Socialstyrelsen

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2020

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2020

Socialstyrelsen

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 978-91-7555-526-3
Artikelnummer 2020-3-6686
Omslagsfoto Maskot bildbyrå AB/ Johnér Bildbyrå AB
Tryck Åtta.45 Trtyckeri AB, mars 2020

Förord

Sedan början av 2000-talet har Socialstyrelsen haft i uppdrag av regeringen att varje år lämna lägesrapporter för olika områden inom vård och omsorg. I denna lägesrapport redovisar Socialstyrelsen tillståndet och utvecklingen för insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, med fokus på väsentliga förändringar och på skillnader mellan män och kvinnor. I årets lägesrapport lyfter vi särskilt psykisk ohälsa, boende för barn och vuxna, utvecklingen inom personlig assistans och den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättning. Rapporten riktar sig främst till regering och riksdag, men även till andra aktörer såsom politiker och tjänstemän i regioner och kommuner.

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

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning och slutsatser 9
Flera faktorer påverkar behov och tillgång till insatser 9
Många brukare är nöjda, men missförhållanden förekommer 10
Vanligt att chefer ansvarar för flera verksamheter 10
Utmaningar inom kompetensförsörjningen 10
Den ekonomiska utsattheten ökar 11
Vanligt med psykisk ohälsa inom både SoL och LSS 11
Lättläst sammanfattning 12
Inledning 15
Rapportens syfte och upplägg 15
Datakällor, perspektiv och fokusområden 15
Definitioner och rapportens målgrupp 16
Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen 17
Omfattning av insatser och stöd 21
Sammanfattande iakttagelser 21
Var tionde LSS-insats beviljas till barn under 12 år 21
Boendestöd är den vanligaste SoL-insatsen 26
Könsskillnaderna störst bland de yngre 28
Få under 65 år har kommunal hälso- och sjukvård 29
Även regionala skillnader i hjälpmedelsförskrivning kvarstår 30
Kostnadsutveckling 32
Sammanfattande iakttagelser 32
Kommunernas kostnader fortsätter att öka 32
Kostnadsökningen inom personlig assistans har mattats av 35
Även regionernas kostnader ökar 36
Många LSS-verksamheters budget går inte ihop 36
Individfokus och lika villkor 38
Sammanfattande iakttagelser 38
Vanligare med ekonomiskt bistånd 38
Anhörigstöd i fokus 41
Vanligt med psykisk ohälsa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning 44
Boende för barn och unga med funktionsnedsättning 47
Sammanfattande iakttagelser 47
Utveckling över tid 48
Var tredje beslut är nybeviljat 49

Boenden ska anpassas efter barnens behov 50
Det krävs planering när insatsen avslutas 53
Förebyggande insatser behövs 53
Socialpsykiatri 56
Sammanfattande iakttagelser 56
Den uppsökande verksamheten minskar 58
Få går från dagverksamhet till arbete 60
Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud 63
Boende för vuxna enligt LSS 65
Sammanfattande iakttagelser 65
Vanligt med många boende i grupp- och servicebostäder 65
Delaktighet och självbestämmande 66
Många trivs men missförhållanden förekommer 69
Möjlighet att leva som andra 70
Fortfarande lång väntan på boende 70
Personlig assistans enligt LSS 73
Sammanfattande iakttagelser 73
Kommunerna beviljar alltfler personer personlig assistans 73
De flesta känner sig trygga med sina assistenter 75
Andelen nybeviljade beslut är oförändrad 76
Konsekvenser vid indragen assistansersättning 76
Kunskap och kompetens 79
Sammanfattande iakttagelser 79
Svårare att rekrytera LSS-handläggare 79
Brister i funktionshinderskunskap ställer krav på fortbildning 80
Allt fler har kompetensutvecklingsplaner för LSS-handläggare 80
Alltfler kommuner använder metod för att identifiera våldsutsatthet ... 81
Allt vanligare med utbildning inom AKK på boenden och daglig verksamhet 82
Tre av fyra boende för barn erbjuder kontinuerlig handledning 83
Personliga assistenter efterfrågar kunskap om vårdnära arbetsuppgifter 85
Handläggning och myndighetsutövning 88
Sammanfattande iakttagelser 88
Strukturerad dokumentation ökar 88
Utredningstiderna ökar 90
Tiden mellan beslut och verkställighet fortsätter att öka 91
Få kommuner använder systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling 93
Säker vård och socialtjänst 95
Sammanfattande iakttagelser 95

Beredskapsplaner för höga temperaturer ökar 95
Evakueringsplaner för boenden minskar 97
Var tredje kommun har kontinuitetsplaner.....97
Flest lex Sarah inom boenden.....98
Bilaga 1. Kostnader i löpande priser 101
Referenser 102

Sammanfattning och slutsatser

Såväl antalet beslut som omfattningen av insatser till personer med funktionsnedsättning fortsätter att öka. Ökningstakten är dock inte lika hög som tidigare. Ökningen förklaras inte helt av befolkningsutvecklingen. Även några yttre faktorer bidrar till utvecklingen, till exempel indragningar av statlig assistansersättning.

Även kommunernas kostnader för funktionshindersverksamheterna ökar, men den ökningen är till stor del en spegling av att insatserna ökar. Funktionshindersverksamheternas andel av socialtjänstens kostnader har legat på ungefär samma nivå under de senaste åren. Verksamheternas andel av kommunernas totala kostnader är dock oförändrad. Samtidigt har många kommuner svårt att få ihop budgeten, bland annat till följd av den demografiska utvecklingen. Hälften av kommunerna redovisade en negativ budgetavvikelse 2019 för funktionshindersverksamheterna. Många kommuner menar att det kärvare läget kräver effektiviseringar. Det är oklart hur detta kommer påverka kommunernas funktionshindersverksamheter.

Flera faktorer påverkar behov och tillgång till insatser

Tillgången till insatser för personer med funktionsnedsättning är en utmaning som beror på flera faktorer. Verkställighets- och utredningstiderna är fortfarande långa och de fortsätter att öka. Det gör att personer med funktionsnedsättning kan få vänta länge på att få stöd de har rätt till.

Insatsen boende för barn enligt LSS minskar, men samtidigt uppger flera kommuner att behovet av insatsen kommer att öka. Vissa kommuner uppger att de försöker vidta åtgärder som gör att boende utanför hemmet inte ska behöva bli aktuellt för dessa barn och unga. Det handlar exempelvis om förebyggande insatser. Det finns flera orsaker till varför beslut om boende för barn enligt LSS tas. Den vanligaste orsaken är skolgång på annan ort, men det kan också handla om komplexa behov som inte kan tillgodoses med stöd i hemmet. En mindre andel beslut handlar om barn och unga som tidigare haft personlig assistans. Denna grupp har minskat något i antal sedan föregående mätår.

Trots att många kommuner uppger att de har ett underskott på särskilda boenden för personer med funktionsnedsättning så planerar inte alla att bygga nya boenden. Den redan nu bristande tillgången till boenden och de långa väntetiderna på insatser bör ses i ljuset av kommunernas aviserade behov av prioriteringar och effektiviseringar.

Många brukare är nöjda, men missförhållanden förekommer

De flesta brukare ger överlag gott betyg till det stöd som de får. Det gäller till exempel trygghet och i vilken grad hjälpbehoven tillgodoses. Nöjdheten är högst bland assistansanvändare, vilket är naturligt eftersom utgångspunkten för personlig assistans är självbestämmande och starkt individfokus. Nöjdheten är väsentligt lägre bland personer med insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, där en stor andel utgörs av personer med psykisk funktionsnedsättning. Kvinnorna i denna grupp skattar väsentligt lägre än männen på bland annat upplevd trygghet i särskilt boende.

Samtidigt lyfter Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) att tvångs- och begränsningsåtgärder fortfarande förekommer. Tillsynsmyndigheten konstaterar även att brister förekommer i 20 procent av boenden för barn enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Det handlar framförallt om barnens möjligheter att kommunicera och deras delaktighet.

Vanligt att chefer ansvarar för flera verksamheter

I de flesta boenden enligt LSS bor det upp till sju personer. I 6 procent bor det emellertid fler än tio personer. Det förekommer även många boende i servicebostäder enligt LSS. I knappt 30 procent av dessa boendeformer bor det fler än tio personer.

En annan aspekt av kvalitet i boende är en närvarande chef. En närvarande chef underlättar bland annat för personalen när det gäller att stärka delaktigheten för de boende. Det är emellertid vanligt att verksamhetsföreståndare för boende för barn enligt LSS har ansvar för flera verksamheter. Ungefär 20 procent av verksamhetscheferna ansvarar för fyra eller fler verksamheter.

Utmaningar inom kompetensförsörjningen

Kommunerna får allt svårare att rekrytera handläggare inom funktionshindersområdet. Samtidigt så har såväl IVO som Socialstyrelsen konstaterat att det idag saknas kunskap om funktionshindersområdet hos handläggare och baspersonal. Socialstyrelsen bedömer att utmaningarna inom kompetensförsörjningen riskerar att påverka kunskapsbristen i negativ riktning. Det riskerar i sin tur att få negativa konsekvenser för brukarna. Samtidigt har alltfler kommuner samlade kompetensutvecklingsplaner för såväl handläggare som baspersonal inom funktionshindersområdet. Det innebär att förutsättningarna för fortbildning blir bättre.

Socialstyrelsen konstaterar att fortbildning inom alternativ kompletterande kommunikation (AKK) ökar. Utvecklingen är positiv eftersom AKK många gånger är en förutsättning för brukares delaktighet och självbestämmande. En

annan viktig aspekt av fortbildning är kontinuerlig handledning. Sådan handledning är relativt vanlig för personal på boenden för barn. Det är positivt eftersom det många gånger handlar om barn med komplexa behov. Det är inte lika vanligt med kontinuerlig handledning inom till exempel personlig assistans.

Den ekonomiska utsattheten ökar

Den ekonomiska utsattheten ökar bland personer med funktionsnedsättning. Förekomsten av ekonomiskt bistånd bland personer med LSS-insatser ligger nu på samma nivå som den övriga befolkningen. Långvarigt ekonomiskt bistånd är något vanligare i denna grupp än i den övriga befolkningen.

Förekomsten av ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt SoL är markant högre än i den övriga befolkningen. Omkring 20 procent av gruppen fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2018 och 10 procent hade ett långvarigt ekonomiskt bistånd. I denna grupp är personer med psykisk funktionsnedsättning överrepresenterade.

Den höga förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd bland dessa grupper tyder på ett ekonomiskt utanförskap, vilket förstärks ytterligare av att några har både långvarigt ekonomiskt bistånd och statligt bostadstillägg.

Vanligt med psykisk ohälsa inom både SoL och LSS

Många personer med psykisk funktionsnedsättning lever i social isolering. Den uppsökande verksamheten kan därför vara viktig för att denna målgrupp ska få tillgång till kommunens stöd och insatser. Socialtjänstens uppsökande verksamhet fortsätter emellertid att minska, vilket är bekymmersamt.

Få personer med psykisk funktionsnedsättning som har dagverksamhet går vidare till arbete eller studier. Statsbidraget för meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning förstärker och kompletterar dock socialtjänstens dagverksamheter. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa hur hög andel i gruppen som har en arbetsförmåga och som skulle kunna gå vidare till arbete eller studier. Myndigheten kan inte utesluta att andelen torde kunna vara högre.

Antalet personliga ombud ökar i kommunerna. 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 handlar huvudsakligen om svårigheter kopplade till myndigheters digitalisering, eftersom många i gruppen saknar e-legitimation eller bank-id.

Psykisk ohälsa bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism är högre än i den övriga befolkningen. Förekomsten av schizofrenidiagnoser och ångestdiagnoser är båda sju gånger vanligare. Socialstyrelsen vill därför betona vikten av att uppmärksamma psykisk ohälsa inom LSS-området, till exempel när det gäller verksamhets- och kompetensutveckling på lokal nivå liksom vid framtagande av nationella kunskapsstöd.

Lättläst sammanfattning

Kommuner ger mer stöd

Kommunerna ger allt mer stöd till personer med funktionsnedsättning.
En del av ökningen beror på att det blir allt fler människor
i kommunerna som behöver hjälp.
En del av ökningen beror på att Försäkringskassan inte längre betalar
för vissa personers assistans-ersättning.

Kommunernas kostnader för stöd
till personer med funktionsnedsättning ökar också
när det blir fler personer som får stöd.
År 2019 hade hälften av landets kommuner
för lite pengar för sin funktionshinder-verksamhet.
Många kommuner säger att de kanske måste ändra
i kommunens verksamheter för att spara pengar.

Hur bra är kommunerna på att ge stöd?

Personer med funktionsnedsättning
kan ha svårt att få tillräckligt med stöd.
Detta beror på att det tar lång tid att utreda om stödet
och att det tar lång tid innan stödet börjar.
Därför får personer med funktionsnedsättning
ofta vänta länge på stöd som de har rätt till.

LSS är lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade.
Inom LSS finns stödet Boende för barn.
Detta stöd minskar men flera kommuner tror
att det kommer att behövas mer av stödet.
Några kommuner vill ordna så att barn och unga inom LSS
kan få stöd hemma istället för att bo i något annat boende.

Stödet Boende för barn inom LSS behövs till exempel
för barn som går i skola någon annanstans än de bor
eller för att barn behöver stöd som de inte kan få hemma.
Barn och unga som haft personlig assistans behöver också stödet
men denna grupp minskar jämfört med tidigare.

Många kommuner har för få särskilda boenden
för personer med funktionsnedsättning.
Ändå säger flera kommuner att de inte planerar
att bygga fler boenden.
Många kommuner säger att de måste spara pengar.
Det är därför ett stort problem

att det redan finns för få särskilda boenden
och att personer med funktionsnedsättning
redan får vänta länge på att få hjälp.

De flesta som får stöd är nöjda med stödet de får.
De känner sig trygga och tycker att de får tillräckligt med stöd.
De som får assistans är mest nöjda
eftersom de själva är med och bestämmer om stödet.

Personer som får hjälp enligt socialtjänstlagen, SoL,
har ofta någon psykisk funktionsnedsättning.
Dessa personer är mindre nöjda med stödet de får.
Till exempel känner sig många kvinnor otrygga
när de bor på särskilt boende.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO,
är en myndighet som kontrollerar särskilda boenden.
IVO säger att det fortfarande händer att personer
blir dåligt behandlade på särskilda boenden.
En femtedel av boenden för barn enligt LSS
Behöver bli bättre på något sätt, säger IVO.
Till exempel får barnen inte bestämma
tillräckligt mycket om stödet de får.

Boenden

I de flesta LSS-boenden bor det upp till sju personer.
Men i vissa boenden bor det fler än tio personer.
Också i LSS servicebostäder kan det bo många personer.
I en tredjedel av dessa bostäder bor det fler än tio personer.
När det bor många personer i ett LSS-boende
kan det bli svårare att umgås och ha ett bra liv på boendet.

Ett boende fungerar bättre om det finns en chef där.
Till exempel kan personalen då bättre hjälpa de som bor där
att prata om och bestämma om sitt stöd.
Men ofta har cheferna hand om flera boenden eller verksamheter.
En femtedel av cheferna har hand om fler än fyra verksamheter.
När chefer har hand om många LSS-boenden kan de inte
stödja personalen lika bra och de boende kan få det sämre.

Personalens kunskap

Fler personal lär sig om alternativ kompletterande kommunikation, AKK.
Detta är bra eftersom det då blir lättare för dem som får stöd
att vara med och bestämma om sitt eget stöd.

Det är också viktigt att personal får handledning

för att kunna göra ett bra arbete.
Personal på boenden för barn får ofta handledning.
Detta är bra eftersom barnen där
ofta har behov av många olika sorters stöd.

Svårt att klara ekonomin

Allt fler personer med funktionsnedsättning
har svårt att klara sin ekonomi.
Personer inom LSS får ekonomiskt stöd
lika ofta som resten av Sveriges befolkning.
Men personer inom LSS som får ekonomiskt stöd
får oftare stöd under lång tid än resten av befolkningen.

Personer inom SoL får ekonomiskt stöd
mycket oftare än resten av befolkningen.
De allra flesta personer inom SoL som får stöd
har någon psykisk funktionsnedsättning.
En femtedel av personer inom SoL hade fått ekonomiskt stöd år 2018
och 10 av 100 personer hade fått stödet under lång tid.
Personer som får ekonomiskt stöd
har mindre pengar att leva för än andra människor
och kan därför hamna utanför samhället.

Personer med psykisk ohälsa

Personer med psykisk funktionsnedsättning
blir ofta kvar på sin dagverksamhet
istället för att börja studera eller arbeta.
Socialstyrelsen tror att det finns personer
som skulle kunna börja arbeta och studera
istället för att fortsätta med dagverksamhet.

Personliga ombud är personer som kan hjälpa personer
med psykisk funktionsnedsättning
med ekonomiska frågor och ärenden.
Det blir allt fler personliga ombud i kommunerna
eftersom allt fler personer behöver hjälp
med ekonomiska ärenden och att kontakta myndigheter.
Många tycker det är svårt att göra ärenden på internet
eller saknar e-legitimation eller bank-id.

Personer med autism och intellektuell funktionsnedsättning
har mer psykisk ohälsa än resten av Sveriges befolkning.
Sjukdomar som schizofreni och ångest är sju gånger vanligare
för personer med autism och intellektuell funktionsnedsättning
än för resten av befolkningen.

Inledning

Rapportens syfte och upplägg

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

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

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

Rapporten utgår delvis även från vissa kvalitetsområden, exempelvis säker vård och omsorg. Dessutom ingår olika fokusområden såsom kostnadsutveckling och fördjupningar kring vissa målgrupper och insatser. Dessa fördjupningar varierar från år till år. I årets lägesrapport uppmärksammas följande områden och målgrupper särskilt:

- Boende för barn och vuxna med funktionsnedsättning
- Personlig assistans enligt LSS
- Personer med psykisk funktionsnedsättning
- Psykisk ohälsa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism
- Ekonomisk situation hos personer med funktionsnedsättning

I rapporten belyses genomgående vissa perspektiv, som exempelvis barnperspektiv och skillnader mellan män och kvinnor.

Datakällor, perspektiv och fokusområden

Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och är därför inte heltäckande för området. Den redogör för tillståndet och utvecklingen på nationell nivå och bara till viss del för regionala skillnader. Inrapportering till nationella register och publicering av officiell statistik sker med viss fördröjning, varför statistiken i denna rapport avser år 2019 eller senast tillgängliga år. Innehållet i rapporten utgår till stor del från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser. Dessa analyser och slutsatser bygger på

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

Socialstyrelsen gör även vissa analyser specifikt för denna lägesrapport. Analyserna i årets rapport bygger på data från följande register: LSS-registret, SoL-registret, patientregistret, Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning respektive bostadstillägg[1] samt SCB:s registerbaserade aktivitetsstatistik (RAKS). Socialstyrelsen har dessutom genomfört två enkätundersökningar, som båda handlar om boende för barn enligt 9 § 8 LSS. Den ena enkäten riktade sig till kommuner och den andra till boenden:

- En enkät skickades ut till de kommuner som 2018 rapporterade in 3 eller fler beslut om boende för barn enligt LSS[2]. Enkäten skickades ut till 120 kommuner, varav 92 besvarade.
- En enkät skickades ut till de verksamheter som anmält till IVO att de driver ett boende enligt 9 § 8 enligt LSS. Enkäten skickades ut till 130 boenden, varav svar inkom från 107.

Rapporten bidrar till arbetet med Agenda 2030

Socialstyrelsens ambition är att de globala målen och Agenda 2030 ska genomlysa denna lägesrapport[3]. 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.[4] 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.

[1] Försäkringskassan register över mottagare av bostadstillägg omfattar endast personer med sjuk- eller aktivitetsersättning.
[2] Avsåg oktober 2018.
[3] För mer information om de globala målen och Agenda 2030, se http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/
[4] Ytterligare information finns på https://termbank.socialstyrelsen.se/

I rapporten använder Socialstyrelsen

- *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 enligt 9 § 9 LSS*
- *boende för barn enligt LSS* för att beskriva *bostad med särskild service enligt 9 § 8 LSS*

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

De olika målgrupperna illustreras genom 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.

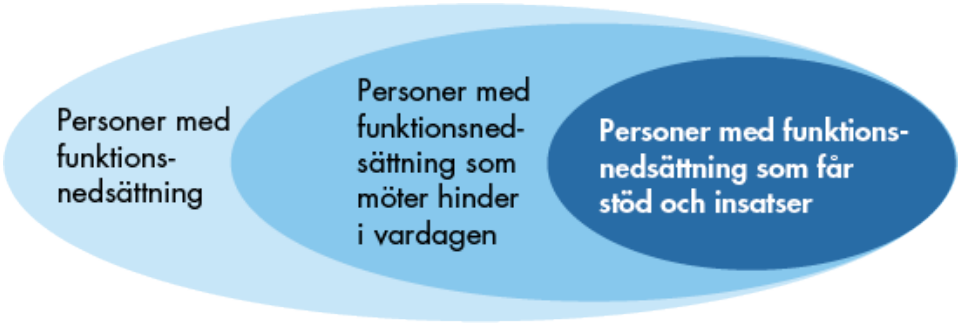


Bild 1. Förekomst av funktionsnedsättning, behov av stöd samt beviljade insatser och stöd, schematisk bild.

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 logoped[5]. 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 sin andning, personliga hygien, måltider, att klä sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskap om den funktionshindrade (grundläggande behov) (9 a § LSS). Om personen behöver personlig assistans som i genomsnitt omfattar mer än 20 timmar i veckan för grundläggande behov kan han eller hon ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken[6]. I de fall personen ansöker om assistansersättning är det Försäkringskassan som utreder, beslutar och betalar ut ersättningen. Det stöd som tillhandahålls genom assistansersättning motsvarar det stöd som tillhandahålls genom personlig assistans enligt LSS[7].

Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att med stöd av en följeslagare komma ut och delta i samhällslivet, till exempel att besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet. [8]

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

Avlösarservice enligt 9 § 5 LSS syftar till att göra det möjligt för anhöriga att få avkoppling eller uträtta sysslor utanför hemmet. Avlösarservice i hemmet kan erbjudas både som regelbunden insats och som en lösning vid akuta behov under hela dygnet.[10]

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

---

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

[6] 51 kap. 3 § SFB.

[7] 51 kap. 2 § första stycket SFB och prop. 2009/10:176 *Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet*, s. 78.

[8] Se Prop. 1992/93:159 s. 74.

[9] Se Prop. 1992/93:159 s. 75.

[10] Se Prop. 1992/93:159 s. 77 och 178.

[11] Se prop. 1992/93:159 s. 77.

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

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

Boende för vuxna enligt 9 § 9 LSS ges som bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. Insatsen ges i form av bostäder till personer i vuxen ålder som har behov av stöd, service och omvårdnad som kan utformas på olika sätt. Gruppbostad och servicebostad är de vanligaste formerna. En gruppbostad är ett bostadsalternativ för personer med ett omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov där stöd kan ges alla tider på dygnet av en fast, kollektiv bemanning[13]. I en gruppbostad 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 servicebostad 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.[14]

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.[15]

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. Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra (3 kap. 6 § SoL). Vidare ska kommunen inrätta bostäder med särskild service för de som behöver sådan bostad (5 kap. 7 § tredje stycket SoL). Personer med funktionsnedsättning kan ansöka om insatser enligt SoL, och vissa av dem har dessutom rätt till insatser enligt LSS.

Habilitering och hjälpmedel

Med *habilitering* menar Socialstyrelsen insatser till personer med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, så att de utifrån sina behov och förutsättningar utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga. In-

[12] Se prop. 1992/93:159 s. 78 och 178.
[13] Se prop. 1992/93:159 s. 86 och 179 f.
[14] Se 9 § 9 e § och prop. 1992/93:159 s. 85 f och s. 180.
[15] Se 9 § 10 och 7 § första stycket LSS.

satserna 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, 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 dem som är bosatta inom regionen eller den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där[18].

Patientlagen

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

[16] http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=668
[17] http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=799
[18] 8 kap. 1 och 7 §§ HSL.

Omfattning av insatser och stöd

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt LSS och SoL. Myndigheten berör även hjälpmedel och kommunal hälso- och sjukvård. I kapitlet används *boende för vuxna enligt LSS* används för *bostad med särskild service enligt LSS* och *boende för barn enligt LSS* används för *bostad med särskild service för barn och unga*. Utvecklingen av insatserna personlig assistans, boende för vuxna respektive för boende för barn enligt LSS beskrivs även i separata kapitel.

Sammanfattande iakttagelser

- Antalet personer med LSS-insatser fortsätter att öka och majoriteten beviljas till personer i åldern 23–64 år. En mindre andel beviljades till barn 0–12 år och till personer 65 år eller äldre. Även antalet insatser fortsätter att öka.
- Befolkningsökningen förklarar en del av ökningen inom LSS. Det gäller till exempel för personer över 65 år. För de yngsta, 0–6 år ses istället en minskning i relation till befolkningsökningen.
- Alla insatser enligt LSS ökar inte, utan vissa fortsätter att minska. Det gäller till exempel ledsagarservice som under en 10 års-period minskat med 22 procent.
- De regionala skillnaderna inom LSS är stora. År 2018 togs lägst andel beslut i Stockholms län, där 61 per 10 000 invånare hade insatser enligt LSS. Den högsta andelen beslut återfinns i Västerbottens län, där 93 personer 10 000 hade dessa insatser. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa orsaken till skillnaderna, men det kan handla om att skillnader mellan kommuner avspeglas på regional nivå.
- Även insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning ökar. Den största ökningen står boendestöd för, där antalet insatser har tvådubblats de senaste 10 åren.
- De tidigare konstaterade könsskillnaderna kvarstår. Av de som beviljas LSS-insatser är andelen kvinnor 40 procent, medan fördelningen mellan könen är jämn inom SoL.

Var tionde LSS-insats beviljas till barn under 12 år

Den 1 oktober 2018 hade 74 000 personer sammanlagt 111 400 insatser enligt LSS[19]. Det motsvarar i genomsnitt 1,6 insats per person. Majoriteten av insatserna beviljades till personer i ålder 23–64 år [1]. En mindre andel av insatserna beviljades till barn 0–12 år, 12 procent. En något lägre andel insatser beviljades till personer 65 år eller äldre, 8 procent.

[19] Exklusive insatsen råd och stöd.

Daglig verksamhet och boende för vuxna är fortfarande de vanligaste insatserna och tillsammans stod de för 56 procent av samtliga insatser enligt LSS (tabell 1). Även kontaktperson enligt LSS är vanligt och stod för 16 procent av insatserna.

Tabell 1. Insatser enligt LSS år 2018

Antalet insatser* enligt LSS**, uppdelat på ålder och kön, avrundade värden, 1 oktober 2018.

Insatser enligt LSS	Kvinnor	Män	Totalt
Personlig assistans***	2 290	2 830	5 120
Ledsagarservice	3 250	4 300	7 550
Kontaktperson	8 580	10 510	19 090
Avlösarservice	1 190	2 790	3 980
Korttidsvistelse	3 270	6 050	9 320
Korttidstillsyn	1 660	2 830	4 490
Boende, barn	330	610	940
Boende, vuxna	11 800	16 440	28 250
Daglig verksamhet	15 940	21 890	37 810
Totalt antal insatser	*46 020*	*65 420*	*111 430*

*En person kan ha flera insatser varför kolumnerna i tabellerna 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 2018 (Socialstyrelsen; 2019).

Vilka insatser som är de vanligaste skiljer sig mellan olika åldersgrupper:

- 0–12 år: korttidsvistelse, avlösarservice och personlig assistans
- 13–22 år: korttidsvistelse, daglig verksamhet och kontaktperson
- 23–64 år boende för vuxna, daglig verksamhet och kontaktperson
- 65 år eller äldre: boende, kontaktperson och ledsagarservice.

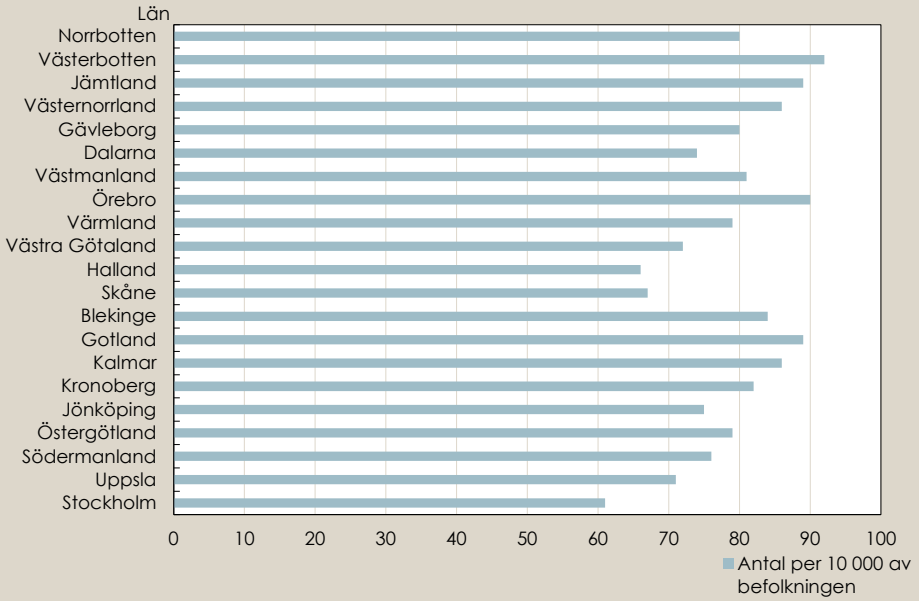
Att insatserna skiljer sig åt mellan åldersgrupper är naturligt. De vanligaste insatserna till barn handlar till stor del om avlastning och stöd till föräldrarna. För vuxna är i stället sysselsättning i form av daglig verksamhet i fokus.

Stora regionala skillnader i LSS

Det finns regionala skillnader i hur många beslut som fattas enligt LSS. Figur 1 visar att andelen beslut är lägst i region Stockholm, där 61 personer per 10 000 invånare har insatser enligt LSS. Högst andel beslut fattas i region Västerbotten där 93 personer per 10 000 har insatser. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa orsakerna till de regionala skillnaderna, men de är troligen flera. Det kan till exempel handla om demografiska skillnader i behov. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att andelen beslut om insatser enligt LSS skiljer sig mellan kommuner [2]. Myndigheten kan inte utesluta att dessa skillnader även ger utslag på regionnivå.

Figur 1. Insatser enligt LSS per 10 000 av befolkningen på länsnivå

Andel insatser enligt LSS per 10 000 av befolkningen, uppdelat på län, 2018.



Källa: Socialstyrelsens statistik över insatser enligt LSS (Socialstyrelsen; 2019).

LSS fortsätter att öka

Såväl antalet insatser enligt LSS som antalet personer med dessa insatser fortsätter att öka. Sedan 2009 har antalet personer som får stöd enligt LSS ökat med omkring 20 procent. Antalet insatser har i sin tur ökat med 14 procent. Även om det totala antalet insatser ökar så skiljer sig utvecklingen mellan olika insatser.

Den största ökningen återfinns inom kommunalt beslutad personlig assistans som sedan 2009 har ökat med 50 procent. Även insatserna daglig verksamhet och boende för vuxna ökar. Sedan 2009 har antalet personer med dessa insatser ökat med 30 procent respektive 23 procent (tabell 2). I kapitlen *Personlig assistans* och *Boende för vuxna* beskriver Socialstyrelsen utvecklingen av insatserna ytterligare.

Alla LSS-insatser ökar inte. Det tydligaste exemplet på detta är boende för barn som sedan 2009 har minskat med 36 procent. Ett resonemang om utvecklingen inom boende för barn förs i kapitlet *Boende för barn enligt LSS*. Ett annat exempel på en insats som minskar 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 [3]. 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

många gånger kopplat till att den enskilde inte bedöms ingå i personkretsen enligt LSS[20] [3].

Tabell 2. Antalet insatser enligt LSS över tid

Antal beslut om insatser* ** enligt LSS, avrundade värden, 2009–2018.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Personlig assistans***	3 400	3 560	3 800	3 880	3 900	4 090	4 300	4580	4 900	5 100
Ledsagar-service	9 600	9 290	9 200	8 700	8 500	8 430	8 300	8040	7 700	7 500
Kontakt-person	19 200	19 500	19 500	19 580	19 400	19 520	19500	19 420	19 300	19 100
Avlösar-service	3 400	3 390	3 400	3 410	3 500	3 650	3 800	3 790	3 900	4 000
Korttids-vistelse	10 000	10 010	9 900	9 650	9 600	9 640	9 700	9 590	9 500	9 300
Korttids-tillsyn	5 100	5 160	5 000	4 750	4 500	4 500	4 400	4 420	4 500	4 500
Boende, barn	1 400	1 440	1 300	1 220	1 100	1 030	1 000	990	1 000	900
Boende, vuxna	22 900	23 440	23 900	24 370	25 000	25 840	26 500	27 100	27 800	28 200
Daglig verksam-het	29 000	30 250	31 100	31 980	32 400	33 800	35 300	36 600	37 500	37 800
Totalt an-tal insatser	*104 000*	*106 040*	*107 100*	*107 540*	*107 900*	*110 500*	*112 800*	*114 530*	*116 100*	*116 400*

*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, 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019).

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 [7]. Denna slutsats kvarstår.

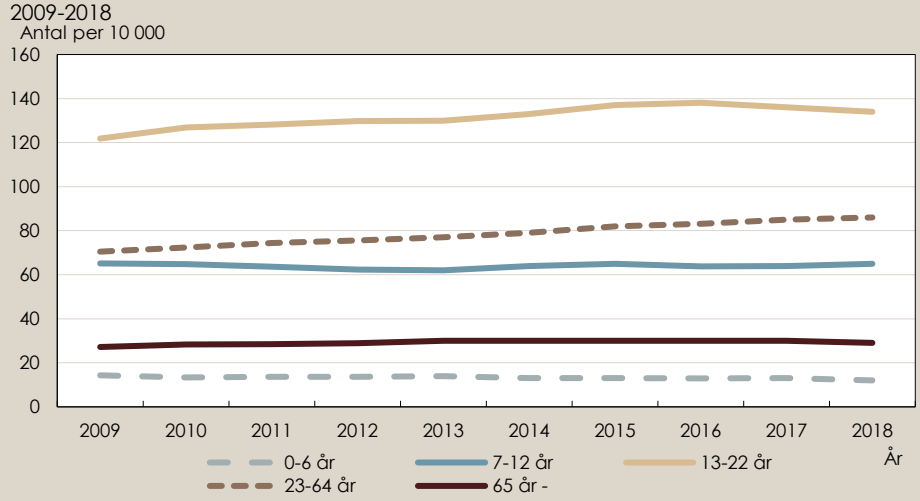
År 2018 hade 72 personer per 10 000 i befolkningen en eller flera insatser enligt LSS[21] [1]. Över en längre tidsperiod har det skett en ökning och 2009 var motsvarande andel 62. Utvecklingen sedan 2009 ser dock olika ut för olika åldersgrupper (figur 2). Den största ökningen har skett i åldersgruppen 13–22 år, från 122 till 134 personer per 10 000 i befolkningen, följt av gruppen 23–64 år, som har ökat från 25 till 29 personer per 10 000 i befolkningen.

[20] I avgörandet RÅ 1999 ref. 54 fann HFD 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.

[21] Exklusive insatsen råd och stöd enligt LSS.

Figur 2. Utveckling inom LSS i förhållande till befolkningsökning

Antal personer med insatser enligt LSS per 10 000 invånare, uppdelat på ålder, år 2009-2018



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

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

Regionala skillnader i råd och stöd kvarstår

Minskningen av antalet beslut om råd och stöd enligt LSS fortsätter. Socialstyrelsens uppföljning visar att antalet beslut om insatsen halverades mellan 2017 och 2018, från 3 090 till 1 690 [4]. Insatsen råd och stöd har minskat kontinuerligt sedan slutet av 1990-talet[22] efter att Högsta förvaltningsdomstolen i fyra prejudicerande domar slog fast att habiliteringsåtgärder inte är att betrakta som råd och stöd[23].

Under 2019 handlade regionerna 800 ansökningar om råd och stöd[24], det visar Socialstyrelsens uppföljning av statsbidraget inom området [4]. Av dessa ansökningar bifölls 529, 170 avslogs och 108 ansökningar återkallades. En vanlig orsak till att ansökningar återtas är att icke tidsbegränsade gynnande beslut om råd och stöd avslutas i dialog med brukaren som inte längre har behov av insatsen eller att insatsen erbjuds inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Den vanligaste orsaken till avslag är att den sökta insatsen bedömts kunna erbjudas på annat sätt än inom ramen för råd och stöd enligt LSS.

De vanligaste insatserna inom råd och stöd var stödsamtal från kuratorer samt råd och stöd vid myndighetskontakter.

[22] År 1998 hade 22 000 personer insatsen råd och stöd enligt LSS.
[23] Se bland annat RÅ 1997 ref 49.
[24] Socialstyrelsens fråga gällde totalt antal handlagda ansökningar, det vill säga både nya och pågående ärenden som normalt följs upp årligen.

Regionerna erbjuder även råd och stöd på annat sätt än som insats enligt LSS. Samtliga regioner utom en uppgav att de erbjuder råd och stöd inom ramen för barn- och ungdomshabiliteringen samt vuxenhabiliteringen (tabell 3).

Tabell 3. Förekomst av råd och stöd inom habiliteringens verksamhet

Andel regioner som erbjuder råd och stöd inom ramen för habiliteringens verksamhet, uppdelat på verksamhetsgren, andel angivet i procent, 2019.

Verksamhet	Antal regioner
Barn- och ungdomshabilitering	20
Vuxenhabilitering	20
Övrig habilitering/rehabilitering på sjukhus	11
Övrig habilitering/rehabilitering inom primärvården	6
Annan verksamhet	7

Källa: Redovisning av medel för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS (Socialstyrelsen, 2019).

Inom ramen för återrapporteringen av statsbidraget för råd och stöd lämnade flera regioner synpunkter på insatsen. Flera regioner menade att det är svårt att veta vad som ingår i insatsen råd och stöd enligt LSS. Det finns svårigheter att skapa tydlighet i vilka insatser som ska ges enligt LSS respektive HSL. [4]

Boendestöd är den vanligaste SoL-insatsen

I oktober 2018 hade 55 800 personer i åldern 0–64 år en eller flera insatser enligt SoL. Den vanligaste insatsen är boendestöd [5]. År 2018 hade närmare 25 000 personer hade denna insats, varav kvinnorna utgjorde 52 procent (tabell 4). Även hemtjänst var vanligt. Drygt 16 100 personer hade denna insats, och här var andelen kvinnor 54 procent. Boendestöd syftar till att ge den enskilde stöd i den dagliga livsföringen, både praktiskt och socialt, och är vanligen riktat till personer med psykisk funktionsnedsättning i eget boende. Det förekommer även att andra grupper beviljas boendestöd, till exempel personer som tillhör grupp 1 i LSS personkrets[25]. Hemtjänst kan i sin tur bland annat innefatta service och personlig omvårdnad.

Tabell 4. Insatser enligt SoL 0–64 år

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

Insatser enligt SoL	Kvinnor	Män	Totalt
Särskilt boende	1 880	2 800	4 680
Hemtjänst i ordinärt boende	8 700	7 470	16 170
Trygghetslarm	5 740	4 790	10 530
Matdistribution	1 050	1 590	2 640
Ledsagning	2 350	1 740	4 090
Avlösning	230	310	540
Dagverksamhet**	2 580	2 650	5 240
Korttidsplats	380	670	1 050

[25] Ytterligare information om definitionen av boendestöd finns på https://termbank.socialstyrelsen.se/

Insatser enligt SoL	Kvinnor	Män	Totalt
Kontaktperson/-familj	2 470	1 990	4 460
Boendestöd	12 820	11 950	24 770
Annat bistånd	910	1 140	2 060
Totalt antal insatser	*39 110*	*37 100*	*76 230*

*En person kan ha flera insatser, varför kolumnerna inte går att summera till antal personer.
**Dagverksamhet kan även ges som serviceinsats utan beslut, varför uppgiften i tabellen är en underskattning av det totala antalet personer med insatsen.
Källa: Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2017 (Socialstyrelsen, 2019).

De flesta insatserna enligt SoL till personer med funktionsnedsättning (0–64 år) går till personer i de övre åldersgrupperna. Endast 2 procent av insatserna beviljades till åldersgruppen 0–19 år. Omkring 75 procent av insatserna beviljades till åldersgruppen 34–64 år [5].

Det finns även åldersskillnader när det gäller vilka insatser som beviljas. I den yngsta åldersgruppen (0–19 år) är det vanligt med boendestöd och avlösning. Även i åldersgruppen 20–54 år är boendestöd en vanlig insats, medan hemtjänst dominerar i åldersgruppen 55–64 år. [5]

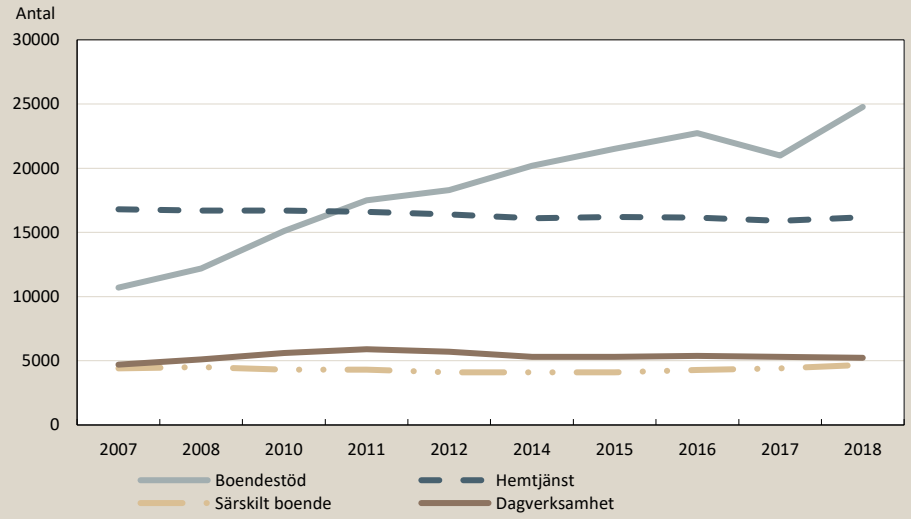
Särskilt boende har slutat minska

Antalet insatser enligt SoL fortsätter att öka, och har sedan 2009 ökat med 29 procent. Ökningen förklaras framförallt av att boendestöd har ökat med över 200 procent (figur 3). Anledningarna till att boendestöd fortsätter att öka är troligen flera. Insatsen är ursprungligen avsedd för personer med psykisk funktionsnedsättning, och ökningen av insatsen kan vara en konsekvens av ökad psykisk ohälsa. 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. [6]

Antalet beslut om särskilt boende har under flera år varit oförändrat, men under de två senaste åren har antalet beslut ökat något.

Figur 3 Utveckling av vissa insatser enligt socialtjänstlagen över tid

Antalet insatser enligt SoL, 0-64 år,uppdelat på insatstyp, 2007–2018



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

Könsskillnaderna störst bland de yngre

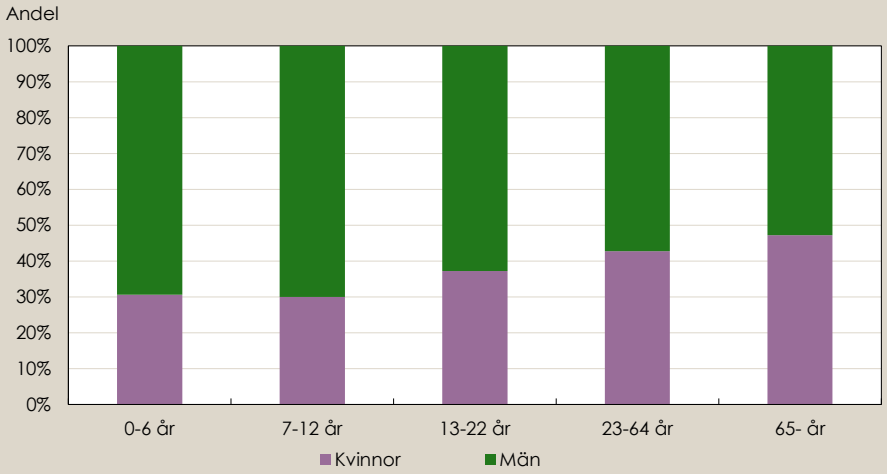
Det är fortfarande fler män än kvinnor som har en insats enligt LSS. År 2018 utgjorde kvinnorna 41 procent av målgruppen. Andelen är oförändrad jämfört med 2017. Skillnaderna mellan könen är fortfarande störst bland de yngre. År 2018 beviljades 41 procent av insatserna i åldersgruppen 0–12 år till flickor (figur 4). Andelen män är högre än andelen kvinnor inom varje insats. Skillnaden är störst för insatser som framförallt beviljas till barn: avlösarservice, korttidsvistelse, korttidstillsyn och boende för barn enligt LSS. År 2018 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 [6, 7]. Vissa diagnoser är vanligare bland män än kvinnor i totalbefolkningen, till exempel utvecklingsstörning och autism. Dessa diagnoser är också kopplade till personkretsen i LSS (grupp 1) och därmed också rätten till insatser. Samtidigt visar forskningen att flickor många gånger får diagnoser senare än pojkar, exempelvis när det gäller autism[26], vilket kan förklara varför könsskillnaderna inom LSS minskar i de högre åldersgrupperna. [6, 7]

[26] Det gäller framförallt det som tidigare benämndes Aspergers syndrom.

Figur 4. Fördelning av insatser LSS-insatser mellan män och kvinnor

Könsskillnader inom LSS, uppdelat på kön och ålder, 2018.



Källa: Socialstyrelsens statistik över insatser enligt LSS (Socialstyrelsen; 2019).

Insatser enligt socialtjänstlagen har en jämnare könsfördelning. År 2018 avsåg 51 procent av insatserna kvinnor. Inom åldersgruppen 0–19 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 att det inte krävs några specifika diagnoser för att ha rätt till insatser enligt SoL.

Få under 65 år har kommunal hälso- och sjukvård

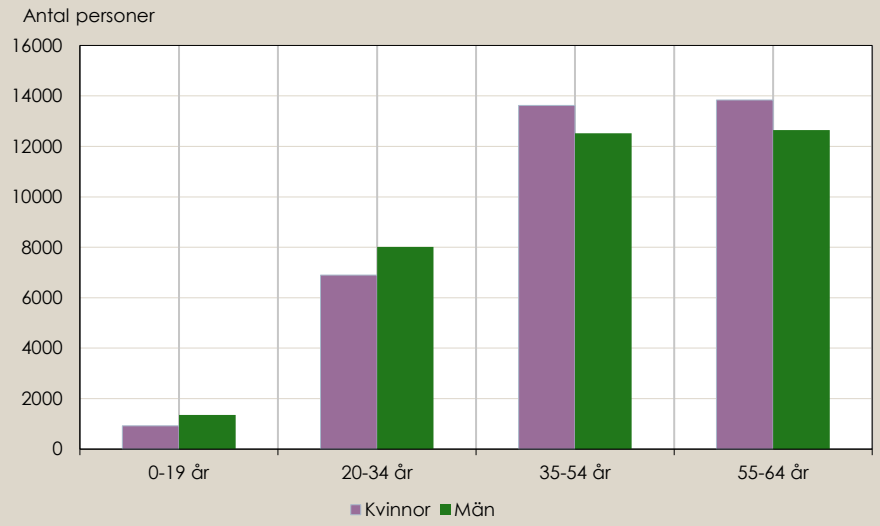
Kommuner har skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som efter beslut bor i särskilt boende enligt SoL eller i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Kommunen ska även erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som vistas i dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. (12 kap 1 § HSL och prop. 1992/93:159 s. 182). Därutöver får kommunen erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) efter överenskommelse med regionen (12 kap. 2 § HSL). Sedan hösten 2015 ansvarar samtliga kommuner för den kommunala hälso- och sjukvården. Personer boende i bostad med särskild service för vuxna samt de som deltar i daglig verksamhet inkluderades i kommunernas ansvar i samband med att LSS började gälla i januari 1994. Stockholmskommunerna undantogs dock från övertagandet fram till 2015.

Många personer med beslut om insats enligt LSS har kommunal hälso- och sjukvård, det visar en förstudie som Socialstyrelsen tidigare har genomfört[27]. I oktober 2017 hade 27 800 personer med bostad med särskild service enligt LSS även kommunal hälso- och sjukvård. Av dessa var 3 700 personer 65 år eller äldre.

År 2018 hade knappt 69 200 personer 0–64 år kommunal hälso- och sjukvård, vilket motsvarar knappt en procent av befolkningen. Det är med andra ord en låg andel i åldersgruppen som har kommunal hälso- och sjukvård. Könsfördelningen är jämn och 50 procent av personer med kommunal hälso- och sjukvård utgörs av kvinnor. Figur 5 visar att det finns viss könsskillnad mellan åldersgrupper: upp till 34 års ålder är männen i knapp majoritet, därefter är kvinnorna i majoritet.

Figur 5. Antal personer 0-64 år med kommunal hälso- och sjukvård

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



Källa: Officiel statistik över socialtjänstens insatser till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2019).

Även regionala skillnader i hjälpmedelsförskrivning kvarstår

Inom ramen för NYSAM[28] samlar vissa regioner in och publicerar statistik över hjälpmedelsförskrivning på hjälpmedelscentraler. Statistiken som publicerades 2018 visar att skillnaderna i landet kvarstår: i Region Örebro förskrevs 385 huvudhjälpmedel[29] per 10 000 invånare jämfört med region Gotland där motsvarande andel var 234 (tabell 5).

Det finns även skillnader mellan olika hjälpmedelstyper. I region Gotland förskrevs 444 personliga hjälpmedel per 10 000 invånare jämfört med 109 i region Västerbotten. Ett annat exempel är förskrivning av hjälpmedel

[27] Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – en förstudie.
[28] NYSAM är en förkortning av Nyckeltal i Samverkan.
[29] Med huvudhjälpmedel avses komplett, fungerande hjälpmedelsartikel.

för kommunikation och information. I region Västerbotten förskrevs 73 hjälpmedel av denna typ per 10 000 invånare. Motsvarande andel i region Jämtland var 21.

De bakomliggande faktorerna till skillnaderna är inte helt uppenbara. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att förutsättningarna att få hjälpmedel överlag är jämlika i landet. Samtidigt konstaterade myndigheten att det finns vissa skillnader i hjälpmedelscentralernas förskrivning av hjälpmedel i förhållande till ålder och kön. Till exempel förskrivs hjälpmedel till fler pojkar än flickor i åldern 0–17 år. [8]

Tabell 5. Förskrivning av hjälpmedel 2018

Andel personer per 10 000 invånare som erhållit hjälpmedel samt andel årsarbetande personal per 10 000 invånare, uppdelat på region och typ av hjälpmedel, avser hjälpmedel i alla åldrar, 2018.

	Gotland	Halland	Jämtland	Norrbotten	Västerbotten	Västernorrland	Örebro
Antal brukare som erhållit…							
…huvudhjälpmedel	234	-	372	376	251	367	385
…huvudhjälpmedel för personlig vård	444	157	137	189	109	192	157
…manuellt drivna rullstolar	123	112	113	156	113	133	146
…motordrivna rullstolar	7,1	11	12	11	7,7	10	11
…huvudhjälpmedel för kommunikation och information	65	34	21	56	73	49	38
Antal årsarbetande personal	-	2,1	1,8	1,9	2,5	2,2	1,8

Källa: Hjälpmedelsverksamheter, nyckeltal 2018 (Nysam; 2019)

Uppgifterna i tabell 5 avser endast sju regioner och dessutom bara hjälpmedelscentralernas verksamhet. Statistiken är med andra ord inte heltäckande, varken för riket eller för all hjälpmedelsförskrivning. Uppgifterna speglar likväl situationen i respektive region och visar på att skillnaderna i landets hjälpmedelsförskrivning kvarstår.

Kostnadsutveckling

I det här kapitlet beskriver Socialstyrelsen kostnadsutvecklingen för offentligt finansierade insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Kostnaderna är baserade på kommunernas räkenskapssammandrag som publiceras av Statistiska centralbyrån. Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för det egna åtagandet[30]. För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2018 års priser[31]. I bilaga 1 redovisas kostnaderna i löpande priser.

Sammanfattande iakttagelser

- Sett över en 10-årsperiod har kostnaderna för insatser enligt LSS ökat med i genomsnitt 2,5 procent årligen. Under samma period har kostnaderna för insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning ökat med 3,0 procent årligen. Fördelningen av kommunens kostnader mellan LSS och SoL har varit stabil över tid, LSS står för 80 procent av kostnaderna medan SoL står för 20 procent av kostnaderna.
- Trots att kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning ökar, så har det endast skett en liten ökning av dessa kostnaders andel av socialtjänstens kostnader. Kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning som en andel av kommunernas totala kostnader är i sin tur oförändrad. Den främsta anledningen till detta torde vara att även annan kommunal verksamhet ökar, till exempel inom äldreomsorgen.
- Kostnadsökningen är framförallt en spegling av att antalet insatser ökar. Men det finns även andra faktorer som bidrar, speciellt inom personlig assistans. Det handlar till exempel om att de senaste årens indragningar av beslut om statlig assistansersättning och begränsningar i den retroaktiva ersättningen från Försäkringskassan när det gäller statlig assistansersättning.

Kommunernas kostnader fortsätter att öka

År 2018 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 70 miljarder kronor. Det motsvarar 29 procent av de totala kostnaderna för socialtjänsten. Sedan 2014 har kostnaderna för stöd till personer med funktionsnedsättning, som andel av socialtjänstens kostnader,

[30] 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.

[31] Som underlag för uppräkningen används Statistiska centralbyråns konsumtionsindex 2018 för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning. Detta gör att siffrorna fram till år 2016 skiljer sig något från de rapporterade i tidigare års lägesrapporter då en annan konsumtionsindex användes.

ökat med cirka 1 procentenhet (tabell 6). Kostnaderna som andel av kommunernas totala kostnader har endast ökat med 0,1 procent.

Tabell 6. Kommunernas kostnader för personer med funktionsnedsättning som andel av kommunens övriga kostnader

Kostnader för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning angivet som andel av socialtjänstens och kommunernas kostnader samt BNP, andel angivet i procent, fast pris, 2018 års pris.

	2014	2015	2016	2017	2018
Andel av socialtjänstens kostnader	27,6	27,9	28,4	28,5	28,6
Andel av kommunernas kostnader	10,5	10,5	10,3	10,5	10,6
Andel av BNP	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2014–2018 och Prisindex 2018 (Statistiska centralbyrån; 2019)

Majoriteten av kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning avser insatser enligt LSS (tabell 7). Den största delen av dessa kostnader gäller boende för vuxna, som år 2018 uppgick till 28,1 miljarder kronor. Den näst största kostnadsposten var personlig assistans enligt LSS som uppgick till 11,8 miljarder kronor.

Kostnaderna för insatser enligt SoL uppgick i sin tur till 14,6 miljarder kronor, eller 21 procent av kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning. Den största delen utgjordes av kostnader för vård och omsorg i ordinärt boende (8,4 miljarder kronor), varav hemtjänsten stod för 6,3 miljarder kronor. Kostnaderna för särskilt boende uppgick till 5,3 miljarder kronor.

Tabell 7. Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning över tid

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, kostnader angivna i miljarder kronor och andel angivet i procent, fast pris, 2018 års pris, 2014–2018.

	Kommunernas kostnader					Förändring av kostnader 2014–2018	
	2014	2015	2016	2017	2018	Mdkr	%
Summa insatser enligt LSS	**50,7**	**51,4**	**53,2**	**54,5**	**55,5**	**4,8**	**9,5**
Boende enligt LSS	27,1	27,6	28,7	29,3	30,0	2,9	10,7
Varav							
Boende för vuxna	25,4	25,8	26,8	27,4	28,1	2,7	10,6
Boende för barn	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	0,1	5,0
Personlig assistans enligt LSS*	10,5	10,6	11,1	11,7	11,8	1,3	12,0
Daglig verksamhet enligt LSS	8,0	8,1	8,2	8,4	8,7	0,7	8,8
Övriga insatser enligt LSS	5,2	5,1	5,2	5,1	5,0	-0,2	-3,8
Summa insatser enligt SoL/HSL	**13,7**	**14,1**	**14,4**	**14,4**	**14,6**	**0,9**	**6,6**
Stöd i ordinärt boende enligt SoL**	8,0	8,3	8,5	8,3	8,4	0,4	5,0
Varav							
Hemtjänst/boendestöd	6,1	6,2	6,5	6,3	6,3	0,2	3,2
Korttidsboende	0,7	0,8	0,8	0,7	0,9	0,2	28,5

	Kommunernas kostnader					Förändring av kostnader 2014–2018	
	2014	2015	2016	2017	2018	Mdkr	%
Övriga biståndsbedömda insatser	1,3	1,3	0,9	0,9	0,9	-0,4	-30,7
Dagverksamhet			0,4	0,4	0,5	-	-
Särskilt boende enligt SoL	4,9	5,0	5,2	5,3	5,3	0,4	8,2
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,0	0,0
Kommunernas totala kostnad för stöd till personer med funktionsnedsättning	**64,4**	**65,5**	**67,7**	**68,9**	**70,0**	5,6	8,7
Årlig förändring	1,7 %	1,7 %	3,2 %	1,7 %	1,6 %		

*Exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistansersättning.
** Dagverksamhet särredovisas sedan 2016. Innan redovisades kostnaden inom övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2014–2018 och Prisindex 2018 (Statistiska centralbyrån; 2019).

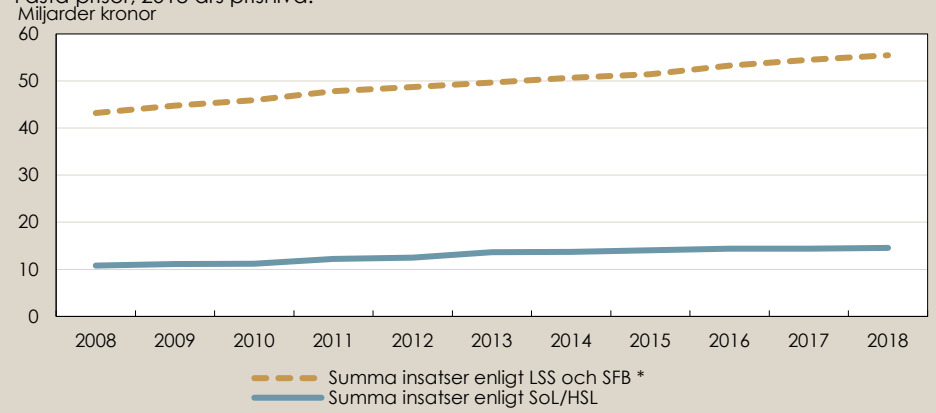
Under 2014–2018 ökade kommunernas kostnader inom funktionshindersområdet med sammantaget 8,0 procent (5,6 miljarder kronor) i fasta priser.

Särskilda boendeformer står för den största relativa kostnadsökningen. Under perioden ökade kostnaderna för bostad med särskild service för vuxna med 9,6 procent. Kostnaderna för särskilt boende enligt SoL ökade i sin tur med 7,5 procent (tabell 7).

Sett över en 10-årsperiod har kostnaderna för insatser enligt LSS ökat med i genomsnitt 2,5 procent årligen (figur 6). Sedan 2008 har kostnaderna för insatser enligt SoL ökat med 3,0 procent årligen. Fördelningen av kommunens kostnader mellan LSS och SoL har varit stabil över tid, LSS har stått för 80 procent av kostnaderna medan SoL har stått för 20 procent av kostnaderna.

Figur 6. Kostnadsutveckling för stöd till personer med funktionsnedsättning

Fasta priser, 2018 års prisnivå.



* Avser insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning 0-64 år. Exklusive ersättning från försäkringskassan.
Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2014-2018 och Prisindex 2018, Statistiska centralbyrån

Kostnadsökningen inom personlig assistans har mattats av

År 2018 uppgick kommunernas kostnader för personlig assistans till 11,8 miljarder kronor. Mellan 2014 och 2018 har dessa kostnader ökat med cirka 12 procent (tabell 8). Kostnader för kommunalt beslutad personlig assistans har i sin tur ökat med 1,3 miljarder kronor. Den största ökningen skedde under åren 2015–2017. En förklaring till den ökningen var det höga antalet indragna beslut om statlig assistansersättning, som medförde att allt fler beviljades kommunalt beslutad personlig assistans. Många av dessa personer beviljades dessutom ett högt antal timmar personlig assistans per vecka.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) lyfter att två ytterligare faktorer har bidragit till ökningen av kommunernas kostnader för personlig assistans:

- Sedan 2014 har ersättningsnivån för den statliga assistansersättningen haft en uppräkningsnivå som inte motsvarar löneökningstakten för verksamheten. SKR menar att den lägre uppräkningen under denna period motsvarar en urholkning med 23 kronor per timme. I de fall kommunerna är utförare av statlig assistansersättning innebär den låga uppräkningen att en del av kostnaderna skattefinansieras av kommunerna i stället för att staten ersätter kommunerna fullt ut per utförd timme.
- Under 2019 har en del kommuner fått stå för kostnader för personlig assistans i väntan på beslut om statlig assistansersättning på upp till 500 000 kronor för enskilda assistansanvändare. Tidigare betalade Försäkringskassan ut denna ersättning till kommunerna retroaktivt, oavsett om det var kommunen eller privata bolag som hade utfört assistansen. Den möjligheten har genom en ny lagtolkning begränsats till att endast om det är kommunen som är utförare. [9]

I kommunernas kostnader för personlig assistans ingår ett kostnadsansvar för de första 20 timmarna per vecka för beslut om statlig assistansersättning enligt SFB[32]. Under perioden 2014–2018 har denna kostnadspost minskat med 800 miljoner kronor, vilket förklaras av att antalet beslut om statlig assistansersättning har minskat.

Tabell 8. Kommunernas kostnadsutveckling för personlig assistans

Kommunernas kostnader för personlig assistans, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angivet i procent, 2014–2018, fasta priser, 2018 års pris.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2014–2018	
	2014	2015	2016	2017	2018	Mdkr	%
Kostnader för personlig assistans	10,5	10,6	11,1	11,7	11,8	1,3	12,4
Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	5,4	5,3	5,1	4,8	4,6	-0,8	-14,8

[32] 51 kap. 22 § SFB.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2014–2018	
	2014	2015	2016	2017	2018	Mdkr	%
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning*	8,7	8,1	7,4	6,6	6,1	-2,6	-29,8
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	**19,2**	**18,7**	**18,6**	**18,3**	**17,9**	**-1,3**	**-6,7**

* Denna kostnad ersätts av Försäkringskassan.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2014–2018 och Prisindex 2018, Statistiska centralbyrån

Kommunerna kan även vara utförare av statlig assistansersättning. I de fallen får kommunerna ersättning från Försäkringskassan. Under 2014–2018 har denna kostnadspost minskat med 2,6 miljarder. Även här är förklaring att allt färre personer med statlig assistansersättning väljer kommunen som utförare.

Även regionernas kostnader ökar

Även regionernas kostnader för funktionshinders- och hjälpmedelsverksamhet ökar. År 2018 uppgick kostnaden till 7,8 miljarder kronor (tabell 9). Hit räknas övergripande funktionshindersfrågor och verksamheter vid hjälpmedelscentraler, hörselcentraler, syncentraler och inkontinenshjälpmedelsfunktioner. Även bidrag till funktionshindersorganisationer ingår i dessa kostnader, liksom tolkservice till döva och dövblinda.

Tabell 9. Regionernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning

Regionernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 2014–2018, kostnader angivet i miljarder kronor, andelen angiven i procent, fasta priser, 2018 års pris.

	2014	2015	2016	2017	2018	Förändring 2014–2018	
						Mdkr	%
Funktionshinder- / hjälpmedelsverksamhet	6,9	7,5	7,7	7,7	7,8	0,9	13,2

Källa: Regionernas räkenskapssammandrag 2014–2018 och Prisindex 2018, Statistiska centralbyrån.

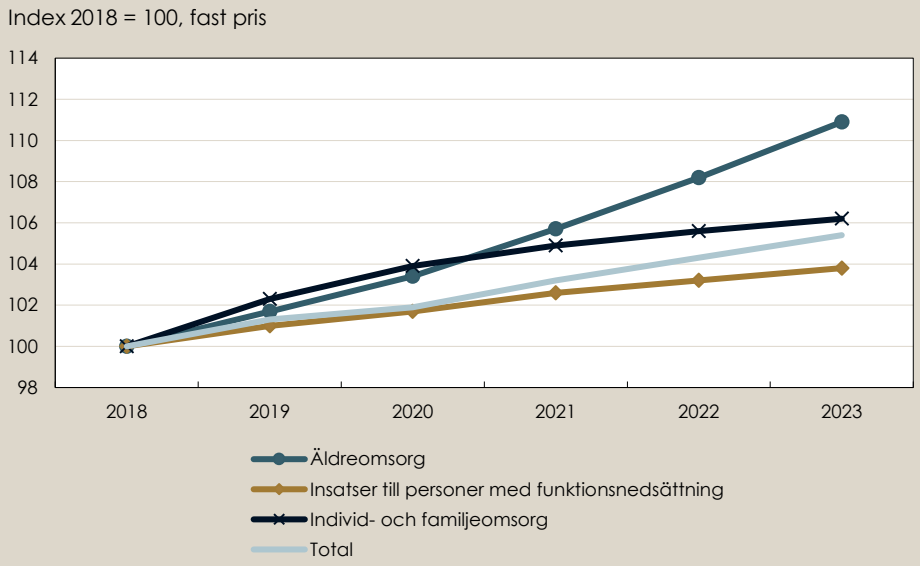
Många LSS-verksamheters budget går inte ihop

SKR lyfter i en ekonomirapport att behovet av de resurser som krävs för att upprätthålla välfärden på dagens nivå ökar snabbare än skatteintäkterna [10]. Organisationen förklarar detta med att åldersgrupperna barn och unga samt äldre ökar i antal snabbare än gruppen som är i arbetsför ålder, samtidigt som Sverige förväntas gå in i en lågkonjunktur. [9] SKR:s prognoser talar för fortsatta demografiska utmaningar och lägre tillväxt i skatteunderlaget vilket kommer att öka behovet av att utnyttja de resurser som finns på ett mer effektivt sätt.

Omkring hälften av kommunerna uppger negativ budgetavvikelse för LSS-området för 2019[33]. Andelen är ungefär lika stor som inom hemtjänst och särskilt boende, men lägre än inom individ- och familjeomsorgen där 69 procent av kommunerna rapporterar negativ budgetavvikelse för 2019. Sett till kostnadsökning förväntar SKR att äldreomsorgen kommer att öka mest de kommande åren. Insatser till personer med funktionsnedsättning förväntas ha en lägre ökningstakt (figur 7). [9]

Enligt rapporter behöver många kommuner använda effektiviserings- och besparingsplaner för att få ihop budget för perioden 2020–2022. SKR för inget konkret resonemang kring hur utvecklingen påverkar tillgången till stöd för exempelvis personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att utvecklingen kommer att medföra ökade behov av prioriteringar på lokal nivå. [9]

Figur 7. Beräknade volymförändringar inom olika kommunala verksamheter 2018-2023, miljarder kronor



Källa: Ekonomirapporten, oktober 2019 (SKR; 2019)

[33] Med budgetavvikelse avses i sammanhanget ett underskott på minst 1 procent av budgeten.

Individfokus och lika villkor

I det här kapitlet lyfter Socialstyrelsen frågor som rör särskilda grupper och perspektiv: den ekonomiska situationen för personer med insatser enligt LSS eller SoL, anhörigstöd och psykisk ohälsa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism.

Sammanfattande iakttagelser

- Det har blivit vanligare med ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt LSS jämfört med för tio år sedan. Nivån ligger nu på samma nivå som för övrig befolkning, 5 procent. Långvarigt ekonomiskt bistånd har i sin tur blivit något vanligare bland personer med LSS-insatser, cirka 2 procent jämfört med 1 procent i den övriga befolkningen. Förekomsten av ekonomiskt bistånd för personer med insatser enligt SoL är lika hög som för 10 år sedan. Under 2018 hade 10 procent ett långvarigt ekonomiskt bistånd. Personer med psykisk funktionsnedsättning är överrepresenterad i gruppen. Den höga förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd bland dessa grupper indikerar ett ekonomiskt utanförskap, vilket förstärks ytterligare av att några har både långvarigt ekonomiskt bistånd och statligt bostadstillägg.
- De flesta kommuner arbetar med anhörigstöd, men samtidigt upplever många anhöriga till barn med funktionsnedsättning att stödet är otillräcklig. Det kan bero på otillräcklig information, till exempel känner 2 av 3 anhöriga till barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning inte till att de kan få anhörigstöd från kommunen. Det kan också handla om att kommunernas anhörigstöd många gånger riktar sig till anhöriga till äldre.
- Psykisk ohälsa bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism är högre än i den övriga befolkningen. Förekomsten av schizofrenidiagnoser och ångestdiagnoser är upp till sju gånger vanligare. Socialstyrelsen menar därför att det är viktigt att inkludera perspektivet psykisk ohälsa i LSS, både när det gäller verksamhets- och kompetensutveckling på lokal nivå liksom vid framtagande av nationella kunskapsstöd.

Vanligare med ekonomiskt bistånd

Under året som gått har den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättning uppmärksammats. Såväl Myndigheten för delaktighet som Riksförbundet FUB har publicerat rapporter som pekar på ojämlika ekonomiska villkor för gruppen [10, 11]. I årets lägesrapport har Socialstyrelsen valt att analysera den ekonomiska situationen för personer med insatser enligt LSS och SoL (0–64 år). Fokus för dessa analyser har varit förekomst av ekonomiskt bistånd i form av försörjningsstöd och bostadstillägg. Analyserna är en uppdatering av myndighetens tidigare analyser från 2010 [12]. Syftet är

dels att komplettera de analyser som nämns ovan, dels att se om den ekonomiska situationen förändrats för målgruppen.

> 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 § Socialtjänstlag (2001:453)

Socialstyrelsens analyser visar att drygt 5 procent av de personer som tillhör LSS personkrets fick ekonomiskt bistånd i form av försörjningsstöd någon gång under 2018 (tabell 10). Omkring 2 procent i gruppen fick långvarigt ekonomiskt bistånd, det vill säga under minst 10 månader. Andelarna är någon procentenhet högre hos personer som tillhör grupp 3 i LSS personkrets.

Förekomsten av ekonomiskt bistånd är väsentligt högre bland personer med insatser enligt SoL i åldern 0–64 år. Omkring 20 procent i den gruppen fick någon gång under 2018 ekonomiskt bistånd och drygt 10 procent hade ett långvarigt ekonomiskt bistånd.

Könsskillnader är relativt små och märks tydligast inom SoL och grupp 2 i LSS personkrets, där andelen män med ekonomiskt bistånd är någon procent högre än andelen kvinnor.

Andelen hushåll i den övriga befolkningen som någon gång under 2018 fick ekonomiskt bistånd var 5,3 procent, andelen med långvarigt bistånd var 1,2 procent [13]. Personer med LSS-insatser ligger således på någorlunda samma nivå vad gäller förekomst av ekonomiskt bistånd, men något högre när det gäller långvarigt bistånd. Detta innebär en ökning över tid, då Socialstyrelsens tidigare analyser visade att andelen med ekonomiskt bistånd inom LSS var lägre än i den övriga befolkningen.

Det är fyra gånger så vanligt med ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt SoL jämfört med den övriga befolkningen, och 10 gånger så vanligt med långvarigt ekonomiskt bistånd. Inom denna grupp är personer med psykisk funktionsnedsättning överrepresenterade, och Socialstyrelsen har tidigare lyft den ekonomiska utsattheten hos denna grupp [12]. Inom SoL är det möjligt att ta ut avgifter för stöd i större utsträckning än enligt LSS[34], vilket i sin tur kan bidra till skillnaderna mellan SoL och LSS.

[34] Jfr 8 kap. SoL och 18-21 §§ LSS.

Tabell 10. Förekomst av ekonomiskt bistånd och bostadstillägg bland personer med funktionsnedsättning

Andel personer med ekonomiskt bistånd i form av försörjningsstöd samt statligt bostadstillägg* bland personer med insatser enligt LSS och SoL**, uppdelat på personkretsens grupper och kön, andel angivet i procent, antal angivet i avrundade värden, 2018.

	Insatser enligt LSS						Insatser enligt SoL	
	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3			
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Ekonomiskt bistånd någon gång under 2018	5,1	5,4	5,7	4,5	6,3	6,6	19,5	20,7
Långvarigt ekonomiskt bistånd minst 10 mån under 2018	1,8	2,1	3,3	2,7	3,6	3,6	11,4	11,7
Bostadstillägg	67,2	63,9	43,2	37,2	51,6	52,5	39,3	38,7
Bostadstillägg plus långvarigt ekonomiskt bistånd minst 10 månader under 2018	0,3	0,3	1,5	0,9	1,2	0,9	1,2	0,6
Totalt antal personer	*20 430*	*28 320*	*590*	*1 020*	*2 020*	*28 320*	*35 720*	*33 890*

*Avser statligt bostadstillägg för personer med beslut om sjuk- och aktivitetsersättning.

**LSS avser alla åldrar, SoL avser 0–64 år.

Källa: Registret över insatser enligt LSS, registret över insatser enligt SoL, registret över mottagare av ekonomiskt bistånd, registret över bostadstillägg till personer med sjuk- och aktivitetsersättning.

Personer med aktivitets- eller sjukersättning kan få bostadstillägg. Många men inte alla med insatser enligt LSS eller SoL har någon av dessa ersättningar. Storleken på bostadstillägget beror på boendekostnad och inkomststorlek. Bostadstillägg betalas ut för högst 96 procent av vad bostaden kostar men inte för mer än 5 600 kronor i månaden. Bedömning och utbetalning görs av Försäkringskassan.

www.forsakringskassan.se

Flertalet personer i undersökningsgrupperna har statligt bostadstillägg. Bidraget är vanligast bland personer i grupp 1 och 3 i LSS personkrets, där var cirka 65 respektive 50 procent har bostadstillägg (tabell 10). Andelen med statligt bostadstillägg är lägst bland personer med insatser enligt SoL: knappt 40 procent. En jämförelse med tidigare studier från 2010 visar att andelen med bostadstillägg har sjunkit inom både SoL och LSS. År 2010 hade 57 procent av personer med SoL-insatser statligt bostadstillägg. Motsvarande andel för personer med LSS-insatser var 71 procent [12].

Minskningen av bostadstillägg kan antingen handla om att personer blivit av med sin sjuk- och aktivitetsersättning och därmed också rätten till bostadstillägg, men det kan också handla om att sammansättningen bland personer som får stöd förändrats.

Inte lika vanligt 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 7,2 procent bland kvinnorna och 5,1 bland männen fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2018 (tabell 11). Här blir dessutom könsskillnaderna tydligare, och såväl ekonomiskt bistånd som bostadstillägg är högre bland män än kvinnor.

Majoriteten av personer i bostad med särskild service har dessutom bostadstillägg: mellan 80 och 90 procent. Undantaget är kvinnor och män som tillhör grupp 2, där andelen med bostadstillägg ligger på 62 respektive 55 procent.

Tabell 11. Förekomst av ekonomiskt bistånd och bostadstillägg bland personer med bostad med särskild service enligt LSS

Förekomst av ekonomiskt bistånd i form av försörjningsstöd samt statligt bostadstillägg* bland personer med beslut om bostad med särskild service enligt LSS, uppdelat på personkretsens grupper och kön, andelen angivet i procent, antal angivet i avrundade värden, 2018.

	Bostad med särskild service enligt LSS					
	Grupp 1		Grupp 2		Grupp 3	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Ekonomiskt bistånd någon gång under 2018 variabeln försörjningsstöd	3,0	3,6	2,1	4,8	7,2	5,1
Långvarigt ekonomiskt bistånd minst 10 mån under 2018 variabeln försörjningsstöd	0,6	1,5	0,6	1,8	3,3	2,7
Bostadstillägg	87,3	84,3	61,5	54,9	83,7	81,6
Bostadstillägg plus långvarigt ekonomiskt bistånd minst 10 månader under 2018	0,0	0,0	0,6	0	1,2	0,6
Totalt antal personer	*9 120*	*12 780*	*150*	*290*	*615*	*950*

Källa: Registret över insatser enligt LSS, registret över mottagare av ekonomiskt bistånd, registret över bostadstillägg till personer med sjuk- och aktivitetsersättning.

Anhörigstöd i fokus

Anhöriga till personer med funktionsnedsättning upplever många gånger utmaningar. Det kan till exempel handla om att anhöriga blir informella omsorgsgivare eller att de får ta på sig en samordnande roll [14, 15]. Stödet till de anhöriga kan vara av avlastande karaktär eller handla om ekonomiskt stöd i de fall föräldrarna inte kan arbeta heltid[35]. En form av anhörigstöd ges via socialtjänstlagen.

[35] Exempelvis i form av avlösarservice enligt LSS samt omvårdnadsbidrag enligt SFB,.

Under 2019 har Anhörigas Riksförbund gjort en nationell kartläggning av kommunernas anhörigstöd [16]. Kartläggningen tar sin utgångspunkt i 5 kap. 10 § SoL, där det står att socialnämnderna ”ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”. Kartläggningen är till stora delar en uppföljning av den kartläggning som Socialstyrelsen gjorde 2014 [14].

I kartläggningen ställdes en fråga om vilka grupper som ingår i förvaltningarna som ansvarar för anhörigstöd. Av de förvaltningar som svarade angav drygt 90 procent att personer med funktionsnedsättning och personer med psykisk ohälsa ingår i deras ansvar. Totalt antal förvaltningar som besvarade frågan var 227.

En del kommuner kommenterade att de företrädesvis arbetar för anhörig till närstående som är äldre än 65 år och att anhörigkonsulenten/anhörigstödet är organisatoriskt knuten till äldreomsorgen. Detta bekräftar tidigare kartläggning som pekade på att personer med funktionsnedsättning inte alltid ingår i anhörigkonsulenternas uppdrag. [16]

Patient- och brukarorganisationer samt anhörigföreningar kan många gånger utgöra ett viktigt stöd för anhöriga, dels för information men också juridisk rådgivning och olika sociala aktiviteter. Omkring 50 procent av förvaltningarna angav att de informerar anhöriga om dessa intresseorganisationer och hänvisar till dem. Drygt 35 procent av förvaltningarna uppgav att de genomför gemensamma aktiviteter med intresseorganisationer.

Många, men inte alla, förvaltningar ger information och utbildning till anhöriga:

- Närmare 90 procent av förvaltningarna ger information och utbildning som syftar till att anhöriga ska kunna bemästra sin situation.
- Drygt 75 procent av förvaltningarna ger information och utbildning om olika sjukdomstillstånd och diagnoser.

Endast 38 procent av kommunerna har information om anhörigstöd som är tillgänglig för anhöriga med syn- eller hörselnedsättning. Flera kommuner hänvisar istället till översättningsfunktion på sina webbplatser. Detta kan påverka möjligheten för dessa anhöriggrupper att få stöd.

Det framgår inte av kartläggningen hur många av utbildningarna som riktar sig till anhöriga till personer med funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa. Av kommentarerna framgår dock att det förekommer. Exempel på anhörigstöd till dessa grupper är

- *Utbildningen Steg-Ut*. Föräldrastöd till unga med funktionsnedsättning 16–25 år, vars mål är att utforma och utveckla stöd till föräldrar till unga med funktionsnedsätting16–25 år. Utbildningen innehåller bland annat: information om boenden och boendestöd, sysselsättning och ekonomi samt information från Försäkringskassan .
- Vänersborgs kommun ingår i ett *treårigt projekt om personlig koordinator* som riktar sig till föräldrar/vårdnadshavare som har ett barn under 18 år

med funktionsnedsättning[36]. Koordinatorn ger ett praktiskt stöd som innebär att hjälpa till med att bland annat: kartlägga vilka behov av stöd som finns, vägleda i samhällets stödsystem och initiera samordning mellan aktörer i samhället som ska ge barnet stöd.
- Sedan 2015 arrangerar Eslövs kommun *Hälsocirkeln för anhöriga*. Hälsocirkeln vänder sig till alla anhöriga över 18 år som ger stöd och hjälp till en närstående, oavsett diagnos eller funktionsnedsättning. Syftet är att förebygga ohälsa hos anhöriga, genom att sätta fokus på deras egen hälsa och att skapa möjlighet för reflektion kring den egna hälsan i förhållande till anhörigskapet. [16]

Attention lyfter brist på kännedom om anhörigstöd

Kartläggningen som genomfördes av Anhörigas Riksförbund visar att många kommuner erbjuder stöd till anhöriga. Samtidigt upplever många anhöriga fortfarande att stödet är otillräckligt. Under 2019 genomförde Riksförbundet Attention en enkätundersökning bland sina medlemmar, som riktade sig till anhöriga som har barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar[37] [17]. Resultaten visar bland annat att

- 41 procent av de anhöriga lägger 3–5 timmar per vecka eller mer på kontakter med myndigheter, skola och omsorg med mera i frågor som gäller barnets funktionsnedsättning
- 24 procent av de anhöriga alltid vet vart de ska vända sig för att få stöd och hjälp i frågor som rör barnets funktionsnedsättning.
- 44 procent av de anhöriga är eller har varit sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom som kan härledas till barnets funktionsnedsättning.
- 63 procent av de anhöriga inte känner till att de via kommunen har rätt till anhörigstöd.

Drygt hälften av de anhöriga som besvarade enkäten uppgav att de behöver stöd för egen del, av dessa uppgav en fjärdedel att de inte har fått några insatser. De vanligaste stöden som de anhöriga har fått är: informationsträffar/föreläsningar, anhörigträffar och stödsamtal.

Kartläggningen som Anhörigas Riksförbund genomförde har inte kartlagt hur många kommuner som erbjuder stöd för just anhöriga till personer med funktionsnedsättning. Däremot konstaterade Socialstyrelsen i den tidigare kartläggningen från 2014 att kommunernas anhörigstöd många gånger fokuserar på anhöriga till äldre [17]. Socialstyrelsen kan inte utesluta att så fortfarande är fallet. I Attentions undersökning framgår samtidigt att deras medlemmars kännedom om kommunernas anhörigstöd är låg. Det talar för att kommunernas information om anhörigstöd kan utvecklas.

[36] Projektet utgår från modellen ”Koordinatorstöd till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning”, som har sitt ursprung i Socialstyrelsens kunskapsstöd ”Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning”.
[37] Omkring 3 100 anhöriga besvarade enkäten.

Vanligt med psykisk ohälsa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att psykiatriska diagnoser är vanliga bland personer som hör till grupp 1 i LSS personkrets [18]. I denna grupp ingår personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. I årets lägesrapport har Socialstyrelsen analyserat förekomsten av psykiatriska diagnoser och behandling med psykofarmaka bland personer som tillhör denna grupp. Jämförelser görs med den övriga befolkningen. I avsnittet benämns undersökningsgruppen personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism.

Högre psykisk ohälsa hos personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism

Förekomsten av psykiatriska diagnoser är högre bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism än i den övriga befolkningen[38] (tabell 12). Samtliga diagnoser i tabell 12 är vanligare i denna grupp, med undantag av psykisk sjukdom till följd av missbruk. Största skillnaden mellan undersökningsgruppen och jämförelsegruppen 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.

Det finns vissa könsskillnader och det mönstret ser likadant ut bland personer i undersökningsgruppen och i jämförelsegruppen. 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 12. Förekomst av psykiatriska diagnoser hos personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism

Förekomst av psykiatriska diagnoser hos personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism (grupp 1, LSS personkrets), jämförelsegrupp övrig befolkning, uppdelat på kön och ICD-kod, antal angivet i avrundade värden, andel angivet i procent, 2017–2018.

Diagnoser	Grupp 1, LSS kvinnor		Grupp 1, LSS män		Övrig befolkning kvinnor		Övrig befolkning män	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
F10–F19 Psykisk sjukdom till följd av missbruk	285	1,7	475	2,2	35 040	1,8	64 090	2,5
F20–F29 Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom	755	4,6	1 250	5,9	16 670	0,6	20 060	0,8
F30–F39 Förstämningssyndrom, depression	1 030	6,4	1 100	5,2	83 220	2,8	53 680	2,1
F40–F49 Ångestsyndrom och stressrelaterade syndrom	1 730	10,7	1 610	7,6	137 290	4,6	75 480	3

[38] Förekomsten avser psykiatriska diagnoser som huvud- eller bidiagnoser i patientregistret år 2017 och 2018.

Diagnoser	Grupp 1, LSS kvinnor		Grupp 1, LSS män		Övrig befolkning kvinnor		Övrig befolkning män	
F50–F59 Ätstärningar	235	1,4	195	0,9	19 540	0,7	9 140	0,4
F60–F69 Personlighetsstör-ningar	460	2,8	250	1,1	20 220	0,7	10 130	0,4
F90–F98 Adhd, add	2 750	16,9	5 380	25,3	67 050	2,2	93 470	3,7
F99	100	0,06	115	0,05	4 250	0,1	4 030	0,2

*En person kan ha flera diagnoser varför kolumnerna inte går att summera.

Källa: Patientregistret och registret över insatser enligt LSS.

Vanligt med psykofarmaka

Tabell 13 visar att det är vanligare med förskrivning av psykofarmaka till personer med intellektuell funktionsnedsättning än till den övriga befolkningen. Analysen gäller de i respektive grupp som fått en psykiatrisk diagnos (tabell 12). Omkring 17 procent av kvinnorna med intellektuell funktionsnedsättning och autism som återfinns i tabell 12 behandlades med antidepressiva läkemedel, motsvarande andel bland kvinnorna i befolkningen var 4 procent. Ett annat är exempel är antipsykotika. Tolv procent av männen i undersökningsgruppen behandlades med antipsykotika, motsvarande andel bland män i den övriga befolkningen är 1,5 procent. Det är väsentligt fler i undersökningsgruppen som behandlades med antipsykotika än som har diagnoser som schizofreni. En förklaring till detta är att viss antipsykotika även förskrivs mot utagerande beteende. Socialstyrelsen har tidigare dragit slutsatsen att detta är en bidragande orsak till den höga förskrivningen av antipsykotika bland personer som tillhör grupp 1 i LSS personkrets [18]. Denna slutsats kvarstår.

Tabell 13. Förskrivning av psykofarmaka uppdelat på läkemedelstyp.

Förskrivning av psykofarmaka* bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism (grupp 1, LSS personkrets) med psykiatriska diagnoser, uppdelat på läkemedelstyp (ATC-kod), minst tre uttag, jämförelse med övrig befolkning, uppdelat på kön, antal angivet i avrundade värden, andel angivet i procent, 2017–2018.

	Grupp 1, LSS				Övrig befolkning			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
N05A (antipsyko-tika)	2 060	12,0	3 090	14,6	32 380	1,2	37 954	1,5
N06A (antidepres-siva läkemedel)	2 710	16,7	2 910	13,7	62 390	3,9	115 150	4,6
N06BA (adhd-läke-medel)	1 500	9,2	2 790	13,2	38 670	0,9	28 210	1,1
N05C (sömnmedel, lugnande)	1 710	10,5	2 210	10,4	42 130	2,1	62 818	2,4

*En person kan ha behandlas med flera läkemedel varför kolumnerna inte går att summera för att summera antal personer.

Källa: Patientregistret, registret över insatser enligt LSS.

Psykisk ohälsa behöver lyftas inom LSS

Förekomsten av psykisk sjukdom är relativt hög bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism, det visar Socialstyrelsens analyser. Analyserna bekräftar tidigare forskning som visat på en förhöjd psykisk ohälsa hos gruppen [19]. Socialstyrelsens analyser identifierar endast de som

fått en psykiatrisk diagnos under perioden 2017–2018. Den psykiska ohälsan är troligen större än vad Socialstyrelsens analyser visar, eftersom alla med psykisk ohälsa inte får en diagnos. Läkemedel är inte heller den enda behandlingen mot psykisk ohälsa. Andra exempel på behandling är psykosocialt stöd, förebyggande insatser och terapi.

Socialstyrelsens analyser kan därför inte anses vara heltäckande vad gäller tillgång till behandling och stöd, men de visar ändå tydligt att det är vanligt med psykisk ohälsa bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism. I 2019 års lägesrapport pekade Socialstyrelsen på vikten av att inkludera perspektivet psykisk ohälsa i LSS, både när det gäller verksamhets- och kompetensutveckling på lokal nivå liksom vid framtagande av nationella kunskapsstöd [6]. Årets analyser stärker denna slutsats ytterligare.

Boende för barn och unga med funktionsnedsättning

Under året som gått har boende för barn enligt LSS uppmärksammats vid ett flertal tillfällen. Uppmärksamheten har framförallt handlat om att barn fått beslut om boende istället för personlig assistans, men även om missförhållanden. I årets lägesrapport fördjupar Socialstyrelsen analyserna av boende för barn enligt LSS, i syfte att ge en samlad bild av utveckling och kvalitet i insatsen. I kapitlet används *boende för barn* istället för *bostad med särskild service enligt 9 § 8 LSS.*

Sammanfattande iakttagelser

- Under den senaste 10-årsperioden har antalet beslut om boende för barn halverats. Minskningen gäller framförallt i åldersgruppen 13–22 år.
- Orsakerna bakom beslut om boende för barn är ofta komplexa behov, inte sällan i gränslandet mellan IFO och LSS. Många gånger handlar besluten om skolgång på annan ort för elever på till exempel gymnasiesärskola. Ett fåtal beslut handlar om barn som tidigare haft personlig assistans.
- Verksamhetsföreståndare för boende för barn har ofta ansvar för fler än en verksamhet. Var femte verksamhetsföreståndare ansvarar för fyra eller fler verksamheter. Det handlar ofta om andra boende för barn men även verksamheter för vuxna förekommer.
- Knappt 20 procent av kommunerna har en skriftlig rutin för planering för tiden efter insatsen boende för barn. En skriftlig rutin är inte en förutsättning för planering, men den underlättar och minskar risken att den enskildes behov inte tillgodoses.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) konstaterar att det förekommer brister på boenden för barn med funktionsnedsättning enligt LSS, men att förekomsten är lägre än i HVB (hem för vård och boende) och stödboenden enligt SoL. Det gäller exempelvis brister som handlar om våld och begränsningsåtgärder.
- De flesta verksamhetschefer uppger att personalen har tillgång till kommunikationsstöd för de barn som behöver det. Samtidigt visar IVO: s tillsyn på brister i barnens möjlighet till kommunikation. Skillnaden i resultat kan förklaras av delvis olika undersökningsperioder och metoder.
- Majoriteten av de kommuner som idag har beslut om boende för barn uppger att de kan tillgodose behovet av insatsen. Vissa kommuner menar dock att behoven av insatsen kommer att öka. Orsakerna är bland att barn med funktionsnedsättning som har komplexa behov ökar, men också att insatser såsom personlig assistans inte räcker eller inte beviljas i tillräckligt stor utsträckning. Många kommuner möter detta genom att starta nya boenden eller köpa platser i andra kommuner. Vissa kommuner fokuserar istället på stärkt stöd till familjerna och på att förebygga behov av boende för barn.

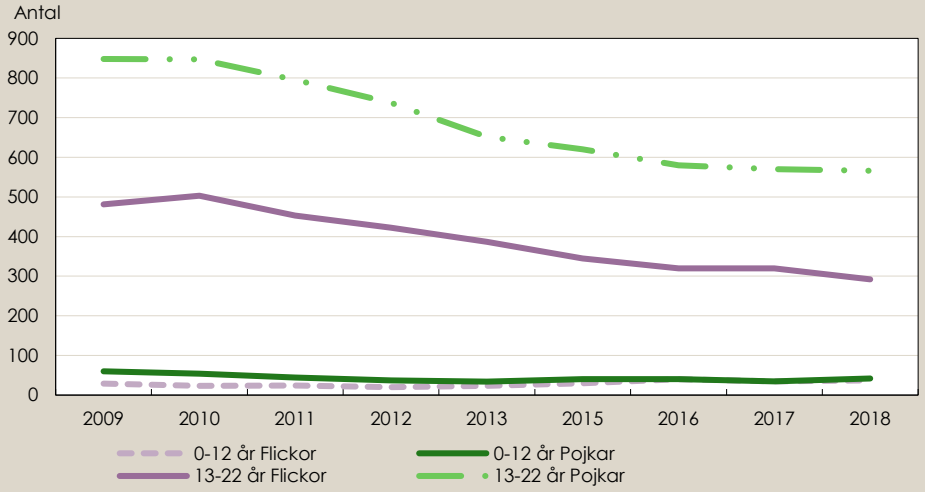
Utveckling över tid

Antalet barn och unga med insatsen boende för barn enligt LSS fortsätter att minska. Sedan 2009 har antalet barn med insatsen halverats. Figur 8 visar att minskningen framförallt gäller åldersgruppen 13–22 år.

Boende för barn enligt LSS kan antingen vara familjehem eller bostad med särskild service. I oktober 2018 hade 937 barn och unga insatsen boende enligt LSS [1]. I vissa boenden bor unga som går i exempelvis gymnasiesärskola under veckorna medan andra boenden fungerar mer som hem där barnen bor även på helger. Det senare handlar oftast om barn med omfattande funktionsnedsättningar som har komplexa behov.

Figur 8. Boende för barn enligt LSS över tid

Bostad med särskild service för barn enligt LSS, uppdelat på kön och ålder, antal, 2009–2018.



Källa: Socialstyrelsens statistik över insatser enligt LSS (Socialstyrelsen 2009–2018.

Orsakerna till varför barn och unga får beslut om boende för barn kan som sagt vara flera, bland annat skolgång på annan ort eller omfattande omvårdnadsbehov[39]. Under senare år har det framkommit att barn även har fått beslut om boende för barn till följd av att annat stöd dragits in och barnets omvårdnadsbehov därför inte längre tillgodoses. Exempel på sådant stöd är personlig assistans enligt LSS och statlig assistansersättning enligt SFB.

Inom ramen för årets lägesrapport har Socialstyrelsen genomfört två enkätundersökningar i syfte att öka kunskapen om kvalitet och utveckling rörande boende för barn[40]. Resultatet av undersökningarna visar att det fortfarande är vanligt att kommuner fattar beslut om boende för barn på grund av skolgång på annan ort. Drygt 70 procent av kommunerna som besvarade Socialstyrelsens enkät hade under det senaste året tagit ett eller flera beslut om boende för barn på grund av skolgång på annan ort (89 kommuner). Det vanligaste

[39] Prop. 1992/93:159 s. 79 f.

[40] Urvalet för kommunenkäten var de kommuner som i oktober 2018 uppgett att de haft minst tre beslut om boende för barn enligt LSS. Enkätundersökningarna beskrivs ytterligare i kapitlet *Inledning*.

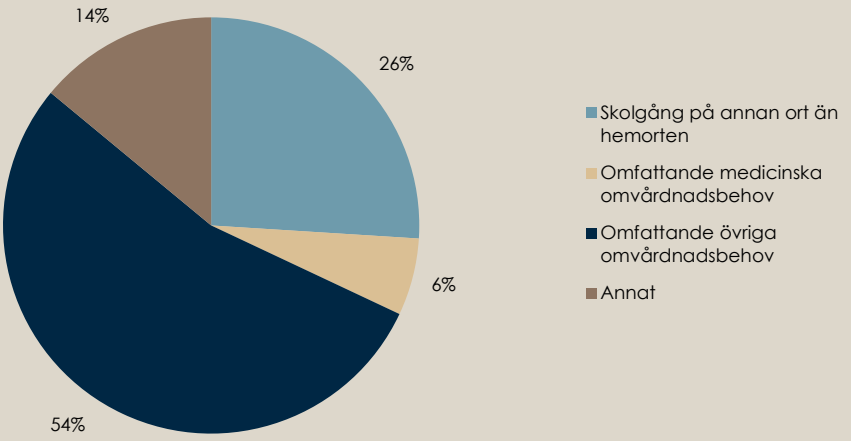
var mellan 1 och 3 sådana beslut (49 procent) per kommun. Socialstyrelsen frågade även hur många av besluten som gällde barn som fått avslag på ansökan om eller fått indragen personlig assistans[41]. Ett fåtal av kommunerna uppgav att de tagit mellan 1 och 3 sådana beslut. Andelen är 5 procent, vilket motsvarar 5 kommuner.

Socialstyrelsen ställde även en fråga om orsaker till verksamhetsföreståndarna: *Vilket är den vanligaste orsaken till att barn och unga bor hos er*? Drygt hälften av verksamhetsföreståndarna uppgav att den vanligaste orsaken var omfattande omvårdnadsbehov, en fjärdedel att orsaken var skolgång på annan ort (figur 9). En mindre andel, var sjätte, uppgav att omfattande medicinska behov var den huvudsakliga orsaken. Några verksamhetsföreståndare uppgav att den huvudsakliga orsaken var en kombination av samtliga svarsalternativ, vilket indikerar att det många gånger kan handla om komplexa behov. Under *annat* uppgavs även

- behov av struktur och en vardag som är anpassad till deras funktionsnedsättning
- utmanande och problemskapande beteende
- diagnos kopplat till social problematik och skolgång.

Figur 9. Orsak till att barn bor på gruppboende enligt LSS

Huvudorsak till att barn bor på boende för barn enligt LSS, uppdelat på boende,



Källa: Socialstyrelsens enkät till boenden för barn enl. LSS.

Var tredje beslut är nybeviljat

Trots att insatsen boende för barn minskar så fattas ändå nya beslut. Socialstyrelsens analyser visar att mellan 2017 och 2018 fattades 262 nya beslut, vilket innebär att 29 procent av samtliga beslut om boende för barn enligt LSS i oktober 2018 var nybeviljade. En mindre andel av de nya besluten avsåg barn upp till 12 år, 10 procent. År 2018 var antalet nya beslut om boende för barn enligt LSS något färre än året innan.

[41] Denna fråga avsåg beslut som tagits senare än oktober 2017.

Socialstyrelsens analyser visar att flera av barnen och de unga som beviljats boende för barn hade andra insatser året innan (tabell 14):

- Drygt 10 barn hade assistansersättning enligt SFB och 23 hade kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS.
- 5 barn hade hemtjänst enligt SoL.
- Färre än 5 barn hade beslut om boende enligt LSS för vuxna.

Årets analyser visar en liten minskning av nya beslut om boende för barn som tidigare haft personlig assistans. År 2018 gällde 35 av de nya besluten barn som tidigare haft kommunal personlig assistans eller statlig assistansersättning. Året innan var motsvarande antal knappt 40.

Tabell 14. Insatser året innan ett första beslut om boende för barn enligt LSS

Insatser året innan ett första beslut om boende för barn enligt LSS, uppdelat på ålder, antal, 2017.

Insats år 2017	Antal med respektive insats	
	0–12 år	13–22 år
Assistansersättning enligt SFB	<5	8
Personlig assistans enligt LSS	0	23
Ledsagarservice enligt LSS	6	12
Kontaktperson enligt LSS	11	66
Avlösarservice enligt LSS	0	33
Korttidsvistelse enligt LSS	0	<5
Korttidstillsyn enligt LSS	0	27
Boende, vuxna enligt LSS	0	<5
Särskilt boende enligt SoL	0	10
Hemtjänst enligt SoL	<5	<5
Annat bistånd enligt SoI	-	30

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

Boenden ska anpassas efter barnens behov

Ur ett barnrättsperspektiv är det viktigt att vidta åtgärder för att möjliggöra för barn med funktionsnedsättning att bo hemma även vid stora behov av hjälp och tillsyn. I förarbetena till LSS uttalades till exempel att personlig assistans för barn och ungdomar alltid bör övervägas som alternativ till att bo utanför föräldrahemmet[42]. Men i de fall beslut om boende för barn tas är det viktigt att kvaliteten är god.

De mål och syften som beskrivs för insatser i LSS gäller även för boende för barn. Det innebär bland annat att barnet genom insatserna ska tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara samordnade och de ska anpassas

[42] Prop. 1992/93:159 s. 64 och 75f.

till barnets individuella behov.[43] Detta innebär att verksamheten och miljön behöver anpassas efter de barn som bor i boendet. Insatsens innehåll bör planeras och följs upp med hjälp av till exempel en genomförandeplan. Verksamhet och miljö måste bygga på att verksamheten uppmärksammar och stärker barnens sätt att kommunicera.[44]

Varannan kommun följer upp insatsen halvårsvis

Kommunerna behöver regelbundet följa upp att den enskilde får den beviljade insatsen utförd enligt nämndens beslut[45]. Socialstyrelsens enkätundersökning visar att omkring 50 procent av kommunerna följer upp besluten om boende för barn halvårsvis (tabell 15). Drygt 40 procent av kommunerna följer upp besluten en gång per år.

Tabell 15. Uppföljning av beslut om boende för barn

Kommunernas uppföljning av beslut om boende för barn enligt 9 § 8 LSS, uppdelat på tidsintervall, antal och andel, andel angivet i procent, 2019.

	Antal	Andel
Var sjätte månad	44	49
Årligen	37	42
Annat	8	9

Källa: Socialstyrelsens enkät till boenden för barn med funktionsnedsättning enligt LSS (Socialstyrelsen; 2019)

Kommunernas fritextsvar visar att det ser olika ut i kommunerna och att det finns en viss flexibilitet utifrån de enskilda barnens behov, men också vissa utmaningar.

> *Uppföljning sker som mest sällan årligen per rutin, men i praktiken följs besluten upp oftare då det vanligtvis sker saker i ärendena under året.*

> *Enligt riktlinjer så ska 9 § 8 följas upp årligen. Men så har inte fallet varit alla gånger beroende på stor arbetsbelastning.*

> *Ungdomarna som har beslut om 9 § 8 på grund av skolgång på annan ort följs upp en gång per år. Ungdomen som bor på boende för barn följs upp var sjätte månad. Finns behov av tätare uppföljning görs det.*

Det är inte bara viktigt att besluten om boende för barn följs upp, det är även viktigt att barnen och de unga ges möjlighet att komma till tals. Den 1 januari 2020 blev FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, svensk lag[46]. Enligt artikel 12 i barnkonventionen har barn rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör barnet. Barnrättsperspektivet är även tydligt i

[43] 7 § LSS
[44] SOU 1991:46 s. 190.
[45] Med ”uppföljningar” avses att handläggare tillsammans med den enskilde har följt upp om insatsen lett till de mål som den enskilde varit delaktig i att ta fram. Uppföljningen ska vara dokumenterad, se bland annat 4 kap. 6 och 7 §§ SOSFS 2014:5. Med ”resultat av biståndsbeslutade insatser” avses måluppfyllelse med insatsen för den enskilde utifrån dennes individuella behov. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi.
[46] https://www.regeringen.se/regeringens-politik/barnkonventionen-som-svensk-lag/

LSS. Enligt 8 § LSS ska barnet, när en insats rör ett barn, få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Knappt 40 procent av kommunerna uppger att de har en aktuell skriftlig rutin för hur barnet ska ges möjlighet att framföra sina åsikter vid uppföljningar av boendeinsatsen. Enkätsvaren visar dock att barnens delaktighet kan ske på olika sätt:

- Månadsrapporter görs tillsammans med den enskilde.
- I varje utredning dokumenteras hur barnet kommit till tals och om barnet inte gjort det motiveras detta.
- I samband med upprättande av genomförandeplanen, ska det dokumenteras på vilket sätt barnet varit delaktigt.

De flesta boenden har tillgång till kommunikationsstöd

För att barn och unga med funktionsnedsättning ska kunna vara delaktiga krävs många gånger att personal har tillgång till olika former av kommunikationsstöd. Detta är inte bara viktigt vid uppföljningar, utan i det dagliga livet. En majoritet av de boenden som besvarade Socialstyrelsens enkät uppger att de anställda har tillgång till kommunikationsstöd[47] för att kommunicera med de barn och unga på boendet som har behov av detta, 89 procent. Resterande boenden uppger att där inte finns barn med sådana behov. Enkätsvaren ger exempel på vilka stöd som används: PECS[48], TAKK[49] och tydliggörande pedagogik, exempelvis i form av bilder. Andra exempel på kommunikationsstöd är teckenspråk och tecken som stöd liksom bildstödsprogram för att skapa bilder/schemabilder för tydliggörande arbetssätt och kommunikation.

Vissa boenden lyfter att de har särskilda funktioner som stöttar i alternativa kommunikationssätt. Det kan till exempel handla om att en specialpedagog är knuten till verksamheten, som hjälper till att ta fram hjälpmedel.

Vanligt med ansvar för flera verksamheter

En annan kvalitetsaspekt är antalet verksamheter som föreståndaren ansvarar för. Det vanligaste är att verksamhetsföreståndaren har ansvar för 1 eller två verksamheter (31 respektive 32 procent), utöver den aktuella verksamheten. Omkring 20 procent av verksamhetsföreståndaren uppgav att de ansvarar för 4 eller fler verksamheter.

Det vanligaste är att verksamhetsföreståndaren även ansvarar för andra boende för barn eller boende för vuxna enligt LSS. Även korttidshem är vanligt. Verksamhetsföreståndarna uppgav även andra exempel:

- Gymnasiesärskola
- HVB

[47] Med kommunikationsstöd avses exempelvis tecken som stöd eller bildstöd.

[48] PECS (Picture Exchange Communication System) är en metod som baserar sig på bildbyte. Med hjälp av metoden lär man barnet kommunikationsfärdigheter samt att ta initiativ i sociala situationer.

[49] Tecken som AKK (TAKK) är en metod att stödja kommunikation. TAKK är inte detsamma som svenska teckenspråket, men bygger på dess tecken. TAKK är ett kommunikationssätt för hörande personer med försenad eller avvikande språkutveckling. TAKK används ofta av och till hörande personer med utvecklingsstörning. Andra målgrupper är elever med tal- och språkstörningar, elever med invandrarbakgrund och elever med hörselnedsättning.

- Korttidstillsyn
- Personlig assistans
- Elevhem

Färre brister än på HVB och stödboenden

IVO konstaterar att det är färre brister på boenden för barn med funktionsnedsättning jämfört med HVB och stödboenden enligt SoL[50] [20]. Under 2017 och 2018 fann tillsynsmyndigheten brister i 25 procent av boenden för barn med funktionsnedsättning enligt LSS, jämfört med drygt 50 procent av de tillsynade HVB-hemmen och stödboendena. De vanligaste bristerna vid boenden för barn med funktionsnedsättning var brister i kompetens (21 procent) samt barns delaktighet vanligast (15 procent).

IVO:s analyser visar vidare att förekomsten av brister som rör våld, kränkningar och begränsningsåtgärder fördelar sig ungefär lika mellan HVB och stödboenden (11 procent, respektive 10 procent.) Vid boenden för barn med funktionsnedsättning är andelen något lägre (7 procent).

Det krävs planering när insatsen avslutas

För att övergången från ung till vuxen ska bli så bra som möjligt för den unge med funktionsnedsättning krävs planering och framförhållning. Enligt 23 § SOSFS 2012:6 ska den nämnd som har beslutat om insatsen bostad med särskild service för barn eller ungdomar i god tid tillsammans med ungdomen planera för tiden efter insatsen.

Ett sätt att säkerställa detta är genom skriftliga rutiner. Knappt 20 procent av kommunerna uppger att de har en skriftlig rutin för hur planeringen görs för tiden efter boendeinsatsen. Planering förutsätter inte det finns en skriftlig rutin, men det underlättar och minskar risken att den enskilde faller mellan stolarna.

Av enkätens kommentarer framgår att det ser olika ut i kommunerna och att planering kan ske på olika sätt. Ett flertal kommuner uppger att planering görs i samband med den ordinarie uppföljningen av boendeinsatsen. Många kommuner använder sig av planer, såsom samordnad individuell plan (SIP).

Förebyggande insatser behövs

Majoriteten av kommunerna som besvarade Socialstyrelsens enkät bedömer att de kan tillgodose behovet av insatsen i dagsläget, 71 procent. Samtidigt bedömer omkring en tredjedel av kommunerna att behovet av dessa boenden kommer att öka de närmsta fem åren. En mindre andel, 3 procent, bedömer att behoven kommer minska. Närmare hälften av kommunerna, 43 procent, bedömer att behoven kommer vara oförändrade medan 18 procent uppger att de inte vet.

Det finns ingen entydig bild av framtiden. Flera kommuner menar att ökningen av barn och unga med komplexa behov är en förklaring. Andra kommuner lyfter istället svårigheter att få personlig assistans, brister i föräldraskap eller att andra stöd inte räcker till.

[50] I analysen av kommunernas handläggning har IVO gått igenom samtliga 819 tillsynsbeslut från 2017–2018.

Ett allt större antal av våra barn och unga vuxna har idag jämfört med tidigare en mer komplex problematik, exempelvis intellektuella funktionsnedsättningar i kombination med utagerande beteende samt ett mycket stort behov av struktur. Detta sammantaget med att färre av dessa individer beviljas assistans eller får färre assistanstimmar medför ökade svårigheter för närstående att sköta den unges omsorg i hemmet.

Många barnfamiljer med barn med stora hjälpbehov flyttar in till kommunen. Behovet av korttidsplatser och andra avlösarinsatser för barn och deras familjer har också ökat, och behovet av dessa insatser har inte fullt ut kunnat tillgodoses, vilket kan ge tidigare och större behov av bostäder med särskild för service för barn och unga enligt 9 § 8 LSS.

Fler barn och ungdomar får autismdiagnos i kombination med andra diagnoser och psykisk ohälsa. Komplicerade ärenden där vårdnadshavare har mycket stora svårigheter att hantera hemsituationen trots andra LSS-insatser. Samarbetet med socialtjänst, barn och ungdomspsykiatrin samt barn och ungdomshabiliteringen spelar också in. Detta kan leda till ett ökat antal ansökningar om 9 § 8 framöver.

Knappt hälften av de kommuner som tror att behovet av boende för barn kommer öka har också vidtagit åtgärder för att möta dessa behov. Flera kommuner uppger att åtgärderna handlar om att bygga egna boenden för barn i kommunen, men vissa kommuner uppger även en mer långsiktig planering och årliga inventeringar av behov. Vissa kommuner tycks också fokusera på att minska behovet av insatsen genom olika strategier.

Förslag ska tas upp i nämnden kring uppstart av boende för barn med några få platser. Barn- och ungdomskoordinator i förvaltningen är rekryterad, som arbetar mycket med samarbetet mellan olika parter samt tidiga samordnade insatser. Detta i syfte att både se till barnets bästa samt få till stånd fungerande insatser på hemmaplan för att insatsen 9 § 8 inte ska bli aktuell.

Kommunen jobbar aktivt med rättssäkerheten med beslut 9:8. Det kommer leda till att dessa beslut kommer att minska men att andra stödinsatser kommer kunna bli aktuella och möta individens behov.

Kommunerna som besvarade Socialstyrelsens enkät lyfte också vissa mer generella utmaningar kring boenden för barn med funktionsnedsättning.

Behovet av ett boende för barn ökar (SOL/LSS) vad det gäller barn med fler komplexa diagnoser och som dessutom har föräldrar som inte alltid fungerar. De faller mellan stolarna! Det är svårt att veta vart de hör hemma!

Övervägande del av placeringar enligt 9:8 sker utifrån behov av annan skolgång, i kombination med föräldrasvikt. En väl fungerande skolgång skulle minimera behov av placeringar.

Barn-och ungdomsenhet i socialtjänsten och LSS-myndighet behöver samarbeta bättre kring de barn som ska flytta ut från LSS-boende för barn. Både de som skall flytta ut innan vuxen ålder och kring dem som flyttar ut när de blir vuxna. Ofta behöver föräldrar till minderåriga barn och ungdomar mer stöd av socialtjänst för att förebygga behovet av barnet placeras på LSS-boende.

Socialpsykiatri

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för stöd och insatser till socialpsykiatrins målgrupp, det vill säga personer med psykisk funktionsnedsättning som är i behov av stöd från socialtjänsten. Kapitlet är en fortsättning på analyserna i 2019 års lägesrapport [6].

Sammanfattande iakttagelser

- Socialpsykiatrins målgrupp är inte homogen. Ångestsjukdomar är vanligast, men även förstämningssyndrom och schizofreni förekommer. Det förekommer även adhd, ätstörningar och psykisk sjukdom till följd av missbruk. Personerna har framförallt stöd via SoL, men även LSS.
- Socialtjänstens uppsökande verksamhet fortsätter att minska. Många personer med psykisk funktionsnedsättning lever i social isolering och den uppsökande verksamheten är ett sätt att säkerställa att denna målgrupp får tillgång till kommunens stöd och insatser.
- Många brukare uppger att de är nöjda med stödet från socialtjänsten. Undantaget är kvinnor som bor i särskilt boende, som genomgående skattar lägre på frågor om trygghet och trivsel.
- Få personer med psykisk funktionsnedsättning som har dagverksamhet går vidare till arbete eller studier. Socialstyrelsens analyser visar att andelen är mindre än en halv procent. En högre andel övergångar sker dock inom ramen för statsbidraget för meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa hur hög andel i gruppen som har en arbetsförmåga som skulle kunna möjliggöra dessa övergångar. Myndigheten kan inte utesluta att fler torde kunna gå från dagverksamhet till arbete eller studier.
- Antalet personliga ombud ökar i kommunerna. 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 handlar i huvudsakligen om svårigheter kopplade till myndigheters digitalisering, eftersom många i gruppen saknar e-legitimation eller bank-id. Personliga ombud bidrar även till förbättringsarbete, genom att återkoppla brister på systemnivå som sedan åtgärdas.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att en väsentlig del av socialtjänstens insatser enligt SoL går till personer med psykisk funktionsnedsättning. Målgruppen har också stöd från LSS, då handlar det framförallt om personer som tillhör grupp 3 i LSS personkrets. [6]

Sammansättningen inom socialpsykiatrins målgrupp har förändrats över tid. Psykiatrireformens målgrupp var personer som flyttade ut från institutioner, varav många hade schizofrenidiagnoser och annan omfattande psykiatrisk problematik. Idag består gruppen även av personer med neuropsykiatriska tillstånd, ångestproblematik och depressioner. Socialstyrelsens tidigare

analyser visade följande förekomst av olika diagnoser hos personer med insatser 2018:

- *Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom*: 9 790 personer med SoL-insatser och 3 030 personer med LSS-insatser.
- *Förstämningssyndrom*: 11 000 personer med SoL-insatser och 2 980 personer med LSS-insatser.
- *Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom*, till exempel ångestdiagnoser: 12 500 personer med SoL-insatser och 4 140 personer med LSS-insatser.
- *Beteendestörningar förenade med fysiologiska rubbningar och fysiska faktorer*, till exempel ätstörning: 1 170 personer med SoL-insatser och 515 personer med LSS-insatser.
- *Personlighetsstörningar och beteendestörningar hos vuxn*a: 4 620 personer med SoL-insatser och 910 personer med LSS-insatser.
- *Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid*, till exempel adhd: 8 960 personer med SoL-insatser och 7860 personer med LSS-insatser. [6]

De vanligaste insatserna till målgruppen var hemtjänst och boendestöd enligt SoL, men även andra insatser förekommer:

- 14 procent av de med *schizofreni eller vanföreställningssyndrom* hade hemtjänst och 40 procent hade boendestöd. Vidare hade 14 procent boende enligt SoL och 16 procent hade bostad med särskild service enligt LSS. Ett mindre antal hade dessutom personlig assistans eller ledsagarservice enligt LSS, eller ledsagning enligt SoL.
- 17 procent av personerna med *förstämningssyndrom* hade hemtjänst och 54 procent hade boendestöd. Ytterligare 7 procent hade bostad med särskild service enligt LSS.
- Bland personer med någon form av *ångestsyndrom* hade 20 procent hemtjänst och 50 procent boendestöd enligt SoL. Vidare hade 3 procent ledsagarservice enligt LSS, 60 procent bostad med särskild service enligt LSS. Ett mindre antal hade ledsagning enligt SoL eller personlig assistans enligt LSS.
- De vanligaste insatserna bland personer med en *ätstörning* eller liknande var boendestöd eller hemtjänst enligt SoL, 46 respektive 12 procent. Ytterligare 9 procent hade bostad med särskild service enligt LSS.
- Drygt hälften av personerna med någon form av *personlighetsstörning* hade boendestöd enligt SoL, 58 procent. Tolv procent hade hemtjänst enligt SoL och 8 procent hade bostad med särskild service enligt LSS.
- Omkring 40 procent av personerna med *adhd, add* eller liknande tillstånd hade boendestöd enligt SoL, det förekom även att dessa personer hade hemtjänst (6 procent) och ledsagarservice enligt LSS (5 procent). Nio procent hade bostad med särskild service enligt LSS. En mindre andel hade personlig assistans (1 procent) eller boende för barn enligt LSS (2 procent). [6]

Socialstyrelsens analyser visade att med andra ord att socialpsykiatrins målgrupp inte är homogen. Schizofreni och ångestsjukdomar är fortfarande vanligt, men även adhd, ångestsyndrom och psykisk sjukdom till följd av missbruk förekommer.

Den uppsökande verksamheten minskar

Till kommunernas uppgift hör att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden[51]. Allt färre kommuner bedriver emellertid uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. År 2019 var andelen 31 procent, vilket är en minskning över tid [21]. Många personer med psykisk funktionsnedsättning lever i social isolering och den uppsökande verksamheten syftar till att säkerställa att denna målgrupp får tillgång till kommunens stöd och insatser. Socialstyrelsen menar därför att minskningen av uppsökande verksamhet är bekymmersam.

Den uppsökande verksamheten bör svara för upplysningar och dialog, förmedla olika slag av bistånd och ge kunskap för planering. Genom att aktivt och positivt informera om möjligheter till stöd och hjälp, kan socialtjänsten få kontakt med enskilda eller grupper som av olika skäl inte själva söker upp socialtjänsten.[52]

Brukarinflytande och självbestämmande

I SKR:s nationella brukarundersökning[53] framkommer att brukare överlag är nöjda med insatser enligt SoL, men inte alla (tabell 16). Insatser enligt SoL ges till fler än personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har dock visat att en väsentlig del av de som får insatser enligt SoL utgörs av personer med psykisk funktionsnedsättning[54]. Det gör att uppgifterna i tabell 16 ändå är tillämpbara på socialpsykiatrins målgrupp.

Brukarna tycks vara mest nöjda när det gäller tillgodoseende av hjälpbehov. Inom såväl boendestöd som dagverksamhet enligt SoL svarar över 70 procent av brukarna att de får den hjälp som de behöver (tabell 16).

Brukare i särskilt boende enligt SoL skattar lägre inom flera frågeområden jämfört med de som har beslut om dagverksamhet eller boendestöd. Inom särskilt boende är dessutom könsskillnaderna tydligast och kvinnorna skattar genomgående lägre än männen. Könsskillnaden blir särskilt tydlig när det gäller trygghet. Omkring 75 procent av männen känner sig trygga med alla i personalen, motsvarande andel bland kvinnorna är 60.

[51] 3 kap. 1 § SoL.
[52] Proposition 1979/80:1 s.169 f.
[53] SKR:s brukarundersökning är ej en totalundersökning. Undersökningen har 57% svarsfrekvens, 151 kommuner 90 drygt privata aktörer har ett resultat. Brukarna har svarat 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.
[54] Se sida 57 i denna rapport.

Tabell 16. Brukarnas uppfattning om kvalitet inom stöd enligt SoL

Brukarnas bedömning av kvalitet i dagverksamhet, boendestöd och särskilt boende enligt SoL, 0–64 år, uppdelat på kön, samtliga kommuner, ovägt medel, andel angivet i procent, 2019.

	Kvinnor	Män
Brukaren får bestämma om saker som är viktiga		
Boendestöd	85	83
Särskilt boende	65	75
Dagverksamhet	76	74
Brukaren får den hjälp som du behöver		
Boendestöd	81	80
Särskilt boende	72	80
Dagverksamhet	88	83
Brukaren känner sig trygg med alla i personalen		
Boendestöd	79	87
Särskilt boende	60	76
Dagverksamhet	81	84
Personalen pratar så brukaren förstår		
Boendestöd	85	87
Särskilt boende	60	65
Dagverksamhet	79	81
Brukaren vet vem hen ska kontakta om något är dåligt		
Boendestöd	76	77
Särskilt boende	82	87
Dagverksamhet	92	93
Brukaren trivs hemma		
Särskilt boende	68	73
Verksamheten är viktig för brukaren		
Dagverksamhet	83	78

Källa: KOLADA.

IVO bidrar med ytterligare kunskap om kvalitet i stödet till personer med psykisk funktionsnedsättning. Under 2019 publicerade tillsynsmyndigheten visserligen ingen specifik rapport om stödet till denna målgrupp. Men IVO har tidigare redogjort för brister och missförhållanden i vissa verksamheter som riktar sig till personer med psykisk funktionsnedsättning [22]. Föremål för deras tillsyn var några av de tillståndspliktiga verksamheter för vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning som ger vård och stöd dygnet runt. Resultaten av IVO:s tillsyn visade på flera missförhållanden, till exempel

- betydande underbemanning och outbildad personal
- allvarliga brister gällande anmälningsskyldighet enligt lex Sarah och avvikelsehantering enligt lex Maria
- allvarliga brister gällande läkemedelshantering och förvaring av läkemedel.

Tillsynsmyndigheten konstaterade också att placeringstiderna på dessa boenden kan vara långa, flera år till decennier. Det är heller inte ovanligt att den ansvariga kommunen ligger långt bort från HVB-hemmet. IVO menar att dessa faktorer ökar risken för brister i uppföljningen av det beviljade biståndet. Långa placeringstider i en verksamhet långt från hemkommunen innebär

dessutom ofta att kontakten med anhöriga försvåras och sociala kontakter urholkas, liksom kontakt med den placerande myndigheten. [22]

Få går från dagverksamhet till arbete

I 2019 års lägesrapport analyserade Socialstyrelsen förutsättningarna för personer med daglig verksamhet enligt LSS att gå vidare till arbete eller studier [6]. I årets lägesrapport lyfter Socialstyrelsen motsvarande övergångar för personer med psykisk funktionsnedsättning som har dagverksamhet enligt SoL. Öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning för år 2019 visar:

- I 47 procent av kommunerna har minst en person som deltagit i dagverksamhet enligt SoL fått arbete på den reguljära arbetsmarknaden det senaste året
- I 36 procent av kommunerna har minst en person som deltagit i dagverksamhet enligt SoL fått skyddat arbete det senaste året. [21]

Detta betyder att i omkring hälften av kommunerna gick minst en person med dagverksamhet över till arbete eller studier under det senaste året.

Inom ramen för årets lägesrapport har Socialstyrelsen analyserat mer varaktiga övergångar från dagverksamhet enligt SoL till annan sysselsättning. Undersökningsgruppen utgjordes av personer med psykiatrisk diagnos som hade dagverksamhet 2015, men inte 2016 och 2017, det vill säga personer som avslutade insatsen varaktigt. Myndigheten har använt inkomstvariabler i SCB:s register för att studera sysselsättning för undersökningsgruppen.

Undersökningsgruppen utgjordes av cirka 630 personer[55], och två år efter avslutad dagverksamhet hade endast 17 av dessa personer inkomst från löne-arbete (tabell 17). 285 personer hade istället ålderspension, vilket indikerar att relativt många som avslutar sin dagverksamhet gör det på grund av hög ålder.

Tabell 17. Inkomstkällor efter avslutad dagverksamhet

Inkomstkällor för personer med psykisk funktionsnedsättning som hade dagverksamhet enligt SoL år 2015 men inte år 2016 eller år 2017*, uppdelat på inkomstkälla, kön, antal.

Inkomstkälla	Kvinnor	Män
Förvärvsarbete	9	8
Studerande		<5
Vård av barn/anhörig		
Sjuk	6	13
Förtidspensionär	121	160
Ekonomiskt bistånd	12	9
Arbetsmarknadspolitisk åtgärd		<5
Ålderspensionär	95	190
Saknar inkomst		<5

*Personer som avlidit mellan 2014 och 2016 har exkluderats.

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

[55] Personer som avlidit har exkluderats.

Två år efter avslutad dagverksamhet hade 280 personer aktivitets- eller sjukersättning, vilket kan betyda att de avslutat sin dagverksamhet utan att gå till någon annan verksamhet. Detta kan bero på flera saker, till exempel försämrad hälsa som medfört nedsatt arbetsförmåga. Det även kan handla om att den dagliga verksamhetens utformning inte motsvarat behoven hos den enskilde.

Socialstyrelsens analyser visar sammanfattningsvis att av de 5 300 som hade dagverksamhet enligt SoL 2015 gick mindre än 0,5 procent över till ett lönearbete som varade minst två år.

Socialstyrelsens öppna jämförelser ger ytterligare kunskap om förutsättningar för övergång till arbete eller studier. Fortfarande har få kommuner överenskommelser om samverkan mellan socialpsykiatrin och Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen, knappt 20 procent [21]. Knappt hälften av kommunerna, 41 procent, erbjuder arbetslivsinriktad rehabilitering genom IPS – supported employment till personer med psykisk funktionsnedsättning[56].

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

Statsbidrag främjar övergång till arbete och studier för personer med psykisk funktionsnedsättning

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

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

Som ett komplement till kommunernas dagverksamhet enligt SoL fördelar Socialstyrelsen ett statsbidrag till vissa juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning[57]. I den senaste uppföljningen av statsbidraget konstaterar Socialstyrelsen att un-

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

[57] Antalet organisationer som fick bifall på sin ansökning var 56 stycken.

der 2018 deltog drygt 3 900 personer i organisationernas sysselsättningsverksamhet. Omkring hälften av deltagarna var kvinnor. En stor del av deltagarna finns i åldersgruppen 30–59 år. [23]

Drygt 80 procent av organisationerna uppgav att de i sin verksamhet arbetat efter en eller flera strukturerade arbetsmetoder. De vanligaste metoderna som används är:

- Fontänhusmodellen
- Supported Employment
- Supported Education
- ett självständigt liv (ESL)
- motiverande samtal.

Mer parten av organisationerna uppgav att de tillhandahåller sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning som bedömts stå långt från arbetsmarknaden. Vissa organisationer inriktar sig på specifika målgrupper, som till exempel unga vuxna eller kvinnor. Andra riktar sin verksamhet mot att stödja personer med schizofreni.

Flertalet organisationer erbjuder ett stort utbud av arbetsträningsplatser samtidigt som de erbjuder stöd och hjälp i olika delar av deltagarnas återhämtningsprocesser, till exempel i kontakt med myndigheter eller stöd i återgången till studier eller arbete. Öppettiderna i verksamheterna är ofta generösa med kvälls- och helgöppet. Fontänhusen erbjuder förutom den arbetsinriktade sysselsättningen bland annat sociala aktiviteter, kulturutbud, friskvård och studiestöd. [23]

Drygt var tionde gick vidare till arbete

Omkring 11 procent av de som deltog i organisationernas verksamhet under 2018 fick arbete på den reguljära arbetsmarknaden, totalt 427 personer (tabell 18). Andelen män är något högre än kvinnor, 55 respektive 45 procent.

Tabell 18. Övergångar från sysselsättningsverksamhet till arbete

Antal personer som gått vidare till den reguljära arbetsmarknaden efter att ha deltagit i sysselsättning inom ramen för statsbidraget till vissa juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning, , uppdelat på kön och ålder, 2018.

	Kvinnor	Män	Totalt
18–29 år	46	54	100
30–59 år	131	156	287
60+ år	16	24	40
Totalt	*193*	*234*	*427*

Källa: Statsbidrag för juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning till personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsens återrapportering av 2018 års medel (Socialstyrelsen, 2019).

En lägre andel av deltagarna under 2017 gick vidare till studier, 7 procent. En stor del av dessa deltagare finns i åldersgrupperna 18–24 år och 30–59 år. Det är en något större andel kvinnor än män som gått vidare till studier, 57 respektive 43 procent.

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

I redovisningen uppger en stor del av organisationer att det är svårt att bidra till målet att få deltagare att gå vidare till den reguljära arbetsmarknaden eller till studier [23]. Detta avspeglar det faktum att många av deltagarna i verksamheterna på grund av sin psykiska funktionsnedsättning står långt från en anställning på den reguljära arbetsmarknaden. Organisationerna menar att ett första viktigt steg för dessa personer tas när de börjar i sysselsättningsverksamheten, men att det sedan kan vara en lång väg innan en övergång till den reguljära arbetsmarknaden kan ske.

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

- En rädsla hos arbetsgivare att anställa personer med psykisk funktionsnedsättning.
- Deltagarna kan ha svårt i konkurrensen om arbete eftersom många i målgruppen saknar fullgjord gymnasieutbildning, körkort och inte heller har förmåga att arbeta heltid.
- Svårigheter att hitta lämpliga arbetsmiljöer där det både finns passande arbetsuppgifter och en stöttande och förstående omgivning.

För att komma förbi hindren arbetar organisationerna med stöd direkt till deltagarna, till exempel genom att bilda grupper för brukarinflytande, lokala samråd och hälsofrämjande aktiviteter. För att hitta möjliga lösningar på organisationsnivå arbetar verksamheterna i nära samarbete med kommunen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. [23]

Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud

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

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

Under 2018 hade 254 av 290 kommuner verksamheter med personligt ombud, det framgår av Socialstyrelsens uppföljning av statsbidraget [24]. Detta är en ökning med 11 kommuner jämfört med föregående år. Även antalet ombudstjänster ökar, 2018 var antalet 336 vilket är en ökning med 8 ombud jämfört med föregående år.

Under 2018 arbetade verksamheterna med sammanlagt 9 500 klienter, varav 42 procent var kvinnor. Klienter i åldern 30–49 stod för cirka 45 procent av hela gruppen. Enligt kommunernas redovisningar har det skett en förändring i vilka som tar kontakt och söker stöd av personligt ombud. Några grupper som ökar är personer med samsjuklighet, kvinnor i behov av hjälp till hela familjen samt unga vuxna med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Liksom tidigare år var de främsta orsakerna till att klienter söker stöd av personligt ombud att de upplever svårigheter med ekonomin och att de har behov av stöd i kontakten med olika myndigheter. Det senare handlar i huvudsakligen om svårigheter kopplade till myndigheters digitalisering, eftersom många i gruppen saknar e-legitimation eller bank-id.

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

- Ökning av personer i målgruppen som har problem med att få en bostad.
- Hot om vräkning har ökat som skäl till kontakt.
- Ökning av kontakter där barnärenden är involverade, det kan handla om omhändertagande, familjehemsplaceringar med mera.

Av återrapporteringen för 2018 framgår även att bristen på gode män får negativa konsekvenser för klienterna, likaså bristen på läkare inom psykiatrin som skapar långa väntetider. [24]

Personliga ombud bidrar till förbättringsarbete

Kommuner som har beviljats statsbidrag för verksamhet med personligt ombud ska årligen redovisa eventuella brister som har uppmärksammats angående den enskildes möjligheter att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service[58]. I den senaste återrapporteringen framkom flera exempel på åtgärder i samband med att personliga ombud har uppmärksammat brister:

- En kommun har tillsatt ökade resurser för budget och skuldrådgivning.
- Inskrivningstiden på Arbetsförmedlingen har utökats till 25 dagar istället för 1 som tidigare.
- Biståndshandläggare är mer uppmärksamma och ställer frågor om behovet av hjälp med att betala räkningar efter att personligt ombud har uppmärksammat dem på detta.
- Ett mobilt team med psykiatriker har inrättats i inlandet. [24]

[58] 10 § förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Boende för vuxna enligt LSS

I det här kapitlet beskriver Socialstyrelsen utvecklingen och kvaliteten inom bostad med särskild service för vuxna enligt LSS i syfte att ge en samlad bild av utveckling och kvalitet i insatsen. I kapitlet används *boende för vuxna* för *bostad med särskild service för vuxna enligt LSS.*

Sammanfattande iakttagelser

- I de flesta boenden för vuxna enligt LSS bor det rekommenderade antalet personer. I sju procent av gruppboenden bor det fler än sju personer, vilket medför risk för institutionsliknande hemförhållanden.
- Möjlighet att leva som andra ökar, men är fortfarande begränsad. Till exempel är det inte möjligt i alla boenden med fritidsaktiviteter eller personalstödda aktiviteter efter klockan 21.
- Genomförandeplanerna innehåller i allt högre utsträckning individuella mål samt dokumentation om den enskildes delaktighet i planen.
- Många brukare ger högt betyg på självbestämmande och delaktighet i boendet. Forskningen visar på dock på vissa utmaningar när det gäller delaktighet: brist på arbetsmetoder, brister i baspersonalens kontinuitet. En närvarande chef ökar i sin tur förutsättningarna för de boendes delaktighet, till exempel genom handledning och stöttning av personal.
- Många brukare uppger att de känner sig trygga i sitt boende, men det finns också brister. IVO har till exempel konstaterat att tvångs- och begränsningsåtgärder fortfarande förekommer.
- Det är fortfarande en lång väntetid på boenden för vuxna, år 2019 var mediantiden var 126 dagar. Något färre kommuner än tidigare år uppger underskott på särskilda boenden för personer med funktionsnedsättning, men fortfarande bedömer många att behoven är större än efterfrågan.

Vanligt med många boende i grupp- och servicebostäder

I en gruppbostad för vuxna enligt LSS bör i regel endast tre till fem personer bo. Ytterligare någon till bör kunna accepteras men endast under förutsättning att samtliga personer som bor i gruppbostaden tillförsäkras goda levnadsvillkor[59]. Det finns flera anledningar till att antalet boende i en gruppbostad bör vara litet, till exempel ökar möjligheten att stärka och utveckla samspelet i gruppbostaden. För den som har svårt att kommunicera kan också en liten grupp underlätta för den enskilde att göra sig förstådd och förstå och tolka andra [24].

[59] Prop. 1992/93:159.

I öppna jämförelser på enhetsnivå anger uppgiftslämnare hur många personer som bor i ett boende med beslut enligt 9 § 9 LSS[60]. I 56 procent av gruppbostäderna har uppgiftslämnare angett att det bor max fem personer och i 93 procent av verksamheterna att det bor max sju (tabell 19).

För servicebostad gäller att antalet boende bör vara så begränsat att boendet integreras i bostadsområdet och en institutionell boendemiljö undviks[61]. I 61 procent av servicebostäderna har uppgiftslämnarna angett att det bor åtta personer eller fler.

I kommentarerna till öppna jämförelser har flera uppgiftslämnare uppgett att boendet är en gruppbostad, men att det finns tillhörande servicebostäder, det vill säga att boendet är både och. Uppgifterna bör därför tolkas med viss försiktighet.

Tabell 19. Antal personer i gruppbostäder och servicebostäder enligt LSS

Antal personer med beslut om bostad i särskild service enligt 9 § 9 LSS, uppdelat på gruppbostad och servicebostad, avser boende i offentlig och enskild regi, antal enheter, 2019.*

Antal boende	Gruppbostad	Servicebostad
2–3	132	32
4–5	1 323	117
6–7	966	251
8–9	109	265
10 och uppåt	63	370

*Uppgifterna lämnas av verksamheterna i syfte att genomföra och använda resultaten från dessa öppna jämförelser. Vissa uppgiftslämnare kan därför ha valt att slå samman enheter utifrån hur de önskar använda uppgifterna i sin verksamhetsutveckling.
Källa: Underlag för enhetsundersökning LSS 2019 (Socialstyrelsen; 2019)

Delaktighet och självbestämmande

Nio av tio genomförandeplaner innehåller individuella mål

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

[60] Dessa uppgifter utgör bakgrundsvariabler i öppna jämförelser och bör därför tolkas med försiktighet.
[61] Allmänna Råd SOSFS 2002:9

Majoriteten av personer i boenden för vuxna har en aktuell genomförandeplan. Genomförandeplanerna innehåller i stor utsträckning dokumentation om delaktighet och individuella mål (tabell 20). Mellan 2017 och 2019 har det skett en ökning av andelen genomförandeplaner som innehåller dokumentation om den enskildes delaktighet.

En genomförandeplan som innehåller individuellt utformade mål kan ge underlag för ett individuellt stöd, främja den enskildes delaktighet i hur insatsen utformas och ge underlag för att följa upp individens resultat. Omkring 9 av 10 personer i verksamheterna har aktuella genomförandeplaner som innehåller individuella mål.

Tabell 20. Förekomst av genomförandeplaner inom boenden för vuxna

Förekomst av genomförandeplaner, individuella mål i genomförandeplaner och dokumentation om delaktighet i genomförandeplaner i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS, andelen angiven i procent, 2017–2019.

	Bostad med särskild service för vuxna		
	2017	2018	2019
Aktuell genomförandeplan	94	95	94
Individuella mål i genomförandeplan	87	90	91
Dokumentation om delaktighet i genomförandeplan	84	88	88

Källa: Enhetsundersökning LSS (Socialstyrelsen; 2017, 2018, 2019).

Brukarnas uppfattningar

I SKR:s nationella brukarundersökning finns frågor som ytterligare belyser de enskildas möjlighet till inflytande och självbestämmande i olika boenden för vuxna enligt LSS (grupp- och servicebostäder)[62]. Inflytande kan till exempel handla om att kunna påverka beslut på olika nivåer och är viktigt både för självkänslan och för den personliga integriteten. Majoriteten av brukarna har svarat Ja på frågan *Får du bestämma över saker som är viktiga för dig hemma?* (tabell 21).

Behovet av att kommunicera, att göra sig förstådd och bli förstådd, är grundläggande för varje människa och är en förutsättning för att kunna påverka sin situation. Om den enskilde har svårigheter att kommunicera ställer detta krav på att personalen har specifik kompetens på detta område [25]. 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 75 procent av männen och 71 procent av kvinnorna i servicebostad som har svarat ”alla” på frågan *Förstår personalen hemma vad du säger?*

Det är en generellt större andel män än kvinnor som har svarat positivt på frågorna som relaterar till brukarinflytande i denna brukarundersökning (tabell 21)

[62] SKR:s brukarundersökning är ej en totalundersökning. Undersökningen har 57% svarsfrekvens, 151 kommuner 90 drygt privata aktörer har ett resultat. Brukarna har svarat själva med hjälp av stöd. I de fall de har fått hjälp att svara har det varit av personer som genomfört undersökningen, inte personal i verksamheten.

Tabell 21. Brukarinflytande i grupp- och servicebostäder enligt LSS

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

	Kvinnor	Män
"Får du bestämma om saker som är viktiga?"		
Gruppbostad enligt LSS	79	80
Servicebostad enligt LSS	81	84
"Pratar personalen så du förstår?"		
Gruppbostad enligt LSS	69	72
Servicebostad enligt LSS	69	72
"Förstår personalen vad du säger?"		
Gruppbostad enligt LSS	70	72
Servicebostad enligt LSS	71	75

Källa: Kolada.

Resultaten i SKR:s brukarundersökning kompletteras av IVO:s tillsynsiakttagelser rörande boende för vuxna enligt LSS [26]. Tillsynsmyndigheten konstaterar att många boende önskar större inflytande över hur och av vem stödet i bostaden ges. Det framkommer också önskemål om att få ägna sig åt fler egna aktiviteter med personalstöd. IVO har i sin tillsyn även kunnat konstatera att brister i AKK (alternativ och kompletterande kommunikation) leder till att den individuella anpassningen försvåras [25].

Närvarande chefer underlättar delaktighet

Trots att funktionshinderspolitiken har bidragit till förbättringar för personer med funktionsnedsättning finns det fortfarande brister. Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning kan uppleva olika begränsningar i sin vardag, vilket kan ge en känsla av att vara beroende av personal. I sin avhandling från 2019 konstaterar Berlin Hellrup att

- det finns brister på arbetsmetoder för att hjälpa personalen att underlätta delaktighet
- det finns brister i baspersonalens kontinuitet
- den ekonomiska situationen inte är tillräcklig för att främja deltagande [27]

Berlin Hallrup menar att personalen bör få tydliga direktiv från verksamhetschef och ledningen om mål samt riktlinjer för hur delaktighet kan främjas. Det kan ske genom en närvarande chef, som handleder och ger stöd till personalen i deras ofta komplexa arbete. På det sättet kan delaktigheten bli bättre för personer med intellektuell funktionsnedsättning, till exempel när det gäller att delta i meningsfulla aktiviteter. Även arbetskvaliteten för personalen blir bättre. [27]

Ledning och ekonomiska strukturer är viktiga för att underlätta för verksamhetschefer att stödja personalen i den dagliga praktiken. Personalen behöver stöd och kompetensutveckling i arbetsmetoder och inte minst evidensbaserade metoder för att stödja utvecklingen av deltagande i vardagsarbete med denna grupp. [27]

Många trivs men missförhållanden förekommer

I SKR:s nationella brukarundersökning ger vuxna brukare i grupp- och servicebostäder generellt högt betyg på frågor om trygghet och trivsel. Till exempel svarar 83 procent av kvinnorna och 85 procent av männen i gruppbostäder att de känner sig trygg med all personal (tabell 22). Det finns skillnader mellan kvinnor och män. Männen har överlag svarat mer positivt än kvinnorna på frågorna om trivsel och trygghet. På frågan *Är du rädd för något hemma?* har till exempel 58 procent av kvinnorna i servicebostäder svarat aldrig medan 71 procent av männen har svarat på samma sätt.

Tabell 22. 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 angivet i procent, 2019

	Kvinnor	Män
"Bryr sig personalen om dig?"		
Gruppbostad enligt LSS	83	85
Servicebostad enligt LSS	81	87
"Trivs du med personalen/hemma?"		
Gruppbostad enligt LSS	81	84
Servicebostad enligt LSS	74	79
"Känner du dig trygg med personalen?"		
Gruppbostad enligt LSS	75	78
Servicebostad enligt LSS	71	77
"Brukaren är aldrig rädd för något hemma"		
Gruppbostad enligt LSS	59	68
Servicebostad enligt LSS	58	71
"Vet du vem du ska kontakta om något är dåligt?"		
Gruppbostad enligt LSS	87	88
Servicebostad enligt LSS	86	86

Källa: Kolada.

Samtidigt som många brukare skattar högt på trygghet och trivsel så förekommer ändå missförhållanden. IVO har under det gångna året konstaterat att det fortfarande förekommer att barn och vuxna utsätts för tvångs- och begränsningsåtgärder på boenden [25]. Det kan röra sig om att fysiskt begränsa barn eller unga vuxna, genom att verksamheterna sätter lås eller larm på dörrar. Det har även förekommit allvarligare händelser där personer exempelvis har blivit fasthållna av personal. Förutom att personalen behöver mer kunskap om hur de kan förebygga och hantera utmanande beteenden, så menar IVO också att personalen behöver mer kunskap om skillnaden mellan tvångs- och begränsningsåtgärder å ena sidan och skyddsåtgärder å andra sidan. [25]

Möjlighet att leva som andra

Endast tre av fyra har egen internetuppkoppling

Möjligheten för brukare att ha internetuppkoppling i den egna lägenheten finns inte på alla boenden, det framkommer av uppgifter i Kolada (tabell 23). Vissa kommuner uppger att det är upp till den enskilde att teckna ett internetabonnemang.

På många men inte alla boenden finns möjlighet till sena aktiviteter som kräver personalstöd, 95 procent (tabell 23). Uppgiften avser minst en kvällsaktivitet med personalstöd per månad, och även om de flesta boenden kan erbjuda detta stöd så kan 5 procent av boendena inte erbjuda det.

Tabell 23. Delaktighet på boenden för vuxna enligt LSS

Upplevd delaktighet på bostäder med särskild service för vuxna enligt LSS, samtliga kommuner ovägt medel, andel angiven i procent, 2017 och 2018.

	2017	2018
Andel boendeplatser där den boende har möjlighet till internetuppkoppling i det egna rummet eller lägenheten	67	74
Andel boendeplatser där den boende ges möjlighet att vara ute på aktiviteter som kräver personalstöd efter kl. 21, minst en gång per månad	93	95
Andel boendeplatser där alla på boendet har möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka	91	93
Andel boendeplatser där den boende kan bestämma över vilken mat (huvudmålet) som serveras	96	96
Andel boenden där det är möjligt att bli sambo*	84	82

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

Källa: Kolada.

En annan aspekt av delaktighet i boende för vuxna är möjligheten till gemensamma måltider. I de flesta boenden, 93 procent, har samtliga boende möjlighet att äta huvudmålet tillsammans minst en gång per vecka. I drygt 95 procent av boendena är det möjligt att bli sambo, men endast under förutsättningen att båda har ett LSS-beslut.

Fortfarande lång väntan på boende

Tillgången till boenden har varit en utmaning under många år och väntetiderna fortsätter att vara långa. År 2018 var mediantiden för verkställighet av samtliga beslut om bostad med särskild service 126 dagar, vilket innebär en ökning med 50 dagar sedan 2014 [28]. Mellan 2018 och 2019 är förändringen liten, endast 4 dagar. Om detta innebär att ökningen håller på och mattas av är ännu för tidigt att säga. I kapitlet *Säker vård och socialtjänst* förs ytterligare resonemang kring ej verkställda beslut som rapporteras in till IVO.

Många kommuner behöver komma tillrätta med problemen med de långa väntetiderna. För insatsen boende för vuxna enligt LSS handlar det om att ha en framförhållning så att det finns bostäder att tillgå när de behövs. Det kan innebära att socialtjänsten behöver arbeta mer med uppsökande verksamhet och fördjupa samarbetet med patient- och brukarorganisationerna. Men Socialstyrelsen konstaterar att socialtjänsten inte kan styra utvecklingen på egen

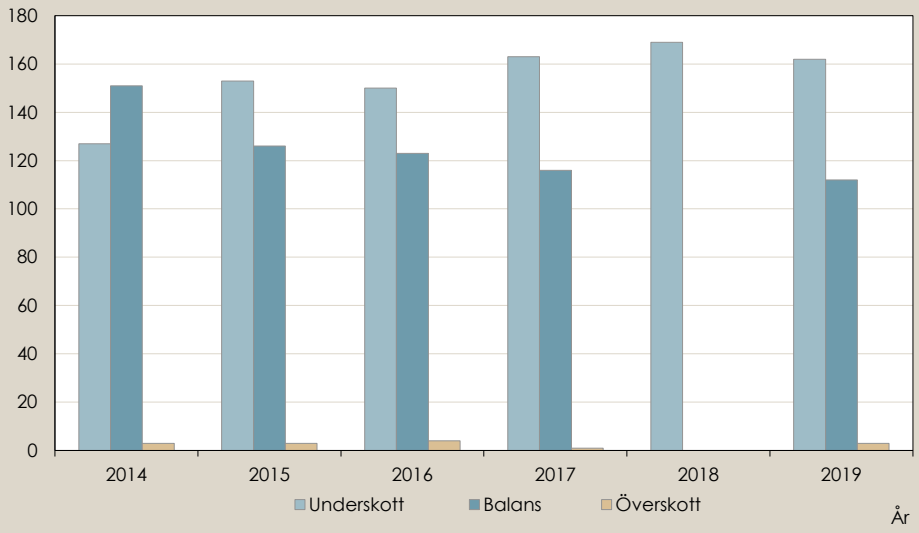
hand. Ett nära samarbete med kommunens byggnadsnämnd eller motsvarande är nödvändigt för att minimera väntetiderna.[29]

…men andelen kommuner med underskott på boenden har minskat något

Tillgången på boende belyses ytterligare i bostadsmarknadsenkäten för 2019 [30]. Där uppger 162 kommuner att de har underskott på någon form av bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning (figur 10). Vanligast är brist på boendetypen gruppbostäder. Antalet kommuner som uppger ett underskott på bostäder för personer med funktionsnedsättning har ökat under flera år, men i 2019 års enkät har antalet minskat med 7 kommuner.

Figur 10. Kommunernas utbud av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning, 2019

Kommunernas bedömning av utbudet av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning, uppdelat på boendetyp, 2019.



Källa: Bostadsmarknadsenkäten (Boverket, 2019).

Underskottet på bostäder med särskild service är mest utbrett i *högskolekommuner med mer än 75 000 invånare*[63]. Där anger flest kommuner ett underskott. Den minsta andelen kommuner med underskott finns i kommungruppen *övriga kommuner med färre än 25 000 invånare*. Där uppger 42 procent av kommunerna som saknar tillräckligt med bostäder. Behovet av bostäder ökar ute i kommunerna, men kommunerna planerar fortfarande inte att bygga många fler bostäder än tidigare år. Trots det bedömer 55 procent av alla kommuner att behovet kommer att vara täckt om två år, och 64 procent av alla kommuner att behovet är täckt om fem år. [30]

[63] Enligt Boverkets definition ingår följande städer i definitionen ”högskolekommuner med er än 75 000 invånare”: Uppsala , Eskilstuna, Linköping, Norrköping, Jönköping, Växjö, Helsingborg, Kristianstad, Halmstad, Borås, Karlstad, Örebro, Västerås, Gävle, Sundsvall, Umeå, Luleå.

Gruppbostäder är den typ av bostäder som flest kommuner uppger saknas. Totalt uppger 139 kommuner att det är underskott på gruppbostäder, medan 124 kommuner uppger att de har balans.

Det finns flera anledningar till varför det kan vara svårt för kommunerna att förutse behovet av bostäder för personer med funktionsnedsättning. Kommunerna tar bland annat upp att det är svårt att klara efterfrågan på särskilda boenden för personer med funktionsnedsättning inom några år eftersom det har byggts för lite historiskt. Kommunerna uppger också att det samtidigt finns flera äldre boenden som skulle behöva ersättas eller byggas om. En annan parameter handlar om planering och kommuner lyfter behovet av en mer aktiv dialog med byggherrar. Några kommuner menar att behoven är mycket individuella, och att de inte alltid kan tillgodose behoven hos personer med funktionsnedsättning trots att kommunen bygger gruppbostäder och har balans. Därför kan det ibland vara svårt att fylla platserna, samtidigt som det också kan vara svårt att erbjuda lämpligt boende för vissa personer. [30]

Personlig assistans enligt LSS

I det här kapitlet fördjupar Socialstyrelsen analyserna av insatsen personlig assistans enligt LSS. Olika frågeställningar blir belysta, till exempel utvecklingen av antalet timmar och konsekvenserna av indragen assistansersättning. Även vissa kvalitetsaspekter lyfts. Personlig assistans berörs även i kapitlet *Kunskap och kompetens*, där myndigheten redogör för frågor som bland annat rör fortbildning för personliga assistenter.

Sammanfattande iakttagelser

- Allt fler får kommunalt beslutad personlig assistans och antalet beslut har fördubblats sedan 2009. Indragningar av statlig assistansersättning förklarar en del av ökningen, men inte hela.
- Förskjutningen mot fler timmar fortsätter, och år 2018 hade 13 procent av assistansanvändarna mer än 100 timmar per vecka. Det är en fördubbling sedan 2009.
- Många assistansanvändare uppger att de är nöjda med sin personliga assistans. Det gäller såväl tillgodosedda hjälpbehov som trygghet och trivsel. Män tycks vara mer nöjda än kvinnor. Assistansanvändarna skattar emellertid lågt vad gäller inflytande. Färre än hälften uppger att de varit med och bestämt vilka som ska vara deras personliga assistenter.
- Majoriteten av de som fick sin statliga assistansersättning indragen under 2017 fick istället kommunalt beslutad personlig assistans. Det förekom också att personer beviljades särskilt boende enligt SoL och boende enligt LSS.

Kommunerna beviljar alltfler personer personlig assistans

Antalet personer med kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS fortsätter att öka. I oktober 2018 hade 5 100 personer beslut om insatsen, vilket är fördubbling sedan 2007 [1]. Särskild tydlig har ökningen varit under de senaste tre mätåren och sedan 2015 har insatsen ökat med 20 procent.

Om personen behöver personlig assistans för grundläggande behov som i genomsnitt omfattar mer än 20 timmar i veckan kan han eller hon ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. SFB. I de fall personen ansöker om assistansersättning är det Försäkringskassan som utreder, beslutar och betalar ut ersättningen. För att få en helhetsbild av utvecklingen inom personlig assistans behöver statistiken om dessa två stöd läggas ihop. Tabell 24 visar att 19 700 personer hade personlig assistans enligt LSS eller SFB. Andelen kvinnor är lika stor inom båda lagrummen, omkring 45 procent. Även åldersfördelningen är förhållandevis överensstämmande. Flest personer återfinns i åldersgruppen 23–64 år. Över tid har antalet beslut om statlig assistansersättning minskat samtidigt som den kommunalt beslutade assistansen ökat.

Tabell 24. Totalt antal personer med beslut om personlig assistans

Totalt antal personer med beslut om personlig assistans enligt 9 § 2 enligt LSS och assistansersättning enligt SFB*, uppdelat på lagrum, kön och ålder, oktober 2018.

	Personlig assistans (9 § 2 LSS)		Assistansersättning enligt SFB	
	Man	**Kvinna**	**Man**	**Kvinna**
0 till 6 år	120	75	70	60
7 till 12 år	380	220	560	450
13 till 22 år	500	310	1410	935
23 till 64 år	1450	1310	4 660	3 820
65 år eller äldre	380	370	1 220	1 350
Totalt	*2 830*	*2 285*	*7 920*	*6 615*

*305 personer hade både personlig assistans 9 § 2 LSS och assistansersättning enligt SFB.
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättningsmottagare.

Det är naturligt att det genomsnittliga timantalet är högre inom den statliga assistansersättningen, eftersom det krävs att den enskilde har behov av hjälp med sina grundläggande behov fler timmar än för kommunal personlig assistans. Tabell 25 visar dock att det genomsnittliga antalet timmar i viss mån är överlappande. Till exempel så har 9 procent av personerna med kommunalt beslutad personlig assistans 100 timmar per vecka eller mer.

Tabell 25. Fördelningen av timmar bland personer med personlig assistans

Totalt antal personer med beslut om personlig assistans enligt LSS och statlig assistansersättning enligt SFB, uppdelat på lagrum och timklasser, avrundade värden, oktober 2018.

	Genomsnittligt antal timmar per vecka						
	0–19 timmar/vecka	**20–39 timmar/vecka**	**40–59 timmar/vecka**	**60–79 timmar/vecka**	**80–99 timmar/vecka**	**100– timmar/vecka**	**Totalt antal**
Assistansersättning enligt SFB	15	145	880	1 560	1 950	9 990	14 540
Personlig assistans enligt LSS	545	1 520	1 270	705	370	710	5 120

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättningsmottagare.

Att personer med kommunalt beslutad personlig assistans har mer än 20 timmar assistans per vecka förklaras av att personlig assistans även kan beviljas för andra personliga behov än de grundläggande[64]. Exempel på sådana livsområden där sådana behov kan vara aktuella är arbete, studier och socialt umgänge.

Att personer med kommunalt beslutad personlig assistans beviljas många timmar är en utveckling som pågått under flera år. Sedan 2009 har antalet personer med mer än 100 timmar personlig assistans i veckan nästan sexdubblats och utgör 13 procent av samtliga med kommunalt beslutad personlig assistans [1]. Ökningen åskådliggörs även i det genomsnittliga antalet timmar. År 2009 var det genomsnittliga antalet för kommunalt beslutad personlig assistans 31,4 timmar per vecka. År 2018 hade det genomsnittliga an-

[64] En förutsättning är dock att personen har beviljats personlig assistans för grundläggande behov, se 9 a § LSS.

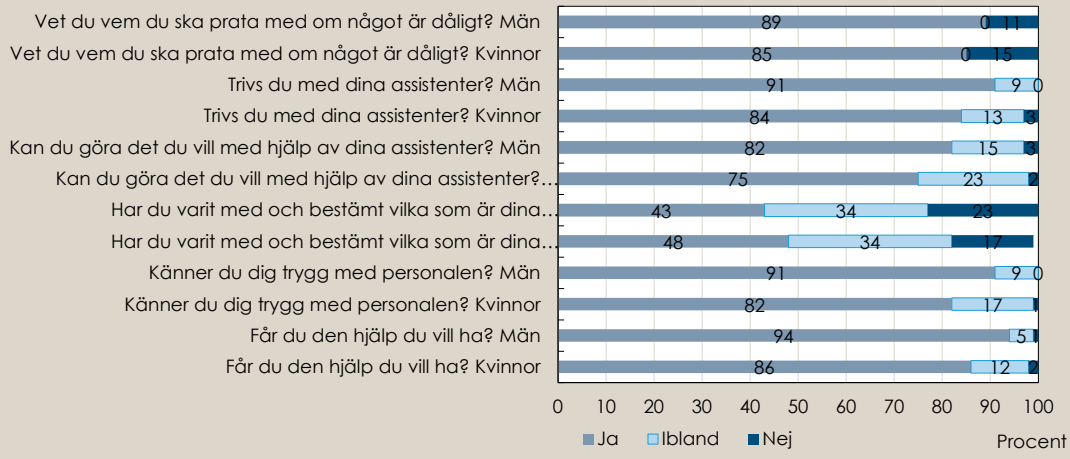
talet timmar per vecka ökat till 56,3. En av förklaringarna till ökningen är indragningarna av statlig assistansersättning. Många personer som fått sin statliga assistansersättning indragen har istället beviljats personlig assistans av kommunen. Dessa personer har många gånger omfattande behov, exempelvis i form av hjälp med egenvård.

De flesta känner sig trygga med sina assistenter

Många assistansanvändare är nöjda med sin personliga assistans, det visar SKR:s nationella brukarundersökning[65]. Mellan 85 och 90 procent av assistansanvändarna uppger att de trivs med sina personliga assistenter (figur 11). Nästan lika många känner sig trygga med sina assistenter. Vidare uppger uppemot 95 procent av assistansanvändarna att de får den hjälp de vill ha.

Figur 11. Assistansanvändares uppfattning om personlig assistans

Assistansanvändares uppfattning om olika kvalitetsaspekter inom personlig assistans enligt LSS, ovägt medel, andel, uppdelat på kön, 2019.



Källa: Kolada.

Assistansanvändarna är inte lika nöjda när det gäller inflytande. Knappt hälften anger att de har fått vara med och bestämma vilka som ska vara deras personliga assistenter.

Männen tycks genomgående vara något mer nöjda med sin personliga assistans än kvinnorna. Skillnaden är störst när det gäller till godosedda hjälpbehov: 94 procent av männen jämfört med 86 procent av kvinnorna anger att de får den hjälp de vill ha av sina assistenter. Det enda området där kvinnorna är mer positiva är inflytande över vilka som ska vara personliga assistenter. Här uppger 48 procent av kvinnorna de fått vara med och välja personliga assistenter. Motsvarande andel bland männen är 43 procent.

[65] SKR:s brukarundersökning är ej en totalundersökning. Undersökningen har 57% svarsfrekvens, 151 kommuner 90 drygt privata aktörer har ett resultat. Brukarna har svarat 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.

Andelen nybeviljade beslut är oförändrad

Mellan 2017 och 2018[66] fattade kommunerna 960 nya beslut om personlig assistans enligt LSS[67], vilket är något lägre än året innan. Knappt hälften av besluten, 43 procent, avsåg kvinnor. Det innebär att 19 procent av det totala antalet beslut om personlig assistans i oktober 2018 utgjordes av nybeviljanden.

Inflödet till kommunalt beslutad personlig assistans är med andra ord fortfarande relativt stort i förhållande till hur många som har insatsen. Socialstyrelsens analyser visar dock att det inte är någon homogen grupp som nybeviljas personlig assistans.

Socialstyrelsens analyser visar att omkring 30 procent hade statlig assistansersättning året innan de fick beslut om kommunal personlig assistans och 18 procent hade hemtjänst enligt SoL[68]. En av de främsta förklaringarna till inflödet från statlig assistansersättning är avgöranden i Högsta förvaltningsdomstolen (se sidan 76). Det är inte lika tydligt varför så många fick personlig assistans istället för hemtjänst, men en trolig förklaring är att personernas behov har ökat, exempelvis till följd av fortskridande sjukdomar som förvärras över tid.

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

- 1 procent hade bostad med särskild service för vuxna enligt LSS
- Mindre än 1 procent boende för barn enligt LSS
- Mindre än 1 procent särskilt boende enligt SoL.

Alla personer som nybeviljas personlig assistans hade inte någon insats året innan. Det visar att inflödet även består av andra grupper, till exempel barn med funktionsnedsättning eller personer som förvärvat en funktionsnedsättning i vuxen ålder. Ökningen inom kommunalt beslutad personlig assistans förklaras med andra ord inte enbart av indragningar av statlig assistansersättning.

Konsekvenser vid indragen assistansersättning

Socialstyrelsen har vid flera tillfällen analyserat konsekvenserna av att beslut om statlig assistansersättning dras in, det vill säga vilka insatser som personerna fått istället [6, 7]. I årets lägesrapport har Socialstyrelsen analyserat vilka insatser som beviljats till de 602 assistansanvändare vars statliga assistansersättning upphörde under 2017[69]. Mätdatumet för eventuellt nya insatser var 1 oktober 2018. Analyserna visar att majoriteten av dessa personer beviljades kommunal personlig assistans, 290 personer (tabell 26). Ett flertal

[66] Mellan 1 oktober 2017 och 1 oktober 2018.
[67] Med nytt beslut avses att personen hade insatsen 2016, men inte 2014 och 2015.
[68] Avser de personer som hade ett nytt beslut om personlig assistans enligt LSS i oktober 2016.
[69] I analysen har de personer vars assistansersättning upphört på grund av att de avlidit exkluderats.

hade återfått statlig assistansersättning, 138 personer[70]. Det senare är troligen en följd av överklaganden som har lett till att personerna återfått sin assistansersättning.

Årets analyser visar vidare att drygt 30 personer fick hemtjänst eller boendestöd enligt SoL, se tabell 26. Flera fick någon form av särskilt boende:

- 78 personer beviljades bostad med särskild service för vuxna enligt LSS
- 6 personer beviljades boende för barn enligt LSS,
- 29 personer beviljades särskilt boende enligt SoL.

Fyrtio personer hade varken fått insatser enligt LSS, SoL eller statlig assistansersättning. Detta handlar troligen om överklaganden hos Försäkringskassan. Det kan också handla om långa utredningstider hos socialtjänsten och långa tider för verkställighet av gynnande beslut[71]. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att en del av dessa personer inte har fått något stöd.

Tabell 26. Insatser* efter indragen statlig assistansersättning

Insatser året efter att statlig assistansersättning enligt SFB har upphört*, uppdelat på insatser, kön och ålder, oktober 2018.

	0–12 år		13–22 år		23–44 år		45–64 år		65 år–		Totalt
	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
Insatser enligt LSS											
Personlig assistans	11	13	19	50	54	62	32	42	<5	<5	*290*
Boende för barn	0	<5	0	<5	0	0	0	0	0	0	*6*
Bostad med särskild service för vuxna	0	0	<5	<5	18	29	8	18	0	0	*78*
Korttidsvistelse	<5	<5	6	26	7	10	<5	<5	0	0	*56*
Avlösarservice	<5	<5	<5	<5	0	0	0	<5	0	0	*8*
Korttidstillsyn	0	0	<5	31	0	0	0	0	0	0	*35*
Ledsagarservice	0	0	<5	7	<5	<5	<5	<5	0	<5	*20*
Övriga insatser enl. LSS	0	0	8	14	61	80	16	27	0	0	*206*
Insatser enligt SoL											
Hemtjänst	<5	0	<5	<5	<5	<5	6	7	5	<5	*28*
Ledsagning	0	0	0	0	0	0	0	<5	<5	0	*<5*
Boendestöd	0	0	<5	<5	<5	<5	0	<5	0	0	*5*
Särskilt boende	0	0	0	0	0	<5	<5	5	13	7	*29*
Övriga insatser enl. SoL	<5	0	<5	<5	6	6	12	16	6	<5	*52*
Assistansersättning enligt SFB	9	10	10	22	17	40	11	15	<5	<5	*138*
Avliden	0	0	<5	<5	0	<5	<5	<5	7	6	*19*

[70] I föregående års lägesrapport analyserade Socialstyrelsens hur stödet efter indragen statlig assistansersättning utvecklades över tid, studiepopulationen var personer vars statliga assistansersättning upphörde mellan 2007 och 2008. Omkring 10-15 procent av den gruppen återfick sin statliga assistansersättning. Andelen som återfår sin assistansersättning har med andra ord ökat.

[71] Se kapitlet *Handläggning och myndighetsutövning*.

	0–12 år		13–22 år		23–44 år		45–64 år		65 år–		Totalt
	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
Inga insatser enligt SoL, LSS eller assistansersättning	<5	<5	<5	7	6	72	<5	6	<5	0	40
Totalt antal insatser	*28*	*33*	*59*	*174*	*173*	*306*	*99*	*147*	*41*	*22*	

*En person kan ha flera insatser varför kolumnerna inte summeras för att få fram antalet personer.
**Avser beslut om statlig assistansersättning som upphört mellan 1 januari 2017 och 30 juni 2018.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS och SoL samt register över dödsorsaker, Försäkringskassan register över mottagare av assistansersättning.

Omfattande konsekvenser av domarna som rör femte grundläggande behovet

Rättsutvecklingen är en bidragande orsak till att många assistansanvändare har fått sin assistansersättning indragen. I en rapport som publicerades 2017 konstaterade Socialstyrelsens att två domar från Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) har fått både direkta och omfattande konsekvenser för både kommuner och assistansanvändare [31]. De två vägledande avgöranden från Högsta förvaltningsdomstolen kom 2012 och 2015[72] och påverkar vilka hjälpbehov som räknas som grundläggande och vilka personer som kan få personlig assistans för sådan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen, det så kallade femte grundläggande behovet.

Samtidigt har en ny rättighet trätt i kraft under 2019. Den 1 november 2019 trädde en ny ändring i LSS i kraft[73]. Ändringen innebär att behov av hjälp med andning utgör ett grundläggande behov som kan ge rätt till personlig assistans . Införandet av hjälp med andning som ett grundläggande behov avser framför allt att förbättra berörda barns möjligheter att kunna bo kvar hemma och därmed inte riskera långa vårdtider på sjukhus. Det avser också att förbättra familjer och anhörigas möjligheter att förena arbete med familjeliv[74].

[72] HFD 2012 ref. 41 och HFD 2015 ref. 46.
[73] 9 a § LSS
[74] Prop. 2018/2019:145 s. 25 f.

Kunskap och kompetens

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för personalens kunskap, kompetens och möjlighet till fortbildning. Kapitlets fokus ligger framförallt på socialtjänst och LSS. En särskild fördjupning görs kring personliga assistenters arbetsuppgifter och tillgång till fortbildning.

Sammanfattande iakttagelser

- Kommunerna har allt svårigheter att rekrytera inom funktionshindersområdet. År 2019 uppgav 59 procent av kommunerna att de hade svårt att rekrytera LSS-handläggare.
- Få kommuner använder standardiserade bedömningsmetoder för att identifiera våldsutsatthet och substansmissbruk inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Till exempel använder endast 40 procent av kommunerna FREDA-kortfrågor för att identifiera våldsutsatthet mot brukare inom LSS. Andelen kommuner ökar förvisso, men den låga andelen är ändå bekymmersam eftersom gruppen har en hög risk för våldsutsatthet.
- Fortbildning är en förutsättning för rätt och aktuell kompetens inom funktionshindersverksamheter. Allt fler kommuner har samlade kompetensutvecklingsplaner för handläggare och baspersonal inom LSS-verksamheter.
- På tre av fyra boenden för barn har personalen tillgång till kontinuerlig handledning. De barn som bor på dessa boenden har många gånger komplexa behov och Socialstyrelsen anser därför att den höga andelen är positiv. Myndigheten anser dock att minskningen av kontinuerlig handledning inom boenden för vuxna och daglig verksamhet är bekymmersam.
- Fortbildning inom AKK ökar för baspersonal inom LSS. Kunskap inom AKK har länge varit en konstaterad brist, samtidigt som det är centralt för många enskildas delaktighet. Socialstyrelsen anser därför att utvecklingen är positiv, samtidigt som det finns utrymme för ytterligare förbättring.

Svårare att rekrytera LSS-handläggare

Det har blivit svårare att rekrytera handläggare inom funktionshindersområdet, det konstaterar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MYVA) [32]. År 2019 uppgav 59 procent av kommunerna att det var svårt att rekrytera handläggare till funktionshindersområdet. Motsvarande andel 2015 var 46 procent. Andelen kommuner som upplever dessa svårigheter inom funktionshindersområdet är lägre än inom den sociala barn- och ungdomsvården, men högre än inom äldreomsorgen och ekonomiskt bistånd.

MYVA:s rapport visar vidare att vakansgraden[75] är högst i myndighetsutövning inom LSS-verksamheter i glesbygd, cirka 2–14 procent. En god tillgång till handläggare med rätt kompetens är viktigt för de som behöver stöd

[75] Vakanser definieras som antalet årsarbetare som det både finns behov av och ekonomiskt utrymme för att anställa.

och hjälp från socialtjänsten. Kompetensförsörjningen av handläggare är därför en angelägen fråga ur både ett medborgar- och brukarperspektiv. Den är också en strategisk fråga där staten och kommunerna behöver samarbeta. Det handlar om kompetenskrav, antal utbildningsplatser, introduktion och fortbildning, men också om nya effektivare arbetssätt och att få nya unga handläggare att stanna i yrket. MYVA menar att på kort sikt har bemanningsläget förbättrats och det har skett en generationsväxling – men på längre sikt väntar utmaningar. [33]

Brister i funktionshinderskunskap ställer krav på fortbildning

Det finns flera utmaningar inom kompetensområdet, både när det gäller myndighetsutövningen och kunskaper bland baspersonal. IVO har konstaterat att det råder bristande kunskap om olika typer av funktionsnedsättningar, diagnoser och kommunikationsverktyg [6, 7, 25, 34].

Kunskapsbristerna finns framför allt bland personal i verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning, men också på socialkontoren. IVO har tidigare konstaterat att bristande kunskap i verksamheterna innebär risk för att enskilda inte får det stöd de behöver i sin vardag, och att personalen bemöter den enskilde på olämpligt sätt. [34] Det är mot denna bakgrund som Socialstyrelsen i detta kapitel lyfter vikten av rätt kompetens och möjligheter till fortbildning bland handläggare och baspersonal inom funktionshindersområdet.

Allt fler har kompetensutvecklingsplaner för LSS-handläggare

Ett sätt för arbetsgivare att skapa förutsättningar för kompetensutveckling är aktuella kompetensutvecklingsplaner, som bygger på kompetensbehov och verksamhetens mål. I drygt 30 procent av kommunerna finns det en samlad kompetensutvecklingsplan för handläggare inom LSS (tabell 27). Något fler kommuner uppger att det finns en samlad plan inom socialpsykiatrin[76]. Andelen kommuner med en samlad plan ökat med omkring 10 procentenheter mellan 2016–2019. Fortfarande saknar dock drygt 6 av 10 kommuner sådana planer.

Vakanserna delas med summan av det nuvarande antalet anställda årsarbetare och antalet vakanser för att beräkna vakansgraden. MYVA beräknar vakansgraden för 2 februari 2019.

[76] Avser insatser enligt SoL till personer 0–64 år.

Tabell 27. Förekomst av samlade kompetensutvecklingsplaner bland LSS-handläggare

Andel kommuner som har en aktuell, samlad kompetensutvecklingsplan för handläggare inom funktionshindersverksamheter, uppdelat på LSS-barn, LSS-vuxen och socialpsykiatri, andelen angivet i procent, 2016–2019.

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

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

Alltfler kommuner använder metod för att identifiera våldsutsatthet

Standardiserade bedömningsmetoder ökar förutsättningarna för en likvärdig bedömning av den enskildes behov. Användningen av sådana metoder kan också öka förutsättningarna att identifiera problem och behov som inte primärt är kopplade till exempelvis en persons funktionsnedsättning. Det kan till exempel handla om bedömningsmetoder för att upptäcka våldsutsatthet, drogrelaterade problem och skadlig alkoholkonsumtion.

En av de mest grundläggande förutsättningarna för att identifiera våldsutsatthet inom socialtjänsten är att ställa frågor om våld till enskilda som söker stöd. Knappt 40 procent av kommunerna använder emellertid den standardiserade bedömningsmetoden FREDA-kortfrågor[77] för att upptäcka våldsutsatthet hos vuxna inom LSS (figur 12). Andelen är högre inom socialpsykiatrin, drygt 50 procent. Andelen kommuner som använder FREDA-kortfrågor har ökat med några procentenheter sedan föregående år. Ökningen är positiv och indikerar att det pågår ett utvecklingsarbete i kommunerna. Men samtidigt är det fortfarande bara hälften av kommunerna som använder FREDA-kortfrågor inom socialtjänstens funktionshindersverksamhet. Detta blir särskilt bekymmer mot bakgrund av att personer med funktionsnedsättning, framförallt kvinnor, många gånger har en högre risk att utsättas för våld än andra grupper i befolkningen [35]. Den förhöjda risken för utsatthet handlar många gånger om att förövaren kan utnyttja personens reducerade autonomi och förmåga att göra motstånd och handlar till exempel om:

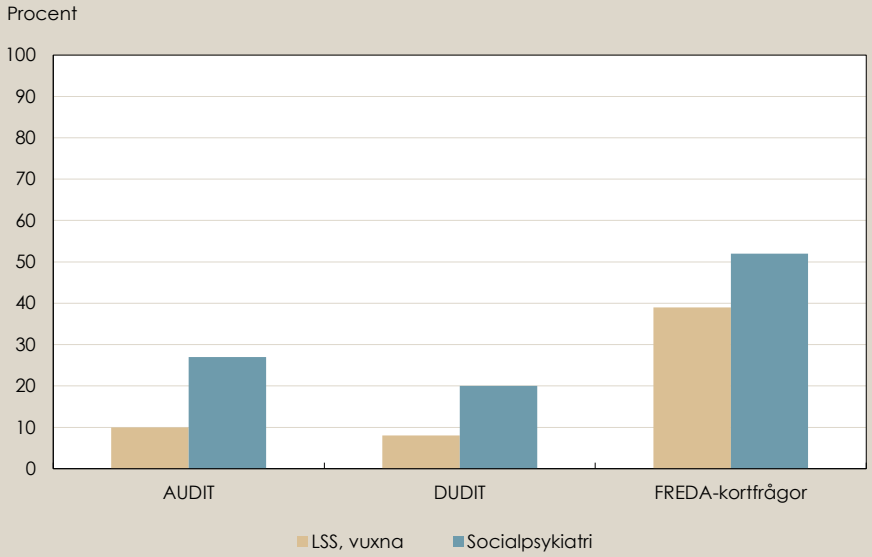
- Övergrepp i stöd- eller vårdsituationer som är direkt relaterade till att personen har en funktionsnedsättning.
- Typer av våld som alla riskerar att utsättas för men som inte hade ägt rum om den utsatta inte hade haft en funktionsnedsättning. [7]

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

Väsentligt färre kommuner och stadsdelar använder AUDIT och DUDIT för att upptäcka drogrelaterade problem och riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion hos personer med funktionsnedsättning. Inom LSS använder endast 1 av 10 kommuner och stadsdelar dessa bedömningsmetoder. Andelen är något högre inom socialpsykiatrin, mellan 20 och 30 procent.

Figur 12. Användning av vissa standardiserade bedömningsmetoder inom LSS och socialpsykiatri

Andel kommuner och stadsdelar som använder vissa standardiserade bedömningsmetoder inom LSS och socialpsykiatri, andelen angiven i procent, riket, 2019.



Källa: Öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättning - LSS (Socialstyrelsen; 2019) och Öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (Socialstyrelsen; 2019).

Allt vanligare med utbildning inom AKK på boenden och daglig verksamhet

Genom kompetensplaner kan arbetsgivare skapa förutsättningar för kompetensutveckling som bygger på kompetensbehov och verksamhetens mål. Detta gäller även för baspersonal i boende för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS. Andelen enheter med sådana planer har ökat något och drygt 6 av 10 boenden för vuxna har idag en aktuell samlad plan för personalens kompetensutveckling.

AKK är många gånger en förutsättning för att individen ska kunna utöva självbestämmande och inflytande över sina insatser [36]. Det är därför angeläget att verksamheterna erbjuder fortbildning i AKK.

Tabell 28. Fortbildning för baspersonal i boenden för vuxna och dagliga verksamheter

Samlad kompetensutvecklingsplan, fortbildning inom AKK och kontinuerlig handledning för baspersonal i bostad med särskild för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS, andel enheter, andelen angiven i procent, 2017–2019.

	Bostad med särskild service			Daglig verksamhet		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Andel enheter där samtlig personal har en aktuell individuell kompetensutvecklingsplan*.	-	65	67	-	71	74
Andel enheter med en aktuell och samlad plan för personalens kompetensutveckling.	53	57	60	49	50	53
Andel enheter där personalen har erbjudits kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)	47	50	51	55	53	60
Andel enheter där personalen har erbjudits kontinuerlig handledning	45	45	44	34	36	32

* Indikatorn förändrades mellan 2017–2018 och det går därför inte att jämföra resultat från 2017.

Källa: Enhetsundersökning LSS (Socialstyrelsen; 2017, 2018, 2019).

Andelen verksamheter som erbjuder fortbildning i AKK har ökat något och vid den senaste mätningen uppgav omkring hälften av boendena och 60 procent av de dagliga verksamheterna att personalen har erbjudits fortbildning inom AKK under det senaste året (tabell 28). En del verksamheter har svarat att frågan inte är aktuell och uppgav bland annat att de personer som finns i verksamheten inte har behov av AKK eller att kompetensen redan finns hos personalen.

Andelen verksamheter där personalen erbjuds kontinuerlig handledning har minskat något och uppgick vid senaste mätningen till 44 procent inom boenden för vuxna och 32 procent inom daglig verksamhet. Personalen bör vid behov få handledning i syfte att upprätthålla de kunskaper och förmågor som anges i Socialstyrelsens allmänna råd om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning[78]. Handledning kan ha en stödjande funktion för personalen, ses som en kompetenshöjande insats, bidra till den professionella utvecklingen och fungera som en kvalitetssäkring för verksamheten. Det är därför bekymmersamt att möjligheter till kontinuerlig handledning har minskat.

Tre av fyra boende för barn erbjuder kontinuerlig handledning

I Socialstyrelsens enkätundersökning om boende för barn enligt LSS ställdes frågor om fortbildning[79]. Nästan två av tre verksamhetsföreståndarna uppgav att all personal eller fler än hälften har deltagit i fortbildning om barn med funktionsnedsättning under det senaste året (tabell 29). Några av verksam-

[78] Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) Kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL eller LSS till personer med funktionsnedsättning.

[79] Se sida 14.

hetsföreståndarna som svarat nej uppgav att all fast personal har grundutbildning inom området eller gedigen kunskap. Några menade dock att det sällan erbjuds utbildningar som handlar om barn med funktionsnedsättning, vanligen handlar de om vuxna och äldre

Tabell 29. Fortbildning inom boende för barn

Andel boenden där personal deltagit i fortbildning* i FN:s konvention om barnets rättigheter, fortbildning om barn med funktionsnedsättning samt fortbildning i kommunikationsstöd, andel angivet i procent, november 2017–november 2019.

	Deltagit i fortbildning i barnkonventionen	Deltagit i fortbildning om barn med funktionsnedsättning	Deltagit i utbildning om AKK
Samtlig personal	19	36	32
Fler än hälften	15	27	30
Omkring hälften	2	7	8
Färre än hälften	16	11	10
Ingen	37	10	12
Vet inte	11	8	7
Total	*100*	*100*	*100*

*Med kompetensutveckling avses exempelvis kurs, temadagar, webbutbildningar.
Källa: Socialstyrelsens enkät till boenden enligt 9 § 8 LSS (Socialstyrelsen; 2019)

Det finns inga motsvarande uppgifter för baspersonal inom andra LSS-verksamheter. I en kartläggning som Socialstyrelsen publicerade 2019 framgick dock att 40 procent av kommunerna hade genomfört motsvarande fortbildning för sina LSS-handläggare [37].

I Socialstyrelsens enkät till boenden för barn uppgav 35 procent av verksamhetsföreståndarna att all personal eller mer än hälften hade deltagit i fortbildning om barnkonventionen under det senaste året (tabell 29). Vidare uppgav 76 procent av verksamhetsföreståndarna att personalen på boendet har tillgång till kontinuerlig handledning[80]. Flera uppgav dock att handledning sker vid behov.

Det ser olika ut när det gäller vilka yrkeskategorier som handleder personalen. Verksamhetscheferna uppger bland annat psykologer, enhetschef, omsorgs- och stödpedagoger. Även innehållet i handledningen skiljer sig mellan boenden, men det vanligaste är att handledningen innehåller:

- pedagogiska metoder
- bemötande och förhållningssätt
- kunskap kring speciella behov i specifika ärenden.

IVO konstaterar i en tillsynsrapport att det finns kompetensbrister på omkring 20 procent av boenden för barn enligt LSS [20]. Sådana brister är vanligare när det gäller övrig personal än verksamhetsföreståndare. IVO menar att den främsta kompetensbristen vid boenden för barn med funktionsnedsättning handlar om möjligheten att kommunicera, exempelvis med hjälp av AKK. Det resultatet skiljer sig från resultatet av Socialstyrelsens enkätundersökning. Skillnaden i resultat skulle dock kunna förklaras av skillnader i

[80] Med kontinuerlig handledning avses här handledning av utbildad handledare, i grupp eller enskilt. Handledningen ska vara regelbundet återkommande under en längre tidsperiod.

undersökningsperioder och i metoder[81]. Mot bakgrund av IVO:s iakttagelser bedömer Socialstyrelsen att det är positivt att så många boenden för barn med funktionsnedsättning erbjuder fortbildning inom AKK.

Personliga assistenter efterfrågar kunskap om vårdnära arbetsuppgifter

I ”Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor” SOU 2020:1 presenteras för första gången en samlad bild av personliga assistenters arbetsvillkor, kompetens och möjligheter till fortbildning. Uppskattningsvis arbetar 100 000 personer som personliga assistenter, vilket gör det till det 13:e vanligaste yrket i Sverige.

Personlig assistent ses ofta i första hand som ett serviceyrke där vård- och omsorgskompetens inte är ett primärt krav. Det är snarare viktigare att stödet individanpassas till assistansanvändarens behov. [38] Därför är introduktion och fortbildning särskilt viktigt för denna yrkesgrupp. I nämnda betänkande redogörs för att de flesta assistenter får någon form av introduktion av arbetsgivaren. Nio av tio assistenter hos kommuner och kooperativ fått introduktion, jämfört med åtta av tio assistenter hos privata bolag. Introduktionen sker vanligen genom att gå bredvid en annan assistent under några arbetspass. Ganska få, knappt en femtedel, uppger att de gick en introduktionskurs inför sitt senaste assistansuppdrag.

Omkring 6 av 10 assistenter hade deltagit i fortbildning under de senaste 12 månaderna:

- Kompetensutveckling på personalmöten (36 procent)
- Gå en kurs, lärarledd eller på webben (30 procent)
- Handledning i metoder eller förhållningssätt (18 procent).

Förutsättningar för fortbildning för personliga assistenter varierar. Hos framför allt de stora assistansanordnarna finns ett stort utbud av webbutbildningar, men förutsättningarna för assistenterna att gå utbildningarna kan vara mer eller mindre bra. Hos privata anordnare avgör assistansanvändarna ofta vilka utbildningar deras assistenter kan gå. Utbildningskostnader räknas ofta som assistansomkostnader, och assistans användarna får avgöra hur dessa medel ska användas. [38]

Personliga assistenters arbetsuppgifter varierar beroende på assistansanvändarens behov.

- 96 procent har arbetsuppgifter där det ingår att vara ett stöd vid personlig hygien och vid av- och påklädning. Många har också till uppgift att assistera samband med måltider.
- 80 procent har arbetsuppgifter som kräver kunskaper om lyft- och förflyttningstekniker samt ergonomi, både för assistansanvändarens och för assistentens säkerhet. Vidare angav 51 procent att tunga lyft ingår i deras arbetsuppgifter.

[81] IVO:s resultat handlar om tillsyn som genomfördes under 2017 och 2018, Socialstyrelsens undersökning avsåg perioden 2018–2019. IVO:s slutsatser grundar sig på frekvenstillsynen och inkomna lex Sarah, anmälningar, resultaten i Socialstyrelsens undersökningar utgår i sin tur endast från de verksamheter som besvarade enkäten (drygt 55 procent).

- 71 procent har arbetsuppgiften att ge stöd vid kommunikation med andra. Att göra det möjligt för assistansanvändare att kommunicera med andra är en arbetsuppgift som ofta kräver att personliga assistenter har särskilda kunskaper inom alternativ kompletterande kommunikation (AKK).
- Personliga assistenters kan också ha arbetsuppgiften aktiv tillsyn. Drygt 75 procent angav att de utför aktiv tillsyn i form av kvalificerade motivations- eller aktiveringsinsatser. Närmare 60 procent angav att de har arbetsuppgiften aktiv tillsyn för att skydda assistansanvändaren eller andra.
- Åtta av tio assistenter uppger att de har arbetsuppgiften att ge stöd vid egenvård. Exempel på egenvård är medicinering, sondmatning eller omläggning av sår. Vidare uppgav hälften av de personliga assistenterna att de har delegation för hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Det är med andra ord vanligt att personliga assistenter har vårdnära arbetsuppgifter, trots att yrket av många framförallt ses som ett serviceyrke. För att egenvård eller hälso- och sjukvård på delegation ska kunna bli aktuellt krävs att den personliga assistenten i fråga har rätt kunskap och kompetens[82]. Det är med andra ord viktigt att personliga assistenter får möjlighet att bygga upp sin kompetens för att kunna utföra sådana vårdrelaterade arbetsuppgifter på ett säkert sätt. För vissa assistenter handlar det sannolikt om ganska okomplicerade arbetsuppgifter medan andra har uppgifter som kräver djupare kunskaper och kompetenser. Enligt en undersökning av Försäkringskassan från 2015 använder till exempel var fjärde assistansanvändare sin assistans till livsuppehållande åtgärder. Det kan med andra ord få allvarliga konsekvenser om assistenter som utför sådana arbetsuppgifter, som egenvård eller på delegering av hälso- och sjukvården, gör fel. [38]

Utredningen lyfter flera oklarheter som sammantaget dels bidrar till osäkerhet hos assistenten samt otydligheter i ansvar och befogenheter:

- Assistenter kan uppleva att de, trots att de har delegation, inte kan kontrollera att ändringar i medicinering som assistansanvändare eller närstående instruerar om är korrekta.
- Det läggs ett stort ansvar på assistenterna när tekniskt komplicerade uppgifter utförs som egenvård. Ett exempel är när assistenter jobbar med assistansanvändare utan egen andningsfunktion 45 minuter från sjukhus utan någon back-up.
- Assistentens kunskap och kompetens ska vägas in vid egenvårdsbedömningar[83], men det är inte helt tydligt att detta alltid görs.
- Beslut om delegation ska fattas endast i undantagsfall, likväl tycks sådana beslut relativt vanliga inom personlig assistans. Besluten kan dessutom ta tid och det händer att personliga assistenter måste utföra vissa arbetsuppgifter av sjukvårdskaraktär innan beslut fattats.
- Vid egenvård har assistenter sällan direktkontakt med hälso- och sjukvården och kan många gånger behöva agera utifrån ”andrahandsuppgifter”.

[82] Jfr Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.
[83] Jfr 4 kap. 5 § andra stycket SOSFS 2009:6.

Assistenter har i dessa fall svårt att själva söka kunskap om assistansavändarens vård på grund av sekretess.
- Det finns en skillnad i ansvarsutkrävande mellan egenvård och hälso- och sjukvård på delegation. Personliga assistenter har ett långtgående eget ansvar vid egenvård och blir, om något går fel, personligt ansvariga och kan avkrävas skadestånd. Om något går fel vid delegering av hälso- och sjukvårdsåtgärder gäller patientskadelagen (1996:799).

Det finns således ett behov av ökad kunskap och förtydligande av gällande regelverk [38]. Behovet av ökad kunskap om vårdnära arbetsuppgifter framförs även av de personliga assistenterna. Personliga assistenter efterfrågar dessutom mer handledning i metoder och förhållningssätt samt ökad kunskap om ergonomi, till exempel om hur man bör göra tunga lyft och använda arbetsutrustning för lyft och personförflyttningar. [38]

Handläggning och myndighetsutövning

I det här kapitlet fokuserar Socialstyrelsen på myndighetsutövningen inom socialtjänsten, bland annat utredningstider, verkställighet av beslut och uppföljning av beslutade insatser. Uppsökande verksamhet tas upp i kapitlet *Socialpsykiatri*.

Sammanfattande iakttagelser

- Allt fler kommuner och utförare använder strukturerad dokumentation inom sina funktionshindersverksamheter. Ökningen handlar framförallt om att funktionshindersområdet börjar komma ikapp andra verksamhetsområden.
- Användningen av IBIC fortsätter att öka och var femte kommun använder nu IBIC inom LSS och socialpsykiatrin.
- Verkställighetstiderna för flera av insatserna enligt LSS och SoL är fortsatt långa och det har skett en fördubbling av tiden under de senaste tre åren. Mellan 2017 och 2018 ökade verkställighetstiden mest för boendestöd, vilket troligen är kopplat till att allt fler får insatsen.
- Utredningstiderna ökar. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa orsaken, men det finns flera tänkbara anledningar, som att handläggarna har allt fler ärenden samt utmaningar inom kompetensförsörjning.
- Allt färre kommuner använder uppföljningar till att utveckla verksamheten.

Strukturerad dokumentation ökar

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

Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som har betydelse för ärendet, både i löpande journaltext och i strukturerad

form[84]. Drygt hälften av kommunerna, 65 procent, använder strukturerad information i verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning [39]. Andelen kommuner som använder strukturerad information inom funktionshindersverksamheter har ökat väsentligt under de senaste åren, år 2014 var andelen 17 procent. Men andelen är fortfarande lägre än inom äldreomsorgen (71 procent) och inom barn och unga (95 procent).

Andelen kommuner som använder strukturerad dokumentation är mer eller mindre densamma i utförarleden, 66 procent. Samma nivå som äldreomsorgen, men lägre än barn och unga (82 procent).

En strukturerad dokumentation förutsätter att den görs i ett digitalt verksamhetssystem. Idag har alla landets kommuner digitala verksamhetssystem för sin myndighetsutövning men inte i alla utförarverksamheter. Detta innebär att förutsättningarna skiljer sig mellan myndighetsutövningen och utförarverksamheterna.

ICF är en viktig del i handläggning och strukturerad dokumentation[85]. Mellan 13 och 58 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Mest används ICF inom äldreomsorgen (58 procent) och minst inom ekonomiskt bistånd (13 procent). Näst vanligast är funktionshindersområdet, 47 procent[86]. Inom funktionshindersområdet är andelen något lägre bland utförare än bland handläggare, 39 procent. [39]

Var femte kommun använder IBIC vid alla utredningar

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

Allt fler kommuner använder arbetssättet IBIC vid utredningar och uppföljningar av den enskildes behov. Mellan 2018 och 2019 ökade andelen kommuner som använder IBIC vid alla utredningar av behov inför beslut om LSS-insatser, från 12 till 19 procent. Användningen av IBIC inom socialpsykiatrin har ökat på motsvarande sätt. År 2019 använde 22 procent av kommunerna arbetssättet i alla utredningar inom socialpsykiatrin. År 2018 var motsvarande andel 13 procent. Många kommuner uppger också att de använder arbetssättet vid många utredningar, dock inte alla. [40]

[84] Jfr 11 kap.5 § SoL och 21 a § LSS.

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

[86] Avser andelen kommuner där personalen i myndighetsutövningen använder ICF i den digitala individdokumentationen.

Från lanseringen av den tidigare modellen, ÄBIC, 2013 fram till och med 2019 har fler än 280 kommuner samt ett antal privata utförare, genom Socialstyrelsen, utbildat drygt 2 000 processledare för ÄBIC eller IBIC. Det finns knappt tjugo regionala eller lokala nätverk med syfte att stödja kommunerna att förändra sitt arbetssätt.

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

Under 2019 har Socialstyrelsen vidareutvecklat modellerna Barns behov i centrum, BBIC, och Individens behov i centrum, IBIC, så att de kompletterar varandra. IBIC ger nu stöd för att beskriva resurser, behov och mål för alla åldrar, även barn med funktionsnedsättning. Det innebär även att urvalet ur ICF har uppdaterats. Tidigare omfattade IBIC endast vuxna. Barn och deras vårdnadshavare kan dock behöva stöd på olika sätt, utifrån flera perspektiv och olika lagar. För barn med funktionsnedsättning är det inte alltid själva funktionsnedsättningen som är i fokus. Därför är det inriktningen för utredningen avgör vilket av arbetssätten BBIC eller IBIC som kan användas i frågor om barn med funktionsnedsättning. Gäller utredningen till exempel ett barn som behöver skydd, används BBIC.

Utredningstiderna ökar

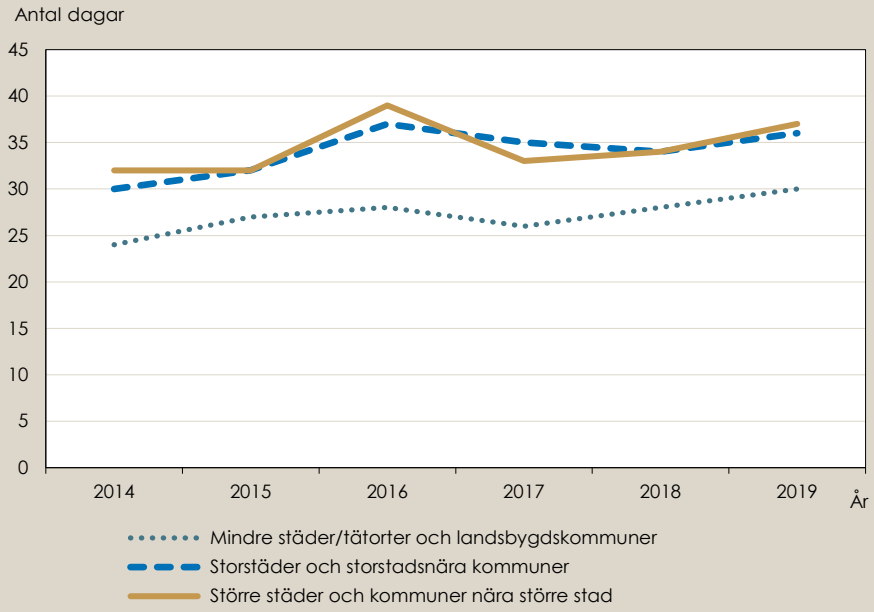
Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, har varierat under de senaste åren [28]. År 2019 var medianvärdet för alla kommuner i landet 34 dagar. Utredningstiden varierar mellan olika kommungrupper (figur 13), och ju större kommungrupp desto längre utredningstider[87].

Mellan 2017 och 2019 har mediantiden för utredningar inom LSS ökat i *större städer och storstäder* samt *mindre städer och landsbygdskommuner*. Mediantiden är fortfarande högst i *större städer och storstäder*, och uppgick 2019 till 37 dagar (figur 13).

[87] Utredningstiderna avser även ansökningar som resulterar i ett avslag.

Figur 13. Utveckling över tid av utredningstider inom LSS

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



Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Tiden mellan beslut och verkställighet fortsätter att öka

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

De ej verkställda besluten inom LSS fortsätter att öka. Under den senaste treårsperioden har kommunernas inrapporteringar av ej verkställda beslut till IVO mer än fördubblats, det vill säga de beslut som dröjt mer än tre månader att verkställa. År 2018 rapporterade kommunerna in 4 300 ej verkställda beslut inom LSS till IVO, motsvarande antal 2014 var 2 610 [41].

Ökningen är större när det gäller insatser enligt SoL för personer med funktionsnedsättning 0–64 år. Mellan 2014 och 2018 ökade kommunernas rapportering av ej verkställda beslut inom detta verksamhetsområde med 110 procent. År 2018 inrapporterades sammanlagt 1 115 ej verkställda beslut till IVO, motsvarande antal 2014 var 525.

Boende för vuxna enligt LSS har fortfarande längst verkställighetstid och bland de beslut som inrapporterades till IVO under 2018 var mediantiden 12

månader (tabell 30)[88]. Även boende för barn har lång verkställighetstid, 9 månader. I kapitlen *Boende för barn enligt LSS och Boende för vuxna enligt LSS* förs vidare resonemang kring orsaker och utmaningar när det gäller att tillgodose behoven av insatsen.

Mellan 2014 och 2018 har verkställighetstiden ökat för vissa insatser. Tydligaste ökningen står boendestöd enligt SoL för, vars verkställighetstid dubblades mellan 2017 och 2018. En förklaring till detta kan vara den generella ökningen av antalet beslut om boendestöd, och att kommunerna har svårt att rekrytera.

För vissa insatser har mediantiden för verkställighet istället minskat, det gäller till exempel daglig verksamhet enligt LSS. Även för personlig assistans enligt LSS har verkställighetstiden minskat, och den tidigare ökningen har därmed avstannat.

Tabell 30. Ej verkställda beslut om insatser enligt LSS

Antalet ej verkställda beslut om insatser enligt LSS som inrapporterats till IVO*, medianväntetider i månader per insats, 2014, 2016 och 2018.

	2014	2016	2017	2018
Insatser enligt LSS				
Rådgivning och stöd	5	4	6	9
Daglig verksamhet	7	7	8	7
Personlig assistans	6,5	8	8	7
Ledsagarservice	6	6	7	7
Kontaktperson	7	7	7	8
Avlösarservice i hemmet	7	7	6	7
Korttidsvistelse	7	7	8	8
Korttidstillsyn	8	7	6	7,5
Boende barn och unga	9	8	9	9
Boende vuxna	10,5	11	11	12
Insatser enligt SoL				
Avlösning i hemmet	6	5	7	7
Boendestöd	5	5	5	10
Dagverksamhet	6	6	6	7
Ledsagning	7	9	8	7,5
Hemtjänst	6	9	6	6
Kontaktfamilj	7	10	7	12
Korttidsboende	7	6	7	5

* Avser individärenden som inrapporterats till IVO.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

[88] Denna uppgift om mediantiden för verkställighet av insatsen boende för vuxna skiljer sig från mediantiden som uppges i kapitlet *Boende för vuxna*. Anledningen är att mediantiden i det kapitlet avser samtliga beslut om boende för vuxna, medan mediantiden i detta kapitel endast avser de beslut som dröjt längre än 3 månader att verkställa.

Få kommuner använder systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling

Resultatet av insatser för enskilda personer behöver följas upp för att se om en insats har fått avsedd effekt. Uppföljning är även viktig för att kommunerna ska kunna förbättra verksamheten, vilket kräver att individdata sammanställs och analyseras på gruppnivå[89].

Omkring var tionde kommun sammanställer systematiskt resultat från individuella uppföljningar, 8 procent inom LSS och 11 procent inom socialpsykiatrin [21, 40]. Något färre kommuner använder dessa systematiska uppföljningar[90] för att utveckla verksamheten. Inom LSS och socialpsykiatri har 6 respektive 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 (tabell 31).

Uppföljning på gruppnivå är viktig för att kommunerna ska kunna förbättra verksamheten[91]. Det är därför bekymmersamt att andelen kommuner som gör detta inte bara är låg utan också minskar.

Tabell 31. Systematisk uppföljning inom LSS och inom socialpsykiatri

Andelen kommuner som genomfört systematisk uppföljning av insatser och använt resultaten till verksamhetsutveckling, andelen angiven i procent, år 2017, 2018 och 2019.

	LSS			Socialpsykiatri		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling	6	9	6	8	9	7
Använt resultat med ett genusperspektiv till verksamhetsutveckling	1	3	2	4	6	4

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

Genom systematiska uppföljningar utifrån ett genusperspektiv blir det möjligt att skapa sig en bild av hur insatserna fungerar för kvinnor respektive för män, och utifrån det successivt förbättra verksamheten. 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 [34].

En något större andel av kommunerna har sammanställt resultat från individuella uppföljningar på gruppnivå än de som också använt resultaten till

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

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

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

verksamhetsutveckling. Det kan ses som ett första steg i arbetet med systematisk uppföljning.

Sammanställningar av uppföljningar på individnivå är inte det enda underlaget för kommunernas verksamhetsutveckling inom LSS. Under 2019 genomförde SKR en medlemsundersökning om användning, nytta och utvecklingsområden för öppna jämförelser i socialtjänsten. Resultaten visade att 70 procent av kommunerna använde resultaten från öppna jämförelser inom LSS för kvalitets- och förbättringsarbete i verksamheten. Motsvarande andel var något lägre inom socialpsykiatrin, 55 procent. [42]

Säker vård och socialtjänst

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för krisberedskap inom funktionshindersområdet och anmälningar av missförhållanden. Socialstyrelsen berör även missförhållanden i kapitlen *Boende för barn* och *Boende för vuxna*.

Sammanfattande iakttagelser

- Delar av krisberedskapen inom socialtjänstens funktionshindersverksamheter har förbättrats sedan 2018. Det gäller förekomsten av beredskapsplaner för varma temperaturer, som ökat till uppemot 70 procent. Ökningen är troligen en konsekvens av de extrema väderförhållandena sommaren 2018. Kommunerna behöver i högre grad dock ta fram lägesbilder och göra lägesanalyser för LSS-boenden, i händelse av kris.
- Mellan 2018 och 2019 har andelen kommuner med evakueringsplaner för olika boenden minskat. Minskningen är bekymmersam eftersom personer med funktionsnedsättning i särskilda boendeformer ofta behöver hjälp vid evakueringar.
- Endast var tredje kommun har aktuella kontinuitetsplaner för boenden inom funktionshindersområdet. En kontinuitetsplan innehåller information som hjälper personalen att veta vad den ska göra vid till exempel en störning i verksamheten eller vid en kris.
- De flesta lex Sarah anmälningarna inom funktionshindershindersområdet handlar om boende för barn eller vuxna enligt LSS. Fyrtio procent av anmälningarna handlar om att boende har utsatts för våld eller övergrepp, såväl från personal som av andra boenden. Även tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer.
- Lex Sarah är en viktig del i ett systematiskt kvalitetsarbete och IVO konstaterar att det finns ett engagemang i de tillsynade verksamheter att komma till rätta med missförhållanden. Åtgärderna som kommunerna vidtar efter IVO:s beslut har dock inte alltid avsedd effekt.
- Enligt IVO upprättar boenden för barn enligt LSS fler lex Sarah-anmälningar än många andra boendeformer för barn samtidigt som andelen verksamheter med brister är lägre.

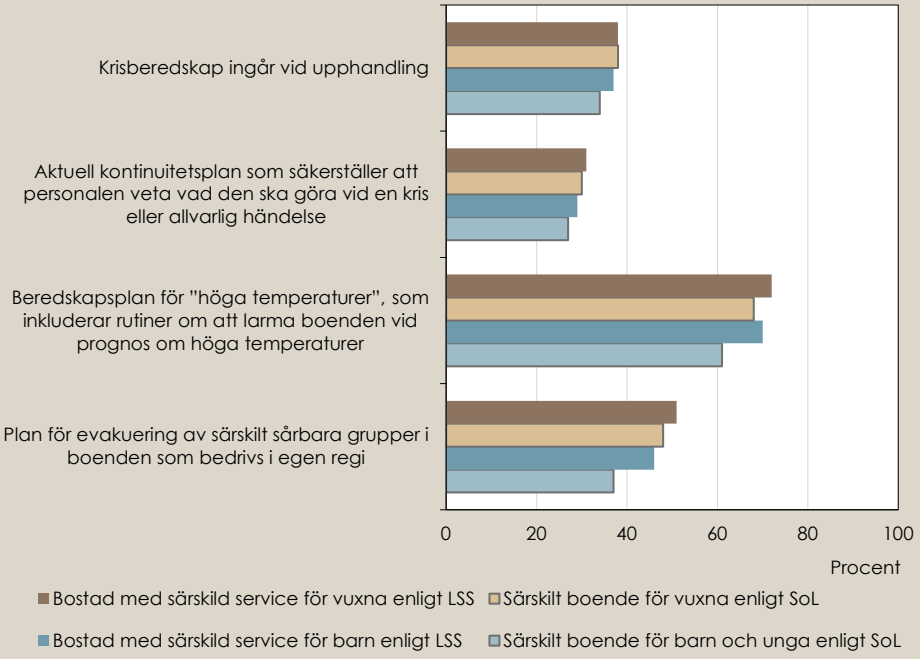
Beredskapsplaner för höga temperaturer ökar

Mellan 2018 och 2019 har andelen kommuner med beredskapsplaner för ”höga temperaturer” har ökat med uppemot tio procentenheter inom samtliga boendeformer för personer med funktionsnedsättning [43]. År 2019 hade mellan 60 och 70 procent av kommunerna beredskapsplaner för höga temperaturer i dessa boenden (figur 14). Andelen är högst i bostad med särskild service för barn eller vuxna, 70 procent.

En beredskapsplan för olika typer av boenden behöver bland annat säkerställa att verksamheterna blir larmade vid prognos om höga temperaturer [44]. För särskilt sårbara personer, till exempel personer med funktionsnedsättning[92] ökar risken för bland annat uttorkning och värmeslag. För de som redan finns i socialtjänstensverksamheter kan därför det vid en krissituation krävas nya eller mer omfattande insatser. [44]

Figur 14. Krisberedskap inom funktionshindersområdet

Andelen kommuner med rutiner eller planer som rör krisberedskap för boenden inom LSS och SoL, andelen angiven i procent, 2019.



Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap (Socialstyrelsen, 2019)

De extrema värmeförhållandena som rådde under sommaren 2018 är troligen en bidragande orsak till den stora ökningen av beredskapsplaner mellan 2018 och 2019. En utvärdering av Socialstyrelsen ger mer kunskap av hur socialtjänsten hanterade situationen sommaren 2018 [44]. En övergripande slutsats är att kommuner under senare år har påbörjat arbetet med att utveckla krisberedskapen. Socialstyrelsen menar dock att personalen inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården behöver även fortsatt uppmärksammas på hur de ska agera vid värmeböljor för att undvika hälsoeffekter för brukarna och patienterna.

I utvärderingen uppgav personalen i verksamheterna att de är vana att hantera olika krissituationer. De uppgav att de även klarade de extrema väderförhållandena sommaren 2018, om än med ansträngning. En reflektion är dock

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

att brukare i alla åldrar med kognitiva eller psykiska funktionsnedsättningar behöver extra mycket stöd för att klara att hantera en krissituation. När det gäller att hantera höga temperaturer uppgav personalen att det kan det vara svårt att få brukarna att följa de råd som ges för att minska värmens påverkan på hälsan. Personalen efterfrågar även stöd i metoder för prioritering mellan brukare i en krissituation, när det finns begränsade resurser[93].

Resultaten visar även att det finns en medvetenhet om betydelsen av att ta fram en lägesbild som bygger på fakta. Detta gjordes i drygt 60 procent av kommunernas LSS-boenden. Därefter fullföljde inte alla krishanteringsprocessen genom att gå vidare med en lägesanalys som grund för beslutsfattandet. De beslut som fattades genomfördes inte heller fullt ut. [44]

Evakueringsplaner för boenden minskar

All krisberedskap ökar inte inom socialtjänstens olika boenden för personer med funktionsnedsättning. Andelen kommuner med evakueringsplaner har minskat med några procentenheter inom varje boendeform (figur 14). Kommunerna behöver säkerställa att alla personer kan få den hjälp och det stöd som de behöver vid en allvarlig händelse, och därmed även personer med funktionsnedsättning. Olika situationer såsom elavbrott och dricksvattenstörningar kan leda till ett behov av att evakuera personer i socialtjänstens boenden och äldre personer och personer med funktionsnedsättningar i ordinära boenden. Det gäller till exempel personer med hemtjänst enligt SoL eller personlig assistans enligt LSS. Socialstyrelsen bedömer därför att minskningen är bekymmersam.

Var tredje kommun har kontinuitetsplaner

Endast var tredje kommun har aktuella kontinuitetsplaner för boenden inom funktionshindersområdet (figur 13). En kontinuitetsplan innehåller information som hjälper personalen att veta vad den ska göra vid en störning i en kritisk aktivitet eller resurs. Exempel på innehåll är reservrutiner och nödvändiga kontaktuppgifter. [45]

Syftet med kontinuitetsplaner – och kontinuitetshantering - är att kunna upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå och att kunna återställa resursen så fort som möjligt. Kommunerna har ett särskilt ansvar att tillhandahålla boenden för exempelvis personer med funktionsnedsättning. Ett bortfall av, eller en svår störning i, ett boende kan på kort sikt leda till allvarliga konsekvenser för människors liv och hälsa. Om störningarna inträffar i flera verksamheter samtidigt och i stor omfattning kan det leda till att en allvarlig kris inträffar. Kontinuitetsplaner är en del av kontinuitetshantering, 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. [46]

[93] Liknande det triagesystem som används inom sjukvården.

Flest lex Sarah inom boenden

Om lex Sarah

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

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

Under 2018 har IVO handlagt och beslutat om cirka 140 lex Sarah-anmälningar som rör personer som bor på boende med särskilt service för vuxna (tabell 32). Omkring 40 procent av ärendena handlar om att en boende har blivit utsatt för våld eller övergrepp. Det kan röra sig om psykiska, fysiska, sexuella eller ekonomiska övergrepp. Där det framgår i anmälningarna vem som stått för våldet eller övergreppet, är det lika vanligt att det är en medboende som en personal [25]. Tillsynsmyndigheten lyfter även att det fortfarande förekommer att barn och vuxna utsätts för tvångs- och begränsningsåtgärder på boenden. Det kan röra sig om att fysiskt begränsa barn eller unga vuxna, genom att verksamheterna sätter lås eller larm på dörrar. Det har även förekommit allvarligare händelser där personer exempelvis har blivit fasthållna av personal. Förutom att personalen behöver mer kunskaper om hur de förebygger och hanterar utmanande beteenden, så behöver personalen också mer kunskap om skillnaden mellan tvångs- och begränsningsåtgärder å ena sidan, och skyddsåtgärder å andra sidan. [25]

Tabell 32. Lex Sarah-beslut inom funktionshindersområdet

Lex Sarah-beslut inom LSS och SoL*, uppdelat på insats, 2018.

	Antal lex Sarah-beslut
Insatser enligt LSS	
Kontaktperson	2
Boende barn	27
Boende vuxna	141
Daglig verksamhet	22
Korttidstillsyn	2
Korttidsvistelse	22
Myndighetsutövning	14
Personlig assistans	108
Övrigt	2
Insatser enligt SoL	
Dagverksamhet	2

	Antal lex Sarah-beslut
HVB för personer med funktionsnedsättning	1
Hemtjänst	23
Myndighetsutövning	3
Särskilt boende	6
Stödboende	3
Övriga individuella insatser	2

*Lex Sarah-anmälningar inom SoL avser insatser till personer 0–64 år.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (2017).

Lex Sarah-anmälningar är vanligast inom personlig assistans och boende för vuxna enligt LSS (tabell 31). Det är oklart om missförhållanden är vanligare inom dessa insatser eller om dessa verksamheter är mer anmälningsbenägna än andra. Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och ett stort antal anmälningar kan därför vara en konsekvens av att verksamheter bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete.

Inom ramen för ett tillsynsprojekt konstaterar IVO att det finns ett engagemang i de tillsynade verksamheterna och att många åtgärder vidtas för att förbättra stödet och insatserna [47]. Samtidigt behöver verksamhetsansvariga hantera en del utmaningar för att lex Sarah ska fungera som tänkt. Den vanligaste åtgärden som verksamheterna redovisar för att förhindra liknande händelser som de anmälda, är att revidera eller ta fram nya rutiner och riktlinjer för hur arbetet ska bedrivas. Samtidigt menar IVO att åtgärder av detta slag har en begränsad effekt. Detta eftersom det ofta uppstår hinder och utmaningar i implementeringen av nya eller reviderade rutiner och riktlinjer. Det förekommer bland annat att vissa yrkesgrupper inte upplever att de är berörda av det som inträffat eller att det inte finns tillräckligt bra metoder för hur de nya och reviderade rutinerna ska implementeras. [47]

I en annan tillsynsrapport konstaterar IVO att boenden för barn enligt LSS har en högre benägenhet att upprätta lex Sarah-anmälan till IVO jämfört med vissa andra boendeformer för barn [20]. Endast en halv procent av alla stödboenden och åtta procent av alla HVB har upprättat en lex Sarah-anmälan till IVO, jämfört med 15 procent av boenden för barn med funktionsnedsättning enligt LSS och 60 procent av de särskilda ungdomshemmen. IVO konstaterar att boenden för barn med funktionsnedsättning därmed har en hög förekomst av lex Sarah-anmälningar samtidigt bristerna är lägre än inom HVB och stödboenden. Tillsynsmyndigheten gör emellertid ingen bedömning av huruvida den relativt låg andelen brister är en följd av systematiskt kvalitetsarbete. IVO menar dock att skillnaderna i anmälningsbenägenhet är omotiverade eftersom det åligger alla verksamheter att undanröja, utreda och förebygga missförhållanden eller risk för missförhållanden i den egna verksamheten. [20]

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, 2014–2018.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2014–2018	Andel 2018
	2014	2015	2016	2017	2018	mdkr (%)	%
Summa insatser enligt LSS och	**44,9**	**47,4**	**50,1**	**52,8**	**55,5**	***10,6 (23,6 %)***	**79**
Boende enligt LSS	24,0	25,4	26,9	28,4	30,0	*6,0 (24,8 %)*	43
boende för vuxna	22,4	23,7	25,2	26,6	28,1	*5,6 (25,0 %)*	40
boende för barn	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	*0,4 (22,5 %)*	3
Personlig assistans	9,2	9,8	10,5	11,3	11,8	*2,6 (28,0 %)*	17
Daglig verksamhet	7,0	7,5	7,7	8,1	8,7	*1,6 (22,9 %)*	12
Övriga insatser enligt LSS	4,6	4,7	4,9	4,9	5,0	*0,4 (9,5 %)*	7
Summa insatser enligt SoL/HSL	**12,1**	**12,9**	**13,6**	**14,0**	**14,6**	***2,4 (20,0 %)***	**21**
Särskilt boende enligt SoL	4,3	4,6	4,9	5,1	5,3	*1,0 (23,5 %)*	*8*
Stöd i ordinärt boende enligt SoL	7,1	7,6	8,0	8,1	8,4	*1,3 (18,8 %)*	*12*
varav							
Hemtjänst/boendestöd enligt SoL	5,4	5,7	6,1	6,1	0,7	*-4,6 (-86,0 %)*	*1*
Korttidsboende enligt SoL	0,7	0,7	0,7	0,7	3,9	*3,2 (456,7 %)*	6
Övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL	1,2	1,2	0,9	0,8	0,9	*-0,2 (-21,0 %)*	*1*
Dagverksamhet enligt SoL	3,4	3,7	3,9	3,9	0,5	*-3,0 (-86,3 %)*	*1*
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	*0,1 (11,0 %)*	*1*
Summa kostnader	**57,0**	**60,3**	**63,6**	**66,8**	**70,0**	***13,0 (22,8 %)***	***100***

*Socialförsäkringsbalken **Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.
Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2014–2018, 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, 2014–2018, löpande priser 2018 års pris.

	2014	2015	2016	2017	2018	Förändring 2013–2018	Andel 2018
						Mdkr	
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	**16,9**	**17,3**	**17,5**	**17,7**	**17,9**	***1,0***	**100,0**
Personlig assistans enligt LSS	9,2	9,8	10,5	11,3	11,8	2,6	65,9
varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	4,8	4,9	4,8	4,6	4,6	-0,2	
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare	7,7	7,5	7,0	6,4	6,1	-1,6	34,1

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2014–2018, Statistiska centralbyrån.

Referenser

1. Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade 2019. Socialstyrelsen; 2019.
2. Handikappomsorg. Lägesrapport 2005. Socialstyrelsen; 2006.
3. Ledsagning enligt LSS och SoL. Kartläggning av kommunernas insatser 2010. Socialstyrelsen; 2011.
4. Redovisning av medel för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS. Socialstyrelsen; 2019.
5. Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2019. Socialstyrelsen; 2019.
6. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2019. Socialstyrelsen; 2019.
7. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2018. Socialstyrelsen; 2018.
8. Hjälpmedel i kommuner och landsting – En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning. Socialstyrelsen; 2016.
9. Ekonomirapporten, oktober 2019. Om kommunernas ekonomi. 2019. Hämtad från: www.skr.se
10. Fångad i fattigdom? Inkomst och utgifter för vuxna med intellektuell funktionsnedsättning. Riksförbundet FUB; 2019.
11. Ekonomisk jämställdhet för kvinnor med funktionsnedsättning. Myndigheten för delaktighet & Jämställdhetsmyndigheten; 2019.
12. Alltjämt ojämlikt. Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen; 2010.
13. Statistik om ekonomiskt bistånd 2018. Socialstyrelsen; 2019.
14. Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående. Slutrapport 2014. Socialstyrelsen; 2014.
15. Anhöriga som ger omsorg till närstående - fördjupad studie av omfattning och konsekvenser. Socialstyrelsen; 2012.
16. Anhörigperspektiv - en möjlighet till utveckling? Nationell kartläggning av kommunernas stöd till anhöriga 2019. Anhörigas Riksförbund; 2020.
17. "Man får kämpa för varje åtgärd - trots att anhöriga har rätt till stöd". En undersökning om situationen för föräldrar till barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Riksförbundet Attention; 2019.
18. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2016. Socialstyrelsen; 2016.
19. Hirvikoski T, BM, Chen Q, D'Onofrio BM, Mittendorfer-Rutz E, Lichtenstein P, et al. Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study. Psychological Medicine Cambridge University Press; 1–12.
20. Sociala barn- och ungdomsvården. Slutredovisning av uppdrag att genomföra analyser av tillsynens resultat inom den sociala barn- och ungdomsvården S2019/01922/FST. Inspektionen för vård och omsorg; 2020.
21. Öppna jämförelser av stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning.Socialstyrelsen; 2019.
22. En institutionell historia. Enskilda boenden enligt socialtjänstlagen för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Inspektionen för vård och omsorg; 2016.

23. Juridiska personer som tillhandahåller meningsfull sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Uppföljning av 2018 års medel: Socialstyrelsen; 2019.
24. Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud. Socialstyrelsen; 2019.
25. Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens ohc omsorgens brister för verksamhetsåret 2019. Inspektionen för vård och omsorg; 2019.
26. Personer med funktionsnedsättning riskerar att utsättas för brister i boendemiljö och omsorg. Förstudie, avdelning Nord. Inspektionen för vård och omsorg; 219.
27. Berlin Hallrup, L. Experiences of everyday life and participation for people with intellectual disabilities: from four perspectives [Dissertation]: Malmö University; 2019.
28. www.kolada.se
29. Socialstyrelsens delmål i den funktionshinderspolitiska strategin. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2016.
30. Boverkets bostadsmarknadsenkät 2019. Hämtad 2020-02-03 från: www.boverket.se
31. Konsekvenser av domar om det femte grundläggande behovet. Socialstyrelsen; 2017.
32. Social kompetens. Om kompetensförsörjning av handläggare i socialtjänsten. Rapport 2019:7. Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2019.
34. Tillsynsrapport 2016. De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016. Inspektionen för vård och omsorg; 2017.
35. När samhället inte ser, hör eller förstår, könsrelaterat våld och funktionshinder. Nordens välfärdscenter; 2016.
36. Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet. Ett kunskapsstöd med rekommendationer för chefer, verksamhetsansvariga och personal. Socialstyrelsen; 2015.
37. Uppföljning av barnkonventionens genomslag vid tillämpning av LSS. Socialstyrelsen; 2019.
38. En översyn av yrket personlig assistent - ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. SOU 2020:01.
39. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019. Redovisning av en uppföljng av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Socialstyrelsen; 2019.
40. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (LSS). Kommunundersökningen. Socialstyrelsen; 2019.
41. Statistik över ej verkställda beslut enligt SoL och LSS. Hämtadfrån: https://www.ivo.se/publicerat-material/statistik/ej-verkstallda-beslut/
42. En medlemsundersökning om användning, nytta och utvecklingsområden för öppna jämförelser i socialtjänsten. Sveriges Kommuner och Regioner; 2019.
43. Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap 2019. Socialstyrelsen; 2019.
44. Krisberedskap i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård 2018. Krishantering och krisberedskap i samband med värmeböljan 2018 för särskilt sårbara grupper: Socialstyrelsen; 2019.

45. Kontinuitetsplan. Enheten för försörjningsberedskap. Publ.nr MSB1507 – mars 2020. Myndigheten för samhällsberedskap; 2020.
46. Kontinuitetshantering - boende. Ett förenklat exempel. Hämtad 2020-03-01 från: https://www.msb.se/kontinuitetshantering
47. Blev det någon verkstad? Bidrar lex Maria och lex Sarah till säkrare vård och omsorg? Inspektionen för vård och omsorg; 2017.

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2020
(artikelnr 2020-3-6686) kan beställas från
Socialstyrelsens publikationsservice
www.socialstyrelsen.se/publikationer
E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se
Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen