

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2022

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

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

ISBN	978-91-7555-586-7
Artikelnummer	2022-3-7815
Omslagfoto	Scandinav
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , mars 2022

Förord

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

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	9
Övergripande utveckling.....	9
Underödlichkeit både inom SoL och LSS	9
Var tredje inom LSS får kommunal hälso- och sjukvård	10
Många nöjda, men tvångsåtgärder förekommer fortfarande.....	10
Minskning av vård vid psykisk ohälsa	11
Långvarigt ekonomiskt bistånd ökar	12
Viss ökning av välfärdsteknik	12
Få boenden har evakueringsplaner.....	12
Inledning.....	14
Rapportens syfte och upplägg	14
Datakällor och underlag	14
Rapporten bidrar till arbetet med Agenda 2030.....	15
Definitioner och rapportens målgrupp	15
Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen.....	16
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	16
Socialtjänstlagen	18
Habilitering och hjälpmedel.....	18
Patientlagen.....	19
Covid-19 – en fördjupning	20
Sammanfattande iakttagelser	20
Färre smittas med covid-19 inom LSS.....	20
Även färre smittade inom SoL 0–64 år	22
Andelen avlidna halverades 2021	24
Dödligheten minskar	26
Smittade och avlidna med Downs syndrom eller intellektuell funktionsnedsättning.....	28
Vård vid covid-19	30
Konsekvenserna av pandemin har förstärkts.....	31
Omfattning av insatser över tid	32
Sammanfattande iakttagelser	32
Förekomst av funktionsnedsättning	32
Drygt 800 000 i åldern 16–64 år har en funktionsnedsättning	33
Drygt 100 000 har stöd från socialtjänsten	33
Ökningen inom LSS har mattats av	33
Befolkningsutvecklingen förklarar bara en del av ökningen.....	35

Boendestöd fortsätter att öka	37
Skillnader mellan kvinnor och män kvarstår	37
Insatsen råd och stöd fortsätter att minska.....	38
Vård på lika villkor	39
Sammanfattande iakttagelser	39
FN lyfter vikten av jämlik vård för personer med funktionsnedsättning..	40
Kommunal hälso- och sjukvård vanligare inom LSS än SoL	40
Provtagning är den vanligaste åtgärden	42
Fler kvinnor får hemsjukvård.....	43
Hjälpmedelsförskrivning	44
Kostnadsutveckling	47
Sammanfattande iakttagelser	47
Kommunernas kostnader fortsätter att öka.....	47
Kostnadsökningen inom personlig assistans har mattats av.....	50
Kostnadsminskning i regionerna.....	51
Små skillnader i total kostnadsutveckling för LSS i olika kommungrupper	52
Merkostnader till följd av covid-19-pandemin	52
Ekonomiska villkor för den enskilde	54
Sammanfattande iakttagelser	54
De flesta kommuner ersätter omkostnader för ledsagare.....	54
Allt fler kommuner betalar ut habiliteringsersättning	55
Statsbidraget ger positiv effekt	56
Fortsatt utbetalning trots pandemin	57
Stora skillnader i avgifter för hjälpmedel	57
Regionala skillnader i hjälpmedelsavgifter kvarstår över tid	59
Långvarigt ekonomiskt bistånd ökar	60
Färre med ekonomiskt bistånd i bostad med särskild service.....	61
Psykisk ohälsa	63
Sammanfattande iakttagelser	63
Vanligare med psykisk ohälsa inom LSS.....	63
Antalet vårdtillfällen vid psykisk sjukdom minskar	65
Fortfarande hög psykofarmakaförskrivning	67
...men ökningen har avstannat något.....	67
Mindre ökning av suicid och suicidförsök.....	69
Pandemin har haft fortsatt påverkan på måendet.....	70
Personal viktig vid psykisk ohälsa hos brukare	71
Delaktighet och självbestämmande.....	72
Sammanfattande iakttagelser	72
Många upplever högt inflytande	72

Högst tillgodosedda hjälpbehov inom boendestöd enligt SoL	74
Många känner sig trygga, men inte alla	75
Kvinnor mer otrygga än män.....	76
De flesta, men inte alla barn, känner sig trygga	77
Förutsättningar för digital delaktighet ökar	78
Tillgången till internet ökar	79
Handläggning och myndighetsutövning	80
Sammanfattande iakttagelser	80
Strukturerad dokumentation ökar	81
Fyra av tio kommuner använder IBIC vid alla utredningar.....	82
Informationssäkerheten ökar	83
Utredningstiderna minskar	84
Tiden mellan beslut och verkställighet minskar	85
...men inrapporteringarna till IVO tycks vara oförändrade över tid..	86
Få kommuner använder systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling.....	86
Ökningen av välfärdsteknik inte längre lika tydlig	87
Samverkan och helhetssyn	89
Sammanfattande iakttagelser	89
Bristande samordning försämrar situationen för den enskilde	89
Bristande samordning påverkar anhöriga.....	90
Anhöriga träder in när insatser begränsas	91
Allt fler samverkansöverenskommelser	92
Allt fler kommuner informerar om rätten till SIP	93
Regionernas råd och stöd främjar samordning	93
Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud.....	95
Säker och trygg socialtjänst.....	96
Sammanfattande iakttagelser	96
Beredskapsplaner för höga temperaturer ökar	98
Evakueringsplaner ökar inte nämnvärt	98
Flest lex Sarah inom boenden.....	99
Förebyggandet av tvångs- och begränsningsåtgärder fortsätter.....	100
Funktionshinderspolitisk utveckling – en diskussion.....	102
Ny strategi för funktionshinderspolitiken.....	102
Rätten att leva självständigt förutsätter tillgång till stöd	103
Mer arbete behövs för att möjliggöra självbestämmande	103
Svårt att bedöma tillgången till stöd	104
Sämre ekonomiska villkor	104
Bilaga 1. Kostnader i löpande priser	107
Referenser	108

Sammanfattning

Övergripande utveckling

Antalet beslut om insatser till personer med funktionsnedsättning fortsätter att öka, men mellan 2019 och 2020 ses en avmattning i ökningstakten. Vissa insatser har till och med minskat, exempelvis korttidsvistelse och kontaktperson. Ökningstakten har varierat över tid, men samtidigt torde även pandemin ha påverkat förändringarna mellan 2019 och 2020.

Kostnadsutvecklingen har dock återigen börjat öka. Från att ha varit oförändrad mellan 2018 och 2019, syns nu en ökning mellan 2019 och 2020. Ökningen syns framförallt inom boende för vuxna enligt LSS, vilket kan handla om ökade kostnader för skyddsutrustning, personal med mera. Inom andra insatser, såsom daglig verksamhet enligt LSS och hemtjänst enligt SoL syns istället en kostnadsminskning. Detta är troligen en effekt av pandemin, och att majoriteten av kommunerna antingen stängde ner eller begränsade daglig verksamhet.

Tillgången till insatser för personer med funktionsnedsättning beror på flera faktorer. Utredningstider är en sådan faktor. Dessa har dock minskat under de senaste åren. En annan faktor är verkställighet av gynnande beslut. Väntetiderna är fortfarande långa när det gäller boende för vuxna enligt LSS, men mellan 2020 och 2021 syns en minskning. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa huruvida dessa förändringar beror på pandemin, men det är troligt att färre ärenden kan ha bidragit till utvecklingen. Vilket i sin tur kan bero på att färre har ansökt om insatser, till exempel på grund av rädsla för smitta.

Underdödlighet både inom SoL och LSS

Smittspridningen av covid-19 har minskat bland personer med funktionsnedsättning som har stöd från socialtjänsten, vilket framförallt förklaras av vaccineringen. Smittspridningen har dock inte minskat i alla åldersgrupper, bland de yngsta (0–22 år) syntes en ökning under 2021.

Under 2021 syns en underdödlighet bland personer med insatser enligt LSS eller SoL (0–64 år). Det är en skillnad mot föregående år då dödligheten bland personer med insatser enligt LSS var i princip oförändrad jämfört med tidigare år. I föregående års lägesrapport konstaterade Socialstyrelsen att trots att en relativt hög andel personer med insatser enligt LSS och SoL har avlidit i covid-19 så tyder analyser på att de har varit relativt mer skyddade mot annan ohälsa än tidigare. Analyserna i årets lägesrapport har förstärkt dessa slutsatser.

Under det senaste året har det framkommit att utmaningarna med vårdkontakter i boende för vuxna enligt LSS kvarstår. Tidigare konstaterade konsekvenser av pandemin, såsom isolering och ökad psykisk ohälsa har förstärkts i och med att smittspridningen varit fortsatt hög under större delen av 2021 och inledningsvis under 2022.

Var tredje inom LSS får kommunal hälso- och sjukvård

I årets lägesrapport presenterar Socialstyrelsen för första gången statistik över kommunal hälso- och sjukvård samt hemsjukvård till personer med insatser enligt LSS och SoL (0–64 år). Andelen personer som fick kommunal hälso- och sjukvård under 2020 var högre inom LSS än inom SoL, 37 procent respektive 25,5 procent av samtliga i de två grupperna. Under 2020 var de vanligaste åtgärderna inom kommunal hälso- och sjukvård är provtagning, läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos samt utprovning och förskrivning av rullstol. Även vaccination var vanligt, vilket sannolikt beror på pandemin.

De vanligast förskrivna hjälpmedlen till personer under 65 år är tyngdtäcken, samtalsapparater och hörapparater, det visar Socialstyrelsens nya insamling av hjälpmedelsstatistik. Drygt 37 000 personer förskrevs tyngdtäcken och drygt 11 000 förskrevs hörapparater.

Könsskillnader i förskrivning av hjälpmedel är tydligare i vissa åldersgrupper än andra. Hjälpmedelsprodukter uppdelat på kön och ålder, redovisat per 100 000 invånare, visar att pojkar är överrepresenterade i förhållande till flickor i den yngsta åldersgruppen 0–17 år. Könsskillnaderna följer samma mönster som inom insatser enligt SoL: i de lägre åldrarna är pojkar i majoritet, men från och med 18 år är kvinnorna i majoritet (1). Detta kan till viss del ha att göra med skillnader i förekomst av olika funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att det finns en bias i förskrivningen. Socialstyrelsen har tidigare tagit fram ett material kring jämställd hjälpmedelsförskrivning. Myndigheten bedömer att detta material behöver fortsätta spridas, i syfte att dels uppmärksamma förskrivare på eventuella skillnader i förskrivning, dels stärka jämställdhetsintegreringen inom området.

Många nöjda, men tvångsätgärder förekommer fortfarande

De flesta personer med funktionsnedsättning är nöjda med stödet från socialtjänsten, men inte alla. Det finns tydliga skillnader mellan olika boendeformer och personer i boende enligt SoL skattar genomgående något lägre än personer i boende för vuxna enligt LSS.

- Mellan 65 och 80 procent uppger att de får den hjälp de behöver. Andelen har ökat inom boende för vuxna enligt LSS, men inom boende enligt SoL syns istället en minskning.
- Mellan 70 och 85 procent av brukarna uppger att de får bestämma över saker som är viktiga. Andelen har ökat under de senaste åren.
- Mellan 60 och 75 procent av brukarna uppger att de aldrig är rädda för något inom ramen för sin insats. Andelen är högst inom daglig verksamhet enligt LSS och lägst inom särskilt boende enligt SoL. Dessa andelar har ökat under de senaste tre åren.

Samtidigt förekommer det fortfarande tvångs- och begränsningsåtgärder inom boenden enligt LSS. Vanligast är begränsningsåtgärder såsom nekat självbestämmande och lås eller hasp på kyl och frys. I omkring 80 procent av verksamheterna uppges detta förekomma. Det är väsentligt ovanligare med tvångsåtgärder, men det förekommer. Under 2021 fattade IVO åtta beslut gällande LSS-boende, där bristerna var så allvarliga att det handlat om föreläggande (exempelvis vite). I de fallen har det bland annat handlat om inlåsnings, fasthållning och våldsutsatthet. Trots att många verksamheter har arbetssätt för att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder, förekommer det med andra ord fortfarande. Trots att det saknas uppgifter bakåt i tid om hur vanligt det är med tvångs- och begränsningsåtgärder, så kan Socialstyrelsen ändå konstatera att problem förekommer. Det är särskilt allvarligt att tvångsåtgärder förekommer.

Minskning av vård vid psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa i form av psykiatriska diagnoser är fortfarande vanligare bland personer med insatser enligt LSS jämfört med den övriga befolkningen. Förekomsten av schizofrenidiagnoser och ångestdiagnoser är upp till sju gånger vanligare. Det finns vissa könsskillnader i förekomsten av psykiatriska diagnoser. Ett exempel är att schizofreni och liknande tillstånd är vanligare bland män samtidigt som ångest och depression är vanligare bland kvinnor. Det mönstret ser likadant ut inom LSS som i den övriga befolkningen. Under 2020 minskade dock andelen psykiatriska diagnoser samt vårdtillfällen vid psykisk ohälsa bland personer med insatser enligt LSS.

Även förskrivningen av psykofarmaka är högre bland personer med insatser enligt LSS än i den övriga befolkningen. Förskrivningen fortsätter öka över tid, men mattades av något mellan 2020 och 2021. Avmattningen kan bero på att förskrivningen var särskilt hög under 2020, som en konsekvens av pandemin (ökad psykisk ohälsa på grund av isolering och begränsade sociala kontakter). Förskrivningen av lugnande läkemedel och sömnmedel har till och med minskat något sedan 2020, samtidigt som förskrivningen av antidepressivt fortsätter att öka.

Det är dessutom vanligare med suicidförsök bland personer med insatser enligt LSS jämfört med övriga befolkningen. Under perioden 2020—juni 2021 gjorde knappt två procent av personer med insatser enligt LSS suicid eller suicidförsök.

Under 2020 minskade andelen psykiatriska diagnoser samt vårdtillfällen vid psykisk ohälsa bland personer med insatser enligt LSS. Samtidigt vittnar såväl verksamheter, som forskare och intresseorganisationer om en ökad psykisk ohälsa inom LSS till följd av pandemin. Socialstyrelsen kan därför inte utesluta att det minskade antalet psykiatriska diagnoser och vårdtillfällen kan bero på begränsad tillgång till vården, snarare än en minskning av den psykiska ohälsan.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att den psykiska ohälsan som orsakats av pandemin kan kvarstå över tid för många med insatser enligt LSS. Myndigheten menar därför att det är angeläget att dessa personer får stöd i att hantera sin psykiska ohälsa, både psykosocialt och medicinskt.

Långvarigt ekonomiskt bistånd ökar

Ekonomiskt bistånd är fortfarande vanligare bland personer med insatser enligt LSS eller SoL 0–64 år, jämfört med övrig befolkning. Biståndet är vanligare bland personer med insatser enligt SoL än med insatser enligt LSS. 19 respektive 5 procent. Förekomsten av ekonomiskt bistånd i dessa grupper har minskat med någon procentenhet sedan 2018. Andelen med långvarigt bistånd har dock ökat. År 2020 fick cirka 2,5 procent inom LSS långvarigt bistånd, motsvarande andel inom SoL (0–64 år) var drygt 10 procent.

En faktor som påverkar de ekonomiska villkoren för enskilda är avgifter för olika stöd. Dessa varierar över landet och dessa variationer skapar i sig ojämlika villkor.

Ett exempel är hjälpmedelsavgifter, som varierar mellan regioner och kommuner. Det gäller framförallt avgifter för vuxna. De finns även enstaka exempel på regioner och kommuner som tar ut hjälpmedelsavgifter för barn, till exempel när det gäller orosår¹ och cyklar. Ett annat exempel är omkostnader för ledsagare enligt LSS. De flesta kommuner, men inte alla, ersätter dessa kostnader, 85 procent.

Samtidigt betalar i stort sett alla kommuner ut habiliteringsersättning till deltagare i daglig verksamhet (99 procent). Statsbidraget som betalas ut främjar deltagande i daglig verksamhet, och det har fortsatt att betalas ut under pandemin trots att många verksamheter stängts ned.

Viss ökning av välfärdsteknik

Utvecklingen inom socialtjänstens e-hälsa går långsamt. Till exempel erbjuder endast 23 procent av kommunerna digital ansökan om bistånd eller insats inom funktionshindersområdet. Även om personer med funktionsnedsättning i vissa fall inte kan använda digitala lösningar, så kan de vara ett mer tillgängligt alternativ för andra personer med funktionsnedsättning, när det gäller kommunikation med socialtjänsten. Användningen av välfärdsteknik och digitala hjälpmedel har under flera år ökat i boenden för personer med funktionsnedsättning, men under pandemin har ökningen varit långsammare.

Hälften av kommunerna erbjuder digital kommunikation mellan personal, anhöriga och brukare. Det saknas uppgifter för hur vanligt detta var tidigare, men Socialstyrelsen bedömer att denna möjlighet torde ha underlättat väsentligt under pandemin. I synnerhet när det gäller möjligheten för enskilda att ha kontakt med sina anhöriga. En annan viktig aspekt under pandemin är möjligheten till vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video. Andelen kommuner som erbjuder detta inom funktionshindersområdet har ökat under pandemin och uppgick 2021 till omkring 70 procent.

Få boenden har evakueringsplaner

Allt fler kommuner har kontinuitetsplaner för samtliga av sina boenden för personer med funktionsnedsättning. Ökningen är tydlig mellan 2020 och

¹ Ortos är ett samlingsnamn för hjälpmedel som används som ett yttre stöd på en kroppsdel.

2021. Ökningen ska ses mot bakgrund av pandemin, då vikten av kontinuitetsplaner blivit tydligare. Samtidigt saknar omkring hälften av kommunerna sådana planer.

Även andra insatser för krisberedskap ökar. Till exempel ökade andelen kommuner med beredskapsplaner för höga temperaturer i boenden för personer med funktionsnedsättning med 30 procentenheter sedan 2017. En förklaring bakom den ökningen är värmeböljan 2018. Samtidigt har andelen kommuner med evakueringsplaner för dessa boendeformer inte ökat nämnvärt sedan 2018. Andelen ligger fortfarande på runt 50 procent. Inom vissa insatser har andelen till och med minskat. Detta indikerar att utvecklingen av kommunernas krisberedskap inom boenden för personer med funktionsnedsättning i hög utsträckning är reaktiv och påverkas av inträffade kriser, såsom pandemi och värmeböljan. Socialstyrelsen bedömer även att genomförandet av insatser för krisberedskap behöver öka.

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 2020 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, registret över ekonomiskt bistånd 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 lägesrapport². 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.³ 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

- *psykisk ohälsa*: ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet, hit hör både psykiatriska tillstånd och mindre allvarliga psykiska besvär
- *psykiatriska tillstånd*: psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos är uppfylld
- *psykisk funktionsnedsättning*: nedsättning av psykisk funktionsförmåga
- *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 eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS*

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

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

- *särskilt boende enligt SoL* för att beskriva bostad med särskild service enligt 5 kap. 7 § SoL
- *smittade med covid-19* för att beskriva personer 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.

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 tillgång till kvalificerat expertstöd från till exempel kurator, psykolog, sjukgymnast eller logoped⁴. 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. socialförsäkringsbalken⁵. 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 LSS⁶.

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.⁷

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

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

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 lägervistelse.¹⁰

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 lovdagar, studiedagar och längre lov.¹¹

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.

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

⁵ 51 kap. 3 § SFB.

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

⁷ Se Prop. 1992/93:159 s. 74.

⁸ Se Prop. 1992/93:159 s. 75 och 178.

⁹ Se Prop. 1992/93:159 s. 77 och 178.

¹⁰ Se prop. 1992/93:159 s. 77.

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

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 på dygnet av en fast, kollektiv bemanning¹². 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.¹³

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.¹⁴

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.¹⁵

Habilitering och hjälpmedel

Med *habilitering* menar Socialstyrelsen insatser till personer med medfödd eller tidigt förvärvat 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.¹⁶

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,

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

¹³ Se 9 e § LSS och prop. 1992/93:159 s. 86 f och s. 180.

¹⁴ Se 9 § 10 och 7 § första stycket LSS.

¹⁵ Jfr 1 och 7 §§ LSS

¹⁶ <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=668>

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.¹⁷ Regionen ska enligt 8 kap. 7 § HSL erbjuda

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

Detta gäller de som är bosatta inom regionen eller den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där¹⁸.

Patientlagen

Enligt patientlagen (2014:821) ska patienten få information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning¹⁹. Informationen ska vara anpassad till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar²⁰. 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 den²¹. 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 hjälpmedlet²².

¹⁷ <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=799>

¹⁸ 8 kap. 1 och 7 §§ HSL.

¹⁹ 3 kap. 1 § 3 patientlagen.

²⁰ 3 kap. 6 § patientlagen.

²¹ 3 kap. 7 § patientlagen.

²² 7 kap. 2 § patientlagen.

Covid-19 – en fördjupning

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 antalet avlidna i covid-19 och för överdödligheten. Kapitlet är en uppföljning av resultaten i förra årets lägesrapport och fokus ligger på utvecklingen under 2021. Jämförelser görs mellan 2020 och 2021. Då 2020 avser helår och 2021 halvår bör resultaten tolkas med viss försiktighet. I det här kapitlet använder Socialstyrelsen begreppet *smittade med covid-19* för personer som bekräftats smittade med covid-19 via laboratorietest.

Sammanfattande iakttagelser

- Smittspridningen av covid-19 minskar, men ser lite olika ut inom SoL och LSS, inom olika åldrar. Inom åldersgruppen 0–22 år ses en ökad smitta mellan 2020 och 2021.
- Andelen avlidna i covid-19 är relativt hög bland personer med insatser enligt LSS jämfört med övriga befolkningen. Orsakerna är troligen flera, såsom samsjuklighet och svårigheter att kommunicera exempelvis feber, andningssvårigheter och förlust av lukt- och smaksinne.
- Under 2021 har dödligheten bland personer med insatser enligt LSS och SoL sjunkit jämfört med 2020. Genomgående syns en underdödlighet, med enstaka undantag.
- Personer med insatser enligt LSS och SoL (0-64 år) som insjuknat i covid-19 vårdades i högre utsträckning i slutenvården eller på IVA, jämfört med övriga covid-19 patienter.

Färre smittas med covid-19 inom LSS

Under första halvan av 2021 smittades 3 600 personer med insats enligt LSS med covid-19 (tabell 1), vilket motsvarar 4,3 procent av samtliga i gruppen. Andelen personer smittade med covid-19 är skiljer sig inte nämnvärt mellan olika insatser:

- Personlig assistans: 3,9 procent.
- Boende för vuxna: drygt 4,1 procent
- Daglig verksamhet: drygt 4,0 procent.
- Boende för barn: 5,3 procent.

En bidragande anledning till smittspridningen inom flera av insatserna är troligen omfattande omvårdnadsbehov, vilket medför nära kontakt med personal. En hög andel brukare inom LSS har dessutom en intellektuell funktionsnedsättning, vilket kan medföra svårigheter att förstå rekommendationer kring smittskydd.

Tabell 1 visar antalet och andelen smittade inom LSS under 2020 och första halvåret 2021. För samtliga åldersgrupper sjönk andelen smittade under 2021, med undantag för åldersgruppen 0—22 år där andelen dubblerades. En förklaring till ökningen i denna åldersgrupp kan vara att de ännu inte hade hunnit bli vaccinerade. Minskningen av andelen smittade med covid-19 är särskilt tydlig i åldersgruppen 70 år eller äldre, där andelen minskade med hälften. Även här är vaccineringen en trolig förklaring. Uppgifterna ska dock tolkas med viss försiktighet eftersom den ena uppgiften avser helår och den andra halvår.

Tabell 1. Smittspridning av covid-19 inom LSS

Antal och andel laboratoriebekräftat smittade med covid-19 bland personer med insatser enligt LSS, uppdelat på ålder och insatser, 2020 (helår) och 2021 (januari-juni).

		Smittade med Covid-19			
		2020		2021 (januari-juni)	
Insats	Ålder	n	%	n	%
Alla insatser enligt LSS	0–22	662	2,87	1300	5,64
	23–49	1 551	4,06	1473	3,86
	50–69	1 053	5,81	693	3,82
	70+	291	6,24	155	3,33
Bostad med särskild service, barn	Alla	47	5,48	45	5,26
	0–22	73	5,76	58	4,58
Bostad med särskild service, vuxna	23–49	911	5,49	672	4,05
	50–69	615	7,12	357	4,13
	70+	155	7,41	78	3,73
	0–22	139	4,29	141	4,35
Daglig verksamhet	23–49	1 217	4,46	1059	3,88
	50–69	528	6,84	317	4,10
	70+	7	10,45	0	0,00
Personlig assistans, inklusive assistansersättning**	0–22	165	3,34%	229	4,64%
	23–49	248	3,62%	241	3,52
	50–69	269	4,96%	214	3,95%
	70+	95	5,13%	55	2,97%

*Avser andel av totalt antal personer med insats enligt LSS.

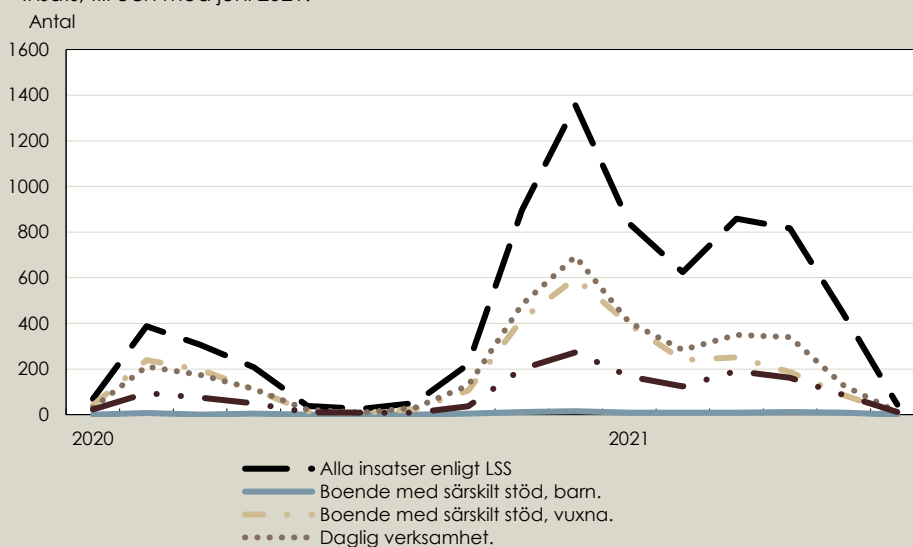
**Avser personer med kommunalt beslutad personlig assistans samt statlig assistansersättning.

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 och 2021 (fram till och med juni). Utvecklingen följer samma mönster som för totalbefolkningen, med toppar under april och maj och november. Under hösten och vintern 2021 ökade antalet smittade markant (här ska in nya siffror o längre tidsserie).

Figur 1. Smittspridning av covid-19 inom LSS över tid

Laboratoriebekräftad covid-19 bland personer med insatser enligt LSS, uppdelat på insats, fyll och med juni 2021.



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

Även färre smittade inom SoL 0–64 år

Andelen personer med bekräftad covid-19 är något lägre bland personer med insatser enligt SoL²³ än inom LSS. Under första halvan av 2021 smittades omkring 2 400 personer med insats enligt SoL med covid-19, vilket motsvarar 3,5 procent av samtliga med dessa insatser (tabell 2).

Mellan 2020 och 2021 ökade andelen smittade ökade i de lägsta åldersgrupperna (0–22 och 23–49 år), men i den övre åldersgruppen (50–64 år) ses en minskning. Detta förklaras troligen av att den äldre åldersgruppen vaccinerades tidigare än de övriga.

Skillnaderna mellan olika åldersgrupper är inte lika tydlig på insatsnivå. Ett exempel är brukare 0–22 år med hemtjänst, där andelen smittade med covid-19 minskade mellan 2020 och första halvåret 2021. Samma mönster ses inom särskilt boende. Det finns troligen flera bidragande orsaker till detta, till exempel att många av brukarna i denna åldersgrupp tillhör någon av riskgrupperna för svårt sjukdomsförlopp vid covid-19. Det skulle kunna medföra att de blev vaccinerade i ett relativt tidigt skede.

Mellan 2020 och 2021 ökade andelen med boendestöd som smittats med covid-19. Ökningen ses inom samtliga åldersgrupper. I tidigare lägesrapporter har Socialstyrelsen konstaterat att en väsentlig andel av personer med boendestöd enligt SoL (0–64 år) har en psykisk funktionsnedsättning. Personerna bor i eget boende och får hjälp av boendestödjare punktvis. Det saknas kunskap om huruvida de som behövt hjälp i samband med vaccineringen också har fått det. Det kan till exempel handla om att boka tid.

²³ Avser personer 0–64 år.

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

Antal laboratoriebekräftat smittade med covid-19 bland personer med insatser enligt SoL 0–64 år, uppdelat på ålder och insatser, 2020 (helår) och 2021 (januari–juni).

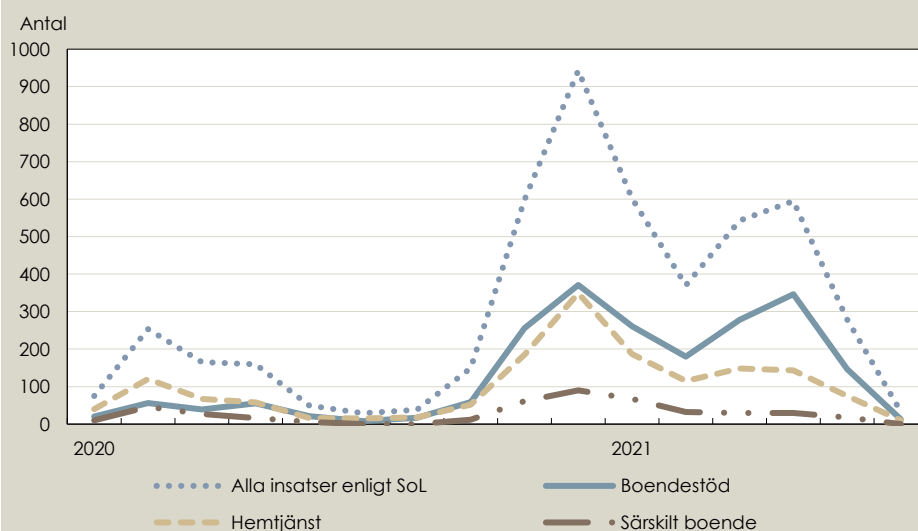
Insats	Ålder	N	Smittade med Covid-19			
			2020		2021 (januari – juni)	
			n	%	n	%
Alla insatser enligt SoL	0–22	40 80	134	3,28	172	4,22
	23–49	34 100	1065	3,12	1320	3,87
	50–64	31 798	1262	3,97	931	2,93
Boendestöd	0–22	2 161	65	3,01	93	4,30
	23–49	22 343	590	2,64	843	3,77
	50–64	10 214	248	2,43	290	2,84
Hemtjänst	0–22	531	28	5,27	23	4,33
	23–49	6 179	227	3,67	244	3,95
	50–64	14 139	667	4,72	412	2,91
Särskilt boende	0–22	115	0	0,00	<4	–
	23–49	1 948	66	3,39	77	3,95
	50–64	3 341	202	6,05	99	2,96

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

Samtidigt är fortfarande andelen smittade med covid-19 lägre inom boendestöd än inom hemtjänst. Detta förklaras troligen av att personer med boendestöd möter färre personal än brukare inom hemtjänsten och i särskilt boende.

Figur 2. Smittspridning av covid-19 inom SoL 0-64 år över tid

Laboratoriebekräftad covid-19 bland personer med funktionsnedsättning 0-64 år som har insatser enligt SoL, uppdelat på insats, fill och med juni 2021



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

Likaså innefattar inte boendestöd omvårdnad på samma sätt som hemtjänst, vilket gör att det blir lättare att hålla avstånd. Figur 2 visar antalet bekräftat

smittade med covid-19 inom SoL (0–64 år) per månad under 2020 och fram till juni 2021. Även här följer utvecklingen samma mönster som för totalbefolkningen, med toppar under april och maj samt under senhösten 2020.

Andelen avlidna halverades 2021

Under 2020 avled omkring 150 personer med LSS-insatser i covid-19 och under första halvåret 2021 avled knappt 90 personer (tabell 3). Det motsvarar cirka 4,2 procent 2020 och cirka 2,4 procent 2021.²⁴ 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 (2, 3).

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 i covid-19 och som hade insatser enligt LSS. En majoritet av de som avled var under 70 år.

Andelen som avlidit i covid-19 är högst bland personer med personlig assistans eller assistansersättning: 6,6 procent för 2020 och 4,7 procent för 2021. Socialstyrelsen har inte kunnat fastslå varför andelen är så mycket högre bland dessa personer. Utöver de orsaker som anges ovan kan det även handla om 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 i 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 i covid-19 inte hade fått diagnosen bekräftad vid insjuknandet. Det skulle i så fall innebära en viss underskattning av andelen avlidna.

Uppgifterna i tabell 1 avser perioden fram till juni 2021. Mellan den sista juni 2021 och 1 januari 2022 avled ytterligare 21 personer med personlig assistans²⁵ och 36 personer i bostad med särskild service för vuxna.

Socialstyrelsens statistik visar dessutom att en majoritet av personer i bostad med särskild service för vuxna som avled i covid-19 gjorde det på sjukhus, 79 procent^{26 27}. Vidare avled 17 procent på boendet. Ett fåtal avled på okänd plats. En jämförelse med äldreområdet²⁸ visar att 50 procent av de som avled i covid-19 gjorde det på sjukhus medan 44 procent avled på särskilt boende.

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

²⁵ Avser personer med kommunalt beslutad personlig assistans och statlig assistansersättning.

²⁶ Avser perioden fram till och med 15 februari 2021.

²⁷ 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/>

²⁸ 70 år och äldre.

Tabell 3. Avlidna i covid-19 inom LSS

Antal och andel avlidna i covid-19 bland personer med insatser enligt LSS, uppdelat på ålder och insatser, 2020 (helår) och 2021 (januari – juni).

		Avlidna i Covid-19				
Insats	Ålder	N	2020		2021 (januari– juni)	
			n	%	n	%
Alla insatser enligt LSS	0–22	23 039	4	0,02	<4	–
	23–49	38 160	24	0,06	15	0,04
	50–69	18 118	68	0,38	41	0,23
	70+	4 660	56	1,20	29	0,62
Bostad med särskild service, barn.	Alla	858	0	0,00	0	0,00
	0–22	1 267	0	0,00	0	0,00
Bostad med särskild service, vuxna.	23–49	16 597	12	0,07	8	0,05
	50–69	8 640	38	0,44	22	0,25
	70+	2 093	27	1,29	10	0,48
	0–22	3 238	<4	–	0	0,00
Daglig verksamhet.	23–49	27 306	17	0,06	12	0,04
	50–69	7 723	22	0,28	11	0,14
	70+	67	<4	–	0	0,00
	0–22	4 936	<4	–	<4	–
Personlig assistans, inklusive assistansersättning.	23–49	6 850	9	0,13	6	0,09
	50–69	5 418	22	0,41	16	0,30
	70+	1 852	20	1,08	13	0,70

*Avlidna avser andelen avlidna bland samtliga med insatser enligt LSS.

*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).

Fram till och med sista juni 2021 avled 150 personer i covid-19, som hade insatser enligt SoL²⁹. Det motsvarar knappt 3,1 procent av de med bekräftad covid-19 och insatser enligt SoL³⁰. Andelen avlidna skiljer sig 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.

²⁹ 0–64 ÅR.

³⁰ Alla som avled i covid-19 behöver inte ha haft en laboratoriesmitta. Det gäller framför allt för de som avled under första halvåret 2020. Andelen bör därför tolkas med viss försiktighet.

Andelen avlidna i 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 och att stödet inte inbegriper omvårdnad. Dessutom är genomsnittsåldern hos personer med boendestöd relativt låg. Många gånger handlar det om personer med psykisk funktionsnedsättning.

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 i covid-19.

Tabell 4. Avlidna i covid-19 inom SoL 0–64 år

Antal och andel avlidna i covid-19 bland personer med insatser enligt SoL (0-64 år), uppdaterat på ålder och insatser, 2020 (helår) och 2021 (januari – juni).

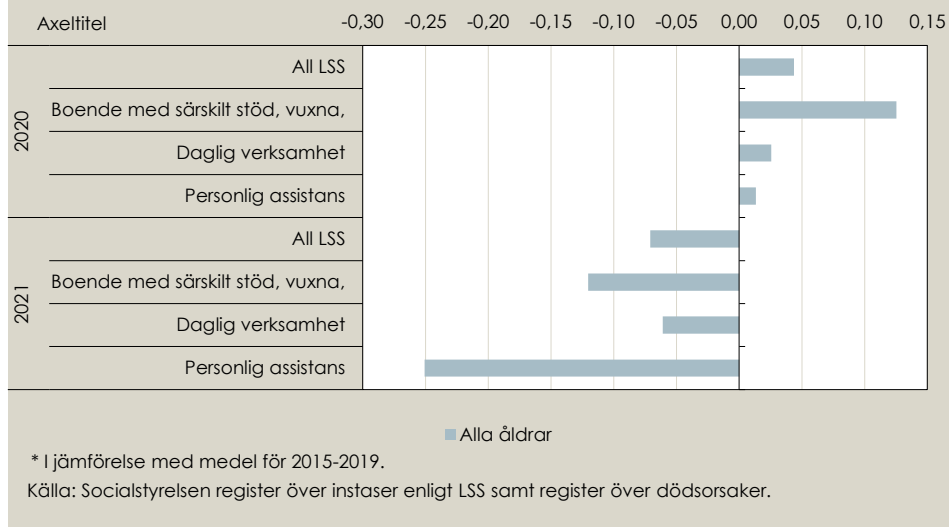
Avlidna i Covid-19						
Insats	Ålder	N	2020		2021	
			n	%	n	%
Alla insatser enligt SoL	0–22	4 080	0	0,00	0	0,00
	23–49	34 100	13	0,04	<4	–
	50–64	31 798	90	0,28	43	0,14
Boendestöd	0–22	2 161	0	0,00	0	0,00
	23–49	22 343	<4	–	<4	–
	50–64	10 214	9	0,09	6	0,06
Hemtjänst	0–22	531	0	0,00	0	0,00
	23–49	6 179	4	0,06	<4	–
	50–64	14 139	52	0,37	20	0,14
Särskilt boende	0–22	115	0	0,00	0	0,00
	23–49	1 948	<4	–	<4	–
	50–64	3 341	22	0,66	6	0,18

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

Dödligheten minskar

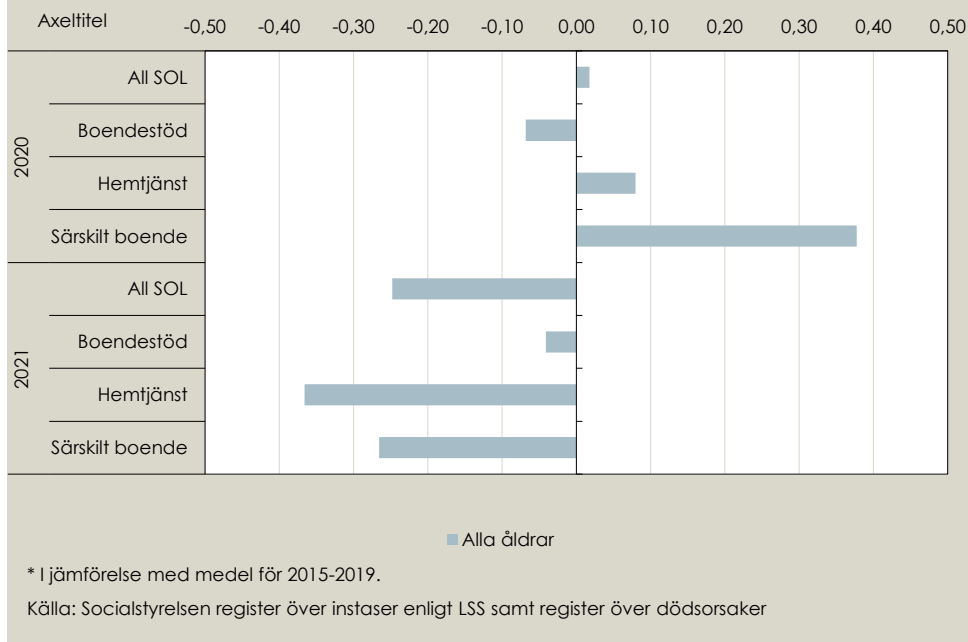
Pandemin har påverkat dödligheten inom LSS, det visar Socialstyrelsens analyser (figur 3). Under första halvan av 2021 syns en underdödlighet för samtliga personer med insatser enligt LSS, -0,07 procent. Motsvarande andel under 2020 var 0 procent. Uppgifter visar att en lägre andel personer med insatser enligt LSS avled under 2020, jämfört med det genomsnittliga antalet avlidna 2015–2019. Underdödligheten är särskilt tydlig i de högre åldersgrupperna och kan vara ett utslag av att de åtgärderna för att minimera spridningen av covid-19 också har haft effekt på spridningen av andra sjukdomar.

Figur 3. Överdödlighet* inom LSS, 2020 (helår) och 2021 (januari-juni)



Även bland personer med insatser enligt SoL (0-64 år) syns en skillnad mellan 2020 och 2021. Under 2020 sågs generellt en överdödlighet under 2020, men under 2021 ses istället en generell underdödlighet. Undantaget är särskilt boende 0-39 år, där överdödligheten är större – andelen döda är 0,59 procent högre jämfört med medelvärdet för åren 2015-2019.

Figur 4. Överdödlighet* inom SoL (0-64 år), 2020 (helår) och 2021 (januari-juni)



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 (2-4). Den förhöjda risken gäller både 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-19³¹.

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 diagnoskoder³² 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 första halvåret 2021 smittades 4,3 procent av personer med *Downs syndrom* med covid-19 (tabell 5). Av dessa avled 5 personer, vilket motsvarar 0,11 procent av personer med Downs syndrom.

Analyserna visar vidare att drygt 5 procent av personer med *kognitiv funktionsnedsättning* smittades med covid-19 under första halvåret 2021. Bland personer med intellektuell funktionsnedsättning avled 6 personer i covid-19, vilket motsvarar 0,5 procent av personer med kognitiv funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen kan vidare konstatera att knappt 5 procent av personer med *kromosomavvikelser som ej klassificerats annorstädes* smittades med covid-19 under första halvan av 2021. Sex personer med dessa kromosomavvikelser avled i covid-19, vilket motsvarar 10 procent av antalet personer med kromosomavvikelser.

³¹ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/socialstyrelsen-delredovising-riskgrupper-covid-19.pdf>

³² Avser ICD-koder.

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

Antal laboratoriebekräftat smittade och avlidna i covid-19 bland personer med diagnoserna Downs syndrom och psykisk utvecklingsstörning (intellektuell funktionsnedsättning), uppdelat på ålder, 2020 (helår) 2021 (januari-juni).

	Ålder	N	Smittade med Covid-19				Avlidna i Covid-19			
			2020		2021		2020		2021	
			n	%	N	%	n	%	n	%
Downs syndrom	0–22	2 388	50	2,09	115	4,82				
	23–49	1 968	115	5,84	66	3,35	6	0,13	5	0,11
	50–69	260	19	7,31	10	3,85				
	70+	6	0	0,00	0	0,00				
Kognitiv funktionsnedsättning	0–22	1 777	90	5,06	101	5,68				
	23–49	9 217	466	5,06	401	4,35	15	0,12	6	0,05
	50–69	1 402	85	6,06	57	4,07				
	70+	296	22	7,43	16	5,41				
Kromosomavvikelser	0–22	3 145	77	2,45	184	5,85				
	23–49	3 584	218	6,08	166	4,63	7	0,09	6	0,08
	50–69	780	52	6,67	25	3,21				
	70+	95	<4	-	<4	-				

- 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 lägre bland personer med Downs syndrom eller med intellektuell funktionsnedsättning än i den övriga befolkningen. Andelen avlidna i 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.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att personer med Downs syndrom löper högre risk att få ett svårt sjukdomsförlopp eller att avlida vid covid-19 (5). Resultaten i tabell 5 ligger även i linje med internationell forskning som visar på relativt högre risker för svårt sjukdomsförlopp bland dessa grupper jämfört med den övriga befolkningen. Även en svensk studie har konstaterat att personer med Downs syndrom har fyra gånger högre risk för ett allvarligt sjukdomsförlopp i covid-19, jämfört med den övriga befolkningen (6).

Den relativt högre andelen avlidna i 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 i covid-19 lägre bland dessa personer än bland personer i personkretsens första grupp i LSS. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa orsaken bakom det.

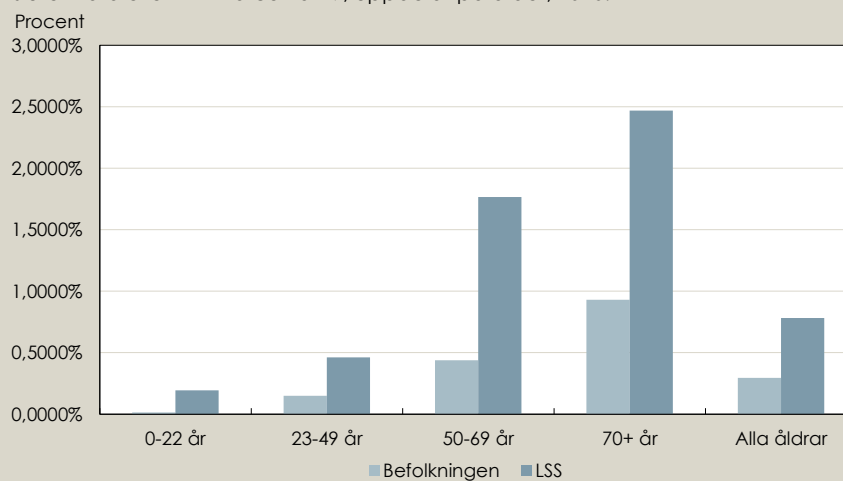
Vård vid covid-19

Socialstyrelsen redogör ovan i detta kapitel för att en majoritet av de med LSS-insatser som avled i covid-19 gjorde det på sjukhus, 79 procent^{33 34}. Uppgifterna är inte helt enkla att tolka, till exempel i vilken utsträckning de som avled på sitt boende hade haft kontakt med sjukvården. Socialstyrelsen har därför analyserat förekomsten av slutenvård och intensivvård bland personer med covid-19, både inom LSS och inom SoL (0–64 år). Resultaten av analyserna visar att det är vanligare med slutenvård och/eller vård på IVA vid covid-19 bland personer med insatser enligt LSS eller SoL (0–64 år) jämfört med övriga befolkningen.

Skillnaderna är som tydligast i den yngsta åldersgruppen och i de högsta. Skillnaderna i den yngsta åldersgruppen beror med all sannolikhet på att personer med insatser enligt LSS och SoL har underliggande sjukdomar. Skillnaderna i de högsta åldersgrupperna är mer svårtolkade. Personer som är 70 år eller äldre med insatser enligt LSS tillhör många gånger en riskgrupp för svårt sjukdomsförlopp vid covid-19. Resultaten kan därför beror på att underliggande sjukdomar förstärker risken som hög ålder innebär.

Figur 5. Slutenvård eller IVA, LSS 2020

Andel personer med funktionsnedsättning och insats enligt LSS som vårdats i slutenvård eller IVA vid covid-19, uppdelat på ålder, 2020.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, patientregistret samt SmiNet.

Andelen personer som får slutenvård och eller intensivvård är dock liten, både inom LSS, SoL och den övriga befolkningen. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Resultaten säger inte heller något om behovet av dessa vårdformer, eftersom det saknas kunskap om hur många som hade ett sådant sjukdomsförlopp att de hade behövt slutenvård och/eller intensivvård.

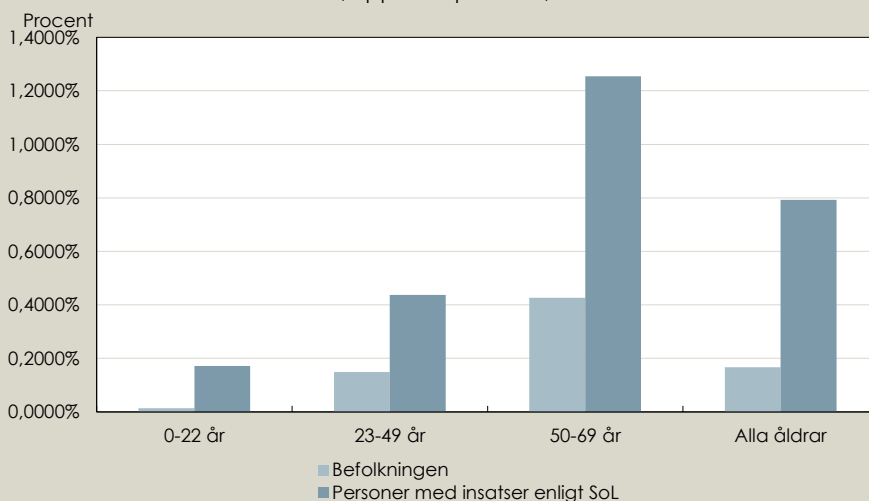
³³ Avser perioden fram till och med 15 februari 2021.

³⁴ 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/>

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga vårdkontakter för personer med insatser enligt LSS. Inom ramen för det uppdraget kommer myndigheten att ytterligare analysera dessa frågor.

Figur 6. Slutenvård eller IVA vid covid-19 under 2020, SoL

Andel personer med funktionsnedsättning och insats enligt SoL (0-64 år) som vårdats i slutenvård eller IVA vid covid-19, uppdelat på ålder, 2020.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt SoL, patientregistret samt SmiNet.

Konsekvenserna av pandemin har förstärkts

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att pandemin fått omfattande konsekvenser bland många personer med insatser enligt LSS (7). Många kommuner har dragit ner på daglig verksamhet och gruppaktiviteter bland personer med funktionsnedsättning under pandemin. Många personer med funktionsnedsättning hade redan före pandemin begränsade sociala kontakter och nedstängningen har därför ökat isoleringen. Detta har förstärkts av att vissa boenden haft stängt för besökare. Nedstängningen har också ökat isoleringen för brukare som bor i eget boende. Bland personer med insatser enligt LSS tycks bland annat personer med stöd i eget boende samt personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism ha varit särskilt utsatta. Isoleringen har även ökat bland personer med personlig assistans, bland annat på grund av att stödet begränsats. Det har även förekommit att assistansanvändare valt att isolera sig på grund av oro för smitta. Självvald isolering har även förekommit inom andra stöd enligt LSS. Ensamheten kan leda till sämre psykiskt mående. (8)

Socialstyrelsen bedömer att den höga smittspridningen under vintern 2021/2022 har förstärkt dessa konsekvenser.

Omfattning av insatser över tid

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av insatser enligt LSS och SoL över tid. 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

- 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. Mellan 2019 och 2020 mattades dock ökningstakten av.
- Ökningen inom LSS kan bara delvis förklaras av att befolkningen ökar. Över en längre tidsperiod har det förvisso skett en ökning, men det ser olika ut för olika åldersgrupper. I åldersgrupperna 0–6 år och 13–22 år har antalet personer med insatser enligt LSS per 10 000 i befolkningen minskat under flera år. Mellan 2019 och 2020 syns dessutom en minskning i åldersgruppen 23–64 år, från 70 till 88 personer per 10 000 i befolkningen,
- Antalet insatser enligt SoL fortsätter också att öka. År 2020 hade 57 900 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. Mellan 2019 och 2020 ses en minskning i antalet beslut om hemtjänst enligt SoL.
- Förändringar 2019–2020 syns inom flera områden, vilket troligen beror på pandemin (till exempel lägre verkställighet och förändrat sökmönster). Ökningen av antalet beslut enligt LSS har haft olika ökningstakt över tid, men Socialstyrelsen kan inte utesluta att pandemin har haft en bidragande orsak till avmattningen mellan 2019 och 2020.

Förekomst av funktionsnedsättning

Antalet personer i befolkningen med funktionsnedsättning varierar, beroende på vilka källa som används. Exempel på olika källor är Statistiska centralbyråns (SCB) *undersökningar om levnadsförhållanden (ULF)*, *Arbetskraftsundersökningen* samt undersökningen *Hälsa på lika villkor*³⁵. I dessa befolkningsundersökningar är 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.

³⁵ www.folkhalsomyndigheten.se

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

Andelen personer med funktionsnedsättning varierar från cirka 10 procent till över 30 procent. Variationen beror på hur frågor om funktionsnedsättning är formulerade i olika undersökningar, hur grupperna definieras och hur undersökningarna genomförs.

I SCB:s undersökning om levnadsförhållanden skattar omkring 30 procent av befolkningen 16–64 år att de har en funktionsnedsättning (8). Andelen är något högre bland kvinnor än bland män, 31 respektive 29 procent. I SCB:s *undersökning av funktionshindrades situation på arbetsmarknaden* uppger i sin tur endast 16 procent 16–64 år att de har en funktionsnedsättning (8). Andelen är lika stor bland kvinnor som bland män. Uppgifterna från dessa undersökningar avser endast förekomst av funktionsnedsättningar. De säger inget om graden av funktionsnedsättning eller behovet av stöd. I undersökningen om funktionshindrades situation på arbetsmarknaden finns även uppgifter om nedsatt arbetsförmåga, som är ett sätt att identifiera graden av funktionsnedsättning. År 2020 uppgav 7 procent 16–64 år att de hade en funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga.

Några av de vanligaste funktionsnedsättningarna är:

- Psykisk funktionsnedsättning
- Nedsatt hörsel
- Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
- Nedsatt rörelseförmåga
- Dyslexi (8)

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 2020 hade 75 000 personer en eller flera insatser enligt LSS (8). Majoriteten av dessa personer har en intellektuell funktionsnedsättning, autism, förvärvad hjärnskada, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning. Något färre personer med funktionsnedsättning³⁶ hade insatser enligt SoL, 57 900 personer (8). 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 assistansersättning³⁷. 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.

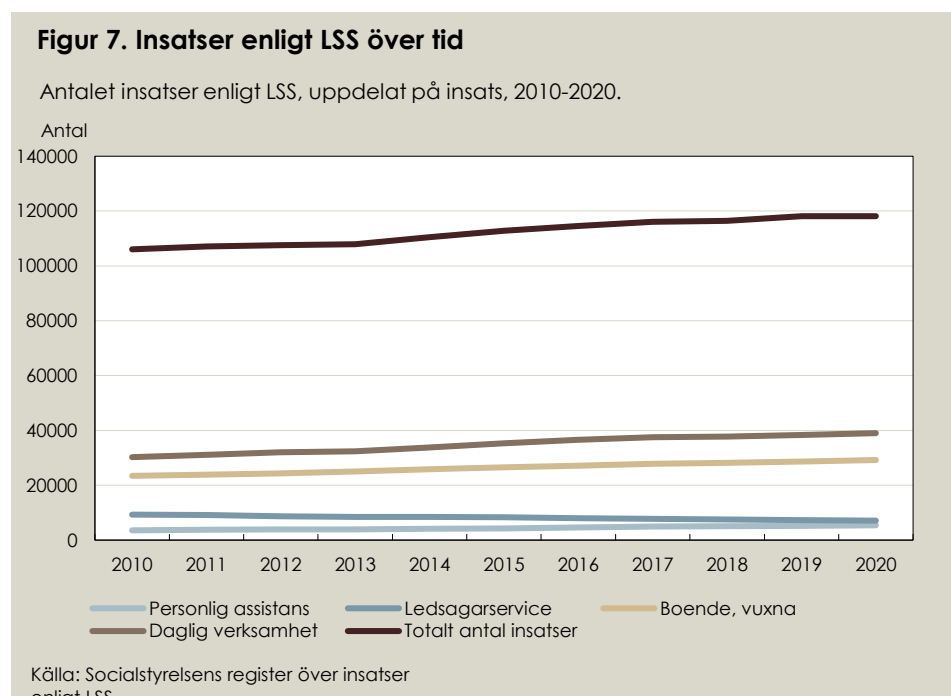
Ökningen inom LSS har mattats av

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

³⁶ Avser personer 0–64 år.

³⁷ För mer information om statlig assistansersättning, se kapitlet *Inledning* och stycket *Beskrivning av insatser och stöd till gruppen*.

tur ökat med 14 procent. Figur 7 visar att ökningen har varit relativt konstant, men att den är särskilt tydlig mellan åren 2013 och 2017. Mellan 2019 och 2020 har ökningen avmattats. Det kan dels bero på pandemin, till exempel svårigheter att verkställa beslut och förändrade sökmönster. Det kan också handla om en naturlig variation. Socialstyrelsen kommer dock följa denna utveckling.



Flera insatser fortsätter att öka över tid, trots att ökningen mellan 2019 och 2020 har mattats av. 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 enligt LSS ökar. Sedan 2010 har antalet personer med dessa insatser ökat med 25 procent respektive 22 procent (tabell 6).

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 (9). 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. (10)

Tabell 6. Antalet insatser enligt LSS över tid

Antal beslut om insatser* ** enligt LSS, uppdelat på insatser, avrundade värden, 2010–2020.

	2010	2012	2014	2016	2018	2020
Personlig assistans***	3 560	3 880	4 090	4 580	5 100	5 400
Ledsagar-service	9 290	8 700	8 430	8 040	7 500	7 100
Kontakt-person	19 500	19 580	19 520	19 420	19 100	18 000
Avlösar-service	3 390	3 410	3 650	3 790	4 000	4 000
Korttids-vistelse	10 010	9 650	9 640	9 590	9 300	8 800
Korttids-tillsyn	5 160	4 750	4 500	4 420	4 500	4 500
Boende, barn	1 440	1 220	1 030	990	900	875
Boende, vuxna	23 440	24 370	25 840	27 100	28 200	29 200
Daglig verksamhet	30 250	31 980	33 800	36 600	37 800	39 000
<i>Totalt antal insatser</i>	<i>106 040</i>	<i>107 540</i>	<i>110 500</i>	<i>114 530</i>	<i>116 400</i>	<i>118 120</i>

*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 (9). 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 LSS³⁸.

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 (11). 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 2020 var 74³⁹. 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 88 personer per 10 000 i befolkningen. Ökningen handlar till stor del troligen om att antalet beslut om daglig verksamhet ökar.

³⁸ 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.

³⁹ Exklusive insatsen råd och stöd enligt LSS.

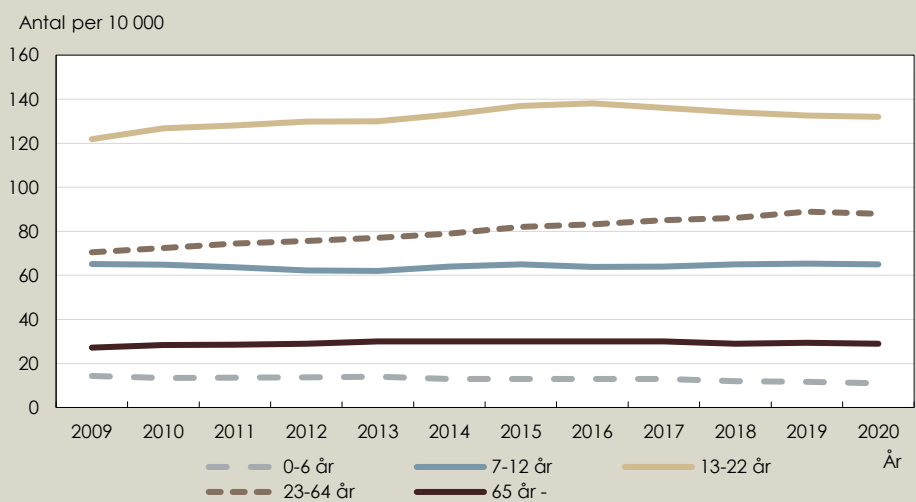
En viss ökning har även skett i åldersgruppen 13–22 år, från 122 till 132 personer per 10 000 i befolkningen. Efter 2016 har emellertid andelen minskat. Förklaringarna kring detta kan vara flera, såväl minskade behov som färre bifall på ansökningar. Insatserna korttidstillsyn och korttidsvistelse har 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. (10)

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 11 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 skulle också kunna handla om att informationen till föräldrarna har minskat när det gäller möjligheten att få stöd.

Mellan 2019 och 2021 minskade antalet insatser per 10 000 något i flera åldersgrupper, med undantag för 7–12 år och 65 år eller äldre där antalet var oförändrat. Detta beror troligen på pandemin, till exempel lägre verkställighet av beslut och förändrat sökmönster.

Figur 8. Utveckling inom LSS i förhållande till befolkningsökning

Antal personer med insatser enligt LSS per 10 000 invånare, uppdelat på ålder, år 2009-2020



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

Sammantaget förklaras inte den långsiktiga ökningen inom LSS 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.

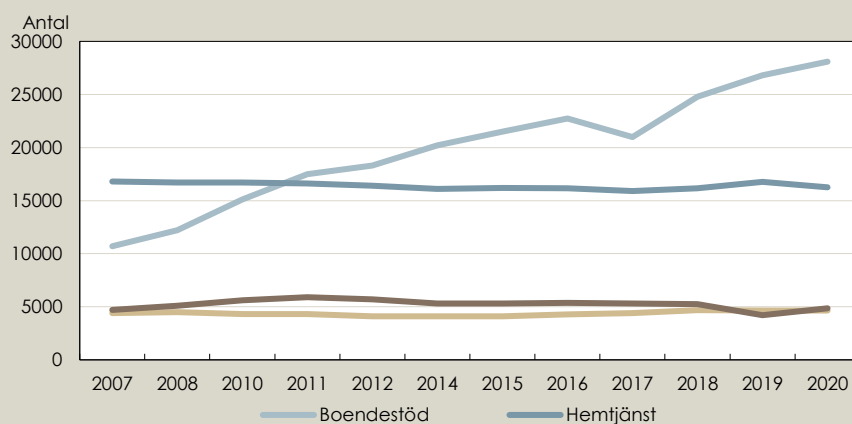
Boendestöd fortsätter att öka

Antalet insatser enligt SoL fortsätter att öka. År 2020 hade 57 900 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 9). 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 (10).

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. Minskningen har dock avstannat och mellan 2019 och 2020 ses återigen en ökning.

Figur 9 Utveckling av vissa insatser enligt socialtjänstlagen över tid

Antalet insatser enligt SoL, 0-64 år, uppdelat på insatstyp, 2007–20120



Källa: Socialstyrelsens statistik över insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen; 2007–2020).

Skillnader mellan kvinnor och män kvarstår

Det är fortfarande fler män än kvinnor som har en insats enligt LSS. År 2020 utgjorde kvinnorna 41 procent av målgruppen. Andelen är oförändrad jämfört med 2019. Skillnaderna mellan könen är fortfarande störst bland de yngre. År 2020 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 oftare beviljas till barn: avlösarservice, korttidsvistelse, korttidsstillsyn och boende för barn enligt LSS. År 2020 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

(10). 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 autism⁴⁰, vilket kan förklara varför könsskillnaderna inom LSS minskar i de högre åldersgrupperna (10). 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 2020 avsåg 51 procent av insatserna kvinnor. Inom åldersgruppen 0–19 år är dock männen i majoritet, men skillnaderna jämnas ut i de äldre åldersgrupperna. En bidragande orsak till att könsfördelningen är jämnare inom SoL än inom LSS är troligen SoL inte har en avgränsad personkrets på det sätt som finns i LSS⁴¹.

Insatsen råd och stöd fortsätter att minska

År 2020 hade 595 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. (2-4) Detta är en minskning jämfört med föregående år.

Minskningen av antalet beslut om råd och stöd enligt LSS fortsätter (2-4). Regionerna rapporterar att de har handlagt totalt 720 ansökningar under 2019. Av dessa ansökningar bifölls 606, 38 avslogs och 76 ansökningar återtogs. Antalet ansökningar har minskat med 15 procent jämfört med året innan.

Insatsen råd och stöd har minskat kontinuerligt sedan slutet av 1990-talet⁴² efter att Högsta förvaltningsdomstolen i flera prejudicerande domar slagit fast att habiliteringsåtgärder inte är att betrakta som råd och stöd enligt LSS⁴³. En annan bidragande orsak är troligen att rådgivning och stöd allt oftare ges inom ramen för HSL.

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 ungdomshabiliteringen samt vuxenhabiliteringen. (12)

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.

⁴⁰ Det gäller framför allt det som tidigare benämndes Aspergers syndrom.

⁴¹ Jfr 1 och 7 §§ LSS.

⁴² År 1998 hade 22 000 personer insatsen råd och stöd enligt LSS.

⁴³ Se bland annat RÅ 1997 ref 49.

Vård på lika villkor

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av kommunal hälso- och sjukvård samt hemsjukvård bland personer med insatser enligt SoL (0–64 år) och LSS. Det är första gången Socialstyrelsen publicerar dessa uppgifter och ingen jämförelse görs därför över tid. I kapitlet redogör myndigheten även för statistik över hjälpmedelsförskrivning.

Sammanfattande iakttagelser

- År 2020 fick omkring 25 300 personer med insatser enligt LSS också kommunal hälso- och sjukvård. Det motsvarar 37 procent av samtliga personer med insatser enligt LSS. Det var en högre andel kvinnor än män som fick kommunal hälso- och sjukvård, 40 respektive 35 procent. Under samma år fick 1 764 personer med funktionsnedsättning inom SoL kommunal hälso- och sjukvård under 2020, vilket motsvarar 25,5 procent av samtliga personer med dessa insatser.
- Under 2020 var de vanligaste åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård är provtagning, läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos samt utprovning och förskrivning av rullstol. Även vaccination var vanligt, vilket sannolikt beror på pandemin.
- Även inom hemsjukvård är andelen inom LSS högst. År 2020 fick totalt 37 procent av de med LSS insatser även hemsjukvård, motsvarande andel inom SoL var 25,5 procent. De har andelarna är dock väsentligt högre än inom den övriga befolkningen under 65 år, där knappt 1 procent fick hemsjukvård.
- De vanligast förskrivna hjälpmedlen till personer under 65 år är tyngdtäcken, samtalsapparater och hörapparater. Drygt 37 000 personer förskrevs tyngdtäcken och drygt 11 000 förskrevs hörapparater.
- Könsskillnader i förskrivning av hjälpmedel är tydligare i vissa åldersgrupper än andra. Hjälpmedelsprodukter uppdelat på kön och ålder, redovisat per 100 000 invånare, visar att pojkar är överrepresenterade i förhållande till flickor för nästan alla hjälpmedel när det gäller den yngsta åldersgruppen 0–17 år. Könsskillnaderna följer samma mönster som inom insatser enligt SoL: i de lägre åldrarna är pojkar i majoritet, men från och med 18 år är kvinnorna i majoritet. Detta kan till viss del ha att göra med skillnader i förekomst av olika funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att det finns en bias i förskrivningen, som leder till en ojämsställd hjälpmedelsförskrivning. Myndigheten menar därför att det är viktigt att fortsätta uppmärksamma förskrivare och andra relevanta aktörer på utvecklingen.

FN lyfter vikten av jämlik vård för personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning har ofta ett stort behov av hälso- och sjukvård, både sådan som riktar sig till hela befolkningen och sådan som är kopplad till deras funktionsnedsättningar. Det fastslog FN under hösten 2021⁴⁴. Det är dessutom en högre andel personer med funktionsnedsättning som skattar sin hälsa som dålig, jämfört med övrig befolkning: 42 procent respektive 6 procent⁴⁵.

För att personer med funktionsnedsättning ska kunna uppnå bästa möjliga hälsa, menar FN att följande aspekter behöver tas i beaktning:

- Stärka nationell lagstiftning och policies så att de överensstämmer med konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.
- Identifiera och undanröja hinder för tillgänglighet till sjukvårdsbyggnader.
- Stärka förutsättningarna för att personer med funktionsnedsättning ska ha råd med hälso- och sjukvård.
- Utbilda hälso- och sjukvårdspersoner i bemötande och inkludering.
- Stärka personer med funktionsnedsättning i att ta kontroll över beslut som rör deras hälso- och sjukvård, till exempel genom informerade beslut.
- Förbättra forskning och insamling av data kring hälso- och sjukvård för personer med funktionsnedsättning.

Kommunal hälso- och sjukvård vanligare inom LSS än SoL

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 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 § och 14 kap- 1 § 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 2020 fick omkring 25 300 personer med insatser enligt LSS också kommunal hälso- och sjukvård (figur 10). Det motsvarar 37 procent av samtliga personer med insatser enligt LSS. Det är en högre andel kvinnor än män som

⁴⁴ www.un.org

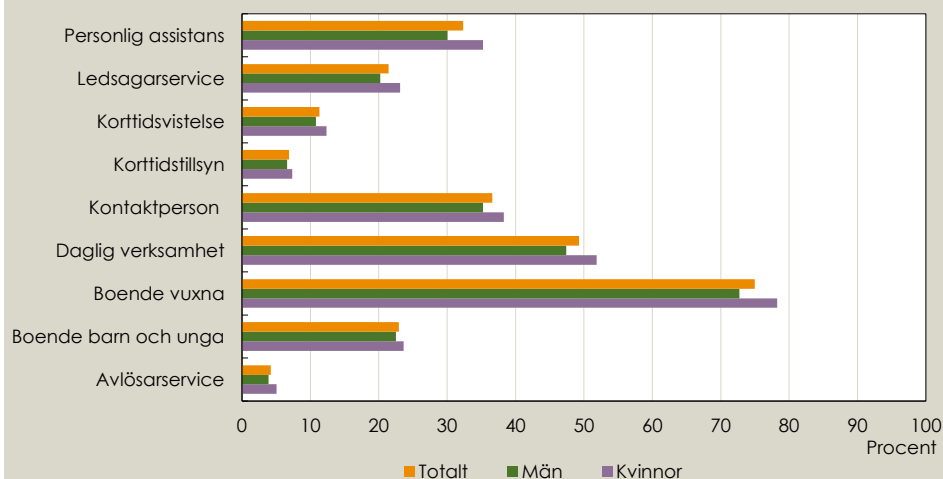
⁴⁵ Uppgifterna baserar sig på 43 länder.

fått kommunal hälso- och sjukvård. 40 respektive 35 procent. Det är första gången som Socialstyrelsen tar fram dessa uppgifter och en jämförelse över tid kan därför inte göras.

Kommunal hälso- och sjukvård är vanligast inom bostad med särskild service för vuxna: omkring 75 procent. Det är även vanligt inom daglig verksamhet, cirka 50 procent. Personer med insatser enligt LSS kan ha flera insatser, till exempel daglig verksamhet och bostad med särskild service. Det finns därför vissa överlappningar i statistiken. Andelen kvinnor med kommunal hälso- och sjukvård är högre inom samtliga insatser, även om skillnaderna är små. Skillnaden är tydligast inom bostad med särskild service och personlig assistans.

Figur 10. Kommunal hälso- och sjukvård inom LSS

Andel personer med insatser enligt LSS, som fått kommunal hälso- och sjukvård under



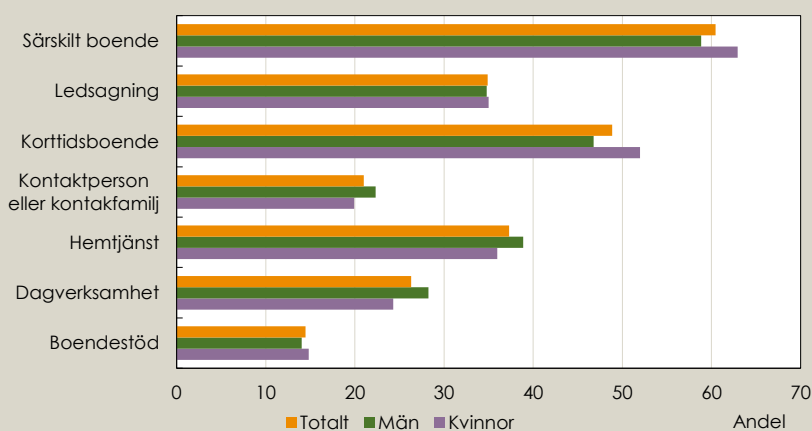
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt kommunal hälso- och sjukvård

Det är en lägre andel personer med kommunal hälso- och sjukvård inom SoL (0–64 år) än inom LSS. Förklaringen är troligen att personer med insatser enligt LSS har en högre samsjuklighet.

Totalt fick 1 764 personer inom SoL kommunal hälso- och sjukvård under 2020, vilket motsvarar 25,5 procent av samtliga personer med dessa insatser. Andelen med kommunal hälso- och sjukvård är högre bland män än kvinnor med insatser enligt SoL. Skillnaden är dock liten, 26 respektive 25 procent.

Figur 11. Kommunal hemsjukvård inom SoL 0-64 år

Andel personer med funktionsnedsättning 0-64 år som fått kommunal hälso-



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt kommunal hälso- och sjukvård

Provtagning är den vanligaste åtgärden

Kommunal hälso- och sjukvård som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan innehålla olika åtgärder. Socialstyrelsens analyser visar att de vanligaste åtgärderna bland personer med insatser enligt LSS är:

- Provtagning (ospecificerad)
- Vaccination
- Läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos
- Utprovning och förskrivning av rullstol

Inom SoL ser det något annorlunda ut:

- Provtagning (ospecificerad)
- Läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos
- Utprovning och förskrivning av rullstol
- Uppföljning av hjälpmedelsförskrivning (8)

Inom LSS är det vanligt med vaccinationer inom LSS, vilket troligen kan kopplas till vaccinering mot covid-19. Huruvida detta har bidragit till att fler inom LSS fick kommunal hälso- och sjukvård under 2020 är dock inte klarlagt.

Socialstyrelsens öppna jämförelser ger ytterligare kunskap om vilka insatser som ges inom ramen för kommunal hälso- och sjukvård. Det är relativt vanligt med standardiserade bedömningsmetoder för symtomskattning i boenden enligt LSS och SoL, 70 respektive 60 procent (tabell 7). Andelen har dock minskat betydligt sedan föregående år. 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. (13)

Det är fortfarande ovanligare med andra insatser än standardiserade bedömningsmetoder inom ramen för kommunal hälso- och sjukvård. Ovanligast är strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal samt multi-professionella demensteam, som endast förekommer i knappt 5 procent av landets kommuner.

Tabell 7. Kommunal hälso- och sjukvård inom bostad med särskild enligt LSS och särskilt boende enligt SoL

Andel kommuner som erbjuder viss kommunal hälso- och sjukvård inom LSS och SoL (0–64 år), uppdelat på indikator, andelen angiven i procent, 2020.

	LSS		SoL	
	2020	2021	2020	2021
Erbjuder enkel fotundersökning för att förebygga allvarliga fotproblem i bostad med stöd och service till vuxna enligt LSS och särskilt boende enligt SoL	33	30	33	26
Erbjuder vård och omsorg med multi-professionellt demensteam i bostad med stöd och service till vuxna enligt LSS och särskilt boende enligt SoL	21	34	21	3
Strukturerad uppföljning med vård- och omsorgspersonal med särskild kunskap om stroke i bostad med särskild service enligt LSS och särskilt boende enligt SoL	3	4	3	3
Standardiserad bedömningsmetod för symtomskattning vid läkemedelsbehandling i bostad med särskild service enligt LSS och särskilt boende enligt SoL	79	70	80	62

Källa: Öppna jämförelser kommunal hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2020, 2021).

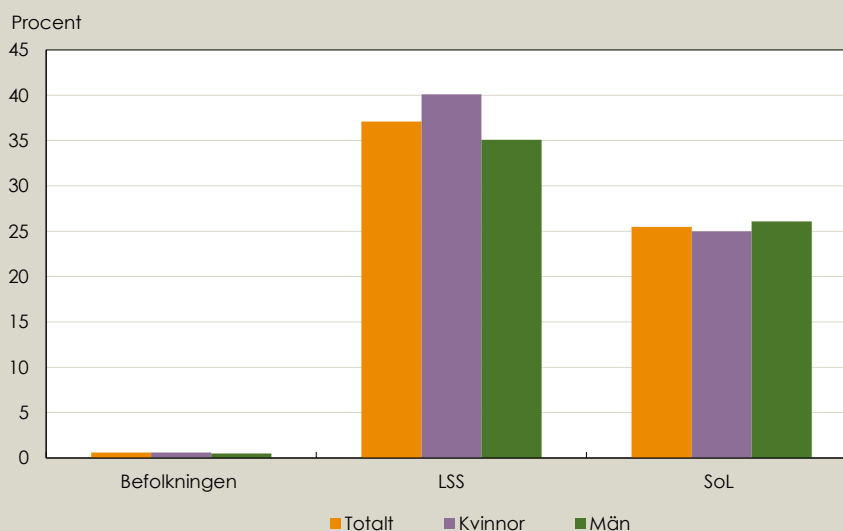
Fler kvinnor får hemsjukvård

Även inom hemsjukvård är andelen inom LSS högre än inom SoL (0–64 år). År 2020 fick totalt 37 procent av de med LSS insatser även hemsjukvård, motsvarande andel inom SoL var 25,5 procent (figur 12). De har andelarna är dock väsentligt högre än inom den övriga befolkningen under 65 år, där knappt 1 procent fick hemsjukvård.

Inom LSS ses en skillnad mellan kvinnor och män; andelen kvinnor med hemsjukvård var något högre. Motsvarande skillnad återfinns inte inom SoL (0–64 år) eller i den övriga befolkningen.

Figur 12. Andel personer med hemsjukvård inom LSS och SoL

Andel personer <65 år med hemsjukvård, inom LSS och SoL i jämförelse med övrig befolkning år 2020



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, SoL och kommunal hälso- och sjukvård

Hjälpmedelsförskrivning

Tabell 8 visar statistik över hjälpmedelsförskrivning till personer under 65 år, för år 2020. De vanligast förskrivna hjälpmedlen var tyngdtäcken, samtalsapparater och hörapparater. Drygt 37 000 personer förskrevs tyngdtäcken och drygt 11 000 förskrevs hörapparater.

Tabell 8. Förskrivning av hjälpmedel år 2020

Förskrivning av hjälpmedel, uppdelat på ålder, kön och hjälpmedelstyp, 2020.

	0–17 år	18–64 år
Eldrivna rullstolar med elektronisk styrning		
män	440	2 965
kvinnor	298	2 897
Samtalsapparater		
män	1 399	1 201
kvinnor	961	770
Tyngdtäcken		
män	9 759	27 714
kvinnor	5 548	13 895
Förstorande videosystem		
män	302	797
kvinnor	205	792
Hörapparater		
män	1 022	10 676
kvinnor	900	9 135
Transfibiella proteser		
män	54	339
kvinnor	34	190

Källa: Socialstyrelsens statistik över hjälpmedelsförskrivning (Socialstyrelsen, 2020).

Könsskillnader i förskrivning av hjälpmedel är tydligare i vissa åldersgrupper än andra. Hjälpmedelsprodukter uppdelat på kön och ålder, redovisat per 100 000 invånare, visar att pojkar är överrepresenterade i förhållande till flickor för nästan alla hjälpmedel när det gäller den yngsta åldersgruppen 0–17 år (tabell 9). Skillnaderna redovisas i form av prevalenskvoter:

- Prevalenskvot över 1 – en högre förskrivning av hjälpmedlet bland kvinnor jämfört med män.
- Prevalenskvot under 1 – en lägre förskrivning av hjälpmedlet bland kvinnor jämfört med män.
- Prevalenskvot lika med 1 – en förskrivning av hjälpmedlet är lika vanligt bland kvinnor och män.

Tabell 9. Förskrivning av hjälpmedel, fördelning mellan kvinnor och män

Förskrivning av hjälpmedel till kvinnor och män, skillnad beskriven i prevalenskvot, uppdelat på ålder och hjälpmedel, 2020.

	0–17 år	18–64 år
Utrustning för att spela in och återge ljud	0,7	1,2
Manuella vårdarmanövrerade rullstolar	0,8	1,4
Rollatorer	0,9	1,8
Gåstativ	0,8	1,7
Separat ställbar rygg- o. benstöd för säng.	0,9	1,8
Förstorande videosystem	0,7	1,1
Gåbord	1,3	1,5
Tyngdtäcken	0,6	2,1
Manuella tvåhjuldrivna rullstolar	0,8	1,1
Kalendrar och tidtabeller	0,8	1,3
Mobil lyft för stående person	0,5	1,3
Röstförstärkare för personligt bruk	-	2,2
Läsmaskiner	-	1
Mobil lyft för sittande person (slingsäten)	0,8	0,9
Säng och lösa sängben, elektriskt reglerbara	0,9	0,9
Eldriven rullstol med manuell direktstyrning	0,8	1,4
Eldrivna rullstolar med elektronisk styrning	0,7	1,1
tat. lyftar mont. på vägg. golv el. i tak	0,8	0,9
Hörapparater för innerörat	0,6	0,8
Gåstolar	0,9	0,9
Hörapparater bakom örat	0,9	0,9
Ur och klockor	0,4	1,1
Samtalsapparater	0,7	0,7
Transtibiella proteser	0,7	0,6
Programvara för närkommunikation	0,5	0,6
<i>Totalt</i>	0,6	1,3

Källa: Socialstyrelsens statistik över hjälpmedelsförskrivning (Socialstyrelsen, 2020).

Exempel på hjälpmedlen som är vanligare bland kvinnor än bland män, 18 år och äldre är:

- manuella vårdarmanövrerade rullstolar
- rollatorer
- gåstativ
- separata ställbara rygg- och benstöd för sängar
- gåbord
- tyngdtäcken
- kalendrar och tidtabeller.

Exempel på hjälpmedel som är vanligare bland män än bland kvinnor, 18 år och äldre:

- samtalsapparater
- programvara för närkommunikation.

Exempel på hjälpmedel som är lika vanliga (prevalenskvot=1) bland kvinnor och män sett över alla åldrar:

- eldrivna rullstolar med elektronisk styrning
- eldrivna rullstolar med manuell direktstyrning
- stationära lyftar monterade på väggar, golv eller i tak. (1)

Statistiken ger inga svar på orsakerna bakom dessa könsskillnader finns. Socialstyrelsen har tidigare dock konstaterat att mönstret inom hjälpmedelsförskrivning följer mönstret inom insatser enligt SoL: i de lägre åldrarna är pojkar i majoritet, men från och med 18 år är kvinnorna i majoritet (8). Detta kan till viss del ha att göra med att skillnader i förekomst av olika funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att det finns en bias i förskrivningen, som leder till ojämställdhet. Socialstyrelsen har tidigare tagit fram ett material kring jämställd hjälpmedelsförskrivning (14). Myndigheten bedömer att detta material behöver fortsätta spridas, i syfte att dels uppmärksamma förskrivare på eventuella skillnader i förskrivning, dels stärka jämställdhetsintegreringen inom området.

Kostnadsutveckling

I det här kapitlet beskrivs kostnadsutvecklingen för offentligt finansierade verksamheter för insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Kostnaderna är baserade på kommunernas räkenskapsammandrag som publiceras av Statistiska centralbyrån (SCB). Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för det egna åtagandet⁴⁶. För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2020 års priser⁴⁷. I bilaga 2 redovisas kostnaderna i löpande priser.

Sammanfattande iakttagelser

- År 2020 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt SoL (0-64 år) och LSS till 75,4 miljarder kronor. Kostnaderna fortsätter att öka, men en avmattning i ökningstakten syns mellan 2019 och 2020. Kostnaderna som andel av socialtjänstens totala kostnader har dock varit i stort sett oförändrad sedan 2016.
- De högsta kostnaderna ses för boende för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS. Det hänger bland annat samman med att många personer med funktionsnedsättning har beslut om dessa insatser.
- Kostnaderna för daglig verksamhet enligt LSS och hemtjänst enligt SoL minskade mellan 2019 och 2020. Detta är med all sannolikhet en konsekvens av pandemin, och nedstängda verksamheter och färre antal timmar per brukare.
- Sett över en 10-årsperiod har kostnaderna för insatser enligt LSS/SFB ökat med i genomsnitt 2,2 procent årligen. Sedan 2011 har kostnaderna för insatser enligt SoL/HSL ökat med i genomsnitt två procent årligen.

Kommunernas kostnader fortsätter att öka

År 2020 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt SoL (0–64 år) och LSS till 75,4 miljarder kronor (tabell 10). En viss avmattning kan ses i den årliga kostnadsökningstakten år 2019 och 2020 (0,1 procent respektive 0,9 procent) jämfört med perioden 2016–2018.

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning utgör 29 procent av socialtjänstens kostnader och har i stort sätt varit oförändrad sedan 2016 (ökning med cirka 0,3 procentenheter, se tabell 10). Detta kan jämföras med äldreomsorgen som står för 51 procent och individ-

⁴⁶ 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 regioner.

⁴⁷Som underlag för uppräknningen används Statistiska centralbyråns konsumtionsprisindex 2020 för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning. Fram till år 2016 användes ett annat konsumtionsindex.

och familjeomsorgen som står för 20 procent av kommunernas kostnader för socialtjänst. Kostnaderna som andel av kommunernas totala kostnader har ökat med runt 0,6 procentenhet under motsvarande period.

Tabell 10. Kostnader för insatser enligt LSS och SoL till personer med funktionsnedsättning

Kostnader för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning angivet som andel av socialtjänstens och kommunens kostnader samt BNP, andel angivet i procent, fasta pris, 2020 års pris.

	2016	2017	2018	2019	2020
Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning (miljarder kronor) *	70,1	71,4	74,7	74,7	75,4
Andel av socialtjänstens kostnader (%)	28,4	28,5	28,6	28,8	28,7
Andel av kommunernas kostnader (%)	10,3	10,5	10,6	10,7	10,9
Andel av BNP (%)	1,4	1,4	1,5	1,4	1,5

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2016–2020 och Prisindex 2020, Statistiska centralbyrån
*Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Under 2020 utgjordes majoriteten av kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning av insatser enligt LSS och SFB, 80 procent (tabell 11). Den största delen av dessa kostnader gäller boende, som utgjorde 33,8 miljarder kronor, 45 procent, av kostnaderna. Den näst största kostnadsposten var för personlig assistans enligt LSS/SFB som utgjorde 12,6 miljarder kronor, vilket motsvarar 17 procent av kostnaderna.

Kostnaderna för insatser enligt SoL/HSL uppgick till 15,1 miljarder kronor, vilket motsvarar 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 5,7 miljarder kronor och vård och omsorg i öppen verksamhet till 0,7 miljarder kronor.

Tabell 11. 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 angivet i procent, fast pris, 2020 års pris, 2016–2020.

	Kommunernas kostnader					Förändring av kostnader 2016–2020	
	2016	2017	2018	2019	2020	Mdkr	%
Summa insatser enligt LSS	55,2	56,5	59,1	59,5	60,3	5,1	9,3
Boende enligt LSS	29,7	30,4	32,0	32,6	33,8	4,1	13,7
Varav							
Boende för vuxna	27,8	28,4	29,9	30,6	31,6	3,8	13,8
Boende för barn	1,9	1,9	2,1	2,1	2,1	0,2	12,4
Personlig assistans enligt LSS/SFB*	11,5	12,1	12,6	12,5	12,6	1,0	8,9
Daglig verksamhet enligt LSS	8,5	8,7	9,2	9,1	9,0	0,5	5,5
Övriga insatser enligt LSS	5,4	5,3	5,3	5,3	5,0	-0,4	-8,0

	Kommunernas kostnader					Förändring av kostnader 2016–2020	
	2016	2017	2018	2019	2020	Mdkr	%
Summa insatser enligt SoL/HSL	14,9	14,9	15,5	15,2	15,1	0,2	1,0
Stöd i ordinärt boende enligt SoL**	8,8	8,7	9,0	8,9	8,7	-0,2	-2,2
Varav							
Hemtjänst/boendestöd	6,7	6,6	6,7	6,7	6,6	-0,1	-1,8
Korttidsboende	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	-0,1	-10,3
Övriga biståndsbedömda insatser	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9	-0,1	-9,2
Dagverksamhet	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,1	24,7
Särskilt boende enligt SoL	5,4	5,5	5,7	5,6	5,7	0,3	6,3
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7	0,0	0,9
Kommunernas totala kostnad för stöd till personer med funktionsnedsättning	70,1	71,4	74,7	74,7	75,4	5,3	7,5

*Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

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

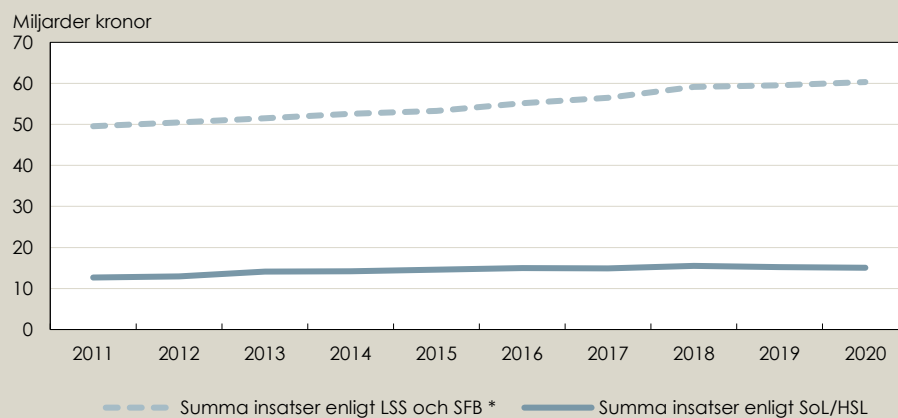
Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2016–2020 och Prisindex 2020, Statistiska centralbyrån

Under 2016–2020 ökade kommunernas kostnader inom funktionshinderområdet med sammanlagt 7,5 procent (5,3 miljarder kronor) i fasta priser. Boende enligt LSS står för den största kostnadsökningen. Under perioden ökade dessa kostnader med runt 14 procent (tabell 11).

Sett över en 10-årsperiod har kostnaderna för insatser enligt LSS/SFB ökat med i genomsnitt 2,2 procent årligen (figur 13). Sedan 2011 har kostnaderna för insatser enligt SoL/HSL ökat med i genomsnitt två procent årligen. Fördelningen av kommunens kostnader mellan LSS och SoL har varit relativt stabil över tid, LSS har stått för runt 80 procent av kostnaderna medan SoL har stått för 20 procent av kostnaderna.

Figur 13 Kostnadsutveckling inom funktionshinderområdet över tid

Fast pris, 2020 års pris.



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

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2016–2020 och Prisindex 2020, Statistiska centralbyrån

Kostnadsökningen inom personlig assistans har mattats av

År 2020 uppgick kommunernas kostnader för personlig assistans till 12,6 miljarder kronor (exklusive ersättning från Försäkringskassan). Mellan 2016 och 2020 har dessa kostnader ökat med cirka 8,9 procent (tabell 12). Framförallt ökade kostnaderna mellan 2016 till 2018. Därefter syns en avmattning i kostnadsutvecklingen.

I kommunernas kostnader för personlig assistans ingår ett kostnadsansvar för de första 20 timmarna per vecka för beslut om statlig assistansersättning enligt SFB⁴⁸. Under perioden 2016–2020 har denna kostnadspost minskat med runt två miljarder kronor, tänkbar förklaring är att antalet beslut om statlig assistansersättning har blivit färre.

Kommunerna kan även vara utförare av statlig assistansersättning. I de fallen får kommunerna ersättning från Försäkringskassan. Under 2016–2020 har denna kostnadspost minskat med 2,3 miljarder. Möjliga förklaringar är att allt färre personer med statlig assistansersättning väljer kommunen som utförare i kombination med färre beslut om statlig assistansersättning.

⁴⁸ 51 kap. 22 § SFB.

Tabell 12. Kommunernas kostnadsutveckling för personlig assistans

Kommunernas kostnader för personlig assistans, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angivet i procent, 2016–2020, fasta priser, 2020 års pris.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2016–2020	
	2016	2017	2018	2019	2020	Mdkr	%
Kostnader för personlig assistans	11,5	12,1	12,6	12,5	12,6	1,0	8,9
Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	6,5	5,0	4,9	4,5	4,4	-2,0	-31,7
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning*	7,7	6,9	6,5	5,9	5,4	-2,3	-30,1
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	19,2	19	19,1	18,4	18	-1,3	-6,7

* Denna kostnad ersätts av Försäkringskassan.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2016–2020 och Prisindex 2020, Statistiska centralbyrån

Kostnadsminskning i regionerna

Regionernas kostnader för funktionshinders- och hjälpmedelsverksamhet ökade mellan 2016 till 2019. Kostnaderna minskade från 8,2 miljarder kronor år 2019 till 7,7 miljarder år 2020 (tabell 13). I dessa kostnader ingår övergripande funktionshinderfrågor och verksamheter vid hjälpmedelscentraler, hörselcentraler, syncentraler och inkontinenshjälpmedelsfunktioner. Även bidrag till funktionshindersorganisationer ingår i dessa kostnader, liksom tolkservice till döva och dövblinda. Under pandemin påverkades bland annat tillgången till taktill teckentolk negativt (7). Det är dock svårt att inom ramen för denna lägesrapport dra slutsatser kring orsaker bakom minskningen år 2020 och huruvida den är relaterad till covid-19-pandemin.

Tabell 13. Regionernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning

Regionernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 2016–2020, kostnader angivet i miljarder kronor, andelen angiven i procent, fasta priser, 2020 års pris.

	2016	2017	2018	2019	2020	Förändring 2016–2020	
						Mdkr	%
Funktionshinder- / hjälpmedelsverksamhet	8,0	8,0	8,4	8,2	7,7	-0,3	-3,5

Källa: Regionernas räkenskapsammandrag 2016–2020 och Prisindex 2020, Statistiska centralbyrån. Rikstotal är exklusive Gotland.

Små skillnader i total kostnadsutveckling för LSS i olika kommungrupper

Under perioden 2016–2020 har den totala kostnaden för insatser enligt LSS ökat i samtliga tre kommungrupper (tabell 14). Kostnaderna har ökat mest för *mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner* (runt tio procent sedan 2016). I denna såväl som i de övriga kommungrupperna har kostnadsökningen stannat av mellan 2018 och 2019. Per invånare lägger *mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner* mer på insatser enligt LSS än övriga kommungrupper. År 2020 uppgick kostnaden per invånare till runt 6 400 kronor i mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner, vilket kan jämföras med runt 5 200 och 6 100 kronor i *storstäder och storstadsnära kommuner* respektive *större städer och kommuner nära större stad*. Orsakerna bakom de regionala skillnaderna är inte klarlagda, men är troligen en konsekvens av skillnader i förekomst av personer med funktionsnedsättning samt lägre kostnader för exempelvis lokaler.

Tabell 14. Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS*

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 2016–2020, kostnader angivet i miljarder kronor, andelen angiven i procent, fasta priser, 2020 års pris.

	Kostnader, miljarder kronor (mdkr)					Förändring 2016–2020	
	2016	2017	2018	2019	2020	Mdkr	%
Storstäder och storstadsnära kommuner	18,4	18,7	19,5	19,7	19,9	1,5	8,3 %
Större städer och kommuner nära större stad	22,0	22,6	23,7	23,8	24,1	2,1	9,5 %
Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	14,8	15,2	15,9	16,0	16,3	1,5	10,4 %
Totalt	55,2	56,5	59,1	59,5	60,3	5,1	9,3 %

*Insatser enligt LSS/SFB exklusive ersättning från Försäkringskassan

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2016–2020 och Prisindex 2020, Statistiska centralbyrån

Merkostnader till följd av covid-19-pandemin

Covid-19-pandemin har inneburit påfrestningar och kostnader för kommuner och regioner bland annat genom krav på anpassning av verksamheterna för att hantera den rådande situationen.

Under 2020 ökade statens kostnader för utbetalda statsbidrag till kommuner och regioner markant jämfört med året innan, motsvarande 30 procent. Denna ökning kan i hög grad förklaras av ökade resurser till kommuner och regioner till följd av covid-19-pandemin. Utbetalda statsbidrag uppgick till 275,8 miljarder kronor år 2020⁴⁹, varav 50 miljarder uppstod som en konsekvens av pandemin enligt en sammanställning från Statskontoret (15). Pandemirelaterade statsbidrag för äldreomsorgen och personer med funktionsnedsättning uppgår till drygt sex miljarder kronor enligt uppskattning från

⁴⁹ Notera att detta inte enbart avser hälso- och sjukvård och socialtjänst.

SKR(15). Data från SCB tyder på att kommunernas bruttokostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning ökade (exklusive ersättning från försäkringskassan), samtidigt är utvecklingen av nettokostnaderna är mer dämpad (minskade i fasta priser). En tänkbar förklaring är att de ökade statsbidragen för merkostnader till följd av pandemin dämpat nettokostnadsutvecklingen.

Under 2020 ökade bland annat kommunernas kostnader för personlig assistans inom LSS, samtidigt minskade kostnaderna för daglig verksamhet och övriga insatser enligt LSS, se ovanstående tabell 11. Det är dock svårt att utifrån de data som ligger till grund för denna lägesrapport säga om detta är en konsekvens av pandemin. Vad gäller insatser till personer med funktionsnedsättning har daglig verksamhet i vissa fall ställts in under perioder. I vissa fall har detta inneburit ökat behov av personlig assistans inom LSS(7). Samtidigt har utbetalningsgraden, faktiskt utbetalning i förhållande till beviljade timmar, vad gäller personlig assistans minskat under 2020 jämfört med 2019 (från 98,6 procent till 96,9 procent). Försäkringskassan har lyft att en tänkbar förklaring är att personer avstått från aktiviteter utanför hemmet till följd av pandemin. Det är dock svårt att konstatera om den lägre utbetalningsgraden är en effekt av covid-19-pandemin eller om det är en tillfällig variation (16).

Ekonomiska villkor för den enskilde

I det här kapitlet belyser Socialstyrelsen olika aspekter av den enskildes ekonomiska villkor: habiliteringsersättning, ekonomiskt bistånd och avgifter för hjälpmedel. I den mån det är möjligt gör myndigheten jämförelser över tid.

Sammanfattande iakttagelser

- De flesta kommuner, men inte alla, ersätter omkostnader för ledsagare enligt LSS, (85 procent).
- I stort sett alla kommuner betalar ut habiliteringsersättning till deltagare i daglig verksamhet (99 procent). Statsbidraget som betalas ut främjar deltagande i daglig verksamhet, och det har fortsatt att betalas ut under pandemin.
- Hjälpmedelsavgifterna varierar mellan regioner och kommuner. Det gäller framförallt avgifter för vuxna. Det finns även enstaka exempel på regioner och kommuner som tar ut hjälpmedelsavgifter för barn, till exempel när det gäller ortoser och cyklar. De regionala skillnaderna i hjälpmedelsavgifter kvarstår över tid och skapar ojämlika förutsättningar för de enskilda.
- Ekonomiskt bistånd är fortfarande vanligare bland personer med insatser enligt LSS eller SoL 0–64 år, jämfört med övrig befolkning. Biståndet är vanligast bland personer med insatser enligt SoL än med insatser enligt LSS, 19 respektive 5 procent. Förekomsten av ekonomiskt bistånd i dessa grupper har minskat med någon procentenhet sedan 2018. Andelen med långvarigt bistånd har dock ökat.

De flesta kommuner ersätter omkostnader för ledsagare

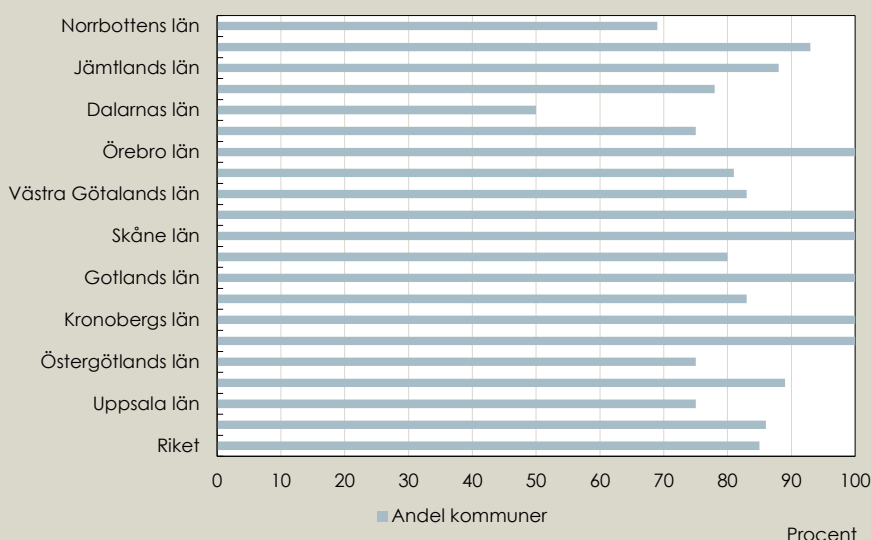
Ledsagning syftar till att bryta den enskildes isolering, underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att komma ut och att delta i samhällslivet, till exempel besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet (prop. 1992/93:159 s. 74 och 178). Ett sätt att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättning att delta i samhällslivet är att betala för ledsagares omkostnader. I förarbetena till LSS uttalades att en viktig handikappolitisk princip är att människor inte ska ha merkostnader på grund av funktionshinder (Prop. 1992/93:159 s. 99).

Under 2020 ersatte 85 procent av kommunerna omkostnader för ledsagare enligt LSS (figur 14). I flera län ersatte samtliga kommuner dessa omkostnader: Örebro, Halland, Skåne, Gotland, Kronoberg och Jönköping. Den lägsta andelen kommuner som ersätter omkostnader för ledsagare finns i Dalarnas

län, 50 procent. Exempel på omkostnader kan vara entréavgifter. Att ersätta för ledsagares omkostnader innebär att kommunen helt eller delvis står för omkostnaderna, det vill säga att kommunen ersätter ledsagarens faktiska omkostnader eller att ersättning till exempel ges enligt ett schablonbelopp eller ledsagarkort som kommunen betalar⁵⁰.

Figur 14. Andel kommuner som ersätter ledsagares omkostnader

Andel kommuner som ersätter omkostnader för ledsagare enligt LSS, uppdelat



* Exklusive Västernorrlands, där bortfallet av kommuner översteg 20 procent

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser LSS

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 2020 betalade nästan samtliga av landets kommuner (99 procent) ut habiliteringsersättning till personer med beslut om daglig verksamhet enligt LSS. Det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser (17). 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

⁵⁰ Ledsagares omkostnader kan ersättas med stöd av 4 kap. 1 eller 2 §§ SoL.

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).⁵¹

Under 2020 rekviderade totalt 274 kommuner medel från Socialstyrelsen, varav 50 kommuner inte hade habiliteringsersättning året före⁵²(18).

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 att de inte vill höja ersättningen ett år för att behöva sänka den året därpå om statsbidraget uteblir. (18)

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 (18). 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. (18)

⁵¹ Uppdraget gavs till Socialstyrelsen i myndighetens regleringsbrev för 2018: ”Socialstyrelsen ska fördela 350 000 000 kronor till kommunerna i stimulansbidrag för habiliteringsersättning under 2018. Medlen ska fördelas utifrån antalet deltagare som finns i daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) i kommunen, enligt den senaste statistik som Socialstyrelsen har. Medlen ska rekvideras från Socialstyrelsen utan ansökningsförfarande. Socialstyrelsen ska ange de villkor som ska vara uppfyllda för att få del av medlen. Medel som inte har rekviderats, det datum som Socialstyrelsen beslutar, får fördelas till de kommuner som angivit att de önskar ta del av dessa medel.”

⁵² Jämförelse görs med öppna jämförelser av LSS våren 2018. Uppgifterna ska tolkas med viss försiktighet då det förekommer vissa bortfall i öppna jämförelser.

Fortsatt utbetalning trots pandemin

Under 2020 har Socialstyrelsen fortsatt betala ut statsbidraget för habiliteringsersättning, trots att verksamheterna påverkats i hög utsträckning av covid-19⁵³. 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 ändrades 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.

Stora skillnader i avgifter för hjälpmedel

Den enskildes kostnader för hjälpmedel varierar (1). Variationerna beror dels på den enskildes ålder, dels på typ av hjälpmedel men också var i landet personen bor. Socialstyrelsens statistik visar att kommunerna och regionerna vanligen inte tar ut en avgift för hjälpmedel⁵⁴: 56 procent av hjälpmedlen i kommunerna och 68 procent av hjälpmedlen i regionerna är utan kostnad för den enskilde (tabell 15). Vissa huvudmän tar dock ut abonnemangsavgifter, vilket kan göra det kostsammare för den enskilde om hen använder hjälpmedlet under flera år, jämfört med en engångsavgift. Abonnemangsavgiften utgör knapp 20 procent för kommuner respektive 18 procent för regioner av hjälpmedelsavgifterna.

Endast två regioner uppger att de har ett högkostnadsskydd på några av hjälpmedlen. Exempelvis finns det högkostnadsskydd för ortoser⁵⁵ och TENS⁵⁶ i region Halland medan region Värmland har högkostnadsskydd för alla sina hjälpmedel. Även några kommuner uppgav att de hade högkostnadsskydd för hjälpmedel.⁵⁷ Vissa regioner har även uppgett att de tar ut reparationsavgifter. De hjälpmedlen med högst reparationsavgift är eldrivna rullstolar och cyklar.

De flesta regionerna tar ut en avgift för individer över 18 år för respektive hjälpmedel. Samtliga 20 regioner som svarat tar ut en avgift för ortopediska skor. Flertalet regioner tar ut en avgift för ortoser och hörhjälpmedel. Nio regioner tar ut en avgift för synhjälpmedel.

⁵³ <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/kommuner/statsbidrag-for-habiliteringsersattning/>

⁵⁴ Med avgift menas avgift för den enskilde för hjälpmedel. De avgifter som inkluderas är abonnemangsavgift, egenavgift och förskrivningsavgift.

⁵⁵ Ortoser är ett samlingsnamn för hjälpmedel som används som ett yttre stöd på en kroppsdel.

⁵⁶ TENS är en förkortning av transkutan elektrisk nervstimulering och används som smärtlindring.

⁵⁷ Det var dock ingen obligatorisk uppgift, vilket innebär att det av statistiken inte framgår om resterande regioner eller kommuner har ett högkostnadsskydd.

Tabell 15. Förekomst av hjälpmedelsavgifter för enskilda över 18 år

Andel kommuner som tar ut hjälpmedelsavgifter för enskilda över 18 år, redovisat per hjälpmedelsområde, 2020, andel angiven i procent.

Typ av hjälpmedel	Ingen avgift	Tar ut avgift	Antal regioner som svarat
Synhjälpmedel	50	50	18
Hörhjälpmedel	15	85	20
Ortopediska skor	0	100	20
Ortoser	11	89	19

Källa: Socialstyrelsens statistik över hjälpmedelsförskrivning (Socialstyrelsen, 2020).

Det är färre regioner som tar ut avgifter för hjälpmedel till barn och unga under 18 år. Ingen av regionerna har uppgett någon avgift för barn angående hörhjälpmedel eller synhjälpmedel (tabell 16). Däremot uppger två regioner att de tar ut avgifter för ortoser och 16 regioner uppger att de tar ut en avgift för ortopediska skor.

Tabell 16. Förekomst av hjälpmedelsavgifter för enskilda under 18 år

Andel kommuner som tar ut hjälpmedelsavgift för den enskilde under 18 år, redovisat per hjälpmedelsområde, 2020, andel angiven i procent.

Typ av hjälpmedel	Ingen avgift	Tar ut avgift	Antal regioner som svarat
Synhjälpmedel	100	0	16
Hörhjälpmedel	100	0	20
Ortopediska skor	16	84	19
Ortoser	88	12	17

Källa: Socialstyrelsens statistik över hjälpmedelsförskrivning (Socialstyrelsen, 2020).

Det finns även regionala skillnader i hur stora avgifterna är:

- **Synhjälpmedel:** Hälften av regionerna tar ut en avgift för vuxna, som varierar mellan 100 kronor och 780 kronor för vuxna.
- **Hörhjälpmedel:** 85 procent av regionerna tar ut en avgift för vuxna, som varierar mellan 340 och 1 200 kronor. Därutöver tar region Värmland ut en avgift som en procentuell andel av hjälpmedlets värde (20 procent av hjälpmedlets värde) och har ett högkostnadsskydd för hörhjälpmedel.
- **Ortopediska hjälpmedel:** Alla regioner tar ut en egenavgift för ortopedtekniska skor för vuxna⁵⁸. Avgifterna varierar mellan 100 kronor och 1 000 kronor. Exempelvis har Jönköping en egenavgift som motsvarar 50 procent av totalpriset, max 1 000 kronor för den enskilde. Gävleborg, som tar ut den lägsta avgiften för ortopediska skor, har samma avgift för alla typer hjälpmedel
- **Ortoser:** Samtliga regioner, utom två, tar ut en avgift för vuxna. Avgiften för vuxna varierar mellan 100 och 800 kronor. I region Gotland betalar den enskilde den faktiska kostnaden, med ett maxtak på 300 kronor. Region Södermanland tar ut en avgift som varierar mellan 100 kronor och 300 kronor. I region Västmanland betalar den vuxne hela kostnaden själv. Två

⁵⁸ Vanligtvis tar regionerna ut en avgift för ortopediska skor, eftersom alla personer ändå behöver köpa egna skor.

regioner tar ut avgifter för barn. På Gotland betalar barn samma avgift som vuxna. I Västmanland är avgiften 300 kronor för barn som hämtar ut ortoser. (2-4)

Det finns hjälpmedel där både kommuner och regioner ansvarar för kostnaden. Ett sådant exempel är cyklar som är anpassade för personer med funktionsnedsättning. Femton regioner och 62 kommuner uppger att de förskriver detta hjälpmedel. Avgifterna skiljer sig åt. I vissa regioner är cyklarna kostnadsfria, i andra överstiger avgiften 7 000 kronor. Drygt 60 procent av de kommuner som förskriver cyklar tar ut en av avgift. Även här varierar avgifterna, mellan 150 och 7 100 kronor. (1)

Ett annat exempel är eldriven rullstol, där nio regioner uppger att de tar ut en avgift för vuxna. Avgiften varierar mellan 100 kronor och 1 150 kronor. Knappt hälften av kommunerna tar ut en avgift för vuxna, som varierar mellan 80 och 1 500 kronor.

Ett tredje exempel är kognitiva hjälpmedel. Flertalet regioner (16 stycken) tar inte ut någon avgift för dessa hjälpmedel, varken för barn eller för vuxna. Fyra regioner tar ut en avgift för personer över 18 år. Där varierar avgifterna mellan 100 kronor och 780 kronor. Enbart en region tar ut en avgift för barn motsvarande 400 kr. Kommunernas avgifter för kognitiva hjälpmedel varierar mellan 0 kronor och 960 kronor. Majoriteten av kommunerna tar dock inte ut någon avgift. (1)

Regionala skillnader i hjälpmedelsavgifter kvarstår över tid

Socialstyrelsens statistik visar att det fortfarande är regionala skillnaderna i hjälpmedelsavgifter för den enskilde. Skillnaderna gäller framförallt hjälpmedel för vuxna, men i vissa fall även hjälpmedel för barn. En jämförelse med tidigare kartläggning visar att skillnaderna består över tid. År 2016 konstaterade Socialstyrelsen att det fanns stora skillnader både inom och mellan (dåvarande) landsting, regioner och kommuner när det gäller avgifter inom hjälpmedelsområdet:

- Samtliga (dåvarande) landsting och regioner tog ut någon form av avgift i samband med hjälpmedelsförskrivning.
- Drygt hälften av alla kommuner tog ut avgifter i samband med hjälpmedelsförskrivning. (8)

Skillnaderna handlade både om att avgifter tas ut och för vilka hjälpmedel avgifter gällde. Det fanns också stora skillnader i avgifternas storlek. Socialstyrelsens konstaterade då att hjälpmedelsanvändare ges olika förutsättningar att få tillgång till de förskrivna hjälpmedlen. (8) Avgifterna kan bidra till en ojämlig hjälpmedelsförsörjning i landet. Även om det inte är möjligt att fullt ut jämföra resultaten från 2016 års kartläggning med statistiken över området, så kan Socialstyrelsen ändå konstatera att de tidigare slutsatserna kvarstår.

Långvarigt ekonomiskt bistånd ökar

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.

Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

4 kap. 1 § och första och fjärdestyckena, SoL.

Det är vanligare med ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt LSS och SoL⁵⁹ än i den övriga befolkningen. Skillnaden är störst inom SoL, där det är mer än 5 gånger så vanligt med ekonomiskt bistånd jämfört med den övriga befolkningen (tabell 17). Inom denna grupp är personer med psykisk funktionsnedsättning överrepresenterade. Socialstyrelsen har tidigare lyft den ekonomiska utsattheten hos denna grupp (19). Inom SoL är det dessutom möjligt att ta ut avgifter för stöd i större utsträckning än inom LSS, vilket i sin tur kan bidra till skillnaderna mellan SoL och LSS. (19)

Tabell 17. Förekomst av ekonomiskt bistånd inom LSS och SoL (0–64 år)

Förekomst av ekonomiskt bistånd, uppdelat på personer 19–64 år med insatser enligt SoL och LSS samt övrig befolkning, 2020.

		Andel med ekonomiskt bistånd
Insatser enligt SoL	Kvinnor	18,6
	Män	19,7
	Totalt	19,1
Insatser enligt LSS	Kvinnor	4,6
	Män	5,2
	Totalt	5,0
Övrig befolkning	Kvinnor	3,4
	Män	3,6
	Totalt	3,5

Källa: Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd.

Förekomsten av ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt LSS och SoL⁶⁰ har minskat med ungefär en procentenhet sedan 2018. Det är dock en högre andel som har ekonomiskt bistånd under en längre period. Andelen med långvarigt ekonomiskt bistånd har ökat med någon procentenhet inom såväl personkrets 1 som personkrets 2. Ökningen gäller både kvinnor och män. Andelen med långvarigt ekonomiskt bistånd inom personkrets 3 är oförändrad.

Det är något fler män än kvinnor med funktionsnedsättning som någon gång under året fått ekonomiskt bistånd (figur 15). Skillnaden återfinns inom

⁵⁹ 0–64 år.

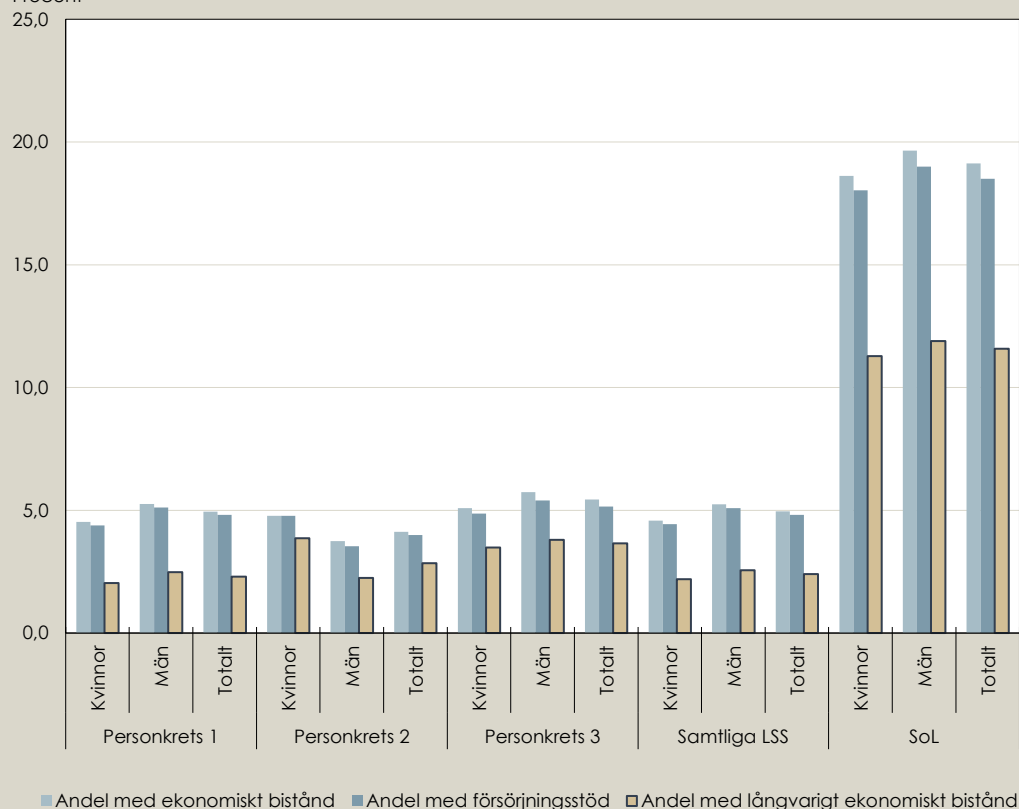
⁶⁰ 0–64 år.

såväl SoL som LSS, med undantag för personkrets 2 där kvinnorna är i majoritet. Samma mönster ses för långvarigt ekonomiskt bistånd. Denna skillnad har kvarstått över tid, men Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa orsaken bakom skillnaden. Samma könsskillnader återfinns dock när det gäller ekonomiskt bistånd till den övriga befolkningen.

Figur 15. Förekomst av ekonomiskt bistånd inom LSS och SoL

Förekomst av ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt LSS och SoL (0-64 år), uppdelat på personkrets och typ av bistånd, 2020.

Procent



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, SoL och ekonomiskt bistånd.

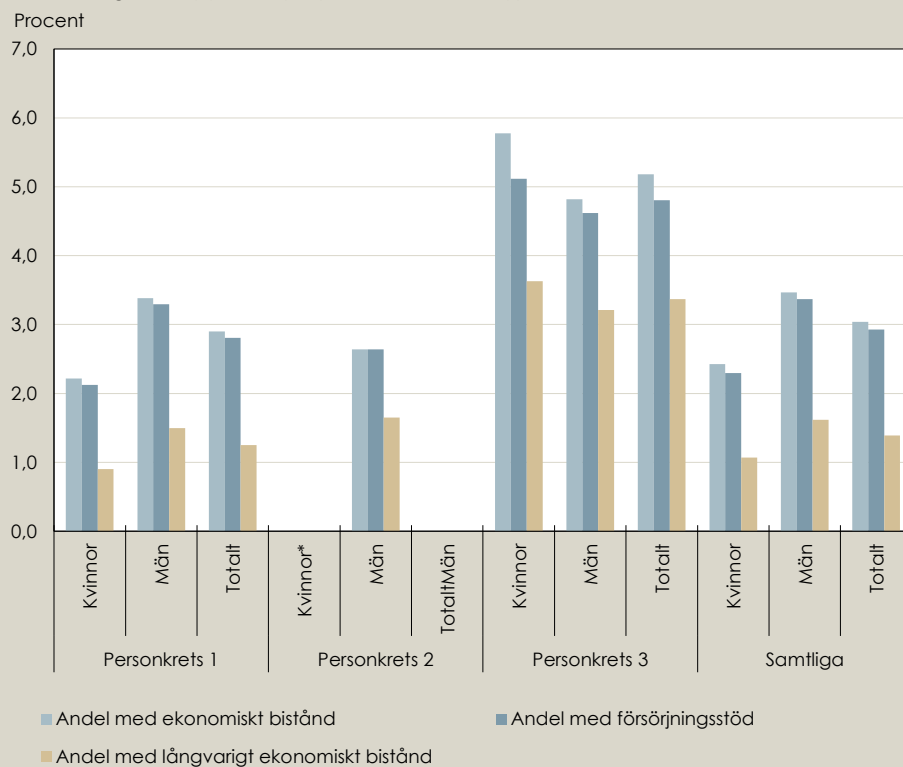
Färre med ekonomiskt bistånd i bostad med särskild service

Förekomsten av ekonomiskt bistånd är lägre bland personer med insatsen bostad med särskild service enligt LSS än för samtliga personer med LSS-insatser. Undantaget är grupp 3 där 5,2 procent fick ekonomiskt bistånd någon gång under året (figur 16). Andelen är något högre bland kvinnorna än bland männen, 5,8 respektive 4,8 procent.

En förklaring till att förekomsten av ekonomiskt bistånd är lägre bland personer i bostad med särskild service jämfört med andra är att många i gruppen har statligt bostadstillägg (85 procent). En annan förklaring kan vara att en del kommuner har infört hyressubventioner för bostad med särskild service, såsom kommunalt bostadstillägg eller maxhyra (38 procent). (2-4)

Figur 16. Förekomst av ekonomiskt bistånd i bostad med särskild service enligt LSS

Förekomst av ekonomiskt bistånd bland personer i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS, uppdelat på personkrets samt typ av bistånd.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt ekonomiskt bistånd.

Psykisk ohälsa

I detta kapitel lyfter Socialstyrelsen psykisk ohälsa bland personer med funktionsnedsättning. Fokus ligger framförallt på psykisk ohälsa i form av psykiatriska diagnoser, liksom vård och behandling. Även självsattad psykisk ohälsa belyses till viss del. I kapitlet belyses även pandemins konsekvenser för den psykiska hälsan hos personer med funktionsnedsättning.

Sammanfattande iakttagelser

- Psykisk ohälsa är fortfarande vanligare bland personer med insatser enligt LSS jämfört med den övriga befolkningen. Förekomsten av schizofrenidiagnoser och ångestdiagnoser är upp till sju gånger vanligare. Även könsskillnader i förekomsten av psykiatriska diagnoser kvarstår. Ett exempel är att schizofreni och liknande tillstånd är vanligare bland män samtidigt som ångest och depression är vanligare bland kvinnor. Det mönstret ser likadant ut inom LSS som i den övriga befolkningen.
- Förskrivning av psykofarmaka till personer med insatser enligt LSS fortsätter att öka över tid. Ökningen mattades dock av mellan 2020 och 2021, till exempel när det gäller lugnande läkemedel och sömnmedel. Det beror troligen på att förskrivningen var särskilt hög under 2020, till följd av isolering och begränsade sociala kontakter.
- Under perioden 2020 – juni 2021 minskade antalet suicid och suicidförsök något bland personer med insatser enligt LSS, jämfört med åren innan. Undantaget är personkrets 1, där andelen låg kvar på samma nivå för männen samtidigt som den ökade något för kvinnorna. Förekomsten av suicid och suicidförsök är fortfarande något högre bland dessa grupper jämfört med den totala befolkningen.
- Under 2020 minskade andelen psykiatriska diagnoser samt vårdtillfällen inom den psykiatriska vården bland personer med insatser enligt LSS. Samtidigt vittnar såväl verksamheter, som forskare och intresseorganisationer om en ökad psykisk ohälsa inom LSS till följd av pandemin. Det har inte varit möjligt att analysera orsaken till det minskade antalet diagnoser och vårdtillfällen. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att det minskade antalet psykiatriska diagnoser och vårdtillfällen kan bero på begränsad tillgång till vården, snarare än en minskning av den psykiska ohälsan. Det är inte otänkbart att det har varit svårt att tillgodose vårdbehoven hos dessa grupper med digitala lösningar. Även förändrat sökmönster på grund av pandemin är tänkbart.

Vanligare med psykisk ohälsa inom LSS

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att psykiatriska diagnoser är vanliga bland personer som hör till grupp 1 i LSS personkrets, där bland personer

med intellektuell funktionsnedsättning eller autism ingår (19). I årets lägesrapport har Socialstyrelsen valt att analysera förekomsten av psykiatriska diagnoser i alla tre grupper inom LSS´ personkrets⁶¹.

Analyserna i årets lägesrapport bekräftar den tidigare bilden. Förekomsten av psykiatriska diagnoser är högre bland personer inom LSS i den övriga befolkningen⁶² (tabell 18 och 19). Förekomsten är högre inom samtliga personkretsar. Största skillnaden återfinns inom schizofreni, där förekomsten är sju gånger vanligare bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism än i den övriga befolkningen. Adhd är uppemot 7 gånger vanligare bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism. Ångest är i sin tur mer än dubbelt så vanligt.

Psykisk ohälsa är även vanligt bland personer med förvärvad hjärnskada (personkrets 2). Hos denna grupp är schizofreni och depression vanligast, och är sju gånger så vanligt respektive dubbelt så vanligt jämfört med övrig befolkning.

Inom personkretsens tredje grupp är schizofreni vanligt, och återfinns hos var femte person. Det förklaras av att många inom socialpsykiatri har denna personkretstillhörighet.

Tabell 18. Förekomst av psykiatriska diagnoser bland män med insatser enligt LSS,

Förekomst av psykiatriska diagnoser bland män med insatser enligt LSS, uppdelat på diagnos och personkretstillhörighet, alla åldrar, jämförelse med övrig befolkning, 2018 och 2020, andel angiven i procent.

	Personkrets 1		Personkrets 2		Personkrets 3		Övrig befolkning	
	2018	2020	2018	2020	2018	2020	2018	2020
F20–F29 Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	2,26	2,27	2,69	2,22	21,72	19,37	0,30	0,31
F30–F39 Förstämningsyndrom, depression	1,86	1,63	1,98	2,06	2,02	1,65	0,77	0,76
F40–F49 Ångestsyndrom och stressrelaterade syndrom	2,50	2,08	1,66	1,50	2,20	2,20	0,82	0,79
F50–F59 Ätstörningar	0,20	0,16	–	0,00	0,27	–	0,08	0,08
F60–F69 Personlighetsstörningar	0,39	0,35	0,32	0,40	1,01	0,70	0,10	0,09
F90–F98 Adhd, add	7,47	7,18	0,71	0,95	1,62	1,77	1,14	1,33
F99 Ospecifierad psykisk störning	0,23	0,16	–	0,32	0,52	0,24	0,04	0,04

Källa: Socialstyrelsens patientregister och register över insatser enligt LSS.

Det finns vissa könsskillnader när det gäller förekomsten av psykiatriska diagnoser. Det mönstret ser likadant ut bland personer med insatser enligt LSS

⁶¹ Grupp 1 personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd (personkrets 1), grupp 2: personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom (personkrets 2), grupp 3 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 (personkrets 3).

⁶² Förekomsten av psykiatriska diagnoser som huvud- eller bidiagnoser i patientregistret år 2017 och 2018.

och i den övriga befolkningen. Något fler män har fått någon form av schizofrenidiagnos och adhd-diagnos, medan kvinnorna är i majoritet när det gäller ångestrelaterade sjukdomar och förstämningssyndrom (tabell 18 och 19).

Tabell 19. Förekomst av psykiatriska diagnoser bland kvinnor med insatser enligt LSS

Förekomst av psykiatriska diagnoser bland kvinnor med insatser enligt LSS, uppdelat på diagnos och personkretsstillhörighet, alla åldrar, jämförelse med övrig befolkning, 2018 och 2020, andel angiven i procent.

	Personkrets 1			Personkrets 2			Personkrets 3			Övrig befolkning		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
F20–F29 Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	2,04	2,17	2,27	1,97	1,84	1,97	15,98	16,01	14,68	0,26	0,26	0,26
F30–F39 Förstämningssyndrom, depression	2,95	2,84	1,63	4,34	3,55	2,76	3,98	3,16	3,03	1,31	1,31	1,26
F40–F49 Ångestsyndrom och stressrelaterade syndrom	4,54	4,41	2,08	2,63	2,63	1,58	4,18	4,18	3,26	1,61	1,65	1,61
F50–F59 Ätstörningar	0,51	0,47	0,16	-	0,00	-	0,65	0,41	0,41	0,18	0,19	0,19
F60–F69 Personlighetsstörningar	1,31	1,34	0,35	0,66	0,53	-	2,18	2,28	2,04	0,23	0,23	0,22
F90–F98 Adhd, add	6,12	6,14	7,18	-	-	0,53	1,39	1,56	1,19	0,83	0,93	1,03
F99 Ospecifierad psykisk störning	0,31	0,36	0,16	0,00			0,51	0,61	0,34	0,04	0,05	0,04

Källa: Socialstyrelsens patientregister och register över insatser enligt LSS.

Socialstyrelsens analyser visar att förekomsten av psykiatriska diagnoser bland personer med insatser enligt LSS minskade något mellan 2019 och 2020. Minskningen gäller framförallt förstämningssyndrom/depression och ångest. Förekomsten av schizofreni har däremot fortsatt öka. Uppgifterna i tabell 18 och 19 baseras på uppgifter i Socialstyrelsen patientregister, det vill säga uppgifter om besök i hälso- och sjukvården. Analyserna säger ingenting om graden av psykisk ohälsa. Även i den övriga befolkningen syns en minskning, även om den inte är lika tydlig som inom LSS.

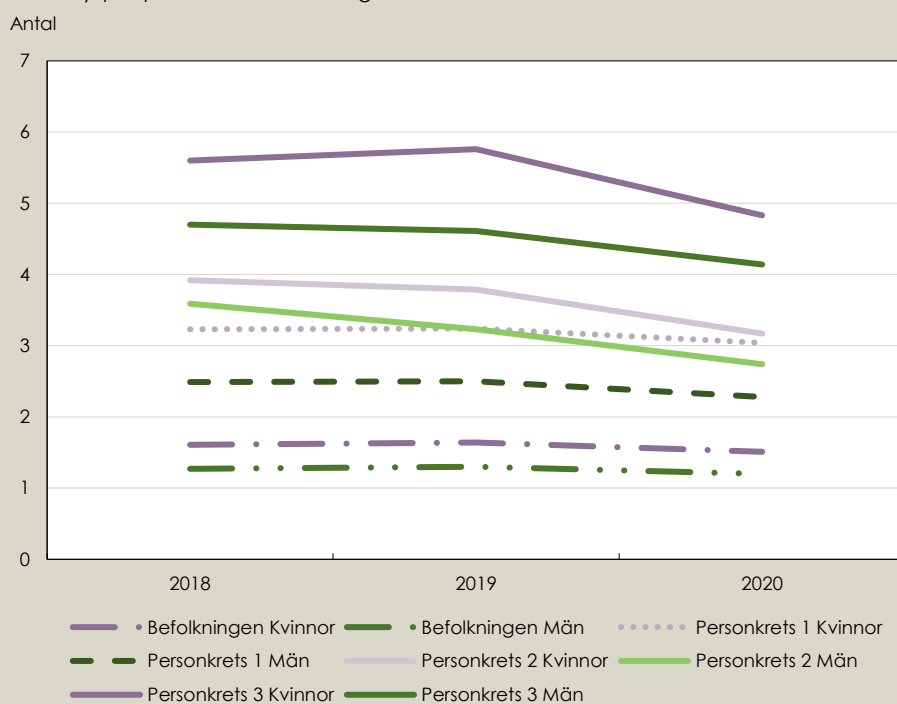
Antalet vårdtillfällen vid psykisk sjukdom minskar

Även antalet vårdtillfällen vid psykiatrisk sjukdom har minskat. Figur 17 visar att antalet vårdtillfällen har minskat både inom LSS och i den övriga be-

folkningen. Minskningen är dock tydligare inom LSS. Minskningen är tydligast mellan 2019 och 2020, vilket troligen förklaras av pandemin och begränsade möjligheter att få vård eller att de undvikit att söka vård på grund av rädsla för att bli smittade. Den största minskningen återfinns bland kvinnor som tillhör andra eller tredje gruppen i LSS personkrets, med andra ord förvärvad hjärnskada eller omfattande psykiska eller fysiska funktionsnedsättningar. Inom vissa grupper syntes dock en minskning av antalet vårdtillfällen redan mellan 2018 och 2019. Det gäller framförallt personkrets 2.

Figur 17. Antal vårdtillfällen med psykiatrisk diagnos i den specialiserade öppen- och slutenvården

Antal vårdtillfällen med psykiatrisk diagnos i den specialiserade vården (öppen- och slutenvården), per person i en befolkning 2020.

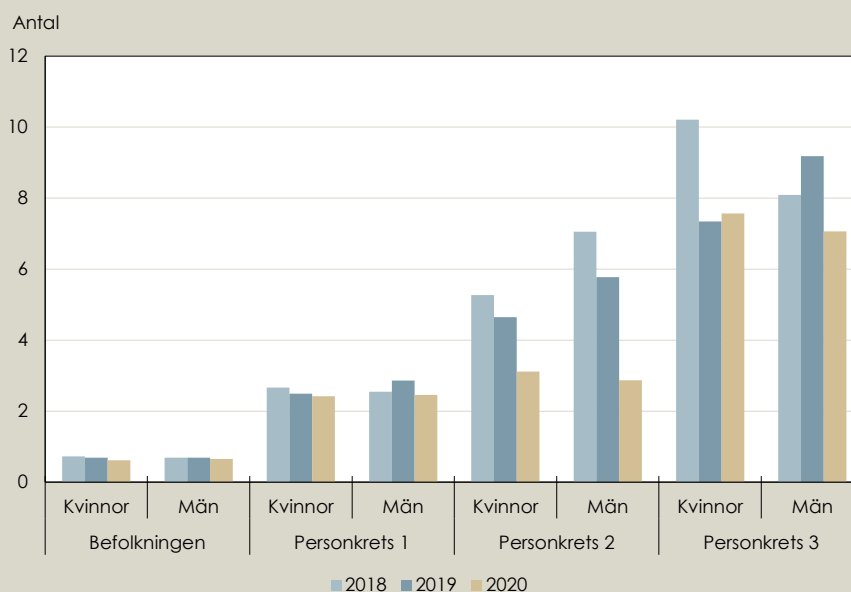


Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt patientregistret.

Det är inte bara antalet vårdtillfällen inom den psykiatriska specialistvården som minskat, även antalet vård dagar per person har minskat. Tydligaste minskningen ses bland män med förvärvad hjärnskada (personkrets 2), där antalet vård dagar per person halverades mellan 2019 och 2020.

Figur 18. Vård dagar med psykiatrisk diagnos i specialiserad öppen- och slutenvården

Antal vård dagar med psykiatrisk diagnos i den specialiserade vården (öppen- och sluten-), per person i en befolkning 2020.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt patientregistret.

Fortfarande hög psykofarmakaförskrivning

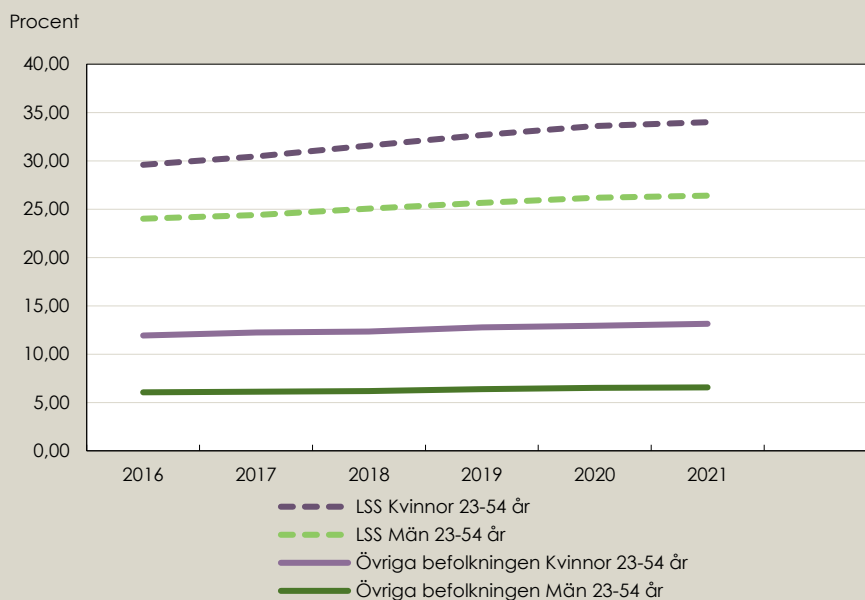
Socialstyrelsens analyser visar att psykofarmakaförskrivning är vanligt bland personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism och som tillhör LSS personkrets. Förskrivningen är särskilt hög bland kvinnorna, där var tredje använder antidepressiva läkemedel och var femte sömnmedel eller lugnande (figur 18). Förskrivningen är cirka tre gånger högre än bland kvinnor i den övriga befolkningen. Denna bild ligger i linje med förekomsten av diagnoser såsom depression. Det är dock 10 gånger vanligare att kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning eller autism förskrivits antidepressiva läkemedel än att de fått en diagnos rörande depression eller förstärkningsyndrom. En möjlig orsak bakom detta kan vara underdiagnostisering.

...men ökningen har avstannat något

Socialstyrelsens analyser visar även att den tidigare ökningen av psykofarmakaförskrivningen bland personer med insatser enligt LSS nu har mattats av något. Förskrivningen ligger dock fortfarande på höga nivåer, jämfört med den övriga befolkningen.

Figur 18. Förskrivning av antidepressiva läkemedel inom LSS, 23-54 år

Andel personer som fått förskrivning av antidepressiva läkemedel (NO6A), personer med insatser enligt LSS samt övriga befolkningen, 55-64 år, 2015-2021.

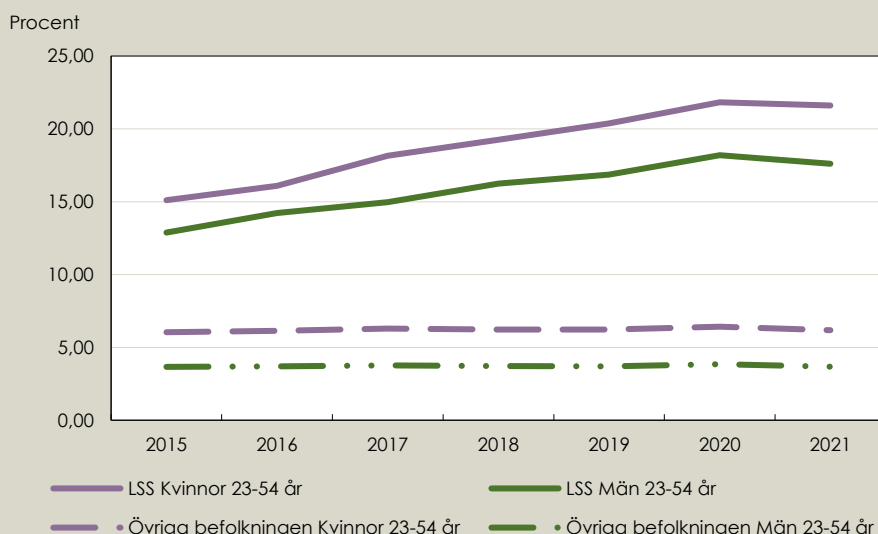


Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt läkemedelsregistret

Mellan 2020 och 2021 avstannade den tidigare ökningen av lugnande läkemedel och sömnmedel till personer med insatser enligt LSS i åldern 23—54 år (figur 19). Detta beror framförallt på att ökningen var extra hög under 2020. Ökningen över tid kvarstår dock. Även i den övriga befolkningen ses en minskning mellan 2020 och 2021, om än inte lika tydlig som inom LSS.

Figur 20. Förskrivning av lugnande läkemedel inom LSS, 23-54 år

Andel personer som fått förskrivning av lugnande läkemedel (NO5C), personer med insatser enligt LSS samt övriga befolkningen, 55-64 år, 2015-2021.



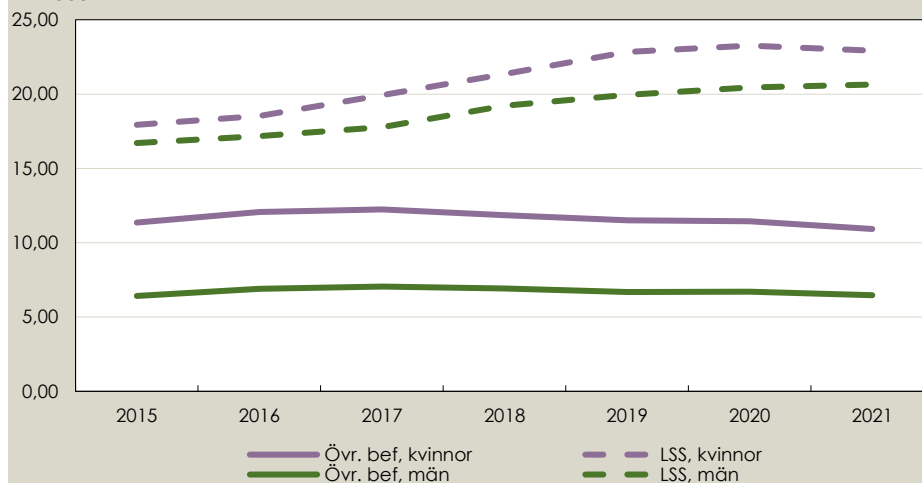
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt läkemedelsregistret.

Förskrivningen av sömnmedel och lugnande läkemedel ökade även bland personer med insatser enligt LSS i åldern 55–64 år (figur 21). Ökningen är särskilt tydlig bland männen. Förskrivningen av dessa läkemedel minskade i sin tur i samma åldersgrupp i den övriga befolkningen.

Figur 21. Förskrivning av lugnande läkemedel inom LSS, 55-64 år

Andel personer som fått förskrivning av lugnande läkemedel (NO5C), personer med insatser enligt LSS samt övriga befolkningen, 55-64 år, 2015-2021.

Procent



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt läkemedelsregistret.

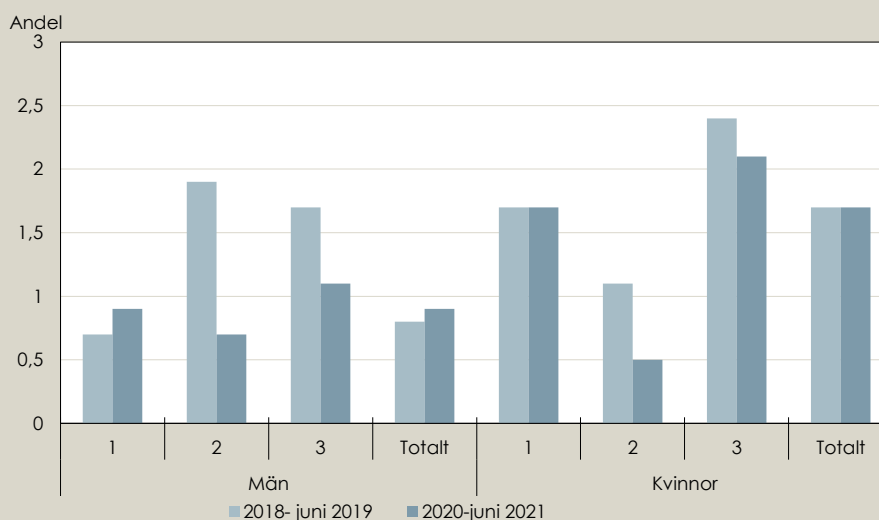
Mindre ökning av suicid och suicidförsök

Socialstyrelsens analyser visar att knappt två procent av personer med insatser enligt LSS gjort suicid eller suicidförsök 2020-juni 2021 (figur 22). Förekomsten av suicid och suicidförsök är något högre bland dessa grupper jämfört med den totala befolkningen. År 2020 begick 842 per 100 000 invånare suicid (det vill säga 0,08 procent). Vidare vårdades 64 per 100 000 i slutenvården till följd av självdestruktiv handling. Uppgifterna är inte helt jämförbara, eftersom uppgifter om personer med insatser enligt LSS omfattar 1,5 år och uppgifterna om befolkningen omfattar 1 år. De ger ändå en viss uppfattning.

Suicid och suicidförsök är vanligast bland kvinnor inom personkrets 3. Under 2020 begick 2,4 procent av dessa kvinnor suicid eller suicidförsök. I denna grupp återfinns en relativt hög andel personer med psykisk funktionsnedsättning, vilket kan vara en delförklaring.

Figur 22. Suicid och suicidförsök inom LSS

Andel suicid och suicidförsök bland personer med insatser enligt LSS, uppdelat på kvinnor och män samt personkretstillhörighet, jämförelse 2018-juni 2019 och 2020-juni 2021



Källa: Socialstyrelsens register över LSS, register över dödsorsaker samt patientregistret.

I Socialstyrelsens analyser av suicid och suicidförsök görs jämförelser mellan två perioder: 2018-juni 2019 och 2020-juni 2021. Syftet med dessa jämförelser är att undersöka om suicid och suicidförsök förändrats under pandemin. Resultaten visar att suicid och suicidförsök minskade något bland personer med insatser enligt LSS. Undantaget är personkrets 1, där andelen ökade med 0,2 procentenheter bland männen och förblev oförändrad bland kvinnorna.

Pandemin har haft fortsatt påverkan på måendet

Socialstyrelsens analyser visar att den psykiska ohälsan är fortsatt hög bland personer med insatser enligt LSS. Under pandemin har dock förekomsten av psykiatriska diagnoser minskat, likaså antalet vårdtillfällen. Under pandemin har dock den självskattade psykiska ohälsan ökat i flera grupper inom LSS. Det har Socialstyrelsen konstaterat i flera rapporter (7, 19). Även verksamheter och intresseorganisationer har vittnat om detta. Under 2021 publicerades en svensk forskningsstudie, där författarna konstaterar att pandemin haft flera konsekvenser för personer med intellektuell funktionsnedsättning (20). Studien visar att ju fler och mer omfattande begränsningar som införts, desto mer upplevelser av ensamhet och mer negativ påverkan på välbefinnandet och det psykiska måendet. Det är framförallt personer som bor i bostad med särskild service enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och som har sysselsättning genom daglig verksamhet som upplevt en hög grad av begränsande åtgärder. Flertalet av de med intellektuell funktionsnedsättning som inte bor i en särskild boendeform har i stort sett kunnat leva som den övriga befolkningen. De som bedömts ha störst behov av stöd i vardagen och av en meningsfull sysselsättning har således erfarit ett mer begränsat vardagsliv under pandemin. (20)

Socialstyrelsens analyser av psykofarmakaföreskrivning bekräftar delvis dessa resonemang, då föreskrivningen av psykofarmaka var extra hög under 2020. Det året präglades av en omfattande isolering bland många personer med insatser enligt LSS, framförallt de som bor i bostad med särskild service enligt LSS, med ökat dåligt mående till följd. Under perioden 2020-juni 2021 minskade antalet suicid och suicidförsök något i gruppen. Undantaget är personkrets 1, där andelen låg kvar på samma nivå för männen samtidigt som den ökade något för kvinnorna. Det är framförallt denna grupp som bor i bostad med särskild service enligt LSS.

Det är också möjligt att det minskade antalet psykiatriska diagnoser och vårdtillfällen beror på begränsad tillgång till vården, snarare än en minskning av den psykiska ohälsan. Det är inte otänkbart att det har varit svårt att tillgodose vårdbehoven hos dessa grupper digitalt. Även förändrat sökmönster på grund av pandemin är möjligt.

Personal viktig vid psykisk ohälsa hos brukare

Personalen inom LSS-verksamheter är viktiga i sammanhanget, till exempel när det gäller att identifiera psykisk ohälsa hos brukarna och att hjälpa dem med vårdkontakter. Socialstyrelsens tidigare kartläggning av kompetens i LSS-boenden visar att många, men inte all personal har kunskap i området hälsa. Andelen är dock högre bland de tillsvidareanställda än bland de visstidsanställda:

- I 72 procent av verksamheterna hade nästan all tillsvidareanställd personal kunskap i hälsa, i 6 procent hade någon enstaka den kunskapen.
- I 37 procent av verksamheterna hade nästan all visstidsanställd personal kunskap i hälsa, i 11 procent hade enstaka personal den kunskapen. I 23 procent av verksamheterna saknades denna kunskap.

I långa perioder under pandemin har andelen visstidsanställda varit hög. Det är möjligt att detta kan ha påverkat möjligheterna för brukarna att få stöd vid vårdkontakter på grund av dåligt mående.

Delaktighet och självbestämmande

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för frågor som rör brukares självbestämmande och inflytande. Även frågor som rör trivsel och trygghet berörs. Samtliga uppgifter baseras på Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) nationella brukarundersökning, där brukarna själva har besvarat frågorna.

Sammanfattande iakttagelser

- Alltfler brukare uppger att de får bestämma över sådant som är viktigt för dem. Den högsta andelen finns inom boendestöd enligt SoL och den lägsta inom särskilt boende enligt SoL, 85 respektive 70 procent. Andelen är även hög inom boende för vuxna enligt LSS, 80 procent.
- Omkring 70–85 procent av brukarna känner sig trygga med personalen. Vidare uppger mellan 60 och 75 procent av brukarna uppger att de aldrig är rädda för något inom ramen för sin insats. Andelen är högst inom daglig verksamhet enligt LSS (73 procent) och lägst inom särskilt boende enligt SoL (61 procent). Andelen brukare som inte upplever rädsla har ökat något under de senaste tre åren, inom såväl olika boendeformer som daglig verksamhet enligt LSS.
- Män och kvinnor skattar självbestämmande, tillgodosedda hjälpbehov samt trivsel och trygghet olika. De största skillnaderna återfinns inom särskilt boende enligt SoL, där endast 51 procent av kvinnor uppger att de aldrig är rädd för något hemma. Motsvarande andel bland männen är 66 procent.
- Även om många brukare upplever att de kan utöva sitt självbestämmande, får den hjälp de behöver och känner sig trygga, så gäller inte det alla. En väsentlig andel brukare uppger att de inte får bestämma över sådant.
- Den digitala delaktigheten i särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning varierar. Omkring 75 procent av kommunerna anger att de kan erbjuda internetanslutning i dessa boendeformer.

Många upplever högt inflytande

I SKR:s nationella brukarundersökning finns frågor om inflytande och självbestämmande i olika boenden för vuxna enligt LSS (grupp- och servicebostäder) (8)⁶³. 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?* (figur 22).

⁶³ 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.

Högst inflytande skattas inom boendestöd enligt SoL, 85 procent och lägst inom särskilt boende enligt SoL, knappt 70 procent. Under de senaste tre åren har andelen brukare som upplever att de får bestämma över sådant som är viktigt ökat. Ökningen har skett inom samtliga insatser med undantag för särskilt boende enligt SoL. Inom den insatsen ses istället en minskning med någon procentenhet.

Figur 23. Upplevt självbestämmande

Andel brukare inom LSS och SoL (0-64 år), som upplever att får bestämma över saker som är viktiga hemma eller i daglig verksamhet, 2019-2021.



Källa: Kommun- och regiondatabasen

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?*

Resultaten i SKR:s brukarundersökning kompletteras av resultaten i Socialstyrelsens tidigare kartläggning av kompetensen hos personal i boenden enligt LSS (21). 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. Även om kartläggningen genomfördes 2020 så är resultaten fortfarande aktuella.

Tabell 20. 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 LSS-boenden (Socialstyrelsen; 2021).

I de öppna svaren på frågan kunde verksamheterna ange vilka metoder eller arbetssätt de arbetar med⁶⁴. 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).

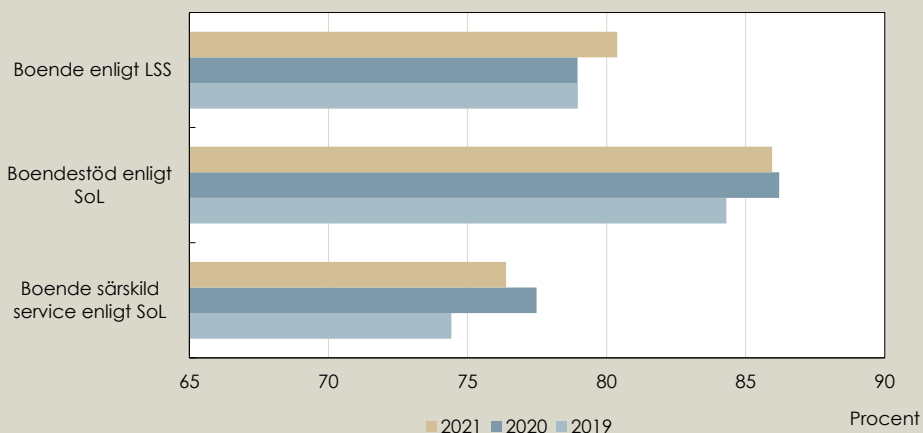
Högst tillgodosedda hjälpbehov inom boendestöd enligt SoL

När det gäller frågan om tillgodosedda hjälpbehov så återfinns den högsta andelen ”ja” inom boendestöd enligt SoL (figur 24), cirka 80 procent. Andelen har dock minskat något mellan 2020 och 2021. Under samma period ses även en minskning inom särskilt boende enligt SoL. Andelen har dock ökat något inom LSS, och uppgick år 2021 till omkring 80 procent.

⁶⁴ 293 verksamheter gav exempel.

Figur 24. Upplevelse att hjälpbehov tillgodoses

Andel brukare inom LSS och SoL (0-64 år) som upplever att de får den hjälp de vill ha, 2019-2021.



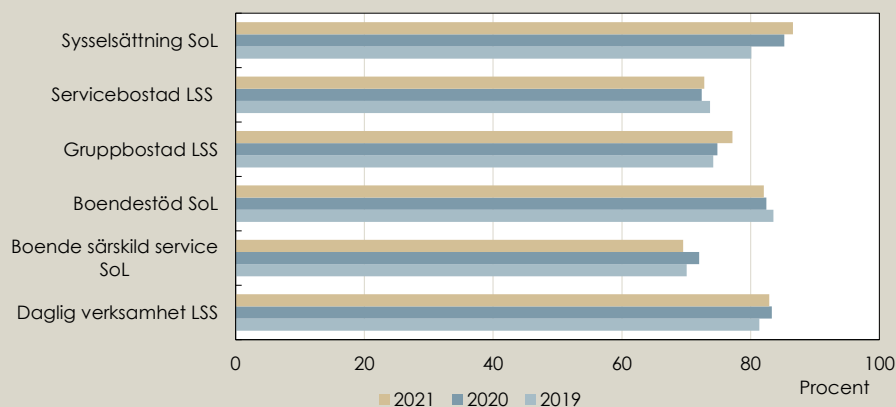
Källa: Kommun- och regiondatabasen (Kolada)

Många känner sig trygga, men inte alla

Majoriteten av vuxna i grupp- och servicebostäder ger ett högt betyg på frågor om trygghet och trivsel. Resultaten visar att andelen som känner sig trygg inte har ökat nämnvärt under de senaste tre åren (figur 25). Undantagen är inom gruppboenden enligt LSS och sysselsättning enligt SoL, där andelen ökat med några procentenheter.

Figur 25. Upplevd trygghet inom LSS

Andel brukare inom LSS och SoL (0-64 år) som känner sig trygga med alla i personalen, 2019-2021.



Källa: Kommun- och regiondatabasen (Kolada).

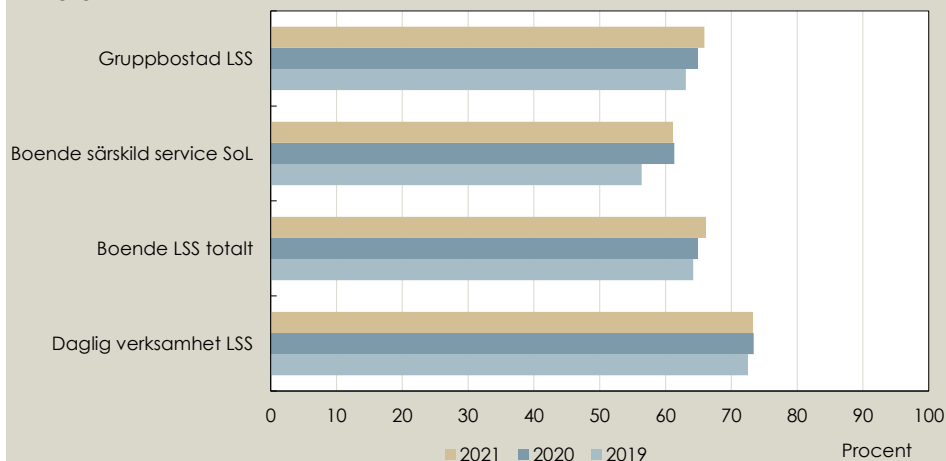
Mellan 60 och 75 procent av brukarna uppger att de aldrig är rädda för något inom ramen för sin insats (figur 26). Andelen är högst inom daglig verksamhet enligt LSS (73 procent) och lägst inom särskilt boende enligt SoL (61 procent). Andelen brukare som inte upplever rädsla har ökat något under de

senaste tre åren, inom såväl olika boendeformer som daglig verksamhet enligt LSS.

Även om flertalet brukare ger ett högt betyg till trygghet och trivsel så innebär resultaten att en väsentlig andel brukare inte känner sig trygg med personalen eller är rädda för något hemma.

Figur 26. Andel brukare som aldrig är rädda i sitt boende eller sin dagliga verksamhet

Andel brukare inom LSS och SoL (0-64 år) som aldrig är rädda i sitt boende eller i sin dagliga verksamhet, 2019-2021



Källa: Kommun- och regiondatabasen (Kolada).

Kvinnor mer otrygga än män

Resultaten i brukarundersökningen visar att det finns vissa könsskillnader när det gäller trygghet, trivsel med mera. Till exempel svarar 76 procent av kvinnorna och 80 procent av männen i gruppbostäder enligt LSS att de känner sig trygga med all personal (tabell 21). Det finns genomgående skillnader mellan kvinnor och män. Männen har överlag svarat mer positivt än kvinnorna på frågorna om trivsel och trygghet. På frågan *Känner du dig trygg med personalen?* har till exempel 61 procent av kvinnorna i servicebostäder enligt LSS svarat *ja* medan 73 procent av männen har svarat på samma sätt. Det finns även markanta skillnader mellan könen när det gäller rädsla. Väsentligt färre kvinnor uppger att de aldrig är rädda för något hemma eller på den dagliga verksamheten. Drygt hälften av kvinnorna i servicebostad enligt LSS eller särskilt boende enligt SoL uppger att de aldrig är rädda för något hemma. Resultaten kring rädsla är noterbara, samtidigt som de är svårtolkade. Frågan handlar inte specifikt om personalen, utan kan också handla om annat såsom andra boende eller boendemiljön.

Tabell 21. 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
"Får du bestämma över sådant som är viktigt?"		
Gruppboende enligt LSS	80	85
Serviceboende enligt LSS	80	85
Särskilt boende enligt SoL	67	71
Daglig verksamhet enligt LSS	76	76
"Trivs du hemma/på din dagliga verksamhet?"		
Gruppboende enligt LSS	80	85
Serviceboende enligt LSS	74	79
Särskilt boende enligt SoL	66	72
Daglig verksamhet enligt LSS	86	86
"Känner du dig trygg med personalen?"		
Gruppboende enligt LSS	76	80
Serviceboende enligt LSS	69	77
Särskilt boende enligt SoL	61	73
Daglig verksamhet enligt LSS	83	85
"Brukaren är aldrig rädd för något hemma/på den dagliga verksamheten"		
Gruppboende enligt LSS	62	71
Serviceboende enligt LSS	57	71
Särskilt boende enligt SoL	51	66
Daglig verksamhet enligt LSS	71	77
"Vet du vem du ska kontakta om något är dåligt?"		
Gruppboende enligt LSS	85	85
Serviceboende enligt LSS	83	85
Särskilt boende enligt SoL	85	84
Daglig verksamhet enligt LSS	90	91
"Får du den hjälp du vill ha?"		
Gruppboende enligt LSS	80	84
Serviceboende enligt LSS	75	81
Särskilt boende enligt SoL	71	76
Daglig verksamhet enligt LSS	87	87

Källa: 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 och trygg socialtjänst*.

De flesta, men inte alla barn, känner sig trygga

De flesta barn och unga känner sig trygga i sitt LSS-boende. Det framkommer av IVO:s tillsyn (22). Det finns vissa skillnader mellan pojkar och flickor. Endast två tredjedelar av flickorna känner sig alltid skyddade från kränkningar (66 procent) jämfört med pojkar (83 procent). Flickorna litar

också mindre på personalen och en lägre andel av flickorna känner sig trygga med de andra på boendet jämfört med pojkar.

Cirka tre procent av barnen på LSS-boenden känner sig dock aldrig skyddade från kränkningar och litar inte på personalen. Två procent av barnen upplever sig inte heller respekterade av personalen och anser inte att de får det stöd de behöver. (22)

Förutsättningar för digital delaktighet ökar

Utvecklingen inom socialtjänstens e-hälsa går framåt, men långsamt (8). Socialstyrelsens senaste uppföljning visar att:

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

Ett fåtal kommuner nämner på sina webbplatser 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 ovan nämnda 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 resultaten 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/hjälpmiddel 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. (8)

Tillgången till internet ökar

Allt fler kommuner erbjuder internetanslutning i särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning. År 2021 uppgav 84 procent av kommunerna att de har wifi eller fiber i boenden för personer med funktionsnedsättning, vilket är en dubbling sedan 2016 (8). I 49 procent av kommunerna hade alla stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning tillgång till wifi i den boendes egen lägenhet.

Flera kommuner säger att det finns tillgång till wifi i allmänna utrymmen men inte i de enskilda lägenheterna. Några kommuner menar att den enskilde själv kan köpa ett abonnemang för bredbandsuppkoppling.

Vidare har omkring hälften av kommunerna digitala stöd som riktar sig till de boende:

- Digitalt stöd för fysisk eller kognitiv träning (träningsprogram), 39 procent.
- Digitalt stöd för aktivering av olika slag, till exempel spel eller virtuell cykel, 46 procent. (8)

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 ICF tas upp.

Sammanfattande iakttagelser

- Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som har betydelse för ärendet, både i löpande journaltext och i strukturerad form⁶⁵. Drygt hälften av kommunerna använder strukturerad information i verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning.
- ICF är en viktig del i handläggning och strukturerad dokumentation, särskilt i ärenden som rör personer med funktionsnedsättning⁶⁶. Mellan 65 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning inom funktionshindersområdet, vilket motsvarar en femdubbling sedan 2015. Ökningen hör troligen samman med den ökande användningen av arbetsstättet Individens behov i centrum (IBIC).
- Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, har minskat något under de senaste åren. År 2021 var medianvärdet för alla kommuner i landet 32 dagar. År 2019 var medianvärdet 33 dagar.
- Tillgången till boenden har varit en utmaning under flera år men för år 2021 ses en minskning. Detta år var mediantiden för verkställighet av samtliga beslut om bostad med särskild service 127 dagar, vilket innebär en minskning jämfört med föregående år då väntetiden var 135 dagar. Socialstyrelsen har inte kunnat utröna huruvida minskningen är en konsekvens av pandemin eller av systematiskt arbete för att minska väntetiderna.
- Det är fortfarande få kommuner som genomför systematiska uppföljningar för att utveckla verksamheten. Både inom LSS och inom socialpsykiatri är andelen 7 procent.
- Användningen av välfärdsteknik och digitala hjälpmedel har tidigare ökat i boenden för personer med funktionsnedsättning. Mellan år 2020 och 2021 syns dock en viss minskning inom flera områden. Samtidigt ökar andelen kommuner som vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video. År 2021 var andelen kommuner som erbjöd detta cirka 70 procent, året innan var motsvarande andel 60–65 procent.

⁶⁵ Jfr 11 kap.5 § SoL, 21 a § LSS och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

⁶⁶ ICF är en förkortning av *International Classification of Functioning, Disability and Health*, svensk översättning *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*.

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. [ref]

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) innebär ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Klassifikationen kan användas som verktyg vid bedömning av behov, arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering. IBIC bygger till stor del på ICF.

Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som har betydelse för ärendet, både i löpande journaltext och i strukturerad form⁶⁷. Drygt hälften av kommunerna använder strukturerad information i verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning, 52 procent använder strukturerad information för kvalitetsarbete (8).

ICF är en viktig del i handläggning och strukturerad dokumentation, särskilt i ärenden som rör personer med funktionsnedsättning⁶⁸. Mellan 17 och 66 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Mest används ICF inom äldreomsorgen (66 procent) och minst inom ekonomiskt bistånd (17 procent) (8). Näst vanligast är funktionshindersonrådet, 65 procent⁶⁹. Under de senaste åren har andelen inom funktionshindersonrådet nästan femdubblats, år 2015 var andelen endast 10 procent. Ökningen hör troligen samman med den ökande användningen av arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC).

⁶⁷ Jfr 11 kap.5 § SoL, 21 a § LSS och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

⁶⁸ ICF är en förkortning av *International Classification of Functioning, Disability and Health*, svensk översättning *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*.

⁶⁹ Avser andelen kommuner där personalen i myndighetsutövningen använder ICF i den digitala individdokumentationen.

Fyra av tio kommuner 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 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 2021 mer än dubblerades andelen kommuner som använder IBIC vid samtliga utredningar av behov inför beslut om LSS-insatser, från 19 till 41 procent (tabell 22). Användningen av IBIC inom socialpsykiatri har ökat på motsvarande sätt. År 2021 använde 43 procent av kommunerna arbetssättet i samtliga utredningar inom socialpsykiatri. År 2019 var motsvarande andel 27 procent.

Tabell 22. Användning av IBIC inom LSS och socialpsykiatri

Andel kommuner som använder IBIC inom LSS och socialpsykiatri, uppdelat på utredning och uppföljning, över tid.

	LSS			SoL 0–64 år		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Använder IBIC vid alla utredningar	19	36	41	27	37	43
Använder IBIC vid alla	13	26	29	16	27	34

Källa: Öppna jämförelser inom LSS och socialpsykiatri (Socialstyrelsen; 2019–2021).

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 (23). 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.

IBIC tycks med andra ord vara förenat med vissa utmaningar. Samtidigt så visar Socialstyrelsens öppna jämförelser att användningen av arbetssättet fortsätter att öka, vilket är positivt. Socialstyrelsen ger på olika sätt stöd till kommunerna i deras införande av arbetssättet, bland genom vägledning, informationsspecifikation, webbintroduktion och processledarutbildning. Under 2020 ställdes flertalet av utbildningarna in, men har under 2021 hållits på distans.

Informationssäkerheten ökar

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 informationssäkerhet 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.⁷⁰ Systemen behöver därför vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner för att enbart behörig personal ska få tillgång till uppgifterna. Inom funktionshindersområdet använder 83 procent av kommunerna stark autentisering för all personal inom myndighetsutövning, vilket motsvarar en ökning med 11

⁷⁰ Se bland annat 26 kap. OSL.

procentenheter jämfört med året innan (8). 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 utförligheten, där endast 45 procent av kommunerna använder stark autentisering för all personal vid inloggning. Även här ses en ökning jämfört med föregående år, 15 procent.

Utredningstiderna minskar

Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, har minskat något under de senaste åren. År 2021 var medianvärdet för alla kommuner i landet 32 dagar (ansökan till beslut avser alla LSS-insatser)⁷¹. År 2019 var medianvärdet 33 dagar. Utredningstiden varierar mellan olika kommungrupper (figur 27), och ju större kommungrupper desto längre utredningstider⁷². Undantaget är storstäder, där mediantiden för utredningar år 2020 var 16 dagar⁷³.

Mellan 2019 och 2021 har mediantiden för utredningar inom LSS minskat i samtliga kommungrupper: *större städer* samt *mindre städer och landsbygdskommuner*. Mediantiden är fortfarande högst i *större städer* och uppgick 2020 till 46 dagar (figur 27).

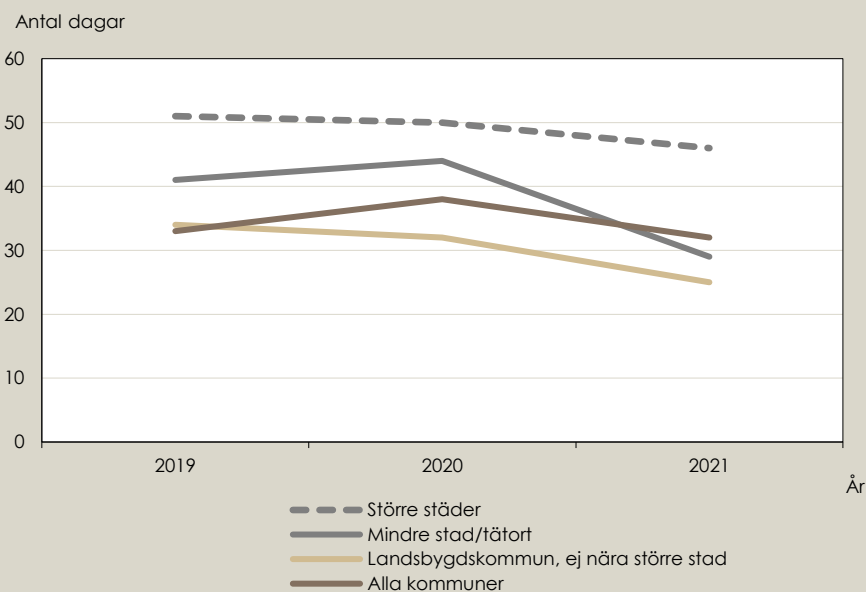
⁷¹ www.kolada.se

⁷² Utredningstiderna avser även ansökningar som resulterar i ett avslag.

⁷³ Då uppgifter om utredningstider i storstäder saknas för år 2020, så redovisas inte denna kommungrupp i figur 27.

Figur 27. 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 2014-2019.



Källa: Kommun- och regiondatabasen (Kolada).

Tiden mellan beslut och verkställighet minskar

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 men för år 2021 ses en minskning. Detta år var mediantiden för verkställighet av samtliga beslut om bostad med särskild service 127 dagar, vilket innebär en minskning jämfört med föregående år då väntetiden var 135 dagar. Socialstyrelsen har inte kunnat utröna huruvida minskningen är en konsekvens av pandemin eller av systematiskt arbete för att minska väntetiderna.

Även om väntetiderna har minskat något inom boende för vuxna enligt LSS så är de ändå långa. År 2021 tog hälften av alla beslut om bostad med särskild service längre än 127 dagar att verkställa. Många kommuner behöver därför 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.

Det är dock positivt att väntetiden har minskat. I vilken utsträckning minskningen beror på förbättrade arbetssätt och möjligheter att snabbare verkställa beslut eller är en konsekvens av att färre beslut kan ha fattats under pandemin återstår att se.

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

Under 2021 fick omkring 16 400 personer vänta 7 månader eller längre på att få sin insats enligt LSS eller SoL (0–64 år) (22). En hög andel utgörs av personer vars insatser drogs in under pandemin (så kallat avbrott i verkställighet). Fördelningen är någorlunda jämn mellan LSS och SoL. Omkring 3 900 personer fick vänta 18 månader eller längre på sin insats.

IVO har tidigare rapporterat om en kraftig ökning av antalet inrapporterade ej verkställda beslut (24). Enligt myndigheten har inrapporteringen nu mattats av, vilket bland annat handlar om att enskilda i långsam takt får tillbaka sina insatser.

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 gruppnivå⁷⁴.

Knappt var tionde kommun genomför dock systematiska uppföljningar för att utveckla verksamheten (tabell 23). Inom LSS och socialpsykiatri har 7 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, 2 procent (tabell 23).

Uppföljning på gruppnivå är viktig för att kommunerna ska kunna förbättra verksamheten⁷⁵. Det är därför bekymmersamt att andelen kommuner som gör detta inte bara är låg utan också minskar.

⁷⁴ Jfr bland annat 3 kap. 1 och 2 § SOSFS 2011:9

⁷⁵ Se bland annat 3 kap. 1 och 2 § SOSFS 2011:9.

Tabell 23. 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		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling	6	8	7	7	8	7
Använt resultat med ett genusperspektiv till verksamhetsutveckling	2	1	2	4	5	3

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, 2019–2021).

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 (24). Socialstyrelsen kan inte heller utesluta att pandemin har påverkat kommunerna möjligheter att följa upp beslut inom LSS och socialpsykiatri.

Ökningen av välfärdsteknik inte längre lika tydlig

Användningen av välfärdsteknik och digitala hjälpmedel har tidigare ökat i boenden för personer med funktionsnedsättning. Mellan år 2020 och 2021 syns dock en viss minskning inom flera områden. Passiva larm är fortsatt en vanlig välfärdsteknik som återfinns i omkring 70 procent av kommunerna (tabell 24). Andelen har dock minskat med några procentenheter jämfört med föregående år.

Samtidigt ökar andelen kommuner som vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video. År 2021 var andelen kommuner som erbjöd detta cirka 70 procent, året innan var motsvarande andel 60–65 procent. Det är inte otänkbart att utvecklingen har förstärkts i och med pandemin, då digitala kommunikationsvägar har använts alltmer. Ytterligare en aspekt som torde ha underlättat för verksamheterna under pandemin är digital kommunikation mellan enskilda, personal eller närstående. Omkring hälften av kommunerna erbjöd denna möjlighet under 2021.

Tabell 24. Förekomst av välfärdsteknik inom särskilda boen- deformer för personer med funktionsnedsättning

Andel kommuner som erbjuder olika typer av välfärdsteknik i boenden enligt LSS eller SoL, andel angiven i procent, 2020–2021.

Typ av välfärdsteknik	Ordinärt boende		Stöd och serviceboenden	
	2020	2021	2020	2021
Passiva larm	70	67	89	73
Vårdplanering/samordnad individuell vårdplanering med stöd av video	60	71	65	69
GPS-larm	37	46	53	38
Nattfyllsyn med digital teknik	45	47	33	27
Digital kommunikation mellan enskilda och personal eller närstående	-	49	-	54

Källa. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018. Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna (Socialstyrelsen, 2021).

Totalt 8 procent av kommunerna har uppgett att de har andra typer av välfärdsteknik, såsom utrustning för aktivering såsom virtuella spel för stimulans och träning för personer med demens (Tovertafel med mera), virtuella cyklar (BikeAround) och robotkatter. Vidare digital signering av HSL-insatser, digitala medicinskåp, utrustning för digital kommunikation och påminnelseverk-tyg. Annan välfärdsteknik som nämns är duschrobot, äthjälpmedel, smarta toaletter och appar för teckenspråk.

Samverkan och helhetssyn

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

Sammanfattande iakttagelser

- Något 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.
- En ökande andel kommuner har rutiner för att informera enskilda om möjligheten till SIP.
- 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.

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. 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.

- Försämrad upplevelse av hälsa och situation för den enskilde. Även den enskildes möjlighet 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.

Bristande samordning påverkar anhöriga

Anhöriga utgör ofta ett viktigt stöd för personer med insatser enligt LSS. Det gäller både ur ett familjeperspektiv och som informella omsorgsgivare.

Bristande samordning påverkar både anhörigas omsorgsbörda och deras tillgång till stöd (25). Brister i samordningen mellan vård- och omsorgsverk-samheter och andra samhällsaktörer kan medföra ett ökat omsorgsansvar för anhöriga. Därtill kan bristande samverkan och samordning leda till att anhöriga som har behov av stöd inte får det.

I Socialstyrelsens kartläggning framkommer att orsakerna till omsorgsbe-hov hos de som tar emot vård och stöd framförallt är nedsatt fysisk hälsa, nedsatt fysisk funktion eller funktionsnedsättning. Drygt var tredje anhörig uppgav det som orsak till insatserna. Den näst vanligaste huvudorsaken var neurologisk eller intellektuell funktionsnedsättning. Det angav närmare var femte anhörig, och det var vanligare bland anhöriga under 65 år. Den tredje vanligaste orsaken (14 procent) var nedsatt psykisk hälsa, sociala eller per-sonliga problem eller beroendeproblematik. Denna orsak var vanligast bland de yngre anhöriggrupperna; drygt var tredje anhörig i åldern 18–29 år och drygt var femte anhörig i åldern 30–44 år angav psykisk ohälsa, sociala eller personliga problem eller beroendeproblematik som huvudorsak till att de ger vård och stöd till någon de står nära.

Anhöriga ger olika former av stöd:

- En majoritet av de anhöriga som ger vård och stöd utför praktiska aktivite-ter som transporter och ledsagning, sysslor i bostaden eller trädgården samt bank- och postärenden.
- Drygt en tredjedel av de anhöriga uppgav att de ger personlig omsorg som skötsel av hygien, av- och påklädning eller hjälp med att äta.
- Knappt en fjärdedel av dessa uppgav att de ger all personlig omsorg själv utan hjälp av andra, medan tre fjärdedelar uppgav att de ger personlig om-sorg med hjälp av andra och då i första hand med hjälp av familj och vän-ner men också av personal från kommunen eller motsvarande.
- En dryg tredjedel av anhöriga uppgav att de ger stöd i form av hjälp med medicin och behandling, med vilket här menas exempelvis medicinuppdel-ning, omläggning av sår eller injektioner.

I Socialstyrelsens kartläggning framkom exempel på negativa konsekvenser av att ge anhörigstöd, till exempel när anhöriga känner att de inte räcker till:

- Psykiska påfrestningar som uppstår till följd av anhörighetskapet påverka anhörigas kapacitet på arbetet, i sociala relationer, i föräldrarollen och i andra sammanhang.
- Ekonomiska bekymmer eller svårigheter att kombinera anhörigomsorg med arbete och andra ansvarsområden kan också påverka den fysiska och psykiska hälsan negativt.
- Anhöriga som har egna funktionsnedsättningar, lider av orelaterad ohälsa eller sedan tidigare har dålig ekonomi riskerar att missgynnas ytterligare av anhörighetskapets konsekvenser.

Anhörigrollen kan också medföra olika merkostnader för exempelvis transporter, insatser i form av hemtjänst eller avlösning samt att anhöriga hjälper den enskilde ekonomiskt, exempelvis om denne har ekonomiska problem till följd av ett spel-, alkohol- eller drogberoende. Det är vanligt att personer med olika funktionsnedsättningar regelbundet får ekonomisk hjälp av anhöriga. Exempelvis förekommer att 35 procent av personer som bor i en bostad med särskild service enligt LSS är beroende av bidrag från anhöriga för att klara sig ekonomiskt. (25)

Anhöriga träder in när insatser begränsas

Många anhöriga har fått ta ett större ansvar för sina närstående under pandemin (7, 25). När samhällets insatser stängdes ned av smittskyddsskäl, exempelvis daglig verksamhet enligt LSS, har det förekommit att anhöriga har fått träda in i stället. Det tycks framförallt ha gällt närstående som inte bor i bostad med särskild service, utan i eget boende. Många intresseorganisationer och andra aktörer vittnar om att detta ansvarskifte skett utan att anhörigas situation följts upp eller att de erbjudits stöd för att hantera den nya situationen.

Anhöriga har även påverkats när personliga assistenter, liksom andra yrkesgrupper, har stannat hemma från arbetet vid exempelvis symptom på infektion. I vissa fall har anhöriga lämnats ensamma med ansvaret att ge omsorg och tillsyn till sina närstående. I Socialstyrelsens rapport om anhörigstöd framkommer att situationen har varit särskilt problematisk i familjer där flera personer är sjuka eller har en funktionsnedsättning. Det gäller exempelvis för föräldrar som behöver avlösning eller stöd i sitt föräldraskap på grund av egna svårigheter, där sådant stöd varit mindre tillgängligt under pandemin.

Det har också förekommit att enskilda och deras anhöriga tackat nej till insatser i hemmet eller på annan plats på grund av rädsla för smitta. Många som har behov av anhörigomsorg tillhör en eller flera riskgrupper för covid-19 och har därför behövt isolera sig i större utsträckning än andra. (7, 25)

Mer kunskap om anhörigas roll under pandemin framkommer även i IfA:s enkätundersökning bland personer med personlig assistans (26). Drygt 40 procent av de som besvarade enkäten uppgav att de använt mer stöd från anhöriga för att minska antalet externa kontakter under pandemin⁷⁶.

⁷⁶ Antalet assistansanvändare som deltog i undersökningen var 158, varav 154 besvarade denna fråga. Det totala antalet assistansanvändare är knappt 20 000 personer enligt statistik från Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Resultatet bör därför tolkas med viss försiktighet.

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.

Något fler kommuner än tidigare har samverkansöverenskommelser⁷⁷ med stöd av 6 § LSS, mellan LSS-verksamheter och Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen (tabell 26). Men fortfarande saknar mer än 80 procent av kommunerna sådana överenskommelser. Det ser annorlunda ut när det gäller samverkansöverenskommelser med verksamheter inom regionernas hälso- och sjukvård. Mellan 25 och 33 procent av kommunerna har samverkansöverenskommelser mellan LSS och någon hälso- och sjukvårdsverksamhet inom regionerna. Andelen samverkansöverenskommelser har inte ökat nämnvärt över tid. I vissa fall har de till och med minskat, till exempel mellan verksamheter enligt LSS och barn- och ungdomspsykiatri. Socialstyrelsen menar att det är bekymmersamt att andelen samverkansöverenskommelser inte ökar. Personer 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 försämrad 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 25. 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	2021
Arbetsförmedlingen	12	14	16	14
Försäkringskassan	-	13	19	17
Barn- och ungdomspsykiatri	34	35	31	32
Barn- och ungdomsmedicin	27	29	25	26
Barn- och ungdomshabilitering	33	33	30	33
Vuxenpsykiatri	30	29	26	30
Vuxenhabilitering	26	26	27	25

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

⁷⁷ Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå, det vill säga mellan den politiska ledningen och förvaltningschefen.

Allt fler kommuner informerar om rätten till SIP

Varannan kommun har rutiner om att den enskilde ska informeras om sina möjligheter att få en SIP,⁷⁸ se tabell 26. Andelen kommuner med sådana rutiner har ökat med cirka 10 procentenheter sedan föregående år, vilket innebär att tidigare års minskning tycks vara tillfällig. Genom att ha rutiner säkerställer verksamheterna att brukarna får kännedom om dessa möjligheter.⁷⁹ Det är därför noterbart att sådana rutiner saknas i hälften av kommunerna, i synnerhet som andelen kommuner som har samverkansöverenskommelser med regionernas hälso- och sjukvård minskar.

Även om dessa rutiner saknas i många kommuner så ökar andelen kommuner som genomför vårdplanering/samordnad individuell planering med stöd av video. Läs mer om detta i kapitlet *Handläggning och myndighetsutövning*.

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 26. 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, 2018–2021.

	2018	2019	2020	2021
LSS-verksamheter för barn och unga	48	51	40	49
LSS-verksamheter för vuxna	47	49	40	49
Verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning	51	51	43	51

*Samordnad individuell plan.

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2018–2021), öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2018–2021).

Regionernas råd och stöd främjar samordning

Regionerna kan även arbeta för att underlätta samordningen ur den enskildes perspektiv genom insatsen råd och stöd enligt LSS⁸⁰. 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 (12). Av återrapporteringen framgår att regionerna på olika sätt har arbetat för att underlätta samordningen av insatsen råd och stöd utifrån den enskildes perspektiv. Cirka hälften av regionerna uppger att de har riktlinjer eller rutiner för samordning i enskilda ärenden av råd och stöd. De

⁷⁸ 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.

⁷⁹ När det gäller journaler/akter bör den enskilde enligt 11 kap 6 § SoL och 21 b § 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.

⁸⁰ Jfr. prop. 1992/93:159 sid 60.

flesta regioner uppger att de upprättar samordnad individuell plan (SIP) som ett sätt att samordna insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Ett vanligt verktyg för att underlätta samordning är att huvudmännen använder sig av olika plandokument, t.ex. habiliterings- och rehabiliteringsplaner vilka utgår från individens perspektiv.

Ett fåtal av regionerna (6 stycken av 18 som besvarade frågan) uppger att de erbjuder personliga samordnare till personer i LSS personkrets samt deras närstående. Med personlig samordnare avses en namngiven handläggare som fungerar som stöd för brukaren och närstående att hitta rätt i utbudet av vård, omsorg och service. Samordnaren kan också förenkla kontakterna mellan olika stödpersoner. (12)

Flertalet regioner lyfter fram olika exempel på insatser för att underlätta samordningen för personer i LSS personkrets och deras närstående, varav de vanligaste redovisas nedan.

- kursverksamhet för patienter och anhöriga/nätverk
- teambaserat arbetssätt inom habiliteringen
- tydliga vårdprocesser och tydliga vårdprogram
- nätverksmöten och SIP

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 samordnare⁸¹ 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.

⁸¹ 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.

Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud

Verksamheten med personligt ombud riktar sig till personer som är 18 år eller äldre, som har psykiska funktionsnedsättningar och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden (2 § förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar). 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 (3 § förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar). Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med länsstyrelserna fördela statsbidrag till kommuner enligt förordningen.

Under 2020 hade 260 kommuner verksamhet med personligt ombud, enligt den senaste åiterrapporteringen av statsbidraget (27). Antalet kommuner som erbjuder personligt ombud har ökat med 7 stycken sedan föregående år och sedan 2016 med 20 kommuner. Under 2020 var antalet ombudstjänster 350, vilket också är en ökning sedan tidigare år.

Sammanlagt arbetade verksamheterna med 10 000 individer under 2020 varav 5 750 kvinnor och 4 250 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 2 290 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 och trygg socialtjänst

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

Sammanfattande iakttagelser

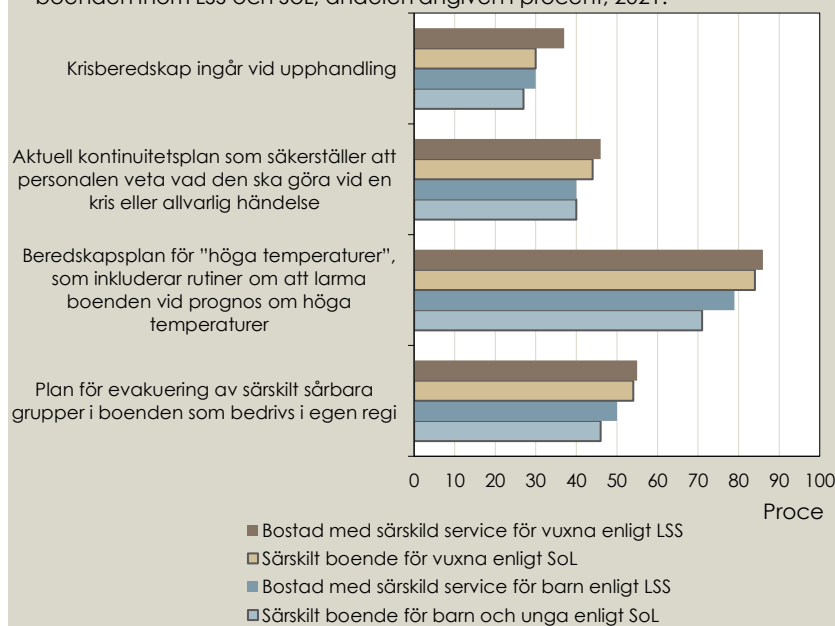
- Alltfler kommuner har kontinuitetsplaner för samtliga av sina boenden för personer med funktionsnedsättningen. Sedan 2019 har andelen ökat med uppemot 15 procentenheter. Ökningen ska ses mot bakgrund av pandemin, då vikten av kontinuitetsplaner blivit tydligare. Samtidigt saknar omkring hälften av kommunerna sådana planer.
- Även annan krisberedskap ökar. Till exempel ökade andelen kommuner med beredskapsplaner för höga temperaturer i boenden för personer med funktionsnedsättning med 30 procentenheter sedan 2017. En förklaring bakom den ökningen är värmeböljan 2018. Samtidigt har andelen kommuner med evakueringsplaner för dessa boendeformer inte ökat nämnvärt sedan 2019. Andelen ligger fortfarande på runt 50 procent.
- Antalet beslutade Lex Sarah-anmälningar har minskat något jämfört med året innan. Huruvida det kan bero på pandemin och att verksamhetsansvariga inte fullt ut hunnit med kvalitetsarbetet är inte klarlagt.
- Det förekommer fortfarande tvångs- och begränsningsåtgärder inom boenden enligt LSS. Vanligast är begränsningsåtgärder såsom nekat självbestämmande och lås eller hasp på kyl och frys. I omkring 80 procent av verksamheterna uppges detta förekomma. Det är ovanligare med tvångsåtgärder. Under 2021 fattade IVO åtta beslut gällande LSS-boende, där bris-terna var så allvarliga att det handlat om föreläggande (exempelvis vite). I de fallen har det bland annat handlat om inlåsning, fasthållning och våld-utsatthet.

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 kontinuitetsshantering - 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 kontinuitetsshantering, som även inbegriper 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 har ökat med uppemot 15 procentenheter sedan 2019. Andelen är dock relativt låg. År 2021 hade mellan 40 och 50 procent av kommunerna en sådan plan för sina boenden inom funktionshindersområdet (figur 28). 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 28. Krisberedskap inom funktionshindersområdet

Andelen kommuner med rutiner eller planer som rör krisberedskap för boenden inom LSS och SoL, andelen angiven i procent, 2021.



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. [ref]

År 2021 hade mellan 65 och 80 procent av kommunerna *beredskapsplaner för höga temperaturer* i boenden för personer med funktionsnedsättning (figur 13). Andelen är högst i boende för vuxna enligt LSS, 80 procent. Sedan 2019 har andelen kommuner med beredskapsplaner för höga temperaturer i dessa boenden ökat väsentligt. Till exempel har andelen ökat med närmare drygt 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 fortfarande saknar beredskapsplaner för höga temperaturer i boenden för personer med funktionsnedsättning.

Evakueringsplaner ökar inte nämnvärt

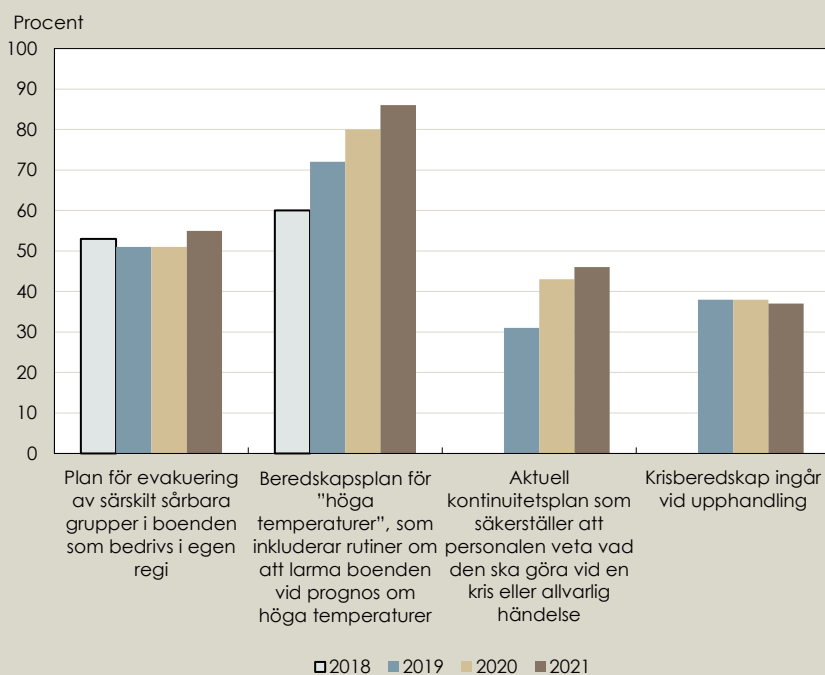
All krisberedskap ökar inte inom socialtjänstens boenden för personer med funktionsnedsättning. Till exempel ha andelen kommuner med evakueringsplaner för boende för vuxna inte ökat nämnvärt sedan 2017 (figur 29). Andelen ligger fortfarande på runt 50 procent.

Kommunerna behöver säkerställa att alla personer kan få den hjälp och det stöd som de behöver vid en allvarlig händelse, inklusive personer med funktionsnedsättning⁸². 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.

⁸² Jfr 15 § 2 LSS icg 2 kap. 1 § SoL,

Figur 29. Utveckling av insatser för krisberedskap i boende enligt LSS för vuxna

Utveckling av insatser för krisberedskap i bostad med särskild service enligt LSS för vuxna, andel, 2018-2021.



Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser krisberedskap - 2017-2021.

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 ingår⁸³.

Under 2020 har IVO handlagt och beslutat om cirka 313 lex Sarah-anmälningar inom LSS och 46 inom SoL (tabell 27)⁸⁴.

Tabell 27. Lex Sarah-anmälningar inom LSS och SoL (0-64 år)

Antal Lex Sarah-anmälningar inom LSS och SoL (0-64 år) som IVO handlagt och beslutat om, uppdelat på insats, 2019 och 2020.

Insats	2019	2020	Varav pga covid-19
Bostad med särskild service enligt LSS	131	163	4
Personlig assistans enligt LSS	93	58	1
Boende för barn och unga enligt LSS	33	18	-
Korttidsvistelse enligt LSS	31	12	-
Daglig verksamhet enligt LSS	14	25	-
Hemtjänst enligt SoL	17	17	-
Särskilt boende enligt SoL (0-64 år)	12	13	-

Källa: www.ivo.se

⁸³ 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.

⁸⁴ (0-64 år).

Antalet beslutade Lex Sarah-anmälningar har minskat något jämfört med året innan. Huruvida det kan bero på pandemin och att verksamhetsansvariga inte fullt ut hunnit med kvalitetsarbetet är inte klarlagt.

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 kvalitetsarbete⁸⁵.

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 (21). 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.

Förebyggandet av tvångs- och begränsningsåtgärder fortsätter

Även om många brukare inom LSS trivs och är nöjda med stödet så förekommer missförhållanden. IVO har under flera år konstaterat att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning (28). År 2021 publicerade Socialstyrelsen en kartläggning av kompetens i boenden enligt LSS (21). Myndigheten konstaterade att risken för tvångs- och begränsningsåtgärder och andra missförhållanden har ett samband med att personal och/eller föreståndare inte har tillräcklig kompetens. Socialstyrelsen såväl som IVO har tidigare konstaterat att personalen inom verksamheter enligt LSS behöver mer kunskaper om hur de förebygger och hanterar utmanande beteenden. Slutsatserna från kartläggning visar att det behovet kvarstår.

Socialstyrelsen och IVO 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 något arbetssätt för att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder. Det vanligaste arbetssättet är lågaffektivt bemötande (21).

Hur vanligt det är med tvångs- och begränsningsåtgärder åskådliggörs i en rapport av IVO från 2021. I rapporten konstaterar myndigheten att:

⁸⁵ Se prop. 2009/10:131 Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar s. 21 f.

- I 87 procent av alla boenden uppges att det händer att brukare nekas att ta beslut om sig själv och sin vardag. Mestadels handlar det om att bestämma vilken personal som ger det planerade stödet, om personen får äta till exempel godsaker när hen vill eller handla vad hen vill.
- I 78 procent av alla boenden uppges att det förekommer olika begränsningar i personernas egna lägenheter. Vanligtvis handlar det om att det finns lås eller haspar på kyl och skafferier.
- I 79 procent uppges det att samtycke alltid inhämtas till att genomföra begränsande åtgärder⁸⁶.⁸⁷

Uppgifterna visar att det är vanligt med begränsningsåtgärder. Tvångsåtgärder är ovanligare, men de förekommer. Under 2021 fattade IVO beslut i 798 ärenden som gällde boenden enligt LSS för vuxna. De flesta ärenden avslutades utan åtgärd (485 stycken), men i åtta fall bedömde IVO att missförhållandena var så allvarliga att vite varit tillämpligt. Det har till exempel handlat om inlåsning, användning av handfängsel och våld.

IVO har även fått indikationer på att det i ett mindre antal verksamheter finns indikationer på mer allvarliga brister till exempel att brukare bestraffats för oönskat beteende, att de kränkts i ord, skrift eller handling av personal eller att de tvingats ta mediciner.

Det saknas uppgifter bakåt i tiden om hur vanligt det är med tvångs- och begränsningsåtgärder inom LSS. Utifrån ovan nämnda rapporter kan Socialstyrelsen ändå konstatera att problemen kvarstår. Det är särskilt allvarligt att tvångsåtgärder förekommer.

⁸⁶ När rapporten publicerades analyserade IVO fortfarande svaren från anhöriga, varför andelen bör tolkas med försiktighet.

⁸⁷ Andelen avser andelen av de verksamheter där personalen besvarade IVO:s enkät.

Funktionshinderspolitisk utveckling – en diskussion

I det här kapitlet resonerar Socialstyrelsen kring utvecklingen inom funktionshindersområdet i relation till den funktionshinderspolitiska strategins olika delar.

Beskrivningarna utgår från Socialstyrelsens uppdrag att systematiskt följa upp den funktionshinderspolitiska utvecklingen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården (29). Syftet är att inte bara spegla utvecklingen utifrån svenska lagar, utan även innehållet i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Ny strategi för funktionshinderspolitiken

Hösten 2021 fattade regeringen beslut om en nationell strategi för funktionshinderspolitiken (29). Beslutet ska ses mot bakgrund att regeringen år 2017 fattade beslut om ett nytt funktionshinderspolitiskt mål:

Det nya nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.

I och med beslutet om den nya strategin fick Socialstyrelsen, liksom flera andra myndigheter, i uppdrag att systematiskt följa upp den funktionshinderspolitiska utvecklingen. Genomförandet av uppdraget ska bland annat utgå från konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, och fokuserar på fyra områden:

- Principen om universell utformning,
- Befintliga brister i tillgängligheten,
- Individuella stöd och lösningar för individens självständighet
- Att förebygga och motverka diskriminering. (29)

Socialstyrelsens arbete med en nulägesanalys pågår fortfarande, vilket innebär att den systematiska uppföljningen kommer kunna påbörjas först under hösten 2022. I årets lägesrapport är redovisningen därför något begränsad, och utgår från befintliga indikatorer och data. Fokus ligger på den del av inriktningen som handlar om individuella stöd och lösningar för individens självständighet. Socialstyrelsen för även ett övergripande resonemang om utvecklingen. En del hänvisningar görs till tidigare lägesrapporteringar.

Rätten att leva självständigt förutsätter tillgång till stöd

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning anger att personer med funktionsnedsättning har rätt att leva självständigt och att delta i samhällslivet på samma villkor som andra människor (30). Bland annat innebär det att:

- personer med funktionsnedsättning har möjlighet att välja var de vill bo och med vem de vill bo (artikel 19)
- personer med funktionsnedsättning inte är tvungna att bo i särskilda boenformer (artikel 19)
- personer med funktionsnedsättning har tillgång till olika former av samhällsservice både i hemmet och inom särskilt boende, och till annan service (artikel 19).

Mer arbete behövs för att möjliggöra självbestämmande

En viktig del i förverkligandet av konventionen är självbestämmande och möjlighet för individen att göra egna val. Personer med vissa funktionsnedsättningar kan möta hinder för sitt självbestämmande, exempelvis personer med nedsatt kommunikativ förmåga eller intellektuell funktionsnedsättning. Viktigt är då att personal både har kunskap om konsekvenser av olika funktionsnedsättning och kompetens i alternativ kompletterande kommunikation. Socialstyrelsen kan dock konstatera att det finns brister i personalens kompetens och att långt ifrån all personal har denna kunskap och kompetens (21). Ett exempel är att i knappt 10 procent av boenden för vuxna enligt LSS har få eller inga tillsvidareanställda kompetens i kommunikation (till exempel AKK). Motsvarande andel bland visstidsanställda är 16 procent.

Resultaten från den senaste brukarundersökningen visar i sin tur att de flesta brukare i boende för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS samt boende enligt SoL (0–64 år) är nöjda med sitt stöd, men inte alla:

- Mellan 20 och 35 procent uppger att de inte får den hjälp de behöver
- Mellan 15 och 30 procent uppger att de inte får bestämma om det som är viktigt i hemmet
- Mellan 25 och 40 procent uppger att de någon gång är rädda i sitt hem. (31)

Dessa resultat ska inte bara ses mot bakgrund av att viss personal saknar kompetens i AKK. Det behöver även sättas i relation till förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder. I 70 till 80 procent av boenden för vuxna enligt LSS förekommer begränsningsåtgärder, till exempel att brukaren inte får äta i den utsträckning hen vill eller att det finns ett lås på kylan. En viktig del i begränsningsåtgärder är att inhämta samtycke. Det görs dock inte alltid. Tvångsåtgärder förekommer, men är väsentligt ovanligare (IVO beslutade om åtta ärenden under 2021). De fallen handlade bland annat om fasthållning och inlåsning. (22)

Socialstyrelsens bedömning är att det återstår en hel del innan alla personer med funktionsnedsättning som har stöd från socialtjänsten kan utöva sitt självbestämmande. En viktig del i detta är personalens kunskap och kompetens, liksom fortbildning.

Hitintills har fokus till stor del legat på boenden enligt LSS. Socialstyrelsens bedömning är dock att fokus även bör ligga på övriga insatser enligt LSS samt insatser enligt SoL (0–64 år). Det resonemanget stöds av det faktum att många brukare med insatser enligt SoL skattar väsentligt lägre på trygghet, nöjdhet och självbestämmande.

Svårt att bedöma tillgången till stöd

Antalet beslut om insatser enligt LSS och enligt SoL fortsätter förvisso att öka. Ökningen är dock inte lika tydlig om den sätts i relation till befolkningsökningen. Det finns till exempel skillnader i olika åldersgrupper. I åldersgruppen 0–6 år har andelen med LSS-insatser minskat, från 14 till 11 personer per 10 000 i befolkningen. Minskningen kan bero på att insatser enligt LSS beviljas allt senare i åldrarna.

Personer med funktionsnedsättning kan dessutom fortfarande få vänta länge på sina insatser. Det blir särskilt tydligt när det gäller boende för vuxna där det förekommer väntetider på mer än ett år.

För att fullt ut kunna analysera och bedöma tillgången till insatser krävs statistik över ansökningar och avslag. Sådan statistik finns inte att tillgå på nationell nivå. Socialstyrelsen kan därför inte fullt ut bedöma tillgången till insatser för personer med funktionsnedsättning.

Sämre ekonomiska villkor

De ekonomiska förutsättningarna varierar bland personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt LSS eller SoL (0–64 år). Att personer med funktionsnedsättning inte ska ha merkostnader till följd av sin funktionsnedsättning är en viktig princip inom funktionshinderspolitiken (ref). Samtidigt betalar många personer avgifter för sina hjälpmedel. Det är förvisso i enlighet med regionala och lokala regelverk, men kan ändå få betydande konsekvenser för enskilda i form av merkostnader.

Från och med december 2021 publicerar myndigheten statistik över hjälpmedelsavgifter för enskilda. Den statistiken kommer underlätta för såväl nationella, som regionala och lokala beslutsfattare att följa utvecklingen. Statistiken kommer även möjliggöra att ge en samlad bild av utvecklingen utifrån en individnivå. Resultaten från den första insamlingen visar att de flesta kommuner och regioner inte tar ut avgifter för hjälpmedel. Det finns dock stora variationer i dessa kostnader. Dessa variationer beror dels på den enskildes ålder, dels på typ av hjälpmedel men också var i landet personen bor. Socialstyrelsen kan konstatera att de regionala skillnaderna i hjälpmedelsavgifter är något som kvarstår över tid och skapar ojämlika förutsättningar för de enskilda.

En annan faktor som påverkar de ekonomiska villkoren är hyra i boende för vuxna enligt LSS. Den statliga utredningen *Boende på (o)lika villkor* –

merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (SOU 2021:14) konstaterade att:

- Majoriteten av dem som har insatsen bostad med särskild service enligt LSS har sin huvudsakliga inkomst från antingen sjuk- eller aktivitetsersättningen och de som är över 65 år får ersättning från pensionssystemet. Den ersättning som utgår är oftast på garantinivå.
- Hyrorna i bostäder med särskild service enligt LSS varierar kraftigt. Bland dem under 65 år har cirka 63,5 procent en hyra under taket för bostadstillägget, 5 600 kronor, medan 36,5 procent har en högre hyra. Av dem som är 65 år eller äldre är det 4 procent som har en hyra över taket för bostadstillägget (som då var 7 000 kr).

Utredningen konstaterade också att mer än hälften av alla som bor i en bostad med särskild service enligt LSS, bor i kommuner som vid hyressättning inkluderar värdehöjande faktorer i form av tillgång till gemensamhetsutrymmen, personal med mera. Det innebär att dessa faktorer påverkar hyran. Det förekommer förvisso kommunala subventioner såsom kommunala bostadstillägg, en maxhyra för dem som bor i en bostad med särskild service enligt LSS, att hyressättningen sker med hänsyn till den låga inkomsten hos målgruppen generellt eller genom subvention av hyrorna i nyproduktion. Utredningen slår likväl fast att många personer i boende för vuxna enligt LSS inte bara har låga inkomster utan även höga hyror samt merkostnader för sitt boende. (32)

Den yttersta konsekvensen av sämre ekonomiska villkor är ekonomiskt bistånd. Ekonomiskt bistånd är fortfarande vanligare bland personer med insatser enligt LSS eller SoL 0–64 år, jämfört med övrig befolkning. Biståndet är vanligare bland personer med insatser enligt SoL än med insatser enligt LSS, 19 respektive 5 procent. Förekomsten av ekonomiskt bistånd i dessa grupper har minskat med någon procentenhet sedan 2018, vilket är positivt. Andelen med långvarigt bistånd har dock ökat. Att få ekonomiskt bistånd under längre perioder indikerar en relativ fattigdom, samt en relativt låg levnadsstandard.

Det är viktigt att sätta resultaten i relation dels till målet om att bekämpa fattigdom i Agenda 2030 och dels till artikel 28 i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, som även den lyfter bekämpning av fattigdom.

Bilaga 1. Kostnader i löpande priser

Tabell 1. Kommunernas kostnader i löpande priser

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, löpande priser, andel angivet i procent, miljarder kronor, 2016–2020.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2016–2020	Andel 2020
	2016	2017	2018	2019	2020	mdkr (%)	%
Summa insatser enligt LSS och SFB*	50,1	52,8	55,5	57,8	60,3	10,3 (20,5 %)	80
Boende enligt LSS	26,9	28,4	30,0	31,7	33,8	6,8 (25,3 %)	45
varav boende för vuxna	25,2	26,6	28,1	29,7	31,6	6,4 (25,4 %)	42
varav boende för barn	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	0,4 (23,9 %)	3
Personlig assistans	10,5	11,3	11,8	12,1	12,6	2,1 (20,1 %)	17
Daglig verksamhet	7,7	8,1	8,7	8,8	9,0	1,3 (16,3 %)	12
Övriga insatser enligt LSS	4,9	4,9	5,0	5,1	5,0	0,1 (1,4 %)	7
Summa insatser enligt SoL/HSL	13,6	14,0	14,6	14,8	15,1	1,5 (11,3 %)	20
Särskilt boende enligt SoL	4,9	5,1	5,3	5,5	5,7	0,8 (17,2 %)	8
Stöd i ordinärt boende enligt SoL**	8,0	8,1	8,4	8,7	8,7	0,6 (7,8 %)	11
varav							
Hemtjänst/boendestöd enligt SoL	6,1	6,1	6,3	6,5	6,6	0,5 (8,2 %)	9
Korttidsboende enligt SoL	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,0 (-1,2 %)	1
Övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL	0,9	0,8	0,9	1,0	0,9	0,0 (0,0 %)	1
Dagverksamhet enligt SoL	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,1 (37,4 %)	1
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,1 (11,2 %)	1
Summa kostnader	63,6	66,8	70,0	72,7	75,4	11,8 (18,5 %)	100

*Socialförsäkringsbalken **Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2016–2020, Statistiska centralbyrån.

Tabell 2. Kostnadsutveckling för personlig assistans i löpande priser

Kommunernas kostnader för personlig assistans, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angivet i procent, 2016–2020, löpande priser.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2016–2020	
	2016	2017	2018	2019	2020	Mdkr	%
Kostnader för personlig assistans	10,5	11,3	11,8	12,1	12,6	2,1	20,1
Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	5,9	4,6	4,6	4,4	4,4	-1,5	-24,7
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning*	7,0	6,4	6,1	5,7	5,4	-1,6	-23,0
Kommunernas totala verksamhetsåtgärdande	17,5	17,8	17,9	17,9	18,0	0,5	2,8

* Denna kostnad ersätts av Försäkringskassan.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2016–2020, Statistiska centralbyrån.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Statistik över förskrivning och avgifter inom hjälpmedelsområdet. 2021.
2. 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.
3. 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.
4. 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. 2020.
5. Socialstyrelsen. Slutredovisning av regeringsuppdrag om riskgrupper för särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid covid-19. Slutredovisning av Uppdrag att löpande se över. 2021.
6. 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.
7. Socialstyrelsen. Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS. 2021.
8. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Socialstyrelsen; 2020.
9. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2019. Socialstyrelsen; 20189.
10. Socialstyrelsen. Hindra att smittan covid-19 sprids inom daglig verksamhet, LSS. Socialstyrelsen; 2021.
11. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2019. 2020.
12. Socialstyrelsen. Medel för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS. 2020.
13. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2021 - kommunal hälso- och sjukvård. 2021.
14. Socialstyrelsen. Systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet 2018.
15. Statskontoret. Uppdrag att följa utvecklingen av statens styrning av kommuner och regioner. 2021.
16. Försäkringskassan. Indikatorer för att följa utvecklingen av assistansersättning. Hämtad 2021-12-08 från: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/c3923caa-4286-40e0-a920-d01209cc588b/indikatorer-utvecklingen-assistansersattningen-svarpa-regeringsuppdrag-dnr-fk-2021-000464.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>. 2021.
17. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser LSS. 2021.
18. Socialstyrelsen. Redovisning av stimulanssatsningen till kommunerna för habiliteringsersättning 2020 (S2019/05315/RS) Socialstyrelsen; 2021.

19. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2021. Socialstyrelsen; 2021.
20. Magnus Tideman PB, Marie Appelgren et al. Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning och covid-19-pandemin - personernas egna erfarenheter av hur pandemin påverkat deras vardagsliv. 2021.
21. Socialstyrelsen. Kompetens i LSS-boenden. 2021.
22. Inspektionen för vård och omsorg. Vad har IVO sett 2021? ; 2022.
23. Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Effekter av IBIC; 2021.
24. Inspektionen för vård och omsorg. Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019; 2019.
25. Socialstyrelsen. Anhöriga som ger vård eller stöd till någon de står nära - underlag till en nationell strategi. 2021.
26. Ifa. Enkätundersökning bland assistansanvändare inom ramen för projekt Krisstöd. 2021.
27. Socialstyrelsen. Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud. 2020.
28. Inspektionen för vård och omsorg. Vad har IVO sett 2020?; 2021.
29. Regeringen. Strategi för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken under 2021 - 2031, regeringsbeslut S2019/02213 samt S2021/06595. 2021.
30. Myndigheten för delaktighet. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning; 2008.
31. www.kolada.se
32. Boende på (o)lika villkor - merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. SOU 2021:14.