

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2024

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

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

ISBN: 978-91-7555-630-7

Artikelnummer: 2024-3-8994

Omslagsfoto: Phia Bergdahl, Scandinav Bildbyrå

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2024

Förord

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

Rapporten har skrivits av Karin Flyckt. Gudrun Bergman-Jonasdottir, Hans Schwarz och Linn Mattisson har bidragit med analysunderlag. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Fortsatt ojämlik tillgång till stöd	7
Insatser till de yngsta åldersgrupperna fortsätter att minska	8
Många är nöjda, men tvång förekommer	9
Allvarligt att krisberedskapen minskar inom funktionshindersområdet	10
Personalens fortbildning – en förutsättning för kvalitet	10
Arbete kvarstår för en jämlik hälso- och sjukvård	11
...och för en likvärdig tandvård	12
Tuffare ekonomisk situation	12
Inledning	14
Rapportens syfte och upplägg	14
Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen	17
Utveckling över tid - LSS och SoL	22
Sammanfattande iakttagelser	22
LSS har slutat öka	22
Boendestöd enligt SoL fortsätter att öka	32
Fördjupad analys av tillgången till insatser	37
Sammanfattande iakttagelser	37
Snävare personkretsbedömningar	37
Arbetet med barnrättsperspektivet behöver fortsätta	40
Begränsningar vanligt inom ledsagarservice	41
Kostnadsutveckling	44
Sammanfattande iakttagelser	44
Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning ökar	45
Kostnadsökningen återfinns inom LSS	45
Små skillnader per kommungrupp i kostnadsutveckling för insatser enligt LSS	50
Liten förändring i regionernas kostnader	51
Handläggning och myndighetsutövning	52
Sammanfattande iakttagelser	52
Uppsökande verksamhet inom socialpsykiatri minskar	52

Markant ökad användning av ICF.....	53
Utredningstiderna minskar	54
Verkställighet är fortfarande en utmaning	54
Digitalisering och välfärdsteknik.....	56
Sammanfattande iakttagelser	56
Minskad användning av välfärdsteknik	56
Välfärdsteknik främjar delaktighet	59
Kunskap och kompetens	62
Sammanfattande iakttagelser	62
Kompetensen hos LSS-personal varierar	65
Självbestämmande, delaktighet och kvalitet	71
Sammanfattande iakttagelser	71
Många upplever högt självbestämmande	72
Antalet genomförandeplaner ökar	73
Få förändringar i tillgodosedda hjälpbehov över tid	75
Upplevd trygghet skiljer sig åt mellan områdena	77
Tvångs- och begränsningsåtgärder inom gruppboheter för vuxna enligt LSS	80
Krisberedskap	83
Sammanfattande iakttagelser	83
Färre kommuner har evakueringsplaner	83
Färre kommuner har beredskapsplaner för höga temperaturer.....	84
Kraftig minskning av kontinuitetsplaner	85
Var tredje kommun ställer krav på krisberedskap vid upphandling.....	88
Utveckling över tid - hjälpmedel och habilitering	89
Sammanfattande iakttagelser	89
Regionala skillnader i habiliteringens målgrupper	89
Även habiliteringens professioner varierar	91
Övergång till vuxensjukvård – en utmaning.....	92
Insatsen råd och stöd fortsätter att minska	94
Regionala skillnader i hjälpmedelsförskrivning	95
Hälso- och sjukvård samt tandvård på lika villkor	97
Sammanfattande iakttagelser	97
FN lyfter vikten av jämlik vård för personer med funktionsnedsättning	98
Ojämlika förutsättningar för vård	98

Ovanligare med blodfettssänkande läkemedel vid diabetes	101
Sex gånger högre dödlighet vid bröstcancer	103
Utvecklingsarbete pågår	106
Tandvård på lika villkor	108
Individfokus och helhetssyn.....	111
Sammanfattande iakttagelser	111
Många kommuner saknar överenskommelser om samverkan med andra aktörer	115
Ekonomiska villkor.....	118
Långvarigt ekonomiskt bistånd blir allt vanligare	118
Vanligare med avgifter för ledsagning	121
Stora skillnader i avgifter för hjälpmedel	123
En funktionshinderspolitisk diskussion	127
Individuella stöd kompletterar	127
Arbete kvarstår även inom tandvård	131
Allvarligt att krisberedskapen minskar	132
Tuffare ekonomisk situation	133
Referenser	135
Bilaga 1: Kostnadstabeller i löpande priser.....	138
Bilaga 2: Definitioner av kommungrupper.....	140
Bilaga 3. Analyser av jämlik vård	141

Sammanfattning

Fortsatt ojämlik tillgång till stöd

I årets lägesrapport har Socialstyrelsen fortsatt att analysera tillgången till insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att flera aspekter indikerar en bekymmersam utveckling, som myndigheten befarar kan inverka negativt på gruppernas livskvalitet och hälsa. Den slutsatsen inte bara kvarstår, den har till viss del även förstärkts.

Under flera år har antalet personer med insatser ökat, även när hänsyn har tagits till befolkningsökningen. Även antalet insatser som beviljas till dessa personer har tidigare ökat. Sedan 2021 är dock trenden bruten. År 2022 låg antalet beslut på 112,5 insatser per 10 000 invånare. Det innebär en minskning från 1,74 insatser till 1,54 insatser per person. Det är inte ovanligt att personer med funktionsnedsättning har omfattande behov och därför är i behov av flera olika insatser. Statistiken indikerar dock att det beviljas allt färre insatser per person.

Att insatser inte längre ökar behöver inte vara ett problem, eftersom det kan bero på att behoven har slutat öka. Socialstyrelsens granskning av lokala riktlinjer samt dialoger med verksamheter och intresseorganisationer pekar dock på att tillgången till stöd, framförallt enligt LSS, har försämrats.

Minskningar i stödets omfattning speglas även i kostnadsutvecklingen. År 2022 uppgick kommunernas totala kostnader för stöd till personer med funktionsnedsättning till drygt 82 miljarder kronor. Den del av kostnaderna som rör insatser enligt SoL var oförändrad mellan 2020 och 2021. Den tidigare kostnadsökningen för stöd enligt LSS har i sin tur mattats av och det är framförallt kostnader för boende för vuxna som ökar. Funktionsnedsättningsområdets andel av socialtjänstens kostnader är dock oförändrad, vilket indikerar en likartad kostnadsutveckling som inom socialtjänstens övriga verksamhetsområden.

Ytterligare faktorer som påverkar tillgången till stöd negativt handlar om personkretsbedömning, alltså huruvida personer bedöms tillhöra personkretsen för LSS eller inte. Det gäller såväl grupp 1 som grupp 3 i LSS' personkrets.

Sammantaget konstaterar Socialstyrelsen att kommunerna tillgodoser en stor del av behoven hos många personer med funktionsnedsättning. Myndigheten bedömer dock även i år att det finns behov som inte tillgodoses. Resultaten i årets lägesrapport tyder på en ojämlig tillgång till insatser, utifrån boendekommun. De lokala skillnaderna handlar både om personkretsbedömning samt kriterier dels för att kunna beviljas olika insatser, dels gällande omfattningen av stöd.

Socialstyrelsen anser att svårigheterna att beviljas insatser riskerar att väsentligt försämra enskildas möjligheter till delaktighet och goda levnadsvillkor. Konsekvenserna för enskilda är svåra att överblicka, men det är sedan tidigare känt att anhöriga ofta får kompensera för uteblivet eller otillräckligt stöd från samhället. Uteblivet stöd kan också inverka negativt på den egna hälsan, både när det gäller personerna själva och deras anhöriga.

Flera av insatserna enligt SoL och LSS syftar direkt eller indirekt till att bryta isolering. Det gäller framförallt kontaktperson enligt LSS och daglig verksamhet enligt LSS. Andra insatser bidrar indirekt till att bryta isolering, såsom personlig assistans enligt LSS samt ledsagning enligt LSS och SoL. Minskad tillgång till stöd innebär med andra ord ökad risk för isolering och ofrivillig ensamhet. Detta ska sättas i relation till de pågående, nationella satsningarna för att motverka ofrivillig ensamhet, till exempel i form av statsbidrag. Mot bakgrund av den pågående utvecklingen inom framförallt LSS så riskerar statsbidraget att åtminstone delvis kompensera för konsekvenserna av minskat stöd, i stället för att komplettera.

Den ojämlika tillgången i stort påverkar också genomförandet av den nationella strategin för funktionshinderspolitiken, när det gäller uppfyllandet av målen om jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund.

Insatser till de yngsta åldersgrupperna fortsätter att minska

Analyserna i årets lägesrapport visar att tillgången till stöd för barn med funktionsnedsättning fortfarande är bekymmersam. Kommunerna fattar förvisso många beslut om insatser enligt LSS till barn med funktionsnedsättning, men samtidigt finns det begränsningar i stödets omfattning. Likaså finns det en negativ utveckling inom vissa stöd.

I åldersgruppen 7–12 år är andelen förvisso oförändrad över tid: 65 personer per 10 000 i befolkningen. I åldersgruppen 0–6 år har dock andelen med LSS-insatser minskat, från 14 till 11 personer per 10 000 i befolkningen. Att

andelen har minskat i de yngsta åldersgrupperna kan bero på att insatserna beviljas allt senare i åldrarna och att andelen bifall minskar.

Att barn med funktionsnedsättning och deras familjer får ett stöd i vardagen som möter deras individuella behov är viktigt. Det handlar dels om barnens rätt till utveckling och möjlighet till delaktighet i samhället, men det handlar också om att föräldrar ska få det stöd de behöver för att kunna fungera i sin föräldraroll.

Många är nöjda, men tvång förekommer

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

- Allt fler brukare uppger att de får bestämma över sådant som är viktigt för dem. Den högsta andelen finns inom boendestöd enligt SoL och den lägsta inom boende enligt SoL, 85 respektive 70 procent.
- Omkring 70–85 procent av brukarna känner sig trygga med personalen. Andelen är högst inom daglig verksamhet enligt LSS (73 procent) och lägst inom boende enligt SoL (61 procent).
- Män och kvinnor skattar självbestämmande, tillgodosedda hjälpbehov samt trivsel och trygghet olika. Till exempel uppger 66 procent av kvinnor i bostad med särskild service enligt SoL att deras hjälpbehov tillgodoses. Motsvarande andel för män är 78 procent.

Även om många brukare upplever att de kan utöva sitt självbestämmande, får den hjälp de behöver och känner sig trygga, så gäller inte det alla. En väsentlig andel brukare uppger att de inte får bestämma över sådant som är viktigt för dem. Inflytande och självbestämmande är viktiga förutsättningar för att stödet till personerna ska uppfylla sitt syfte. Det är därför angeläget att verksamheternas arbete för att stärka detta fortsätter.

Den yttersta konsekvensen av att inte utöva självbestämmande är begränsningsåtgärder. Majoriteten av boenden för vuxna enligt LSS, 75 procent, har rutiner för hur personalen ska förhålla sig om en brukare blir våldsam och riskerar att skada sig själv eller andra. Vidare är de vanligaste åtgärderna i dessa situationer att prata med brukaren eller att be brukaren lämna rummet. I mindre antal verksamheter förekommer det fasthållning, nedläggning, inlåsning och utelåsning. Även om verksamheterna är få till antalet är åtgärderna en realitet för dem som bor där.

Socialstyrelsen har såväl som IVO tidigare konstaterat att personalen inom verksamheter enligt LSS behöver mer kunskap om hur de förebygger och hanterar utmanande beteenden. Den slutsatsen kvarstår. Hög grad av självbestämmande och förekomsten av begränsningsåtgärder är två ytterligheter. De senaste årens kartläggningar och tillsynsresultat visar sammantaget att båda ytterligheterna förekommer, om än inte i samma verksamheter.

Allvarligt att krisberedskapen minskar inom funktionshindersområdet

Årets analyser visar att krisberedskapen i kommunernas boenden för personer med funktionsnedsättning minskar. Det gäller såväl evakueringsplaner som kontinuitetsplaner. Andelen boenden med beredskapsplaner för höga temperaturer ligger dock på samma nivå som tidigare.

En del av minskningen kan handla om att planerna är ofullständiga eller att de inte har uppdaterats. Samtidigt visar de senaste årens händelser att krisberedskapen inom funktionshindersområdet vanligen är reaktiv. Till exempel ökade andelen beredskapsplaner för höga temperaturer efter värmeböljan 2018. Likaså ökade andelen kontinuitetsplaner i samband med pandemin. Att den senare nu minskar kan tyda på att frågorna inte längre bedöms vara lika aktuella.

Frågor om krisberedskap och beredskapsplanering har hög aktualitet i Sverige. Den minskande krisberedskapen inom funktionshindersområdet blir därför extra påtaglig. Omkring 100 000 personer med funktionsnedsättning har insatser enligt LSS eller SoL, varav cirka 40 000 bor i olika boendeformer. Att säkra tryggheten för dessa personer i händelse av allvarlig kris försvåras väsentligt av bristande krisberedskap och frånvaron av (eller ofullständiga) beredskapsplaner.

Evakueringsbehov kan även uppstå i ordinära boenden. Det senare gäller till exempel personer med hemtjänst enligt SoL eller personlig assistans enligt LSS. Socialstyrelsen anser därför att det är angeläget att fler kommuner tar fram evakueringsplaner för dessa grupper.

Personalens fortbildning – en förutsättning för kvalitet

Analyserna i årets lägesrapport visar att allt fler kommuner och verksamheter har kompetensutvecklingsplaner för medarbetare inom funktionshindersområdet. Allt fler erbjuder dessutom fortbildning inom alternativ,

kompletterande kommunikation (AKK). Samtidigt visar uppgifter från IVO att långt ifrån alla medarbetare tar del av fortbildning. Under en femårsperiod hade knappt hälften av boendepersonalen deltagit i fortbildning om bemötande. Vidare hade omkring en femtedel deltagit i fortbildning om olika kommunikationssätt respektive olika arbetssätt (såsom tydliggörande pedagogik).

Myndighetens öppna jämförelser visar att 80 – 90 procent av personalen i LSS-boenden för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS har den utbildning som rekommenderas, till exempel undersköterska. Det är en relativt hög andel. För att ge ett gott stöd till personer med funktionsnedsättning behövs dessutom ytterligare kompetens, exempelvis i tydliggörande pedagogik, lågaffektivt bemötande och kommunikationssätt. Kontinuerlig fortbildning är därför en förutsättning för att stödet ska vara av god kvalitet.

Arbete kvarstår för en jämlik hälso- och sjukvård

Analyserna i årets rapport visar att vården fortfarande inte är jämlik för personer med funktionsnedsättning. Det är till exempel ovanligare att diabetespatienter med insatser enligt LSS eller SoL får blodfettssänkande läkemedel, jämfört med övrig befolkning. Skillnaden är särskilt stor inom grupp 1 i LSS´ personkrets, 30 procent - att jämföra med närmare 60 procent i övrig befolkning. I denna grupp ingår personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism.

Ett annat exempel är bröstcancer. Dödligheten vid bröstcancer är 5 gånger högre bland patienter som har insatser enligt LSS, jämfört med bröstcancerpatienter i övriga befolkningen. Bland patienter med insatser enligt SoL är dödligheten ännu högre, 6 gånger. Omkring hälften av bröstcancerpatienterna med insatser enligt LSS får sin bröstcancerdiagnos i stadie 1, vilket ligger nära bröstcancerpatienter i den övriga befolkningen. Det är positivt. Samtidigt är det mer än dubbelt så vanligt att bröstcancerpatienter med insatser enligt LSS befinner sig i stadie 3–4 när de får sin diagnos, i jämförelse med övriga bröstcancerpatienter.

Av de som får insatser enligt LSS tillhör de flesta grupp 1 i personkretsen, det vill säga personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism. I gruppen som får insatser enligt SoL ingår till stor del personer med psykisk funktionsnedsättning. Alla dessa grupper kan ha svårt att kommunicera, att uttrycka sin vilja.

Dagens sjukvårdssystem, policyer och lagar exkluderar förvisso inte personer med funktionsnedsättning, men de särskilda anpassningar som många gånger behövs görs inte alltid. Det handlar till exempel om digital tillgänglighet, fysiska anpassningar och alternativa kommunikationsmetoder. Socialstyrelsen kan också konstatera att medvetenheten och kunskapen om funktionsnedsättningar och deras konsekvenser behöver öka inom hälso- och sjukvården.

...och för en likvärdig tandvård

Även tillgången till tandvård är ojämlig. Socialstyrelsens analyser visar att personer med funktionsnedsättning med stöd från socialtjänsten fortfarande besöker tandvården mer sällan än den övriga befolkningen, trots en sämre munhälsa. Akuta åtgärder, såsom tandutdragning, är också vanligare bland personer med funktionsnedsättning. Årets analyser har särskilt fokuserat på personer med psykisk funktionsnedsättning. Slutsatserna är dock tillämpbara på andra grupper med insatser enligt LSS, exempelvis intellektuell funktionsnedsättning eller autism. De subventionerade avgiftssystemen som finns för vissa personer med funktionsnedsättning underlättar till viss del. Det handlar till exempel om att få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. De befintliga tandvårdsstöden anses dock administrativt svåra att få till och bedöms inte utfärdas för målgruppen i den utsträckningen som de borde.

Det är samtidigt tydligt att subventionerade avgiftssystem inte är tillräckligt:

- Tandvårdens rutiner och arbetssätt är inte anpassade till målgruppen. Kallelser och bokningar förmedlas på sedvanligt sätt och det är svårt att vara proaktiv i omhändertagandet då information saknas om patienternas sjukdomstillstånd inför besöket.
- Bristande bemötande och kommunikation som gör att patienterna inte kan ta till sig information på samma villkor som övriga tandvårdsbesökare.
- Bristande samverkan mellan tandvårdspersonal och personal som ger stöd till personer med LSS, personer med insatser enligt SoL och inom socialpsykiatri.

Tuffare ekonomisk situation

Den ekonomiska situationen tycks ha förvärrats för personer med funktionsnedsättning. Förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd är högre bland såväl personer med insatser enligt LSS som SoL jämfört med den övriga befolkningen, 2,4 respektive och 14 procent jämfört med 1 procent i den totala befolkningen. Socialstyrelsens analyser visar dessutom att förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd ökar. Det gäller framförallt för personer med

insatser enligt SoL, där förekomsten har ökat med omkring 2 procentenheter. För den totala befolkningen har den däremot minskat.

Socialtjänstens ekonomiska bistånd är välfärdssystemens yttersta skyddsnät och har i första hand till uppgift att träda in tillfälligtvis vid försörjningsproblem som inte kan tillgodoses på annat sätt.¹ Det är i grunden bra att personer med funktionsnedsättning vid behov också kan ta del av ekonomiskt bistånd. Det tyder på att välfärdssystemet fungerar. Ett långvarigt ekonomiskt bistånd är däremot problematiskt ur flera aspekter. Det huvudsakliga syftet med ekonomiskt bistånd är att vara ett tillfälligt stöd, inte ett långsiktigt. Nivån på ekonomiskt bistånd är dessutom så pass låg att ett långvarigt ekonomiskt bistånd innebär att personerna i fråga befinner sig i relativ fattigdom.

Det är inte bara frånvaron av inkomst från lönearbete som påverkar gruppens ekonomiska utsatthet. Höga kostnader för lägenheter, exempelvis i LSS-boenden, samt avgifter för hjälpmedel och vissa insatser påverkar också.

Olika subventioner bidrar till att hålla den enskildes kostnader nere, men Socialstyrelsens analyser visar att för delar av gruppen blir den ekonomiska situationen ändå ohållbar och de blir nödgade att uppbära långvarigt ekonomiskt bistånd. Den ekonomiska situationen för gruppen ska även ses i ljuset av den pågående inflationen och att priser och avgifter generellt har ökat.

¹ Se proposition 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen s. 80–81 och proposition 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m. s. 93–94.

Inledning

Rapportens syfte och upplägg

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

Rapporten innefattar insatser till personer med funktionsnedsättning enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Vissa analyser av personlig assistans omfattar både uppgifter om personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken, SFB. Rapporten omfattar även insatser till personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I denna rapport avgränsas insatserna enligt SoL till personer som är 0–64 år. Även viss hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ingår.

I rapporten ingår olika områden som kompetensutveckling, självbestämmande utveckling av insatser över tid samt kostnadsutveckling. Även fördjupningar kring vissa målgrupper, livsområden och insatser ingår. Dessa fördjupningar varierar från år till år. I årets lägesrapport uppmärksammas särskilt till-gången till stöd enligt LSS och SoL, jämlik vård och ekonomiska villkor.

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

Datakällor och underlag

Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och är därför inte heltäckande för området. Den redogör för tillståndet och utvecklingen på nationell nivå och bara till viss del för regionala skillnader. Inrapportering till nationella register och publicering av officiell statistik sker med viss fördröjning, varför statistiken i denna rapport avser 2022, eller senast tillgängliga år. Innehållet i rapporten utgår till stor del från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser. Dessa analyser och slutsatser bygger på

- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom funktionshindersonrådet, både från Socialstyrelsen och andra aktörer

- Socialstyrelsens register över insatser enligt SoL till äldre och personer med funktionsnedsättning
- Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning.
- Socialstyrelsens register över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- statistik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Kolada (kommun- och regiondatabasen).

Socialstyrelsen gör även vissa analyser specifikt för denna lägesrapport. De specifika analyserna i årets rapport har framför allt handlat om att analysera tillgången till stöd. De bygger på data från följande register: LSS-registret, SoL-registret, patientregistret, dödsorsaksregistret, registret över kommunal hälso- och sjukvård samt Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning och sjukpenning.

Rapporten bidrar till arbetet med Agenda 2030 och funktionshinderskonventionen

Socialstyrelsens ambition är att de globala målen och Agenda 2030 ska genomsyra denna lägesrapport. Innehållet i rapporten har bäring framför allt på följande mål:

- Mål 5: Att uppnå jämställdhet, och alla kvinnors och flickors egenmakt.
- Mål 10.2: Möjliggöra och verka för att alla människor, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet.

Rapporten bidrar även till ökad kunskap om genomförandet av konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, genom att sätta resultaten i relation till relevanta artiklar i konventionen.

Definitioner

Denna rapport handlar om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Med funktionsnedsättning menar Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara bestående eller av övergående natur. Begreppet funktionshinder används när myndigheten vill beskriva de begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, men också när myndigheten avser politikområdet.

I rapporten använder Socialstyrelsen även begreppen

- *psykisk funktionsnedsättning*: nedsättning av psykisk funktionsförmåga
- *socialpsykiatri* för att beskriva kommunens insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning
- *kommunalt beslutad personlig assistans* för personlig assistans enligt LSS och *statlig assistansersättning* för assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken
- *boende för vuxna enligt LSS* för att beskriva bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS
- *boende för barn enligt LSS* för att beskriva bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS
- *boende enligt SoL* för att beskriva bostad med särskild service enligt 5 kap. 7 § SoL
- *personkrets 1, personkrets 2 och personkrets 3* för att beskriva de tre grupperna i personkretsen för LSS.

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

De olika målgrupperna illustreras genom bild 1. Den är inte en proportionerlig bild av hur de olika grupperna förhåller sig till varandra, utan en illustration av den uppdelning som beskrivs ovan. Denna lägesrapport avser i huvudsak den minsta gruppen, personer med funktionsnedsättning som får stöd. Det går inte att avgöra med exakthet hur många personer som ingår i de olika grupperna. Men en grov uppskattning är att drygt en miljon invånare i åldern 0–64 år har en funktionsnedsättning, medan cirka 100 000 personer har stöd från socialtjänsten.

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



Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen

Socialtjänstlagen

Kommunernas ansvar för vård och omsorg om personer med funktionsnedsättning regleras bland annat i SoL. Enligt 5 kap. 7 § SoL ska socialnämnden verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden ska enligt samma paragraf medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Vidare ska kommunen inrätta bostäder med särskild service för dem som behöver sådan bostad (5 kap. 7 § tredje stycket SoL). Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra (3 kap. 6 § SoL). Personer med funktionsnedsättning kan ansöka om insatser enligt SoL, och vissa av dem har dessutom rätt till insatser enligt LSS.²

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Verksamhet enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som ingår i lagens personkrets. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra (5 § LSS). För att ha rätt till insatser enligt LSS måste personen tillhöra någon av de tre grupperna i LSS personkrets som definieras i 1 § 1–3 LSS:

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

Lagen innehåller bestämmelser om tio olika insatser, med olika syften och innehåll. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade. De ska anpassas till

² Jfr 1 och 7 §§ LSS.

mottagarens individuella behov och utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv (7 § LSS). Nedan följer en mer detaljerad beskrivning av de tio insatserna.

Rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1 LSS syftar till att tillförsäkra människor med stora funktionsnedsättningar och deras närstående tillgång till kvalificerat expertstöd från till exempel kurator, psykolog, sjukgymnast eller logoped.³ I denna rapport benämns insatsen som ”råd och stöd enligt LSS”.

Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS är ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar behöver hjälp med 1) andning, 2) personlig hygien, 3) måltider, 4) av- och påklädning, 5) kommunikation med andra, 6) stöd som den enskilde behöver på grund av en psykisk funktionsnedsättning för att förebygga att han eller hon fysiskt skadar sig själv, någon annan eller egendom, eller 7) stöd som den enskilde behöver löpande under större delen av dygnet på grund av ett medicinskt tillstånd som innebär att det finns fara för den enskildes liv eller att det annars finns en överhängande och allvarlig risk för hans eller hennes fysiska hälsa.(grundläggande behov) (9 a § LSS). Om personen behöver personlig assistans som i genomsnitt omfattar mer än 20 timmar i veckan för grundläggande behov kan han eller hon ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken.⁴ I de fall personen ansöker om assistansersättning är det Försäkringskassan som utreder, beslutar och betalar ut ersättningen. Det stöd som tillhandahålls genom assistansersättning motsvarar det stöd som tillhandahålls genom personlig assistans enligt LSS.⁵

Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att komma ut och delta i samhällslivet, till exempel att besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet.⁶

Kontaktperson enligt 9 § 4 LSS syftar till att vara ett personligt stöd, för att bryta isolering och för att underlätta ett självständigt liv.⁷

³ Proposition 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade s. 59f.

⁴ 51 kap. 3 § SFB.

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

⁶ Se prop. 1992/93:159 s. 74.

⁷ Se prop. 1992/93:159 s. 75 och 178.

Avlösarservice enligt 9 § 5 LSS syftar till att göra det möjligt för anhöriga att få avkoppling eller utträta sysslor utanför hemmet. Avlösarservice i hemmet kan erbjudas både som regelbunden insats och som en lösning vid akuta behov under hela dygnet.⁸

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

Korttidstillsyn enligt 9 § 7 LSS är en form av tillsyn utanför det egna hemmet för skolungdom över 12 år med funktionsnedsättning. Insatsen ges före och efter skoldagens slut, under lov dagar, studiedagar och längre lov.¹⁰

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

Boende för vuxna enligt 9 § 9 LSS ges som bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. Insatsen ges i form av bostäder till personer i vuxen ålder som har behov av stöd, service eller omvårdnad som kan utformas på olika sätt. Gruppboende och serviceboende är de vanligaste formerna. En gruppboende är ett bostadsalternativ för personer med ett omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov där stöd kan ges alla tider på dygnet av en fast, kollektiv bemanning.¹¹ I en gruppboende bör i regel bara tre till fem personer bo, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS. En serviceboende består av ett antal lägenheter där de boende har tillgång till gemensam service och fast anställd personal. I annan särskilt anpassad bostad för vuxna ingår inte stöd av personal och inte omvårdnad.¹²

Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS innebär sysselsättning för en person med funktionsnedsättning som är i yrkesverksam ålder, som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Rätten till daglig verksamhet gäller endast personer som tillhör grupp 1 och 2 i LSS personkrets.¹³

⁸ Se prop. 1992/93:159 s. 77 och 178.

⁹ Se prop. 1992/93:159 s. 77.

¹⁰ Se prop. 1992/93:159 s. 78 och 178.

¹¹ Se prop. 1992/93:159 s. 86 och 179 f.

¹² Se 9 e § LSS och prop. 1992/93:159 s. 86 f och s. 180.

¹³ Se 9 § 10 och 7 § första stycket LSS.

Habilitering och hjälpmedel

Med habilitering menar Socialstyrelsen insatser till personer med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, så att de utifrån sina behov och förutsättningar utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga. Insatserna kan vara arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska och kan kombineras utifrån individens behov, förutsättningar och intressen.

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

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

Detta gäller de som är bosatta inom regionen eller som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där.¹⁴

Patientlagen

Enligt patientlagen (2014:821) ska patienten få information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning.¹⁵ Informationen ska vara anpassad till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.¹⁶ Den som ger informationen ska dessutom så långt som det är möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i informationen och betydelsen av den.¹⁷ När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ha möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.

¹⁴ 8 kap. 1 och 7 §§ HSL.

¹⁵ 3 kap. 1 § 3 patientlagen.

¹⁶ 3 kap. 6 § patientlagen.

¹⁷ 3 kap. 7 § patientlagen.

Patienten ska också få det valda hjälpmedlet, om det framstår som befogat med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet.¹⁸

¹⁸ 7 kap. 2 § patientlagen.

Utveckling över tid - LSS och SoL

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av insatser enligt LSS och SoL över tid. Syftet med dessa insatser är bland annat att tillgodose behoven av stöd i det dagliga livet för personer med funktionsnedsättning, exempelvis när det gäller omvårdnad och dagliga aktiviteter. Insatserna är också viktiga för att stärka individernas möjlighet till delaktighet och jämlika livsvillkor. Där så varit möjligt anges utvecklingen i antalet beslut per 10 000 invånare.

Sammanfattande iakttagelser

- Antalet personer med insatser enligt LSS har ökat, även sett till befolkningsökningen. År 2022 hade 77 550 personer minst ett verkställt beslut enligt LSS, vilket motsvarar 74 per 10 000 personer. Det är framförallt insatsen daglig verksamhet enligt LSS som ökar. Insatsen nybeviljas framförallt till personer i åldern 23–25 år, vilket tyder på en direkt övergång från anpassad gymnasieskola till daglig verksamhet.
- Sedan andra halvan av 2010-talet har vissa insatser enligt LSS minskat, framförallt korttidsvistelse, kontaktperson och ledsagarservice. Orsakerna kan vara flera, till exempel vägledande avgöranden i Högsta förvaltningsdomstolen, rekryteringssvårigheter och svårigheter att matcha individuella behov med befintligt utbud. Socialstyrelsen har dock inte fått några signaler om att behovet av insatserna har minskat.
- Den största ökningen inom LSS har skett i åldersgruppen 23–64 år, från 70 till 88 personer per 10 000 i befolkningen. Ökningen handlar till stor del om att antalet beslut om daglig verksamhet ökar.
- År 2022 hade 57 900 personer i åldern 0–64 år en eller flera insatser enligt SoL, vilket motsvarar 69 insatser per 10 000 invånare. Flera av insatserna har minskat över tid, men inte alla. Alla insatser enligt SoL minskar inte. Under perioden 2007–2022 har insatsen boendestöd nästan tredubblats. Det finns antagligen flera anledningar till att insatsen fortsätter öka. Socialstyrelsens analyser tyder bland annat på att personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism beviljas insatsen.
- Skillnader mellan könen är stabil över tid. Drygt 40 procent av insatserna enligt LSS beviljas till flickor eller kvinnor. Könsfördelning är jämnare inom SoL, där 51 procent av insatserna beviljas till flickor eller kvinnor. Skillnaderna kan delvis förklaras av förekomst av olika diagnoser.

LSS har slutat öka

Andelen personer med insatser enligt LSS har slutat att öka. År 2022 hade 77 550 personer verkställt beslut enligt LSS, vilket motsvarar 74 per 10 000 personer (1). Mellan 2021 och 2022 var andelen dock oförändrad. Samma utveckling sågs även mellan 2020 och 2021, vilket talar för ett trendbrott.

En person kan ha flera insatser och när det gäller antalet insatser så ser utvecklingen något annorlunda ut. Mellan 1999 och 2016 ökade antalet beslutade insatser enligt LSS, från 94 till 115 insatser per 10 000 invånare. Därefter har antalet minskat något och låg 2022 på 112,5 per 10 000 invånare. Det innebär en minskning från 1,74 insatser till 1,54 insatser per person. Det är inte ovanligt att personer med funktionsnedsättning har omfattande behov och därför är i behov av flera olika insatser. (1)

Daglig verksamhet står för den största ökningen

När statistiken delas upp på olika insatser framkommer en mer nyanserad bild. Figur 1 och 2 visar att det framförallt är insatsen daglig verksamhet enligt LSS som står för ökningen, från 22 till 39 insatser per 10 000 invånare. Boende för vuxna enligt LSS har tidigare ökat, men ökningen har planat ut mellan 2021 och 2022.

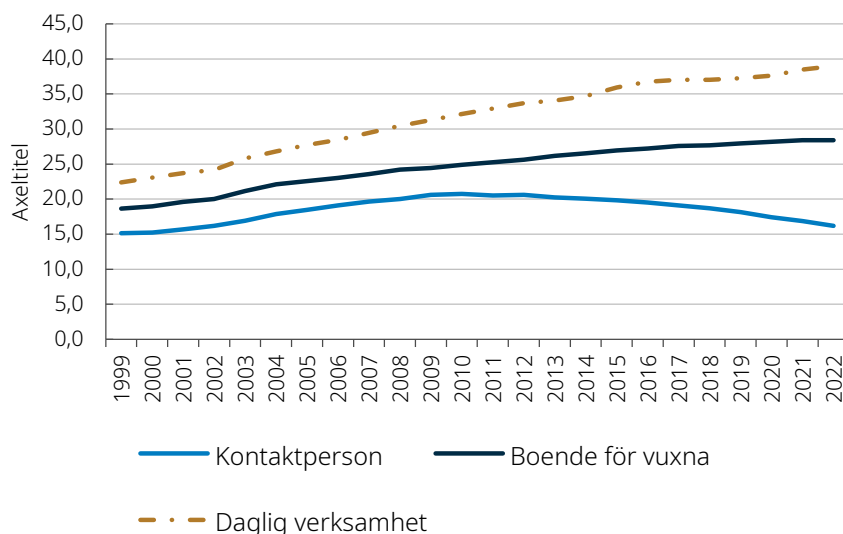
Eftersom statistiken kontrollerar för eventuella effekter av befolkningsökningen¹⁹ så måste det finnas andra förklaringar till att boende för vuxna och daglig verksamhet ökar. Mer resonemang förs om detta längre fram i detta kapitel.

Insatsen kontaktperson ökade fram till 2009, men har därefter minskat (figur 2). År 2022 låg andelen beslut på nästan samma nivå som 1999. Det kan finnas flera förklaringar till detta, exempelvis att begränsningar i lokala riktlinjer har ökat och svårigheter att rekrytera kontaktpersoner (2). Även insatserna ledsagarservice och korttidsvistelse har minskat över tid.

¹⁹ Eftersom antalet insatser anges per 10 000 invånare.

Figur 1. Utveckling av vissa insatser enligt LSS över tid

Antal personer per 10 000 invånare med beslut om kontaktperson, daglig verksamhet samt boende för vuxna enligt LSS, 1999-2022, riket.



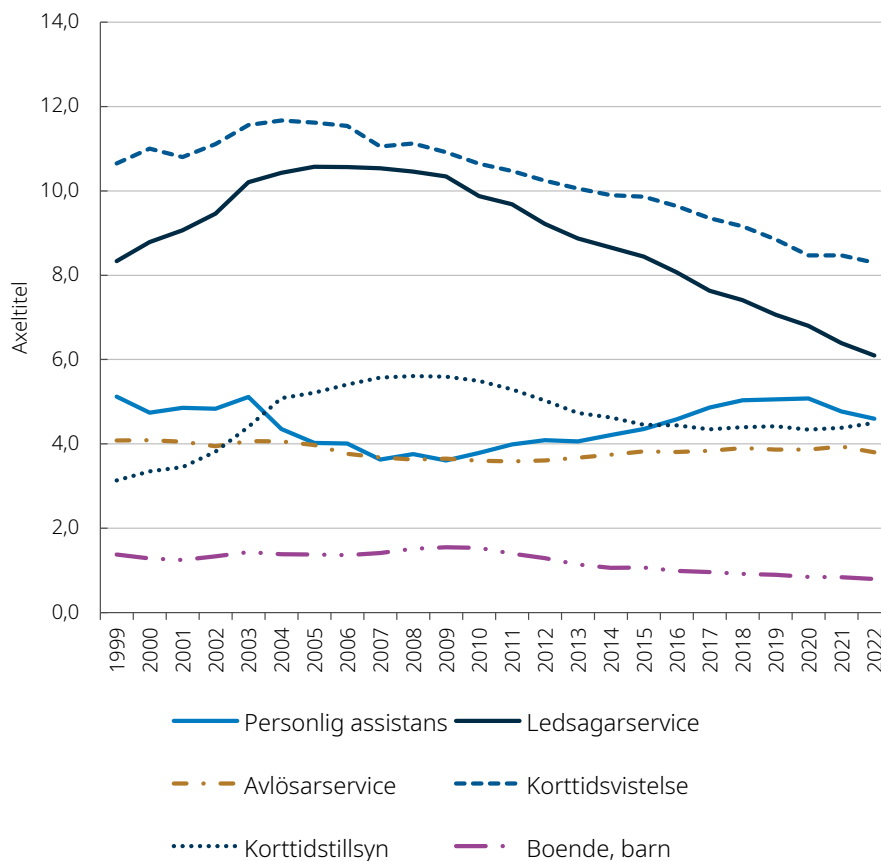
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Minskningen av personlig assistans enligt LSS fortsätter för tredje året i rad (figur 2). Minskningen förklaras inte fullt ut av att antalet beslut om statlig assistansersättning ökar, vilket Socialstyrelsen resonerade kring i föregående års lägesrapport (2). Den senaste statistiken från Försäkringskassan visar dock att antalet personer med statlig assistansersättning har ökat något under senaste året, vilket gör utvecklingen mer svårtolkad.

Försäkringskassan har gjort fördjupade analyser av avslagen vid ansökan av assistansersättning (3). Av rapporten framgår att under 2002–2022 har andelen som fått avslag ökat från 27 procent till 77 procent. Utvecklingen av andelen avslag kan delvis förklaras av förändringar i tillämpningen av vad som ingår i grundläggande behov till följd av domar från Högsta förvaltningsdomstolen och lagändringar. Försäkringskassan bedömer att sju av tio som fick avslag år 2018 förvisso omfattades av LSS personkrets, men fick avslag för att hjälp med grundläggande behov inte översteg 20 timmar per vecka. Mellan 2018 och 2022 har andelen som fick avslag av den här orsaken ökat, från 69 procent till 75 procent. Det innebär att majoriteten av de som får avslag tillhör den målgrupp som har rätt till insatser enligt LSS, däremot uppfyller de inte kriterierna för att beviljas statlig assistansersättning. (3)

Figur 2. Utveckling av vissa insatser enligt LSS över tid

Antal personer per 10 000 invånare med beslut om personlig assistans, ledsagarservice, avlösarservice, korttidsvistelse, korttidsstillsyn samt boende för barn enligt LSS, 1999-2022, riket.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS

Tydligaste ökningen i åldersgruppen 23–64 år

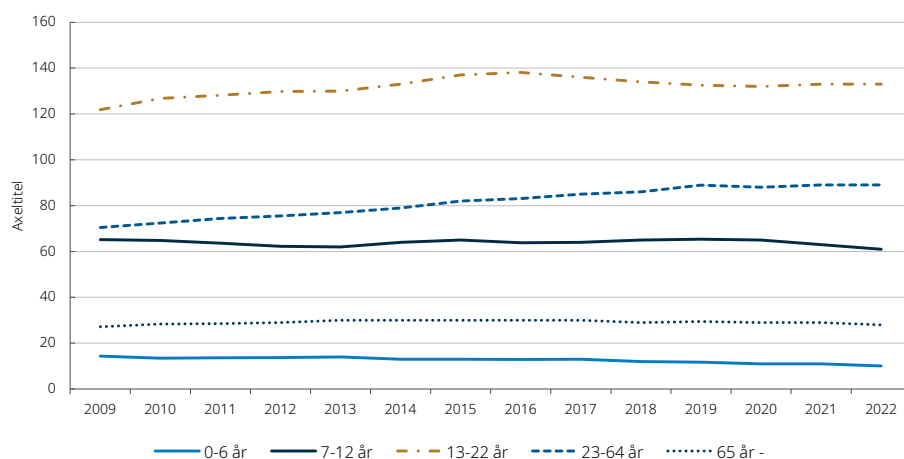
När statistiken delas upp i olika åldersgrupper framkommer ytterligare skillnader. En stor del av ökningen har skett i åldersgruppen 23–64 år, från 70 till 88 personer per 10 000 invånare (figur 3). Ökningen handlar till stor del om att antalet beslut om daglig verksamhet ökat.

En viss ökning har även skett i åldersgruppen 13–22 år, från 122 till 132 personer per 10 000 invånare. Efter 2016 har andelen dock minskat. Förklaringarna kan vara flera, såsom färre bifall på ansökningar. Insatserna korttidsstillsyn och korttidsvistelse har båda minskat över tid, vilket skulle kunna vara en delförklaring. Även boende för barn och unga enligt LSS minskar, vilket skulle kunna bero på att kommuner ger ökat stöd hemmavid, exempelvis vid gymnasiestudier.

Även i de yngre åldrarna ses en minskning. I åldersgruppen 7–12 år har andelen minskat något och uppgick 2022 till 60 personer per 10 000 i befolkningen. I åldersgruppen 0–6 år har andelen med LSS-insatser minskat, från 14 till 11 personer per 10 000 i befolkningen. Att andelen har minskat i de yngsta åldersgrupperna kan bero på att insatserna beviljas allt senare i åldrarna, eller att antalet avslag på ansökningar har ökat.

Figur 3. Utveckling inom LSS uppdelat på åldersgrupper

Antal personer med insatser enligt LSS per 10 000 invånare, uppdelat på ålder, 2007-2022, riket.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

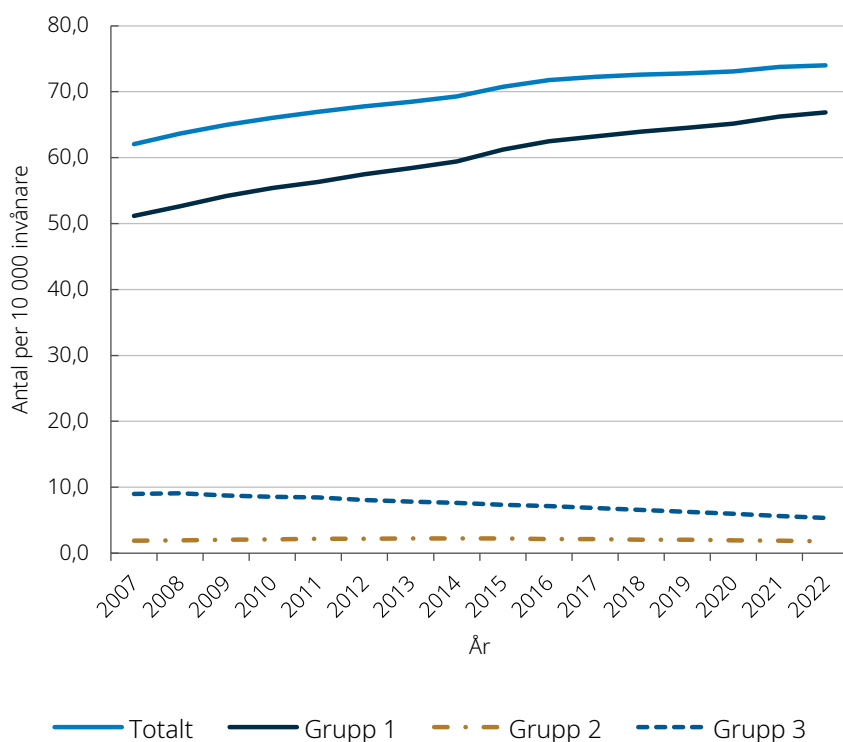
Endast grupp 1 i LSS fortsätter att öka

En uppdelning av statistiken på personkretstillhörighet ger en indikation på vilka grupper som påverkats mest av minskningarna. Den största minskningen av beslut ses inom grupp tre i personkretsen, från 10 till 6 per 10 000 invånare (figur 4). I den ingår bland annat personer med olika fysiska och psykiska funktionsnedsättningar.

Figur 4 visar att grupp 1 står för all ökning inom LSS. Denna grupp har ökat konstant över tid, från 39 till 68 per 10 000 invånare. I denna grupp ingår personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism. Även grupp 2 har ökat över tid, om än marginellt: från 1,1 till 1,9 per 10 000 invånare. Utvecklingen ser även annorlunda ut inom de olika grupperna i personkretsen.

Figur 4. Utveckling inom LSS, uppdelat på personkretsens grupper

Antal personer per 10 000 invånare med insatser enligt LSS, uppdelat på personkretsens 3 grupper, 2009-2022, riket.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS

Även innehållet i insatserna förändras

Även omfattningen i själva insatserna har förändrats över tid. Ett exempel är insatsen avlösarservice, där medianvärdet för antal timmar per månad har legat på 20 timmar ända sedan uppgiften började samlas in 2007. Från och med 2018 ses däremot en minskning och 2022 var medianvärdet 16 timmar per månad (1).

Utvecklingen för ledsagarservice liknar den inom avlösarservice. Fram till 2016 låg medianvärdet på 20 timmar per månad. Därefter har det skett en minskning och 2022 låg medianvärdet på 16 timmar per månad.

Inom kommunalt beslutad personlig assistans ser utvecklingen annorlunda ut. Medianvärdet för antalet timmar per månad har ökat stadigt sedan 2007 och 2022 låg medianvärdet på drygt 200 timmar per månad. Det motsvarar en fördubbling mot 2007, då uppgiften för första gången samlades in. Ökningen skulle kunna förklaras av att personlig assistans i allt högre utsträckning beviljas för ökade omvårdnadsbehov och stöd vid egenvård. För rätt till personlig assistans enligt LSS krävs att den enskilde har behov av hjälp med

de grundläggande behoven.²⁰ De som har beviljats personlig assistans enligt LSS kan även beviljas timmar för andra personliga behov.²¹

Unga står för högsta andelen av nya beslut om daglig verksamhet och boende för vuxna

Under flera år har insatserna daglig verksamhet och boende för vuxna enligt LSS ökat i antal. Detta är i sig inte något negativt, men utvecklingen skiljer sig från övriga insatser enligt LSS. Socialstyrelsen har därför valt att göra fördjupade analyser av utvecklingen för att se vilka det är som nybeviljas insatserna och vilket stöd de hade innan.

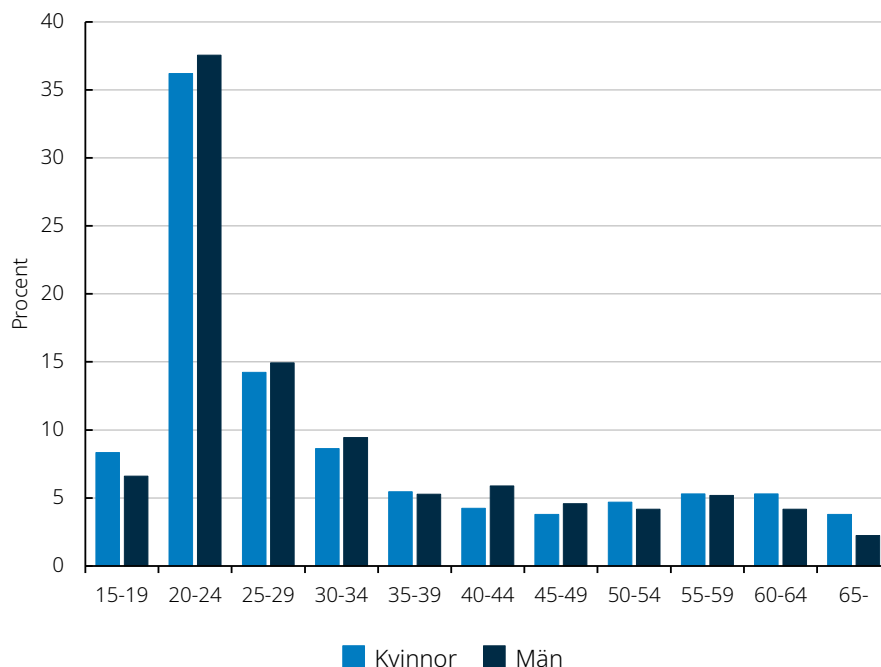
År 2022 återfanns de flesta nya beslut i åldersgruppen 20–24 år, mellan 35 och 40 procent (figur 5). Knappt 15 procent av de nya besluten avsåg åldersgruppen 25–29 år. I övrigt är andelen nya beslut jämnt fördelade, med omkring fem procent i varje åldersgrupp. Omkring 10 procent av besluten gäller personer som är 60 år eller äldre. Detta kan handla om förändrade behov, där till exempel personer kan ha haft stöd i hemmet tidigare. Det kan också handla om personer med funktionsnedsättningar som debuterat i vuxen ålder.

²⁰ Se 9 a § LSS. Vid behov av hjälp med de grundläggande behoven i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan kan den enskilde söka assistansersättning enligt 51 kap. 3 § SFB.

²¹ Se 9 a § fjärde stycket LSS.

Figur 5. Åldersfördelning bland personer med nytt beslut om boende för vuxna enligt LSS

Åldersfördelning bland personer som nybeviljats boende för vuxna enligt LSS, uppdelat på ålder samt kön, 2022, riket.



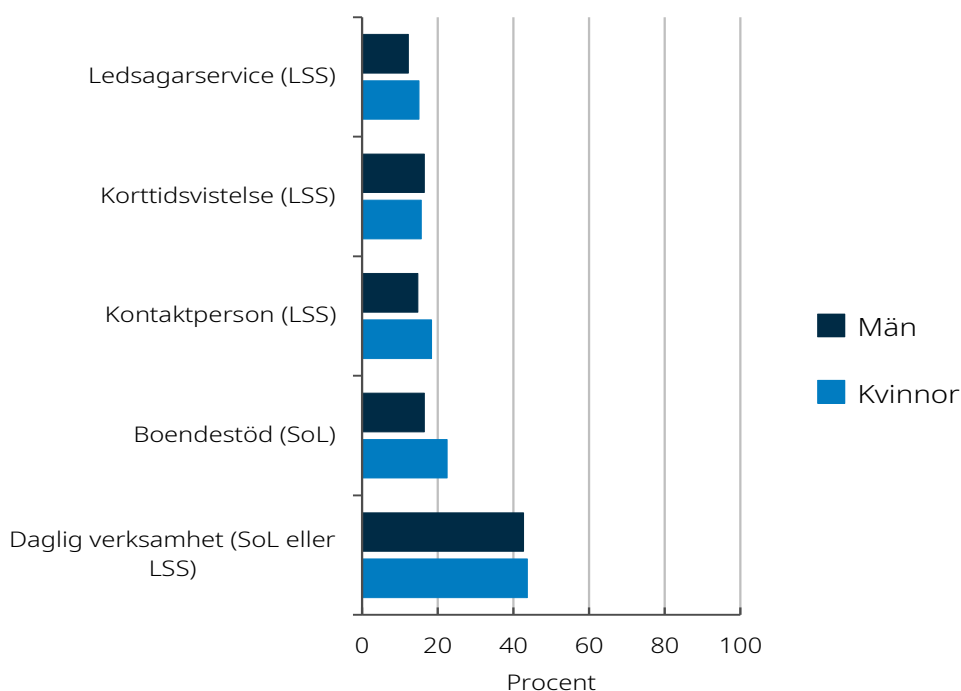
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS

Figur 5 visar att andelen män är i majoritet, 60 procent. Att män är i majoritet ligger i linje med LSS-statistiken generellt, men här är skillnaden något högre.

Figur 6 visar de fem vanligaste insatserna innan ett nytt beslut om boende för vuxna enligt LSS. Knappt hälften hade daglig verksamhet enligt LSS eller SoL. Mellan 15 och 20 procent hade boendestöd, något färre hade ledsarservice, korttidsvistelse eller kontaktperson enligt LSS. Socialstyrelsens analyser visar att det var lika vanligt inom personkrets 1 med boendestöd året innan ett nytt beslut om boende för vuxna enligt LSS. Det styrker tidigare analyser om att det är relativt vanligt att personkrets 1 beviljas boendestöd.

Figur 6. Insatser året innan nytt beslut om boende för vuxna enligt LSS

De vanligaste insatserna enligt LSS och SoL året innan nytt beslut om boende för vuxna enligt LSS, 2021.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen samt över insatser enligt LSS.

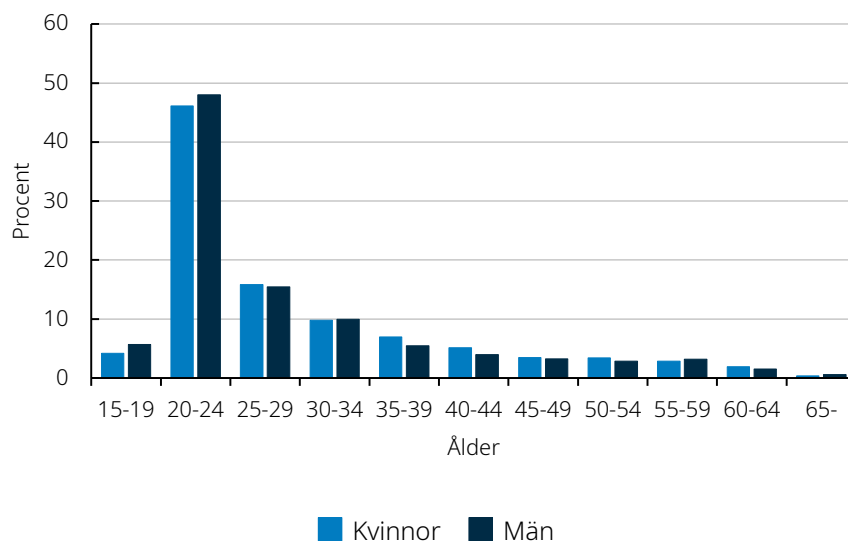
Analyserna visar vidare att knappt 4,5 procent hade statlig assistansersättning året innan ett nytt beslut om boende för vuxna enligt LSS.

Sammanfattningsvis, konstaterar Socialstyrelsen att de flesta som nybeviljas boende för vuxna enligt LSS är i åldern 20–25 år, vilket indikerar att ökningarna till stor del kan förklaras av att unga flyttar hemifrån. Året innan beslut om boende var det vanligt med olika stödinsatser, såsom korttidsvistelse. Samtidigt hade en mindre andel statlig assistansersättning och Socialstyrelsen kan inte utesluta att vissa beslut om boende fattats till följd av in-dragen assistans.

Även inom daglig verksamhet är andelen nya beslut högst i de yngre åldrarna. År 2022 beviljades de flesta nya beslut om daglig verksamhet enligt LSS till åldersgruppen 20–24 år (figur 7), mellan 45 och 50 procent. Det motsvarar ålderna när personer med anpassad skolgång går ut gymnasiet. Omkring 15 procent var i åldersgruppen 25–29 år. Det var en något högre andel män än kvinnor som beviljades daglig verksamhet, 58 respektive 42 procent.

Figur 7. Åldersfördelning bland personer med nytt beslut om daglig verksamhet enligt LSS

Åldersfördelning bland personer med första beslut om daglig verksamhet enligt LSS, 2022.



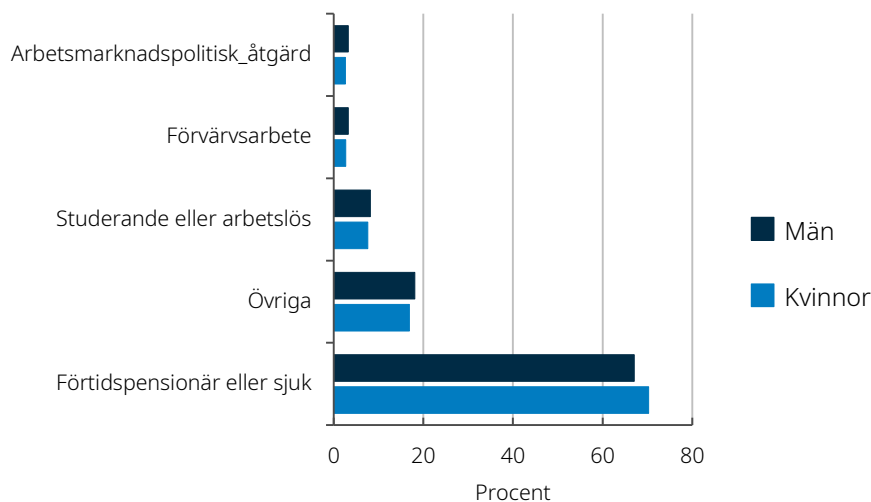
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt SoL samt LSS

Analyserna visar vidare att de flesta hade sjuk- eller aktivitetsersättning²² som huvudinkomstkälla året innan ett nytt beslut om daglig verksamhet, 65 – 70 procent (figur 8). Ett fåtal, cirka 2 procent, tog del av en arbetsmarknadspolitisk åtgärd. En lika stor andel förvärvsarbetade. Det är sannolikt att dessa hade anställning med lönebidrag och anställning inom exempelvis Samhall. Att dessa personer i stället har beviljats daglig verksamhet kan bero på faktorer som handlar om exempelvis lönebidragssystemet eller att personernas arbetsförmåga har minskat. Samtidigt står det klart att majoriteten av de med nya beslut om daglig verksamhet tidigare hade aktivitetsersättning, med största sannolikhet till följd av förlängd skolgång.

²² Registervariabelns namn är: Förtidspensionär eller sjuk.

Figur 8. Huvudsaklig inkomstkälla året innan nytt beslut om daglig verksamhet enligt LSS

Huvudsaklig inkomstkälla året innan nytt beslut om daglig verksamhet enligt LSS, 2021.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen, Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, SCB:s registerbaserade aktivitetsstatistik (RAKS).

Analyserna indikerar att ökningen över tid inom daglig verksamhet enligt LSS till stor del kan förklaras av att unga går mer eller mindre direkt till daglig verksamhet efter avslutad skolgång.

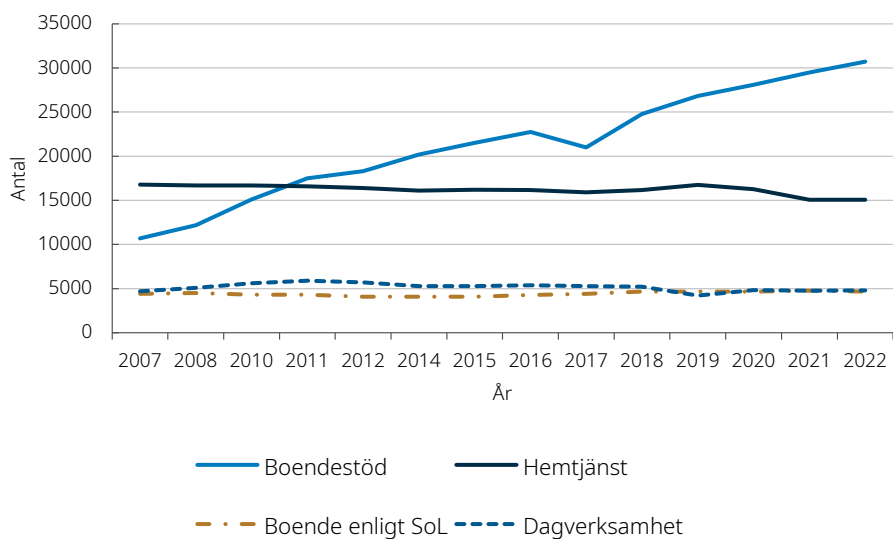
Boendestöd enligt SoL fortsätter att öka

År 2022 hade 57 900 personer med funktionsnedsättning i åldern 0–64 år en eller flera insatser enligt SoL, vilket motsvarar 57 insatser per 10 000 invånare. Över tid har det skett en minskning, år 2007 var motsvarande andel 58,2. Det är med andra ord färre personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt SoL än enligt LSS.

Av figur 9 framgår att det finns variationer mellan år. En delförklaring är att insatser enligt SoL kan beviljas för behov av mindre varaktig karaktär. Den tydligaste variationen ses mellan 2016 och 2018, då det totala antalet insatser till gruppen minskade från 72,4 till 54,6 per 10 000 invånare.

Figur 9. Utveckling av insatser enligt SoL över tid

Antal insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning, 0-64 år, 2007-2022, riket.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen.

Det är framförallt insatsen boendestöd som har ökat, mellan 2007 och 2022 har insatsen nästan tredubblats. År 2022 hade 59 600 personer insatsen, vilket motsvarar 28,2 insatser per 10 000 invånare.

Det finns antagligen flera anledningar till att boendestöd fortsätter att öka. Insatsen ges ofta till personer med psykisk funktionsnedsättning, och ökningen av insatsen kan vara en konsekvens av ökade behov bland personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism också kan ha insatsen boendestöd. Det är sannolikt att dessa grupper står för en del av ökningen inom insatsen. I de fallen kan det handla om att kommunen bedömt att boendestöd tillgodoser personernas behov bäst. Ökningen kan också vara en konsekvens av att flera kommunala riktlinjer innehåller begränsningar kring vilka som kan beviljas exempelvis insatserna bostad för vuxna eller personlig assistans enligt LSS.

Inom insatsen hemtjänst enligt SoL ses i sin tur en minskning, mellan 2007 och 2022 minskade den från 18,2 till 14,4 per 10 000 invånare. Även insatsen boende enligt SoL har minskat, från 5,1 till 4,6 insatser per 10 000 invånare. Majoriteten av personerna som har dessa insatser är mellan 55 och 64 år. Det handlar troligen både om personer med psykisk funktionsnedsättning, men också personer som i tidig ålder drabbats av exempelvis stroke, som i sin tur leder till en funktionsnedsättning. Insatsen dagverksamhet har

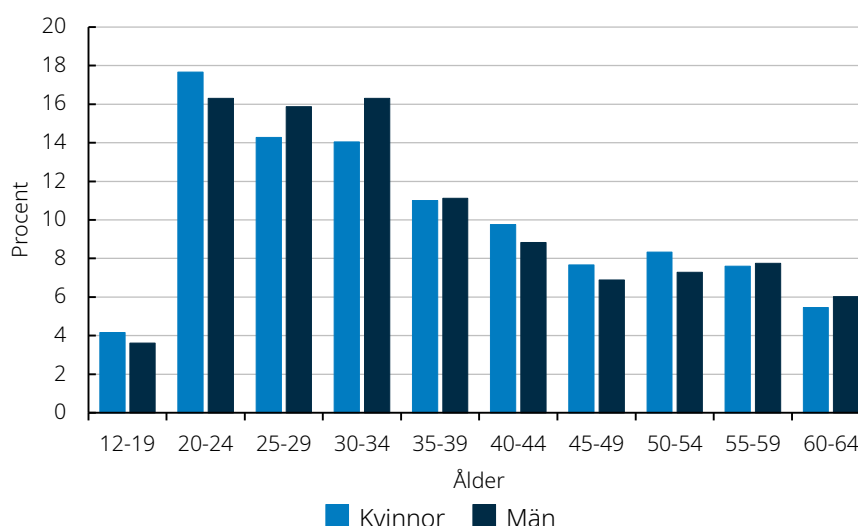
också minskat. Eftersom insatsen även kan ges utan beslut, i form av en så kallad serviceinsats²³, bör minskningen tolkas med viss försiktighet.

Nya grupper förklarar ökningen inom boendestöd

Boendestöd är den insats som ökar mest inom SoL. Som figur 9 visar så har ökningen varit konstant de senaste 15 åren. En fördjupad analys av nya beslut visar att insatsen framförallt beviljats till personer i åldersgruppen 20–34 år (figur 10). Knappt hälften av besluten avsåg dessa. Men nya beslut återfinns i alla åldersgrupper, till exempel avsåg knappt 6 procent av besluten åldersgruppen 60–64 år.

Figur 10: Åldersfördelning bland personer med nytt beslut om boendestöd enligt SoL

Åldersfördelning bland personer med nytt beslut om boendestöd enligt SoL, 2022.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen, Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Könsfördelningen är relativt jämn, med kvinnor i majoritet: 51 procent kvinnor och 49 procent män. En bidragande orsak till att könsfördelningen är jämnare inom SoL än inom LSS är troligen att det inte krävs några specifika diagnoser för att ha rätt till insatser enligt SoL. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att vissa könsskillnader inom LSS kan förklaras av skillnader i förekomst av olika diagnoser. Vissa diagnoser är vanligare bland män än

²³ Jfr 3 kap. 1 § SoL.

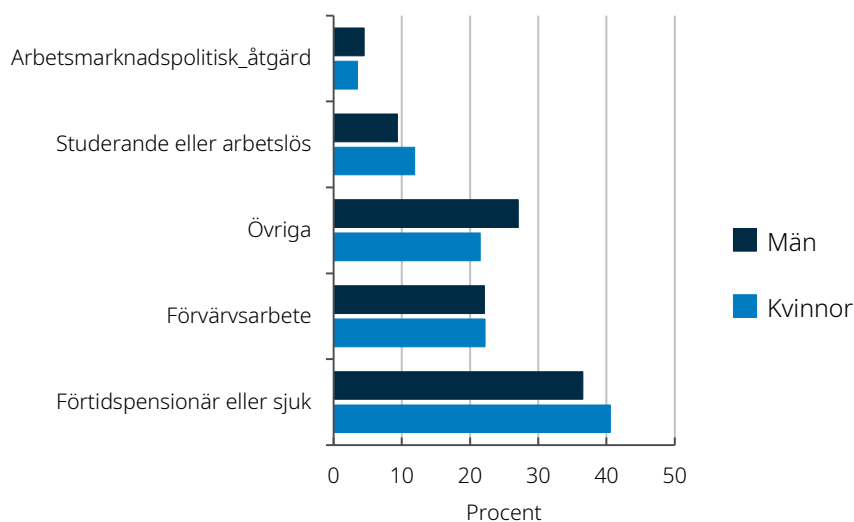
kvinnor i totalbefolkningen, till exempel intellektuell funktionsnedsättning och autism (4). Dessa diagnoser är också kopplade till personkretsen i LSS (grupp 1) och därmed också rätten till insatser.(2)²⁴

Socialstyrelsens analyser visar vidare att relativt få hade annat stöd i det dagliga livet året innan nytt beslut om boendestöd. Omkring 2 procent hade boende för vuxna enligt LSS och en lika stor andel hade kontaktperson enligt SoL. Vidare hade 3 procent hemtjänst enligt SoL och 4 procent kontaktperson enligt LSS.

Den huvudsakliga inkomstkällan året innan nytt beslut om boendestöd var sjuk- eller aktivitetsersättning (figur 11). En väsentlig del, omkring 40 procent, förvärvsarbetade och knappt 5 procent hade någon form av arbetsmarknadspolitisk åtgärd.

Figur 11. Huvudsaklig inkomstkälla året innan nytt beslut om boendestöd enligt SoL

Huvudsaklig inkomstkälla året innan nytt beslut om boendestöd enligt SoL, 2021.



Källa. Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen, Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, SCB:s registerbaserade aktivitetsstatistik (RAKS).

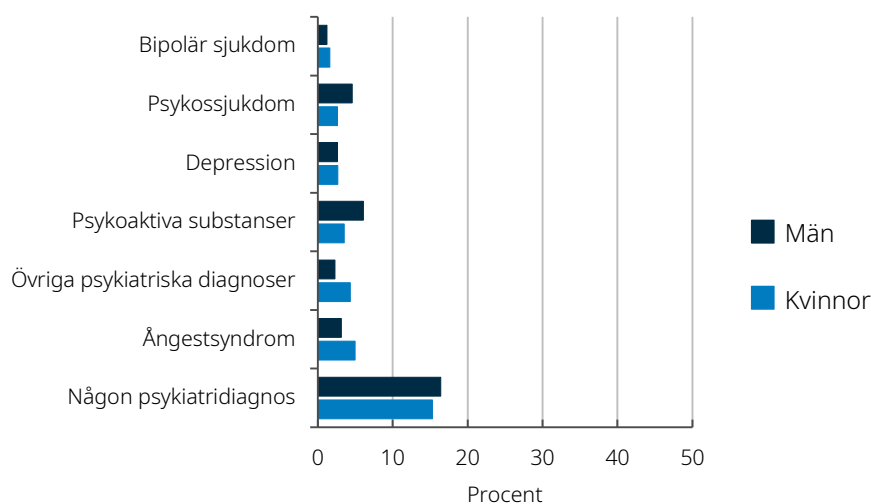
Figur 12 visar att en mindre andel vårdades året innan ett första beslut inom slutenvården för psykossjukdom (2,5–5 procent), ångest (2,5–5 procent) eller bipolär sjukdom (cirka 2 procent). Andelen som fick psykiatrisk vård till följd av psykoaktiva substanser låg på 5 procent. Personer kan även få psykiatrisk vård och behandling via den specialiserade öppenvården, vilket gör

²⁴ Se 1 och 7 §§ LSS.

att uppgifterna inte är heltäckande. Socialstyrelsen drar ändå slutsatsen att funktionsnedsättning kopplat till psykiatriska diagnoser, som till exempel psykos- eller bipolära diagnoser inte är en av de huvudsakliga förklaringarna till att personer nybeviljas boendestöd enligt SoL. Det handlar sannolikt om andra grupper, såsom personer med autism eller intellektuell funktionsnedsättning.

Figur 12. Förekomst av psykiatrisk slutenvård året innan nytt beslut om boendestöd enligt SoL

Förekomst av psykiatrisk slutenvård 2021 bland personer som fick beslut om boendestöd enligt SoL 2022, andel angiven i procent.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt SoL, insatser enligt LSS samt Patientregistret.

Incitamenten att söka boendestöd kan vara flera och behoven kan se olika ut. Socialstyrelsens analyser visar att 24 procent av kvinnorna och 31 procent av männen med nya beslut hade ekonomiskt bistånd året innan.

Sammanfattningsvis konstaterar Socialstyrelsen att ökningen inom boendestöd är svårförklarad. Troligen handlar det om flera parallella aspekter. Ett exempel är att personer som tillhör grupp 1 i LSS-personkrets beviljas boendestöd i allt högre utsträckning i stället för stöd enligt LSS.

Fördjupad analys av tillgången till insatser

Det här kapitlet är en fortsättning på förra årets analyser av tillgång till stöd på lika villkor (2). I kapitlet lyfter Socialstyrelsens frågor om till exempel personkretsbedömning och tidsbegränsade insatser. Myndigheten gör dessutom ytterligare fördjupning i analyserna av beviljanden av insatser.

Sammanfattande iakttagelser

- Det är förekommer att kommunala riktlinjer innehåller begränsningar kring bedömning av tillhörighet till personkrets 1 (intellektuell funktionsnedsättning och autism), men det är inte särskilt vanligt. Det förekommer dock att intyg om förekomsten av diagnos eller funktionsnedsättning alltid krävs, även vid omprövning. I enstaka kommuner finns även krav på att diagnoser i läkarintyg ska vara helt överensstämmande med lagstiftningens skrivningar. Skrivningarna i lagen har inte ändrats sedan lagen trädde i kraft 1994, vilket däremot diagnoserna i diagnosmanualer har. Detta är bekymmersamt och aktualiserar behovet av att se över terminologin i LSS.
- Socialstyrelsen konstaterar att arbetet för att stärka barnrätts- och barnperspektivet inom funktionshindersområdet behöver fortsätta. Även om relativt många kommuner lyfter barnperspektivet, så saknas det många gånger en beskrivning av hur det bör säkras. Trots att barnperspektivet omnämns i många riktlinjer, så innehåller riktlinjer även begränsningar av insatser som även beviljas till barn. I vissa lokala riktlinjer operationaliseras barnperspektivet, och en beskrivning finns hur handläggarna bör gå till väga. I de fallen saknas begränsningar i insatser som beviljas till barn.
- Kommunala riktlinjer innehåller relativt ofta begränsningar av ledsagar-service enligt LSS. Begränsningarna gäller bland annat antalet timmar per månad, nedre åldersgräns för att kunna beviljas insatsen, vilka aktiviteter insatsen kan användas till och geografiska begränsningar. Det är också relativt vanligt att ledsagar-service inte beviljas till personer i boende för vuxna enligt LSS.

Snävare personkretsbedömningar

Socialstyrelsen har under året fått signaler om nya trender vad gäller personkretsbedömning av personkrets 1. Intresseorganisationer²⁵ menar att allt flera hör av sig till dem på grund av att personer med Downs syndrom (både barn och vuxna) blir ifrågasatta om de verkligen tillhör personkrets 1 i LSS, trots diagnosen Downs syndrom. Organisationerna lyfter också ökade krav

²⁵ Exempelvis Svenska Downföreningen.

på förnyade utredningar av intellektuell funktionsnedsättning vid omprövningar av LSS-beslut eller ansökningar av nya insatser.

Trenden belyses av en representant för habiliteringens verksamhet i Region Stockholm, som menar att ett nytt fenomen är att kommunerna allt oftare kräver förnyade utredningar och nivåbestämning av intellektuell funktionsnedsättning. Det gäller ofta personer som fått diagnosen intellektuell funktionsnedsättning i barndomen, vanligen före skolstart, och som senare i livet behöver till exempel LSS-boende eller daglig verksamhet.

Socialstyrelsen har gått igenom de lokala riktlinjer som samlades in i början av 2023, med fokus på bedömning av personkretstillhörighet (5). Dessa riktlinjer ger inte all information, men kan ändå ge en indikation på hur vanligt ovanstående beskrivna fenomen är.

Genomgången visar att bedömning av personkretstillhörighet ofta tas upp i lokala riktlinjer. Majoriteten av de kommunala riktlinjerna redogör dock endast för vilka grupper som ingår i de olika grupperna i personkretsen. Det är också vanligt med en fördjupad redogörelse kring kriterierna för grupp 3. När det gäller grupp 1 så handlar det ofta om förtydliganden om vilka intyg som krävs som stärker diagnosen, till exempel:

- Vid bedömning av tillhörighet till personkrets 1 och 2 ska det alltid finnas intyg från psykolog eller läkare, där diagnosen uttryckligen överensstämmer med begreppen i lagtexten.
- Vid inkommen ansökan görs alltid en bedömning av personkretstillhörighet först.
- Diagnoskriterier beskrivs i DSM IV. Diagnoser skall ej tolkas av handläggare.

I ovan exempel från olika kommunala riktlinjer framgår inte om kravet på intyg även gäller när personer som redan har insats enligt LSS ansöker om fler insatser. I andra exempel är detta kravet mer något tydligt:

- Personkretstillhörigheten ska prövas varje gång någon begär en insats och skall sättas i samband med de insatser man sökt.
- Personkretstillhörighet omprövas vid varje ny begäran.
- Personkretsbedömningen ska alltid göras före beslut om insats.

I vissa lokala riktlinjer tas personkretsbedömning vid omprövning upp. Riktlinjer kan dock skilja sig åt och här följer några exempel:

- För personer som omfattas av personkretsen punkt 1 görs ingen ny personkretsbedömning vid varje ytterligare begäran om insatser, eftersom funktionsnedsättningen är bestående och vanligen livslångt. Det ska dock framgå av utredningen vilken personkrets personen tillhör samt diagnos.

- Tillhörighet till personkrets ska bedömas på nytt vid varje omprövning eller ny ansökan.

Bilden av lokala riktlinjer är inte fullständig, då endast 240 kommuner skickade in riktlinjer. Lokala riktlinjer ger inte heller hela bilden, det framkommer till exempel inget specifikt kring Downs syndrom. Socialstyrelsens samlade bedömning är ändå att i de flesta kommuner²⁶ handlar personkretsbedömningen av grupp 1 om att läkarintyg eller psykologintyg krävs, vid ansökan om insats. Detta är i sig inget konstigt. Myndigheten kan dock konstatera att det i riktlinjer förekommer krav på nya utredning om personkretstillhörighet varje gång en insats söks. Eftersom diagnoser relaterat till personkrets 1 är livslånga är det tveksamt om det är befogat att kräva utredning av personkretstillhörighet vid varje ansökan om insats. I vissa fall kan det dock vara befogat att utreda nivån av intellektuell funktionsnedsättning, eftersom den kan ändras under uppväxten. I dessa fall kan förnyad kognitiv bedömning vara motiverad för att ge personen rätt stöd.

Det är problematiskt att flera kommuner uttrycker kravet att diagnoserna ska överensstämma till fullo med lagens skrivning. I lagen används begreppet utvecklingsstörning, men i diagnosmanualen DSM-V används begreppet intellektuell funktionsnedsättning. ICD-10, som innehåller klassifikationskoder, innefattar i sin tur begreppet psykisk utvecklingsstörning. Detta innebär att en exakt överensstämmelse med lagens skrivning inte alltid är möjlig.

Skrivningarna i lagen har inte ändrats sedan lagen trädde i kraft 1994, vilket däremot diagnoserna i DSM har. Socialstyrelsen har tidigare lyft behovet av att se över terminologin i LSS, så att funktionsnedsättningar och diagnoser överensstämmer med nuvarande formuleringar. Myndigheten kan konstatera att detta behov inte bara kvarstår utan även har blivit större.

Förändringar har även skett i bedömning av grupp 3

Det har även skett förändringar när det gäller bedömning av tillhörighet till personkrets 3 (6). Flera kommuner anger i sina riktlinjer att handläggare alltid ska kräva läkarintyg eller intyg från psykolog som underlag till utredningen av personkretstillhörighet. Det förekommer också att företeelser som nämns i förarbetet som exempel på svårigheter beskrivs som kriterier som ska vara uppfyllda för att personen ska anses tillhöra personkretsen. Någon kommun har angett att alla de grundläggande behov som ska uppfyllas för

²⁶ Av 240 kommuner.

att en person ska kunna få insatsen personlig assistans också gäller för att tillhöra grupp 3 i personkretsen.²⁷

Arbetet med barnrättsperspektivet behöver fortsätta

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att barnrättsperspektivet behöver öka inom LSS-handläggningen (7). Under 2023 har Socialstyrelsen valt att fördjupa kunskapen om detta område, bland annat mot bakgrund av myndighetens sektorsansvar för funktionshinderspolitiken. I dialoger med det civila samhället har det framkommit flera viktiga aspekter kring barnrättsperspektivet och barnets perspektiv, kopplat till funktionshindersområdet (8). I dialogerna har deltagarna lyft att de ser flera områden där barn och unga med intellektuell funktionsnedsättning inte kommer till tals. Ofta handlar det om att barnen inte får möjlighet att kommunicera på sitt sätt för att handläggare inte har kunskap om eller kompetens inom alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) eller andra alternativa kommunikationssätt. Det kan också bero på att informationen som ges till barnet inte är tillgänglig. Deltagarna pekade exempelvis på att många barn möts av kommentarer som "här pratar vi" trots att det är vanligt att barn med intellektuell funktionsnedsättning eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning hellre skriver eller ritar för att berätta om traumatiska händelser. (8)

Deltagarna uppgav även att i de fall barnets rättigheter ställs mot föräldrars rättigheter vinner ofta föräldrars rättigheter. Det resulterar i att barnen förlorar sin agens. Ett exempel är att barnen ofta inte får möjlighet att berätta själva, utan föräldern styr samtalet och talar över huvudet på barnet. Ofta görs det av omsorg – men konsekvensen blir att barnet inte hörs. Det är också vanligt att barn med funktionsnedsättningar har föräldrar som har egna funktionsnedsättningar. Det gäller i synnerhet funktionsnedsättningar som autism och adhd. I de fall kan föräldrarna själva behöva stöd, vilket komplicerar situationen ytterligare. Ett vanligt problem för barn med diabetes är att föräldrar som själva har utmaningar av något slag låter sina barn ta över ansvaret för sin behandling för tidigt, innan barnet är tillräckligt gammalt för att ha ett så stort ansvar. (8)

Flera av deltagarna i samrådet kände oro kring att regioner och kommuner kommer skära ner på stöd till barn och unga på grund av den ekonomiska

²⁷ Pendlingskommun nära större stad.

situationen. De menar att nedskärningar får störst konsekvenser för särskilt utsatta barn och unga, som barn med funktionsnedsättning (8)

Innehållet i kommunala riktlinjer ger mer information om barn- och barnrättsperspektivet inom funktionshindersområdet. Det finns inga krav på en kommun att utarbeta riktlinjer och inte heller vad som bör ingå i dem. Innehållet i riktlinjerna är ändå av intresse. Socialstyrelsens genomgång visar att barnperspektiv lyfts i flertalet av kommunernas lokala riktlinjer, men att de oftast handlar om referenser till lagstiftning. Referenser görs framförallt till följande skrivning i LSS: Av 8 § LSS framgår att när en insats rör ett barn ska barnet få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Socialstyrelsens genomgång visar med andra ord att perspektiven ofta lyfts i de kommunala riktlinjerna. Genomgången visar även att det många gånger saknas en beskrivning av hur det bör säkras. I ett fåtal kommunala riktlinjer operationaliseras barnperspektivet och i dessa beskrivs hur handläggarna bör gå till väga. Då handlar det även om att dokumentera hur barnets behov har beaktats.

Innehållet i kommunala riktlinjer ger viss information, men inte hela bilden. Socialstyrelsen kan dock konstatera att trots att barnperspektivet omnämns i många riktlinjer, så innehåller riktlinjer även begränsningar av insatser som även beviljas till barn. Ett exempel är avlösarservice: flera riktlinjer innehåller begränsningar i geografi, framförallt att insatsen inte kan ges utanför hemmet. Ett annat är ledsagarservice. Vissa kommuner har inskrivet i sina lokala riktlinjer att ledsagning inte ges till barn. I en enkät till kommunerna ställde Socialstyrelsen frågan om kommunerna fattar beslut om ledsagning i högre grad sedan barnkonventionen blev lag. Två av de 40 kommuner som besvarade frågan uppgav att det skett en sådan förändring (6).

Socialstyrelsen kan sammanfattningsvis konstatera att arbetet för att stärka barnrätts- och barnperspektivet inom funktionshindersområdet behöver fortsätta. Myndigheten avser att fortsätta arbeta med frågan.

Begränsningar vanligt inom ledsagarservice

Under året som gått har Socialstyrelsen publicerat en fördjupad analys av förändringar inom ledsagning enligt LSS och SoL (6). Analyserna visar att i 38 procent av kommunerna finns avgränsande riktlinjer när det gäller LSS.

Många av de kommunala riktlinjerna innehåller begränsningar på olika sätt, utan närmare förklaringar eller referenser. Ofta handlar dessa om rätten att få insatser eller omfattning av insatser, till exempel hur ofta man kan få ledsagning och i vilket geografiskt område man kan få stöd. Men det finns också kommuner som i sina riktlinjer skriver att det medvetet inte finns några begränsningar i hur ofta och i vilken omfattning eller till vilka åldrar ledsagning kan ges, utan att allt utgår från individuella bedömningar.²⁸ (6)

Beträffande ledsagarservice enligt LSS uppger 23 procent av kommunerna att de har begränsningar vad gäller antalet timmar. Motsvarande andel när det gäller ledsagning enligt SoL är 44 procent. Spannet vad gäller avgränsningar i de riktlinjer som Socialstyrelsen gått igenom är stort. Här följer några exempel på skrivningar i olika kommunala riktlinjer:

- Ledsagning
 - beviljas som regelbunden service för ungdom i åldern 13–17 med maximalt 12 timmar per månad.
 - beviljas som regelbunden service för personer i åldern 18–65 med maximalt 24 timmar per månad.
- Ledsagarservice beslutas vanligtvis i antal timmar per kalendermånad, efter individuell prövning av behovet. Ledsagning i en omfattning av fem timmar per vecka är ett riktvärde för goda levnadsvillkor i X kommun.
- Ledsagning beviljas den som är i behov av stöd och hjälp vid fritidsaktiviteter max 6 timmar per månad. Kravet på goda levnadsvillkor bedöms i de allra flesta fall uppfyllda genom att den enskilde har möjlighet att delta i en individuellt planerad fritidsaktivitet per vecka.
- Den som saknar förmåga att själv kunna gå på promenader beviljas för att komma ut i närområdet. Insatsen syftar till att motverka social isolering och att den enskilde får en aktiv vardag. I normalfallet bedöms en promenadtid på 4 timmar per månad tillgodose skälig levnadsstandard.

Flera kommuner har en nedre åldersgräns för att bevilja ledsagning. En kommun skriver att ledsagarservice inte beviljas barn för aktiviteter i samhället, eftersom detta är vårdnadshavares ansvar enligt 6 kap. 2§ föräldrabalken.²⁹ En annan anger att utifrån normalt föräldraansvar beviljas ledsagning normalt inte för barn under 10 år.³⁰ Annars är 12 eller 13 år en åldersgräns som återkommer i flera riktlinjer.³¹

²⁸ Landsbygds kommun.

²⁹ Pendlingskommun nära större stad.

³⁰ Pendlingskommun nära större stad.

³¹ Små kommuner spridda över landet.

Knappt en tredjedel av kommunerna (28 procent) har geografisk begränsning vad gäller ledsagning enligt SoL och 38 procent har detta när det gäller ledsagarservice enligt LSS i sina riktlinjer.

Av lokala riktlinjer framgår det att den geografiska begränsningen för enskilda kan se mycket olika ut, beroende på var man bor. Som ytterligheter kan beskrivas att en kommun endast beviljar ledsagning till närmaste hårfrysör respektive närmaste närbutik. Andra kommuner framhåller att det kan vara rimligt att en person i aktiv ålder någon gång ges möjlighet att göra en resa till närliggande länder. Med närliggande länder avses då länder i Europa. Det vanligaste tycks dock vara att kommuner i normalfallet endast beviljar ledsagarservice till resor i den enskildes närområde. Någon kommun har också kombinerat begränsning i tid med geografisk begränsning genom att säga att ledsagning för semesterresa inom Sverige beviljas med maximalt upp till tre dagar³² eller en vecka per år.³³

Det är också vanligt att ledsagning inte ges om personen bor i bostad med särskild service för barn respektive vuxna enligt 9 § 8 eller 9 § 9 LSS. Några kommuner skriver att man i dessa fall får anse att personalen på boendet följer den enskilde då fritids- och kulturaktiviteter ingår i dessa insatser. Socialstyrelsen har inte utrett om detta sker specifikt i dessa kommuner, men myndighetens bild är att den möjligheten vanligen är begränsad på grund av att det inte finns tillräckligt med personal. Denna avgränsning återfinns dock inte i lagens förarbete. HFD har i ett mål bedömt att en person som bodde i gruppboende var berättigad till ledsagarservice enligt LSS när det förelåg behov av aktiviteter utanför gruppboendet och dessa behov inte tillgodosågs av personal i gruppboendet.³⁴ Personer som bor i gruppboende kan således ha rätt till insatser i form av ledsagarservice om hen är i behov av utökad individuellt anpassad aktivitet. Det har många kommuner tagit fasta på och skriver i sina riktlinjer att ledsagning kan ges om det finns särskilda skäl eller om boendepersonalen inte faktiskt kan tillgodose behovet.

Omkring hälften av kommunerna (52 procent) har uppgett att de har begränsningar för vilken typ av aktivitet som ledsagarservice enligt LSS kan användas till. (6)

³² Landsbygdskommun med besöksnäring.

³³ Pendlingskommun nära större stad.

³⁴ Se RÅ 1995 ref. 47.

Kostnadsutveckling

I det här kapitlet beskrivs kostnadsutvecklingen för offentligt finansierade verksamheter för insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Kapitlet bygger främst på kostnadsuppgifter från Statistiska Centralbyrån (SCB), vilka har en viss eftersläpning. Därför presenteras här kostnader till och med 2022, vilket är i enlighet med lägesrapporter publicerade tidigare år. Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för det egna åtagandet.³⁵ För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2022 års priser. Ett konsumentprisindex för den kommunala omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning används i detta avsnitt³⁶.

Sammanfattande iakttagelser

- År 2022 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning som omfattas av SoL (0–64 år) och LSS/SFB till 82,1 miljarder kronor.
- Kostnaderna var stabila 2018–2019 men har därefter ökat. Kostnaderna som en andel av socialtjänstens totala kostnader har legat stabilt strax under 29 procent 2018–2022.
- Kostnadsökningen förklaras framförallt av ökade kostnader insatser enligt LSS. Dessa kostnader utgör ca 80 procent av de totala kostnaderna. Kostnader för insatser enligt SoL/HSL har varit på en mer stabil nivå. De största kostnadsposterna är boende för vuxna och personlig assistans enligt LSS/SFB.
- Sett över en 10-årsperiod har kostnaderna för insatser enligt LSS/SFB minskat med i genomsnitt 2,2 procent årligen, men kostnadsutvecklingen har varit omväxlande under perioden. Insatser enligt SoL har i genomsnitt ökat med 0,9 procent per år och även där har kostnadsutvecklingen varit omväxlande.
- År 2022 var kostnaden för insatser enligt LSS per invånare 1 400 kronor högre (ca 24 procent) i den huvudkommungrupp med högst kostnad, *storstäder och storstadsnära kommuner*, jämfört med kommungruppen med lägst kostnad, *större städer och kommuner nära större stad*. Kostnadsutvecklingen har däremot varit relativt jämförbar för de tre huvudkommungrupperna (så kallade *mindre städer och landsbygd* utöver de två tidigare nämnda).

³⁵ Det egna åtagandet innefattar den verksamhet som kommuner har definierat som sin, och som riktar sig till den egna befolkningen. Den definieras som bruttokostnad exklusive interna intäkter och försäljning till andra kommuner och regioner.

³⁶ Beställt från SCB.

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning ökar

År 2022 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 82,1 miljarder kronor (tabell 1).

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning utgör 28,9 procent av socialtjänstens totala kostnader. Detta kan jämföras med 51,7 procent för äldreomsorg och 19,4 procent för individ- och familjeomsorg. Andelen kostnader för socialtjänsten som tillägnas insatser till personer med funktionsnedsättning har varit på en stabil nivå sedan 2018.

Funktionsnedsättningsområdets andel av kommunernas totala kostnader har ökat något sedan 2018, medan kostnaderna som en andel av BNP har varit på en stabil nivå.

Tabell 1. Kostnader för stöd till personer med funktionsnedsättning i förhållande till övriga kostnader i kommunen och BNP

Kostnader* för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning angivet som andel av övriga kostnader i socialtjänsten, kommunen samt BNP, andel angivet i procent.

	2018	2019	2020	2021	2022
Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning (miljarder kronor) **	78,7	78,8	79,7	81,1	82,1
Andel av socialtjänstens kostnader (%)	28,6	28,8	28,7	28,9	28,9
Andel av kommunernas kostnader (%)	10,6	10,7	10,9	11,0	11,0
Andel av BNP (%)	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5

Not: Totala kostnader i första raden presenteras i fasta priser. Andelar i övriga rader i tabellen baseras på löpande priser.

*Kostnaderna är fastprisberäknade till 2022 års priser.

**Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2018–2022 och SCB:s Prisindex 2022 SCB, 2023).

Kostnadsökningen återfinns inom LSS

Kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättningar i åldern 0–64 år kan indelas in i insatser enligt LSS och SFB eller insatser enligt SoL. Kommunernas totala kostnad avseende funktionsnedsättning har ökat mellan 2018 och 2022 (tabell 2), men det är främst kostnaden för insatser enligt LSS/SFB som har ökat under tidsperioden, medan kostnaden för insatser enligt SoL/HSL har minskat något.

Under 2022 utgjorde insatser enligt LSS och SFB majoriteten av kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, 66

miljarder kronor. Sedan 2018 har kostnaderna ökat med 5,8 procent, motsvarande 3,6 miljarder kronor. Den största delen av dessa kostnader gällde boende för vuxna enligt LSS. Den näst största kostnadsposten var kostnaden för personlig assistans enligt LSS och SFB³⁷ motsvarande 12,8 miljarder kronor.

År 2022 uppgick kostnaderna för insatser enligt SoL till 16,1 miljarder kronor, vilket motsvarar nästan 20 procent av de totala kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning. Kostnaderna har minskat något sedan 2018 och låg 2022 på 1,6 procent, motsvarande 0,3 miljarder kronor.³⁸ Den största delen utgjordes av kostnader för vård och omsorg i ordinärt boende, vilket uppgick till 9,3 miljarder kronor. Här ingår bland annat hemtjänst och boendestöd. Kostnaderna för boende enligt SoL uppgick till 6,1 miljarder kronor och vård och omsorg i öppen verksamhet till 0,8 miljarder kronor.

Tabell 2. Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktions-nedsättning över tid

Kommunernas kostnader* för insatser till personer med funktionsnedsättning, kostnad angiven i miljarder kronor (mdkr), andel angiven i procent.

Kommunernas kostnader	2018	2019	2020	2021	2022	Förändring 2018-2022, mdkr	Förändring 2018-2022, %
Summa insatser enligt LSS**	62,3	62,7	63,8	65,0	66,0	3,7	5,8
Boende enligt LSS	33,7	34,4	35,7	36,9	37,6	3,9	11,7
varav							
Boende för vuxna	31,5	32,2	33,4	34,6	35,4	3,9	12,3
Boende för barn	2,2	2,2	2,3	2,3	2,2	0,0	3,4
Personlig assistans enligt LSS/SFB*	13,3	13,2	13,3	13,1	12,8	-0,5	-11,2
Daglig verksamhet enligt LSS	9,7	9,6	9,5	9,7	10,2	0,5	4,5
Övriga insatser enligt LSS	5,6	5,5	5,3	5,3	5,3	-0,3	-4,8
Summa insatser enligt SoL/HSL	16,4	16,1	16,0	16,0	16,1	-0,3	-1,6

³⁷ Kostnader för personlig assistans enligt SFB, statlig assistansersättning, avser kostnader där kommunen är utförare av insatsen samt kostnader för sjuklöner inom ramen för statlig assistansersättning.

³⁸ Det kan tilläggas att kostnaderna har fortsatt att öka 2018–2022 i löpande priser, se bilaga 1. Med andra ord så har inflationen ökat snabbare än kostnaderna här.

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Stöd i ordinärt boende enligt SoL	9,5	9,4	9,1	9,2	9,3	-0,2	-2,5
varav							
Hemtjänst/boendestöd	7,1	7,1	7,0	7,0	7,0	-0,1	-1,7
Korttidsboende	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,0	-7,8
Övriga insatser	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0	0,0	-3,1
Dagverksamhet	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	-3,7
Boende enligt SoL	6,0	5,9	6,0	6,1	6,1	0,1	
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,9	0,8	0,8	0,7	0,8	-0,1	-13,7
Kommunernas totala kostnad för stöd till personer med funktionsnedsättning	78,7	78,8	79,7	81,1	82,1	3,4	4,3

- Kostnaderna är fastprisberäknade till 2022 års priser.

** Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

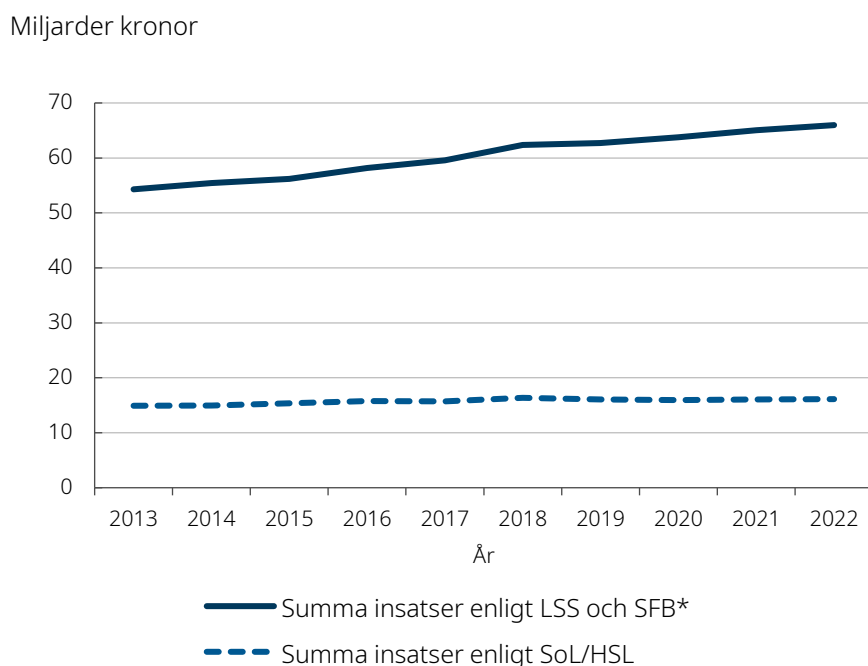
Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2018–2022 och Prisindex 2022 (SCB, 2022).

Under 2018–2022 ökade kommunernas kostnader inom insatser avseende hela funktionshindersområdet med sammantaget 4,3 procent (3,4 miljarder kronor). Kostnadsutvecklingen ser dock mycket olika ut för olika områden.

Sett över en 10-årsperiod (2013–2022, figur 13) har kostnaderna för insatser till personer som omfattas av LSS ökat relativt stadigt. Kostnaderna har ökat med i genomsnitt 2,2 procent per år 2013–2022. I figur 13 ser vi också att kostnaderna för personer som omfattas av SoL ökade något till och med 2018, för att därefter svagt minska. I genomsnitt har kostnaderna enligt SoL ökat med 0,9 procent per år sedan 2013.

Figur 13. Kostnadsutveckling inom funktionshindersområdet över tid

Kommunernas kostnader* för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt LSS och SoL, kostnad angiven i miljarder kronor, 2013—2022.



* Priserna är fastprisberäknade till 2022 års priser.

Not: Kostnader enligt LSS och SFB är exklusive ersättning från Försäkringskassan.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2013–2022 och Prisindex 2022 (SCB, 2022).

Fördelningen av kommunernas kostnader mellan kostnadsposterna för insatser enligt LSS och SoL speglar skillnaden i kostnadsutvecklingen: under denna tioårsperiod har andelen kostnader enligt LSS för hela funktionsnedsättningsområdet ökat från cirka 64 till 80 procent.

Kostnader för personlig assistans har minskat

Kostnaden för personlig assistans, som en av insatserna inom LSS, består av personlig assistans inom en kommuns verksamhet, samt personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning.

År 2022 uppgick kommunernas kostnader för personlig assistans inom kommunens verksamhet till 12,8 miljarder kronor (exklusive ersättning från Försäkringskassan). Mellan 2018 och 2022 har dessa kostnader minskat med 3,6 procent, motsvarande 0,5 miljarder kronor (tabell 3).

I kommunernas kostnader för personlig assistans ingår ett kostnadsansvar för de första 20 timmarna per vecka för beslut om statlig assistansersättning

enligt SFB.³⁹ Under perioden 2018–2022 har denna kostnadspost minskat med 0,8 miljarder kronor, motsvarande 15,2 procent. Minskningen förklaras framförallt av att antalet beslut om statlig assistansersättning har minskat.

Kommunerna kan även agera som utförare av statlig assistansersättning. I sådana fall får kommunerna ersättning från Försäkringskassan. Denna post har minskat under hela perioden 2018–2022 med en summa av 1,8 miljarder kronor. Detta motsvarar en minskning med knappt 26 procent sedan 2018. Möjliga förklaringar är att allt färre personer med statlig assistansersättning väljer kommunen som utförare i kombination med färre mottagare av statlig assistansersättning.

Under femårsperioden 2018–2022 har kostnaden för kommunens totala verksamhetsåtagande inom personlig assistans minskat med 11,2 procent motsvarande 2,2 miljarder kronor.

³⁹ Se 51 kap. 22 § SFB.

Tabell 3. Kommunernas kostnadsutveckling för personlig assistans enligt LSS

Kommunernas kostnader* för personlig assistans enligt LSS, kostnaderna är angivna i miljarder kronor, andelen angiven i procent, 2018–2022.

	2018	2019	2020	2021	2022	Förändring 2018–2022, mdkr	Förändring 2018–2022, %
Kostnader för personlig assistans	13,3	13,2	13,3	13,1	12,8	-0,5	-3,6
Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	5,2	4,8	4,7	4,6	4,4	-0,8	-15,2
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning**	6,8	6,2	5,7	5,4	5,1	-1,8	-25,9
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	20,1	19,4	19,0	18,5	17,9	-2,2	-11,2

* Kostnaderna är fastprisberäknade till 2022 års priser.

** Denna kostnad ersätts av Försäkringskassan.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag och finanser 2018–2022 och Prisindex 2022 (SCB, 2022).

Små skillnader per kommungrupp i kostnadsutveckling för insatser enligt LSS

Under perioden 2018–2022 har den totala kostnaden för insatser enligt LSS ökat i samtliga tre huvudkommungrupper (tabell 1, se bilaga 2 för definition av kommungrupp). Kostnaderna ökade mest i *Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner* (6 procent), men skillnaden i ökningstakten är liten (tabell 4).

Tabell 4. Kostnader för insatser enligt LSS uppdelat per kommungrupp

Kommunernas kostnader för insatser* till personer med funktionsnedsättning**, kostnaderna angivna i miljarder kronor (mdkr), 2018–2022.

	2018	2019	2020	2021	2022	Förändring 2018–2022, mdkr	Förändring 2018–2022, %
Storstäder och storstads-nära kommuner	25,0	25,1	25,5	25,8	26,5	1,5	5,9
Större städer och kommuner nära större stad	16,7	16,9	17,2	17,2	17,7	1,0	5,6
Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	20,6	20,7	21,1	21,3	21,8	1,2	6,0
Totalt	62,3	62,7	63,8	64,3	66,0	3,7	5,9

* Kostnaderna är fastprisberäknade till 2022 års priser.

**Insatser enligt LSS/SFB exklusive ersättning från Försäkringskassan

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2018–2022 och Prisindex 2022 (SCB, 2022).

Per invånare är kostnaden för insatser enligt LSS högst i *Storstäder och storstadsnära kommuner*, där kostnaden per invånare är cirka 6 900 kronor.

Detta kan jämföras med cirka 6 600 och 5 500 kronor per invånare i *Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner* respektive *Större städer och kommuner nära större stad*.

År 2022 var alltså kostnaden för insatser enligt LSS per invånare 1 400 kronor högre (cirka 20 procent) i den huvudkommungrupp med högst kostnad, *Storstäder och storstadsnära kommuner*, jämfört med kommungruppen med lägst kostnad, *Större städer och kommuner nära större stad*.

Liten förändring i regionernas kostnader

Utvecklingen av regionernas kostnader för funktionshinders- och hjälpmedelsverksamhet ser något annorlunda ut. Kostnaderna har legat på en stabil nivå 2018–2022. Kostnadsutvecklingen kan beskrivas som lätt U-formad: år 2018 uppgick kostnaderna till 8,8 miljarder kronor, minskade ner till 8,2 miljarder 2020 för att år 2022 nå den högre nivån 8,7 miljarder kronor (tabell 5).

I regionernas kostnader ingår övergripande funktionshinderkostnader samt kostnader av verksamheter vid hjälpmedelscentraler, hörselcentraler, syncentraler och inkontinenshjälpmedelsfunktioner. Även bidrag till funktionshindersorganisationer ingår i dessa kostnader, liksom tolkservice till döva och dövblinda.

Tabell 5. Regionernas kostnader för vissa insatser till personer med funktionsnedsättning

Regionernas kostnader* för insatser till personer med funktionsnedsättning, kostnaderna angivna i miljarder kronor (mdkr), 2018–2022.

	2018	2019	2020	2021	2022	<i>Förändring 2018–2022 mdkr</i>	<i>Förändring 2018–2022 %</i>
Funktionshinder /hjälpmedelsverksamhet	8,8	8,7	8,2	8,5	8,7	-0,1	-0,9

* Kostnaderna är fastprisberäknade till 2022 års priser.

Not: Rikstotal i tabellen är exklusive Gotland.

Källa: Regionernas räkenskapsammandrag 2018–2022 och Prisindex 2022, Statistiska centralbyrån.

Handläggning och myndighetsutövning

I det här kapitlet fokuserar Socialstyrelsen på myndighetsutövningen inom socialtjänsten, bland annat utredningstider, verkställighet av beslut och uppföljning av beslutade insatser. Även strukturerad information och Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) tas upp.

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet för målgruppen personer med funktionsnedsättning har genom åren minskat. År 2023 var andelen 24 procent, vilket är en minskning med 12 procentenheter sedan 2017.
- ICF är en viktig del i handläggning och strukturerad dokumentation, särskilt i ärenden som rör personer med funktionsnedsättning.⁴⁰ Andelen kommuner där handläggare använder ICF i dokumentationen har ökat från 14 procent 2015 till 73 procent 2023. Andelen kommuner där utförarpersonal⁴¹ använder ICF i dokumentationen har ökat från 12 procent 2015 till 63 procent 2023.
- Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, har minskat något under de senaste åren. År 2023 var medianvärdet för alla kommuner i landet 33 dagar, år 2019 var det 38 dagar.
- Från sista oktober 2022 till sista oktober 2023 inkom till IVO 7 380 ej verkställda beslut gällande insatser enligt LSS eller Sol till personer med funktionsnedsättning. Hälften av ärendena berodde på ansvarig kommun, det vill säga att kommunen hade svårigheter att verkställa beslutet.

Uppsökande verksamhet inom socialpsykiatrin minskar

Andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet för målgruppen personer med funktionsnedsättning har genom åren minskat. Med uppsökande verksamhet menas att kommunen har ett utåtriktat och aktivt arbete för att identifiera personer med psykisk funktionsnedsättning som har behov av socialtjänstens insatser samt erbjuda dem stöd. År 2023 svarade 24 procent av kommunerna i Socialstyrelsens kommunundersökning att de

⁴⁰ ICF är en förkortning av *International Classification of Functioning, Disability and Health*, svensk översättning *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*.

⁴¹ Kommunal utförarverksamhet inom funktionshinder (SoL och/eller LSS)

bedriver uppsökande verksamhet för målgruppen (9). Motsvarande andel 2017 var 36 (tabell 6). En jämförelse mellan länen visar att andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet skiljer sig åt i landet. Exempelvis bedrevs ingen uppsökande verksamhet i fyra av landets län under 2023, medan hälften av kommunerna i Stockholms län gjorde det, se figur 14.

Tabell 6. Uppsökande verksamhet inom socialpsykiatri över tid

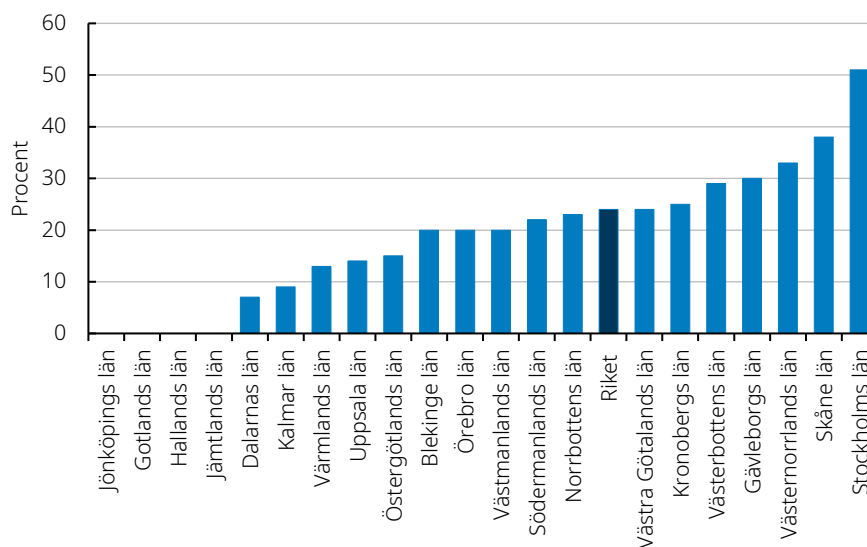
Andel kommuner som bedriver uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning, andel angiven i procent, 2017–2023.

År	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Procent	36	30	31	32	24	25	24

Källa: Enkät Öppna Jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, Socialstyrelsen 2017–2023 (Socialstyrelsen, 2017–2023).

Figur 14. Uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning

Andel kommuner i respektive län som bedriver uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning, andel angiven i procent, 2023.



Källa: Enkät Öppna Jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, Socialstyrelsen 2017–2023 (Socialstyrelsen, 2023).

Markant ökad användning av ICF

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa (10). Klassifikationen används som stöd vid bedömning av behov, arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering. Arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) bygger till stor del på ICF. Sedan 2015 har användningen av ICF ökat kontinuerligt

inom funktionshinderområdet. Andelen kommuner där handläggare använder ICF i dokumentationen har ökat från 14 procent 2015 till 73 procent 2023 (11). Andelen kommuner där utförarpersonal⁴² använder ICF i dokumentationen har ökat från 12 procent 2015 till 63 procent 2023.

Utredningstiderna minskar

Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, har minskat något under de senaste åren. År 2023 var medianvärdet för alla kommuner i landet 33 dagar, vilket är samma antal som året innan (12). Medianvärdet för utredningstider har sjunkit över tid. År 2019 var medianvärdet 38 dagar.

Verkställighet är fortfarande en utmaning

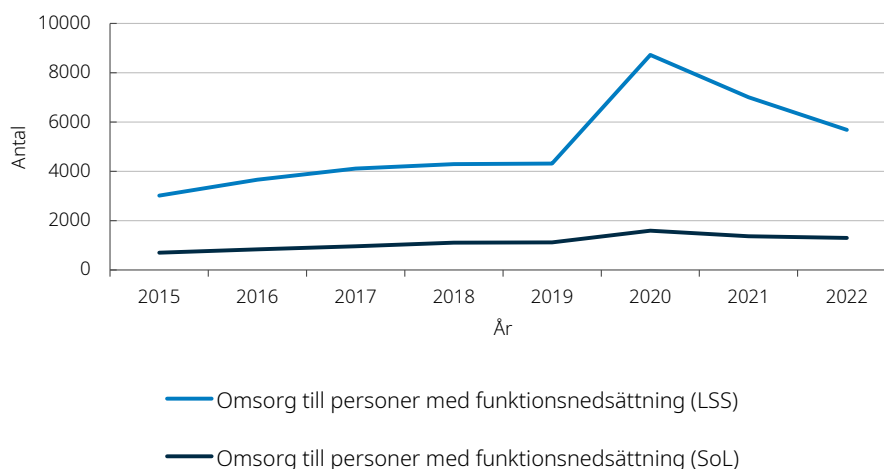
Socialnämnden eller motsvarande i en kommun har en skyldighet att rapportera till IVO om en beviljad insats om vård eller omsorg till en individ inte har verkställts inom tre månader. Antalet ej verkställda beslut för insatser enligt LSS eller SoL ökade kraftigt under covid-19-pandemin men minskade igen under 2022 (figur 15).

De vanligaste besluten som inte verkställs i tid enligt LSS, är daglig verksamhet, kontaktperson och bostad med särskild service för vuxna. De vanligaste besluten enligt SoL som inte verkställs i tid var kontaktperson, boendestöd och bostad för vuxna.

⁴² Kommunal utförarverksamhet inom funktionshinder (SoL och/eller LSS)

Figur 15. Ej verkställda beslut över tid

Antal ej verkställda beslut om stöd till personer med funktionsnedsättning enligt SoL och LSS, 2015-2022, riket.



Källa: www.ivo.se.

Från sista oktober 2022 till 23 oktober 2023 inkom till IVO 7 380 ej verkställda beslut gällande insatser enligt LSS eller Sol till personer med funktionsnedsättningen (13). Av dessa har kommunerna rapporterat att skälet till att beslutet inte verkställts i 3 640 av fallen låg hos den enskilde och i 3590 hos kommunen. I 150 av fallen har kommunerna rapporterat att skälet ligger utanför kommunen.

När kommunerna har rapporterat att skälet till ej verkställda beslutet ligger hos den enskilde, är de vanligaste orsakerna att den enskilde

- har specifika önskemål om exempelvis boende, områden, personal, utförare, uppstart
- inte medverkar till verkställighet genom att exempelvis inte lämna ut nycklar, inte svara, inte öppna, inte komma på möten
- har ett hälsotillstånd som hindrar verkställigheten
- har tackat nej för att den enskilde är missnöjd med tid, omfattning eller utförare
- har tackat nej för att den enskilde, företrädare eller anhörig är tveksam till beviljat bistånd/insats.

När kommunerna har rapporterat att skälet till ej verkställda besluten ligger hos kommunen, är de vanligaste skälen att kommunen

- saknar plats, exempelvis har kö, behov av/pågående sanering, renovering eller ombyggnation
- personalrelaterade skäl, exempelvis stor omsättning, långvarig sjukdom, rekryteringsproblem eller arbetsmiljöproblem.(13)

Digitalisering och välfärdsteknik

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av välfärdsteknik och e-hälsa inom socialtjänstens stöd till personer med funktionsnedsättning. Även digitaliseringen i syfte att motverka isolering tas upp.

Sammanfattande iakttagelser

- Användandet av välfärdsteknik inom funktionshindersområdet har minskat. Det är framförallt användningen av välfärdsteknik som är kopplad till omvårdnad och tillsyn som har minskat, såsom digital tillsyn, passiva larm och gps-larm. Under perioden 2021–2023 har till exempel natttillsyn med digital teknik minskat från 47 till 27 procent.
- Den vanligaste typen av välfärdsteknik som erbjuds till personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende är videostöd vid samordnad individuell plan (SIP), vilket finns i över 70 procent av kommunerna. I stöd- och serviceboenden är det i sin tur vanligast med passiva larm, som finns i 76 procent av kommunerna.
- Digitala stöd för dagliga aktiviteter eller träning finns i 39 procent av kommunerna för personer i ordinärt boende. Andelen är högre i stöd- och serviceboenden, 53 procent.
- Digitala stöd och välfärdsteknik är många gånger förutsättningar för sociala aktiviteter och för att bryta isolering. Cirka 70 procent av kommunerna erbjuder stöd för att bryta den digitala isoleringen.

Minskad användning av välfärdsteknik

Om välfärdsteknik

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning. Välfärdsteknik kan användas av personen själv, en närstående, personal eller någon annan i personens närhet. Välfärdsteknik kan både ges som bistånd enligt SoL eller förskrivas som hjälpmedel enligt HSL.

Socialstyrelsens årliga uppföljning visar en nedgång av välfärdsteknik inom kommunernas funktionshindersverksamhet (11). De tekniker som minskat mest är digital tillsyn, passiva larm och gps-larm.

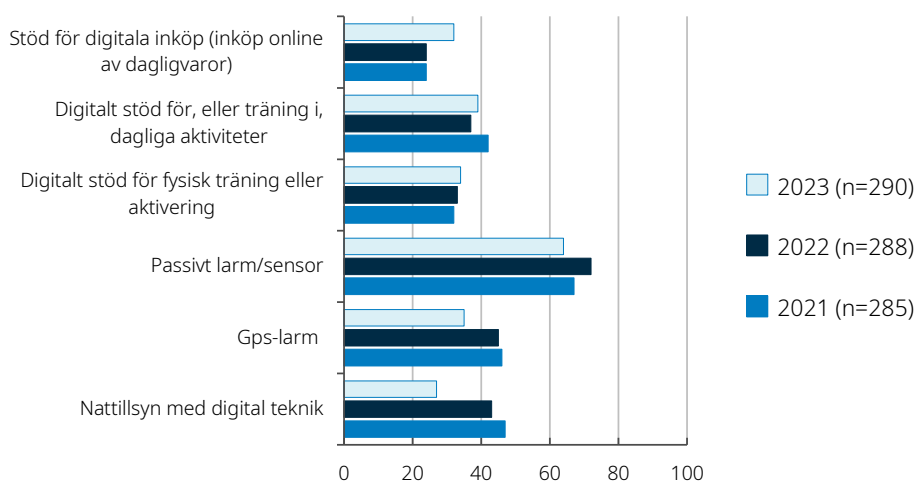
Stöd för digitala inköp ökar i ordinärt boende

Den vanligaste typen av välfärdsteknik som erbjuds till personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende är videostöd vid samordnad individuell plan (SIP), vilket finns i över 70 procent av kommunerna. En annan

vanlig teknik är passiva larm, vilket finns i 64 procent av kommunerna. Det har skett flera markanta minskningar av välfärdsteknik inom funktionsområdet, sedan 2022 (figur 16). Den enda tekniken som uppvisar en tydlig ökning är stöd för digitala inköp, där andelen kommuner som erbjuder detta har ökat från 24 procent 2022 till 32 procent 2023. Nedgången är som tydligast inom digital tillsyn där andelen kommuner som har digital tillsyn nattetid har minskat från 43 procent 2022 till 27 procent 2023. Andra tydliga minskningar förekommer inom gps-larm och passiva larm, där andelen kommuner har minskat med 10 respektive 8 procentenheter (se figur 16).

Figur 16. Utveckling av välfärdsteknik för personer med funktionsnedsättning i ordinärt boende

Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik tillgängliga i verksamheter för personer med funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende, andel angiven i procent, 2021–2023.



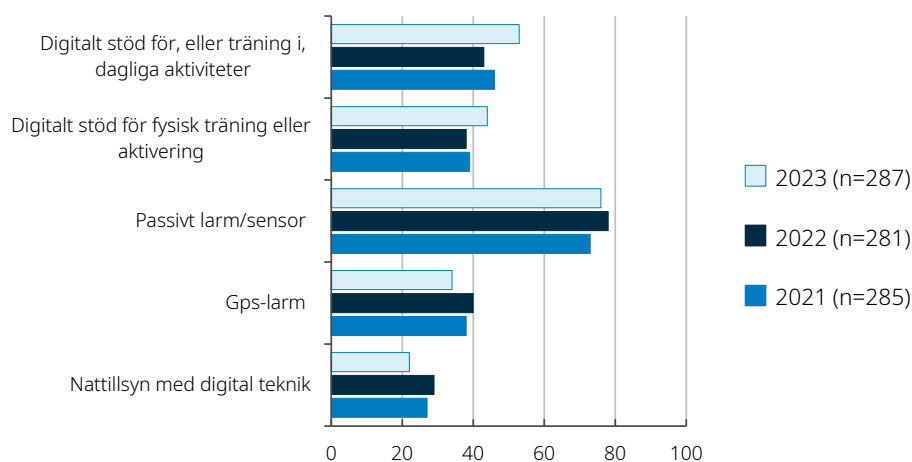
Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023 (Socialstyrelsen, 2023).

Passiva larm vanligt i stöd- och serviceboenden

Den vanligaste typen av välfärdsteknik i boenden för personer med funktionsnedsättning (stöd- och serviceboenden) är passiva larm, vilket finns i 76 procent av kommunerna (se figur 17). Annan vanlig välfärdsteknik är video-stöd vid SIP och digitalt stöd för dagliga aktiviteter. Minskningarna är inte lika tydliga i dessa boendeformer, jämfört med ordinära boenden. Den tydligaste ökningen 2023 har skett inom digitalt stöd för dagliga aktiviteter. År 2022 uppgav 43 procent av kommunerna att de erbjöd detta stöd. Motsvarande andel år 2023 var 53 procent. Den tydligaste minskningen har skett inom digital tillsyn, där andelen kommuner med tillsyn nattetid har minskat från 29 till 22 procentenheter.

Figur 17. Utveckling av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden över tid

Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, 2021–2023.



Källa. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023 (Socialstyrelsen, 2023).

Skillnader jämfört med äldreomsorg

Användningen av välfärdsteknik är betydligt vanligare inom äldreomsorgen än inom funktionshindersverksamheten (11). Denna skillnad lyftes även fram i rapporten från 2022 (14). Av 2023 års redovisning framgår bland annat att 62 procent av kommunerna erbjuder gps-larm till äldre. Motsvarande andel inom funktionshindersområdet är 34 procent. Ett exempel är digitalt stöd för fysisk träning eller dagliga aktiviteter. Knappt 60 procent av kommunerna erbjuder detta till äldre personer. Motsvarande andel inom funktionshindersområdet är 53 procent. Möjliga förklaringar till denna diskrepans som då lyftes är skillnader i målgruppernas behov och verksamheternas utformning samt att kommunerna tillhandahåller välfärdsteknik på olika sätt för målgrupperna. Digitala hjälpmedel som förskrivs av regionerna, till exempel via habiliteringens verksamhet, ingår inte i Socialstyrelsens uppföljning. Det kan få användningen av välfärdsteknik att framstå som lägre än den i själva verket är. Andra möjliga förklaringar till nivåskillnaderna som lyftes i 2022 års rapport är de statliga stimulansmedel som särskilt inriktar sig på utveckling av välfärdsteknik inom äldreomsorgen samt att välfärdsteknik inom äldreområdet kan ha en högre prioritet i kommunerna på grund av kommunernas demografiska utmaning med en allt äldre befolkning (14). Samma aspekter lyftes i årets dialog med SKR:s Kompetenscenter välfärdsteknik och SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten (11).

Minskningar inom funktionshindersområdet behöver analyseras vidare

Socialstyrelsen kan i dagsläget inte svara på vad nedgångarna av välfärdsteknik beror på. I myndighetens dialog med SKR:s nationella nätverk för digitalisering inom socialtjänsten framförs att nedgångarna inom funktionshinderområdet kan bero på att kommuner har testat en teknik i liten skala och sedan avslutat användningen av den, exempelvis på grund av bristande resurser eller att tekniken inte har gett önskad effekt (11). Både SKR:s nätverk och SKR Kompetenscenter välfärdsteknik framför att de uppfattar det som ovanligt att en kommun avslutar en teknik som redan är implementerad och används brett i verksamheten. En analys av enkätresultatet visar, i linje med detta resonemang, att en hög andel av de kommuner som 2023 har avslutat gps-larm och digital nattillsyn i ordinärt boende för personer med funktionsnedsättning hade låga användarantal av teknikerna 2022. Utifrån detta resultat är det rimligt att anta att de nedgångar som framkommer inom i funktionshinderområdet åtminstone delvis består av kommuner som inte har lyckats implementera tekniken brett i verksamheten och därav pausat eller avslutat tekniken.

En annan möjlig förklaring till nedgångarna inom funktionshinderområdet en så kallad pandemieffekt – att kommunerna införde digitala lösningar under pandemin som de sedan har avvecklat när fysiska kontakter och verksamheter kunde återupptas. En annan möjlig förklaring till nedgångarna som framförs är att de är en effekt av en osäkerhet rörande rättsläget för integritetskänslig välfärdsteknik och hantering av samtycke för personer med nedsatt beslutsförmåga (11).

Välfärdsteknik främjar delaktighet

Välfärdsteknik och digitalisering kan, rätt använt, bidra till ökad självständighet och delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Redovisningen i avsnittet ovan handlar dock framförallt om sådan välfärdsteknik som är en del av omvårdnads- eller tillsynsinsatser. Ett av målen i LSS är att skapa förutsättningar att leva som andra och den välfärdsteknik som redogörs för här täcker inte det. Därför är välfärdsteknik som exempelvis stödjer sociala aktiviteter viktigt.

En majoritet av kommunerna erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap

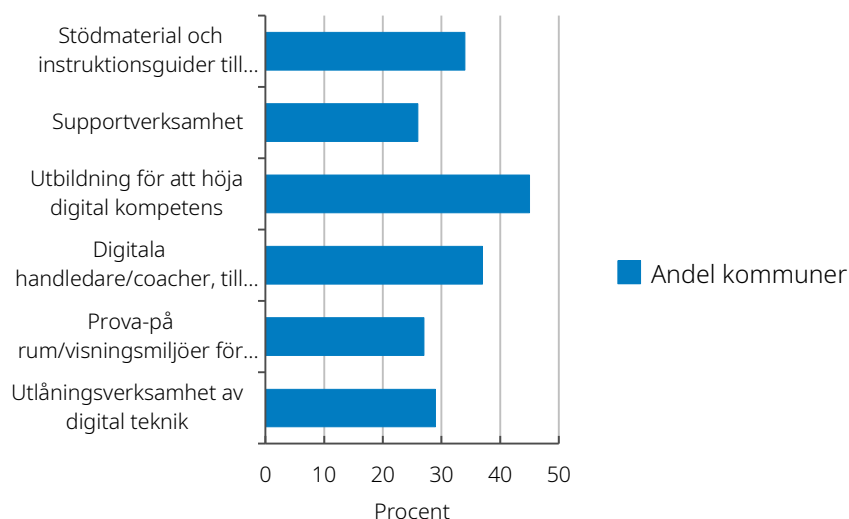
Internettillgången på kommunalt drivna stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning fortsätter att öka. År 2023 angav 60 procent

av kommunerna att det finns internetuppkoppling i de boendes rum eller lägenheter på samtliga boenden (11). I 11 procent av kommunerna saknas sådan uppkoppling på alla boenden.

Digital teknik kan öka möjligheten för personer oavsett ålder, kön eller funktionsförmåga, att ta del av samhällsutbudet. En förutsättning för detta är att tekniken är tillgänglig och användbar, annars ökar risken för exkludering. Kommunen har en viktig roll i att främja och stödja digital delaktighet för alla invånare. En majoritet av kommunerna, 71 procent, erbjuder stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap. Figur 18 visar att det är vanligast att kommunerna erbjuder utbildning för att höja digital kompetens, digitala handledare samt stödmaterial till digitala tjänster. Totalt 29 procent av kommunerna erbjuder utlåning av digital teknik och 27 procent prova på rum eller visningsmiljöer för digital teknik.

Figur 18. Stöd för att minska digitalt utanförskap

Andel kommuner som erbjuder olika typer av stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap, andel angiven i procent, 2023.



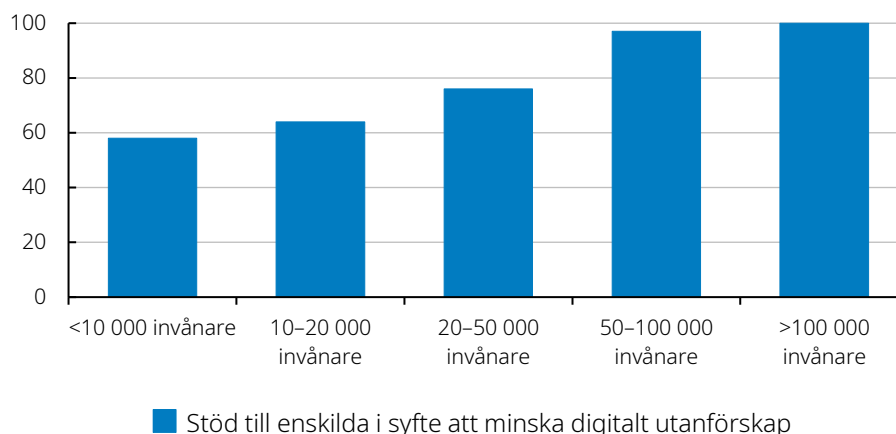
Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023 (Socialstyrelsen, 2023).

Större kommuner erbjuder denna typ av stöd i betydligt högre utsträckning än mindre kommuner. Figur 19 visar att 58 procent av de minsta kommunerna erbjuder denna typ av stöd, medan samtliga av de största kommunerna gör det.

Socialstyrelsen ser det som önskvärt att fler kommuner erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap. Denna typ av stöd skapar förutsättningar för ökad delaktighet och jämlika livsvillkor för personer med funktionsnedsättning som får stöd från socialtjänsten. Stöden skapar även förutsättningar för en jämlik digital omställning.

Figur 19. Stöd för att minska digitalt utanförskap, uppdelat på kommunstorlek, 2023

Andel kommuner som erbjuder stöd till enskilda i syfte att minska digitalt utanförskap, per storleksgrupp för kommunerna, andel angiven i procent, 2023.



Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023 (Socialstyrelsen, 2023).

Civilsamhället - viktig aktör för att bryta isolering

Även civilsamhället spelar en viktig, kompletterande roll för att bryta isolering och motverka ofrivillig ensamhet hos personer med funktionsnedsättning. Nedan ges exempel från en av civila samhällets organisationer.

Riksförbundet FUB⁴³ har flera pågående aktiviteter. Ett exempel på insatser för att motverka ensamhet är projektet Relationer som funkar⁴⁴. ”Relationer som funkar” är ett projekt som pågår under åren 2021–2024. Projektet ägs av FUB i Uppsala län och finansieras av Arvsfonden. Projektet arbetar med systematiskt förändringsarbete såtillvida att de både vänder sig till personer med funktionsnedsättning och till verksamheter som ger stöd till gruppen. Förändringsarbetet kan se ut på många olika sätt. Det kan handla om att hjälpa en fritidsverksamhet att förstå hur de kan stötta personer i att hitta gemensamma intressen och komma närmare varandra. Men det kan också vara att hjälpa kommuner, regioner och myndigheter att ta fram nya styrdokument och systematiska arbetssätt. En annan viktig del av arbetet är skapandet av DigiVi⁴⁵, en webb-app som gör det möjligt för fler att hitta vänner, umgås eller dejta på nätet.

⁴³ <https://www.fub.se/>

⁴⁴ <https://www.relationersomfunkar.se>

⁴⁵ <https://digivi.nu/digivi>

Kunskap och kompetens

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för frågor som rör kompetens bland handläggare, chefer och personal inom socialtjänstens funktionshindersverksamhet.

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen LSS-handläggare med socionomexamen⁴⁶ har minskat något och uppgick 2023 till drygt 80 procent. Motsvarande andel är något högre bland handläggarna inom socialpsykiatri, närmare 84 procent.
- Den så kallade formella kompetensen inom LSS tycks vara relativt god. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att 82 procent av personalen inom bostad med särskild service respektive 89 procent inom daglig verksamhet har adekvat utbildning.
- 65 procent av personalen som varit anställd mer än ett år inom boende för vuxna enligt LSS har en kompetensutvecklingsplan och 55 procent av personalen erbjuds handledning. Inom daglig verksamhet har 77 procent av personalen en kompetensutvecklingsplan och 37 procent erbjuds kontinuerlig handledning.
- Under en femårsperiod har 43 procent av personalen i LSS-boenden för vuxna deltagit i fortbildning om bemötande. Något färre har deltagit i fortbildning om kommunikation (20 procent), arbetsmetoder (17 procent) och om olika funktionsnedsättningar (28 procent). Kompetens i dessa frågor är många gånger en förutsättning för att personer i LSS-boenden ska kunna utöva självbestämmande och för att stödet ska hålla god kvalitet. Det är därför angeläget att fler verksamheter erbjuder fortbildning i dessa frågor till sina anställda.

Om kompetens hos handläggare

Handläggare utreder och fattar beslut om personer som behöver stöd i sin dagliga livsföring. Handläggare kan även benämnas som LSS-handläggare, biståndshandläggare och socialsekreterare i kommunerna. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder (SOSFS 2008:32), bör handläggare ha socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning.

⁴⁶ Eller med social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning

Andelen LSS-handläggare med socionomexamen⁴⁷ har minskat något och uppgick 2023 till drygt 80 procent (15). Motsvarande andel är något högre bland handläggarna inom socialpsykiatri, närmare 84 procent (9). Andelen har dessutom ökat i den senare gruppen. Skillnaderna är dock stora i landet, både inom LSS och socialpsykiatri. En jämförelse utifrån kommunstorlek visar att ju fler invånare som kommunen har, desto högre andel LSS-handläggare har socionomexamen (tabell 7). Motsvarande skillnader finns också inom socialpsykiatri.

Tabell 7. Andel LSS-handläggare med socionomexamen

Andel LSS-handläggare med socionomexamen, andel angiven i procent, 2021–2023, riket samt uppdelat på kommungrupp.

Antal invånare	2021 (n=280)	2022 (n=268)	2023 (n=282)
0-15 000	82,3	70,8	65,4
15-30 000	78,1	74,0	75,0
30-70 000	76,5	79,7	72,9
70-200 000	78,6	80,8	78,8
>200 000	90,0	89,8	96,0
Riket	81,9	81,9	80,6

Källa Öppna jämförelser socialtjänst 2021,2022 och 2023 – Stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS (Socialstyrelsen, 2023).

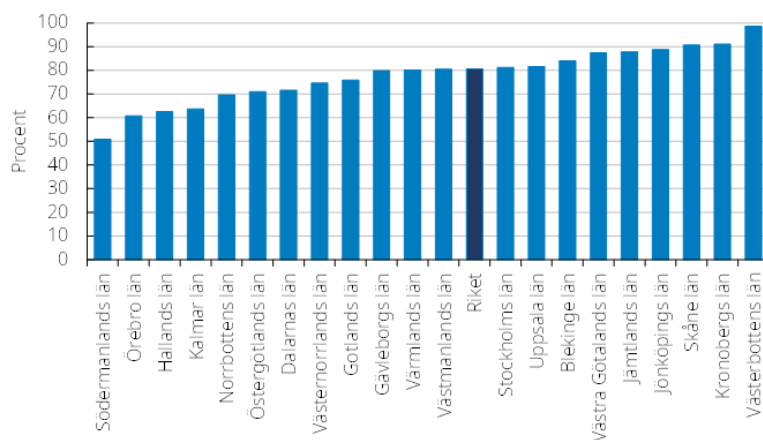
Andelen handläggare med socionomexamen skiljer sig även åt mellan länen (figur 20 och 21). Den högsta andelen LSS-handläggare med socionomexamen återfinns i Västerbottens län, 99 procent. Den lägsta andelen finns i Södermanlands län, 51 procent. Inom socialpsykiatri återfinns den högsta andelen handläggare med socionomexamen i Gotlands län, 100 procent. Den lägsta andelen finns i Hallands län, drygt 40 procent.

⁴⁷ Eller med social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Figur 20. Andel handläggare med socionomexamen inom LSS

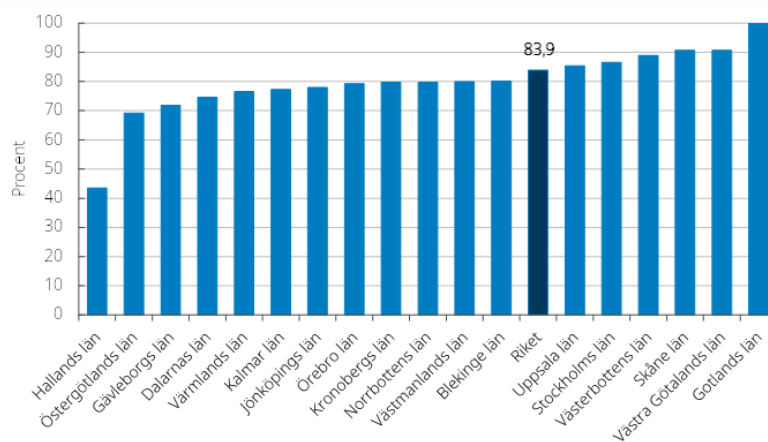
Andel handläggare med socionomexamen, inom området stöd till personer med funktionsnedsättning enligt LSS, 2023, län och riket.



Källa: Öppna jämförelser socialtjänst 2023 – Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS (Socialstyrelsen, 2023).

Figur 21. Andel handläggare med socionomexamen inom området stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning socialpsykiatri, 2023

Andel handläggare med socionomexamen inom området stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning (socialpsykiatri), 2023, län och riket.



Källa: Öppna jämförelser socialtjänst 2023 – Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning, Socialpsykiatri (Socialstyrelsen, 2023).

Kompetensen hos LSS-personal varierar

Rekommendationer om personalens kompetens

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning beskrivs de kunskaper som rekommenderas för personal som arbetar i verksamheter för personer med funktionsnedsättning.

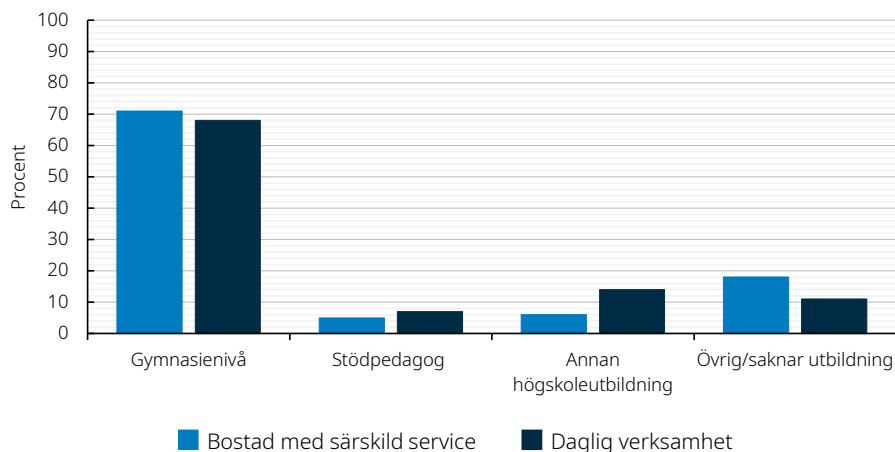
Personalens kompetens i LSS-boenden varierar. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att 82 procent av personalen inom bostad med särskild service respektive 89 procent inom daglig verksamhet har adekvat utbildning⁴⁸ (figur 22). I kommentarer till enkäten uppger enheterna bland annat att personal som saknar utbildning är under utbildning till undersköterska eller stödpedagog, har fått intern utbildning eller har lång erfarenhet inom yrket. Sett till kommunstorlek skiljer det sig åt mellan kommunerna. I kommuner med 15 000 eller färre invånare är det vanligare att personalen inte har någon av utbildningarna.

Det är vanligare att personal i kommunal regi har någon av de rekommenderade utbildningarna, 85 procent, jämfört med 81 procent av personalen som arbetar i enskild regi (figur 22). Det är dessutom vanligare att den tillsvidareanställda personalen har någon av de efterfrågade utbildningarna.

⁴⁸ Med **adekvat utbildning på gymnasienivå** avses här de utbildningar som rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning.

Figur 22. Personalens utbildningsnivå inom bostad med särskild service och daglig verksamhet, 2023

Utbildningsnivå* för tillsvidare- och visstidsanställd personal i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS (exklusive timanställda), för personal med flera utbildningar ska enheterna ha angett den högsta utbildningen, 2023.



Not: Med **annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning** som är relevant för verksamheten avses personal som har annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som verksamheten bedömt vara relevant utifrån behovet av kompetens i verksamheten.

Med **övrig utbildning/saknar utbildning** avses personal utan adekvat utbildning på gymnasienivå, utbildning till stödpedagog på yrkeshögskola eller annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten.

Källa: Enkät Enhetsundersökning LSS 2023 (Socialstyrelsen, 2023).

Det är en större andel av personalen som är tillsvidareanställda i kommunal regi, jämfört med enskild regi (16). Inom bostad med särskild service är 93 procent av personalen tillsvidareanställd i kommunal regi, jämfört med 82 procent av personalen i enskild regi. Motsvarande för daglig verksamhet är 96 respektive 92 procent.

Omkring 5 procent av personalen i boende för vuxna och 7 procent inom daglig verksamhet enligt LSS är utbildade stödpedagoger (figur 22). En stödpedagog⁴⁹ arbetar ofta med att stödja och handleda övrig personal i arbetet med social dokumentation, metoder eller alternativa kommunikationssätt. Det kan finnas enheter som har tillgång till stödpedagog utan att det syns i resultatet då en stödpedagog kan ha sin anställning på en enhet men dela sin arbetstid mellan flera enheter. Efterfrågan på stödpedagoger ökar. Enligt SKR hade 59 procent av landets kommuner sökt personal med utbildning till

⁴⁹ Utbildning till **stödpedagog** ges inom yrkeshögskolan. Det är en utbildning som är direkt inriktad på arbete inom LSS-verksamhet. Behörighetskrav för att bli stödpedagog är godkänd gymnasieexamen samt ett års yrkeserfarenhet inom funktionshindersområdet.

stödpedagog. Av dessa uppgav över hälften av kommunerna att det rådde brist på sökande. På sikt (3 år) bedömer 37 procent av landets kommuner att antalet stödpedagoger kommer att öka.

Hälften av LSS-boendena får kontinuerlig handledning

Socialstyrelsens enhetsundersökning visar att 65 procent av personalen som varit anställd mer än ett år inom bostad med särskild service har en kompetensutvecklingsplan och 55 procent erbjuds handledning (16). Inom daglig verksamhet har 77 procent av personalen en kompetensutvecklingsplan och 37 procent erbjuds handledning. Andelen är något högre i verksamheterna som bedrivs i enskild regi än i kommunal regi:

- Boende för vuxna enligt LSS: Enskilda verksamheter 69 procent, offentliga verksamheter 64 procent.
- Daglig verksamhet: enskilda verksamheter 84 procent, offentliga verksamheter 77 procent.

Det är vanligare att personalen inom daglig verksamhet erbjuds utbildning i alternativ kompletterande kommunikation (AKK), 62 procent, jämfört med bostad med särskild service, 42 procent (tabell 8). I jämförelse mellan verksamheter i privat och kommunal regi så finns stora skillnader:

- Inom bostad med särskild service, i enskild regi har 71 procent erbjudits utbildning i AKK, jämfört med 52 procent i kommunal regi.
- Inom daglig verksamhet är det 71 procent inom enskild regi och 61 procent inom kommunal regi som erbjudits utbildning i AKK. (16)

Tabell 8. Förekomst över tid av kompetensutvecklingsplaner och kontinuerlig handledning inom boende för vuxna enligt LSS

Andel enheter (boende för vuxna enligt LSS) där all personal har individuell och samlad kompetensutvecklingsplan samt får kontinuerlig handledning, andel angiven i procent, 2018, 2019, 2022 och 2023, riket.

Indikatorer	2018	2019	2022	2023
En aktuell och samlad plan för personalens kompetensutveckling finns vid enheten	57	60	57	71 ⁵⁰
Samtlig personal har en aktuell individuell kompetensutvecklingsplan	65	67	67	65 ⁵¹
Personalen har erbjudits kontinuerlig handledning	50	51	45	55
Personalen har erbjudits kompetensutveckling inom alternativ och kompletterande kommunikation, AKK	45	44	39	42

Källa: Enkät Enhetsundersökning LSS 2018, 2019, 2022, 2023 (Socialstyrelsen 2018, 2019, 2022 och 2023).

Tabell 9. Förekomst över tid av kompetensutvecklingsplaner och kontinuerlig handledning inom daglig verksamhet enligt LSS

Andel enheter (daglig verksamhet enligt LSS) där all personal har individuell och samlad kompetensutvecklingsplan samt får kontinuerlig handledning, andel angiven i procent, 2018, 2019, 2022 och 2023, riket.

Indikatorer	2018	2019	2022	2023
En aktuell och samlad plan för personalens kompetensutveckling finns vid enheten	50	53	60	71 ⁵²
Samtlig personal har en aktuell individuell kompetensutvecklingsplan	71	74	76	77 ⁵³
Personalen har erbjudits kontinuerlig handledning	36	32	32	37

⁵⁰ Ändrad, jämförelser med tidigare år bör göras med försiktighet.

⁵¹ Ändrad, jämförelser med tidigare år bör göras med försiktighet.

⁵² Ändrad, ej jämförbar med tidigare år

⁵³ Indikatorn har ändrats. Jämförelser med tidigare år görs därför med försiktighet.

Personalen har erbjudits kompetensutveckling inom alternativ och kompletterande kommunikation, AKK	53	60	53	62
---	----	----	----	----

Källa: Enkät Enhetsundersökning LSS 2018, 2019, 2022, 2023 (Socialstyrelsen 2018, 2019, 2022 och 2023).

Ovanstående tabeller visar vilka förutsättningar det finns för fortbildning på LSS-boenden för vuxna samt på daglig verksamhet. Underlag från IVO ger ytterligare kunskap i frågan, närmare bestämt om hur många som har deltagit i olika fortbildningar (tabell 10). Den vanligaste fortbildningen bland boendepersonal handlar om bemötandefrågor. Under en femårsperiod hade 43 procent av personalen deltagit i en sådan fortbildning. Något färre hade deltagit i fortbildning om kommunikation (20 procent), arbetsmetoder (17 procent) och om olika funktionsnedsättningar (28 procent).

Kommunikation inbegriper bland annat AKK och teckenspråk. Kunskap och förmåga att tillämpa anpassade kommunikationssätt är många gånger en förutsättning för att personer i LSS-boenden ska kunna utöva självbestämmande och för att stödet ska hålla god kvalitet. Även arbetsmetoder såsom tydliggörande pedagogik är viktigt, av samma anledning. Det är därför angeläget att fler verksamheter erbjuder fortbildning i dessa frågor till sina anställda.

Drygt hälften av de verksamhetsansvariga hade under en femårsperiod deltagit i fortbildning om arbetsledning, 59 procent (tabell 10). Knappt hälften hade deltagit i fortbildning om lagstiftning (42 procent).

Tabell 10. Fortbildning bland personal och chefer i LSS-boenden för vuxna

Områden där personal och verksamhetschefer i LSS-boenden för vuxna har genomgått vidareutbildning eller kurser under de senaste fem åren, antal och andel, andel angiven i procent, 2023, riket.

Fortbildningsområde	Boendepersonal (n=9 945)		Chefer/verksamhetsansvariga (n=2 531)	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Bemötande, till exempel etisk värdegrund, lågaffektivt bemötande, självbestämmande	4 245	43	1 319	52
Arbetsledning	285	3	1 487	59
Kommunikation, till exempel AKK, teckenspråk	2031	20	514	20
Olika funktionsnedsättningar,	2 763	28	818	32

till exempel autism, intellektuell funktionsnedsättning, CP-skador				
Arbetsmetoder (till exempel TEACCH, tydliggörande pedagogik)	1 703	17	575	23
Lagstiftning som är kopplat till exempelvis LSS	1 408	14	1 051	42

Källa: Enkätundersökning i LSS-boenden för vuxna, IVO (avser mätår 2022–2023).

IVO har tidigare pekat på flera brister inom området kompetens (17-19). Tillsynsmyndigheten menar att kommuner och privata aktörer i många fall inte har säkerställt tillräcklig kompetens hos sin ledning och personal. Det får som konsekvens att personalen inte alltid har tillräcklig kompetens eller praktiska förutsättningar för att kommunicera med och förstå brukarna utifrån deras specifika funktionsnedsättningar. IVO lyfter också att ledningen många gånger saknar kompetens. Det framkommer också verksamheter i tillsynen som haft flera täta ledningsbyten på kort tid. Brister i ledning och otillräcklig kompetens medverkar enligt IVO till att begränsningar blir omotiverat stora och att brukarnas rättigheter inte tillgodoses. (18)

Självbestämmande, delaktighet och kvalitet

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för frågor som rör självbestämmande och inflytande för personer med funktionsnedsättning. Även frågor som rör trivsel, trygghet samt tvångs- och begränsningsåtgärder berörs. Utgångspunkten för kapitlet är följande lagtexter:

- Socialnämndens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 § SoL).
- När det gäller insatser enligt LSS ska individen i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges (6 § LSS). Den enskildes delaktighet kan genomföras på olika sätt och i olika former.

Sammanfattande iakttagelser

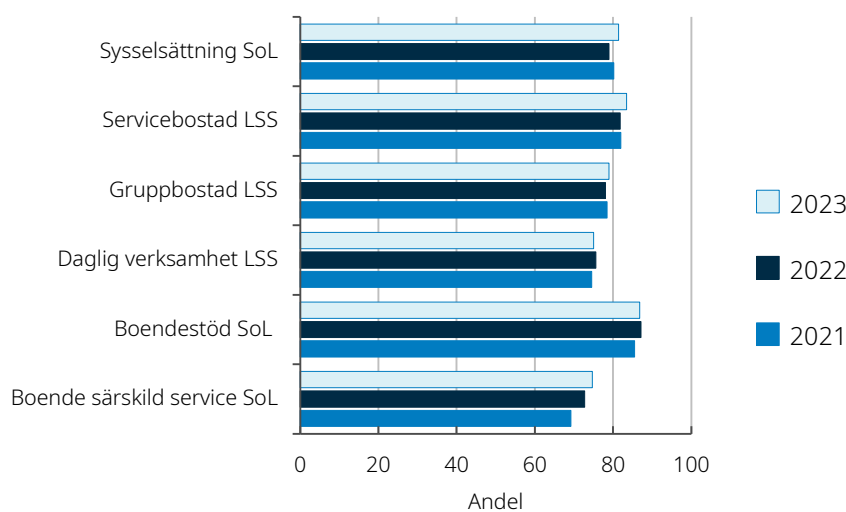
- De flesta brukare uppger att de får bestämma över sådant som är viktigt för dem. Den högsta andelen finns inom boendestöd enligt SoL och den lägsta inom boende enligt SoL samt daglig verksamhet enligt LSS, 87 respektive 75 procent.
- Omkring 65–90 procent av brukarna känner sig trygga med personalen. Andelen är högst inom boendestöd enligt SoL (89 procent) och lägst inom boende enligt SoL (71 procent).
- Kvinnor upplever i högre grad rädsla än män, inom ramen för olika insatser. Till exempel uppger 62 procent av kvinnor i gruppboende för vuxna enligt LSS att de aldrig är rädda för någonting. Motsvarande andel för män är 72 procent.
- Majoriteten av LSS-boenden har rutiner för hur personalen ska förhålla sig om en brukare blir våldsam och riskerar att skada sig själv eller andra, 75 procent. Vidare är de vanligaste åtgärderna i dessa situationer att prata med brukaren eller att be brukaren lämna rummet. I ett mindre antal verksamheter förekommer det fasthållning, nedläggning, inlåsning och utelåsning.
- Även om de grövsta begränsningsåtgärderna förekommer relativt sällan och antalet verksamheter där dessa förekommer är få, så är åtgärderna dock en realitet för personerna som bor där.

Många upplever högt självbestämmande

Inflytande kan till exempel handla om att kunna påverka beslut på olika nivåer och är viktigt både för självkänslan och för den personliga integriteten. I SKR:s brukarundersökning under⁵⁴ har majoriteten av brukarna svarat ”ja” på frågan om de får bestämma över saker som är viktiga för dem hemma och i sin sysselsättning (figur 23). Högst inflytande skattas inom boendestöd enligt SoL, 87 procent och lägst inom boende med särskild service enligt SoL samt daglig verksamhet enligt LSS, 75 procent. Andelen brukare som upplever att de får bestämma över sådant som är viktigt för dem är på ungefär samma nivåer som 2022. Det finns vissa könsskillnader inom områdena. Störst är skillnaden inom boende med särskild service enligt SoL där 79 procent av männen och 72 procent av kvinnorna uppger att de får bestämma om saker som är viktiga.

Figur 23. Upplevt självbestämmande över tid i vissa insatser inom LSS och SoL

Upplevt självbestämmande bland personer med vissa insatser enligt LSS och SoL, uppdelat på insatser, andel angiven i procent, 2021-2023 (n=).



Källa: www.kolada.se

⁵⁴ I SKR:s nationella brukarundersökningar inom funktionshindersområdet finns frågor som belyser enskildas möjlighet till inflytande och självbestämmande i verksamheter och i kontakt med myndigheten. Brukarundersökningarna riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom boenden, boendestöd och daglig verksamhet/sysselsättning enligt (LSS) och (SoL), personlig assistans samt till vuxna personer med funktionsnedsättning, som söker eller har stöd enligt SoL eller LSS (undersökningen om myndighetskontakt).

Antalet genomförandeplaner ökar

I Socialstyrelsens öppna jämförelser finns också frågor som belyser enskildas möjlighet till inflytande och självbestämmande. Knappt 85 procent av enheterna inom bostad med särskild service och 67 procent av de dagliga verksamheterna enligt LSS uppger att samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan (tabell 11). Andel enheter där samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan som även innehåller dokumentation om delaktighet eller individuella mål är något lägre. Inom boende för vuxna enligt LSS har andelen varit relativt oförändrad över tid, se tabell 11. Inom daglig verksamhet enligt LSS har andelen varierat. En genomförandeplan syftar till att beskriva hur en insats ska genomföras. Av genomförandeplanen bör det bland annat framgå om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till hans eller hennes synpunkter och önskemål. Det bör även framgå vilket eller vilka mål som gäller för insatsen och för varje aktivitet.^{55 56}

Enskildas inflytande i verksamheten kan även främjas genom regelbundna möten där de enskilda deltar för att diskutera gemensamma frågor som exempelvis gemensamma aktiviteter eller den gemensamma boendemiljön. För bostad med särskild service uppger 46 procent av enheterna att de har gemensamma möten minst en gång i månaden. Motsvarande andel inom daglig verksamhet är 61 procent, se tabell 11.

Att genomföra en undersökning om enskildas uppfattning om verksamhetens kvalitet ger verksamheten bättre underlag för att skapa god kvalitet och kan också bidra till att enskilda blir mer delaktiga och får inflytande över det stöd som ges. Uppföljning av enskildas uppfattning om verksamheten kan vara ett led i det systematiska kvalitetsarbetet. Utföraren har ett ansvar att skapa förutsättningar för delaktighet⁵⁷ och behöver vara lyhörd för den enskildes åsikter. Andelen enheter inom bostad med särskild service och daglig verksamhet som har genomfört en undersökning om enskildas uppfattning om verksamhetens kvalitet, och använt resultaten för att utveckla verksamheten ökar. Det är 68 procent av enheterna som har gjort det inom bostad med särskild service och

⁵⁵ Inför 2023 har indikatorn om krav på krisberedskap vid upphandling reviderats, från att visa andelen kommuner som har en rutin om att inkludera krav på krisberedskap vid upphandling, till att visa andelen kommuner som har inkluderat krav på krisberedskap vid upphandling av tjänster för verksamheter för särskilt sårbara grupper. Detta gör att resultaten inte går att jämföra över tid.

⁵⁶ Se allmänna råd till 11 kap. 5 § SoL eller 21 a § LSS som återfinns i 6 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

⁵⁷ se 6 § LSS.

72 procent av enheterna inom daglig verksamhet vilket är en ökning med 4 respektive 5 procentenheter sedan 2019 (tabell 11).

Tabell 11. Indikatorer för delaktighet och inflytande inom boende för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS

Indikatorer som belyser delaktighet och inflytande inom boende för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS, andel enheter, andel angiven i procent, 2019, 2022 och 2023, riket.

Indikatorer	Bostad med särskild service för vuxna			Daglig verksamhet		
	2019	2022	2023	2019	2022	2023
Samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan	83	81	84	71	63	67
Samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan som innehåller dokumentation om delaktighet	72	69	73	63	57	61
Samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan som innehåller individuellt utformade mål	77	73	76	67	61	65
Gemensamma möten genomförs minst en gång i månaden	48	38	46	64	59	61
Enheten har genomfört en undersökning om enskildas uppfattning av verksamhetens kvalitet och använt resultaten för att utveckla verksamheten	64	60	68	67	63	72

Källa: Enkät Öppna Jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, 2019, 2020, 2021, 2023 (Socialstyrelsen, 2019, 2020, 2021, 2023).

Nästan en av fem kommuner har genomfört en undersökning om enskildas uppfattning av verksamhetens kvalitet avseende myndighetsutövningen

inom socialpsykiatri och LSS och använt resultaten för att utveckla verksamheten (15). Andelen har inte förändrats mycket över tid. Inom LSS syns en skillnad mellan små och stora kommuner inom myndighetsutövningen: 8 procent av de minsta kommunerna och 67 procent av de största kommunerna använder enskildas uppfattning till att utveckla myndighetsutövningen.

År 2023 publicerade SKR för första gången resultat från en brukarundersökning om hur brukaren upplever myndighetskontakten (12). Omkring 90 procent av brukarna uppgav att de fick säga det som var viktigt för dem på mötet med myndighetshandläggaren. Omkring lika många, 92 procent, uppgav att handläggaren förstod vad brukaren sa på mötet och 88 procent att handläggaren pratade så att brukaren förstod. Vidare framkom följande:

- 79 procent bedömde att mötet med handläggaren var ”bra”.
- 49 procent visste vem de skulle prata med om de tyckte att mötet med handläggaren fungerade dåligt.
- 60 procent fick välja var mötet med handläggaren skulle ske.
- 87 procent uppgav att de vet hur de får kontakt med sin handläggare.
- 77,5 procent fick på förhand veta vad mötet skulle handla om.

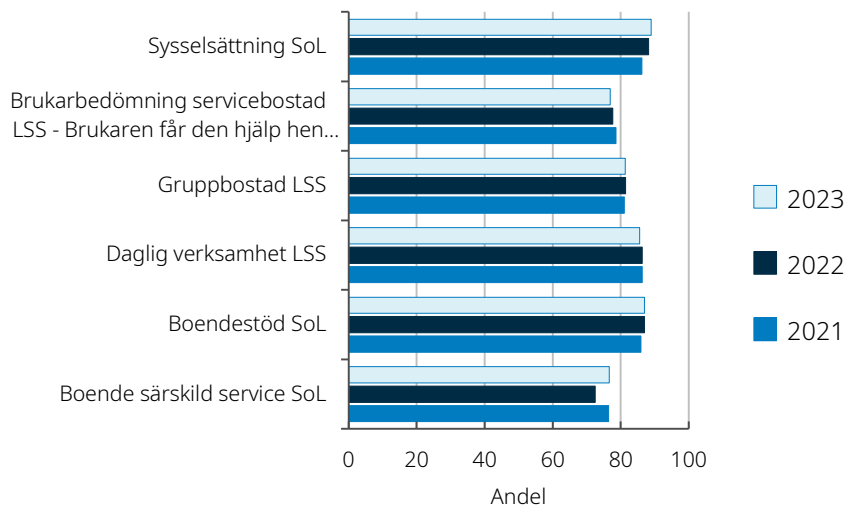
Få förändringar i tillgodosedda hjälpbehov över tid

Den högsta andelen av brukarna som uppgett att de får den hjälp de vill ha återfinns inom sysselsättning enligt SoL, 89 procent (figur 24). Därefter följer boendestöd enligt SoL 87 procent och daglig verksamhet enligt LSS, 86 procent. Lägst andel finns inom boende med särskild service enligt SoL och serviceboende enligt LSS, 77 procent. Resultatet har legat på ungefär samma nivåer de senaste tre åren för samtliga områden. Det finns skillnader mellan könen där män i högre grad uppger att de får den hjälp de vill ha.

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Figur 24. Tillgodosedda hjälpbehov över tid i vissa verksamheter enligt LSS och SoL

Personer med funktionsnedsättnings upplevelse av tillgodosedda hjälpbehov inom vissa insatser enligt LSS och SoL, uppdelat på insatser, andel angiven i procent, 2021-2023, riket.

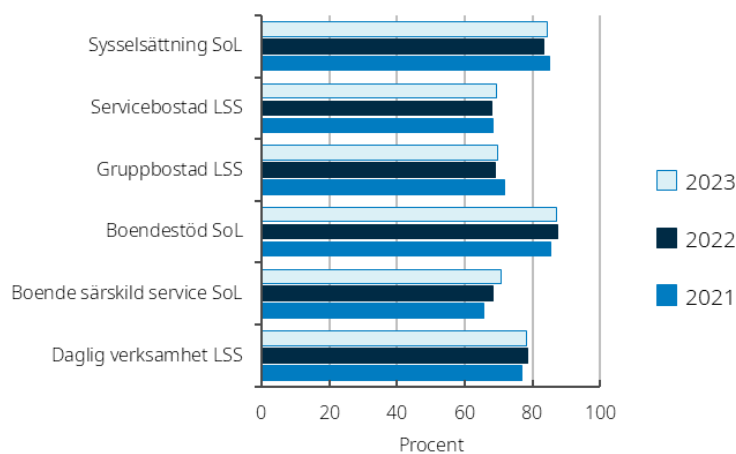


Källa: www.kolada.se

Även andelen brukare som uppger att personalen pratar så brukaren förstår varierar mellan områdena. Mellan 69 och 87 procent av de som svarat på undersökningen inom de olika områdena uppger att personalen pratar så att brukaren förstår (figur 25). Andelen är högst inom boendestöd SoL och lägst inom servicebostad enligt LSS.

Figur 25. Personalen pratar så brukaren förstår

Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att personalen pratar så att personen förstår inom vissa insatser enligt LSS och SoL, uppdelat på insatser, andel angiven i procent, 2021-2023, riket.

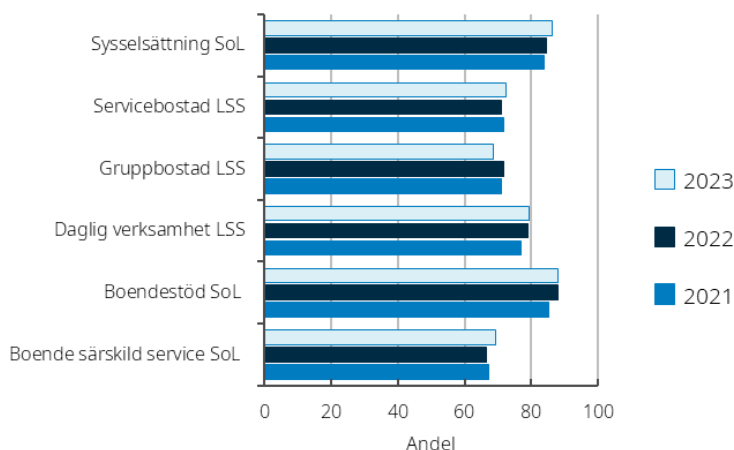


Källa: www.kolada.se

Högst andel som uppgett att all personal förstår dem finns inom boendestöd enligt SoL, 88 procent, och lägst inom gruppboende enligt LSS, 68 procent (figur 26).

Figur 26. Andel brukare som uppger att all personal förstår dem

Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att all personal inom vissa verksamheter enligt LSS och SoL förstår dem, uppdelat på verksamheter, andel angiven i procent, 2021-2023, riket



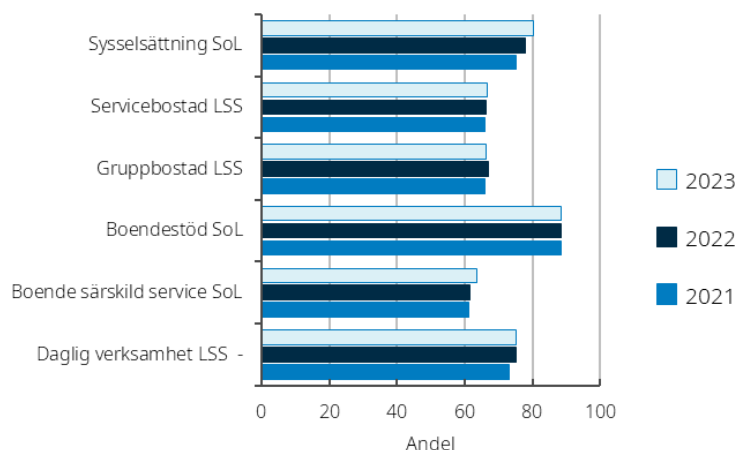
Källa: www.kolada.se

Upplevd trygghet skiljer sig åt mellan områdena

Andelen brukare som uppger att de aldrig är rädda i sitt boende eller i sin sysselsättning skiljer sig åt mellan olika insatser. Andelen är högst för personer som har boendestöd enligt SoL, 88,5 procent, och lägst inom boende enligt SoL, 64 procent (figur 27). Resultatet har legat på ungefär samma nivå de senaste tre åren inom nästan alla områden. Inom sysselsättning enligt SoL har det skett en ökning med 5 procent sedan 2021 (figur 27).

Figur 27. Andel brukare som aldrig är rädda i sitt boende eller daglig verksamhet, över tid

Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att de aldrig är rädda i sitt boende eller dagliga verksamhet enligt LSS och SoL, uppdelat på verksamheter, andel angiven i procent, 2021-2023, riket.

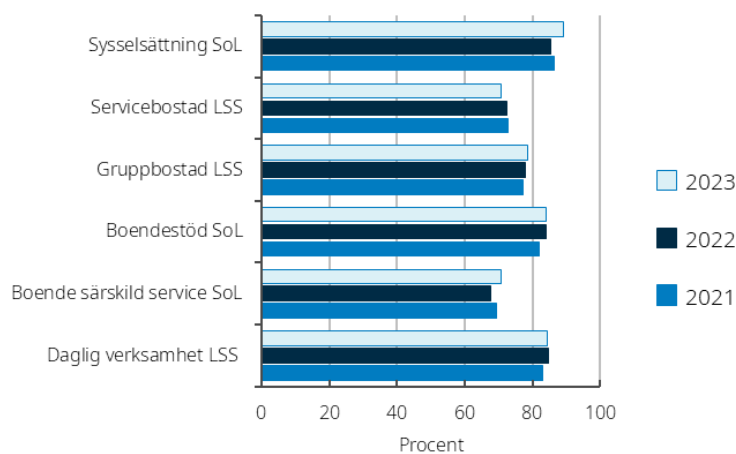


Källa: www.kolada.se

Andel brukare som känner sig trygga med all personal har inte förändrats över de senaste tre åren. Högst är andelen inom sysselsättning enligt SoL, 89 procent, och lägst inom bostad med särskilde service enligt SoL och servicebostad enligt LSS, 71 procent (figur 28). Även om flertalet personer med funktionsnedsättning ger ett högt betyg till trygghet och trivsel, så innebär resultaten att många brukare inte känner sig trygga med personalen eller är rädda för något hemma.

Figur 28. Andel brukare som känner sig trygga med all personal, över tid

Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att de känner sig trygga med all personal i sitt boende eller dagliga verksamhet enligt LSS och SoL, uppdelat på verksamheter, andel angiven i procent, 2021-2023, riket.



Källa: www.kolada.se

Kvinnor oftare rädda än män

Det finns skillnader mellan kvinnor och män vad gäller upplevd trygghet och trivsel. Kvinnor upplever genomgående mer rädsla än männen. Skillnaden är tydligast i boende enligt SoL, där 52 procent av kvinnorna uppger att de aldrig är rädda för något (tabell 12). Motsvarande andel bland männen är 71 procent.

Tabell 12. Förekomst av rädsla bland personer med funktionsnedsättning

Andel personer som med insatser enligt SoL och LSS och som inte är rädda för något inom ramen för deras insatser, uppdelat på kvinnor och män, andel angiven i procent, riket.

	Andel som aldrig är rädda för något inom LSS och SoL (procent)	
	Kvinnor	Män
Daglig verksamhet enligt LSS	71	79
Boende enligt SoL	52	71
Boendestöd enligt SoL	86	91
Gruppboestad enligt LSS	62	72
Serviceboestad enligt LSS	59	73
Dagverksamhet enligt SoL	78	81

Källa: www.kolada.se

Det finns även skillnader när det gäller trygghet med personalen, men den är mindre än när det gäller rädsla. Det är dock fler män än kvinnor som uppger att de är trygga med all personal (tabell 13). Skillnaden är störst inom boendestöd enligt SoL, där 80 procent av kvinnorna uppger att de är trygga med all personal. Motsvarande andel bland männen är 88 procent.

Tabell 13. Andel som är trygg med all personal inom LSS och SoL

Andel personer som med insatser enligt SoL och LSS och som är trygga med all personal, uppdelat på kvinnor och män, andel angiven i procent, riket

	Andel som är trygg med all personal inom LSS och SoL	
	Kvinnor	Män
Daglig verksamhet enligt LSS	83	86
Boende enligt SoL	63	67
Boendestöd enligt SoL	80	88
Gruppbostad enligt LSS	79	80
Servicebostad enligt LSS	70	76
Dagverksamhet enligt SoL	88	89

Källa: www.kolada.se

Tvångs- och begränsningsåtgärder inom gruppbostäder för vuxna enligt LSS

Även om många brukare inom LSS trivs och är nöjda med stödet så förekommer missförhållanden. IVO har under flera år konstaterat att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning (17, 18). År 2021 publicerade Socialstyrelsen en kartläggning av kompetens i boenden enligt LSS (20). Myndigheten konstaterade då att risken för tvångs- och begränsningsåtgärder och andra missförhållanden har ett samband med att personal eller föreståndare inte har tillräcklig kompetens. Socialstyrelsen såväl som IVO har konstaterat att personalen inom verksamheter enligt LSS behöver mer kunskaper om hur de förebygger och hanterar utmanande beteenden.

De tidigare konstaterade utmaningarna kring tvångs- och begränsningsåtgärder kvarstår. Det visar IVO:s senaste tillsyn med fokus på användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder i gruppbostäder för vuxna enligt LSS (18).⁵⁸ IVO hittade brister i 80 av 90 granskade gruppbostäder och tillsynen visade bland annat att

- det förekommer att generella begränsningsåtgärder tillämpas för alla brukare, i stället för efter individuella behovsbedömningar och utan att verksamheterna först provat mindre ingripande åtgärder

⁵⁸ Tillsynen genomfördes under 2022 och 2023.

- i fyra av tio boenden (41 procent) uppfylls inte brukares rätt till stöd utifrån behov. Det saknas många gånger giltigt samtycke från brukaren och verksamheterna säkerställer inte att lämnat samtycke dokumenteras
- i två tredjedelar (64 procent) av verksamheterna används otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.

Av verksamhetschefernas svar på IVO:s enkät framkommer ytterligare information. Majoriteten av LSS-boenden har rutiner för hur personalen ska förhålla sig om en brukare blir våldsam och riskerar att skada sig själv eller andra, 75 procent (21). Vidare är de vanligaste åtgärderna i dessa situationer att prata med brukaren eller att be brukaren lämna rummet (tabell 14). I ett mindre antal verksamheter förekommer det fasthållning (6 stycken), nedläggning (6 stycken), inlåsning (10 stycken) och utelåsning (20 stycken).

Tabell 14. Åtgärder i syfte att förhindra boende att skada sig själva och/eller andra

Åtgärder som verksamhetschefer för LSS-boende för vuxna uppger att personalen kan behöva vidta i syfte att skydda brukare från att skada sig själva och/eller andra, antal och andel, andel angiven i procent, år 2022.

Åtgärd	Antal verksamheter (n=2 531 verksamheter)	Andel verksamheter (%)
Prata med brukaren	1 282	50,5
Be brukaren lämna rummet	717	28
Hålla i brukaren	89	3,5
Lägga ner brukaren	6	0,2
Låsa in brukaren	10	0,4
Låsa ute brukaren	20	0,8

Källa: Statistik från IVO.

De flesta, men inte alla, verksamheter inhämtar samtycke från brukare om och när det finns behov av att använda skyddande eller begränsande åtgärder (21). Endast ett fåtal inhämtar inte samtycke, 38 stycken. Noterbart är att 15 procent uppger att de inte använder skydds- eller begränsningsåtgärder. Vidare uppger nästan samtliga verksamheter, 97 procent⁵⁹, att de alltid gör individuella bedömningar inför eventuellt användande av skyddande eller begränsande åtgärder. (21)

⁵⁹ Andelen är exklusive de verksamheter som uppger att de inte använder skydds- och begränsningsåtgärder.

I 28 boenden (1 procent) förekommer det att brukare bestraffas när hen anses ha gjort något fel eller inte haft ett önskvärt beteende (21). Vidare använder 231 (9 procent) boenden någon form av belöningssystem, det vill säga att ett önskvärt beteende hos brukaren belönas på något sätt. Verksamhetscheferna uppger slutligen att i 241 boenden har personal vidtagit åtgärder mot någon eller några brukares vilja under det senaste året. (21)

Socialstyrelsen ser allvarligt på att det fortfarande förekommer grova tvångsåtgärder och bestraffningar. Myndigheten konstaterar även följande:

- Tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer, men de grävsta förekommer relativt sällan. Även om antalet verksamheter där dessa förekommer är få, så är dock åtgärderna en realitet för personerna som bor där.
- Det är noterbart att det förekommer så kallat beteendereglerande beteende, såsom belöning eller bestraffning.
- Samtycke inhämtas i de flesta verksamheter, men det är noterbart att ett fåtal verksamheter inte gör det. Liksom att ett fåtal inte alltid gör individuella bedömningar av brukares behov av skyddande och/eller begränsande åtgärder.

Förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder går stick i stäv mot intentionerna i LSS. Samtidigt kan det ibland vara nödvändigt att vidta skyddsåtgärder, om inte annat för den enskildes skull. En grundförutsättning för detta är individuella bedömningar och samtycke. Att inhämta samtycke från den enskilde kan vara svårt, i de fall den enskilde har svårt att uttrycka sin vilja. En viktig utgångspunkt i dessa fall är att personalen använder alternativ, kompletterande kommunikation.

För att ge varje brukare förutsättningar att själv, eller med stöd, få uttrycka sin vilja, vara delaktig och få bestämma om sina åtgärder, bedömer IVO att ledning och personal måste öka sin kunskap om arbetet med samtycke. Vidare menar IVO att verksamheterna genom andra arbetssätt kan undvika många situationer som riskerar att leda fram till att personalen använder tvångs- och begränsningsåtgärder. (18)

Krisberedskap

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för krisberedskap inom funktionshindersområdet, med fokus på evakueringsplaner samt beredskapsplaner för höga temperaturer olika boendeformer enligt LSS och SoL.

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen kommuner med evakueringsplaner för boenden för personer med funktionsnedsättning har minskat med några procentenheter sedan föregående år. Den lägsta andelen, 26 procent, återfinns för barnboenden enligt SoL.
- År 2023 hade omkring 20 procent av kommunerna kontinuitetsplaner för boenden för personer med funktionsnedsättning. Den lägsta andelen ses för SoL-boende för barn, 14 procent och den högsta för boenden för vuxna, enligt LSS och SoL, 21 procent. Andelen är anmärkningsvärt låg och har minskat sedan tidigare mätningar.
- Andelen kommuner med beredskapsplaner för höga temperaturer har legat relativt konstant under de senaste åren. Sedan föregående år har andelen ökat något när det gäller boenden för barn enligt LSS och SoL. I boenden för vuxna enligt LSS ses dock en minskning, även om andelen är fortsatt relativt hög, 82 procent.

Färre kommuner har evakueringsplaner

Om evakueringsplaner

Kommuner behöver säkerställa att alla personer kan få den hjälp och det stöd som de är i behov av vid en allvarlig händelse eller kris (jämför 15 § 2 LSS och 2 kap. 1 § SoL). Olika situationer såsom elavbrott och dricksvattensstörningar kan leda till ett behov av att evakuera personer i olika boendeformer. En evakueringsplan ska dock i första hand innebära att man kan bo kvar och att personal kan komma till boendet. Krisberedskapen för verksamheter som kommunen bedriver i egen regi behöver också säkerställa evakueringslokal för särskilt sårbara grupper i olika boendeformer. (ref)

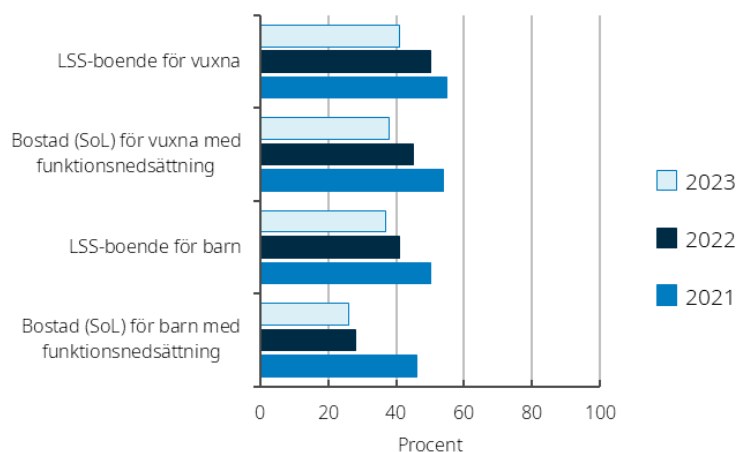
Andelen kommuner, socialförvaltningar i Göteborg och stadsdelar i Stockholm med aktuella evakueringsplaner för särskilt sårbara grupper minskar (figur 29). Med evakueringsplan avses här en beskrivning av konkreta insatser för att till exempel trygga el och vatten, integriteten för den enskilde i evakueringslokalen, transporter och behov av samverkan med andra aktörer

för att kunna genomföra evakueringar, liksom vilken roll och vilket ansvar olika aktörer har vid en evakuering.

Det finns stora variationer mellan olika verksamheter (22). Resultatet för 2023 visar att 20 procent av kommunerna har evakueringsplaner för samtliga hem för vård eller boende för vuxna (HVB). Motsvarande andel för särskilda boendeformer för äldre var 44 procent. För socialtjänstens boenden för personer med funktionsnedsättning varierar andelen mellan 26 och 41 procent där högst andel kommuner uppger att de har evakueringsplaner för bostad med särskild service enligt LSS för vuxna, se figur 29.

Figur 29. Förekomst av evakueringsplaner för särskilt sårbara grupper inom boende för personer med funktionsnedsättning

Andel kommuner som uppgett att de har aktuella evakueringsplaner för samtliga av sina boenden (i egen regi), uppdelat på boendeform, 2021-2023



Not: Andel avser andel av de kommuner som har sådana boenden.

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunernas krisberedskap 2021–2023 (Socialstyrelsen, 2021–2023).

Färre kommuner har beredskapsplaner för höga temperaturer

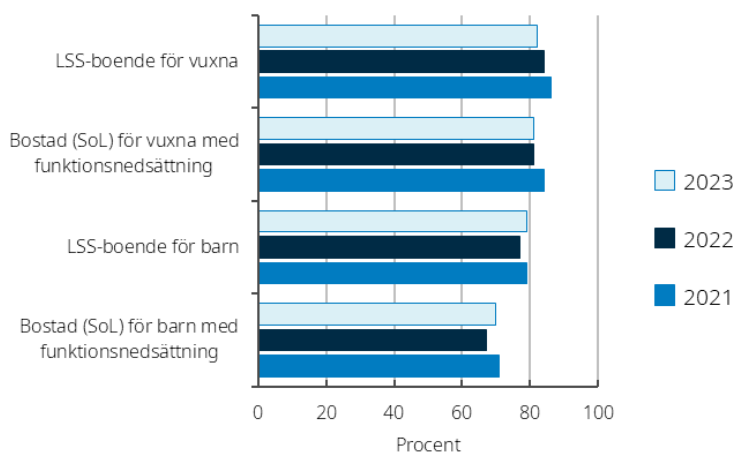
Om beredskapsplaner

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

Värmeböljor med höga temperaturer kan påverka människors hälsa. Brukare inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården är många gånger extra sårbara på grund av sitt hälsotillstånd eller sin ålder. Andelen kommuner som uppger att de har beredskapsplaner för höga temperaturer för boendeformer som bedrivs i egen regi för socialtjänstens boenden för personer med funktionsnedsättning har legat på ungefär samma nivå de senaste tre åren. Cirka fyra av fem kommuner har sådana planer (figur 30). Det är endast för boende för barn enligt SoL där en lägre andel av kommunerna har beredskapsplaner för höga temperaturer.

Figur 30. Förekomst av beredskapsplaner för höga temperaturer i boenden för personer med funktionsnedsättning

Andel kommuner (och stadsdelar i Stockholm och Göteborg) som uppgett att de har aktuella beredskapsplaner för höga temperaturer för samtliga av sina boenden (i egen regi), uppdelat på boendeform, andel angiven i procent, 2021-2023, riket.



Not: Andel avser andel av de kommuner som har sådana boenden.

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunernas krisberedskap 2021-2023 (Socialstyrelsen, 2021-2023).

Kraftig minskning av kontinuitetsplaner

Kontinuitetsplan

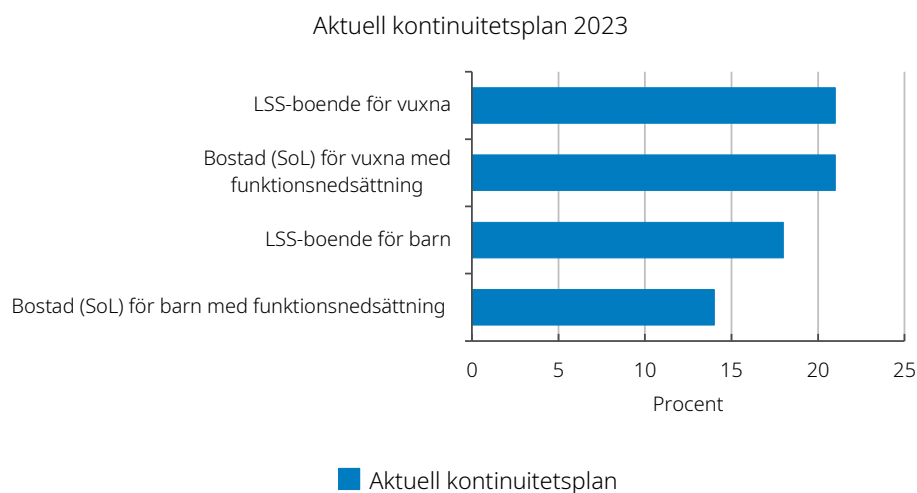
En kontinuitetsplan innehåller information som hjälper personalen att veta vad den ska göra vid en störning i en kritisk aktivitet eller resurs. Syftet är att kunna upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå och att kunna återställa resursen så fort som möjligt.

År 2023 hade omkring 20 procent av kommunerna kontinuitetsplaner för boenden för personer med funktionsnedsättning (figur 31). Den lägsta andelen ses för boende för barn enligt SoL, 17 procent och den högsta för boenden

för vuxna enligt LSS och SoL, 21 procent. Andelen är anmärkningsvärt låg. Erfarenheter från pandemin visade att det vid en kris krävs snabba beslut, något som underlättas av en kontinuitetsplan (23). Erfarenheterna visade också att personer med funktionsnedsättning i till exempel LSS-boende, var en sårbar grupp som drabbade särskilt hårt vid pandemins utbrott (23).

Figur 31. Förekomst av kontinuitetsplaner i boenden för personer med funktionsnedsättning

Andel kommuner (och stadsdelar i Stockholm och socialförvaltningar i Göteborg) som uppgett att de har aktuella kontinuitetsplaner för samtliga av sina boenden (i egen regi), uppdelat på boendeform, andel angiven i procent, 2021-2023



Not: Andel avser andel av de kommuner som har sådana boenden.

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunernas krisberedskap 2021–2023 (Socialstyrelsen, 2021–2023).

Förekomsten av kontinuitetsplaner skiljer sig även mellan olika kommungrupper (tabell 15). Inom funktionshindersområdet är det högst andelar kommuner som har en fullständig (i alla delar) kontinuitetsplan i storstäder och storstadnära kommuner. Andelen kommuner som har svarat att de har en aktuell kontinuitetsplan som inte uppfylles i alla delar är högst i större städer och kommuner nära större stad.

Tabell 15. Förekomst av kontinuitetsplaner, uppdelat på kommungrupp

Andel kommuner (socialförvaltningar i Göteborg samt stadsförvaltningar i Stockholm) som den 1 februari 2023 hade en aktuell kontinuitetsplan för särskilt sårbara grupper som verksamheten bedriver i egen regi, uppdelat på kommungrupp, andel, andel angiven i procent, 2023, riket.

Aktuell kontinuitetsplan uppdelat på kommungrupp	Storstäder och storstadsnära kommuner		Större städer och kommuner nära större stad		Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner		Total andel
	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Delvis	
Bostad (SoL) för barn med funktionsnedsättning (n=84)	27	9	18	36	8	23	14
LSS-boende för barn (n=84)	31	13	23	35	9	32	18
Bostad (SoL) för vuxna med funktionsnedsättning (n=120)	39	22	20	39	14	30	21
LSS-boende för vuxna (n=199)	40	33	19	39	14	33	21

Not: Andel avser andel av de kommuner som har sådana boenden.

Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap 2023 (Socialstyrelsen, 2023).

Andelen kommuner med kontinuitetsplaner för dessa boenden har minskat kraftigt över tid. År 2021 hade mellan 40 och 50 procent av kommunerna en sådan plan för sina boenden inom funktionshindersområdet. Den kraftiga ökningen som sågs under pandemin har med andra ord suddats ut.⁶⁰ Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att minskningen beror på att kontinuitetsplanerna inte har uppdaterats. Detta resonemang stöds av resultaten i tabell 15, att en relativt hög andel kommuner har ofullständiga kontinuitetsplaner.

Socialtjänsten har en viktig roll vid en kris genom att se till att de ordinarie verksamheterna fortsatt fungerar med god kvalitet, men också genom att ha beredskap för att det kan uppkomma nya målgrupper, eller nya behov hos individer som redan har kontakt med socialtjänsten (22). Socialstyrelsen finner det därför bekymmersamt att kontinuitetsplanerna för dessa boenden inte är fler.

⁶⁰ Mellan 2019 och 2021 ökade andelen kommuner som har aktuella kontinuitetsplaner för boenden inom funktionshindersområdet med uppemot 15 procentenheter.

Var tredje kommun ställer krav på krisberedskap vid upphandling

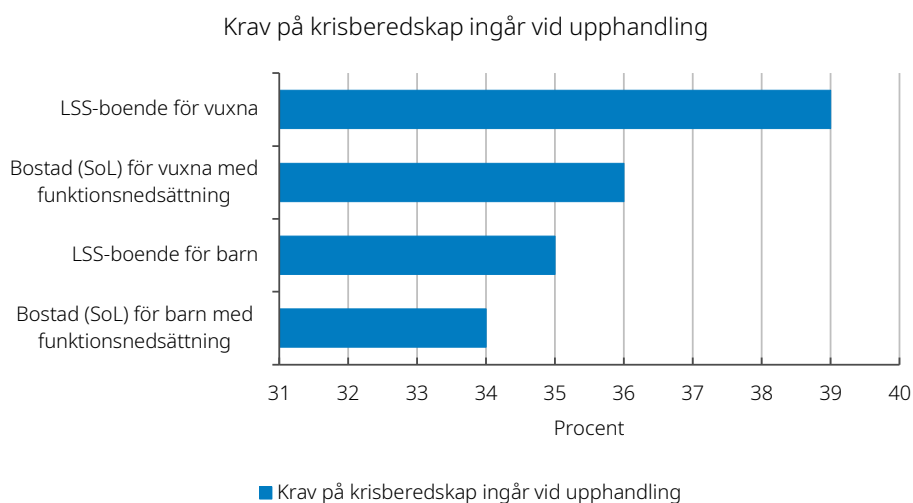
Krav på krisberedskap vid upphandling

För att stärka samhällets samlade förmåga att hantera kriser och dess konsekvenser bör socialtjänsten säkra att krisberedskap även finns för de insatser som socialtjänsten upphandlar. Oavsett om verksamheten bedrivs i kommunal eller enskild regi är det ansvarig nämnd som ska försäkra sig om att verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet.

Andelen kommuner som har krav på krisberedskap vid upphandling av boenden för personer med funktionsnedsättning varierar, mellan 34 och 39 procent (figur 32).⁶¹ Andelen är högst inom LSS-boende för vuxna.

Figur 32. Andel kommuner som ställer krav på krisberedskap vid upphandling av boenden för personer med funktionsnedsättning

Andel kommuner (och stadsdelar i Stockholm och socialförvaltningar i Göteborg) som uppgett att de ställer krav på krisberedskap vid upphandling av boenden för personer med funktionsnedsättning, uppdelat på boendeform, andel angiven i procent, 2021-2023



Not: Andel avser andel av de kommuner som har upphandlat sådana boenden. Källa:

Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap 2023 (Socialstyrelsen, 2023).

⁶¹ Inför 2023 har indikatorn om krav på krisberedskap vid upphandling reviderats, från att visa andelen kommuner som har en rutin om att inkludera krav på krisberedskap vid upphandling, till att visa andelen kommuner som har inkluderat krav på krisberedskap vid upphandling av tjänster för verksamheter för särskilt sårbara grupper. Detta gör att resultaten inte går att jämföra över tid.

Utveckling över tid - hjälpmedel och habilitering

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för aktuella frågor samt utvecklingen över tid inom habilitering och hjälpmedel. Även insatsen råd och stöd enligt LSS tas upp, eftersom insatsen oftast ges inom ramen för habiliteringens verksamhet.

Sammanfattande iakttagelser

- Habiliteringens målgrupper varierar mellan regionerna, visar en kartläggning. Samtliga verksamheter tar emot personer med intellektuell funktionsnedsättning, rörelsehinder, autism med samtidig intellektuell funktionsnedsättning samt flerfunktionsnedsättning. Det är något ovanligare med exempelvis autism (utan samtidig intellektuell funktionsnedsättning), även döva och dövblinda är en ovanligare målgrupp.
- År 2022 hade 23 770 personer beslut om råd och stöd enligt LSS, varav flertalet ingår i personkrets 1. Antalet ansökningar har minskat med 15 procent jämfört med året innan. Den vanligaste orsaken till avslag är att den sökta insatsen har erbjudits inom den ordinarie verksamheten i hälso- och sjukvården.
- År 2023 var de vanligast förskrivna hjälpmedlen var tyngdtäcken, ur- och klockor samt hörapparater. Allt fler personer förskrivs hjälpmedel. En bidragande orsak till detta är befolkningsökningen.

Regionala skillnader i habiliteringens målgrupper

Habiliteringens målgrupper varierar mellan regionerna, visar en kartläggning gjord av Nationella planeringsområdet (NPO)⁶² för rehabilitering, habilitering och socialförsäkring (24). Kartläggningen visar att samtliga verksamheter tar emot personer med intellektuell funktionsnedsättning, rörelsehinder, autism med samtidig intellektuell funktionsnedsättning samt flerfunktionsnedsättning (tabell 16). Det är något ovanligare med exempelvis autism (utan samtidig intellektuell funktionsnedsättning), även döva och dövblinda är ovanligare. Personer med enbart adhd tas emot endast

⁶² Det finns 26 nationella programområden (NPO) som leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Ett programområde består av en representant för var och en av de sex sjukvårdsregionerna. I vissa programområden finns även representanter för kommuner.

undantagsvis. Dessa resultat stärker uppgifter från patient- och brukarorganisationer om att tillgången till habiliteringens insatser ser olika ut i landet.⁶³

Tabell 16. Habiliteringens målgrupper

Habiliteringens målgrupper uppdelat på typ av funktionsnedsättning, 2023, (n=21 verksamheter).

	Ja	Nej	Begränsat Uppdrag	Vissa åldrar	Viss grad av funktionsnedsättning
Intellektuell Funktionsnedsättning	23	0	0	0	0
Rörelsenedsättning (medfödd eller tidig förvärvad):	23	0	0	0	0
Autism med IF	23	0	0	0	0
Autism utan IF	18	2	1	5	0
ADHD (enbart)	1	16	2	0	0
Flerfunktionsnedsättning	23	0	0	0	0
Förvärvad Hjärnskada	14	1	8	6	1
Döva	7	13	2	0	0
Dövblinda	10	10	2	0	0
Sällsynta diagnoser (som ej ingår i ovanstående målgrupper)	12	8	2	0	0
Oklara utvecklingsavvikelse hos små barn	10	8	5	0	0
Annan målgrupp	4	7	1	0	0
Totalt	168	65	23	11	1

Källa: Gränssnitt och samordning vid övergång till vuxensjukvård för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp (Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, 2023). Remissversion.

⁶³ Uppgifterna är hämtade ur dialoger med Socialstyrelsens Råd för funktionshindersfrågor.

Även habiliteringens professioner varierar

Arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped, psykolog och socionom eller kurator är professioner som enligt ovan nämnda kartläggning finns i alla team, inom både barn- och ungdomshabilitering och vuxenhabilitering (tabell 17). Pedagog, dietist och sjuksköterska finns inom de flesta barn- och ungdomshabiliteringar och inom cirka hälften av vuxenhabiliteringarna (24).

I ungefär hälften av regionerna är läkare anställda vid barn- och ungdomshabiliteringen. Motsvarande andel inom vuxenhabilitering är cirka en tredjedel. I hälften av regionerna träffar läkare anställd i annan verksamhet patienter vid barn- och ungdomshabilitering, motsvarande för vuxenhabiliteringen är fem regioner. I två regioner finns konsultläkare tillgänglig för personal inom barn- och ungdomshabilitering, medan konsultläkare finns tillgänglig för vuxenhabiliteringens personal i sex regioner⁶⁴.

Tabell 17. Yrkeskategorier vid habiliteringens verksamheter

Andel yrkeskategorier i habiliteringens verksamheter, uppdelat på barn- och unga samt vuxenhabilitering, uppdelat på yrkeskategori, andel angiven i procent, 2023, (n=21 verksamheter).

	I barn och ungdomsteam	I vuxenteam	I både barn och vuxenteam
Fysioterapeut	8,7	13,0	78,3
Arbetsterapeut	8,7	13,0	78,3
Logoped	9,1	9,1	81,8
Psykolog	8,7	13,0	78,3
Socionom/kurator	8,7	13,0	78,3
Pedagog	47,4	5,2	47,4
Dietist	50,0	5,6	44,4
Sjuksköterska	38,9	11,1	50,0
Läkare anställd inom habiliteringen	46,7	20,0	33,3
Konsultläkare anställd inom annan verksamhet men	58,4	8,3	33,3

⁶⁴ Konsultläkarna träffar inte patienterna.

träffar patienter på habiliteringen			
Konsultläkare finns för personal men träffar inga patienter	0,0	66,7	33,3
Annan yrkesgrupp?	66,6	16,7	16,7

Källa: Gränssnitt och samordning vid övergång till vuxensjukvård för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp (Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, 2023). Remissversion.

Övergång till vuxensjukvård – en utmaning

I de flesta regioner sker övergången till vuxensjukvård vid 18 års ålder (24). Några regioner har en annan fastställd ålder. I ett fåtal regioner är åldersgränsen flexibel.

18 habiliteringschefer uppger att det finns en tydlig rutin för övergång mellan barn/ungdoms- och vuxenhabilitering. De uppger att den används och i mer än två tredjedelar av regionerna uppges att rutinen fungerar tillräckligt bra för patienterna.

I några regioner innefattar rutinen även övergång från barn/ungdomshabilitering till övrig vuxensjukvård, medan de flesta uppger att det finns en annan rutin för övergång till övrig sjukvård. Enligt kartläggningen finns ingen samlad rutin som innefattar överföring mellan all barn- och vuxensjukvård för habiliteringens målgrupp. (24)

Flera verksamheter inblandade

Flera aktörer är inblandade i övergången från barn- till vuxensjukvård. I kartläggningen uppgav nästan alla regioner (95 procent) att primärvården ofta är mottagare vid övergången (24). Vidare uppgavs att psykiatri (76 procent), neurologi (71 procent) och kommunal hälso- och sjukvård (48 procent) ofta är mottagare i vuxensjukvården.

I kartläggningen uppgav habiliteringscheferna att följande faktorer är de viktigaste för en god och säker övergång till vuxensjukvård:

- generellt ökad kunskap om funktionsnedsättningar i vuxensjukvården
- vårdlots/koordinator/samordnare eller motsvarande
- skrivna samverkansrutiner
- nationella riktlinjer för övergången
- Individuell kontaktkarta

Överlämningen till kommunen påverkas även av huruvida, och när, personen beviljas kommunala insatser enligt LSS eller SoL och kommunens hälso- och sjukvårdsansvar tar vid. Det hänger inte ihop med myndighetsdag⁶⁵ eller avslut inom barnsjukvården. En överrapportering kan bli aktuell först när personen är aktuell för insatser enligt LSS, kommunal hemsjukvård eller vid överlämnande och förskrivning av hjälpmedel. Av kartläggningen framgår att glapp i flera fall uppstår mellan 18 och 21–22 års ålder. Det är inte tydligt vem som har ansvaret däremellan.

Kartläggningen visar vidare att det i stor utsträckning saknas rutiner för överföring av unga vuxna till kommunal hälso- och sjukvård. Där rutiner finns och efterlevs är upplevelsen att de fungerar bra, och att den information som överförs är relevant och viktig för det fortsatta hälso- och sjukvårdsansvaret.

Överlämningssätt är flexibla utifrån behov och förutsättningar, exempelvis fysiska eller digitala träffar. Lägsta nivå är en skriftlig sammanfattning med möjlighet att ta kontakt med namngiven person som känner individen. SIP används endast i enstaka fall trots att lagkrav på att det ska erbjudas finns.

Flertalet regioner saknar övergripande riktlinjer och rutiner för hur övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård ska gå till för personer med omfattande och varaktig funktionsnedsättning. Det finns ett antal rutiner för övergång från barn- till vuxenhabilitering, där samordning med andra vårdgivare inte ingår. I dag finns regionala skillnader som påverkar överföringen, exempelvis:

- Olika rutiner för överföring i alla regioner.
- Läkartillgång och vårdutbud inom habilitering varierar.
- Den kommunala hälso- och sjukvårdens uppdrag, målgrupper och professioner varierar.
- Primärvård för rapportens målgrupp är organiserad på olika sätt i olika regioner².

Detta bidrar till en osäker och ojämlig vård för individen och hög belastning på närstående som får ta ett stort samordningsansvar, inte bara under och efter övergången utan även framåt i livet. Resultaten av kartläggningen kan sättas i relation till att endast 32 procent av kommunerna har samverkansöverenskommelser mellan LSS och barnhabiliteringen (15). Andelen

⁶⁵ Det vill säga 18-årsdagen.

samverkansöverenskommelser mellan vuxenhabilitering är i sin tur 26 procent (15).

Ytterligare resonemang om primärvården förs i kapitlet ”Hälso- och sjukvård och tandvård på lika villkor”.

Insatsen råd och stöd fortsätter att minska

Statsbidrag för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS

Socialstyrelsen har sedan 1994, då lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) trädde i kraft, haft regeringens uppdrag att fördela statsbidrag till regionerna för rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1 LSS. Bidraget kom till för att kompensera huvudmännen för de ökade kostnader som antogs uppstå med anledning av den utökade personkretsen i den nya lagen.

År 2022 hade 23 770 personer beslut om råd och stöd enligt LSS, varav flertalet ingår i personkrets 1, det framgår av redovisningen för statsbidrag för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS (25). Majoriteten av besluten, 52 procent, återfanns i region Skåne, region Norrbotten, region Västra Götaland samt region Västernorrland. Totalt hanterade regionerna 404 ansökningar under 2022. Av dessa ansökningar bifölls 606. Antalet ansökningar har minskat med 15 procent jämfört med året innan. Den vanligaste orsaken till avslag är att den sökta insatsen har erbjudits inom den ordinarie verksamheten i hälso- och sjukvården. Antalet beslut om insatsen råd och stöd enligt LS har minskat jämfört med föregående år, till 21 procent. Minskningen sedan 2021 är ännu större, 60 procent. Insatsen råd och stöd har minskat kontinuerligt sedan slutet av 1990-talet⁶⁶ efter att Högsta förvaltningsdomstolen i flera prejudicerande domar slagit fast att habiliteringsåtgärder inte är att betrakta som råd och stöd enligt LSS⁶⁷. En annan bidragande orsak är troligen att rådgivning och stöd allt oftare ges inom ramen för HSL⁶⁸. Flertalet regioner (13 av 16 regioner) bedömer att mellan cirka 76–100 procent av det totala antalet råd- och stödin-satser som erbjudits under året, har erbjudits enligt HSL.(25)

⁶⁶ År 1998 hade 22 000 personer insatsen råd och stöd enligt LSS.

⁶⁷ Se bland annat RÅ 1997 ref 49.

⁶⁸ Råd och stöd enligt HSL ingår inte i den aktuella redovisningen.

De vanligaste insatserna inom råd och stöd var stödsamtal från kuratorer (18 regioner) samt råd och stöd vid myndighetskontakter (14 regioner) samt råd och stöd av psykolog (141 regioner). Regionerna uppger att de även erbjuder råd och stöd på annat sätt än som insats enligt LSS. Nitton regioner uppger att de erbjuder råd och stöd inom ramen för barn- och ungdomshabiliteringen samt vuxenhabiliteringen. (25)

Ett flertal av regionerna pekar på att statsbidraget har stor betydelse för deras möjligheter att ge stöd till den målgrupp som ingår i personkretsen för LSS. Samtidigt pekar de på behovet av att tydliggöra vad som ingår i insatserna råd och stöd enligt LSS. (25)

Regionala skillnader i hjälpmedelsförskrivning

Tabell 18 visar statistik över hjälpmedelsförskrivning⁶⁹, till personer under 65 år, för år 2023. De vanligast förskrivna hjälpmedlen var tyngdtäcken, ur och klockor, hörapparater och rollatorer. Allt fler förskrivs hjälpmedel, till exempel hörapparater och tyngdtäcken. Den främsta, men inte enda orsaken, är befolkningsökningen.

Förskrivningen av hörapparater ökar. Mellan 2022 och 2023 ökade antalet förskrivningar från 11 000 till 19 000 (26). Det ökande antalet förskrivningar handlar framförallt om ökade behov. Enligt Hörselskadades Riksförbund (HRF) ökar behoven av hörselvård och hörselhjälpmedel inte bara bland personer över 65 år⁷⁰. Behoven ökar även bland yngre. I Socialstyrelsens dialoger med HRF har det även framkommit att behoven påverkar tillgången till hörselvård. Det är bland annat fortsatt långa köer till hörselvården och väntetiderna kan vara uppemot två år. Enligt HRF är det framförallt hörselrehabilitering som brister, inte förskrivning av hörselhjälpmedel. De ökande behoven förklarar dock den ökade förskrivningen.

Förskrivningarna av tyngdtäcken fortsätter att öka. I oktober 2020 beslutade SKR:s medicintekniska produktråd att avråda från förskrivning av tyngdtäcken inom ramen för offentligt finansierad verksamhet (27). Trots detta förskrivs många tyngdtäcken och under 2023 var antalet knappt 50 000. Motsvarande antal året innan var drygt 37 000. Under 2023 förskrev endast

⁶⁹ Tabell 17 visar ett urval av statistiken.

⁷⁰ Detta framkom i dialoger inom ramen för Socialstyrelsens Råd för funktionshindersfrågor.

två regioner inga tyngdtäcken överhuvudtaget: Örebro och Västra Götaland.
I Gävleborgs län förskrevs ett fåtal tyngdtäcken, 27 stycken.

Tabell 18. Förskrivning av vissa hjälpmedel.

Förskrivning av vissa hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning 0–64 år, uppdelat på typ av hjälpmedel, 2023.

	0-17 år	18-64 år	0-64 år
Hörselhjälpmedel			
Hörapparater	1 840	18 117	19 957
Ortoser			
Ankelortoser			
Helbensortoser	3 819	9 545	13 364
Knäortoser	266	142	408
Transitibiella proteser	1 642	6 611	8 253
Synhjälpmedel			
Förstorande videosystem	-	-	1319
Ljudutrustning	-	-	1123
Läsmaskiner	-	-	130
Förskrivningar på hjälpmedelscentraler			
Tyngdtäcken	-	-	49 594
Ur och klockor	-	-	32 861
Rollatorer	-	-	3 663
Samtalsapparater	-	-	5 164
Kalendrar och tidtabeller	-	-	23 450
El-rullstolar, elektronisk styrning	-	-	4 710
Rollatorer	-	-	29 936

Källa: Socialstyrelsens statistik över hjälpmedelsförskrivning.

Hälso- och sjukvård samt tandvård på lika villkor

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för förutsättningarna för att personer med funktionsnedsättning ska ha tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor som övriga befolkningen. Socialstyrelsen redogör även för behandling och utfall vid två olika, relativt vanliga sjukdomar. Även utvecklingen inom tandvård tas upp.

Sammanfattande iakttagelser

- För att hälso- och sjukvården ska vara jämlik för personer med funktionsnedsättning behöver personalen utbildas i inkludering och bemötande. Tillgängligheten till sjukvårdsbyggnader behöver också vara god. Socialstyrelsens analyser visar att dessa förutsättningar ofta brister.
- Diabetespatienter med insatser enligt LSS eller SoL får sekundärpreventiv behandling med blodfettsänkande läkemedel i lägre utsträckning än personer med diabetes i den övriga befolkningen. Den tydligaste skillnaden återfinns bland diabetespatienter med insatser enligt LSS, som till stor del består av personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism. I denna grupp är det omkring hälften så vanligt att personer med diabetes får behandling med blodfettsänkande läkemedel, jämfört med motsvarande grupp i övriga befolkningen.
- Socialstyrelsens analyser visar en högre dödlighet för bröstcancerpatienter med insatser enligt LSS eller SoL jämfört med bröstcancerpatienter i övriga befolkningen. Risken för dödlighet är
 - fem gånger vanligare bland bröstcancerpatienter med insatser enligt LSS (framförallt intellektuell funktionsnedsättning och autism).
 - mer än sex gånger vanligare bland bröstcancerpatienter med insatser enligt SoL (framförallt psykisk funktionsnedsättning).
- Det är vanligare att kvinnor med insatser enligt LSS eller SoL får sin bröstcancerdiagnos i stadie 3 eller 4. Detta är troligen en bidragande orsak till den högre dödligheten vid bröstcancer. Andra bidragande orsaker är bemötande och tillgänglighet.
- Tillgången till tandvård är fortfarande inte likvärdig för personer med funktionsnedsättning. Exempelvis är tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift relativt låg bland personer med psykisk funktionsnedsättning, 30 procent.
- En bidragande orsak till att tandvården är ojämlig är sämre ekonomiska villkor hos gruppen. Subventionssystem når inte alla i gruppen och anses vara administrativt svåra. Andra orsaker på systemnivå är att tandvården inte anpassat arbetssätt och rutiner till gruppen samt brister i bemötande och kommunikation.

FN lyfter vikten av jämlik vård för personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning har ofta ett stort behov av hälso- och sjukvård, både sådan som riktar sig till hela befolkningen och sådan som är kopplad till deras funktionsnedsättningar. Detta fastslog FN under hösten 2021 (28). Det är dessutom en högre andel personer med funktionsnedsättning som skattar sin hälsa som dålig, jämfört med övrig befolkning: 42 procent respektive 6 procent.⁷¹

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

- Identifiera och undanröja hinder för tillgänglighet till sjukvårdsbyggnader.
- Stärka förutsättningarna för att personer med funktionsnedsättning ska ha råd med hälso- och sjukvård.
- Utbilda hälso- och sjukvårdspersoner i bemötande och inkludering.
- Stärka personer med funktionsnedsättning i att ta kontroll över beslut som rör deras hälso- och sjukvård, till exempel genom informerade beslut.

Ojämlika förutsättningar för vård

Socialstyrelsen har tidigare lyft flera faktorer som påverkar tillgången till hälso- och sjukvård för vuxna i LSS-boende (29). I en kartläggning framkom att en stor andel av verksamhetschefer vid vårdcentraler bedömde att de i stort sett kan erbjuda gruppen tillgång till hälso- och sjukvård. Dock lyfte många att det är låg läkarmedverkan på LSS-boenden.⁷²

Trots att många vårdcentraler ansåg att de kan erbjuda vård till personer med funktionsnedsättning så finns det svårigheter när det gäller målgruppens möjligheter att komma i kontakt med hälso- och sjukvården:

- Målgruppen saknar ofta tillgång till internet och bank-id, vilket bidrar till att försvåra kontaktvägarna och i förlängningen också tillgången till hälso- och sjukvård.
- Det finns behov av att kommunen och regionen ser till att de som saknar tillgång till internet, eller inte har förmåga att använda digitala tjänster, har möjlighet att komma i kontakt med och få tillgång till vården.

⁷¹ Uppgifterna baserar sig på 43 länder.

⁷² Avser andel av de verksamhetschefer som besvarade en enkät från Socialstyrelsen.

I ovan nämnda kartläggning uppgav omkring hälften av vårdcentralerna att de har bristande kunskap om bemötande av målgruppen (29). De flesta vårdcentraler (87 procent) uppgav att de saknade specifika rutiner och arbetssätt för att möta målgruppen, även om det samtidigt fanns arbetssätt i form av praxis.

Det finns även problem som kan kopplas till själva vårdmötet. I knappt hälften av vårdcentralerna finns svårigheter i kommunikationen mellan personal inom hälso- och sjukvården och den enskilde vid besök på vårdcentraler. Drygt hälften, 53 procent, av vårdcentralerna uppger att det finns svårigheter när det gäller tillgången till kommunikationsstöd. En del av problemet handlar om att det saknas tillgång till kommunikationsstöd, men det handlar också om att kommunikationsstöd finns, men inte alltid används. Det framgår inte av undersökningen om det finns skillnader mellan patienter som är barn och vuxna patienter. (29)

Även på LSS-boenden finns förbättringsområden. Personal på LSS-boenden saknar många gånger kompetens avseende hälso- och sjukvård när det gäller läkemedelshantering och delegering. De saknar även kunskap om att tolka och känna igen tecken på smärta, sjukdom eller skada hos målgruppen. (29)

Förekomsten av årliga hälsokontroller för personer i LSS-boenden varierar över landet. Årliga hälsokontroller kan vara ett sätt att identifiera när målgruppen har behov av hälso- och sjukvård och kan på så sätt även bidra till en jämlik vård. (29)

Vidare har Socialstyrelsen identifierat flera framgångsfaktorer för att göra vården mer jämlik för personer med funktionsnedsättning:

- Utse en fast läkarkontakt som ansvarar för hälso- och sjukvården vid LSS-boenden och som kan besöka den enskilde i bostaden.
- Kompetenshöjande insatser för personalen på LSS-boenden kring hälsorelaterade frågor.
- Personal från LSS-boendet är med vid besöket på vårdcentralen. Personalens kännedom om individens funktionsnedsättning och kommunikativa svårigheter bidrar till att underlätta dialogen i vårdsituationen.
- Årliga hälsokontroller. (29)

Ytterligare kunskap om dessa grupper tillgång till vård fås från en kartläggning som NPO för rehabilitering, habilitering och socialförsäkringsmedicin har genomfört (24). I kartläggningen uppger 95 procent av distriktsläkarna⁷³ att de kommer i kontakt med patienter i målgruppen (patienter med

⁷³ Som deltog i kartläggningen (n=911).

omfattande och varaktig funktionsnedsättning). 46 procent uppger att de har ett tydligt basansvar för målgruppen. Noterbart är att 30 procent uppger att de inte vet om de kommer i kontakt med patienter som har omfattande och varaktig funktionsnedsättning. Vidare uppger 56 procent att de erbjuder fast läkarkontakt till hela målgruppen och 30 procent uppger att de erbjuder det till vissa. På majoriteten av vårdcentraler, 76 procent, är ansvaret för målgruppen fördelat på alla distriktsläkare. Vidare erbjuder 31 procent årliga uppföljningar (årskontroller) för hela målgruppen och 44 procent gör det för vissa. Slutligen uppger 13 procent av vårdcentralerna har tillräckligt med resurser för att kunna erbjuda anpassade och förberedda läkarbesök (till exempel längre tid, hembesök, tid att förbereda sig) och 29 procent erbjuder det delvis. (24)

Det är en varierande andel av vårdcentralerna som arbetar samordnat med andra verksamheter när det gäller bedömningar, behandlingar och uppföljningar kring målgruppen:

- 50 procent med kommunens LSS-sjuksköterskor
- 10 procent med vuxenhabiliteringen
- 13 procent med annan specialiserad vård eller verksamhet
- 36 procent av vårdcentralerna har möjlighet att konsultera/remittera till habiliteringsläkare på specialistnivå. (24)

Endast 12 procent av distriktsläkarna uppger att de har tillräcklig grundläggande kompetens gällande målgruppens sammanhållna medicinska behov ur ett helhetsperspektiv. Omkring en tredjedel, 37 procent, uppger att de har delvis grundläggande kompetens. Vidare uppger 9 procent uppger att de inte fått någon särskild fortbildning på området. (24)

Av tabell 19 framgår att distriktsläkarna uppger sig ha behov av olika fortbildningar, bland annat om olika funktionsnedsättningar och kognitiva och intellektuella förmågor.

Tabell 19. Behov av fortbildning bland distriktsläkare

Andel distriktsläkare som uppgett att de har behov av fortbildning i frågor som rör funktionsnedsättningar, uppdelat på typ av fortbildningsområde, andel angiven i procent, 2023, n=911.

Område	Andel
Om olika funktionsnedsättningarna (ex autism, intellektuell funktionsnedsättning, CP, flerfunktionsnedsättning)	72,0
Kognitiva och intellektuella funktioner	62,6
Bakomliggande medicinska syndrom	48,9

Juridiken på området	64,8
Intyg	54,9
Tolka beteendemässiga symtom	60,4
Grundläggande habiliteringsmedicin (jfr rehabiliteringsmedicin)	67,0
Oro och utmanande beteenden	54,9
Annat? Ange gärna vad.	14,8%

Källa: Gränssnitt och samordning vid övergång till vuxensjukvård för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp (Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, 2023). Remissversion.

Ovanligare med blodfettssänkande läkemedel vid diabetes

Omkring 5 procent av befolkningen har diabetes. Förekomsten är ännu vanligare bland personer med vissa funktionsnedsättningar. Till exempel är diabetes uppemot 2,4 gånger vanligare bland personer med intellektuell funktionsnedsättning (30). Med andra ord en av de grupper som ingår i personkrets 1, LSS.

Diabetes innebär en påtagligt ökad risk för ökade lipidnivåer⁷⁴, vilket på sikt ökar risken för hjärt-kärlsjukdom. Det är därför av stor vikt att tidigt behandla ökade värden av lipider med blodfettssänkande medicin, oftast med statiner⁷⁵. Detta är särskilt viktigt om även andra riskfaktorer föreligger, så som högt blodtryck och rökning. Behandlingen utgör således sekundärprevention för att förhindra hjärt-kärlsjukdom särskilt vid diabetes typ 2.

Socialstyrelsens analyser visar dock att personer med funktionsnedsättning erhåller sekundärpreventiv behandling med blodfettssänkande läkemedel vid diabetes i lägre utsträckning än personer med diabetes i övriga befolkningen. Skillnaderna är tydligare bland män än bland kvinnor.

Drygt 30 procent av manliga diabetespatienter med insatser enligt LSS förskrivs blodfettssänkande läkemedel (figur 33), framförallt patienter med intellektuell funktionsnedsättning eller autism. Andelen är högre bland manliga diabetespatienter med insatser enligt SoL, 50 procent. I denna grupp återfinns framförallt personer med psykisk funktionsnedsättning. Andelen är

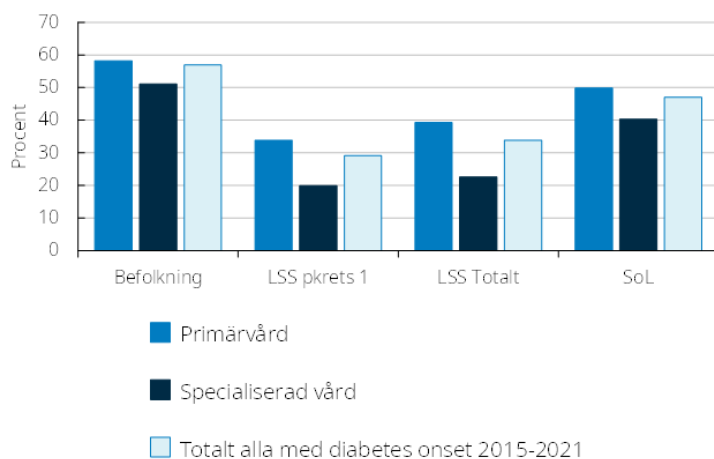
⁷⁴ Lipider är organiska molekyler av bland annat fett och kolesterol.

⁷⁵ Statiner är ett samlingsnamn för kolesterolsänkande läkemedel.

dock fortfarande lägre än i den övriga befolkningen, där motsvarande andel ligger på cirka 55 procent.

Figur 33. Skillnader i förskrivning av blodfettssänkande medicin bland manliga diabetespatienter med eller utan funktionsnedsättning

Andel manliga diabetespatienter som får blodfettssänkande medicin, bland personer 18 år och äldre med insatser enligt LSS och SoL jämfört med övriga diabetespatienter i samma åldersgrupp, 2015–2016.

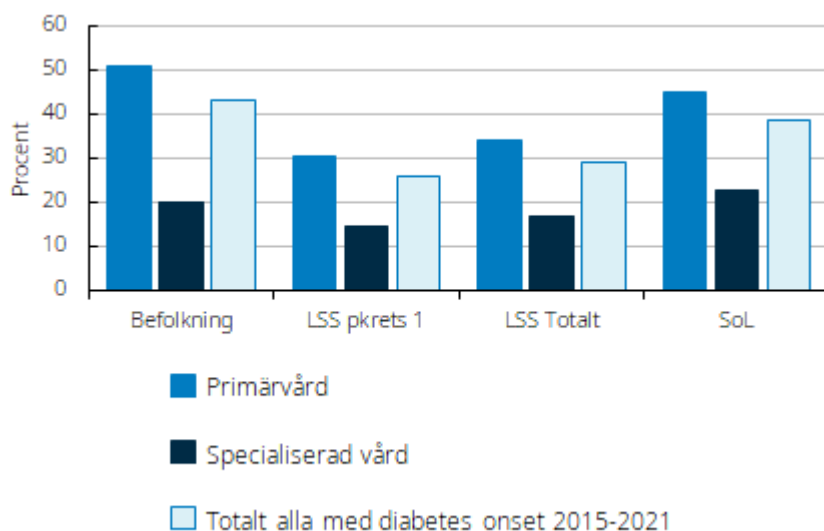


Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen, Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt patientregistret.

Andelen är endast delvis lägre för kvinnor. Knappt 30 procent av de kvinnliga diabetespatienterna med LSS-insatser förskrivs blodfettssänkande läkemedel. Motsvarande andel inom SoL är knappt 40 procent (figur 34). Andelen kvinnliga diabetespatienter i den övriga befolkningen som förskrivs läkemedlet är endast några procentenheter högre, drygt 40 procent.

Figur 34. Skillnader i förskrivning av blodfettssänkande medicin bland kvinnliga diabetespatienter med eller utan funktionsnedsättning

Andel kvinnliga diabetespatienter som får blodfettssänkande medicin, bland personer 18 år och äldre med insatser enligt LSS och SoL jämfört med övriga diabetespatienter i samma åldersgrupp, 2015–2016.



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

Den som har högst risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom har också störst nytta av behandling med statiner. Därför är statinbehandling mycket angelägen hos personer med diabetes med hög till mycket hög risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom. Förekomsten av diabetes är dessutom relativt hög inom LSS, framförallt inom personkrets 1. Socialstyrelsen bedömer därför att skillnaderna i förskrivning av blodfettssänkande läkemedel är bekymmersamma. Analyserna förklarar inte orsakerna bakom skillnaderna. Socialstyrelsen avser dock att fortsätta analysera området, i dialog med hälso- och sjukvården.

Sex gånger högre dödlighet vid bröstcancer

Socialstyrelsens analyser visar att kvinnor med insatser enligt LSS eller SoL som insjuknar i bröstcancer avlider i högre utsträckning än andra bröstcancerpatienter. Risken att dö är väsentligt högre bland dessa kvinnor jämfört med övriga bröstcancerpatienter (figur 35):

- Fem gånger vanligare bland bröstcancerpatienter med insatser enligt LSS (framförallt intellektuell funktionsnedsättning och autism).

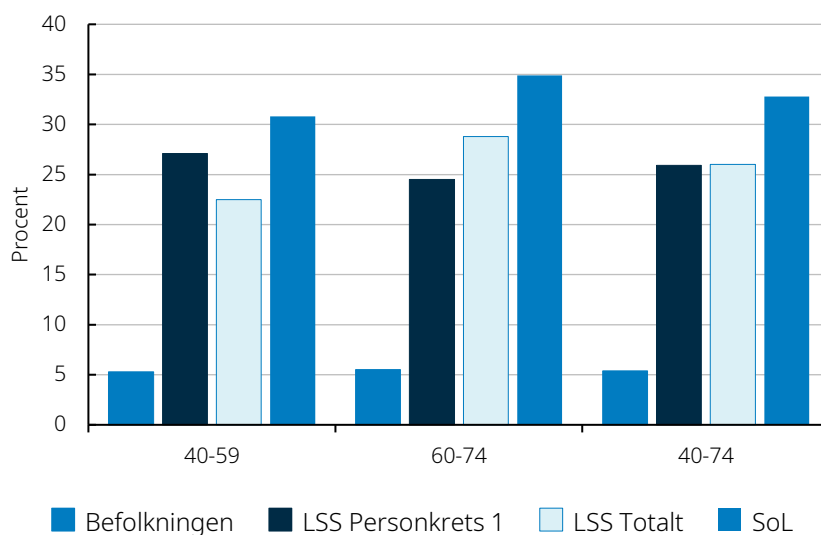
- Mer än sex gånger vanligare bland bröstcancerpatienter med insatser enligt SoL (framförallt psykisk funktionsnedsättning).

Personer med funktionsnedsättning har många gånger sämre hälsa till följd av funktionsnedsättningen, och det är därför viktigt att i statistiken utesluta andra dödsorsaker än just cancer. Socialstyrelsen har därför kontrollerat för detta i analyserna som presenteras i figur 41 (så kallad orsaksspecifik dödlighet).

Skillnaderna i överlevnad återfinns såväl bland yngre (40–59 år) som äldre (60–74 år). Andelen ligger på samma nivå oavsett åldersgrupp i den övriga befolkningen. De största skillnaderna mellan studiepopulationerna och den övriga befolkningen återfinns i åldersgruppen 60–74 år. Där är det nästan sex gånger vanligare att kvinnor med insatser enligt LSS avlider inom fem år från diagnos. Motsvarande andel bland kvinnor med insatser enligt SoL är sju gånger. Den största skillnaden för personkrets 1, som uteslutande innefattar personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism, återfinns dock i åldersgruppen 40–59 år.

Figur 35. Dödlighet i bröstcancer bland kvinnor med funktionsnedsättning jämfört med övriga bröstcancerpatienter

Orsaksspecifik dödlighet inom fem år från diagnos för kvinnor med insatser enligt LSS och SoL som behandlats för bröstcancer jämfört med övriga bröstcancerpatienter, uppdelat på ålder, andel angiven i procent.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser till personer med funktionsnedsättning och äldre enligt LSS, Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, Cancerregistret och SCB:s Befolkningsregister.

Att personer med insatser enligt LSS eller SoL i högre grad dör av sin cancer skulle kunna bero på att de får vård senare på grund av att cancer upptäcks i ett senare skede. Därför har Socialstyrelsen även analyserat hur långt cancer fortskridit vid tidpunkten för diagnos.

Kvinnor med insatser enligt LSS eller SoL som insjuknar i bröstcancer får oftare sin diagnos i ett senare skede än andra bröstcancerpatienter (tabell 20). Tolv procent av bröstcancerpatienterna med insatser enligt LSS får sin diagnos i stadie 3 eller 4. Andelen är högre inom SoL, nästan 19 procent. Motsvarande andel i den övriga befolkningen är 5 procent.

Stadium ett vid bröstcancerdiagnos innebär att cancer är liten och inte finns i lymfkörtlar i armhålan. Stadium fyra innebär i sin tur att cancer spridits och bildat metastaser i kroppen.

Tabell 20. Diagnosstadie vid bröstcancerdiagnos hos kvinnor med funktionsnedsättning jämfört med övriga bröstcancerpatienter

Andel kvinnor som vid diagnos har bröstcancer-stadie 3 och 4, uppdelat på bröstcancerpatienter med funktionsnedsättning (insatser enligt LSS och SoL) och övriga bröstcancerpatienter, uppdelat på ålder, andel angiven i procent,

Ålder	LSS personkrets 1	LSS Totalt	SOL	Befolkningen
40-59	13,55	14,61	21,95	5,68
60-74	7,55	9,91	15,46	4,60
Totalt	10,71	12,00	18,83	5,07

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt SoL, Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, Cancerregistret samt SCB:s befolkningsregister.

Socialstyrelsen har tidigare analyserat dödlighet vid bröstcancer bland kvinnor med insatser enligt LSS (31). Redan då konstaterade myndigheten att vården vid bröstcancer behöver bli mer jämlik för den här gruppen. Resultaten i årets lägesrapport pekar dessutom på att dödligheten vid bröstcancer har ökat för dessa grupper.

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor. För att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede används mammografi. Metoden minskar signifikant dödligheten i sjukdomen. Kvinnor blir från det år då de fyller 40 med regelbundna intervall inbjudna till screening med mammografi. Screening kan därför ha stor betydelse för i vilket tumörstadium bröstcancer upptäcks. Socialstyrelsen bedömer därför att det är angeläget att stötta kvinnor med insatser enligt LSS och SoL att göra mammografi. I ett tidigare uppdrag har företrädare för mammografiverksamhet gett en bild av att personer med

psykisk funktionsnedsättning generellt är svåra att nå och att det är en utmaning för verksamheten att kallelser skickas till kvinnor grundat på befolkningsregistret utan kännedom om kvinnan och hennes hälsotillstånd. Företrädarna för verksamheterna menar också att målgruppen kan sakna motivation och i vissa fall kanske inte heller förstår vikten av undersökningen.

Socialstyrelsen kan dock konstatera att ett väsentligt antal personer med insatser enligt SoL och LSS bor i särskilda boendeformer. I dessa verksamheter finns personal som skulle kunna utgöra ett stöd när det gäller mammografiundersökningar. Det är inte heller ovanligt att dessa personer har god man. I dialoger med patient- och brukarorganisationer⁷⁶ har det även framkommit att personer exempelvis med intellektuell funktionsnedsättning har behov av anpassad information om såväl mammografi som behandling vid bröstcancer, exempelvis i lättläst-format.

Det handlar inte bara om att stötta kvinnorna att genomföra mammografi. Socialstyrelsen vill också understryka vikten av ett inkluderande bemötande från sjukvården och att mammografimottagningarna ska vara tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. Exempel på tillgänglighet är att mottagningar är framkomliga för personer med exempelvis rörelsehinder.

Utvecklingsarbete pågår

Analyserna i detta kapitel visar att det återstår arbete innan hälso- och sjukvården är jämlik för personer med funktionsnedsättning. Detta stämmer väl överens med tidigare forskning och studier. Personer med intellektuell funktionsnedsättning, autism eller psykisk funktionsnedsättning har många gånger en lägre så kallad hälsolitteracitet än övrig befolkning. Med hälsolitteracitet avses förmågan att få tag på, förstå, värdera och använda information för att bibehålla och främja hälsa. För att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård för dessa grupper behöver hälso- och sjukvården bland annat

- ta fram information i anpassade format i högre utsträckning
- vid behov använda olika former av kommunikationsstöd
- stärka dialogen med personal och företrädare.

Vissa regioner har utvecklat särskilda mottagningar och arbetsätt för att säkra tillgången till hälso- och sjukvård för personer med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen ser positivt på denna utveckling. Nedan ges två exempel på sådana verksamheter (24).

⁷⁶ Dialogerna har framförallt förts i Socialstyrelsen Råd för funktionshindersfrågor.

Samordnat medicinskt omhändertagande (SMO) samt vårdlotsfunktion i Region Sörmland

För att underlätta överföringen till vuxensjukvård och den fortsatta vården finns samordningsteam inom primärvården för vuxna patienter med medfödda funktionsnedsättningar på sju vårdcentraler i Region Sörmland. I dessa team får patienten en fast läkare och sjuksköterska. Det finns ett nära samarbete mellan vårdcentral, rehabilitering och kommunens hälso- och sjukvård. Patienterna blir även kallade till årliga hälsokontroller samt får längre besökstider vid behov.

Kopplat till SMO-mottagningarna finns fyra samordnare/vårdlotsar som stöttar vårdcentralerna med samordning men också har en lotsande funktion för patienter, anhöriga och personal inom hälso- och sjukvården. Detta för att unga med funktionsnedsättning ofta har svårt att själva hitta rätt och ta kontakter i vården.

SMO-samordnare/vårdlotsar är med i överföringen mellan barn- och vuxensjukvård när flera vårdkontakter är aktuella i vuxenlivet. Det innebär att medverka vid planeringsmöten inför avslut och vid överföringsmöten samt att vara en lots som ger stöd även efter överföringen.

Arbets sättet med speciella team inom primärvården för vuxna med medfödda funktionsnedsättningar började i Sörmland 2012. I dag används liknande arbets sätt i flera regioner som exempelvis Västerbotten och Gävleborg, samt i pilotverksamhet i Stockholm.

Primo i Region Västerbotten

Primärvårdens medicinska omhändertagande (Primo) är en verksamhet i Region Västerbotten, som riktar sig till personer som har en medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning. Det är en planerad verksamhet där funktionsnedsättningens medicinska konsekvenser är i fokus. Primo finns placerad på tre hälsocentraler i länet, en i varje närsjukvårdsområde. Insatser ges oavsett var patienten är listad. Verksamheten är ett erbjudande till patientgruppen och personerna själva (eller företrädare) väljer om de vill ta del av det.

Insatser från Primo innebär bland annat regelbundna uppföljningar med kartläggning, bedömning och planering av insatser utifrån funktionsnedsättning och personens behov. Det finns tillgång till team där arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare samt sjuksköterska ingår, längre besökstider samt möjlighet att få träffa samma personal vid besöken. Nära samverkan finns mellan

barn/ungdom- och vuxenhabiliteringen i regionen. Primo fungerar även som konsultstöd till annan vårdpersonal.

Tandvård på lika villkor

Tandvårdsstöd

Patienter från 24 år betalar den största delen av sin tandvård själva (57 procent 2018). Staten finansierar en del av vuxentandvården, genom ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB), ett högkostnadsskydd och ett särskilt tandvårdsbidrag (STB) (se 1 kap.1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd). Regionerna finansierar barn- och ungdomstandvården, viss specialist-tandvård och vissa tandvårdsstöd för vuxna med särskilda behov. Tandvårdsstöden syftar till att minska ekonomiska hinder att besöka tandvård och munhälsobedömningar. Följande tandvårdsstöd är aktuella för flera av målgrupperna inom LSS och SoL:

- Statligt tandvårdsstöd (STB)
- Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård
- Tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Under 2023 har Socialstyrelsen fortsatt att analysera munhälsa och tandvård för personer med funktionsnedsättning. Analyserna visar att det fortfarande återstår arbete innan gruppen har tillgång till tandvård på lika villkor (32).

Användandet av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift är relativt låg bland personer med psykisk funktionsnedsättning, 30 procent (32). Motsvarande andel bland personer med psykisk funktionsnedsättning med insatsen boende enligt SoL var väsentligt högre, knappt 90 procent. Tillgänglighet i tandvården kan påverkas av patienternas ekonomi eftersom personer som är 24 år eller äldre betalar en stor del av sin tandvård själva. Personer med vissa sjukdomar, funktionsnedsättningar eller ett stort behov av vård och omsorg kan få stöd från sin region, vilket ger rätt till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. De regionala tandvårdsstöden kan således minska de ekonomiska hindren för personer att söka tandvård. (32)

Analyserna visar vidare att det finns skillnader i sannolikheten att efter fem år ha kommit på uppföljande undersökning (32). Sannolikheten är högre bland dem som haft aktiv munsjukdom vid första undersökningen, det vill säga den grupp som har tydligast behov för en tät kontakt med tandvården.

Slutligen visar analyserna att personer med psykisk funktionsnedsättning besöker tandvården mer oregelbundet och löper en större risk att behöva besöka tandvården akut, trots att de har sämre munhälsa än jämförbara grupper. Behandlingar i samband med akutbesök visar sig också i större utsträckning bestå av tandutdragningar än jämförbara akutbesök bland övriga tandvårdspatienter, 20 jämfört med 14 procent. (32)

Alla rekommenderas att besöka tandvården regelbundet för att förebygga eller tidigt upptäcka och behandla sjukdomar i munnen. Alla rekommenderas en undersökning minst vart tredje år, och oftare för personer med aktiv munsjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk. Förklaringarna kan vara många till att gruppen inte kommer på regelbundna undersökningar och får annorlunda tandvårdsbehandling i samband med akuta besök. Av analyserna framgår att gruppen kan ha bristande förståelse för hur de regelbundna undersökningarna och kallelserna fungerar. Deras funktionsnedsättning kan också påverka deras vilja och förmåga att söka sig till vården, vilket kan bidra till att de varken kommer för regelbundna undersökning eller söker för tandvårdsbehandlingar förrän i ett sent skede. Ekonomiska förutsättningar kan också vara möjliga hinder för att söka till tandvården. En del av målgruppen har inte tillgång till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift och många har angett att de bortprioriterar sin munhälsa då den inte anses så viktig. Detta kan både förklara att så pass många endast besöker tandvården vid akuta behov och att de då behöver eller själva väljer behandlingsalternativ som till exempel tandutdragningar, i stället för dyrare eller mer komplicerade åtgärder.

Den bristande tandvårdskontakten inom målgruppen kan enligt kartläggningen bland annat bero på att tandvårdens rutiner och arbetssätt inte är anpassade till målgruppen. Kallelser och bokningar förmedlas på sedvanligt sätt och det är svårt att vara proaktiv i omhändertagandet då information saknas om patienternas sjukdomstillstånd inför besöket. Bristande bemötande och kommunikation som gör att patienterna inte tar till sig information kan således också leda till att målgruppen väljer andra behandlingsalternativ än övriga tandvårdsbesökare. Systemets utformning, ersättningsmodeller och bemanning, kan också göra det svårt för tandvården att skapa kontinuitet i kontakten med målgruppen, vilket lyfts som en viktig parameter för att öka målgruppens motivation att söka vård. De befintliga tandvårdsstöden anses också administrativt svåra att få till och de anses inte utfärdas för målgruppen i den utsträckningen som de borde. (32)

Analyserna ligger i linje med analyserna i föregående års lägesrapport, där Socialstyrelsen analyserade munhälsa och tandvård för personer med insatser enligt LSS och SoL (2). De analyserna visade bland annat att:

- Personer 24–44 år med insatser enligt LSS genomgår basundersökningar i högre utsträckning än befolkningen i övrigt. Antalet basundersökningar är dock färre för de som är över 44 år, jämfört med de som är yngre, och även jämfört med befolkningen i övrigt.
- Personer med insatser enligt LSS har redan vid 24 års ålder en sämre munhälsa jämfört med övriga befolkningen. Det utförs också fler tandutdragningar, framförallt i åldersspannet 30–64 år, jämfört med den övriga befolkningen. (2)

Även föregående års slutsatser kvarstår, till exempel att samverkan behöver bli bättre mellan tandvårdspersonal och personal som ger stöd till personer med LSS, personer med insatser enligt SoL och inom socialpsykiatri.

Individfokus och helhetssyn

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

Sammanfattande iakttagelser

- Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud, samtidigt ökar behoven. Detta har ökat väntetiderna i flera kommuner. Personligt ombud fyller en viktig funktion i att stötta individer som riskerar eller befinner sig i utanförskap. Den senaste återsrapporteringen från verksamheterna visar att vissa målgrupper ökar mer än andra, till exempel personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller intellektuell funktionsnedsättning.
- Förekomsten av samverkansöverenskommelser mellan LSS och andra verksamheter varierar. Förekomsten har minskat kraftigt när det gäller Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. År 2023 hade sju respektive 14 procent av kommunerna samverkansöverenskommelser med dessa aktörer.
- Regionerna arbetar på olika sätt arbetat för att underlätta samordningen av råd- och stödinsatser utifrån den enskildes perspektiv. Nästan hälften (10 av 21) av regionerna uppger att de erbjuder personlig samordnare till personer i LSS personkrets samt till deras närstående. Med personlig samordnare avses här en namngiven handläggare som fungerar som stöd för brukaren och närstående att hitta rätt i utbudet av vård, omsorg och service. Samordnarens uppdrag är ofta också att underlätta i kontakterna mellan olika stödpersoner.

Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud

Om personligt ombud

Verksamheten med personligt ombud riktar sig till personer som är 18 år eller äldre, som har psykiska funktionsnedsättningar och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden (2 § förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar). Verksamhet med personligt ombud syftar bland annat till att den enskilde ska ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället. Verksamheten syftar även till att få myndigheter, kommuner och regioner att samverka utifrån den enskildes önskemål och behov (3 § förordningen om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar). Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med länsstyrelserna fördela statsbidrag till kommuner enligt förordningen.

Verksamheten personligt ombud (PO) utgår från individens behov och bidrar till helhetssyn när det gäller samhällets stöd. Under 2022 hade 246 kommuner verksamhet med PO, enligt den senaste åiterrapporteringen av statsbidraget (33). Antalet kommuner som erbjuder personligt ombud har ökat med 1 stycken sedan föregående år. Antalet heltidstjänster har också ökat något och uppgick 2022 till 319.

Sammanlagt arbetade verksamheterna med 9 400 individer under 2021, vilket är en ökning med 69 stycken jämfört med föregående år, varav cirka 5 400 kvinnor och cirka 4 000 män. Knappt hälften av individerna var i åldern 30–64 år. En lägre andel, 25 procent, var i åldern 18–24 år. (33)

Kommunerna uppger att allt fler personer med intellektuell funktionsnedsättning söker sig till personligt ombud. Kommunerna ser även en fortsatt ökning bland personer med samsjuklighet eller med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Även personer som saknar myndighetskontakt eller som riskerar att bli bostadslösa ökar. Verksamheterna har redovisat att 1 900 klienter helt eller delvis hade hemmavarande barn. Det motsvarar en minskning med 23 procent sedan 2019. (33)

Liksom tidigare år är de främsta orsakerna till att klienter söker stöd av personligt ombud att de upplever svårigheter med ekonomin och att de har behov av stöd i kontakten med olika myndigheter. Det senare rör sig

huvudsakligen om svårigheter kopplade till den omfattande digitaliseringen hos myndigheter, vilket påverkar förutsättningarna för de grupper som saknar e-legitimation eller bank-id. Ett vanligt skäl som uppges är också behovet av stöd i kontakterna med sjukvården. Ombuden noterar också att det blivit vanligare att myndigheterna hänvisar personer till personligt ombud och att det har skett en ökning av antalet personer som inte bedöms tillhöra målgruppen som söker stöd av ett personligt ombud för snabba punktinsatser. (33)

Verksamheterna med personligt ombud redovisar att tillgänglighet till vård, socialtjänst och andra myndigheter har blivit sämre. Regionerna, bland annat primärvård och psykiatriska öppenvårdsmottagningar, har fått längre väntetider för utredningar, behandlingar och för att få sjukskrivningsintyg. Under dessa väntetider vänder sig många till personligt ombud. Verksamheterna redovisar att det har blivit allt vanligare med avslag från Försäkringskassan och från socialtjänsten. Verksamheter menar att klienterna har allt svårare att få rätt stöd och hjälp från myndigheter, vilket bland annat beror på digitaliseringen. Några exempel på svårigheter är

- fylla i ansökningar till många myndigheter
- boka tider
- en svag ekonomi, samtidigt som kraven på ordnad ekonomi ökar
- sysselsättning, inklusive bedömningar av arbetsförmåga, praktikplatser och aktivitetsstöd. (33)

Behoven av stöd från ett personligt ombud ökar. Under 2022 hade två tredjedelar av länen väntetid, motsvarande andel året innan var hälften. Väntetiderna varierar från några dagar till över ett år. I sju kommuner var det intagningsstopp. Flera kommuner prioriterar bland klienter i de fall antalet sökanden är fler än vad ombuden kan ta emot. I de prioriterade grupperna ingår:

- hushåll med barn
- personer som riskerar att bli vräkta eller är hemlösa
- unga vuxna 18–29 år
- personer som saknar kontakter, insatser eller socialt nätverk, inklusive personer som riskerar att bli utan försörjning. (33)

Ojämlig tillgång till personligt ombud

Personligt ombud är ett viktigt stöd för personer med psykisk funktionsnedsättning och bidrar till att förbättra villkoren för gruppen. Av redovisningarna från verksamheter framgår tydligt att det är personer som befinner sig i ett utanförskap eller risker ett sådant som söker sig till personligt ombud.

Personer som fått stöd från ett personligt ombud har stor nytta av insatsen, och de har bland annat fått hjälp med att rädda sin ekonomiska situation och avvärja vräkningshot. Det visar den kartläggning som Socialstyrelsen har genomfört (34). De har också fått hjälp i kontakter med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, psykiatrin och socialtjänsten. Klienterna har alltså fått hjälp att tillgodogöra sig samhällets stöd. Flera vittnar också om att deras psykiska tillstånd har blivit mycket bättre. Socialstyrelsen drar följande slutsatser:

- Det riktade statsbidraget för PO-verksamhet bidrar till att nå målen för reformen, nämligen att personer i målgruppen får bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktiga i samhället, leva ett mer självständigt liv, få en bättre livssituation, få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor och få rättshjälp, rådgivning och annat stöd utifrån sina egna önskemål och behov.
- Dagens system är inte jämlikt och tillgängligt eftersom det inte är obligatoriskt. Kartläggningen visar att det främst är kommuner med ett litet invånarantal som inte erbjuder personligt ombud, så om verksamheten blir obligatorisk behöver regleringen anpassas till förutsättningarna i de minsta kommunerna.
- Det finns brister i rättssäkerheten i nuvarande system.
- Det är positivt att kommunerna har ansvaret för verksamheten, med möjlighet att ge andra aktörer i uppdrag att bedriva verksamheten. (34)

Samtidigt finns det stora skillnader mellan olika PO-verksamheter. Det varierar till exempel hur kommunerna har valt att satsa på den definierade målgruppen. Detta innebär att personer som skulle vara hjälpta av ett personligt ombud har olika förutsättningar beroende på vilken kommun de bor i.

Socialstyrelsen bedömer att målgruppen för personligt ombud har ändrats. PO-reformen var inriktad på personer med schizofrenitillstånd och psykoser när verksamheten infördes i samband med psykiatrireformen på 90-talet. Dessa grupper hade stora behov av stöd när de skulle leva utanför institutionerna. Det har dock utvecklats nya målgrupper under de senare decennierna och i dag är det till stor del personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som söker sig till PO-verksamheterna. Samhällets utveckling, och inte minst digitaliseringen av välfärdssystemet, har lett till att fler grupper behöver stöd i kontakterna med välfärdssamhällets aktörer. Socialstyrelsen har i kartläggningen funnit att det är lite oklart var gränsen ska dras mot olika grupper av psykiska funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen konstaterar också att:

- Tillgången till personligt ombud är ojämlig i landet.
- Utan stöd från ett personligt ombud kan en individ drabbas hårt, till exempel av hemlöshet eller stora ekonomiska svårigheter. Socialstyrelsen

bedömer också att långa väntetider kan få allvarliga konsekvenser för enskilda individer.

- En individ kan inte vara säker på att kommunen som hen bor i eller flyttar till har en PO-verksamhet. Den som tillhör målgruppen kan få mindre stöd eller helt bli av med sitt stöd om hen flyttar till en kommun utan tillgång till personligt ombud.
 - I kommuner utan PO-verksamhet riskerar målgruppens särskilda behov och bristerna i systemet att inte synliggöras. För individen innebär det en risk för att kommunen inte får kännedom om målgruppens omfattning eller behov, och därmed inte utvecklar verksamheter för att möta behoven.
- (34)

Många kommuner saknar överenskommelser om samverkan med andra aktörer

Personer med funktionsnedsättning får ofta stöd från flera aktörer samtidigt. Det är därför viktigt att samordning och samverkan mellan aktörer som ger stöd till personer med funktionsnedsättning fungerar. Socialtjänstens ansvar för samverkan regleras i både SoL och LSS. Bestämmelser om samverkan finns också i de lagar som gäller för hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och skolan. Även om aktörernas uppdrag och juridiska ansvar skiljer sig åt handlar det ytterst om att tillsammans tillgodose den aktuella personens behov och ha ett helhetsperspektiv. (9, 15)

Allt färre kommuner har dock samverkansöverenskommelser⁷⁷ med stöd av 6 § LSS, mellan sina LSS-verksamheter och Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen (tabell 21). År 2023 låg andelen på 14 respektive 7 procent (ref). Vidare har var fjärde kommun samverkansöverenskommelser med barnhabiliteringen, motsvarande andel för vuxenhabilitering är var tredje. Andelarna har inte heller ökat nämnvärt över tid. Samverkansöverenskommelserna med barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri har i sin tur minskat över tid.

⁷⁷ Avser andelen kommuner som uppfyller indikatorerna om aktuella, skriftliga och på ledningsnivå beslutade överenskommelser om extern samverkan.

Tabell 21. Förekomst av skriftliga överenskommelser om samverkan i enskilda ärenden

Andel kommuner med skriftlig överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden mellan LSS och andra verksamheter, uppdelat på aktörer, andel angivet i procent, 2018–2023, riket.

Aktuell överenskommelse om samverkan mellan LSS och...	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Arbetsförmedlingen	12	14	16	14	13	7
Försäkringskassan	–	–	19	17	13	14
Barn- och ungdomspsykiatri	34	35	31	32	29	33
Barn- och ungdomsmedicin	27	29	25	26	24	24
Barn- och ungdoms- habilitering	33	33	30	33	29	32
Vuxenpsykiatri	30	29	26	30	28	30
Vuxenhabilitering	25	26	23	25	23	26

Källa: Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 och 2023 (Socialstyrelsen, 2018–2023).

Socialstyrelsen anser att det är bekymmersamt att andelen samverkansöverenskommelser inte ökar. Personer med funktionsnedsättning har ofta stöd från många aktörer samtidigt och det är viktigt att samordning och samverkan mellan aktörerna fungerar. Försämrade förutsättningar för samverkan kan därför bidra till försämrad kvalitet i stöd.

Utvecklingen ska dock tolkas med försiktighet då det inte är klarlagt huruvida samverkansöverenskommelserna har ersatts av andra verktyg, såsom samordnad individuell plan (SIP). Några av kommunerna har till exempel uppgett att de samverkar med de olika aktörerna, men att det inte finns en skriftlig överenskommelse (35). Några av kommunerna uppger att de har överenskommelser genom samordningsförbundet eller andra länsövergripande överenskommelser. Några uppger även att arbete pågår med att ta fram överenskommelser. (35)

Regionernas råd och stöd främjar samordning

Regionerna arbetar på olika sätt för att underlätta samordningen av råd- och stöd enligt LSS utifrån den enskildes perspektiv. Nästan hälften (10 av 21) av regionerna uppger att de erbjuder personlig samordnare till personer i

LSS personkrets samt till deras närstående (25). Med personlig samordnare avses här en namngiven handläggare som fungerar som stöd för brukaren och närstående att hitta rätt i utbudet av vård, omsorg och service. Samordnarens uppdrag är också att underlätta i kontakterna mellan olika stödpersoner. Flertalet regioner beskriver att de har särskilda fasta vårdkontakter eller så kallade vårdlotsar och lyfter fram exempel på insatser som de ansvarar för i syfte att underlätta samordningen för personer i LSS personkrets och deras närstående. De vanligaste är:

- nätverksmöten och SIP
- underlätta kontakten med och mellan myndigheter
- underlätta vid ansökan om exempelvis ekonomiskt stöd eller god man

I några regioner utses samordnare eller vårdkontakt i varje ärende inom habiliteringen utan att vara specifikt knuten till råd och stöd. (25)

Ekonomiska villkor

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för situationen inom två livsområden: ekonomiska villkor samt övergångar till arbetsmarknaden. Utgångspunkten för analyserna är dels det funktionshinderspolitiska målet om jämlikhet i livsvillkor, dels konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Sammanfattande iakttagelser

- Det är mer än sex gånger vanligare med ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt SoL⁷⁸ än i den övriga befolkningen. Inom denna grupp är personer med psykisk funktionsnedsättning överrepresenterade. Förekomsten av ekonomiskt bistånd är även högre inom LSS. Skillnaden mellan denna grupp och den övriga befolkningen är dock mindre än för personer med insatser enligt SoL.
- Förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd ökar bland personer med funktionsnedsättning. Ökningen är tydligast för personer med insatser enligt SoL. För personer med insatser enligt LSS är förekomsten oförändrad. För den totala befolkningen har förekomsten dock minskat.
- År 2023 tog två tredjedelar av kommunerna, 67 procent, ut en avgift, medan 33 procent uppgav att all ledsagning är avgiftsfri i deras kommun.⁷⁹ Detta är en minskning sedan 2009, då 40 procent av kommunerna uppgav att ledsagning enligt SoL var avgiftsfri.
- Den enskildes kostnader för hjälpmedel varierar. Variationerna beror dels på den enskildes ålder, dels på typ av hjälpmedel men också var i landet personen bor.

Långvarigt ekonomiskt bistånd blir allt vanligare

Det är mer än sex gånger vanligare med ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt SoL⁸⁰ än i den totala befolkningen, se figur 36. Under samma år, 2022, var antalet biståndsmottagare i den totala befolkningen 2,8 procent (36). Inom grupp med insatser enligt SoL är personer med psykisk funktionsnedsättning överrepresenterade. Andelen med ekonomiskt bistånd är även större bland personer med insatser enligt LSS, 4,3 procent. Andelen är genomgående något högre för män än för kvinnor.

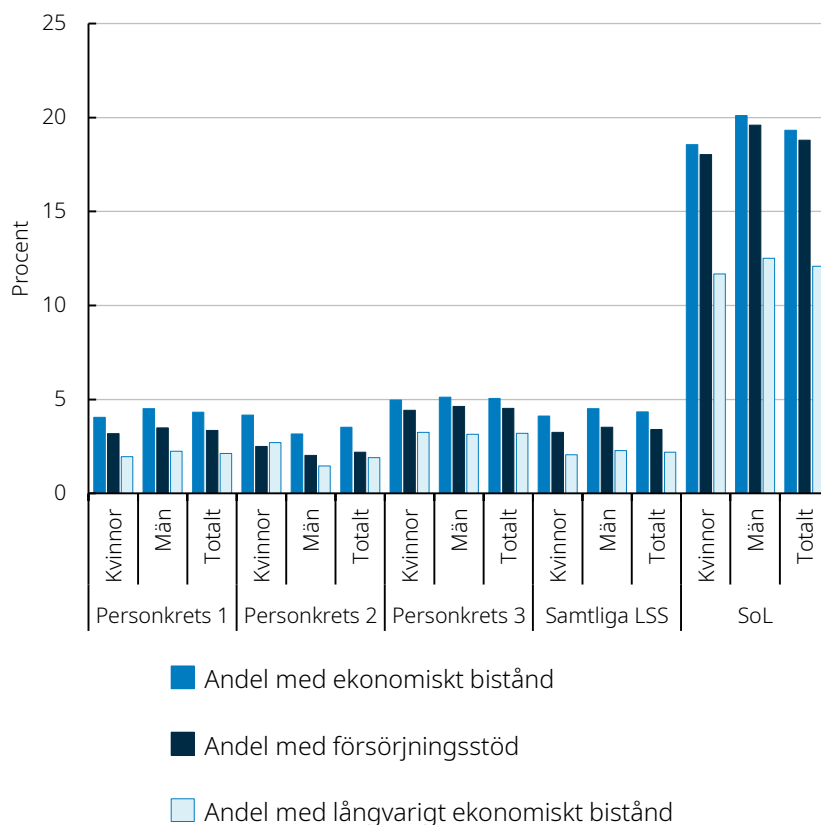
⁷⁸ I åldern 0–64 år.

⁷⁹ Svar från Socialstyrelsens enkät. R50674_2 Ledsagning.

⁸⁰ I åldern 0–64 år.

Figur 36. Förekomst av ekonomiskt bistånd bland personer med funktionsnedsättning

Andel personer med insatser enligt LSS och SoL* som fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2022, uppdelat på personkrets och typ av bistånd, 2022.



* Avser ålder 19-64 år.

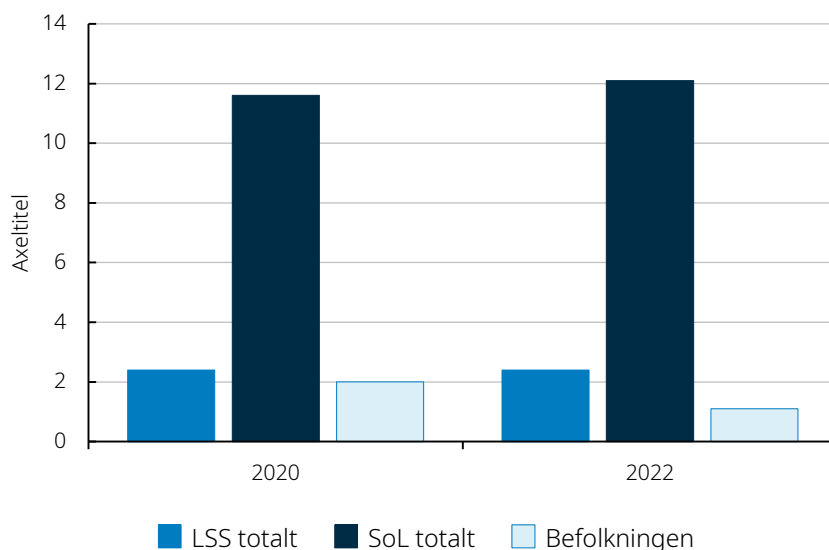
Källa: Socialstyrelsens register insatser enligt socialtjänstlagen, Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd.

Ovanstående uppgifter avser förekomst av ekonomiskt bistånd någon gång under året. Även förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd är väsentlig inom både LSS och SoL, 2,4 respektive 12,1 procent. Socialstyrelsens analys visar att förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd ökar. Figur 37 visar att det framförallt ökat för personer med insatser enligt SoL, cirka 2 procentenheter. För personer med insatser enligt LSS är förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd oförändrad. För den totala befolkningen har det dock minskat.

Orsakerna till att förekomsten av ekonomiskt bistånd är högre bland personer med insatser enligt SoL indikerar att de har en högre ekonomisk utsatthet. En av förklaringarna till detta kan vara att det vanligen inte förekommer avgifter för stöd enligt LSS.

Figur 37. Långvarigt ekonomiskt bistånd bland personer med funktionsnedsättning

Andel personer med långvarigt ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt LSS och SoL samt totala befolkningen, andel angiven i procent, 2020 och 2022, riket.



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

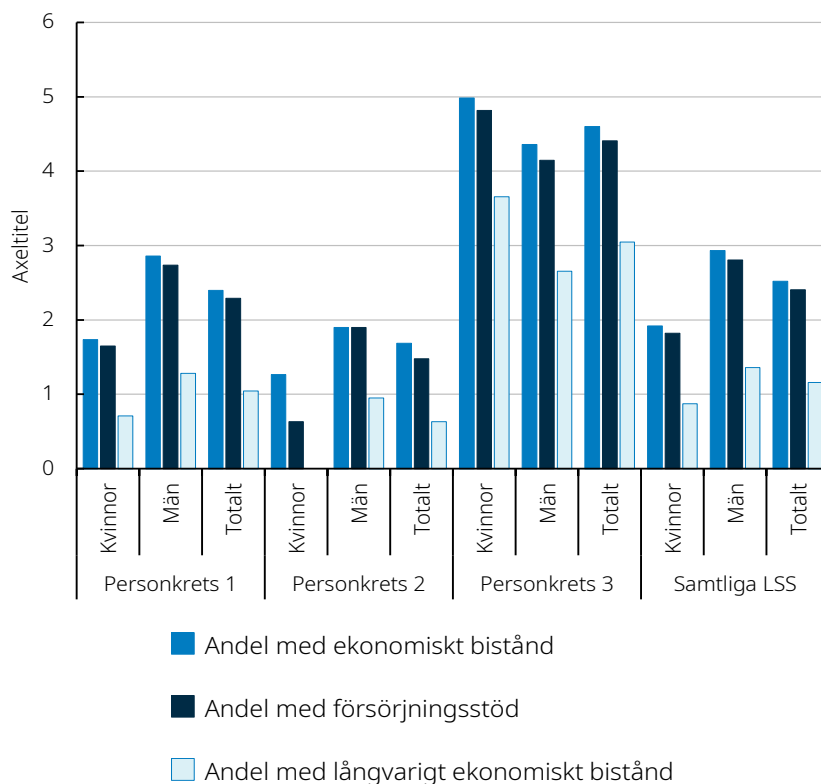
Ovanligare med ekonomiskt bistånd i LSS-boende

Förekomsten av ekonomiskt bistånd är lägre bland personer med insatsen bostad med särskild service enligt LSS än för samtliga personer med LSS-insatser. Undantaget är personkrets 3 där 5,2 procent fick ekonomiskt bistånd någon gång under året (figur 38). Andelen är något högre bland kvinnor än bland män, 5,8 respektive 4,8 procent.

En förklaring till att förekomsten av ekonomiskt bistånd är lägre bland personer i boende för vuxna enligt LSS jämfört med andra är att många i gruppen har statligt bostadstillägg. Socialstyrelsen har inte inom ramen för denna analys undersökt andelen som har statligt bostadstillägg, men analyser från 2022 visade att 85 procent hade stödet (37). En annan förklaring kan vara att en del kommuner har infört hyressubventioner för boende för vuxna enligt LSS, såsom kommunalt bostadstillägg eller maxhyra (37).

Figur 38. Förekomst av ekonomiskt bistånd i boende för vuxna enligt LSS

Andel personer i boende för vuxna enligt LSS * som fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2022, uppdelat på kvinnor och män, personkrets och typ av bistånd, 2022.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning 2021, registret över insatser enligt LSS 2021 och register över ekonomiskt bistånd 2022.

Vanligare med avgifter för ledsagning

Om avgifter enligt LSS

Kommunen får inte ta ut avgifter eller ersättning för kostnader för insatser enligt LSS, utom i de undantagsfall som anges i 18–20 §§⁸¹. Av 19 § LSS framgår att skäliga avgifter får tas ut för bostad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter i vissa fall. Vid deltagande i fritids- och kulturella aktiviteter bör den enskilde svara för sina egna kostnader, men inte kostnader för den eventuella följeslagare som behövs för att kunna genomföra aktiviteten⁸². När det gäller bistånd enligt SoL har kommunerna större möjlighet att ta ut avgifter.⁸³

⁸¹ Se 21 § LSS.

⁸² Se prop. 1992/93:159 s. 100.

⁸³ Se 8 kapitlet SoL.

Majoriteten av kommunerna ersätter omkostnader för ledsagare enligt LSS, men inte alla (6). Under 2020 ersatte 85 procent av kommunerna omkostnader för ledsagare enligt LSS. Att ersätta ledsagares omkostnader innebär att kommunen helt eller delvis står för omkostnaderna, det vill säga att kommunen ersätter ledsagarens faktiska omkostnader eller att ersättning till exempel ges enligt ett schablonbelopp eller ledsagarkort som kommunen betalar.

År 2023 tog två tredjedelar av kommunerna, 67 procent, ut en avgift, medan 33 procent uppgav att all ledsagning är avgiftsfri i deras kommun.⁸⁴ Detta är en minskning sedan 2009, då 40 procent av kommunerna uppgav att ledsagning enligt SoL var avgiftsfri. (6)

Avgift för ledsagning ingår oftast i kommunens maxtaxa för SoL-insatser, det vill säga högkostnadsskyddet för hemtjänst, dagverksamhet och kommunal hälso- och sjukvård enligt 8 kap 5 § SoL.⁸⁵ I drygt 90 procent av kommunerna ingår avgiften i maxtaxan. Det innebär att den som använder mycket ledsagning, eller har andra avgiftsbelagda insatser enligt SoL betalar som mest 2 359 kronor per månad för detta.⁸⁶ Den lägsta taxan var 35 kronor per timme och den högsta var 470 kronor. Det ger ett medelvärde på 334 kronor per timme och ett medianvärde på 355 kronor per timme. Nio av kommunerna tog ut en avgift som var högre än 400 kronor per timme. Ingen av de tio kommuner som har avgiften utanför maxtaxan tog ut en avgift som överstiger 333 kronor per timme. (6)

I en kartläggning av ledsagning ställde Socialstyrelsen frågan om vem som betalar ledsagares omkostnader. Frågan gällde både ledsagning enligt SoL och LSS, eftersom en dom från år 2011 gjorde gällande att ledsagarens omkostnader inte ingår i insatsen ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS.⁸⁷ Som framgår av tabell 22 nedan ser det olika ut i kommunerna. I hälften av kommunerna är det ledsagarens arbetsgivare som står för kostnaden.

⁸⁴ Svar från Socialstyrelsens enkät. R50674_2 Ledsagning.

⁸⁵ Högkostnadsskyddet finns i 8 kap. 5 § SoL, där det anges att avgiften för hemtjänst, dagverksamhet samt kommunal hälso- och sjukvård och förbrukningsartiklar per månad får uppgå till högst en tolfedel av 0,5392 gånger prisbasbeloppet. För år 2023 motsvarar det 2 359 kr per månad.

⁸⁶ Baserat på basbeloppet år 2023, se reglerna för högkostnadsskydd i 8 kap. 5 § SoL.

⁸⁷ Se HFD 2011 ref 8.

Tabell 22. Vem står för ledsagarens omkostnader?

Uppgifter om vem som står för ledsagarens omkostnader inom ledsagning enligt SoL och ledsagarservice enligt LSS, antal och andel (%), n=.

Vilken aktör står för ledsagarens omkostnader?	Antal	Andel (%)
Beslutande nämnd	68	44
Brukaren	28	18
Ledsagaren	9	5
Ledsagarens arbetsgivare	72	47
Annan	16	10
Total	154	-

Not: Flera svarsalternativ var möjliga, varför andelarna sammanlagt överstiger 100 procent.

Källa: Enkätundersökning R50674 Ledsagning (Socialstyrelsen, 2023).

I fritextsvar framgick att frågan om vem som betalar ledsagares omkostnader tolkas olika beroende på om det finns en beställar-utförar-organisation i kommunen eller inte, samt att det kan skilja mellan SoL och LSS-beslut. Några exempel från fritextsvaren är:

- Brukaren betalar över ett visst belopp.
- Ledsagarkort finns som kan ge gratis inträde till vissa ställen.
- Nämnden till en viss del, annars brukaren. Lite olika SoL och LSS.
- Kommunen tillhandahåller kompiskort⁸⁸.
- I ersättningen till utföraren ingår ersättning för omkostnader som uppkommer i samband med ledsagningen. (6)

Stora skillnader i avgifter för hjälpmedel

Den enskildes kostnader för hjälpmedel varierar. Variationerna beror dels på den enskildes ålder, dels på typ av hjälpmedel, men också var i landet personen bor. Socialstyrelsens statistik visar att det förekommer både engångsavgifter och abonnemangsavgifter (tabell 23). Abonnemangsavgifter kan göra det kostsammare för den enskilde om hen använder hjälpmedlet under flera år, jämfört med en engångsavgift.

⁸⁸ Kompiskortet innebär att två personer kan gå till priset av en på olika kultur-, fritids- och idrottsaktiviteter. En person kan ansöka om ett Kompiskort om denne är över 12 år, bor i den kommunen som erbjuder Kompiskort samt har ett LSS-beslut.

De flesta regionerna tar ut en avgift för hjälpmedel för individer över 18 år. Samtliga regioner, utom en, som skickat in uppgifter till Socialstyrelsen tar ut en avgift för ortopediska skor. Sju regioner tar ut avgifter för hörseltek- niska hjälpmedel och nio tar ut en avgift för synhjälpmedel. Antalet regioner som tar ut avgifter för kognitiva hjälpmedel är lägre, fyra stycken. Även flertalet kommuner förskriver kognitiva hjälpmedel (240 stycken) och av dessa uppger 64 stycken att de tar ut någon form av avgift. Slutligen uppger 13 regioner och 66 kommuner att de tar ut avgifter för eldriven rullstol.

Fem regioner uppger att de har ett högkostnadsskydd för ett eller flera hjälpm- edlen. Exempelvis finns det högkostnadsskydd för hörapparater och el- drivna rullstolar i region Värmland och region Dalarna. I region Jönköping finns högkostnadsskydd för TENS⁸⁹. Även vissa kommuner uppger att de har högkostnadsskydd för hjälpmedel, knappt stycken.⁹⁰ Tre regioner upp- ger att de tar ut reparationsavgifter, bland annat för ortopedtekniska skor, hörseltekniska hjälpmedel och eldriven rullstol.

Tabell 23. Förekomst av hjälpmedelsavgifter

Antal regioner* som tar ut hjälpmedelsavgifter för enskilda över 18 år, redovisat per hjälpmedelsområde**, 2023, N avser antal regioner som lämnat uppgifter.

Typ av hjälpmedel	Ingen avgift	Tar ut avgift		N
		Engångsavgift	Abonnemangs- avgift	
Synhjälpmedel	10	7	2	19
Hörseltekniska hjälpmedel	12	6	1	19
Ortopediska skor	1	17	0	18
Kognitiva hjälpmedel	9	2	2	13
Eldriven rullstol	4	3	6***	13

*Avser de regioner som uppgett att de har ansvar för att förskriva respektive hjälpmedel.

**Hjälpmedlen som tas upp i tabellen är exempel.

***Inklusive korttidshyra.

⁸⁹ TENS är en förkortning av transkutan elektrisk nervstimulering och används som smärtlindring.

⁹⁰ Det var dock ingen obligatorisk uppgift, vilket innebär att det av statistiken inte fram- går om resterande regioner eller kommuner har ett högkostnadsskydd.

Källa: Socialstyrelsens statistik över hjälpmedelsförskrivning (Socialstyrelsen, 2023).

Femton regioner uppger att de tar ut avgifter för hjälpmedel till barn och unga under 18 år. Ingen av regionerna har uppgett någon avgift för barn angående hörseltekniska medel, däremot uppger en att de tar ut avgift för synhjälpmedel (tabell 24). Femton regioner uppger att de tar ut en avgift för ortopediska skor.

Tabell 24. Förekomst av hjälpmedelsavgifter för enskilda under 18 år

Antal regioner som tar ut hjälpmedelsavgift för den enskilde under 18 år, redovisat per hjälpmedelsområde*, 2023, N avser antal regioner som lämnat uppgifter.

Typ av hjälpmedel	Ingen avgift	Tar ut avgift		N
		Engångsavgift	Abbonemangsavgift	
Synhjälpmedel	18	1		18
Hörseltekniska hjälpmedel	100	0	0	19
Ortopediska skor	3	15	0	19
Kognitiva hjälpmedel	15	1	1	19
Eldriven rullstol	16	0	1	17

*Hjälpmedlen som tas upp i tabellen är exempel.

Källa: Socialstyrelsens statistik över hjälpmedelsförskrivning (Socialstyrelsen, 2023).

Det finns även regionala skillnader i hur stora avgifterna är:

- Synhjälpmedel: 100 – 780 kronor.
- Hörseltekniska hjälpmedel: 100 – 780 kr.
- Hörapparat: 250 – 1 500 kronor.
- Ortopediska skor (första paret): 300 – 2 400 kronor.
- Kognitiva hjälpmedel: regionernas avgifter varierar mellan 50 – 780 kronor och kommunernas varierar i sin tur mellan 100 och 1152 kronor.
- Eldriven rullstol: 300 – 1200 kronor.

Regionala skillnader i hjälpmedelsavgifter kvarstår över tid

Socialstyrelsens statistik visar att det fortfarande är regionala skillnader i hjälpmedelsavgifter för den enskilde. Skillnaderna gäller framförallt hjälpmedel för vuxna, men i vissa fall även hjälpmedel för barn. En jämförelse

med tidigare kartläggning visar att skillnaderna består över tid. År 2016 konstaterade Socialstyrelsen att det fanns stora skillnader både inom och mellan (dåvarande) landsting, regioner och kommuner när det gäller avgifter inom hjälpmedelsområdet (38):

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

Skillnaderna handlade både om att avgifter tas ut och för vilka hjälpmedel avgifter gällde. Det fanns också stora skillnader i avgifternas storlek. Socialstyrelsen konstaterade då att hjälpmedelsanvändare ges olika förutsättningar att få tillgång till de förskrivna hjälpmedlen (38). Avgifterna kan bidra till en ojämlig hjälpmedelsförsörjning i landet. Även om det inte är möjligt att fullt ut jämföra resultaten från 2016 års kartläggning med statistiken över området, så kan Socialstyrelsen ändå konstatera att de tidigare slutsatserna kvarstår.

En funktionshinderspolitisk diskussion

I det här kapitlet följer Socialstyrelsen upp utvecklingen inom funktionshindersområdet i relation till den funktionshinderspolitiska strategins olika delar. Beskrivningarna utgår från Socialstyrelsens

- sektorsuppdrag för funktionshinderspolitiken (39)
- uppdrag att systematiskt följa upp den funktionshinderspolitiska utvecklingen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården (40).

Syftet är att inte bara spegla utvecklingen utifrån svensk lagstiftning, utan även innehållet i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Individuella stöd kompletterar

Hösten 2021 fattade regeringen beslut om en nationell strategi för funktionshinderspolitiken (40). Beslutet ska ses mot bakgrund att regeringen år 2017 fattade beslut om ett nytt funktionshinderspolitiskt mål:

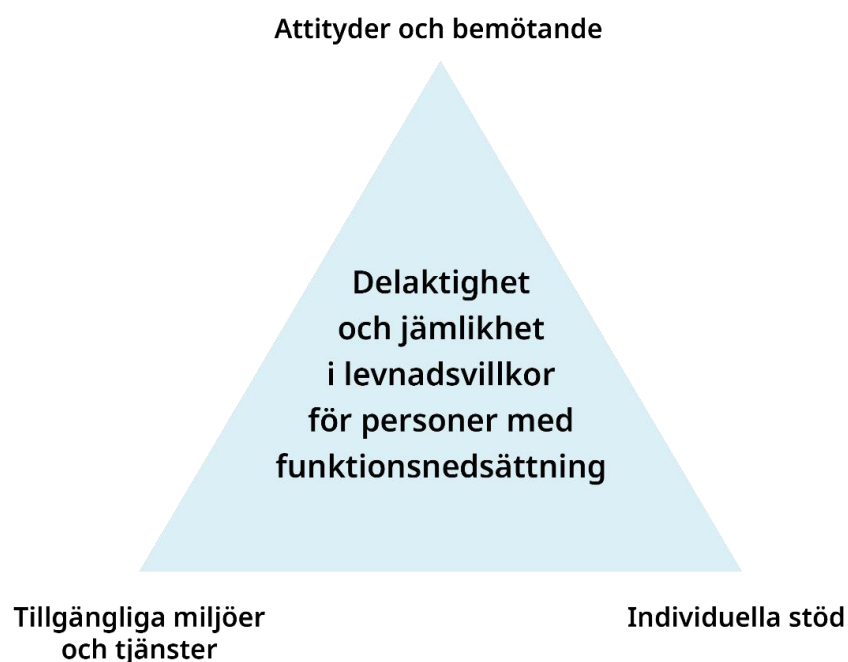
Det nya nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra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

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

- principen om universell utformning
- befintliga brister i tillgängligheten
- individuella stöd och lösningar för individens självständighet
- att förebygga och motverka diskriminering.

Dessa områden är inte isolerade från varandra. Minskningar inom ett område påverkar behoven inom ett annat. För att de funktionshinderspolitiska målen ska kunna nås krävs ett framgångsrikt arbete inom alla delar. Individuella stöd kan allena inte säkra delaktighet och jämlikhet, inte heller tillgänglighet eller frånvaron av diskriminering. Detta illustreras av bild 2.

Bild 2. Illustration över de olika komponenterna av delaktighet och jämlikhet i levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning



I följande avsnitt sätter Socialstyrelsen utvecklingen inom funktionshindersområdet i relation till några av FN-konventionens artiklar (41). Dessa artiklar är inte uttömmande, utan bör snarare ses som exempel.

Bristande tillgång till individuella stöd försvarar målet om delaktighet

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

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

I årets lägesrapport har Socialstyrelsen fortsatt föregående års analyser av tillgången till stöd för personer med funktionsnedsättning. Kommunerna beviljar förvisso insatser till ett högt antal personer med funktionsnedsättning.

Av analyserna i denna rapport framkommer att personer ända kan ha svårt att få tillgång till ändamålsenligt stöd.

Det handlar bland annat om begränsningar i lokala riktlinjer både vad gäller personkretsbedömningar och kriterier för att beviljas insatser. Det handlar också om att kriterier för insatsernas omfattning försvårar ett individperspektiv och skapar ojämlik tillgång till stödet. I allt större utsträckning tycks boendekommun, snarare än lagens intentioner, avgöra vilket stöd enskilda kan få. Utmaningarna förstärks av kommunala svårigheter att fullt ut tillgodosätta behoven hos personer med funktionsnedsättning och den utveckling av insatser som åskådliggörs av Socialstyrelsens officiella statistik. Även om uppgifterna bör tolkas med försiktighet var och en för sig, så ger de sammantaget en bekymmersam bild. Den bekymmersamma bilden stärks av att flera av de insatser som minskar många gånger är en förutsättning för delaktighet i samhällslivet, såsom kontaktperson, ledsagarservice och personlig assistans enligt LSS.

Vidare visar utvecklingen inom verksamheten personligt ombud att det finns utmaningar i myndighetskontakter och samordning mellan olika stöd. Detta bidrar ytterligare till svårigheter.

Individuella stöd är, tillsammans med tillgänglighet och frånvaro av negativa attityder, en förutsättning för att personer med funktionsnedsättning ska kunna vara delaktiga i samhällslivet. Konsekvenserna handlar inte bara om risken att rättigheter inte uppfylls. Uteblivet stöd riskerar att öka den enskildes isolering och att påverka den egna hälsan negativt. Det innebär ofta också att anhöriga får kompensera, vilket kan påverka både deras hälsa och möjlighet till förvärvsarbete.

Mer arbete behövs för att möjliggöra självbestämmande

En viktig del i förverkligandet av konventionen är självbestämmande och möjlighet för individen att göra egna val (se bland annat artikel 19). Personer med vissa funktionsnedsättningar kan möta hinder för sitt självbestämmande, exempelvis personer med nedsatt kommunikativ förmåga eller intellektuell funktionsnedsättning. Viktigt är då att personal både har kunskap om konsekvenser av olika funktionsnedsättningar och kompetens i alternativ kompletterande kommunikation.

Resultaten från den senaste brukarundersökningen visar att de flesta brukare i boende för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS samt boende enligt

SoL (0–64 år) fortfarande är nöjda med sitt stöd. Socialstyrelsen vill dock lyfta att en väsentlig andel inte är nöjd:

- Mellan 17 och 31 procent uppger att de inte får bestämma om det som är viktigt i hemmet eller på den dagliga verksamheten.
- Mellan 9 och 48 procent uppger att de någon gång är rädda i sitt hem.

Dessa resultat ska inte bara ses mot bakgrund av att viss personal saknar kompetens i AKK och arbetssätt såsom tydliggörande pedagogik. Det behöver även sättas i relation till den relativt höga förekomsten av begränsningsåtgärder. Även om förekomsten av allvarliga begränsningsåtgärder är relativt låg, så förekommer de. Dessa är inte bara en inskränkning av den enskildes självbestämmande, i vissa fall utgör de även en risk för den enskildes hälsa och välbefinnande.

Oavsett allvarlighetsgrad så innebär begränsningsåtgärder alltid en begränsning av den enskildes självbestämmande. Det är därför viktigt att samtycke inhämtas och att individuella bedömningar alltid görs. Socialstyrelsen menar att det är positivt att de flesta verksamheter gör detta. Samtidigt är det anmärkningsvärt att några verksamheter, om än ett fåtal, inte alltid gör individuella bedömningar gällande skydds- och begränsningsåtgärder. Även om dessa i enskilda fall bedöms vara skyddsåtgärder, eller att samtycke kan ha inhämtats, så riskerar ett stort antal begränsningsåtgärder att skapa en institutionsliknande miljö.

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

Arbete kvarstår för en jämlik hälso- och sjukvård

I konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning lyfts rätten till bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättningen (artikel 25). Konventionsstaterna ska enligt artikel 25 bland annat

- erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende gratis eller subventionerad hälso- och sjukvård samt insatser och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, även när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa samt befolkningsbaserade offentliga folkhälsoprogram
- erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster så nära personernas egna hemorter som möjligt, även på landsbygden

- kräva att hälso- och sjukvårdspersonal tillhandahåller vård av samma kvalitet till personer med funktionsnedsättning som till andra, inbegripet med deras fria och informerade samtycke, genom att bland annat höja medvetandet om mänskliga rättigheter, värdighet, självständighet och behov för personer med funktionsnedsättning, genom utbildning och utfärdande av etiska normer för offentlig och privat hälsoservice.

Analyserna i årets rapport visar på kvarstående brister i vården för personer med funktionsnedsättning, och att hälso- och sjukvården ännu inte lever upp till innehållet i artikel 25. Dagens sjukvårdssystem, policyer och lagar exkluderar förvisso inte personer med funktionsnedsättning, men de särskilda anpassningar som många gånger behövs, görs inte alltid. Det handlar till exempel om digital tillgänglighet, fysiska anpassningar och alternativa kommunikationsmetoder. Socialstyrelsen kan också konstatera att medvetenheten och kunskapen om funktionsnedsättningar och deras konsekvenser behöver öka inom hälso- och sjukvården.

Analyserna i årets lägesrapport visar även på ojämlig tillgång till vård och behandling vid vissa sjukdomar. Analyserna visar även på skillnader mellan kvinnor och män. Ett exempel är läkemedelsbehandling vid diabetes. Det är ovanligare att diabetespatienter med insatser enligt LSS eller SoL får blodfettssänkande läkemedel, jämfört med den övriga befolkningen. Skillnaden är särskilt stor inom personkrets 1, 30 procent - att jämföra med närmare 60 procent i den övriga befolkningen.

Ett annat exempel är bröstcancer. Analyser visar att omkring hälften av bröstcancerpatienterna som tillhör personkrets 1 får sin bröstcancerdiagnos i stadie 1, vilket ligger nära bröstcancerpatienter i den övriga befolkningen, där motsvarande andel ligger på 55 procent. Detta är positivt. Samtidigt är det mer än dubbelt så vanligt att bröstcancerpatienter som tillhör personkrets 1 har stadie 3–4 när de får sin diagnos, i jämförelse med bröstcancerpatienter i den övriga befolkningen. Dödligheten vid bröstcancer är dessutom 5 gånger högre inom personkrets 1 jämfört med övriga bröstcancerpatienter. Inom SoL är den ännu högre, 6 gånger.

I personkrets 1 ingår personer med intellektuell funktionsnedsättning och personer med autism. I gruppen som får insatser enligt SoL ingår till stor del personer med psykisk funktionsnedsättning. Dessa grupper kan ha svårt att kommunicera, att uttrycka sin vilja.

Arbete kvarstår även inom tandvård

Även tillgången till tandvård är ojämlig. Socialstyrelsens analyser visar att personer med funktionsnedsättning med stöd från socialtjänsten fortfarande besöker tandvården mer sällan än den övriga befolkningen, trots en sämre

munhälsa. Akuta åtgärder, såsom tandutdragning, är också vanligare bland personer med funktionsnedsättning. Årets analyser har särskilt fokuserat på personer med psykisk funktionsnedsättning. Slutsatserna är dock tillämpbara på andra grupper med insatser enligt LSS, exempelvis intellektuell funktionsnedsättning eller autism. De subventionerade avgiftssystemen som finns för vissa personer med funktionsnedsättning underlättar till viss del. Det handlar till exempel om att få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. De befintliga tandvårdsstöden anses dock administrativt svåra att få till och att de utfärdas inte alltid för målgruppen i den utsträckningen som de borde. Det är samtidigt tydligt att subventionerade avgiftssystem inte är tillräckligt:

- Tandvårdens rutiner och arbetssätt är inte anpassade till målgruppen. Kallelser och bokningar förmedlas på sedvanligt sätt och det är svårt att vara proaktiv i omhändertagandet då information saknas om patienternas sjukdomstillstånd inför besöket.
- Bristande bemötande och kommunikation som gör att patienterna inte kan ta till sig information på samma villkor som övriga tandvårdsbesökare.
- Bristande samverkan mellan tandvårdspersonal och personal som ger stöd till personer med LSS, personer med insatser enligt SoL och inom socialpsykiatri.

Allvarligt att krisberedskapen minskar

Socialstyrelsen med flera har tidigare konstaterat att personer med funktionsnedsättning är särskilt sårbara vid kriser (referenser). Detta uppmärksammas även i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, artikel 11:

Konventionsstaterna ska, i enlighet med sina åtaganden enligt internationell rätt, innefattande den internationella humanitära rätten och de mänskliga rättigheterna, vidta alla åtgärder som är nödvändiga för att säkerställa skydd och säkerhet för personer med funktionsnedsättning som är i risksituationer, däribland väpnad konflikt, humanitära nödlägen och naturkatastrofer.

Årets analyser visar att krisberedskapen i kommunernas boenden för personer med funktionsnedsättning minskar. Det gäller såväl evakueringsplaner, som handlingsplaner vid höga temperaturer och kontinuitetsplaner. En del av minskningen kan handla om att planerna är ofullständiga, eller att de inte har uppdaterats. Samtidigt visar de senaste årens händelser att krisberedskapen inom funktionshindersområdet vanligen är reaktiv. Till exempel ökade andelen beredskapsplaner för höga temperaturer efter värmeböljan 2018. Likaså ökade andelen kontinuitetsplaner i samband med pandemin. Att vi nu ser en minskning kan tyda på att frågorna inte längre bedöms vara lika aktuella.

Krisberedskapen i olika boenden för personer med funktionsnedsättning utgör endast en begränsad del av området. Den nationella kunskapen är låg om hur krisberedskapen ser ut för personer med funktionsnedsättning som har stöd i ordinärt boende, till exempel personlig assistans enligt LSS och boendestöd enligt SoL. Även dessa personer har många gånger ett omfattande stöd, vilket gör dem sårbara i händelse av kris.

Frågor om krisberedskap och beredskapsplanering har hög aktualitet i Sverige. Den minskande krisberedskapen inom funktionshindersonrådet blir därför särskilt påtaglig. Omkring 100 000 personer med funktionsnedsättning har insatser enligt LSS eller SoL, varav cirka 40 000 bor i olika boendeformer. Att säkra tryggheten för dessa personer i händelse av allvarlig kris försvåras väsentligt av bristande krisberedskap och frånvaron av (eller ofullständiga) beredskapsplaner.

Tuffare ekonomisk situation

Ekonomiska villkor lyfts i flera av artiklarna i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning:

- Artikel 20 (personlig rörlighet): Konventionsstaterna ska vidta effektiva åtgärder för att säkerställa personlig rörlighet med största möjliga oberoende för personer med funktionsnedsättning, bland annat genom att
 - underlätta personlig rörlighet för personer med funktionsnedsättning på det sätt och vid den tid de själva väljer och till överkomlig kostnad.
- Artikel 28 (tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet): Konventionsstaterna erkänner rätten för personer med funktionsnedsättning att åtnjuta social trygghet utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning och ska vidta ända målsenliga åtgärder för att trygga och främja att denna rätt förverkligas, däribland genom följande åtgärder:
 - att för personer med funktionsnedsättning, särskilt kvinnor och flickor, och för äldre personer med funktionsnedsättning säkerställa tillgång till sociala trygghetsprogram och fattigdomsbekämpningsprogram,
 - att för personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga som lever under fattiga förhållanden säkerställa tillgång till stöd från staten med utgifter som är relaterade till funktionsnedsättning, däribland för adekvat utbildning, rådgivning, ekonomiskt stöd och avlastningsvård.

Socialstyrelsens analyser tyder på att den ekonomiska situationen har förvärrats för personer med funktionsnedsättning. Förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd är högre bland såväl personer med insatser enligt LSS som SoL, jämfört med den övriga befolkningen, 2,4 respektive 12,1 procent. Socialstyrelsens analyser visar dessutom att förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd ökar. Det gäller framförallt för personer med insatser enligt

SoL, där förekomsten har ökat med omkring 2 procentenheter. För den totala befolkningen har det däremot minskat.

Socialtjänstens ekonomiska bistånd är välfärdssystemens yttersta skyddsnät och har i första hand till uppgift att träda in tillfälligtvis vid försörjningsproblem som inte kan tillgodoses på annat sätt.⁹¹ Det är i grunden bra att personer med funktionsnedsättning vid behov också kan ta del av ekonomiskt bistånd. Det tyder på att välfärdssystemet fungerar. Ett långvarigt ekonomiskt bistånd är dock problematiskt ur flera aspekter. Det huvudsakliga syftet med ekonomiskt bistånd är att vara ett tillfälligt stöd, inte ett långsiktigt. Nivån på ekonomiskt bistånd är dessutom så pass låg att ett långvarigt ekonomiskt bistånd innebär att personerna i fråga befinner sig i relativ fattigdom. Särskilt utsatta torde de personer vara som har sjuk- eller aktivitetsersättning på garantinivå, det vill säga de personer som aldrig har haft ett förvärvsarbete.

Det är inte bara frånvaron av inkomst från lönearbete som påverkar gruppens ekonomiska utsatthet. Även höga kostnader för lägenheter, exempelvis i LSS-boenden samt avgifter för hjälpmedel och vissa insatser påverkar.

Olika subventioner bidrar till att hålla kostnaderna ner, men Socialstyrelsens analyser visar att för delar av gruppen blir den ekonomiska situationen ändå ohållbar och de blir nödgade att uppbara långvarigt ekonomiskt bistånd. Den ekonomiska situationen för gruppen ska även ses i ljuset av den pågående inflationen och att priser och avgifter generellt har ökat.

⁹¹ Se proposition 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen s. 80–81 och proposition 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m. s. 93–94.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Officiell statistik om stöd och service till vissa funktionshindrade 2022. Socialstyrelsen; 2023.
2. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2023. Socialstyrelsen; 2023.
3. Försäkringskassan. Vilka får avslag på ansökan om assistansersättning? Socialförsäkringsrapport 2024:1. Försäkringskassan; 2024.
4. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2021. Socialstyrelsen; 2021.
5. Socialstyrelsen. Insamling av kommunala riktlinjer enligt LSS och SoL. Socialstyrelsen; 2023.
6. Socialstyrelsen. Förändringar av ledsagning över tid. Rapport till regeringen som svar på uppdrag. Socialstyrelsen; 2023.
7. Socialstyrelsen. Uppföljning av barnkonventionens genomslag vid tillämpning av LSS. Socialstyrelsen; 2019.
8. Socialstyrelsen och Nationellt organ för dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället. Samråd med civila samhället om barnrättsperspektiv i uppföljningen av funktionshinderpolitiken. Skriftlig dokumentation från Socialstyrelsens samråd den 26 september 2023. NOD; 2023.
9. Öppna jämförelser av kommunernas stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning - socialpsykiatri [Internet]. Socialstyrelsen. 2023. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/socialpsykiatri/>.
10. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Socialstyrelsen; 2024.
11. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso och sjukvård.: Socialstyrelsen; 2023.
12. www.kolada.se [
13. Statistik beställd från IVO. Socialstyrelsen; 2023.
14. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022. Socialstyrelsen; 2022.
15. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, LSS [Internet]. Socialstyrelsen; 2023.
16. Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet, LSS - enhetsundersökningen 2023 [Internet]. Socialstyrelsen. 2023. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/funktionsnedsattning/enhetsundersokning/>.
17. Inspektionen för vård och omsorg. Vad har IVO sett 2022? IVO; 2023.
18. Inspektionen för vård och omsorg. Att inte få rätten att leva som andra. Redovisning av den nationella tillsynen av gruppboheter för vuxna enligt LSS. Inspektionen för vård och omsorg. IVO; 2023.

19. Inspektionen för vård och omsorg. Uppföljning av LSS-boenden. Slutredovisning av regeringsuppdrag. Inspektionen för vård och omsorg. IVO; 2021.
20. Socialstyrelsen. Kompetens i LSS-boenden. Socialstyrelsen; 2021.
21. Statistik beställd från IVO.
22. 22. Öppna jämförelser av krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård [Internet]. Socialstyrelsen. 2023.
23. Socialstyrelsen. Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS. Socialstyrelsen; 2021.
24. Nationellt programområde (NPO) rehabilitering hof. Gränssnitt och samordning vid övergång till vuxensjukvård för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp. Remissversion. Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin; 2023.
25. Socialstyrelsen. Redovisning av 2022 års statsbidrag för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS (S2021/08111). Socialstyrelsen; 2023.
26. Statistik om hjälpmedel 2022 och kostnader 2023 [Internet]. Socialstyrelsen. 2023.
27. MTP-rådet och Regionerna i samverkan. Produktgrupp tyngdtäcken vid sömnbesvär/sömnproblem. MTP-rådet; 2022.
28. WHO. Policy brief on disability-inclusive health systems. WHO; 2021.
29. Socialstyrelsen. Vårdkontakter i LSS-boende. Socialstyrelsen; 2023.
30. Flygare-Wallén, Eva. High prevalence of diabetes mellitus, hypertension and obesity among persons with a recorded diagnosis of intellectual disability or autism spectrum disorder.
31. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - lägesrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.
32. Socialstyrelsen. Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning. Aspekter av betydelse Socialstyrelsen; 2023.
33. Socialstyrelsen. Lägesrapport om verksamhet med personligt ombud 2022 (S2021/08111). Socialstyrelsen; 2023.
34. Socialstyrelsen. Personligt ombud till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Kartläggning och analys av systemet med personligt ombud. Socialstyrelsen; 2023.
35. Socialstyrelsen. Fritextsvar i öppna jämförelser av LSS och socialpsykiatri 2023. Socialstyrelsen; 2023.
36. Statistik om ekonomiskt bistånd [Internet]. Socialstyrelsen. 2023.
37. Boende på (o)lika villkor - merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. SOU 2021:14.
38. Socialstyrelsen. Hjälpmedel i kommuner och landsting. En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning Socialstyrelsen; 2016.
39. Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen [Internet]. Sveriges Riksdag.

40. Regeringen. Strategi för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken under 2021 - 2031, regeringsbeslut S2019/02213 samt S2021/06595.

41. Myndigheten för delaktighet. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. MFD; 2008.

Bilaga 1. Kostnader i löpande priser

Bilaga 1: Kostnadstabeller i löpande priser

Tabell 1. Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning över tid, löpande priser

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning. Kostnad angivet i miljarder kronor, andel angiven i procent. 2018–2022, riket.

Kommunernas kostnader	2018	2019	2020	2021	2022	Förändring 2018–2022, mdkr	Förändring 2018–2022, %
Summa insatser enligt LSS och SFB*	55,5	57,8	60,3	62,7	66,0	10,5	18,9
Boende enligt LSS	30,0	31,7	2,1	35,5	37,6	7,7	25,6
varav							
Boende för vuxna	28,1	29,7		33,3	35,4	7,3	26,2
Boende för barn	1,9	2,0	2,1	2,2	2,2	0,3	16,2
Personlig assistans enligt LSS	17,9	17,9	18,0	17,9	17,9	0,0	-0,2
Daglig verksamhet enligt LSS	8,7	8,8	9,0	9,4	10,2	1,5	17,5
Övriga insatser enligt LSS	5,0	5,1	5,0	5,1	5,3	0,3	6,9
Summa insatser enligt SoL/HSL	14,6	14,8	15,1	15,5	16,1	1,5	10,6
Stöd i ordinärt boende enligt SoL	8,4	8,7	8,7	8,8	9,3	0,8	9,6
varav							
Hemtjänst/boendestöd enligt SoL	6,3	6,5	6,6	6,7	7,0	0,7	10,5
Korttidsboende enligt SoL	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,0	3,6
Övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0	0,1	8,9
Dagverksamhet enligt SoL	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	8,2
Särskilt boende/annat boende enligt SoL	5,3	5,5	5,7	5,9	6,1	0,8	14,3
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,0	-3,0
Kommunernas totala kostnad för stöd till personer med funktionsnedsättning	70,0	72,7	75,4	78,1	82,1	12,0	17,2
Årlig förändring		3,8%	3,8%	3,6%	5,1%		

*Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2018–2022 (SCB, 2023).

Tabell 2. Kommunernas kostnadsutveckling för personlig assistans, löpande priser

Kommunernas kostnader för personlig assistans. Kostnaderna är angivna i miljarder kronor, andelen angiven i procent, 2018–2022, riket.

	2018	2019	2020	2021	2022	Förändring 2018–2022, mdkr	Förändring 2018–2022, %
Kostnader för personlig assistans	11,8	12,1	12,6	12,6	12,8	1,0	8,3
Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	4,6	4,4	4,4	4,5	4,4	-0,2	-4,7
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning	6,1	5,7	5,4	5,2	5,1	-1,0	-16,7
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	17,9	17,9	18,0	17,9	17,9	0,0	-0,2

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag och finanser 2018–2022 (SCB, 2023).

Bilaga 2: Definitioner av kommungrupper

A. Storstäder och storstadsnära kommuner:

A1. Storstäder - kommuner med minst 200 000 invånare varav minst 200 000 invånare i den största tätorten.

A2. Pendlingskommun nära storstad - kommuner där minst 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en storstad eller storstadsnära kommun.

B. Större städer och kommuner nära större stad

B3. Större stad - kommuner med minst 50 000 invånare varav minst 40 000 invånare i den största tätorten.

B4. Pendlingskommun nära större stad - kommuner där minst 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.

B5. Lågpendlingskommun nära större stad - kommuner där mindre än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.

C. Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner

C6. Mindre stad/tätort - kommuner med minst 15 000 men mindre än 40 000 invånare i den största tätorten.

C7. Pendlingskommun nära mindre stad/tätort - kommuner där minst 30 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i annan mindre ort och/eller där minst 30 procent av den sysselsatta dagbefolkningen bor i annan kommun.

C8. Landsbygdskommun - kommuner med mindre än 15 000 invånare i den största tätorten, lågt pendlingsmönster (mindre än 30 procent).

C9. Landsbygdskommun med besöksnäring - landsbygdskommun med minst två kriterier för besöksnäring, dvs antal gästnätter, omsättning inom detaljhandel/ hotell/ restaurang i förhållande till invånarantalet.

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner (2020)

Bilaga 3. Analyser av jämlik vård

Studiepopulationerna

Tre studiepopulationer har skapats för att efterlikna de studiepopulationer som skapades i rapport ”Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning”, Socialstyrelsen 2023-10-8755. Populationerna är skapade för att ge tillräckligt stora populationer för analyserna, samt för att ge tillräckligt lång tid för uppföljning.

Studiepopulation 2010–2015

Basen i denna studiepopulation är personer som fått en insats enligt LSS eller SoL under åren 2010–2015, oavsett vilken insats. För insatser enligt SoL gäller att personen ska vara 64 år eller yngre, för att på så sätt sortera ut äldre personer som får insatsen som en del av äldrevården. För personer med LSS fokuserar vi dels på samtliga med LSS-insatser (LSS totalt) och specifikt för personkrets 1 (LSS p-krets 1). Personkrets 2 och 3 är små och särredovisas därför inte. Första januari det år de får insats första gången under 2010–2015 utgör en referenspunkt, ett indexdatum, i analyserna. Det är efter detta datum som analyserna undersöker förekomsten av utfallet av intresse, till exempel PCI efter hjärtinfarkt. I flera analyser gör vi förutom detta åldersbegränsningar, så att vi ibland bara tittar på personer som är 18 år och äldre, och ibland på personer som är 40–74 år. Detta för att vissa utfall är väldigt ovanliga bland yngre. Information om ålder och kön tas från första LSS- respektive SoL-insatsen under perioden.

Studiepopulation 2015–2016

Denna studiepopulation är definierad på samma sätt som studiepopulationen 2010–2015, men med ett annat tidsfönster i definitionen. I denna studiepopulation fokuserar vi på personer med insatser enligt LSS och SoL 2015–2016.

Studiepopulation som lever 1 januari 2020

Basen i denna studiepopulation är personer som fått en insats enligt LSS eller SoL under åren 2016–2020, oavsett vilken insats, och som lever 1 januari 2020. För insatser enligt SoL gäller att personen ska vara 64 år eller yngre, för att på så sätt sortera ut äldre personer som får insatsen som en del av äldrevården. För personer med LSS fokuserar vi dels på samtliga med LSS-insatser (LSS totalt), dels specifikt för personkrets 1 (LSS p-krets 1). Personkrets 2 och 3 är små och särredovisas därför inte. I dessa analyser utgör 1

januari 2020 referenspunkten, eller indexdatumet. Det är efter detta datum som analyserna undersöker förekomsten av utfallet av intresse. I flera analyser gör vi förutom detta åldersbegränsningar, så att vi ibland bara tittar på personer som är 18 år och äldre, och ibland på personer som är 40–74 år. Detta för att vissa utfall är väldigt ovanliga bland yngre.