Konsekvenser av indragen assistansersättning

En studie om medikalisering och hur kostnader skiftar från samhället till brukaren och dess anhöriga

Rapport för STIL om förändrat stöd enligt LSS och SFB

Mattias Näsman

ISSN 1653-7378
Umeå Papers in Economic History
No 46/2016

Abstract

This report is written for the organization STIL in the project Kostnader för assistans i förändring (The social costs of changing personal assistance). The report studies the changes in the Swedish 1994 law, Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS), with specific focus on personal assistance. The report calculates how costs shifts from the national state to the municipalities, the recipients of personal assistance and the relatives of the recipients when the entitlement for personal assistance is withdrawn. The report also finds evidence for a change in discourse towards a more medicalized view on people with functional impairments and governmental support aimed for that group. Further it is argued in the report that there is a problem of how to interpret the LSS as an entitlement law within the tradition of Swedish framework law along with a change of focus among authorities and politicians from controlling the development of costs to cutting costs. The report ends with policy suggestions aimed towards the directive of the new governmental report Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen (dir. 2016;40).

Keywords: Economic History, Sweden, LSS, functional impairment, disability, personal assistance, costs

Innehåll

Sammanfattning **5**

1. Inledning **6**

1.1 Bakgrund 6

1.2 Aktuell debatt 7

1.3 Uppdrag och syfte 9

1.4 Tillvägagångssätt för rapporten 9

1.4.1 Disposition *10*

2. LSS-lagstiftningens konstruktion **11**

2.1 Funktionshinder som begrepp 11

2.2 Tillkomsten av LSS, 1994 12

2.3 Personkretsar och insatser enligt LSS och assistansersättningen enligt SFB 12

2.4 Mål och syfte med lagen 14

2.5 LSS som rättighetslag 14

2.6 Huvudmannaskap 15

3. Stödets utveckling och förändring sedan 1994 ..... **16**

3.1 Assistansersättningen och olika definierade behov 16

3.2 Schablonersättningen och assistansanordnare 17

3.3 Utgifter för assistansersättningen och LSS 20

3.4 Offentliga utredningar om assistansersättningen och LSS, 1995-2016 22

3.4.1 Ny utredning "Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen" *23*

3.5 Försäkringskassans ändrade normering, 2006-2009 24

3.5.1 Fusk och överutnyttjande, 2005-2012 ..... *26*

3.6 Konsekvenser av den nya normeringen 28

3.6.1 Normeringens konsekvenser per personkrets: kraftigaste nergången för personkrets 3 ..... *31*

3.6.2 Förändring av kommunala insatser enligt LSS *32*

3.6.2.1 Förändring av LSS-insatser till personkrets 1, 2003-2015 35

3.6.2.2 Förändring av LSS-insatser till personkrets 2, 2003-2015 36

3.6.2.3 Förändring av LSS-insatser till personkrets 3, 2003-2015 37

3.7 Minskat stöd som kommunal prioritering? 38

3.8 Ramlagstiftning och kommunalt självstyre 39

3.9 Mot medikalisering? 41

3.9.1 Den medicinska modellen *42*

3.9.2 Nya mätinstrument *43*

3.10 Sammanfattning 45

4. Tidigare studier om kostnaderna för insatser enligt LSS och SFB **46**

4.1 Att räkna på kostnader och intäkter 46

4.1.1 Socialstyrelsen, ”Personlig assistans enligt LASS ur ett samhällsekonomiskt perspektiv” ... 46
4.1.2 ILI, ”Personlig assistans – en billig och effektiv form av valfrihet, egenmakt och integritet” ... 48
4.1.3 Föreningen JAG, ”Priset för valfrihet, självbestämmande och integritet” ... 48
4.1.4 Kostnader för anhörigstöd, -vård och -omsorg ... 49

4.2 Sammanfattning ... 51

5. Kostnadsbördans förskjutning – från stat till kommunen, brukaren och dess anhöriga ... 52

5.1 Enkätens upplägg ... 52

5.2 Anhörigstöd blir viktigare som insats ... 53

5.3 Indragen assistansersättning sänker kvaliteten ... 55

5.4 Beräkning av kostnader och kostnadsflöden ... 57

5.5 Aspekter som inte täcks av beräkningarna ... 60
5.5.1 Anhörigstödets konsekvenser på arbete och arbetslöshetsersättningar ... 60
5.5.2 Konsekvenser av för lite assistans för en före detta arbetande assistansmottagare ... 61
5.5.3 Konsekvenser på skatter och arbetsmarknaden av indragen assistansersättning ... 61

5.6 Sammanfattning ... 62

6. Sammanfattning och diskussion ... 63

6.1 Från kostnadskontroll till kostnadsminskning ... 63

6.2 Fokus på kostnader riskerar medikalisering ... 65

6.3 LSS – mellan ram och rättighet ... 66

6.4 Kostnader flyttar från den offentliga till den informella sektorn ... 67

6.5 Policyförslag ... 68
6.5.1 Gör staten till enda huvudman för personlig assistans ... 68
6.5.2 Slarva inte med uppskattningarna av fusk och överutnyttjande ... 69
6.5.3 Lägre ambitioner kräver beslut av riksdagen ... 70
6.5.4 Kompletterande studier om medikalisering och anhörigstöd ... 70

Käll- och litteraturförteckning ... 71

Figur- och tabellförteckning ... 78

Bilaga 1 ... 80

Bilaga 2 ... 94

Sammanfattning

Denna rapport utreder hur samhällets stöd och service till personer med funktionshinder har förändrats sedan 1994, då lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, infördes. Speciellt fokus ligger på tiden 2006-2009 då Försäkringskassan förändrade sin normering kring tolkningen av grundläggande behov, vilket lett till att färre beviljas assistansersättningen (personlig assistans från Försäkringskassan) och fler får sin tillgång till assistansersättning indragen. Rapporten är skriven för föreningen STIL i projektet *Kostnader för assistans i förändring* och publicerad med deras godkännande.

Rapporten argumenterar för att det fokuserats starkt på att kontrollera kostnadsutvecklingen för insatser enligt LSS i allmänhet, men assistansersättningen i synnerhet. Sedan 2015 har fokus skiftats, speciellt med hänseende på assistansersättningen. Istället för kostnadskontroll finns det nu ett tryck på att minska kostnaderna för assistansersättningen. Detta syns tydligt i den nytillsatta utredningens direktiv (dir. 2016:40).

Rapporten finner belägg för att tala om en mer medikaliserad syn på stöd och service till personer med funktionshinder och i den meningen även en medikaliserad syn på personer med funktionshinder. Rapporten argumenterar för att ett starkt fokus på att kontrollera kostnader i sin tur lett till striktare kontroller av stödmottagare. Detta har fått resultatet att stödet och stödinsatser till personer i personkrets 3, den personkrets vars tillhörighet inte bedöms utifrån diagnos, minskat.

Rapporten hittar stöd för att rättighetslagen LSS behandlats som ett mellanting mellan rättighetslag och ramlag. Dels eftersom lagen gett skiftande utfall över den studerade perioden utan att lagen som sådan har ändrats och dels beroende på att kommunernas bedömningar skiljer sig åt mellan kommunerna och att kommunerna generellt beviljar mindre tid personlig assistans än vad Försäkringskassan tidigare gjort för samma individ.

Slutligen visar rapporten på att det som händer när assistansersättningen från Försäkringskassan dras in och inte kompenseras fullt ut av insatser i kommunerna är att anhöriga tar över en stor del tar över ansvaret för att tillgodose behovet av stöd och service till personer med funktionshinder. Det betyder att kostnader flyttar, från staten till kommunen, brukaren och dess anhöriga, från den formella till den informella sektorn. Ett omfattande anhörigstöd får mest troligt negativa konsekvenser för hälsa, arbete och inkomst.

Rapporten avslutas med policyförslag där det bland annat föreslås att göra staten till enskild huvudman för insatsen personlig assistans samt att beslut om minskade ambitioner inom LSS-området måste föregås av riksdagsbeslut.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Den första januari 1994 trädde lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och lagen om assistansersättning, LASS, i kraft. Reformen är en milstolpe inom den svenska välfärds- och funktionshinderpolitiken vilket har möjliggjort för tusentals människor med funktionshinder att leva jämlikt med människor utan funktionshinder, och delta i samhället på lika villkor. LSS ger rätt till en mängd insatser, bland annat särskilt boende, ledsagarservice och personlig assistans. LASS, som numer regleras enligt socialförsäkringsbalken, SFB, ger rätt till än mer omfattande personlig assistans från Försäkringskassan.

Personlig assistans som del av LSS, assistansreformen, har haft en extra stor betydelse för att personer med funktionshinder ska kunna leva självständiga och delaktiga liv, tack vare att personlig assistans ger större inflytande över de egna livsvillkoren.[1] Assistansersättningen, vilket är vad den statligt finansierade formen av personlig assistans kallas, har utökats för att omfatta fler under två tillfällen. Omfattningen av de grundläggande behoven utökades 1996 vilket gav fler rätt till personlig assistans och från 2001 fick personer över 65 rätt att behålla assistansersättning från Försäkringskassan, något de tidigare inte fått. Cirka 6 000 personer hade assistansersättning 1994 mot cirka 16 000 personer 2015.

Men assistansreformen har också inskränkts. Majoriteten av de inskränkningar som gjorts har skett under åren 2006-2009 vilket medfört att fler tappar assistansersättningen från Försäkringskassan och att inflödet stoppats. Detta är inte i första hand en effekt av förändrad av lagstiftning utan genom att nya tolkningar och omtolkningar av lagen har gjorts genom förändrad normering av lagen.

De flesta lagar inom den svenska välfärdspolitiken är så kallade *ramlagar* vilket innebär att lagstiftaren (riksdagen) ger frihet till kommuner, landsting och myndigheter att organisera och tillhandahålla insatser efter lagstiftarens intentioner, med hänsyn till anordnarnas egna förutsättningar. LSS är dock en katt bland hermelinerna. LSS är en rättighetslag med tydligt definierade insatser, vilket betyder att en person *ska* få tillgång till någon av de insatser som lagen erbjuder, så länge personen tillhör någon av de rättighetsgrundande personkretsarna och att behovet inte tillgodoses på annat sätt. Behöver personen hjälp med sina grundläggande behov har den också rätt till personlig assistans. Den förändrade normeringen 2006-2009 innebar dock att det som tidigare varit grund för beviljande inte längre räckte för att få tillgång till assistansersättning.

[1] Försäkringskassan (2014), s. 24.

Assistansersättningen den del av LSS och LASS/SFB som diskuterats mest på senare år. I diskussionerna har utformningen av stödet ifrågasatts. De politiska diskussionerna har mest rört de ökade kostnaderna, där brukarorganisationerna har poängterat att ökade kostnader stämmer väl överens med ett ökat behov, medan politiker, myndigheter och offentliga utredningar i högre utsträckning argumenterat för att reformen är överutnyttjad.

1.2 Aktuell debatt

Barn-, äldre- och jämställdhetsminister Åsa Regnér (s) och finansminister Magdalena Andersson (s) har båda ifrågasatt kostnadsutvecklingen. I slutet av 2015 meddelade Åsa Regnér att en ny utredning kring LSS skulle tillsättas med syfte att ”modernisera” lagstiftningen för att garantera reformens legitimitet mot bakgrund av de ökade kostnaderna för assistansersättningen samt att motverka farhågan från brukarorganisationer att rättigheterna som reformen ska garantera har urholkats.[2]

Magdalena Andersson ifrågasatte om kostnadsökningen för assistansersättningen verkligen motsvarade ökade behov och inte var ett resultat av ett möjligt överutnyttjande av assistansersättningen, både från enskilda assistansmottagare och vinstdrivna företag, vilket hon menade är en anledning att se över assistansersättningen.[3]

I Socialdepartementets regleringsbrev till Försäkringskassan, beslutat den 12 december 2015, står som ett av de första målen att Försäkringskassan ”ska bidra till att bryta utvecklingen av antalet timmar inom assistansersättningen” och ” säkerställa en god kontroll för att motverka överutnyttjande”.[4] Åsa Regnér beslutade 2015 om att uppräkningen av schablonersättningen från skulle frysas 2016 till de lägsta uppräkningsnivåerna någonsin.[5]

Att Försäkringskassan fick direktiv om att bryta timutvecklingen ledde till kritik från Handikappförbundens ordförande Stig Nyman (kd). Han menade att regeringen borde använda sig av åtgärder som tar itu med problemet kring överutnyttjande istället för att utfärda en order om att generellt minska antalet timmar. Regnér försvarade beslutet med att regeringen måste införa en kostnadskontroll för att det inte ska ”finnas någon tvekan om att pengarna används till det och dem de är avsedda för”.[6] Även chefen för Försäkringskassan, Ann-Marie Begler, argumenterade om att det förekom fusk med assistansersättningen.[7] Artikeln var en fortsättning på en långdragen medial och politisk debatt kring assistansreformens legitimitet

[2] SVD (2016b).
[3] Se exempelvis Aftonbladets artikel, Aftonbladet (2015a), och Anderssons debattartikel i samma tidning, Aftonbladet (2015b).
[4] Socialdepartementet (2015).
[5] SFS 2015:556.
[6] Debatten återfinns på Svenska dagbladets debattsida. Nymans artikel, SVD (2016c), och Regnérs svar, SVD (2016a).
[7] DN (2016).

i förhållande till de ökade kostnader och ett påstått överutnyttjande av reformen; överutnyttjande i första hand på kriminella grunder. Omfattningen av fusket är i dagsläget dock väldigt oklart.

Politiker och ansvariga myndigheter har ökat fokus på att argumentera för att LSS-reformens legitimitet måste värnas. Reformens legitimitet upplevs som ifrågasatt på grund av ökade kostnader och eventuellt fusk och överutnyttjande. Om vi ser LSS-reformen som ett stort genombrott till förmån för personer med funktionshinder i behov av stöd och service, ser det ut som att pendeln tycks vara på väg att svänga tillbaka, till assistansanvändares nackdel. Under perioden 2006-2009 ändrade Försäkringskassan sin tolkning av grundläggande behov, vilket innebar att antalet avslag på ansökningar om assistansersättning ökade markant samtidigt som att antalet personer som tappade sin assistansersättning ökade. Under 2012 lämnades en offentlig utredning till regeringen som undersökte fusk och felaktigheter med assistansersättningen, vilket ledde till högre fokus på handläggning och kontroll av assistansanvändarna.

Den 26 maj 2016 lämnade regeringen via ansvarig minister Åsa Regnér direktiv till en ny utredning kring en översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen.[8] Dels menade regeringen att de insatser som kommunerna ger enligt LSS inte alltid är ändamålsenliga och väl anpassade för brukarna och dels att förstärkningen av insatser enligt LSS skulle finansieras genom besparingar inom assistansersättningen.

Kostnaden för en insats är dock inte grund för att omtolka tillämpningen av lagstiftningen då LSS, till skillnad från Socialtjänstlagen, SoL (2001:453), inte tillåter kommunen eller Försäkringskassan att *inte* bevilja insatser om en person tillhör någon av personkretsarna i LSS och har ett behov av en speciell insats. Dessutom syftar LSS och assistansersättningen enligt SFB från Försäkringskassan att tillförsäkra goda livsvillkor för människor med funktionshinder. Det kan ifrågasättas om en åtstramning av reformen gynnar detta syfte.

Oavsett detta, har människor *de facto* tappat tillgången till stöd de tidigare haft under lång tid från staten. Det är dock viktigt att ha i åtanke att personernas stödbehov, och kostnaden för detta, inte upphör för att de tappar tillgången till en insats. Om assistansersättningen dras in blir före detta assistansberättigade hänvisade att söka stöd från kommunen. Det finns också anledning att tro, att om insatserna från kommunen eller staten inte räcker till måste anhöriga ge stöd och service istället.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i en rapport visat att många som tappat sin assistansersättning från Försäkringskassan inte får personlig assistans från kommunen.[9] De flesta får dock någon eller några insatser enligt LSS eller SoL, men i mycket mindre omfattning än de tidigare haft från Försäkringskassan, trots att det inte finns anledning att tro att behoven

[8] Dir. 2016:40.
[9] ISF (2014).

minskat. Vissa är helt utan insatser efter indragen assistansersättning. Kostnader försvinner dock inte bara för att de inte längre bokförs som en utgift i statens årsredovisning. Istället flödar kostnaderna från staten, till kommunen och i slutändan till brukaren och dess anhöriga om, exempelvis, assistansersättningen dras in.

Denna rapport kommer reda ut hur kostnaderna flyttas, från staten till kommunerna, brukaren och dess anhöriga, när assistansersättningen dras in. Rapporten kommer också argumentera att det fokus som varit på kostnaderna för LSS lett till en mer medicinsk syn på funktionsnedsättning än tidigare. Detta har skett genom att det ökade trycket på Försäkringskassan att kontrollera, och i vissa fall minska kostnaderna, lett till att personer i personkrets 3, alltså de personer vars funktionshinder inte bedöms på medicinska grunder, successivt fått svårare att kvalificera sig för assistansersättning. Vidare diskuteras hur den medicinska synen på funktionshinder också tagits upp av kommunerna, vilket lett till att stödet för personkrets 3 även i detta fall minskat bland kommunerna.

1.3 Uppdrag och syfte

Enheten för ekonomisk historia vid Umeå universitet kontaktades av brukarorganisationen STIL under december månad 2015. Forskare vid enheten ombads att ge en bild av samhällets stöd till människor med funktionshinder på en nationell, såväl som kommunal nivå. I uppdraget ingår att studera hur kostnaderna och kvaliteten förändras när en individ tappar sin assistansersättning från Försäkringskassan för att sedan få stöd från kommunen. Rapportförfattare är Mattias Näsman. Professor Lena Andersson-Skog har varit handledare för rapporten.

Syftet med rapporten är att utreda hur samhällets stöd och service till människor med funktionshinder förändrats sedan 1994, då lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, infördes. Speciellt fokus kommer att läggas på insatsen personlig assistans från tiden efter 2006 då Försäkringskassan förändrade sin normering av assistansersättningen, vilket lett till att färre beviljas assistansersättningen och fler får sin tillgång till assistansersättning indragen. Vidare ska motiven till dessa förändringar studeras. Hur dessa indragningar påverkar flödena av resurser, från staten till kommunen och familjen, kommer också att diskuteras.

1.4 Tillvägagångssätt för rapporten

För att uppnå syftet för denna rapport har kunskapsläget kring samhällets och anhörigas stöd till personer med funktionshinder kartlagts. Rapporten har därför i stora delar formen av en kunskapslägesrapport. Genom att gå igenom relevant forskning samt rapporter och utredningar från myndigheter och regeringen, i form av offentliga utredningar har kunskapsläget kartlagts. De rapporter som varit mest relevanta är rapporter från Försäkringskassan som är ansvarig för assistansersättningen; rapporter från Soci-

alstyrelsen som kontrollerar stöd enligt LSS från kommunerna och rapporter från Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) som granskar effektiviteten och rättssäkerheten inom socialförsäkringsområdet. Vidare har offentlig statistik från Försäkringskassan och Socialstyrelsen sammanställts, samt att löneuppgifter från Kommunal och KFO begärts för att beräkna löneutvecklingen i relation till schablonbeloppets utveckling. Utöver detta har det skickats ut en enkät till personer som tidigare haft assistansersättning från Försäkringskassan för att få en bild av vilket stöd de hade vid tiden de svarade på enkäten. Metoden för enkätstudien redovisas i kapitel 5.

1.4.1 Disposition

Rapporten är uppdelad i sex kapitel. Kapitel 1 består av inledning, bakgrund och problemområde för rapporten. I kapitel 2 diskuteras funktionshinder som begrepp samt LSS-lagstiftningens principer och uppbyggnad. Kapitel 3 beskriver utvecklingen av assistansersättningen samt övriga stödformer inom LSS. Kapitel 3 diskuterar även begreppet *medikalisering* och argumenterar för att stödet till personer med funktionshinder har medikaliserats, framförallt efter 2006. Kapitel 4 gör en genomgång av tidigare studier kring kostnader för assistansersättning, kostnader för särskilt boende samt kostnader för anhörigstöd. I kapitel 5 redovisas resultaten för den genomförda enkätstudien samt beräkningar av hur kostnaderna flödar från staten till kommunen, brukaren och dess anhöriga. Kapitel 6 sammanfattar och diskuterar resultaten samt ger policyförslag och förslag för framtida forskning.

2. LSS-lagstiftningens konstruktion

2.1 Funktionshinder som begrepp

Under första hälften av 1900-talet byggde synen på funktionshinder på en medicinsk tankemodell, där individen skulle hållas avskild från samhället genom att ”vårdas” på stora anstalter. Detta innebar att det växte fram ett stort antal segregerande institutioner fram till mitten av 1960-talet där placeringen inte sällan var livslång.[10] ’Normalisering’ som begrepp växte fram i samklang med sysselsättningspolitiken från mitten av 1950-talet. Tanken var att funktionshindrade, eller partiellt arbetsföra som det då kallades, skulle delta i arbetslivet på lika villkor och bidra till sin egen försörjning.[11] Från mitten av 1960-talet utvecklades en ny syn på normalisering och integrering som inte bara handlade om att se funktionshindrade som arbetsföra utan att de skulle ta del av samhällslivet och få uppleva goda levnadsvillkor, normala vecko- och årsrytmer, genom arbete och utbildning, samt att vård och utbildning skulle skötas av ordinarie sjukvård och utbildningssystem. Handikappbegreppet, vilket var det begrepp som användes för funktionshinder från 1950-talet, kom gradvis att formuleras i relativa termer från 1960-talet.[12] Istället för en strikt medicinsk definition kom ett handikapp mer att ses som en relation mellan individen och dess omgivning.[13] Detta relativa begrepp återfinns också i den proposition som låg till grund för LSS-lagstiftningen.

I propositionen 1992/93:159 som föregick LSS diskuteras den miljöbaserade synen på funktionshinder, alltså relationen mellan en person med funktionsnedsättning och dess omgivning (benämns som handikapp i propositionen).[14] Exempelvis kan vi tänka oss en person som har en förlamning i sina ben och därför inte kan gå inte är funktionshindrad om den har tillgång till en fungerande rullstol och att omgivningen är försedd med ramper och hissar. En *funktionsnedsättning* behöver därför inte vara ett *funktionshinder*. En funktionsnedsättning är en nedsättning av en individs fysiska, psykiska eller intellektuella funktionsförmåga, medan ett funktionshinder är en begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen.[15]

Enligt SCBs rapport från 2016, om funktionsnedsattas situation på arbetsmarknaden, uppskattas 16 procent av befolkningen mellan 16 och 64 år, cirka 957 000 personer, ha en funktionsnedsättning.[16] Definitionen för

[10] Se Lindqvist (2007), ss. 9-16.
[11] Lindqvist (2007), ss. 13-14.
[12] Lindqvist (2007), s. 37.
[13] Lindqvist (2007), ss. 18-19.
[14] Prop. 1992/93:159, s. 42.
[15] Se Socialstyrelsens termbank ”funktionshinder” och ”funktionsnedsättning”.
[16] SCB (2016b), s. 7.

funktionsnedsättning är bred och innefattar allt från nedsatt syn eller hörsel, tal- eller röstproblem, rörelsenedsättning, allergi eller någon form av psykisk funktionsnedsättning, samt diagnoser som diabetes, hjärt-lungproblem, mag-tarmsjukdom, psoriasis, epilepsi, dyslexi eller liknande. Av de som uppger att de hade funktionsnedsättning bedömde 68 procent, cirka 656 000 uppräknat för hela befolkningen, att de hade en nedsatt arbetsförmåga.

2.2 Tillkomsten av LSS, 1994

När reformen sjösattes och lagstiftningarna LSS och LASS kom till var osäkerheten stor i att kunna bedöma de faktiska kostnaderna och omfattningen av reformen. Då assistansersättningen som stödform inte funnits förut, tryckte man i propositionen som låg till grund för lagstiftningen på att Riksförsäkringsverket (numer Försäkringskassan) noga skulle följa utvecklingen.[17] Bland annat diskuterades svårigheten i att bedöma individers personkretstillhörighet. Man utgick dock i propositionen från handikapputredningens uppskattningar om att 100 000 personer skulle vara berättigade att erhålla stöd enligt LSS genom tillhörighet till någon personkrets.[18] I propositionen beräknades att 7 000 personer skulle få tillgång till assistansersättning de första åren efter reformen och att de skulle ha ett snittbehov om 40 timmar i veckan, á 170 kronor i timmen vilket var det beslutade maxbeloppet.[19] Detta skulle uppgå till en kostnad om 2,4 miljarder kronor per år för staten. Försäkringskassan har inga egna beräkningar kring vad kostnaden faktiskt var för assistansersättningen 1994 men Socialstyrelsen uppskattade kostnaden till 3,3 miljarder kronor.[20] På grund av de osäkra beräkningarna i reformens startskede var intentionen att ständigt följa utvecklingen. Två lagändringar har bidragit till att fler innefattas av assistansersättningen från Försäkringskassan. Dels infördes 1996 ett femte grundläggande behov, annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade och dels fick personer över 65 år behålla assistansersättningen efter 2001, något de tidigare inte fått.

2.3 Personkretsar och insatser enligt LSS och assistansersättningen enligt SFB

Lagen föreskriver rättigheter till personer som omfattas av lagens personkrets.[21] De två första personkretsarna baseras på medicinska diagnoser medan den tredje inte gör det. De som omfattas av personkretsarna i LSS är personer:

---

[17] Prop. 1992/93:159, s. 72.
[18] Prop. 1992/93:159, s. 159.
[19] Prop. 1992/93:159, s. 160.
[20] Socialstyrelsen (2007a), s. 19.
[21] Det är brukligt att hänvisa till lagens personkrets i singular, men i texten kommer istället pluralformen användas då det finns en poäng att separera de tre tillhörigheterna åt.

1. med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,[22]

2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, [23] eller

3. 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.[24]

De som tillhör någon av lagens personkretsar har rätt till en eller flera av de tio insatser som lagen föreskriver, om behovet inte tillgodoses på något annat sätt. Dessa olika insatser är:

1. rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder (oftast kallat ”råd och stöd”),

2. biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans,

3. ledsagarservice,

4. biträde av kontaktperson,

5. avlösarservice i hemmet,

6. korttidsvistelse utanför det egna hemmet,

7. korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,

8. boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet (oftast kallat ”särskilt boende”, eller ”särskilt boende för barn”),

9. bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna (oftast kallat ”särskilt boende”, eller ”särskilt boende för vuxna”),

10. daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.

De som behöver hjälp med sina grundläggande behov minst 20 timmar i veckan och bedöms tillhöra någon av lagens personkretsar har rätt till personlig assistans, assistansersättning, från Försäkringskassan. Rätten till assistansersättningen regleras av kapitel 51, 2-6 §§, i socialförsäkringsbalken, SFB (2010:110). Innan 2010 reglerades assistansersättningen av lagen om assistansersättning LASS (1993:389).

---

[22] Utöver det som nämns i texten är cerebral pares och Downs syndrom exempel på förekommande diagnoser hos personkrets 1.
[23] Exempel på diagnoser som förekommer hos personkrets 2 är hjärnblödning, bestående skador efter förgiftning och ryggmärgsskador.
[24] Exempel på diagnoser som förekommer hos personkrets 3 är missbildningar, tumörer, reumatism och Multipel skleros.

Rätten till assistans ska omprövas efter två år, en så kallad tvåårsomprövning. Försäkringskassans handläggare har dock inte alltid kunnat prioritera detta vilket lett till längre genomsnittstider än två år mellan omprövningarna.[25] Kommunerna omprövar ofta personlig assistans varje år. Försäkringskassan är inte ansvarig för att följa upp kvaliteten i besluten om assistansersättning, alltså att assistansersättningen leder till goda levnadsvillkor, ett aktivt liv eller delaktighet i samhällslivet så som lagen föreskriver.[26]

2.4 Mål och syfte med lagen

I LSS 5 och 7 §§ andra stycket står det att läsa att

> Verksamhet enligt denna lag skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som anges i [lagens personkrets]. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.
>
> Den enskilde ska genom LSS-insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade. De ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

LSS är en så kallad ”pluslag” till Socialtjänstlagen, SoL (2001:453), vilket innebär att de stöd som garanteras av LSS inte kan ersättas av andra lagar utan fungerar som tillägg. Till skillnad från SoL får heller inga avgifter tas ut för insatser enligt LSS. Lagen ska främja jämlika levnadsvillkor och full delaktighet för de personer som omfattas av lagen och målet är att den enskilde ska kunna leva som andra utan funktionshinder. Insatserna ska också garantera goda levnadsvillkor till skillnad från insatser enligt SoL som enbart syftar till skäliga levnadsvillkor. En annan viktig del som skiljer LSS från SoL är att individen själv ska ha inflytande och medbestämmande över insatsen. Ett exempel är insatsen personlig assistans där den enskilde själv får välja vem som ska vara den som utför tjänsten. Hemtjänst enligt SoL ger brukaren begränsad rätt att välja vem som ska utföra tjänsten, vad som ska göras och när det ska ske.

2.5 LSS som rättighetslag

LSS är en rättighetslag som innebär att en person har rätt till en av de tio insatser som LSS specificerar så länge personen bedöms tillhöra någon av lagens personkretsar. Både SoL och LSS ger rätt att utkräva tjänster. Båda lagstiftningarna har långtgående målsättningar och är uppbyggda kring individuella rättigheter. Beslut kan också överklagas till förvaltningsdomstolen. [27] Om det bedöms att en individ har ett behov som ska tillgodoses av

[25] ISF (2012b).
[26] Försäkringskassan (2015a), s. 19.
[27] Åström (2000), s. 255.

SoL finns det dock inte uppräknat vilka insatser som ska utredas som fallet är med LSS. Istället är det upp till kommunen, vilka har huvudmannaskapet både för SoL och merparten av LSS, att besluta om lämpliga åtgärder.

Till skillnad från SoL är rättigheterna enligt LSS *ovillkorliga*. Om den enskilde tillhör någon av personkretsarna enligt LSS, har behov av insatser och behovet inte tillgodoses på annat sätt, har den enskilde en oinskränkt rätt att erhålla insatser. [28] Vid val av insatser enligt SoL måste hänsyn tas för vilka alternativa resurser som finns tillgängliga inom kommunen. De med funktionshinder som inte bedöms tillhöra någon av personkretsarna i LSS hänvisas istället att söka bistånd enligt SoL. Brukarens egna önskningar och preferenser vad gäller insatser väger tyngre i LSS än SoL vilket betyder att en likvärdig men mindre kostsam insats inte är den som självklart beviljas enligt LSS vilket vore fallet om insatsen beviljades enligt SoL.[29]

2.6 Huvudmannaskap

Huvudman för de olika insatserna är i regel kommunerna, förutom vad gäller råd och stöd där landstingen har huvudmannaskapet. Kommunerna och landstingen kan dock avtala om annan ansvarsfördelning. Vad gäller personlig assistans är huvudmannaskapet delat mellan kommunerna och staten, där olika kommunala nämnder och Försäkringskassan är ansvariga myndigheter på respektive nivå. Det delade huvudmannaskapet är tänkt att avlasta kommunerna från de höga kostnader som en omfattande personlig assistans innebär,[30] samtidigt som kommunerna är ansvarig för att bistå med bland annat vikariekostnader vid sjukdom, något som Handikapputredningen ansåg kunde ge möjlighet att samordna insatser.[31]

Personlig assistans i kommunens regi brukar benämnas som personlig assistans enligt LSS. Kommunen finansierar insatsen men måste själv inte vara assistansanordnare utan kan lägga ut assistansanordningen på entreprenad till ett företag, brukarkooperativ eller assistansmottagaren själv i enskild firma. De som har ett behov av stöd minst 20 timmar i veckan för sina grundläggande behov utreds efter ansökan till Försäkringskassan, som också finansierar merparten av insatsen. Kommunerna är ansvariga för att finansiera de första 20 timmarna per vecka. Den assistansberättigade får sedan välja om den vill ha kommunen, ett företag eller ett kooperativ som anordnare av assistansen, alternativt att personen själv tar emot utbetalningen och fungerar som arbetsgivare i en enskild firma.

[28] Staaf (2009), s. 102.
[29] Staaf (2009), s. 104.
[30] Prop. 1992/93:159, s. 68.
[31] SOU 2012:6, s. 52.

3. Stödets utveckling och förändring sedan 1994

3.1 Assistansersättningen och olika definierade behov

Den som tillhör en av lagens personkretsar och som behöver hjälp med sina *grundläggande behov* har också rätt till stöd med *andra personliga behov*. LSS definierar fem olika grundläggande behov som innebär att individen behöver hjälp och/eller, stöd med

1. personlig hygien,

2. måltider,

3. på- och avklädning,

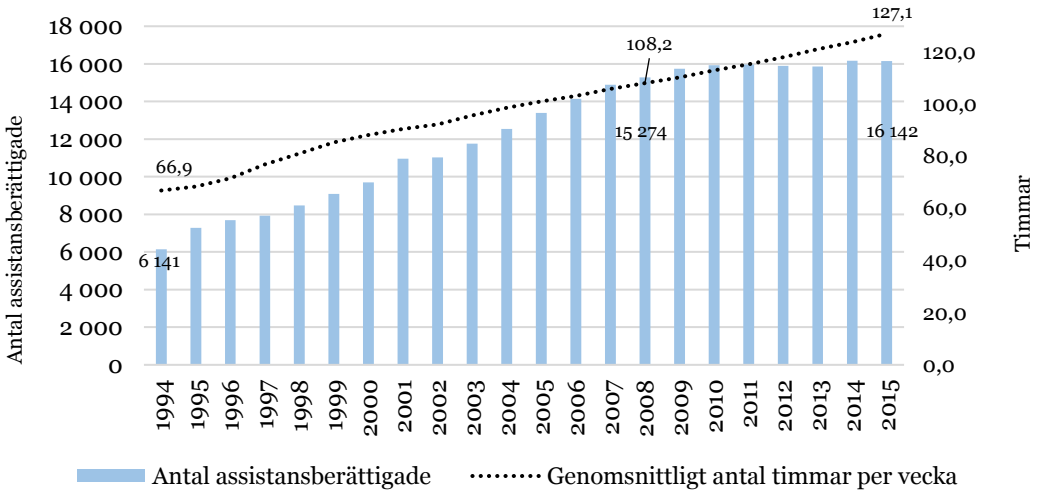
4. att kommunicera med andra,

5. annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade.

Andra personliga behov kan innefatta fritidssysselsättning så som träning, arbete, studier, hushållsskötsel, engagera sig ideellt och så vidare. Beviljandet av timmar för dessa behov avgörs främst av individens livsföring i den meningen att två personer kan leva olika aktiva liv vad gäller exempelvis studier, arbete och fritidssysslor vilket gör att de har olika behov av stöd. Stödet ska vara personligt utformat för att ge individen möjligheter till ett självständigt liv.[32] Detta innebär att det är individens egen bedömning om sin livssituation och sitt behov av stöd som ska vara vägledande i beslut om personlig assistans. Bedömningen av de grundläggande behoven är dock mer rigorös än bedömningen av övriga personliga behov. Med Försäkringskassans ändrade normering 2006-2009 ökade standardiseringen kring bedömningsmetoder i Försäkringskassans olika kontor. Dessa utredningar har många gånger upplevts som kränkande och närgångna,[33] då myndighetspersonal ska klocka tiden det tar för individer att göra sina toalettbestyr, äta, sköta hygien, och så vidare. Eftersom att den personliga assistansen har två olika huvudmän, staten och kommunerna, och att de grundläggande behoven skall överstiga 20 timmar i veckan för att staten ska vara huvudman så spelar kontrollen av de grundläggande behoven en central roll i uppdelningen av kostnadsansvaret mellan stat och kommun. För att bedöma en individs behov har dessa integritetsnära undersökningar dock inget större syfte. En assistanstimme som beviljas för ett grundläggande behov är identisk med en timme som beviljas för övriga personliga behov. Varje timme beviljad assistans ersätts med ett schablonbelopp.

[32] Prop. 1992/93:159, s. 174.
[33] SOU 2008:77, s. 369.

Assistansersättningen rör sig ofta om ett stort antal timmar. Som kan ses i Figur 1 ligger genomsnittet för assistanspopulationen inom assistansersättningen på 127 timmar i veckan för 2015, vilket är mer än ”all vaken tid”, alltså 16 timmar per dag, sju dagar i veckan.[34] Detta ligger i linje med lagstiftarens intentioner om brukarnas självbestämmande och integritet; stödet ska vara personligt utformat och direkt.[35] Den assistanssökande med eventuellt stöd från anhöriga eller andra ombud formulerar ett yrkande tillsammans med handläggaren. Efter hembesök beslutar handläggaren om den yrkade tiden, helt eller delvis, tillgodoses exempelvis av personal i barnomsorg, skola eller i daglig verksamhet eller av vårdnadshavaren inom ramen för normalt föräldraskap för vilket personlig assistans inte beviljas.[36]



Figur 1. Antal personer med beviljad assistansersättning samt antal timmar beviljade i genomsnitt, december månad. *Källa: Försäkringskassan, Assistansersättning - Antal assistansberättigade och*

Försäkringskassan visar i en intervju med sina handläggare att de gör skillnad på hur nära de granskar de grundläggande behoven och de övriga personliga behoven. De beskriver hur de grundläggande behoven *nagelfars* för att skilja ut de som är berättigade till assistansersättning och de som inte är det.[37] De intervjuade handläggarna menar dock att det är viktigt att tillgodose lagens intentioner genom att utgå från den assistanssökande personens behov, alltså hur många timmar den sökande yrkar på, så länge det inte är uppenbara överdrifter eller om lagen inte medger stöd.

3.2 Schablonersättningen och assistansanordnare

När en person beviljas personlig assistans från Försäkringskassan beviljas den ett antal timmar som sedan ersätts med schablonersättning. Schablonbeloppet infördes 1997 och har fram till 2016 beslutas av regeringen varje år baserat på ett förslag från Försäkringskassan efter att Sveriges kommuner och landsting (SKL) hörts. Försäkringskassan kan i särskilda fall bevilja utökat schablonbelopp upp till 12 procent per timme, exempelvis om den

[34] 16 timmar per dag i sju dagar är lika med 112 timmar per vecka.
[35] ISF 2012:12, s. 21.
[36] Försäkringskassan (2015a), s. 69.
[37] Försäkringskassan (2015b), s. 73.

assistansberättigade kräver mycket assistans på obekväma arbetstider. Den statliga schablonen fungerar också som norm för vad en timme personlig assistans kostar; 74 procent av kommunerna har samma schablonersättning som Försäkringskassan.[38] Kostnader för personliga assistenter regleras av förordningen 1993:1091 om assistansersättning. Den assistansberättigade väljer själv hur schablonersättningen ska fördelas mellan lön och övriga kostnader.[39] Försäkringskassan föreslår att 87 procent av kostnaderna per assistanstimme ska gå till löne- och lönebikostnader.[40] Resterande 13 procent föreslås fördelas på

5–8 procent för administrationskostnader,
2–3 procent för utbildningsomkostnader,
1–2 procent för assistansomkostnader, vilket kan vara kostnader för resor och aktiviteter där den assistansberättigade måste bekosta assistenten, och
1–2 procent för arbetsmiljöinsatser och personalomkostnader.

Mellan 1994 och 1997 fick assistansberättigade ersättning för faktiska kostnader för assistans upp till ett maxbelopp. Socialstyrelsen har konstaterat att schablonbeloppet haft en dämpande effekt på kostnadsutvecklingen sedan det infördes 1997.[41] Schablonbeloppet har dock ökat snabbare än den generella prisstegringen, uttryckt i konsumentprisindex medan det ganska nära följt utvecklingen av lönen för personliga assistenter, vilket visas i tabell 1. Schablonbeloppet har ökat med 32.8 procent i fasta priser mellan 2000 och 2015 medan prisutvecklingen mätt i KPI ökade med 20.1 procent.

Den uppräknade genomsnittliga månadslönen för kommunalt anställda personliga assistenter ökade med 33.3 procent och för KFO-anställde med 32.4 procent under samma tid. Socialdepartementet beslutade 2015 att uppräkningen av schablonbeloppet ska låsas vid 1.4 procent per år från 2016 vilket är en låg uppräkning jämfört med ett genomsnitt på 3.2 procent per år mellan 2000 och 2015.[42]

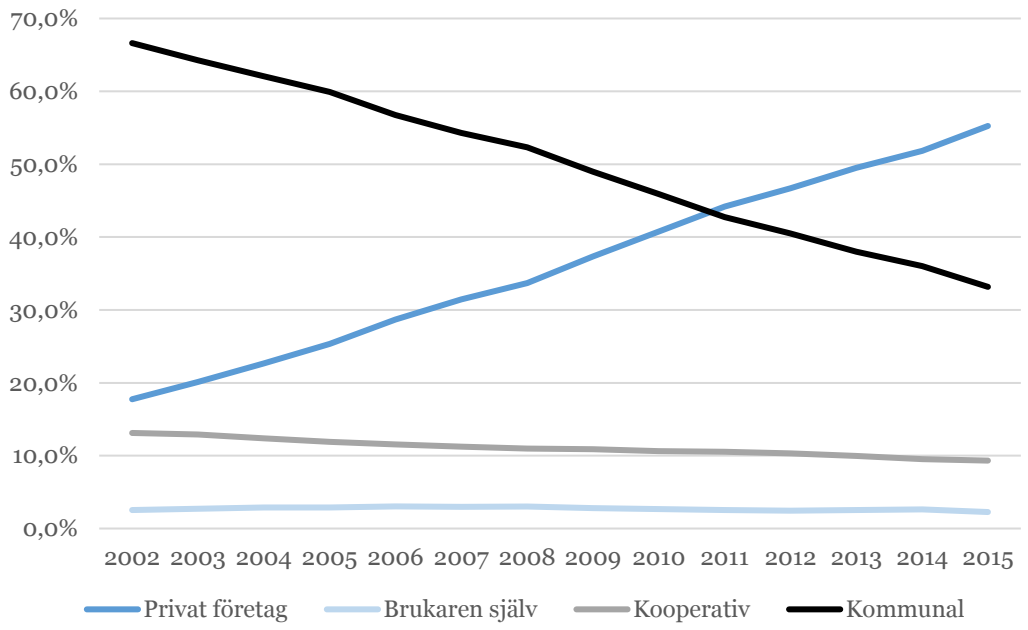
[38] Socialstyrelsen (2015b), s. 30.
[39] Prop. 2007/08:61, s. 19.
[40] Försäkringskassan (2015b), s. 210.
[41] Socialstyrelsen (2008).
[42] SFS 2015:556.

	Schablonbelopp	Förändring schablon, löpande priser	KPI, 2000=100.	Schablonbelopp, fasta priser KPI, 2015=100	Medellön Kommunal, 2015 års priser	Medellön KFO, 2015 års priser
2000	178	-	100,0	214	16 800	17 300
2001	184	3,4%	102,4	216	17 000	17 700
2002	191	3,8%	104,6	219	17 500	17 600
2003	198	3,7%	106,6	223	17 800	17 900
2004	205	3,5%	107,0	230	18 300	18 300
2005	212	3,4%	107,5	237	18 800	18 800
2006	219	3,3%	109,0	241	19 100	19 300
2007	228	4,1%	111,4	246	18 800	19 400
2008	237	3,9%	115,2	247	19 700	19 800
2009	247	4,2%	114,6	259	20 400	20 700
2010	252	2,0%	116,0	261	20 600	20 900
2011	258	2,4%	119,4	260	20 500	21 000
2012	267	3,5%	120,5	266	20 800	21 400
2013	275	3,0%	120,4	274	21 400	22 100
2014	280	1,8%	120,2	280	21 800	22 600
2015	284	1,4%	120,1	284	22 400	22 900
2016	288	1,4%	-	-	-	-
Förändring 2000-2015	110 kr 59,6%	3,2% per år, genomsnitt	- 20,1%	70 kr 32,8%	5 600 kr 33,3%	5 600 kr 32,4%

Tabell 1. Schablonbeloppets utveckling i förhållande till KPI och löner för personliga assistenter inom Kommunal och KFO, samt årlig förändring, 2000-2016. *Källa: Löneuppgifter från Kommunal och KFO samt egna beräkningar.*

Dock är kommunerna i minoritet som utförare av personlig assistans. Andelen privata assistansanordnare har ständigt ökat sedan 1990-talet. Figur 2 visar att av de som hade assistansersättning 2015 hade 55 procent en privat anordnare, 33 procent kommunal anordnare, 9 procent fick sin assistans utförd av ett brukarkooperativ och 2 procent anordnade själv sin assistans. Privata utförare stod bara för 18 procent 2002, kommunerna för 67 procent, kooperativ 13 procent och 3 procent var själva anordnare för sin assistans. Försäkringskassan utgår från kostnader för kommunal assistans då de föreslår nivån på schablonbeloppet till regeringen. Dock har kommunerna generellt sett högre kostnader för att utföra personlig assistans,[43] samt att när Försäkringskassan beräknar schablonen utifrån assistenters löner utgår de ifrån kommunala avtal. I de flesta fall har personliga assistenter inom kommunen en kortare arbetsmånad, 165 timmar per månad, än inom den privata sektorn, 172 timmar per månad. När Försäkringskassan räknar om grundlönen till timlön utgår de från de kommunala avtalen vilket ger en högre timersättning än för majoriteten av de personliga assistenterna.[44] Enligt SOU 2014:19 gynnar i sin tur privata och kooperativa anordnare eftersom timlönen beräknas för högt.[45]

[43] SKL (2016).
[44] SOU 2014:19, s. 99.
[45] SOU 2014:19, s. 115.



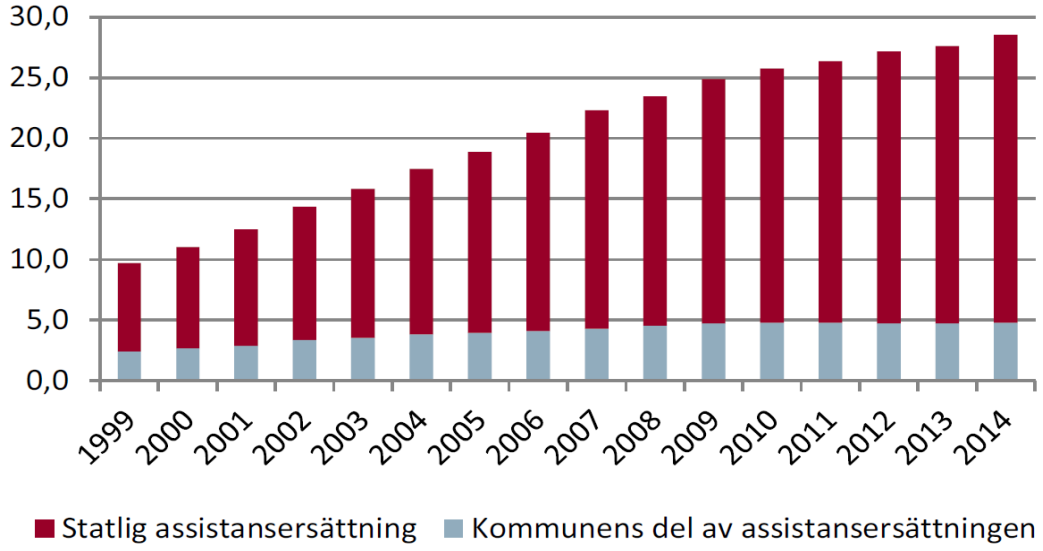
Figur 2. Assistansanordnare uppdelat på anordnartyp under oktober månad för respektive år, 2002-2015. *Källa: Statistik begärd från Försäkringskassan.*

Vidare menar ISF även att timschablonen är hög i jämförelse med vad det kostar för privata företag att utföra personlig assistans.[46] ISF beräknade att de faktiska kostnaderna för att utföra assistans var 213 kronor per timme 2012 i jämförelse med schablonersättningen på 267 kronor per timme samma år vilket motsvarar knappt 80 procent av schablonersättningen.[47] Detta tillsammans med att de privata företagen varit framgångsrika i att driva upp antalet assistanstimmar per assistansberättigad har lett till ett betydande vinstuttag för dessa företag, enligt ISF.

3.3 Utgifter för assistansersättningen och LSS

Den flitigaste debatten kring LSS-reformen har i första hand inte rört reformens positiva effekter utan kretsat kring de stora kostnaderna för stat och kommun som reformen burit med sig. Kostnaderna är också den del av reformen som varit föremål för statliga utredningar och då i första hand inom ramen för assistansersättningen. Tanken är att staten ska bära kostnaderna för de med störst behov. Nedan i figur 3 illustreras kostnaden för assistansersättningen sedan 1999. Bilden är hämtad från en rapport av ISF från 2015 och visar hur kostnadsutvecklingen för assistansersättningen varit ständigt ökande, om än med viss inbromsning mellan 2009 och 2013.

[46] ISF (2012a), s. 9.
[47] ISF (2012a), s. 59.



Figur 3. Utgifter för assistansersättningen 1999-2014, miljarder kronor, 2014 års priser. *Källa ISF (2015), s. 34.*

Anmärkning: Schablonbeloppet för assistansersättningen har använts för beräkning av fasta priser, mätt i 2014 års prisnivå.

Kommunernas andel av finansieringen har varit ganska konstant, cirka 5 miljarder per, från 2009 då inflödet av personer till assistansersättningen avstannade, efter att ha legat på cirka 2,5 miljarder 1999. Kommunens kostnader är enbart rörliga beroende på hur många personer som finns i assistansersättningen då de enbart finansierar de första 20 timmarna i veckan för varje person. I fasta priser har statens och kommunens kostnader för assistansersättningen gått från knappt 10 miljarder (cirka 6 miljarder i löpande priser) till drygt 28 miljarder i fasta priser 2014.

Om vi ställer statens kostnader för assistansersättningen mot andra ersättningar inom socialförsäkringen ser vi att just utvecklingen för assistansersättningen varit kraftig sedan 2002, vilket visas i tabell 2. Mellan 2002 och 2014 ökade kostnaderna för statens utgifter för föräldraförsäkringen med 64 procent medan utgifterna för kostnadsposten sjukpenning och rehabilitering m.m. minskade med 42 procent. Statens kostnader för assistansersättningen ökade med 177 procent under samma period, vilket tyder på att reformen har haft avsedd effekt.

Miljoner kronor/år	**2002**	**2008**	**2014**	**Procentuell förändring**
Sjukpenning och rehabilitering m.m.	55 700	27 800	32 300	-42%
Föräldraförsäkring	23 000	30 500	37 700	64%
Kostnader för statlig assistansersättning	8 600	16 700	23 800	177%

Tabell 2. Kostnader för vissa insatser inom socialförsäkringen, 2014 års priser enligt KPI. *Källa: Årsredovisning för staten, skr. 2001/02:101, skr. 2008/09:101, skr. 2014/15:101.*

Socialstyrelsen uppger i en rapport från 2016 att kostnader för kommunernas åtaganden inom LSS och SFB uppgick till 45 miljarder kronor 2014, vilket sedan 2010 ökat med 8 procent i fasta priser, från 41 miljarder. Lite

drygt 50 procent av kommunens kostnader för LSS och SFB går till särskilt boende för vuxna och barn.[48]

3.4 Offentliga utredningar om assistansersättningen och LSS, 1995-2016

Uppskattningarna av kostnaderna för LSS-reformen i allmänhet och personlig assistans i synnerhet ansågs osäkra i propositionen. Därför hade man för avsikt att tidigt följa upp reformen för att utreda eventuella behov av förändringar.[49] Redan 1995 tillsattes en utredning, kallad Assistansutredningen, för att begränsa kostnadsutvecklingen och öka kostnadskontrollen.[50] Då utredningens förslag om besparingar på 900 miljoner kronor bara ansågs möjliga om reformens syfte skulle äventyras valde regeringen inte att gå vidare med utredningens förslag. Däremot förtydligade man i en proposition 1996 vad som menades grundläggande behov. Den tidigare lydelsen i lagen var att personer som behövde ”assistans med sin dagliga livsföring”, vilket betydde hjälp med personlig hygien, måltider, av- och påklädning och kommunikation.[51] Detta ändrades sedan till ”assistans för sina grundläggande behov” samt att det femte grundläggande behovet, ingående kunskaper, infördes. [52] Man begränsade också möjligheten att få assistans för tid i skola, barnomsorg och daglig verksamhet vilket endast kunde beviljas om särskilda skäl förelåg. Även rätten till assistans för tid inom hälso- och sjukvård försvann.

Ett år senare, 1997, beslutade riksdagen om att kostnadsansvaret för assistansersättningen skulle delas mellan kommunerna och staten. Innan hade staten finansierat hela kostnaden för de som hade grundläggande behov över 20 timmar per vecka som var berättigade assistansersättning. Kommunerna blev nu ansvariga för att finansiera de första 20 timmarna inom assistansersättningen via en inbetalning till Riksförsäkringsverket. Detta, bland annat, för att undvika att kommunen vältrade över kostnaderna för assistans på staten. Samma år infördes schablonersättningen.

Utredningen *Bemötandet av äldre, trygghet, självständighet och värdighet* föreslog 1997 att de som fyllt 65 skulle få behålla sin rätt till assistans.[53] På grund av en del betänkligheter kring finansieringen tog det till fram till slutet av år 2000 innan regeringen lämnade fram en proposition till riksdagen om att bredda reformen till att innefatta även de som fyllt 65 år vilka inte skulle omfattas av tvåårsomprövningarna utan behålla den assistans de beviljats innan de fyllt 65. Kostnaderna, och där med antalet personer över 65 år som får assistansersättning, beräknades att stegvis öka fram till 2025 för att sedan stabiliseras.[54]

---

[48] Socialstyrelsen (2016), s. 19.
[49] Prop. 1992/93:159, s. 161.
[50] SOU 1995:126.
[51] Se prop. 1992/93:159.
[52] Se prop. 1995/96:146.
[53] SOU 1997:170.
[54] Prop. 2000/01:5.

Nästa kommitté att tillsättas var Assistanskommittén som tillsattes för att göra en bred översyn av den personliga assistansen, bland annat kring hur reformen fungerat i praktiken; tillsyn av assistansanordnare och analysera orsakerna till kostnadsutvecklingen.[55] Utredningen fick sammanlagt sex tilläggsdirektiv som fokuserade på att införa krav på tillstånd för assistansutförare, något som tidigare inte behövts; reglera timbeloppet; göra en bred översyn av LSS och utreda vem som skulle vara huvudman för assistansen. Efter direktivet om den breda översynen av LSS kommit 2006 bytte kommittén namn till LSS-kommittén. Beredningen kom att lämna två delbetänkanden, *God kvalitet i personlig assistans – ändamålsenlig användning av assistansersättning*[56] och *Kostnader för personlig assistans – Skärpta regler för utbetalning, användning och återbetalning av assistansersättning*[57]. Det första betänkandet behandlades inte av regeringen eftersom Assistanskommittén fick en annan inriktning under 2006. Båda utredningarna poängterade dock att de flesta verksamheter med personlig assistans fungerade väl.

Man lyfte i det andra delbetänkandet att systemet kring assistansen var tvunget att förändras för att behålla sin legitimitet. Kommittén varnade för ”missbruk” av assistanspengarna.[58] Man menade att det fanns anledning att tro att vissa assistansanvändare fick pengar över efter omkostnaderna för assistansen betalats, vilka kunde användas som ”trivselpengar”. En rapport från Riksrevisionen uppmärksammade 2004 att en del assistansanordnare hade använt de pengar som blivit över efter att alla omkostnader betalts till så kallade ”trivselpengar” som den assistansberättigade kunde använda för privat konsumtion.[59] LSS-kommittén poängterade vidare att vissa enskilda anordnare kunnat använda detta överskott till stora vinster för sina ägare. Omfattningen av missbruket kunde dock inte uppskattas. Utredningen förslog ett förtydligande i regelverket om att ersättningen endast skulle få ersätta kostnader för assistans. Lagen förtydligades 2008 med att den som får assistansersättning måste redovisa hur pengarna använts samt att eventuellt överskott måste betalas tillbaka till Försäkringskassan.

3.4.1 Ny utredning ”Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen”

Den 26 maj 2016 utsåg regeringen Désirée Pethrus (kd) till särskild utredare för en översyn av LSS och assistansersättningen. Pethrus ska redovisa sina resultat senast 1 oktober 2018. Direktiven till utredningen tog särskilt fasta på tre saker.

För det första menade regeringen, baserat på tidigare utredningar från ISF och Socialstyrelsen, att insatser enligt LSS på kommunal nivå inte är ändamålsenliga eller likvärdiga i landet. Med detta menade man till exempel att

[55] Se Dir. 2004:107.
[56] SOU 2005:100.
[57] SOU 2007:73.
[58] SOU 2007:73, ss. 45-46.
[59] Riksrevisionen (2004), s. 46.

särskilda boenden samlokaliseras vilket riskerar att ge en institutionell prägel på boende som insats.[60] Man menade också att det delade huvudmannaskapet för personlig assistans riskerar att hindra utbyggnaden av andra insatser och att kommunerna vältrar över kostnader för insatserna på Försäkringskassan vilket riskerar att drabba andra insatser negativt.[61] Det fanns också en oro för att insatsen daglig verksamhet i många fall inte syftar till att få människor vidare till arbete eller studier för att istället ses som en omsorgsinsats.[62] Vidare anser man att det finns risker att barn med assistansersättning vars anhöriga är assistenter har svårare att bli självständiga och att man därför måste utreda insynen och kontrollen kring denna grupp.

För det andra menade regeringen i direktivet att lagstiftningen är otydlig och att den inte tillräckligt definierar vad begreppen goda levnadsvillkor, delaktighet och självständighet betyder, samt vad det i praktiken innebär att ”leva som andra”.[63] Detta menar man är grund för att tydligare reglera och standardisera vilka behov som stöd kan beviljas för.

Den tredje och allra starkaste poängen som regeringen trycker på är kostnaden samt kostnadsutvecklingen av assistansersättningen. En utveckling man menar är ”starkt oroande”.[64] Syftet med utredningen är att skapa en långsiktigt hållbar ekonomisk utveckling av den personliga assistansen. Regeringen skriver att ”[k]ostnadsutvecklingen inom assistansersättningen *måste brytas* och *insatser som kan utgöra alternativ till personlig assistans måste därför utvecklas*”.[65] Kostnadsbesparingarna av assistansersättningen fyller huvudsakligen två syften. Regeringen anser att ökad träffsäkerhet och kvalitet för LSS-insatser på kommunal nivå kan innebära kostnadsökningar. Kostnadsökningarna på kommunal nivå ska då främst bekostas av besparingar i assistansersättningen. Men besparingar i assistansersättningen är också nödvändiga av statsfinansiella skäl.[66]

3.5 Försäkringskassans ändrade normering, 2006-2009

Under perioden 2006-2009 kom det att ske en del förändringar kring normeringen av den statligt finansierade assistansersättningen. Att Försäkringskassan normerar betyder att den tolkar regelverk, förarbeten till olika lagar och rättspraxis. Det gör Försäkringskassan genom att tolka rättsliga ställningstaganden, domsnytt och rättsfallsöversikter. Under 2006 jobbade Försäkringskassan fram ett rättsligt ställningstagande för att förtydliga begreppet ’grundläggande behov’. Försäkringskassan beskriver själv att lagen LSS, förarbeten och rättspraxis inte ger tydlig vägledning kring, framför allt, hur personliga behov ska bedömas, vad det i praktiken innebär med goda

[60] Dir. 2016:40, s. 4.
[61] Dir. 2016:40, ss. 8-9.
[62] Dir. 2016:40, s. 6.
[63] Dir. 2016:40, s. 8.
[64] Dir. 2016:40, s. 7.
[65] Dir. 2016:40, s. 15. Min kursivering.
[66] Dir. 2016:40, s. 24.

levnadsvillkor och att leva som andra.[67] Lagen lämnar ett relativt brett tolkningsutrymme.

Försäkringskassan har några olika verktyg för normering varav ett är *Försäkringskassans rättsliga ställningstaganden* (FKRS), vilka beskriver hur regelverket ska tillämpas i principiella frågor, när rättsläget i en tillämpningsfråga är oklart.[68] Utöver de normerande dokumenten använder Försäkringskassan informerande dokument. Ett av de informerande dokumenten är *Försäkringskassans vägledning*, som sammanfattar bland annat lagens förarbeten, praxis och Försäkringskassans rättsliga ställningstaganden, exempel på hur regelverk tillämpas, och är tänkt som ett stöd till handläggarna. Ibland kan Försäkringskassan snabbt vilja sprida information till sina handläggare, exempelvis under tiden det vägledande dokumentet till handläggarna uppdateras. Då använder försäkringskassan *informationsmeddelanden* (IM), som är giltiga ett år efter publicering. Informationsmeddelanden är inte del av Försäkringskassans normerande dokument utan är enbart tänkta att snabbt sprida information,

Försäkringskassan ansåg att det rådde oklarheter kring hur grundläggande behov skulle bedömas, samt att bedömningen skilde sig åt mellan Försäkringskassans regionala kontor.[69] Den vägledning som 2006 kom ut efter ställningstagandet ansågs oklar,[70] vilket gjorde att Försäkringskassan 2007 skickade ut ett informationsmeddelande för att ytterligare förtydliga.[71] Informationsmeddelandet innehöll dock delar av normerande slag, vilket inte är tänkt att informationsmeddelanden ska göra. Försäkringskassan hänvisar i informationsmeddelandet till förarbeten, i första hand proposition 1992/93:159 som låg till grund för LSS och LASS.[72] I propositionen står att ”[a]ssistansen skall vara förbehållen krävande eller i olika avseenden komplicerade situationer, i *regel* av mycket personlig karaktär”.[73] I informationsmeddelandet tolkar Försäkringskassan skrivningen som att för att något ska räknas som grundläggande behov så *ska* behovet vara av en viss karaktär, alltså *mycket personlig*. I första hand kom de tre första grundläggande behoven – hjälp med personlig hygien, på- och avklädning och måltider – att enbart tolkas som grundläggande om hjälpen var av mycket personlig karaktär. Om en person inte behöver hjälp med att föra mat till munnen, alltså äta, kan denna persons behov av stöd vid måltider räknas som ett övrigt personligt behov vilket innebär att tiden som det tar att duka, värma mat och så vidare inte ingår i den tid som räknas till grundläggande behov. Hade personen dock behövt hjälp med att föra maten till munnen hade all tid runt måltiden kunnat räknas in som grundläggande behov. I vägledningen som gällde innan 2006 års vägledning räknade hela måltidssituationen som grundläggande behov.[74] Noterbart är att en definition av grundläggande behov inte finns i propositionen och inte heller i LASS som

[67] Försäkringskassan (2015a), ss. 19-23.
[68] ISF, 2012:18, s 45.
[69] Försäkringskassan (2006b).
[70] Försäkringskassan (2006a).
[71] Försäkringskassan (2007).
[72] Prop. 1992/93:159.
[73] Prop. 1992/93:159, s. 64, min kursivering.
[74] Försäkringskassan (2003).

reglerade assistansersättningen. Begreppet grundläggande behov introducerades i LASS 1996 efter propositionen 1995/96:146 och definierades i LSS.[75]

År 2009 kom Högsta förvaltningsdomstolen med en prejudicerande dom som innebar att enbart de behov som var särskilt integritetsnära skulle räknas som grundläggande.[76] I och med domen upphörde Försäkringskassans ställningstagande att gälla för att istället ersättas av den tolkning Högsta förvaltningsdomstolen beslutat om. Denna nya normering av de grundläggande behoven hade som konsekvens att fler människor föll ur assistansersättningen än tidigare, vilket gjorde att inflödet till assistansersättningen avstannade.

En av senaste förändringarna i normeringen beslutades i juni 2015 av Högsta förvaltningsdomstolen som innebar att behovet ”annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade” enbart skulle rikta sig till personer med psykiska funktionshinder.[77] Detta kommer mest troligt innebära att personer i personkrets 1 kommer tappa sin assistansersättning i högre grad eftersom personer i personkrets 1 oftare beviljas stöd för ingående kunskaper.[78]

3.5.1 Fusk och överutnyttjande, 2005-2012

Redan 2005 tillkallade regeringen en delegation (Delegationen mot felaktiga utbetalningar, FUT-delegationen) för att utgöra ett samverkansorgan för åtgärder mot felaktiga utbetalningar från de offentliga försäkrings- och bidragssystemen. Delegationens fokus var på hela välfärdssystemet och de redovisade sina slutsatser 2008.[79] Under 2011 tillkallade regeringen en särskild utredare för att utföra en utredning om åtgärder mot fusk, oegentligheter och överutnyttjande av den statliga assistansersättningen. Justitieråd det Susanne Billum valdes till utredare och presenterade sitt slutbetänkande 2012.[80] Metoderna som användes för att uppskatta fusk och felaktiga utbetalningar av både FUT-delegationen och Billums utredning var den så kallade Expert Elicitation-metoden. Det är en metod som används när det saknas tillförlitlig information på ett område och innebär att man ”frambringar” (elicit) information från ett antal experter. De experter som deltar i undersökningen ska vara personer med lång erfarenhet inom området med erfarenhet om kontrollverksamhet.

Experterna ger först en enskild uppskattning, sedan diskuterar alla experter i seminarieform för att sedan eventuellt revidera sina uppskattningar. Detta leder fram till en *välgrundad gissning* och används för att ge uppskattningar under osäkra förhållanden, alltså situationer då det av någon anledning är svårt att samla in tillförlitlig information, exempelvis på grund av

---

[75] Prop. 1995/96:146, avsnitt 6.1.
[76] Försäkringskassan (2015a), s. 47.
[77] HFD målnr. 3527-14.
[78] Se fördelningen av beviljad tid för olika behov i Försäkringskassan (2015a), tabell 41, s. 132.
[79] SOU 2008:74.
[80] SOU 2012:6.

fysiska eller ekonomiska hinder. Dock kan metoden inte enbart ses som ett billigt sätt att bedriva forskning och analys på enligt Granger Morgan, professor i engineering och public policy.[81] Uppskattningar ska enligt honom bygga på den bästa forskningen och enbart användas när kunskapsläget fortfarande är undermåligt för att stödja informerat beslutsfattande. Metoden används bland annat av FNs klimatpanel, IPCC, för att bedöma osäkerheten i klimatforskningen. Klimatforskarna Richard Moss och Stephen Schneider skiljer mellan mängden vetenskapliga belägg och graden av konsensus mellan forskare.[82] Om de vetenskapliga beläggen är goda och enigheten bland forskare är stor menar de att kunskapsläget välgrundat (*well established)*. Är enigheten hög men att det fortfarande saknas vetenskapliga belägg menar de att kunskapsläget är etablerat men inkomplett (*established but incomplete*). Är enigheten låg medan det finns starka en stor mängt vetenskapliga belägg menar det att det finns konkurrerande förklaringar (*competing explanations*) om kunskapsläget. Den svagaste graden är när det finns få vetenskapliga belägg och det råder en oenighet bland forskarna, eller experterna. Den nivån kallar de spekulativ (*speculative*).

FUT-delegationens rapport *Vad kostar felen?* använde sig av Expert Elicitation-metoden för att slå fast att 10.9 procent av de totala utbetalningarna av assistansersättningen 2005, 1.2 miljarder kronor, betalades ut på felaktiga grunder.[83] Osäkerhetsintervallet uppskattades till 6-19 procent. Billums utredning lutade sig mot FUT-delegationens metoder och beräkningar. Billum uppskattade att mängden felaktiga utbetalningar uppgick till 12.2 procent 2010, cirka 2.8 miljarder kronor, med ett uppskattat osäkerhetsintervall på 2-28 procent.[84] I båda fallen beslutade man sig för ett medelvärde mellan de uppskattade osäkerhetsintervallen. De fuskärenden som dock upptäckts och gått till domstol motsvarade 0.4 procent av assistansersättningens totala utbetalningar 2010.[85]

Metoden har fått stark kritik av brukarrörelsen då grunderna för antagandena om fusket är oklara och att resultaten måste ses som en uppskattning med stora felmarginaler, inte *faktiska kostnader* eller omfattning av fusk. Johanna Skinnarå, utredare på Brottsförebyggande rådet, säger i en intervju på brukarrörelsens assistanskoll.se att metoden är en kvalitativ metod för att uppskatta brister i handläggning och kontroll, men sämre för att få fram kvantitativa uppgifter om fuskets omfattning.[86] Både Skinnarå och Björn Johnson,[87] docent i socialt arbete, menar att experterna mycket troligt kan ha påverkats av den debatt om fusk och överutnyttjande som rått sedan 2005-2007. Det saknas dock studier kring fusk och överutnyttjande inom assistansersättningen. Morgan poängterar att vetenskap inte är föremål för en majoritetsuppfattning.[88] Ibland kan det vara minoritetsuppfattningen

[81] Morgan (2014), s. 7183.
[82] Moss & Schneider (2000), s. 45.
[83] Delegationen mot felaktiga utbetalningar (2007), s. 176.
[84] SOU 2012:6, s. 320.
[85] SOU 2012:6, s. 319.
[86] Assistanskoll (2014).
[87] Också intervjuad av assistanskoll.se, Assistanskoll (2011).
[88] Morgan (2014), s. 7183.

som stämmer, varför metoden måste användas med försiktighet för att informera beslutsfattare om relevanta policyförslag.

Billums utredning saknar utförlig metodgenomgång, samt att tidsspannet för bedömningarna är korta, två dagar plus tid för experterna att fundera över sina uppskattningar.[89] Morgan beskriver att den *iterativa processen,* alltså upprepning av uppskattningar och diskussioner för att minimera felkällor, ofta tar flera månader eller längre.[90] Han menar också att eftersom att experter är människor finns det ingen möjlighet att helt minska risken för ett *kognitivt bias*. Ett kognitivt bias psykologiska mönster som begränsar en människas perspektiv till hennes subjektiva bild av omvärlden vilket inte stämmer överens med verkligheten. Det är detta som Skinnarå och Johnson menar när de säger att experterna mycket troligt påverkats av den debatt som rått sedan 2005-2007. I Billums utredning diskuteras inte hur inflytandet på resultatet av experterna ska minimeras. Istället skriver man att experterna förväntades ”ha en hög integritet i sina bedömningar”.

Givet detta tycks det saknas klara belägg för den faktiska omfattningen av fusket och felaktiga utbetalningar inom assistansersättningen. Om vi ska applicera Moss och Schnieders ramverk kan vi anta att kunskapsläget i det närmaste är spekulativt. Dock står det klart att diskussionen påverkat synen på personlig assistans och ersättningen via Försäkringskassan. Billums utredningen slår fast att ”en inte obetydlig del av assistansersättningen går till annat än avsett ändamål”.[91] På grund av detta bedömde regering och riksdag att det var nödvändigt att genomföra åtgärder för att motverka fusk och felaktigheter för att värna assistansersättningens legitimitet och trovärdighet.[92] Nya regler tillkom som en konsekvens av utredningen. Dels tillkom krav på tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att vara utförare av personlig assistans vilket tidigare inte behövts. Dels sattes högre press på Försäkringskassan att kontrollera utbetalningarna.[93] Oron för eventuellt felaktiga betalningar inom assistansersättningen och LSS-området i sin helhet kom att bli stor under 2012 samt att det från politiskt håll började argumenteras för hårdare kontroll för att värna systemets legitimitet. Detta tema återkom i direktiven till den nya utredningen, där man hänvisade till forskning av Brottsförebyggande rådet (BRÅ) i vilket man menar att förtroendeskadorna av ekonomisk brottslighet är större än de ekonomiska.[94]

3.6 Konsekvenser av den nya normeringen

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) fick av regeringen i uppdrag att ta fram underlag och bedöma orsakerna till Försäkringskassans beslut om assistansersättningen.[95] I den första av två studier drog ISF slutsatsen att den

[89] SOU 2012:6, ss. 317-318.
[90] Morgan (2014), s. 7183
[91] SOU 2012:6, s. 342.
[92] Prop. 2012/13:1, utgiftsområde 9, avsnitt 7.16.2.
[93] Prop. 2012/13:1, utgiftsområde 9.
[94] Dir. 2016:40, s. 13.
[95] Se delrapporten ISF 2012:18.

ändrade normeringen inte påverkat majoriteten av assistansmottagarna. I de flesta fall bedömdes det som tidigare bedömts som grundläggande behov istället som andra personliga behov, vilket i sin tur inte innebar någon förändring i antalet tilldelade timmar.[96] I tabell 3 visas dock en tydlig förändring sedan 2007. Mängden nybeviljande minskar, antalet avslag ökar och antalet indragningar på grund av att grundläggande behoven inte bedöms överstiga 20 timmar i veckan ökar. Den överlägset vanligaste orsaken till indragningar av tillgången till assistansersättning efter 2009 var förändrad bedömning av något eller flera av de första tre grundläggande behoven.[97] ISF nämner dock att antalet fattade beslut per år ökade fram till 2009, på grund att mer resurser tillförts assistansersättningen. ISF menar att andelen avslag och indragningar måste sättas i relation till den ökade mängden beslut.[98]

	Beviljade nyansökningar	Avslag på nyansökningar	Indragningar på grund av att grundläggande behov understeg 20 timmar i veckan	Antal beslut, nyansökningar	Andel beviljade nyansökningar	Andel avslagna nyansökningar
2004	1 385	727	48	2 112	66%	34%
2005	1 509	768	53	2 277	66%	34%
2006	1 459	799	76	2 258	65%	35%
2007	1 519	834	56	2 353	65%	35%
2008	1 165	1 218	95	2 383	49%	51%
2009	1 323	1432	137	2 755	48%	52%
2010	1 139	1 393	263	2 532	45%	55%
2011	1 010	1 301	281	2 311	44%	56%
2012	958	1 446	284	2 404	40%	60%
2013	1 047	1 407	273	2 454	43%	57%

Tabell 3. Beviljade, avslagna och antal nyansökningar samt indragningar på grund av för lågt antal timmar grundläggande behov, 2003-2013. *Källa: ISF 2014:19, bilaga 4, samt egna beräkningar.*

I den uppföljande rapporten analyserades närmare vad som hände med de personer som av någon anledning tappade assistansersättningen från Försäkringskassan. Rapporten visade på att 80 procent av de som blev av med assistansersättningen mellan 2009 och 2012 hade någon form av stöd enligt LSS eller SoL året efter, där de vanligaste insatserna var personlig assistans och daglig verksamhet enligt LSS och hemtjänst enligt SoL.[99] Av de som fortfarande hade en insats kvar året efter att de tappat assistansersättningen 2012 hade drygt hälften, 53 procent, personlig assistans från kommunen 2013.

[96] ISF 2012:18, s. 64.
[97] ISF 2014:19, s. 61.
[98] ISF 2014:19, s. 34.
[99] ISF 2014:19, ss. 84-86 samt tabell 23, bilaga 4.

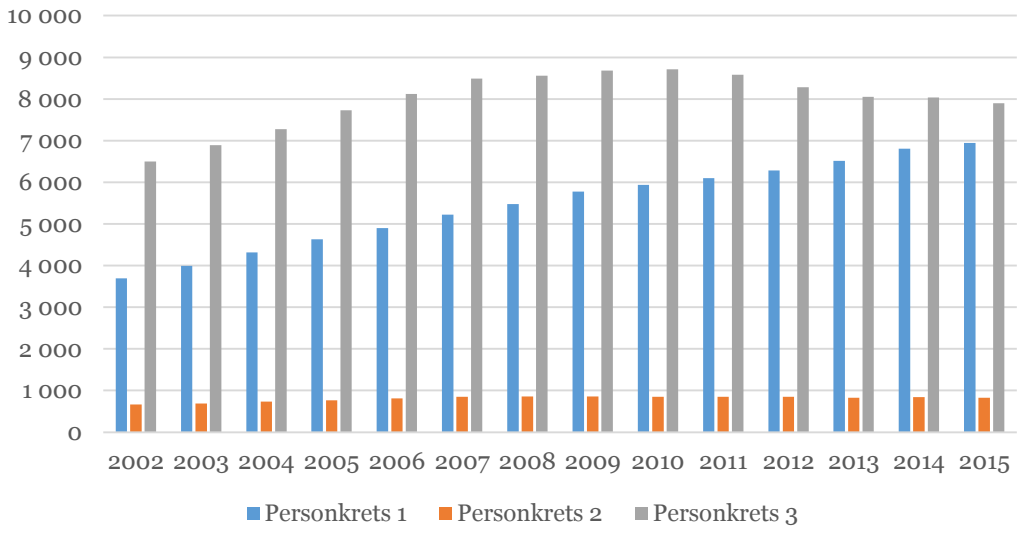
Tilldelningen av personliga assistanstimmar skiljer sig åt mellan kommunerna och Försäkringskassan. Beviljad tid för personlig assistans, både för grundläggande och andra personliga behov, uppgick till knappt 124 timmar för de som hade assistansersättning och cirka 42 timmar per vecka för de som hade personlig assistans från kommunerna 2014.[100] Uppdelningen av tilldelade timmar och så också kostnadsansvaret mellan stat och kommun är i den meningen så som lagstiftarna avsåg. Men om vi antar att behovet för de som tappat assistansersättningen inte ändras avsevärt under tiden som gått mellan att assistansersättningen dragit in tills att kommunen beviljar assistans skiljer bedömningenav vem som ska beviljas hur mycket personlig assistans mellan kommun och stat.[101]

Personer som tappat assistansersättningen och som istället fått assistans från kommunerna enligt LSS ett år efter fick i snitt 18 timmar mindre i veckan, eller 25 procent färre timmar, mellan 2008 och 2013.[102] Varför detta sker är oklart. Socialstyrelsen hade i uppdrag att utreda ISFs resultat för att svara på varför personer som tappat assistansersättning fick en lägre nivå av personlig assistans av kommunerna jämfört med vad som beviljats från Försäkringskassan. Socialstyrelsen menar att de inte kan förklara vad denna skillnad beror på men diskuterar att det kan bero på att bedömningarna om assistansersättningen ofta är några år gamla samt att behovet kan ha minskat eller att den assistansberättigade kan ha fått stöd och anpassning som minskat stödbehovet. En längre tid med assistans brukar dock tyda på ett större behov och i effekt fler antal timmar assistans. Försäkringskassan visar att av de som fått assistansersättning beviljat för första gången ökar de genomsnittliga antalet timmar med 55 procent mellan 1994 och 2014 medan antalet timmar ökat med 85 procent för assistanspopulationen som helhet under samma period vilket tyder på att behoven ökar över tid.[103] Samtidigt minskar genomsnittsåldern för nytillkomna inom assistansersättningen enligt ISF, [104] vilket borde betyda att genomsnittstiden per vecka borde öka ju längre folk har assistansersättning. I genomsnitt var nytillkomna i assistansersättningen 37 år gamla 2002 och 32 år 2013. Väldigt lite tyder på att de som har eller har haft assistansersättning får minskade behov med tiden. Det tycks också tala för att reformen på sina 22 år inte fullt ut implementerats, om vi förutsätter att majoriteten av assistansanvändarna lever till sin 60-årsdag.

[100] Socialstyrelsen (2015b), s. 19.
[101] Försäkringskassan (2015a), s. 22.
[102] Socialstyrelsen (2015b), s. 35.
[103] Försäkringskassan (2015a), s. 34.
[104] ISF 2015:9, s. 39.

3.6.1 Normeringens konsekvenser per personkrets: kraftigaste nergången för personkrets 3

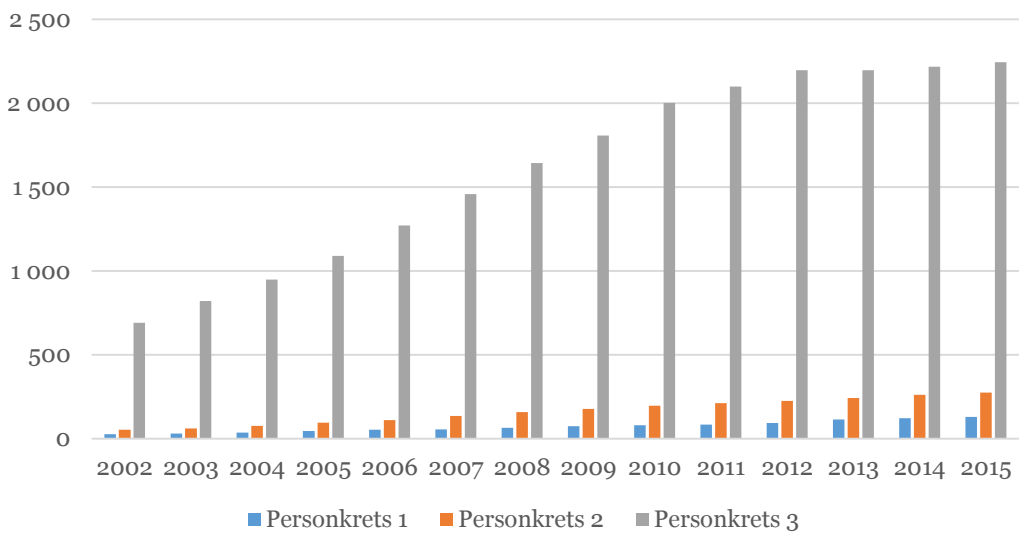
Då vissa funktionsnedsättningar är grund för offentliga bidrag och service är det oundvikligt att juridiskt definiera vilken nedsättning som är grund för att berättigas en särskild insats.[105] Högsta förvaltningsdomstolen har i ett flertal domar prövat hur grundläggande behov, och vilka kriterier som ska gälla för att tillhöra en personkrets, ska bedömas.[106] Under 2000- och 2010-talet har dessa definitioner och omdefinitioner get skiftande utfall, i alla fall om vi tittar på hur antalet personer i assistansersättningen utvecklats. Figur 4 visar utvecklingen av antalet personer i assistansersättningen uppdelad på personkretsar. Personkrets 1 och 2 ökar medan insatser till personkrets 3 minskar. Detta trots att antalet med assistansersättning ökade fram till 2015, vilket visades i figur 1 ovan. Flest personer i personkrets 3 är det 2010 med 8 710 personer. Personkrets 3 minskar med 812 personer, till 7 898, fram till 2015 medan personkrets 1 ökar med 1002 personer under samma period. Från 5 940 personer 2010 till 6 942 personer 2015.



Figur 4. Antal personer med assistansersättning, alla åldrar, uppdelade på personkretsar, 2002-2015.
Källa: Försäkringskassan, Assistansersättning - Antal assistansberättigade och antal timmar.

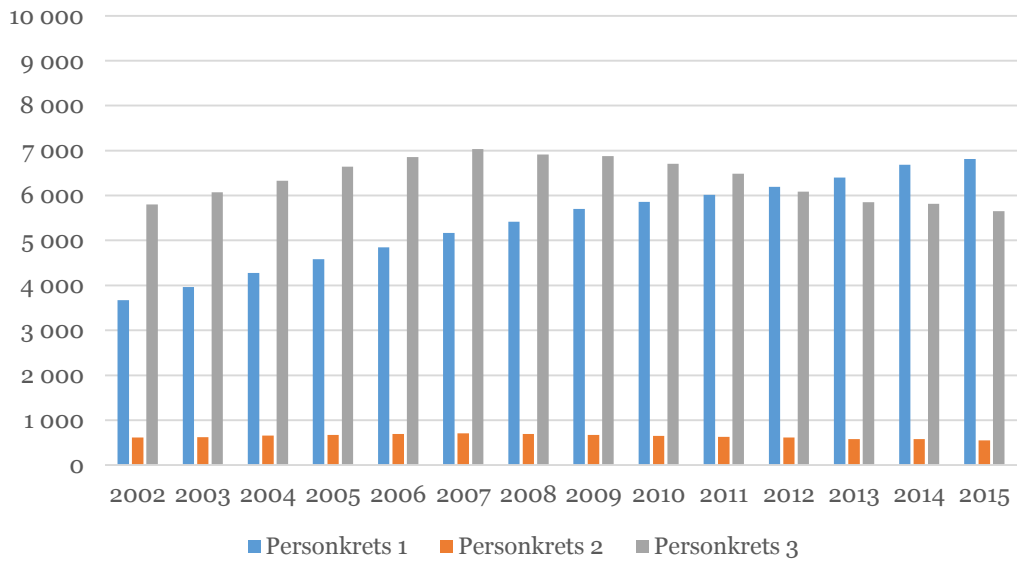
Mönstret för assistansersättningen blir ännu tydligare om personer över 65 år räknas bort. Personer som har assistansersättning och som är över 65 år består i princip bara av människor i personkrets 3 eftersom dödligheten är högre i de andra två personkretsarna. År 2015 var det 130 personer i personkrets 1, 275 personer i personkrets 2 och 2 245 i personkrets 3 som hade assistansersättning från Försäkringskassan och som var över 65 år, vilket visas i figur 5.

[105] Se exempelvis Pettersson (2015), s. 298.
[106] ISF (2014), s. 31.



Figur 6. Antal personer med assistansersättning, 65 år och uppåt, uppdelade på personkretsar, 2002-2015. *Källa: Försäkringskassan, Assistansersättning - Antal assistansberättigade och antal timmar.*

I figur 6 har personer över 65 år räknats bort. Då syns effekten av den ändrade normeringen för personkrets 3 än tydligare. Tappet för personkrets 3 börjar redan 2007 då antalet med assistansersättning är som högst, 7 032 personer. Under 2015 hade 5 653 personer assistansersättning i personkrets 3 vilket motsvarar en minskning om 1 379 personer. Personkrets 1 ökade under samma period med 1 644 personer, från 5 168 personer 2007 till 6 812 personer 2015.



Figur 5. Antal personer med assistansersättning 0-64år, uppdelade på personkretsar, 2002-2015. *Källa: Försäkringskassan, Assistansersättning - Antal assistansberättigade och antal timmar.*

3.6.2 Förändring av kommunala insatser enligt LSS

De negativa effekterna av Försäkringskassans förändrade normering är tydligast för personkrets 3. Men även vad gäller kommunalt stöd enligt LSS tycks insatserna till personkrets 3 minskat. All statistik som redovisas i detta

avsnitt är hämtat från Socialstyrelsen publikationer om stöd till funktionshindrade, dock redovisas inte ingen statistik för 2000-2001 kring hur många som var beviljade stöd och för 2004-2006 finns statistiken inte nerbrutet på personkretsnivå. I tabell 4 visas hur insatser enligt LSS-fördelas på respektive personkrets. Av antalet personer som hade stöd enligt LSS 1999 tillhörde knappt en femtedel personkrets 3, medan en dryg tiondel tillhörde personkrets 3 2015. Personkrets 3 har inte bara minskat som andel av stödmottagare utan även i absoluta tal, från en topp 2003 på 9 214 personer till 7 189 personer 2015 vilket motsvarar en minskning med 22 procent. I relativa tal har personkrets 3 minskat som andel av antalet stödmottagare enligt LSS, från 19.5 procent 1999 till 10.3 procent 2015.

	Personkrets 1		**Personkrets 2**		**Personkrets 3**		**Totalt**
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
1999	34 456	78,3%	966	2,2%	8 569	19,5%	43 991
2000	-	-	-	-	-	-	-
2001	-	-	-	-	-	-	-
2002	38 425	79,1%	1 302	2,7%	8 871	18,3%	48 598
2003	40 884	79,4%	1 412	2,7%	9 214	17,9%	51 510
2004	-	-	-	-	-	-	52 894
2005	-	-	-	-	-	-	54 279
2006	-	-	-	-	-	-	55 772
2007	46 851	82,4%	1 721	3,0%	8 257	14,5%	56 829
2008	48 546	82,7%	1 808	3,1%	8 381	14,3%	58 735
2009	50 174	83,3%	1 881	3,1%	8 156	13,5%	60 211
2010	52 074	83,9%	1 974	3,2%	8 044	13,0%	62 092
2011	53 236	84,1%	2 052	3,2%	8 011	12,7%	63 299
2012	54 484	84,8%	2 088	3,3%	7 655	11,9%	64 227
2013	55 722	85,3%	2 102	3,2%	7 496	11,5%	65 320
2014	57 798	85,8%	2 168	3,2%	7 419	11,0%	67 385
2015	60 168	86,5%	2 171	3,1%	7 189	10,3%	69 528

Tabell 4. Antal personer med insatser enligt LSS och personkretsarnas andel av totala antalet personer med insatser. *Källa: Socialstyrelsen, Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2015, Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009-2014, Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder - insatser enligt LSS 2006- 2007, Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2002-2005.*

Antalet insatser enligt LSS har ökat kontinuerligt sedan 1997. Antalet insatser enligt LSS är fler än antalet personer då det är vanligt att ha fler än en insats. De största skillnaderna vad gäller fördelningen mellan insatser är att råd och stöd har minskat dramatiskt, från 25.1 procent av alla insatser 1997 till bara 3.7 procent 2015. De insatser som ökat mest sedan 1997 och som också är de insatser som flest personer hade 2015 var särskilt boende för vuxna och daglig verksamhet, vilket visas i tabell 5. Vi kan också se att antalet personer med personlig assistans var som lägst 2007 för att sedan börja öka till samma nivåer som innan 2007. Det kan ses som en effekt av Försäkringskassans ändrade normering som gjort att de som tappat assistansersättningen istället får personlig assistans från kommunen. Att daglig verksamhet ökat förklaras av att personkrets 1 ökat sin andel av stödmottagarna

av LSS-insatser. Daglig verksamhet riktar sig i princip bara till personkrets 1 och 2.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
1. Råd och stöd	23 100	18 600	-	11 700	10 500	8 600	5 800	4 700	4 300	4 400
andel...	25,1%	19,1%	-	11,4%	9,9%	7,9%	5,3%	4,2%	3,8%	3,7%
2. Personlig assistans	3 900	4 500	4 300	4 600	3 600	3 300	3 400	3 800	3 900	4 300
andel...	4,2%	4,7%	5,2%	4,5%	3,4%	3,1%	3,1%	3,4%	3,5%	3,7%
3. Ledsagarservice	4 600	7 400	8 100	9 200	9 600	9 700	9 600	9 200	8 500	8 300
andel...	5,0%	7,6%	9,8%	9,0%	9,0%	8,9%	8,8%	8,2%	7,5%	7,1%
4. Kontaktperson	11 800	13 400	14 000	15 200	16 700	18 000	19 200	19 500	19 400	19 500
andel...	12,8%	13,8%	17,0%	14,9%	15,8%	16,7%	17,5%	17,4%	17,3%	16,6%
5. Avlösarservice	2 800	3 600	3 600	3 600	3 600	3 400	3 400	3 400	3 500	3 800
andel...	3,0%	3,7%	4,4%	3,6%	3,4%	3,1%	3,1%	3,0%	3,1%	3,2%
6. Korttidsvistelse	8 000	9 400	9 600	10 400	10 500	10 100	10 000	9 900	9 600	9 700
andel...	8,7%	9,7%	11,7%	10,2%	9,9%	9,4%	9,1%	8,8%	8,6%	8,3%
7. Korttidstillsyn	2 700	2 800	3 100	4 000	4 700	5 100	5 100	5 000	4 500	4 400
andel...	2,9%	2,9%	3,8%	3,9%	4,5%	4,7%	4,7%	4,5%	4,0%	3,7%
8. Boende, barn	1 500	1 200	1 100	1 300	1 200	1 300	1 400	1 300	1 100	1 000
andel...	1,6%	1,3%	1,3%	1,3%	1,2%	1,2%	1,3%	1,2%	1,0%	0,9%
9. Boende, vuxna	15 100	16 500	17 500	19 000	20 300	21 600	22 900	23 900	25 000	26 500
andel...	16,4%	17,0%	21,2%	18,6%	19,3%	20,0%	20,8%	21,4%	22,3%	22,6%
10. Daglig verksamhet	18 400	19 800	21 100	23 200	25 000	27 000	29 000	31 100	32 400	35 300
andel...	20,0%	20,4%	25,6%	22,7%	23,7%	25,0%	26,4%	27,9%	28,9%	30,2%
Totalt antal insatser	91 900	97 300	-	102 000	105 700	108 000	109 700	111 700	112 100	117 200

Tabell 5. Totala antalet insatser enligt LSS samt andel av det totala antalet insatser, vartannat år, 1997-2015. *Källa: Socialstyrelsen, Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2015, Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009, 2011, 2013, Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder - insatser enligt LSS 2007, Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2002, 2003, 2005.*

Trots att antalet personer som får insatser enlig LSS ökat sedan 2002, förutom vad gäller personkrets 3, har det genomsnittliga antalet insatser per person minskat över alla personkretsar. I tabell 6 ser vi hur minskningen varit som störst för personkrets 1, från 2.15 insatser per person 2002 till 1.75 insatser per person 2015. En rimlig förklaring för den generella minskningen av antalet insatser kan vara att särskilt boende som insats tenderar att ersätta andra alternativa insatser. Nedan diskuteras fördelningen av insatser per personkrets.

	Personkrets 1	Personkrets 2	Personkrets 3	Samtliga
2002	2,15	1,80	1,35	1,99
2003	2,13	1,78	1,34	1,98
2004-2006	-	-	-	-
2007	2,00	1,75	1,35	1,90
2008	1,95	1,68	1,30	1,85
2009	1,92	1,63	1,27	1,82
2010	1,88	1,61	1,25	1,79
2011	1,85	1,59	1,23	1,77
2012	1,83	1,57	1,22	1,74
2013	1,79	1,53	1,20	1,72
2014	1,78	1,53	1,19	1,70
2015	1,75	1,52	1,18	1,68
Förändring 2002-2015	-0,40	-0,28	-0,17	-0,31

Tabell 6. Insatser i genomsnitt per person och personkrets. *Källa: Egna beräkningar utifrån tabell 5 och 6.*

3.6.2.1 Förändring av LSS-insatser till personkrets 1, 2003-2015

För personkrets 1 har fördelningen av insatser sett i stort likartad ut mellan 2003 och 2015. Dock har insatsen råd och stöd minskat från 11 procent 2003 till 3.5 procent 2015. Antalet personer som fått tillgång till en kontaktperson har ökat med 1.8 procentenheter mellan 2003 och 2015. Särskilt boende för vuxna har ökat något under perioden med knappt 3 procentenheter, från 19.5 procent 2003 till 22.4 procent 2015. Andelen som blivit beviljade daglig verksamhet har också ökat, från 25.4 procent till 32.3 procent. Noterbart är att en väldigt låg andel i personkrets 1 har personlig assistans som insats, bara 1.6 procent av de totala antalet insatser enligt LSS till personkrets 1.

	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Totalt antal insatser	87 100	-	93 900	96 300	98 600	99 900	105 400
1. Råd och stöd	11,0%	-	7,1%	4,7%	3,7%	3,5%	3,5%
2. Personlig assistans	2,1%	-	1,4%	1,3%	1,4%	1,4%	1,6%
3. Ledsagarservice	6,5%	-	6,9%	6,8%	6,5%	6,1%	5,9%
4. Kontaktperson	15,2%	-	17,1%	17,9%	17,8%	17,7%	17,0%
5. Avlösarservice	3,5%	-	3,1%	3,1%	3,1%	3,2%	3,3%
6. Korttidsvistelse	10,9%	-	10,1%	9,7%	9,5%	9,2%	8,9%
7. Korttidstillsyn	4,4%	-	5,3%	5,2%	5,0%	4,4%	4,1%
8. Boende, barn	1,4%	-	1,3%	1,5%	1,3%	1,1%	1,0%
9. Boende, vuxna	19,5%	-	20,4%	21,0%	21,5%	22,2%	22,4%
10. Daglig verksamhet	25,4%	-	27,3%	28,7%	30,2%	31,1%	32,3%

Tabell 7. Procentuell fördelning av LSS insatser, personkrets 1. *Källa: Socialstyrelsen, Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2015, Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009, 2011, 2013, Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder - insatser enligt LSS 2007, Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2003.*

3.6.2.2 Förändring av LSS-insatser till personkrets 2, 2003-2015

Kriterierna för personkrets 2 gör att insatsen särskilt boende för barn inte beviljas eftersom att tillhörighet till personkrets 2 bedöms först i vuxen ålder. Råd och stöd som insats för personkrets 2 har minskat. Daglig verksamhet är den överlägset vanligaste insatsen och står för cirka 40 procent av alla insatser till personkrets 2. Särskilt boende för vuxna är den näst vanligaste insatsen och har ökat från 14.8 procent av de totala insatserna 2003 till 19.5 procent 2015. Antalet personer som hade personlig assistans enligt LSS minskade fram till 2007 för att sedan öka något igen. Detta kan ses som en effekt av Försäkringskassans ändrade normering.

	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Totalt antal insatser	2 500	-	3 000	3 100	3 300	3 200	3 300
1. Råd och stöd	13,5%	-	10,8%	7,2%	5,5%	4,8%	4,3%
2. Personlig assistans	10,9%	-	6,8%	7,0%	7,4%	8,4%	8,3%
3. Ledsagarservice	11,2%	-	12,7%	12,6%	13,1%	13,4%	13,8%
4. Kontaktperson	10,2%	-	12,1%	12,2%	12,3%	12,5%	12,7%
5. Avlösarservice	0,2%	-	0,6%	1,0%	0,8%	0,8%	1,3%
6. Korttidsvistelse	2,5%	-	1,5%	1,4%	1,1%	0,9%	0,8%
7. Korttidstillsyn	0,1%	-	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
8. Boende, barn	0,0%	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
9. Boende, vuxna	14,8%	-	15,9%	16,4%	17,7%	18,4%	19,5%
10. Daglig verksamhet	36,5%	-	39,6%	42,2%	42,1%	40,8%	39,4%

Tabell 8. Procentuell fördelning av LSS insatser, personkrets 2. Procentuell fördelning av LSS insatser, personkrets 1. *Källa: Socialstyrelsen, Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2015, Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009, 2011, 2013, Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder - insatser enligt LSS 2007, Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2003.*

3.6.2.3 Förändring av LSS-insatser till personkrets 3, 2003-2015

De största förändringarna i fördelningen av insatser kan ses i personkrets 3. Vi kan också se att det totala antalet insatser minskat med 31 procent, från 12 400 insatser 2003 till 8 500 insatser 2015. Råd och stöd har, liksom för de andra personkretsarna, minskat. För personlig assistans kan vi se en tydlig effekt av Försäkringskassans ändrade normering. Från en minskning mellan 2003 och 2007 har personlig assistans som andel av de totala insatserna ökat fram till 2015. Detta samtidigt som ledsagarservice som insats minskat något. Om än att personlig assistans och ledsagarservice skiljer sig åt i omfattning och vad de är ämnade för så finns det anledning att tro att de i viss mån ses som utbytbara. Den insats som ökat mest, över 13 procentenheter mellan 2003 och 2015 är särskilt boende för vuxna. Personlig assistans och särskilt boende är de mest omfattande och kostnadsintensiva insatserna enligt LSS. Att det är färre i personkrets 3 som får insatser enligt LSS och att de insatser som är vanligast är de mest omfattande skulle kunna tala för att de som behöver insatserna allra mest får dem, medan de som har mindre omfattande behov får mindre eller inget.

	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Totalt antal insatser	12 400	-	11 200	10 300	9 900	9 000	8 500
1. Råd och stöd	13,8%	-	14,2%	10,0%	8,2%	6,7%	5,9%
2. Personlig assistans	20,4%	-	16,4%	18,2%	22,0%	24,2%	27,8%
3. Ledsagarservice	25,7%	-	25,2%	25,9%	24,1%	21,8%	19,5%
4. Kontaktperson	13,6%	-	14,5%	15,0%	14,8%	14,4%	13,3%
5. Avlösarservice	4,6%	-	3,7%	3,5%	3,3%	2,7%	2,4%
6. Korttidsvistelse	6,7%	-	5,3%	5,4%	4,6%	4,1%	3,4%
7. Korttidstillsyn	1,0%	-	1,2%	1,1%	1,1%	1,0%	0,8%
8. Boende, barn	0,4%	-	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%
9. Boende, vuxna	13,1%	-	17,8%	20,6%	21,7%	25,0%	26,5%
10. Daglig verksamhet	0,6%	-	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%

Tabell 9. Procentuell fördelning av LSS insatser, personkrets 3. *Källa: Socialstyrelsen, Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2015, Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009, 2011, 2013, Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder - insatser enligt LSS 2007, Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2003.*

3.7 Minskat stöd som kommunal prioritering?

Av denna genomgång av assistansersättningen och insatser enligt LSS ser vi att antalet stödinsatser ökar för personkrets 1, är tämligen stabilt för personkrets 2 och minskar märkbart för personkrets 3. Vi ser också att antalet insatser per person minskar, möjligen som ett resultat av att särskilt boende ersätter alternativa insatser. Försäkringskassans ändrade normering tycks inte bara gett utslag på assistansersättningen utan också för kommunerna på så sätt att personlig assistans som insats enligt LSS ökar efter 2007. Minskningen av antalet personer i personkrets 3 började dock förmodligen innan 2007. De som fått sin assistansersättning från Försäkringskassan indragen hamnar istället hos kommunen. Utöver det kan vi se en trend mot en kraftig nergång av råd och stöd som insats, där detta resultat stärks av att endast tre landsting (Skåne, Norrbotten och Västerbotten) stod för 86 procent av alla insatser av råd och stöd.[107] Råd och stöd som insats är tänkt att underlätta livsföringen genom att bidra med kunskap om vad ett funktionshinder kan innebära, i första hand med att hjälpa individen att själv leva sitt liv. Exempel på sådant stöd är rådgivning och allmänt stödjande insatser av kurator, psykolog, sjukgymnast, förskolekonsulent, talpedagog, logoped, arbetsterapeut och dietist.[108]

Vi ser också att personer i personkrets 1 ökar som mottagare av LSS-insatser medan personer i personkrets 3 minskar, både som andel och i absoluta tal. Som en effekt av att personer i personkrets 1 ökar sin andel så ökar också insatsen daglig verksamhet, då insatsen i första hand riktar sig till personkrets 1 och 2. Det är dock svårare att förklara varför särskilt boende som insats ökar. Brukarorganisationer brukar lyfta att kommunerna ofta ser särskilt boende som en billigare insats än personlig assistans till personer med

[107] Dir. 2016:40, s. 5.
[108] Prop. 1992/93:159, ss. 173-174.

omfattande stödbehov. Risken är att kostnaden för insatsen får vara vägledande, snarare än den insats som passar individens behov bäst. Socialstyrelsen varnar i en kartläggning från 2015 att det finns ökad risk för institutionalisering, alltså att de särskilda boendena i högre grad samlokaliseras med korttidshem, lokaler för daglig verksamhet eller äldreboenden vilket enligt socialstyrelsens allmänna råd inte är rekommenderat. Kartläggningen visar också att fler personer än vad som är rekommenderat bor i samma gruppboende.[109]

LSS som konstruktion skiljer sig åt från den vanliga ramlagstraditionen i Sverige vilket ibland kan sätta kommunerna i en problematisk ställning. Den kommunala budgeten och det kommunala självstyret kan komma i konflikt med den strikta rättighetsstrukturen inom LSS, vilket gör att kommunerna måste välja mellan dyra insatser för att möjliggöra goda livsvillkor för brukaren och få den kommunala budgeten att hålla.

3.8 Ramlagstiftning och kommunalt självstyre

Inom den svenska och de nordiska välfärdsmodellerna domineras lagstiftning av *ramlagar* där Socialtjänstlagen, SoL (2001:453) och Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763), är de mest kända. I första hand används ramlagar för behovsbaserade och bosättningsbaserade förmåner.[110] Grundläggande för ramlagar är att de ses som ofärdiga lagar, vars tillämpning är tänkt att utvecklas med samhället. *Ramarna* för lagen sätts som en form av normativ yttre gräns.[111] Innanför ramarna finns det rum för ansvariga myndigheter att tolka hur man på bästa sätt ska tillgodose lagens intentioner. Ramlagstiftningen som sådan kan alltså plocka upp värderingsförändringar i samhället över tid, och på så sätt ge olika utfall, utan att skrivningarna i själva lagen som sådan ändras.[112] Med andra ord kan man säga att ramlagar talar om vilka de övergripande målen med den rättsliga regleringen är, medan det är upp till de tillämpande myndigheter att fatta beslut om hur målen ska nås.[113] Ramlagstiftningen är också nära kopplat till det lokala självstyret, vilket innebär att kommuner själva får ta upp skatter för att finansiera det ansvar de fått av riksdagen.

Lagen om stöd och service (LSS) ger individer som innefattas av lagens personkretsar en formell rätt till någon eller några av de tio stödinsatser som LSS föreskriver, om individernas behov inte tillfredsställs på andra sätt. LSS som rättighetslagstiftning har mötts av motstånd från kommunalt håll och beskrivs som en inskränkning i det kommunala självstyret, som ett hot mot den lokala demokratin och effektiv lokal anpassning.[114] Annika Staaf menar

---

[109] Socialstyrelsen (2015a), s. 72. Socialstyrelsen rekommenderar att 3-5 personer bor tillsammans för att undvika institutionalisering.
[110] Barnbidrag, föräldrapenning och bostadsbidrag är exempel på bosättningsbaserade förmåner.
[111] Ett annat ord för normativ är *preskriptiv* vilket talar om hur något *bör* vara, en form av värdeladdning.
[112] Se Pettersson (2015), s. 20-22.
[113] Staaf (2009), s. 103.
[114] Bengtsson (2005), s. 14.

att kostnadsvariationerna mellan kommunerna för insatser till funktionshindrade är mindre i LSS än SoL och HSL. Hon menar att kostnadsskillnaden mellan kommunerna för ramlagarna SoL och HSL är 11 gånger medan kostnadsvariationerna enligt LSS bara är 4 gånger. Detta får Staaf att dra slutsatsen att kostnadsvariationen blir cirka 3 gånger högre om inte kommunerna ges detaljerade regler genom preciserad lagstiftning.[115] Detta innebär inte att insatser enligt LSS är billigare än insatser enligt SoL, utan att en tydligare rättighetslagstiftning ger ett mer likvärdigt nationellt utfall.

Att LSS har definierade insatser innebär att LSS inte på samma sätt kan påverkas av värdeförändringar i samhället. LSS är i den meningen mer centralt styrd med mindre handlingsutrymme för kommunerna att själva bedöma vilka insatser som ska beviljas och lämnar på så sätt heller inte samma utrymme för ekonomiska överväganden. Rättsvetaren Andreas Pettersson skriver dock att ramlagen som del av den nordiska juridiska kulturen influerar alla typer av sociallagstiftning utöver det som är en del av ramlagarna.[116] Det betyder att det skapas en hög tolerans för skilda sätt att tillämpa lagstiftningen, samt en tolerans för att utfallet blir olika. Detta visar sig i att olika kommuner inte beviljar insatser på samma sätt, även vad gäller stöd enligt LSS. Till exempel visar Socialstyrelsen i två rapporter att kommunerna har riktlinjer för insatser enligt LSS som innebär att människor som beviljas insatser som exempelvis ledsagarservice, avlösarservice, korttidsvistelse utanför det egna hemmet, särskild bostad och personlig assistans beviljas insatserna olika beroende på var de bor.[117] Eftersom att LSS rättighetslagstiftning med tydligt definierade rättigheter finns det anledning att diskutera detta närmare.

Sedan införandet av LSS har lagen och dess krav på kommunerna vållat debatt kring kommunernas självstyre och individens rätt till service. Under mitten av 1990-talet debatterades frågan om kommuners domstolstrots. I flertalet fall hade individer som blivit nekade insatser enligt LSS överklagat till förvaltningsdomstolarna, vilket fortfarande är vanligt. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) skriver att även fast att förvaltningsdomstolarna beslutade om att kommunen skulle bevilja och utföra en insats så trotsade kommunerna ibland beslutet och beviljade inte insatsen. [118] Kommunerna hänvisade till det kommunala självstyret och ansåg att det var upp till dem själva att besluta om insatser. Sanktioner infördes 2002, då regeringen ansåg att det kommunala trotset drabbade, framförallt, funktionshindrade kraftigt.[119] Kostnader för insatser inom LSS är dock svåra att förutse och ofta höga, exempelvis vad gäller omfattande personlig assistans, vilket gör att kommunerna inte kan planera sin verksamhet på ett enkelt sätt. ESO drar slutsatsen i sin rapport om trotsiga kommuner att trots ofta beror på resursbrist, snarare än ovilja att följa lagen, vilket många gånger beror på en statlig underfinansiering. ESO menar att staten, som beställare

[115] Staaf (2009), s. 107.
[116] Se Pettersson (2015), s. 21.
[117] Socialstyrelsen (2015a; 2015b).
[118] Se ESO (2015).
[119] ESO (2015), ss. 81-82, 95-97.

av kommunala resurser, har ett ansvar att inte underfinansiera kommunerna.[120]

3.9 Mot medikalisering?

Under större delen av 1900-talet hade funktionsnedsatta människor i behov av stöd väldigt få möjligheter att påverka sin livssituation. Den generella Socialtjänstlagen ansågs i slutet av 1980-talet inte ge tillräckligt med stöd för att människor med omfattande funktionsnedsättningar skulle kunna leva som andra.[121] Under lång tid sågs inte människor med funktionshinder som experter på sin levnadssituation och i många fall beslutades stödet av olika myndighetsexperter där fokus ofta låg kring vilken diagnos den enskilde hade. Med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) beslutades att insatser och stöd istället formas utifrån den enskildes önskemål, där de olika huvudmännen ska samarbeta kring den enskilde och inte utifrån diagnos.[122]

En av aspekterna med den nya lagen som bidrog mest till en ny syn av funktionsnedsättning, som inte byggde på medicinska förklaringar, var införandet av den tredje personkretsen. Lagen om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. (1985:568) – den så kallade omsorgslagen – omfattade de två första personkretsarna: personer med autism, utvecklingsstörning och begåvningsmässiga nedsättningar orsakade av exempelvis hjärnskada. Tillhörighet till personkrets 3 bedöms dock inte med diagnos som grund utan beror på om personen har omfattande behov av stöd och service i vardagen. Under 1980-talet kom Independent Living-rörelsen, som växt fram i USA under slutet av 1960-talet, att ifrågasätta den tidigare omsorgslagstiftningen som man ansåg bygga på medicinsk professionalism och byråkrati. Istället förespråkade man brukarkollektiv och hävdade individens rätt att själva bestämma över sin egen situation utifrån egna kunskaper och erfarenheter.[123] Indepedent Living-rörelsen vänder sig också mot professionalisering av personlig assistanskåren då man anser att LSS-lagstiftningens intentioner riskeras att undermineras med en förstärkt omsorgsprofil bland de personliga assistenterna.[124]

Människor med omfattande funktionsnedsättningar har ofta en väldigt utbredd kontakt med olika myndigheter. Inte sällan är människor i behov av täta kontakter med sjukvården för att få medicin och behandlingar. Samtidigt måste de ha kontakt med kommunen för tillgång till stöd i vardagen, som ledsagning, bostadsanpassning, särskilt boende, eller med Försäkringskassan för tillgång till assistansersättning, bilstöd, sjukersättning, och så vidare. Innan lagen kom i kraft betraktades många vuxna som omyndiga på grund av sina funktionsnedsättningar.[125] Lottie Giertz beskriver hur tolk-

[120] ESO (2015), s. 114.
[121] Giertz (2012), s. 49.
[122] Giertz (2012), s. 52.
[123] Lindqvist (2007), s. 20.
[124] Försäkringskassan (2014), s. 24.
[125] Se exempelvis SOU 1990:19, s. 79.

ningen av begreppet självbestämmande utvecklas från 1980-talet, då självbestämmande började diskuteras i svensk vård, omsorg och socialtjänst. Giertz beskriver utifrån lagtexter och förarbeten att det gått från frihet från tvång, till medinflytande, till aktivt inflytande och till sist till självbestämmande. I kontakt med professionella, främst inom sjukvården, har det tidigare visat sig att funktionshindrade inte haft inflytande över sin egen situation utan setts som ett objekt för omsorg.[126]

I en mening kan LSS och den ökande graden av självbestämmande ses som ett steg bort från den medicinska synen på funktionshinder. Från att individen i behov av hjälp och stöd setts som ett *objekt* för omsorg och vård har individen gått till att ses som ett *subjekt* som själv bestämmer över sin situation och sitt stödbehov. Rafael Lindqvist menar dock att samtidigt som LSS-lagstiftningen infördes under 1990-talet har kraven på att beviljas stöd enlig socialförsäkringen blivit strängare med att resurserna blivit knappare på grund av nedskärningar i välfärden. Knappare resurser och striktare bedömning har enligt Lindqvist lett till att samhällets stöd i första hand kommit att riktas till de med det allra största behovet samtidigt som de med mindre omfattande behov prioriteras ner. Knappare resurser och ökade krav på handläggning påverkar bemötandet av personer med funktionshinder vilket konstaterades i en utredning från 1999 av regeringens utredare Bengt Lindqvist som hade i uppdrag att utreda det offentligas bemötande av människor med funktionshinder.[127] Knappa resurser leder i sin tur till att vården och omsorgen till funktionshindrade, men även äldre, tenderar att medikaliseras då kommunerna tvingas prioritera insatser till de mest behövande med de mest trängande behoven – den ”värdiga målgruppen” som Rafael Lindqvist kallar det.[128]

3.9.1 Den medicinska modellen

En medicinsk syn på funktionshinder grundar sig på en bio-medicinsk definition av normalitet och att de som inte tillhör den icke-funktionshindrade normen definieras som annorlunda. Rafael Lindqvist menar att det är normalt för icke-funktionshindrade att kunna genomföra aktiva prestationer, främst arbetsrelaterade prestationer, vilka värderas högt i samhället.[129] Funktionshinder och sjukdom innebär ofta hinder för att genomföra sådana högt värderade prestationer. Personer med funktionshinder erbjuds då en så kallad *sjukroll* av samhället, vilket innebär att individen under en tidsbegränsad period erbjuds stöd för att sedan kunna återvända till sin ”normala” roll. Just att det finns en normal roll för varje individ, som ofta utgår från arbete, stärker de professionella till förmån för de funktionshindrade.[130] Det stöd som samhället erbjuder är ofta villkorade av att individen underkastar sig bedömningar och råd från medicinsk personal. Då samhällets stöd ofta

[126] Se Giertz (2012), ss. 54-55.
[127] Se SOU 1999:21, s. 12.
[128] Lindqvist (2007), s. 26.
[129] Lindqvist (2007), s. 41.
[130] Lindqvist (2007), s. 42.

är villkorat av en bedömning av funktionsförmåga, fungerar, exempelvis, läkare som grindvakter som godkänner den enskildes lidande.[131]

Beroende på om man ser själva sjukdomen eller skadan som problem, eller om det är effekterna av sjukdomen eller skadan eller individens miljö som är problemet får man olika svar på vilka åtgärder som ska användas för att åtgärda problemet. Peter Conrad skriver att ”*medikalisering* beskriver en process där icke-medicinska problem definieras och behandlas som medicinska problem”.[132] Ett funktionshinder kan i den meningen ses som ett icke-medicinskt problem, men att medikalisering bidrar till att funktionshinder i större grad behandlas som medicinska problem. Conrad beskriver att medikalisering består av att definiera, förstå och behandla problem och inträffar när en medicinsk ram används för att behandla eller förstå samma problem.[133] Han fortsätter med att definiera tre olika nivåer som medikalisering äger rum på: 1) den begreppsliga nivån (*conceptual)*, 2) interaktionsnivån (*interactional*) och 3) och den socialpolitiska nivån (*institutional*).[134]Den begreppsliga nivån handlar om konceptualisering, alltså att konstruera olika diagnoser för att handskas med olika problem. På interaktionsnivån sker medikalisering genom att medicinsk personal definierar problemen som medicinska i kontakten med en patient. Den sista nivån, den socialpolitiska, handlar om att organisationer anammar ett medicinskt sätt att hantera de problem som organisationen arbetar med. Insatser till funktionshindrade ges enligt LSS och SFB och beviljas efter att en individ uppnått tillhörighet i en specifik personkrets. Här fungerar läkare, men också Försäkringskassans handläggare, som grindvakter till dessa förmåner inom socialförsäkringen. Den socialpolitiska nivån av medikalisering är den som är av störst relevans för denna rapport eftersom att rapporten i första hand fokuserar på olika myndigheters beslut och normering och konsekvenserna av detta.

De myndigheter som handlägger och beslutar om stöd till personer med funktionshinder enligt LSS och SFB är Försäkringskassan, som beslutar om assistansersättningen, och kommunerna, både landsting och primärkommuner. Nedan kommer det diskuteras hur Försäkringskassan och granskande myndigheter har resonerat kring beslut om insatser.

3.9.2 Nya mätinstrument

ISF noterar att de som drabbats främst av indragningar av assistansersättning från Försäkringskassan är personer i personkrets 3.[135] Att den ändrade normeringen så tydligt drabbat personer i personkrets 3 tycks ge bilden av en *medicinsk* syn på stöd till personer med funktionshinder. Den tredje personkretsen som infördes med LSS 1994 gjorde tydligt att det var behovet av

[131] Lindqvist (2007), s. 42. ”Läkare som grindvakter” är ett exempel från Conrad (1992), s. 211.
[132] Conrad (1992), s. 209.
[133] Conrad (1992), s. 211.
[134] Conrad (1992), s. 21. Översättningarna är hämtade från Lindqvist (2007), s. 42.
[135] ISF (2014), s. 95.

stöd och service som ska vara centralt för vem som ska beviljas insatser, inte vad funktionsnedsättningen i sig beror på.[136]

Försäkringskassans och andra utredningar har dock flertalet gånger efterfrågat tydligare lagstiftning för vem som ska beviljas vilket stöd, vilket tidigare nämnts. Försäkringskassan diskuterar i en rapport från 2015 att lagstiftningen inte är tydligt definierad med hänsyn till vilka övriga personliga behov som ska beviljas tid för och vad ”goda levnadsvillkor” och att ”leva som andra” innebär.[137] Riksrevisionen poängterar att regelsystemet inom LSS har lett till en rad tolknings- och tillämpningsproblem och genomförandet ställer stora krav på samverkan mellan olika myndigheter.[138] I SOU 2008:77 poängteras att omfattningen av personlig assistans har blivit långt mycket större än vad som förutsågs vid införandet av reformen, samt att begreppet ”grundläggande behov” och ”andra personliga behov” är vidare och vagare hur behov av hälso- och sjukvård, socialt bistånd och LSS-insatser förutom personlig assistans definieras.[139]

Någonstans måste lagtexten preciseras och tillämpas på myndigheternas arbete. För att bedöma om en person ska beviljas en insats, assistansersättning från Försäkringskassan i detta fall, och vilken omfattning i timmar insatsen ska ha så krävs det en likvärdig praxis. Denna praxis tycks dock leda till att tillgången till insatser i högre grad baseras på medicinska funktionsbedömningar. Sedan slutet av 2010 blev Försäkringskassans handläggare tvungna att konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare vid prövning av tillhörighet till personkrets 3.[140] ISF föreslår i en rapport från 2015 att Försäkringskassans handläggare bör utgå från ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), som är ett verktyg för att mäta den totala funktionsförmågan och som utförs av speciellt utbildad medicinsk personal. Bedömningen enligt ICF skulle översättas till ett visst antal timmar personlig assistans och detta skulle enligt ISF ge förutsättningar till en mer ”likformig bedömning, där rätt stöd ges till rätt person”. [141] Att ISF föreslår ICF som grund ska ses i kontexten att ISF tidigare ifrågasatt om personkretstillhörighet fortfarande fyller sin funktion eller om det är aktuellt att istället grunda personkretstillhörigheten på en bedömning av funktionsbehovet.[142] Försäkringskassans bedömningsdokument har redan ICF-klassificeringen som grund, men en bedömning som helt grundades på ICF skulle utsätta personer med funktionsnedsättning för ytterligare testning av funktionsförmåga. Om behovsbedömningen skulle bli än mer formaliserad och att det skulle tilldelas timmar utifrån ett resultat av ett ICF-test skulle det frångå principen om att det är individens egen bedömning av dennes stödbehov, samt individens livsföring, som ska vara grundläggande. Idag gör handläggare en bedömning av behov tillsammans med den som söker assistans, samt gör hembesök för att sedan ge ett beslut.

---

[136] Se diskussionen om personkretsar i SOU 1991:46, s. 139.
[137] Försäkringskassan (2015a), s. 21.
[138] Riksrevisionen (2004), s. 73.
[139] SOU 2008:77, ss. 434-435.
[140] ISF (2012c), s 60.
[141] ISF (2015), s. 89.
[142] ISF (2014), s. 95.

3.10 Sammanfattning

LSS- och assistansreformen var en milstolpe i svensk funktionshinderpolitik för att möjliggöra ett delaktigt liv för personer med funktionshinder. Kostnaderna kom dock relativt fort att öka från de 1.6 miljarder kronor i merkostnader som propositionen föreslog.[143] Under andra halvan av 2000-talets första decennium kom just kostnadsutvecklingen och kostnaden i sig att diskuteras flitigare för att nå sin topp under mitten av 2010-talet. Till detta har det med statliga utredningar 2008 och 2012 bidragit till en debatt om fusk och överutnyttjande av assistansersättningen. En ny utredning tillsattes i maj 2016 för att lämna förslag 2018.

Ett starkt fokus på kostnader har bidragit till ökade krav på myndigheter att tydligare kontrollera utbetalningarna genom striktare normering för att helt säkerställa att de som får ersättning verkligen är berättigade insatserna. Detta har skett utan ändringar av lagstiftningens syfte, mål och rättighetsstruktur. Trots sin starka rättighetskonstruktion finns det fog för att säga att LSS och assistansersättningen enligt SFB behandlas inom ramlagstraditionen, både på nationell och kommunal nivå. På nationell nivå har det funnits ett politiskt tryck på att minska kostnaderna och på den kommunala nivån spelar det kommunala självstyret in, tillsammans med att staten i viss mån inte kompenserar kommunerna för merkostnaderna som LSS inneburit. Om kommunerna ska få ett större ansvar för stöd till personer med funktionshinder måste rimligen mer resurser skjutas till från den nationella nivån.

Ramlagstraditionen i Sverige, kombinerad med kommunalt självstyre och brist på resurser gör att LSS som rättighetslag har svårt att tillgodose de behov som finns av stöd och service till funktionshindrade. Det delade huvudmannaskapet mellan stat och kommun tycks innebära svårigheter för att uppfylla individers rättigheter. Trycket på att dra ner kostnaderna verkar dock också inneburit att Försäkringskassans beslut om assistansersättning också behandlats i ramlagstraditionen och att LASS och senare SFB inte fungerat som strikta rättighetslagar.

Fokuseringen på kostnader har också lett till en att insatser till personkrets 1 till förmån för personkrets 3, vilket talar för en mer medicinsk syn på funktionshinder men även på stöd och service till personer med funktionshinder. I sig är det en återgång till synen som rådde innan LSS-lagstiftningen infördes.

[143] Prop. 1992/93:159, s. 4.

4. Tidigare studier om kostnaderna för insatser enligt LSS och SFB

4.1 Att räkna på kostnader och intäkter

Ett vanligt sätt i för att räkna på offentliga investeringar och utgifter i samhällsekonomi är att göra så kallade kostnadsnyttoanalyser (Cost-Benifit) av de insatser man vill undersöka. Detta gör man genom att beräkna utgifterna för samhället för att sedan uppskatta vilka nyttor eller intäkter utgifterna ger upphov till. LSS-reformen var dock aldrig tänkt som en samhällsekonomisk vinst i den meningen en statlig investering i exempelvis järnvägar kan ge avkastning till statskassan efter ett antal år. Exempelvis är assistansersättningen som sådan inte i första hand en arbetsmarknadspolitisk åtgärd för assistansmottagarna, även om assistansersättning kan vara absolut nödvändigt för vissa personers möjligheter att arbeta. Endast 11 procent, 1 447 personer, av personer mellan 16 och 70 år med assistansersättning från Försäkringskassan var sysselsatta under 2011, varav 90 procent tillhörde personkrets 3.[144] Det ska dock tilläggas att yrkesgruppen personliga assistenter var den tolfte största yrkesgruppen i Sverige 2014 enligt SCB.[145]

Reformen var en ambitionshöjning från samhällets sida,[146] tänkt att ge människor med omfattande funktionsnedsättningar goda levnadsvillkor och möjlighet att leva som andra. Detta värde är mycket svårare att omvandla till kronor och ören. Dock är det inte oviktigt att faktiskt uppskatta var kostnaderna i dagsläget hamnar och vem som bär kostnaderna om resurser fördelas annorlunda. Det finns få tidigare studier som försökt uppskatta hur kostnader för stöd till personer med funktionshinder flyttas runt mellan individen, kommunen och staten. Tre studier på området är av relevans att nämna, två från brukarrörelsen, och en av Socialstyrelsen, som försökt att uppskatta vad kostnaderna blir för samhället och individen vad gäller insatserna särskilt boende och assistansersättningen. Då personer med behov av stöd i många fall får hjälp av sina anhöriga är studier kring anhörigvård av, bland andra, Martha Szebehely av intresse. En kort genomgång kommer att göras av dessa studier nedan.

4.1.1 Socialstyrelsen, ”Personlig assistans enligt LASS ur ett samhällsekonomiskt perspektiv”[147]

Socialstyrelsen genomförde 2008 en undersökning med syftet att studera personlig assistans ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, samt att ”belysa kostnaderna, effekterna och värdet för assistansmottagare, anhöriga, stat,

[144] ISF (2015), bilaga 2, tabell 7.
[145] SCB (2016a).
[146] Socialstyrelsen (2008), s. 8.
[147] Socialstyrelsen (2008).

landsting, kommun och företag".[148] Detta väldigt breda fokus utmynnade inte i ett svar om de totala kostnaderna och intäkterna som assistansreformen (den del av LSS och LASS som rör personlig assistans) gett för de olika aktörerna. Däremot drar Socialstyrelsen några slutsatser som är relevanta för denna rapport.

- Personlig assistans har ökat livskvaliteten för brukare och anhöriga, och föräldrars och familjers tillvaro har normaliserats.
- Föräldrar till barn med assistansersättning har löneinkomster i högre utsträckning än föräldrar med barn utan funktionsnedsättningar och högre löneinkomster än föräldrar med barn som inte har assistansersättning på grund av att de många gånger arbetar som personliga assistenter.
- Anhöriga till människor med assistansersättning har getts möjlighet att förvärvsarbeta utanför hemmet.
- Mycket tyder på att personlig assistans minskat konsumtionen av vårdtjänster hos brukare och deras anhöriga vilket troligen avlastat hälso- och sjukvården, trots att personlig assistans inte ska beviljas för sjukvårdande insatser.
- Många utan tidigare arbetslivserfarenhet har sitt första jobb som personliga assistenter.
- Schablonersättningen har minskat kostnadsutvecklingen.
- Personlig assistans har minskat kostnaderna för insatser enligt SoL, exempelvis hemtjänst.
- Behovet av personlig assistans påverkas av vilka övriga insatser som erbjuds från kommunen enligt LSS och vilken kvalitet dessa insatser har.
- Hemtjänst och särskilt boende har ändrat karaktär sedan början av 1990-talet, från servicetjänster, social gemenskap och aktiviteter till omvårdnad. Så kallat "korttids" och ferieverksamhet har försvunnit med hänvisning till att barnen som tidigare haft tillgång till insatserna istället har personlig assistans.
- Mycket talar för att ett förändrat utbud hos kommuner och landsting ökat kostnaderna för assistansersättning, alltså att folk fått välja personlig assistans för att kommunerna och landsting inte längre erbjuder andra tjänster.

Socialstyrelsen drar dock också slutsatsen att det saknas statistik, studier och forskning för att kunna göra kalkyler över hur olika verksamheters kostnader förändrats, exempelvis vilka insatser som personlig assistans ersatt.[149] Socialstyrelsens rapport pekar på en del generella effekter av införandet av assistansersättningen från Försäkringskassan men saknar underlag för att ge en sammanfattad bild av alla kostnader och effekter för brukare och övriga aktörer.

[148] Socialstyrelsen (2008), s. 108-109.
[149] Socialstyrelsen (2008), s. 120.

4.1.2 *ILI, ”Personlig assistans – en billig och effektiv form av valfrihet, egenmakt och integritet”*[150]

Independent Living Institute (ILI) är en privat stiftelse som jobbar för att främja rättigheter för människor med funktionsnedsättning. I rapporten från 2008 beräknar ILI besparingar som personlig assistans gett i förhållande till kostnaderna för hemtjänst mellan 1994 och 2006. Rapporten utgår från hemtjänst som alternativ till personlig assistans, vilket i huvudsak var fallet innan personlig assistans infördes med assistansreformen 1994. Genom att utgå från faktiskt utbetalda timmar, samt kostnad per timme, inom assistansersättningen har resultatet jämförts med vad kostnaderna hade blivit om samma antal timmar istället hade utförts inom hemtjänsten. ILI uppskattar att besparingen för samhället uppgått till 29 miljarder kronor för de tolv studerade åren. Detta förutsätter att antalet timmar inom hemtjänsten ökat för personer med funktionshinder utan införandet av rättighetslagen LSS. Antagandet att antalet timmar hade ökat på samma sätt *utan* assistansreformen är dock tveksamt. LSS-lagstiftningen var en ambitionshöjning och utan en ambitionshöjning hade antalet timmar knappast ökat i samma takt, varför jämförelsen blir haltande.

4.1.3 *Föreningen JAG, ”Priset för valfrihet, självbestämmande och integritet”*[151]

Brukarföreningen Jämställdhet Assistans Gemenskap (JAG) genomförde en studie av kostnaderna för fyra gruppboenden för personer med omfattande funktionshinder i Eskilstuna, Uppsala och Skellefteå, samt en undersökning av gruppbostäder i Stockholm. I kostnadsberäkningarna visar JAG på att om den genomsnittliga kostnaden för en enskild brukare i tre av de fyra gruppboende istället lagts på personlig assistans hade den genomsnittliga personaltiden per brukare ökat.[152] Förutom att antalet timmar i snitt ökat per brukare genom att lägga resurser på personlig assistans, ökar även kvaliteten. JAG delar upp tiden per brukare i *individuell personaltid* som innebär att minst en personal viker tid åt en enda brukare. Viss annan tid som omfattar *generell personaltid* som baseras på att brukarna delar lika på personalresurserna. *Övrig bemannad personaltid* innebär att brukarna inte erhåller någon service men att personal kan anropas. Med personlig assistans har brukaren istället en personal som hela tiden är avsedd till en enda individ. Med personlig assistans kan brukaren också fritt avgöra vad som ska göras och när, något som inte är fallet för personaltid på ett gruppboende. Enligt JAGs resonemang innebär detta att kvaliteten hade höjts om kostnaden per brukare hållits konstant.

LSS-insatserna *boende för vuxna* och *personlig assistans* skiljer sig dock åt något. Det är inte per automatik så att personlig assistans är den bäst lämpade insatsen för alla. I en litteraturöversikt konstaterar Försäkringskassan att personlig assistans ger större inflytande över de egna livsvillkoren än

---

[150] ILI (2008).
[151] JAG (2006).
[152] De totala kostnaderna per brukare och personaltätheten på respektive gruppboende beräknades. Kostnaderna per brukare delades sedan med schablonersättningen för personlig assistans.

andra stödformer samt att personlig assistans har stor betydelse för självständighet och delaktighet, förutsatt att den assistansberättigade har möjlighet att utöva kontroll över insatsen. Ett intellektuellt funktionshinder kan dock utgöra ett hinder för denna kontroll.[153] Eftersom att JAGs studie fokuserade på boenden med personer med omfattande funktionshinder, däribland intellektuell nedsättning och nedsatt autonomi uppstår det svårigheter att avgöra insatsernas jämförbarhet och utbytbarhet för den studerade gruppen.

4.1.4 Kostnader för anhörigstöd, -vård och -omsorg

Socialstyrelsen drar slutsatsen att ”[a]ssistansreformen har haft stor betydelse för de anhörigas möjligheter att både förvärvsarbeta utanför hemmet och få lön för det omsorgsarbete de utför i hemmet”.[154] En av de tidigaste förklaringarna till att kostnaderna för assistansreformen var högre än väntat var att lagstiftarna kraftigt underskattade de anhörigas insatser i att ge stöd och hjälp till människor med funktionshinder.[155] Det talar för att anhörigvården, redan innan reformen, var en väldigt viktig del av de samhälleliga insatserna till personer med funktionshinder.

Begreppen anhörigvård, -stöd, -omsorg eller -hjälp har alla olika laddning. En person med funktionsnedsättning är med nödvändighet inte i behov av vård eller omsorg. Ofta handlar det istället om stöd i vardagen för att kunna leva sitt liv som personen vill. Tidigare forskning använder inte sällan begreppen anhörigvård och -omsorg och när de diskuteras nedan används studiernas egen terminologi. Syftet är att diskutera det stöd som ges för den dagliga livsföringen och inte de begrepp som generellt förknippas med vård- och omsorgssektorn.

Det finns få studier som direkt studerar omfattningen av anhörigstöd eller anhörigvård till personer med omfattande funktionshinder. Däremot finns det en relativt utvecklad forskning om anhörigvård till äldre personer (65 år och äldre).[156] Ungefär var fjärde person i befolkningen är omsorgsgivare, men det är vanligast att personer i medelåldern (45-66 år) vårdar anhöriga.[157] Uppskattningar om antalet omsorgs- eller stödgivare utgår från enkätstudier och hur frågorna är formulerade vilket innebär att olika studier har olika uppskattningar om omfattningen av anhörigstöd varierar.[158] I en studie från Stockholms universitet från 2013 konstaterades att 42 procent av personer i medelåldern gav anhörigomsorg minst en gång i månaden till en anhörig som inte klarar sig själv på grund av hög ålder, sjukdom eller funktionsnedsättning.[159] Det finns inga könsskillnader vad gäller andelen personer som ger stöd eller hjälp, däremot finns det könsskillnader i det att kvinnor ger mer omfattande hjälp och stöd än män.[160] Kvinnor upplever

---

[153] Försäkringskassan (2014), ss. 23-24.
[154] Socialstyrelsen (2008), s. 60.
[155] SOU 1995:126, s. 15.
[156] Se exempelvis Ulmanen & Szebehely (2015).
[157] Szebehely (2014), s. 134.
[158] Szebehely (2014), ss. 133-135.
[159] Szebehely, Ulmanen & Sand (2014).
[160] Szebehely, Ulmanen & Sand (2014), ss. 12-13.

också ett högre mått av psykiska och fysiska påfrestningar, har svårare att hinna umgås med vänner och delta i fritidsaktiviteter och har svårare att fokusera på sitt arbete.[161] Störst negativ effekt på privatlivet och hälsan upplever de som ger hjälp varje dag.

Konsekvenserna på arbete är också störst för kvinnor, men effekterna är kännbara även för män. Mellan 32,9-39,3 procent av de kvinnor och män som ger hjälp varje dag har svårt att hålla arbetstider, svårt att hinna med arbetsuppgifter, är förhindrade att delta i möten samt har fått tacka nej till övertid eller nya uppdrag.[162] Anhörigvårdare tar i högre utsträckning ledigt, betalt eller obetalt, för att hjälpa anhöriga.[163] Studien visar också att 13,1 procent av kvinnor och 8,1 procent av män som ger hjälp eller stöd till anhöriga har gått ner i arbetstid, sagt upp sig från arbete eller gått i förtidspension, vilket också visar sig i minskade inkomster på grund av omsorgsgivande.[164] Upp till tio procent av personer som ger stöd eller hjälp till anhöriga uppger lägre inkomst som en konsekvens av sitt anhörigstöd.[165] Socialstyrelsen drar liknande slutsatser kring effekterna på hälsan, livskvalitet och arbete för de som ger anhörigstöd.[166]

Det är mest vanligt med anhöriga som ger hjälp till någon eller båda av sina föräldrar. Hjälp till andra familjemedlemmar är dock mer ovanligt. Av båda könen är det 5 procent av de som ger anhörigvård som hjälper en maka, make eller partner, medan 8 procent av kvinnor och 4 procent som ger anhörigvård hjälper ett sjukt eller funktionshindrat barn.[167] De som ger hjälp och stöd åt yngre personer ger också mer omfattande stöd jämfört om de skulle gett hjälp och stöd till en äldre person (oftast en förälder).[168]

Forskningen om anhörigvård och -stöd har dock mest fokuserat på stöd till äldre och inte specifikt på personer under 65 år med funktionsnedsättningar eller kroniska sjukdomar.[169] Något som är speciellt vad gäller stöd till anhöriga med funktionshinder är att personer med funktionshinder har behov av mer omfattande stöd. Socialstyrelsen definierar i en rapport från 2014 tre kategorier av omsorgsgivare. Kategori 1 ger *måttlig omsorgsgivande* vilket motsvarar hjälp och stöd till närstående mindre än 1 timme per vecka. Kategori 2 ger *omfattande omsorgsgivande* vilket motsvarar mellan 1-10 timmar hjälp och stöd per vecka. Kategori 3 ger *mycket omfattande omsorgsgivande* vilket motsvarar hjälp och stöd 11 timmar eller mer per vecka.[170] I en enkätstudie riktad till omsorgsgivare i Stockholmsområdet visar Jeppsson Grassman et al. att anhöriga gav stöd i snitt 50 timmar i månaden, alltså cirka 12 timmar per vecka, till personer under 65 med speciella stödbehov.[171]

---

[161] Szebehely, Ulmanen & Sand (2014), ss. 16-19.
[162] Szebehely, Ulmanen & Sand (2014), s. 19.
[163] Szebehely, Ulmanen & Sand (2014), s. 24.
[164] Szebehely, Ulmanen & Sand (2014), s. 24.
[165] Szebehely, Ulmanen & Sand (2014), s. 31.
[166] Socialstyrelsen (2014), *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvensers*.
[167] Szebehely, Ulmanen & Sand (2014), s. 15.
[168] Szebehely, Ulmanen & Sand (2014), ss. 28, 31
[169] Jeppsson Grassman, Whitaker & Taghizadeh Larsson (2009), ss. 35-49.
[170] Socialstyrelsen (2014), s. 17.
[171] Jeppsson Grassman, Whitaker & Taghizadeh Larsson (2009), s. 40.

Speciella stödbehov (*particular needs of care* i artikeln) innebär att personerna har ett funktionshinder eller långvarig sjukdom. Personer under 65 utan speciella stödbehov fick i snitt stöd 17 timmar i månaden, cirka 4 timmar per vecka.

För att sammanfatta den tidigare forskningen om anhörigvård och dess kostnader pekar resultaten framförallt på att omfattande omsorg om anhöriga leder till negativa effekter för anhöriga som ger stöd, hjälp och service. De som ger stöd till anhöriga med funktionshinder verkar också vara i den kategori som ger *mycket omfattande omsorgsgivande* vilket innebär att de negativa effekterna är som störst för denna grupp. För att koppla till indragningarna av assistansersättningen tycks detta tala för att de kostnader som sparas in när en person som tappar assistansersättning inte får likvärdiga insatser från kommunen, kommer att överföras till den tidigare assistansberättigades anhöriga. Konsekvenserna är både hälsorelaterade och arbetsrelaterade.

4.2 Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan vi av tidigare utredningar utläsa att stöd enligt LSS, då i första hand personlig assistans från Försäkringskassan, har bidragit till anhörigas välfärd och möjligheter att arbeta på samma sätt som de assistansberättigade själva fått möjlighet att leva självständiga liv. Det omvända är också sant: om inte samhället ger stöd till personer med funktionshinder är det familjen och den funktionshindrades anhöriga som tar över. Anhörigstödet för de som ger stöd, vård och omsorg till någon med funktionshinder är mer omfattande än anhöriga som ger stöd, vård eller omsorg till någon äldre, exempelvis en förälder. Ett omfattande anhörigstöd ger negativa effekter på hälsa, arbete och inkomst för den som ger stödet. Det finns också anledning att tro att personlig assistans är en mer behovseffektiv insats till vissa personer med omfattande stödbehov vars alternativ är att få insatsen särskilt boende.

Utifrån detta kan vi dra en slutsats som är av relevans för enkätstudien – om samhällets stöd, i första hand assistansersättningen, dras in och motsvarande stöd inte erbjuds från kommunerna, kommer brukarens anhöriga att ge ett omfattande stöd med konsekvenser på hälsan och arbetet. Kostnader flyttas från den nationella nivån till kommunerna men även till den informella familjesektorn.

5. Kostnadsbördans förskjutning – från stat till kommunen, brukaren och dess anhöriga

I detta kapitel kommer resultaten från enkätstudien att presenteras. Med hjälp av brukarorganisationen STIL skickades enkäter ut under mars månad 2016 till personer som tidigare haft assistansersättning från Försäkringskassan, någon gång mellan 2010 och 2015, och som istället hade stöd enligt LSS från kommunen. STIL distribuerade enkäten till de som hade någon insats från kommunen efter att de fått indragen assistansersättning från Försäkringskassan genom sina kontakter i brukarrörelsen. Först kommer enkätens upplägg att beskrivas. Efter det redovisas resultaten av enkätsvaren. Med hjälp av dessa resultat har beräkningar gjorts för att uppskatta hur kostnadsbördan skiftar från staten till kommunen, brukaren och brukarens anhöriga. Detta kapitel diskuterar även de aspekter som går utöver vad som kunnat utläsas av enkätsvaren, bland annat arbetsmarknadseffekter av indragen assistansersättning.

5.1 Enkätens upplägg

Svarsfrekvensen var 49 procent, 19 av 39 enkäter kom in och de allra flesta uppgav att de fick information om enkäten från sin nuvarande eller före detta assistansanordnare. Efter en genomgång av enkäterna föll 6 enkäter bort på grund av undermålig information eller att respondenterna inte hunnit få beslut om nya insatser från kommunen efter att de tappat assistansersättningen nära inpå enkätstudien. Detta innebär att resultatet av enkäterna redovisas utifrån de 13 kvarvarande enkäterna. Då urvalet är litet och antalet användbara enkäter uppgår till 33 procent av de totala antalet utskickade enkäter är de redovisade resultaten mer tänkta att exemplifiera än att ge en heltäckande bild av situationen för de som fått sin assistansersättning indragen. Svaren är dock i stort överensstämmande med ISFs studie från 2014 och Socialstyrelsens rapport från 2015.[172]

Respondenterna fick dels svara på vilka insatser de haft från LSS och SFB, vilka insatser de hade vid tiden de fyllde i enkäten, alltså efter att de fått assistansersättningen från Försäkringskassan indragen, samt hur de upplevde kvaliteten på de olika insatserna. De fick också svara på om de själva köpte tjänster för egna pengar och till vilken grad de fick hjälp och stöd från anhöriga. De kriterier som rörde kvalitét är uppdelade i tre kategorier i enkäten. Respondenterna fick svara på om de själva kunde bestämma vem som genomförde insatsen, vad som skulle göras samt när, var och hur det skulle ske. Detta kallas i rapporten för *kvalitet service*. Sen följde frågor om hur väl individen kunde sköta sina dagliga sysslor som sin personliga hygien, matlagning och städning och hur väl respondenterna höll med i att de kunde delta i fritidsaktiviteter, ha en sysselsättning, ha och vårda vänskap,

[172] Se ISF (2014), och Socialstyrelsen (2015b).

delta i familjelivet samt vara jämlika partners. Detta kallas i rapporten för *kvalitet behov*. Till sist fick respondenterna svara på hur de kände för att ta större livsbeslut som att flytta, byta sysselsättning eller ingå kärleksrelationer. Detta kallas i rapporten för *kvalitet förändring*. Enkäten är i sin helhet bifogad i bilaga 1.

För att beräkna hur kostnader flyttar mellan den statliga nationella nivån till kommuner och assistansberättigade och dennes anhöriga finns det inte tidigare studier som visar på vilket samlat stöd som en person som fått assistansersättning från Försäkringskassan får före och efter beslut om indrag. I enkäten så efterfrågades detta. Genom att beräkna kostnaderna och på vilken nivå de hamnar är det möjligt att ge en bild av de ekonomiska konsekvenserna för kommunen, individen och dess anhörig av indragen assistansersättning.

5.2 Anhörigstöd blir viktigare som insats

Vad gäller beviljade assistanstimmar så stämmer enkätens resultat rätt så väl överens med resultaten från Socialstyrelsens rapport från 2015.[173] I enkätstudien var det dock ingen som hade fler timmar personlig assistans från kommunen än från Försäkringskassan, vilket en femtedel hade i rapporten från Socialstyrelsen. Endast en person uppgav att behovet av stöd och service minskat sedan hen fått assistansersättningen indragen medan de övriga uppgav att deras behov antingen var oförändrat eller hade ökat. Resultatet från enkäten visar dock, precis som Socialstyrelsens rapport, att nära hälften, 46 procent i enkäten och 43 procent i Socialstyrelsens rapport hade över 25 procent färre timmar personlig assistans från kommunen jämfört med vad de haft från Försäkringskassan. Jämförelsen med Socialstyrelsens rapport visas i tabell 10.

[173] Socialstyrelsen (2015b), s. 35.

Enkätsvaren		Socialstyrelsen 2015	
Ökning antalet timmar	0%	Ökning antalet timmar	20%
Oförändrat antal timmar	8%	Oförändrat antal timmar	7%
Mellan 1-9 % färre timmar	8%	Mellan 1-9 % färre timmar	14%
Minskning 10-25 %	39%	Minskning 10-25 %	16%
Över 25 % färre timmar	46%	Över 25 % färre timmar	43%
Mellan 26-50 % färre timmar	15%		
Mellan 51-75 % % färre timmar	15%		
Mellan 76-100 % färre timmar	15%		

Tabell 10. Förändring av tilldelning av timmar personlig assistans från kommunen jämfört med tilldelningen av timmar från Försäkringskassan via assistansersättningen, procentuell fördelning. *Källa: Enkäten, Socialstyrelsen (2015).*

ISFs aktstudie från 2014 visar att 54 procent fick personlig assistans från kommunen 2013, efter indrag av assistansersättning från Försäkringskassan 2012.[174] Från resultatet av enkätstudien går att utläsa att 92 procent hade personlig assistans från kommunen efter att Försäkringskassan beslutat att dra in assistansersättningen. Detta kan förklaras av att enkäten distribueras, bland annat, via assistansanordnare. Assistansanordnare har inte i samma utsträckning kontakt med personer som de inte längre själva anordnar assistans för vilket gör att de med personlig assistans efter indragningen av assistansersättningen är överrepresenterade. Dock visar enkäten att genomsnittstiden personlig assistans minskade med cirka 36 procent, från 102 timmar i veckan i genomsnitt med assistansersättning från Försäkringskassan till 65 timmar i veckan personlig assistans från kommunerna. Detta illustreras i tabell 11. Andelen som köper privat service för sina egna eller anhörigas pengar ökade från 8 procent innan beslut om indragen assistans från Försäkringskassan till 24 procent efter. Denna siffra ska dock ses på med försiktighet. Det handlar i två fall om köp av två timmar i veckan medan en individ köpte 30 timmar i veckan. I detta räknas också in en person vars assistansanordnare bekostade sju timmar i veckan för att runda upp till det timantal respondenten hade från assistansersättningen.

[174] ISF (2014), tabell 22.

	Före beslut om indrag	Efter beslut om indrag
Andel med personlig assistans från kommunen	8%	92%
Timmar personlig assistans i snitt	102 timmar/vecka	65 timmar/vecka
Hemtjänst	0%	8%
Ledsagarservice	0%	15%
Tjänster köpta för egna eller anhörigas pengar	8%	24%
Timmar köpta för egna eller anhörigas pengar i snitt	2 timmar/vecka	11 timmar/vecka
Daglig verksamhet	31%	38%
Boendestöd från kommunen	0%	8%
Stöd och hjälp från anhöriga	46%	77%
Timmar stöd och hjälp från anhöriga i snitt	18 timmar/vecka	34 timmar/vecka

Tabell 11. Några nyckeltal kring insatser, före och efter beslut om indrag av assistansersättningen. Andel med vissa insatser eller genomsnittligt stöd i timmar/vecka. *Källa: Enkäten.*

Det som sticker ut i resultatet från enkätstudien är den höga andelen som får stöd från anhöriga, både före och efter beslut om indrag av assistansersättning från Försäkringskassan. Innan beslut om indrag av assistansersättningen hade 46 procent anhörigstöd, i snitt 18 timmar per vecka vilket enligt Socialstyrelsens kategorisering innebär *mycket omfattande omsorgsgivande*.[175] Efter beslut om indrag av assistansersättningen uppgav 77 procent att de hade stöd från anhöriga, i snitt 34 timmar per vecka. Av fritextsvaren bekräftas att många anhöriga ansåg att de fick bära en stor del av ansvaret när kommunerna beviljade personlig assistans i lägre utsträckning än Försäkringskassan tidigare gjort. Personlig assistans från kommunen är den insats som i högst grad ersatt personlig assistans från Försäkringskassan medan anhörigstöd är den insats som i högst grad kompenserat för lägre tilldelning timmar av, i första hand, personlig assistans.

5.3 Indragen assistansersättning sänker kvaliteten

Respondenterna fick ta ställning till en rad olika påståenden kring hur de upplevde kvaliteten av sina samlade insatser, före och efter beslut om indragen assistansersättning. Påståendena var formulerade av typen ”Under tiden jag hade assistansersättning från Försäkringskassan räckte insatserna till att… sköta min personliga hygien”, eller ”De insatser jag nu har från kommunen räcker till att… sköta min personliga hygien”. Därefter fick respondenterna svara ”Håller helt med”, ”Håller delvis med”, ”Håller delvis inte med” eller ”Håller inte med” på varje påstående. För att ge en tydligare bild av förändringen i kvalitet med insatser från Försäkringskassan och kommunen översätts svaren till siffervärden, där ”Håller helt med”

[175] Socialstyrelsen (2014), s. 17

motsvarar 4 poäng och ”Håller inte med” motsvarar 1 poäng kan förändringen före och efter indrag av assistansersättningen visas.

Enkäten gav också möjlighet att på vissa frågor svara ”Inte aktuellt”. Det har funnits vissa problem vad gäller hur svaret ”Inte aktuellt” ska tolkas. I några fall svarade respondenterna ”Inte aktuellt” på påståendena kring, exempelvis, om insatserna är tillräckliga för att arbeta eller ha en sysselsättning och vara en jämlik partner, innan beslutet om indragen assistansersättning, för att sedan svara att de inte håller med om samma påstående med insatserna från kommunen. Vanligt förekommande var också att en del respondenter svarade ”Inte aktuellt” på påståendet att insatserna räcker till att flytta till en annan kommundel/stadsdel eller till en annan kommun före indragning, medan de inte håll med att de kunde göra sådana förändringar med stöd enbart från kommunen och anhöriga. Detta kan betyda att personer har tappat sin partner eller sagt upp sig från sitt arbete under tiden från när de hade assistansersättning till efter indragningsbeslutet, eller att de trivdes bra i sin bostad och därför inte hade avsikter att flytta under tiden med assistansersättning. Alltså fångar enkäten inte helt upp förändrade levnadsförhållanden som inte nödvändigtvis påverkas av samhällets stöd till individen.

För varje enkät har en rimlighetsbedömning gjort för om svaren ”Inte aktuellt” kan ha inneburit en förändring i upplevd kvalitet för respondenterna som en konsekvens av indragen assistansersättning. Resultatet påverkas dock inte nämnvärt av tolkningarna jämfört med om svaren ”Inte aktuellt” plockas bort från sammanställningen. Resultatet, vilket visas i tabell 12, pekar tydligt mot en försämring av den upplevda kvaliteten på insatser från kommunen i jämförelse med när assistansersättningen var den huvudsakliga insatsen.

	Före	Efter	... där siffervärdena motsvarar	
Kvalitet service	3,9	3,2	4	Håller helt med
Kvalitet behov	3,9	2,4	3	Håller delvis med
Kvalitet förändring	3,8	1,8	2	Håller delvis inte med
			1	Håller inte med.

Tabell 12. Förändring av upplevd kvalitet från assistansersättningen och kommunala insatser, före och efter indrag av assistansersättningen. *Källa: Beräkningar gjorda utifrån enkätsvaren.*

Kvaliteten för varje enskild insats kan inte bedömas, utan med *kvalitet* så menas den upplevda kvaliteten av *det totala stöd som en individ fick med assistansersättning från Försäkringskassan* och *den totala omfattningen av insatser från kommunen som en individ får efter indragen assistansersättning*. Noterbart är att kvaliteten på insatserna upplevdes lägre för alla kvalitetskategorier, men avsevärt lägre vad gäller *kvalitet behov* och *kvalitet förändring* med insatserna från kommunen till skillnad från tiden respondenterna hade assistansersättning från Försäkringskassan. Att kvaliteten blir lägre när kommunen tar över som huvudsaklig huvudman för insatserna kan i de flesta fall förklaras av att omfattningen av insatserna inte är tillräckligt stor. Det betyder inte nödvändigtvis att en timme personlig assistans från kommunen eller en timme stöd från anhöriga är

sämre på att uppfylla respondenternas behov än en timme assistansersättning från Försäkringskassan.

5.4 Beräkning av kostnader och kostnadsflöden

I detta avsnitt presenteras en beräkning av hur kostnader flödar från den statliga nationella nivån till kommunerna och assistansmottagarna samt dess anhöriga. Alla beräkningar är gjorda med 2014 som basår eftersom att det från detta år finns enhetliga prisuppgifter. Uträkningen är en analys av utgifter för olika aktörer, i detta fall staten, kommunen och individen samt dess anhöriga. Eventuella intäkter från arbete och konsumtion till staten och kommunerna är inte inräknade men kan antas minska i proportion med att utgifterna för stat och kommun går ner. Beräkningar beskriver alltså bruttokostnaden.

När det gäller att uppskatta alternativkostnaderna för anhörigstöd har två kostnadsnivåer valts för en timme anhörigstöd beroende på om alternativet till en timme anhörigstöd hade varit fritid eller arbete. Kostnaden för en timme anhörigstöd blir i dessa beräkningar vad en anhörig till den funktionshindrade individen ”betalar” för att utföra tjänsten, eller vad den avstår i form av värdet av en timme fritid eller en timme arbete. En timme fritid uppskattas till 116 kronor per timme baserat på Trafikverkets uppskattningar av kortare restid enligt Analysmetod och samhällsekonomiska kalkylvärden för transportsektorn (ASEK).[176]

För att uppskatta vad en timme arbetstid är värt har medianlönen från 2014 använts som sedan omräknats till en timlön på 163 kronor per timme. Om alternativet för den anhörige är att arbeta en timme istället för att ge stöd så uppskattas 163 kronor per timme vara vad personen avstår för att ge anhörigstöd. Jämfört med schablonersättningen för personlig assistans är uppskattningen av alternativkostnaderna för fritid och arbete restriktiva, dock får de anses som de mest vedertagna uppskattningarna av alternativkostnaderna för arbete och fritid, givet den begränsade enkätinformationen.

Tabell 13 nedan visar hur många timmar personlig assistans respondenterna hade med assistansersättningen från Försäkringskassan, övriga insatser från kommunen och anhöriga samt beräknade kostnader för alla insatser. Noterbart är ökningen av anhörigas del av det totala stödet. Insatserna är inte alls jämförbara vad gäller syfte och kvalitet, men vi kan notera att om vi jämför anhörigas andel av den totala tiden stöd före indragningen av assistansersättningen så ökade anhörigas andel från cirka 7 procent till 24 procent av den totala tiden stöd efter att assistansersättningen dragits in. För att uppskatta hur kostnader flyttar så spelar det roll vilka alternativen är för varje åtgärd. I tabell 13 visas därför även resultatet av fyra före- och efterberäkningar som gjorts av kostnaderna för varje insats beroende på om den assistansberättigade haft en kommunal eller privat assistansanordnare samt om alternativet till tiden som den assistansberättigades anhöriga hade

[176] Trafikverket (2016), s. 4.

ägnats till arbete eller fritid. Vilka värden som varje insats redovisas i bilaga 2.

Oavsett alternativ visar resultatet på en besparing för samhället, definierat som stat, kommunerna och familjen, alltså brukaren samt dess anhöriga. Besparingarna är störst om assistansanordnaren är kommunal och om alternativet till anhörigstödet är fritid, vilket uppskattas till cirka 3.8 miljoner kronor per år. Den minsta besparingen beräknas vara om assistansanordnaren är privat och alternativet till anhörigstödet är arbete, vilket uppskattas till cirka 2.5 miljoner kronor per år. Slutsatsen att indragen assistansersättning är en samhällsbesparing grundar sig dock inte på likvärdiga alternativ. Den totala tiden stöd, oavsett insats, minskade enligt enkätsvaren med 126 timmar i veckan, samt att anhörigas insatser ökade med 234 timmar per vecka, nästan 2.5 gånger.

	Kronor/år	Totala timmar per insats	Privat anordnare, fritid anhörig	Privat anordnare, arbete anhörig	Kommunal anordnare, fritid anhörig	Kommunal utförare, arbete anhörig
Före	PA SFB	1 318	19 190 000	19 190 000	21 380 000	21 380 000
	PA LSS	4	60 000	60 000	70 000	70 000
	Timmar DV	88	280 000	280 000	280 000	280 000
	Hemtjänst	0	-	-	-	-
	Ledsagarservice	0	-	-	-	-
	Boendestöd	0	-	-	-	-
	Anhörigtimmar	106	640 000	900 000	640 000	900 000
	Köpta timmar	2	30 000	30 000	30 000	30 000
	Summa före:	1 518	20 200 000	20 460 000	22 400 000	22 660 000
Efter	PA SFB	-	-	-	-	-
	PA LSS	779	11 340 000	11 340 000	12 720 000	12 720 000
	Timmar DV	112	360 000	360 000	360 000	360 000
	Hemtjänst	63	1 450 000	1 450 000	1 450 000	1 450 000
	Ledsagarservice	34	790 000	790 000	790 000	790 000
	Boendestöd	24	600 000	600 000	600 000	600 000
	Anhörigtimmar	340	2 050 000	2 880 000	2 050 000	2 880 000
	Köpta timmar	41	600 000	600 000	600 000	600 000
	Summa efter:	1 392	17 180 000	18 010 000	18 560 000	19 390 000

Tabell 13. Sammanställning av insatser och totala kostnader per år baserat på utförare och alternativkostnader för anhörigstöd utifrån enkätsvaren, före och efter beslut om indragen assistansersättning. *Källa: Beräkningar gjorda utifrån enkätsvaren.*

Anmärkning: Personlig assistans enligt assistansersättningen benämns som PA SFB, kommunal personlig assistans som PA LSS, daglig verksamhet som DV.

I tabell 14 har de totala kostnaderna delats upp på stat, kommun och individen samt dennes anhöriga, vilket kallas för ”Familj” i tabellen. Med assistansersättning från Försäkringskassan kan vi se att den assistansberättigade och dess anhöriga bär en relativt liten del av de totala kostnaderna. Dock ökar denna del substantiellt efter indragningen. Från 3.0-4.5 procent av de totala kostnaderna före indrag av assistansersättningen till 14.3-19.3 procent efter.

	Kronor/år	Privat anordnare, fritid anhörig	Privat anordnare, arbete anhörig	Kommunal anordnare, fritid anhörig	Kommunal utförare, arbete anhörig
Före	Stat	15 400 000	15 400 000	15 400 000	15 400 000
	Kommun	4 130 000	4 130 000	6 330 000	6 330 000
	Familj	670 000	930 000	670 000	930 000
	Sa:	20 200 000	20 460 000	22 400 000	22 660 000
Efter	Stat	-	-	-	-
	Kommun	14 530 000	14 530 000	15 910 000	15 910 000
	Familj	2 650 000	3 480 000	2 650 000	3 480 000
	Sa:	17 180 000	18 010 000	18 560 000	19 390 000
Procentuell kostnadsfördelning					
Före	Stat	76,3%	75,3%	68,8%	68,0%
	Kommun	20,4%	20,2%	28,2%	27,9%
	Familj	3,3%	4,5%	3,0%	4,1%
	Sa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Efter	Stat	-	-	-	-
	Kommun	84,6%	80,7%	85,7%	82,1%
	Familj	15,4%	19,3%	14,3%	17,9%
	Sa:	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabell 14. Fördelning av kostnader mellan stat, kommun och familjen, före och efter beslut om indragen assistansersättning. *Källa: Beräkningar gjorda utifrån enkätsvaren.*

Kommuner har i snitt cirka 10-12 procent högre kostnader än schablonbeloppet för att anordna personlig assistans, både vad gäller assistans enlig LSS eller som anordnare med assistansersättning från Försäkringskassan.[177] Kommunerna är också ansvariga för att bekosta de 20 första timmarna av assistansersättningen från Försäkringskassan. Att kommunen har högre kostnader än schablonersättningen från Försäkringskassan samt att de är ansvariga för att finansiera de första 20 timmarna innebär att kommunens kostnader som anordnare är substantiella även före det att assistansersättningen dras in, men också att kostnaderna blir högre om kommunen är assistansanordnare för assistansersättningen än om ett privat företag eller ett brukarkooperativ är det.

Beräkningarna tar dock inte hänsyn för skillnader, före och efter indrag av assistansersättningen från Försäkringskassan, som exempelvis att respondenterna bytt assistansanordnare eller om en anhörig gått från anställning

[177] Se SKL (2016), s. 8.

till arbetslöshet eller tvärtom. För att kunna utföra jämförbara beräkningar har alla omständigheter hållits fasta.

Man ska ta i aktning att dessa kostnader utgår från riksgenomsnitt och att kostnaderna mellan kommunerna kan variera stort, antingen som en konsekvens av faktiska skillnader eller på grund av skillnader i redovisning. Detta kan få konsekvensen att det som är en samhällsekonomisk besparing, enbart på ekonomisk grund, i en kommun inte behöver vara det i en annan kommun.

5.5 Aspekter som inte täcks av beräkningarna

I dessa beräkningar har vissa kostnader bortsetts från. De viktigaste är

- anhörigstödets effekter på arbetslöshet och produktion,
- eventuella utbetalningar från Försäkringskassan av aktivitets- och sjukersättning för långtidssjukskrivna anhöriga,
- eventuella utbetalningar av aktivitets- och sjukersättnings till före detta assistansmottagare som inte längre kan arbeta på grund av indragen assistans,
- skatte- och konsumtionsintäkter från personliga assistenters lönekostnader,
- arbetsmarknadspolitiska fördelar av assistansersättningen

5.5.1 Anhörigstödets konsekvenser på arbete och arbetslöshetsersättningar

Som tidigare nämnts finns det tydliga samband mellan lägre inkomster av arbete och sjukskrivning för de som ger stöd till anhöriga. Personer som ger stöd till anhöriga med funktionshinder tenderar också att hamna i kategorin av de som står för *mycket omfattande omsorgsgivande*, enligt Socialstyrelsens definition. Ju mer omfattande stöd anhöriga ger, desto större är risken för negativa effekter på hälsa, inkomst och arbete. Som tidigare nämnts visar studien av Szebehely, Ulmanen och Sand att 13.1 procent av kvinnor och 8.1 procent av män i medelåldern som ger stöd till anhöriga har gått ner i arbetstid, sagt upp sig från arbete eller gått i förtidspension.[178] Eftersom att anhöriga som ger stöd till personer med funktionsnedsättningar ger mer stöd än andra kan vi anta att konsekvenserna är ännu mer kännbara för denna grupp.

För beräkningarna skulle detta innebära att en anhörig som exempelvis måste säga upp sig från sitt arbete att den förlorar tryggheten av att ha ett arbete, men för staten innebär det utgifter i form av arbetslöshetsförsäkringen, antingen via a-kassan eller grundförsäkringen. En person vars arbete inte ersätts av en ny arbetstagare innebär en förlust av produktion för företaget, men också förlust av skatteintäkter. En person som tvingas gå i

[178] Szebehely, Ulmanen & Sand (2014), s. 24.

förtidspension på grund av sitt stöd till en anhörig med funktionshinder belastar pensionssystemet, samt sin egen privatekonomi eftersom pensionen blir lägre med färre arbetade år.

Utöver detta har ett omfattande anhörigstöd tydliga effekter på hälsan. Ju mer anhörigstöd, desto större negativa konsekvenser för stödgivarnas hälsa.[179] Detta kan rimligen antas belasta sjukvården, förutom anhörigstödjaren själv.

5.5.2 Konsekvenser av för lite assistans för en före detta arbetande assistansmottagare

För de som inte längre får tillräckligt med assistans för att kunna ha kvar sin anställning är konsekvenserna av indragen assistans digra. Men effekterna på assistanspopulationen av indragen assistansersättning på arbete kan inte antas vara väldigt omfattande. Som tidigare nämnt hade bara elva procent, 1 447 personer, av personer mellan 16 och 70 år med assistansersättning sysselsättning 2011. Av de med sysselsättning tillhörde 90 procent personkrets 3. Om en person, som konsekvens av indragen assistans, är tvungen att sluta sitt arbete medför det kostnader för individen i form av inkomstbortfall, men mest troligt även kostnader för staten som då måste betala aktivitets- eller sjukersättning. Ersättningen betalas ut om en person aldrig kan arbeta heltid på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning och ligger på minst 93 444 kronor per år för aktivitetsersättningen och 106 320 per år i sjukersättning.[180]

I och med att det är få som arbetar och att Försäkringskassans utgifter för assistansersättning per person ligger strax över 1.5 miljoner kronor väger inte bortfallet av intäkter från sysselsättning och eventuella utbetalningar arbetslöshets- eller sjukersättningar upp för Försäkringskassans kostnader för assistansersättningen.

5.5.3 Konsekvenser på skatter och arbetsmarknaden av indragen assistansersättning

Enligt SCB var yrkesgruppen personliga assistenter den tolfte största yrkesgruppen i Sverige 2014 med 68 105 anställda mellan 16-64 år. Av dem var 76 procent kvinnor.[181] Behovet av personliga assistenter står i direkt relation till det totala antalet beviljade timmar personlig assistans från kommunerna och Försäkringskassan. Antalet totala timmar beviljad personlig assistans ökar både från Försäkringskassan och kommunerna,[182] vilket bör innebära att den ändrade normeringen inte haft några effekter på personliga assistenter som yrkesgrupp. Tvärtom talar det för fler i arbete. Att jobba som personlig assistent är också ett instegsjobb för många grupper, framförallt unga och personer med invandrarbakgrund. I en rapport om personlig assistans som yrke från Socialstyrelsen kring personliga assistenter skriver de att tre av fyra assistenter är under 35 år och att 19 procent är födda i ett annat land

[179] Socialstyrelsen (2014), s. 21.
[180] Se Försäkringskassan (2016a; 2016b).
[181] Se SCB (2016a).
[182] Socialstyrelsen (2016), s. 16.

än Sverige. [183] Så länge arbetslösheten är relativt hög är det inte heller stor anledning att tro att de som jobbar som personliga assistenter tränger undan andra grupper.

Som tidigare diskuterat i avsnittet om schablonersättningen är det oklart exakt hur stor del av schablonersättningen som faktiskt går till löner. Men om vi använder Försäkringskassans rekommendation om 87 procent så innebär det att drygt 26.7 miljarder kronor av alla utgifter från assistansersättningen går till löner och lönebikostnader.[184] Räknar vi bort sociala avgifter och pension återstår drygt 19.3 miljarder kronor. Av detta går cirka 32 procent tillbaka till den kommunala sektorn varav cirka 21 procent till primärkommunerna. Kommunerna får alltså ett tillskott på cirka 4 miljarder kronor av skatteinkomster från personliga assistenters löner, vilket är cirka 1 miljard kronor mindre än vad de betalar in för de första 20 timmarna i veckan till Försäkringskassan. Givet att dessa beräkningar stämmer går drygt 13 procent av varje assistanstimme tillbaka till kommunerna, cirka 47 kronor per timme räknat på 2015 års schablon. Att 87 procent av schablonersättningen går till löner och lönebikostnader är dock högt räknat och varierar mellan assistansanordnare.

Mycket talar för att reformen möjliggör arbete för en stor grupp människor som generellt sett har längre från arbetsmarknaden, samt att ur kommunerna i det närmaste kompenseras för sina betalningar av assistansersättningen genom skatteintäkter från personliga assistenters löner. Även om det än inte går att skönja en tillbakagång av det totala antalet timmar personlig assistans verkar det betyda att en åtstramning av reformen skulle få konsekvenser på arbetsmarknaden.

5.6 Sammanfattning

Urvalet för enkäten är litet, men resultatet är tydligt och går i linje med tidigare studier. När det offentligas stöd till personer med funktionshinder minskar flyttar kostnaderna över på brukaren och dess anhöriga. Kvaliteten på insatsen sjunker, framför allt i den meningen att brukaren får svårare att klara av sin dagliga livsföring och välja fritt var den vill bo. Med sämre samhälleligt stöd får brukaren svårare att leva som andra. Det stöd och den service som individen behöver för sin livsföring flyttar över på individens anhöriga vilka ger omfattande stöd. Trots att kostnaderna för ”samhället”, beräknat som den nationella staten, kommunen och familjen i form av brukaren och dess anhöriga, så blir kostnadsfördelningen efter ett indragningsbeslut ojämn. En stor andel av kostnader flyttar från den formella ekonomin till den informella familjesektorn. Utöver det som beräknats för alternativkostnader för anhörigas stödinsatser finns det arbetsmarknadsmässiga effekter av indragen eller minskad assistansersättning, vilket enligt beräkningarna i denna rapport ger en fingervisning om att kommunerna kompenseras i relativt hög grad för sina betalningar för assistansersättningen till Försäkringskassan.

---

[183] Socialstyrelsen (2007b), ss. 13, 29.

[184] 16 142 assistansberättigade x 127.1 timmar i genomsnitt x 52 veckor x 284 kronor per timme i assistansersättningen x 0.87.

6. Sammanfattning och diskussion

Syftet med rapporten är att utreda hur samhällets stöd till människor med funktionshinder förändrats sedan 1994, vad motiven till dessa förändringar varit samt att studera hur kostnader flödar från staten till kommunen och familjen. När denna rapport skrivs har en ny offentlig utredning tillsats med syfte om att ge förslag på att minska kostnaderna för assistansersättningen från Försäkringskassan för att finansiera insatser på kommunal nivå.

Direktiven för den nya utredningen ger utredaren i uppdrag att lämna förslag på kostnadsbesparingar inom assistansersättningen vilket kommer medföra, om förslaget blir verklighet, att färre får assistansersättning, att antalet timmar per assistansberättigad minskar eller att schablonersättningen minskar vilket innebär färre timmar personlig assistans eller att personliga assistenters löner måste minska. Besparingarna inom assistansersättningen är dels tänkt att minska utgifterna i statsbudgeten. Dels är besparingarna tänkta att finansiera ett ökat kommunalt ansvar för LSS-insatser.

För personer med funktionshinder kan detta innebära tre saker. Att de som tidigare haft svårt att få tillgång till ändamålsenliga insatser på kommunal nivå får bättre möjligheter till detta. Det innebär dock också att de som haft assistansersättning från Försäkringskassan riskerar att få sitt stöd indraget, och/eller att antalet beviljade timmar minskar. I sin tur gör det att än fler tappar assistansersättningen för att istället hänvisas till stöd enligt LSS från kommunerna. Generellt för alla stödinsatser finns ett tryck på ökade kontroller vilket innebär att administrationen för stödmottagare, så som för myndigheter, riskerar att öka. För kommunerna och staten innebär detta, enligt hur det är formulerat i direktivet, att kostnaderna för LSS-insatser på kommunal nivå kommer öka. Tydligare definitioner av vad insatserna skall innehålla kan också resultera i inskränkningar av det kommunala självstyret.

Utifrån denna rapport går det att dra slutsatsen att en indragning av assistansersättningen i första hand kommer att flytta kostnader till den informella familjesektorn. I grunden är detta en tillbakagång mot hur situationen såg ut tiden innan LSS-reformen.

6.1 Från kostnadskontroll till kostnadsminskning

Kostnaderna för assistansersättningen ökar och har ökat nära på linjärt sedan förmånen infördes. Proposition 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade underskattade hur många timmar som skulle beviljas i genomsnitt för varje assistansberättigad. Propositionen överskattade samtidigt antalet personer som skulle tillhöra personkretsarna i LSS. Sam-

manlagt hade cirka 70 000 personer insatser enligt LSS och 16 000 personer assistansersättning 2015 och propositionen antog att 100 000 personer skulle kunna tillhöra någon personkrets. Försäkringskassan visar på att längre tid med assistansersättning innebär en högre tilldelning av timmar.[185] Detta är antingen en konsekvens av introduktionen av vinstdrivna företag som assistansanordnare, vars affärsidé är att driva upp antalet timmar för assistanstagarna, eller att de assistansberättigades behov ökar med tiden. Vad gäller schablonbeloppet har det ökat exakt lika mycket som lönerna för personliga assistenter ökat för de anställda inom kommunal och kooperativ sektor. Rapportförfattaren har inte haft tillgång lönerna för personliga assistenter inom privat, vinstdriven sektor. Det går dock att anta att lönerna för personliga assistenter i den privata sektorn inte ligger långt bakom övriga utförares löner.

Detta leder till slutsatsen att kostnadsökningarna inte borde bero på ett ökat vinstuttag som en konsekvens av introduktionen av privata, vinstdrivna, företag. Det är rimligare att anta, drygt 20 år efter introduktionen av assistansersättningen som insats, att behoven ökar under över tid för assistansberättigade. För personkrets 1 och 2 är grunderna för tillhörighet medicinska diagnoser vilka inte kan antas försvinna eller botas. Inte heller vad gäller personkrets 3 kan man i någon större utsträckning förvänta sig att tillståndet förändras radikalt till det bättre. Själva tillhörigheten till personkrets 3 bedöms inte föreligga om funktionshindret inte är varaktigt. Eftersom genomsnittsåldern för nytillkomna i assistansersättningen var 32 år 2013 kan vi anta att tillströmningen till assistansersättningen och att antalet tilldelade timmar i genomsnitt inte ebbat ut, om vi antar majoriteten av alla assistansberättigade lever till sin 60-årsdag. I korta ordalag betyder det att reformen fullt ut inte hunnit implementeras, varför ytterligare kostnadsökningar är att vänta för att uppfylla reformens syften och mål. Att inskränka reformen på grund av ökade kostnader är att inte hedra reformens syften och mål.

Kostnaderna och kostnadsutvecklingen har dock varit svåra att uppskatta på förhand. Dock är det relativt nytt ansvariga politiker explicit argumenterat för att kostnaderna för assistansersättningen måste minska. Att dämpa kostnadsutvecklingen har varit fokus för en mängd utredningar, i linje med regeringens beslut från 2015 att låsa uppräkningen av schablonersättningen. Socialdepartementets regleringsbrev från samma år om att bryta timutvecklingen i assistansersättningen är dock en tydlig signal att kostnaderna ska minska, vilket förstärks av direktiven för den nya utredningen. Ökade kostnader i sig verkar dock inte ha varit ett tillräckligt argument för att strama åt reformen. Från 2008 har fusk och överutnyttjande motiverat en rad åtstramningar och ökad kontroll av assistansanvändare och assistansanordnare. Trots att beläggen för fusk och överutnyttjande är oklara, kanske felaktiga, har fusk- och överutnyttjandedebatten bidragit till att strama åt reformen. I första hand med argument om att värna hela reformens legitimitet, vilket återkommer i direktiven för den nya utredningen. Rapporten ställer sig kritisk till grunderna för beräkningarna av fusk och överutnyttjande inom assistansersättningen.

[185] Försäkringskassan 2015, s. 34.

En annan aspekt av att fokus för statens offentliga utredningar och andra myndighetsutredningar varit kostnadskontroll har mest troligt påverkat hur kommunerna ser på beviljandet av insatser. Det kan argumenteras för att statens offentliga utredningar och nationella myndigheter har en stark normgivande effekt på, bland annat, kommunal administration. De argument som lyfts nationellt kan alltså med stor sannolikhet sippra ner till kommunerna och deras handläggare. Om det finns anledning för Försäkringskassan att avslå en ansökan om personlig assistans, finns det inte samma anledning för kommunen att göra samma bedömning? På samma sätt kan fuskdiskussionen, om än dåligt underbyggd, riskera att misstänkliggöra personer som söker andra insatser enligt LSS än personlig assistans.

Att kostnader nu ska minska innebär sänkta ambitioner för assistansersättningen, om vi förutsätter att reformen än inte haft tid att implementeras. Detta har inte föregåtts av ett riksdagsbeslut utan är en konsekvens av direktiv från regeringen.

6.2 Fokus på kostnader riskerar medikalisering

Det starka kostnadsfokus som varit ledmotiv i debatten och för flertalet offentliga utredningar har lett till ökat tryck på kontroll och tydligare definitioner av vem som har rätt till en viss insats, utöver personkretstillhörigheten och personens självbestämmande och önskemål. I sin tur leder detta till en form av *deservingness ethics* – de med de allra mest omfattande behoven ses som den egentliga målgruppen.[186] Myndigheter som Försäkringskassan använder sig i högre utsträckning av medicinsk expertis för att bedöma rätten till assistansersättningen samtidigt som personkrets 3 minskar som grupp både vad gäller insatser enligt LSS och assistansersättningen medan stödinsatser till personkrets 1 kontinuerligt ökar. ISF har ifrågasatt om personkretstillhörighet som den nu är formulerad fyller sitt syfte och att nya instrument för att bedöma funktionsbehovet är mer relevanta, exempelvis ICF. Det finns dock risker med att byta till bedömningsinstrument som bedömer behov statiskt i den meningen att tester eller diagnoser ska vara grund för tilldelning av stödinsatser. En av grunderna i LSS är individens självbestämmande och egna bedömning av sitt behov utifrån sin livsföring. Ytterligare tillbakagång mot byråkratisering och professionalisering av bedömningen av behov för personer med funktionshinder går emot intentionerna i LSS.

Trenden mot minskat stöd till personer med funktionshinder vars rätt till stöd inte bedöms på medicinska grunder är tydlig. Att det finns en vädjan från myndigheter och handläggare att tydligare få definierat vem som ska beviljas stöd, och för vilka behov, är dock förståeligt när det ställs krav på striktare kontroll och uppföljning. Det är relevant att nämna Peter Conrads definition av medikalisering som en process där icke-medicinska problem definieras och behandlas som medicinska problem.[187] De icke-medicinska

[186] Lindqvist (2007), s. 26.
[187] Conrad (1992), s. 209.

problemen i kontexten för denna rapport är höga kostnader och kostnadskontroll, medan lösningarna på problemet är att striktare definitioner av funktionsförmåga via medicinska och byråkratiska bedömningsmetoder, inte individens egen uppskattning av behoven. Medikaliseringen uppkommer på den socialpolitiska nivån genom bland annat Försäkringskassans normering för att hantera de tryck som finns på myndigheten att kontrollera och minska kostnaderna.

Om det stämmer att synen på personer med funktionshinder och stödet till samma grupp går mot medikalisering finns det anledning att lägga fokus på att komma bort från detta för att värna dessa individers självbestämmande och integriteten.

6.3 LSS – mellan ram och rättighet

Av denna rapport kan slutsatsen dras att LSS, trots sin rättighetsstruktur, fungerat i likhet med en ramlag. Kostnads- och fuskdiskussionen har också bidragit till att LSS behandlats som ett mellanting mellan rättighetslag och ramlag. Det är oklart om Försäkringskassans ändrade normering kan ses som en konsekvens av kostnads- och fuskdiskussionen eller om det är en fristående process. Tydligt är dock att den ändrade normeringen fått kraftig inverkan på vilka personkretsar som beviljats stöd enligt assistansersättningen. Även på kommunal nivå vad gäller stödet enligt LSS har sammansättningen av personkretstillhörigheten för stödmottagarna skiftat kraftigt. Detta tyder på att tillämpningen har förändrats, främst under 2000-talet. I denna rapport har spänningen mellan det kommunala självstyret och en tydligt definierad rättighetslag diskuterats. Kommunerna har som vana att organisera välfärdstjänster och social omsorg efter egna förutsättningar. LSS-lagstiftningen definierar dock 10 stödinsatser. De som bedöms tillhöra någon av personkretsarna inom LSS har rätt till någon av insatserna, vilka inte kan bytas mot andra kommunala alternativ.

Det har framkommit i rapporten att kommunerna skiljer sig åt vad gäller riktlinjer för insatser enligt LSS, samt att kommunerna som regel beviljar färre timmar personlig assistans än Försäkringskassan för samma individ. Att kommunernas riktlinjer skiljer sig åt samt att beviljandet av timmer skiljer mellan kommunerna och Försäkringskassan tyder på att kommunerna väljer att tolka LSS utifrån sina egna förutsättningar. Alltså: rättighetslagstiftningen LSS behandlas som en ramlag. Detta är samma slutsats som dras av Andreas Pettersson när han beskriver att ramlagen som del av den nordiska juridiska traditionen influerar all sociallagstiftning. Till detta kan ESOs slutsats läggas, vilket är att kommunerna många gånger inte kan leverera de insatser som regering och riksdag beslutat om på grund av statlig underfinansiering. Att flytta ansvaret för stöd till personer med funktionshinder från den nationella nivån i form av assistansersättningen enligt SFB till kommunerna enligt LSS innebär dels att det kommunala självstyret riskerar att inskränkas än mer, men också att det ställer högre krav på statlig finansiering av kommunernas insatser, alternativt en ökad kommunal beskattning.

Det blir i detta fall viktigt att värna LSS som rättighetslag och inte behandla LSS som en vanlig ramlag då detta var tänkt att vara ett skydd för personer med funktionshinders rättigheter.

6.4 Kostnader flyttar från den offentliga till den informella sektorn

Tidigare studier, rapporter och utredningar har antagit och visat att stödet till personer med funktionshinder har varit omfattande. Resultatet från denna rapport visar att anhörigas andel av den totala andelen stöd ökar som en konsekvens av att kommunerna beviljar mindre stöd än vad som beviljats med assistansersättning. I det fall ansvaret för stöd till personer med funktionshinder flyttas från den nationella nivån till kommunerna riskerar det att belasta familjesektorn med ytterligare kostnader om inte kommunerna finansieras för det ökade ansvaret. Kostnaderna riskerar att flyttas från den formella sektorn, stat och marknad, till den informella familjesektorn. Som en konsekvens av att kostnaderna flyttar över till familjen, i form av brukare och brukarens anhöriga, värderas insatserna lägre. Det betyder också att anhöriga ”betalar” kostnaden, eller avstår intäkter när de ger stöd. Det får också konsekvensen att brukarna blir beroende av sin familj för sin dagliga livsföring. Då kvinnor i högre utsträckning ger mer omfattande insatser för att stödja anhöriga riskerar kvinnor att drabbas extra hårt av ett ökat familjeansvar för stöd till personer med funktionsnedsättningar.

Den nytillsatta utredningens direktiv innebär att kostnader skall flyttas över till kommunerna, i den meningen att insatserna enligt LSS från kommunerna ska få högre kvalitet och bli mer träffsäkra. Detta ska finansieras av nedskärningar inom assistansersättningen. Givet att resurser ska sparas in inom assistansersättningen betyder att färre kommer få tillgång till statlig personlig assistans och istället hänvisas till kommunala insatser. Om kommunerna fortsatt underfinansieras betyder det att brukarens anhöriga är den sista utposten för att garantera goda levnadsvillkor, med konsekvenser för sin egen hälsa, arbete och privatekonomi.

Eftersom att besparingar inom assistansersättningen både har syftet att minska kostnaderna för staten och finansiera tillkomna kostnader för kommunerna är risken att kommunerna underfinansieras om besparingarna inom assistansersättningen inte överstiger kommunernas ökade kostnader. Givet att det enligt ESO redan nu finns problem med statlig underfinansiering går det att ställa sig tveksam till att kommunerna med befintliga resurser klarar av att bära ett utökat ansvar. En besparing inom assistansersättningen kan inte både uppfylla syftet att finansiera kostnaderna för ökat ansvar för LSS-insatser bland kommunerna, samtidigt som det ska minska utgifterna i statsbudgeten för stöd till personer med funktionshinder om kvaliteten ska bibehållas. Utifrån enkätens resultat går det att utläsa att kvaliteten sjunker kraftigt när kommunen tar över huvudansvaret för personer som tidigare haft assistansersättning. I första hand för att det beviljade stödet från kommunerna inte matchar det stöd som brukaren haft från Försäkringskassan.

Sammanfattningsvis är det troligt att anta att det är anhöriga till personer med funktionshinder, samt den personerna med funktionshinder själva som kommer bära det största ansvaret för en förändring i enlighet med det som direktiven till den nya utredningen föreslår. Kostnaderna för funktionshinderspolitiken försvinner inte från samhället för att det försvinner i en kommun eller stats resultat- och balansräkning. Istället kommer det hamna på ett osynligt konto i den informella familjesektorn.

6.5 Policyförslag

Då regeringen har tillsatt en ny utredning med syfte att se över insatser enligt LSS och assistansersättningen kommer denna rapport att lyfta några förslag av relevans för den aktuella debatten. Dels för utredningen som sådan, men också för vidare forskning och debatt av offentligt stöd till personer med funktionshinder.

6.5.1 Gör staten till enda huvudman för personlig assistans

Den insats som kommit att debatterats allra mest sedan LSS infördes är personlig assistans. Det är också den insats som till högsta grad skiljer sig från övriga insatser enligt LSS i omfattning och betydelse för att kunna leva ett självständigt liv, samtidigt som det är den mest kostsamma insatsen räknat i kronor och ören. I denna rapport är det finns det skäl att tro kommunerna av olika anledningar inte beviljar personlig assistans i den utsträckning det är motiverat av de behov brukaren har. I många fall är det svårt för kommunerna att finansiera insatsen.

Mot bakgrund av detta finns det skäl att göra staten till ensam huvudman för insatsen personlig assistans, med Försäkringskassan som ansvarig myndighet. Detta skulle göra att det inte fanns incitament för kommunerna eller Försäkringskassan att vältra över ansvaret på varandra, eller att kommunerna drabbas av oförutsedda och höga kostnader. En enda huvudman skulle också ge grund för en likvärdig bedömning av tillgången till personlig assistans. Socialstyrelsen har visat att kommunernas bedömning inte är likvärdig i landet.

Med staten som enda huvudman skulle också den starkt integritetsnära bedömningen av grundläggande behov i stort kunna slopas. För att en individ ska få rätt till personlig assistans kräver lagen att individen är i behov av hjälp med sina grundläggande behov. Kravet för att få rätt till assistansersättning, hjälp med 20 timmar i veckan för de grundläggande behoven, fungerar idag som en tröskel för trygg tillgång till personlig assistans. Med en huvudman skulle behovet av en så pass hög gräns kunna slopas då de 20 timmarna i veckan enbart är till för att fördela kostnaderna mellan kommunen och staten för de med de mest omfattande stödbehovet. En huvudman och mindre behov av att mäta tid för grundläggande behov skulle medföra ett kraftigt minskat behov av utredningar av den väldigt integritetsnära karaktären. Istället skulle utredningarna kunna fokusera på rättssäkra bedömningar av den assistanssökandes behov. Kravet för tillgång till personlig assistans skulle istället kunna sättas lägre, exempelvis 1 timme i veckan, vilket

inte skulle ge samma grund för intrång i individers privatliv vid bedömning rätten till personlig assistans.

Att flytta över hela huvudmannaskapet till staten från kommunerna skulle kunna innebära att kommunerna väljer att ”skicka” stödsökande individer till staten, istället för att bygga ut andra insatser som särskilt boende och ledsagarservice. Denna risk finns redan idag. För att undvika att kommunerna vältrar över kostnader på staten och att kommunerna inte bygger ut övriga insatser kan kravet på medfinansiering av personlig assistans stå kvar. Eventuellt även att kommunernas krav på medfinansiering höjs till att finansiera de första 30 timmarna personlig assistans per vecka.

Fördelen med att ha staten som enda huvudman är att kommunerna har lättare att förutse kostnaderna för personlig assistans. Dessutom kan kommunerna förhålla sig till Försäkringskassans beslut på ett annat sätt än idag. En person som idag får avslag på sin ansökan om assistansersättningen kan fortfarande vara berättigad personlig assistans enligt LSS. Det blir då upp till kommunen att avgöra om personen har rätt och till hur mycket i så fall. Med en huvudman skulle kommunerna kunna fokusera på utbyggnad och administration av övriga insatser. Från de assistansbehövande personernas sida skulle detta vara en fördelaktig reform, i första hand med avseende på förutsägbarhet och integritet.

6.5.2 Slarva inte med uppskattningarna av fusk och överutnyttjande

Debatten om fusk och överutnyttjande har haft en stark inverkan på lagstiftare och, förmodligen även, allmänhetens uppfattning om assistansersättningen, assistansberättigade och assistansanordnare. Uppskattningarna bygger dock på metoder vars vetenskaplighet har ifrågasatts i denna rapport. För att kunna utforma effektiv lagstiftning och värna ett hederligt offentligt samtal är det viktigt att uppskattningar om fusk och överutnyttjande bygger på vetenskapliga antaganden och att de osäkerheter som finns tydligt lyfts fram.

Metoden som använts för att uppskatta fusk och överutnyttjande, Expert Elicitation-metoden, har använts två gånger av offentliga utredningar. Först av FUT-delegationen, sedan av Billums utredning. Frågan är hur riktigt det är att använda denna metod i ljuset av att den bristfälliga forskning som finns i övrigt på området. Det är värt att minnas Moss och Schneiders definition som möjligen ger oss anledning att beskriva kunskapsläget kring fusk och överutnyttjande inom assistansersättningen som spekulativt. En så pass avancerad metod som Expert Elicitation kräver en noggrann genomgång av metodens för och nackdelar innan den används på ett nytt område. Det är också viktigt att veta vilka resultat metoden ger.

Att ha klart för sig vad metoden har för relevans för det området man studerar får ännu större vikt när konsekvenserna riskerar att bli kännbara för den grupp som riskerar att drabbas av resultaten. Assistansanvändare är en grupp som har ett stort beroende av övriga samhällets för att kunna delta i

samhällslivet. I den meningen riskerar de att bli en utsatt grupp om assistansersättningen dras in på grund av felaktiga antaganden om fusk och överutnyttjande.

6.5.3 Lägre ambitioner kräver beslut av riksdagen

Denna rapport har visat att förändrad normering lett till att fler tappar sin assistans och blir beroende av anhörigas stöd, samtidigt som att stödet till personer med funktionshinder tenderar att medikaliseras. Dessutom har fokus skiftats från kostnadskontroll av till kostnadsminskning för assistansersättningen. Detta illustreras tydligt av den nytillsatta utredningen.

I princip har inget av detta föregåtts av ny lagstiftning. I stället har det skett genom ändrad normering och direktiv från regeringen. Att minska kostnaderna för assistansersättningen eller andra delar inom LSS-området betyder en sänkt ambitionsnivå. En lägre ambitionsnivå måste upp till debatt i riksdagen för att vara legitim. Ansvaret för lägre ambitioner inom LSS-området, som haft en enorm positiv effekt på flertalet människors liv, kan inte ligga på ansvariga ministrar, Försäkringskassan, eller handläggare inom ansvariga myndigheter. Riksdagen måste besluta om man har för avsikt att minska samhällets stöd till personer med funktionshinder.

6.5.4 Kompletterande studier om medikalisering och anhörigstöd

Rapporten har visat på att samhällets stöd till personer med funktionshinder i högre utsträckning ges till personer med tillhörighet till personkrets 1 än personkrets 3. Detta tyder på en medikaliserad syn på personer med funktionshinder och stödbehov till dessa personer. Då denna slutsats dragits från nationell statistik finns det ett behov av kompletterande kvalitativa studier på mikronivå, med fokus på medikalisering och funktionshinder.

Vidare har rapporten visat att anhöriga till personer med funktionshinder tar en väldigt stor del av ansvaret för stöd och service. Forskningen kring anhörigstöd, -vård och -omsorg tenderar att vara fokuserad på äldre. Eftersom att anhörigstödjare till personer med funktionshinder tenderar att ge mycket mer omfattande stöd än andra som ger stöd till anhöriga är det viktigt att utforska detta närmare. Inte minst eftersom att indragningar och kostnadsbesparingar vad gäller insatser enligt LSS och assistansersättningen tenderar att bäras upp av anhöriga. Om man har för avsikt att minska de totala samhälleliga kostnaderna av exempelvis assistansersättningen är det viktigt att ha klart för sig hur stor del av kostnaderna som istället hamnar på anhöriga i den informella sektorn.

Käll- och litteraturförteckning

Otryckta källor

Internetkällor

Aftonbladet (2015a). Magdalena Andersson: ”Vi har inte så mycket kapacitet kvar”. http://www.aftonbladet.se/nyheter/article21704722.ab (hämtad 2016-03-08).

Aftonbladet (2015b). Vi måste se över systemet för LSS. http://www.aftonbladet.se/debatt/valfard/article21955793.ab (hämtad 2016-03-08).

Assistanskoll (2014). Johanna Skinnari, Brå – ”Vi är mycket kritiska till hur expertmetoden använts för att bedöma omfattningen av fusk”. http://assistanskoll.se/20140321-Johanna-Skinnari-Bra-kritiska-xpertmetoden-anvnts-fusk.html (hämtad 2016-05-19).

Assistanskoll (2011). Björn Johnson, statsvetare, Malmö Högskola - "Den stora mängden medvetna bidragsbrott är en myt". http://assistanskoll.se/20110816-Bjorn-Johnson-statsvetare-Malmo-Hogskola-Den-stora-mangden-medvetna-bidragsbrott-ar-en-myt.html (hämtad 2016-05-19.).

DN (2016). ”Fler av våra medarbetare misstänks för assistansfusk”. http://www.dn.se/debatt/fler-av-vara-medarbetare-misstanks-for-assistansfusk/ (hämtad 26/2 -16).

Försäkringskassan (2016a). ’Aktivitetsersättning’. https://www.forsakringskassan.se/myndigheter/arbetsformedlingen/forsakring/aktivitetsersattning (hämtad 2016-05-25).

Försäkringskassan (2016b). ’Sjukersättning’. https://www.forsakringskassan.se/myndigheter/arbetsformedlingen/forsakring/sjukersattning (hämtad 2016-05-25).

SCB (2016a). ’30 största yrkena’. http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Arbetsmarknad/Sysselsattning-forvarvsarbete-och-arbetstider/Yrkesregistret-med-yrkesstatistik/59064/59071/133973/ (hämtad 2016-05-25).

SVD (2016a). ”Bättre kontroll behövs av assistansersättningen”. http://www.svd.se/battre-kontroll-behovs-av-assistansersattningen/om/debatt (hämtad 2016-03-08).

SVD (2016b). Minister: ”Kritiken får oss att se över LSS”. http://www.svd.se/minister-kritiken-far-oss-att-se-over-lss/om/debatt (hämtad 2016-01-29).

SVD (2016c). ”Regeringen sätter sig över lagen”. http://www.svd.se/regeringen-satter-sig-over-lagen/om/debatt (hämtad 2016-03-08).

Tryckta källor

Offentligt tryck

Riksdagstryck

Prop. 1992/93:159 Om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Prop. 1995/96:146 Vissa frågor om personlig assistans.

Prop. 2000/01:5 Personlig assistans till personer över 65 år.

Prop. 2007/08:61 Kostnader för personlig assistans.

Prop. 2013/13:1 Budgetpropositionen för 2013.

Skr. 2001/02:101 Årsredovisning för staten 2002.

Skr. 2008/09:101 Årsredovisning för staten 2008.

Skr. 2014/15:101 Årsredovisning för staten 2004.

Socialdepartementet (2015). Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Försäkringskassan. Beslutat 2015-12-17.

Kommittédirektiv

Dir. 2004:107 Om översyn av personlig assistans för vissa personer med funktionshinder.

Dir. 2016:40 Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen.

Statens offentliga utredningar (SOU)

Delegationen mot felaktiga utbetalningar (2007). *Vad kostar felen? Omfattning av felaktiga utbetalningar från trygghetssystemen*. Rapport 7.

SOU 1990:19 Handikapp och välfärd? - En lägesrapport.

SOU 1995:126 Kostnader för den statliga assistansersättningen.

SOU 1997:170 Bemötandet av äldre, trygghet, självständighet och värdighet.

SOU 1999:21 Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemötandet.

SOU 2000:38 Välfärd, vård och omsorg.

SOU 2005:100 God kvalitet i personlig assistans – ändamålsenlig användning av assistansersättning.

SOU 2007:73 Kostnader för personlig assistans – Skärpta regler för utbetalning, användning och återbetalning av assistansersättning.

SOU 2008:74 Rätt och riktigt Åtgärder mot felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen.

SOU 2008:77 Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service till vissa personer.

SOU 2012:6 Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättningen.

SOU 2014:19 Förändrad assistansersättning – en översyn av ersättningssystemet.

SOU 2014:28 Lönsamt arbete– familjeansvarets fördelning och konsekvenser.

Sveriges officiella statistik

Socialstyrelsen (2015). *Personer med funktionsnedsättning - insatser enligt LSS år 2014.*

Svensk författningssamling (SFS)

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), HSL.

Lag (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl, omsorgslagen.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Lag (1993:389) om assistansersättning, LASS.

Socialtjänstlag (2001:453), SoL.

Socialförsäkringsbalk (2010:110), SFB.

SFS 2015:556 Förordning om ändring i förordningen (1993:1091) om assistansersättning, utfärdat 10 september 2015.

Domstolsdomar

HFD målnr. 3527-14.

Litteratur

Bengtsson, Hans (2005). 'Handikappolitiken reformeras'. I Bengtsson, Hans (red.) (2005). *Politik, lag och praktik: Implementering av LSS-reformen*. 2a uppl. Lund: Studentlitteratur.

Conrad, Peter (1992). 'Medicalization and Social Control'. *Annual Review of Sociology*. 18, 209-232.

ESO (2015). *Maktutövning under lagarna – En ESO-rapport om trotsiga kommuner*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2015:2.

Försäkringskassan (2015a). *Assistansersättningens utveckling: Orsaker till ökningen av antalet assistansmottagare och genomsnittligt antal timmar*. Socialförsäkringsrapport 2015:13.

Försäkringskassan (2015b). *Assistansersättningen*. Vägledning 2003:6. Version 13. Beslutad 2015-01-22.

Försäkringskassan (2014). *Upplevd kvalitet av personlig assistans - En litteraturöversikt över upplevd kvalitet i personlig assistans enligt studier över utfall under LSS reformens 20 år*. Socialförsäkringsrapport 2014:8.

Försäkringskassan (2007). *Informationsmeddelande*. (IM) 2007:161. Beslutad 2007-11-09.

Försäkringskassan (2006a). *Assistansersättning*. *V*ägledning 2003:6. Version 1. Beslutad 2006-03-22.

Försäkringskassan (2006b). *Beräkning av tid för att tillgodose de grundläggande behoven*. FKRS 2006:03.

Försäkringskassan (2003). *Assistansersättning,* vägledning 2003:6. Beslutad 2003-06-23.

Giertz, Lottie (2012). *Erkännande, makt och möten - En studie av inflytande och självbestämmande med LSS*. Diss. Växjö: Linnéuniversitetet.

ILI (2008). *Personlig assistans – en billig och effektiv form av valfrihet, egenmakt och integritet*. Stiftelsen Independent Living Institute.

ISF (2015). *Assistansersättningen - Brister i lagstiftning och tillämpning*. Rapport 2015:9.

ISF (2014). *Assistansersättning och kommunala stöd till personer med funktionsnedsättning*. Rapport 2014:19.

ISF (2012a). *Assistansmarknaden. En analys av timschablonen*. Rapport 2012:12.

ISF (2012b). *Tvåårsomprövningar av assistansersättning*. Rapport 2012:13.

ISF (2012c). *Utfall av beslut om statlig assistansersättning*. Rapport 2012:18.

Jeppsson Grassman, Eva; Whitaker, Anna & Taghizadeh Larsson, Annika (2009). 'Family as failure? The role of informal help-givers to disabled people in Sweden'. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 11:1, 35-49.

Lindqvist, Rafael (2007). *Funktionshindrade i välfärdssamhället*. 1a uppl. Malmö: Gleerups.

Morgan, Granger (2014). 'Use (and abuse) of expert elicitation in support of decision making for public policy'. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 111:20, 7176-7184.

Moss Richard & Schneider, Stephen (2000). 'Uncertainties in the IPCC TAR: Recommendations to lead authors for more consistent assessment and reporting'. I Pachauri, Rajendra K; Taniguchi, Tomihiro & Tanaka, Kanako (red.) (2000). *Guidance Papers on the Cross Cutting Issues of the Third Assessment Report of the IPCC*, Geneva: World Meteorological Organization.

Pettersson, Andreas (2015). *Out and About in the Welfare State – the Right to Transport in Everyday Life for People with Disabilities in Swedish, Danish and Norwegian Law*. Diss. Umeå: Umeå universitet.

Riksrevisionen (2004). Personlig assistans till funktionshindrade. RiR 2004:7.

SCB (2016b). *Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2015*. Rapport 2016:1.

SKL (2016). *Koll på assistansen – En handledning för kommunens analys*. 1a upplagan.

Socialstyrelsen (2016). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*. Lägesrapport 2016.

Socialstyrelsen (2015a). *Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS*. Delredovisning av regeringsuppdrag.

Socialstyrelsen (2015b). *Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS*. Tilläggsuppdrag avseende insatsen personlig assistans.

Socialstyrelsen (2014). *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvensers*.

Socialstyrelsen (2008). *Personlig assistans enligt LASS ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.*

Socialstyrelsen (2007a). *Kostnader för assistansersättning (LASS) - Analys av utvecklingen 1994-2005.*

Socialstyrelsen (2007b). *Personlig assistans som yrke.*

Staaf, Annika (2009). 'Principen om kommunal självstyrelse och rättsäkerhet. Socialtjänstens beslut för personer med funktionshinder'. I Wolmesjö, Maria & Zanderin, Lars (red.) (2009). *LSS – regelsystem, implementering och realitet*. Lund: Studentlitteratur.

Szebehely (2014). 'Anhörigomsorg, förvärvsarbete och försörjning'. I *Lönsamt arbete– familjeansvarets fördelning och konsekvenser*. SOU 2014:28.

Szebehely, Ulmanen & Sand (2014), 'Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning?'. Stockholms universitet. Arbetsrapport, institutionen för socialt arbete, 2014:1

Trafikverket (2016). Analysmetod och samhällsekonomiska kalkylvärden för transportsektorn: ASEK 6.0. Kap 7.

Ulmanen, Petra & Szebehely, Marta (2015). 'From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden'. *International Journal of Social Welfare,* 24:1, 81–92.

Åström, Karsten (2000). 'Förändringar och förskjutningar i välfärdens rättsliga reglering under 1990-talet'. I Szebehely, Marta (red). *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38.

Figur- och tabellförteckning

Figur 1. Antal personer med beviljad assistansersättning samt antal timmar beviljade i genomsnitt, december månad 17

Figur 2. Assistansanordnare uppdelat på anordnartyp under oktober månad för respektive år, 2002-2015 20

Figur 3. Utgifter för assistansersättningen 1999-2014, miljarder kronor, 2014 års priser. 21

Figur 4. Antal personer med assistansersättning, alla åldrar, uppdelade på personkretsar, 2002-2015 31

Figur 5. Antal personer med assistansersättning, 65 år och uppåt, uppdelade på personkretsar, 2002-2015 32

Figur 6. Antal personer med assistansersättning 0-64år, uppdelade på personkretsar, 2002-2015 32

Tabell 1. Schablonbeloppets utveckling i förhållande till KPI och löner för personliga assistenter inom Kommunal och KFO, samt årlig förändring, 2000-2016 19

Tabell 2. Kostnader för vissa insatser inom socialförsäkringen, 2014 års priser enligt KPI. 21

Tabell 3. Beviljade, avslagna och antal nyansökningar samt indragningar på grund av för lågt antal timmar grundläggande behov, 2003-2013 29

Tabell 4. Antal personer med insatser enligt LSS och personkretsarnas andel av totala antalet personer med insatser 33

Tabell 5. Totala antalet insatser enligt LSS samt andel av det totala antalet insatser, vartannat år, 1997-2015 34

Tabell 6. Insatser i genomsnitt per person och personkrets 35

Tabell 7. Procentuell fördelning av LSS insatser, personkrets 1 36

Tabell 8. Procentuell fördelning av LSS insatser, personkrets 2 37

Tabell 9. Procentuell fördelning av LSS insatser, personkrets 3 38

Tabell 10. Förändring av tilldelning av timmar personlig assistans från kommunen jämfört med tilldelningen av timmar från Försäkringskassan via assistansersättningen, procentuell fördelning 54

Tabell 11. Några nyckeltal kring insatser, före och efter beslut om indrag av assistansersättningen. Andel med vissa insatser eller genomsnittligt stöd i timmar/vecka. 55
Tabell 12. Förändring av upplevd kvalitet från assistansersättningen och kommunala insatser, före och efter indrag av assistansersättningen 56

Tabell 13. Sammanställning av insatser och totala kostnader per år baserat på utförare och alternativkostnader för anhörigstöd utifrån enkätsvaren, före och efter beslut om indragen assistansersättning 58

Tabell 14. Fördelning av kostnader mellan stat, kommun och familjen, före och efter beslut om indragen assistansersättning..... 59

Bilaga 1

Mallen som använts för enkäten är skapad i Microsoft Excel men liknar i mångt och mycket de enkäter som SCB och Socialstyrelsen använder för sina undersökningar.

Enkät till dig som haft assistansersättning från Försäkringskassan

Undersökningen ”Kostnader för personlig assistans i förändring” från Umeå universitet.

Den här undersökningen ska ge en bild av situationen för personer som tappat sin assistansersättning från Försäkringskassan, och vilka insatser de nu har från kommunen, vänner och anhöriga.

Med assistansersättning från Försäkringskassan menas den ersättning som betalas ut till individer som bedöms ha 20 timmar i veckan grundläggande behov av personlig assistans och som tillhör någon av personkretsarna enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade . Kommunerna beviljar också personlig assistans men då till de som bedöms ha mindre än 20 timmar i veckan grundläggande behov.

Undersökningen fokuserar på vilka insatser i form av exempelvis personlig assistans, ledsagning, särskilt boende, och så vidare, som kommunen beviljar personer som tappat sin personliga assistans från Försäkringskassan. Vi är också intresserade av att veta om anhöriga eller vänner ger stöd.

Undersökningen är 11 sidor lång och består av 31 frågor där vissa är uppdelade i delfrågor. Vi önskar att du skriver dina svar så tydligt som du kan. Inga personliga uppgifter kommer att publiceras.

1 Har du nu assistansersättning från Försäkringskassan?

☐ Ja → *Tack för din medverkan, var god skicka in enkäten*

☐ Nej

2 Har du tappat assistansersättning från Försäkringskassan under något av åren 2015, 2014, 2013, 2012, 2011 eller 2010?

☐ Ja

☐ Nej → *Tack för din medverkan, var god skicka in enkäten*

☐ ☐

3 Hur fick du vetskap om denna enkät?

☐ Genom en vän

☐ Genom internet
☐ Genom min nuvarande eller före detta assistansanordnare
☐ Genom en anhörig
☐ Fick ett brev i brevlådan
☐
☐ Annat → *Skriv på vilket sätt i rutan:*
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

4 Vilket kön har du?

☐ Man ☐ Annat/odefinierat
☐ Kvinna
☐

5 Hur gammal är du?

☐ Under 19 år
☐ 19-29 år
☐ 30-44 år
☐ 45-64 år
☐ 65 år eller över
☐

6 Får du hjälp att fylla i denna enkät?

☐ Nej → *Gå till fråga 7*
☐ Ja,

Av vem?
☐ av min personliga assistent
☐ av en anhörig eller vän
☐ av boendepersonal
☐ av någon annan → *Skriv vem i rutan:*

7 Vilken kommun bor du i?

Skriv i rutan (var god texta)

8 Vilken kommun beviljar din insats?

Skriv i rutan (var god texta)

9 Vilken personkrets anses du tillhöra nu?
För att få stöd enligt LSS måste man tillhöra en personkrets. Detta utreds av samma handläggare som beviljar de olika insatserna.

- ☐ Personkrets 1
- ☐ Personkrets 2
- ☐ Personkrets 3
- ☐ Vet ej

Frågorna 10-17 handlar om den service du hade innan du förlorade rätten till assistansersättning från Försäkringskassan.

Med insatser menas olika former av stöd som personer med funktionshinder har rätt till enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Insatserna enligt LSS är 1) råd och stöd från landstinget, 2) personlig assistans, 3) ledsagarservice, 4) kontaktperson, 5) avlösarservice, 6) korttidsvistelse, 7) korttidstillsyn, 8) boende för barn, 9) boende för vuxna och 10) daglig verksamhet. I denna undersökning fokuserar vi inte på 1) råd och stöd.

Insatser enligt SoL kan variera, men handlar i första hand om hemtjänst för hjälp med hushållssysslor, boende med särskild service, daglig verksamhet och ledsagarservice.

10 Vilket år och månad hade du senast assistansersättning från Försäkringskassan?

20☐☐
År

Månad

- ☐ Januari
- ☐ Februari
- ☐ Augusti
- ☐ September

☐ Mars
☐ April
☐ Maj
☐ Juni
☐ Juli
☐ Oktober
☐ November
☐ December
☐ Vet ej

11 **Hur många timmar assistansersättning hade du i veckan innan du förlorade rätten till assistansersättning från Försäkringskassan?**

☐☐☐ timmar i veckan

12 **Vad var anledningen till att Försäkringskassan drog in din assistansersättning?**

☐ Bedömdes inte ha 20 timmar i veckan grundläggande behov
☐ Bedömdes inte tillhöra någon av personkretsarna
☐ Mitt behov har minskat, jag har valt en annan serviceinstans
☐ Vet ej
☐
☐ Annat → *Skriv skälet som Försäkringskassan gav i rutan:*

13

Hade du insatser enligt LSS från kommunen samtidigt som du hade assistansersättning från Försäkringskassan? Ange i så fall vilka här nedan.

Hade du inga övriga insatser så kryssa i svarsalternativ "Nej" i varje ruta. Vet du inte kan du kryssa i det alternativet längst ner.

1. Personlig assistans från kommunen (9 § 2 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan
☐ Nej

2. Ledsagarservice (9 § 3 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej

Fråga 13 fortsätter på nästa sida

3. Kontaktperson (9 § 4 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej

4. Avlösarservice i hemmet (9 § 5 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej

5. Korttidsvistelse utanför hemmet (9 § 6 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej

6. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år (9 § 7 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej

☐

7. Bostad med särskild service för barn (9 § 8 LSS)

☐ Ja

☐ Nej

8. Bostad med särskild service för vuxna (9 § 9 LSS)

☐ Ja, gruppbostad

☐ Ja, servicebostad

☐ Nej

9. Daglig verksamhet (9 § 10 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej ☐

☐ ☐

☐ Jag vet inte om jag hade några insatser enligt LSS

14 Hade du insatser enligt SoL från kommunen samtidigt som du hade assistansersättning från Försäkringskassan? Ange i så fall vilka här nedan.

Hade du inga övriga insatser så kryssa i svarsalternativ "Nej" i varje ruta. Vet du inte kan du kryssa i det alternativet längst ner.

1. Hemtjänst

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej

Fråga 14 fortsätter på nästa sida

2. Boende enligt SoL

☐ Ja

☐ Nej

3. Dagverksamhet enligt SoL

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej

☐

4. Ledsagarservice enligt SoL

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej

☐

☐ Jag vet inte om jag hade några insatser enligt SoL

☐

15 Hade du någon övrig service från kommunen? I så fall, ange det i rutan nedan.

16 Under tiden du hade assistansersättning från Försäkringskassan, köpte du själv eller dina vänner eller anhöriga tjänster som du behövde på grund av din funktionsnedsättning, till exempel hemtjänst?

- Ja, jag köpte tjänster
- Ja, mina vänner eller anhöriga köpte tjänster åt mig
- Nej, jag köpte inga tjänster utöver de jag fick från Försäkringskassan eller kommunen
- Vet ej

Om du köpte tjänster, hur mycket tjänster köpte du?

timmar i veckan

Jag köpte tjänster

Kryssa i rutan om du använde RUT-avdraget när du betalade dina tjänster? →

Annat. *Skriv vad i rutan.*

17 Under tiden du hade assistansersättning från Försäkringskassan, fick du extra stöd av familj, vänner eller anhöriga för att klara av vardagssysslor?

Ja, jag fick extra stöd från familj, vänner eller anhöriga

timmar i veckan

Uppskatta hur många timmar i veckan

Nej, jag fick inget extra stöd från familj, vänner eller anhöriga.

☐

Nu följer några frågor om dina insatser när du hade assistansersättning från Försäkringskassan. Du kommer få ta ställning till om du håller med eller om du inte håller med i olika påståenden.

18	**Under tiden jag hade assistansersättning från Försäkringskassan kunde jag själv bestämma ...**	Håller helt med	Håller delvis med	Håller delvis inte med	Håller inte alls med
a	... vem som gav mig service.	☐	☐	☐	☐
b	... vad som skulle göras.	☐	☐	☐	☐
c	... på vilket sätt servicen skulle ges.	☐	☐	☐	☐
d	... när servicen skulle ges.	☐	☐	☐	☐
e	... på vilken plats servicen skulle ges.	☐	☐	☐	☐
	☐ ☐		☐		☐

19	**Under tiden jag hade assistansersättning från Försäkringskassan räckte insatserna till att...**	Håller helt med	Håller delvis med	Håller delvis inte med	Håller inte alls med	Inte aktuellt
a	... sköta min personliga hygien.	☐	☐	☐	☐	
b	... sköta min hälsa (ex. vis träna).	☐	☐	☐	☐	
c	... hålla min bostad ren.	☐	☐	☐	☐	
d	... tvätta mina kläder. ☐	☐	☐	☐	☐	
e	... laga min mat. ☐	☐	☐	☐	☐	
f	... arbeta eller ha en sysselsättning.	☐	☐	☐	☐	☐
g	... delta i fritidsaktiviteter/föreningsliv.	☐	☐	☐	☐	☐
h	... delta i familjelivet. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
i	... vara en jämlik partner.	☐	☐	☐	☐	☐
j	... ta ansvar för mina gamla föräldrar.	☐	☐	☐	☐	☐
k	... ta ansvar för mina barn.	☐	☐	☐	☐	☐
l	... ha och vårda vänskap.	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

20	**Under tiden jag hade assistansersättning från Försäkringskassan vågade jag göra förändringar i mitt liv som att...**	Håller helt med	Håller delvis med	Håller delvis inte med	Håller inte alls med	Inte aktuellt
a	... flytta till en annan kommundel/stadsdel.	☐	☐	☐	☐	☐
b	... flytta till en annan kommun.	☐	☐	☐	☐	☐
c	... ingå kärleksrelationer, skaffa partner.	☐	☐	☐	☐	☐
d	... byta sysselsättning.	☐	☐	☐	☐	☐

Fråga 21-25 handlar om vilken service du har efter att du har förlorat assistansersättning från Försäkringskassan.

21 Vilka insatser har du från kommunen enligt LSS nu?

☐ *Hade du inga insatser så kryssa i svarsalternativ "Nej" i varje ruta. Vet du inte kan du kryssa i det alternativet längst ner.*

1. Personlig assistans från kommunen (9 § 2 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan
☐ Nej

2. Ledsagarservice (9 § 3 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan
☐ Nej
☐

3. Kontaktperson (9 § 4 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan
☐ Nej

4. Avlösarservice i hemmet (9 § 5 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan
☐ Nej

5. Korttidsvistelse utanför hemmet (9 § 6 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan
☐ Nej

6. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år (9 § 7 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan
☐ Nej

7. Bostad med särskild service för barn (9 § 8 LSS)

☐ Ja
☐ Nej

8. Bostad med särskild service för vuxna (9 § 9 LSS)

☐ Ja, gruppbostad
☐ Ja, servicebostad
☐ Nej
☐
☐

Fråga 21 fortsätter på nästa sida

9. Daglig verksamhet (9 § 10 LSS)

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan
☐ Nej
☐
☐ Jag vet inte om jag nu har några insatser enligt LSS

22 Har du några insatser enligt SoL nu?

1. Hemtjänst

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan
☐ Nej

2. Boende enligt SoL

☐ Ja
☐ Nej

3. Dagverksamhet enligt SoL

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej

☐

4. Ledsagarservice enligt SoL

☐ Ja → ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej

☐

☐ Jag vet inte om jag nu har några insatser enligt SoL

☐

23 Har du någon övrig service från kommunen? I så fall, ange det i rutan nedan.

☐

☐

☐

☐

24 Köper du själv eller dina vänner eller anhöriga tjänster som du behöver på grund av din funktionsnedsättning, till exempel hemtjänst?

☐ Ja, jag köper tjänster

☐ Ja, mina vänner eller anhöriga köper tjänster åt mig

☐ Nej, jag köper inga tjänster utöver de jag fick från Försäkringskassan eller kommunen

☐ Vet ej

☐

Fråga 24 fortsätter på nästa sida

☐ Om du köper tjänster, hur mycket tjänster köper du?

☐ Jag köper tjänster ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Använder du RUT-avdrag när du betalade dina tjänster? *Kryssa i rutan* → ☐

☐

☐ Annat. *Skriv vad i rutan.*

☐

☐

☐

☐
☐
☐
☐
☐

25 Får du extra stöd av familj, vänner eller anhöriga för att klara av vardagssysslor?

☐ Ja, jag får extra stöd från familj, vänner eller anhöriga

Uppskatta hur många timmar i veckan ☐☐☐ timmar i veckan

☐ Nej, jag får inget extra stöd från familj, vänner eller anhöriga.

☐

Nu följer några frågor om de insatser du nu har från kommunen. Du kommer få ta ställning till om du håller med eller om du inte håller med i olika påståenden.

26	**Med de insatser jag nu har från kommunen kan jag själv bestämma...**	Håller helt med	Håller delvis med	Håller delvis inte med	Håller inte alls med
a	... vem som ger mig service.	☐	☐	☐	☐
b	... vad som ska göras.	☐	☐	☐	☐
c	... på vilket sätt servicen ska ges.	☐	☐	☐	☐
d	... när servicen ska ges.	☐	☐	☐	☐
e	... på vilken plats servicen ska ges.	☐	☐	☐	☐
	☐ ☐		☐		☐

27	**De insatser jag nu har från kommunen räcker till att...**	Håller helt med	Håller delvis med	Håller delvis inte med	Håller inte alls med	Inte aktuellt
a	... sköta min personliga hygien.	☐	☐	☐	☐	
b	... sköta min hälsa (ex. vis träna).	☐	☐	☐	☐	
c	... hålla min bostad ren.	☐	☐	☐	☐	
d	... tvätta mina kläder. ☐	☐	☐	☐	☐	
e	... laga min mat. ☐	☐	☐	☐	☐	
f	... arbeta eller ha en sysselsättning.	☐	☐	☐	☐	☐
g	... delta i fritidsaktiviteter/föreningsliv.	☐	☐	☐	☐	☐
h	... delta i familjelivet. ☐	☐	☐	☐	☐	☐
i	... vara en jämlik partner.	☐	☐	☐	☐	☐
j	... ta ansvar för mina gamla föräldrar.	☐	☐	☐	☐	☐
k	... ta ansvar för mina barn.	☐	☐	☐	☐	☐
l	... ha och vårda vänskap.	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

		☐	☐	☐	☐	☐
28	**Med de insatser jag nu har från kommunen vågar jag göra förändringar i mitt liv som att...**	Håller helt med	Håller delvis med	Håller delvis inte med	Håller inte alls med	Inte aktuellt
a	... flytta till en annan komundel/stadsdel.	☐	☐	☐	☐	☐
b	... flytta till en annan kommun.	☐	☐	☐	☐	☐
c	... ingå kärleksrelationer.	☐	☐	☐	☐	☐
d	... byta sysselsättning.	☐	☐	☐	☐	☐

Nu följer två frågor om det behov av stöd och service du hade innan du tappade din assistansersättning från Försäkringskassan och om du anser att behovet har ändrats på något sätt.

Med behov av stöd och service menar vi vilken hjälp du känner att du behöver varje vecka för att kunna leva som du vill.

29 Upplever du att ditt behov av stöd och service är annorlunda nu jämfört med när du hade assistansersättning från Försäkringskassan?

☐ Ja → Om Ja, har dina behov ökat eller minskat?
☐ Nej ☐ ☐ Ökat
☐ Vet ej ☐ Minskat

30 Känner du att ditt behov av stöd och service är tillgodosett i dagsläget?

☐ Nej → Hade ditt behov varit tillgodosett om du fått tillbaka de timmar du hade beviljat hos Försäkringskassan? → ☐ Ja
☐ Ja ☐ Nej
☐

31 Skriv gärna om du har några övriga synpunkter eller tankar.

Tack för din medverkan! Nu vill vi bara att du fyller i dina födelsedata och efternamn.
Denna information är bara till för att de som gör undersökningen och kommer inte att publiceras.

Födelsedata ☐☐☐☐/☐☐/☐☐

År *Månad* *Datum*

Efternamn (var god texta) _____

Kan du tänka dig att lämna kontaktuppgifter för att vi ska kunna kontakta dig om kompletterande information om din situation?

☐ Nej → *Tack för din medverkan, var god skicka in enkäten*

☐ Ja,
Hur blir du helst kontaktad?

☐ E-post ☐
Fyll i din e-postadress (var god texta)

_____ @ _____

☐ Telefon ☐
Fyll i ditt telefonnummer

_____ - _____

Riktnummer *Nummer*

Bilaga 2

Prisuppgifter för olika stödinsatser

För att beräkna kostnaderna för de olika insatserna har information från SKL använts, däribland rapporter och Kommun- och landstingsdatabasen, Kolada. Nedan listas 2014 år kostnader för respektive insats.

Privata assistansanordnare ersätts enbart med schablonbeloppet per timme. Schablonbelopp 2014: 280 kr/timme.

Kostnad för kommunen att utföra personlig assistans i egen regi: 314 kr/timme (SKL 2016, s. 9).

Daglig verksamhet: 493 kr/dag (Kolada). Kostnaden beräknas per dag och som brukare har du rätt till heltid, alltså 40 timmar per vecka. Beräkningen har då gjorts genom att dela antalet timmar med 8 för att få fram antalet dagar.

Kostnad hemtjänst enligt SKLs beräkningar av kostnad per brukare (KPB), egen regi (Kolada): 445 kr/beviljad timme.

Köpta timmar uppskattas till samma nivå som schablonbeloppet, alltså 280 kr/timme.

Kostnad för ledsagarservice uppskattas till kostnad för kommunal hemtjänst i egen regi: 445 kr/timme.

För att uppskatta alternativkostnaderna för en timme fritid har Trafikverkets värdering av kortare restid med bil (Trafikverket 2016) använts: 116 kr/timme.

För att uppskatta alternativkostnaden av en timmes arbete har medianlönen för 2014 använts. Medianlönen i Sverige för samtliga sektorer 2014 enligt SCB var 28 000 kr/månad. För att omvandla det till inkomst per timme divideras lönen med 172 timmar som motsvarar 40 timmar arbete per vecka vilket motsvarar 163 kr/timme.

Umeå Papers in Economic History No. 46/2016

Institutionen för geografi och ekonomisk historia
901 87 Umeå
Tel: 090-7865000
www.geo.umu.se