



# Resurser för att leva som andra

- en analys av kostnadsutvecklingen  
inom assistansersättningen

I serien RFV ANALYSERAR publicerar Riksförsäkringsverket sammanställningar av resultat av

- utrednings- och forskningsarbete
- uppföljnings- och konferensverksamhet

I huvudsak är det frågan om olika slag av rapporter och om minnesanteckningar från konferenser, som hållits av verket.

Publikationerna i denna serie utarbetas av olika enheter inom Riksförsäkringsverket.

I vissa slag av rapporter i denna serie kan det förekomma uttalanden som pekar på behovet av nya eller ändrade författningsbestämmelser eller rekommendationer på något område. Med anledning av sådana uttalanden tar Riksförsäkringsverket sedan i särskild ordning upp frågan om att ge ut nya eller ändrade författningar och allmänna råd på området. Uttalanden i rapporterna har således ingen självständig ställning som går utöver innehållet i gällande författningar och allmänna råd.

Utgivare: Utredningsenheten och  
Enheten för handikappförmåner och arbetsskador

Upplysningar: Lars Grönvik  
08-786 94 94

Tomas Sundberg  
08-786 96 20

### Skriftserier som ges ut av Riksförsäkringsverket:

<b>RFV Föreskriver (RFFS)</b>	Författningar med bindande föreskrifter
<b>RFV Rekommenderar (RAR)</b>	Allmänna råd om tillämpningen av författningar
<b>RFV Vägledning</b>	Beskrivning av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis, exempel och kommentarer
<b>RFV Analyserar</b>	Resultat av utrednings- och utvärderingsarbete samt av uppföljnings- och konferensverksamhet.
<b>RFV Anser</b>	Tolkningar av rättsläget och uttalande om verkets åsikt i olika frågor
<b>RFV Informerar</b>	Redovisning av statistik, upplysningar om regler, rutiner och praxis.
<b>RFV Redovisar</b>	Försäkringsanalyser och rapporter med mer begränsade frågeställningar.

Beställ hos: Riksförsäkringsverkets Kundtjänst Tfn 08-795 23 55

Fax 08-760 58 95 E-post: [order@special.lagerhus.se](mailto:order@special.lagerhus.se) eller på

Internet [www.rfv.se](http://www.rfv.se)

Tryck: Novum Grafiska 2001

Regeringen

Socialdepartementet

## **Orsakerna till de ökade kostnaderna för assistansersättningen**

I regeringsbeslut 2000-06-15 gavs Riksförsäkringsverket (RFV) i uppdrag att analysera de bakomliggande orsakerna till de ökade utgifterna för den statliga assistansersättningen. Uppdraget skulle genomföras i samverkan med Socialstyrelsen och i kontakt med Svenska kommunförbundet och handikapprörelsen.

I denna rapport lämnar RFV ett antal förklaringar till kostnadsutvecklingen. Rapporten grundas på tre separata delstudier. I den första analyseras RFV:s statistik över samtliga personer med assistansersättning. I den andra analyseras uppgifter från beslutsunderlagen i ett urval av personakter om assistansersättning. I den tredje delstudien redovisas resultatet från intervjuer med handläggare och handikapporganisationer.

De personer som får den statliga assistansersättningen bedöms tillhöra den avsedda målgruppen för försäkringen.

Mot bakgrund av den rådande lagstiftningen och de bakomliggande intentionerna får det ses som en naturlig utveckling att kostnaderna för den statliga assistansersättningen har ökat. Ett allt bättre förverkligande av lagens intentioner i kombination med den medicinska utvecklingen gör att det bedöms rimligt att kostnaderna för assistansersättningen kommer att öka och gruppen med assistansersättning fortsättningsvis kommer att vidgas.

Försämrat hälsotillstånd, medicinska komplikationer och den omständigheten att många lever längre tack vare den medicinska utvecklingen medför sammantaget ett behov av fler assistanstimmar.

Nya grupper som har assistansersättning är personer som överlever sjukdomstillstånd och olycksfall, barn som överlever prematur- och förlossningsskador med svåra funktionshinder som följd och personer som vårdas i hemmet efter akutsjukvård.

Förändringar av omsorgs- och boendeformer i kommunerna medför behov av personlig assistans i eget boende i stället för i kommunalt inrättade boendeformer.

Genom information från handikapporganisationer med flera har kännedomen om personlig assistans ökat. Därutöver ökar medlemskap i brukarkooperativ medvetenheten om att kunna leva ett aktivt liv med stöd av personlig assistans.

Det är svårt att dra gränsen mellan vad som är egenvård och vad som är ett kommunalt/landstingskommunalt hemsjukvårdsansvar.

Personlig assistans är allt viktigare för ett ökande antal funktionshindrade ungdomar och deras frigörelseprocess genom möjlighet till eget boende.

Som en del i handläggningen av ärendet har samråd skett med RFV:s styrelse. Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Anna Hedborg.

I handläggningen har även deltagit överdirektören Ingrid Petersson, avdelningschefen Stig Orustfjord, enhetschefen Ed Palmer, sakkunnig Inger Marklund, avdelningsdirektören Tomas Sundberg samt försäkringsanalytikern Lars Grönvik, föredragande.

Anna Hedborg

Lars Grönvik

# Innehåll

<b>1. Uppdraget i korthet.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Sammanfattning.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Förklaringskraft.....</b>	<b>10</b>
<b>4. Utvecklingen av assistansersättningen.....</b>	<b>11</b>
<b>5. Om rättighetslagstiftningen och personlig assistans .....</b>	<b>13</b>
<b>6. Förklaringar till kostnadsutvecklingen.....</b>	<b>15</b>
<b>7. Förbättring av prognosmodellen.....</b>	<b>21</b>
<b>8. Den framtida utvecklingen.....</b>	<b>22</b>
<b>9. Män, kvinnor och assistansersättning .....</b>	<b>25</b>
<b>Delstudie 1 .....</b>	<b>29</b>
Personlig assistans och statlig assistansersättning	
<b>Delstudie 2.....</b>	<b>51</b>
Genomgång av personakter om assistansersättning	
<b>Delstudie 3.....</b>	<b>89</b>
Statistik, assistansersättning under de första sex åren	
<b>Bilagor:</b>	
Bilaga 1: Regeringsuppdrag 2000-06-15	
Bilaga 2: Aktgranskningsschema	
Bilaga 3: Diagnoser för personer i personkrets 3 fördelat på tidigt och sent inträde i försäkringen	



## **1. Uppdraget i korthet**

Regeringen har gett Riksförsäkringsverket (RFV) i uppdrag analysera orsakerna till de ökade utgifterna för den statliga assistansersättningen, se bilaga 1. I uppdraget ingår att analysera orsaken till ökningen av antalet assistansberättigade och de genomsnittligt beviljade antalet assistanstimmar.

Syftet med uppdraget är att öka kunskaperna om vilka faktorer som påverkar kostnaderna och att förbättra underlaget för att göra prognoser om utvecklingen av utgifterna. I uppdraget ingår att belysa förklaringar ur kvinnors och mäns perspektiv.

Denna rapport baseras på resultatet av tre delstudier. I delstudie 1 redovisas uppgifter från statistikregistret, i delstudie 2 uppgifter hämtade ur personakter och i delstudie 3 redovisas uppgifter från intervjuer med handläggare, handikapporganisationer med flera. Studierna presenteras längre fram i denna rapport.

Arbetet med uppdraget har skett i samverkan med Socialstyrelsen och i kontakt med Svenska kommunförbundet och handikapprörelsen.

## 2. Sammanfattning

De personer som får den statliga assistansersättningen bedöms tillhöra den avsedda målgruppen för försäkringen.

Denna målgrupp består av personer med ett omfattande och varaktigt hjälpbehov till följd av utvecklingsstörning, autismliknande tillstånd och begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada. Här finns också personer med andra stora fysiska eller psykiska funktionshinder som medför betydande svårigheter i den dagliga livsföringen. Till den senare gruppen hör till exempel neurologiska sjukdomar med multipel skleros som den vanligaste enskilda diagnosen.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen om assistansersättning (LASS) är rättighetslagstiftningar som till sin karaktär i stor utsträckning utgår från den funktionshindrades önskemål om och behov av att få leva som andra. Den som tillhör personkretsen och behöver hjälp med de grundläggande behoven mer än 20 timmar i veckan har rätt till assistansersättning. Denne kan även få assistansersättning för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt.

Mot bakgrund av den rådande lagstiftningen och dess bakomliggande intentioner får det därför ses som en naturlig utveckling att kostnaderna för den statliga assistansersättningen har ökat. Ett allt bättre förverkligande av lagens intentioner i kombination med den medicinska utvecklingen gör att det bedöms rimligt att gruppen med assistansersättning fortsättningsvis kommer att vidgas.

Här följer ett antal förklaringar i korthet till kostnadsutvecklingen.

- Nya grupper som har assistansersättning är personer som överlever svåra sjukdomstillstånd och olycksfall, barn som överlever prematur- och förlösningsskador med svåra funktionshinder som följd och personer som vårdas i hemmet efter akutsjukvård.



- Försämrat hälsotillstånd, medicinska komplikationer och den omständigheten att många lever längre tack vare den medicinska utvecklingen medför sammantaget ett behov av fler assistanstimmar.
- Genom information från handikapporganisationer med flera har kännedomen om personlig assistans ökat.
- Medlemskap i brukarkooperativ ökar medvetenheten om att kunna leva ett aktivt liv med stöd av personlig assistans.
- En del personer har behov av hjälp av två assistenter samtidigt. Omfattningen av denna dubbla assistans ökar. Timmar för dubbel assistans lämnas främst för hjälp med grundläggande behov och för hjälp vid förflyttningar inklusive lyft. Faktorer i assistenternas arbetsmiljö är också en förklaring till förekomsten av dubbel assistans.
- Förändringar av omsorgs- och boendeformer i kommunerna medför behov av personlig assistans i eget boende i stället för i kommunalt inrättade boendeformer.
- Personlig assistans är allt viktigare för ett ökande antal funktionshindrade ungdomar och deras frigörelseprocess genom möjlighet till eget boende.
- Förändringar inom den slutna sjukvården kan göra att behovet av kvalificerade sjukvårdsinsatser eller sjukvårdsnära insatser kan vara stort trots att behovet av slutenvård har klingat av. Socialstyrelsen har i sitt allmänna råd SOSFS 1996:9 beskrivit hur gränsen mellan egenvård och insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen kan hanteras. Även om rådet ger vägledning upplevs det som svårt att dra gränsen mellan vad som är egenvård och vad som är ett kommunalt hemsjukvårdsansvar.

### **3. Förklaringskraft**

Kostnaden för assistansersättning styrs av tre komponenter: antalet mottagare, antalet beviljade timmar samt utvecklingen av timersättningsbeloppet. Den sistnämnda förändrar sig mycket marginellt utöver de förändringar som görs av schablonbeloppet.

I det föregående kapitlet redovisades ett antal faktorer som tillsammans påverkar kostnadsutvecklingen för assistansersättning. Det är svårt att värdera de olika faktorernas enskilda förklaringskraft. Vissa antaganden kan dock göras.

När det gäller utvecklingen av antalet beviljade timmar är det försämrade hälsotillståndet, och det därmed ökade assistansbehovet, troligen den viktigaste förklaringsfaktorn.

När det gäller det ökande antalet mottagare av assistansersättning är det svårare att värdera förklaringskraften. Det kan dock antas att även om den medicinska utvecklingen går snabbt framåt är det rimligt att under de sex år som reformen funnits har informations- och känedomsfaktorerna påverkat antalsutvecklingen snabbare. Förändringar i omsorgs- och boendeformer bedöms inte ha haft en större påverkan än informationsfaktorerna. Bästa förklaringsfaktor för antalsutvecklingen bedöms därför vara de samlade faktorerna kring kännedom om reformen och insikt om dess möjligheter att kunna få leva som andra.

## 4 Utvecklingen av assistansersättningen

Av nedanstående två tabeller framgår hur assistansersättningen utvecklats under reformens inledande sju år.

**Tabell 1. Kostnad för assistansersättningen åren 1994-2000.**

År	Kostnad för assistansersättningen		Totalt milj. Kr
	Staten milj. kr	Kommunerna milj. kr	
1994	1 771	-	1 771
1995	3 717	-	3 717
1996	4 184	-	4 184
1997	4 421	75*	4 496
1998	3 884	1 308	5 192
1999	4 498	1 541	6 039
2000	preliminärt 5 307	1 653	6 960

\*Nettobelopp. Enligt regeringsbeslut (prop. 1996/97:146) betalades 135 miljoner kronor ut från anslaget till kommunerna. Från november 1997 finansierar kommunerna de 20 första assistanstimmarna per vecka. Detta medförde inbetalningar från kommunerna på 210 miljoner kronor under 1997.

Utbetalningarna under 1994 var ca 1,8 miljarder kronor, en relativt låg summa jämfört med utbetalningarna under påföljande år. Att kostnaden inte blev högre beror till stor del på att det inledningsvis fanns en osäkerhet om regel-tillämpningen. Detta ledde till relativt långa handläggningstider vilket gjorde att en stor del av besluten och utbetalningarna gjordes under 1995.

**Tabell 2.    Antal personer med assistansersättning och genomsnittligt beviljat antal timmar per vecka åren 1994-2000.**

År	Personer	Timmar/vecka
1994	6 138	65,9
1995	7 283	67,6
1996	7 666	70,6
1997	7 921	73,0
1998	8 462	77,4
1999	8 961 <sup>1</sup>	82,0
2000	8 946 <sup>2</sup>	85,3

---

<sup>1</sup> Åren t.o.m. 1999 inkluderar retroaktiva beslut fattade t.o.m. december 2000.

<sup>2</sup> Antalet löpande beslut i december 2000 exklusive retroaktiva beslut.

## 5 Om rättighetslagstiftningen och personlig assistans

Den statliga assistansersättningen regleras i lagen om assistansersättning, LASS. Assistansersättning är ett bidrag inom socialförsäkringen för att bekosta personliga assistans. Den är en viktig del av den handikappreform som kom 1994 med tonvikten på lagen om stöd och service för vissa funktionshindrad, LSS.

Med personlig assistans menas ett personligt utformat stöd som ges i olika situationer av ett begränsat antal personer. Den som beviljats assistansersättning ges ett mycket stor inflytande över vem eller vilka som ska ge den personliga assistansen, när den ska lämnas och över vem som ska ha arbetsgivaransvaret för assistenterna (en kommun, ett brukarkooperativ, ett företag eller den ersättningsberättigade själv). Den personliga assistenten ska i möjligaste mån garantera en kontinuitet i stödet och därmed en trygghet för den enskilde och närstående.

En förutsättning är att den funktionshindrade bedöms tillhöra *personkretsen* (någon av följande tre grupper):

1. Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. personer med betydande och bestående begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder orsakad av yttre våld eller kroppslig sjukdom eller
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder, som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen.

Grupp 1 och 2 avgörs av den medicinska diagnosen medan grupp 3 avgörs av den samlade utredningen och bedömningen i ärendet.

En annan förutsättning är att behovet av personlig assistans för de *grundläggande behoven* i den dagliga livsföringen uppgår till mer än 20 timmar i veckan. Med grundläggande behov menas behov av hjälp med den personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade.

Med daglig livsföring menas förutsebara, kontinuerliga eller ofta återkommande aktiviteter av vardagligt slag. Om så är fallet ges assistansersättning även för *andra personliga behov* om behoven inte tillgodoses på annat sätt.

Från och med 2001 lämnas assistansersättning även för en person som fyllt 65 år om denne dessförinnan beviljats förmånen.

Ersättning lämnas inte till den som bor i en gruppbostad. Assistansersättning lämnas inte heller då man vårdas på sjukhus eller vistas i barnomsorg, skola eller daglig verksamhet, om det inte finns särskilda skäl.

Assistansersättning lämnas med ett schablonbelopp per timme. För 2001 är det 184 kronor. Om det finns särskilda skäl kan man beviljas ett högre timbelopp, dock med högst 12 procent.

Viktiga utgångspunkter i reformen är anhörigas behov av att kunna leva ett aktivt och tryggt liv, ungdomars behov av frigörelse och vuxnas behov av vuxenrelationer till sina närmaste.

För många är sådan hjälp som kan ges samlad i olika situationer och verksamheter ett viktigt medel för att undvika isolering och passivitet och för att kunna delta i både planerade och spontana aktiviteter.

Enligt LSS ska insatserna till vuxna personer grundas på behov som den enskilde själv finner angelägna att få tillgodosedda för att kunna leva ett så självständigt och oberoende liv som möjligt.

Om personlig assistans beviljas bör stödet beviljas i sådan omfattning att den enskildes hela behov av personliga stödinsatser kan tillgodoses, även sådant stödbehov som sett för sig kanske inte skulle ge rätt till insatsen. Därigenom ökar möjligheterna att samordna samhällets insatser för svårt funktionshindrade så att assistenten kan hjälpa den enskilde i arbetet, med att göra sig förstådd och själv ta emot information.

Assistenten ska, efter att ha fått särskilda instruktioner, kunna utföra enklare insatser som uppehåller och förstärker funktionsförmågan. Vidare ska assistenten kunna utföra arbetsuppgifter som utförs av den sociala hemtjänsten enligt socialtjänstlagen. Assistenten ska dock inte till alla delar ersätta den sociala hemtjänsten. Städning, inköp och liknande uppgifter som inte görs tillsammans med den enskilde som ett led i det personliga stödet ska inte tas med vid beräkningen av assistansbehovet.

## 6. Förklaringar till kostnadsutvecklingen

I det följande lämnas en beskrivning av de faktorer som främst bedöms förklara kostnadsutvecklingen. Diskussionen grundas på de tre delstudierna.

### 6.1 Faktorer inom och mellan offentliga institutioner

En funktionshindrad person i behov av samhällets hjälp vänder sig som regel till kommunen. Ofta har kommunen hjälpt till tidigare med stöd av socialtjänstlagen och är därför en naturlig instans om man behöver hjälp. Kommunen utreder ärendet. Om det visar sig att hjälpbehovet handlar om personlig assistans och om timantalet överstiger 20 timmar/vecka anmäler kommunen ärendet till försäkringskassan.

Man kan se en tendens mot en ökande andel anmälningar av ärenden från kommunen till försäkringskassan. Av nybeviljade ärenden kom nio procent från kommunen 1994 och 33 procent 2000. De flesta nya beslut initieras således genom ansökan från den enskilde. Med ledning av enbart dessa redovisade uppgifter finns det inte fog för att se de ökande anmälningarna som utslag av kostnadsövertalning från kommunerna till staten.

En del av dem som i början av reformen hade en fungerande hemtjänst önskade behålla denna service. Vid förändringar i ett senare skede, t.ex. vid personalbyten har dessa personer ansökt om och beviljats assistansersättning.

Förändring av omsorgs- och boendeformer i kommunerna medför behov av personlig assistans i eget boende i stället för institutionsboende. Detta var också ett av syftena med assistansreformen, dvs. att gå ifrån en mer institutionspräglad boendeform till eget boende. I vissa kommuner kan det också saknas lämpliga boendeformer som exempelvis gruppboendestäder och att hjälpbehoven därför tillgodoses med personlig assistans.

Förändringar inom den slutna sjukvården kan göra att lämpliga boende- och insatsformer saknas för medicinskt färdigbehandlande personer. Behovet av kvalificerade sjukvårds- eller sjukvårdsnära insatser kan vara stort trots att behovet av slutenvård har klingat av. Här uppstår ett gränsdragningsproblem

mellan vad som ska ske genom den kommunala/landstingskommunala hem-sjukvården och vad som är egenvård. Egenvården kan ske inom ramen för personlig assistans medan sjukvård ska utföras genom annan huvudman. Men gränserna kan vara diffusa och lösningen blir därför ibland åtgärder som definieras som egenvård men som innebär en kombination av egenvård, sjukvård, rehabilitering och psykiatrisk vård.

Idag bedöms inte egenvårdsproblemet vara en avgörande faktor för kostnadsutvecklingen även om den finns med som en delförklaring. Det är inte otänkbart att problemet kan komma att utvidgas i framtiden då alltmer komplicerade sjukvårdsinsatser idag kan ske i hemmet i stället för i slutenvården. Om svårigheten med gränsdragningen finns kvar och de sjukvårdsnära insatserna blir mer omfattande i tid kan denna utveckling öka kostnaderna för assistansersättningen.

## 6.2 Hälsofaktorer

Hälsotillståndet försämras för många av dem som har assistansersättning. Samtidigt lever dessa personer längre tack vare bättre sjukvård, akutinsatser vid olycksfall m.m. Tittar man på diagnoserna är det de neurologiska sjukdomarna, där MS är den största enskilda diagnosen, som dominerar. Dessa har oftast ett progredierande förlopp.

Ibland framförs teorin att nya grupper kan ha kommit in i försäkringen och beviljats assistansersättning. Denna studie indikerar att den teorin kan vara riktig. Exempel på sådana grupper är:

- Personer som överlever svåra sjukdomstillstånd och olycksfall med livslånga funktionshinder som följd.
- Barn som överlever prematur- och förlossningsskador med svåra funktionshinder som följd.
- Personer som vårdas i hemmet efter akutsjukvård där lösningen ibland blir åtgärder som definieras som egenvård, men som innebär en kombination av olika insatser.

Det har tidigare antagits att assistansersättning för personer med svåra psykiska funktionshinder skulle komma att öka. Arbetet med denna rapport indi-



kerar att så inte har blivit fallet. I 1989 års Handikapputredning<sup>3</sup> beräknades att ungefär 1 000 personer med psykiska funktionshinder skulle få assistansersättning efter en tioårsperiod. I 1995 års psykiatrireform förutsågs att många psykiskt funktionshindrade skulle få sina behov tillgodosedda genom LSS. Socialstyrelsen fann i sin slutrapport<sup>4</sup> att många har svårt att få sådana insatser.

Skälen bakom det låga antalet psykiskt funktionshindrade med assistansersättning kan vara många. När Socialstyrelsen utvärderade psykiatrireformen 1999 fann man att även tillgången till LSS-insatser var begränsade för denna grupp. En del av Socialstyrelsens förklaringsmodeller kan fungera även för den statliga assistansersättningen. Styrelsen hävdar att:

- Kravet på varaktighet kan göra det svårt att bedöma om personer med psykiska funktionshinder tillhör personkretsen.
- Det finns en osäkerhet hos handläggare och en brist på rutiner som försvårar bedömningen av vad som ska anses vara ett psykiskt funktionshinder.
- Flera kan ha ett fungerande stöd enligt socialtjänstlagen.

Utöver detta är det också troligt att många personer med psykiska funktionshinder har ett hjälpbehov som inte motsvarar assistansersättningens fokusering på fysiska hjälpbehov.

Personer med psykiska funktionshinder kan ofta rent tekniskt utföra de grundläggande behoven. I stället finns ett stort behov av motivations- och tillsynsinsatser. För att beteckna särskilt omfattande former av tillsyn och motivation används enligt rättspraxis begreppen ”kvalificerade motivationsinsatser” och ”aktiv tillsyn”. Det kan vara svårt att dra gränsen mellan vad som är tillsyn och motivation i allmänhet och dessa komplexa former som berättigar till personlig assistans och assistansersättning.

---

<sup>3</sup> SOU 1991:146 Handikapp Valfärd Rättvisa, betänkande av 1989 års Handikapputredning

<sup>4</sup> Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1

### **6.3 Informations- och kännedomsfaktorer**

Både allmänhet och personal inom olika vård- och omsorgssektorer har blivit allt bättre informerade om reformen i allmänhet och assistansersättningen i synnerhet. Genom ökad kännedom har allt fler svårt funktionshindrade och deras anhöriga fått ökad kännedom om och möjlighet att söka personlig assistans.

Den ökade kännedomen innebär att personer lättare kan formulera behov av personlig assistans, även för hjälpbehov som ligger utanför de grundläggande behoven. Dessutom kan erfarenheten av reformen och dess intentioner ha gjort att handläggare hos olika organisationer för sina klienters/kunders räkning har utvecklat en färdighet att definiera och efterfråga hjälpbehov ur ett helhetsperspektiv.

På grund av begränsade levnadsvillkor ansökte vissa funktionshindrade till en början om assistanstimmar som senare visade sig vara otillräckliga. Erfarenheterna visade att man genom personlig assistans kan och vill förbättra sina levnadsvillkor mer än man trodde vara möjligt.

Genom att vara medlem i brukarkooperativ ökar medvetenheten om möjligheten att leva ett aktivt liv. Detta leder också till önskemål hos de som har assistans att flytta till eget boende med utökat behov av personlig assistans.

### **6.4 Behovsfaktorer**

Som regel beviljas det fler timmar för de grundläggande behoven än för andra personliga hjälpbehov. Assistanstimmar för andra personliga hjälpbehov ökar dock mer än timmarna för grundläggande behov.

Oavsett om man kom in tidigt (1994/95) eller sent (1999/00) i försäkringen beviljas fler timmar för de grundläggande behoven än för andra personliga hjälpbehov. Skillnaden minskar dock betydligt under åren. För personerna med tidigt inträde är skillnaden 14 timmar/vecka och för de med sent inträde endast fyra timmar/vecka i förhållande till deras nuvarande beslut.

En del personer har behov av hjälp av två assistenter samtidigt. Omfattningen av denna dubbla assistans ökar om man följer utvecklingen för de personer som tidigt beviljades timmar för sådana insatser. Detta indikerar att många erhåller dubbel assistans först efter att ha haft assistansersättning en tid. De som i dag, oavsett inträdesår, behöver dubbel assistans får i genomsnitt drygt

24 timmar per vecka. Insatser som fordrar två assistenter samtidigt handlar främst om hjälp med de grundläggande behoven och förflyttningar inklusive lyft. Det kan också röra sig om inslag av aggressivt beteende hos den enskilda. Antalet timmar har ökat under åren. (Se även 6.5 nedan).

Antalet behov har inte förändrats om man jämför de personer som kom in tidigt med de som kom in sent i försäkringen. Det är snarare antalet timmar för dessa behov som ökat.

I tabellen nedan framgår hur ökningen ser ut när man för olika inträdesår följer personernas första beslut och jämför med nuvarande beslut.

**Tabell 3. Förändring av antalet timmar mellan personernas första beslut och beslut i januari 2000, timmar/vecka och inträdesår. Samtliga i statistikregistret.**

Inträdesår	Första beslut	Nuv. beslut	Differens
1994	66,4	87,7	+21,3
1995	59,8	82,0	+22,2
1996	66,5	83,7	+17,2
1997	71,5	84,1	+12,6
1998	74,7	80,2	+5,5

För personer med inträde i försäkringen 1994 och 1995 har timmarna ökat med drygt 20 timmar/vecka.

För de personer som mellan det första och andra beslutet fick fler timmar för nya behov eller aktiviteter gällde det främst behov inom gruppen andra personliga hjälpbehov där fritidsaktiviteter var det främsta enskilda skälet.

Lagändringen den 1 juli 1996 innebar bl.a. en precisering av personlig assistans och begreppet grundläggande behov samt att assistansersättning enligt huvudregeln inte lämnas inom barnomsorg, skola och daglig verksamhet. Detta har inneburit en striktare tillämpning av lagen.

Denna ändring har dock endast haft en marginell inverkan på kostnadsutvecklingen. Men personer som nybeviljas assistansersättning har ett lägre antal timmar per vecka jämfört med dem som haft ersättningen under en följd av år. Det är troligt att kostnaderna i dag skulle ha varit högre om den tidigare mer generösa tillämpningen fortfarande gällt.

## **6.5 Arbetsmiljöfaktorer m.m.**

Den enskildes behov av att få hjälp av två assistenter samtidigt är det centrala när timmar beviljas för dubbel assistans. Man kan inte bortse ifrån att arbete som ensam assistent till en svårt funktionshindrad person kan skapa särskilda svårigheter. Det kan bl.a. gälla fysiskt belastande moment eller ett aggressivt beteende hos den enskilde som skapar en riskfylld arbetsituation för assistenten. Det kan också vara så att en förutsättning för att överhuvudtaget få assistenter som är villiga att arbeta hos vissa funktionshindrade är att man arbetar i par.

Vid exempelvis tunga lyft, även med lyftanordning, anser många arbetsterapeuter att det ska finnas två personer närvarande främst av omsorg om den enskilde. (Se även 6.4 ovan).

Det förekommer att anordnare av assistansen anser att fler timmar behövs för att kunna ordna goda anställningsförhållanden för assistenterna.

De svårigheter att rekrytera och behålla assistenter som finns på många orter kan på sikt vara kostnadsdrivande. Stor omsättning med bl.a. höga. Rekryteringskostnader kan i sin tur påverka utrymmet för löner och andra nödvändiga kostnader.

## **7. Förbättring av prognosmodellen**

Prognosmodellen för assistansersättning förändrades under våren år 2000. Den nuvarande modellen tar hänsyn till förändringar i befolkningsstrukturen.

Resultaten som presenteras i denna rapport kommer att användas för utveckling av prognosmodellen. Det bör bland annat prövas på vilket sätt personkrets kan användas som en variabel i modellen, men även sådana variabler som ålder och kön bör prövas.

## 8. Den framtida utvecklingen

### 8.1 Generella faktorer

Handikapputredningen uppskattade i sitt betänkande (SOU 1991:46) att ca 11 500 personer (förutom barn under 16 år) skulle uppbära assistansersättning efter ca tio år då institutionsavvecklingen beräknades avslutad. Utredningen räknade med att ca 2 000 personer skulle få assistansersättning efter flytt från vårdhemsboende, att ca 1 000 långtidssjuka inom psykiatrisk vård skulle ha assistansersättning och att ca 500 personer skulle ha ersättningen efter fyllda 65 år.

Antalet personer med assistansersättning ökar år för år under de sju år av försäkringen som nu passerats. Likaså ökar det genomsnittliga antalet assistanstimmar per person. Nyttillkommande personer går in med ett större antal timmar än de som kom in i systemet de första åren. Nya landvinningar inom exempelvis neurokirurgin och pediatriken bidrar till att rädda allt fler människor, ibland med svåra funktionshinder som följd. Ett annat exempel är utvecklingen av nya läkemedel för att exempelvis bromsa progredierande sjukdomar.

LSS och LASS är rättighetslagstiftningar som till sin karaktär i mycket stor utsträckning utgår från den funktionshindrades egna önskemål om och behov av att få leva som andra. Förarbetena och lagstiftningen innehåller relativt få begränsningar vad gäller möjligheten att beviljas insatsen personlig assistans och assistansersättning. För den som tillhör personkretsen och behöver hjälp med de grundläggande behoven under mer än 20 timmar i veckan är det i princip de egna önskemålen om ytterligare assistans för andra personliga behov som avgör assistansersättningens omfattning.

Ett allt bättre förverkligande av lagens intentioner i kombination med den medicinska utvecklingen gör det rimligt att gruppen med assistansersättning fortfarande vidgas.

### 8.2 Personliga assistenter

Det finns också en del hinder för fullföljandet av reformen. Riksförsäkringsverket får med jämna mellanrum samtal kring problemet att rekrytera assistenter. Det har tidigare antagits att problemet varit ett storstadsfenomen

men intervjuundersökningen i denna rapport visar att problemet är spritt även utanför storstadsregionerna.

Brist på assistenter innebär att personer som beviljats assistansersättning inte kan aktivera sitt beslut, det vill säga trots den formella rätten till personlig assistans kan insatsen i praktiken inte förverkligas eller endast till en viss del. Incitament för att stärka rekryteringen av personliga assistenter kan påverka kostnadsutvecklingen men är framför allt en viktig förutsättning för att trygga funktionshindrade personers tillgång till personlig assistans.

### 8.3 Ökat antal barn med assistansersättning

RFV vill i detta sammanhang ta upp en omständighet som kan komma att medföra ökade kostnader för assistansersättningen. Det gäller frågan om barns rätt till assistansersättning.

I förarbetena till LSS och LASS (prop. 1992/93:159, sid. 66) sägs att barn som är mycket vårdkrävande och för vilka föräldraansvaret i kombination med vissa andra insatser från samhället inte räcker till, kan få rätt till assistansersättning. Vidare sägs att det handlar om barn som har omfattande omvårdnadsbehov under hela dygnet eller stor del av dygnet och som har flera funktionshinder samtidigt. Med stöd av dessa uttalanden har RFV i det allmänna rådet om assistansersättning rekommenderat att omvårdnadsbehovet för dessa barn i regel bör omfatta minst 12 timmar om dygnet.

RFV konstaterar att Regeringsrätten (RegR) i två domar rörande barn inte berört omvårdnadsbehovet. I stället har Regeringsrätten prövat frågan om rätt till assistansersättning strikt utifrån lydelsen i LASS om behov av hjälp med de grundläggande behoven. RFV har överklagat ett flertal mål till RegR för att få frågan om omvårdnadsbehovet prövat. RegR har inte beviljat prövningstillstånd i något av ärendena.

RFV drar slutsatsen att den aktuella rekommendationen bör upphöra. LASS skiljer inte på barn och vuxna. Det innebär sannolikt att det tillkommer ett antal barn med assistansersättning.

I åldersgruppen 0-15 år finns 1 340 barn som i genomsnitt beviljats 304 timmar per månad.

Ett räkneexempel med 100 tillkommande barn som får assistansersättning skulle motsvara en kostnad på ca 67 miljoner kronor per år (100 barn x 304 timmar x 12 mån x 184 kr). Kostnaden för vårdbidrag minskar då sannolikt

eftersom många av de aktuella barnens föräldrar idag uppbär vårdbidrag. Ett beviljande av assistansersättning påverkar ofta vårdbidragets nivå som minskas i förhållande till den beviljade personliga assistansen.



## 9. Män, kvinnor och assistansersättning

### 9.1 Data

Kvinnor som nybeviljas assistansersättning har genomgående beviljats färre timmar än män, förutom bland dem som hade assistansersättning i januari 1995.

- Kvinnor har haft en mer markant minskning av andelen som beviljats personlig assistans i skola, barnomsorg eller daglig verksamhet
- För män är det vanligast att en ökning av antalet timmar beror på behov av fler timmar för insatser som redan tillgodoses via assistansersättningen. För kvinnor är det också vanligt men hos dem är det även vanligt att det andra beslutet innehåller fler behov eller aktiviteter än det första.
- Av männen är det 22 procent som är beviljade dubbel assistans. Motsvarande siffra för kvinnor är 18 procent.
- Män får i genomsnitt knappt 27 timmars dubbel assistans per vecka medan motsvarande siffra för kvinnor är drygt 21 timmar.

### 9.2 Tolkning

På en aggregerad nivå kan vi hävda att män och kvinnor i princip har samma möjlighet att få tillgång till den statliga assistansersättningen. Avslagsfrekvensen har för kvinnor legat kring tolv procent de senaste två åren. Motsvarande siffra för män är tretton procent. Väl inne i systemet blir dock förhållandena annorlunda och könsskillnader kommer till uttryck på olika sätt.

Det är sedan tidigare känt att män beviljas fler assistanstimmar än kvinnor.<sup>5</sup> I det material vi kan presentera i denna rapport finner vi att könsskillnaden

---

<sup>5</sup> Statlig assistansersättning – de fem första åren, RFV Redovisar 1999:11

alltjämt består samt att den framträder även på andra sätt än enbart genom skillnader i antalet beviljade timmar.

Det finns en del tankegångar om varför det finns en könsbunden skillnad i assistansersättningen. Den vanligaste, och som brukar användas även i andra socialförsäkringssammanhang, är att män lever ett mer aktivt och riskfyllt liv och därmed åsamkas komplicerade och omfattande funktionshinder genom olyckor och andra yttre faktorer. Vårt material bekräftar möjligen att män faktiskt har en större andel funktionshinder orsakade av yttre våld och liknande. I diagnosmaterialet framgår att män har en överrepresentation när det gäller ryggmärgsskador och olika typer av förlamningar utan närmare specifikation. Det är inte omöjligt att en betydande andel av dessa skador är inducerade av olyckor och andra typer av trauma. Det skulle i ett första skede ge stöd för åsikten att män oftare utsätts för olika trauman och därmed också behöver fler timmar.

En närmare analys av den förklaringsmodellen reser dock många tveksamheter. Diagnosmaterialet visar att fler kvinnor än män har multipel skleros (MS) som huvuddiagnos. Det förefaller inte rimligt att en progredierande MS inte skulle kunna generera ett lika omfattande hjälpbehov som sviterna efter en trafikolycka. Det är därför inte troligt att diagnoskriteriet håller som enda förklaring för de könsbundna skillnaderna inom den statliga assistansersättningen. Troligen finns det flera samverkande faktorer som genererar skillnaderna mellan män och kvinnor. Det är sannolikt att vissa av dem inte rör funktionshinder eller hjälpbehov utan har sitt ursprung i de skillnader som finns mellan män och kvinnor generellt, vare sig man har ett funktionshinder eller inte.

Generellt sett har kvinnor sämre levnadsvillkor än män. Det gäller inkomst, arbete, inflytande, hälsa och så vidare. Kvinnor med funktionshinder brukar benämnas dubbelt diskriminerade där, i detta sammanhang, funktionshindret kan ses som en förstärkningsmekanism till den generella diskrimineringen av kvinnor.

Kön och funktionshinder är ett nytt forskningsområde som i princip kan sägas ha startat under 80-talet. Kunskapsmassan är fortfarande liten och under uppbyggnad. En stor del av den producerade kunskapen stannar vid att konstatera att skillnader mellan könen finns, könsuppdelad statistik blir allt vanligare och likaså specialstudier som betraktar olika samhällsfenomen ur ett könsperspektiv. Däremot finns det få studier som tar sig an frågan om varför det finns skillnader mellan män och kvinnor.

Det finns dock en del indikationer på att män och kvinnor upplever sitt funktionshinder och sina hjälpbehov olika. SCB:s levnadsnivåundersökningar visar att bland rörelsehindrade människor är det vanligare att männen uttrycker ett större hjälpbehov än kvinnor. Det är inte troligt att den skillnaden endast består av olika svårighetsgrader mellan rörelsehindrade män och kvinnor. Den skulle bland annat också bestå i förmågan att formulera sina hjälpbehov och ställa krav på att få dem tillgodosedda<sup>6</sup>.

Sociologen Karin Barron har genom intervjuer med unga rörelsehindrade studerat kopplingarna mellan funktionshinder, kön och självständighet.<sup>7</sup> Där framträder det att män upplevt den omfattande fysiska habiliterande träningen som mer positiv än vad kvinnor gjort. I utredningen uttrycker man det så här på sid. 45:

*Männen hade tränats till fysisk självständighet. De tränade flitigt på gym, främst för att få starka armar. Det var viktigt för dem att kunna hantera rullstolen – och att ha synliga muskler. Kvinnorna däremot var trötta på denna, som någon kallade det "hysteriska självständighetsträning".*

Utredningen hävdar vidare att traditionen hämmar kvinnans möjlighet att vara självständig. Traditionellt ses kvinnan som bland annat mer passiv och beroende medan det är mer naturligt att mannen är självständig i det dagliga livet. Detta, menar utredningen, förstärker en funktionshindrad kvinnas utsatthet eftersom passivitet och beroende också ingår i schablonbeskrivningen av funktionshindrade i allmänhet. Den dubbla diskrimineringen blir tydlig.

En av de viktigaste intentionerna med handikappreformen var att öka självständigheten hos funktionshindrade och att utjämna skillnaderna i levnadsvillkor mellan personer med och utan funktionshinder. Om man betraktar detta i skenet av Barrons resultat väcks frågan om männen i högre utsträckning ser möjligheterna med assistansersättningen som redskap för att bli ytterligare självständiga och därmed kan formulera sina behov och krav på den personliga assistansen medan kvinnor i högre utsträckning passivt tar emot det som ges.

---

<sup>6</sup> Kvinnor, män och funktionshinder, SOU 1998:138. Rapport till Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder

<sup>7</sup> Presenterad i anförut arbete.

I det perspektivet framträder en annan viktig grupp, nämligen försäkringskassans handläggare. De har en nyckelposition när det gäller att hjälpa den enskilde att formulera sitt funktionshinder och hjälpbehov. En professionell utredare kan överbrygga en persons rädsla eller oförmåga att ställa krav på insatsens omfattning, inte i syfte att överkompensera, utan för att få den i nivå med det faktiska behovet.

Det faktum att kvinnor i högre utsträckning än män kompletterar med ytterligare hjälpbehov vid sitt andra beslut om assistansersättning kan tolkas som att männen redan vid det första tillfället får en insats som bättre täcker hela vardagssituationens hjälpbehov. Det är möjligt att kvinnor i ingångsskedet till assistansersättningen stannar vid de uppenbara och kroppsnära hjälpbehoven, vilka är enklare att formulera och framställa. Det faktum att det tycks vara andra personliga hjälpbehov, som fritidsaktiviteter, som kompletteras genom det andra beslutet talar för att kvinnor dröjer med att formulera ett hjälpbehov som tar fasta på hela livssituationen.

### **9.3 Slutsats**

Vi behöver inga ytterligare statistiska belägg för att män får fler timmar än kvinnor. Istället behöver vi söka efter den kunskap som kan förklara det in-neboende könsförhållandet. Det är därför nödvändigt att gå vidare från de statistiska analyserna och studera hur män och kvinnor upplever och formulerar sina funktionshinder och hjälpbehov. Vidare behöver vi analysera vilka redskap försäkringskassans handläggare har eller behöver för att överbrygga eventuella skillnader mellan mäns och kvinnors sätt att formulera sitt krav på stöd och service i sin vardag.

## **Delstudie 1**

### ***Personlig assistans och statlig assistansersättning***

*Hans Bengtsson och Kerstin Gynnerstedt*

#### ***En analys av kostnadsutvecklingen för LASS-reformen.***

**Rapport till RFV 2001-01-31 enligt uppdrag 2000-10-02**

### **LASS-reformen**

Rätten till insatsen personlig assistans är en viktig del i reformeringen av den svenska handikappolitiken och finns sedan 1994 inskriven i LSS. Med denna insats avses ett personligt utformat stöd till mycket gravt funktionshindrade personer som behöver hjälp i krävande och komplicerade situationer av personlig karaktär. Stödet skall vara knutet till en viss person och inte till någon viss verksamhet. Den kommun personen tillhör har enligt LSS ett s k basansvar för genomförandet av denna insats. När LSS trädde i kraft infördes också en statlig assistansersättning som regleras i en särskild lag, LASS, för att bidra till att täcka kostnaderna för reformen. Riksförsäkringsverket (RFV) är huvudman för denna assistansersättning och försäkringskassan är den myndighet som utreder och fattar beslut i samband med ansökningar från enskilda personer. Samverkan skall då ske med berörd kommun. Kommunen har sedan 1997-11-01 finansieringsansvaret för de första 20 assistanstimmarna per vecka, medan staten via assistansersättningen bekostar resterande timmar under förutsättning att det s k grundläggande behovet överstiger 20 timmar.

Den statliga assistansersättningen utgår till den enskilde i form av ett särskilt bidrag som utbetalas via försäkringskassan. Denne kan sedan själv anställa en eller flera assistenter eller mot ersättning anlita kommunen eller annat organ som arbets- givare för dessa. Om den enskilde önskar ha någon som tillhör den egna hushålls- gemenskapen eller anhörig som assistent måste denne numera begära att detta ordnas via kommunen eller ett fristående organ (t ex ett kooperativ eller ett företag). Syftet är att assistansersättningen skall användas till lönekostnader samt till andra relevanta kostnader. En förutsättning för att erhålla assistansersättning enligt LASS är att man tillhör den personkrets som omfattas av LSS. Från och med 2001 avskaffades regeln att rätten att erhålla assistansersättning upphör vid 65 års ålder. Den enda åldersgräns

som numera finns är alltså att ansökan skall vara inlämnad före 65 års ålder. Omprövning av beslut skall enligt LASS ske efter två år.

## **RFV:s uppdrag**

Uppdraget att göra en kvalitativ analys av den statliga assistansersättningen (LASS) är föranlett av kostnadsutvecklingen under perioden 1994-2000. Studien omfattar intervjuer på 10 orter med LASS- och LSS-handläggare samt företrädare för handikapporganisationer, vilket även inkluderar kooperativ, assistansföretag och sk egenanordnare. Denna slutrapport omfattar resultatet av samtliga intervjuer och enkätundersökningar som genomförts i samband med intervjuerna. Urvalet av orter/ kommuner, liksom utarbetandet av frågeformuläret, har skett i samråd med RFV:s arbetsgrupp. Kontakter med respektive försäkringskassa/ kommun/ handikapporganisation har skett genom RFV:s försorg. Uppdraget har avrapporterats muntligt 18/12 2000.

### *Syfte och frågeställning*

Det övergripande syftet med denna studie är alltså att analysera de bakomliggande orsakerna till kostnadsutvecklingen vad gäller LASS-reformen. Vår huvudfråga är därmed:

### *Vilka faktorer påverkar kostnadsutvecklingen för assistansersättningen?*

För att få svar på denna övergripande frågeställning har vi valt att fokusera våra frågor främst på utrednings- och beslutsprocessen. De olika aktörernas uppgift och ställning i denna process påverkar naturligtvis hur man ser på den problematik som präglar LASS-reformens genomförande. För en allsidig belysning finns såväl handläggarsom brukarperspektivet representerat. Studien syftar dock inte enbart till att sammanställa inlämnade enkätsvar och synpunkter framförda i samband med intervjuerna utan även att värdera och analysera dessa i relation till övrig kunskap inom området.

### *Metod och material*

Studiens underlagsmaterial har samlats in genom intervjuer och enkäter med LASS- och LSS-handläggare samt företrädare för handikapporganisationer, brukarkooperativ samt andra serviceorganisationer. Handläggariintervjuerna har genomförts i fokusgrupper med hjälp av en intervjumanual. Dessa grupper har varit sammansatta av handläggare från såväl försäkringskassan som kommunerna. Antalet deltagare per försäkringskassasektor har varit 2-3

handläggare av vardera kategorin. Intervjumanualen har använts till att fokusera diskussionerna kring teman som är relevanta för utredningar om personlig assistans. Intervjuerna har utformats som relativt fria samtal mellan deltagarna. Manualen har därför också fungerat som en checklista för att kontrollera att inget väsentligt glömts bort i samtalen. Fokusgruppsintervjuerna har genomförts under tre timmar med ett intensivt erfarenhetsutbyte. Materialet består av en sammanställning av dessa fokusintervjuer som omfattar 28 LASS-handläggare från 10 olika Fk-kontor samt med 27 LSS-handläggare från 21 berörda kommuner/ kommundelar. Intervjuerna har avslutats med en sammanfattande och summerande enkät där samtliga handläggare ombads ange de två viktigaste faktorerna som påverkar kostnadsutvecklingen.

För att inte behöva ta upp intervjutid med att få fram såväl basdata om försäkringskassans och kommunens handläggare av assistansersättningen som deras individuella erfarenheter och synpunkter på bl a arbetsinnehåll och handläggning, har intervjuerna kompletterats med en enkät som utsänts i förväg till deltagarna. Enkäterna har samlats in i samband med intervjuerna. Antalet besvarade enkäter är något färre beroende på att några handläggare ansåg sig vara så nya på sina tjänster att de har för lite erfarenhet för att besvara frågorna. Några deltagare från kommunerna var inte handläggare utan ekonomiansvariga och besvarade därför inte enkäten. Även från försäkringskassans deltagare finns bortfall, främst från deltagare som är föredragande i socialförsäkringsnämnden.

För att få information om brukarnas/ de försäkrades synpunkter på assistansen och vilka faktorer som de anser påverkar kostnadsutvecklingen har 27 representanter för olika handikapporganisationer intervjuats på samtliga orter där intervjuer genomförts. Detta innebär att vi träffat representanter för RBU, HSO, DHR, NHR, SFR, Intresseföreningen för Assistansberättigade (IfA), Riksföreningen för Autism, men också representanter för olika kooperativ, egenanordnare samt assistansföretag. Därutöver har vi intervjuat ordföranden i IfA, tillika vice ordförande i DHR och aktiv medlem i ett brukaroperativ.

### *Handläggarnas bakgrund*

De bakgrundsfaktorer som analyserats när det gäller handläggarna är ålder, kön, utbildning och tidigare arbetslivserfarenhet. De intervjuade LASS-handläggarna är i genomsnitt något äldre än LSS-handläggarna – 52 respektive 45 år. Det är en stor kvinnodominans i undersökningsgruppen – endast fem av LASS- och två av LSS-handläggarna är män. Utbildningsbakgrunden skiljer sig åt genom att samtliga LSS-handläggare har högskoleutbildning

främst i form av socionom- eller social omsorgs- examen. De har tidigare arbetat framförallt som enhetschefer (eller motsvarande), områdeschefer, socialsekreterare, socialkonsulenter eller kuratorer. Bland LASS-handläggarna har mindre än en fjärdedel socionomexamen eller annan högskoleutbildning. De flesta har gymnasieutbildning och internutbildningar inom försäkringskassan som bakgrund. Samtliga har lång erfarenhet av handikappfrågor eller andra ärendeslag inom försäkringskassans område. Den genomsnittliga tiden de arbetat med LASS-ärenden är också relativt lång – längre än den genomsnittliga tid som kommunens LSS-handläggare arbetat med LSS-ärenden.

### *Myndighetsstruktur*

De försäkringskassor där intervjuer genomförts representerar såväl storstad som mindre stad och glesbygd. Den interna organisationen inom kassorna skiljer sig åt på olika sätt bl a i fråga om fördelning av olika ärendeslag. Det gäller dels den interna fördelningen av LASS-ärenden mellan handläggarna, dels kassans geografiska betjäningssområde som har stor betydelse för handläggarna med hänsyn till antalet samarbetspartners och spridningen på dem. Inom vissa kassor är handläggarna specialiserade på att handlägga enbart LASS-ärenden, medan de i andra även handlägger ärenden inom hela handikappområdet, dvs vårdbidrag, handikappersättning och bilstöd. Fördelen uppges vara att man får bred kunskap, vilket är positivt då många försäkringstagare omfattas av flera förmåner och man därigenom som utredare får ett helhetsperspektiv. Att enbart handlägga LASS-ärenden upplever många som tungt och psykiskt påfrestande, samtidigt som man fördjupar sin kompetens inom detta ärendeslag.

Den interna fördelningen inom de kassor som har flera handläggare av LASS-ärenden sker på olika sätt, t ex genom daguppdelning, genom att nya ärenden samlas gemensamt för att fördelas efter arbetsbelastning eller genom uppdelning knuten till vissa geografiska områden. Samtliga av de intervjuade upplever, oavsett sättet att fördela ärenden, att dessa ärenden är svåra och tunga och arbetsbelastningen hög. Vissa försäkringskassor täcker en mindre del av en större kommun, vilket innebär att handläggarna på kassan arbetar med LSS-handläggare från endast ett par stadsdelar. Den interna organisationen på försäkringskassan kan också innebära att ärendeslaget personlig assistans är centraliserat till ett lokalkontor som täcker hela kommunen, vilket kan medföra kontakter med LSS-handläggare inom flera stadsdelsförvaltningar med inbördes olika organisation. Ett tredje alternativ är att handläggningen av LASS-ärenden är centraliserad till en ort som täcker ett helt län eller stora delar av ett län, vilket innebär att man har samarbetspartners i flera kommuner.



De kontor som ingår i studien innehåller dessa organisatoriska varianter. De 10 lokalkontor som studerats har kontakt med 35 kommuner och ett stort antal stadsdelsnämnder. Kommunerna har också varierande organiseringsprinciper för LSS-ärenden, t ex i egen nämnd eller tillsammans med kommunens äldreomsorg, med handläggare enbart för LSS eller med handläggare som även ombesörjer äldreomsorg och socialtjänst. Därutöver kommer även en skiftande nämndsorganisation inom kommunerna. Kommunens handläggare har ofta delegation på LSS-ärenden (helt eller delvis), medan försäkringskassans beslut fattas av socialförsäkringsnämnder efter föredragning av särskild tjänsteman.

Situationen som handläggare av LASS-ärenden inom försäkringskassan ser således ganska olika ut från den ena försäkringskassan till den andra. Som handläggare är man beroende dels av den egna kassans organisation, dels av organisationen hos samverkande parter i kommunen/ kommunerna. Därtill kommer förhållanden som beror på varierande befolknings- och ortsstrukturer.

**Tabell 1. Personlig assistans – antal personer med assistans samt antal timmar i genomsnitt per månad. Källa: Riksförsäkringsverkets löpande statistik per 2000-11.**

Försäkringskassans lokalkontor	Antal personer med assistans	Antal assistanstimmar i genomsnitt/person per månad
Stockholm / Södermalm	186	536
Göteborg / Masthugget	122	410
Malmö / Erikslust	82	402
Malmö / Triangeln	66	389
Nässjö	158	364
Bollnäs	80	359
Täby	135	351
Luleå	88	349
Ljungby	60	330
Laholm	32	301
Hela riket	8831	375

Det genomsnittliga timantalet per person och månad ligger högt i samtliga storstadsområden utom Täby. Mindre befolkningstäta områden som Laholm, Luleå, och Ljungby ligger under riksgenomsnittet. Bollnäs och Nässjö tillhör inte något stor- stadsområde, men har trots det högt antal timmar. Något samband mellan ortsstorlek och genomsnittligt antal timmar per person tycks således inte finnas. Bakomliggande faktorer kan istället vara bl a områdenas befolknings- och bostadsstruktur samt tillgången på eller bristen på andra resurser i området. Tillgången på handikappanpassade bostäder, goda och lätt-tillgängliga kommunikationer samt bra kultur- och serviceutbud uppgavs i intervjuerna vara ett skäl till att många funktionshindrade valt att bosätta sig inom Södermalmsområdet. I Göteborg menade man att förekomsten av den medicinska rehabiliteringen och god tillgång på lämpliga bostäder kan vara ett skäl till att funktionshindrade med behov av stora assistansinsatser bosatt sig där. Ljungby och Laholm är typiska landsbygdskommuner utan speciella resurser riktade mot personer med behov av personlig assistans och med ett lägre genomsnittligt antal assistanstimmar per månad och person.

**Tabell 2. Assistentanordnare – i reella tal och procentuellt – på de orter som ingår i studien. Kategorin flera anordnare har inte tagits med då de utgör en mindre del av helheten, ca 1%.**

**Källa: Riksförsäkringsverkets löpande statistik per 2000-11.**

Anställd i Kommun	Kommun	Kooperativ	Privat	Egenanord.	Summa
	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %
Täby	99 73	20 15	12 9	4 3	135 100
Stockholm / Södermalm	114 61	32 17	21 11	17 9	186 100
Malmö / Triangeln	18 27	7 11	37 56	4 6	66 100
Malmö / Erikslust	13 16	11 13	55 67	3 4	82 100
Ljungby	44 73	10 17	6 10	0 0	60 100
Laholm	24 75	0 0	6 19	2 6	32 100
Bollnäs	61 76	5 6	12 15	2 3	80 100
Luleå	64 73	7 8	15 17	2 2	88 100
Nässjö	127 80	28 18	2 1	0 0	158 100
Göteborg / Masthugget	61 50	16 13	32 26	13 11	122 100
Hela riket	6031 68	1274 14	1247 14	239 3	8831 100

För landet som helhet är kommunen den överlägset största anordnaren av personlig assistans. Företag och kooperativ kan vara spridda över ett stort geografiskt område och ombesörja assistans för många eller enbart någon enstaka inom ett område. Vissa av företagen och kooperativen har rikstäckning, andra är enbart lokala. Av de som har annan anordnare än kommunen finns såväl de som före LASS-reformen haft hemtjänst och de som fått assistans senare och gått direkt till annan anordnare eller kooperativ.

Av ovanstående tabell framgår att kommunen är den dominerande utföraren även inom de studerade områdena utom i Malmö där privata serviceorganisationer dominerar. Det finns troligen flera förklaringar till detta. En är att kommunen inte har varit angelägen att ta på sig funktionen som anordnare, en annan att försäkringskassan hänvisar brukare till den lista av olika assistansföretag som finns att tillgå och det är upp till den försäkrade att själv välja anordnare. Inom regionen finns ett drygt tjugotal olika assistansanordnare. Några uttryckliga rekommendationer ges inte från handläggarna, men vid förfrågan kan man informera om vilka specialområden företagen har.

Stockholm har en mindre andel privata anordnare/ företag än riksgenomsnittet. En möjlig förklaring är att det inom det område som Täby försäkringskassa betjänar finns flera kommuner involverade. Troligen har dessa kommuner på ett bra sätt tillfredställt brukarnas behov, annars skulle assistans genom kooperativ och andra servicegivare ha utvecklats mera där. Kooperativen har en något högre andel brukare i Stockholm (främst Södermalm) än riksgenomsnittet. I de tre mindre kommunerna Laholm, Ljungby och Nässjö dominerar kommunen som anordnare kompletterat i Ljungby och Nässjö med framförallt kooperativ. I Laholm finns dock inga kooperativ medan privata företag har en högre andel än riksgenomsnittet.

Bilden är således inte alls entydig. För flera av områdena är siffrorna dock så små att även mindre förändringar får genomslag procentuellt sett, vilket gör att man inte kan dra några direkta slutsatser av materialet. I de flesta kommuner finns alla former av assistansanordnare. Vilken form som dominerar beror på många faktorer. Det som har betydelse tycks vara Ortsstruktur, kommunens engagemang, tillgången på aktiva brukare som kräver inflytande över sin service och efterfrågar eller själva bildar kooperativ samt brukare som önskar alternativa former av assistans och vänder sig till etablerade företag inom området.

De frågor som det statistiska materialet ger upphov till är främst vilken betydelse val av anordnare har för kostnadsutvecklingen. En annan fråga är vilken betydelse handikapporganisationerna har för att engagera och informera sina medlemmar om olika möjligheter att anordna assistansen. Dessa aspekter behandlas närmare i det kommande avsnittet.

### *Utrednings- och beslutsprocessen*

Den utredning som görs när rätten till assistanssättning skall bedömas utgör en form av myndighetsutövning mot den enskilde. Det som framkommer i samband med utredningen måste därmed dokumenteras och kommuniceras. Detta utgör sedan besluts- underlag för socialförsäkringsnämndens slutliga ställningstagande. Som stöd och vägledning för utredningsarbetet har RFV utfärdat riktlinjer för kvalitetssäkring och kvalitetskontroll. Med *kvalitetssäkring* avses åtgärder för handläggningen före beslut och utbetalning. Vid de kontor vi genomfört intervjuer sker detta främst genom särskilda föredraganden som presenterar ärendena för socialförsäkringsnämnden. Med *kvalitetskontroll* avses åtgärder efter beslut och utbetalning.

### *Styrning av processen*

Vad är det då som påverkar handläggarna i utredningar och beslut enligt LASS och LSS? Enligt den enkät som riktades till såväl LASS- som LSS-handläggare framgår att den bild de tillfrågade ger är divergerande både mellan dessa grupper som helhet och mellan enskilda handläggare inom respektive grupp. Informanterna fick ta ställning till såväl hur stor handlingsfrihet de anser sig ha som till hur olika enskilda faktorer påverkar dem. De fick ange sin uppfattning på en skala från "helt styrd av andra" till "full handlingsfrihet". Däremellan fanns alternativen "tämligen styrd / styr till viss del själv / ganska stor handlingsfrihet". När det gäller enskilda faktorer inverkan var alternativen "inte alls / något / avsevärt / helt och hållet".

Sammanställningen visar, enligt vår mening, på svårigheterna att tillämpa en generell lagstiftning på enskilda ärenden där levnadsvillkoren är mycket varierande. Detta förklarar att det finns LASS-handläggare som säger sig ha full handlingsfrihet, medan andra känner sig vara tämligen styrda (i riktning mot helt styrda) av lagar, förordningar, allmänna råd och kvalitetssäkring. Däremellan finns hela skalan av ståndpunkter. När det gäller konkreta påverkansfaktorer som t ex LASS-lagstiftningen och RFV:s allmänna råd anger man att dessa styr från "något" till "helt och hållet". Beträffande ekonomiska föreskrifter/ budget finns också mycket divergerande uppfattningar om hur styrande dessa är. De flesta anger att dessa dokument inte styr alls, medan det också finns de som anger att de styr avsevärt. Kraven från överordnad nämnd och chefer anser somliga inte vara särskilt styrande, medan andra tycker att de "styr avsevärt", speciellt kvalitetssäkring genom föredragande. På frågan vad har allra störst påverkan anger handläggarna allt från propositionen och lagstiftningen till den funktionshinderade behov och till hembesöket i samband med utredningen. Även den tidspress och det stora antalet ärenden som man har att handlägga påverkar arbetssituationen.

Kommunens LSS-handläggare uppfattar sig ha större handlingsfrihet. Någon enstaka menar att man endast "styr till viss del själv", medan de allra flesta tycker sig ha full handlingsfrihet. LSS-lagstiftningen är den mest styrande faktorn tillsammans med den sökandes behov, medan man uppger att såväl Socialstyrelsens allmänna råd som Kommunförbundets anvisningar och krav från länsstyrelsens sociala enhet "styr något" eller "styr avsevärt". Det är vidare intressant att man har skilda åsikter om hur mycket politikernas direktiv, överordnade chefer och budgeten styr verksamheten. Vissa anger att dessa styrfaktorer betyder i stort sett inget alls, andra anger att de betyder "avsevärt".

Sammantaget kan man konstatera att inom gruppen LASS-handläggare finns större spridning i hur stor handlingsfrihet man tycker sig ha, liksom vilka fak-

torer man anser styr verksamheten. Även bland LSS-handläggarna finns dock olika synsätt, men man känner sig allmänt sett mindre styrda. Detta är ju också förklarligt med tanke på den annorlunda delegationsordningen.

### *Personkrets- och behovsbedömningen*

För att fastställa omfattningen av en gravt funktionshindrad persons behov av assistans gör utredaren ett hembesök, ofta tillsammans med en LSS-handläggare på kommunen. Behovsbedömningen skall sträcka sig över ett längre tidsintervall och därmed utgöra ett genomsnittligt behov. Först måste tillhörigheten till någon av de tre personkrets- grupperna i LSS fastställas. I de flesta ärenden görs detta av kommunens handläggare när ärendet kommer dit. Detta ses av många LSS-handläggare som den viktigaste uppgiften att utreda tillsammans med de grundläggande behoven. Beslutet om att tillhöra personkretsen eller inte blir för sökanden mycket avgörande eftersom det är stor skillnad på tillgång till insatser om man tillhör personkretsen eller inte.

För de funktionshindrade som vänder sig direkt till försäkringskassan för ansökan om LASS gäller att dessa handläggare måste besluta om personkretstillhörighet. Detta verkar dock inte ha en lika betydelsefull roll i deras utredning. Ingen LASS-handläggare har t ex speciellt framhållit detta som sin viktigaste arbetsuppgift. En förklaring kan vara att de flesta ärenden anmäls via kommunen som då redan utrett frågan, en annan att de som vänder sig direkt till försäkringskassan är så gravt funktionshindrade att de omedelbart uppfattas tillhöra personkretsen.

Därefter utreds omfattningen av den funktionshindrades behov. Svårigheterna och vanskligheten även för professionella experter, t ex läkare, att bedöma hur varaktigt ett visst funktionshinder kan vara har vi fått många vittnesmål om. Behovsbedömning måste göras i två steg för att komma fram till om beslutet skall fattas enligt LSS eller LASS. Om de grundläggande behoven överstiger 20 tim/vecka beviljas alltså assistansersättning enligt LASS. I många fall har kommunen tagit ett preliminärt beslut om insatser beroende på att den enskilde har ett akut hjälpbehov.

I ett första steg i försäkringskassans bedömning utreds den enskildes *s k grundläggande behov* av personlig assistans. Dessa behov består av hjälp med personlig hygien, måltider, av- och påklädning, kommunikation med andra eller annan hjälp som förut- sätter ingående kunskaper om den funktionshindrade, t ex kvalificerade motivations- och aktiveringsinsatser. Att fastställa dessa behov ställer stora krav på utredaren. Det finns en uppenbar risk, menar några av de intervjuade, att personlig empati kan ta överhanden.

Ofta sker bedömningen genom att den funktionshindrade själv får uppge räknat i minuter per insats hur tidsmässigt omfattande dessa hjälpbehov är. Många handläggare framhåller svårigheten att mäta behovet av insatser i tid och avgöra hur mycket insatser som behövs med hänsyn till funktionshindret. Särskilda mallar har utarbetats som stöd i utredningsarbetet. Ibland innebär också detta arbetssätt svårigheter varvid en arbetsterapeut eller sjukgymnast kan anlitas. Även läkarintyg ligger till grund för bedömningen.

I ett andra steg utreds behovet av personlig assistans för *andra personliga behov* om behoven inte tillgodoses på annat sätt. Det kan dels gälla kompletterande hjälp i samband med måltider, dels med att komma ut i samhället, utöva fritidsaktiviteter, studera, få eller behålla ett arbete. För utredarna föreligger här stora svårigheter, t ex vilken betydelse har typ av aktivitet och grad av aktivitet. När är det naturligt att anhöriga eller vänner deltar istället för personlig assistans? Det sociala nätverket (eller snarare bristen på socialt nätverk) har stor betydelse för hur mycket assistans man behöver. Ofta hamnar utredaren i vad man kallar ”rimlighetsbedömningar”. Det den ene utredaren upplever som ett rimligt behov kan dock kollegan bredvid, trots alla direktiv och anvisningar, ha en annan uppfattning om. Vid en av intervjuerna menade t ex en av utredarna att det är högst troligt att om fem handläggare bedömer samma persons behov så kommer alla troligen fram till olika resultat. Trots interna riktlinjer och egna rutiner som man ofta har utarbetat på den lokala försäkringskassan tycks besluten till stor del bero på vad den enskilde handläggaren fokuserar på. Diskussioner förs dock med föredraganden för att åstadkomma så stor likabehandling som möjligt. Men även dessa kan göra olika bedömningar i liknande ärenden.

Från handikapporganisationernas sida (men även från enstaka handläggare) framförs genomgående uppfattningen att även självklara och raka frågor kan uppfattas integritetskränkande. Det gäller främst vid diskussion om gränserna för föräldra-ansvaret samt vid svårare sjukdoms- och olycksfall. Svårigheterna att bedöma 20-timmarsregeln för grundläggande behov varierar. Det kan vara svårt att spalta upp vad som hör till grundläggande behov och vad som tillhör övriga hjälpbehov i den funktionshindrades vardag. Problemen uppkommer främst i samband med gränsfall, vid kommunikationssvårigheter, psykiska besvär, hjärnskador och i barnärenden. När det gäller svårt funktionshindrade som är i behov av omfattande hjälp är detta inga större problem.

### *Beslutsprocessen och handläggningstiderna*

Socialförsäkringsnämnderna följer i hög grad de förslag som läggs fram. Några konkreta uppgifter har vi dock inte fått fram i detta avseende. Någon uppföljning om assistansersättningen verkligen används till de insatser som beslutet avser åligger inte försäkringskassan. Den kontroll som genomförs gäller omprövning vartannat år samt att avräkningsnotor kommer in löpande. Samtidigt framhålls från handikapporganisationernas sida att ingen funktionshindrad vill ha mer assistanshjälp än nödvändigt eftersom det är mycket påfrestande att behöva ha någon hos sig och att det är naturligt att man vill försöka klara så mycket som möjligt själv.

Vid intervjuerna framkommer genomgående synpunkten att utredningarna numera är noggrannare än i början av reformen. Lagändringar och domslut har också anvisat en striktare hållning (specificering av grundläggande behov, skolans roll, föräldraansvar etc.). Detta kan uppfattas märkligt mot bakgrund av att antalet personer och antalet assistanstimmar – och därmed kostnaderna – årligen stigit sedan 1994. Relevant statistik visar dock att nybeviljade genomsnittligt har lägre antal timmar per vecka än de som haft assistans en längre tid. Man kan anta att om den mindre restriktiva behovs- bedömning som skedde vid reformens början fortfarande gällt, skulle antalet timmar ha varit högre än idag och därmed medfört ännu större kostnadsökning.

Handläggningstiderna på försäkringskassorna är i allmänhet 3-4 månader, men ett halvår upp till ett år tycks inte vara ovanligt. Ibland händer det t o m att den funktions- hindrade har avlidit innan utredningen är klar. Huruvida handläggningstiderna har förändrats är oklart. Anledningen till långa handläggningstider kan troligen variera, men ofta uppger personalen hög arbetsbelastning som den främsta orsaken. Uppgifter skall t ex inhämtas från flera olika instanser, domstolsbeslut kollas upp, underlaget diskuteras och dokumenteras samt förslag till beslut kommuniceras. I några fall uppger man att det utarbetats ”interna” riktlinjer och normer som stöd. Dessa har dock inte nedtecknats utan tycks tillhöra en lokal, ofta diffus kultur. Förändring av rutiner pekar dock på att det även finns organisatoriska faktorer av betydelse för handläggningstiderna. Att berörd kommun redan tvingats fatta ett preliminärt beslut kan, enligt vår mening, också vara en fördröjande faktor. Vi har inte i något fall fått kännedom om att det finns dokumenterade interna utredningar och analyser som visar utvecklingen av antalet ansökningar, bifall/avslag etc. Omprövning av beslut uppges däremot genomgående ha låg prioritet med hänvisning till tidsbrist. Därmed finns inga konkreta uppgifter på lokal nivå om eventuella förändringar i utfallet av omprövningar.



### *Avgränsningen mot andra insatser*

Vid intervjuerna har samtalen ofta kommit in på problematiken om avgränsning mot andra stödformer. Exempel som återkommer är sjukvård/ egenvård (t ex cancerpatienter), hemtjänst/ personlig assistans samt personer med psykiatriska problem och personer som av olika anledningar inte kan ta vara på sig själva. Andra problem i utredningsarbetet gäller gränsen föräldraansvar/ personlig assistans och makars gemensamma ansvar/ personlig assistans (t ex ansvar för att vända funktionshindrad på natten, övervakning vid kramp- anfall). Eftersom det är den funktionshindrade själv eller företrädare för denne som skall bestämma vem som är personlig assistent finns det olika åsikter om anhörig överhuvudtaget bör vara personlig assistent. Några utredare menar att det i vissa fall kan vara en dålig lösning för alla parter, t ex när en förälder/familj under lång tid och i alltför stor omfattning är assistent åt sitt barn. Om assistansen behålls inom familjen förhindras/ försvåras sociala aktiviteter bland jämnåriga t ex deltagande i dagverksamheter och fritidsaktiviteter. Det kan också verka återhållande på ungdomens naturliga frigörelse med flyttning till eget boende. Speciellt gäller detta om familjens ekonomi är beroende av assistansersättningen. Möjligheten för anhöriga och föräldrar att vara assistenter kan på så sätt i vissa fall motverka lagens intentioner. Några utredare hävdar att möjligheten för anhöriga att vara assistent självklart är kostnadsdrivande.

### *Samverkan mellan myndigheter*

Det delade ansvaret mellan försäkringskassan och kommunen diskuteras i samtliga intervjuer. Endast några få av de intervjuade uppger att det delade utredningsansvaret eller andra samverkansproblem leder till en ökning av antalet assistanstimmar. Däremot menar många att det leder till ökade administrativa kostnader och dubbelarbete vid utredningar genom att ärendet samtidigt är aktuellt hos två handläggare med två hembesök (ibland gemensamt), två utredningar och två beslut. För kunden kan det vara svårt att förstå varför det måste vara två utredningar och varför man ska behöva diskutera känsliga personliga uppgifter med flera handläggare. Olika kulturer ger också lätt upphov till olika bedömningar av t ex vad som ingår i grundläggande behov och hur insatstid ska beräknas. Många handläggare betonar att man arbetar idag bra tillsammans och att man med tiden har lärt känna varandra (förutsätter personell kontinuitet) och att man vet hur respektive förvaltning vill ha utredningarna. Gemensamma hembesök och särskilda träffar har bidragit till detta. Möjligheterna till konstruktivt samarbete är dock beroende av interna rutiner, den lokala kulturen och organisationsfrågor, men kan också försvåras av hög arbetsbelastning och tidspress.

Tidsmässigt kan myndigheternas utredningar vara i otakt eftersom kommunen måste vara skyndsamma i sitt beslut då insatsen ofta behövs omgående. Försäkringskassan tar av olika skäl betydligt längre tid på sig för sin utredning, vilket gör att situationen för den funktionshindrade mycket väl kan ha förändrats mellan hembesöken och utredarna kan av det skälet komma fram till olika beslut. I de fall ett ärende går till överklagning både som LSS-ärende och som LASS-ärende kan det pågå parallella processer under lång tid. Att två myndigheter utreder samma ärende ses av en del som en garanti för rättsäkerhet för den enskilde. Samma skäl anförs för att LASS-ärenden beslutas i en socialförsäkringsnämnd efter föredragning av någon annan än den som utrett ärendet. Samtidigt skapar försäkringskassans beslutsordning en obalans gentemot kommunen där LSS-handläggarna i de flesta kommuner har delegation på beslut om personlig assistans.

De administrativa rutinerna beskrivs som tungrodda, resurskrävande och tidsödande. LASS-utredningarna är, enligt handläggarna, mer detaljerade och det ställs större krav på att formulera underlag och beslutsmotiveringar för personlig assistans än för andra förmåner. På några orter där ekonomiansvariga deltagit i intervjuerna har redovisnings- och uppföljningsfrågorna hamnat i fokus och beskrivits som svåröverblickbara och byråkratiska. Speciellt tidsödande uppges administrationen av förhöjda timbelopp, tillfälliga ersättningar och korta avräkningsperioder vara. På frågor om det vore bättre om endast en myndighet ansvarar för LASS och LSS blir svaren mycket splittrade. Det går alltså inte att sammanfatta diskussionen på ett entydigt sätt varken från försäkringskassans anställdas sida eller den kommunala sidan.

### *Anordning av personlig assistans*

I samband med intervjuerna har diskuterats vilken betydelse kooperativen, företagen och egenanordnarna har kontra kommunen som anordnare. Inställningen är överlag positiv. De kritiska synpunkter som framkommer gäller främst företag utan någon egentlig förankring på den ort där den funktionshindrade finns. På några orter anser man att dessa företag kan ha en kostnadsdrivande effekt. En del företag tar t ex på sig rollen att företräda den funktionshindrade vid utredning och omprövning och kan då både vara ett stöd för den funktionshindrade, men också driva frågan om ökat timantal mot bakgrund av ett arbetsgivarbehov av bra förhållanden för assistenterna. Denna problematik gäller dock inte enbart assistansföretagen utan även andra anordnare. Försäkringskassan måste ibland också bevilja mer tid av schematekniska skäl än insatsbehovet motiverar – man kan t ex inte ha hur långa restider som helst till brukare med korta insatstider vid flera tillfällen under da-

gen. När det gäller kooperativen uppfattas de i allmänhet framföra berättigade krav och vara ett stöd för den funktionshindrade.

Kommunernas representanter betonar genomgående svårigheterna att rekrytera och behålla assistenterna. Detta gäller många orter och kan på sikt vara kostnadsdrivande för samhället. Samtidigt uppges det vara lättare för kooperativ och assistansföretag att rekrytera bland annat därför att lönesättning och anställningsvillkor är bättre hos dessa anordnare än hos kommunen. Det krävs också konkreta åtgärder för att etablera personlig assistent som ett professionellt yrke. Samtidigt är det svårt att genomföra detta eftersom brukaren själv avgör kvalifikationskraven och vem man vill anställa. Stor omsättning av assistenter innebär stora kostnader för annonsering, information och introduktion vid nyanställningar, vilket idag räknas in i den omkostnadsdel som ingår i assistansersättningen. För alla anordnare blir det en kännbar kostnad, vilket påtalats av några handikapporganisationer, som dock speciellt pekar på den effekt det har för kooperativ, assistansföretag och egenanordnare.

En person som sökt assistans direkt hos försäkringskassan och inte har något stöd från kommunen kan t ex vara helt okänd för kommunens handläggare och under lång tid vistas utomlands. Rutinerna mellan kassorna och kommunerna skiljer sig åt. Det förekommer i fall som det ovanstående att det endast sänds ett beslutsmeddelande till kommunen att personen beviljats assistansersättning och kommunen har att betala ut ersättning för de första 20 timmarna per vecka utan att man har ett eget beslut i ärendet eller överhuvudtaget känner till personen.

RFV förespråkar i sina allmänna råd ett samarbete mellan försäkringskassan och handikapporganisationerna för att skapa bättre förståelse för handläggningen. Detta samarbete lyser dock ofta med sin frånvaro. Handikapporganisationerna har dock i allmänhet större förtroende för försäkringskassan som organisation än för kommunerna. Detta tycks bygga på en misstro mot vad man kallar "hemtjänstkulturen" och att denna riskerar ta överhanden vid behovsbedömningen. Med detta avser man i allmänhet bristen på inflytande och kontinuitet beroende på fluktuerande kostnadsbedömningar. Därtill kommer den sammanblandning praktiskt och organisatoriskt som ibland förekommer med äldreomsorgens hemtjänst.

### *Orsaker till kostnadsutvecklingen*

Genom intervjuerna med handläggarna från försäkringskassan och kommunerna samt företrädare för handikapporganisationer, brukarkooperativ och andra serviceorganisationer framträder en kombination av faktorer som tillsammans utgör förklaringar till kostnadsutvecklingen för perioden 1994–2000.

#### **\* Reformen var underfinansierad vid starten 1994.**

Beslutet i riksdagen byggde på ett alltför lågt beräknat genomsnittligt antal veckotimmar per person (40), idag är denna siffra betydligt högre (> 80). Beräkningarna hade främst utgått från insatser genom den kommunala hemtjänsten varvid övriga insatser av t ex anhöriga, liksom de inte tillgodosedda behoven, inte fanns med. I inledningsskedet var dessutom kravnivån låg från de sökandes sida. Regeringens budget präglades också i övrigt av osäkerhet. De funktionshindrade barnens behov var t ex inte tillräckligt analyserade. Reformen byggde därmed på en underfinansiering av kostnaderna. Detta utgångsläge blev styrande och skapade otrygghet inom målgruppen. Såväl antalet sökande som det fasta antalet beviljade timmar och tillfälliga assistanstimmar har därför successivt ökat när reformen stabiliserats. Detta kan betraktas som en helt naturlig utveckling, då implementeringstiden vid komplicerade sociala reformer måste ses i ett långsiktigt perspektiv.

#### **\* Behoven hos de funktionshindrade som redan har assistans ökar.**

En av de viktigaste orsakerna till ökningen är att hälsotillståndet försämras kontinuerligt hos personer med så omfattande funktionshinder som det här gäller (t ex personer med MS, polio, neurologiska sjukdomar). Funktionshindret medför ofta också medicinska komplikationer som i sin tur leder till behov av ökade insatser. Dessutom lever personer allt längre på grund av den medicinska och tekniska utvecklingen med förbättrad sjuk- vård och rehabilitering. En annan viktig faktor är att vissa funktionshindrade utifrån begränsade levnadsvillkor från början ansökte om ett stöd som senare visade sig vara otillräckligt. Erfarenheterna har visat att man genom personlig assistans kan och vill förbättra sina levnadsvillkor mer än vad man trodde var möjligt (vistas i och sköta egen lägenhet, umgås med släkt och vänner, delta i fritidsaktiviteter, semesterresor etc.). Denna positiva attitydförändring och acceptans eller tillit till reformen från målgruppens sida har alltså lett till ansökningar om fler assistanstimmar. Genom medlemskap i brukarkooperativ ökar också medvetenheten hos den funktionshindrade om möjligheten att leva ett aktivt liv. Detta leder även till önskemål hos de som har assistans om att flytta till  eget boende  med utökat behov av personlig assistans.

**\* Efterfrågan ökar genom nyttillkommande funktionshindrade (spridningseffekt).**

Genom bättre information på såväl formella som informella vägar har kunskapen förbättrats och antalet personer som söker personlig assistans har därmed ökat (spridningseffekt). Handikapporganisationerna och dess medlemmar är i detta avseende viktiga kontaktpunkter, liksom läkare och kuratorer på sjukhus, rehabiliterings- avdelningar etc. En annan faktor som lyfts fram på flera orter är att en del av dem som i början av reformperioden hade en fungerande service från hemtjänsten då önskade behålla den. Vid förändringar i ett senare skede, t ex vid personalbyten, har dessa personer ansökt och beviljats personlig assistans. Många av de intervjuade anser också att det fortfarande finns personer/ grupper som uppfyller kriterierna för att få personlig assistans men som av olika skäl hittills inte ansökt. Det gäller t ex funktionshindrade inom vissa invandrargrupper, men också psykiskt funktionshindrade med särskilda skäl.

Assistans är också allt viktigare för allt fler funktionshindrade ungdomar och deras frigörelseprocess genom möjlighet till ökat eget boende. En ny grupp funktionshindrade har tillkommit genom att den avancerade medicinsktekniska utvecklingen inneburit att fler personer överlever svåra sjukdomstillstånd och olycksfall med livslånga funktionshinder som följd. Detsamma gäller den ökade överlevnaden vid prematur- och förlossningsskador, som också kan medföra svåra funktionshinder med stora behov av assistans.

**\* Förändringar i omgivningen skapar ökade behov av personlig assistans.**

De förändringar i sjukvården som ägt rum under 1990-talet gör att det efter akut- sjukvård blir aktuellt med vård i hemmet redan i ett tidigt skede. Inte minst har innebörden av begreppet ”medicinskt färdigbehandlad” förskjutits under 1990-talet. Vid sjukvårdande insatser på nivån egenvård blir personlig assistans därmed en adekvat vårdform. Lösningen blir därför ibland åtgärder definierade som egenvård, men som egentligen innebär en kombination av personlig assistans, egenvård, sjukvård, rehabilitering och psykiatrisk vård. Den ekonomiska fördelningen av assistanskostnaderna tycks i sådana sammanhang vara oklar. Någon form av ”mellanvård” saknas ofta. Detta är en problematik som tagit stort utrymme i samband med de allra flesta intervjuerna.

Genom generella förändringar i familjestrukturen lever vissa funktionshindrade personer, liksom många andra medborgare, inte i hushållsgemenskap med andra personer. I vissa fall förvärvsarbetar ofta nära anhöriga, vilket ökar behovet av ett personligt utformat stöd. Även förändringar i boende-

strukturen har lett till ökat behov av assistans, främst att genom ökningen av anpassade bostäder leder till en minskning av föräldra- och gruppboendet. Här finns dock stora skillnader inom och mellan olika kommuner. I några kommuner sker en planerad övergång till nya boendeformer medan det i andra inte tycks hända något alls.

#### **\* Assistenten och dennes arbetsmiljö**

Frågan om assistenten själv och dennes krav är en kostnadsdrivande faktor möts vid intervjuerna på mycket olika sätt. I de flesta fall är utredarna och handikapporganisationerna direkt avvisande till en sådan tanke. I vissa fall blir diskussionen dock mer reflekterande. Att assistenter och assistentanordnare skulle vara pådrivande aktörer behöver ju nödvändigtvis inte tyda på ett icke-relevant förhållningssätt. Assistenterna kan helt adekvat bidra till att påvisa att en funktionshindrad har behov av mer assistans som ökar dennes livskvalitet. Och om antalet assistenttimmar skulle öka på grund av ökad medvetenhet i arbetsmiljöfrågor – dubbelbemanning vid tunga lyft, säkerhetsaspekter etc. – vore det närmast ett steg i rätt riktning. När det gäller bemanningen har dock RFV i sina anvisningar påtalat att arbetsmiljöfrågor inte skall lösas med dubbel assistans. I intervjuerna har arbetsmiljökrav också ofta uppfattats som en angelägenhet som respektive arbetsgivare har ansvar för.

I samband med avslutningen av fokusintervjuerna har handläggarna fått i uppgift att utifrån en given lista prioritera vilka faktorer av åtta angivna som de anser har störst betydelse för kostnadsutvecklingen. Deras prioritering bekräftar i stort sett de synpunkter som framgår av analysen ovan.

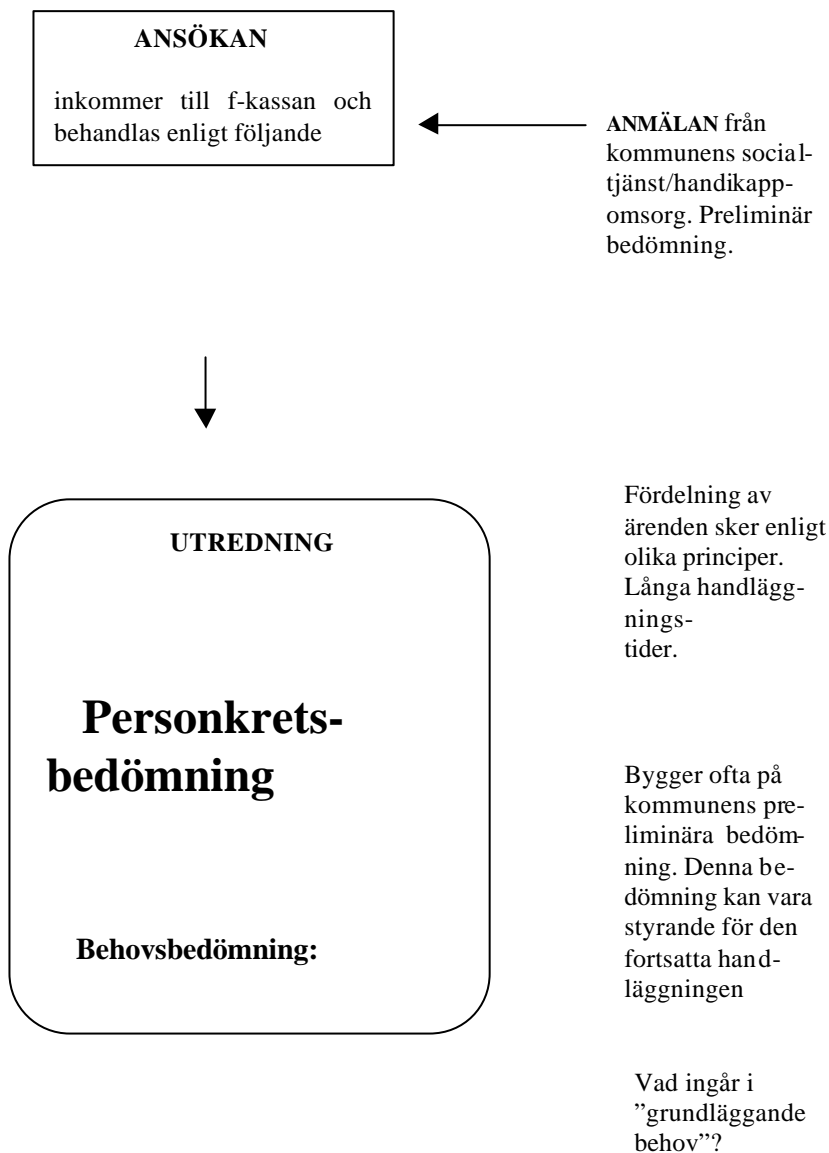
**Tabell 3. Handläggarnas egen förklaring till kostnadsutvecklingen för LASS. Sammanställningen utgår från en enkät gjord i samband med genomförandet av fokusintervjuerna. Varje deltagare ombads när intervjuerna var slutförda att uppge de två viktigaste faktorerna som påverkar kostnadsutvecklingen. I några fall har mer än två alternativ angetts, i ett fall endast ett alternativ.**

(N=50; 23 anställda vid försäkringskassan, 27 kommunalt anställda).

Förklaring till kostnadsutvecklingen	F-kassa	Kommun	Totalt
1) <i>behoven ökar</i> hos de som redan har assistans (hälsotillståndet försämras; lärt sig använda/ lita på assistansen)	16	24	40
2) <i>efterfrågan ökar</i> från nya personer med funktionshinder (information, bättre kunskaper, tillit till reformen)	10	17	27
3) <i>överföring</i> av tyngre ärenden från andra vårdformer på grund av "medicinskt färdigbehandlad"	11	9	20
4) brist på andra insatser (t ex bostad, daglig verksamhet)	3	5	8
5) arbetsmiljökraven ökar för den personlige assistenten	3	1	4
6) behovsbedömningen utvecklas genom lärande organisation	-	3	3
7) bristande samverkan mellan myndigheter	1	-	1
8) förvaltningens inre organisation svår att förändra	-	-	-
övrigt) annan orsak: att anhörig kan vara personlig assistent	1	-	1

### Sammanfattning av utrednings- och beslutsprocessen

De svårigheter och synpunkter angående utrednings- och beslutsprocessen som framkommit vid intervjuer och enkäter kan sammanfattas på följande sätt:





Hur mäter man funktionshinderades behov? Hur hantera interna riktlinjer/normer? Samband mellan behov och funktionshinder? Skillnader mellan olika individers behov.

Skillnader mellan olika funktionshinder. Den enskildes behov kan variera över tid. Hur avväga personlig assistans/andra insatser t ex gränser egenvård/sjukvård / hemtjänst? Var går gränsen mellan grundläggande och övriga behov? Omfattning av "övriga" behov?



Föredragning

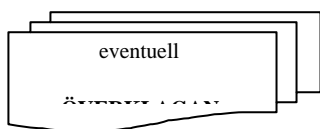
Vilken prejudice-rande roll skall domslut ha i individuella ärenden? Domsluten ofta svårtolkade och motstridiga i olika instanser.



Föredragandes bedömningar kan variera.



Beslut kan vara svåra att förklara/ motivera. Skall en enskild individs "rättigheter" bedömas av en myndighet? Kan utomstående bedöma andras behov?



Förmågan att förstå innebörden i ett beslut, liksom förmågan att överklaga, är beroende av sociala och ekonomiska förhållanden.

Hur kan generella regler tillämpas på enskilda individer med varierande levnadsvillkor?

## Delstudie 2

### *Genomgång av personakter om assistansersättning*

*Lars Grönvik och Tomas Sundberg*

Denna delstudie inom LASS-uppdraget omfattar en analys av uppgifter hämtade från försäkringskassans personakter om assistansersättning.

Inför delstudien formulerades tre övergripande syften, nämligen att

1. ta fram bakgrundsvariabler för att få en bättre bild av den grupp människor som idag har assistansersättning,
2. studera skillnader mellan personer med tidigt och sent inträde i försäkringen och
3. studera vad som händer med tiden.

### Genomförande

Ett digitalt formulär skapades (se bilaga 2) vilket distribuerades genom socialförsäkringens intranät. Med hjälp av detta teknikstöd registrerades uppgifterna hos försäkringskassan vilket effektiviserade datainsamlingen avsevärt.

Formuläret testades av en grupp handläggare om fem personer verksamma inom Stockholms läns allmänna försäkringskassa. Testet gav flera viktiga synpunkter. Dessa medförde att formuläret reducerades på detaljnivå och att vissa frågor omformulerades för att öka tydligheten i formuläret.

Varje försäkringskassa ansvarade själv för registreringen av uppgifter för de egna ärendena (huvudsakligen 1–2 personer). Kassan instruerades att den tjänsteman som utrett ärendet inte skulle vara den person som registrerar eller bedömer lämnade uppgifter. Risken för felkällor av detta slag bedömdes som marginell då arbetet främst avsåg registrering av ”hårddata” som kön, beviljade timmar, funktionshinder och hjälpbehov.

## Urval

Ett slumpmässigt urval om cirka tio procent gjordes ur populationen pågående mottagare av assistansersättning. Uppgifter om personer som avlidit ingår således inte i studien. Urvalet innehöll 8 803 mottagare från vilket 897 ärenden valdes med spridning på kön, försäkringskassa och år för inträde i försäkringen (1994–2000).

Med de övergripande syftena som grund inhämtades uppgifter från de beslut och beslutsunderlag som finns i akterna för de aktuella personerna. Antalet beslut varierar mellan ett och som högst sju beslut per person.

De första analyserna visade att svar för drygt 900 personer fanns registrerade. Efter samkörning mot urvalslistan och radering av dubletter konstaterades att svar inkommit för 836 personer, dvs. en svarsfrekvens på 93 procent vilket måste ses som en hög svarsfrekvens.

Bortfallet på 61 personer består av ärenden som avslutats efter att urvalet har skett eller där akten tillfälligt saknas hos försäkringskassan. Det kan exempelvis uppstå när den enskilde överklagat ett beslut om assistansersättning och länsrätten valt att begära in försäkringskassans akt.

## Resultatets kvalitet

För att möjliggöra en omfattande informationsinhämtning under den begränsade tid som stod till förfogande för uppdraget snävades urvalet in relativt kraftigt. Det innebär att de uppgifter som presenteras i det följande ska betraktas som indikationer och inte som faktiska förhållanden för hela populationen.

Formuläret skapades utifrån de uppgifter som anses nödvändiga för att fatta beslut om assistansersättning. Det gäller sådana uppgifter som beviljade timmar, funktionshinder och hjälpbehov.

Analysen av resultatet visade att många ärenden saknar information om fördelningen av timmarna på assistans för de grundläggande behoven i den dagliga livsföringen och andra personliga assistansbehov. Det gör att kvaliteten i resultatet i denna del inte är lika hög som för andra delar. Vi har dock valt att presentera de uppgifter vi funnit och i förekommande fall även redovisat det antal ärenden som ingått i analysen. Detta gäller främst uppgifter kring medelvärdet för beviljade timmar.

## Bakgrundsvariabler

De bakgrundsvariabler som omtalas i denna del hämtades från de senaste beslutsunderlagen i personakterna. Uppgifterna är således de mest aktuella i urvalet.

## Sammanfattning

- Något fler män än kvinnor har assistansersättning.
- Merparten av personerna är över 30 år.
- De flesta vuxna bor i ett eget boende.
- Omkring hälften av de vuxna är ensamboende. Det är vanligare att kvinnor bor med make/sambo än tvärtom.
- Omkring fyra procent av de vuxna kvinnorna och sju procent av männen bor hos sina föräldrar.
- Merparten av personerna (drygt 80%) har förtidspension. Av dessa har mer än 90 procent hel förtidspension.
- En stor del av dem som tillhör personkrets tre tycks ha neurologiska eller muskulära sjukdomar.
- Andelen personer med psykiatriska diagnoser är lågt.
- Det finns inget som tyder på att personer med nya sjukdomar får assistansersättning. Däremot ökar antalet personer med redan kända sjukdomar, dvs. personkrets tre har blivit större
- Fysiska funktionshinder finns hos över 80 procent av personerna. Kombinationer av funktionshinder finns i viss utsträckning. Den vanligaste kombinationen är fysiska och begåvningsmässiga funktionshinder vilket 21 procent av personerna har.

## Inträdesår för urvalet

**Tabell 1. Antal personer i urvalet fördelat på inträdesår, kvinnor och män.**

Första beslut	Man	Kvinna	Totalt
1994	63	55	118
1995	64	49	113
1996	52	54	106
1997	49	52	101
1998	52	48	100
1999	80	61	141
2000	73	75	148
Totalt	433	394	827

Svarsuppgifter lämnades för 836 personer. För nio av dessa saknas uppgift om inträdesår i försäkringen. Av det skälet är summan i tabellen ovan endast 827 personer.

## Vägen till assistansersättning

**Tabell 2. Antalet ansökningar och anmälningar fördelat på inträdesår.**

	Ansökan	%	Anmälan	%	Framgår inte	%
1994	105	89	11	9	2	2
1995	94	84	16	14	2	2
1996	83	80	18	17	3	3
1997	74	73	25	25	2	2
1998	69	69	28	28	3	3
1999	96	69	40	29	3	2
2000	98	67	48	33	1	1

Nybeviljande av assistansersättning grundas i ökande utsträckning på anmälningar från kommunen.

## Antal beslut

**Tabell 3. Antal beslut i de urvalda personakterna, kvinnor och män.**

Antal beslut	Män	Kvinnor	Totalt	%
1	162	156	318	39
2	132	121	253	30
3	86	82	168	20
4	43	26	69	8
5	10	7	17	2
6	4	6	10	1
7	1		1	-
Totalt	438	398	836	100

För nästan 40 procent av personerna har *ett* beslut fattats och för nästan 80 procent högst *tre* beslut fattats under något av åren 1994–2000. De flesta som har ett beslut har fått beslutet under 1999 eller 2000. Svaren indikerar att det är ytterst ovanligt med personer som ansöker om fler timmar vid upprepade tillfällen.

## Antal kvinnor och män

**Tabell 4. Antal kvinnor och män i urvalet.**

	Antal	I procent
Män	438	52
Kvinnor	398	48
Totalt	836	100

Fördelning mellan kön i urvalsgruppen följer väl den fördelning som fanns i populationen vid mättillfället (46,8 för kvinnor och 53,2 för män). Sedan reformen infördes har fler män än kvinnor uppburit assistansersättning.

## Åldersgrupper

**Tabell 5. Åldersgrupper i urvalet, kvinnor och män.**

Åldersgrupp	Män	Kvinnor	Totalt	%
Vuxna (30-64)	281	255	536	64
Yngre vuxna (18-29)	82	73	155	19
Barn (0-17)	75	70	145	17
Totalt	438	398	836	100

Nästan två tredjedelar av personerna är vuxna över 30 år. Barn och ungdomar under myndighetsåldern utgör 17 procent och gruppen unga vuxna, 18–29 år, nästan en femtedel.

## Boende

**Tabell 6 a-c. Boendeförhållanden för de tre åldersgrupperna uppdelade på män och kvinnor.**

**Tabell 6 a.**

Vuxna 30-64 år	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%
Eget boende	230	82	227	89	457	85
Bost med särskild service/ särskilt anpassad bostad	32	11	15	6	47	9
Särskilda boendeformer	14	5	6	2	20	4
Övrigt	5	2	4	2	9	2
Framgår inte			3	1	3	-
Totalt	281	100	255	100	536	100

En klar majoritet av de vuxna bor i eget boende. En liten del, 13 procent, bor i kommunalt inrättade boendeformer för funktionshindrade.



Tabell 6 b.

Yngre vuxna 18-29 år	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%
Eget boende	59	72	50	69	109	70
Bost med särskild service/ särskilt anpassad bostad	5	6	6	8	11	7
Särskilda boendeformer	1	1	3	4	4	3
Familjehem			5	7	5	3
Elevhem	2	3			2	1
Övrigt	14	17	9	12	23	15
Framgår inte	1	1			1	1
Totalt	82	100	73	100	155	100

Största delen av de unga vuxna bor i eget boende, andelen är dock klart lägre än för vuxna. Tio procent bor i kommunalt inrättade boendeformer och fyra procent i familjehem/elevhem. I gruppen övrigt ingår unga vuxna som har eget boende hos förälder.

**Tabell 6 c.**

<b>Barn 0-17 år</b>	<b>Män</b>	<b>%</b>	<b>Kvinnor</b>	<b>%</b>	<b>Totalt</b>	<b>%</b>
Eget boende	55	73	51	73	106	73
Bost med särskild service/ särskilt anpassad bostad	2	3	2	3	4	3
Familjehem	2	3	1	1	3	2
Elevhem	2	3	1	1	3	2
Övrigt	14	18	15	22	29	20
Framgår inte	-	-	-	-	-	-
<b>Totalt</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>145</b>	<b>100</b>

Största delen av barnen bor med förälder i eget boende. I gruppen Övrigt ingår en stor andel som bor hos föräldrar men som förts till denna grupp vid uppgiftslämnandet.

## Familj

**Tabell 7 a-c. Familjeförhållanden för de tre åldersgrupperna uppdelade på män och kvinnor.**

**Tabell 7 a.**

<i>Vuxna</i>	<b>Män</b>	<b>%</b>	<b>Kvinnor</b>	<b>%</b>	<b>Totalt</b>	<b>%</b>
<b>30-64 år</b>						
Ensamboende	156	55	125	49	281	53
Bor med make/ maka/sambo	103	37	114	45	217	40
Bor med föräldrar	20	7	11	4	31	6
Framgår inte	2	1	5	2	7	1
<b>Totalt</b>	<b>281</b>	<b>100</b>	<b>255</b>	<b>100</b>	<b>536</b>	<b>100</b>

En större andel män än kvinnor är ensamboende. Likaså bor en större andel män med föräldrar än vad fallet är för kvinnor. En majoritet av de vuxna är ensamboende och mycket få bor med föräldrar.

**Tabell 7 b.**

<i>Yngre vuxna</i>	<b>Män</b>	<b>%</b>	<b>Kvinnor</b>	<b>%</b>	<b>Totalt</b>	<b>%</b>
<b>18-29 år</b>						
Ensamboende	29	35	25	34	54	35
Bor med make/ maka/sambo	4	5	7	10	11	7
Bor med föräldrar	48	59	40	55	88	57
Framgår inte	1	1	1	1	2	1
<b>Totalt</b>	<b>82</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

En klar majoritet av de unga vuxna bor med sina föräldrar. En dryg tredjedel är ensamboende och endast 7 procent bor med maka/sambo

**Tabell 7 c.**

<b>Barn</b>	<b>Män</b>	<b>%</b>	<b>Kvinnor</b>	<b>%</b>	<b>Totalt</b>	<b>%</b>
<b>0-17 år</b>						
Ensamb oende	0	0	3	4	3	2
Bor med make/ maka/sambo	1	1			1	1
Bor med Föräldrar	73	98	67	96	140	96
Framgår inte	1	1			1	1
Totalt	75	100	70	100	145	100

Så gott som alla barn och ungdomar bor med förälder. Ytterst få, 3 procent, bor ensam eller med maka/sambo.

## Huvudsaklig försörjning

I nedanstående tabeller presenteras uppgifter om huvudsaklig försörjning för de två äldsta åldersgrupperna uppdelade på män och kvinnor. Summan av fördelningen mellan olika former av försörjning är något högre än antalet personer. Orsaken är att frågan var så formulerad att flera svarsalternativ kunde väljas.

**Tabell 8. Huvudsaklig försörjning för vuxna. Kvinnor och män.**

<i>Vuxna</i>	<b>Män</b>	<b>%</b>	<b>Kvinnor</b>	<b>%</b>	<b>Antal</b>	<b>%</b>
<b>30-64 år</b>						
Inkomst av anst./företag	27	9	16	6,0	43	8
Förtidspension/sjukbidrag	240	82	231	87	471	84
Arbetslöshetsersättning	-	-	-	-	-	-
Sjukpenning	20	7	17	6	37	7
Studiestöd	-	-	-	-	-	-
Övrigt	7	2	3	1	10	1
Inte aktuellt	-	-	-	-	-	-
<b>Totalt</b>	<b>294</b>	<b>100</b>	<b>267</b>	<b>100</b>	<b>561</b>	<b>100</b>

En klar majoritet, 84 procent, av de vuxna har sin försörjning ordnad genom förtidspension. Andelen med förtidspension är större bland kvinnor än män. Sju procent är sjukskrivna och åtta procent har inkomst av förvärvsarbete. Varken arbetslöshetsersättning eller studiestöd förekommer bland vuxna.

**Tabell 9. Nivåer av förtidspension/sjukbidrag för vuxna. Kvinnor och män.**

Nivå	Män %		Kvinnor %		Totalt %	
1/4	1	-	1	-	2	-
1/2	17	7	15	7	32	7
3/4	2	1	4	2	6	1
1/1	220	92	211	91	431	92
Totalt	240	100	231	100	471	100

Tittar man på fördelningen av förtidspensionsnivåerna bland de vuxna framgår det att nästan alla har hel förmån medan ganska få har halv förmån nästan inga har en fjärdedel och tre fjärdedels förmån. Ett rimligt antagande är att de som partiell pension till någon del också försörjer sig genom förvärvsarbete.

**Tabell 10. Huvudsaklig försörjning för unga vuxna. Kvinnor och män.**

Unga vuxna 18-29 år	Män %		Kvinnor %		Antal %	
Inkomst av anst./företag	-		2	3	2	1
Förtidspension/sjukbidrag	76	91	65	88	141	90
Arbetslöshetsersättning	-	-	-	-	-	-
Sjukpenning	4	5	1	1	5	3
Studiestöd			1	1	1	1
Övrigt	-		1	1	1	1
Inte aktuellt	3	4	4	5	7	4
Totalt	83	100	74	100	157	100

Det är fler unga vuxna än vuxna som har sin försörjning ordnad genom förtidspension eller sjukbidrag. Endast en procent, två kvinnor, har inkomst av förvärvsarbete. Ersättning från arbetslöshetskassa förekommer inte heller i denna grupp och endast en person har studiestöd. Av de unga vuxna har 99 procent hel förtidspension och en procent halv förmån. Övriga nivåer förekommer inte i urvalet.

## Personkrets

LSS och LASS omfattar följande tre grupper av funktionshindrade:

1. Personer med utvecklingsstörning och personer med autism eller autismsliknande tillstånd.
2. Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder eller hjärnskada i vuxen ålder, föranledd av yttre våld eller sjukdom.
3. Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om dessa är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

**Tabell 11. Fördelning på personkrets i urvalet, samtliga. Kvinnor och män.**

Personkrets	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%
Ett	137	31	120	30	257	31
Två	36	8	17	4	53	6
Tre	248	57	242	61	490	59
Framgår inte	17	4	19	5	36	4
Totalt	438	100	398	100	836	100

**Tabell 11 a. Fördelning på personkrets i urvalet, vuxna. Kvinnor och män.**

Personkrets	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%
Ett	39	14	30	12	69	13
Två	33	12	14	5	47	9
Tre	198	70	202	79	400	75
Framgår inte	11	4	9	4	20	3
Totalt	281	100	255	100	536	100

**Tabell 11 b. Fördelning på personkrets i urvalet, unga vuxna. Kvinnor och män.**

Personkrets	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%
Ett	57	70	39	53	96	62
Två	2	2	2	3	4	3
Tre	19	23	26	36	45	29
Framgår inte	4	5	6	8	10	6
Totalt	82	100	73	100	155	100

**Tabell 11 c. Fördelningen på personkrets i urvalet, barn. Kvinnor och män**

Personkrets	Män	%	Kvinnor	%	Totalt	%
Ett	41	55	51	73	92	63
Två	1	1	1	1	2	2
Tre	31	41	14	20	45	31
Framgår inte	2	3	4	6	6	4
Totalt	75	100	70	100	145	100



## Diagnoser

**Tabell 12. Diagnoser för personer som tillhör personkrets tre i urvalet, tidigt och sent inträde (1994/95 respektive 1999/00).**

Diagnos	Tidig	%	Sen	%
Multipel skleros	18	16	40	21
Hjärnskador	15	14	41	21
Cerebral pares	16	15	9	5
Andra pareser och plegier	17	15	18	9
Muskeldystrofi/-atrofi	8	7	2	1
Parkinsons sjukdom	4	4	9	4
Reumatiska sjd	6	5	8	4
Demenssjukdomar	1	1	5	3
Tumörer	-	-	5	3
Epilepsi	1	1	3	1
Psykiska sjukdomar	3	3	1	1
Övriga diagnoser	21	19	53	27
<b>Totalt</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>194</b>	<b>100</b>

Det är förenat med vissa svårigheter och risker att göra en sammanställning av detta slag. Diagnoserna är som regel hämtade ur läkarutlåtanden från tidigare provningar av vårdbidrag, handikappersättning och förtidspension och därmed inte alltid helt aktuella. De personer som beviljas assistansersättning har ofta en komplicerad sjukdomsbild med flera funktionsnedsättningar vilket kan göra att flera diagnoser är aktuella. Försäkringskassorna uppmanades dock att ange personens huvuddiagnos. En förteckning över samtliga angivna diagnoser finns i bilaga 3.

I motsats till personkrets 1 och 2 är tillhörighet till personkrets 3 inte primärt grundat på det diagnosticerade tillståndet. Det kan ändå vara av intresse att se vilka diagnoser och sjukdomsgrupper som förekommer i personkrets tre. Den största enskilda diagnoser är multipel skleros. Personer med cerebral pares och andra pareser/förlamningstillstånd är också en stor grupp. Psykiatriska sjukdomar förekommer i mycket liten omfattning i detta material.

## Kategorier av funktionshinder

**Tabell 13. Kategorier av funktionshinder.**

Kategori	Antal	I procent
Fysiska funktionshinder	683	82
Psykiska funktionshinder	152	18
Begåvningsmässiga funktionshinder	277	33

Antalsuppgifterna kan inte summeras då en person kan ha flera olika typer av funktionshinder. Uppgiften avser inte huvudsakliga funktionshinder utan alla förekommande funktionshinder hos personerna. Nästan var femte person har ett psykiska funktionshinder vid sidan av andra funktionsnedsättningar. Som tidigare framgått är det dock sällan psykiska funktionshinder är dominerande för assistansbehovet.

**Tabell 14. Frekvensen för olika kombinationer av kategorier av funktionshinder, kvinnor och män.**

Kombination av funktionshinder	Män	Kvinnor	Totalt
Fysiska och psykiska	40	42	82
Psykiska och begåvningsmässiga	40	25	65
Fysiska och begåvningsmässiga	95	81	176
Samtliga typer	17	15	32

Det är inte ovanligt att personer med assistansersättning har en kombination av funktionshinder. Den vanligaste kombinationen är fysiska och begåvningsmässiga funktionshinder. 21 procent av personerna i urvalet har denna kombination (176 av 836 personer).

## Handikappersättning

**Tabell 15. Förekomsten av handikappersättning i urvalet. Kvinnor och män.**

Nivå	Män	%	Kvinnor	%	Totalt
Finns inte	193	52	168	50	361
36%	72	20	67	20	139
53%	34	9	26	8	60
69%	71	19	77	23	148
Totalt	370	100	338	101	708

Handikappersättning kan beviljas från 16 års ålder. I urvalsgruppen fanns 708 personer som uppfyllde det villkoret. Av dessa var knappt hälften beviljade handikappersättning. Lite mer än var femte person har högsta nivå.

## Vårdbidrag

**Tabell 16. Förekomsten av vårdbidrag i urvalet. Flickor och pojkar.**

Nivå	Pojkar	%	Flickor	%	Totalt
Finns inte	16	24	10	16	26
1/1	24	36	27	45	51
3/4	4	6	4	7	8
1/2	10	15	10	17	20
1/4	8	12	6	10	14
Merkostn-vb	5	7	3	5	8
Totalt	67	100	60	100	127

Liksom för handikappersättning finns det en åldersgräns i reglerna för vårdbidrag. Vårdbidrag kan beviljas för barn som inte fyllt 16 år. I urvalsgruppen fanns 127 barn eller ungdomar som inte fyllt 16 år. Om en familj har flera sjuka eller funktionshindrade barn kan vårdbidraget avse ersättning för mer än ett barn. I fem ärenden avsåg vårdbidraget mer än ett barn (alla avsåg två barn).

## Bilstöd

Av de 836 personer som ingår i materialet hade 132 personer beviljats bilstöd. Detta motsvarar knappt 16 procent. Drygt 50 procent av bilstöden avsåg vuxna 28 procent avsåg barn och 21 procent yngre vuxna.

### **Skillnader mellan ett tidigt och sent inträde i försäkringen**

För att studera om det finns skillnader mellan ett tidigt och sent inträde i försäkringen har två grupper av ärenden skapats. Den ena avser de personer som fick sitt första beslut under 1994 eller 1995 och den andra gruppen avser dem som under 1999 eller 2000 beviljades assistansersättning. Hädanefter benämns den första gruppen ”tidig” och den andra ”sen”.

### Sammanfattning av resultat

- Av dem som kom in sent tillhör fler personkrets tre än dem som hade ett tidigt inträde i försäkringen.
- Ett högre antal timmar beviljades för de män som hade ett sent inträde i försäkringen medan kvinnor inte har haft denna utveckling.
- Antal timmar som avser grundläggande hjälpbehov är i regel högre än det antal timmar som avser andra personliga hjälpbehov. Förhållandet avser både den tidiga och sena inträdesgruppen samt både kvinnor och män.
- Beviljande av dubbel assistans har ökat för män men sjunkit något för kvinnor.
- Om kring 20 procent hade i oktober 2000 dubbel assistans beviljad. Männerna var i genomsnitt beviljade 27 timmar per vecka medan motsvarande siffra för kvinnorna är knappt 22 timmar.
- Andelen med personlig assistans i skola, barnomsorg och daglig verksamhet har minskat för både män och kvinnor när man jämför ett tidigt och ett sent inträde i försäkringen. Kvinnor har en mer markant minskning än män.

## Fördelning mellan kvinnor och män

**Tabell 17. Fördelning mellan kvinnor och män, tidigt och sent inträde.**

Grupp	Män	Kvinnor	Totalt
Tidigt inträde	127	104	231
Sent inträde	153	136	289

Antalsfördelningen mellan män och kvinnor håller sig relativt konstant både mellan inträdesgrupperna och i förhållande till populationen.

## Personkrets

**Tabell 18. Personkretsfordelningen för inträdesgrupperna. Kvinnor och män.**

Personkrets	Grupp	Män	Kvinnor	Totalt
1	Tidig	50	40	90
	Sen	38	34	72
2	Tidig	9	6	15
	Sen	17	2	19
3	Tidig	61	49	110
	Sen	97	97	194
Framgår inte	Tidig	7	9	16
	Sen	1	3	4
Totalt	Tidig	127	104	231
	Sen	153	136	289

Personkrets tre är vanligare för dem som kommer in sent i försäkringen. Män i personkrets tre har gått från en andel kring 48 till 63 procent. För kvinnorna har ändringen varit ännu tydligare där personkrets tre utgjorde 47 procent för den tidiga inträdesgruppen medan motsvarande siffra för den sena inträdesgruppen är hela 71 procent.

Det finns inga egentliga tecken i denna delstudie på att personkrets tre har samlat nya grupper vad gäller diagnoser. Snarare tycks det främst handla om ökade frekvenser för sjukdomsgrupper som varit kända ända sedan reformen

infördes. Förklaringarna bakom det kan vara många. Det är inte orimligt att både allmänhet och olika vård- och omsorgssektorer blivit bättre informerade om reformen i allmänhet och assistansersättningen i synnerhet vilket gjort att allt fler fått kännedom om möjligheten att söka personlig assistans.

## Uppgiftslämnare

Bland dem som hade ett tidigt inträde i försäkringen lämnades uppgifterna främst av anhöriga (45% för män och 47% för kvinnor). För det senaste beslutet för denna grupp var det alljämt främst anhöriga som lämnade uppgifter både för männen och kvinnorna.

För de personer som hade ett sent inträde i försäkringen är förhållandet annorlunda. För männen är fortfarande anhöriga den främsta informationskanalen, både i det första och det nuvarande beslutet (37% respektive 39%), medan de hos kvinnor har blivit vanligast att hämta uppgifter direkt från den enskilde, 50% för det första beslutet och 54% för det senaste).

Att genomföra den typ av utredningar som assistansersättning kräver kan vara svårt om den enskilde själv har kommunikativa funktionshinder eller av andra skäl har svårt att formulera sitt hjälpbehov. Det är därför inte ett oväntat resultat att anhöriga utgör en viktig informationskanal.

Trots de metodologiska svårigheterna som kan finnas är det en uttalad målsättning med hela handikappreformen att öka inflytandet och delaktigheten för den enskilde. Det är därför positivt att den enskilde i allt högre utsträckning blir central i informationsinhämtningen. Det är svårt att göra hållbara analyser till att detta fenomen i högre utsträckning tycks gälla kvinnor än män.

## Fördelning av timmar mellan de olika grupperna

**Tabell 19. Behovsfördelning av timmar/vecka, tidigt och sent inträde. Kvinnor och män.**

Typ av timmar	Grupp	Män	Kvinnor	Totalt
Totalt antal timmar	Tidig	67,39	65,64	66,61
	Sen	83,91	65,15	75,11
Grundläggande behov	Tidig	34,09	36,07	34,86
	Sen	36,06	31,55	33,82
Andra personliga behov	Tidig	22,10	20,42	21,35
	Sen	35,92	23,97	29,94

Antalet enskilda värden som har ingått i dessa beräkningar är små, särskilt avseende medelvärdena för grundläggande och andra personliga hjälpbehov. Det gör att tolkningsmöjligheterna är begränsade. Med dessa reservationer framträder tre slutsatser. För det första ökar det totala antalet timmar mellan ett tidigt och ett sent inträde i försäkringen. För det andra tycks grundläggande hjälpbehov kräva mer personlig assistans än andra personliga hjälpbehov. Slutligen, tycks, på aggregerad nivå, antalet timmar för andra personliga hjälpbehov öka medan grundläggande hjälpbehov inte har den utvecklingen.

Gruppen med statlig assistansersättning är de i samhället som har de svåraste och mest omfattande funktionshindren. Det är därför inte orealistiskt att det hjälpbehov som ligger nära den egna personen blir komplexa och därmed utsträckta i tid

Att man i den sena inträdesgruppen kan se en högre andel timmar för andra personliga hjälpbehov kan ha flera förklaringar. Dels kan en ökad kännedom om reformen innebära att personer lättare kan formulera behovet av personlig assistans även för behov som ligger utanför den kropps nära sfären. Dessutom kan erfarenheten av reformen och dess intentioner ha gjort att handläggare utvecklat en färdighet att definiera och efterfråga hjälpbehov ur ett helhetsperspektiv.

## Dubbel assistans

I detta avsnitt beskrivs förekomsten av dubbel assistans för personer som är beviljade assistansersättning. Främst görs redovisningar kring skillnader mellan ett tidigt och ett sent inträde i försäkringen. Först presenteras två övergripande analyser av materialet. Dels andelen dubbel assistans i personens första beslut, oavsett inträdesår, dels studeras andelen dubbel assistans i nuvarande beslut, även det oavsett inträdesår. I de följande två tabellerna redovisas resultaten av detta.

**Tabell 20 a. Dubbel assistans i det första beslutet. Kvinnor och män.**

Beviljad	Man	%	Kvinna	%	Totalt
Ja	74	17	41	10	115
Nej	324	74	328	82	652
Framgår inte	33	7	23	6	56
Uppg. saknas	7	2	6	2	13
Totalt	438	100	398	100	836

I 14 procent av de första besluten förekommer dubbel assistans.

**Tabell 20 b. Dubbel assistans i det nuvarande beslutet**

Beviljad	Man	%	Kvinna	%	Totalt
Ja	97	22	71	18	168
Nej	236	54	250	63	486
Framgår inte	20	5	14	3	34
Uppg. saknas	85	19	63	16	148
Totalt	438	100	398	100	836

Uppgift om dubbel assistans beviljats eller inte i det nuvarande beslutet framgår i 78 procent av ärendena. I 20 procent av de nuvarande besluten förekommer dubbel assistans.

Det framgår att antalet personer med dubbel assistans i nuvarande beslut är högre än för personernas första beslut. Det talar för att många erhåller dubbel



assistans först efter ett inträde i försäkringen. Det finns dock problem att enhetligt jämföra siffrorna med tanke på att personerna inkommer vid så olika tillfällen i försäkringen. Det blir särskilt tydligt i de redovisningar som görs senare kring frekvensen av dubbel assistans vid ett sent respektive tidigt inträde i försäkringen.

Av de 168 personer som beviljats dubbel assistans i sitt nuvarande beslut finns uppgift om antal timmar i 157 (93%) av ärendena.

**Tabell 21. Vissa uppgifter om beviljat antal timmar fördelat på kön.**

Mått	Män	Kvinnor
Antal timmar i genomsnitt per vecka	26,9	21,6
Standardavvikelse	35,11	22,05
Minvärde	0,5	0,7
Maxvärde	224	107

I genomsnitt beviljas drygt 24 timmar/vecka för dubbel assistans, dvs. utöver den 'enkla' assistansen som finns i botten. Männerna har fler timmar än kvinnorna.

**Tabell 22. Dubbel assistans och tidigt inträde i försäkringen. Kvinnor och män.**

Beviljad	Män	%	Kvinnor	%	Totalt
Ja	19	15	12	12	31
Nej	92	72	81	78	173
Framgår inte	16	13	11	11	27
Totalt	127	100	104	100	231

**Tabell 23. Dubbel assistans och sent inträde i försäkringen. Kvinnor och män.**

Beviljad	Män	%	Kvinnor	%	Totalt
Ja	30	20	13	10	43
Nej	115	75	116	85	231
Framgår inte	8	5	7	5	15
Totalt	153	100	136	100	289

Redan innan reformen implementerades stod det klart för både RFV och Socialstyrelsen att det skulle uppkomma situationer där den enskilde kunde behöva flera assistenter samtidigt.

I detta material kan vi konstatera att dubbel assistans blivit något vanligare bland män medan kvinnor beviljats dubbel assistans i mindre utsträckning än tidigare. Det bör nu åter framhållas att numerären är små varför det är svårt att dra slutsatser. Det kan dock konstateras att dubbel assistans inte tycks vara ett utbrett inslag i beslut om assistansersättning.

## Personlig assistans i verksamheter (skola, barnomsorg och daglig verksamhet)

**Tabell 24. Förekomsten av assistansersättning inom verksamheter, tidigt och sent inträde. Kvinnor och män.**

Status	Grupp	Män	Kvinnor	Totalt
Beviljad	Tidig	18	15	33
	Sen	15	6	21
Inte beviljad	Tidig	50	34	84
	Sen	62	65	127
Inte aktuellt	Tidig	40	42	82
	Sen	64	53	117
Framgår inte	Tidig	17	8	25
	Sen	8	8	16
Uppgift saknas	Tidig	2	5	7
	Sen	4	4	8
Totalt	Tidig	127	104	231
	Sen	153	136	289

Från den 1 juli 1996 lämnas assistansersättning då man vistas i skola, barnomsorg och daglig verksamhet endast om det finns särskilda skäl. Andel personer som beviljats personlig assistans i de aktuella verksamheterna har minskat mellan den tidiga och sena inträdesgruppen. För både män och kvinnor var drygt 14 procent beviljade assistansersättning i den tidiga inträdesgruppen. Motsvarande siffra för den sena inträdesgruppen var för män knappt tio procent och för kvinnor drygt fyra procent.

### Olika typer av hjälpbehov

Inom ramen för personlig assistans brukar man tala om två kategorier av hjälpbehov. Den första kategorin benämns grundläggande behov och omfattar personlig hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra samt annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshinderade.

Den andra hjälpkategorin benämns andra personliga behov och kan exemplifieras med fritidsaktiviteter, hjälp att laga mat eller att sköta sitt hem. I tabellen nedan sammanställs det antal personer som har de olika angivna typerna av hjälpbehov.

För totalt 17 personer (nio män och åtta kvinnor) i den tidiga gruppen framgick inga grundläggande hjälpbehov. Motsvarande siffra för den sena inträdesgruppen var tre personer och avsåg endast kvinnor.

## Grundläggande hjälpbehov

**Tabell 25 a. Assistansersättning för kategorin grundläggande hjälpbehov, tidigt och sent inträde. Kvinnor och män.**

Typ av behov	Grupp	Man	Kvinna	Totalt
Personlig hygien	Tidig	116	93	209
	Sen	150	133	283
Av- och påklädning	Tidig	106	89	195
	Sen	146	127	273
Hjälp att äta	Tidig	89	76	165
	Sen	128	106	234
Kommunikation	Tidig	58	47	105
	Sen	76	54	130
Annan hjälp	Tidig	11	5	16
	Sen	18	15	33

Män och kvinnor följer varandra när det gäller olika typer av hjälpbehov. Det finns inte heller några större skillnader mellan den tidiga och sena inträdesgruppen med undantag för annan hjälp som tredubblats hos kvinnor.

Det vanligaste hjälpbehoven är personlig hygien och finns hos nästan alla. Även av- och påklädning är ett utbrett hjälpbehov medan hjälp att äta<sup>8</sup> är nå-

---

<sup>8</sup> I frågeformuläret formulerades detta grundläggande hjälpbehov som "hjälp att äta". I lagstiftningen har detta hjälpbehov formulerats som "måltider". Det är möjligt att den olyckliga formuleringen i formuläret har gjort att siffran är något mindre än den faktiskt. Samtidigt är det troligt att försäkringskassornas har så pass god kännedom om innehållet i de grundläggande behoven att felkällan är begränsad.

got mindre utbrett. Hjälp att kommunicera finns hos omkring hälften av personerna, med undantag för kvinnor i den sena inträdesgruppen där behovet finns hos cirka 40 procent.

Det minst förekommande hjälpbehovet är inte helt oväntat den öppna hjälpkategorin<sup>9</sup>. Se tabell 26.

**Tabell 25 b. Typ av annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade i kategorin grundläggande behov, tidigt och sent inträde. Kvinnor och män.**

Andra grundläggande hjälpbehov	Man		Kvinna		Totalt	
	Tidig	Sen	Tidig	Sen	Tidig	Sen
Aktivering, tillsyn						
övervakning	3	9	1	8	4	17
Kateterisering, sondmatn.,						
slemsug, respiratorvård	6	5	1	3	7	8
Mobilisering	1	4	4	6	5	10
Epilepsianfall	3	3	1	-	4	3
Övriga grundläggande hjälpbehov	5	4	-	4	5	8
Totalt	18	25	7	21	25	46
Totalt per kön		43		28		

Det totala antalet angivna hjälpbehov är fler än det antal personer som har behov inom denna kategori. Detta förklaras av att vissa personer kan ha flera typer av hjälpbehov angivna i denna öppna kategori. I den tidiga gruppen är det vanligt med andra hjälpbehov som kan ligga nära gränssnittet mot hälso- och sjukvård. Detta har tonats ned i den sena inträdesgruppen. Även mobiliseringshjälp (förflyttningar och liknande) är vanligt i den tidiga inträdesgruppen och återfinns även i stor utsträckning i den sena gruppen. Där är dock aktivering, tillsyn och liknande mest frekvent. Dessa typer av behov kan ofta ta sig uttryck i passiva eller verbala hjälpinsatser vilket kan vara svårt att definiera som personlig assistans.

<sup>9</sup> I lag (1993:387 om stöd och service till vissa funktionshindrade uttrycks detta på följande sätt (9 a §) "...annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade."

### Andra personliga hjälpbehov

På motsvarande sätt som ovan redovisas i följande tabell andra personliga hjälpbehov, utöver de grundläggande, som personen beviljats assistansersättning för. I denna grupp framgick inga andra personliga hjälpbehov för 35 personer (21 män och 14 kvinnor) för den tidiga inträdesgruppen medan motsvarande siffra för den sena gruppen var 10 för män respektive 8 för kvinnor.

**Tabell 26 a. Kategorin andra personliga hjälpbehov, tidigt och sent inträde. Givna svarsalternativ i formuläret. Kvinnor och män.**

Typ av behov	Grupp	Män	Kvinnor
Studier	Tidig	15	12
	Sen	7	6
Träning	Tidig	51	47
	Sen	71	54
Fritid	Tidig	79	73
	Sen	116	109
Hushållsarbete	Tidig	61	47
	Sen	77	91
Föreningsliv	Tidig	4	2
	Sen	2	5
Bevakning/skydd	Tidig	9	1
	Sen	14	4
Andra hjälpbehov	Tidig	13	9
	Sen	15	27

Fritidsaktiviteter är den vanligaste formen av andra personliga hjälpbehov både för kvinnor och män och för den tidiga och sena inträdesgruppen. Även träning och hushållsarbete är vanliga aktiviteter. Den största förändringen ses mellan kvinnor i den tidiga och sena inträdesgruppen för aktiviteter som rör hushållet. I den tidiga inträdesgruppen hade 45 procent assistans beviljad för detta medan motsvarande siffra för den sena gruppen är 66 procent.

Gruppen andra hjälpbehov har ökat markant för kvinnor mellan den tidiga och sena inträdesgruppen. I tabellen nedan redovisas olika typer av andra hjälpbehov som angetts i svaren.

**Tabell 26 b. Kategorin andra personliga hjälpbehov, tidigt och sent inträde. Öppet svarsalternativ i formuläret. Kvinnor och män.**

Andra personliga	Man		Kvinna		Totalt	
	Tidig	Sen	Tidig	Sen	Tidig	Sen
hjälpbehov						
Aktivering, motivering						
övervakning	-	3	3	1	3	4
Kateterisering, ADL						
slemsug	-	4	2	2	2	6
Mobilisering, komma						
ut i samhället	7	3	5	11	12	14
Träning, massage	2	1	-	5	2	6
Arbete, dator, skriva	1	4	-	1	1	5
Läxläsning, aktivitet						
med barn	1	-	2	3	3	3
Hjälp på natten, jour	2	2	-	-	2	2
Övriga personliga						
hjälpbehov	4	-	1	6	5	6
<b>Totalt</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>46</b>
Totalt per kön		34		42		

Det totala antalet angivna hjälpbehov är fler än det antal personer som har behov inom denna kategori. Detta förklaras av att vissa personer kan ha flera typer av hjälpbehov angivna i denna öppna kategori.

Män och kvinnor följer inte samma utveckling när det gäller andra hjälpbehov. Att komma ut i samhället och få hjälp med förflyttningar är vanligast för män i den tidiga inträdesgruppen medan det för kvinnor är vanligast både vid ett tidigt och ett sent inträde i försäkringen. För män i den sena inträdesgruppen finns det en tydligare spridning mellan olika typer av behov där hjälp att skriva, arbeta och hantera dator har blivit vanligare. Som framgår är dock antalet ytterst få.

## Behovskvantitet

### *Grundläggande hjälpbehov*

Vid beräkningen av den procentuella fördelningen mellan behovsantalet har gruppen där inga angivna behov inte medräknats. Då grundläggande behov är en förutsättning för att beviljas assistansersättning har endast dem som har detta angivet legat till grund för beräkningen (tabell 27 och 28).

**Tabell 27. Antalet grundläggande hjälpbehov för män, tidigt och sent inträde.**

<i>Män</i>	Antal behov	Tidig	%	Sen	%
	0	9	-	0	-
	1	4	3	3	2
	2	18	15	14	9
	3	49	42	67	44
	4	42	36	59	38
	5	5	4	10	7
Totalt		127(118)	100	153	100

Både i den tidiga och den sena inträdesgruppen är tre till fyra grundläggande behov vanligast. Mot bakgrund av de siffror som tidigare redovisats är det troligt att dessa behov avser personlig hygien, av- och påklädning samt hjälp att äta. Det finns en liten tendens att antalet grundläggande behov är högre för den grupp som har ett sent inträde i försäkringen. Om detta är ett faktiskt förhållande eller om det avspeglar bättre dokumentation och utredningsteknik hos försäkringskassorna kan dock inte avgöras.



**Tabell 28. Antalet grundläggande hjälpbehov för kvinnor, tidigt och sent inträde.**

<i>Kvinnor</i>	Antal behov	Tidig	%	Sen	%
	0	8		2	
	1	3	3	2	1
	2	15	15	22	16
	3	36	38	61	46
	4	41	43	39	29
	5	1	1	10	8
Totalt		104(96)	100	136(134)	100

Även för kvinnorna är tre till fyra beslut vanligast med en tendens till att antalet grundläggande behov är större för den grupp som har ett sent inträde i försäkringen.

#### *Andra personliga hjälpbehov*

I denna grupp av behov har även de som inte har några behov angivna medräknats. Det är fullt möjligt att en person enbart har personlig assistans för grundläggande behov och främst torde detta gälla för barn. Av det skälet har ansetts rimligt att även beräkna andelen för gruppen där inga behov angivits. Det ska dock tilläggas att denna grupp inte enbart består av dem som inte har personlig assistans för övriga hjälpbehov utan även innefattar personer där det kan finnas behov av denna typ beviljad men att detta inte framgår av försäkringskassans utredning.

**Tabell 29. Antalet andra personliga hjälpbehov för män, tidigt och sent inträde.**

<i>Män</i>	Ant behov	Tidig	%	Sen	%
	0	22	17	16	10
	1	28	22	33	22
	2	38	30	53	35
	3	30	24	42	27
	4	8	6	8	5
	5	0	0	1	1
	6	1	1	0	0
<b>Totalt</b>		127	100	153	100

För männen är det vanligast med två till tre hjälpbehov både vid ett tidigt eller ett sent inträde. Som tidigare redovisats kan man anta att behoven gäller fritidsaktiviteter, träning eller aktiviteter som rör hushållet.

**Tabell 30. Antalet andra personliga hjälpbehov för kvinnor, tidigt och sent inträde.**

<i>Kvinnor</i>	Ant behov	Tidig	%	Sen	%
	0	15	14	10	7
	1	24	23	18	13
	2	34	33	57	42
	3	25	24	41	30
	4	6	6	9	7
	5	0	0	1	1
<b>Totalt</b>		104	100	136	100

Även för kvinnor är mellan två till tre behov vanligast. Här ses en tydlig ökning av antalet behov mellan den tidiga och sena inträdesgruppen. Som tidigare redovisats blev personlig assistans för aktiviteter som rör hushållet vanligare i den sena inträdesgruppen.

**Tabell 31. Antal ärenden som ingått i beräkningar av timmar för det första beslutet fördelat mellan tidig och sen inträdesgrupp.**

Typ av timmar	Grupp	Män	Kvinnor	Totalt
Totalt antal timmar	Tidig	127	102	229
	Sen	153	135	288
Grundläggande behov	Tidig	22	14	36
	Sen	92	91	183
Andra personliga behov	Tidig	15	12	27
	Sen	79	79	158

**Vad händer efter några år med assistansersättning?**

I detta kapitel presenteras ytterligare analyser av dem som kom in i försäkringen tidigt, det vill säga antingen under 1994 eller 1995.

**Sammanfattning**

- Både kvinnor och män har beviljats fler timmar.
- Tid för andra personliga hjälpbehov har ökat mera än för grundläggande hjälpbehov, både för män och kvinnor.
- Förhållandet mellan grundläggande och andra personliga hjälpbehov har utjämnats bland män medan kvinnor alltså har en större andel timmar för grundläggande hjälpbehov.
- Andelen som är beviljad dubbel assistans har ökat för både kvinnor och män.
- Omkring 60% av både männen och kvinnorna fick en ökning av antalet timmar mellan det första och andra beslutet. Motsvarande siffra mellan det näst senaste och det nuvarande beslutet är 44 respektive 57 procent.
- För kvinnorna var det vanligare att det tillkom nya behov mellan det första och andra beslutet. Det gällde då främst andra personliga

hjälpbehov med fritidsaktiviteter som den oftast förekommande aktiviteten.

- För män var det vanligare att redan beviljade hjälpbehov utvidgades i tid. Detta gällde både mellan det första och andra och mellan det näst senaste och det nuvarande beslutet. Även för kvinnor var detta den vanligaste differensen mellan det näst senaste och det nuvarande beslutet. Skälen för både männen och kvinnorna var främst att antalet timmar för grundläggande hjälpbehov behövde ökas.

## Differenser mellan beslut

Den vanligaste ändringen mellan två beslut är att det nya beslutet innehåller en ökning av antalet timmar. Det förhållandet gäller för både kvinnor och män, men kvinnor har i högre utsträckning än män haft en ökning av sina timmar men trots det erhållit en lägre timnivå. I tabellen nedan görs en jämförelse mellan dels skillnaden mellan gruppens första och andra beslut samt mellan det näst senaste och det nuvarande beslutet.

**Tabell 32. Differens mellan det första och andra beslutet, påverkan på antal timmar. Kvinnor och män.**

	<b>Män</b>	<b>%</b>	<b>Kvinnor</b>	<b>%</b>
Oförändrat	20	21	14	20
Ökning	56	60	44	62
Minskning	18	19	13	18
Totalt	94	100	71	100

Som tabellen visar finns det en tydlig tendens att antalet timmar ökar mellan det första och det andra beslutet. I analysarbetet har vi studerat vilka skäl som låg bakom ökningen av antalet timmar. Formuläret hade tre fördefinierade svarsalternativ och en öppen fråga. De tre fördefinierade alternativen var förändrad hälsa, nya respektive upphörda aktiviteter samt vidgade respektive reducerade behov eller aktiviteter. Analysen visar att det är vanligt med en ökning av antalet timmar för behov som personerna redan har beviljats assistanssättning för. För kvinnor är det också vanligt att antalet behov eller aktiviteter ökar mellan det första och andra beslutet.

För de som mellan det första och andra beslutet fick assistanstimmar beviljade för nya behov eller aktiviteter gällde det främst behov inom gruppen

andra personliga hjälpbehov där fritidsaktiviteter var det främsta enskilda skälet.

För dem som fått fler timmar för redan beviljade behov eller aktiviteter avsåg merparten grundläggande behov. Det är troligt att det beror på en försämring i personernas funktionsförmåga.

**Tabell 33. Differens mellan det näst senaste och det nuvarande beslutet, påverkan på antal timmar. Kvinnor och män.**

	Män	%	Kvinnor	%
Oförändrat	49	40	30	30
Ökning	55	44	56	57
Minskning	20	16	13	13
Totalt	124	100	99	100

Även mellan det näst senaste och det nuvarande beslutet ses en ökning av antalet timmar. Även för denna grupp studerades vilka de bakomliggande skälen till ökningen var. Skälen till förändringar mellan det näst senaste beslutet och det nuvarande beslutet består för båda könen främst av vidgade hjälpbehov. Även här rör det sig främst om ytterligare insatser inom sfären grundläggande hjälpbehov.

## Antal timmar

**Tabell 34. Antalet beviljade timmar i genomsnitt för den tidiga gruppens nuvarande beslut. Kvinnor och män.**

Typ av timmar	Män	Kvinnor
Totalt antal timmar	87,09	87,80
Grundläggande behov	40,84	42,40
Andra personliga behov	40,26	34,00

Det totala antalet timmar ökar mellan gruppens första beslut och deras nuvarande. Distinktionen mellan grundläggande och andra hjälpbehov har blivit tydligare för kvinnor medan skillnaden har upphört för männen. Små nummer gör förstås att analysen måste ske med reservationer. Analyser av det totala materialet visar att det i regel beviljas fler timmar för grundläggande be-

hov än för andra hjälpbehov. Detta förhållande gäller både personernas första och nuvarande beslut.

## Dubbel assistans

**Tabell 35. Antal med dubbel assistans i nuvarande beslut för personer med ett tidigt inträde i försäkringen. Kvinnor och män.**

Beviljad	Män	%	Kvinnor	%	Totalt
Ja	31	25	17	17	48
Nej	39	31	48	49	87
Framgår inte	5	4	4	4	9
Uppgift saknas	49	40	30	30	79
Totalt	124	100	99	100	223

Andelen som beviljats dubbel assistans har ökat. Det innebär att personer som vid sitt inträde i försäkringen inte hade timmar för dubbel assistans har fått det med tiden.

## Ökar antalet behov?

Andelen där information om personens hjälpbehov saknas har ökat markant mellan det första och det senaste beslutet. Det gör att jämförelser mellan antalet behov i det nuvarande beslutet och i det första beslutet är svåra. Det är inte ovanligt att kompletterande beslut, exempelvis vid ansökan om fler timmar, innehåller mindre utredningar som främst riktar i sig på det aktuella behovet. Av det skälet kan uppgifter om andra hjälpbehov vara begränsade.

I de fall där information om hjälpbehov dock har lämnats finns det inga tydliga tendenser till förändringar mellan det första och det nuvarande beslutet. Alltjämt är tre till fyra grundläggande behov vanligast samt två till tre övriga hjälpbehov.

**Tabell 36. Antal ärenden som ingått i beräkningar av timmar för den tidiga gruppens nuvarande beslut.**

<b>Typ av timmar</b>	<b>Män</b>	<b>Kvinnor</b>	<b>Totalt</b>
Totalt antal timmar	121	96	217
Grundläggande behov	44	31	75
Andra personliga behov	38	27	65





## Delstudie 3

### *Statistik, assistansersättning under de första sex åren*

*Ulla Östman Krantz*

#### **Resultat i sammanfattning**

Totalt har 12 000 personer haft assistansersättning någon januarimånad under åren 1995 – 2000. Av dessa har en tredjedel haft ersättning alla sex åren.

Personer som nybeviljas assistansersättning får i genomsnitt färre timmar än de som redan har assistansersättning.

De som nybeviljas assistansersättning är äldre än den grupp som hade assistansersättning i januari 1995.

Personkrets 3, som är den största personkretsen, är vanligare bland de nybeviljade ärendena än i beståndet 1995. Personkrets 1 är mindre vanligt bland de nybeviljade än i beståndet 1995.

Kvinnor som nybeviljats assistansersättning har genomgående beviljats färre timmar än män. Denna könsskillnad finns inte bland de som hade assistansersättning i januari 1995.

Varje år beviljas omkring en femtedel av de som har assistansersättning en ökning av antalet timmar (undantag 1997). Mellan tre och fyra procent av alla får varje år en minskning av antalet timmar. Det är således vanligast att antalet timmar inte ändras mellan två år.

Bland personer som beviljats en stor ökning av antalet timmar mellan två år är kvinnor, personkrets tre samt arbetsgivartyp två och tre (brukarkooperativ och annan serviceorganisation) överrepresenterade. Personkrets ett och kommunen som arbetsgivare är underrepresenterade.

Det är mycket få personer som får en stor ökning av antalet timmar varje år.

Av de personer som haft assistansersättning både 1995 och 2000 har 40 procent fått en förändring av antalet timmar under hela perioden som är mindre än 1,15 timmar per vecka. För 30 procent hade antalet timmar ökat med mer än 22,5 per vecka.

## Material

Denna rapport bygger på ett uttag av uppgifter ur Riksförsäkringsverkets statistik över statlig assistansersättning. Uttaget omfattar samtliga personer som haft assistansersättning någon januari-månad under åren 1995 till 2000. Uppgifterna togs fram i mars månad 2000. Eftersom det är långa handläggningstider för beslut om assistansersättning och man kan söka ersättning retroaktivt innebär detta att inte alla beslut för 1999 finns med i redovisningen.

I materialet ingår totalt 11 997 personer som haft assistansersättning under minst en januari-månad åren 1995 – 2000.

## Inledning

Drygt en tredjedel av alla personer (4125 personer eller 34,4 procent) har haft assistansersättning alla sex åren.

Antal år med assistansersättning	Antal personer	%
1	1920	16%
2	1897	16%
3	1566	13%
4	1217	10%
5	1272	11%
6	4125	34%
Summa	11997	100%

I januari 1995 hade 6 395 personer assistansersättning. Fram till och med januari 1996 hade 1 529 nya personer tillkommit. I diagram och tablå nedan framgår inflödet i försäkringen.



	<b>Antal</b>	<b>Antal av dessa som har lass i januari 2000</b>	
Personer med assistansersättning i januari 1995	6395	4197	66%
Nybeviljade februari 1995 - januari 1996	1529	993	65%
Nybeviljade februari 1996 - januari 1997	1118	788	70%
Nybeviljade februari 1997 - januari 1998	1085	859	79%
Nybeviljade februari 1998 - januari 1999	1098	975	89%
Nybeviljade februari 1999 - januari 2000	7721	772	100%
<b>Summa</b>	<b>11997</b>	<b>8584</b>	<b>72%</b>

<sup>1</sup> Omfattar endast ärenden som beslutats t o m första kvartalet 2000

En tredjedel av de som hade assistansersättning i januari 1995 finns inte längre kvar i försäkringen efter sex år. Det måste betecknas som en kraftig avveckling. Knappt hälften av dessa ärenden har upphört på grund av att den funktionshindrade har avlidit.

Av de personer som hade assistansersättning i januari 1995 var det 66 procent som även hade assistansersättning i januari 2000. Eftersom det är 4 125 personer som haft assistansersättning alla åren kan man konstatera att 72 per-

soner ( cirka 1 procent av de som hade ersättning i januari 1995) återkommit till försäkringen efter att ha gjort ett uppehåll.

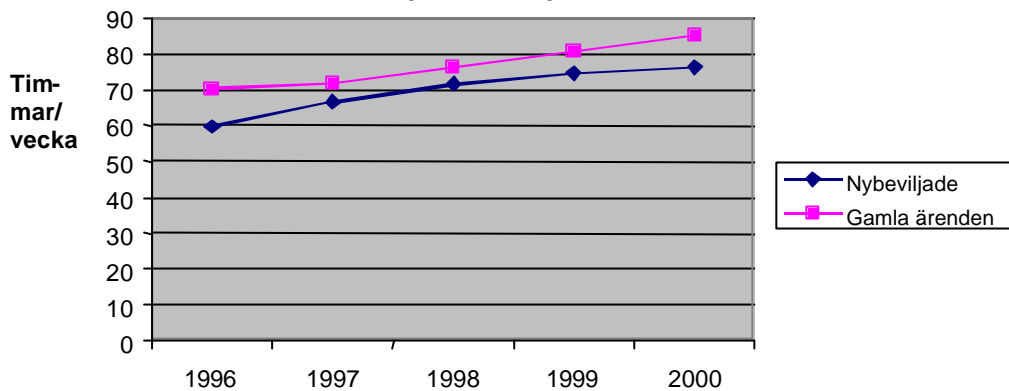
År	Antal med assistansersättning i januari	Nybeviljade under året	Upphörda Under året	därav ålderspensionärer	Avlidna under året (annan källa)
1995	6395	1529	568	102	
1996	7356	1118	786	104	
1997	7688	1085	824	130	311
1998	7949	1098	629	136	353
1999	8418	772 <sup>1</sup>	606	152	370
2000	8584				

<sup>1</sup> Omfattar endast ärenden som beslutats t o m första kvartalet 2000

Av de upphörda under 1995 har, som tidigare konstaterats 72 personer återkommit i försäkringen till i januari 2000. Totalt 568 ersättningar upphörde under 1995, 102 av dessa var personer som fick ersättningen indragen på grund av att de fyllde 65 år. Totalt 466 personer hade andra anledningar till att ersättningen upphörde. Av dessa har 72 återkommit i försäkringen i januari 2000, det motsvarar 15 procent (av 466).

I diagram och tabell nedan kan man se att personer som nybeviljats assistansersättning i genomsnitt har beviljats färre timmar än de som redan har assistansersättning. Timmarna ökar med andra ord varefter man är med i systemet. Man kan också se att antalet timmar varje år ökar både för gamla och nya ärenden.

Beviljade timmar i januari



Timmar per vecka i januari respektive år

	Nybeviljade fr o m februari året innan	Gamla ärenden 1)
1996	59,8	70,3
1997	66,5	71,8
1998	71,5	76,1
1999	74,7	80,8
2000	76,3	85,3

1) De som hade assistansersättning även i januari året innan

## Nybeviljade jämfört med beståndet i januari 1995

I detta avsnitt har gruppen som hade assistansersättning i januari 1995 jämförts med de grupper som nybeviljats assistansersättning åren efter.

### Antal

	Antal personer					
	9501	9601	9701	9801	9901	0001
Ersättning i januari 1995	6395	5827	5245	4741	4442	4197
Nybeviljade under 1995		1529	1325	1159	1057	993
Nybeviljade under 1996			1118	964	873	788
Nybeviljade under 1997				1085	948	859
Nybeviljade under 1998					1098	975
Nybeviljade under 1999						772
Summa	6395	7356	7688	7949	8418	8584

I januari 1995 hade totalt 6395 personer assistansersättning. I januari 2000 hade 4197 av dessa fortfarande assistansersättning (66%). Efter fem år hade en tredjedel av personerna försvunnit från ersättningen.

Antalet nybeviljade var drygt 1500 under år 1995. De tre följande åren har antalet nybeviljade varit runt 1100. Det använda materialet framställdes under mars månad år 2000, detta medför att endast en del av de nybeviljade under 1999 kommit med. Om det lägre antalet nybeviljade under 1999 beror på att nybeviljandet minskat eller på att eftersläpningen är stor kan inte utläsas av det underlag som finns.

### Könsfördelning

	Nybeviljade till och med					
	9501	9601	9701	9801	9901	200001
Man	54%	54%	53%	49%	51%	54%
Kvinna	46%	46%	47%	51%	49%	46%
Summa	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Antal	6395	1529	1118	1085	1098	772

Andelen män bland de som hade assistansersättning i januari 1995 var 54 procent. Bland de nybeviljade 1995 var andelen män också 54 procent. Bland de nybeviljade 1996 hade andelen män minskat till 53 procent. Kvinnorna var i majoritet bland de nybeviljade 1997, 51 procent. Bland de nybeviljade 1998 respektive 1999 var männen åter i majoritet, 51 procent respektive 54 procent.

Det finns en markant skillnad i åldersfördelning mellan de som hade assistansersättning i januari 1995 och de som kommit in i försäkringen senare. Bland de nytillkommande dominerar de äldre på ett helt annat sätt än vad som var fallet vid försäkringens införande.

### Åldersfördelningen för de olika grupperna redovisas nedan.

	Nybeviljade till och med					
	9501	9601	9701	9801	9901	0001
0-9 år	10%	11%	9%	10%	11%	11%
10-19 år	15%	12%	10%	9%	12%	11%
20-29 år	17%	11%	11%	10%	11%	10%
30-39 år	13%	12%	13%	12%	10%	10%
40-49 år	15%	16%	16%	18%	14%	15%
50-59 år	18%	24%	26%	24%	27%	29%
60-64 år	10%	13%	15%	17%	15%	15%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Antal	6395	1529	1118	1085	1098	772

Skillnaden är störst i åldersgruppen 50-59 år. Denna grupp utgör knappt en femtedel av beståndet 1995, men nära 30 procent av de nybeviljade under år 1999. Denna åldersgrupp har ökat år från år. Även den äldsta gruppen utgör en större andel av de nybeviljade än i beståndet 1995. För åldersgrupperna 10-19 år och 20-29 år är förhållandet det motsatta, de utgör en mindre andel av de nybeviljade än av beståndet i januari 1995.

### Personkretsfördelningen redovisas nedan

Personkrets	Hela beståndet		Nybeviljade till och med				
	9501	200001	9601	9701	9801	9901	200001
1	34%	35%	30%	27%	25%	28%	25%
2	5%	6%	6%	7%	7%	7%	7%
3	60%	58%	62%	64%	65%	61%	65%
saknas	1%	1%	1%	2%	3%	4%	3%
Antal	6593	8584	1529	1118	1085	1098	772

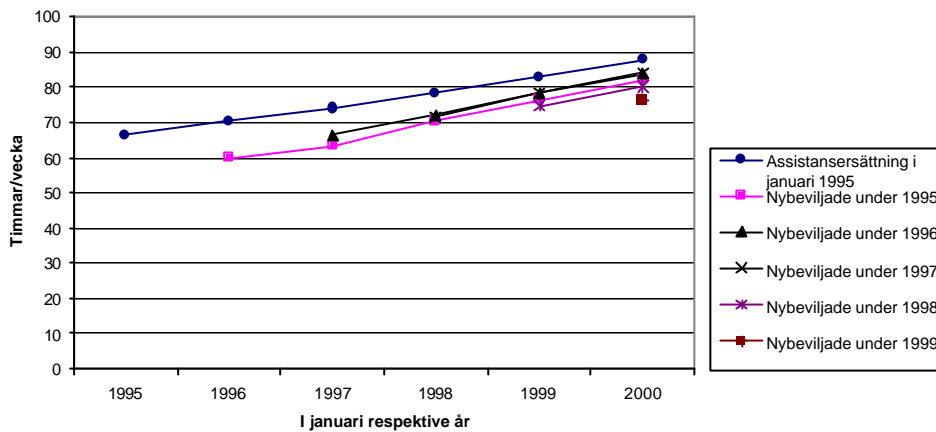
Personkrets 3, som är den största, är vanligare bland de nybeviljade ärendena än i beståndet 1995. Personkrets 1 är mindre vanligt bland de nybeviljade än i beståndet 1995. Personkretsfördelningen i hela beståndet i januari 2000 är i stort sett densamma som i januari 1995.

### Timmar per vecka

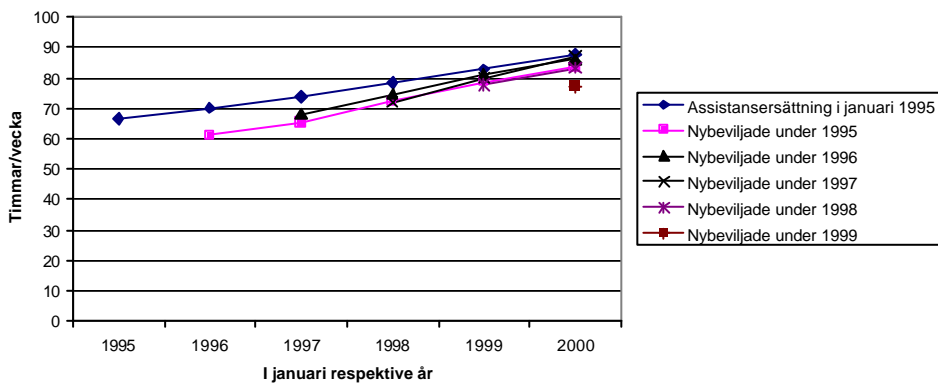
Av diagrammet nedan framgår att den grupp som hade assistansersättning i januari 1995 har beviljats flest timmar. Denna grupp har också fortfarande i januari 2000 fler timmar än övriga grupper. Genomsnittet av antalet beviljade timmar ligger för nybeviljade på omkring 90 procent av timmarna för den ursprungliga gruppen. Det finns en skillnad mellan könen. Gruppen nybeviljade män skiljer sig mindre från den ursprungliga gruppen män än vad som gäller för kvinnor. De nybeviljade männen kommer också snabbare ikapp den ursprungliga gruppen män, dvs de har en snabbare ökningstakt av antalet beviljade timmar.

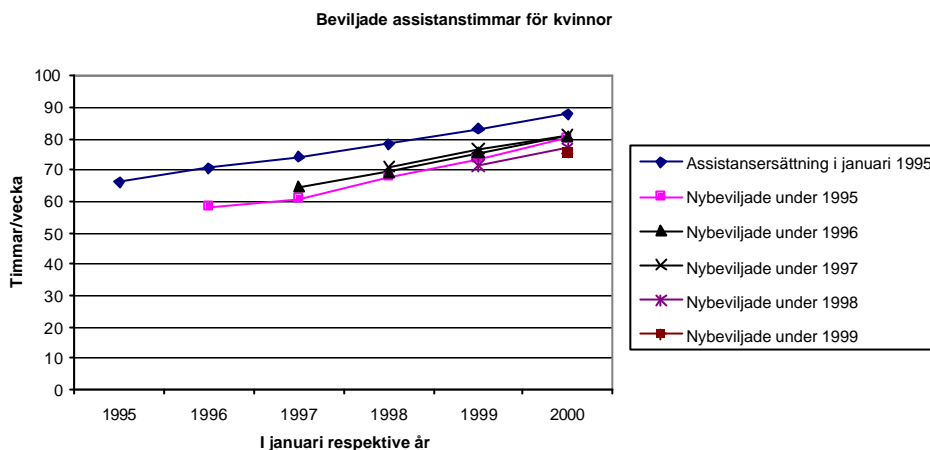


Beviljade assistanstimmar



Beviljade assistanstimmar för män





I den grupp som hade assistansersättning i januari 1995 hade kvinnor och män i stort sett beviljats lika många timmar. Ökningen fram till januari 2000 har varit lika för män och kvinnor i denna grupp.

Kvinnor som nybeviljats assistansersättning har genomgående beviljats färre timmar än män.

Män som nybeviljats ersättning under 1995 har fått fler timmar än kvinnor. Kvinnorna har fått 96 procent av antalet timmar som beviljats till männen. Männen i denna grupp har sedan fram till januari 1999 fått en snabbare ökning av antalet timmar än kvinnorna. Skillnaden har minskat något i januari 2000.

Kvinnor med nybeviljad ersättning 1996 fick 95 procent av männens antal timmar. Även i denna grupp hade männen en snabbare ökningstakt än kvinnorna fram till 1999, sedan syns en utjämning.

För nybeviljade 1997 och 1999 är skillnaderna mellan könen inte så stora.

För nybeviljade 1998 däremot har kvinnorna endast beviljats 92 procent av männens timmar.

## Underlagen för diagrammen redovisas nedan

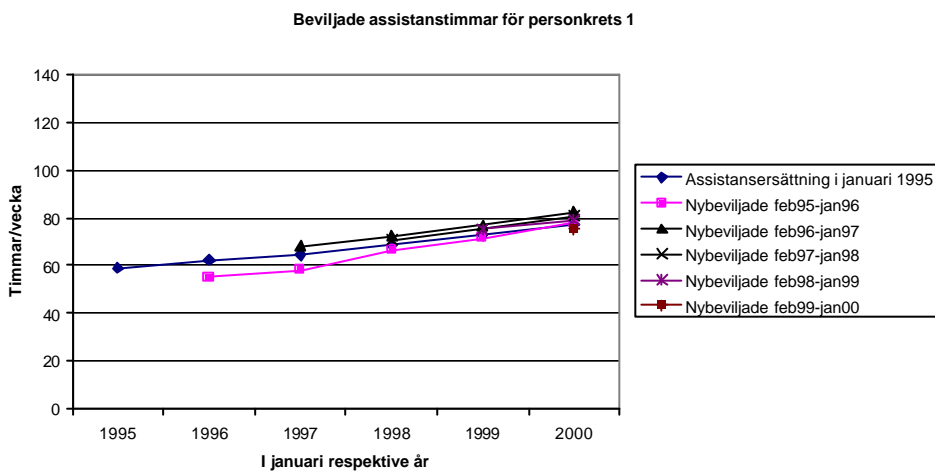
Timmar/vecka, genomsnitt						
	9501	9601	9701	9801	9901	0001
<b>Samtliga</b>						
Ersättning i januari 1995	66,4	70,3	74,0	78,4	82,8	87,7
Nybeviljade under 1995		59,8	63,2	70,3	76,3	82,0
Nybeviljade under 1996			66,5	72,1	78,4	83,7
Nybeviljade under 1997				71,5	78,4	84,1
Nybeviljade under 1998					74,7	80,2
Nybeviljade under 1999						76,3
<b>Kvinnor</b>						
Ersättning i januari 1995	66,3	70,7	74,3	78,3	83,1	87,8
Nybeviljade under 1995		58,4	60,9	67,9	73,7	80,3
Nybeviljade under 1996			64,7	69,3	75,4	80,9
Nybeviljade under 1997				71,1	76,8	81,3
Nybeviljade under 1998					71,5	76,9
Nybeviljade under 1999						75,5
<b>Män</b>						
Ersättning i januari 1995	66,5	70,0	73,7	78,4	82,6	87,7
Nybeviljade under 1995		61,0	65,2	72,2	78,5	83,5
Nybeviljade under 1996			68,0	74,5	81,1	86,2
Nybeviljade under 1997				71,9	80,0	86,9
Nybeviljade under 1998					77,7	83,2
Nybeviljade under 1999						76,9

I personkrets ett som omfattar 34 procent av beståndet i januari 1995 och 25 procent av de nybeviljade 1999, är antalet timmar per vecka i genomsnitt lägst. De nybeviljade i personkrets ett beviljas (fr o m 1996) fler timmar än de i personkretsen som redan har assistansersättning.

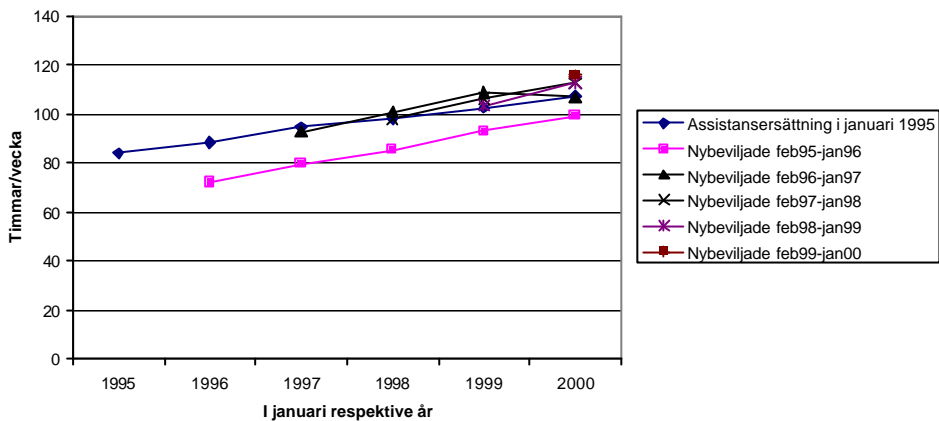
Personkrets två omfattar endast 5 procent av beståndet 1995 och 7 procent av de nybeviljade. Denna grupp beviljas i genomsnitt flest timmar. Liksom i

personkrets ett får de nybeviljade fler timmar än de som redan har assistansersättning, detta gäller fr o m 1996.

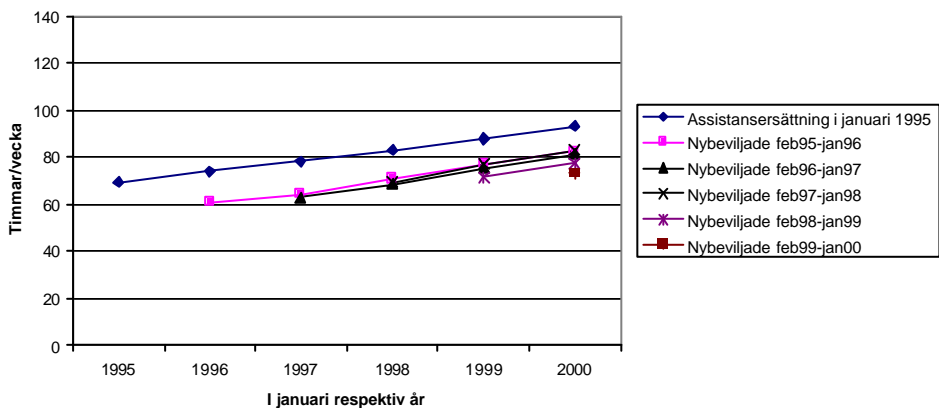
Personkrets tre är den största gruppen och den som ökar mest. Den omfattade 60 procent av beståndet 1995 och 65 procent av de nybeviljade 1999. För denna grupp gäller att man kommer in i försäkringen med färre antal timmar än de i personkretsen som redan har assistansersättning.



Beviljade assistanstimmar för personkrets 2



Beviljade assistanstimmar för personkrets 3



## Underlagen för diagrammen redovisas nedan

	Timmar/vecka i genomsnitt					
	199501	199601	199701	199801	199901	200001
<b>Personkrets 1</b>						
Personer med lass i januari 1995	59,0	62,1	64,6	68,5	72,9	77,5
Nybeviljade feb95-jan96		55,1	58,0	66,3	71,5	77,7
Nybeviljade feb96-jan97			68,1	72,2	76,9	82,4
Nybeviljade feb97-jan98				70,7	75,2	80,8
Nybeviljade feb98-jan99					75,2	79,0
Nybeviljade feb99-jan00						75,1
Total	59,0	60,9	63,9	68,8	73,6	78,2
<b>Personkrets 2</b>						
Personer med lass i januari 1995	84,2	88,4	94,7	98,1	102,6	107,4
Nybeviljade feb95-jan96		72,1	79,6	85,4	93,0	99,3
Nybeviljade feb96-jan97			92,9	100,9	108,9	107,1
Nybeviljade feb97-jan98				97,9	106,5	112,7
Nybeviljade feb98-jan99					103,3	113,0
Nybeviljade feb99-jan00						115,9
Total	84,2	84,1	91,1	96,2	102,6	108,6
<b>Personkrets 3</b>						
Personer med lass i januari 1995	69,3	73,9	78,3	83,2	87,9	93,2
Nybeviljade feb95-jan96		60,9	64,3	70,9	77,3	82,7
Nybeviljade feb96-jan97			62,9	68,8	75,3	81,4
Nybeviljade feb97-jan98				69,5	77,0	83,1
Nybeviljade feb98-jan99					71,6	77,4
Nybeviljade feb99-jan00						73,2
Total	69,3	71,1	73,4	77,5	81,7	86,1

Antal beviljade timmar skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper. Flest timmar i genomsnitt har åldersgrupperna 20 – 49 år. Detta gäller såväl för samtliga ärenden som för de nybeviljade. I alla åldersgrupper gäller att nybeviljade får färre timmar än de som redan har assistansersättning.

**Samtliga ärenden med assistansersättning****Timmar per vecka i genomsnitt**

Åldersklass	9501	9601	9701	9801	9901	200001
0-9	56,7	56,9	56,5	58,9	62,5	69,1
10-19	61,0	61,5	61,2	64,4	67,9	69,2
20-29	72,8	73,6	78,5	84,0	87,9	93,6
30-39	74,9	76,5	80,5	85,1	89,2	94,2
40-49	71,6	73,4	77,4	82,0	88,7	92,2
50-59	65,5	68,5	71,0	74,4	78,4	83,5
60-64	55,9	59,5	62,3	67,9	73,2	76,2
Samtliga	66,4	68,1	71,0	75,5	80,1	84,4

**Nybeviljade fr o m februari året innan****Timmar per vecka i genomsnitt**

Åldersklass	9601	9701	9801	9901	200001
0-9	50,1	50,3	54,6	60,2	62,6
10-19	50,5	57,5	60,3	65,8	58,7
20-29	65,8	83,9	87,3	87,7	103,8
30-39	64,8	76,6	85,0	88,1	86,3
40-49	64,8	69,8	74,2	83,8	87,9
50-59	61,2	66,9	71,8	74,1	73,8
60-64	58,2	57,3	64,9	70,3	65,2
Samtliga	59,8	66,5	71,5	75,3	76,3

**Medelålder**

Som framgår av tabellen nedan är den ursprungliga gruppen, som hade assistansersättning i januari 1995, yngst med en medianålder på 35 år. Medianåldern skiljer sig väsentligt åt mellan kvinnor och män, kvinnornas är sex år högre. Denna könsskillnad består bland de nybeviljade 1995. De nybeviljade kvinnorna år 1995 är i genomsnitt 7 år äldre än männen. Från år 1996 är medianåldern för nybeviljade kvinnor drygt 45 år och för nybeviljade män knappt 45 år.

	<b>Medelålder, median</b>					
	<b>9501</b>	<b>9601</b>	<b>9701</b>	<b>9801</b>	<b>9901</b>	<b>0001</b>
<b>Samtliga</b>						
Ersättning i januari 1995	35	35	35	35	35	35
Nybeviljade under 1995		42	41	41	40	40
Nybeviljade under 1996			45	43,5	43	42
Nybeviljade under 1997				46	44	43
Nybeviljade under 1998					44	42
Nybeviljade under 1999						46
<b>Kvinnor</b>						
Ersättning i januari 1995	38	38	38	38	38	37,5
Nybeviljade under 1995		45	45	45	45	45
Nybeviljade under 1996			45	44	43	41
Nybeviljade under 1997				47	46	46
Nybeviljade under 1998					45	44
Nybeviljade under 1999						47
<b>Män</b>						
Ersättning i januari 1995	32	32	33	33	33	34
Nybeviljade under 1995		38	37	38	36	36
Nybeviljade under 1996			45	43	43	43
Nybeviljade under 1997				44	42	40
Nybeviljade under 1998					43	39
Nybeviljade under 1999						44,5



I tabellen nedan redovisas medianåldern i de olika personkretsarna. Personkrets ett har en mycket låg median ålder. Den gruppen blir äldre allteftersom åren går, ingen person har fått ändrad personkrets.

I personkrets två är medianåldern något högre än i personkrets tre. För båda dessa grupper gäller att de som kommer in i systemet är äldre än de som fanns där tidigare.

	<b>Medelålder, median</b>					
	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
<b>Personkrets 1</b>						
Personer med lass i januari 1995	19	20	21	22	23	24
Nybeviljade feb95-jan96		17	19	19	20	21
Nybeviljade feb96-jan97			21	23	24	25
Nybeviljade feb97-jan98				19	20,5	21
Nybeviljade feb98-jan99					18	19
Nybeviljade feb99-jan00						19
Total	19	20	21	22	22	23
<b>Personkrets 2</b>						
Personer med lass i januari 1995	48	47,5	48	48	48,5	49
Nybeviljade feb95-jan96		51,5	52	53,5	54	53
Nybeviljade feb96-jan97			49,5	49	50	51
Nybeviljade feb97-jan98				47	48	48
Nybeviljade feb98-jan99					50	51
Nybeviljade feb99-jan00						51
Total	48	48	49	49	50	50
<b>Personkrets 3</b>						
Personer med lass i januari 1995	46	46	46	46	46	46
Nybeviljade feb95-jan96		49	50	50	50	50
Nybeviljade feb96-jan97			51	52	51	50
Nybeviljade feb97-jan98				50	50	50
Nybeviljade feb98-jan99					51	51
Nybeviljade feb99-jan00						52
Total	46	47	47	48	48	48

## Ökningen av timmar per vecka

Antalet timmar per vecka har ökat hela tiden assistansersättning har funnits. Ökningstakten har de tre senaste åren varit ca 4,5 per år.

	Tim/vecka	Ökning
januari		
1995	66,4	
1996	68,1	1,7
1997	71,0	2,9
1998	75,5	4,4
1999	80,0	4,5
2000	84,4	4,5

För de personer som haft assistansersättning två år i följd har förändringen i antal beviljade timmar beräknats och studerats. Resultaten sammanfattas i följande stycken.

Det är vanligast att antal timmar inte ändras mellan två år. Varje år beviljas omkring en femtedel av personerna med assistansersättning en ökning av antalet timmar (undantag 1997). För cirka fem procent är ökningen större än 30 timmar per vecka. Mellan tre och fyra procent får en minskning av antalet timmar (undantag 1997).

Totalt 5827 personer har haft assistansersättning i både januari 1995 och januari 1996. För 79 % av dessa har antalet timmar inte ändrats mellan åren. För 2,8 % har antalet timmar minskat och för 17,9 % har antalet timmar ökat. För 9,3 % har ökningen varit större än 15 timmar per vecka. I tabellen nedan redovisas motsvarande uppgifter även för senare år.

	Förändring av antal beviljade timmar per vecka mellan				
	jan-95 och jan- 96	Jan-96 och jan- 97	jan-97 och jan- 98	Jan-98 och jan- 99	jan-99 och jan- 00
Antal personer	5827	6562	6833	7287	7777
Procentuell andel med minskat antal tim/vecka	2,8	2,7	11,8	3,7	4,2
oförändrat antal	79,3	70,5	55,3	74,2	73
ökat antal	17,9	20,5	32,9	22,1	22,8
därav ökat mer än 15 tim/v	9,3	8,2	11,3	11,5	11,5
därav ökat mer än 30 tim/v	5,0	4,1	5,5	6,1	6,3

En orsak till de stora förändringarna under 1997 kan vara lagändringen i juli 1996. Ändringen innebar en skärpning av reglerna. Försäkringskassorna gick under hösten 1996 och våren 1997 igenom samtliga ärenden med assistansersättning. Denna genomgång kan ha lett både till minskningar och öknningar av antalet timmar.

### Personer som fått en ökning av beviljade timmar som överstiger 30 per vecka

På vilket sätt skiljer sig personer som fått en kraftig ökning av antal timmar per vecka från alla som har assistansersättning.?

Personer för vilka antal beviljade timmar med minst 30 tim/v			
Ökning mellan	Antal	Kvinnor	Män
januari 1995 och januari 1996	290	148	142
januari 1996 och januari 1997	268	129	139
januari 1997 och januari 1998	375	172	203
januari 1998 och januari 1999	449	228	221
januari 1999 och januari 2000	489	256	233

Sammanfattningsvis kan sägas om gruppen som beviljats en ökning av antalet timmar som överstiger 30 tim/vecka att:

- Kvinnor är överrepresenterade
- Personkrets ett är underrepresenterad
- Personkrets tre är överrepresenterad i början av perioden
- Arbetsgivartyp 1 (kommunen som arbetsgivare) är underrepresenterad
- Arbetsgivartyp två och tre (brukarkooperativ och annan serviceorganisation) är överrepresenterade
- Åldersgruppen 20-29 är överrepresenterad de första två åren

Gruppen som helhet har färre timmar innan den beviljade ökningen än vad hela kollektivet har. Detta gäller alla år men skillnaden är minst 1999.

### **Ökning från januari 1995 till januari 1996**

Av de 290 som fick en stor ökning av antalet timmar mellan januari 1995 och januari 1996 var 51 procent kvinnor. Av alla som hade assistansersättning i januari 1995 var 46 procent kvinnor. Kvinnorna är alltså överrepresenterade i gruppen med stor ökning av antalet timmar.

Samma sak gäller för personkrets tre (64 procent jämfört med 54 procent) och arbetsgivartyp 2 (brukarkooperativ) och arbetsgivartyp 3 (annan serviceorganisation).

Åldersgruppen 0-9 år är underrepresenterad (4 procent jämfört med 10 procent) medan åldersgruppen 20-29 är något överrepresenterad (21 procent jämfört med 17).

Om man tittar på antalet timmar i genomsnitt i januari 1995 (dvs före ökningen) och jämför gruppen som fått en stor höjning jämfört med hela kollektivet kan man konstatera att gruppen hade färre timmar i genomsnitt än alla med assistansersättning. Antalet timmar var drygt 5 procent lägre.

I några delgrupper var det genomsnittliga antalet timmar högre än i motsvarande del av hela kollektivet. Det gäller personkrets 2, personer med kommunen som arbetsgivare och åldersgrupperna 30-39 och 40-49.

På samma sätt kan ökningen mellan de andra åren beskrivas.

### **Personer med en kraftig ökning av antalet beviljade timmar**

Är det samma personer som återkommer år efter år med kraftiga höjningar av beviljade timmar?

Mellan januari 1995 och januari 1996 fick 543 personer en ökning av antalet beviljade timmar med 15 tim/vecka eller mer. Det motsvarar 782 timmar på ett år.

Av dessa 543 personer var det 40 som fick motsvarande ökning även året efter, det vill säga mellan januari 1996 och januari 1997.

Av de 543 fick 55 även en ökning med minst 15 timmar per vecka mellan januari 1997 och januari 1998, d v s efter två år. Efter tre år fick 57 personer motsvarande ökning (mellan januari 1998 och januari 1999) samt likaledes 57 personer motsvarande ökning efter fyra år (mellan januari 1999 och januari 2000).

Det är mycket få personer har fått en ökning om 15 timmar/vecka eller mer varje år. Det framgår av tabellen nedan.

Av de 543 fick 40 en kraftig ökning året efter, av dessa 40 var det 7 som även nästa år fick en ökning med minst 15 tim/v. Och av dessa 7 fick 4 en kraftig ökning även det fjärde året i rad. Denna utveckling framgår av tabellen nedan. Även utvecklingen inom vissa delgrupper redovisas.

	Antal som fått en ökning av beviljade timmar på minst 15 tim/vecka				
	Mellan 9501 och 9601	och mellan 9601 och 9701	och mellan 9701 och 9801	och mellan 9801 och 9901	och mellan 9901 och 2001
Antal	543	40	7	4	0
Kvinnor	272	18	3	2	
Män	271	22	4	2	
Arbetsgivartyp					
Kommun	350	22	6	3	
Brukarkooperativ	90	10	1	1	
Annan serviceorganisation	73	6			
Egen	27	2			
Flera	3				
Personkrets 1	154	6	1	1	
Personkrets 2	28	3	1	1	
Personkrets 3	358	30	4	2	
saknas	3	1			
Timmar/vecka	100,5	132,3	158,8	206,1	
Timmar/vecka kvinnor	100,0	136,8	144,8	181,6	
Timmar/vecka män	100,9	128,7	158,8	230,6	

Vad karaktäriserar den grupp av personer som har minst respektive flest antal timmar?

För att beskriva detta delades alla personer med assistansersättning in i fyra grupper med ledning av antalet beviljade timmar i januari 2000.

Den fjärdedel som hade minst antal timmar hade i jämförelse med samtliga med assistansersättning

- Fler i personkrets ett
- Mycket få i personkrets två
- Fler i åldrarna 0–19
- Färre i åldrarna 20–39

Den fjärdedel som hade flest antal timmar hade

- Något färre kvinnor
- Fler i personkrets två
- Färre i åldrarna 0–19
- Fler i åldrarna 20–59

### **Jämförelse mellan antalet timmar per månad i januari 1995 och januari 2000**

För de personer som haft assistansersättning både under januari 1995 och januari 2000 har antalet beviljade timmar i januari 2000 jämförts med antalet timmar i januari 1995. Av det totala antalet personer i undersökningen hade 35 procent (4197) assistansersättning både i januari 1995 och januari 2000. Totalt 4125 personer har haft assistansersättning alla år.

Skillnaden i beviljade timmar mellan januari 2000 och januari 1995 har beräknats. I medeltal har antalet timmar/vecka ökat med 17,2. Medianen är 6,98 timmar/vecka. I 502 fall (12%) är antalet timmar samma åren 1995 och 2000.

För en tredjedel av personerna är antalet timmar/vecka färre år 2000 än år 1995. För 41 % har antalet timmar/vecka ändrats med högst 1,15. För 30 procent har antalet timmar/vecka ökat med mer än 22,55.





## **Bilagor**

Bilaga 1: Regeringsuppdrag 2000-06-15

Bilaga 2: Aktgranskningsschema

Bilaga 3: Diagnoser för personer i personkrets 3 fördelat på tidigt och sent inträde i försäkringen





Regeringsbeslut 51 Bilaga 1  
2000-06-15 S2000/4102/ST

Socialdepartementet

Riksförsäkringsverket  
103 51 STOCKHOLM

Utskottsberedning 25/8  
Styrelseförbered. 24/11  
Styrelse 14/12

**INKOM**  
RIKSFÖRSÄKRINGSVERKET

2000-06-26 431  
Dnr 5810/00-402

### Uppdrag angående assistansersättning

#### Beslut

Regeringen uppdrar åt Riksförsäkringsverket att i samverkan med Socialstyrelsen analysera de bakomliggande orsakerna till de ökade utgifterna för den statliga assistansersättningen. I uppdraget skall ingå att analysera orsakerna till dels det ökande antalet assistansberättigade, dels det ökande genomsnittliga antalet beviljade assistanstimmar. Syftet med uppdraget är att öka kunskaperna om vilka faktorer som driver utgifterna för att kunna förklara kostnadsutvecklingen och även förbättra underlaget för regeringens prognoser över utgifterna på anslaget. I uppdraget ingår också att ta ställning till vilket ytterligare underlag som kan behövas för att utveckla den löpande uppföljningen av utgiftsutvecklingen och prognosarbetet.

Uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2000.

#### Bakgrund

Personlig assistans och statlig assistansersättning infördes år 1994. Syftet med personlig assistans och assistansersättning är att göra det möjligt för svårt funktionshindrade personer att leva ett självständigt och aktivt liv. Enligt bl.a. Socialstyrelsens utvärdering av handikappreformen kan det konstateras att reformen inneburit ökad valfrihet, större inflytande och bättre livskvalitet för många personer med omfattande funktionshinder.

Utgifterna för den statliga assistansersättningen är betydligt högre än vad som ursprungligen förväntats. Utgiftsökningen består till största delen av att antalet assistanstimmar per person och vecka ökat väsentligt. I april år 2000 uppgick antalet timmar till i genomsnitt ca 85 i stället för de 40 som beräknades i regeringens propositionen 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Antalet personer med

Konst. 00

Postadress  
103 33 STOCKHOLM

Telefonväxel  
08-405 10 00

E-post: [registrator@social.ministry.se](mailto:registrator@social.ministry.se)  
X.400: S=Registrator; O=Social; P=Ministry; A=SIL; C=SE

Besöksadress  
Regeringsgatan 30-32

Telefax  
08-723 11 91

2

statlig assistansersättning är också ca 1600 fler än de 7000 som då beräknades. Det behövs därför ökade kunskaper om vilka faktorer som påverkar utgiftsutvecklingen samt ett förbättrat underlag för budgetering på anslaget.

Anslaget för assistansersättning uppgår till 5 136 miljoner kr år 2000. Under åren 2001–2003 beräknas de totala utgifterna för assistansersättning fortsätta att öka med omkring 1 100 miljoner kronor årligen varav staten står för omkring 1 000 miljoner kronor.

### Uppdraget

Riksförsäkringsverket skall i samverkan med Socialstyrelsen analysera de bakomliggande orsakerna till utgiftsutvecklingen för assistansersättningen. Bl.a. skall nedanstående tänkbara förklaringar analyseras. I uppdraget ingår även att belysa förklaringarna ur mäns respektive kvinnors perspektiv.

#### *Tänkbara förklaringar till utvecklingen*

- Ökad kännedom bland funktionshindrade om reformen
- Förändrad tillämpning av begreppen grundläggande behov och andra personliga behov
- Ekonomiska incitament och praktiska möjligheter att skjuta över kostnaderna för service till funktionshindrade från kommun till stat
- Ökade önskemål om eget boende från funktionshindrade
- Ökande behov och önskemål om att delta i aktiviteter
- Effekter av ett försämrat hälsotillstånd
- Behov av ökad dubbelbemanning för att komma till rätta med arbetsmiljöproblem

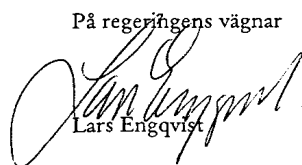
Även andra förklaringar kan behöva beaktas i den mån de kan bedömas vara av vikt för att förklara kostnadsutvecklingen och förbättra prognoserna på anslaget.

#### Statistikunderlag

De frågeställningar som skall belysas skall ske bland annat med hjälp av statistik över in- och utflödet av assistansberättigade varje år fördelat på personkrets, ålder och kön. I uppdraget ingår att samla in de uppgifter som därutöver krävs från myndigheter och andra relevanta aktörer.

Dessutom kommer det sannolikt att krävas att uppgifter inhämtas från brukare och anordnare. I uppdraget ingår att ta ställning till vilket ytterligare underlag som kan behövas för den löpande utgiftsuppföljningen och för prognosändamål.

På regeringens vägnar

  
Lars Engqvist

  
Karin Stillerud

Kopia till  
Finansdepartementet/Ba  
Finansdepartementet/Kc  
Socialstyrelsen



*Bilaga 2.*

**SoFiA**

För din handläggning	Projektinfo	RFV	Allmänna råd mm	Utbildning/konferenser
IT / Användarstöd	Statistik	Medier	Verksamheten	Utvecklingsprogrammet

 Sidutskrift

Sidansvarig: LAJ  
Senast uppdaterad: 21

## Aktgranskningschema - LASS 2000

### 1. Ange födelseår och födelsemånad

### 2. Antal beslut

### 3. Handläggande kontor (FKNR)

### 4. Kön:

- Man  
 Kvinna

### 5. Boende:

- Eget boende  
 Bostad med särskild service/särskilt anpassat boende  
 Särskilda boendeformer/servicehus  
 Familjehem  
 Elevhem  
 Övrigt  
 Framgår inte

### 6. Familjesituation:

- Ensamboende  
 Bor med make/maka/sambo  
 Bor med föräldrar  
 Framgår inte

### Huvudsaklig försörjning:

7.  Inkomst av anställning eller eget företag  
8.  Förtidspension/sjukbidrag  
9.  Arbetslöshetsersättning  
10.  Sjukpenning  
11.  Studiestöd  
12.  Övrigt  
13.  Inte aktuellt

14.  Framgår inte

**15. Om förtidspension/sjukbidrag utbetalas, ange omfattningen**

- 1/4
- 1/2
- 3/4
- Hel

**16. Personkrets**

- Ett
- Två
- Tre
- Framgår inte

**17. Om personkrets tre har angetts, vilken är den aktuella huvuddiagnosen?**

(om flera huvuddiagnoser är aktuella väljer du en av dem)

**Typ av funktionshinder:**

- 18.  Fysiska funktionshinder
- 19.  Psykiska funktionshinder
- 20.  Begåvningsmässiga funktionshinder

**21. Handikappersättning**

- Finns inte/framgår inte
- 36%
- 53%
- 69%

**22. Vårdbidrag**

- Finns inte/framgår inte
- 1/1
- 3/4
- 1/2
- 1/4
- MerkostnadsVB

**23. Avser vårdbidraget fler än ett barn?**

- Ja
- Nej
- Framgår inte



SoFiA -

[http://intern.sfa.sfanet.se/enkat/lass\\_2000/1-25.htm](http://intern.sfa.sfanet.se/enkat/lass_2000/1-25.htm)

**24. Hur många barn avser vårdbidraget?**

(Lämna fältet tomt om uppgift saknas.)

**25. Bilstöd**

- Ja
- Nej/framgår inte

Nästa ->

◀ Till ingångssidan

Till sida



För din handläggning	Projektnfo	RFV	Allmänna råd mm	Utbildning/konferenser
IT / Användarstöd	Statistik	Medier	Verksamheten	Utvecklingsprogrammet



Sidansvarig: Lar  
Senast uppdaterad: 21

## Aktgranskningsschema - LASS 2000

### Första beslut

#### 101. Datum för första beslutet, år och månad

#### 102. Typ av prövning

- Ansökan
- Anmälan
- Framgår inte

#### 103. Vem har lämnat uppgiften

- Den enskilde
- Anhörig
- God man
- Personlig assistent
- Tjänsteman hos kommunen
- Representant för anordnaren
- Annan

#### 104. Annan

#### 105. Beviljat antal timmar per vecka i genomsnitt

 timmar

Om beslutet innehåller fler perioder med olika timantal summa du det totala antalet timmar och beräknar medelvärdet för en vecka. Beräkna antalet veckotimmar utifrån antalet timmar på årsbasis. Exempel: En person är i genomsnitt beviljad 250 timmar per månad. Genomsnittet per vecka blir då  $(250 * 12 / 52) = 58$  timmar. Avrunda antalet timmar till heltal.

#### 106. Varav timmar för grundläggande behov

(om antalet timmar inte framgår - lämna fältet tomt)

 timmar

#### 107. Varav timmar för övriga personliga hjälpbehov, inklusive dubbel assistans

(om antalet timmar inte framgår - lämna fältet tomt)

 timmar

**Vilka grundläggande behov har personen hjälp med?**

108.  Personlig hygien
109.  Av- och påklädning
110.  Hjälp att äta
111.  Kommunikation
112.  Andra kvalificerade behov
113. Ange typen av kvalificerat hjälpbehov:
114.  Framgår inte

**Vilka andra personliga behov har personen hjälp med?**

115.  Studier eller arbete
116.  Träning
117.  Fritidsaktiviteter
118.  Hushållsarbete
119.  Föreningsliv, pol. uppdrag
120.  Bevakning, skydd (*Ex förhindra självdestruktivitet, agrissivitet och lidande. Observera att insatser av denna typ äv kan ha beviljats som grundläggande behov och ska då redovis: där.*)
121.  Andra hjälpbehov\*
122. Ange andra hjälpbehov
123.  Framgår inte

**Ange vilka övriga faktorer/aktiviteter som vägts in i beslutet**

*Ange här andra faktorer/aktiviteter som vägts in i beslutet mer som inte direkt avser en aktiv hjälpinsats*

124.  Personalmöten
125.  Överlappningstid vid skiftbyte, rapporteringstid och liknande
126.  Tid för att finnas till hands, utan genomförande aktiv: insatser
127. Annat, ange vad

**128. Innehåller beslutet assistans inom barnomsorg, skc eller daglig verksamhet enligt 4 § LASS?**

Om personen sökt/yrkat assistans i skola/barnomsorg/daglig verksamhet och beviljats detta kryssar du Ja. Om personen yrkt timmar för tid i dessa verksamheter, men inte beviljats det kryssar du Nej

- Ja
- Nej
- Inte aktuellt (behövs inte)
- Framgår inte

**129. Är personen beviljad dubbel assistans?**

- Ja  
 Nej  
 Framgår inte

**130. Om dubbel assistans beviljats; ange antal timmar ft detta per vecka**

(om antalet timmar inte framgår - lämna fältet tomt)

timmar

**131. Om dubbel assistans beviljats; ange för vilka huvudsakliga behov**

<input type="text"/>
----------------------

**Bedömer Du att beslutet om assistansersättning innehåll insatser som borde ha tillgodosetts genom annat samhällsstöd?**

*Här vill vi att du använder din sakkunskap och bedömer om personen har beviljats insatser som borde tillgodosetts på annat sätt.*

132.  Ja, från hälso- och sjukvården  
133.  Ja, från kommunal hemtjänst eller liknande  
134. Ja, i form av

135.  Nej  
136.  Går inte att utläsa

**137. Bedömer Du att personen har rätt till assistansersättning?**

- Ja, i nuvarande omfattning  
 Ja, i mindre omfattning  
 Ja, i större omfattning  
 Nej  
 Går inte att avgöra

**138. Om Du svarat Nej eller i mindre/större omfattning, varför?**

<input type="text"/>
----------------------

<- Föregående

Nästa ->

SoFiA -

[http://intern.sfa.sfanet.se/enkat/lass\\_2000/101-138.htm](http://intern.sfa.sfanet.se/enkat/lass_2000/101-138.htm)

◀ [Till ingångssidan](#)

[Till sida](#)



För din handläggning	Projektinfo	RFV	Allmänna råd mm	Utbildning/konferenser
IT / Användarstöd	Statistik	Medier	Verksamheten	Utbildningsprogrammet

Sidutskrift

Sidansvarig: La  
Senast uppdaterad: 21

## Aktgranskningsschema - LASS 2000

### Andra beslutet

#### 201. Datum för andra beslutet, år och månad

#### 202. Typ av prövning

- Ansökan
- Anmälan
- Omprövning
- Framgår inte

#### 203. Vem har lämnat uppgiften

- Den enskilde
- Anhörig
- God man
- Personlig assistent
- Tjänsteman hos kommunen
- Representant för anordnaren
- Annan

#### 204. Annan

#### 205. Har beslutet inneburit en förändring av antalet beviljade timmar?

- Nej, det är oförändrat
- Ja, en ökning
- Ja, en minskning

<- Föregående

Nästa ->

◀ Till ingångssidan

Till sida



För din handläggning	Projektinfo	RFV	Allmänna råd mm	Utbildning/konferenser
IT / Användarstöd	Statistik	Medier	Verksamheten	Utlämningsprogrammet



Sidansvarig: Laj  
Senast uppdaterad: 21

## Aktgranskningsschema - LASS 2000

### Andra beslutet (forts.)

#### Huvudsakliga anledningar till förändringar av timmarna?

Här vill vi att du anger skälen till att personens timantal förändrats.

#### 206. Hälsotillståndet

- Oförändrat
- Försämrat
- Förbättrat

#### 207. Nya respektive upphörda aktiviteter/behov

Här anger du om personen exempelvis beviljats timmar för nya fritidsaktiviteter eller nya behov som uppkommit. Ange vilka behov/aktiviteter som är aktuella, både om de blivit fler eller färre.

- Oförändrat
- Flera
- Färre

#### 208. Vilka behov/aktiviteter:

#### 209. Vidgade respektive minskade aktiviteter/behov

Här anger du om personen behöver fler eller färre timmar för redan etablerade behov eller aktiviteter. Det kan exempelvis röra sig om att personen behöver fler timmar för fritidsaktiviteter eller för att kunna få hjälp med ett visst behov. Ange vilka behov/aktiviteter som är aktuella, vare sig de vidgats eller reducerats.

- Oförändrat
- Vidgats
- Reducerats

#### 210. Vilka behov/aktiviteter:

#### 211. Annat skäl, ange vilket:

Om inget av alternativen ovan kan beskriva varför personens timmar har förändrats kan du använda detta alternativ och beskriva själv.

#### 212. Beviljat antal timmar per vecka

(om antalet timmar inte framgår - lämna fältet tomt)

timmar

Om personen har flera beslutperioder med olika timantal summerar du det totala antalet timmar och beräknar medelvärdet för en vecka. Beräkna antalet veckotimmar utifrån antalet timmar på årsbasis. Exempel: En person är i genomsnitt beviljat 250 timmar per månad. Genomsnittet per vecka blir då  $(250 * 12 / 52)$  58 timmar. Avrunda antalet timmar till heltal.

**213. Varav timmar för grundläggande behov**

(om antalet timmar inte framgår - lämna fältet tomt)

timmar

**214. Varav timmar för övriga personliga hjälpbehov, inklusive dubbel assistans**

(om antalet timmar inte framgår - lämna fältet tomt)

timmar

**Vilka grundläggande behov har personen hjälp med?**

215.  Personlig hygien

216.  Av- och påklädning

217.  Hjälp att äta

218.  Kommunikation

219.  Annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om personen

220. Ange vilka hjälpbehov:

221.  Framgår inte

**Vilka andra personliga behov har personen hjälp med?**

222.  Studier eller arbete

223.  Träning

224.  Fritidsaktiviteter

225.  Skötsel av hemmet

226.  Föreningsliv, pol. uppdrag

227.  Bevakning, skydd (Ex förhindra självdestruktivitet, aggressivitet och liknande. Observera att insatser av denna typ även kan ha beviljats som grundläggande behov och ska då redovisas där)

228.  Andra hjälpbehov

229. Ange andra hjälpbehov

230.  Framgår inte

**Ange vilka övriga faktorer/aktiviteter som vägts in i beslutet.**

Ange här andra faktorer/aktiviteter som vägts in i beslutet mer som inte direkt avser en aktiv hjälpinsats



231.  Personalmöten

232.  Överlappningstid vid skiftbyte, rapporteringstid och liknande

233.  Tid för att finnas till hands, utan genomförande aktiva insatser

234. Annat, ange vad:

**235. Innehåller beslutet assistans inom i barnomsorg, skola eller daglig verksamhet enligt 4 § LASS?**

*Om personen sökt/yrkat assistans i skola/barnomsorg/daglig verksamhet och beviljats detta kryssar du Ja Om personen yrkar timmar för tid i dessa verksamheter, men inte beviljats det, kryssar du Nej.*

- Ja  
 Nej  
 Framgår inte

**236. Är personen beviljad dubbel assistans?**

- Ja  
 Nej  
 Framgår inte

**237. Om dubbel assistans beviljats; ange antal timmar ft detta per vecka**

(om antalet timmar inte framgår - lämna fältet tomt)

timmar

**238. Om dubbel assistans beviljats; ange för vilka huvudsakliga behov**

<input type="text"/>	▲
<input type="text"/>	▼
◀	▶

**Bedömer Du att beslutet om assistansersättning innehåller insatser som borde ha tillgodosetts genom annat samhällsstöd?**

*Här vill vi att du använder din sakkunskap och bedömer om personen har beviljats insatser som borde tillgodoses på annat sätt.*

239.  Ja, från hälso- och sjukvården

240.  Ja, från kommunal hemtjänst eller liknande

241. Ja, i form av

242.  Nej

243.  Går inte att utläsa

**244. Bedömer Du att personen har rätt till assistansersättning?**

- Ja, i nuvarande omfattning
- Ja, i mindre omfattning
- Ja, i större omfattning
- Nej
- Går inte att avgöra

**245. Om Du svarat Nej eller i mindre omfattning, varför?**


<- Föregående

Nästa ->

◀ Till Ingångssidan

Till sida

Bilaga 3.

## Diagnoser för personer i personkrets tre fördelat på tidigt och sent inträde

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
DIAGNOS * Tidiga (94/95) och sena (99/00)	304	62,0%	186	38,0%	490	100,0%

## DIAGNOS \* Tidiga (94/95) och sena (99/00) Crosstabulation

Count

	Tidiga (94/95) och sena (99/00)		Total
	Tidig	Sen	
DIAGNOS ALS		4	4
Alzheimers sjukdom		1	1
Alzheimers demens		1	1
Alzheimers sjukdom		1	1
Amputation vä lärben, cirkulationssvikt hö ben		1	1
Anoxisk hjärnskada	1		1
Arthrogryphosis congenita		1	1
Autonom sensorisk neuropathi		1	1
Avancerad MS	1		1
Bröstcancer med metastaser		1	1
CP av spastisk typ	1		1
CP-skada	1	2	3
CP-skada Tetraplegi	1		1
CP-skada med spastisk diplegi		1	1
CP-skada, ryggmärgsbräck	1		1
Cerebral infarkt		4	4
Cerebral pares	2	1	3
Cerebral pares, diplegi	1		1
Cerebrovaskulär lesion med vänstersidig spastisk hemipares.		1	1
Cp	1		1
Cp-diplegi	1		1
Degenerativ process i hjärnan		1	1
Diabetes	1		1
Duchennes	1		1
Duchennes muskeldystrofi	1		1
Ehler-Danlos syndrom. Tillstånd efter multipla cerebrala inf	1		1
Ej radikalt op. elakartad lillhjärnstumör med spridning till		1	1
Emfysem		1	1
Ep		1	1
Fahrs syndrom		1	1
Fibromyalgi med reaktiv depression		1	1
Fraktur C 3 C 5 tetraplegi	1		1
Fraktur C IV med ryggmärgsskada		1	1
Fraktur på halsrygg och främre ligamentsskada		1	1
Freidreichs staxi	1		1
Freidrichs ataxi	1		1
Friedrich`s ataxi	1		1

DIAGNOS \* Tidiga (94/95) och sena (99/00) Crosstabulation

Count

		Tidiga (94/95) och sena (99/00)		Total
		Tidig	Sen	
DIAGNOS	Följsjukdomar av diabetes, underbensamputerad, blind, Följdtillstånd efter hjärnblödning		1	1
	Förlamad 100 %	1		1
	Förlamning av båda nedre extremiteterna		1	1
	Förlamning i armar och ben, fibromyalgi, åtstörning		1	1
	Goldenhar syndrom	1		1
	Halskotpelarfraktur med ryggmärgsskada		1	1
	Hjärnblödning	1	4	5
	Hjärnblödning, förlamning		1	1
	Hjäminfarkt	1	1	2
	Hjärnkontusion med intercerebrala blödningar	1		1
	Hjärnskada		2	2
	Hjärnskada efter fallolycka		1	1
	Hjärnskada med subkortikal hjärnblödning.		1	1
	Hjärnstamsinfarkt, blodpropp		1	1
	Hjämsyndrom		1	1
	Hjärtumör		1	1
	Hjärtsvikt		1	1
	Huntingtons sjukdom	1	1	2
	Högersidig förlamning, talsvårigheter	1		1
	Inkomplett tetrapares		1	1
	Juvenil Parkinson susp alternativt Parkinsonism		1	1
	Juvenil kronisk artrit	1		1
	Juvenil reumatoid artrit		1	1
	Juvenir reumatoid artrit	1		1
	KOL och kotkompression		1	1
	Komplett vänstersidig hemiplegi, talsvårigheter, svalgpares.		1	1
	Kroniks juvenil reumatoid artrit	1		1
	Kronisk ideopatisk dysimmun neuropathi		1	1
	Lillhjärnsskada med ataxi och balansrubbnig		1	1
	MMC		1	1
	MS	16	32	48
	Mano-depressiv, gångsvårigheter		1	1
	Medfödd missbildning	1		1
	Medfödd muskelsjukdom	1		1
	Mkt svår epilepsi + psykomotorisk utförs		1	1
	Motoneuron sjukdom		1	1
	Ms		3	3
	Multipel scleros		2	2
	Multipel skleros		2	2
	Multipla komplikationer till följd av diabetes. Helt blind,		1	1
	Muskeldystrofi	1		1

## DIAGNOS \* Tidiga (94/95) och sena (99/00) Crosstabulation

Count

DIAGNOS	Tidiga (94/95) och sena (99/00)		Total
	Tidig	Sen	
Myastenia gravis, osteoporos.		1	1
Mycket dålig muskelfunktion i benen		1	1
Myopathina	1		1
Nervskada i ena benet efter fraktur		1	1
Neurofibromatos II		1	1
Neurologisk sjukdom med skador i centrala nervsystemet	1		1
Oklar multipel anomali	1		1
Paranoid reaktion		1	1
Paraplegi med trycksår		1	1
Parkinson	1	4	5
Parkinson plus		1	1
Parkinsonbild med demensutveckling		1	1
Parkinsonliknande symtom		1	1
Parkinsons	2		2
Parkinsons sjukdom	1		1
Polio med förlamning i ben, nedsatt kraft i bröstorg o rygg		1	1
Polyneuropati		1	1
Presenil demens av Alzheimerstyp		1	1
Progressiv muskeldystrofi	1	1	2
Progressiv muskelsjukdom		1	1
Progressiv myositis ossificans	1		1
Psyk.insuff.	1		1
Psykisk utvecklingsförsening och infantil spasm		1	1
RA (reumatoid artrit)		1	1
Resttillstånd efter cerebral insult		1	1
Resttillstånd efter multipla hjärnkontusioner och hjärnstams	1		1
Resttillstånd efter stroke		1	1
Rett syndrom		1	1
Reumatoid artrit	1		1
Ruggmärgsskada, förlamning i armar och ben		1	1
Ryggmärgsbräck	1	1	2
Ryggmärgstumör		1	1
SLE	1	1	2
Sequele hemorragica intracranialis post traumatica	1		1
Spastisk diplegi	1		1
Spastisk parapares		1	1
Spinal muskelatrofi	1		1
Spinal muskelatrofi typ II	1		1
Spinalstenos		1	1
Spinalt subduralhematom		1	1
Status post CVI 438X och kron. Ischemisk hjärtsjukdom med ge	1		1
Status post hjärninfarkt	1	1	2
Status post kontusio cerebri		1	1
Stroke		6	6

DIAGNOS \* Tidiga (94/95) och sena (99/00) Crosstabulation

Count

	Tidiga (94/95) och sena (99/00)		Total
	Tidig	Sen	
DIAGNOS Stroke med vänstersidig hemipares		1	1
Subarachnoidalblödning	1	1	2
Suspect demensutveckling	1		1
Tetrapares 344		1	1
Tetrapares efter hjärnblödning	1		1
Tetraplegi	3	1	4
Tetraplegi efter infarkt i halsryggmärg		1	1
Tetraplegi efter komplicerat ryggtrauma		1	1
Tetraplegi efter trafikolycka		1	1
Tetraplegi, diabetes	1		1
Tillstånd efter blödning vänster hjärnhalva	1		1
Tillstånd efter ponsblödning		1	1
Tillstånd efter stroke,blindhet,diabetes		1	1
Traumatisk ryggmärgsskada		1	1
Uchers syndrom, dövstum		1	1
Vänstersidig förlamning		1	1
Vänstersidig hemipares efter hjärnblödning		1	1
alzheimers		1	1
amputation vä arm o hö underben,grav muskelatrofi vä underbe		1	1
arteriosklerotisk encephalopathi parkinson		1	1
cerebral infarkt	1	4	5
cerebral pares	2	2	4
cerebral pares med spastisk diplegi och atetos	1		1
cerebri media infarkt	1		1
cp	2	1	3
cp-skada	1	1	2
epilepsi med minnessvårigheter		1	1
familjär amyotrofisk lateralskleros		1	1
fridreich ataxi med cardiomyopti	1		1
förlamad	2		2
halvsidig förlamning och spasticitet	1		1
hjärnblödning	1	1	2
hjärnblödning med högersidig hemipares		1	1
hjäminfarkt		3	3
hjärnlaceration	1		1
hjärnskada	2		2
hjärnskada i samband med skidåkning		1	1
idiopatisk dystoni		1	1
impressiv och expressiv afasi		1	1
intracerebral blödning	1		1
juvenil kronisk artrit		1	1

## DIAGNOS \* Tidiga (94/95) och sena (99/00) Crosstabulation

Count

	Tidiga (94/95) och sena (99/00)		Total
	Tidig	Sen	
DIAGNOS kotfraktur med ryggmärgsskada, tetraplegi		1	1
kronisk hjärtsvikt, status efter hjärtransplantation,spinal		1	1
lungemfysem, muskeldystoni		1	1
misstänkt MS		1	1
ms	1		1
muskelsjukdom	1		1
myelomeningocele	1		1
neurologisk sjukdom		1	1
neuromuskulär progredierande sjukdom (under utredning)		1	1
oklar neurologisk sjukdom		1	1
op hjärntumör		2	2
parkinsons sjukdom	1		1
polio		1	1
progressiv neurologisk sjukdom		1	1
restillstånd efter subarachnoidalblödning, hypertoni, diabe		1	1
reumatoid artrit	1	3	4
schezofreni	1		1
spastisk tetraplegi		1	1
spinal muskelatrofi	1		1
spinal muskelatrofi	1		1
spinal subduralblödning i bröstrygg		1	1
status post diskitt spondylit		1	1
stoke		1	1
subarachnoidalblödning med hö		1	1
sidig hemipares		1	1
svår progressiv epilepsi	1		1
syringomyeli		2	2
tetraplegia spastica post fractura	1		1
tillstånd efter svår hjärnskada	1		1
traumatisk luxation C IV- C V	1		1
tetrapares			
traumatisk ryggmärgsskada med tetraplegi	1		1
traumatisk tetraplegi	1		1
v-sidig hemiplegi, hö-sidig måttlig hemipares	1		1
vä sidig homonym hemianopsi	1		1
Ärftlig muskelsjukdom	1		1
muskeldystrofi	1		1
Total	110	194	304

## **Resurser för att leva som andra** – en analys av kostnadutvecklingen inom assistansersättningen

I rapporten redovisas resultaten från tre studier kring assistansersättningens kostnadsutveckling. Riksförsäkringsverkets slutsatser är att utvecklingen av kostnaderna är naturlig utifrån gällande lagstiftning samt att assistansersättningen har nått rätt målgrupper.

I rapporten finns även en del uppgifter kring levnadsförhållanden för personer med assistansersättning.