

# Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2021

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

|               |                   |
|---------------|-------------------|
| ISBN          | 978-91-7555-562-1 |
| Artikelnummer | 2021-3-7327       |

|             |                                                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Omslagsfoto | Anders Andrae/Mostphotos                                                       |
| Publicerad  | <a href="http://www.socialstyrelsen.se">www.socialstyrelsen.se</a> , mars 2021 |

# Förord

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att varje år lämna lägesrapporter för olika områden inom vård och omsorg. I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen för insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, med fokus på väsentliga förändringar och på skillnader mellan män och kvinnor. I årets lägesrapport ligger fokus på covid-19, både på smittspridning och på konsekvenser inom funktionshindersområdet.

Rapporten riktar sig främst till regering och riksdag, men även till andra aktörer som politiker och tjänstemän i regioner och kommuner. Rapporten har skrivits av Karin Flyckt. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Socialstyrelsen vill rikta ett tack till Inspektionen för vård och omsorg och Myndigheten för delaktighet som delat med sig av opublicerat arbetsmaterial. Materialen har utgjort värdefulla bidrag till denna lägesrapport.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| Förord .....                                                   | 3  |
| Sammanfattning .....                                           | 9  |
| Övergripande utveckling.....                                   | 9  |
| Lägre andel smittade med covid-19 men högre andel avlidna..... | 9  |
| Begränsade förutsättningar att hantera pandemin .....          | 10 |
| Störst påverkan på daglig verksamhet.....                      | 10 |
| Digitalt utanförskap och risk för sämre mående .....           | 11 |
| Många trivs men missförhållanden förekommer.....               | 12 |
| Behov av ökad kunskap och kompetens.....                       | 12 |
| Lättläst sammanfattning .....                                  | 14 |
| Så här utvecklas socialtjänstens insatser .....                | 14 |
| till personer med funktionsnedsättning .....                   | 14 |
| Inte lika många har blivit smittade .....                      | 14 |
| men fler har dött i covid-19 .....                             | 14 |
| Möjligheterna att hantera pandemin har varit begränsade .....  | 15 |
| Exempel på dåliga saker .....                                  | 15 |
| Exempel på bra saker .....                                     | 16 |
| Daglig verksamhet .....                                        | 17 |
| Barn och unga .....                                            | 17 |
| SoL .....                                                      | 18 |
| Många mår sämre under pandemin och .....                       | 18 |
| lider av digitalt utanförskap .....                            | 18 |
| Ökad isolering .....                                           | 18 |
| Sämre mående.....                                              | 18 |
| Digitalt utanförskap.....                                      | 19 |
| Många trivs men allting är inte bra.....                       | 19 |
| Det behövs mer kunskap .....                                   | 20 |
| och kompetens.....                                             | 20 |
| Sämre samverkan runt barn och unga.....                        | 21 |
| Arbetskläder .....                                             | 21 |
| Inledning.....                                                 | 22 |
| Rapportens syfte och upplägg .....                             | 22 |
| Datakällor och underlag .....                                  | 22 |
| Rapporten bidrar till arbetet med Agenda 2030.....             | 23 |
| Definitioner och rapportens målgrupp .....                     | 23 |

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen .....                                   | 24 |
| Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade .....                             | 24 |
| Socialtjänstlagen.....                                                                   | 26 |
| Habilitering och hjälpmedel .....                                                        | 26 |
| Patientlagen .....                                                                       | 27 |
| Covid-19 – en internationell utblick .....                                               | 28 |
| FN uppmärksammar behov av åtgärder för funktionshindrade .....                           | 28 |
| WHO anger orsaker till högre risker för funktionshindrade .....                          | 28 |
| Internationell forskning fastslår risker .....                                           | 29 |
| Gemensamma nordiska erfarenheter .....                                                   | 29 |
| Nästa steg, nyttan med nordiskt samarbete .....                                          | 30 |
| Covid-19 – smittade och avlidna .....                                                    | 32 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                                        | 32 |
| Smittade och avlidna inom LSS .....                                                      | 32 |
| Relativt hög andel avlidna.....                                                          | 34 |
| Smittade och avlidna inom SoL 0–64 år .....                                              | 35 |
| Även en relativt hög andel avlidna inom SoL.....                                         | 37 |
| Dödligheten på samma nivå som tidigare år .....                                          | 37 |
| Smittade och avlidna med Downs syndrom eller intellektuell<br>funktionsnedsättning ..... | 38 |
| Covid-19 och konsekvenser för socialtjänstens stöd .....                                 | 41 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                                        | 41 |
| Förändringar i flertalet kommuner .....                                                  | 42 |
| Covid-19 har påverkat verkställigheten av beslut.....                                    | 44 |
| Stor påverkan på daglig verksamhet .....                                                 | 46 |
| Även insatsen boende för vuxna har påverkats.....                                        | 47 |
| Behov av utökad personlig assistans.....                                                 | 48 |
| Nästan alla kommuner har haft kontakt med enskilda brukare.....                          | 49 |
| Personalen har påverkats.....                                                            | 50 |
| Covid-19 och konsekvenser för rehabilitering och habilitering.....                       | 52 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                                        | 52 |
| Utmaningar i kontakter med hälso- och sjukvård.....                                      | 52 |
| Digital omställning i rehabiliteringen .....                                             | 53 |
| De flesta har ställt om till digitala aktiviteter .....                                  | 54 |
| Konsekvenser av covid-19 ur ett individperspektiv .....                                  | 56 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                                        | 56 |
| Den digitala klyftan har ökat. ....                                                      | 56 |
| Påverkan på möjligheter att leva som andra .....                                         | 57 |
| Har förekomsten av psykisk ohälsa ökat? .....                                            | 58 |

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Omfattning av insatserna över tid .....                                                                 | 61 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                                                       | 61 |
| Förekomst av funktionsnedsättning .....                                                                 | 61 |
| Drygt 800 000 i åldern 16–64 år har en funktionsnedsättning .....                                       | 62 |
| Vart femte barn har en funktionsnedsättning .....                                                       | 63 |
| Drygt 100 000 har stöd från socialtjänsten .....                                                        | 63 |
| LSS fortsätter att öka .....                                                                            | 64 |
| Befolkningsutvecklingen förklarar bara en del av ökningen .....                                         | 65 |
| Boendestöd fortsätter att öka .....                                                                     | 66 |
| Skillnader mellan kvinnor och män kvarstår .....                                                        | 67 |
| Insatsen råd och stöd fortsätter att minska .....                                                       | 68 |
| Drygt varannan kommun har överlåtit viss verksamhet i enskild regi .....                                | 69 |
| Kostnadsutveckling .....                                                                                | 71 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                                                       | 71 |
| Kommunernas kostnadsökning har stannat av .....                                                         | 72 |
| ...men den långsiktiga ökningen kvarstår .....                                                          | 73 |
| Kostnadsökningen inom personlig assistans har mattats av .....                                          | 74 |
| Regionernas kostnader minskar .....                                                                     | 75 |
| Små regionala skillnader i kostnadsutveckling .....                                                     | 75 |
| Individfokus och lika villkor .....                                                                     | 77 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                                                       | 77 |
| Viss ökning av övergångar till arbete .....                                                             | 77 |
| Statsbidrag främjar övergångar till arbetsmarknaden för personer med psykisk funktionsnedsättning ..... | 78 |
| Allt fler kommuner betalar ut habiliteringsersättning .....                                             | 80 |
| Statsbidraget ger positiv effekt .....                                                                  | 81 |
| Fortsatt utbetalning trots pandemin .....                                                               | 81 |
| Många upplever högt inflytande .....                                                                    | 81 |
| Många ger högt betyg till stödet .....                                                                  | 83 |
| Vård och omvårdnad på lika villkor .....                                                                | 85 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                                                       | 85 |
| Arbetskläder viktigt för att minska smittspridning .....                                                | 87 |
| Tillgången till arbetskläder viktig under pandemin .....                                                | 89 |
| Kunskap och kompetens .....                                                                             | 90 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                                                       | 90 |
| Utbildningar om hygienrutiner och covid-19 .....                                                        | 91 |
| Brister i funktionshinderskunskap ställer krav på fortbildning .....                                    | 91 |
| Ökning av kompetensutvecklingsplaner för handläggare .....                                              | 92 |
| Vanligt med lång erfarenhet .....                                                                       | 92 |

|                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Personalens utbildning .....                                                   | 93  |
| Föreståndarens kompetens .....                                                 | 94  |
| Majoriteten av boendepersonal har kunskap om regelverken.....                  | 95  |
| Vanligt med kompetensutveckling i förhållningssätt .....                       | 97  |
| Flera utmaningar och behov .....                                               | 98  |
| Handläggning och myndighetsutövning .....                                      | 100 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                              | 100 |
| Strukturerad dokumentation ökar.....                                           | 100 |
| Var tredje kommun använder IBIC vid alla utredningar.....                      | 101 |
| Utredningstiderna ökar.....                                                    | 103 |
| Tiden mellan beslut och verkställighet fortsätter att öka .....                | 104 |
| ...men inrapporteringarna till IVO tycks vara oförändrade över tid             | 104 |
| Få kommuner använder systematisk uppföljning för<br>verksamhetsutveckling..... | 105 |
| Digitalisering och digital delaktighet.....                                    | 107 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                              | 107 |
| Långsam utveckling av e-tjänster inom funktionshindersverksamheter<br>.....    | 107 |
| Välfärdsteknik ökar i särskilda boendeformer .....                             | 108 |
| Låg andel med internetanslutning .....                                         | 109 |
| Samverkan och helhetssyn.....                                                  | 110 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                              | 110 |
| Bristande samordning försämrar situationen för den enskilde .....              | 110 |
| Allt fler samverkansöverenskommelser .....                                     | 111 |
| Allt färre kommuner informerar om rätten till SIP.....                         | 112 |
| Regionernas råd och stöd främjar samordning .....                              | 113 |
| Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud .....                             | 113 |
| Säker vård och socialtjänst .....                                              | 115 |
| Sammanfattande iakttagelser .....                                              | 115 |
| Många men inte alla kommuner har kontinuitetsplaner .....                      | 116 |
| Beredskapsplaner för höga temperaturer ökar.....                               | 117 |
| Evakueringsplanerna fortsätter att minska .....                                | 118 |
| Stärkt brandskydd till särskilt riskutsatta individer .....                    | 118 |
| Informationssäkerhet .....                                                     | 119 |
| Flest lex Sarah inom boenden .....                                             | 119 |
| Lex Sarah över tid .....                                                       | 120 |
| Många arbetar för att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder<br>.....      | 121 |
| Referenser .....                                                               | 125 |



# Sammanfattning

## Övergripande utveckling

Socialtjänstens insatser till personer med funktionsnedsättning fortsätter att öka. Ökningstakten är dock inte lika hög som tidigare. Ökningstakten har även avstannat något för kommunernas kostnader för insatserna. Inom SoL har kostnaderna till och med minskat.

Kostnadsutvecklingen ligger i linje med kommunernas egen rapportering om det ekonomiska läget. År 2019 redovisade hälften av kommunerna ett budgetunderskott för funktionshindersverksamheterna. Många kommuner menade att det kärvarre läget kräver effektiviseringar. I vilken utsträckning kommunernas merkostnader i samband med pandemin kommer att påverka situationen ytterligare är ännu inte klarlagt. Socialstyrelsen avser att följa utvecklingen, bland annat vad gäller tillgången till stöd och insatsernas kvalitet.

Tillgången till insatser för personer med funktionsnedsättning är en utmaning som beror på flera faktorer. Verkställighetstiderna är fortfarande långa och utredningstiderna fortsätter att öka. Det gör att personer med funktionsnedsättning kan få vänta länge på att få stöd de har rätt till. Ibland flera år. De långa väntetiderna på insatser behöver ses i ljuset av kommunernas aviserade behov av prioriteringar och effektiviseringar.

## Lägre andel smittade med covid-19 men högre andel avlidna

Smittspridningen av covid-19 tycks ha varit något lägre bland personer med funktionsnedsättning som har stöd från socialtjänsten jämfört med den övriga befolkningen. Samtidigt tillhör många av dessa personer en eller flera riskgrupper, det gäller framför allt personer med Downs syndrom. Det är troligen en av de bidragande orsakerna till att andelen avlidna med covid-19 är omkring dubbelt så hög bland dessa personer än i den övriga befolkningen. En annan bidragande orsak kan vara svårigheter att kommunicera exempelvis feber, andningssvårigheter och förlust av lukt- och smaksinne.

Under 2020 har dödligheten bland personer med insatser enligt LSS varit i princip oförändrad jämfört med tidigare år. Bland personer i åldern 40-69 år med insatser enligt LSS syns dock en mindre överdödlighet (0,3 procent). Även inom boende för vuxna enligt LSS var det en mindre överdödlighet jämfört med tidigare (0,1 procent). Inom SoL har det i sin tur varit en mindre underdödlighet jämfört med tidigare år (-0,3 procent). Även fast en relativt hög andel personer med insatser enligt LSS och SoL har avlidit med covid-19 så tyder analysen på att de har varit relativt mer skyddade mot annan ohälsa än tidigare.

## Begränsade förutsättningar att hantera pandemin

Socialstyrelsen bedömer att kommunerna har haft olika förutsättningar att hantera smittspridningen inom funktionshindersverksamheter. Till exempel har endast 30-40 procent av kommunerna kontinuitetsplaner för sina boenden för personer med funktionsnedsättning. Det indikerar brister i krisberedskapen. Samtidigt har en relativt låg andel av personalen i dessa boenden gått Socialstyrelsens utbildningar i hygienrutiner och smittskydd. Den låga andelen är bekymmersam, bland annat med tanke på förekomsten av riskgrupper på boenden enligt LSS för vuxna. Slutsatsen förstärks av att inte all personal på dessa boenden har gått vård- och omsorgsprogrammet på gymnasiet eller motsvarande utbildning på exempelvis Komvux. Det har troligen medfört extra ansträngningar för delar av personalen att ta till sig ny kunskap om smittskydd, i synnerhet som verksamheterna har haft begränsad tid för kompetensutveckling under pandemin.

Samtidigt har området förmodligen haft vissa fördelar för att hantera smittspridningen jämfört med andra verksamheter, såsom småskaliga boenden. Under 2020 begränsade många kommuner och verksamhet dessutom antalet vikarier på boenden enligt LSS, i syfte att minska smittspridningen. Det har också förekommit andra, mer bekymmersamma åtgärder. Det har till exempel förekommit att boenden enligt LSS har haft stängt för besökare, trots att det nationella besöksförbudet inte gällt dessa boenden.

Även utformningen av personlig assistans torde i sammanhanget ha varit en fördel, då assistansanvändare har färre personer som ger stöd än exempelvis brukare inom hemtjänsten. Det har också förekommit att personal från nedstängda dagliga verksamheter har arbetat på boenden. Att samma personal återfinns på både daglig verksamhet och i boenden är vanligen något som kan medföra risk för ökad institutionskänsla. I skenet av pandemin kan Socialstyrelsen dock konstatera att strategin kan ha minskat behovet av att ta in ytterligare personal. Det kan även ha inneburit en trygghet för de boende att ha personal de känner runt omkring sig, istället för många nya vikarier som behöver introduceras. Trots dessa åtgärder har det förekommit svårigheter med att upprätthålla en minimibemanning, när många både medarbetare och vikarier behövt stanna hemma på grund av sjukdom eller väntan på provsvar.

## Störst påverkan på daglig verksamhet

Majoriteten av kommunerna har genomfört åtgärder inom funktionshindersområdet till följd av covid-19. Andelen är högre inom LSS än inom SoL, 80 respektive 60 procent. I samband med förändringarna har de flesta kommuner dock haft kontakt med samtliga berörda brukare. Många kommuner har även vidtagit åtgärder för att säkra individernas behov. Daglig verksamhet enligt LSS är den insats som påverkats mest av covid-19. Under 2020 minskade var tredje kommun omfattningen av insatsen och en lika hög andel ställde in insatsen helt och hållet. Det här är bekymmersamma siffror, men Socialstyrelsen kan samtidigt konstatera att många kommuner försökt anpassa verksamheten, dels utifrån smittskyddsrekommendationer, dels utifrån brukarnas individuella behov. Ett exempel är färre gruppaktiviteter. En del dagliga verksamheter har ställt om till digitala aktiviteter och ibland har den

dagliga verksamheten utförts i brukarnas hem. Statsbidraget för habiliteringsersättning har dessutom fortsatt att betalas ut till kommunerna, i syfte att minska de ekonomiska konsekvenserna för de brukare vars dagliga verksamhet har ställts in. Pandemin har även påverkat verkställigheten av nya beslut. Under 2020 inrapporterades drygt 5 000 ej verkställda beslut enligt SoL<sup>1</sup> och LSS som berodde på covid-19. Socialstyrelsen konstaterar även följande:

- Socialtjänstens insatser till barn och unga med funktionsnedsättning tycks ha påverkats i begränsad utsträckning. Två tredjedelar av kommunerna uppger att inga förändringar har genomförts. I ett fåtal kommuner har dock insatser till åldersgruppen ställts in helt och hållet, såsom avlösarservice, boende för barn och korttidstillsyn.
- Insatser enligt SoL (0–64 år) har inte påverkats i lika hög utsträckning av pandemin som insatser enligt LSS. Samtidigt har smittspridningen varit omfattande i såväl särskilda boenden som hemtjänst. De flesta som har dessa insatser är personer med psykisk funktionsnedsättning.

## Digitalt utanförskap och risk för sämre mående

Den fulla vidden av covid-19:s konsekvenser för enskilda är ännu inte klarlagd, men Socialstyrelsen kan ändå konstatera följande:

- Nedstängningar av dagliga verksamheter har ökat isoleringen hos individer som redan före pandemin ofta hade begränsade sociala kontakter. Isoleringen torde ha förstärkts av att vissa boenden enligt LSS har haft stängt för besökare samt begränsat tillgången till gemensamhetsutrymmen.
- Intresseorganisationer med flera har under året signalerat ett sämre mående hos många av de brukare som berörts av förändringar i insatserna. Det kan leda till en ökning av en redan relativt hög psykisk ohälsa. Resonemanget stöds delvis av Socialstyrelsens analyser över förskrivning av psykofarmaka till gruppen. Under 2020 var det en fortsatt ökad förskrivning av lugnande läkemedel till personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism och som har insatser enligt LSS. Socialstyrelsen kan inte fastställa att förskrivningen berodde på konsekvenser av covid-19. Myndigheten kommer dock fortsätta följa utvecklingen inom området.
- Under 2020 har det digitala utanförskapet förstärkts hos vissa personer med funktionsnedsättning. Det handlar dels om tillgången till vård kopplat till covid-19, dels om sociala interaktioner på digitala plattformar. Det här förstärker vikten av att myndigheter och andra verksamheter alltid bör ha alternativa kontaktvägar och anpassad information i olika format. Samtidigt har den digitala omställningen underlättat för vissa grupper, exempelvis för dem som bor långt från habiliteringsmottagningar.
- Pandemin har medfört vissa begränsningar i tillgången till hälso- och sjukvård för personer med funktionsnedsättning. Ett exempel på svårigheter är inställda ej covid-relaterade rehabiliteringsinsatser. Svårigheterna beror på att verksamheter har stängt och att personal har förflyttats till covid-relaterade vårdverksamheter, men också på att patienter inte har vågat komma på grund av smittorisk.

---

<sup>1</sup> Avser personer 0–64 år.

## Många trivs men missförhållanden förekommer

De flesta brukare trivs i sina boenden och känner sig även trygga. Det är samtidigt noterbart att omkring en fjärdedel inte är trygga med all personal. Samtidigt förekommer det fortfarande tvångs- och begränsningsåtgärder i de här verksamheterna. Det finns dessutom en koppling mellan förekomsten av sådana åtgärder och personalens kunskap och kompetens. Två av tre boenden enligt LSS uppger dock att de har arbetssätt och använder metoder för att minska tvångs- och begränsningsåtgärder. Det är positivt, samtidigt kan det noteras att en tredjedel av verksamheterna inte har sådana arbetssätt.

## Behov av ökad kunskap och kompetens

Fortbildning är en förutsättning för rätt och aktuell kompetens inom funktionshindersverksamheter. Det är därför positivt att allt fler kommuner har samlade kompetensutvecklingsplaner för handläggare och baspersonal inom LSS-verksamheter.

Under 2020 har Socialstyrelsen kartlagt kunskapen och kompetensen hos baspersonal och chefer i bostäder med särskild service enligt LSS. Hälften av personalen i boenden för vuxna enligt LSS har mer än tio års erfarenhet av området. Motsvarande andel bland föreståndarna är något lägre, fyra av tio. Majoriteten av den tillsvidareanställda personalen i boende för vuxna enligt LSS har gått vård- och omsorgsprogrammet på gymnasiet eller komvux. På de flesta boenden har nästan alla tillsvidareanställda kunskaper inom de områden som Socialstyrelsen rekommenderar i SOSFS 2014:2. Andelen är väsentligt lägre bland de visstidsanställda. En del boenden enligt LSS uppger att få eller inga visstidsanställda har kunskap i grundläggande värden (10 procent), förhållningssätt (10 procent) eller kommunikation (16 procent). Det kan påverka stödet till individerna i negativ riktning. Det gäller särskilt under perioder när många visstidsanställda arbetar samtidigt. Ett exempel på sådana perioder är semesterperioder. Ett annat exempel är större delen av 2020, då flera verksamheter angett svårigheter att upprätta minimibemanning på grund av covid-19.

Socialstyrelsen bedömer att det finns flera behov och utmaningar när det gäller personal i boenden för vuxna enligt LSS. Det handlar till exempel om fortbildning i alternativ, kompletterande kommunikation samt bemötande och förhållningssätt. Behoven förstärks av att många verksamheter har haft utmaningar med att rekrytera personal under de senaste åren.

## Övriga iakttagelser

- De flesta brukare som bor i boenden enligt LSS upplever att de har inflytande och får bestämma över sådant som de tycker är viktigt. Andelen är något högre bland kvinnor än män. Samtidigt arbetar många i personalen enligt någon metod eller något arbetssätt för att stärka de boendes inflytande och självbestämmande. Några av de vanligaste arbetssätten är *Delaktighetsmodellen* och *Lågaaffektivt bemötande*.

- Allt färre kommuner har samverkansöverenskommelser mellan sina LSS-verksamheter och med regionernas verksamheter för barn och unga. Samtidigt har något färre kommuner rutiner inom LSS för att informera enskilda barn och unga samt deras anhöriga om möjligheten till SIP. Barn och unga med funktionsnedsättning har ofta många aktörer som ger stöd och det är viktigt att samverka mellan dessa fungerar. Socialstyrelsen bedömer därför att utvecklingen är bekymmersam.
- De flesta arbetsgivare tillhandahåller arbetskläder för personal i exempelvis boenden enligt LSS. Arbetskläder och skyddskläder är en viktig aspekt för att förebygga infektioner och smittspridning. Inom LSS-bostäder är det dock viktigt att arbetskläderna inte gör att boendet får en institutionell prägel. I cirka 25 procent av kommunerna, där arbetsgivaren på något sätt tillhandahåller arbetskläder till personalen på dessa boenden, finns det dock ingen möjlighet att variera utformningen av arbetskläderna.

# Lättläst sammanfattning

## Så här utvecklas socialtjänstens insatser till personer med funktionsnedsättning

Socialtjänsten gör mer och mer för personer med funktionsnedsättning. Men det ökar inte lika snabbt som tidigare. Kommunernas kostnader för insatser ökar inte heller just nu. Kostnaderna för en del insatser har till och med minskat.

Det här beror inte bara på corona. Redan år 2019 hade hälften av kommunerna för lite pengar till funktions-hinder-verksamheterna. Många kommuner sa att läget hade blivit tuffare. De behövde spara pengar.

Sen kom pandemin. Kommunerna fick nya kostnader. Men vi vet inte ännu hur mycket det kommer att påverka verksamheter för personer med funktionsnedsättning.

Det är en utmaning att ordna bra insatser. Det tar tid att utreda. Personer med funktionsnedsättning kan få vänta länge på att få stöd som de har rätt till. Det kan ta flera år ibland.

## Inte lika många har blivit smittade men fler har dött i covid-19

Det finns statistik om corona bland alla som bor i Sverige. Det finns också statistik om corona bland personer med funktionsnedsättning som har stöd från socialtjänsten. Om vi jämför siffrorna ser vi intressanta saker.

Vi ser att smittspridningen

har varit lite mindre bland  
dem med funktionsnedsättning.  
Men vi vet också att många  
tillhör en eller flera riskgrupper.  
Det gäller framför allt  
personer med Downs syndrom.  
Det kan förklara varför så många  
personer med funktionsnedsättning har dött.

En annan orsak till att personer med funktionsnedsättning  
kan bli väldigt sjuka i corona  
är att en del har svårt att kommunicera.  
De kan ha svårt att säga att  
de har feber, svårt att andas  
eller inte känner lukt och smak.

## Möjligheterna att hantera pandemin har varit begränsade

Kommunerna har haft olika förutsättningar  
att stoppa smittan i verksamheter för  
personer med funktionsnedsättningar.  
Så ser Socialstyrelsen på det.  
Alla var inte så bra förberedda på kris.

### Exempel på dåliga saker

Det var inte många kommuner som hade  
kontinuitets-planer för sina boenden.  
Bara 30 till 40 procent av kommunerna hade det.  
I en sådan plan står det vad man ska göra  
om det blir kris.

Ett annat problem är att inte alla i  
personalen på boendena  
har rätt utbildning.  
Socialstyrelsen har utbildningar  
i hygien-rutiner och smitt-skydd.  
Men det är ganska få som  
har gått de kurserna.  
Det är inte bra.  
På LSS-boenden för vuxna  
finns det ju riskgrupper.

LSS=lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Alla i personalen har inte heller gått  
vård- och omsorgs-programmet på gymnasiet.

För dem kan det ha blivit extra svårt  
att lära sig nytt om smitt-skydd.

### Exempel på bra saker

Det finns positiva saker också.  
Boendena är ofta små.  
Det gör att det blir lättare att  
stoppa smittan.

Många kommuner såg också till  
att inte ha så många vikarier  
på LSS-boendena.  
Det var för att minska smittan.

Det har funnits ännu fler åtgärder.  
Besöks-förbud på LSS-boenden, till exempel.  
De hade inte rätt att förbjuda besök  
men de gjorde det för säkerhets skull.

Inom hemtjänsten är det mycket personal  
som ger stöd.  
De som har personlig assistans  
har ofta samma personer som ger stöd.  
När det gäller corona är det bra med få personal.  
Det minskar risken för smitta.

En del dagliga verksamheter har varit stängda.  
Personal därifrån har arbetat på boenden i stället.  
Det finns en risk med det.

Det kan kännas som en institution  
ifall det är samma personal i både  
daglig verksamhet och i boenden.  
Men under pandemin har det varit bra.

Man har sluppit ta in ännu mer personal.  
Det kan också ha varit tryggt för de boende  
att ha personal de känner  
i stället för nya vikarier.

Trots det här har det ändå varit svårt  
att alltid ha tillräckligt med personal.  
Många medarbetare och även vikarier  
har behövt stanna hemma ibland.  
Ibland har de väntat på prov-svar.  
Ibland har de haft covid.



## Daglig verksamhet

De flesta kommuner har corona-anpassat verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning.

De flesta kommuner har haft kontakt med alla som berörs av förändringarna. Många av kommunerna har också sett till enskilda personers behov.

Mest åtgärder har det varit inom daglig LSS-verksamhet. Var tredje kommun minskade verksamheten under år 2020. Lika många ställde in helt och hållet. Men många kommuner har försökt att anpassa verksamheten. De har både corona-anpassat och anpassat till brukarnas egna behov.

Hur har de då anpassat sig? Ett exempel är färre aktiviteter i grupp. En del dagliga verksamheter har haft aktiviteter via internet i stället. Ibland har de haft daglig verksamhet hemma hos brukarna.

Kommunerna har fortsatt att få pengar från staten för habiliteringsersättning. Brukarna ska inte behöva lida ekonomiskt för att de inte kan vara på daglig verksamhet.

## Barn och unga

Socialtjänstens insatser till barn och unga med funktionsnedsättning verkar ha påverkats mindre. Två tredjedelar av kommunerna säger att de inte har ändrat på något.

Bara i några få kommuner har de ställt in insatser helt och hållet. Det har varit sådant som

- avlösarservice.
- boende för barn.
- korttidstillsyn.

## SoL

Pandemin har inte påverkat  
SoL-insatser för 0- till 64-åringar  
lika mycket som LSS-insatser.  
Men det har varit mycket smitta  
i gruppboenden och hemtjänst.  
De flesta som har de insatserna är  
personer med psykisk funktionsnedsättning.

SOL=insatser enligt socialtjänstlagen

Många mår sämre under pandemin och  
lider av digitalt utanförskap

Vi vet inte ännu hur mycket pandemin  
påverkar enskilda personer.  
Men Socialstyrelsen ser redan en hel del.  
Det handlar om

- ökad isolering.
- sämre mående.
- digitalt utanförskap.
- sämre tillgång till sjuk-vård och rehab.

## Ökad isolering

När dagliga verksamheter är stängda  
blir människor mer isolerade.  
De blir mer ensamma.  
Många hade redan innan pandemin  
inte så mycket kontakt med andra.

Vissa LSS-boenden har sagt nej till besökare.  
De boende har inte heller fått vara så mycket  
i gemensamma utrymmen.  
Det har antagligen också gjort  
personer mer ensamma.

## Sämre mående

Att vara ensam leder ofta till  
att människor mår sämre.  
Det fanns redan innan pandemin  
ganska mycket psykisk ohälsa bland brukare.  
Men Socialstyrelsen kan se att läkarna  
skrev ut mer lugnande medicin  
under år 2020 än tidigare år.  
Personerna har insatser enligt LSS.

Det gäller både personer med  
intellektuell funktionsnedsättning  
och personer med autism.

## Digitalt utanförskap

Alla personer med funktionsnedsättning  
är inte bra på datorer, plattor eller mobil-telefoner.  
Alla har inte heller tillgång till det.  
De blir utanför digitalt.

Det här utanförskapet har blivit värre  
under pandemin.  
Det handlar om att kunna umgås  
med andra via internet.  
Men det handlar också om tillgång till vård  
kopplat till covid-19.

Allting kan inte bara vara digitalt.  
Det måste finnas andra sätt att ta kontakt.  
Det måste också finnas information  
som är anpassad.  
Det måste finnas både  
digital info av olika slag och  
info på papper.

Men det finns förstås också bra saker  
med att alltmer är digitalt.  
Det har gjort livet lättare för vissa.  
För den som bor långt från habiliterings-mottagningar  
har det blivit lättare, till exempel.  
Sämlre tillgång till hälso- och sjukvård.  
Pandemin har gjort det svårare för  
personer med funktionsnedsättning att få vård.  
Ett exempel på det är rehab  
när det inte har med covid att göra.

Vissa verksamheter har haft stängt.  
En del personal har arbetat med covid i stället.  
Men det är också så att en del patienter  
inte har vågat gå till doktorn.  
De är rädda för att få covid.

## Många trivs men allting är inte bra

De flesta brukare trivs i sina boenden.  
De tycker att de får bestämma  
över sådant som är viktigt.  
De flesta känner sig trygga.

Men det finns fortfarande  
tvång och begränsningar  
i en del verksamheter som ger stöd till  
personer med funktionsnedsättning.  
Och det finns en koppling mellan det och  
personalens kunskap och kompetens.  
Det är förstås inte alls bra.

Två av tre LSS-boenden säger att  
de jobbar för att minska  
tvångs- och begränsnings-åtgärder.  
Det är positivt.  
Men det är inte bra att  
en tredjedel av verksamheterna inte gör det.

## Det behövs mer kunskap och kompetens

Det är väldigt viktigt att personalen  
har rätt kunskap.

Hälften av personalen i LSS-boenden för vuxna  
har mer än 10 års erfarenhet.  
Bland föreståndarna är det fyra av tio.  
Lite lägre, alltså.

De flesta tills-vidare-anställda hade gått  
vård- och omsorgs-programmet  
på gymnasiet eller på Komvux.  
De allra flesta har de kunskaper som behövs.

Men det finns också stora brister  
på en del LSS-boenden.  
Få eller inga som arbetar under en kortare tid  
på boendena har kunskap om sådant som är viktigt.  
Det kan handla om kommunikation eller om hur de  
ska vara mot personer med funktionsnedsättning.

Det är inte bra.  
Det kan göra att de boende får ett sämre stöd.  
Så kan det bli till exempel under semestrar  
när det är många vikarier.  
Så kan det också vara under pandemin,  
när många i personalen har varit tvungna att  
stanna hemma från jobbet.

### **Det behövs fortbildning**

Personalen på flera verksamheter säger att

de behöver mer fortbildning.

De vill gå kurs i:

- alternativ,
- kompletterande kommunikation.
- bemötande.
- förhållnings-sätt.

Många verksamheter har haft svårt att få personal de senaste åren.

## Fler saker vi har sett

### Sämre samverkan runt barn och unga

Allt färre kommuner har kommit överens om samverkan mellan LSS-verksamheter och med regionernas verksamheter för barn och unga. Det är inte bra.

Allt färre kommuner har också rutiner inom LSS för att informera enskilda personer att de kan få SIP.

SIP = Samordnad individuell plan.

Barn och unga med funktionsnedsättning har ofta många som ger stöd.

De behöver samarbeta med varandra.

SIP är då en bra lösning.

Det är inte alls bra att kommuner inte ger info om det.

### Arbetskläder

De flesta kommuner ger sin personal arbetskläder.

Arbetskläder och skydds-kläder är viktigt.

Det kan hindra smitt-spridning och infektioner.

Inom LSS-bostäder är det viktigt att kläderna inte gör att det känns som en vård-central.

Det är inte bra om alla i personalen har likadana kläder.

Men så är det tyvärr i många kommuner.

De har inte möjlighet att variera hur kläderna ser ut.

# Inledning

## Rapportens syfte och upplägg

I den här årliga lägesrapporten 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 som politiker och tjänstemän inom kommuner och regioner.

Rapporten innefattar insatser till personer med funktionsnedsättning enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Vissa analyser av personlig assistans omfattar 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 som är 0–64 år.

Även viss hälso- och sjukvård ingår, exempelvis vård relaterad till covid-19, rehabilitering samt kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

Rapporten utgår delvis från vissa kvalitetsområden, exempelvis säker vård och omsorg. Dessutom ingår olika fokusområden som kostnadsutveckling och fördjupningar kring vissa målgrupper och insatser. Dessa fördjupningar varierar från år till år. I årets lägesrapport uppmärksammas särskilt konsekvenserna av covid-19 inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning.

I rapporten belyses genomgående vissa perspektiv, som exempelvis barnperspektivet samt skillnader mellan flickor och pojkar och mellan kvinnor och män.

## Datakällor och underlag

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 skillnader. Inrapportering till nationella register och publicering av officiell statistik sker med viss fördröjning, varför statistiken i denna rapport avser 2019 eller senast tillgängliga år. Innehållet i rapporten utgår till stor del 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, både från Socialstyrelsen och andra aktörer
- officiell statistik över insatser enligt SoL och LSS
- öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning
- statistik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Kolada (kommun- och regiondatabasen).

Socialstyrelsen gör även vissa analyser specifikt för denna lägesrapport. Analyserna i årets rapport har framför allt handlar om covid-19. Analyserna bygger på data från följande register: LSS-registret, SoL-registret, patientregistret, SmiNet, dödsorsaksregistret 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 lägesrapport<sup>2</sup>. 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.<sup>3</sup> 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 begreppen

- *socialpsykiatri* för att beskriva kommunens insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning,
- *kommunalt beslutad personlig assistans* för personlig assistans enligt LSS och *statlig assistansersättning* för assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken,
- *boende för vuxna enligt LSS* för att beskriva *bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS*,
- *boende för barn enligt LSS* för att beskriva *bostad med särskild service för barn och unga enligt 9 § 8 LSS*,
- *smittade med covid-19* för att beskriva personer med som bekräftats smittade med covid-19 via ett laboratorietest.

Alla personer med funktionsnedsättning har inte insatser. Vissa behöver inget stöd, tack vare hjälpmedel, läkemedel eller en tillgänglig omgivning. Andra har avstått från att ansöka om insatser av andra orsaker, medan andra har ansökt men fått avslag.

<sup>2</sup> För mer information om de globala målen och Agenda 2030, se <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>

<sup>3</sup> Ytterligare information finns på <https://termbank.socialstyrelsen.se/>

De olika målgrupperna illustreras genom bild 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.



**Bild 1. Förekomst av funktionsnedsättning, behov av stöd samt beviljade 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 tre grupperna i LSS personkrets som definieras i 1 § 1–3 LSS:

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



gång till kvalificerat expertstöd från till exempel kurator, psykolog, sjukgymnast eller logoped<sup>4</sup>. 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 varaktiga funktionsnedsättningar behöver hjälp med andning, sin personliga hygien, måltider, att klä av och på 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. socialförsäkringsbalken<sup>5</sup>. 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 LSS<sup>6</sup>.

*Ledsagarservice* enligt 9 § 3 LSS syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att komma ut och delta i samhällslivet, till exempel att besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet.<sup>7</sup>

*Kontaktperson* enligt 9 § 4 LSS syftar till att vara ett personligt stöd, för att bryta isolering och för att underlätta ett självständigt liv.<sup>8</sup>

*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.<sup>9</sup>

*Korttidsvistelse* enligt 9 § 6 LSS ges utanför det egna hemmet, bland annat för att en person med funktionsnedsättning ska få miljöombyte och rekreation eller för att ge närstående avlastning. Vistelsen kan arrangeras i olika former, till exempel i korttidshem, hos stödfamilj eller som lägersvistelse.<sup>10</sup>

*Korttidstillsyn* enligt 9 § 7 LSS är en form av tillsyn utanför det egna hemmet för skolungdom över 12 år med funktionsnedsättning. Insatsen ges före och efter skoldagens slut, under lov dagar, studiedagar och längre lov.<sup>11</sup>

*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 eller 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

<sup>4</sup> Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade s. 59 f.

<sup>5</sup> 51 kap. 3 § SFB.

<sup>6</sup> 51 kap. 2 § första stycket SFB och prop. 2009/10:176 *Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet*, s. 78.

<sup>7</sup> Se Prop. 1992/93:159 s. 74.

<sup>8</sup> Se Prop. 1992/93:159 s. 75 och 178.

<sup>9</sup> Se Prop. 1992/93:159 s. 77 och 178.

<sup>10</sup> Se prop. 1992/93:159 s. 77.

<sup>11</sup> Se prop. 1992/93:159 s. 78 och 178.

på dygnet av en fast, kollektiv bemanning<sup>12</sup>. I en gruppboende bör i regel bara tre till fem personer bo, enligt 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.<sup>13</sup>

*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 grupp 1 och 2 i LSS personkrets.<sup>14</sup>

## Socialtjänstlagen

Kommunernas ansvar för vård och omsorg om personer med funktionsnedsättning regleras även i SoL. Enligt 5 kap. 7 § SoL ska socialnämnden 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. Vidare ska kommunen inrätta bostäder med särskild service för dem som behöver sådan bostad (5 kap. 7 § tredje stycket SoL). 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). 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.<sup>15</sup>

Med *hjälpmedel* avser Socialstyrelsen en individuellt utprovad produkt som syftar till att personen ska bibehålla eller öka sin aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera för en funktionsnedsättning. Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rullatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och appar för påminnelser. Hjälpmedel förskrivs eller köps på konsumentmarknaden efter rådgivning av behörig hälso- och sjukvårdspersonal. De flesta hjälpmedel för det dagliga livet är medicintekniska produkter.<sup>16</sup> Regionen ska enligt 8 kap. 7 § HSL erbjuda

1. habilitering och rehabilitering
2. hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning

---

<sup>12</sup> Se prop. 1992/93:159 s. 86 och 179 f.

<sup>13</sup> Se 9 e § LSS och prop. 1992/93:159 s. 85 f och s. 180.

<sup>14</sup> Se 9 § 10 och 7 § första stycket LSS.

<sup>15</sup> <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?FTid=668>

<sup>16</sup> <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?FTid=799>

3. tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade.

Detta gäller de som är bosatta inom regionen eller den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där<sup>17</sup>.

## Patientlagen

Enligt patientlagen (2014:821) ska patienten få information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning<sup>18</sup>. Informationen ska vara anpassad till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar<sup>19</sup>. 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<sup>20</sup>. 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<sup>21</sup>.

---

<sup>17</sup> 8 kap. 1 och 7 §§ HSL.

<sup>18</sup> 3 kap. 1 § 3 patientlagen.

<sup>19</sup> 3 kap. 6 § patientlagen.

<sup>20</sup> 3 kap. 7 § patientlagen.

<sup>21</sup> 7 kap. 2 § patientlagen.

# Covid-19 – en internationell utblick

I det här kapitlet beskriver Socialstyrelsen covid-19 inom funktionshindersområdet ur ett internationellt perspektiv. Inledningsvis redogör vi för internationella policydokument inom området, som bland annat innehåller rekommendationer. Vidare redogör vi för forskningen och för utvecklingen i de nordiska länderna.

## FN uppmärksammar behov av åtgärder för funktionshindrade

I maj 2020 slog FN fast att den globala krisen med covid-19 förstärker den utsatthet som många personer med funktionsnedsättning lever i [1, 2]. Även under normala omständigheter har personer med funktionsnedsättning ofta en sämre hälsa, sämre tillgång till vård och sämre förutsättningar att delta i samhället jämfört med andra. Personerna har också en förhöjd risk att utsättas för våld. FN rekommenderar sina medlemsstater följande:

- Integrera funktionshindersperspektivet i åtgärder som rör covid-19, i kombination med riktade åtgärder.
- Säkerställ att information om covid-19, liksom byggnader och tjänster, är tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. I annat fall kan inte personer med funktionsnedsättning fatta nödvändiga beslut om exempelvis isolering eller få tillgång till hälsa och allmänna tjänster på lika villkor som andra.
- Ha meningsfulla samråd med och aktivt deltagande av personer med funktionsnedsättning och intresseorganisationer i arbetet kring covid-19.

FN menar att dessa åtgärder är en viktig del i de globala åtagandena i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD) och Agenda 2030 för hållbar utveckling.[2]

## WHO anger orsaker till högre risker för funktionshindrade

WHO anger flera orsaker till varför personer med funktionsnedsättning kan löpa större risk att smittas med covid-19 än många andra [3]:

- Hinder för att genomföra grundläggande hygienåtgärder, såsom handtvätt. Det kan exempelvis bero på att handfat är fysiskt svåråtkomliga eller att en person kan ha fysiska svårigheter att tvätta sina händer grundligt.
- Svårigheter att införa social distans på grund av omfattande stödbehov.
- Behov av att röra vid saker för att kunna orientera sig i närmiljön.
- Begränsad åtkomst till folkhälsoinformation, exempelvis genom att information inte finns i anpassade format.

Personer med funktionsnedsättning kan löpa större risk att utveckla ett svårt sjukdomsförlopp vid covid-19 på grund av:

- det redan existerande hälsotillstånd som ligger bakom funktionsnedsättningen,
- hinder för tillgång till vård.

WHO betonar också att personer med funktionsnedsättning kan påverkas oproportionerligt negativt av pandemin på grund av avbrott i de stöd som de är beroende av. [3]

## Internationell forskning fastslår risker

Flera internationella forskningsstudier visar på en förhöjd risk vid insjuknande i covid-19 för personer med Downs syndrom och intellektuell funktionsnedsättning. Den förhöjda risken gäller både för ett allvarligt sjukdomsförlopp och för att avlida vid covid-19.

En studie från Skottland visar att vuxna med intellektuell funktionsnedsättning löper nästan dubbelt så hög risk att smittas med covid-19 jämfört med den övriga befolkningen, 2,3 gånger så hög risk att få ett svårt sjukdomsförlopp och 2,3 gånger så hög risk att avlidna vid covid-19 [1]. Efter att ha kontrollerat för ålder och kön kvarstår en 3,2 gånger högre risk att avlida vid covid-19 samt en 2 gånger högre risk för svårare sjukdomsförlopp. Forskarna bakom studien framhåller att vuxna med intellektuell funktionsnedsättning bör prioriteras i nationella vaccinationsprogram för covid-19, oavsett ålder, kön och socioekonomisk/geografisk hemvist.

En studie från England konstaterar att lungkomplikationer vid covid-19 är vanligare hos personer med Downs syndrom än hos den övriga befolkningen, både viral och bakteriell lunginflammation [4]. Studien konstaterade vidare att

- endast några få barn med Downs syndrom insjuknat i covid-19
- personer med Downs syndrom över 40 år har en högre risk att avlida vid covid-19 jämfört med personer i den övriga befolkningen över 60 år.

I en tredje studie, även den brittisk, kom forskarna fram till att vuxna med Downs syndrom löper nästan fem gånger så hög risk för covid-19 relaterad sjukhusvistelse och 10 gånger högre risk för relaterad död<sup>22</sup> [5]. Efter justering för ålder och kön var riskförhållandet för covid-19 relaterade dödsfall hos vuxna med Downs syndrom 24,94 jämfört med de utan Downs syndrom. Efter justering för ålder, kön, etnicitet, kroppsmasseindex (BMI), förekomst av omsorg, demens eller medfödd hjärtsjukdom och andra underliggande tillstånd och behandlingar, var risken för covid-19-relaterad död 10,39 och risken för sjukhusvistelse var 4,94.

## Gemensamma nordiska erfarenheter

Under våren 2020 genomfördes en kartläggning av covid-19 inom ramen för det nordiska samarbetet inom funktionshindersområdet [6]. Kartläggningen

<sup>22</sup> Studien, publicerad i *Annals of Internal Medicine* och ledd av forskare från University of Oxford, involverade 8,26 miljoner vuxna, varav 4 053 hade diagnosen Downs syndrom. Teamet analyserade information från en primärvårdsdatabas för att avgöra om de onormala immunsvaren, medfödd hjärtsjukdom och lungavvikelse som är vanliga hos personer som har syndromet kan vara riskfaktorer för svår COVID-19-sjukdom.

fokuserade bland annat på initiala åtgärder i de olika länderna och på konsekvenser för personer med funktionsnedsättning. Även om det finns skillnader mellan de nationella strategierna så finns det flera gemensamma erfarenheter inom funktionshindersområdet:

- I början av pandemin var det oklart vilka personer som ingår i en riskgrupp. Detta förstärktes av bristande tillgång till specialiserad information om covid-19 till personer med kroniska sjukdomar. Bristen på information gällde även anhöriga och personal. Detta skapade en situation av ovisshet, stress och rädsla för att bli smittad hos många i de tre grupperna. Konsekvenserna blev att vissa gick i karantän för säkerhets skull och ”i onödan”. Andra som inte kände till att de eller deras anhöriga ingår i en riskgrupp, fortsatte röra sig i samhället utan att mer noggrant skydda sig från smitta.
- Nationella beslut om isolering, neddragningar av personal, begränsningar i omfattning av stöd och servicetjänster och nekade besök på boenden inom social omsorg är exempel på pandemikonsekvenser som direkt har drabbat personer med funktionsnedsättning. Insatserna har varit nödvändiga för att hindra smittspridning och skydda riskgrupper, men nya former av utsatthet uppstod vid isolering.
- För personer som bor i särskilda boendeformer har nekade besök och otillräcklig personalstyrka inneburit stor psykisk stress och ohälsa. Även allmänhälsan har påverkats negativt, samtidigt som utsattheten för våld och övergrepp har ökat.
- Många personer med funktionsnedsättning drabbas av svår ensamhet, förvirring och stress när de inte får träffa familj eller vissa typer av personal. Det negativa förstärks när dagliga rutiner och träning uteblir. Vissa grupper har varit särskilt utsatta för detta under pandemin, till exempel personer med intellektuell funktionsnedsättning inklusive personer med demens.
- Det finns en oro bland personer med funktionsnedsättning att de inte kommer att prioriteras när samhället öppnar upp igen. De befärar att neddragat socialt stöd och uteblivna arbetsmarknadspolitiska insatser riskerar att bestå. [6]

I kartläggningen framkom även exempel på åtgärder som riktar sig till personer med funktionsnedsättning och som är specifika för olika länder:

- Hjälptelefoner, både offentliga och genom frivilligorganisationer (Danmark).
- På Färöarna har personer med funktionsnedsättning som tidigare inte haft stöd fått hjälp att handla och hjälp med andra dagliga sysslor.
- I Norge har personliga assistenter varit ett av de prioriterade yrkena för att exempelvis få barnomsorg.
- Den danska regeringen har avsatt 10 miljoner DKK till danska funktionshindersorganisationer för att motverka ensamhet bland personer med funktionsnedsättning.

## Nästa steg, nyttan med nordiskt samarbete

Nordiska ministerrådets funktionshindersråd konstaterar att de nordiska länderna har goda förutsättningar att följa situationen för personer med funktionsnedsättning under krisen och när samhället ska börja fungera igen [7].

Det finns stora likheter, men också nationella variationer mellan de nordiska länderna. Det redan starka samarbetet kring funktionshindersfrågor utgör en god grund för kunskaps- och erfarenhetsutbyte, analys och utveckling av strategier för att möta behov och stävja de negativa konsekvenserna av pandemin. Funktionshindersrådet anser att det finns all anledning att organisera ett starkt nordiskt samarbete om konsekvenser av pandemin samt i samhällsutveckling- och återuppbyggnad under och efter krisen. [6]

# Covid-19 – smittade och avlidna

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för förekomsten av laboratoriebekräftad covid-19 bland personer med insatser enligt LSS och SoL, samt bland personer med vissa diagnoser (exempelvis Downs syndrom). Vi redogör även för hur många som har avlidit med covid-19 och för överdödligheten. Det är inte helt okomplicerat att redogöra för andelen avlidna med covid-19. Det beror på att alla som avlidit inte behöver ha fått diagnosen innan de avled. Denna risk var störst under början av pandemin, då testningen inte var lika utbredd. Socialstyrelsen har ändå valt att redogöra för andelen avlidna, eftersom det då är lättare att jämföra med totalbefolkningen. Andelsuppskattningar bör dock tolkas med viss försiktighet. I det här kapitlet använder Socialstyrelsen begreppet *smittade med covid-19* för personer som bekräftats smittade med covid-19 via laborietest.

## Sammanfattande iakttagelser

- Under 2020 var andelen smittade med covid-19 lägre bland personer med insatser enligt LSS och SoL (0-64 år) än i totalbefolkningen.
- Andelen avlidna med covid-19 är relativt hög bland personer med insatser enligt LSS. Orsakerna är troligen flera, såsom samsjuklighet och svårigheter att kommunicera exempelvis feber, andningssvårigheter och förlust av lukt- och smaksinne. Andelen är något lägre bland personer med insatser enligt SoL i åldern 0–64 år.
- Andelen smittade med covid-19 är högre bland personer med Downs syndrom eller med intellektuell funktionsnedsättning än i den övriga befolkningen. Andelen avlidna med covid-19 är också något högre än i den övriga befolkningen. Andelen avlidna är dock lägre än exempelvis bland personer som bor i boende för vuxna enligt LSS.
- Under 2020 har dödligheten bland personer med insatser enligt LSS och SoL varit i princip oförändrad jämfört med tidigare år. Uppdelat på olika åldersgrupper syns dock en viss överdödlighet inom LSS. Även inom boende för vuxna enligt LSS och boende enligt SoL var det en viss överdödlighet.

## Smittade och avlidna inom LSS

Under 2020 smittades 3 558 personer med insats enligt LSS med covid-19 (tabell 1), vilket motsvarar 4,2 procent av samtliga i gruppen. Motsvarande andel i totalbefolkningen var 5,5 procent<sup>23</sup>.

Andelen personer smittade med covid-19 skiljer sig mellan olika insatser:

- Personlig assistans: 4,1 procent.
- Boende för vuxna: 6,2 procent.

<sup>23</sup> Uppgiften är hämtad från Folkhälsomyndighetens veckostatistik över hur många som bekräftats smittade med covid-19.



- Daglig verksamhet: 4,9 procent.
- Boende för barn: 5,5 procent.

Inom både boende för vuxna respektive barn och daglig verksamhet är andelen smittade högre än i den övriga befolkningen. Den högsta andelen smittade återfinns inom bostad med särskild service för vuxna och för barn, 6,2 procent. En bidragande anledning till den höga smittspridningen inom dessa boendeformer är troligen omfattande omvårdnadsbehov, vilket medför nära kontakt med personal. Det kan även bero på att många av de boende har en intellektuell funktionsnedsättning, vilket kan medföra svårigheter att förstå rekommendationer kring smittskydd. Även personlig assistans innebär en nära kontakt med personal. Skillnaden i andelen smittade mellan boendeinsatser och personlig assistans skulle kunna förklaras av att assistansanvändaren har färre personer som ger stöd.

**Tabell 1. Smittspridning av covid-19 inom LSS**

Antal laboratoriebekräftat smittade och avlidna med covid-19 bland personer med insatser enligt LSS, uppdelat på ålder och insatser, 2020.

|                                                                                      | 0-22 år | 23-49 år | 50-69 år | 70> år | Alla åldrar |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|----------|--------|-------------|
| <b>Totalt antal personer med insatser enligt LSS</b>                                 | 23 022  | 38 111   | 18 059   | 4 622  | 83 814      |
| ... med bekräftad covid-19                                                           | -       | -        | -        | -      | 3 558       |
| ... som avlidit med covid-19                                                         | 27**    |          | 68       | 54     | 149         |
| <b>Totalt antal personer med personlig assistans*, eller med assistansersättning</b> | 4 920   | 6 820    | 5 327    | 1 797  | 18 864      |
| ... med bekräftad covid-19                                                           | -       | -        | -        | -      | 777         |
| ... som avlidit med covid-19                                                         | 11**    |          | 22       | 20     | 53          |
| <b>Totalt antal personer i bostad med särskild service för vuxna</b>                 | 1 250   | 16 084   | 8 472    | 2 073  | 27 880      |
| ... med bekräftad covid-19                                                           |         |          |          |        | 1 731       |
| ... som avlidit med covid-19                                                         | 0       | 11       | 38       | 25     | 74          |
| <b>Totalt antal personer med daglig verksamhet enligt LSS</b>                        | 3 234   | 27 280   | 7 728    | 64     | 38 306      |
| ... med bekräftad covid-19                                                           |         |          |          |        | 1 892       |
| ... som avlidit med covid-19                                                         | 0       | 17       | 22       | 0      | 39          |
| <b>Totalt antal personer med bostad med särskild service för barn och unga</b>       | 853     | <4       | <4       | <4     | 856         |
| ... med bekräftad covid-19                                                           | -       | -        | -        | -      | 47          |
| ... som avlidit med covid-19                                                         | 0       | 0        | 0        | 0      | 0           |

\*Avser personer med kommunalt beslutad personlig assistans samt statlig assistansersättning.

\*\* Åldersgrupper har slagits ihop för att undvika småtal.

- betyder att antalet personer är för lågt för att kunna redovisas uppdelat på ålder.

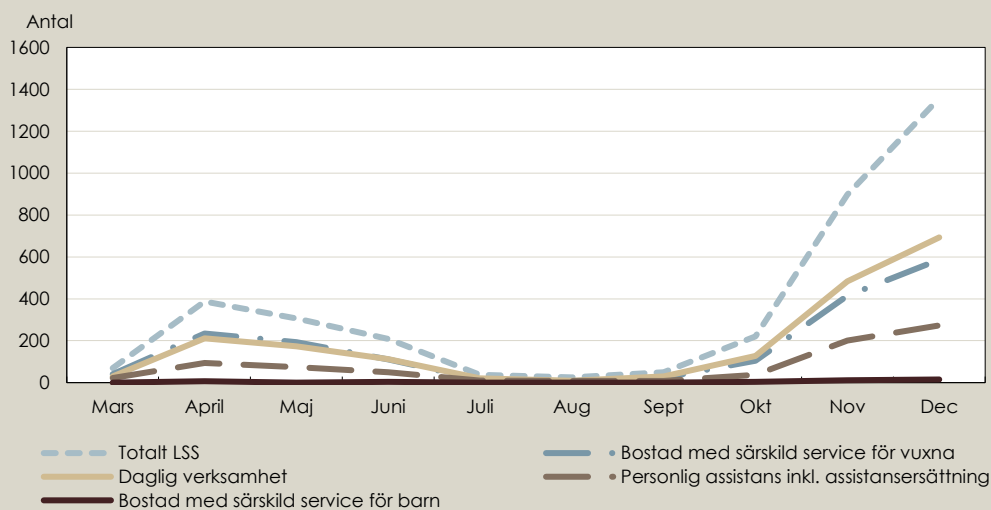
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och dödsorsaksregistret, Folkhälsomyndighetens register över laboratoriebekräftat smittade med covid-19 (SmiNet).

Figur 1 visar antalet bekräftat smittade med covid-19 inom LSS per månad under 2020. Utvecklingen följer samma mönster som för totalbefolkningen, med en topp under april och maj och en lägre nivå under juli till september.

Under hösten ökade antalet bekräftat smittade markant. Under december månad rapporterades cirka 1 360 nya fall bland samtliga personer med insatser enligt LSS.

**Figur 1. Antal bekräftat smittade med covid-19 inom LSS månadsvis**

Antal bekräftat smittade med covid-19 inom LSS, uppdelat på månad, totalt samt uppdelat på bostad med särskild service för vuxna, personlig assistans\*, daglig verksamhet och



\* Endst kommunalt beslutad personlig assistans

enligt LSS.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt SoL och Folkhälsomyndighetens register över laboratoriebekräftat smittade med covid-19 (SmiNet).

## Relativt hög andel avlidna

Även om andelen smittade med covid-19 är lägre inom LSS än i totalbefolkningen så är förhållandet det omvända när det gäller andelen avlidna med covid-19. Under 2020 avled 149 personer med covid-19 inom LSS (tabell 1). Det motsvarar 4,2 procent av de med LSS-insatser som under året bekräftats smittade med covid-19<sup>24</sup>. Motsvarande andel i totalbefolkningen var 1,6 procent<sup>25</sup>. Resultatet ligger i linje med internationell forskning som visar att personer med vissa intellektuella funktionsnedsättningar har en förhöjd risk för ett allvarligt sjukdomsförlopp om de insjuknar i covid-19 [1, 4].

Det finns troligen flera orsaker till den höga andelen avlidna, till exempel samsjuklighet i form av diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar. Det kan även handla om svårigheter att kommunicera exempelvis feber, andningssvårigheter och förlust av lukt- och smaksinne.

Det finns vissa skillnader mellan olika åldersgrupper bland dem som avlidit med covid-19 och som hade insatser enligt LSS. En majoritet av de som avled var under 70 år, 64 procent och 18 procent var under 50 år. Även detta ligger i linje med internationell forskning som visar en förhöjd risk bland yngre med intellektuell funktionsnedsättning att avlida med covid-19.

<sup>24</sup> Alla som avled med covid-19 behöver inte ha haft en laboratormitt. Det gäller framför allt för de som avled under första halvåret 2020. Andelen bör därför tolkas med viss försiktighet.

<sup>25</sup> Uppgiften är hämtad från Socialstyrelsens statistik över hur många som avlidit med covid-19.

Andelen som avlidit med covid-19 är högst bland personer med personlig assistans eller assistansersättning: 6,8 procent. Socialstyrelsen har inte kunnat fastslå varför andelen är så mycket högre bland dessa personer. Utöver de orsaker som anges ovan kan Socialstyrelsen inte utesluta brister i sjukvård vid covid-19, exempelvis att personerna kommer senare till vården när sjukdomsförloppet har hunnit förvärras. Samtidigt visar analyserna att en relativt hög andel av assistansanvändare som avled med covid-19, avled i april och maj 2020. Då var testningen fortfarande begränsad och det är möjligt att flera av dem med personlig assistans som avled med covid-19 inte hade fått diagnosen bekräftad vid insjuknandet. Det skulle i så fall innebära en viss överskattning av andelen avlidna.

Uppgifterna i tabell 1 avser 2020. Mellan den 1 januari och den 15 februari 2021 avled ytterligare 21 personer med personlig assistans<sup>26</sup> och 36 personer i bostad med särskild service för vuxna. Det innebär att 33 respektive 38 procent av de som avlidit med covid-19 till och med mitten av februari 2021 avled under de sex första veckorna under 2021.

Socialstyrelsens statistik visar dessutom att en majoritet av personer i bostad med särskild service för vuxna som avled med covid-19 gjorde det på sjukhus, 79 procent<sup>27 28</sup>. Vidare avled 17 procent på boendet. Ett fåtal avled på okänd plats. En jämförelse med äldreområdet<sup>29</sup> visar att 50 procent av de som avled med covid-19 gjorde det på sjukhus medan 44 procent avled på särskilt boende.

## Smittade och avlidna inom SoL 0–64 år

Andelen personer med bekräftad covid-19 är något lägre bland personer med insatser enligt SoL<sup>30</sup> än enligt LSS. Under 2020 smittades 2 017 personer med insats enligt SoL med covid-19, vilket motsvarar 3,5 procent av samtliga med dessa insatser (tabell 2). Andelen är något högre bland personer i särskilt boende eller med hemtjänst: 5,4 respektive 4,7 procent. Andelen är i sin tur lägre bland personer med boendestöd, 2,6 procent. Den lägre andelen kan troligen förklaras av att personer med boendestöd möter färre personal än brukare inom hemtjänsten och i särskilt boende. Även åldern torde ha en inverkan, då personer med boendestöd har en lägre genomsnittsålder. Socialstyrelsen har inte analyserat bakomliggande diagnoser eller funktionsnedsättningar bland dem med insatser enligt SoL som avlidit med covid-19. Tidigare analyser visar dock att en väsentlig andel av personer med insatser enligt SoL (0–64 år) har en psykisk funktionsnedsättning.

---

<sup>26</sup> Avser personer med kommunalt beslutad personlig assistans och statlig assistansersättning.

<sup>27</sup> Avser perioden fram till och med 15 februari 2021.

<sup>28</sup> Statistiken redovisas löpande på Socialstyrelsens webbplats: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/statistik-om-covid-19-bland-personer-med-funktionsnedsattning/>

<sup>29</sup> 70 år och äldre.

<sup>30</sup> Avser personer 0–64 år.

**Tabell 2. Smittspridning av covid-19 inom SoL 0–64 år**

Antal laboratoriebekräftat smittade och avlidna med covid-19 bland personer med insatser enligt SoL 0–64 år, uppdelat på ålder och insatser, 2020.

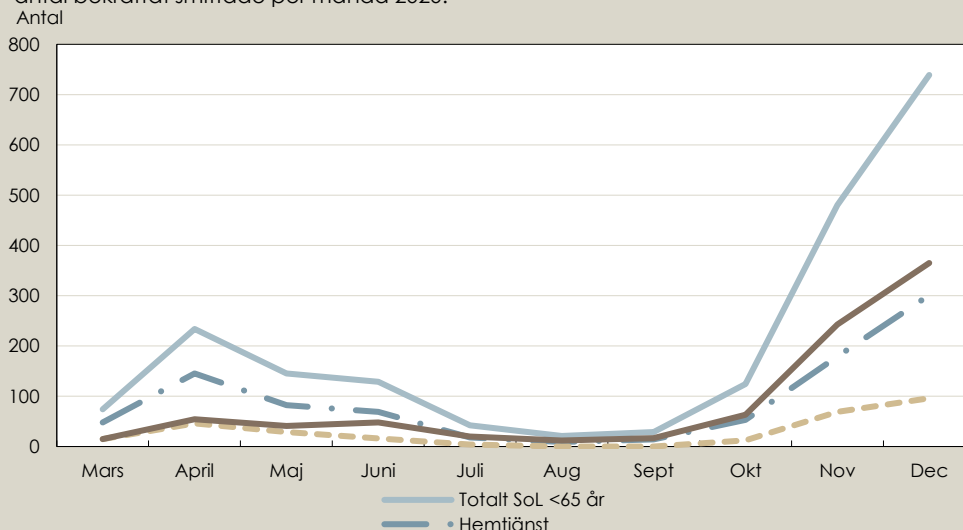
|                                                                         | 0–22 år      | 23–49 år      | 50–64 år      | Alla åldrar   |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Totalt antal personer med insatser enligt SoL (&lt;65 år)</b>        | <b>2 788</b> | <b>28 712</b> | <b>25 366</b> | <b>56 866</b> |
| ... med bekräftad covid-19                                              | -            | -             | -             | 2 017         |
| ... som avlidit med covid-19                                            | 0            | 7             | 55            | 62            |
| <b>Totalt antal personer med särskilt boende enligt SOL (&lt;65 år)</b> | <b>119</b>   | <b>1 848</b>  | <b>3 383</b>  | <b>5 350</b>  |
| ... med bekräftad Covid-19                                              | -            | -             | -             | 288           |
| ... som avlidit med Covid-19                                            | 0            | -             | 16            | 16            |
| <b>Totalt antal personer med hemtjänst enligt SOL (&lt;65 år)</b>       | <b>484</b>   | <b>5 615</b>  | <b>13 453</b> | <b>19 552</b> |
| ... med bekräftad Covid-19                                              | -            | -             | -             | 918           |
| ... som avlidit med Covid-19                                            | 0            | -             | 42            | 42            |
| <b>Totalt antal personer med boendestöd enligt SOL (&lt;65 år)</b>      | <b>2 234</b> | <b>22 109</b> | <b>9 629</b>  | <b>33 972</b> |
| ... med bekräftad Covid-19                                              | -            | -             | -             | 878           |
| ... som avlidit med Covid-19                                            | -            | -             | 7             | 7             |

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt SoL och dödsorsaksregistret, Folkhälsomyndighetens register över laboratoriebekräftat smittade med covid-19 (SmiNet).

Figur 2 visar antalet bekräftat smittade med covid-19 inom SoL (0–64 år) per månad under 2020. Även här följer utvecklingen samma mönster som för totalbefolkningen, med en topp under april och maj och en lägre nivå juli–september. Under hösten ökade antalet smittade markant. Under december månad rapporterades cirka 740 nya fall bland samtliga personer med insatser enligt SoL i åldern 0–64 år.

**Figur 2. Antal bekräftat smittade med covid-19 inom SoL, månadsvis**

Antal bekräftat smittade med covid-19 bland personer med insatser enligt SoL 0–64 år, totalt och uppdelat på hemtjänst, särskilt boende och boendestöd, 2020, uppdelat på antal bekräftat smittade per månad 2020.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och Folkhälsomyndighetens register över laboratoriebekräftat smittade med covid-19, SmiNet.

## Även en relativt hög andel avlidna inom SoL

Under 2020 avled 62 personer med covid-19, som hade insatser enligt SoL<sup>31</sup>. Det motsvarar knappt 3,1 procent av de med bekräftad covid-19 och insatser enligt SoL<sup>32</sup>. Andelen avlidna skiljer sig väsentligt åt mellan olika insatser enligt SoL:

- Särskilt boende: 5,6 procent
- Hemtjänst: 4,6 procent
- Boendestöd: 0,8 procent.

Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa hur hög andel av de här personerna som tillhör en riskgrupp. Orsakerna till den relativt höga andelen avlidna inom särskilt boende och hemtjänst är troligen snarlika dem inom äldreomsorgen: stora omvårdnadsbehov och ett högt antal personal per brukare.

Andelen avlidna med covid-19 är lägre bland personer med boendestöd jämfört med hemtjänst och särskilt boende. Det kan förklaras av att personer med boendestöd ofta möter färre personal, att stödet inte inbegriper omvårdnad. Dessutom är genomsnittsåldern hos personer med boendestöd är relativt låg. Många gånger handlar det om personer med psykisk funktionsnedsättning. Personer med psykisk funktionsnedsättning, som exempelvis schizofreni, har många gånger kognitiva svårigheter. Liksom inom LSS kan det därför också handla om svårigheter att ta till sig information om covid-19, exempelvis rekommendationerna om smittskydd som riktar sig till allmänheten.

## Dödligheten på samma nivå som tidigare år

Pandemin tycks inte ha påverkat dödligheten inom LSS i negativ riktning. Under 2020 avled en lika hög andel personer med insatser enligt LSS jämfört med tidigare år<sup>33</sup> (tabell 3). I åldersgruppen 70 år eller äldre var det en underdödlighet under 2020, jämfört med föregående år.

Skillnaden är mycket liten mellan olika insatser. Det finns en mindre överdödlighet bland personer med personlig assistans jämfört (0,1 procent) jämfört med övriga insatser.

---

<sup>31</sup> 0–64 ÅR.

<sup>32</sup> Alla som avled med covid-19 behöver inte ha haft en laboratoriemitt. Det gäller framför allt för de som avled under första halvåret 2020. Andelen bör därför tolkas med viss försiktighet.

<sup>33</sup> Oavsett dödsorsak.

**Tabell 3. Överdödlighet bland personer med insatser enligt LSS**

Dödligheten bland personer med insatser enligt LSS under 2020 oavsett dödsorsak, jämfört med den genomsnittliga dödligheten 2015-2019, uppdelat på ålder samt insats.

|                                    | Medel<br>antal i<br>popula-<br>tionen<br>2015–<br>2019 | Medel<br>antal<br>döda<br>2015–<br>2019 | Dödlig-<br>het<br>2015–<br>2019<br>(%) | Antal i<br>popu-<br>lat-<br>ionen<br>2020 | Antal<br>döda<br>2020 | Dödlig-<br>het<br>2020<br>(%) | Över-<br>dödlig-<br>het (%) |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <b>Totalt LSS</b>                  |                                                        |                                         |                                        |                                           |                       |                               |                             |
| Alla åldrar                        | 70 808                                                 | 966                                     | 1,4                                    | 74 795                                    | 1 073                 | 1,4                           | 0                           |
| 0–39 år                            | 44 132                                                 | 110                                     | 0,2                                    | 47 282                                    | 121                   | 0,3                           | 0,1                         |
| 40–69 år                           | 23 737                                                 | 581                                     | 2,4                                    | 24 268                                    | 627                   | 2,6                           | 0,2                         |
| 70> år                             | 2 939                                                  | 275                                     | 9,4                                    | 3 245                                     | 325                   | 10                            | -0,6                        |
| <b>Personlig assistans*</b>        | 4 568                                                  | 117                                     | 2,6                                    | 5 175                                     | 137                   | 2,6                           | 0                           |
| <b>Bostad med särskild service</b> | 26 320                                                 | 580                                     | 2,2                                    | 27 893                                    | 650                   | 2,3                           | 0,1                         |
| <b>Daglig verksamhet</b>           | 36 128                                                 | 288                                     | 0,8                                    | 38 330                                    | 312                   | 0,8                           | 0                           |

\*Avser endast personer med kommunalt beslutad personlig assistans, ej statlig assistansersättning.

Kommentar: Anledningen till att personer med statlig assistansersättning inte ingår i ovan tabeller är att registeruttaget för den gruppen baserades på att de levde och hade assistansersättning 2019.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och dödsorsaksregistret.

Covid-19 tycks inte heller ha påverkat dödligheten bland personer med insatser enligt SoL i negativ<sup>34</sup>. Under 2020 var det en mindre underdödlighet bland dessa personer jämfört med tidigare år, -0,3 procent. Underdödligheten är tydligast bland personer i åldern 40–64 år, -0,02 procent.

**Tabell 4. Överdödlighet bland personer med insatser enligt SoL**

Dödlighet bland personer med insatser enligt SoL\* under 2020 oavsett dödsorsak, jämfört med en genomsnittlig dödlighet 2015-2019, uppdelat på ålder samt insatser.

|                        | Antal i<br>populat-<br>ionen<br>2015–<br>2019<br>(medel) | Antal<br>döda<br>2015–2019<br>(medel) | Dödlig-<br>het<br>2015–<br>2019 | Antal i<br>populat-<br>ionen<br>2020 | Antal<br>döda<br>2020 | Död-<br>lighet<br>2020<br>(%) | Över-<br>död-<br>lighet<br>(%) |
|------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <b>Totalt SoL</b>      | 53 199                                                   | 1 515                                 | 2,8                             | 56 872                               | 1 446                 | 2,5                           | -0,3                           |
| 0–39 år                | 18 311                                                   | 94                                    | 0,05                            | 20 960                               | 94                    | 0,04                          | -0,01                          |
| 40–64 år               | 34 888                                                   | 1 421                                 | 0,4                             | 35 912                               | 1 352                 | 0,38                          | -0,02                          |
| <b>Särskilt boende</b> | 5 139                                                    | 237                                   | 4,6                             | 5 351                                | 239                   | 4,5                           | 0,1                            |
| <b>Hemtjänst</b>       | 20 148                                                   | 1 119                                 | 5,6                             | 19 555                               | 1 082                 | 5,5                           | -0,1                           |

\*0–64 år.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt SoL och dödsorsaksregistret.

## Smittade och avlidna med Downs syndrom eller intellektuell funktionsnedsättning

Internationell forskning visar på en förhöjd risk vid insjuknande i covid-19 för personer med Downs syndrom [1, 4, 5]. Den förhöjda risken gäller både

<sup>34</sup> Avser personer 0–64 år.

för allvarligt sjukdomsförlopp och för att avlida vid covid-19. Socialstyrelsen har även bedömt att personer med Downs syndrom tillhör en av riskgrupperna för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19<sup>35</sup>.

Många personer med Downs syndrom har insatser enligt LSS, men inte alla. Socialstyrelsen har därför valt att komplettera analyserna om covid-19 bland personer med insatser enligt LSS med motsvarande analyser som utgår från diagnoskoder, istället för bara insatser. Eftersom personer med Downs syndrom kan återfinnas i flera diagnoskoder<sup>36</sup> omfattas analyserna av följande koder:

- Downs syndrom (Q90).
- Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79), i DSM-V benämnd som intellektuell funktionsnedsättning.
- Kromosomavvikelser som ej klassificerats annorstädes (Q90-Q99).

Ovanstående tre grupper är delvis överlappande och incidensen kan därför inte summeras. Analyserna avser incidensen och antalet avlidna under 2020.

Under 2020 smittades 4 procent av personer med *Downs syndrom* med covid-19 (tabell 5). Av dessa avled sex personer, vilket motsvarar 3,3 procent av antalet smittade i gruppen<sup>37</sup>.

Analyserna visar vidare att 5,2 procent av personer med *intellektuell funktionsnedsättning* smittades med covid-19 under 2020. Bland personer med intellektuell funktionsnedsättning avled 15 personer med covid-19, vilket motsvarar 2,3 procent av antalet smittade i gruppen.

Socialstyrelsen kan vidare konstatera att 5 procent av personer med *kromosomavvikelser som ej klassificerats annorstädes* smittades med covid-19 under 2020. Sex personer med dessa kromosomavvikelser avled med covid-19, vilket motsvarar 2 procent av antalet smittade i gruppen.

---

<sup>35</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/socialstyrelsen-delredovisning-riskgrupper-covid-19.pdf>

<sup>36</sup> Avser ICD-koder.

<sup>37</sup> Andelen avlidna ska i sammanhanget tolkas med viss försiktighet eftersom det kan förekomma att några av dessa personer konstaterades ha covid-19 först när de avlidit. Det kan innebära en viss överskattning av andelen avlidna. Detta gäller i synnerhet för de personer som avled under det första halvåret 2020.

**Tabell 5. Smittspridning av covid-19 bland personer med Downs syndrom och intellektuell funktionsnedsättning**

Antal laboratoriebekräftat smittade och avlidna med covid-19 bland personer med diagnoserna Downs syndrom och psykisk utvecklingsstörning (intellektuell funktionsnedsättning), uppdelat på ålder, 2020.

|                                                                                           | 0–22 år | 23–49 år | 50–69 år | 70+ år | Alla åldrar |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|----------|--------|-------------|
| <b>Totalt antal med diagnos Q90, Downs syndrom</b>                                        | 2 416   | 1 969    | 251      | 7      | 4 653       |
| ... med bekräftad Covid-19                                                                | -       | -        | -        | -      | 184         |
| ... som avlidit med Covid-19                                                              | -       | -        | -        | -      | 6           |
| <b>Totalt antal med diagnos F70–F79, psykisk utvecklingsstörning</b>                      | 1 778   | 9 220    | 1 405    | 298    | 12 701      |
| ... med Covid-19                                                                          | -       | -        | -        | -      | 664         |
| ... som avlidit med Covid-19                                                              | <4      | 6        | 5        | <4     | 15          |
| <b>Totalt antal med diagnos Q90–Q99, kromosomavvikelser ej klassificerade annorstädes</b> | 1 774   | 3 554    | 780      | 96     | 6 204       |
| ... med Covid-19                                                                          | -       | -        | -        | -      | 308         |
| ... som avlidit med Covid-19                                                              | -       | -        | -        | -      | 6           |

- betyder att antalet personer är för lågt för att kunna redovisas uppdelat på ålder.

Källa: Socialstyrelsens Patientregister, Medicinska födelseregistret samt Dödsorsaksregistret, Folkhälsomyndighetens register över laboratoriebekräftat smittade med covid-19 (SmiNet).

Sammanfattningsvis är andelen smittade med covid-19 är lägre bland personer med Downs syndrom eller med intellektuell funktionsnedsättning än i den övriga befolkningen. Andelen avlidna med covid-19 är dock något högre än i den övriga befolkningen. Andelen avlidna är dock lägre än exempelvis bland personer som bor i boende för vuxna enligt LSS. Andelen avlidna ska i sammanhanget tolkas med viss försiktighet eftersom det kan förekomma att några av dessa personer konstaterades ha covid-19 först när de avlidit. Det kan innebära en viss överskattning av andelen avlidna. Detta gäller i synnerhet under det första halvåret 2020.

Socialstyrelsen har inte analyserat de relativa riskerna för personer med Downs syndrom att få ett svårt sjukdomsförlopp eller att avlida vid covid-19. Resultatet ligger dock i linje med internationell forskning som visar på relativt högre risker för svårt sjukdomsförlopp bland dessa grupper jämfört med den övriga befolkningen. Resultaten ligger även i linje med en svensk studie som konstaterar att personer med Downs syndrom har fyra gånger högre risk för ett allvarligt sjukdomsförlopp i covid-19, jämfört med den övriga befolkningen [8].

Den relativt högre andelen avlidna med covid-19 bland personer med Downs syndrom och intellektuell funktionsnedsättning skulle delvis kunna förklaras av att dessa personer många gånger har underliggande sjukdomar, såsom diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar. Det kan även finnas andra orsaker, som mer handlar om omgivningsfaktorer. Samtidigt är andelen avlidna med covid-19 lägre ibland dessa personer än bland personer i personkretsens första grupp i LSS. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa orsaken bakom det.



# Covid-19 och konsekvenser för socialtjänstens stöd

I det här kapitlet beskriver Socialstyrelsen vilken påverkan covid-19 har fått på verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Fokus ligger på insatser enligt socialtjänstlagen och LSS.

## Sammanfattande iakttagelser

- Under 2020 genomförde majoriteten av landets kommuner och stadsdelar förändringar i insatser till personer med funktionsnedsättning till följd av covid-19. Den här andelen är högst inom LSS, 80 procent, jämfört med SoL som är 59 procent. I december 2020 pågick förändringarna fortfarande i omkring 75 procent av kommunerna. Vidare bidrog covid-19 till en väsentlig ökning av ej verkställda beslut. Inom LSS uppgick dessa till 4 500 stycken.
- Daglig verksamhet är den insats som påverkats mest av covid-19. Omkring en tredjedel av kommunerna ställde in insatsen helt och hållet och en lika hög andel minskade insatsens omfattning. Det har förekommit att boenden enligt LSS nekat besökare, trots att dessa boenden inte omfattats av det nationella besöksförbudet. Vidare har hälso- och sjukvårdsansvaret för verksamheter som drivs i enskild regi angetts som en utmaning. Omfattningen av socialtjänstens insatser till barn och unga med funktionsnedsättning har påverkats i begränsad utsträckning. Ett fåtal kommuner uppger dock att insatser såsom avlösarservice, boende för barn och korttidstillsyn har ställts in helt och hållet.
- Insatsen personlig assistans har påverkats på olika sätt under pandemin. Ett förekommande scenario har varit när assistansvändares dagliga verksamhet stänger ned och denne därför har behov av utökad assistans. Ett annat scenario är när personliga assistenter blir sjuka och utförare har svårt att tillgodose behoven. Socialstyrelsen erfar att de flesta försöker lösa detta så långt det går, men att det också kan resultera i att assistansens utförande minskar i omfattning och endast ges i punktinsatser.
- Majoriteten av kommunerna har haft kontakt med de brukare som berörts av förändrade insatser enligt LSS och SoL. Andelen är lika hög inom båda lagrummen, 94 procent. Något färre kommuner har genomfört åtgärder för att tillgodose individuella behov hos de brukare som berörts av förändringarna.
- Även personalen har påverkats av covid-19. Verksamheterna har till exempel begränsat personalgrupperna och varit restriktiva med vikarier. En del verksamheter har periodvis haft svårt att upprätthålla en minimibemanning, när en hög andel medarbetare och vikarier behövt stanna hemma på grund av sjukdom.

## Förändringar i flertalet kommuner

Under 2020 genomförde majoriteten av landets kommuner och stadsdelar förändringar i insatser enligt LSS och SoL<sup>38</sup> till följd av covid-19 (tabell 6). Andelen är högst inom LSS, 80 procent, jämfört med SoL, 59 procent. De kommuner och stadsdelar som uppger att de inte har genomfört några förändringar är spridda över hela landet.

I cirka 75 procent av kommunerna pågick förändringarna fortfarande i december 2020.

**Tabell 6. Förändringar i funktionshindersverksamheter till följd av covid-19**

Andel kommuner och stadsdelar som har genomfört förändringar i verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning, 2020 (N=315)

|                             | Ja | Nej  | Ej svarat |
|-----------------------------|----|------|-----------|
| Insatser enligt LSS         | 80 | 18,5 | 1,5       |
| Insatser enligt SoL 0-64 år | 59 | 37,5 | 3,5       |

Källa: Arbetsmaterial från Inspektionen för vård och omsorg.

Tabell 7 visar att kommunerna har genomfört flest förändringar inom daglig verksamhet och boende för vuxna enligt LSS. Endast 8 respektive 49 procent av kommunerna och stadsdelarna uppger att inga förändringar gjorts inom dessa insatser. Den vanligaste förändringen inom daglig verksamhet är minskade gruppaktiviteter och fler individuella aktiviteter, 39 respektive 43 procent av kommunerna och stadsdelarna har genomfört detta. Vidare har 35 procent av kommunerna och stadsdelarna ställt in insatsen helt och hållet och en lika hög andel har minskat insatsens omfattning. Socialstyrelsen har inte kunnat fastslå hur många enskilda som totalt berörs av dessa förändringar. Myndigheten kommer dock att analysera detta vidare.

Omfattningen av de insatser som helt eller delvis riktar sig till barn har påverkats i relativt liten utsträckning. Till exempel uppger två tredjedelar av kommunerna att de inte genomfört några förändringar i insatserna avlösarservice och korttidstillsyn, 68 respektive 64 procent. Ungefär lika många kommuner uppger att de inte genomfört några förändringar inom boende för barn enligt LSS. Korttidsvistelse är en insats som kan beviljas till alla åldrar, men som framför allt ges till barn och unga. Insatsen har påverkats i något högre utsträckning än de tidigare nämnda insatserna och drygt hälften av kommunerna uppger att de inte genomfört några förändringar i insatsen. Uppgifterna tyder på att många kommuner och stadsdelar har upprätthållit stödet till barn och unga med funktionsnedsättning under pandemin. Hur barnen och de unga, liksom deras vårdnadshavare, har påverkats i de fall insatserna minskat i omfattning har inte kunnat fastställas. Konsekvenserna torde dock ha varit rätt omfattande i de kommuner som helt ställt in insatserna. Detta stämmer överens med de slutsatser som dras av Myndigheten för delaktighet: att flertalet barn och unga med funktionsnedsättning har påverkats av pandemin i lika hög utsträckning som andra i samma åldersgrupp. De barn och unga med funktionsnedsättning som har påverkats mer har dock påverkats negativt i hög utsträckning.

<sup>38</sup> Avser personer 0-64år.

**Tabell 7. Förändringar inom LSS till följd av covid-19, uppdelat på insatser och åtgärder**

Andel kommuner och stadsdelar som har genomfört förändringar i verksamheter enligt LSS på grund av covid-19, uppdelat på insatser och åtgärder, 2020 (N=315)

|                              | Minskat insatsens omfattning | Färre gruppt aktiviteter | Fler individuella aktiviteter | Ställt in insatsen helt | Flyttat fram starten av en insats | Annat | Inga förändringar har genomförts |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------|----------------------------------|
| Råd och stöd*                | 0,1                          | 0,1                      | 0,1                           | -                       | 0,03                              | 2     | 24                               |
| Personlig assistent          | 2                            | 3                        | 4                             | 0                       | 0,03                              | 11    | 64                               |
| Ledsagar-service             | 0,03                         | 3                        | 4                             | 3                       | 1                                 | 8     | 6                                |
| Kontaktperson                | 5                            | 2                        | 2                             | 3,2                     | 3,8                               | 8,6   | 61                               |
| Avlösarservice i hemmet      | 3                            | 2                        | 3                             | 2                       | 0,1                               | 5     | 68                               |
| Korttidsvistelse             | 5                            | 8                        | 6                             | 9                       | 3                                 | 6     | 56                               |
| Korttidstillsyn              | 2                            | 6                        | 5                             | 0,03                    | 0                                 | 4     | 64                               |
| Boende för barn och ungdomar | 0,1                          | 3                        | 4                             | 0,1                     | 0,03                              | 4     | 67                               |
| Bostad för vuxna             | 4                            | 25                       | 22                            | 1,6                     | 3                                 | 10    | 49                               |
| Daglig verksamhet            | 35                           | 39                       | 43                            | 35                      | 11                                | 22    | 8                                |

\*160 av 251 kommuner som besvarade frågor om LSS uppgav att de inte ansvarar för insatsen.

Kommentar: Det finns ett visst bortfall på frågan och flera kommuner har svarat vet ej. Svaren bör därför tolkas med viss försiktighet.

Källa: Arbetsmaterial från Inspektionen för vård och omsorg.

Mönstret är detsamma inom SoL<sup>39</sup> som inom LSS. Den insats enligt SoL som har påverkats mest av covid-19 är dagverksamhet. Knappt 20 procent av kommunerna uppger att de ställt in insatsen helt och hållet och en lika hög andel uppger att de har minskat insatsens omfattning. Även boendestöd har påverkats och 4 procent av kommunerna uppger att de har ställt in insatsen helt och hållet. Ytterligare drygt 10 procent uppger att de minskat insatsens omfattning.

<sup>39</sup> Avser personer 0–64 år.

**Tabell 8. Förändringar inom SoL (0–64 år) till följd av covid-19, uppdelat på insatser och åtgärder**

Andel kommuner och stadsdelar som har genomfört förändringar i verksamheter enligt SoL 0–64 år på grund av covid-19, uppdelat på insatser och åtgärder, 2020 (N=315).

|                    | Minskat insatsens omfattning | Färre gruppak-tiviteter | Fler in-divi-duella aktivi-teter | Ställt in insatsen helt | Flyttat fram starten av en insats | Annat | Inga för-ändringar har ge-nomförts |
|--------------------|------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------|------------------------------------|
| Särskilt boende    | 2                            | 9                       | 6,5                              | 1                       | 2                                 | 5,5   | 39                                 |
| Hem-tjänst         | 4                            | 1                       | 1                                | 1                       | 1                                 | 7     | 33,5                               |
| Boende-stöd        | 10                           | 7,5                     | 6,5                              | 4                       | 3                                 | 14,5  | 31,5                               |
| Dagverk-samhet     | 18,5                         | 24                      | 22                               | 18                      | 48,5                              | 1     | 14                                 |
| Kontakt-person     | 4,5                          | 1                       | 1                                | 2,5                     | 2                                 | 7     | 42                                 |
| Korttids-boende    | 2                            | 2                       | 2                                | 2                       | 1                                 | 3,5   | 42                                 |
| Avlösning i hemmet | 1                            | 0,5                     | 1                                | 2                       | 0,5                               | 2     | 39                                 |

Källa: Arbetsmaterial från IVO

## Covid-19 har påverkat verkställigheten av beslut

Covid-19 har påverkat verkställigheten av beslut enligt SoL och LSS. Uppgifterna i tabell 7 och 8 ovan visar att en mindre andel kommuner har flyttat fram starten av en insats. Statistiken över ej verkställda beslut hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ger ytterligare kunskap om hur många personer det berör. År 2020 inrapporterade kommunerna totalt 8 725 ej verkställda beslut om insatser enligt LSS<sup>40</sup> till IVO. Drygt hälften av dessa uppgavs bero på covid-19 (tabell 9). Det vanligaste var att verkställigheten av beslut om daglig verksamhet enligt LSS dröjt. Drygt 4 000 beslut om den insatsen dröjde mer än tre månader. Även beslut om ledsagarservice, kontaktperson och korttidsvistelse har dröjt, om än inte lika i hög utsträckning.

Kommunerna rapporterade in cirka 1 100 ej verkställda beslut rörande boende för vuxna enligt LSS, varav 26 stycken berodde på covid-19. Det talar för att tidigare problem med insatsens verkställighet förvisso kvarstår, men att de inte har påverkats i någon högre utsträckning av covid-19.

<sup>40</sup> Uppgifterna som kommunerna rapporterar in till IVO avser beslut som ej verkställts efter tre månader.

**Tabell 9. Ej verkställda beslut som är relaterade till covid-19**

Antal ej verkställda beslut som inrapporterats till IVO, uppdelade på insatser och lagrum\*, totalt antal samt antal och andel av dessa som är relaterade till covid-19, andel angiven i procent, 2020.

| Typ av insats/bistånd                    | Totalt antal | Antal beslut relaterade till covid-19 | Andel beslut relaterade till covid-19 |
|------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Insatser enligt LSS</b>               |              |                                       |                                       |
| Personlig assistent                      | 33           | 2                                     | 6                                     |
| Ledsagarservice                          | 398          | 107                                   | 27                                    |
| Kontaktperson                            | 1 366        | 158                                   | 12                                    |
| Avlösarservice i hemmet                  | 294          | 53                                    | 18                                    |
| Korttidsvistelse                         | 587          | 187                                   | 32                                    |
| Korttidstillsyn                          | 44           | 8                                     | 18                                    |
| Boende för barn och ungdomar             | 46           | 1                                     | 2                                     |
| Bostad för vuxna                         | 1 101        | 26                                    | 3                                     |
| Daglig verksamhet                        | 4 849        | 4 025                                 | 83                                    |
| <i>Totalt LSS</i>                        | <i>8 725</i> | <i>4 568</i>                          | <i>52</i>                             |
| <b>Insatser enligt socialtjänstlagen</b> |              |                                       |                                       |
| Särskilt boende                          | 226          | 4                                     | 18                                    |
| Hemtjänst                                | 2            | 1                                     | 50                                    |
| Boendestöd                               | 236          | 55                                    | 24                                    |
| Dagverksamhet                            | 520          | 316                                   | 61                                    |
| Kontaktfamilj                            | 12           | 0                                     | 0                                     |
| Kontaktperson                            | 363          | 27                                    | 8                                     |
| Korttidsboende                           | 23           | 5                                     | 2                                     |
| Ledsagning                               | 38           | 6                                     | 16                                    |
| Avlösning i hemmet                       | 13           | 2                                     | 16                                    |
| Annat bistånd                            | 164          | 103                                   | 63                                    |
| <i>Totalt SoL</i>                        | <i>1 600</i> | <i>519</i>                            | <i>32</i>                             |

\*Insatser enligt SoL avser insatser till personer med funktionsnedsättning 0-64 år.

Källa: [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

Insatserna enligt SoL uppvisar samma mönster som insatserna enligt LSS, det vill säga flest ej verkställda beslut återfinns inom den dagliga sysselsättningen. Under 2020 dröjde verkställigheten mer än tre månader för 316 beslut om dagverksamhet enligt SoL till personer med funktionsnedsättning. Covid-19 har även påverkat verkställigheten av beslut om andra insatser enligt SoL. Ett exempel är boendestöd, där verkställigheten av 55 beslut påverkades av covid-19.

Uppgifterna om ej verkställda beslut avser endast de ärenden där verkställigheten dröjt längre än tre månader. Det kan därför finnas fler beslut under 2020 vars verkställighet påverkats av covid-19.

## Stor påverkan på daglig verksamhet

Daglig verksamhet är, som framgår av tabell 9, den insats som påverkats mest av covid-19. Samtidigt tycks många kommuner och stadsdelar ha försökt minska konsekvenserna av pandemin. Det bekräftas av de dialoger som Socialstyrelsen har fört med olika aktörer.

I dialogerna har det dessutom framkommit ytterligare aspekter, exempelvis att samarbete mellan dagliga verksamheter och gruppboenden många gånger har varit en framgångsfaktor när det gäller covid-19<sup>41</sup>. Det kan illustreras av följande exempel<sup>42</sup>.

*Alla brukare behövde snabbt omorganiseras i sin grupptillhörighet i daglig verksamhet. I stället indelades man utifrån sina boendegrupper, för att minimera smittspridningen. Detta var en förutsättning för att inte behöva stänga den dagliga verksamheten. Ett par externt boende brukare fick byta till en egen nyskapad arbetsgrupp. Det innebar för många att byta yrkes-/arbetsområde till något man inte valt, byta arbetskamrater, arbetshandledare och dagliga rutiner. Vi följde upp omställningen i juni med individuella samtal med kommunikationsstöd, eftersom de flesta inte kan tala. Sammanfattningsvis kom det fram att brukarna visade god vilja att ställa upp i covid-19-situationen, men saknade sin vanliga arbetsgrupp och känner att man har "låtsasarbete" i högre grad. Det dagliga livet är sedan dess mycket begränsat både socialt och i sitt innehåll, eftersom alla gemensamma aktiviteter är inställda. Dessa är annars starkt bärande inslag i dags- vecko- och årsrytmen.*

*Kommunen stängde ned daglig verksamhet i början av november 2020 efter dialog med FUB:s lokalförening. Verksamhetens personal anordnar utomhusaktiviteter 1-2 timmar alla vardagar. Resten av tiden förstärker den dagliga verksamhetens personal på kommunalt drivna LSS-bostäder. Legoarbete<sup>43</sup> hämtas från daglig verksamhet och utförs i LSS-bostaden istället. Efter en månad ringde LSS-handläggarna runt till samtliga gode män vars huvudmän har insatsen daglig verksamhet, för att höra hur vardagen fungerade sedan daglig verksamhet stängt ned sin ordinarie verksamhet. Handläggarna frågade bland annat hur huvudmannen mårde, hur hen hade reagerat på nedstängningen, hur personalen på LSS-bostaden hantierade att de boende var på hemmaplan större delen av dagen. Enligt uppgift från kommunen kom många värdefulla synpunkter fram genom denna rundringning.*

Socialstyrelsen har även tagit del av exempel på att digitala aktiviteter har ökat som ett alternativ till daglig verksamhet i lokal. Det har även förekommit att personal från daglig verksamhet har åkt hem till brukare på regelbunden basis.

<sup>41</sup> Exemplet kommer från Socialstyrelsens dialoger med medlemmar i Famna.

<sup>42</sup> Exemplet kommer från Socialstyrelsens dialoger med medlemmar i Famna samt skriftliga underlag insamlade i dialoger kring myndighetens kunskapsstöd.

<sup>43</sup> Legoarbete avser exempelvis paketering som utförs åt företaget.

## Även insatsen boende för vuxna har påverkats

Analyserna i kapitlet *Covid-19 – smittade och avlidna* visar på en utbredd smittspridning i boenden för vuxna enligt LSS samt en relativt hög andel avlidna med covid-19. Som framgår i tabell 7, har verksamheterna genomfört flera åtgärder för att hantera smittspridningen. I Socialstyrelsens dialoger och genom den nationella tillsynen har ytterligare kunskap framkommit.

Under våren 2020 vidtog många kommuner åtgärder för att minska smittspridningen i boenden för vuxna enligt LSS. Några exempel på sådana åtgärder är följande<sup>44</sup> [9]:

- Tydliga direktiv om hur de basala hygienreglerna ska efterlevas.
- Användning av bildstöd och annan anpassad information för att informera om covid-19 och smittskyddsåtgärder.
- Information och utbildning av såväl personal som brukare, gällande nya rutiner om vad som komma att ske.
- Övningar med skyddsutrustning på.

Ytterligare exempel på åtgärder är till exempel hygienombud som stärkte följsamheten till basala hygienrutiner. [9]

Trots att många verksamheter genomförde åtgärder under våren 2020 har vissa utmaningar kvarstått, exempelvis kring delaktighet och kommunikation. Under 2020 har Socialstyrelsen fått återkommande signaler om att det finns utmaningar gällande att involvera de boende i smittskyddsarbetet och att tillgången till alternativa kommunikationsmedel brister. Socialstyrelsen har därför, tillsammans med andra aktörer, tagit fram flera stödmaterial [10, 11]. Ett av dem handlar om förändrade arbetssätt på grund av covid-19 och ett annat om hur man kan prata om covid-19 med personer som har en intellektuell funktionsnedsättning. Myndigheten för delaktighet med flera har dessutom publicerat en film om personlig skyddsutrustning som syftar till att informera boende på ett pedagogiskt sätt.

Under 2020 fick Socialstyrelsen även signaler om att det varit stängt för besökare på boenden för vuxna enligt LSS, trots att dessa inte omfattades av det nationella besöksförbudet i särskilda boenden. Även begränsad åtkomst till dessa boendens gemensamhetsutrymmen har förekommit. Socialstyrelsen kan inte bedöma hur vanligt det här har varit, men att det har förekommit bekräftas även av IVO:s tillsyn [12]. Vidare uppger intresseorganisationerna att många anhängiga och ställföreträdare har upplevt en avsaknad på tillförlitlig information om smittläget i enskilda boenden enligt LSS.

Några aktörer har betonat kontakten med medicinskt ansvarig sköterska (MAS) som en grundläggande förutsättning för att framgångsrikt hantera covid-19. Detta har dock inneburit en utmaning för vissa enskilt drivna verksamheter, eftersom dessa inte alltid haft kontakt med kommunernas MAS<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> IVO har genomfört drygt 1 000 telefonintervjuer med bostäder med särskild service för vuxna, särskilda boenden samt hemtjänstverksamheter efter indikation på att smittspridningen varit stor inom just dessa verksamheter. Antalet boenden för vuxna enligt LSS var 167 stycken.

<sup>45</sup> Exemplet kommer från Socialstyrelsens dialoger med Famnas medlemmar.

Av tabell 7 framgår att det finns skillnader i hur landets LSS-verksamheter hanterat pandemin. Nedan följer två exempel som ytterligare illustrerar detta<sup>46</sup>.

*Jag tycker att personalen på min sons gruppboende har haft en framgångsrik strategi. Redan tidigt i våras blev vår son isolerad i sin lägenhet när han visade förkylningssymtom. De ordnade ett snabbtest och när det var negativt för covid-19 kunde han åter vistas i de gemensamma utrymmena. Personalen hade skyddsutrustning och man utsåg vissa i personalen som gav stöd i hans lägenhet. Under sommaren ordnade personalen med egen minibuss under två veckor. Då kunde de göra utflykter med matsäck. Dessutom en övernattnings i stuga. I höstas när andra vågen kom blev en boende smittad, troligen från sin dagliga verksamhet. Han blev isolerad, övriga testades omgående och efter tio dagar. Vår son har testats sex gånger sammanlagt. Genom sin strategi kunde kommunen hindra smittspridning.*

*Jag bor på serviceboende. Där jag bor har inga varit sjuka i coronavirus. Och ingen personal heller. Vi har gjort mycket utomhusaktiviteter till exempel promenad, cykeltur till närliggande badsjö eller andra ställen, grillat. Vi har ett torp som boendet har tillgång till, dit har vi kunnat åka antingen med cykel eller med bil. I boendets bil har de satt plexiglas för att minska risken för coronavirus. På boendet spritar vi händerna när vi ska fika eller äta mat i det gemensamma utrymmet. När vi ska äta middag lägger personalen upp maten, likaså med kaffe/te. Hos mig fungerar det bra i coronatider.*

## Behov av utökad personlig assistans

Covid-19 har synliggjort vissa utmaningar i det dubbla huvudmannaskapet för personlig assistans. Det har bland annat handlat om otydligheter kring huruvida statlig assistansersättning är en del av socialtjänsten. Otydligheten har framför gällt allt de beslut om statlig assistansersättning som utförs av andra anordnare än kommunerna. Detta har i sin tur medfört otydligheter i dessa anordnares rätt till olika stöd som socialtjänsten kunnat få från nationella aktörer. Det har till exempel handlat om möjligheterna att få hjälp med personlig skyddsutrustning.

De erfarenheter som Socialstyrelsen tagit del av visar vidare att den personliga assistansen påverkats olika i olika delar av landet<sup>47</sup>. Ett förekommande scenario har varit när assistansanvändares dagliga verksamhet stänger ned och de därför har behov av utökad assistans. Ett annat scenario är när personliga assistenter blir sjuka och utförare har svårt att tillgodose behoven. Socialstyrelsens uppfattning är att många verksamheter försöker lösa detta så långt det går, men att det också kan resultera i att assistansen till enskilda personer minskar i omfattning och endast ges i punktinsatser. Nedan följer två exempel från kommuner<sup>48</sup>.

<sup>46</sup> Exempelen kommer från Socialstyrelsens skriftliga underlag insamlade i dialoger kring myndighetens kunskapsstöd.

<sup>47</sup> Dialoger har förts med branschorganisationer, intresseorganisationer och utbildningsanordnare.

<sup>48</sup> Exempelen kommer från utbildningsanordnare inom personlig assistans som deltog i dialogen med Socialstyrelsen.



*Privata assistansanordnare har ett stort ansvar att tillhandahålla vikarier när ordinarie assistenter inte kan arbeta. Om man inte har kvar några vikarier som kan täcka upp eventuella pass, så kan man vända sig till kommunen för information om huruvida kommunen har möjlighet att täcka upp vissa fall med kommunens assistenter. Då gör assistansbolaget ett tjänsteköp hos kommunen med kundens assistans.*

*Vad gäller tillfällig utökning av personlig assistans så har vi ett principbeslut om att bevilja tillfällig utökning. Det gäller oavsett om daglig verksamhet eller skola stänger eller om brukaren själv är sjuk eller i karantän beslutad av läkare. Principbeslutet innebär ändå att varje brukare – eller företrädare – ska ansöka om tillfällig utökning. Individerna har olika behov, olika antal timmar beräknade ”avdrag” för daglig verksamhet etc. Vi lovar att utredningar om tillfällig utökning ska göras summariskt och snabbt.*

## Nästan alla kommuner har haft kontakt med enskilda brukare

Majoriteten av kommunerna har haft kontakt med de brukare som berörts av förändrade insatser enligt LSS och SoL. Andelen är lika hög inom båda grupperna, 94 procent (tabell 10). Något färre kommuner har vidtagit åtgärder för att tillgodose samtliga brukares behov när förändringar gjorts på grund av covid-19.

Att följa upp behoven hos enskilda med insatser från socialtjänsten är viktigt för att säkerställa att insatserna har rätt innehåll. Det ingår även i kommunernas ansvar att följa upp detta. I 15 § LSS anges att *till kommunens uppgifter hör att 1. fortlöpande följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka deras behov av stöd och service är, 2. verka för att personer som anges i 1 § får sina behov tillgodosedda.*

I en utvärdering av socialtjänstens stöd vid värmeböljan 2018 framkom att behoven av stöd hos personer med funktionsnedsättning kan förändras vid kriser, det handlar både om personer som redan har stöd och de som inte har stöd. [13]

Det är positivt att så pass många kommuner har följt upp behoven hos de personer som berörts av förändrade insatser enligt LSS och SoL. Den bedömningen förstärks av uppgifterna i kapitlet *Handläggning och myndighetsutövning*, som indikerar att det vanligen är relativt ovanligt med uppföljning av insatser.

**Tabell 10. Åtgärder för att säkra brukares behov vid förändrade insatser**

Andel av de kommuner och stadsdelar som uppgett att de genomfört förändringar inom LSS och SoL 0–64 år till följd av covid-19, andel angiven i procent 2020

|                                                                                                                                               | Ja   | Nej  | Vet ej |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|--------|
| <b>Insatser enligt LSS</b>                                                                                                                    |      |      |        |
| Har nämnden <i>haft kontakt</i> med samtliga brukare som berörts av förändrade insatser inom LSS på grund av covid-19?                        | 94,4 | 2,8  | 2,8    |
| Har nämnden <i>vidtagit åtgärder</i> för att tillgodose samtliga brukares behov vid förändrade insatser inom LSS på grund av covid-19?        | 90,8 | 6,4  | 2,8    |
| Har nämnden <i>följt upp</i> hur ni tillgodoser samtliga brukares behov vid förändrade insatser inom området LSS under utbrottet av covid-19? | 80,5 | 17,5 | 2      |
| <b>Insatser enligt SoL</b>                                                                                                                    |      |      |        |
| Har nämnden <i>haft kontakt</i> med samtliga brukare som berörs av förändrade insatser inom SoL på grund av covid-19?                         | 94,1 | 1,6  | 4,3    |
| Har nämnden <i>vidtagit åtgärder</i> för att tillgodose samtliga brukares behov vid förändrade insatser inom SoL på grund av covid-19?        | 89,8 | 6,5  | 3,7    |
| Har nämnden <i>följt upp</i> hur ni tillgodoser samtliga brukares behov vid förändrade insatser inom området SoL under utbrottet av covid-19? | 78   | 16,5 | 5,5    |

\*N=251 (LSS) och 186 (SoL)

Källa: Arbetsmaterial från IVO.

## Personalen har påverkats

Personalen i verksamheter enligt LSS har påverkats på flera sätt av covid-19. I IVO:s tillsyn under våren 2020 framkom flera åtgärder [9]:

- Begränsning av antalet medarbetare som har kontakt med varje brukare genom
  - att vara restriktiva i att använda vikarier och inte använda personalpool.
  - sträva efter att använda en begränsad personalgrupp
- Samarbete inom och mellan verksamheter kring personalplaneringsfrågor.

Åtminstone under första halvan av 2020 tycktes tillgången till personal ha varit relativt god på boenden för vuxna enligt LSS. En bidragande orsak till detta är att personal från nedstängda dagliga verksamheter har kunnat hjälpa till med bemanning. Att samma personal arbetar på dagliga verksamheter och på boenden enligt LSS kan i vanliga fall medföra risk för ökad institutionskänsla. Under en sådan extraordinär situation som pandemin kan det dock fylla en viktig funktion, för att minska smittspridningen. Socialstyrelsen bedömer även att faktorer som småskaliga boenden enligt LSS har varit gynnsamt ur smittskyddsperspektiv.

Inför sommaren 2020 uppger flertalet verksamheter att de försökte säkerställa att vikarier inte arbetade på flera olika ställen. Det framgår av IVO:s tillsyn. Det förekom även att verksamheter bemannade upp mer än vanligt, för att kunna möta en högre sjukfrånvaro [9].

IVO:s iakttagelser bekräftas till stor del av dialoger som Socialstyrelsen har fört med olika aktörer<sup>49</sup>, men i dialogerna har även andra aspekter framkommit. Ett exempel är att rekommendationerna för att stanna hemma vid symtom och vid provtagning har ställt bemanningen på stora prov. Även i de fall det har varit gott om vikarier så medför deras närvaro förändrade rutiner i verksamheter och för brukarna. I dialogerna har det även framkommit att en del verksamheter periodvis har haft svårt att upprätthålla en minimibemanning, när många medarbetare och vikarier behövt stanna hemma på grund av sjukdom. En konsekvens har varit att många nya vikarier har behövt introduceras på kort tid. Pandemin har även ställt krav på personalen att under kort tid har behövt inhämta ny kunskap, och en aktör beskriver följande.

*För medarbetarna har kraven varit högre på många sätt, och mycket ny information har behövt tas in och ställas om till, ur direkt smittspridningssynpunkt. Den ovissa tidshorisonten har varit påfrestande för en del, och tendenser till oro och utmattning har påverkat hela arbetsgruppen, alltså även brukarna.*

---

<sup>49</sup> Dialoger har förts med bland annat medlemmar i Famna och intresseorganisationer.

# Covid-19 och konsekvenser för rehabilitering och habilitering

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för vilken påverkan covid-19 har haft på rehabilitering och habilitering. I kapitlet avser vi med rehabilitering sådan som inte är relaterad till covid-19.

## Sammanfattande iakttagelser

- Pandemin har medfört vissa svårigheter i tillgången till hälso- och sjukvård för personer med funktionsnedsättning. Ett exempel på svårigheter är inställda rehabiliteringsinsatser. Det handlar också om sämre förutsättningar i vårdmöten – exempelvis att bedriva talträning med munskydd och visir.
- Under pandemin har tillgången till taktil tolk för personer med dövblindhet har varit begränsad. Det har medfört en ökad isolering för dessa personer.
- Habiliteringens verksamhet har till viss del påverkats av covid-19, exempelvis i form av inställda aktiviteter. De som framför allt har uteblivit från besök är personer med flerfunktionsnedsättning, men även cerebral pares.
- Den digitala omställningen inom habiliteringen har inneburit vissa utmaningar, såsom sekretessfrågor och begränsad digital kompetens hos vissa patienter. Men det har också inneburit att habiliteringarna har nått vissa grupper som annars varit svåra att nå, såsom barn och unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning samt personer som bor långt bort. I 35 procent av verksamheterna har dock omställningen till digitala aktiviteter inneburit färre deltagare.

## Utmaningar i kontakter med hälso- och sjukvård

I Socialstyrelsens kontakter med intresseorganisationer framkommer att covid-19 påverkat tillgången till hälso- och sjukvård. Även kvaliteten i innehållet har påverkats.

Såväl plexiglas som icke-transparenta munskydd har inneburit svårigheter i vårdmöten för personer med dövhet eller grav hörselnedsättning. Svårigheterna har förstärkts av begränsade möjligheter att ha med sig någon på vårdbesök och att det fortfarande är relativt ovanligt med tryckt information samt hörselslingor. Förutsättningarna i vårdmöten har även försämrats på andra sätt. Ett exempel är förutsättningarna att bedriva talträning med munskydd och visir.

Ej covid-19-relaterade rehabiliteringsinsatser har ställts in, vilket både beror på att verksamheter har stängt och att personal har förflyttats till covid-relaterade vårdverksamheter. Det beror också på att patienter inte har vågat

komma. Det senare har både handlat om rädsla för att bli smittad på vårdenheten och under transporten till och från.

Tillgången till taktil teckentolk för personer med dövblindhet har påverkats negativt av covid-19<sup>50</sup>. Flera regioner har ställt in insatsen på grund av smittorisk. I de regioner där personerna haft tillgång till taktil teckentolk har vissa vårdmöten kunnat genomföras digitalt. Eftersom dövblindteamens insatser till personer med dövblindhet<sup>51</sup> utgår ifrån att den enskilde själv ska ta kontakt har det inte funnits några register över personerna. Det har försvårat den uppsökande verksamheten.

## Digital omställning i habiliteringen

I Socialstyrelsens dialoger har det framkommit att många habiliteringsverksamheter begränsade sin verksamhet i början av 2020<sup>52</sup>. Under året har de successivt öppnat upp igen och i hög utsträckning övergått till digitala möten, där så varit möjligt.

Detta bekräftas av den enkätundersökning som Myndigheten för delaktighet genomfört bland barn- och ungdomshabiliteringar [14]. I undersökningen framkommer att barn- och ungdomshabiliteringen till viss del påverkats av covid-19, framför allt under våren och hösten 2020, men även i slutet av året. Ingen verksamhet uppger dock att covid-19 har påverkat rätten till ett första besök hos habiliteringen inom 30 dagar (tabell 11). Däremot uppger omkring 30–40 procent av verksamheterna att rätten har påverkats i viss utsträckning. Denna andel är något högre från och med november 2020, 44 procent.

**Tabell 11. Covid-19: s påverkan på rätten till ett första besök inom 30 dagar**

Covid-19:s påverkan på rätten till ett första besök på barn- och ungdomshabiliteringens verksamheter under 2020, andel angiven i procent

| Har rätten till ett första besök hos habiliteringen inom 30 dagar i er verksamhet påverkats under 2020 för barn och unga med funktionsnedsättning (0 – 24 år)? | Mars till september 2020 | Från och med november 2020 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                | Andel                    | Andel                      |
| Ja, i hög utsträckning                                                                                                                                         | 0                        | 0                          |
| Ja, i någon utsträckning                                                                                                                                       | 32                       | 44                         |
| Nej                                                                                                                                                            | 53                       | 33                         |
| Vet inte                                                                                                                                                       | 0                        | 11                         |
| Obesvarat                                                                                                                                                      | 16                       | 11                         |

Källa: Enkätundersökning av covid-19:s påverkan på barn- och ungdomshabiliteringen (Myndigheten för delaktighet; 2021).

Hälften av de verksamheter som besvarade enkäten uppgav att individuella möten kring exempelvis vårdplan förändrades i hög eller någon utsträckning fram till september 2020. I slutet av 2020 hade denna andel minskat till drygt 30 procent.

Covid-19 har även påverkat habiliteringens kurser och stöd till föräldrar. Nästan 50 procent av verksamheterna har i hög utsträckning ställt in dessa

<sup>50</sup> Dialog har förts med Nationellt kompetenscenter för dövsblinda.

<sup>51</sup> Ett exempel på dialog är Socialstyrelsens externa nätverk för hjälpmedelsfrågor.

<sup>52</sup> Dialoger har exempelvis förts i Socialstyrelsen externa nätverk för hjälpmedelsfrågor.

verksamheter. Ungefär lika stor andel har i hög utsträckning ställt in kurser och stöd till barn, tonåringar och unga vuxna.

Hjälpmedelsutprovningen tycks ha påverkats i mindre utsträckning än övrig habilitering. Drygt 5 procent av verksamheterna uppgav att hjälpmedelsutprovningen påverkades i hög utsträckning fram till september 2020. I slutet av året hade andelen minskat till 0 procent. I vilken utsträckning den relativt låga andelen är en följd av att hjälpmedelsförskrivningen har minskat framgår inte av enkäten.

**Tabell 12. Covid-19:s påverkan på hjälpmedelsutprovning**

Andel barn- och ungdomshabiliteringar vars hjälpmedelsutprovning påverkats av covid-19, uppdelat på perioder under 2020, andel angiven i procent.

| Har er verksamhet under någon tidsperiod under 2020 ställt in hjälpmedelsutprovning till barn och unga med funktionsnedsättning (0 – 24 år) ? | Mars till september 2020 | Från och med november 2020 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Ja, i hög utsträckning                                                                                                                        | 5                        | 0                          |
| Ja, i någon utsträckning                                                                                                                      | 37                       | 32                         |
| Nej, vi har inte ställt in                                                                                                                    | 37                       | 53                         |
| Vi har inte detta i vår verksamhet                                                                                                            | 0                        | 0                          |
| Vet inte                                                                                                                                      | 5                        | 0                          |
| Obesvarat                                                                                                                                     | 16                       | 16                         |

Källa: Enkätundersökning av covid-19:s påverkan på barn- och ungdomshabiliteringen (Myndigheten för delaktighet; 2021).

Barn- och ungdomshabiliteringarna uppgav att de främsta skälen till inställda aktiviteter var följande:

- Ökad oro för smittspridning, 20 procent.
- Allmänna restriktioner med anledning av pandemin, 80 procent fram till september, från och med november 68 procent.
- Ansträngt personalläge, 16 procent fram till september, därefter 11 procent.

Det har även förekommit att patienter avbokar besök på grund av pandemin och rädsla för smittspridning.

## De flesta har ställt om till digitala aktiviteter

Drygt 80 procent av barn- och ungdomshabiliteringarna uppgav att de har ställt om till digitala aktiviteter och 56 procent uppgav att de har ställt om till mindre grupper. Även filmade utbildningar tycks ha blivit vanligare. Omställningen till digitala aktiviteter har i vissa verksamheter (12 procent) inneburit fler deltagare än vanligt. I 35 procent av verksamheterna har dock omställningen till digitala aktiviteter inneburit färre deltagare.

Flera verksamheter betonar att den digitala omställningen har underlättat för vissa grupper, både under pandemin och tidigare. Det gäller till exempel unga med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Den digitala omställningen har även underlättat vid uppföljningsmöten av exempelvis viss hjälpmedelsutprovning samt för patienter som bor längre bort.

Vissa verksamheter anger dock utmaningar i den digitala omställningen:

- Alla har inte mobilt bank-id.
- Det digitala kunnandet i patientgruppen är ibland lågt.

- Vårdnadshavare till barn över 13 år kan inte ha digitala besök.

I undersökningen framkommer även att många besök inte kan ersättas med digitala besök. Dessa besök har behövt skjutas upp eller ersättas med telefonmöten.

**Tabell 13. Habiliteringsverksamheternas erfarenheter av digital omställning**

Barn- och ungdomshabiliteringarnas erfarenheter av digital omställning till följd av covid-19, andel angiven i procent, 2020

| Hur har er verksamhet upplevt deltagandet överlag vid omställning till digitalt format för barn med funktionsnedsättning (0–24 år)? | Andel |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Fler deltagare än vanligt                                                                                                           | 12    |
| Lika många deltagare som vanligt                                                                                                    | 24    |
| Färre deltagare än vanligt                                                                                                          | 35    |
| Vet inte                                                                                                                            | 18    |
| Obesvarat                                                                                                                           | 12    |

Källa: Enkätundersökning av covid-19:s påverkan på barn- och ungdomshabiliteringen (Myndigheten för delaktighet; 2021).

I 12 procent av verksamheterna har vissa barn och unga med funktionsnedsättning uteblivit i hög uträckning, även när aktiviteterna fortgått som vanligt eller i ett ändrat, men fortfarande fysiskt format<sup>53</sup>. Ytterligare 60 procent uppger att de har uteblivit i viss uträckning. En bidragande orsak till att barn och unga uteblivit från besök kan vara oro för smittspridning. Vissa verksamheter uppger att det bland annat handlar om barn och unga som är infektionskänsliga. Exempelvis barn och unga med flerfunktionsnedsättning eller cerebral pares.

Enkätundersökningen visar att barn- och ungdomshabiliteringen har påverkats av covid-19, trots att barn och unga generellt inte pekas ut som riskgrupper för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19. Barn- och unga med funktionsnedsättning kan många gånger dock ha underliggande sjukdomar och försämrat immunförsvar. Verksamheterna har dessutom följt regionernas rekommendationer för att minska smittspridning.

Omställning till digital verksamhet tycks ha fallit väl ut för flertalet patienter, samtidigt uppger verksamheterna att de fortfarande genomfört fysiska besök i de fall det inte fungerat med digitalt möte.

<sup>53</sup> Exempelvis utomhus eller mindre grupper.

# Konsekvenser av covid-19 ur ett individperspektiv

I det här kapitlet beskriver Socialstyrelsen konsekvenserna av covid-19 ur ett individperspektiv. Fokus ligger på digitalt utanförskap men också på psykisk ohälsa hos personer med funktionsnedsättning, till följd av pandemin.

## Sammanfattande iakttagelser

- Den digitala klyftan har ökat i och med pandemin. Det beror bland annat på bristande tillgänglighet i information och tjänster som är direkt kopplade till covid-19, såsom svårigheter att kommunicera med 1177 för personer med grav hörselnedsättning eller talsvårigheter. Svårigheterna handlar även om att en allt större del av samhället har digitaliserats under pandemin. Det gäller såväl sociala interaktioner som kontakter med aktörer inom olika samhällssektorer.
- Pandemin har påverkat livskvaliteten hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Många uppger att ensamheten ökat och att de i mindre utsträckning än tidigare gör saker utanför bostaden. Det gäller i hög grad de personer vars dagliga verksamhet har haft stängt.
- Ensamheten kan leda till sämre mående. Den psykiska ohälsan är sedan tidigare högre bland personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism än i den övriga befolkningen. Socialstyrelsens analyser visar på en något förhöjd förskrivning av lugnande läkemedel och sömnmedel till personer med insatser enligt LSS under 2020 jämfört med tidigare år. Samtidigt har förskrivningen av lugnande medel minskat i den övriga befolkningen, vilket kan indikera att personer med insatser enligt LSS haft tillgång till vård i högre utsträckning än andra under pandemin.

## Den digitala klyftan har ökat.

Under pandemin har den digitala klyftan ökat. De senaste årens digitalisering har medfört ökade möjligheter för många personer med funktionsnedsättning, exempelvis när det gäller att kommunicera med socialtjänsten<sup>54</sup>. För vissa personer med funktionsnedsättning har digitaliseringen emellertid inneburit ökade svårigheter, bland annat när tekniken inte stöder olika hjälpmedel. Konsekvenserna av dessa svårigheter har ökat under pandemin, uppger företrädare för patient- och funktionshindersorganisationer<sup>55</sup>. Det handlar bland annat om information och tjänster som är direkt kopplade till covid-19:

- Svårigheter att kommunicera med 1177 för personer med grav hörselnedsättning eller talsvårigheter.

<sup>54</sup> Se kapitlet *Digitalisering och digital delaktighet*.

<sup>55</sup> Dessa dialoger har framförallt skett i Socialstyrelsens rådgivande nämnd för funktionshindersfrågor.



- Bristande tillgänglighet vid provtagning, till exempel är det svårt för personer med grav synnedsättning att boka tid via 1177.se. Det kan också vara svårt för personer som använder rullstol att ta sig in i provtagningslokaler.

Svårigheterna handlar även om att en allt större del av samhället har digitaliserats under pandemin, det gäller såväl sociala interaktioner som olika samhällssektorer. Det har ökat det digitala utanförskapet för vissa, men inte alla, grupper av personer med funktionsnedsättning. Resonemanget bekräftas av Begripsam, som har undersökt hur samhällsinformation under pandemin fungerat för personer med funktionsnedsättning [15]. Organisationen konstaterar bland annat följande:

- Övergripande nationell information har ofta varit tillgänglig och framtagen i anpassade format, till exempel information om vikten av handhygien och att hålla fysisk distans. Däremot har det varit problem med mer detaljerad och regional information, då har tillgängligheten inte varit lika god.
- Störst problem rapporterar personer som är döva, dövblinda, personer med intellektuell funktionsnedsättning samt personer som behöver få information anpassad och förmedlad av tolkar eller personer i deras närhet.
- Systemen för att producera information i alternativa format är inte anpassade för att ansluta sig till den nyhetspuls som krävs i en samhällskris.
- Många personer som är blinda eller synskadade hade många gånger utarbetade strategier för att hantera nyheter redan före pandemin och de har inte behövt ändra något för att få information.

## Påverkan på möjligheter att leva som andra

Flera aktörer, intresseorganisationer med flera, har framfört till Socialstyrelsen att pandemin har påverkat måendet och livskvaliteten hos många personer med funktionsnedsättning. Det gäller exempelvis assistansanvändare som valt att isolera sig på grund av rädsla för att bli smittade. Det gäller även personer med intellektuell funktionsnedsättning. Riksförbundet FUB har genomfört en medlemsundersökning som riktar sig till personer med intellektuell funktionsnedsättning [16]. I undersökningen uppgav 57 procent att deras tillvaro totalt sett har blivit sämre jämfört med hur den var före pandemin. Av dem som upplevde en försämring uppgav 79 procent att de är mer ensamma än tidigare. Personer med intellektuell funktionsnedsättning har generellt få sociala kontakter. Det handlar ofta om kontakt med anhöriga, andra deltagare och personal på daglig verksamhet samt andra boende och personal i LSS-bostaden. Isoleringen som pandemin har medfört riskerar att öka ensamheten ytterligare, samt leda till sämre mående.

Knappt hälften av dem som upplevde att tillvaron har blivit sämre upplevde även att de har fått sämre stöd än tidigare. FUB förklarar detta bland annat med högre frånvaro bland ordinarie personal<sup>56</sup> samt fler rutinerade vikarier.

<sup>56</sup> Som en följd av rekommendationer från FHM att stanna hemma vid minsta symtom på sjukdom.

Hälften av de personer med intellektuell funktionsnedsättning som besvarade ovannämnda enkät arbetar inte kvar på daglig verksamhet på grund av pandemin. Av svaren framgår dessutom att de personer som arbetar kvar på sin dagliga verksamhet mår bättre än dem som inte arbetar kvar. Vidare uppgav 27 procent att de inte gör saker utanför bostaden. De flesta av dessa personer (78 procent) uppger att de själva inte valt detta utan att andra sagt åt dem att stanna i bostaden.

## Har förekomsten av psykisk ohälsa ökat?

Under pandemin har som sagt flera aktörer signalerat att det dåliga måendet och den psykiska ohälsan har ökat bland personer med funktionsnedsättning. Det handlar bland annat om psykisk ohälsa till följd av ökad isolering när den dagliga verksamheten har stängts ner. Mot bakgrund av detta har Socialstyrelsen analyserat psykofarmakaförskrivningen bland dessa personer under 2020. Analyserna har begränsats till personer som tillhör grupp 1 i LSS personkrets, det vill säga majoriteten av de som har insatsen daglig verksamhet. I denna grupp ingår personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism.

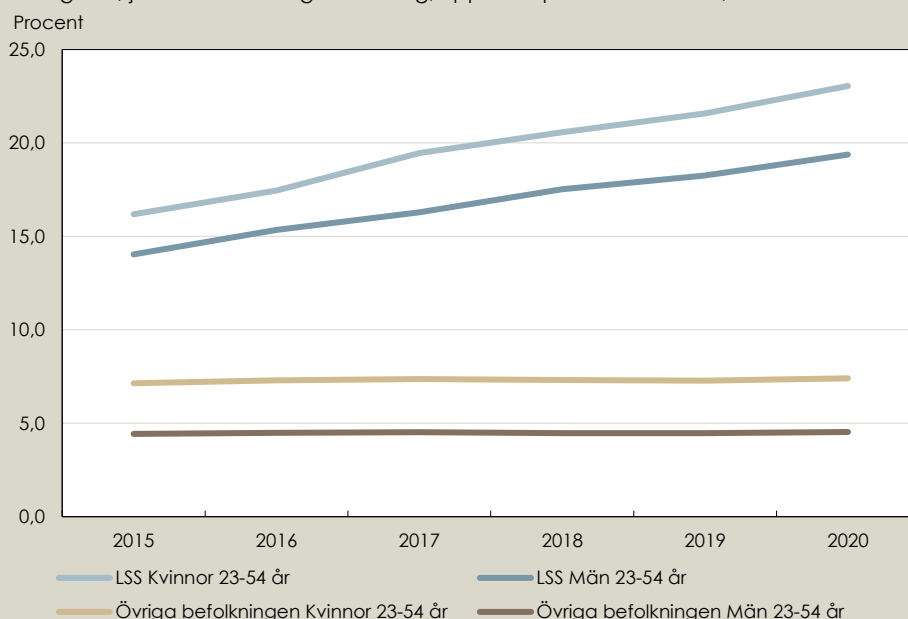
Socialstyrelsens analyser visar att psykofarmakaförskrivningen har ökat något bland personer i grupp 1 under 2020, jämfört med i den övriga befolkningen. Analyser över tid visar dock att förskrivningen i denna grupp har ökat under en längre tid, även om det är en något brantare ökning mellan 2019 och 2020.

Andelen personer med insatser enligt LSS och som förskrivs antidepressiva läkemedel ökade med omkring 1 procentenhet under 2020, vilket är ungefär samma ökningsnivå som tidigare år. Ökningen är dock något högre än för den övriga befolkningen.

Under 2020 ökade förskrivningarna av lugnande läkemedel och sömnmedel till personer med insatser enligt LSS i åldern 23–54 år (figur 4). Ökningen ligger i linje med tidigare års ökning. Motsvarande förskrivning till den övriga befolkningen låg emellertid kvar på samma nivå som året före.

**Figur 4. Förskrivning av lugnande läkemedel inom LSS över tid**

Förskrivning av lugnande läkemedel och sömnmedel (N05C) till personer med insatser enligt LSS, jämfört med övrig befolkning, uppdelat på ålder och kön, 2015–2019.



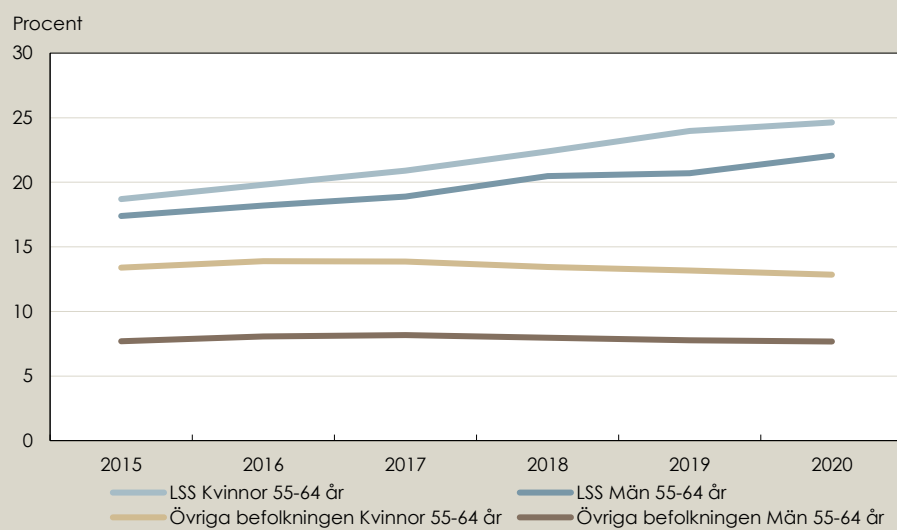
Förskrivningen av sömnmedel och lugnande läkemedel ökade även bland personer med insatser enligt LSS i åldern 55–64 år (figur 5). Ökningen är särskilt tydlig bland männen. Förskrivningen av dessa läkemedel minskade i sin tur i samma åldersgrupp i den övriga befolkningen.

Analyserna visar även att den psykiska ohälsan är utbredd bland personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism och som tillhör LSS personkrets. Den psykiska ohälsan är särskilt hög bland kvinnorna, där var tredje använder antidepressiva läkemedel och var femte sömnmedel eller lugnande. Förskrivningen är cirka tre gånger högre än bland kvinnor i den övriga befolkningen. Detta tyder på att sårbarheten för psykisk ohälsa är högre bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism, jämfört med övriga befolkningen.

Samtidigt kan uppgifterna indikera att personer med insatser enligt LSS haft en relativt god tillgång till psykiatrisk vård under pandemin, i den bemärkelsen att ökningen fortsatt gällande förskrivning av lugnande medan den minskat i den övriga befolkningen. Socialstyrelsen kan inte fastställa att den ökade förskrivningen under 2020 berodde på konsekvenser av covid-19. Myndigheten kommer dock fortsätta följa utvecklingen inom området.

### Figur 5. Förskrivning av lugnande läkemedel inom LSS 55-64 år

Förskrivning av lugnande läkemedel och sömnmedel (N05C) till personer med insatser enligt LSS, jämfört med övrig befolkning, ålder 55-64 år, uppdelat på kön, 2015–2019.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt läkemedelsregistret.

# Omfattning av insatserna över tid

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av insatser enligt LSS och SoL över tid. Även statistik rörande regiformer berörs. Inledningsvis redogör vi för förekomsten av olika funktionsnedsättningar i den totala befolkningen. Syftet med den inledande redogörelsen är att sätta utvecklingen inom LSS och SoL i ett större sammanhang.

## Sammanfattande iakttagelser

- Såväl antalet insatser enligt LSS som antalet personer med dessa insatser fortsätter att öka. Sedan 2009 har antalet personer som får stöd enligt LSS ökat med omkring 20 procent. Antalet insatser har i sin tur ökat med 14 procent.
- Även om det totala antalet insatser ökar så skiljer sig utvecklingen mellan olika insatser. Den största ökningen återfinns inom kommunalt beslutad personlig assistans som sedan 2009 har ökat med 50 procent. Även insatserna daglig verksamhet och boende för vuxna ökar. Sedan 2009 har antalet personer med dessa insatser ökat med 30 procent respektive 23 procent.
- Alla LSS-insatser ökar inte. Det tydligaste exemplet på detta är boende för barn som sedan 2009 har minskat med 36 procent. Ett annat exempel på en insats som minskar är ledsagarservice, som under samma period har minskat med 22 procent.
- Befolkningsökningen förklarar en del av ökningen inom LSS. Det gäller till exempel för personer över 65 år. För de yngsta, 0–6 år ses istället en minskning i relation till befolkningsökningen. Även i åldersgruppen 13–22 år syns en minskning.
- Antalet insatser enligt SoL fortsätter att öka. År 2019 hade 57 200 personer i åldern 0–64 år en eller flera insatser. Den största ökningen har skett inom boendestöd, som sedan 2007 har ökat med 60 procent. Anledningarna till att boendestöd fortsätter att öka är troligen flera. Insatsen ges ofta till personer med psykisk funktionsnedsättning, och ökningen av insatsen kan vara en konsekvens av ökad psykisk ohälsa. Ökningen kan också vara en konsekvens av att kommunerna blivit bättre på att tillgodose behoven hos personer med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning.
- De tidigare konstaterade könsskillnaderna kvarstår. Av de som beviljas LSS-insatser är andelen kvinnor 40 procent, medan fördelningen mellan könen är jämn inom SoL.

## Förekomst av funktionsnedsättning

Antalet personer i befolkningen med funktionsnedsättning varierar, beroende på vilka källa som används. Exempel på olika källor är SCB:s *undersökningar om levnadsförhållanden (ULF)*, *Arbetskraftsundersökningen* samt undersökningen *Hälsa på lika villkor*<sup>57</sup>. I dessa befolkningsundersökningar är

---

<sup>57</sup> [www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)

personer med vissa funktionsnedsättningar underrepresenterade, till exempel personer med intellektuell funktionsnedsättning eller personer med så pass svåra funktionsnedsättningar att de har svårt att kommunicera. Undersökningarna ger ändå en bild av hur många i befolkningen som har en funktionsnedsättning.

## Drygt 800 000 i åldern 16–64 år har en funktionsnedsättning

Omkring 13 procent av befolkningen i åldern 16–64 år har någon form av funktionsnedsättning (806 000 personer) [17]. Den vanligaste typen av funktionsnedsättning är rörelsenedsättning, som drygt 3 procent (205 000 personer) uppger att de har. Exempel på rörelsenedsättning är nedsättning av arm- och benfunktioner, myalgi, reumatism, Multipel skleros (MS) med mera. Andra relativt vanliga funktionsnedsättningar är astma, allergi eller annan överkänslighet och psykisk funktionsnedsättning. Det är överlag vanligare med funktionsnedsättningar bland män än bland kvinnor. Det är dock fler kvinnor än män som uppger att de har psykisk funktionsnedsättning eller rörelsenedsättning.

**Tabell 14. Andel personer med funktionsnedsättning i befolkningen 2015 och 2019, 16–64 år**

Andel personer i befolkningen som uppger att de har en funktionsnedsättning\*, uppdelat på typ av funktionsnedsättning och kön, 16–64 år, 2014 och 2019, andelen angiven i procent.

| Funktionsnedsättning                  | 2014    |      |        | 2019    |      |        |
|---------------------------------------|---------|------|--------|---------|------|--------|
|                                       | Kvinnor | Män  | Totalt | Kvinnor | Män  | Totalt |
| Astma, allergi med mera               | 4,4     | 2,9  | 3,6    | 2,1     | 1,9  | 2,0    |
| Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning | 1,0     | 1,3  | 1,2    | 1,9     | 1,9  | 1,9    |
| Diabetes                              | 1,3     | 2,0  | 1,7    | 1,0     | 1,6  | 1,3    |
| Dyslexi                               | 1,9     | 2,1  | 2      | 1,5     | 1,7  | 1,6    |
| Dövhet                                | 0,1     | 0,1  | 0,1    | -       | 0,2  | 0,1    |
| Epilepsi                              | 0,3     | 0,3  | 0,3    | 0,2     | 0,1  | 0,2    |
| Hjärt- och kärlsjukdom                | 1,0     | 1,2  | 1,1    | 0,4     | 0,7  | 0,5    |
| Hörselskada                           | 1,7     | 2,0  | 1,9    | 1,0     | 1,1  | 1,1    |
| Mag- och tarmsjukdom                  | 1,6     | 1,1  | 1,3    | 1,0     | 0,7  | 0,8    |
| Lungsjukdom                           | 0,4     | 0,3  | 0,3    | 0,1     | 0,3  | 0,2    |
| Psoriasis                             | 0,9     | 0,8  | 0,9    | 0,5     | 0,5  | 0,5    |
| Psykisk funktionsnedsättning          | 3,6     | 1,8  | 2,7    | 2,8     | 1,3  | 2,0    |
| Utvecklingsstörning                   | -       | -    | 0,1    | -       | 0,2  | 0,2    |
| Rörelsenedsättning                    | 6,8     | 4,4  | 5,6    | 4,0     | 2,6  | 3,3    |
| Stamning, språk, tal med mera         | 0,2     | 0,4  | 0,3    | 0,2     | 0,1  | 0,1    |
| Synnedsättning/blindhet               | 0,7     | 0,8  | 0,8    | 0,2     | 0,3  | 0,3    |
| Annat                                 | 1,0     | 0,8  | 0,9    | 1,8     | 1,2  | 1,5    |
| Någon funktionsnedsättning            | 17,0    | 14,9 | 15,9   | 13,5    | 12,3 | 12,8   |

\*Med funktionsnedsättning avses i denna undersökning att ha nedsatt syn eller hörsel, ha tal- eller röstproblem, rörelsenedsättning, allergi eller någon form av psykisk funktionsnedsättning. Det kan också vara att ha diabetes, hjärt- och lungproblem, mag- och tarmsjukdom, psoriasis, epilepsi, dyslexi eller något liknande. De tillfrågade får en fråga om de utifrån denna definition har en funktionsnedsättning, och svaret klassades av intervjuaren.

Källa: Situationen på arbetsmarknaden för funktionshindrade (SCB; 2014 och 2019).

Mellan 2014 och 2019 minskade andelen inom samtliga typer av funktionsnedsättningar, med undantag av mag- och tarmsjukdomar. Minskningen är tydlig även över en längre tidsperiod. Uppgifterna i tabell 14 bör dock tolkas med viss försiktighet eftersom det finns en felmarginal på 0,1–0,7 procent, beroende på typ av funktionsnedsättning.

## Vart femte barn har en funktionsnedsättning

Inom ramen för SCB:s ULF-undersökning ingår en undersökning som vänder sig till barn, den så kallade *Barn-ulf*. Enligt den senaste undersökningen så har omkring vart femte barn i Sverige en funktionsnedsättning, 22 procent [18]. De vanligaste funktionsnedsättningarna är allergi eller astma, som 9 procent av flickorna och 12 procent av pojkarna uppger att de har (tabell 15). Även dyslexi och dyskalkyli samt adhd och autism är förhållandevis vanliga, 5 respektive 4 procent.

**Tabell 15. Förekomst av funktionsnedsättning bland barn och unga**

Förekomst av funktionsnedsättning bland barn och unga, uppdelat på typ av funktionsnedsättning, 2019, uppgifterna angivna i, 2019

| Typ av funktionsnedsättning                     | Flickor |                    | Pojkar |                    | Total |                    |
|-------------------------------------------------|---------|--------------------|--------|--------------------|-------|--------------------|
|                                                 | Andel   | Felmarginal, andel | Andel  | Felmarginal, andel | Andel | Felmarginal, andel |
| ADHD, autism, asperger eller liknande           | 4       | ± 2                | 7      | ± 2                | 6     | ± 2                |
| Allergi eller astma                             | 9       | ± 2                | 12     | ± 3                | 11    | ± 2                |
| Dyslexi, dyskalkyli, tal- eller språkstörningar | 5       | ± 2                | 9      | ± 3                | 7     | ± 2                |
| Hörselnedsättning                               | 2       | ± 1                | 1      | ± 1                | 1     | ± 1                |
| Synnedsättning                                  | 1       | ± 1                | 2      | ± 1                | 1     | ± 1                |
| Övrig funktionsnedsättning                      | 5       | ± 2                | 3      | ± 1                | 4     | ± 1                |

Källa: Undersökningen om levnadsförhållanden – barn (SCB; 2019).

## Drygt 100 000 har stöd från socialtjänsten

Antalet personer med funktionsnedsättning som får stöd från socialtjänsten är väsentligt lägre än dem som uppger att de har en funktionsnedsättning. År 2019 hade 75 000 personer insatser enligt LSS. Majoriteten av dessa personer har en intellektuell funktionsnedsättning, autism, förvärvad hjärnskada, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning. Något färre personer med funktionsnedsättning<sup>58</sup> hade insatser enligt SoL, 57 200 personer. Dessa personer har i hög utsträckning en psykisk funktionsnedsättning, men det förekommer även andra funktionsnedsättningar. Vidare hade cirka 18 000 personer personlig assistans i form av statlig assistansersättning<sup>59</sup>. Dessa grupper överlappar till viss del varandra eftersom samma person kan ha flera insatser. Uppgifterna ger ändå en uppskattning av hur stor gruppen är. I följande avsnitt följer en fördjupad redovisning av utvecklingen inom LSS och SoL.

<sup>58</sup> Avser personer 0–64 år.

<sup>59</sup> För mer information om statlig assistansersättning, se kapitlet *Inledning* och stycket *Beskrivning av insatser och stöd till gruppen*.

## LSS fortsätter att öka

Allt fler personer får insatser enligt LSS. Sedan 2010 har antalet personer med dessa insatser ökat med omkring 20 procent. Antalet insatser har i sin tur ökat med 14 procent. Även om det totala antalet insatser ökar så skiljer sig utvecklingen åt mellan olika insatser.

Den största ökningen återfinns inom kommunalt beslutad personlig assistans som sedan 2010 har ökat med 45 procent. Även insatserna daglig verksamhet och boende för vuxna ökar. Sedan 2010 har antalet personer med dessa insatser ökat med 25 procent respektive 22 procent (tabell 16).

Alla LSS-insatser ökar inte. Det tydligaste exemplet på detta är boende för barn och unga som sedan 2010 har minskat med 36 procent. Ett resonemang om den här utvecklingen fördes i 2019 års lägesrapport [19]. Några av slutsatserna i den rapporten var att även om det totala antalet beslut minskar så ser många kommuner likväl ett framtida behov av insatsen. Det gäller bland annat barn och unga med funktionsnedsättning som har en så pass komplex problematik att det är svårt att ge tillräckligt stöd i hemmet. En annan orsak som kommunerna tog upp var att tillräckligt med stöd inte alltid kan ges i hemmet efter att statlig assistansersättning dragits in. [20]

**Tabell 16. Antalet insatser enligt LSS över tid**

Antal beslut om insatser\* \*\* enligt LSS, avrundade värden, 2010–2019.

|                              | 2010           | 2011           | 2012           | 2013           | 2014           | 2015           | 2016           | 2017           | 2018           | 2019           |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Personlig assistans***       | 3 560          | 3 800          | 3 880          | 3 900          | 4 090          | 4 300          | 4 580          | 4 900          | 5 100          | 5 210          |
| Ledsagar-service             | 9 290          | 9 200          | 8 700          | 8 500          | 8 430          | 8 300          | 8 040          | 7 700          | 7 500          | 7 280          |
| Kontakt-person               | 19 500         | 19 500         | 19 580         | 19 400         | 19 520         | 19 500         | 19 420         | 19 300         | 19 100         | 18 670         |
| Avlösar-service              | 3 390          | 3 400          | 3 410          | 3 500          | 3 650          | 3 800          | 3 790          | 3 900          | 4 000          | 3 980          |
| Korttids-vistelse            | 10 010         | 9 900          | 9 650          | 9 600          | 9 640          | 9 700          | 9 590          | 9 500          | 9 300          | 9 110          |
| Korttids-tillsyn             | 5 160          | 5 000          | 4 750          | 4 500          | 4 500          | 4 400          | 4 420          | 4 500          | 4 500          | 4 570          |
| Boende, barn                 | 1 440          | 1 300          | 1 220          | 1 100          | 1 030          | 1 000          | 990            | 1 000          | 900            | 920            |
| Boende, vuxna                | 23 440         | 23 900         | 24 370         | 25 000         | 25 840         | 26 500         | 27 100         | 27 800         | 28 200         | 28 690         |
| Daglig verksamhet            | 30 250         | 31 100         | 31 980         | 32 400         | 33 800         | 35 300         | 36 600         | 37 500         | 37 800         | 38 290         |
| <b>Totalt antal insatser</b> | <b>106 040</b> | <b>107 100</b> | <b>107 540</b> | <b>107 900</b> | <b>110 500</b> | <b>112 800</b> | <b>114 530</b> | <b>116 100</b> | <b>116 400</b> | <b>118 120</b> |

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

\*\* Exklusive insatsen råd och stöd enligt LSS.

\*\*\* Personlig assistans avser endast de kommunala besluten, inte statlig assistansersättning.

Källa: Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2009–2018 (Socialstyrelsen, 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

Ett annat exempel på en insats som fortsätter att minska är ledsagarservice, som under samma period har minskat med 22 procent. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att minskningen av ledsagarservice är tydligast inom grupp 3 i LSS personkrets [19]. Funktionshindersorganisationerna har uppgett att personer med vissa funktionsnedsättningar, till exempel synskada eller dövblindhet, har allt svårare att få tillgång till insatsen ledsagarservice enligt



LSS. Det är, enligt organisationerna, många gånger kopplat till att den enskilde inte bedöms ingå i personkretsen enligt LSS<sup>60</sup>.

## Befolkningsutvecklingen förklarar bara en del av ökningen

Att allt fler personer får LSS-insatser kan bara till viss del förklaras av att befolkningen ökar. Det konstaterade Socialstyrelsen i 2019 års lägesrapport [20]. Denna slutsats kvarstår.

Över en längre tidsperiod har det skett en ökning. År 2009 hade 62 personer per 10 000 i befolkningen en eller flera insatser enligt LSS, motsvarande andel 2019 var 74<sup>61</sup>. Utvecklingen efter 2010 ser dock olika ut för olika åldersgrupper (figur 6).

Den största ökningen har skett i åldersgruppen 23–64 år, från 70 till 89 personer per 10 000 i befolkningen. Ökningen handlar till stor del troligen om att antalet beslut om daglig verksamhet ökar.

En viss ökning har även skett i åldersgruppen 13–22 år, från 122 till 133 personer per 10 000 i befolkningen. Efter 2016 har emellertid andelen minskat. Förklaringarna kring detta kan vara flera, såväl minskade behov som färre bifall på ansökningar. Insatserna korttidstillsyn och korttidsvistelse har båda minskat över tid, vilket skulle kunna vara en delförklaring. Även boende för barn och unga enligt LSS minskar, vilket bland annat beror på att kommuner ger ökat stöd hemmavid, exempelvis vid gymnasiestudier. [20]

I de yngre åldrarna ser utvecklingen annorlunda ut. I åldersgruppen 7–12 år är andelen oförändrad över tid: 65 personer per 10 000 i befolkningen. I åldersgruppen 0–6 år har andelen med LSS-insatser minskat, från 14 till 12 personer per 10 000 i befolkningen. Att andelen har minskat i de yngsta åldersgrupperna kan bero på att insatserna beviljas allt senare i åldrarna. Det kan också bero på att informationen till föräldrarna har minskat när det gäller möjligheten att få stöd.

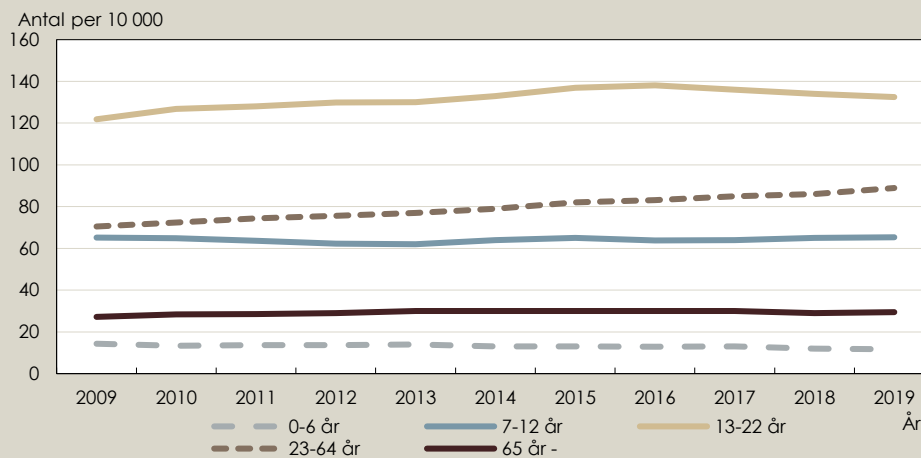
---

<sup>60</sup> I avgörandet RÅ 1999 ref. 54 fann Högsta förvaltningsdomstolen att en 81-årig man med grav synskada, som ansökt om ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS, inte tillhörde lagens personkrets eftersom inte samtliga krav enligt 1 § 3 LSS varit uppfyllda. Mannen kunde därför inte beviljas insatsen.

<sup>61</sup> Exklusive insatsen råd och stöd enligt LSS.

**Figur 6. Utveckling inom LSS i förhållande till befolkningsökning**

Antal personer med insatser enligt LSS per 10 000 invånare, uppdelat på ålder, år 2009–2019



Källa: Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2018 (Socialstyrelsen; 2019)

Sammantaget förklaras inte den långsiktiga ökningen inom LSS inte enbart av befolkningsökningen. Det är samtidigt noterbart att det dessutom skett en minskning över tid i vissa åldersgrupper, sett till befolkningsutveckling. Utvecklingen kan således bero på flera orsaker. Socialstyrelsen avser att fördjupa dessa analyser i kommande lägesrapporter, för att öka kunskapen om utvecklingen inom LSS och dess målgrupper.

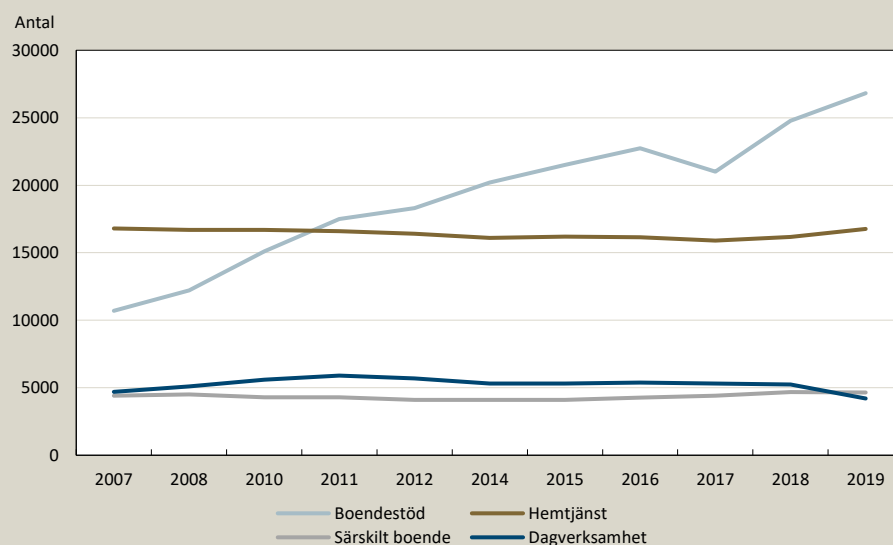
## Boendestöd fortsätter att öka

Antalet insatser enligt SoL fortsätter att öka. År 2019 hade 57 200 personer i åldern 0-64 år en eller flera insatser. Den största ökningen har skett inom boendestöd, som sedan 2007 har ökat med 60 procent (figur 7). Anledningarna till att boendestöd fortsätter att öka är troligen flera. Insatsen ges ofta till personer med psykisk funktionsnedsättning, och ökningen av insatsen kan vara en konsekvens av ökad psykisk ohälsa. Ökningen kan också bero på att kommunerna i allt högre utsträckning tillgodoser behoven hos gruppen. I 2019 års lägesrapport konstaterade Socialstyrelsen dessutom att det också är vanligt att personer med psykisk sjukdom och samtidigt missbruk har insatsen, liksom personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism [20].

Mellan 2018 och 2019 har insatsen dagverksamhet enligt SoL minskat något. Eftersom stödet även kan ges utan beslut, i form av en så kallad serviceinsats, bör minskningen tolkas med viss försiktighet.

**Figur 7 Utveckling av vissa insatser enligt socialtjänstlagen över tid**

Antalet insatser enligt SoL, 0–64 år, uppdelat på insatstyp, 2007–2019



Källa: Socialstyrelsens statistik över insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen; 2007–2019).

## Skillnader mellan kvinnor och män kvarstår

Det är fortfarande fler män än kvinnor som har en insats enligt LSS. År 2019 utgjorde kvinnorna 41 procent av målgruppen. Andelen är oförändrad jämfört med 2018. Skillnaderna mellan könen är fortfarande störst bland de yngre. År 2019 beviljades 41 procent av insatserna i åldersgruppen 0–12 år till flickor. Andelen män är högre än andelen kvinnor inom varje insats. Skillnaden är störst för de insatser som framför allt beviljas till barn: avlösarservice, korttidsvistelse, korttidstillsyn och boende för barn enligt LSS. År 2019 gällde mindre än 35 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 [20]. Vissa diagnoser är vanligare bland män än kvinnor i totalbefolkningen, till exempel utvecklingsstörning och autism. Dessa diagnoser är också kopplade till personkretsen i LSS (grupp 1) och därmed också rätten till insatser. Samtidigt visar forskningen att flickor många gånger får diagnoser senare än pojkar, exempelvis när det gäller autism<sup>62</sup>, vilket kan förklara varför könsskillnaderna inom LSS minskar i de högre åldersgrupperna [20]. Resonemanget stöds av uppgifterna i tabell 14, som visar att skillnaden mellan kvinnor och män med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har utjämnats över tid.

Insatser enligt socialtjänstlagen har en jämnare könsfördelning. År 2019 avsåg 51 procent av insatserna kvinnor. Inom åldersgruppen 0–19 år är dock männen i majoritet, men skillnaderna jämnas ut i de äldre åldersgrupperna.

<sup>62</sup> Det gäller framför allt det som tidigare benämndes Aspergers syndrom.

En bidragande orsak till att könsfördelningen är jämnare inom SoL än inom LSS är troligen att det inte krävs några specifika diagnoser för att ha rätt till insatser enligt SoL.

## Insatsen råd och stöd fortsätter att minska

År 2019 hade 918 personer beslut om råd och stöd enligt LSS. Majoriteten av dessa beslut, 78 procent, återfanns i region Skåne, region Norrbotten, region Västra Götaland samt region Västernorrland. [21]

Minskningen av antalet beslut om råd och stöd enligt LSS fortsätter. Regionerna rapporterar att de har handlagt totalt 685 ansökningar under 2019. Av dessa ansökningar bifölls 476, 120 avslogs och 89 ansökningar återtogs. Antalet ansökningar har minskat med 15 procent jämfört med året innan.

Insatsen råd och stöd har minskat kontinuerligt sedan slutet av 1990-talet<sup>63</sup> efter att Högsta förvaltningsdomstolen i flera prejudicerande domar slagit fast att habiliteringsåtgärder inte är att betrakta som råd och stöd enligt LSS<sup>64</sup>.

De vanligaste insatserna inom råd och stöd var stödsamtal från kuratorer samt råd och stöd vid myndighetskontakter. Regionerna uppger att de även erbjuder råd och stöd på annat sätt än som insats enligt LSS. Nitton regioner uppger att de erbjuder råd och stöd inom ramen för barn- och ungdomshabilitationen samt vuxenhabilitationen (tabell 17). [21]

### Tabell 17. Förekomst av råd och stöd inom habiliteringens verksamhet

Andel regioner som erbjuder råd och stöd inom ramen för habiliteringens verksamhet, uppdelat på verksamhetsgren, bidragsår 2019

| Verksamhet                                          | Antal regioner |
|-----------------------------------------------------|----------------|
| Barn- och ungdomshabilitation                       | 19             |
| Vuxenhabilitation                                   | 19             |
| Övrig habilitation/rehabilitation på sjukhus        | 9              |
| Övrig habilitation/rehabilitation inom primärvården | 5              |
| Annan verksamhet                                    | 8              |

Källa: Redovisning av medel för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS (Socialstyrelsen, 2020).

Inom ramen för den senaste åiterrapporteringen av statsbidraget för råd och stöd lämnade flera regioner synpunkter på insatsen [21]. Flera regioner menade att det är svårt att veta vad som ingår i insatsen råd och stöd enligt LSS. Det finns svårigheter att skapa tydlighet i vilka insatser som ska ges enligt LSS respektive HSL.

Ett flertal av regionerna pekar på att statsbidraget har stor betydelse för deras möjligheter att ge stöd till den målgrupp som ingår i personkretsen för LSS. Samtidigt pekar de på behovet att tydliggöra vad som ingår i insatsen råd och stöd enligt LSS. Det finns svårigheter att skapa tydlighet i vilka insatser som ska ges enligt LSS respektive HSL. En region efterfrågar en tydligare öronmärkning av bidraget vilket kommer till uttryck i följande citat:

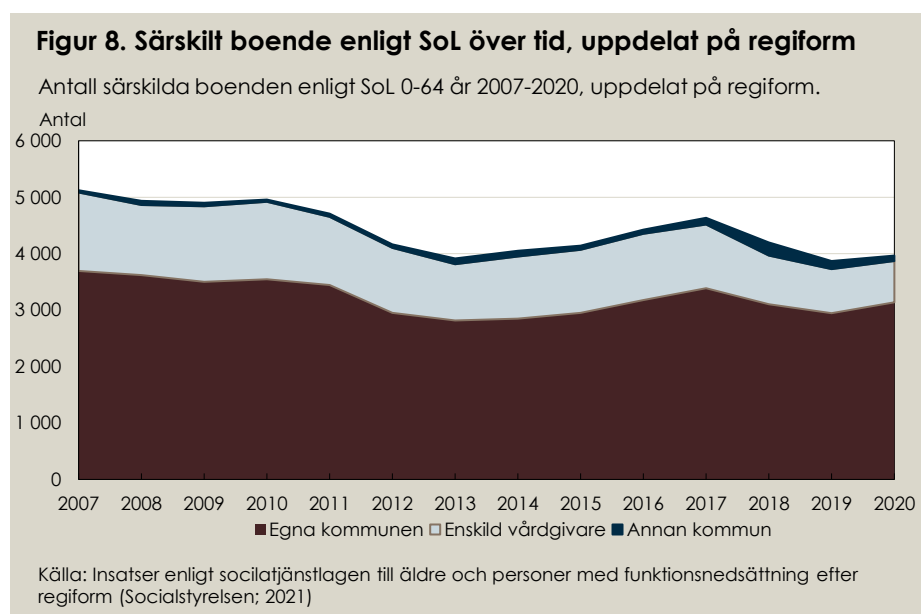
<sup>63</sup> År 1998 hade 22 000 personer insatsen råd och stöd enligt LSS.

<sup>64</sup> Se bland annat RÅ 1997 ref 49.

*Som Socialstyrelsen anger tillkom just detta bidrag för att kompensera de dåvarande landstingen för den nya målgruppen - personkrets 3. Förslaget är att tydliggöra detta i ett riktat statsbidrag för just personkrets 3 samt tydliggöra hur statsbidraget ser ut för LSS-målgrupp i övrigt. Det skulle garantera att bidraget går till dem som har rätt enligt lagstiftningen. I nuvarande återrapport blandas dessa grupper ihop och det blir en förvirring kring vad syftet med bidraget är. [21]*

## Drygt varannan kommun har överlåtit viss verksamhet i enskild regi

År 2020 bodde 18 procent av personerna med beslut om särskilt boende enligt SoL, i boenden som drevs i enskild regi. Motsvarande andel inom hemtjänst var 24 procent<sup>65</sup>. Sedan 2007 har andelen personer i särskilda boenden som drivs i enskild regi minskat med 9 procentenheter (figur 8). Det omvända gäller för hemtjänst. Under samma period har andelen personer med hemtjänst som drivs i enskild regi ökat med närmare 14 procentenheter, vilket innebär en fördubbling.

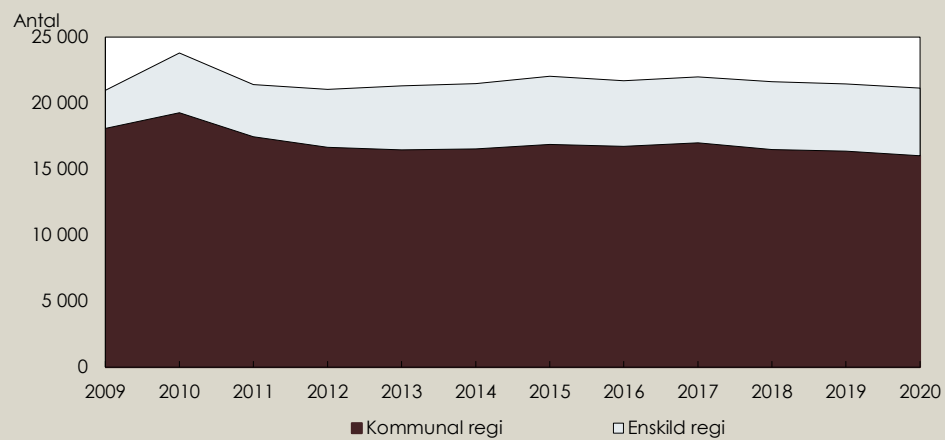


Det saknas motsvarande statistik för verksamheter enligt LSS. Men i en av Socialstyrelsens uppföljningar framgår att det är ovanligt att kommuner har överlåtit all sin verksamhet för personer med funktionsnedsättning på privata utförare. Knappt 1 procent av kommunerna uppger att de har lagt ut all utförarverksamhet inom funktionshindersområdet på privat drift, 0,8 procent. Drygt 40 procent av kommunerna uppgav i sin tur att de driver all utförarverksamhet i egen regi. Det vanligaste är dock en blandning, att kommunen driver en eller flera utförarverksamheter inom funktionshindersområdet i egen regi, men inte alla.

<sup>65</sup> Avser personer 0–64 år.

**Figur 9. Hemtjänst enligt SoL över tid, uppdelat på regiform**

Antal personer med beslut om hemtjänst enligt SoL 0-64 år 2007-2020, uppdelat på regiform.



Källa: Insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform (Socialstyrelsen; 2021)

# Kostnadsutveckling

I det här kapitlet beskrivs kostnadsutvecklingen för offentligt finansierade verksamheter för insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Kostnaderna är baserade på kommunernas räkenskapssammandrag som publiceras av Statistiska centralbyrån (SCB). Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för det egna åtagandet<sup>66</sup>. För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2019 års priser<sup>67</sup>. I bilaga 1 och 2 redovisas kostnaderna i löpande priser.

## Sammanfattande iakttagelser

- År 2019 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 72,7 miljarder kronor. Det motsvarar 29 procent av de totala kostnaderna för socialtjänsten. Andelen av kommunernas kostnader för stöd till personer med funktionsnedsättning har sedan 2015 ökat med cirka 1 procentenhet. Kostnaderna som andel av kommunernas totala kostnader är dock oförändrad.
- Mellan 2018 och 2019 stannade kostnadsökningen av. Inom LSS är kostnadsökningen väsentligt lägre än föregående år. Inom SoL har kostnaderna i sin tur minskat. Minskningen återfinns bland annat inom korttidsboende enligt SoL. Kostnadsutvecklingen ligger i linje med kommunernas egen rapportering om det ekonomiska läget. Omkring hälften av kommunerna uppgav negativ budgetavvikelse för funktionshindersområdet för 2019.
- Under 2019 utgjorde majoriteten av kommunernas kostnader för funktionshindersverksamheter av insatser enligt LSS och SFB. Den största delen av dessa kostnader gäller boende för vuxna, som uppgick till 29,7 miljarder kronor av kostnaderna. Den näst största kostnadsposten var för personlig assistans enligt LSS som uppgick till 12,1 miljarder kronor.
- Kostnaderna för insatser enligt SoL/HSL utgjorde ungefär 20 procent, av kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning. Den största delen utgjordes av kostnader för vård och omsorg i ordinärt boende som uppgick till 8,7 miljarder kronor.
- Det är små regionala skillnader i kostnadsutvecklingen för stöd till personer med funktionsnedsättning. Under perioden 2015–2019 har den totala kostnaden för insatser enligt LSS ökat i samtliga kommungrupper

---

<sup>66</sup> 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

<sup>67</sup> Som underlag för uppräkningsindex används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2019 för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning. Detta gör att siffrorna fram till år 2016 skiljer sig något från de rapporterade i tidigare års lägesrapporter då ett annat konsumtionsindex användes.

## Kommunernas kostnadsökning har stannat av

År 2019 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 72,7 miljarder kronor. Det motsvarar 29 procent av de totala kostnaderna för socialtjänsten. Detta kan jämföras med äldreomsorgen och individ- och familjeomsorgen som står för 51 respektive 20 procent av kommunernas kostnader för socialtjänst. Sedan 2015 har andelen av kommunernas kostnader för stöd till personer med funktionsnedsättning, som andel av socialtjänstens kostnader, ökat med cirka 1 procentenhet (tabell 18). Kostnaderna som andel av kommunernas totala kostnader är dock oförändrad.

**Tabell 18. Kostnader för personer med funktionshinder och som andelar av socialtjänstens och kommunens kostnader samt BNP**

Kostnader för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning angivet som andel av övriga kostnader i kommuner, andel angiven i procent, fast pris, 2019 års pris.

|                                                                                         | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning (miljarder kronor)</b> | <b>66,0</b> | <b>68,2</b> | <b>69,4</b> | <b>72,6</b> | <b>72,7</b> |
| Andel av socialtjänstens kostnader                                                      | 27,9        | 28,4        | 28,5        | 28,6        | 28,8        |
| Andel av kommunernas kostnader                                                          | 10,5        | 10,3        | 10,5        | 10,6        | 10,7        |
| Andel av BNP                                                                            | 1,4         | 1,4         | 1,4         | 1,4         | 1,4         |

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2015–2019 och Prisindex 2019, Statistiska centralbyrån

Under 2019 utgjordes majoriteten av kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning av insatser enligt LSS, 79 procent (tabell 19). Den största delen av dessa kostnader gäller boende för vuxna, som utgjorde 29,7 miljarder kronor, cirka 41 procent. Den näst största kostnadsposten var för personlig assistans enligt LSS som utgjorde 12,1 miljarder kronor, vilket motsvarar cirka 17 procent av kostnaderna.

Kostnaderna för insatser enligt SoL/HSL uppgick till 14,8 miljarder kronor, vilket motsvarar ungefär 20 procent, av kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning. Den största delen utgjordes av kostnader för vård och omsorg i ordinärt boende (8,7 miljarder kronor). Kostnaderna för särskilt boende uppgick till 5,5 miljarder kronor och vård och omsorg i öppen verksamhet till 0,7 miljarder kronor.

**Tabell 19. Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning över tid**

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angiven i procent, fast pris, 2019 års pris, 2015–2019.

|                                  | Kommunernas kostnader |             |             |             |             | Förändring av kostnader 2015–2019 |             |
|----------------------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------------------|-------------|
|                                  | 2015                  | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        | Mdkr                              | %           |
| <b>Summa insatser enligt LSS</b> | <b>51,8</b>           | <b>53,6</b> | <b>54,9</b> | <b>57,5</b> | <b>57,8</b> | <b>6,0</b>                        | <b>11,6</b> |
| Boende enligt LSS                | 27,8                  | 28,9        | 29,5        | 31,1        | 31,7        | 3,9                               | 14,0        |
| Varav                            |                       |             |             |             |             |                                   |             |
| Boende för vuxna                 | 26,0                  | 27,0        | 27,6        | 29,1        | 29,7        | 3,7                               | 14,2        |
| Boende för barn                  | 1,8                   | 1,9         | 1,9         | 2,0         | 2,0         | 0,2                               | 11,1        |



|                                                                                   | Kommunernas kostnader |             |             |             |             | Förändring<br>av kostnader<br>2015–2019 |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------------------------|-------------|
| Personlig assistans enligt LSS*                                                   | 10,7                  | 11,2        | 11,8        | 12,3        | 12,1        | 1,4                                     | 13,1        |
| Daglig verksamhet enligt LSS                                                      | 8,2                   | 8,3         | 8,5         | 9,0         | 8,8         | 0,6                                     | 7,3         |
| Övriga insatser enligt LSS                                                        | 5,2                   | 5,3         | 5,1         | 5,2         | 5,1         | -0,1                                    | -1,9        |
| <b>Summa insatser enligt SoL/HSL</b>                                              | <b>14,2</b>           | <b>14,5</b> | <b>14,5</b> | <b>15,1</b> | <b>14,8</b> | <b>0,6</b>                              | <b>4,2</b>  |
| Stöd i ordinärt boende enligt SoL**                                               | 8,3                   | 8,6         | 8,4         | 8,8         | 8,7         | 0,4                                     | 4,8         |
| Varav                                                                             |                       |             |             |             |             |                                         |             |
| Hemtjänst/boendestöd                                                              | 6,3                   | 6,5         | 6,4         | 6,5         | 6,5         | 0,2                                     | 3,2         |
| Korttidsboende                                                                    | 0,8                   | 0,8         | 0,7         | 0,8         | 0,7         | -0,1                                    | -12,5       |
| Övriga biståndsbedömda insatser                                                   | 1,3                   | 0,9         | 0,9         | 0,9         | 1,0         | -0,3                                    | -23,1       |
| Dagverksamhet                                                                     | -                     | 0,4         | 0,4         | 0,5         | 0,5         | -                                       | -           |
| Särskilt boende enligt SoL                                                        | 5,1                   | 5,2         | 5,3         | 5,5         | 5,5         | 0,4                                     | 7,8         |
| Stöd i öppen verksamhet enligt SoL                                                | 0,8                   | 0,7         | 0,8         | 0,8         | 0,7         | -0,1                                    | -12,5       |
| <b>Kommunernas totala kostnad för stöd till personer med funktionsnedsättning</b> | <b>66,0</b>           | <b>68,2</b> | <b>69,4</b> | <b>72,6</b> | <b>72,7</b> | <b>6,7</b>                              | <b>10,2</b> |
| Årlig förändring                                                                  | 1,6 %                 | 3,3 %       | 1,8 %       | 4,6 %       | 0,1 %       |                                         |             |

\*Exklusive ersättning för statlig assistansersättning från Försäkringskassan för assistansersättning.

\*\* Dagverksamhet enligt SoL särredovisas sedan 2016. Tidigare redovisades kostnaden inom övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2015–2019 och Prisindex 2019, Statistiska centralbyrån

Mellan 2018 och 2019 stannade kostnadsökningen av. Inom LSS är minskningen väsentligt lägre än föregående år, inom SoL har kostnaderna i sin tur minskat. Minskningen återfinns bland annat inom korttidsboende enligt SoL. Kostnadsutvecklingen ligger i linje med kommunernas egen rapportering om det ekonomiska läget. Omkring hälften av kommunerna uppgav negativ budgetavvikelse för funktionshindersområdet för 2019 [22]. SKR förväntar sig att kostnader för funktionshindersverksamheter kommer att ha en lägre ökningstakt de kommande åren jämfört med äldreomsorgen. Enligt SKR:s rapport behöver många kommuner använda effektiviserings- och besparingsplaner för att få ihop budgeten för perioden 2020–2022. Det är ännu inte tydligt i vilken utsträckning kommunernas merkostnader kopplade till covid-19 kommer att påverka den här utvecklingen.

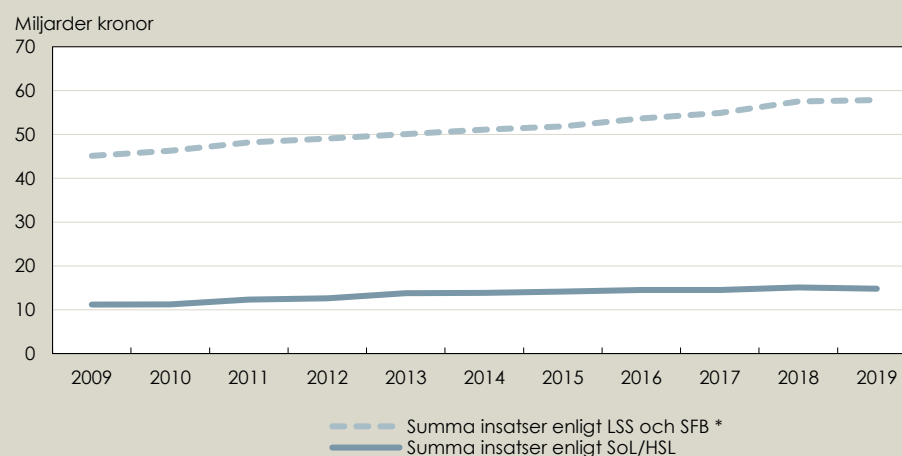
### ...men den långsiktiga ökningen kvarstår

Under 2015–2019 ökade kommunernas kostnader inom funktionshinderområdet med sammantaget 11,6 procent (6,7 miljarder kronor) i fasta priser. Boende enligt LSS står för den största relativa kostnadsökningen. Under perioden ökade kostnaderna för boende enligt LSS med 14 procent (tabell 19).

Sett över en tio-årsperiod har kostnaderna för insatser enligt LSS ökat med i genomsnitt 2,8 procent årligen (figur 10). Sedan 2009 har kostnaderna för insatser enligt SoL ökat med 3,4 procent årligen. Fördelningen av kommunens kostnader mellan LSS och SoL har varit stabil över tid, LSS har stått för 80 procent av kostnaderna medan SoL har stått för 20 procent av kostnaderna.

**Figur 10. Kostnadsutveckling inom funktionshindersområdet över tid**

Fast pris, 2019 års pris.



\* avser insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning 0-64 år. Exklusive ersättning från försäkringskassan.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2015-2019 och Prisindex 2019, Statistiska centralbyrån

## Kostnadsökningen inom personlig assistans har mattats av

År 2019 uppgick kommunernas totala kostnader för personlig assistans till 12,1 miljarder kronor. Mellan 2015 och 2019 har dessa kostnader ökat med cirka 13,6 procent (tabell 20). Kostnader för enbart kommunalt beslutad personlig assistans har i sin tur ökat med 1,5 miljarder kronor. Den största ökningen skedde under åren 2015–2017. En förklaring till den ökningen var det höga antalet indragna beslut om statlig assistansersättning, som medförde att allt fler beviljades kommunalt beslutad personlig assistans. Många av dessa personer beviljades dessutom ett högt antal timmar personlig assistans per vecka.

I kommunernas kostnader för personlig assistans ingår ett kostnadsansvar för de första 20 timmarna per vecka för beslut om statlig assistansersättning enligt SFB<sup>68</sup>. Under perioden 2015–2019 har denna kostnadspost minskat med 930 miljoner kronor, vilket förklaras av att antalet beslut om statlig assistansersättning har blivit färre.

**Tabell 20. Kommunernas kostnadsutveckling för personlig assistans**

Kommunernas kostnader för personlig assistans, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angiven i procent, 2015–2019, fasta priser, 2019 års pris.

|                                   | Kostnader, miljarder kronor |      |      |      |      | Förändring 2015–2019 |      |
|-----------------------------------|-----------------------------|------|------|------|------|----------------------|------|
|                                   | 2015                        | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Mdkr                 | %    |
| Kostnader för personlig assistans | 10,7                        | 11,2 | 11,8 | 12,3 | 12,1 | 1,4                  | 13,1 |

<sup>68</sup> 51 kap. 22 § SFB.

|                                                                                      | Kostnader, miljarder kronor |             |             |             |             | Förändring<br>2015–2019 |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------|
| Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB | 5,3                         | 5,2         | 4,8         | 4,8         | 4,4         | -0,9                    | -17         |
| Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning* | 8,2                         | 7,5         | 6,7         | 6,3         | 5,7         | -2,5                    | -30,5       |
| <b>Kommunernas totala verksamhetsåtagande</b>                                        | <b>18,9</b>                 | <b>18,7</b> | <b>18,4</b> | <b>18,6</b> | <b>17,9</b> | <b>-1,0</b>             | <b>-5,3</b> |

\* Denna kostnad ersätts av Försäkringskassan.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2015–2019 och Prisindex 2019, Statistiska centralbyrån

Kommunerna kan även vara utförare av statlig assistansersättning. I de fallen får kommunerna ersättning från Försäkringskassan. Under 2015–2019 har denna kostnadspost minskat med 2,4 miljarder kronor. En förklaring till detta är att allt färre personer med statlig assistansersättning väljer kommunen som utförare.

## Regionernas kostnader minskar

Regionernas kostnader för funktionshinders- och hjälpmedelsverksamhet har slutat att öka. År 2019 uppgick kostnaden till 8,0 miljarder kronor, vilket är en minskning med 0,1 miljarder jämfört med året före (tabell 21). Hit räknas övergripande funktionshinderfrågor och verksamheter vid hjälpmedelscentraler, hörselcentraler, syncentraler och inkontinenshjälpmedelsfunktioner. Även bidrag till funktionshindersorganisationer ingår i dessa kostnader, liksom tolkservice till döva och dövblinda. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa orsakerna till dessa minskningar.

**Tabell 21. Regionernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning**

Regionernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 2015–2019, kostnader angivet i miljarder kronor, andelen angiven i procent, fasta priser, 2019 års pris.

|                                             | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Förändring<br>2015–2019 |     |
|---------------------------------------------|------|------|------|------|------|-------------------------|-----|
|                                             |      |      |      |      |      | Mdkr                    | %   |
| Funktionshinder- /<br>hjälpmedelsverksamhet | 7,6  | 7,8  | 7,8  | 8,1  | 8,0  | 0,4                     | 5,3 |

Källa: Regionernas räkenskapsammandrag 2015–2019 och Prisindex 2019, Statistiska centralbyrån.

## Små regionala skillnader i kostnadsutveckling

Under perioden 2015–2019 har den totala kostnaden för insatser enligt LSS ökat i samtliga tre kommungrupper (tabell 22). Kostnaderna har ökat mest för *mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner* (12,7 procent sedan 2015). Men i denna såväl som i de övriga kommungrupperna har kostnadsökningen stannat av mellan 2018 och 2019.

**Tabell 22. Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS\***

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angiven i procent, fast pris, 2019 års pris, 2015–2019.

|                                               | Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS |             |             |             |             | Förändring av kostnader 2015–2019 |             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------------------|-------------|
|                                               | 2015                                          | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        | Mdkr                              | %           |
| Storstäder och storstadsnära kommuner         | 17,2                                          | 17,9        | 18,2        | 19,0        | 19,1        | 1,9                               | 11,0        |
| Större städer och kommuner nära större stad   | 20,8                                          | 21,4        | 21,9        | 23,1        | 23,1        | 2,3                               | 11,1        |
| Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner | 13,8                                          | 14,4        | 14,8        | 15,4        | 15,6        | 1,8                               | 13,0        |
| <b>Totalt</b>                                 | <b>51,8</b>                                   | <b>53,6</b> | <b>54,9</b> | <b>57,5</b> | <b>57,8</b> | <b>6,0</b>                        | <b>11,6</b> |

\*Insatser enligt LSS/SFB exklusive ersättning från Försäkringskassan

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2015–2019 och Prisindex 2019, Statistiska centralbyrån

# Individfokus och lika villkor

I detta kapitel lyfter Socialstyrelsen frågor om särskilda grupper eller perspektiv: övergång från daglig verksamhet/dagverksamhet till arbete, habiliteringsersättning, självbestämmande och våldsutsatthet.

## Sammanfattande iakttagelser

- I cirka 40 procent av kommunerna har minst en person gått från daglig verksamhet enligt LSS till lönearbete (avser 2020). Motsvarande andel för personer med dagverksamhet enligt SoL var 25 procent. Andelarna har ökat något över tid, men är fortfarande relativt låga. Alla personer med någon form av kommunal sysselsättning har inte en arbetsförmåga som medger att gå vidare till den reguljära arbetsmarknaden. Socialstyrelsen kan dock konstatera att det många gånger saknas vissa förutsättningar att möjliggöra dessa övergångar. Ett exempel har knappt 20 procent av kommunerna rutiner för att pröva möjligheten till arbete för personer med daglig verksamhet enligt LSS.
- Under 2019 betalade nästan samtliga av landets kommuner (96 procent) ut habiliteringsersättning till personer med beslut om daglig verksamhet enligt LSS. Andelen har ökat med 7 procentenheter sedan året före. Under 2020 har Socialstyrelsen fortsatt betala ut statsbidraget, oavsett om de dagliga verksamheterna haft öppet eller inte.
- De flesta brukare som bor i gruppboenden upplever att de har inflytande och får bestämma över sådant som de tycker är viktigt. Andelen är något högre bland kvinnor än män. Samtidigt arbetar många av boendena enligt någon metod eller arbetssätt för att stärka de boendes inflytande och självbestämmande. Några av de vanligaste arbetssätten är *Delaktighetsmodellen* och *lågaffektivt bemötande*.

## Viss ökning av övergångar till arbete

Socialstyrelsen har i tidigare lägesrapporter uppmärksammat brukares möjligheter att gå från daglig verksamhet enligt LSS till lönearbete. Det är dock fortfarande få personer som gör denna övergång. De senaste uppgifterna från Socialstyrelsens öppna jämförelser visar följande [23, 24]:

- I 38 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 50 procent.
- I 25 procent av kommunerna har minst en person som deltagit i daglig verksamhet enligt LSS fått skyddat arbete det senaste året. Motsvarande andel för dagverksamhet enligt SoL är 35 procent.

Andelen personer som gått vidare till någon form av arbete har ökat med några procentenheter sedan 2018. De är dock fortfarande förhållandevis låga

framför allt inom LSS. I majoriteten av kommunerna gick ingen person med daglig verksamhet över till arbete eller praktikplats under det senaste året.

Det saknas information om hur många av de med daglig verksamhet som har en arbetsförmåga som medger arbete eller praktikplats. Detta komplicerar resonemangen om övergångar från daglig verksamhet, eftersom det är svårt att avgöra hur stor andelen bör vara. Inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser redogörs dock för ytterligare förutsättningar för övergång till arbete för personer med funktionsnedsättning (tabell 23).

**Tabell 23. Förutsättningar för övergång till arbete för personer med funktionsnedsättning**

Andel kommuner med rutiner eller stöd som ökar förutsättningarna för övergång till arbete för personer med funktionsnedsättning med insatser enligt LSS eller stöd från socialpsykiatri, 2018–2019.

|                                                 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-------------------------------------------------|------|------|------|
| Rutin för att pröva möjligheten till arbete LSS | 14   | 17   | 18   |
| Erbjuder case management inom socialpsykiatri   | 37   | 33   | 32   |
| Erbjuder SE inom socialpsykiatri                | 40   | 41   | 38   |

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av socialpsykiatri och LSS-verksamheter (Socialstyrelsen; 2018, 2019, 2020).

## 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 bland annat att förstärka och komplettera kommunernas och regionernas 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<sup>69</sup> som har en kommunal sysselsättning har vanligen dagverksamhet enligt SoL<sup>70</sup>. 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 drygt 4 000 personer deltagit i organisationernas sysselsättningsverksamhet under 2019 [25]. Omkring hälften av deltagarna var kvinnor. En stor del av deltagarna finns i åldersgruppen 30–59 år.

<sup>69</sup> Personer med ångest, depression och schizofreni med mera.

<sup>70</sup> 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.

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

- Fontänhusmodellen
- Supported Employment
- Supported Education
- Ett självständigt liv (ESL)
- Motiverande samtal.

Samtliga organisationer vänder sig till personer som står långt ifrån den reguljära arbetsmarknaden på grund av en psykisk funktionsnedsättning. I många fall handlar det om personer som är långtidssjukskrivna och eller arbetslösa med fastställda diagnoser som generellt inte står till arbetsmarknadens förfogande. Vissa organisationer vänder sig till dem som står långt ut från den reguljära arbetsmarknaden och som varken kan delta i arbete eller studier.

#### *Närmare var tionde gick vidare till arbete*

Åtta procent av deltagarna (334 personer) fick arbete på den reguljära arbetsmarknaden (tabell 24). Det 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 24. Övergångar från sysselsättningsverksamhet till arbete**

Antal personer som gått vidare från sysselsättningsverksamhet till den reguljära arbetsmarknaden, uppdelat på kön och ålder, 2019.

|          | 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 2019 års medel (Socialstyrelsen, 2020).

Under 2019 gick 5 procent av deltagarna vidare till studier. En stor del av dessa deltagare finns i åldersgrupperna 18–24 år och 30–59 år. Det var en något större andel kvinnor än män som gick vidare till studier, 56 respektive 44 procent.

#### *Svårt att gå vidare till den reguljära arbetsmarknaden eller studier*

Organisationerna har under flera år nämnt svårigheter med att underlätta för deltagarna att gå vidare till arbete och studier. Exempel på sådana svårigheter är följande:

- En rädsla hos arbetsgivare att anställa personer med psykisk funktionsnedsättning.
- Svårigheter för deltagare att komma in på arbetsmarknaden då de varit sjukskrivna och stått utanför arbetsmarknaden en längre tid.

- Svårigheter att hitta lämpliga arbetsmiljöer där det både finns passande arbetsuppgifter och en stöttande och förstående omgivning.

Arbetsförmedlingens omorganisation under 2019 är en ny och försvårande faktor som organisationerna befarar kommer att ha en negativ påverkan på deltagarnas möjligheter att gå över till den reguljära arbetsmarknaden. [25]

## 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 2019 betalade nästan samtliga av landets kommuner (96 procent) ut habiliteringsersättning till personer med beslut om daglig verksamhet enligt LSS. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser [23]. Andelen har ökat med sju procentenheter sedan året före. Det är en väsentligt större ökning än åren innan. En bidragande orsak till denna höjning är sannolikt statsbidraget som Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att betala ut till kommunerna. Syftet med statsbidrag är att införa eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (habiliteringsersättning).<sup>71</sup>

Under 2019 rekvirerade totalt 248 kommuner medel från Socialstyrelsen, varav 50 kommuner inte hade habiliteringsersättning året före<sup>72</sup> [26].

Kommunerna uppger att de har använt statsbidraget på olika sätt. En del kommuner har gjort en tillfällig höjning av habiliteringsersättningen så länge statsbidraget betalas ut till kommunerna. Det har antingen skett via en höjning av den ordinarie ersättningsnivån eller som en extrautbetalning (bonus) baserad på närvaro. Andra kommuner har genomfört en höjning som de bedömer att de kan behålla även utan statsbidraget.

Berörda kommuner nämner olika skäl till varför de inte har använt statsbidraget fullt ut eller endast har gjort höjningar som har varit tillfälliga. Flertalet av kommunerna menar att de inte uppfattar statsbidraget som långsiktigt och att de ogärna använder tillfälliga medel till att finansiera löpande verksamhet som att höja den ”ordinarie” habiliteringsersättningen. Flera menar

<sup>71</sup> 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 rekquireras från Socialstyrelsen utan ansökningsförfarande. Socialstyrelsen ska ange de villkor som ska vara uppfyllda för att få del av medlen. Medel som inte har rekvirerats, det datum som Socialstyrelsen beslutar, får fördelas till de kommuner som angivit att de önskar ta del av dessa medel.”

<sup>72</sup> Jämförelse görs med öppna jämförelser av LSS våren 2018. Uppgifterna ska tolkas med viss försiktighet då det förekommer vissa bortfall i öppna jämförelser.



att de inte vill höja ersättningen ett år för att behöva sänka den året därpå om statsbidraget uteblir.

Flera kommuner tar upp att de fick kritik från intresseorganisationer och anhöriga om hur de använde medlen 2018, då några av dem inte hade rekviderat medel eller inte använt medlen fullt ut, vilket gjorde att de i år har använt hela beloppet för en tillfällig höjning. Vidare kommenterar några kommuner att de har sett exempel från föregående års bidragsgivning om att medel har beviljats för utbetalning av engångsbelopp eller bonusar utöver den ”ordinarie” habiliteringsersättningen och därför gjort en liknande lösning detta år. [26]

## Statsbidraget ger positiv effekt

Liksom föregående år är kommunerna överlag positiva till statsbidraget då det riktar sig till en målgrupp med begränsade ekonomiska resurser och uppmärksammar deras arbetsinsatser i den dagliga verksamheten [25]. Den extra ersättningen har varit uppskattad av både deltagare och anhöriga och medlen har enligt flertalet kommuner stimulerat deltagarna till att delta i verksamheten och få dem att känna sig behövda. Större delen av kommunerna uppger att den ökade ersättningen har stimulerat till en bibehållen eller ökad närvaro i den dagliga verksamheten. Några kommuner har också sett en ökning av antalet nya deltagare i verksamheterna.

Flera kommuner kommenterar samtidigt att den extra ersättningen i första hand har varit stimulerande för deltagare som har en kognitiv förståelse för värdet av pengar. För övriga deltagare har kommunerna inte sett någon skillnad utan här menar de att det främst är innehållet och det sociala sammanhanget som gör att personerna vill delta i verksamheten. Några kommuner lyfter även fram att de sedan införandet av statsbidraget har fått färre kommentarer från deltagare om att de förlorar pengar på att delta i verksamheten då ersättningen tidigare varit lägre än deras kostnad för transport och mat.

## Fortsatt utbetalning trots pandemin

Under 2020 har Socialstyrelsen fortsatt betala ut statsbidraget för habiliteringsersättning, trots att verksamheterna påverkats i hög utsträckning av covid-19<sup>73</sup>. Utbrottet av covid-19 har medfört att personer som deltar i daglig verksamhet kan vara hindrade att delta i verksamheten. Det kan bero på egen sjukdom eller sjukdom bland personalen. Det kan även bero på att kommunen med anledning av risken för smitta inte har möjlighet att erbjuda daglig verksamhet överhuvudtaget eller inte kan erbjuda verksamheten i den omfattning som normalt bedrivs. För att bemöta detta ändras villkoren för bidraget vilket innebär att bidraget får användas till att betala ut dagpenning även om ingen verksamhet kan erbjudas eller att de som annars skulle delta i daglig verksamhet enligt LSS inte kan närvara på grund av smittorisk.

## Många upplever högt inflytande

I Sveriges kommuner och regioners (SKR) nationella brukarundersökning finns frågor om inflytande och självbestämmande i olika boenden för vuxna

<sup>73</sup> <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/kommuner/statsbidrag-for-habiliteringsersattning/>

enligt LSS (grupp- och servicebostäder) <sup>74</sup>. Inflytande kan till exempel handla om att kunna påverka beslut på olika nivåer och är viktigt både för självkänslan och för den personliga integriteten. Majoriteten av brukarna har svarat ”ja” på frågan *Får du bestämma över saker som är viktiga för dig hemma?* (tabell 25).

Behovet av att kommunicera, att göra sig förstådd och att bli förstådd är grundläggande för varje människa och är en förutsättning för att kunna påverka sin situation. Om den enskilde har svårigheter att kommunicera är det därför viktigt att personalen har specifik kompetens på området. Det kan innebära att personalen behöver kunna teckenspråk, bildstöd eller annan alternativ och kompletterande kommunikation. På frågan *Pratar personalen hemma med dig så att du förstår vad de menar?* har 72 procent av männen i både grupp- och servicebostäder svarat ”alla” på frågan. En något lägre andel av kvinnorna har svarat på samma sätt. Det är 71 procent av männen och 75 procent av kvinnorna i servicebostad som har svarat ”alla” på frågan *Förstår personalen hemma vad du säger?*

**Tabell 25. Brukarinflytande i grupp- och servicebostäder enligt LSS**

Brukarnas bedömning i boenden enligt LSS. Andelen brukare som svarat *ja* eller *alla* på frågor, uppdelat på kön, samtliga kommuner övägt medel, andelen angiven i procent, 2019

|                                                   | Kvinnor | Män |
|---------------------------------------------------|---------|-----|
| <b>"Får du bestämma om saker som är viktiga?"</b> |         |     |
| Gruppboende enligt LSS                            | 79      | 80  |
| Serviceboende enligt LSS                          | 81      | 84  |
| <b>"Pratar personalen så du förstår?"</b>         |         |     |
| Gruppboende enligt LSS                            | 69      | 72  |
| Serviceboende enligt LSS                          | 69      | 72  |
| <b>"Förstår personalen vad du säger?"</b>         |         |     |
| Gruppboende enligt LSS                            | 70      | 72  |
| Serviceboende enligt LSS                          | 71      | 75  |

Källa: [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

Resultaten i SKR:s brukarundersökning kompletteras av resultaten i Socialstyrelsens kartläggning av kompetensen hos personal i boenden enligt LSS [27]. I kartläggningen ställde Socialstyrelsen bland annat frågan om verksamheten arbetar enligt någon metod eller arbetssätt för att stärka de boendes inflytande och självbestämmande. Det var 85 procent av verksamheterna som svarade att de arbetar enligt någon metod eller arbetssätt för att stärka de boendes inflytande och självbestämmande (tabell 26).

<sup>74</sup> Brukarna har besvarat enkäten själva med hjälp av stöd. I de fall de har fått hjälp att svara har det varit av personer som genomfört undersökningen, inte personal i verksamheten.

**Tabell 26. Arbetsmetoder för ökat självbestämmande i boenden enligt LSS**

Andel LSS-boenden där verksamheten arbetar enligt någon metod eller arbetssätt för att stärka de boendes inflytande och självbestämmande, uppdelat per driftsform, andelen angiven i procent, 2020

|           | Stärka inflytande och självbestämmande | Förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder |
|-----------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| Enskild   | 90                                     | 63                                         |
| Offentlig | 84                                     | 66                                         |
| Totalt    | 85                                     | 66                                         |

Källa: Kompetens i boenden enligt LSS (Socialstyrelsen; 2021).

I de öppna svaren på frågan kunde verksamheterna ange vilka metoder eller arbetssätt de arbetar med<sup>75</sup>. Några exempel som verksamheterna uppgav var följande:

- Boendemöten, brukarråd och brukarundersökningar (46 verksamheter).
- Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) (45 verksamheter).
- Lågaffektivt bemötande (35 verksamheter).
- Delaktighetsmodellen (35 verksamheter).
- Ett självständigt liv (ESL) (34 verksamheter).
- Tydliggörande pedagogik (30 verksamheter).
- Motiverande samtal (MI) (18 verksamheter).
- Pedagogisk förhållnings och -arbetssätt (13 verksamheter).
- Tecken som stöd, stödtecken eller teckenkommunikation (TAKK) (7 verksamheter).

## Många ger högt betyg till stödet

I SKR:s nationella brukarundersökning ger majoriteten av vuxna i grupp- och servicebostäder ett högt betyg på frågor om trygghet och trivsel. Till exempel svarar 75 procent av kvinnorna och 78 procent av männen i gruppboende att de känner sig trygga med all personal (tabell 27). Det finns genomgående skillnader mellan kvinnor och män. Männen har överlag svarat mer positivt än kvinnorna på frågorna om trivsel och trygghet. På frågan *Är du rädd för något hemma?* har till exempel 58 procent av kvinnorna i servicebostäder svarat ”aldrig” medan 71 procent av männen har svarat på samma sätt.

Även om flertalet brukare ger ett högt betyg till trygghet och trivsel så visar resultaten att omkring 25 procent av brukarna inte känner sig trygga med personalen. Vidare är mellan 30 och 40 procent rädd för något hemma.

**Tabell 27. Brukarnas bedömning av trivsel och trygghet i boenden för vuxna enligt LSS**

Brukarnas bedömning av trygghet och trivsel i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS, uppdelat på kön, samtliga kommuner ovägt medel, andelen angiven i procent, 2019

|                                      | Kvinnor | Män |
|--------------------------------------|---------|-----|
| <b>"Bryr sig personalen om dig?"</b> |         |     |
| Gruppboende enligt LSS               | 83      | 85  |
| Serviceboende enligt LSS             | 81      | 87  |

<sup>75</sup> 293 verksamheter gav exempel.

|                                                         | Kvinnor | Män |
|---------------------------------------------------------|---------|-----|
| <b>"Trivs du med personalen/hemma?"</b>                 |         |     |
| Gruppboestad enligt LSS                                 | 81      | 84  |
| Serviceboestad enligt LSS                               | 74      | 79  |
| <b>"Känner du dig trygg med personalen?"</b>            |         |     |
| Gruppboestad enligt LSS                                 | 75      | 78  |
| Serviceboestad enligt LSS                               | 71      | 77  |
| <b>"Brukaren är aldrig rädd för något hemma"</b>        |         |     |
| Gruppboestad enligt LSS                                 | 59      | 68  |
| Serviceboestad enligt LSS                               | 58      | 71  |
| <b>"Vet du vem du ska kontakta om något är dåligt?"</b> |         |     |
| Gruppboestad enligt LSS                                 | 87      | 88  |
| Serviceboestad enligt LSS                               | 86      | 86  |

Källa: [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

Samtidigt som många brukare skattar högt på trygghet och trivsel så förekommer ändå missförhållanden. Ett resonemang om detta förs i kapitlet *Säker vård och omsorg*.

På många men inte alla boenden finns möjlighet till sena aktiviteter som kräver personalstöd, 95 procent (tabell 28). Uppgiften avser minst en kvällsaktivitet med personalstöd per månad, och även om de flesta boenden kan erbjuda detta stöd så är det noterbart att 5 procent av boendena inte kan erbjuda det.

**Tabell 28. Delaktighet på boenden för vuxna enligt LSS**

Upplevd delaktighet på bostäder med särskild service för vuxna enligt LSS, samtliga kommuner ovägt medel, andel angiven i procent, 2018 och 2019.

|                                                                                                                                            | 2018 | 2019 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Andel boendeplatser där den boende ges möjlighet att vara ute på aktiviteter som kräver personalstöd efter kl. 21, minst en gång per månad | 93   | 95   |
| Andel boendeplatser där alla på boendet har möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka                               | 91   | 93   |
| Andel boendeplatser där den boende kan bestämma över vilken mat (huvudmålet) som serveras                                                  | 96   | 96   |
| Andel boenden där det är möjligt att bli sambo*                                                                                            | 84   | 82   |

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

Källa: [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

En annan aspekt av delaktighet i boende för vuxna är möjligheten till gemensamma måltider. I de flesta boenden, 93 procent, har samtliga boende möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka. I drygt 80 procent av boendena är det möjligt att bli sambo, om båda har ett beslut om insatser enligt LSS.

# Vård och omvårdnad på lika villkor

I detta kapitel tar Socialstyrelsen upp olika aspekter av vård och omvårdnad, exempelvis kommunal hälso- och sjukvård. Vi berör även frågor som rör personalens arbetskläder, ur ett infektions- och smittskyddsperspektiv.

## Sammanfattande iakttagelser

- År 2019 hade knappt 64 000 personer i åldern 0–64 år kommunal hälso- och sjukvård, vilket motsvarar knappt 1 procent av befolkningen. Könsfördelningen är jämn och 50 procent av personer med kommunal hälso- och sjukvård utgörs av kvinnor. Antalet personer med kommunal hälso- och sjukvård under 65 år har minskat sedan föregående mätår med 7,5 procent.
- De flesta arbetsgivare tillhandahåller arbetskläder för sin personal. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg finns regler om bland annat arbetskläder och skyddskläder. Inom LSS-bostäder är det viktigt att arbetskläderna inte gör att boendet får en institutionell prägel. Det är upp till verksamheten att se till att arbetskläderna fungerar för det enskilda boendet och uppfyller både hygienregler och LSS intentioner om en hemlik miljö. I 72 procent av kommunerna, där arbetsgivaren på något sätt tillhandahåller arbetskläder till personalen, finns det möjlighet att variera utformningen av personalens arbetskläder på bostäder för vuxna enligt LSS. Motsvarande andel för bostäder för barn och ungdom enligt LSS var 74 procent.
- Kommuner och verksamheter uppger i hög utsträckning att de har uppdaterat sina rutiner kring arbetskläder och/eller sina basala hygienrutiner utifrån situationen med covid-19.

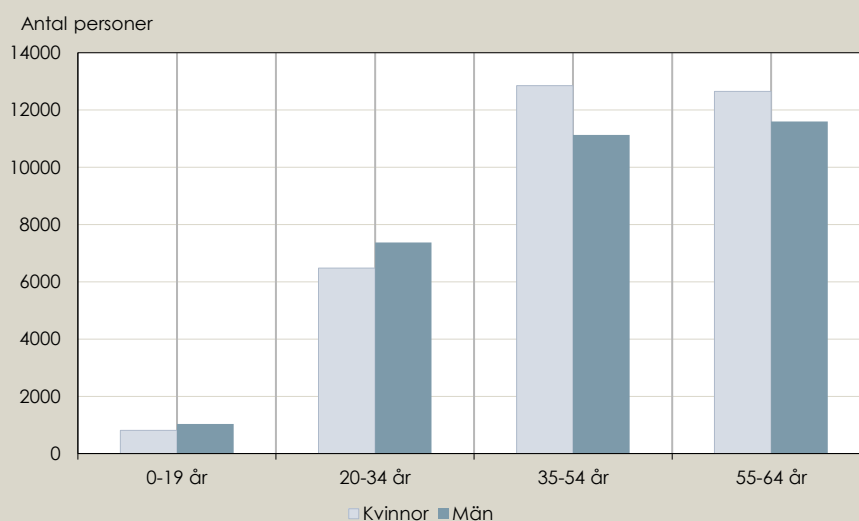
Kommuner har skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som efter beslut bor i särskilt boende enligt SoL eller i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Kommunen ska även erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som vistas i dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. (12 kap 1 § HSL och prop. 1992/93:159 s. 182). Därutöver får kommunen erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) efter överenskommelse med regionen (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 2019 hade knappt 64 000 personer i åldern 0–64 år kommunal hälso- och sjukvård, vilket motsvarar knappt 1 procent av befolkningen [28]. Det är med andra ord en låg andel i åldersgruppen som har kommunal hälso- och sjukvård. Könsfördelningen är jämn och 50 procent av personerna med kommunal hälso- och sjukvård utgörs av kvinnor. Antalet personer med kommunal hälso- och sjukvård under 65 år har dessutom minskat sedan föregående mätår med 7,5 procent.

Figur 11 visar att det finns vissa könsskillnader mellan åldersgrupper. Upp till 34 års ålder är männen i knapp majoritet, därefter är kvinnorna i majoritet. Den här skillnaden har varit konstant över tid.

**Figur 11. Antal personer 0-64 år med kommunal hälso- och sjukvård**

Antalet personer 0-64 år med beslut om kommunal hälso- och sjukvård uppdelat på åldersgrupp och kön, antal, år 2019



Källa: Officiell statistik över socialtjänstens insatser till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2020).

Det är relativt vanligt med standardiserade bedömningsmetoder för symtomskattning i boenden enligt LSS och SoL, 80 procent (tabell 29). Sådana bedömningsmetoder används för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd. Syftet med bedömningsmetoderna är en ändamålsenlig läkemedelsbehandling baserad på korrekta indikationer.

Det är ovanligare med andra insatser än strukturerad uppföljning inom ramen för kommunal hälso- och sjukvård. Ovanligast är strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal, som endast förekommer i 3 procent av landets kommuner.

**Tabell 29. Kommunal hälso- och sjukvård inom bostad med särskild service enligt SoL och enligt LSS**

Andel kommuner som uppfyller kriterierna för olika indikatorer inom den kommunala hälso- och sjukvården, uppdelat på indikator, andelen angiven i procent, 2020

| Indikator                                                                                                                      | LSS | SoL |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem i bostad med stöd och service till vuxna enligt LSS     | 33  | 33  |
| Erbjuder vård och omsorg med multiprofessionellt demensteam i bostad med stöd och service till vuxna enligt LSS                | 21  | 21  |
| Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i bostad med särskild service enligt LSS | 3   | 3   |
| Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling i bostad med särskild service enligt LSS           | 79  | 80  |

Källa: Öppna jämförelser av kommunal hälso- och sjukvård 2020 (Socialstyrelsen, 2020).

## Arbetskläder viktigt för att minska smittspridning

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:19) om basal hygien i vård och omsorg finns regler om bland annat arbetskläder och skyddskläder. Föreskrifterna gäller sedan 2016 i vissa verksamheter enligt SoL och LSS, bland annat hemtjänst och bostad med särskild service.

De flesta arbetsgivare tillhandahåller arbetskläder för personal inom funktionshindersverksamheter, enligt en kartläggning som Socialstyrelsen har genomfört (tabell 30) [29].

När det gäller boenden för personer med funktionsnedsättning enligt SoL svarar omkring 70 procent av kommunerna att speciella arbetskläder köps in av arbetsgivaren i samtliga boenden och 17 procent att arbetskläderna leasas av arbetsgivaren. Ett fåtal kommuner har uppgett att arbetstagaren själv bekostar arbetskläderna eller att arbetstagarna förses på annat sätt med kläder. Exempel på kommentarer till frågan är att kommunen uppger att de har klädbidrag, vilket de inte betraktar som arbetskläder, eller att boenden inom socialpsykiatri endast använder skyddskläder.

Även för bostäder med särskild service enligt LSS har de flesta kommunerna uppgett att arbetskläder köps in av arbetsgivaren. Det är här en mindre andel kommuner än inom särskilt boende som har uppgett att arbetskläder leasas av arbetsgivaren. Det är dock något fler kommuner inom LSS än inom övriga boendeformer som har svarat att det är arbetstagaren själv som bekostar sina arbetskläder. Det finns här kommentarer om att det enbart är i verksamheter där det bedrivs omsorgsnära arbete som det finns arbetskläder. Här är det också en högre andel som har uppgett ”gäller inget boende” för samtliga alternativ.

**Tabell 30. Hur förses personalen i olika boendeformer med arbetskläder?**

Andel kommuner/stadsdelar som förser boendepersonal med arbetskläder, uppdelat på boendeform, andel angiven i procent, 2019

| Alternativ                                                         | Särskilda boenden för äldre (SÅBO) | Bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning enl. SoL | Bostad med särskild service för vuxna enl. LSS | Bostad med särskild service för barn eller ungdomar enl. LSS |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Arbetskläder köps in av arbetsgivaren                              | 79                                 | 67                                                                         | 74                                             | 70                                                           |
| Arbetskläder leasas av arbetsgivaren                               | 22                                 | 17                                                                         | 13                                             | 7                                                            |
| Ersättning utgår till arbetstagaren för eget inköp av arbetskläder | 0                                  | 0                                                                          | 1                                              | 0                                                            |
| Arbetstagaren bekostar sina arbetskläder själv.                    | 0                                  | 1                                                                          | 2                                              | 7                                                            |
| På annat sätt. Hur?                                                | 0                                  | 2                                                                          | 2                                              | 0                                                            |
| <i>Antal svarande kommuner/stadsdelar</i>                          | <i>117</i>                         | <i>81</i>                                                                  | <i>114</i>                                     | <i>54</i>                                                    |

\*Kommunen kan ha svarat att personalen förses med arbetskläder på fler än ett sätt i samtliga boenden eller att personalen förses med arbetskläder på respektive sätt i vissa eller inget av boendena, vilket inte visas i tabellen. Därför summeras inte andelarna till 100 procent.

Källa: Arbetskläder inom omsorgen (Socialstyrelsen; 2020).

De flesta kommuner har svarat att tillgången till arbetskläder är tillräcklig, men att det finns en viss skillnad mellan de olika boendeformerna. Inom boenden som riktar sig till personer med funktionsnedsättning är andelen högst när det gäller boenden för vuxna enligt LSS, 93 procent. Andelen är något lägre i boenden för barn enligt LSS, 86 procent.

Inom boenden enligt LSS är det viktigt att arbetskläderna inte ger boendet en institutionell prägel<sup>76</sup>. Det är upp till verksamheten att se till att arbetskläderna fungerar för det enskilda boendet och uppfyller både hygienregler och LSS intentioner om en hemlik miljö<sup>77</sup>. I Socialstyrelsens kartläggning uppger 72 procent av de kommuner där arbetsgivaren på något sätt tillhandahåller arbetskläder till personalen, att det finns möjlighet att variera utformningen av personalens arbetskläder på bostäder för vuxna enligt LSS. Det görs exempelvis genom att kläder med olika utformning köps in/leasas. Motsvarande andel för bostäder för barn och ungdom enligt LSS var 74 procent. I 3 respektive 5 procent av kommunerna fanns möjlighet att variera utformningen på annat sätt. Det innebär att det i omkring en av fyra kommuner inte går att variera utformningen av de arbetskläder som köps in eller leasas av arbetsgivaren. Några kommentarer till denna fråga: verksamheterna eftersträvar att arbetskläder ska uppfattas som vardaglig klädsel, det varierar beroende på verksamhet, vid inköp finns möjlighet att variera men däremot inte vid det

<sup>76</sup> Jfr prop. 1992/93:159 s. 82 ff, och 5 § andra meningen LSS.

<sup>77</sup> Se prop. 1992/93:159 s. 82.



fåtal boenden där man hyr/leasar kläder, det finns möjlighet till viss anpassning om verksamheten så önskar. En annan kommentar är att kläderna är personliga varför personalen själva väljer vad de trivs att jobba i.

Drygt hälften av kommunerna (58 procent) uppger att det finns en logotyp eller motsvarande på arbetskläderna i boenden enligt LSS för vuxna. Motsvarande andel i boenden för barn och unga enligt LSS är 76 procent.

Inom LSS-boenden för vuxna är det 18 kommuner som har svarat att alla arbetskläder har samma utformning samt att det finns logotyp på arbetskläderna. Detta motsvarar 16 procent av det totala antalet kommuner som har besvarat frågan. Motsvarande andel för boenden för barn och unga enligt LSS är 9 procent.

Även om flertalet verksamheter uppger att det går att variera utformningen av arbetskläder, så uppger en fjärdedel motsatsen. Detta visar att det kan vara en utmaning för verksamheterna att förhålla sig till föreskrifter samt LSS-intentioner och till ambitionen att boendena ska vara så hemlika som möjligt.

## Tillgången till arbetskläder viktig under pandemin

Det är svårt att veta i vilken utsträckning resultaten i Socialstyrelsens kartläggning har påverkats av situationen under pandemin. Socialstyrelsen drar dock slutsatsen att verksamheterna i stor utsträckning har sett över sina hygienrutiner under våren 2020. Fokus på hygienrutiner bekräftas också genom förbättrade resultat i PPM-mätningar av följsamhet till hygienrutiner och klädregler.<sup>78</sup> Socialstyrelsens kartläggning visar också att kommuner och verksamheter i stor utsträckning uppger att de har uppdaterat sina rutiner kring arbetskläder och/eller sina basala hygienrutiner utifrån situationen med covid-19. Sammantaget tyder mycket på att i hur stor omfattning arbetsgivaren förser personalen med arbetskläder, samt hur ombyte och tvätt hanteras, kan ha påverkats av en krissituation som har satt verksamheternas rutiner kring basal hygien under lupp.

---

<sup>78</sup><https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/matningbasalahygienrutiner.10973.html>

# Kunskap och kompetens

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för personalens kunskap, kompetens och möjlighet till fortbildning. Kapitlets fokus ligger på kompetens hos personal inom verksamheter enligt LSS. Även utbildning och kunskap kopplat till covid-19 berörs.

## Sammanfattande iakttagelser

- Under 2020 deltog en relativt låg andel av personalen inom LSS i utbildningarna om hygienrutiner och smittskydd, som tagits fram av Karolinska Institutet och Socialstyrelsen. Den relativt låga andelen är bekymmersam, bland annat med tanke på smittrisker och förekomsten av riskgrupper på boenden enligt LSS för vuxna. Slutsatsen förstärks av att all baspersonal på dessa boenden inte har gått vård- och omsorgsprogrammet på gymnasiet eller motsvarande utbildning på exempelvis Komvux.
- Fortbildning är en förutsättning för rätt och aktuell kompetens inom funktionshindersverksamheter. Allt fler kommuner har samlade kompetensutvecklingsplaner för handläggare och baspersonal inom LSS-verksamheter.
- Hälften av personalen i boenden för vuxna enligt LSS har mer än tio års erfarenhet av området. Motsvarande andel bland föreståndarna är något lägre, fyra av tio.
- Majoriteten av den tillsvidareanställda personalen i boende för vuxna enligt LSS har gått vård- och omsorgsprogrammet på gymnasiet eller Komvux. Knappt en av tio har gått utbildningen till stödpedagog på yrkeshögskolan. Flera verksamheter betonar dock behovet av fler stödpedagoger.
- En relativt hög andel boenden enligt LSS uppger att få eller ingen visstidsanställd har kompetens i grundläggande värden (10 procent), förhållningssätt (10 procent) eller kommunikation (16 procent). Det kan påverka stödet till individerna i negativ riktning. Det gäller särskilt under perioder när många visstidsanställda arbetar samtidigt. Ett exempel på sådana perioder är semesterperioder. Ett annat exempel är större delen av 2020, då flera verksamheter angett svårigheter att upprätta minimibemanning på grund av covid-19.
- Det finns flera behov och utmaningar när det gäller personal i boenden för vuxna enligt LSS. Till exempel uppger flera verksamheter att det behövs mer fortbildning i alternativ, kompletterande kommunikation samt bemötande och förhållningssätt. Majoriteten av verksamheterna uppger dessutom att de haft utmaningar att rekrytera personal under de senaste två åren.

## Utbildningar om hygienrutiner och covid-19

Under 2020 tog Karolinska Institutet, på uppdrag av Socialstyrelsen, fram två e-utbildningar<sup>79</sup>. Syftet med utbildningarna har varit att stärka personalens beredskap och ge kunskap om de viktigaste principerna och utmaningarna i arbetet med att förhindra spridning av covid-19<sup>80</sup>. Utbildningarnas fokus ligger på hygienprinciper och användning av personlig skyddsutrustning. De riktar sig även till personal som ger stöd till personer med funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen har också tagit fram en kompletterande utbildning till dem som arbetar inom vård och omsorg *Hindra smittspridning och använda skyddsutrustning*. Den kompletterar webbutbildningarna och vänder sig främst till dem som är nya på jobbet inom äldreomsorgen och verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning.

E-utbildningarna startade under vecka 12, 2020. I slutet av 2020, vecka 48, hade totalt 165 800 personal gått de två första utbildningarna och 2 586 hade gått den kompletterande utbildningen. Inom socialtjänsten, som bland annat kan omfatta personer som arbetar inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning, hade 3 826 personer gått utbildningarna. Även om det totala antalet deltagare är högt så är antalet inom socialtjänsten relativt lågt. Till exempel är antalet gruppboenden inom LSS uppemot 3 000. Sett till ovanstående utbildningsstatistik innebär det att i genomsnitt en personal per boende har gått utbildningen. Siffran kan vara lägre, eftersom utbildningsstatistiken antagligen inkluderar personal även från andra verksamheter.

Sannolikt har fler personal inom funktionshindersområdet hunnit gå utbildningarna efter vecka 48. Socialstyrelsen bedömer likväl att den relativt låga andelen är bekymmersam, med tanke på smittrisker och förekomsten av riskgrupper på boenden enligt LSS för vuxna.

## Brister i funktionshinderskunskap ställer krav på fortbildning

Det finns flera utmaningar inom kompetensområdet, både när det gäller myndighetsutövningen och kunskaper bland personalen. Såväl Socialstyrelsen som IVO har konstaterat att det råder bristande kunskap om olika typer av funktionsnedsättningar, diagnoser och kommunikationsverktyg.

Kunskapsbristerna finns framför allt bland personal i verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning, men också hos LSS-handläggare. IVO har tidigare konstaterat att bristande kunskap i verksamheterna innebär risk för att enskilda inte får det stöd de behöver i sin vardag, och att personalen bemöter den enskilde på olämpligt sätt [30]. Det är mot

<sup>79</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/utbildning-och-material-covid-19/>

<sup>80</sup> Covid-19 - hindra smittspridning och skydda personal som arbetar inom svensk hälso- och sjukvård och socialtjänst. Covid-19 - triage och användande av personlig skyddsutrustning..

denna bakgrund som Socialstyrelsen i detta kapitel tar upp frågor om kunskap och kompetens samt möjligheter till fortbildning bland handläggare och baspersonal inom funktionshindersområdet.

## Ökning av kompetensutvecklingsplaner för handläggare

Ett sätt för arbetsgivare att skapa förutsättningar för kompetensutveckling är aktuella kompetensutvecklingsplaner, som bygger på kompetensbehov och verksamhetens mål. I drygt 30 procent av kommunerna finns det en samlad kompetensutvecklingsplan för handläggare inom LSS (tabell 31). Ungefär lika hög andel kommuner uppger att det finns en samlad plan inom socialpsykiatri<sup>81</sup>. Andelen kommuner med en samlad plan ökade med drygt 5 procentenheter mellan 2016–2020. Fortfarande saknar dock drygt sex av tio kommuner sådana planer.

**Tabell 31. Förekomst av samlade kompetensutvecklingsplaner bland LSS-handläggare**

Andel kommuner som har en aktuell, samlad kompetensutvecklingsplan för handläggare inom funktionshindersverksamheter, uppdelat på LSS-barn, LSS-vuxen och socialpsykiatri, andelen angiven i procent, 2016–2020.

|                                                                                 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Aktuell, samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling inom LSS-barn        | 26   | 34   | 32   | 35   | 33   |
| Aktuell, samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling inom LSS-vuxen       | 26   | 33   | 31   | 34   | 33   |
| Aktuell, samlad plan för handläggarnas kompetensutveckling inom socialpsykiatri | 28   | 31   | 31   | 38   | 34   |

Källa: Öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättning - LSS (Socialstyrelsen, 2016, 2017, 2018 och 2019), öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2016, 2017, 2018, 2019 och 2020).

## Vanligt med lång erfarenhet

Ungefär hälften av all tillsvidareanställd personal i bostad med särskild service för vuxna har mer än tio års erfarenhet av att ge stöd, service eller omsorg till personer med funktionsnedsättning (tabell 32) [27]. En lägre andel, 20 procent, har mellan fyra till sex års erfarenhet inom området. Det ser lite annorlunda ut för visstidsanställda, bland dessa har 16 procent motsvarande erfarenhet. Det är 22 procent av visstidsanställd personal som har mindre än ett års erfarenhet av att ge stöd, service eller omsorg till personer med funktionsnedsättning.

<sup>81</sup> Avser insatser enligt SoL till personer i åldern 0–64 år.

**Tabell 32. Arbetslivserfarenhet bland personal i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS**

Erfarenhet av att ge stöd, service eller omsorg till personer med funktionsnedsättning bland personal i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS, uppdelat på anställningsform, andel per anställningsform, andel angiven i procent, 2020.

|                                      | Mindre än<br>1 år | 1–3 år | 4–6 år | 7–10 år | Mer än 10<br>år | Okänt |
|--------------------------------------|-------------------|--------|--------|---------|-----------------|-------|
| Tillsvidare-<br>anställda            | 1                 | 11     | 20     | 17      | 50              | 2     |
| Visstids-<br>anställda/vika-<br>rier | 22                | 41     | 16     | 8       | 11              | 3     |

Källa: Kunskap hos personal i bostad med särskild service enligt LSS (Socialstyrelsen;2021).

## Personalens utbildning

I Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 2014:2 om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning anges bland annat att den som ska arbeta med stöd, service eller omsorg till personer med funktionsnedsättning kan uppnå kunskaper och förmågor i enlighet med de allmänna råden genom godkända kurser i vissa uppräknade programgemensamma och andra ämnen i vård- och omsorgsprogrammet respektive barn- och fritidsprogrammet eller någon annan motsvarande utbildning.

En majoritet (64 procent) av den tillsvidareanställda personalen i boende för vuxna enligt LSS har gått vård- och omsorgsprogrammet på gymnasiet eller Komvux (tabell 33). Andelen är klart lägre bland de visstidsanställda, 39 procent. En mindre andel har gått en utbildning till stödpedagog på yrkeshögskola, 7 procent. Motsvarande andel bland visstidsanställda är 3 procent.

**Tabell 33. Utbildning hos personal i boende enligt LSS**

Andel av personalen som gått vård- och omsorgsprogrammet, barn och fritidsprogrammet eller en utbildning till stödpedagog, per anställningsform, 2020, flera svarsalternativ är möjliga

| Personalkategori,<br>Andel | Vård - och omsorgs-<br>programmet på gym-<br>nasiet eller Komvux | Barn- och fritids-<br>programmet på<br>gymnasiet eller<br>Komvux | Stödpedagog<br>på yrkeshög-<br>skola |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Tillsvidareanställda       | 64                                                               | 8                                                                | 7                                    |
| Visstidsanställda/vikarier | 39                                                               | 5                                                                | 3                                    |

Källa: Kunskap hos personal i bostad med särskild service enligt LSS (Socialstyrelsen; 2021).

## Föreståndarens kompetens

Föreståndaren för en bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS, ska ha en lämplig utbildning, vilket anges i 3 § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Med lämplig utbildning för föreståndare i gruppbofastad avses en högskoleutbildning som är relevant för att en person ska kunna förestå verksamheten i en gruppbofastad (5 § SOSFS 2002:9). Samtliga verksamheter i undersökningen har angett föreståndarens utbildning. De flesta verksamheter anger att föreståndaren har en socionomexamen, andra utbildningar är beteendevetenskaplig utbildning, sociala omsorgsprogrammet, arbetsterapeut, pedagogik, specialpedagogik, sjuksköterska, personalvetare och olika ledarskapsutbildningar.

Fyra av tio föreståndare har mer än tio års erfarenhet av att förestå verksamhet inom LSS (tabell 34). Andelen är ungefär lika stor inom enskilt och offentligt drivna verksamheter. Samtidigt har mindre än en av tio mindre än ett års erfarenhet.

**Tabell 34. Erfarenhet av LSS-området hos föreståndare**

Föreståndarens erfarenhet att förestå verksamhet inom LSS, uppdelat på antal år och driftsform, uppgifterna anges som andelar i procent, 2020

|                            | Enskild | Offentlig |
|----------------------------|---------|-----------|
| Mindre än 1 års erfarenhet | 8       | 6         |
| Mellan 1-3 års erfarenhet  | 14      | 21        |
| Mellan 4-6 års erfarenhet  | 24      | 18        |
| Mellan 7-10 års erfarenhet | 14      | 15        |
| Mer än 10 års erfarenhet   | 40      | 41        |
| Totalt                     | 100     | 100       |

Källa: Kunskap hos personal i bostad med särskild service enligt LSS (Socialstyrelsen; 2021).

## Majoriteten av boendepersonal har kunskap om regelverken

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning nämns bland annat följande kunskaper och förmågor:

- Grundläggande värden
  - De övergripande målen enligt SoL och LSS
  - FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning
  - FN:s konvention om barnets rättigheter
- Regelverket på socialtjänstens område inklusive LSS
- Förhållningssätt och bedömningsförmåga
- Kommunikation
  - Alternativa kommunikationssätt
  - Hjälpmedel för kommunikation
- Funktionsnedsättningar och dess konsekvenser
- Hälsa
- Personlig omsorg
- Social gemenskap och sysselsättning

I tabell 35 redovisas andelen tillsvidareanställd personal som bedöms ha kompetens inom de kunskapsområden som tas upp i Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning<sup>82</sup>. Högst andel av personalen har kompetens inom grundläggande värden som de övergripande målen enligt SoL och LSS, FN:s konventioner om rättigheter samt personlig omsorg. Det är 84 procent av verksamheterna som har angett att alla/nästan alla av tillsvidareanställd personal har kompetens inom dessa områden. På 16 procent av boendena har endast någon eller ingen visstidsanställd kompetens i kommunikation. Vidare har 8 procent av boendena någon eller ingen som har kompetens i social gemenskap och sysselsättning.

<sup>82</sup> Med kompetens menas att den anställda personalen har genomgått en särskild utbildning inom området eller fått den inom ramen för sina studier.

**Tabell 35. Personalens kompetens inom de områden som tas upp i Socialstyrelsens allmänna råd**

Andel anställda med kompetens inom de områden som nämns i Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning, uppdelat på anställningsform, andel angiven i procent, 2020

|                                                    | Tillsvidareanställda    |         |                        | Visstidsanställda       |                         |                        |             |
|----------------------------------------------------|-------------------------|---------|------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|-------------|
|                                                    | Alla/<br>nästan<br>alla | Hälften | En-<br>staka/<br>ingen | Alla/n<br>ästan<br>alla | Unge-<br>fär<br>hälften | En-<br>staka/<br>ingen | Vet<br>inte |
| Grundläggande värden                               | 84                      | 10      | 6                      | 46                      | 24                      | 10                     | 20          |
| Regelverk på socialtjänstens område, inklusive LSS | 62                      | 29      | 9                      | 27                      | 30                      | 19                     | 25          |
| Förhållningssätt och bedömningsförmåga             | 80                      | 16      | 4                      | 38                      | 31                      | 10                     | 21          |
| Kommunikation                                      | 67                      | 25      | 7                      | 31                      | 31                      | 16                     | 23          |
| Funktionsnedsättningar och dess konsekvenser       | 80                      | 17      | 4                      | 37                      | 31                      | 12                     | 20          |
| Hälsa                                              | 72                      | 22      | 6                      | 37                      | 29                      | 11                     | 23          |
| Personlig omsorg                                   | 84                      | 11      | 5                      | 51                      | 19                      | 10                     | 20          |
| Social gemenskap och sysselsättning                | 76                      | 16      | 8                      | 40                      | 27                      | 9                      | 23          |

Källa: Kunskap hos personal i bostad med särskild service enligt LSS (Socialstyrelsen; 2021).

Andelen med kompetens inom ovan nämnda kunskapsområden är färre bland visstidsanställda än bland tillsvidareanställda. Knappt hälften av boendena uppger att alla eller nästan alla av de visstidsanställda har kunskap om grundläggande värden (tabell 35). Tio procent av boendena uppger att någon enstaka eller ingen visstidsanställd har den kompetensen. Vidare uppger knappt 40 procent av verksamheterna att all eller nästan all visstidsanställd personal har kompetens i förhållningssätt och bedömningsförmåga. Tio procent uppger att någon enstaka eller ingen av de visstidsanställda har den kompetensen. Slutligen uppger drygt 31 procent av verksamheterna att all eller nästan all visstidsanställd personal har kompetens i kommunikation. Omkring 15 procent uppgav att få eller ingen har den kompetensen. Uppgifterna är bekymmersamma. Att en så pass hög andel inte har någon visstidspersonal med kompetens i exempelvis förhållningssätt eller kommunikation kan påverka stödet till individerna i negativ riktning. Det gäller särskilt under perioder när många visstidsanställda arbetar samtidigt. Ett exempel på sådana perioder är semesterperioder. Ett annat exempel är större delen av 2020, då flera verksamheter angett svårigheter att upprätta minimibemanning på grund av covid-19.

Det är något fler av den visstidsanställda personalen på enskilda boenden jämfört med kommunala boenden som anges ha kompetens om de områden som nämns i Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funkt-



ionsnedsättning. Störst skillnad är det inom Social gemenskap och sysselsättning, där 37 av de offentliga och 61 av de enskilda uppger att alla eller nästan alla visstidsanställda har kompetens.

## Vanligt med kompetensutveckling i förhållningssätt

Tabell 36 visar andelen tillsvidareanställda som har deltagit i kompetensutveckling inom de områden som nämns i SOSFS 2014:2. Uppgifterna avser tidsperioden augusti 2019 till september 2020. Det är flest som fått kompetensutveckling inom området förhållningssätt och bedömningsförmåga, där 49 procent av verksamheterna svarar att alla/nästan alla av den tillsvidareanställda personalen har fått sådan kompetensutveckling. Inom området kommunikation svarar 45 procent att alla/nästan alla av den tillsvidareanställda personalen har fått kompetensutveckling under den undersökta tidsperioden.

**Tabell 36. Kompetensutveckling bland tillsvidareanställda**

Andel tillsvidareanställda som har deltagit i kompetensutveckling inom de områden som nämns i Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning, andel angiven i procent, 2020

|                                                   | Alla/nästan<br>alla | Ungefär<br>hälften | En-<br>staka/ingen |
|---------------------------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| Grundläggande värden                              | 43                  | 12                 | 45                 |
| Regelverk på socialtjänstens område inklusive LSS | 33                  | 13                 | 54                 |
| Förhållningssätt och bedömningsförmåga            | 49                  | 16                 | 35                 |
| Kommunikation                                     | 45                  | 14                 | 41                 |
| Funktionsnedsättningar och dess konsekvenser      | 40                  | 15                 | 45                 |
| Hälsa                                             | 38                  | 17                 | 45                 |
| Personlig omsorg                                  | 38                  | 13                 | 50                 |
| Social gemenskap och sysselsättning               | 33                  | 14                 | 53                 |

Avser perioden den 31 augusti 2019 till den 1 september 2020, andelen tillsvidareanställda som deltagit i kompetensutveckling inom de områden som nämns i Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning. Med kompetensutveckling menas att personalen utvecklas i sin yrkesroll genom exempelvis utbildning, kurser eller handledning, utifrån verksamhetens uppdrag.

Källa: Kunskap hos personal i bostad med särskild service enligt LSS (Socialstyrelsen; 2021).

En väsentligt lägre andel visstidsanställda har deltagit i kompetensutveckling under den undersökta tidsperioden den 31 augusti 2019 till den 1 september 2020 inom de områden som nämns i SOSFS 2014:2 (tabell 37).

**Tabell 37. Kompetensutveckling för visstidsanställda**

Andel visstidsanställda som har deltagit i kompetensutveckling inom de områden som nämns i Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service och omsorg till personer med funktionsnedsättning

|                                                   | Alla/nästan alla | Ungefär hälften% | En-staka/ingen | Vet ej |
|---------------------------------------------------|------------------|------------------|----------------|--------|
| Grundläggande värden                              | 14               | 14               | 34             | 38     |
| Regelverk på socialtjänstens område inklusive LSS | 11               | 13               | 32             | 44     |
| Förhållningssätt och bedömningsförmåga            | 16               | 13               | 34             | 37     |
| Kommunikation                                     | 14               | 13               | 33             | 40     |
| Funktionsnedsättningar och dess konsekvenser      | 12               | 14               | 34             | 40     |
| Hälsa                                             | 12               | 14               | 34             | 41     |
| Personlig omsorg                                  | 16               | 11               | 33             | 40     |
| Social gemenskap och sysselsättning               | 11               | 12               | 36             | 42     |

Källa: Kunskap hos personal i bostad med särskild service enligt LSS (Socialstyrelsen; 2021).

Även bland visstidsanställda finns det viss skillnad mellan driftsformer, även om skillnaden är mindre än bland tillsvidareanställda, några procentenheter.

Av Socialstyrelsens kartläggning framkommer att personal även fått kompetensutveckling inom andra områden än ovan angivna. Det är 136 verksamheter som anger andra områden där kompetensutveckling getts. De tre vanligaste områdena, som anges av cirka 20 procent av verksamheterna, är kompetensutveckling inom lågaffektivt bemötande, inom dokumentation samt inom hygien, smittspridning, skyddsutrustning och andra hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor. När det gäller hygien och smittspridning är det flera som nämner att hygienutbildningen är kopplad till covid 19-pandemin.

## Flera utmaningar och behov

Socialstyrelsen har även tagit upp behov och utmaningar när det gäller kunskap och kompetens hos personal på boenden enligt LSS [1]. De vanligaste behoven som angavs var kompetensutveckling om:

- kommunikation och bemötande,
- bemötande och förhållningssätt,
- lågaffektivt bemötande, tydliggörande pedagogik och motiverande samtal.
- psykiatri och psykiatriska diagnoser,
- kunskap om funktionsnedsättningar, till exempel kunskap om autism,
- dokumentation, till exempel genomförandeplaner och arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC).

Flera aktörer menar att omvårdnadsutbildningen på Komvux och på gymnasiet inte ger tillräckliga kunskaper för att arbeta med personer med funktionsnedsättning. Istället nämndes att utbildningar som stödpedagog behövs och att det finns behov av en grundutbildning för att arbeta inom LSS-verksamhet.

I kartläggningen lyfte hälften av verksamheterna svårigheterna att rekrytera personal vars kompetens matchar de behov som finns i verksamheten (53

procent). Motsvarande andel för visstidsanställda var 20 procent. Flera verksamheter betonar att det ofta krävs undersköterskeutbildning för tjänsterna men att pedagogisk utbildning och personlig lämplighet också är viktigt. Det nämns att det ofta behövs kompletterande utbildning/erfarenhet för de specifika behov som finns i verksamheten. Flera verksamheter angav att det finns ett behov av att anställa fler stödpedagoger i verksamheterna. De anger att de vill gå ifrån "det vårdande" till att arbeta mer stöttande och se den enskilde individen och dess förmågor. Ett sätt att göra detta är, enligt verksamheterna, att istället för att efterfråga krav på undersköterskeutbildning efterfråga personer med utbildningen till stödpedagog inom LSS.

Socialstyrelsen instämmer till stora delar i verksamheternas bedömningar av behov och utmaningar. Myndigheten har därför, inom ramen för kartläggningssuppdraget, föreslagit en satsning på att få fler inom LSS att utbilda sig till stödpedagoger. Myndigheten avser även att ta fram ett kunskapsstöd om alternativ, kompletterande kommunikation, som komplement till de fortbildningsinsatser som genomförs i verksamheterna.

# Handläggning och myndighetsutövning

I det här kapitlet fokuserar Socialstyrelsen på myndighetsutövningen inom socialtjänsten, bland annat utredningstider, verkställighet av beslut och uppföljning av beslutade insatser. Även strukturerad information och arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) lyfts.

## Sammanfattande iakttagelser

- Allt fler kommuner och utförare använder strukturerad dokumentation inom sina funktionshindersverksamheter. Ökningen handlar framför allt om att funktionshindersområdet börjar komma ikapp andra verksamhetsområden. Användningen av IBIC fortsätter att öka och var tredje kommun använder nu arbetssättet IBIC inom LSS och socialpsykiatri.
- Verkställighetstiderna för flera av insatserna enligt LSS och SoL är fortsatt långa. Boende för vuxna enligt LSS har fortfarande längst verkställighetstid och bland de beslut som inrapporterades till IVO under 2020 var mediantiden 11 månader. Även boende för barn har lång verkställighetstid, 10 månader. För vissa insatser har mediantiden för verkställighet minskat, det gäller till exempel korttidsvistelse och personlig assistans enligt LSS samt boendestöd och kontaktfamilj enligt SoL.
- Utredningstiderna ökar. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa orsaken, men det finns flera tänkbara anledningar, som att handläggarna har allt fler ärenden och utmaningar inom kompetensförsörjning. Knappt var tionde kommun gör systematiska uppföljningar inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Uppföljning är viktigt för att se huruvida målen för insatser nås. Uppföljning är även viktigt för att kommunerna ska kunna förbättra verksamheten.

## Strukturerad dokumentation ökar

Strukturerad dokumentation utgår från 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.

Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som har betydelse för ärendet, både i löpande journaltext och i strukturerad form<sup>83</sup>. Omkring hälften av kommunerna använder strukturerad information i verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning. 48 procent använder strukturerad information för kvalitetsarbete och 54 procent använder det för verksamhetsutveckling [31].

ICF är en viktig del i handläggning och strukturerad dokumentation, särskilt i ärenden som rör personer med funktionsnedsättning<sup>84</sup>. Mellan 16 och 60 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Mest används ICF inom äldreomsorgen (60 procent) och minst inom ekonomiskt bistånd (16 procent). Näst vanligast är funktionshindersområdet, 56 procent<sup>85</sup>. Sedan 2010 har andelen kommuner nästan femdubblats, år 2014 var andelen endast 10 procent. [31]

## Var tredje kommun använder IBIC vid alla utredningar

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.

Att tillsammans med individen formulera nuläge och mål gör det möjligt att anpassa stödet utifrån individens förutsättningar. Det ger även underlag för att kunna följa upp individens behov och resultat över tid, vilket är nödvändigt för att individen, verksamheten som utför stödet och ansvarig nämnd ska få kännedom om huruvida beslutade insatser ger önskat resultat och måloppfyllelse för individen. Den strukturerade dokumentationen i IBIC tydliggör uppföljning på individnivå och skapar förutsättningar för verksamhetsuppföljning. En strukturerad och ändamålsenlig dokumentation som utgår från en enhetlig och entydig terminologi kan bidra till exempelvis minskad dubbeldokumentation och bättre informationsöverföring

Allt fler kommuner använder arbetssättet IBIC vid utredningar och uppföljningar av den enskildes behov. Mellan 2019 och 2020 ökade andelen kommuner som använder IBIC vid samtliga utredningar av behov inför beslut om

<sup>83</sup> Jfr 11 kap.5 § SoL och 21 a § LSS.

<sup>84</sup> ICF är en förkortning av *International Classification of Functioning, Disability and Health*, svensk översättning *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*.

<sup>85</sup> Avser andelen kommuner där personalen i myndighetsutövningen använder ICF i den digitala individdokumentationen.

LSS-insatser, från 19 till 36 procent. Användningen av IBIC inom socialpsykiatri har ökat på motsvarande sätt. År 2020 använde 37 procent av kommunerna arbetssättet i samtliga utredningar inom socialpsykiatri. År 2019 var motsvarande andel 22 procent. Ytterligare kommuner uppger att de använder arbetssättet vid många, men inte alla utredningar. Närmare nio av tio kommuner uppger att de har infört, håller på att införa eller avser att införa IBIC.

### *Utveckling av modellerna*

Modellerna BBIC (barns behov i centrum) och IBIC har utvecklats så att de kompletterar och ger varandra stöd för att beskriva resurser, behov och mål för barn med funktionsnedsättning. Resultatet av detta utvecklingsarbete publicerades i januari 2020. För IBIC innebär det att arbetssättet nu omfattar alla åldrar och att urvalet ur ICF har kompletterats. För BBIC innebär det inte några förändringar alls. Barn och deras vårdnadshavare kan behöva stöd på olika sätt, utifrån flera perspektiv och olika lagar. För barn med funktionsnedsättning är det inte alltid själva funktionsnedsättningen som är i fokus. Därför är det inriktningen för utredningen som avgör vilket av arbetssätten BBIC eller IBIC som kan användas i frågor om barn med funktionsnedsättning. Gäller utredningen till exempel ett barn som behöver skydd, används BBIC.

Socialstyrelsen ger på olika sätt stöd till kommunerna i deras införande av arbetssättet IBIC, bland annat genom vägledning, informationsspecifikation, webbintroduktion och processledarutbildningar. Under 2020 har flertalet av årets planerade utbildningar ställts in på grund av covid-19, men kommer från våren 2021 att hållas på distans. I maj 2020 släpptes en ny webbintroduktion för IBIC som riktar sig till både handläggare och utförare. De tänkta fördelarna med arbetssättet IBIC, Individens behov i centrum, verkar hittills bara ha uppkommit i begränsad utsträckning på nationell nivå. Vi har på regeringens uppdrag utvärderat IBIC utifrån ett brukarperspektiv och ett organisationsperspektiv.

### *Vissa utmaningar kvarstår*

IBIC möjliggör flera positiva saker, men samtidigt finns vissa utmaningar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MYVA) har på regeringens uppdrag utvärderat IBIC [32]. Myndigheten konstaterar bland annat följande:

- Syftet med IBIC är gott, men arbetssättet är komplext och de tänkta fördelarna verkar hittills bara ha uppkommit i begränsad utsträckning.
- IBIC verkar öka jämförbarheten mellan utredningar och tydligheten i vilket stöd som beviljats.
- IBIC verkar även göra att komplexiteten och tidsåtgången för utredningarna ökar.
- IBIC verkar i viss utsträckning ha ökat individens möjlighet att vara delaktig i och påverka stödet från socialtjänsten.

MYVA menar att fördelarna med IBIC måste vägas mot ökad tidsåtgång för utredningarna och en stor arbetsinsats vid införandet.

## Utredningstiderna ökar

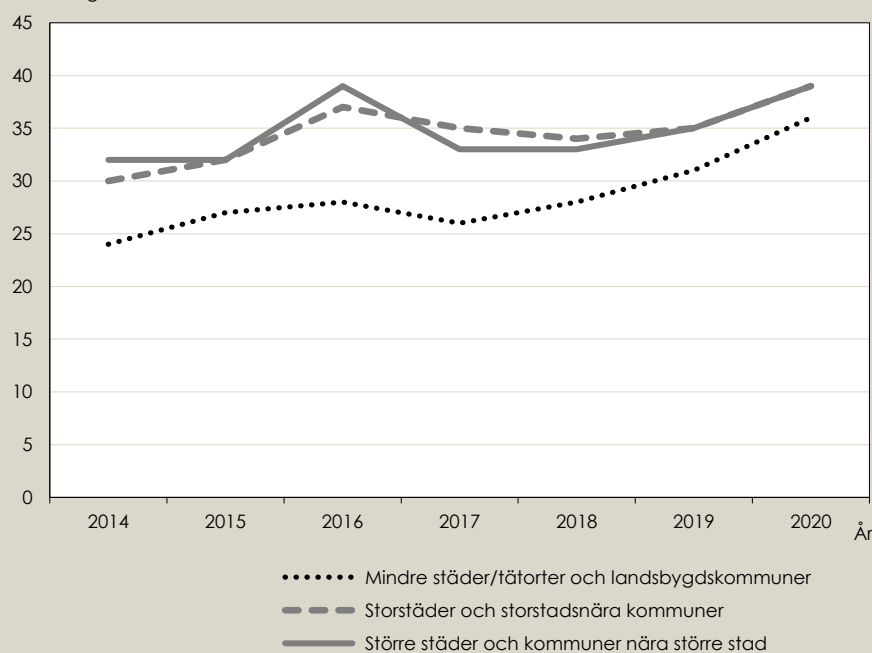
Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, har ökat något under de senaste åren. År 2020 var medianvärdet för alla kommuner i landet 37 dagar (ansökan till beslut avser alla LSS-insatser)<sup>86</sup>. År 2018 var medianvärdet 31 dagar. Utredningstiden varierar mellan olika kommungrupper (figur 12), och ju större kommungrupper desto längre utredningstider<sup>87</sup>.

Mellan 2014 och 2020 har mediantiden för utredningar inom LSS ökat i samtliga kommungrupper: *större städer och storstäder* samt *mindre städer och landsbygdskommuner*. Mediantiden är fortfarande högst i *större städer och storstäder* samt i *större städer och kommuner nära större stad*, och uppgick 2020 till 39 dagar (figur 12).

**Figur 12. Utveckling över tid av utredningstider inom LSS**

Antalet dagar mellan ansökan och beslut om LSS-insatser, samtliga LSS-insatser, samtliga ansökningar inklusive de som leder till avslag, avser alla beslut under respektive års första 6 månader, år 2014-2020.

Antal dagar



Källa: [www.kolada.se](http://www.kolada.se).

<sup>86</sup> [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

<sup>87</sup> Utredningstiderna avser även ansökningar som resulterar i ett avslag.

## Tiden mellan beslut och verkställighet fortsätter att öka

Om ett beslut inte verkställts inom tre månader från dagen för beslutet ska kommunerna rapportera detta till IVO. Kommunerna rapporterar kvartalsvis. (16 kap. 6 f § SoL och 28 f § LSS). En kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller en beviljad insats kan åläggas att betala en särskild avgift. Frågor om särskild avgift prövas av förvaltningsrätt efter ansökan av IVO. (16 kap. 6 a och 6 c §§ SoL och 28 a och 28 c §§ LSS).

Tillgången till boenden har varit en utmaning under flera år och väntetiderna fortsätter att vara långa. År 2020 var mediantiden för verkställighet av samtliga beslut om bostad med särskild service 135 dagar, vilket innebär en ökning med 15 dagar sedan 2019.

Många kommuner behöver komma tillrätta med problemen med de långa väntetiderna. För insatsen boende för vuxna enligt LSS 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. Likaså kan kommunerna behöva arbeta mer med individuell planering kring enskilda brukare. Socialstyrelsen konstaterar dock att socialtjänsten inte kan styra utvecklingen på egen hand. Ett nära samarbete med kommunens byggnadsnämnd eller motsvarande är också nödvändigt för att minimera väntetiderna.

### ...men inrapporteringarna till IVO tycks vara oförändrade över tid

Antalet ej verkställda beslut som inrapporteras till IVO tycks dock ligga på en relativt oförändrad nivå. År 2020 rapporterade kommunerna förvisso in 8 725 ej verkställda beslut inom LSS till IVO, motsvarande antal 2018 var 4 300 stycken<sup>88</sup>. Ett väsentligt antal av ej verkställda beslut 2020 berodde dock på covid-19, 4 568 stycken. Förändringen över tid ser nästan likadan ut när det gäller insatser enligt SoL för personer med funktionsnedsättning i åldern 0–64 år. År 2018 inrapporterades sammanlagt 1 115 ej verkställda beslut till IVO, motsvarande antal 2020 var 1 600 varav drygt 1 100 berodde på covid-19. Ytterligare resonemang om pandemins konsekvenser för verkställigheten av beslut förs i kapitlet *Konsekvenser av covid-19 – ur ett verksamhetsperspektiv*.

Boende för vuxna enligt LSS har fortfarande längst verkställighetstid och bland de beslut som inrapporterades till IVO under 2020 var mediantiden 11 månader (tabell 38). Även boende för barn enligt LSS har lång verkställighetstid, 8 månader. För vissa insatser har mediantiden för verkställighet minskat, det gäller till exempel korttidsvistelse och personlig assistans enligt LSS samt boendestöd och kontaktfamilj enligt SoL. Även för bostad med

<sup>88</sup> <https://www.ivo.se/publicerat-material/statistik/ej-verkstallda-beslut/>



särskild service enligt LSS har verkställighetstiden minskat något, och den tidigare ökningen har därmed avstannat.

För vissa insatser har verkställigheten ökat. Det tydligaste exemplet på det är hemtjänst, där verkställighetstiden fördubblades mellan 2019 och 2020.

**Tabell 38. Ej verkställda beslut om insatser enligt LSS**

Antalet ej verkställda beslut om insatser enligt LSS som inrapporterats till IVO\*, medianväntetider i månader per insats, 2016-2020.

|                            | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|
| <i>Insatser enligt LSS</i> |      |      |      |      |      |
| Rådgivning och stöd        | 4    | 6    | 9    | -    | 8    |
| Daglig verksamhet          | 7    | 8    | 7    | 7    | 6    |
| Personlig assistans        | 8    | 8    | 7    | 7,5  | 6    |
| Ledsagarservice            | 6    | 7    | 7    | 7    | 7    |
| Kontaktperson              | 7    | 7    | 8    | 8    | 10   |
| Avlösarservice i hemmet    | 7    | 6    | 7    | 7    | 7    |
| Korttidsvistelse           | 7    | 8    | 8    | 8    | 7    |
| Korttidstillsyn            | 7    | 6    | 7,5  | 6    | 7    |
| Boende barn och unga       | 8    | 9    | 9    | 10   | 8    |
| Boende vuxna               | 11   | 11   | 12   | 12   | 11   |
| <i>Insatser enligt SoL</i> |      |      |      |      |      |
| Avlösning i hemmet         | 5    | 7    | 7    | 7    | 4    |
| Boendestöd                 | 5    | 5    | 10   | 7    | 6    |
| Dagverksamhet              | 6    | 6    | 7    | 6    | 6    |
| Ledsagning                 | 9    | 8    | 7,5  | 6    | 6    |
| Hemtjänst                  | 9    | 6    | 6    | 6    | 12   |
| Kontaktfamilj              | 10   | 7    | 12   | 9    | 5,5  |
| Korttidsboende             | 6    | 7    | 5    | 7    | 4    |

\* Avser individärenden som inrapporterats till IVO.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

## Få kommuner använder systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling

Resultatet av insatser för enskilda personer behöver följas upp för att se om målen för en insats nås. Uppföljning är även viktigt för att kommunerna ska kunna förbättra verksamheten, vilket kräver att individdata sammanställs och analyseras på gruppnivå<sup>89</sup>.

Knappt var tionde kommun genomför dock systematiska uppföljningar för att utveckla verksamheten. Inom LSS och socialpsykiatri har 8 procent av kommunerna uppgett att de både har genomfört systematisk uppföljning av insatser och använt resultaten till verksamhetsutveckling. Andelen kommuner som gjort dessa sammanställningar med ett genusperspektiv är ännu lägre (tabell 39).

<sup>89</sup> Se bland annat 3 kap. 1 och 2 § SOSFS 2011:9

Uppföljning på gruppnivå är viktig för att kommunerna ska kunna förbättra verksamheten<sup>90</sup>. Det är därför bekymmersamt att andelen kommuner som gör detta inte bara är låg utan också minskar.

**Tabell 39. 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 2018, 2019 och 2020.

|                                                                         | LSS  |      |      | Socialpsykiatri |      |      |
|-------------------------------------------------------------------------|------|------|------|-----------------|------|------|
|                                                                         | 2018 | 2019 | 2020 | 2018            | 2019 | 2020 |
| Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling | 9    | 6    | 8    | 9               | 7    | 8    |
| Använt resultat med ett genusperspektiv till verksamhetsutveckling      | 3    | 2    | 1    | 6               | 4    | 5    |

Källa: Öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättning - LSS (Socialstyrelsen, 2018-2020), öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2018-2020).

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 detta successivt förbättra verksamheten. 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 [30].

<sup>90</sup> Se bland annat 3 kap. 1 och 2 § SOSFS 2011:9.

# Digitalisering och digital delaktighet

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för utveckling av e-tjänster och välfärdsteknik inom kommunernas verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Vi tar även upp förutsättningar för digital delaktighet för brukarna.

## Sammanfattande iakttagelser

- Utvecklingen av e-tjänster inom funktionshindersverksamheter går långsamt. Exempelvis erbjuder endast 25 procent av kommunerna digital ansökan om bistånd eller insats och 2 procent erbjuder chattforum. Digitala tjänster är ett mer tillgängligt alternativ för personer med vissa funktionsnedsättningar, men inte för alla. För personer med vissa funktionsnedsättningar kan e-tjänster istället skapa ett digitalt utanförskap. Det är därför viktigt att kommunerna erbjuder alternativ till e-tjänster
- Användningen av välfärdsteknik och digitala hjälpmedel har ökat i boenden för personer med funktionsnedsättning. Passiva larm är fortfarande den vanligaste formen av välfärdsteknik, som återfinns i 89 procent av kommunerna.
- Den digitala delaktigheten i särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning varierar. Omkring hälften av kommunerna har digitala stöd som riktar sig till de boende, till exempel digitalt stöd för aktivering av olika slag, såsom spel eller virtuell cykel. Vidare erbjuder 75 procent av kommunerna internetanslutning för personer i boenden enligt LSS eller SoL.

## Långsam utveckling av e-tjänster inom funktionshindersverksamheter

E-tjänster kan stödja och underlätta för den enskilde och effektivisera verksamheten. De behöver vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar samt vara ett komplement till andra former av service och kontakt med socialtjänsten. Det är däremot viktigt att e-tjänsterna inte innebär en försämring för den stora grupp människor som inte använder internet.

Utvecklingen inom socialtjänstens e-hälsa går långsamt, enligt Socialstyrelsens senaste uppföljning [31]. Resultaten för verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning<sup>91</sup> visar följande:

---

<sup>91</sup> Avser både insatser enligt LSS och SoL.

- 25 procent av kommunerna erbjuder digital ansökan om bistånd eller insats.
- 2 procent erbjuder chattforum
- 5 procent erbjuder frågelåda
- 4 procent erbjuder säker kommunikation med socialtjänsten
- 1 procent erbjuder digital tidsbokning
- 21 procent erbjuder digitala intresseanmälningar.

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 kan medföra 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 för 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 ovannämnda uppföljning visar att socialtjänsten inte följer med i denna utveckling och att möjligheterna till digital kontakt med socialtjänsten begränsas för personer med funktionsnedsättning.

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 resultatet för exempelvis äldreomsorgen, missbruksområdet, barn och unga.

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.

Även om digitala tjänster är ett mer tillgängligt alternativ för vissa personer med vissa funktionsnedsättningar, kan förhållandet dock vara det motsatta för andra. Det handlar om att tekniken inte alltid är tillgänglig för personer med funktionsnedsättning men också om att personerna inte alltid ges stöd i att hantera tekniken. Det här är något som lyfts av Socialstyrelsen rådgivande nämnd för funktionshindersfrågor. Utmaningarna bekräftas av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som konstaterar att många personer med funktionsnedsättning lever i ett digitalt utanförskap. Myndigheten betonar även att personerna inte alltid har kompetens och förmåga att på egen hand tillgodogöra sig konsumentprodukter/hjälpmedel för att använda internet. Socialstyrelsen menar därför att det är viktigt att kommunerna erbjuder alternativ till e-tjänster, exempelvis möjlighet att boka tid via telefon.

## Välfärdsteknik ökar i särskilda boendeformer

Användningen av välfärdsteknik och digitala hjälpmedel har ökat i boenden för personer med funktionsnedsättning. Passiva larm är fortsatt en vanlig välfärdsteknik som återfinns i 89 procent av kommunerna (tabell 40). Vidare erbjuder cirka 71 procent av kommunerna SIP med stöd av video för den som bor i stöd- och serviceboenden, 2016 var andelen 21 procent. Andelen kommuner som

har digital nattillsyn i stöd- och serviceboenden har ökat, från 5 procent 2016, till 33 procent 2020.

Annan förekommande välfärdsteknik är robotkatt, robotarm, Pict-o-stat, epilepsilarm, röst- och ljudlarm och digitala signeringslistor för medicin.

**Tabell 40. 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 angiven i procent, 2016–2020.

| Typ av välfärdsteknik                                               | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  |
|---------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                                                     | N=236 | N=238 | N=232 | N=201 | N=246 |
| Passiva larm                                                        | 81    | 87    | 83    | 85    | 89    |
| Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video | 21    | 47    | 50    | 61    | -     |
| GPS-larm*                                                           | -     | -     | 35    | 44    | 53    |
| Trygghetskameror                                                    | 5     | 8     | 16    | -     | -     |
| Annat                                                               | 9     | 8     | 8     | 11    | 13    |
| Nattillsyn                                                          | 5     | 8     | 16    | 24    | 33    |
| Elektroniskt planeringsverktyg för personalen                       | -     | -     | -     | 30    | 34    |
| Avvikelselarm                                                       | -     | -     | -     | 19    | 23    |

\*Frågan ställdes inte vid de uppföljningar 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).

## Låg andel med internetanslutning

Den digitala delaktigheten i särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning varierar. Omkring hälften av kommunerna har digitala stöd som riktar sig till de boende:

- Digitalt stöd för fysisk eller kognitiv träning (träningsprogram), 44 procent.
- Digitalt stöd för aktivering av olika slag, till exempel spel eller virtuell cykel, 57 procent. [31]

Omkring 75 procent av kommunerna anger att de kan erbjuda internetanslutning för personer som bor i boenden enligt LSS eller SoL. Andra kommuner menar att det är upp till den enskilde att teckna och bekosta internetabonnemang i sin bostad. Flera kommuner uppger att internetuppkoppling bara finns i vissa boenden. Några kommuner beskriver att de planerar att införa möjligheter till internetuppkoppling i särskilda boenden. Möjligheten för den enskilde att koppla upp sig på internet har dock ökat mellan 2016 och 2018, från 44 procent till 74 procent.[31]

# Samverkan och helhetssyn

Personer med funktionsnedsättning får ofta stöd från flera aktörer, vilket ställer krav på helhetssyn, samordning och kontinuitet. Den enskildes samlade livssituation bör därför vara utgångspunkten för arbetet. I det här kapitlet beskriver Socialstyrelsen samverkan mellan olika aktörer och olika former av samordning av insatser.

## Sammanfattande iakttagelser

- Allt fler kommuner har samverkansöverenskommelser med externa aktörer, men andelen är fortfarande låg. Färre än 20 procent av kommunerna har sådana överenskommelser med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.
- Allt färre kommuner har samverkansöverenskommelser mellan sina LSS-verksamheter och regionernas barn- och unga-verksamheter. Det gäller både habilitering, rehabilitering och psykiatri. Barn och unga med funktionsnedsättning får ofta stöd från olika verksamheter. Försämrade förutsättningar för samverkan kan därför bidra till försämrat kvalitet i stödet. Det är dock inte klarlagt huruvida samverkansöverenskommelserna har ersatts av andra verktyg, såsom samordnad individuell plan (SIP).
- En ökande andel kommuner har rutiner för att informera enskilda om möjligheten till SIP. Undantaget är LSS-verksamheter för barn och unga, där andelen har minskat med någon procentenhet.
- Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud till personer med psykisk funktionsnedsättning. Ombuden kan hjälpa personer med psykisk funktionsnedsättning att samordna olika stöd. Liksom tidigare år är de främsta orsakerna till att klienter söker stöd av personligt ombud att de upplever svårigheter med ekonomin och att de har behov av stöd i kontakten med olika myndigheter. Det senare rör sig huvudsakligen om svårigheter kopplade till den omfattande digitaliseringen hos myndigheterna vilket påverkar förutsättningarna för de grupper som saknar e-legitimation eller bankid.

## Bristande samordning försämrar situationen för den enskilde

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har tidigare konstaterat att när vården och socialtjänsten inte samordnar sina insatser överflyttas också en stor del av den samordnade rollen till patienten, brukaren eller dennes närstående [33]. Om inte vården eller socialtjänsten tar hänsyn till huruvida personen ifråga (eller dennes närstående) har kapacitet och möjlighet att bidra till samordningen kan konsekvenserna bli stora. När samordningen saknas eller brister kan följande allvarliga problem uppstå både för individen och för vården och socialtjänsten:

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

## Allt fler samverkansöverenskommelser

Många personer med funktionsnedsättning behöver insatser från flera aktörer, och stödet behöver dessutom ofta samordnas. Därför finns ett stort behov av rutiner för samverkan mellan LSS-området och andra kommunala verksamheter.

Allt fler kommuner har samverkansöverenskommelser<sup>92</sup> med stöd av 6 § LSS, mellan LSS-verksamheter och Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen [23]. Men fortfarande är det omkring 80 procent av kommunerna som inte har sådana överenskommelser (tabell 41). Det ser annorlunda ut när det gäller samverkansöverenskommelser med verksamheter inom regionernas hälso- och sjukvård. Mellan 2019 och 2020 minskade andelen kommuner som har överenskommelser med 3 – 4 procentenheter. Socialstyrelsen menar att det är bekymmersamt att andelen samverkansöverenskommelser minskar. Barn och unga med funktionsnedsättning har ofta många aktörer som ger stöd och det är viktigt att samordning och samverkan mellan aktörerna fungerar. Försämrade förutsättningar för samverkan kan därför bidra till försämrat kvalitet i stöd. Utvecklingen ska dock tolkas med försiktighet då det kan handla om en tillfällig minskning. Det är inte heller klarlagt huruvida samverkansöverenskommelserna har ersatts av andra verktyg, såsom samordnad individuell plan (SIP).

**Tabell 41. Samverkansöverenskommelser mellan LSS och andra verksamheter**

Andel kommuner som har aktuella överenskommelser mellan LSS-verksamheter och externa aktörer om samverkan i enskilda ärenden 2018-2020

| Verksamhet                 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------------|------|------|------|
| Arbetsförmedlingen         | 12   | 14   | 16   |
| Försäkringskassan          | -    | 13   | 19   |
| Barn- och ungdomspsykiatri | 34   | 35   | 31   |
| Barn- och ungdomsmedicin   | 27   | 29   | 25   |

<sup>92</sup> Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå, det vill säga mellan den politiska ledningen och förvaltningschefen.

| Verksamhet                    | 2018 | 2019 | 2020 |
|-------------------------------|------|------|------|
| Barn- och ungdomshabilitering | 33   | 33   | 30   |
| Vuxenpsykiatri                | 30   | 29   | 26   |
| Vuxenhabilitering             | 26   | 26   | 23   |

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2018-2020).

## Allt färre kommuner informerar om rätten till SIP

Fyra av tio kommuner har rutiner om att den enskilde ska informeras om sina möjligheter att få en SIP,<sup>93</sup> se tabell 42. Andelen kommuner med sådana rutiner har ökat något sedan föregående år. Undantaget är LSS-verksamheter för barn och unga samt verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning, där andelen minskat något. Genom att ha rutiner säkerställer verksamheterna att brukarna får kännedom om dessa möjligheter.<sup>94</sup> Det är därför noterbart att andelen har minskat i vissa verksamheter, i synnerhet som andelen kommuner som har samverkansöverenskommelser med regionernas hälso- och sjukvård också minskar. Att andelen kommuner med dessa rutiner minskar behöver inte betyda att andelen personer med en samordnad individuell plan minskar. Socialstyrelsen kommer dock att följa utvecklingen för att utröna huruvida det handlar om en varaktig minskning, samt hur en sådan utveckling i så fall påverkar enskilda. Personer med insatser enligt LSS kan även ha en individuell plan enligt LSS. Det saknas dock kunskap på nationell nivå om hur vanligt det är med en individuell plan.

### Tabell 42. Rutiner om att informera om SIP

Andelen kommuner som har rutiner för att informera den enskilde om rättigheter till SIP\* inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning, uppdelat på verksamhetsform, andelen angiven i procent, 2018-2020.

|                                                            | 2018 | 2019 | 2020 |
|------------------------------------------------------------|------|------|------|
| LSS-verksamheter för barn och unga                         | 48   | 51   | 49   |
| LSS-verksamheter för vuxna                                 | 47   | 49   | 49   |
| Verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning | 51   | 51   | 49   |

\*Samordnad individuell plan.

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2018-2020), öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2018-2020).

<sup>93</sup> När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska kommun och region tillsammans upprätta en individuell plan. Lagregeln om individuell plan finns både i 2 kap. 7 § SoL och i 16 kap. 4 § § HSL.

<sup>94</sup> 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.



## Regionernas råd och stöd främjar samordning

Regionerna arbetar även för att underlätta samordningen ur den enskildes perspektiv genom insatsen råd och stöd enligt LSS<sup>95</sup>. I Socialstyrelsens senaste uppföljning av statsbidraget inom området framkommer det att det är vanligt att huvudmännen använder sig av olika plandokument, för att underlätta samordning [21]. Över hälften, 14 regioner, uppger att de har riktlinjer eller rutiner för samordning i enskilda ärenden av råd och stöd. De flesta regioner uppger att de upprättar en samordnad individuell plan (SIP) som ett sätt att samordna insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Nio av regionerna erbjuder dessutom personliga samordnare<sup>96</sup> till personer i LSS personkrets samt till deras närstående. Flertalet av dessa regioner uppger att en personlig samordnare utses när en SIP upprättas. Regionerna uppger även andra exempel på hur de verkar för att främja samordning:

- Fast vårdkontakt.
- LSS-handläggare och kuratorer vägleder och samordnar.
- Vårdlots.
- Kursverksamheter för patienter och anhöriga/nätverk.
- Teambaserat arbetssätt inom habiliteringen.
- Nätverksmöten.

## 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. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med länsstyrelserna fördela statsbidrag till kommuner enligt förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar. Verksamhet med personligt ombud syftar bland annat till att den enskilde ska ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället. Verksamheten syftar även till att få myndigheter, kommuner och regioner att samverka utifrån den enskildes önskemål och behov.

Under 2019 hade 260 kommuner verksamhet med personligt ombud, enligt den senaste återrapporeringen av statsbidraget [34]. Antalet kommuner som erbjuder personligt ombud har ökat med 7 stycken sedan föregående år och

<sup>95</sup> Jfr. prop. 1992/93:159 sid 60.

<sup>96</sup> 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. Samordnaren kan också förenkla kontakterna mellan olika stödpersoner.

sedan 2016 med 20 kommuner. Under 2019 var antalet ombudstjänster 350, vilket också är en ökning sedan tidigare år.

Sammanlagt arbetade verksamheterna med 10 000 individer under 2019 varav 5 752 kvinnor och 4 255 män. Majoriteten av individerna var i åldern 30–64 år. En lägre andel, 24 procent, var i åldern 18–24 år.

Kommunerna uppger att allt fler unga med neuropsykiatriska diagnoser söker sig till personligt ombud. Kommunerna ser även en ökning bland personer med samsjuklighet och hushåll med hemmavarande barn där flera i familjen har behov av stöd. Verksamheterna har redovisat att 2 286 klienter hade helt eller delvis hemmavarande barn. Det innebär en ökning med 132 klienter jämfört med föregående år och att de personliga ombudens arbete sannolikt har stor betydelse för många barns situation.

Liksom tidigare år är de främsta orsakerna till att klienter söker stöd av personligt ombud att de upplever svårigheter med ekonomin och att de har behov av stöd i kontakten med olika myndigheter. Det senare rör sig huvudsakligen om svårigheter kopplade till den omfattande digitaliseringen hos myndigheter vilket påverkar förutsättningarna för de grupper som saknar e-legitimation eller bank-id. Ett vanligt skäl som uppges är också behovet av stöd i kontakterna med sjukvården. Ombuden noterar också att det blivit vanligare att myndigheterna hänvisar personer till personligt ombud och att det skett en ökning av antalet personer som inte bedöms tillhöra målgruppen som söker stöd av personligt ombud för snabba punktinsatser.

# Säker vård och socialtjänst

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för krisberedskap inom funktionshindersområdet och för informationssäkerhet. Även anmälningar av lex Sarah samt förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder tas upp.

## Sammanfattande iakttagelser

- Omkring 30-40 procent av kommunerna har aktuella kontinuitetsplaner för boenden inom funktionshindersområdet. En kontinuitetsplan innehåller information som hjälper personalen att veta vad den ska göra vid till exempel en störning i verksamheten eller vid en kris, såsom covid-19-pandemin. Det är positivt att allt fler kommuner har kontinuitetsplaner för dessa boenden. Samtidigt noterar Socialstyrelsen att det fortfarande är omkring sex av tio kommuner som inte har sådana planer för dessa boenden.
- Uppemot 80 procent av kommunerna har beredskapsplaner för varma temperaturer i boenden för personer med funktionsnedsättning. Andelen ökar, vilket är positivt. En bidragande orsak till ökningen är troligen de extrema väderförhållandena sommaren 2018. Andelen kommuner med evakueringsplaner för olika boenden är dock oförändrad. År 2020 var andelen mellan 35 och drygt 50 procent, beroende på boendeform. Den låga andelen är bekymmersam eftersom personer med funktionsnedsättning i särskilda boendeformer ofta behöver hjälp vid evakueringar.
- Inom funktionshindersområdet använder 74 procent av kommunerna stark autentisering för all personal inom myndighetsutövningen. Andelen är väsentligt lägre i utförligheten, där endast 30 procent av kommunerna använder stark autentisering för all personal vid inloggning. Systemen behöver vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner för att enbart behörig personal ska få tillgång till uppgifterna.
- De flesta lex Sarah-anmälningarna inom funktionshindersområdet gäller boende för barn eller vuxna enligt LSS. De vanligaste orsakerna bakom dessa anmälningar är brister i bemötandet och att beviljad insats inte har utförts alternativt har utförts felaktigt.
- Det förekommer fortfarande tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Det finns dessutom en koppling mellan förekomsten av sådana åtgärder och personalens kunskap och kompetens. Två av tre boenden enligt LSS uppger dock att de har arbetssätt och använder metoder för att minska tvångs- och begränsningsåtgärder. Det är positivt, samtidigt är det noterbart att en tredjedel av verksamheterna inte har sådana arbetssätt.

## Många men inte alla kommuner har kontinuitetsplaner

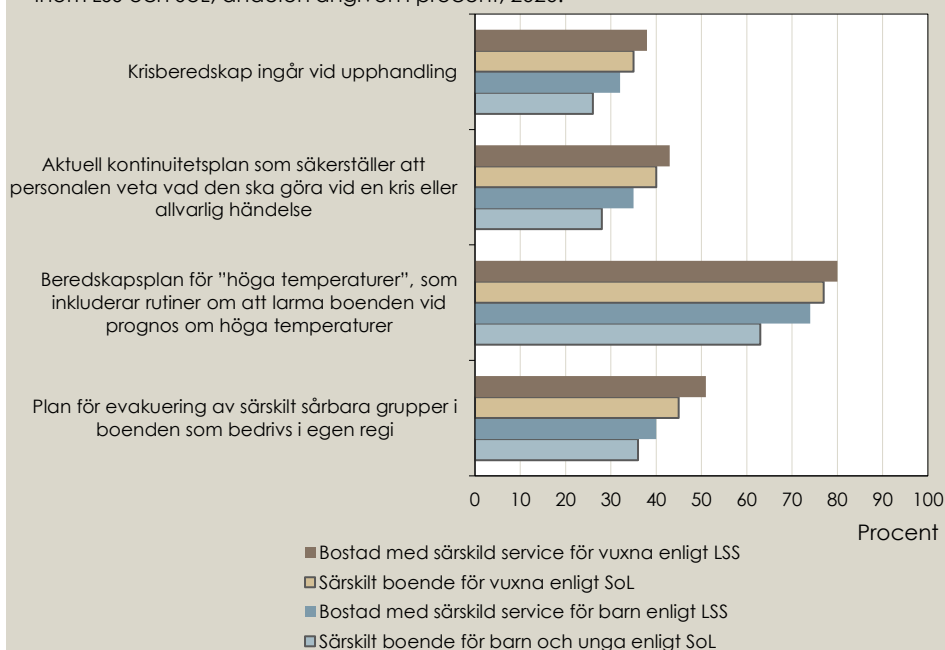
En kontinuitetsplan innehåller information som hjälper personalen att veta vad den ska göra vid en störning i en kritisk aktivitet eller resurs. En kontinuitetsplan innehåller bland annat reservrutiner och nödvändiga kontaktuppgifter. Syftet med kontinuitetsplaner – och kontinuitetshantering – är att kunna upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå och att kunna återställa resursen så fort som möjligt. Kommunerna har ett särskilt ansvar att tillhandahålla boenden för exempelvis personer med funktionsnedsättning. Ett bortfall av, eller en svår störning i, ett boende kan på kort sikt leda till allvarliga konsekvenser för människors liv och hälsa. Om störningarna inträffar i flera verksamheter samtidigt och i stor omfattning kan det leda till en allvarlig kris. Kontinuitetsplaner är en del av kontinuitetshantering, som även inkluderar konsekvensanalyser och riskbedömningar. I momenten ingår bland annat att beskriva vilka konsekvenser som kan uppstå vid störningar, prioritera vilka aktiviteter som är kritiska och kartlägga resurser.

Andelen kommuner som har aktuella kontinuitetsplaner för boenden inom funktionshindersområdet ökar, även om den fortfarande är relativt låg. År 2020 hade cirka 40 procent av kommunerna en sådan plan för sina boenden inom funktionshindersområdet (figur 13).

Under pandemin har vikten av kontinuitetsplaner blivit tydligare. Socialstyrelsen bedömer att det är positivt att allt fler boenden enligt LSS har sådana planer. Det är dock noterbart att mer än hälften av dessa boenden inte har kontinuitetsplaner.

**Figur 13. Krisberedskap inom funktionshindersområdet**

Andelen kommuner med rutiner eller planer som rör krisberedskap för boenden inom LSS och SoL, andelen angiven i procent, 2020.



Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap (Socialstyrelsen, 2020)

## Beredskapsplaner för höga temperaturer ökar

En beredskapsplan för olika typer av boenden behöver bland annat säkerställa att verksamheterna blir larmade vid prognos om höga temperaturer. För särskilt sårbara personer, till exempel personer med funktionsnedsättning, ökar risken för bland annat uttorkning och värmeslag. För de som redan finns i socialtjänstens verksamheter kan det därför vid en krissituation krävas nya eller mer omfattande insatser.

År 2020 hade mellan 60 och 80 procent av *kommunerna beredskapsplaner för höga temperaturer* i boenden för personer med funktionsnedsättning (figur 13). Andelen är högst i boende för barn eller vuxna enligt LSS, 80 procent. Sedan 2017 har andelen kommuner med beredskapsplaner för höga temperaturer i dessa boenden ökat väsentligt. Till exempel har andelen ökat med närmare 30 procentenheter i boenden för vuxna enligt LSS.

De extrema värmeförhållanden som rådde under sommaren 2018 är troligen en bidragande orsak till den stora ökningen av beredskapsplaner mellan 2018 och 2019. Det är positivt att ökningen fortsätter. Samtidigt konstaterar Socialstyrelsen att många kommuner saknar beredskapsplaner för höga temperaturer i boenden för personer med funktionsnedsättning.

Mer kunskap framkommer i en tidigare utvärdering av hur socialtjänsten hanterade värmeböljan 2018. Där uppgav personalen i verksamheterna att de är vana att hantera olika krissituationer. De uppgav att de även klarade de ex-

trema väderförhållandena sommaren 2018, om än med ansträngning. En reflektion är dock att brukare i alla åldrar med kognitiva eller psykiska funktionsnedsättningar ofta behöver extra mycket stöd för att klara en krissituation. Personalen uppgav att det kan vara svårt att få brukarna att följa de råd som ges för att minska värmens påverkan på hälsan.

## Evakueringsplanerna fortsätter att minska

All krisberedskap ökar inte inom socialtjänstens boenden för personer med funktionsnedsättning. Andelen kommuner med evakueringsplaner för dessa boendeformer har inte ökat nämnvärt sedan 2017 (figur 13).

Kommunerna behöver säkerställa att alla personer kan få den hjälp och det stöd som de behöver vid en allvarlig händelse, inklusive personer med funktionsnedsättning<sup>97</sup>. Situationer som 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. Det gäller till exempel personer med hemtjänst enligt SoL eller personlig assistans enligt LSS. Socialstyrelsen bedömer därför att minskningen är betydelsefull.

## Stärkt brandskydd till särskilt riskutsatta individer

Krisberedskap inbegriper även brandskydd. Varje år dör ungefär 80 människor i bostadsbränder i Sverige. Äldre personer är förvisso överrepresenterade vad gäller omkomna och allvarligt skadade. Men ålder är inte en riskfaktor i sig. Alla, oavsett ålder, som har svårt att uppfatta eller agera har en högre risk att skadas eller dö vid en brand.

Risken handlar om svårigheter att uppfatta en brand och agera på ett relevant sätt om det börjar brinna. Individer kan även agera på ett sätt som ökar risken för att brand uppstår. Många bränder kan även kopplas till rökning och ett antal av de som omkommer har haft alkohol i blodet. Personer inom socialtjänsten, som exempelvis boendestöd är en viktig grupp som möter många av de riskutsatta. De kan därmed uppmärksamma och bidra till åtgärder för att stärka brandskyddet hos särskilt riskutsatta.

Socialstyrelsen redovisar inte brandsäkerhet inom ramen för sina öppna jämförelser, och kan därför inte uttala sig om utvecklingen. För att stödja arbetet med att färre ska skadas allvarligt eller omkomma i bostadsbränder i Sverige har dock olika stödmaterial tagits fram av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) tillsammans med Socialstyrelsen<sup>98</sup>. Dessa stödmaterial vänder sig i första hand till personer som i sitt arbete kan bidra till att systematiskt arbeta för att stärka brandskyddet hos särskilt riskutsatta individer.

<sup>97</sup> Jfr 15 § 2 LSS och 2 kap. 1 § SoL.

<sup>98</sup> Materialet finns bland annat på [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)

# Informationssäkerhet

I socialtjänsten hanteras stora mängder information om enskilda personer, information som är viktig för att verksamheterna ska kunna utföra sina uppgifter och vid behov kommunicera med andra aktörer. Kommunerna har flera lagar att förhålla sig till när det gäller informations-säkerhet och integritet inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Exempel på sådana lagar är

- EU:s allmänna dataskyddsförordning, GDPR
- patientdatalagen (2008:355), PDL
- socialtjänstlagen, lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten
- offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

I dessa lagar finns bestämmelser som kommunerna behöver förhålla sig till i sin hantering av information. Det handlar bland annat om att uppgifterna ska vara riktiga och tillgängliga för alla som har behörighet och att konfidentialiteten bevaras.

Den personal inom socialtjänsten som hanterar uppgifter om enskilda personer behöver ha tillgång till dessa uppgifter i sitt dagliga arbete. Personuppgifterna som behandlas i dessa system skyddas av sekretessregler. Systemen behöver därför vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner för att enbart behörig personal ska få tillgång till uppgifterna. Inom funktionshindersområdet använder 74 procent av kommunerna stark autentisering för all personal inom myndighetsutövning, 12 procent använder det inte för någon [31]. Andelen är någorlunda likvärdig med äldreomsorgen och det skiljer endast någon procentenhet mellan verksamheterna. Andelen är något lägre inom IFO. Inom äldreomsorgen och funktionshindersområdet utför handläggarna en större del av sitt arbete utanför kontoret, exempelvis vid hembesök, medan handläggarna inom individ- och familjeomsorgen arbetar till större del på kontoret, inom kommunens intranät och brandväggar. Det kan vara en bidragande förklaring till skillnaderna.

Andelen är väsentligt lägre i utförarleden, där endast 30 procent av kommunerna använder stark autentisering för all personal vid inloggning. En något lägre andel, 27 procent, använde det inte för någon personal.

## Flest lex Sarah inom boenden

Det är viktigt att komma till rätta med allvarliga missförhållanden inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Arbetet sker på flera sätt, till exempel genom verksamheternas eget systematiska kvalitetsarbete där anmälningar enligt lex Sarah ingår<sup>99</sup>.

Under 2019 har IVO handlagt och beslutat om cirka 319 lex Sarah-anmälningar inom LSS och 51 inom SoL<sup>100</sup>.

<sup>99</sup> Reglerna som kallas lex Sarah finns i 23 g § och 24 a-g §§ LSS samt i 7 kap. 6 § och 14 kap. 3-7 §§ SoL.

<sup>100</sup> (0–64 år).

- Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS: 131 beslut.
- Personlig assistans enligt LSS: 93 beslut.
- Boende för barn och unga: 33 beslut.
- Korttidsvistelse: 31 beslut.
- Hemtjänst: 17 beslut.
- Daglig verksamhet: 14 beslut.
- Särskilt boende enligt SoL (0—64 år): 12 beslut.

Lex Sarah-anmälningar är vanligast inom personlig assistans och boende för vuxna enligt LSS. Det är oklart om missförhållanden är vanligare inom dessa insatser eller om dessa verksamheter är mer anmälningsbenägna än andra. Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och ett stort antal anmälningar kan därför vara en konsekvens av att verksamheter bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete<sup>101</sup>.

För att komma tillrätta med olika missförhållanden är det viktigt att jobba med systematiskt kvalitetsarbete, avvikelshantering och riskanalyser. Majoriteten av boenden för vuxna enligt LSS uppger att det finns rutiner eller riktlinjer i verksamheten för att arbeta med att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder, att arbetet är en del av det systematiska kvalitetsarbetet och att uppföljningar görs av vilka åtgärder som gjorts [27]. Även regelbunden egenkontroll och lex Sarah anges som en del av arbetet med att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder. Andra arbetssätt som nämns är:

- team-träffar med habiliteringspersonal och annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal
- dialog på arbetsplatsträffar
- tydliggörande pedagogik.

## Lex Sarah över tid

Lex Sarah-anmälningar har ökat över tid. Sedan 2015 har anmälningar ökat både inom LSS och inom SoL. De vanligaste orsakerna till lex Sarah-anmälningar inom LSS är fortfarande brister i bemötandet och att beviljad insats är felaktigt eller inte utförd (tabell 43). Även orsaker som fysiskt våld och övergrepp från personal förekommer, samt psykisk kränkning.

En ökning av dessa anmälningar behöver dock inte betyda att missförhållandena ökar. Eftersom lex Sarah är, som nämns ovan, en del av det systematiska kvalitetsarbetet kan en ökning även indikera ett ökat kvalitetsarbete.

<sup>101</sup> Se prop. 2009/10:131 Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar s. 21 f.



**Tabell 43. Lex Sarah-anmälningar inom LSS över tid**

Antal lex Sarah-anmälning inom LSS 2015-2019, fördelat på händelsekategori och insats

| Händelsekategori                                    | Barnboende |      | Vuxenboende |      | Korttidsvis-<br>telse |      | Personlig assi-<br>stans |      |
|-----------------------------------------------------|------------|------|-------------|------|-----------------------|------|--------------------------|------|
|                                                     | 2015       | 2019 | 2015        | 2019 | 2015                  | 2019 | 2015                     | 2019 |
| Fysiskt våld/övergrepp personal                     | 5          | 3    | 16          | 17   | 5                     | 7    | 6                        | 6    |
| Bemötande                                           | 7          | 5    | 32          | 21   | 3                     | 6    | 10                       | 8    |
| Beviljad insats felaktigt utförd                    | 6          | 4    | 40          | 43   | 7                     | 12   | 39                       | 34   |
| Beviljad insats inte utförd                         | 1          | 2    | 15          | 17   | 1                     | 1    | 31                       | 26   |
| Ekonomiskt övergrepp                                | .          | .    | 3           | 8    | .                     | .    | 4                        | 7    |
| Fysisk miljö                                        | 2          | 2    | 9           | 8    | .                     | 1    | 1                        | 1    |
| Fysiskt våld/övergrepp medboende                    | 3          | 4    | 11          | 9    | 2                     | 2    | 2                        | 1    |
| Insats mot enskilds vilja/inlåsnings/tvångsåtgärder | 3          | 6    | 8           | 8    | 3                     | 5    | 1                        | 4    |
| Psykiskt övergrepp/kränkning                        | 2          | 5    | 17          | 20   | 1                     | 5    | 5                        | 6    |
| Rättssäkerhet                                       | 1          | 1    | 3           | 7    | .                     | 1    | 4                        | 5    |
| Sexuellt övergrepp medboende                        | .          | 2    | 1           | 2    | .                     | .    | .                        | .    |
| Sexuellt övergrepp personal                         | .          | 2    | 2           | 2    | .                     | .    | 1                        | .    |

Källa: www.ivo.se

## Många arbetar för att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder

Även om många brukare inom LSS trivs så förekommer missförhållanden. IVO har under flera år konstaterat att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning [12]. Under 2020 har IVO gjort en särskild granskning av inkomna lex Sarah-anmälningar och anmälningsärenden som rör tvångs- och begränsningsåtgärder inom boenden enligt LSS. Granskningen genomfördes inom ramen för Socialstyrelsens regeringsuppdrag om kompetens i boenden enligt LSS. IVO konstaterar att risken för att utsättas för tvångs- och begränsningsåtgärder och andra missförhållanden i dessa boenden har ett samband med att personal och/eller föreståndare inte har tillräcklig kompetens eller förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete utan att vidta otillåtna åtgärder.

Sedan 2019 har såväl lex Sarah-ärenden som upplysningar och klagomål till IVO om tvångs- och begränsningsåtgärder ökat. Exempel på återkommande händelser som rapporteras och anmäls till IVO är begränsad åtkomst till gemensamma utrymmen, som att låsa dörren till boendets kök, med motivet att det där finns farliga redskap eller för att boende inte ska kunna äta som de vill. Under 2020 har det även förekommit exempel på att boenden nekat besökare och förbud för de boende att åka hem till anhöriga. [12]

Socialstyrelsen såväl som IVO har tidigare konstaterat att personalen inom verksamheter enligt LSS behöver mer kunskaper om hur de förebygger och

hanterar utmanande beteenden. Den slutsatsen kvarstår. Myndigheterna har tidigare även konstaterat att personalen behöver mer kunskap om skillnaden mellan tvångs- och begränsningsåtgärder å ena sidan, och skyddsåtgärder å andra sidan. Av Socialstyrelsens kartläggning av kompetens i boenden enligt LSS framkommer dock att cirka två tredjedelar av boendena arbetar enligt någon metod eller någon arbetssätt för att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder. Det vanligaste arbetssättet är lågaffektivt bemötande [27].

Eftersom det saknas motsvarande uppgifter för tidigare år kan Socialstyrelsen inte uttala sig om förändring över tid. Det framkommer inte heller i vilken utsträckning det förekommer tvångs- och begränsningsåtgärder i den övriga tredjedelen verksamheter som inte arbetar enligt någon specifik metod eller något specifikt arbetssätt. Myndigheten bedömer likväl att det är positivt att så många verksamheter använder metoder för att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder. Samtidigt är det noterbart att en tredjedel av verksamheterna inte har sådana arbetssätt.

# Bilaga 1. Kostnader i löpande priser

**Tabell 1. Kommunernas kostnader i löpande priser**

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, löpande priser, andel angiven i procent, miljarder kronor, 2015–2019.

|                                            | Kostnader, miljarder kronor |             |             |             |             | Förändring<br>2015–2019 | Andel<br>2019 |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|---------------|
|                                            | 2015                        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        | mdkr (%)                | %             |
| <b>Summa insatser enligt LSS och SFB*</b>  | <b>47,4</b>                 | <b>50,1</b> | <b>52,8</b> | <b>55,5</b> | <b>57,8</b> | <b>10,5 (22,1 %)</b>    | <b>80</b>     |
| Boende enligt LSS                          | 25,4                        | 26,9        | 28,4        | 30,0        | 31,7        | 6,3 (25,0 %)            | 44            |
| varav boende för vuxna                     | 23,7                        | 25,2        | 26,6        | 28,1        | 29,7        | 6,0 (25,3 %)            | 41            |
| varav boende för barn                      | 1,7                         | 1,7         | 1,8         | 1,9         | 2,0         | 0,3 (20,5 %)            | 3             |
| Personlig assistans                        | 9,8                         | 10,5        | 11,3        | 11,8        | 12,1        | 2,4 (24,2 %)            | 17            |
| Daglig verksamhet                          | 7,5                         | 7,7         | 8,1         | 8,7         | 8,8         | 1,4 (18,3 %)            | 12            |
| Övriga insatser enligt LSS                 | 4,7                         | 4,9         | 4,9         | 5,0         | 5,1         | 0,4 (8,0 %)             | 7             |
| <b>Summa insatser enligt SoL/HSL</b>       | <b>12,9</b>                 | <b>13,6</b> | <b>14,0</b> | <b>14,6</b> | <b>14,8</b> | <b>1,9 (14,5 %)</b>     | <b>20</b>     |
| Särskilt boende enligt SoL                 | 4,6                         | 4,9         | 5,1         | 5,3         | 5,5         | 0,8 (17,8 %)            | 8             |
| Stöd i ordinärt boende enligt SoL**        | 7,6                         | 8,0         | 8,1         | 8,4         | 8,7         | 1,1 (13,8 %)            | 12            |
| varav                                      |                             |             |             |             |             |                         |               |
| Hemtjänst/boendestöd enligt SoL            | 5,7                         | 6,1         | 6,1         | 6,3         | 6,5         | 0,8 (13,7 %)            | 9             |
| Korttidsboende enligt SoL                  | 0,7                         | 0,7         | 0,7         | 0,7         | 0,7         | 0,0 (0,0 %)             | 1             |
| Övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL | 1,2                         | 0,9         | 0,8         | 0,9         | 1,0         | -0,2 (-17,8 %)          | 1             |
| Dagverksamhet enligt SoL                   | -                           | 0,4         | 0,4         | 0,5         | 0,5         | -                       | 1             |
| Stöd i öppen verksamhet enligt SoL         | 0,7                         | 0,7         | 0,7         | 0,8         | 0,7         | 0,0 (0,7 %)             | 1             |
| <b>Summa kostnader</b>                     | <b>60,3</b>                 | <b>63,6</b> | <b>66,8</b> | <b>70,0</b> | <b>72,7</b> | <b>12,3 (20,4 %)</b>    | <b>100</b>    |

\*Socialförsäkringsbalken

\*\*Exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2015–2019, Statistiska centralbyrån.

**Tabell 2. Kostnadsutveckling för personlig assistans i löpande priser**

Kommunernas kostnader för personlig assistans, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angiven i procent, 2015–2019, löpande priser.

|                                                                                      | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        | Förändring<br>2015–2019 | Andel<br>2019 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|---------------|
| <b>Mdkr</b>                                                                          |             |             |             |             |             |                         |               |
| <b>Kommunernas totala verksamhets-åtagande</b>                                       | <b>17,3</b> | <b>17,5</b> | <b>17,7</b> | <b>17,9</b> | <b>17,8</b> | <b>0,5</b>              | <b>100,0</b>  |
| Personlig assistans enligt LSS                                                       | 9,8         | 10,5        | 11,3        | 11,8        | 12,1        | 2,3                     | 68,0          |
| varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB | 4,9         | 4,8         | 4,6         | 4,6         | 4,4         | -0,5                    |               |
| Personlig assistans som kommunen utför som anordnare                                 | 7,5         | 7,0         | 6,4         | 6,1         | 5,7         | -1,8                    | 32,0          |

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2015–2019, Statistiska centralbyrån

**Tabell 3. Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS\***

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angivet i procent, löpande priser, 2015–2019.

|                                               | Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS |             |             |             |             | Förändring av kostnader 2015–2019 |             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------------------|-------------|
|                                               | 2015                                          | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        | Miljoner kronor                   | %           |
| Storstäder och storstads-nära kommuner        | 15,7                                          | 16,7        | 17,5        | 18,3        | 19,1        | 3,4                               | 21,4        |
| Större städer och kommuner nära större stad   | 19,0                                          | 20,0        | 21,1        | 22,3        | 23,1        | 4,1                               | 21,9        |
| Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner | 12,7                                          | 13,4        | 14,2        | 14,9        | 15,6        | 2,9                               | 23,2        |
| <b>Totalt</b>                                 | <b>47,4</b>                                   | <b>50,1</b> | <b>52,8</b> | <b>55,5</b> | <b>57,8</b> | <b>10,5</b>                       | <b>22,1</b> |

**Tabell 42. Kostnad LSS boende, kronor per brukare**

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS, löpande priser, 2015–2019.

|                                                     | 2015    | 2016    | 2017    | 2018      | 2019      |
|-----------------------------------------------------|---------|---------|---------|-----------|-----------|
| Kostnad funktionsnedsättning LSS boende, kr/brukare | 922 288 | 959 280 | 986 277 | 1 027 271 | 1 071 829 |

Källa: Kolada och Prisindex från SCB (2019)<sup>102</sup>.

<sup>102</sup> Uppgifterna från Kolada bygger på uppgifter från kommunernas räkenskapsammandrag och data från Socialstyrelsen. Data från Socialstyrelsen avser antal personer med boende enligt 9 § 8 LSS (barn och ungdom) eller 9 § 9 LSS (vuxna) den 1/10.

# Referenser

1. Henderson A, SLDO, Mental Health and Wellbeing Group. COVID-19 infection and outcomes in a population-based cohort of 17,173 adults with intellectual disabilities compared with the general population. medRxiv : the preprint server for health sciences 2020. 2021.
2. FN:s generalsekreterare. Policy Brief: A Disability-Inclusive Response to COVID-19. FN; 2020.
3. Disability considerations during the COVID-19 outbreak. WHO;2020.
4. Kieran Clif, A. COVID-19 Mortality Risk in Down Syndrome: Results From a Cohort Study of 8 Million Adults. Ann Intern Med. 2020; 2020:M20-4986.
5. Hüls, A, Costa, ACS, Dierssen, M, Baksh, RA, Bargagna, S, Baumer, NT, et al. An international survey on the impact of COVID-19 in individuals with Down syndrome. medRxiv : the preprint server for health sciences 2020.
6. Coronapandemin och funktionshinder i Norden. Arbetsmaterial. Nordens välfärdscenter; 2020.
7. Altman, BM. Disability definitions, models, classification schemes and applications. I: Albrecht GL, Bury M, Seelman KD, red. Handbook of disability studies, Sage Publications; 2001.
8. Bergman J, BM, Nordström A, Nordström, P. Risk factors for COVID-19 diagnosis, hospitalization, and subsequent all-cause mortality in Sweden: a nationwide study. European Journal of Epidemiology; 2021.
9. Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – LSS-boende för vuxna. Inspektionen för vård och omsorg; 2020.
10. Att prata om coronaviruset och covid-19 med personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism. Socialstyrelsen; 2020
11. Arbetssätt vid covid-19 inom bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Socialstyrelsen; 2020 (uppdaterad februari 2021).
12. Vad har IVO sett 2020? Inspektionen för vård och omsorg; 2021.
13. Krisberedskap i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård 2018. Krishantering och krisberedskap i samband med värmeböljan 2018 för särskilt sårbara grupper: Socialstyrelsen; 2019.
14. Enkätundersökning om covid-19:s konsekvenser inom habiliteringens verksamheter. Myndigheten för delaktighet; 2021.
15. Samhällsinformation under coronapandemin - för alla? Begripsam; 2021.
16. Enkät till personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF) om covid-19. Riksförbundet FUB; 2020.
17. Situationen på arbetsmarknaden för funktionshindrade 2019. Statistiska centralbyrån; 2020.
18. Barn-ULF. Statistiska centralbyrån; 2019.
19. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2019: Socialstyrelsen; 2019.
20. Hindra att smittan covid-19 sprids inom daglig verksamhet, LSS: Socialstyrelsen; 2021.
21. Medel för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS. Socialstyrelsen; 2020.

22. Ekonomirapporten, oktober 2019. Om kommunernas ekonomi. Sveriges kommuner och regioner; 2019.
23. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning - LSS. Socialstyrelsen; 2020.
24. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning - socialpsykiatri. Socialstyrelsen; 2020.
25. Juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Uppföljning av 2019 års medel. Socialstyrelsen; 2020.
26. Redovisning av 2019 års stimulansmedel till kommunerna för habiliteringsersättning. Socialstyrelsen; 2020.
27. Kompetens i LSS-boenden. Socialstyrelsen; 2021.
28. Öppna jämförelser av kommunal hälso- och sjukvård 2020. Socialstyrelsen; 2020.
29. Arbetskläder inom omsorgen. En kartläggning av hur arbetskläder tillhandahålls, hanteras och finansieras. Socialstyrelsen; 2020.
30. Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019. Inspektionen för vård och omsorg; 2019.
31. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Socialstyrelsen; 2020.
32. Effekter av IBIC. Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2021.
33. Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. PM 2016:1. Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2016.
34. Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud. Socialstyrelsen; 2020.