

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2023

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

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

ISBN 978-91-7555-605-5
Artikelnummer 2023-4-8476

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2023

Förord

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

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

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	9
Ojämlig tillgång till insatser från socialtjänsten	9
Boende för vuxna ökar men så gör även avslagen	10
Flera orsaker till varför vissa insatser minskar	11
Personlig assistans minskar, men antalet timmar ökar	11
Insatser till de yngsta åldersgrupperna fortsätter att minska	11
Många brukare är nöjda med sitt stöd	12
Var tredje inom LSS får kommunal hälso- och sjukvård	13
De särskilda tandvårdsstöden når många	14
Fortfarande har få boenden evakueringsplaner	14
Lättläst sammanfattning	16
Inledning	27
Rapportens syfte och upplägg	27
Datakällor och underlag	27
Rapporten bidrar till arbetet med Agenda 2030	28
Definitioner	28
Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen	29
Socialtjänstlagen	29
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade	30
Habilitering och hjälpmedel	32
Patientlagen	32
Insatsernas utveckling över tid – LSS och SoL	33
Sammanfattande iakttagelser	33
Antalet personer med LSS har slutat öka	34
Skillnader mellan olika grupper i personkretsen	38
Även innehållet i insatserna förändras	38
För första gången minskar antalet personer med personlig assistans	39
Boendestöd fortsätter att öka	41
Skillnader mellan kvinnor och män kvarstår	42
Kostnadsutveckling	43
Sammanfattande iakttagelser	43
Kommunernas kostnader fortsätter att öka	43
Kostnadsökningen inom personlig assistans har stannat av	46
Avmattning i regionernas kostnadsutveckling	47
Små regionala skillnader i kostnadsutvecklingen	47

Tillgång till stöd på lika villkor	49
Sammanfattande iakttagelser	49
Inledning	49
Andelen beviljanden varierar mellan insatser	50
Många kommuner har svårt att fullt ut tillgodose behoven	51
Vanligt med begränsningar i lokala riktlinjer	53
Riktlinjerna lyfter olika perspektiv	54
Vanligare med begränsningar inom LSS än inom SoL	55
Självbestämmande och delaktighet	58
Sammanfattande iakttagelser	58
Många upplever högt inflytande	58
Högst tillgodosedda hjälpbehov inom boendestöd enligt SoL	59
Tre av fyra känner aldrig rädsla hemma	60
Kvinnor mer otrygga än män	62
Utmaningar kvarstår	63
Förutsättningar för digital delaktighet ökar	64
Tillgången till internet ökar	65
Handläggning och myndighetsutövning	66
Sammanfattande iakttagelser	66
Strukturerad dokumentation ökar	67
Fyra av tio kommuner använder IBIC vid alla utredningar	68
Informationssäkerheten ökar	69
Utredningstiderna minskar	69
Tiden mellan beslut och verkställighet minskar	70
Förändrade behov är det vanligaste innehållet i uppföljningar	71
Samverkan och helhetssyn	73
Sammanfattande iakttagelser	73
Bristande samordning försämrar situationen för den enskilde	73
Anhöriga träder in när insatser begränsas	74
Fokus på anhöriga under 2022	75
Allt fler samverkansöverenskommelser	76
Regionernas råd och stöd främjar samordning	77
Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud	78
Hälsa och vård på lika villkor	79
Sammanfattande iakttagelser	79
FN lyfter vikten av jämlik vård för personer med funktionsnedsättning	79
Pandemin fortsätter att påverka	80
Kommunal hälso- och sjukvård vanligare inom LSS än SoL	81
Provtagning är den vanligaste åtgärden	83

Tillgången till vård i boenden för vuxna behöver stärkas.....	84
Tandvård på lika villkor	87
Sammanfattande iakttagelser	87
Tandvårdsbesöken minskar i takt med ökad ålder	88
Ovanligast med tandvårdsbesök bland personer inom socialpsykiatri	89
Munhälsan är sämre än i övriga befolkningen.....	90
Viktigt att ge stöd för god tandhälsa	92
Säker socialtjänst	93
Sammanfattande iakttagelser	93
Kommunernas krisberedskap ökar inte i någon högre utsträckning	93
Kommunernas krisberedskap har slutat öka	94
Flest lex Sarah inom boenden.....	96
Tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer fortfarande	97
Systematiskt kvalitetsarbete leder inte alltid till förbättringar	98
Funktionshinderspolitisk utveckling – en diskussion.....	99
Ny strategi för funktionshinderspolitiken.....	99
Bristande tillgång till individuella stöd försvårar målet om delaktighet	100
Mer arbete behövs för att möjliggöra självbestämmande	100
Arbete kvarstår för en jämlik hälso- och sjukvård	101
De riktade tandvårdsstöden bidrar till jämlik tandvård	102
Bilaga 1. Kostnader i löpande priser	105
Bilaga 2. Definitioner av kommungrupper.....	106
Bilaga 4. Metodbeskrivning – kommunenkät om stöd till personer med funktionsnedsättning.....	107
Urval och samråd	107
Frågor och variabler	107
Datainsamling	107
Svarsfrekvens	107
Bortfall.....	107
Tillförlitlighet.....	107
Bilaga 5. Beskrivning av tandvårdsanalysernas undersökningsgrupper ..	108
Bilaga 6. Fakta om rätten till tandvård.....	109
Statligt tandvårdsstöd	109
Regionfinansierade tandvårdsstöd	110
Referenser	111

Sammanfattning

Ojämlig tillgång till insatser från socialtjänsten

I årets lägesrapport har Socialstyrelsen analyserat personer med funktionsnedsättnings tillgång till insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Flera aspekter indikerar en bekymmersam utveckling, som Socialstyrelsen befarar kan inverka negativt på gruppernas livskvalitet och hälsa.

Under flera år har antalet personer med insatser ökat, även när hänsyn har tagits till befolkningsökningen. Antalet insatser som beviljas till dessa personer har tidigare ökat, men årets analyser visar att den trenden nu är bruten.

Andelen beviljanden av ansökningar varierar mellan insatser. Andelen varierar också mellan kommuner. Under de första 11 månaderna av 2022 beviljade

- 39 procent av kommunerna samtliga ansökningar om *ledsagarservice enligt LSS* och 7 procent beviljade max hälften av ansökningarna
- 26 procent av kommunerna samtliga ansökningar om *kontaktperson enligt LSS* och 7 procent beviljade max hälften av ansökningarna
- 35 procent av kommunerna samtliga ansökningar om *boende för vuxna enligt LSS* och 16 procent beviljade max hälften av ansökningarna
- 50 procent av kommunerna samtliga ansökningar *boendestöd enligt SoL* och 3 procent beviljade max hälften av ansökningarna.

Anledningarna till avslag på ansökan är troligen flera. Kommunen kan till exempel avslå en ansökan för att den enskilde inte bedöms tillhöra LSS personkrets, inte bedöms ha behov av den sökta insatsen eller att behovet bedöms vara tillgodosett på annat sätt. I vissa kommuner är dock andelen beviljande så pass låg att Socialstyrelsen bedömer att det även torde handla om andra orsaker.

Majoriteten av kommunerna har dessutom lokala riktlinjer. Förekomsten av lokala riktlinjer behöver inte vara negativ, de kan istället underlätta vid handläggning av ansökningar. En väsentlig andel av de lokala riktlinjerna innehåller dock begränsningar av olika slag. Knappt 30 procent av kommunerna har riktlinjer med begränsningar av LSS-insatser, motsvarande andel för insatser enligt SoL är 15 procent. Begränsningarna handlar exempelvis om hur ofta en insats kan ges, till vilka och för vilka aktiviteter. Dessa begränsningar kan skilja sig väsentligt mellan kommunerna, vilket skapar ojämlika förutsättningar att få insatser trots samma behov. Socialstyrelsen bedömer att detta kan bidra till svårigheter att tillgodose de individuella behoven hos personer med funktionsnedsättning.

Flertalet kommuner uppger att de har svårigheter att tillgodose behoven av insatser enligt LSS och SoL. Svårigheterna uppges vara störst för kontaktperson och boende för vuxna enligt LSS. Endast 56 procent av kommunerna

uppges att de kan tillgodose behoven fullt ut. Svårigheterna är också stora inom boende för barn och unga enligt LSS och boende enligt SoL, där motsvarande andel är 60 procent. Det finns flera orsaker till dessa svårigheter. Några exempel är rekryteringssvårigheter, tillgång till lokaler och svårigheter att matcha individuella behov med befintligt utbud. Några kommuner lyfter även resursbrist. Uppgifterna om resursbrist förstärks av att funktionshindersområdet tidigare lyfts fram som ett av de områdena där kommunerna har svårt att hålla budget.

Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS fortsätter att öka. Ökningstakten har dock minskat. Kostnaderna för insatser enligt SoL har i sin tur minskat något.

Sammantaget konstaterar Socialstyrelsen att kommunerna tillgodoser en stor del av behoven hos många personer med funktionsnedsättning. Myndigheten bedömer dock att det finns behov som inte tillgodoses. Resultaten i årets lägesrapport tyder på en ojämlik tillgång till insatser, utifrån boendekommun. Socialstyrelsen anser att svårigheterna riskerar att väsentligt försämra enskildas möjligheter till delaktighet och ett gott liv. 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.

Den ojämlika tillgången till stöd 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.

Boende för vuxna ökar men så gör även avslagen

Alla insatser enligt LSS minskar inte. Det är framförallt *insatserna boende för vuxna* och *daglig verksamhet* som fortsätter att öka. Det är i grunden positivt att kommunerna tillgodoser behoven av insatsen i allt högre utsträckning. Samtidigt är det inte tydligt varför behoven ökar. Det kan förvisso handla om att vissa funktionsnedsättningar ökar. Myndigheten kan dock inte utesluta att en bidragande orsak är minskat stöd i hemmet samt minskat stöd på arbetsmarknaden (exempelvis i form av lönebidrag). Socialstyrelsen kommer att fortsätta följa denna utveckling.

Inom boende för vuxna enligt LSS finns dock vissa utmaningar, till exempel så beviljade 16 procent av kommunerna hälften eller färre av ansökningarna. Uppgifter om andel beviljanden är svårtolkade, eftersom vi inte vet vilka behov som ligger bakom varje ansökan. Socialstyrelsen vet heller inte om personer ansöker om de insatser som är bäst lämpade för just deras behov. Samtidigt har det i dialoger med intresseorganisationer framförts att det blivit allt svårare att få boende för vuxna enligt LSS beviljad. Detta är ett resonemang som till viss del bekräftas av kommunerna: Endast 56 procent av kommunerna uppges att de fullt ut kan tillgodose behoven av boende för vuxna enligt LSS. Kommunerna uppges flera orsaker till varför det är svårt att tillgodose behoven. En vanlig orsak är brist på boenden. Bristen på boenden påverkar också tiden för verkställighet av beslut. Mindre än hälften av de kommuner som uppges att de har brist på dessa boenden, uppges att de

kommer bygga ikapp under de närmaste åren. Socialstyrelsen befarar därför att utmaningarna kommer att kvarstå över tid.

Flera orsaker till varför vissa insatser minskar

Vissa insatser enligt LSS minskar. Det gäller framförallt korttidsvistelse, kontaktperson och ledsagarservice. Orsakerna är flera, till exempel vägledande avgöranden i Högsta förvaltningsdomstolen, rekryteringssvårigheter och svårigheter att matcha individuella behov med befintligt utbud.

Det är inte bara antalet insatser som minskar, omfattningen av dem minskar också. Ett exempel är avlösarservice. Medianvärdet per månad har länge legat på 20 timmar, sedan uppgiften började samlas in 2007. Från och med 2018 ses däremot en minskning och 2021 var medianvärdet 16 timmar per månad. Utvecklingen inom ledsagarservice liknar den inom avlösarservice. Fram till 2016 låg medianvärdet för antalet timmar per månad på 20. Därefter ses en minskning och 2021 låg medianvärdet på 16 timmar per månad.

Personlig assistans minskar, men antalet timmar ökar

Från att ha ökat kontinuerligt sedan 2009 uppvisade den kommunalt beslutade personliga assistansen en minskning mellan 2020 och 2021. Minskningen motsvarade omkring 300 personer. Socialstyrelsens fördjupade analyser visar dock att det totalt var 1 230 beslut som avslutades. Skillnaden beror på att det fattades en hel del nya beslut under perioden. Socialstyrelsen kan konstatera att omkring hälften av dessa personer istället fick ett nytt beslut om statlig assistansersättning. Likaså fick några få personer nya beslut om insatser enligt LSS eller SoL. En delförklaring till varför så många inte nybeviljats andra insatser är att vissa redan hade andra insatser sedan tidigare. Det är därför sannolikt att flertalet personer fick tillfällig personlig assistans då dagliga verksamheter stängdes under pandemin. Detta förklarar dock inte hela minskningen, och Socialstyrelsen kan inte utesluta att ett flertal personer i gruppen står utan stöd.¹

Samtidigt som antalet beslut om insatser har minskat, så fortsätter antalet timmar per person att öka. Sedan 2007 har medianvärdet för antalet timmar per månad ökat stadigt och 2021 låg medianvärdet på drygt 200 timmar per månad. Det motsvarar en fördubbling mot 2007. Medianvärdet innebär att hälften av alla med kommunalt beslutad personlig assistans hade 200 timmar i månaden eller mer.

Insatser till de yngsta åldersgrupperna fortsätter att minska

Socialstyrelsen har fått signaler om en allt svårare situation för familjer med barn som har en funktionsnedsättning. Utifrån analyserna i årets lägesrapport kan myndigheten konstatera att kommunerna förvisso fattar många beslut om

¹ De personer vars personliga assistans har avslutats på grund av att de avlidit, har exkluderats från analyserna.

insatser enligt LSS till barn med funktionsnedsättning, men att det samtidigt finns 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. Det skulle också kunna handla om att informationen till föräldrarna har minskat när det gäller möjligheten att få stöd.

Analyserna i årets rapport visar förvisso att insatsen *avlösarservice* har ökat något över tid, från 4,1 till 4,4 per 10 000 invånare. Däremot har det skett en minskning av antalet timmar. Detta i kombination med att det är vanligt med begränsningar i kommunernas riktlinjer, indikerar att behoven hos barnen och deras familjer inte alltid tillgodoses. Denna slutsats bekräftas av Socialstyrelsens dialoger med berörda intresseorganisationer. Ett av de vanligaste exemplen på lokala avgränsningar är att avlösarservice inte beviljas för aktiviteter utanför hemmet, till exempel att hämta på skolan/korttidstillsynen. Att det finns utmaningar bekräftas av kommunerna själva, endast 73 procent uppger att de kan tillgodose behoven av insatsen fullt ut.

Även insatsen *korttidstillsyn* har minskat, i synnerhet sedan 2008. Även här uppger flertalet kommuner att de har svårt att fullt ut tillgodose behoven av insatsen (73 procent). Svårigheterna handlar framförallt om att matcha individuella behov med befintligt utbud. Samtidigt innehåller en väsentlig del av kommunernas lokala riktlinjer begränsningar av såväl tillgången till insatsen som insatsens omfattning.

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. Att så många kommuner inte kan tillgodose behoven fullt ut är därför en bekymmersam utveckling.

Många brukare är nöjda med sitt stöd

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

- 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 särskilt 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 särskilt 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.

Samtidigt förekommer missförhållanden i verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. I sin tillsyn av boenden för barn och unga har IVO sett att barn och unga med funktionsnedsättning vid upprepade tillfällen utsatts för fasthållningar och nedläggningar. Varken i SoL eller LSS finns det stöd för användning av tvång, begränsningar eller inskränkningar av den enskildes rörelsefrihet. Nedläggning och fasthållning i olika former kan upplevas som mycket integritetskränkande och innebär ett allvarligt ingrepp i barnets personliga integritet.

Socialstyrelsen såväl som IVO har tidigare konstaterat att personalen inom verksamheter enligt LSS behöver mer kunskaper om hur de förebygger och hanterar utmanande beteenden. Den slutsatsen kvarstår. Hög grad av självbestämmande och förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder är två ytterligheter. De senaste årens kartläggningar och tillsynsresultat visar sammantaget att båda ytterligheterna förekommer, om än inte i samma verksamheter. Socialstyrelsen vill därför understryka vikten av att båda perspektiven inkluderas i undersökningar, när så är möjligt.

Var tredje inom LSS får kommunal hälso- och sjukvård

I årets lägesrapport belyser Socialstyrelsen olika aspekter av sjukvård för personer med funktionsnedsättning.

Mellan 2020 och 2021 minskade andelen personer inom LSS och SoL som får kommunal hälso- och sjukvård i hemmet minskade. Minskningen kan bero på att vårdbehoven var högre tidigare under pandemin. År 2021 var andelen personer med kommunal hälso- och sjukvård högst i boenden för vuxna enligt LSS, 66 procent. Det är en lägre andel inom SoL som får kommunal hälso- och sjukvård, jämfört med LSS. En förklaring är troligen att personer med insatser enligt LSS har ett högre vårdbehov. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att den förra gruppen har sämre tillgång till kommunal hälso- och sjukvård.

Tillgången till sjukvård för personer i boende för vuxna enligt LSS behöver stärkas. Utmaningarna handlar bland annat om brister i kommunikation, både mellan verksamheter och med den enskilde samt brister i kunskap om olika funktionsnedsättningar. Ett sätt att stärka tillgången till vård för gruppen är årliga hälsokontroller.

De särskilda tandvårdsstöden når många

Tandvårdsstöden som riktar sig till personer med funktionsnedsättning har effekt, men de tycks inte nå alla. Majoriteten av personer med insatser enligt LSS besöker förvisso regelbundet tandläkaren och åldersgruppen 24–44 år genomgår basundersökningar i högre utsträckning än motsvarande åldersgrupp i den övriga befolkningen. Andelen minskar dock i takt med ökad ålder, och från 44 år och uppåt är andelen som genomgår minst en basundersökning lägre än i den övriga befolkningen. Risken för försämrad munhälsa ökar med åldern, inte minst vid samtidig funktionsnedsättning. Det är därför angeläget att personer med insatser enligt LSS ökar tandvårdsbesök och basundersökningar från 44 år och uppåt, för att minska risken för nya problem med sin munhälsa.

Personer med insatser enligt SoL och personer inom socialpsykiatri genomgår basundersökningar i mindre utsträckning än personer med LSS-insatser och befolkningen i övrigt. Det är också tydligt att antalet basundersökningar inte ökar bland dessa personer i 45–64 års ålder, såsom de gör inom LSS och i den övriga befolkningen.

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 övriga befolkningen. Samma mönster ses även för personer med insatser enligt SoL och personer inom socialpsykiatri. Dessa skillnader kan tolkas som att tandvården i större utsträckning behöver bedöma risker för sjukdom och behandla orsaken till problemen samt att dessa åtgärder kommer tidigare än för den övriga befolkningen. Tandvården behöver samverka mer med andra aktörer som ger stöd till personer med särskilda behov.

Särskilda tandvårdsstöd kan skapa förutsättningar för en bättre tandhälsa bland personer med funktionsnedsättning, men samtidigt så behöver ytterligare insatser göras. Basundersökningar och olika behandlingar av tandvården utgör endast en del av det som krävs för en god tandhälsa. Socialstyrelsen menar därför att det är av vikt att de personer med funktionsnedsättning som är i behov av hjälp med omvårdnad, också får stöd med tandborstning. Likaså talar resultaten för vikten av att verka för hälsosamma levnadsvanor bland dessa grupper, på samma sätt som det är viktigt i den övriga befolkningen. Därför är det viktigt att personalen inom exempelvis LSS-verksamheter har kunskap och kompetens inom området.

Fortfarande har få boenden evakueringsplaner

Det är fortfarande relativt ovanligt att kommuner har evakueringsplaner i boenden för personer med funktionsnedsättning. År 2022 var andelen omkring 50 procent. Kommunerna behöver säkerställa att alla personer kan få den hjälp och det stöd som de behöver vid en allvarlig händelse, inklusive

personer med funktionsnedsättning². Situationer som elavbrott och dricksvattensstörningar kan leda till ett behov av att evakuera personer i socialtjänstens särskilda boenden för personer med funktionsnedsättningar. Evakueringsbehov kan även uppstå i ordinära boenden. Det senare gäller till exempel personer med hemtjänst enligt SoL eller personlig assistans enligt LSS. Socialstyrelsen menar därför att det är angeläget att fler kommuner tar fram evakueringsplaner för dessa grupper.

En väsentligt högre andel kommuner har beredskapsplaner för höga temperaturer för boenden inom funktionshindersområdet, mellan 70 och 95 procent. Andelen kommuner med dessa planer har dock slutat öka. År 2022 hade till exempel 84 procent av kommunerna sådana beredskapsplaner för vuxenboenden enligt LSS, vilket är en minskning med två procentenheter från året innan. Över tid har andelen dock ökat, vilket är positivt. En bidragande orsak är troligen de extrema värmeförhållandena som rådde under sommaren 2018.

² Jfr 15 § 2 LSS icg 2 kap. 1 § SoL,

Lättläst sammanfattning

Vi på Socialstyrelsen har gjort en rapport.
Det här är en sammanfattning av rapporten.

I texten använder vi förkortningen LSS för lagen om stöd och service.
Vi använder också förkortningen SoL för socialtjänstlagen.

I rapporten pratar vi mycket om olika typer av insatser.
En insats kan till exempel vara att få en ledsagare
eller en plats på ett boende med särskild service.

Rapporten visar att antalet personer
som får hjälp och stöd av sin kommun
antagligen inte är lika många som skulle behöva få hjälp och stöd.

Socialstyrelsens rapport visar också att det kan vara svårt
för personer med funktionsnedsättning att få stöd.

Färre personer får insatser från socialtjänsten

Under många år har fler och fler personer med funktionsnedsättning
fått insatser enligt lagen om stöd och service (LSS).

År 1999 var antalet personer som fick insatser enligt LSS
mycket färre än i dag.

Då var det 54 personer per 10 000 invånare.
Nu är det 73 personer per 10 000 invånare.

Vår rapport visar att antalet personer som får insatser
och antalet godkända insatser inte längre blir fler och fler.
De började minska år 2020 men har fortsatt minska även efter det.
Det betyder att minskningen inte bara berodde på coronapandemin som bör-
jade år 2020.

De här minskningarna av antalet insatser
kan påverka hälsan och livskvaliteten
hos personer med funktionsnedsättning.

Många kommuner har egna regler

Många kommuner har sina egna regler.

Att kommuner har sina egna regler är inte alltid dåligt.

Det kan i stället göra det lättare när en ansökan ska godkännas.

Men i kommunernas egna regler kan det finnas begränsningar.
Begränsningarna handlar om till exempel
hur ofta en insats kan ges, till vilka och var någonstans.

Begränsningar i kommunernas egna regler kan vara väldigt olika, i olika kommuner. Det leder till att personer som behöver ungefär samma insatser ibland får helt olika insatser. Det kan bli orättvist och svårt för en person med funktionsnedsättning att få just sina behov uppfyllda.

Kommunerna har svårt att göra insatser

Flera kommuner säger att det är svårt att göra olika insatser. Det svåraste för kommunerna är att hitta kontaktpersoner och LSS-boende för vuxna. Endast 56 procent av kommunerna säger att de kan erbjuda så många kontaktpersoner och platser på LSS-boenden som det behövs i kommunen.

Det är också svårt för kommunerna att erbjuda boende för barn och unga. Endast 60 procent av kommunerna säger att de kan erbjuda så många platser på dessa boenden som det behövs i kommunen.

Anledningen till att detta är svårt för kommunerna är bland annat att de har svårt att hitta personal. En annan anledning är att det inte finns någon bra lokal.

Några kommuner säger också att det inte finns tillräckligt med pengar. Pengarna som kommunerna har planerat att använda för att hjälpa och stötta personer med funktionshinder räcker nämligen inte.

Kommunerna godkänner samtidigt insatser enligt LSS till många personer. Kostnaderna för insatserna fortsätter att öka.

Kommunerna uppfyller behoven hos många, men inte hos alla

Socialstyrelsens rapport visar att kommunerna uppfyller en stor del av behovet hos många personer med funktionsnedsättning. Men inte allas behov uppfylls inte.

Socialstyrelsens rapport visar också att det kan vara svårt för personer med funktionsnedsättning att få stöd. Det är inte lätt att beskriva hur personer med funktionsnedsättning påverkas av detta. När personer inte får stöd från kommunen

får deras närstående ge dem stöd i stället.

När personer med funktionsnedsättning inte får stöd blir det svårare för dem att leva ett bra liv.
Det kan påverka dessa personers hälsa.

Alla insatser enligt LSS minskar inte.
Två undantag är boende för vuxna
och daglig verksamhet som fortsätter att öka.

Det är positivt att kommunerna uppfyller behoven
av boende för vuxna och daglig verksamhet.
Samtidigt vet vi inte varför behoven av insatser ökar.

Det kan handla om att vissa funktionsnedsättningar ökar.
Det kan också handla om att människor med behov av stöd
får mindre stöd i hemmet och minskat stöd på arbetsmarknaden.
Ett exempel på stöd på arbetsmarknaden är lönebidrag.
Socialstyrelsen kommer att fortsätta att följa denna utveckling.

Ett problem är att kommunen inte godkänner alla ansökningar
om boende för vuxna enligt LSS.
Nästan en fjärdedel av kommunerna avslag minst hälften
av ansökningarna under år 2022.
Det är svårt att förstå exakt varför en del ansökningar inte godkänns.
Vi på Socialstyrelsen vet nämligen inte vilka behov
som ligger bakom varje ansökan.

Vi vet inte heller om personer ansöker om insatser
som passar bäst för just deras behov.
Samtidigt säger personer från intresseorganisationer
att det har blivit allt svårare att få boende för vuxna enligt LSS.

Kommunerna håller delvis med.
Endast 56 procent av kommunerna säger att de helt och hållet
kan uppfylla behoven av boende för vuxna enligt LSS.
Kommunerna förklarar att det bland annat beror på
brist på boenden.

Mindre än hälften av de kommuner som har brist på dessa boenden
säger att de kommer att försöka komma i kapp under de närmaste åren.
Lösningen blir att de ska bygga nya boenden.
Socialstyrelsen tror att bristen på boenden
tyvärr kommer att finnas kvar även i framtiden.

Flera orsaker till att vissa insatser minskar

Vissa insatser enligt LSS minskar.
Det gäller framför allt korttidsvistelse,

kontaktperson och ledsagarservice.

Det finns flera orsaker till att de minskar.

En anledning är att Högsta förvaltningsdomstolen fattar beslut som sedan påverkar vilka insatser som godkänns.

En annan orsak är att det är svårt att hitta personal och rätt insats för personen.

Det är inte bara antalet insatser som minskar.

Hur stora insatserna är minskar också.

Ett exempel är avlösarservice.

Ett medianvärde är det värdet som är precis i mitten, om alla värden ställs upp på en rad i storleksordning.

Medianvärdet för avlösarservice har varit 20 timmar per månad, sedan år 2007 då information om värdet började att samlas in.

Från och med år 2018 har medianvärdet minskat.

År 2021 var medianvärdet 16 timmar per månad.

Utvecklingen inom ledsagarservice liknar den inom avlösarservice.

Fram till och med år 2016 låg medianvärdet för antalet timmar per månad på 20.

Därefter minskade det och år 2021

låg medianvärdet på 16 timmar per månad.

Personlig assistans minskar men antalet timmar ökar

De senaste åren ökade den personliga assistansen som kommunen beslutar om.

Mellan år 2020 och år 2021 minskade den för första gången.

Minskningen gällde omkring 300 personer.

Socialstyrelsens fördjupade visar

att det totalt var 1 300 beslut som avslutades.

Det beror på att en hel del nya beslut togs mellan år 2020 och år 2021.

Socialstyrelsen ser att omkring hälften av dessa personer i stället fick

nytt beslut om statlig assistansersättning.

Några få personer fick nya insatser enligt LSS eller SoL.

En del av förklaringen till att kommunen

inte har beviljat så många andra insatser

är att vissa personer redan hade andra insatser.

Förmodligen fick flera personer tillfällig personlig assistans då dagliga verksamheter stängdes.

Men detta förklarar inte hela minskningen.

Vi på Socialstyrelsen kan inte vara säkra på

att alla personer i gruppen har det stöd som de behöver.

De gånger som personlig assistans har avslutats

på grund av att personerna har gått bort har inte räknats med i våra analyser.

Antalet timmar per person fortsätter att öka

Antalet beslut om insatser har sagt minskat för första gången. Antalet timmar per person fortsätter däremot att öka.

Ett medianvärde är det värdet som är precis i mitten, om alla värden ställs upp på en rad i storleksordning. Medianvärdet för antalet timmar för varje person per månad har ökat varje år sedan 2007.

År 2021 låg medianvärdet på drygt 200 timmar per månad.

Det är dubbelt så många timmar som år 2007.

Hälften av alla personer med kommunalt beslutad personlig assistans hade 200 timmar assistans varje månad eller mer.

De yngsta personerna får färre insatser

Vi på Socialstyrelsen har fått veta att familjer med barn som har en funktionsnedsättning lever i en allt svårare situation. Analyserna i vår rapport visar att kommunerna fattar många beslut om insatser enligt LSS till barn med funktionsnedsättning. Men samtidigt är stöden begränsade. Det finns också en negativ utveckling inom vissa stöd.

För barn som är mellan 7 och 12 år gamla är det ungefär lika många som får insatser som förut: 65 personer per 10 000 invånare i befolkningen.

För barn som är mellan 0 och 6 år gamla har mängden personer som får insatser enligt LSS minskat.

Förut var det 14 per 10 000 invånare i befolkningen.

Nu är det 11 personer per 10 000 invånare i befolkningen.

Att mängden personer har minskat i de yngsta åldersgrupperna kan bero på att insatserna godkänns när barnen är äldre nu för tiden. Det skulle också kunna handla om att informationen till föräldrarna har minskat när det gäller möjligheten att få stöd.

Behoven hos barnen och deras familjer uppfylls antagligen inte

Analyserna i vår rapport visar att insatsen avlösarservice har ökat lite grann.

Förut var avlösarservice godkänt för 4,1 personer per invånare i befolkningen.

Nu är det 4,4 per 10 000 invånare i befolkningen som har tillgång till avlösarservice.

Däremot har antalet timmar minskat.

Antalet timmar för olika insatser har alltså minskat

och det är vanligt med begränsningar i kommunernas regler. Därför uppfylls behoven hos barnen och deras familjer antagligen inte. Socialstyrelsen har pratat med intresseorganisationer som håller med om denna slutsats.

Ett tydligt exemplet på en begränsning i kommunens egna regler är att avlösarservice inte godkänns för aktiviteter utanför hemmet. Sådana aktiviteter är till exempel att hämta på skolan eller korttidstillsyn. Kommunerna själva bekräftar att det finns utmaningar. Endast 73 procent av kommunerna säger att de kan uppfylla behoven av insatsen avlösarservice helt och hållet.

Insatsen korttidstillsyn har också minskat, särskilt sedan år 2008. Även för korttidstillsyn säger 73 procent av kommunerna att de har svårt att uppfylla behoven av insatsen helt och hållet. Framför allt är det svårt att hitta insatser som passar för personen som behöver insatsen.

En stor del av kommunernas lokala riktlinjer innehåller både begränsningar om vilka som kan få insatsen och hur många timmar den får vara.

Att barn med funktionsnedsättning och deras familjer får ett stöd i vardagen som uppfyller just deras behov är viktigt. Det handlar om barnens rätt till utveckling och möjlighet till delaktighet i samhället. Det handlar också om att föräldrar ska få det stöd de behöver för att kunna fungera i sin föräldraroll. Att så många kommuner inte kan uppfylla behoven helt och hållet är därför en oroande utveckling.

Många är nöjda, men alla är inte nöjda

De flesta personer med funktionsnedsättning är nöjda med stödet från socialtjänsten.

Men alla är inte nöjda.

Det finns tydliga skillnader mellan olika boendeformer.

Personer i boende enligt SoL är lite mindre nöjda än personer i boende för vuxna enligt LSS.

Vi på Socialstyrelsen har undersökt vad personer som har olika insatser tycker om insatserna. Det här har vi sett i våra undersökningar:

Fler och fler personer som har olika insatser säger att de får bestämma över sådant som är viktigt för dem.

Det tycker 85 procent av de som bor på ett SoL-boende och 70 procent av de som bor på ett LSS-boende.

Ungefär 75 procent av personer som har olika insatser känner sig trygga med personalen.

Det tycker 61 procent av de som bor på ett särskilt boende enligt SoL och 70 procent av de som deltar i daglig verksamhet enligt LSS.

Män och kvinnor tycker olika om hur bra de har det.

Det gäller saker som att få vara med och bestämma, att få hjälp med det de behöver, hur de trivs och om de känner sig trygga. Till exempel säger 78 procent av män i bostad med särskild service enligt SoL att de får den hjälp de behöver. Bara 66 procent av kvinnor i bostad med särskild service enligt SoL säger att de får den hjälp de behöver.

Att få vara med och bestämma

Många personer som har olika insatser känner att de kan bestämma sådant som är viktigt för dem. Många personer som har olika insatser får också den hjälp de behöver och känner sig trygga. Men det gäller inte alla.

Många personer som har olika insatser säger att de inte får bestämma över sådant som är viktigt för dem. Att få vara med och bestämma är viktigt för att stödet till personerna ska fungera bra. Därför är det viktigt att fortsätta att arbeta för att personer som har olika insatser ska få vara med och bestämma på boenden och i verksamheter.

Ibland tvingas personer till saker som de inte vill

Ibland händer saker som inte borde hända på boenden och i verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. IVO, alltså Inspektionen för vård och omsorg, håller koll så att boenden följer lagar och regler. Flera gånger har IVO upptäckt att barn och unga med funktionsnedsättning har hållits fast och tvingats ligga ner.

Det är mycket allvarligt och får inte hända. Varken i SoL, alltså socialtjänstlagen, eller i LSS, alltså lagen om stöd och service, står det något om att personal får använda tvång eller begränsningar av en persons möjlighet att röra sig fritt. Det kan kännas väldigt jobbigt och kränkande

att hållas ner och hållas fast.

Alla människor har rätt att mötas med respekt, även barn och unga. Därför är det allvarligt att tvinga barn och unga till något mot deras vilja.

När ett barn eller en ung person hålls fast kan barnet eller den unga personen skadas.

Socialstyrelsen och IVO har tidigare märkt att personalen inom verksamheter enligt LSS behöver mer kunskap. Kunskapen som saknas handlar om hur personalen kan stoppa och hantera en situation där någon verkligen inte samarbetar. Den slutsatsen finns också med i den här rapporten.

Det finns alltså både personer som har olika insatser som känner att de får vara med och bestämma och personer som har olika insatser som blir tvingade och begränsade. Dessa känslor och upplevelser kan beskrivas som motpoler. Under de senaste åren har vi på Socialstyrelsen gjort undersökningar som visar att båda dessa motpoler finns, fast i olika verksamheter. Vi tycker därför att det är viktigt att ta med båda upplevelserna i olika undersökningar, när det går.

Många personer inom LSS får kommunal hälso- och sjukvård

I rapporten för i år skriver vi på Socialstyrelsen om sjukvård för personer med funktionsnedsättning.

Färre personer får kommunal hälso- och sjukvård år 2021 jämfört med hur många som fick det år 2020. Det kan bero på att fler behövde vård tidigare när coronapandemin var som värst.

År 2021 behövdes kommunal hälso- och sjukvård för 66 procent av personer som bor på ett boende för vuxna enligt LSS . Färre personer inom SoL får kommunal hälso- och sjukvård, jämfört med personer inom LSS. En förklaring är troligen att personer med insatser enligt LSS har ett större behov av vård som har med kroppens hälsa att göra.

Men vi på Socialstyrelsen är inte helt säkra på orsaken. Det kan också vara så att personer inom SoL inte har samma möjligheter att få kontakt med kommunal hälso- och sjukvård.

Personer i boende för vuxna enligt LSS behöver få bättre möjlighet att få sjukvård. Anledning till att det inte är så lätt för dessa personer att få sjukvård är bland annat att kommunikation inte fungerar så bra. Det gäller både mellan olika verksamheter

och mellan personalen och personer med olika insatser.

Det finns också brister i kunskap om olika funktionsnedsättningar.
Ett sätt att ge dessa personer bättre möjlighet till vård
är genom hälsokontroller varje år.

Tandvårdsstöden når inte alla

Det finns tandvårdsstöd som riktar sig till
personer med funktionsnedsättning.
Stödet fungerar bra men verkar inte nå fram till alla.

Majoriteten av personer med insatser enligt LSS
besöker tandläkaren regelbundet.
Personer som har insatser enligt LSS och som är mellan 24 och 44 år
går till tandläkaren för en vanlig undersökning
oftare än andra personer som är lika gamla.

Men personer med insatser enligt LSS
går till tandläkaren mer sällan när de blir äldre.
Från 44 år och uppåt går färre personer till tandläkaren
för en vanlig undersökning än i den övriga befolkningen.

För äldre personer är risken för dålig munhälsa större
än för yngre personer.
Risken är ännu större för äldre personer
som har en funktionsnedsättning.
Därför är det viktigt att personer med insatser enligt LSS
går till tandläkaren oftare när de är 44 år gamla eller äldre.
Då minskar risken för nya problem med tänderna och munhälsan.

Personer med insatser enligt SoL och personer inom socialpsykiatri
går inte till tandläkaren för en vanlig undersökning
lika ofta som personer med LSS-insatser och befolkningen i övrigt.

Det är också tydligt att personer som har insatser enligt SoL
och som är mellan 45 och 64 år gamla
inte går till tandläkaren för en vanlig undersökning
oftare än tidigare i livet.
Det gör däremot personer som är mellan 45 och 64 år gamla
inom LSS och i den övriga befolkningen.

Personer med insatser enligt LSS har redan vid 24 års ålder
en sämre munhälsa än övriga personer i befolkningen.
Personer med insatser enligt LSS drar också ut fler tänder
än övriga personer i befolkningen.
Det gäller framför allt för personer som är mellan 30 och 64 år gamla.

Samma sak gäller för personer med insatser enligt SoL

och personer inom socialpsykiatri.
Dessa skillnader kan tolkas som att tandvården
behöver bli bättre på att upptäcka i risker för sjukdom
och behandla orsaken till problemen.

Tandvården behöver också göra något åt problemen tidigare i jämförelse
med när någon i den övriga befolkningen får problem med munhälsan.
Tandvården behöver samarbeta mer med andra aktörer
som ger stöd till personer med särskilda behov.

Särskilda tandvårdsstöd kan bidra till
en bättre tandhälsa bland personer med funktionsnedsättning.
Samtidigt så behöver fler insatser göras.

Vanliga undersökningar hos tandläkaren
och olika behandlingar av tandvården
är bara en del av det som behövs för en god tandhälsa.

Vi på Socialstyrelsen tycker därför att det är viktigt
att de personer med funktionsnedsättning som är i behov av hjälp
med omvårdnad också får stöd med tandborstning.

Resultaten i den här rapporten visar att det är viktigt
att arbeta för hälsosamma levnadsvanor bland dessa grupper.
Hälsosamma vanor är nämligen viktiga för alla människor i samhället.
Därför är det viktigt att personalen inom exempelvis LSS-verksamheter
har kunskap och kompetens inom området.

Vi på Socialstyrelsen har tagit fram en utbildning
för vård och omsorgspersonal som handlar om munhälsa och munvård.

Få boenden har evakueringsplaner

En evakueringsplan är en plan
för hur människor ska ta sig ut ur huset om något allvarligt händer.
Det är fortfarande ganska ovanligt att kommuner har
en evakueringsplan för boenden för personer med funktionsnedsättning.

År 2022 var det ungefär hälften av alla kommuner
som hade en evakueringsplan.
Kommunerna behöver se till så att alla personer kan få
den hjälp och det stöd som de behöver vid en allvarlig händelse.
Det gäller också personer med funktionsnedsättning,
vilket står med både i lagen om stöd och service (LSS)
och i socialtjänstlagen (SoL).

Människor kan behöva ta sig ut ur ett hus om det uppstår saker
som till exempel att elen stängs av
eller att något farligt har hamnat i dricksvattnet.

Detta kan även hända i hus och byggnader där socialtjänstens särskilda boenden för personer med funktionsnedsättningar finns. Det kan också hända i vanliga boenden, där personer bor som har hemtjänst enligt SoL eller personlig assistans enligt LSS.

Vi på Socialstyrelsen menar därför att det är viktigt att fler kommuner tar fram evakueringsplaner för dessa personer.

Många kommuner har däremot beredskapsplaner för höga temperaturer för boenden för personer med funktionsnedsättning. En beredskapsplan behövs för att alla ska veta vad de ska göra till exempel när det blir extremt varmt.

Förut skaffade fler och fler kommuner en beredskapsplan. Nu blir de inte längre fler. År 2022 hade 84 procent av kommunerna beredskapsplaner för vuxenboenden enligt LSS. Men året innan var det ännu fler. Då var det 86 procent av kommunerna som hade beredskapsplaner för vuxenboenden enligt LSS.

Det är positivt att det länge var så att fler och fler kommuner skaffade en beredskapsplan. En anledning till att fler kommuner skaffade det förut är nog att det var extremt varmt under sommaren år 2018.

Inledning

Rapportens syfte och upplägg

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

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

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

Även viss hälso- och sjukvård ingår, exempelvis kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Slutligen ingår även tandvård.

Rapporten utgår delvis från vissa kvalitetsområden, exempelvis säker vård och omsorg. Dessutom ingår olika fokusområden som kostnadsutveckling och fördjupningar kring vissa målgrupper och insatser. Dessa fördjupningar varierar från år till år. I årets lägesrapport uppmärksammas särskilt tillgången till stöd enligt LSS och SoL.

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

Datakällor och underlag

Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och är därför inte heltäckande för området. Den redogör för tillståndet och utvecklingen på nationell nivå och bara till viss del för regionala skillnader. Inrapportering till nationella register och publicering av officiell statistik sker med viss fördröjning, varför statistiken i denna rapport avser 2021 eller senast tillgängliga år. Innehållet i rapporten utgår till stor del från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser. Dessa analyser och slutsatser bygger på

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

Socialstyrelsen gör även vissa analyser specifikt för denna lägesrapport. 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

Socialstyrelsens ambition är att de globala målen och Agenda 2030 ska genomsyra denna lägesrapport³. Innehållet i rapporten har bäring framför allt på följande mål:

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

Definitioner

Denna rapport handlar om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Med *funktionsnedsättning* menar Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada.⁴ Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara bestående eller av övergående natur. Begreppet *funktionshinder* används när myndigheten vill beskriva de begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, men också när myndigheten avser politikområdet.

I rapporten använder Socialstyrelsen 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*
- *särskilt boende enligt SoL* för att beskriva bostad med särskild service enligt 5 kap. 7 § SoL
- *smittade med covid-19* för att beskriva personer som bekräftats smittade med covid-19 via ett laboratorietest.

³ För mer information om de globala målen och Agenda 2030, se <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>

⁴ Ytterligare information finns på <https://termbank.socialstyrelsen.se/>

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.⁵

⁵ Jfr 1 och 7 §§ LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

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

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

Lagen innehåller bestämmelser om tio olika insatser, med olika syften och innehåll. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade. De ska anpassas till mottagarens individuella behov och utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv. (7 § LSS)

Rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1 LSS syftar till att tillförsäkra människor med stora funktionsnedsättningar och deras närstående tillgång till kvalificerat expertstöd från till exempel kurator, psykolog, sjukgymnast eller logoped⁶. 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. socialförsäkringsbalken⁷. I de fall personen ansöker om assistansersättning är det Försäkringskassan som utreder, beslutar och betalar ut ersättningen. Det stöd som tillhandahålls genom

⁶ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade s. 59 f.

⁷ 51 kap. 3 § SFB.

assistansersättning motsvarar det stöd som tillhandahålls genom personlig assistans enligt LSS⁸.

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.⁹

Kontaktperson enligt 9 § 4 LSS syftar till att vara ett personligt stöd, för att bryta isolering och för att underlätta ett självständigt liv.¹⁰

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.¹¹

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.¹²

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.¹³

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.¹⁴ 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.¹⁵

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.¹⁶

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

⁹ Se prop. 1992/93:159 s. 74.

¹⁰ Se prop. 1992/93:159 s. 75 och 178.

¹¹ Se prop. 1992/93:159 s. 77 och 178.

¹² Se prop. 1992/93:159 s. 77.

¹³ Se prop. 1992/93:159 s. 78 och 178.

¹⁴ Se prop. 1992/93:159 s. 86 och 179 f.

¹⁵ Se 9 e § LSS och prop. 1992/93:159 s. 86 f och s. 180.

¹⁶ 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.¹⁷

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, störningssystem 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.¹⁸ Regionen ska enligt 8 kap. 7 § HSL erbjuda

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

Detta gäller de som är bosatta inom regionen eller den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där¹⁹.

Patientlagen

Enligt patientlagen (2014:821) ska patienten få information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning²⁰. Informationen ska vara anpassad till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar²¹. 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 den²². När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ha möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska också få det valda hjälpmedlet, om det framstår som befogat med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet²³.

¹⁷ <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-data/termbanken/>

¹⁸ <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-data/termbanken/>

¹⁹ 8 kap. 1 och 7 §§ HSL.

²⁰ 3 kap. 1 § 3 patientlagen.

²¹ 3 kap. 6 § patientlagen.

²² 3 kap. 7 § patientlagen.

²³ 7 kap. 2 § patientlagen.

Insatsernas utveckling över tid – LSS och SoL

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av insatser enligt LSS och SoL över tid²⁴. 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. På så sätt kontrolleras för de förändringar som kan förklaras av befolkningsökningen.

Sammanfattande iakttagelser

- Antalet personer med insatser enligt LSS har ökat, även sett till befolkningsökningen. Sedan 1999 har antalet ökat från 54 till 73 per 10 000 invånare. Mellan 2020 och 2021 har dock ökningen stannat av. Det är framförallt insatserna bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS som ökar. Det kan förvisso handla om en ökning av behov. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att en bidragande orsak är minskat stöd i hemmet samt minskat stöd på arbetsmarknaden (exempelvis i form av lönebidrag).
- 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.
- 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 troligen om att antalet beslut om daglig verksamhet ökar.
- Även omfattningen av antalet timmar förändras över tid. Inom ledsagarservice och avlösarservice ses en tydlig minskning. Inom personlig assistans ses däremot en ökning: År 2021 var medianvärdet för antalet timmar per månad 200, vilket motsvarar en fördubbling sedan 2007.
- År 2021 hade 57 900 personer i åldern 0–64 år en eller flera insatser enligt SoL, vilket motsvarar 57 insatser per 10 000 invånare. Över tid har det dock skett en minskning, år 2007 var motsvarande andel 58,2. Alla insatser enligt SoL minskar inte. Under perioden 2007–2021 har insatsen boendestöd nästan tredubblats. Det finns antagligen flera anledningar till att insatsen fortsätter öka. Insatsen ges ofta till personer med psykisk funktionsnedsättning, och ökningen av insatsen kan vara en konsekvens av

²⁴ Insatser enligt SoL avser personer i åldern 0–64 år.

ökad psykisk ohälsa. Ökningen kan också bero på att kommunerna i allt högre utsträckning tillgodoser behoven hos gruppen.

- 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.

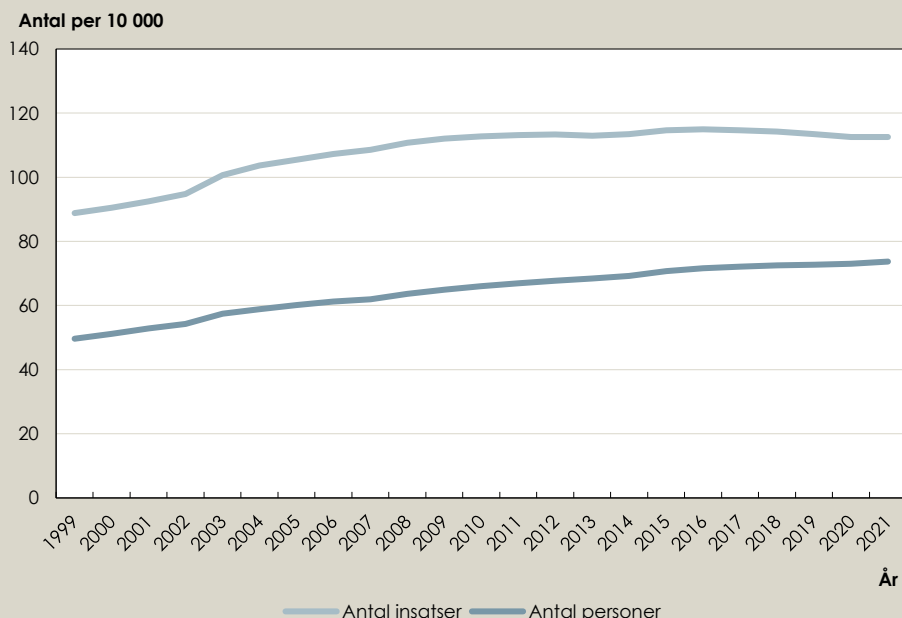
Antalet personer med LSS har slutat öka

Sedan 1999 har det totala antalet personer med insatser enligt LSS ökat från 54 till 73 per 10 000 invånare (figur 1). Mellan 2020 och 2021 var andelen dock oförändrad. Huruvida detta är ett trendbrott eller en effekt av pandemin går inte att fastställa fullt ut. Redan i 2022 års lägesrapport konstaterade Socialstyrelsen att den tidigare ökningen av antalet insatser mattats av, vilket talar för att det är ett trendbrott (2).

Utvecklingen av antalet insatser ser dock något annorlunda ut. Mellan 1999 och 2016 ökade antalet beslutade insatser enligt LSS, från 94 till 115 insatser per 10 000 invånare (figur 1). Därefter har antalet minskat något och låg 2021 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. Statistiken indikerar dock delvis en annan utveckling.

Figur 1. Utveckling av LSS över tid

Antal personer med insatser enligt LSS* samt antal insatser enligt LSS*, antal per 10 000 invånare, 1999-2021



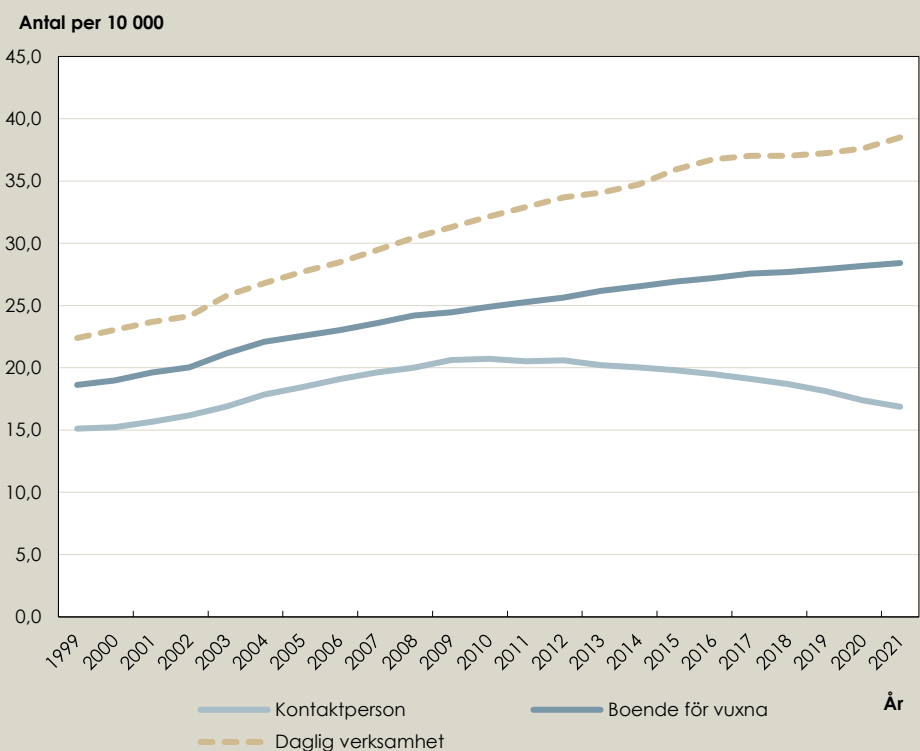
* Exklusive insatsen rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

När statistiken delas upp på olika insatser framkommer en mer nyanserad bild. Figur 2 och 3 visar att det framförallt är insatserna boende för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS som har ökat, 22 till 34 respektive 18 till 28 insatser per 10 000 invånare.

Figur 2. Utveckling av vissa insatser enligt LSS över tid

Andel personer med kontaktperson, daglig verksamhet samt boende för vuxna enligt LSS, andel angivet i antal per 10 000 invånare, 1999-2021

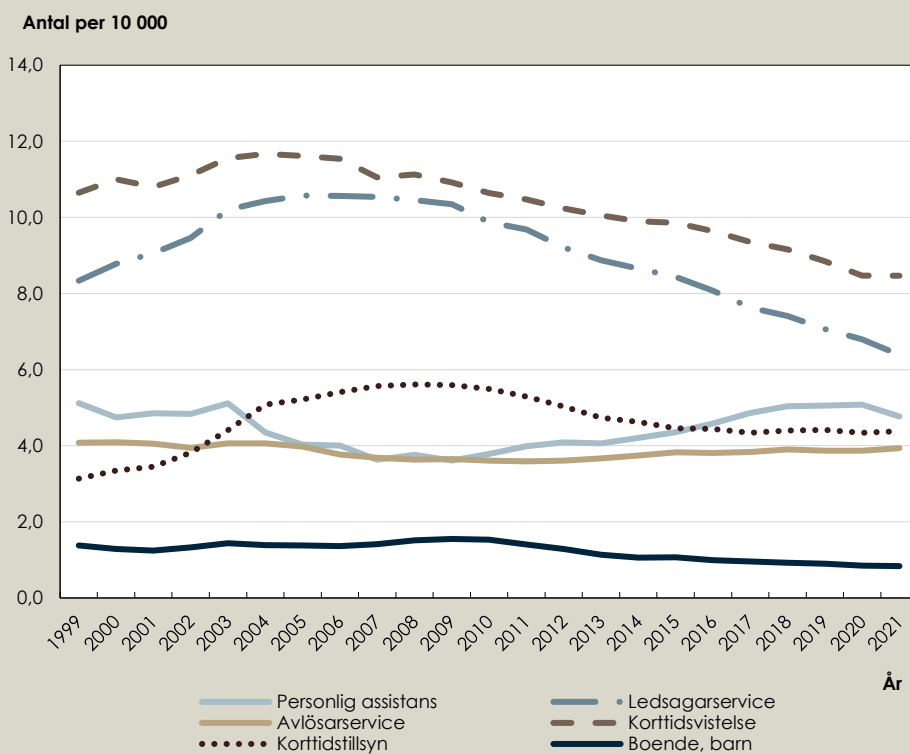


Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Eftersom statistiken kontrollerar för eventuella effekter av befolkningsökningen så måste det finnas andra förklaringar till att boende för vuxna och daglig verksamhet ökar. Det kan förvisso handla om att förekomsten av vissa funktionsnedsättningar ökar, såsom autism. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att en bidragande orsak är minskat stöd i hemmet samt minskat stöd på arbetsmarknaden (exempelvis i form av lönebidrag). Myndigheten kommer att fortsätta följa utvecklingen.

Figur 3. Utveckling av vissa insatser enligt LSS över tid

Andel personer med vissa insatser enligt LSS, andel angivet i antal per 10 000

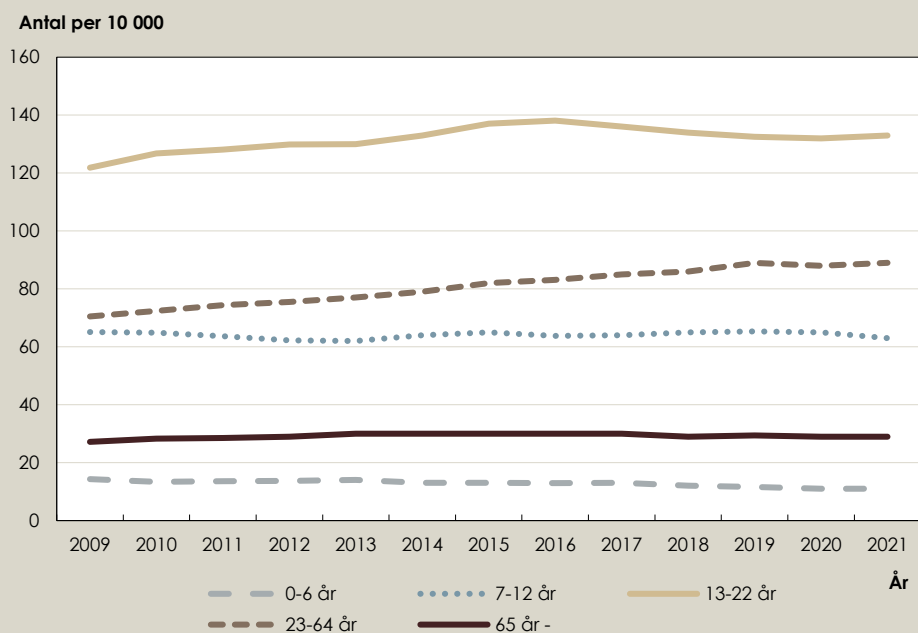


Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Insatsen kontaktperson ökade fram till 2009, men har därefter minskat. År 2021 låg andelen beslut på samma nivå som 1999. Det kan finnas flera förklaringar till detta, exempelvis att begränsningar i lokala riktlinjer har ökat och svårigheter att rekrytera kontaktpersoner. Även insatserna ledsagarstjänst och korttidsvistelse har minskat över tid. Minskningen av ledsagarstjänst förklaras bland annat av vägledande avgöranden i Högsta förvaltningsdomstolen, som medfört vissa begränsningar avseende personkretstillhörigheten för vissa grupper. Att insatsen korttidsvistelse minskar är svårare att förklara. Det kan bland annat handla om svårigheter att matcha befintligt utbud med individuella behov.

Figur 4. Utveckling inom LSS i förhållande till befolkningsökning

Antal personer med insatser enligt LSS per 10 000 invånare, uppdelat på ålder, år 2009-2021



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

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 4). Ökningen handlar till stor del troligen om att antalet beslut om daglig verksamhet ökar.

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, såväl minskade behov som 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.

I de yngre åldrarna ser utvecklingen annorlunda ut. I åldersgruppen 7–12 år är andelen oförändrad över tid: 65 personer per 10 000 i befolkningen. I åldersgruppen 0–6 år har andelen med LSS-insatser minskat, från 14 till 11 personer per 10 000 i befolkningen. Att andelen har minskat i de yngsta åldersgrupperna kan bero på att insatserna beviljas allt senare i åldrarna eller att antalet avslag på ansökningar har ökat. Det skulle också kunna handla om att informationen till föräldrarna har minskat när det gäller möjligheten att få stöd.

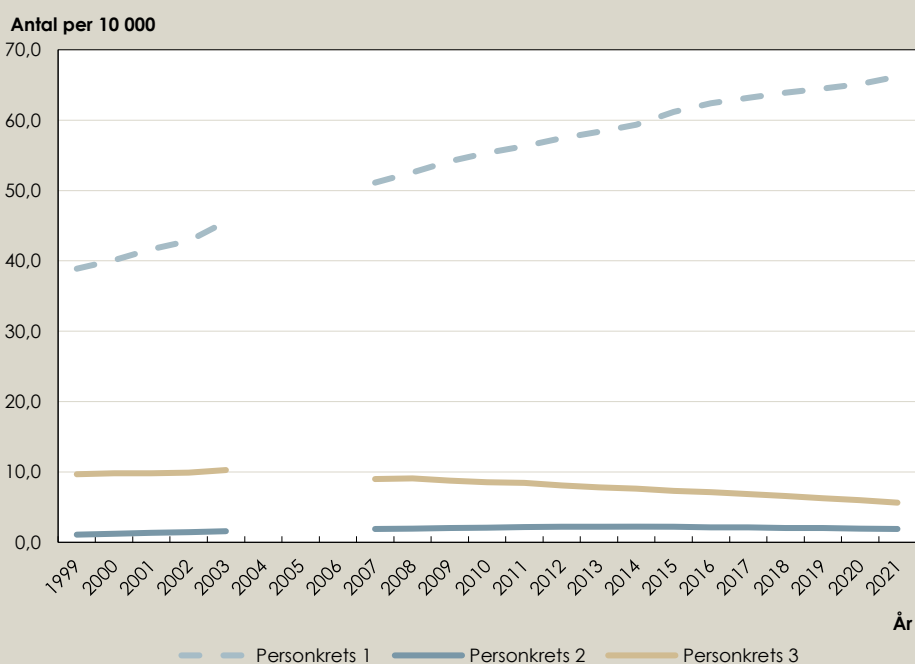
Skillnader mellan olika grupper i personkretsen

En uppdelning av statistiken på personkretstillhörighet ger en indikation på vilka grupper som påverkas mest av förändringarna. Den största minskningen av beslut ses inom grupp tre i personkretsen, från 10 till 6 per 10 000 invånare (figur 5). En bidragande förklaring kan vara ett avgörande i Högsta förvaltningsdomstolen där en 81-årig man med grav synskada inte bedömdes tillhöra LSS-personkretsen.²⁵ Socialstyrelsen kan inte utesluta att även andra grupper har påverkats, till exempel personer med psykisk funktionsnedsättning.

Grupp 1 har ökat konstant över tid, från 39 till 66 per 10 000 invånare. Till stor del handlar det troligen om autism, eftersom den gruppen ökar. Även grupp 2 har ökat över tid, om än marginellt: från 1,1 till 1,9 per 10 000 invånare.

Figur 5. Utveckling av LSS över tid, uppdelat på personkretsens tre grupper

Antal personer med insatser enligt LSS per 10 000 invånare, uppdelat på personkretsens 3 grupper, år 2009-2021



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

²⁵ Se RÅ 1999 ref. 54.

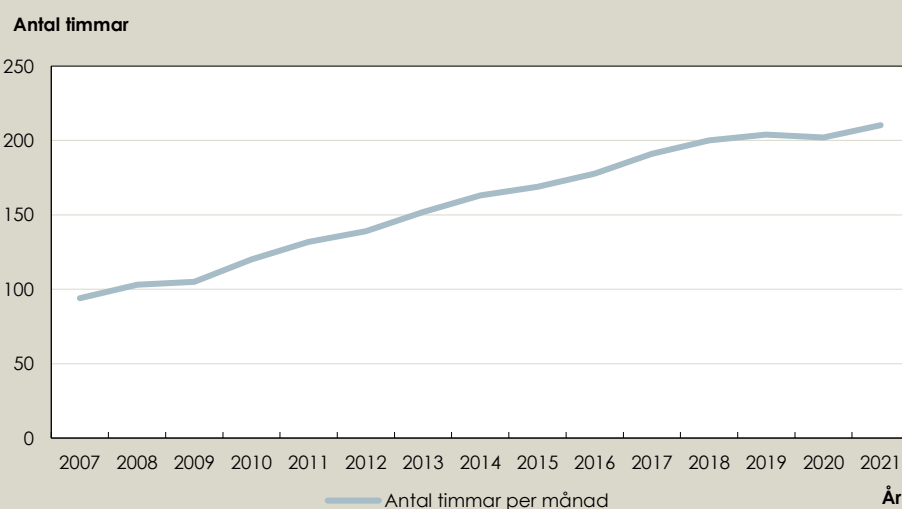
legat på 20 timmar ända sedan uppgiften började samlas in 2007. Från och med 2018 ses däremot en minskning och 2021 var medianvärdet 16 timmar per månad.

Utvecklingen för ledsagarservice liknar den inom avlösarservice. Fram till 2016 låg medianvärdet på 20 timmar per månad. Därefter har det skett en minskning och 2021 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 2021 låg medianvärdet på drygt 200 timmar per månad (figur 6). Det motsvarar en fördubbling mot 2007, då uppgiften för första gången samlades in. Uppgiften innebär att hälften av alla med kommunalt beslutad personlig assistans hade 200 timmar i månaden eller mer. Detta skulle kunna förklaras av att personlig assistans i allt högre utsträckning beviljas för ökade omvårdnadsbehov och stöd vid egenvård (3). Även om personlig assistans enligt LSS har en 20 timmars gräns, så gäller den bara för de grundläggande behoven.²⁶ De som har beviljats personlig assistans enligt LSS kan även beviljas timmar för andra personliga behov.²⁷ Socialstyrelsen har tidigare fört resonemang om att det exempelvis kan handla om hjälp med egenvård (3).

Figur 6. Utveckling av antalet timmar inom personlig assistans enligt LSS över tid

Genomsnittligt antal timmar per månad inom personlig assistans enligt LSS*, 2007-2021



* Avser kommunalt beslutad personlig assistans.

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

För första gången minskar antalet personer med personlig assistans

Den kommunalt beslutade personliga assistansen har för första gången minskat. År 2021 hade 4 700 personer beslut om insatsen, vilket är en minskning

²⁶ 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.

²⁷ Se 9 a § fjärde stycket LSS.

med 300 personer från året innan. Socialstyrelsen har i årets lägesrapport gjort en fördjupad analys av förändringen, i syfte att identifiera vilket stöd som personerna har beviljats istället.

Analyserna visar att drygt hälften av de vars personliga assistans drogs in mellan 2020 och 2021 fick nya beslut om statlig assistansersättning efterföljande år 2021, 56 procent (tabell 1).

Tabell 1. Förekomst av ny assistansersättning bland personer vars personliga assistans avslutats

Andel personer med nybeviljad statlig assistansersättning bland personer som hade kommunalt beslutad personlig assistans 2020, men inte 2021** **, andel angiven i procent, uppdelat på personkrets

Personkrets	Ingen assistansersättning 2020, ingen personlig assistans 2021		Andel med assistansersättning 2021	
			Antal	Andel
Personkrets 1			514	58
Personkrets 2–3			361	52
<i>Totalt</i>			875	56

*Personer som avlidit har exkluderats från analyserna.

** Avser personer som ej hade statlig assistansersättning 2020.

Källa: Socialstyrelsens register över LSS och Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning.

Socialstyrelsens analyser visar vidare att insatsen personlig assistans upphörde för 1 230 personer. Det är med andra ord ett högre antal än vad som framgår av den officiella statistiken. Skillnaden förklaras av att kommunerna även har fattat nya beslut under mätperioden.

Av de som blev av med sin personliga assistans utan att nybeviljas assistansersättning, så beviljades ingen någon annan ny insats enligt LSS. Ett fåtal nybeviljades en insats enligt SoL (tabell 2).

En delförklaring till varför så många inte nybeviljats andra insatser är att vissa redan hade andra insatser sedan tidigare. Det är därför sannolikt att en viss del av undersökningsgruppen beviljades tillfällig personlig assistans i och med att andra stöd stängdes ned under pandemin, till exempel daglig verksamhet enligt LSS. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att ett flertal personer i gruppen står utan stöd.²⁸

Tabell 2. Förekomst av nybeviljade insatser enligt LSS och SoL bland personer vars personliga assistans avslutats

Förekomst av hemtjänst och trygghetslarm enligt SoL bland personer som hade kommunalt beslutad personlig assistans 2020, men inte 2021** **, andel angiven i procent, uppdelat på personkrets

Personkrets	Ingen assistansersättning 2020, ingen personlig assistans 2021		Hemtjänst 2021		Trygghetslarm 2021	
			Antal	Andel	Antal	Andel
Personkrets 1			514	1	1	1
Personkrets 2–3			361	5	1	1
<i>Totalt</i>			875	3 %	2	1 %

²⁸ De personer vars personliga assistans har avslutats på grund av att de avlidit, har exkluderats från analyserna.

*Personer som avlidit har exkluderats från analyserna.

** Avser personer som ej hade statlig assistansersättning 2020.

Källa: Socialstyrelsens register över LSS och Försäkringskassans register över mottagare av assistansersättning.

Boendestöd fortsätter att öka

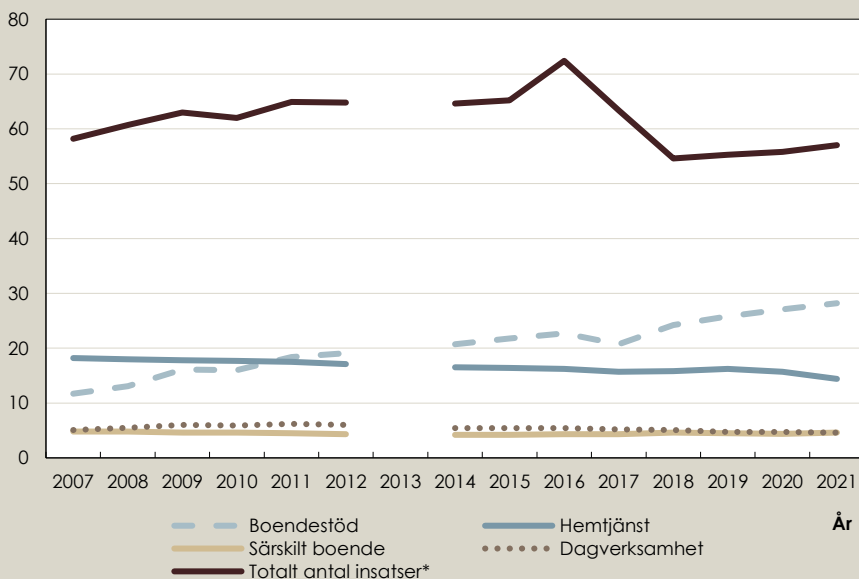
År 2021 hade 57 900 personer i åldern 0–64 år en eller flera insatser enligt SoL, vilket motsvarar 57 insatser per 10 000 invånare. Över tid har det skett en minskning, år 2007 var motsvarande andel 58,2. Det är med andra ord färre personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt SoL än enligt LSS.

Av figur 7 framgår att det finns variationer mellan år. En delförklaring är troligen 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 7. Utveckling av vissa insatser enligt SoL

Antalet insatser enligt SoL 0–64 år, per 10 000 invånare, uppdelat på insats, 2007–2021*

Antal per 10 000



* Statistik för 2013 saknas, då uppgifterna bedömes vara av för låg kvalitet.

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

Det är framförallt insatsen boendestöd som har ökat, mellan 2007 och 2021 har insatsen nästan tredubblats. År 2021 hade 59 600 personer insatsen vilket motsvarar 28,2 insatser per 10 000 invånare. Det finns antagligen flera anledningar till att insatsen fortsätter öka. Insatsen ges ofta till personer med psykisk funktionsnedsättning, och ökningen av insatsen kan vara en konsekvens av ökad psykisk ohälsa. Ökningen kan också bero på att kommunerna i allt högre utsträckning tillgodoser behoven hos gruppen.

Figur 6 visar utvecklingen för samtliga insatser enligt SoL samt för de fyra största insatserna. Det finns flera insatser som inte redovisas i denna figur, exempelvis trygghetslarm, matdistribution, korttidsplats och avlösning. En stor del av den totala minskningen av insatser enligt SoL återfinns bland dessa.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism också kan ha insatsen boendestöd (4). Det är sannolikt att dessa grupper står för en del av ökningen inom boendestöd. I de fallen kan det handla om att det är boendestöd som tillgodoser personernas behov bäst. Det kan också vara en konsekvens av att kommunala riktlinjer innehåller begränsningar som gör att kommunerna beviljar LSS-insatser i mindre utsträckning

Inom insatsen hemtjänst ses i sin tur en minskning, mellan 2007 och 2021 minskade den från 18,2 till 14,4 per 10 000 invånare. Även insatsen boende enligt SoL har minskat, från 5,1–4,6 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. Insatsen dagverksamhet har också minskat. Eftersom insatsen även kan ges utan beslut, i form av en så kallad serviceinsats²⁹, bör minskningen tolkas med viss försiktighet.

Skillnader mellan kvinnor och män kvarstår

Det är fortfarande fler män än kvinnor som har en insats enligt LSS. År 2021 utgjorde kvinnorna 41 procent av målgruppen (5). Andelen är oförändrad över tid. Skillnaderna mellan könen är fortfarande störst bland de yngre. År 2021 beviljades 29 procent av insatserna i åldersgruppen 0–12 år till flickor. Andelen män är högre än andelen kvinnor inom varje insats. Skillnader mellan könen varierar dessutom mellan olika insatser. Den största skillnaden ses inom avlösarservice. År 2021 var andelen flickor med insatsen 29 procent. Andelen flickor och kvinnor inom de övriga insatserna varierar mellan 35 och 45 procent. (5)

Vissa könsskillnader inom LSS kan förklaras av skillnader i förekomst av olika diagnoser. Det har Socialstyrelsen konstaterat i tidigare lägesrapporter (4). Vissa funktionsnedsättningar är vanligare bland män än kvinnor i totalbefolkningen, till exempel intellektuell funktionsnedsättning och autism. Dessa är också kopplade till personkretsen i LSS (grupp 1) och därmed också rätten till insatser. Samtidigt visar forskningen att flickor många gånger får diagnoser senare än pojkar, exempelvis när det gäller autism³⁰, vilket kan förklara varför könsskillnaderna inom LSS minskar i de högre åldersgrupperna (4).

Insatser enligt socialtjänstlagen har en jämnare könsfördelning. År 2021 avsåg 51 procent av insatserna kvinnor (5). Inom åldersgruppen 0–19 år är dock männen i majoritet, men skillnaderna jämnas ut i de äldre åldersgrupperna. En bidragande orsak till att könsfördelningen är jämnare inom SoL än inom LSS är troligen att SoL inte har en avgränsad personkrets på det sätt som finns i LSS.³¹

²⁹ Jfr 3 kap. 1 § SoL.

³⁰ Det gäller framför allt det som tidigare benämndes Aspergers syndrom.

³¹ Jfr 1 och 7 §§ LSS.

Kostnadsutveckling

I det här kapitlet beskrivs kostnadsutvecklingen för offentligt finansierade verksamheter för insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Kostnaderna är baserade på kommunernas räkenskapsammandrag som publiceras av Statistiska centralbyrån (SCB). Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för det egna åtagandet³². För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2021 års priser³³. I bilaga 1 redovisas kostnaderna i löpande priser.

Sammanfattande iakttagelser

- År 2021 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt SoL (0–64 år) och LSS till 75,4 miljarder kronor. Kostnaderna fortsätter att öka, men mellan 2020 och 2021 ses en avmattning i ökningstakten. Kostnaderna som andel av socialtjänstens totala kostnader har dock varit i stort sett oförändrad sedan 2017.
- De högsta kostnaderna ses fortfarande för boende för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS. Det hänger framförallt samman med att antalet beslut om dessa insatser har ökat.
- Mellan 2020 och 2021 minskade kostnaderna för personlig assistans enligt LSS och hemtjänst enligt SoL. Detta är med all sannolikhet en konsekvens av pandemin, som innebar nedstängda verksamheter och färre antal timmar per brukare.
- Sett över en 10-årsperiod har kostnaderna för insatser enligt LSS/SFB ökat med i genomsnitt 2,2 procent årligen. Sedan 2011 har kostnaderna för insatser enligt SoL ökat med i genomsnitt två procent årligen.

Kommunernas kostnader fortsätter att öka

År 2021 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 78,1 miljarder kronor.

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning utgör 29 procent av socialtjänstens totala kostnader. Denna andel har i stort sett varit oförändrad sedan 2017 (en viss ökning kan noteras över perioden, se tabell 3). Detta kan jämföras med äldreomsorgen som står för 51 procent och individ- och familjeomsorgen som står för 20 procent av kommunernas kostnader för socialtjänst. Kostnaderna som andel av

³² 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.

³³ Som underlag för uppräknningen används ett konsumtionsprisindex från Statistiska centralbyråns för omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättning.

kommunernas totala kostnader är även den i hög grad oförändrad sedan 2017. En ökning på 0,5 procentenheter kan dock noteras över perioden, se tabell 3.

Tabell 3. Utvecklingen av kostnader för personer med funktionsnedsättning som andelar av socialtjänstens och kommunens kostnader samt BNP

Kostnader för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning angivet som andel av övriga kostnader i socialtjänsten, kommunen samt BNP, andel angivet i procent, fasta pris, 2021 års pris

	2017	2018	2019	2020	2021
Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning (miljarder kronor)*	73,3	76,6	76,7	77,6	78,1
Andel av socialtjänstens kostnader (%)	28,5	28,6	28,8	28,7	28,9
Andel av kommunernas kostnader (%)	10,5	10,6	10,7	10,9	11,0
Andel av BNP (%)	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4

*Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2017–2021 och Prisindex 2021, Statistiska centralbyrån

Under 2021 utgjorde insatser enligt LSS och SFB majoriteten av kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, 80 procent (tabell 4). Den största delen av dessa kostnader gällde boende för vuxna enligt LSS, som utgjorde 45 procent av kostnaderna, vilket motsvarar 35,5 miljarder kronor. Den näst största kostnadsposten var personlig assistans enligt LSS som utgjorde 16 procent av kostnaderna, vilket motsvarar 12,6 miljarder kronor.

År 2021 uppgick kostnaderna för insatser enligt SoL till 15,5 miljarder kronor, vilket motsvarar 20 procent av de totala kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning. Den största delen utgjordes av kostnader för vård och omsorg i ordinärt boende, som uppgick till 8,8 miljarder kronor. Här ingår bland annat hemtjänst och boendestöd. Kostnaderna för särskilt boende uppgick till 5,9 miljarder kronor och vård och omsorg i öppen verksamhet till 0,7 miljarder kronor.

Tabell 4. Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning över tid

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, kostnad angivet i miljarder kronor, andel angiven i procent, fast pris, 2021 års pris, 2017–2021.

	Kommunernas kostnader					Förändring av kostnader 2017–2021	
	2017	2018	2019	2020	2021	Mdkr	%
Summa insatser enligt LSS	58,0	60,7	61,1	62,1	62,7	4,7	8,1
Boende enligt LSS	31,2	32,8	33,5	34,7	35,5	4,4	14,0
Varav							
Boende för vuxna	29,2	30,7	31,4	32,5	33,3	4,1	14,2
Boende för barn	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2	0,2	10,7
Personlig assistans enligt LSS/SFB*	12,4	13,0	12,8	12,9	12,6	0,2	1,6
Daglig verksamhet enligt LSS	8,9	9,5	9,3	9,2	9,4	0,4	4,7
Övriga insatser enligt LSS	5,4	5,5	5,4	5,1	5,1	-0,3	-5,2

	Kommunernas kostnader					Förändring av kostnader 2017–2021	
Summa insatser enligt SoL/HSL	15,3	15,9	15,6	15,5	15,5	0,1	0,9
Stöd i ordinärt boende enligt SoL**	8,9	9,2	9,1	8,9	8,8	0,0	-0,3
Varav							
Hemtjänst/boendestöd	6,7	6,9	6,9	6,8	6,7	0,0	-0,5
Korttidsboende	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,0	-3,4
Övriga insatser	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	0,0	-1,5
Dagverksamhet	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	9,9
Särskilt boende/annat bo- ende enligt SoL	5,6	5,8	5,8	5,9	5,9	0,2	4,4
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,8	0,9	0,8	0,8	0,7	-0,1	-10,1
Kommunernas totala kost- nad för stöd till personer med funktionsnedsättning	73,3	76,6	76,7	77,6	78,1	4,8	6,6
Årlig förändring	(1,8 %)	(4,5 %)	(0,1 %)	(1,2 %)	(0,6 %)		

*Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

** Dagverksamhet särredovisas sedan 2016.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2017–2021 och Prisindex 2021, Statistiska centralbyrån

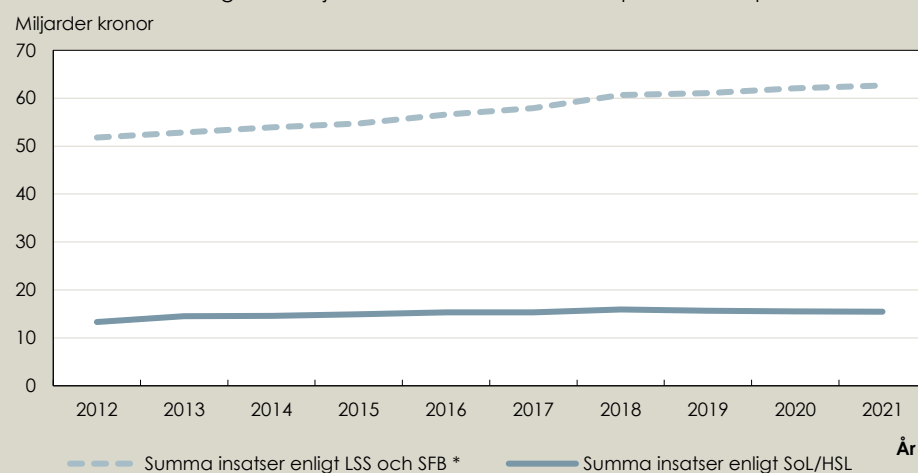
Under 2017–2021 ökade kommunernas kostnader inom funktionshinderområdet med sammantaget 7 procent (4,8 miljarder kronor) i fasta priser. Boende enligt LSS står för den största kostnadsökningen, med cirka 14 procent (tabell 4).

Sett över en 10-årsperiod har kostnaderna för insatser enligt LSS ökat årligen med i genomsnitt 2,1 procent årligen (figur 8). Sedan 2012 har kostnaderna för insatser enligt SoL ökat med i genomsnitt 1,7 procent.

Fördelningen av kommunens kostnader mellan LSS och SoL har varit relativt stabil över tid, LSS har stått för runt 80 procent av kostnaderna medan SoL har stått för 20 procent av kostnaderna.

Figur 8. Kostnadsutveckling inom funktionshindersområdet över tid

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt LSS och SoL, kostnad angiven i miljarder kronor, 2012-2021, fast pris, 2021 års pris.



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

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2012-2021 och Prisindex 2021, Statistiska centralbyrån

Kostnadsökningen inom personlig assistans har stannat av

År 2021 uppgick kommunernas kostnader för personlig assistans till 12,6 miljarder kronor (exklusive ersättning från Försäkringskassan). Mellan 2017 och 2021 har dessa kostnader ökat med cirka 1,6 procent (tabell 5). Sedan 2018 har kostnaden för kommunens totala verksamhetsåtagande minskat.

I kommunernas kostnader för personlig assistans ingår ett kostnadsansvar för de första 20 timmarna per vecka för beslut om statlig assistansersättning enligt SFB.³⁴ Under perioden 2017–2021 har denna kostnadspost minskat med 0,6 miljarder kronor. Minskningen förklaras framförallt av att antalet beslut om statlig assistansersättning har minskat.

Kommunerna kan även vara utförare av statlig assistansersättning. I de fallen får kommunerna ersättning från Försäkringskassan. Under 2017–2021 har denna kostnadspost minskat med 1,8 miljarder. Möjliga förklaringar är att allt färre personer med statlig assistansersättning väljer kommunen som utförare i kombination med färre mottagare av statlig assistansersättning.

³⁴ Se 51 kap. 22 § SFB.

Tabell 5. Kommunernas kostnadsutveckling för personlig assistans

Kommunernas kostnader för personlig assistans, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angivet i procent, 2017–2021 fasta priser, 2021 års pris.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring 2017–2021	
	2017	2018	2019	2020	2021	Mdkr	%
Kostnader för personlig assistans	12,4	13,0	12,8	12,9	12,6	0,2	1,6
Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	5,1	5,1	4,6	4,6	4,5	-0,6	-12,4
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning*	7,0	6,6	6,1	5,5	5,2	-1,8	-25,6
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	19,5	19,6	18,9	18,5	17,9	-1,6	-8,2

* Denna kostnad ersätts av Försäkringskassan.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2017–2021 och Prisindex 2021, Statistiska centralbyrån

Avmattning i regionernas kostnadsutveckling

Regionernas kostnader för funktionshinders- och hjälpmedelsverksamhet uppgick till 8,2 miljarder kronor år 2021 (tabell 6). I dessa kostnader ingår övergripande funktionshinderfrågor och verksamheter vid hjälpmedelscentraler, hörselcentraler, syncentraler och inkontinenshjälpmedelsfunktioner. Även bidrag till funktionshindersorganisationer ingår i dessa kostnader, liksom tolkservice till döva och dövblinda.

Tabell 6. Regionernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning

Regionernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 2017–2021, kostnader angivet i miljarder kronor, andelen angiven i procent, fasta priser, 2021 års pris.

	2017	2018	2019	2020	2021	Förändring 2017–2021	
						Mdkr	%
Funktionshinder- / hjälpmedelsverksamhet	8,2	8,6	8,4	7,9	8,2	-0,1	-0,7

Källa: Regionernas räkenskapsammandrag 2017–2021 och Prisindex 2021, Statistiska centralbyrån. Rikstotal är exklusive Gotland.

Små regionala skillnader i kostnadsutvecklingen

Under perioden 2017–2021 har den totala kostnaden för insatser enligt LSS ökat i samtliga tre kommungrupper (tabell 7). Kostnaderna ökade mest i *större städer och kommuner nära större stad* (runt åtta procent sedan 2017), även om skillnaden i ökningstakten är liten.

Per invånare lägger *mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner* mer på insatser enligt LSS än övriga kommungrupper. År 2021 uppgick kostnaden per invånare till runt 6 500 kronor i *mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner*, vilket kan jämföras med runt 5 300 och 6 300 kronor i *storstäder och storstadsnära kommuner* respektive *större städer och kommuner nära större stad*. Socialstyrelsen har i årets analyser inte kunnat fastställa orsakerna bakom de regionala skillnaderna.

Tabell 7. Kommunernas kostnader för insatser enligt LSS*

Regionernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 2017–2021, kostnader angivet i miljarder kronor, andelen angiven i procent, fasta priser, 2021 års pris.

	Kostnader, miljarder kronor (mdkr)					Förändring 2017–2021	
	2017	2018	2019	2020	2021	Mdkr	%
Storstäder och storstadsnära kommuner	19,2	20,1	20,2	20,5	20,8	1,5	8,0%
Större städer och kommuner nära större stad	23,1	24,3	24,4	24,8	25,1	2,0	8,5%
Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	15,6	16,3	16,5	16,8	16,8	1,2	7,5%
Totalt	58,0	60,7	61,1	62,1	62,7	4,7	8,1%

*Insatser enligt LSS/SFB exklusive ersättning från Försäkringskassan

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2017–2021 och Prisindex 2021, Statistiska centralbyrån

Tillgång till stöd på lika villkor

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för fördjupade analyser av tillgången till insatser enligt LSS och SoL (0–64 år). I kapitlet redogör myndigheten för andel ansökningar som beviljas, utmaningar att tillgodose stöd samt förekomsten av lokala riktlinjer.

Sammanfattande iakttagelser

- Andelen avslag varierar mellan insatser. Störst andel avslag återfinns inom bostad med särskild service för vuxna samt för boende för barn och unga enligt LSS. Även när det gäller bostad med särskild service enligt SoL är det relativt vanligt med avslag.
- Ett flertal kommuner uppger svårigheter att fullt ut tillgodose behoven hos personer med funktionsnedsättning. Det gäller framförallt behov av insatserna bostad med särskild service för vuxna enligt LSS, kontaktperson och bostad med särskild service enligt SoL. Orsakerna är flera, till exempel rekryteringssvårigheter och tillgång till lokaler.
- Det är vanligt med lokala riktlinjer för insatser enligt LSS och SoL, 59 respektive 43 procent av kommunerna har sådana. Riktlinjerna innehåller ofta beskrivningar av insatser och citat från lagstiftning. Det är relativt ovanligt att riktlinjerna inom SoL innehåller begränsningar, 15 procent av kommunerna. Det handlar vanligtvis om tidsbegränsningar som definierar skälig levnadsnivå. Det är desto vanligare inom LSS, 29 procent. Det handlar då framförallt om begränsningar av omfattning i tid och geografi, men även åldersbegränsningar inom vissa insatser.
- Begränsningar om exempelvis hur ofta en insats kan ges, till vilka och var skapar ojämlika förutsättningar över landet att få insatser trots samma behov. Detta torde bidra ytterligare till svårigheter att tillgodose de individuella behoven hos personer med funktionsnedsättning.

Inledning

I 2022 års lägesrapport konstaterade Socialstyrelsen att ökningstakten inom LSS hade avstannat (2). Vissa insatser hade till och med minskat, exempelvis korttidsvistelse och kontaktperson. Socialstyrelsen menade att pandemin troligen hade påverkat förändringen mellan 2019 och 2020, men att det sannolikt inte var hela förklaringen. (2) Socialstyrelsen har även fått signaler från såväl kommuner som intresseorganisationer om att allt färre ansökningar om LSS-insatser beviljas. Mot bakgrund av detta har Socialstyrelsen valt att fördjupa analyserna av tillgången till stöd för personer med funktionsnedsättning, dels genom en enkät till kommunerna³⁵, dels genom en granskning av kommunernas lokala riktlinjer.

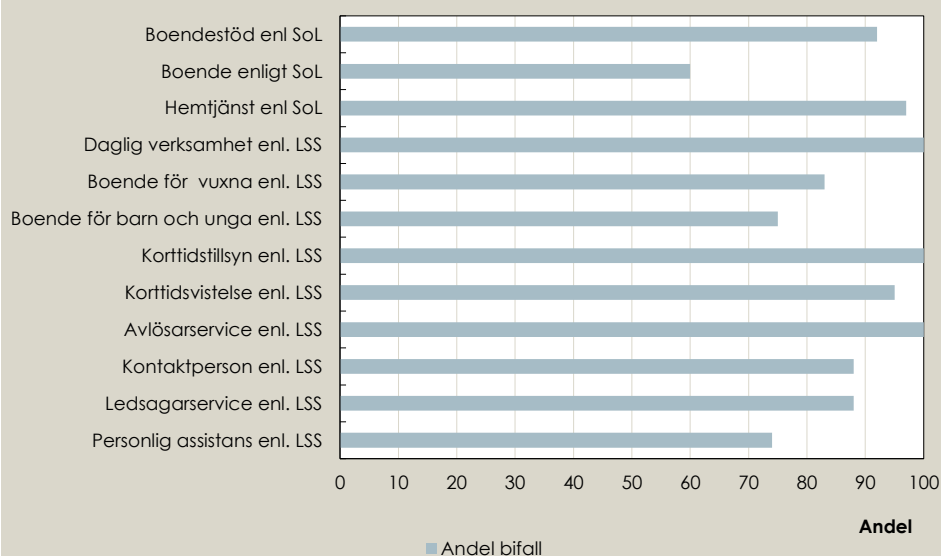
³⁵ Se bilaga 1 för metodbeskrivning av enkäten.

Andelen beviljanden varierar mellan insatser

Kunskap om andelen beviljanden kontra avslag på ansökningar om insatser är viktigt för att kunna bedöma huruvida behoven hos personer med funktionsnedsättning tillgodoses. Resultaten av Socialstyrelsens enkätundersökning³⁶ visar att långt ifrån alla ansökningar beviljas³⁷. Andelen beviljanden är högst inom avlösarservice, korttidstillsyn och daglig verksamhet. Figur 9 visar att i mediankommunen beviljades 100 procent av dessa ansökningar.

Figur 9. Andel beviljade ansökningar enligt LSS och SoL

Andel beviljade ansökningar enligt LSS och SoL per kommun*, uppdelat på insats, andel angivet i procent, median 1 januari-30 november 2022.



* N=153 kommuner.

Källa: Socialstyrelsens enkät om stöd till personer med insatser enligt LSS och SoL.

Lägst andel beviljande återfinns inom kommunalt personlig assistans enligt LSS. I mediankommunen beviljades 74 procent av ansökningarna. En bidragande orsak kan vara att flertalet av ansökningarna handlade om grundläggande behov som överstiger 20 timmar per vecka. I de fallen hänvisar kommunen vidare till Försäkringskassan, som prövar rätten till assistansersättning. Socialstyrelsen kan emellertid inte utesluta att det finns personer som ansökt om insatsen, men som inte beviljats den – oavsett lagrum.

Det finns lokala skillnader i beviljandegrad inom flera insatser. Det gäller framförallt personlig assistans och boende för vuxna enligt LSS. I ett fåtal kommuner beviljades inga av ansökningarna om boende för vuxna, personlig assistans, kontaktperson, ledsagarservice, avlösarservice och boendestöd.

³⁶ I bilaga 2 återfinns en metodbeskrivning.

³⁷ Antalet överklagningar har inte ingått i analyserna.

Andelen kommuner som avslag samtliga hanterade ansökningar om boende för barn och unga är väsentligt högre, 36 procent.

Tabell 8. Andel beviljanden inom LSS och SoL

Andel beviljanden av insatser enligt LSS och SoL 0–64 år, uppdelat på insats, andel angiven i procent, median, 1 januari–30 november 2022

	Andel beviljanden	0 % av hanterade ansökningar beviljades	Max 50 % av hanterade ansökningar beviljades	100 procent av hanterade ansökningar beviljades	n
	Median-kommun	Andel kommuner	Andel kommuner	Andel kommuner	
Insatser enligt LSS					
Personlig assistans	74	3,6	17,9	26	140
Ledsagarservice	88	2,2	6,8	39,1	132
Kontaktperson	88	1,3	6,9	26	145
Avlösarservice	100	2,4	8,8	54,4	125
Korttidsvistelse	95	0	1,4	45,8	144
Korttidsfyllsyn	100	0	1,6	83,7	125
Bostad med särskild service för barn och unga	75	36	45	47	100
Boende för vuxna	83	3	16,3	35,4	141
Daglig verksamhet	100	0	0,7	69	142
Insatser enligt SoL					
Hemtjänst	87	0	0	50,9	109
Boende	100	0	5,5	61,1	90
Boendestöd	100	0,8	2,6	50,7	125

De kommuner som endast kunnat ange antalet bifall, men inte antalet ansökningar, ingår inte i denna tabell.

N=153 kommuner

Källa: Socialstyrelsens enkät om stöd till personer med insatser enligt LSS och SoL.

Anledningarna till avslag på ansökan är troligen flera. Kommunen kan till exempel avslå en ansökan för att den enskilde inte bedöms tillhöra personkretsen i LSS, inte bedöms ha behov av den sökta insatsen eller att behovet bedöms vara tillgodosett på annat sätt. Samtidigt så är andelen avslag i vissa kommuner så pass hög att Socialstyrelsen bedömer att det även torde handla om andra orsaker. Sådana kan till exempel vara budgetramar och lokala riktlinjer.

Socialstyrelsen bedömer sammanfattningsvis att skillnaderna mellan kommunerna i vissa fall är så stora att de indikerar en ojämlig tillgång till insatserna.

Många kommuner har svårt att fullt ut tillgodose behoven

Även kommunerna själva bekräftar att det finns svårigheter att tillgodose behov av insatser bland personer med funktionsnedsättning. I Socialstyrelsens enkät uppger ett flertal kommuner att de har svårt att fullt ut tillgodose

samtliga behov av insatser enligt LSS och SoL (tabell 9). De största svårigheterna återfinns inom:

- Kontaktperson, 44 procent kan inte tillgodose behoven fullt ut.
- Bostad med särskild service för vuxna, 44 procent kan inte tillgodose behoven fullt ut.

Detta är första gången som Socialstyrelsen har tagit fram statistik över ansökningar och beviljanden. Myndigheten kan därför inte säga något specifikt om utvecklingen över tid.

Tabell 9. Kommunernas möjligheter att tillgodose behov

Kommunernas möjlighet att tillgodose behov av insatser enligt LSS och SoL*, uppdelat på insats, andel angiven i procent, 2022

Insats	Ja, kan tillgodose behoven fullt ut	Nej, kan inte tillgodose behoven fullt ut	Vet inte
	Andel	Andel	Andel
Insatser enligt LSS			
Personlig assistans	97	3	1
Kontaktperson	56	44	1
Avlösarservice	73	23	5
Korttidsvistelse	73	22	5
Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	88	6	6
Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar	68	19	13
Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	56	42	2
Daglig verksamhet	75	25	1
Insatser enligt SoL			
Hemtjänst	91	3	6
Bostad med särskild service	60	29	11
Boendestöd	86	10	4

N=153 kommuner

Källa: Socialstyrelsens enkät om stöd till personer med insatser enligt LSS och SoL.

Det finns flera orsaker till kommunernas svårigheter att fullt ut tillgodose behov (tabell 10). Kommunerna uppger att det framförallt handlar om svårigheter att matcha individuella behov med befintligt utbud. Detta blir tydligast inom följande insatser: kontaktperson, avlösarservice, korttidstillsyn och daglig verksamhet.

Svårigheterna handlar även om rekryteringssvårigheter inom exempelvis avlösarservice och personlig assistans. Även andra faktorer spelar in, som till exempel en bristande tillgång till boenden.³⁸ Det går inte heller att utesluta att begränsningar i kommunernas budget är en av orsakerna. Bristande tillgång till boenden kan exempelvis ha sin grund i begränsade möjligheter till nyproduktion. I enkäten fanns inte otillräckliga resurser som ett svarsalternativ, men några kommuner uppgav detta som orsak i frisvaren.

³⁸ I kapitlet om myndighetsutövning förs ytterligare diskussion om detta.

Kommunerna har tidigare lyft svårigheter att hålla budgeten inom funktionshindersområdet, vilket talar för att det kan finnas ekonomiska orsaker. (3). Att ekonomin kan påverka framkommer även i en forskningsstudie i Malmö stad, där de deltagande handläggarna uppger att det stora fokuset på ekonomin riskerar att ta bort fokus på kvalitetsaspekter (6).

Tabell 10. Orsaker till kommunernas svårigheter att tillgodose behov

Orsaker till kommunernas svårigheter att tillgodose behov av insatser enligt LSS och SoL*, uppdelat på insats, andel angiven i procent, 2022

Insats	Rekryteringssvårigheter	Svårt att matcha individuella behov med befintligt utbud	Tillgång till lokaler/bostäder	Annat	Vet inte
	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel
Insatser enligt LSS					
Personlig assistans	80	40	-	20	0
Kontaktperson	71	61	-	14	8
Avlösarservice	84	65	-	3	5
Korttidsvistelse	42	44	31	11	8
Korttidsfyllsyn för skolingdom över 12 år	8	62	31	31	15
Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar	21	45	53	18	11
Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	6	41	85	11	0
Daglig verksamhet	5	66	37	18	3
Insatser enligt SoL					
Hemtjänst	18	8	-	45	37
Bostad med särskild service	7	23	45	26	18
Boendestöd	12	19	-	53	29

Flera svar är möjliga.

N=153 kommuner

Källa: Socialstyrelsens enkät om stöd till personer med insatser enligt LSS och SoL.

Vanligt med begränsningar i lokala riktlinjer

Socialstyrelsen har granskat kommunernas lokala riktlinjer för insatser till personer med funktionsnedsättning. Granskningen visar att 84 procent av kommunerna har lokala riktlinjer för handläggning av ansökningar om insatser till personer med funktionsnedsättning³⁹:

- 59 procent av kommunerna har lokala riktlinjer för insatser enligt LSS

³⁹ Andelen baseras på uppgifter från de 236 kommuner som besvarat Socialstyrelsens begäran.

- 43 procent av kommunerna har lokala riktlinjer för insatser enligt SoL (0–64 år).

I tabell 11 redogörs för hur ofta olika insatser förekommer i riktlinjerna. Andelarna omfattar både begränsningar och mer generella beskrivningar.

De vanligast förekommande LSS-insatserna i riktlinjerna är korttidsvistelse, korttidsvård, avlösarservice och boende för barn och unga enligt LSS (tabell 11). Samtliga fyra insatser ges oftast till barn och unga med funktionsnedsättning.

Tabell 11. Förekomst av kommunala riktlinjer inom LSS och SoL

Förekomst av kommunala riktlinjer för handläggning av insatser enligt LSS och SoL, uppdelat på lag och insats, andel angiven i procent, 2022

	Andel kommuner med lokala riktlinjer
Övergripande för LSS	59
Personlig assistans	25
Ledsagarservice	40
Kontaktperson	36
Avlösarservice	48
Korttidsvistelse	43
Korttidsvård för skolungdom över 12 år	43
Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar	43
Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	39
Daglig verksamhet	36
Övergripande SoL	43
Hemtjänst	
Bostad med särskild service	
Boendestöd	36
Ledsagning	31

N=153 kommuner

Källa: Socialstyrelsens enkät om stöd till personer med insatser enligt LSS och SoL.

Det finns inte någon lagstadgad skyldighet för kommunerna att ha riktlinjer och det finns inte heller någon bestämmelse om vad riktlinjer ska innehålla. Majoriteten av kommunerna anger att riktlinjerna ska vara en vägledning för handläggarna och leda till mer enhetliga bedömningar. Socialstyrelsen anser att lokala riktlinjer utifrån det perspektivet kan vara ett verktyg för att säkerställa att alla behandlas lika.

Riktlinjerna lyfter olika perspektiv

Flera olika perspektiv lyfts i de granskade riktlinjerna⁴⁰, till exempel:

- barnperspektivet, 50 procent
- anhörigperspektivet, 41 procent

I de flesta riktlinjer omnämns dessa perspektiv endast övergripande. Även om relativt många kommuner lyfter barnperspektivet, så saknas det många

⁴⁰ Andel av 140 kommuner.

gångar en beskrivning av hur det bör säkras. Hänvisningar görs framförallt till 8 § LSS: *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.* Däremot saknas skrivningar om artikel 23 i barnkonventionen som handlar om att barn med funktionsnedsättning har rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv samt hjälp att aktivt delta i samhället.

Vanligare med begränsningar inom LSS än inom SoL. Riktlinjernas omfattning varierar mellan kommuner. Riktlinjerna handlar i vissa fall om att förtydliga handläggningen, i andra fall är avgränsningar i tid inte av avgränsande karaktär:

- Korttidsvistelse: Begränsningarna handlar framförallt om omfattning i tid, exempelvis 10–15 dygn per månad.
- Boende för barn och unga: Förtydliganden, snarare än begränsningar, exempelvis att stöd i hemmet ska vara förstahandsval och att familjehem i första hand ska provas

Det förekommer också att riktlinjerna hänvisar till samverkansavtal. Det har inte varit möjligt att i denna rapport återge för samtligt innehåll i riktlinjerna. Socialstyrelsen fokuserar därför på förekomsten av avgränsningar i riktlinjerna.

Långt ifrån alla lokala riktlinjer innehåller avgränsningar, 29 procent av kommunerna har riktlinjer som innehåller begränsningar av insatser enligt LSS. Motsvarande andel för insatser enligt SoL är 15 procent⁴¹. Begränsningarna inom SoL handlar vanligtvis om tidsbegränsningar som definierar skälig levnadsnivå. Inom LSS handlar det framförallt om begränsningar av omfattning i tid och geografi, men även åldersbegränsningar. Här följer några exempel på begränsningar som anges i riktlinjerna:

- Personlig assistans: Begränsningar handlar bland annat om att personlig assistans bara beviljas till barn om de har omfattande, komplexa funktionsnedsättningar.
- Ledsagarservice: Begränsningar handlar framförallt om omfattning i tid och geografi, till exempel max 1 eller 2 aktiviteter i veckan.
- Kontaktperson: Begränsningar handlar framförallt om omfattning i tid, till exempel 1 aktivitet per vecka eller 8 timmar per månad.
- Avlösarservice: Flera riktlinjer innehåller begränsningar i geografi, framförallt att insatsen inte kan ges utanför hemmet.
- Boende för vuxna: Begränsningarna handlar framförallt om individuella aktiviteter, till exempel 1 individuell aktivitet per vecka. Det förekommer också skrivningar om att insatsen endast beviljas för personer med omfattande omvårdnadsbehov.
- Daglig verksamhet: Begränsningarna handlar om övre åldersgräns, vilken varierar mellan 65 och 68 år. Det förekommer också att kommuner gör

⁴¹ Av totalt 140 kommuner.

bedömningen att daglig verksamhet kan ges även i högre ålder, baserat på individuella bedömningar.

Begränsande riktlinjer förekommer framförallt inom ledsagarservice, kontaktperson, korttidsvistelse och avlösarservice. Resultaten överensstämmer på så sätt till stor del med tidigare kartläggningar av Socialstyrelsens från 2015 (7, 8).

Socialstyrelsens granskning visar att en väsentlig andel av riktlinjerna innehåller avgränsningar. Det behöver inte betyda att riktlinjerna eller avgränsningarna strider mot gällande rätt. En avgränsning kan ha sin grund i exempelvis uttalanden i förarbeten till lagen eller i vägledande avgöranden från domstol. Vissa riktlinjer och avgränsningar är dock utformade på ett sådant sätt att de begränsar utrymmet för en individuell bedömning.

Till exempel tolkar kommunerna begreppet ”i hemmet” på olika sätt när det gäller insatsen avlösarservice i hemmet enligt 9 § 5 LSS. Några kommuner anger i sina riktlinjer att avlösning endast kan ges i det egna hemmet, medan andra anger att insatsen kan ges med utgångspunkt från hemmet. Enligt några kan avlösaren följa med på promenad eller till en lekplats. Det finns också tydliga skillnader mellan kommunerna när det gäller om avlösaren till exempel kan hämta eller lämna den insatsberättigade vid förskola, skola eller daglig verksamhet. Det finns till exempel riktlinjer som begränsar vad den anhörige som blir avlöst får göra medan den insatsberättigade får insatsen.

Även om inte alla kommuner har lokala riktlinjer som innehåller begränsningar, så bidrar förekomsten av dessa ändå till en ojämlig tillgång till stöd. Nedanstående exempel illustrerar att skillnaderna mellan de kommunala riktlinjerna kan vara stora, även inom samma insats:

- Individuella behov i boende för vuxna enligt LSS:
 - En individuell aktivitet i veckan eller högst 8 per månad.
 - För individuella aktiviteter får separat begäran om ledsagarservice göras.
 - Den enskilde har rätt att påverka utformningen av insatsen boende för vuxna enligt LSS.
- Möjlighet till kontaktperson för personer med beslut om boende för vuxna enligt LSS:
 - Om den enskildes isolering trots bostad med särskild service eller daglig verksamhet inte lyckas brytas kan kontaktperson övervägas. Boendets personal ska inte medräknas vid bedömning av det sociala nätverket.
 - Ingen skillnad mellan om den enskilde bor i vanlig bostad eller i bostad med särskild service.
 - Kontaktperson beviljas inte för personer med beslut om boende för vuxna enligt LSS.
- Omfattning av kontaktperson enligt LSS:
 - Max åtta timmar per månad.
 - Två till fyra gånger per månad.
 - Inga begränsningar i omfattning.
- Boendestöd enligt SoL
 - Max sju timmar per vecka.

- Frekvensen av boendestöd kan variera från en gång i månaden till flera gånger om dagen under veckans alla dagar.
- Inga begränsningar i omfattning.

Skillnader i hur ofta en insats kan ges, till vilka och var skapar ojämlika förutsättningar att få insatser även i de fall behoven är desamma. Detta torde bidra ytterligare till svårigheter att tillgodose de individuella behoven hos personer med funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att begränsningar i lokala riktlinjer är så omfattande att de försvårar individuella bedömningar (7, 8). Vilket i sin tur kan leda till att insatserna inte uppfyller sitt syfte. Den slutsatsen kvarstår efter årets granskning av riktlinjer.

Självbestämmande och delaktighet

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

Sammanfattande iakttagelser

- 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 särskilt 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.
- Många brukare upplever att de kan utöva sitt självbestämmande, får den hjälp de behöver och känner sig trygga. En väsentlig andel brukare uppger dock att de inte får bestämma över sådant som är viktigt för dem.

Många upplever högt inflytande

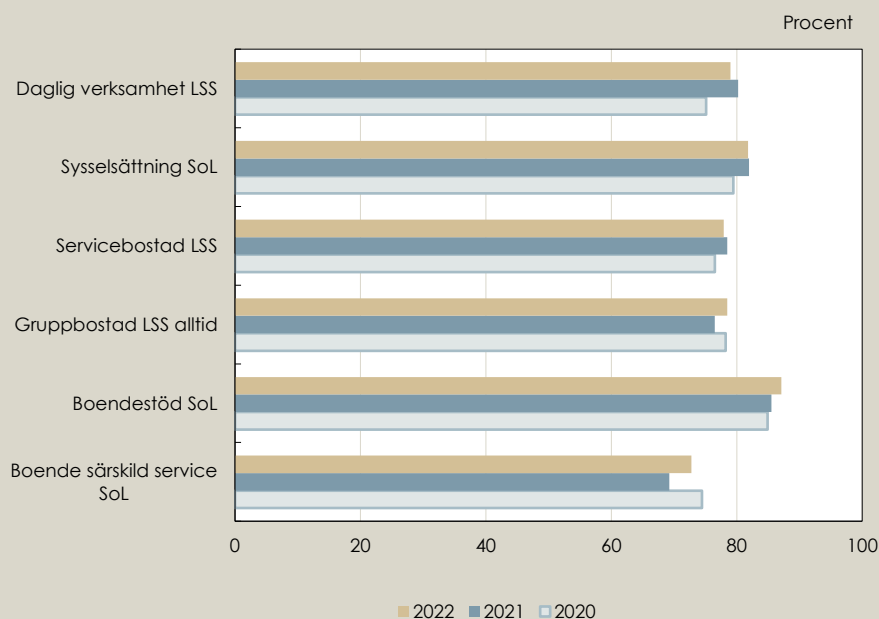
I SKR:s nationella brukarundersökning finns frågor om inflytande och självbestämmande i olika boenden för vuxna enligt LSS (grupp- och servicebostäder) (9)⁴². Inflytande kan till exempel handla om att kunna påverka beslut på olika nivåer och är viktigt både för självkänslan och för den personliga integriteten. Majoriteten av brukarna har svarat ”ja” på frågan *Får du bestämma över saker som är viktiga för dig hemma?* (figur 10).

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

⁴² Brukarna har besvarat enkäten själva med hjälp av stöd. I de fall de har fått hjälp att svara har det varit av personer som genomfört undersökningen, inte personal i verksamheten.

Figur 10. Upplevt självbestämmande inom LSS och SoL över tid

Andel brukare inom LSS och SoL (0-64 år) som upplever att får bestämma över saker som är viktiga hemma eller i daglig verksamhet, uppdelat på insats, andel angiven i procent, 2020-2022*



* Totalt inkom 38 000 svar från brukare, i 180 kommuner.

Källa: Kommun- och regiondatabasen

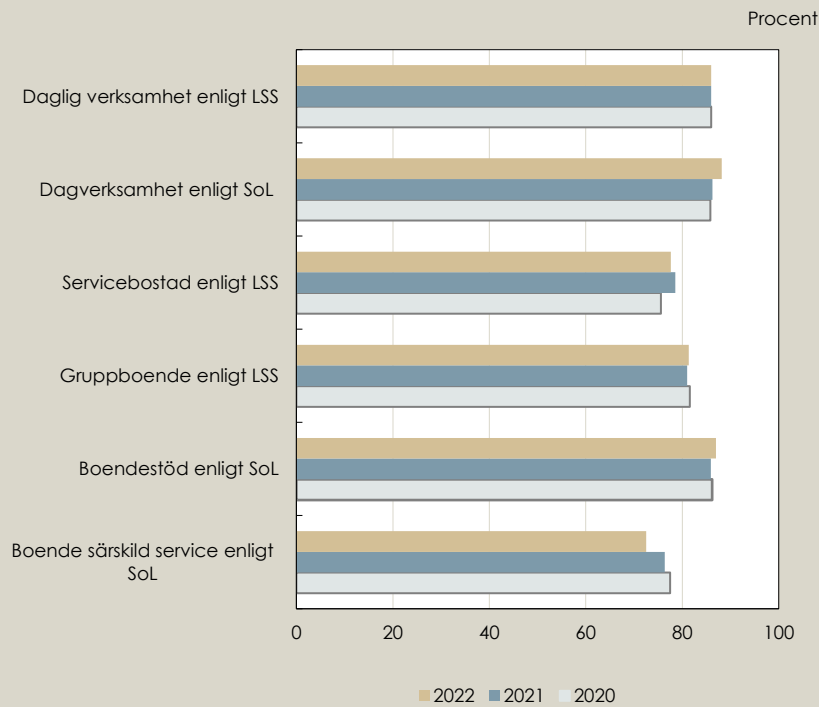
Behovet av att kommunicera, att göra sig förstådd och att bli förstådd är grundläggande för varje människa och är en förutsättning för att kunna påverka sin situation. Om den enskilde har svårigheter att kommunicera är det därför viktigt att personalen har specifik kompetens på området. Det kan innebära att personalen behöver kunna teckenspråk, bildstöd eller annan alternativ och kompletterande kommunikation. På frågan *Pratar personalen hemma så att du förstår vad de menar?* har 72 procent av männen i både grupp- och servicebostäder svarat ”alla” på frågan. En något lägre andel av kvinnorna har svarat på samma sätt. Det är 71 procent av männen och 75 procent av kvinnorna i servicebostad som har svarat ”alla” på frågan *Förstår personalen hemma vad du säger?* (10)

Högst tillgodosedda hjälpbehov inom boendestöd enligt SoL

Högsta andelen som uppgett att de får den hjälp de vill ha, återfinns inom boendestöd och dagverksamhet enligt SoL (figur 11). Andelen är även hög inom daglig verksamhet enligt LSS. Mellan 2021 och 2022 har andelen minskat för nämnda insatser enligt SoL. Under samma period sågs även en motsvarande minskning inom boende enligt SoL.

Figur 11. Tillgodosedda hjälpbehov inom LSS och SoL över tid

Andel brukare inom LSS och SoL (0-64 år) som upplever att de får den hjälp de vill ha, uppdelat på insats, andel angiven i procent, 2020-2022*



*År 2022 inkom totalt 38 000 svar från brukare, i 180 kommuner.

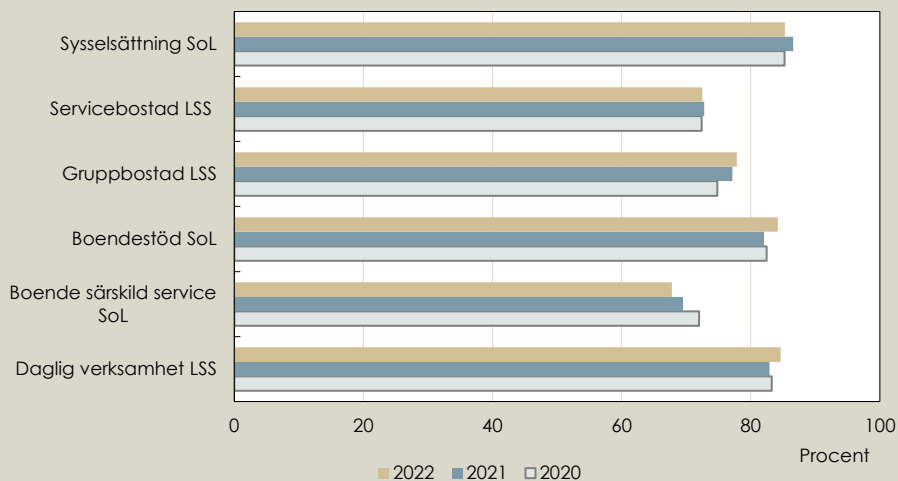
Källa: Kommun- och regiondata (Kolada).

Tre av fyra känner aldrig rädsla hemma

Majoriteten av vuxna i grupp- och servicebostäder ger ett högt betyg på frågor om trygghet och trivsel. Resultaten visar att andelen som känner sig trygg inte har ökat nämnvärt under de senaste tre åren (figur 12). Undantagen är andelen inom gruppboenden enligt LSS och sysselsättning enligt SoL, som har ökat med några procentenheter. I boende enligt SoL har andelen minskat, och uppgick år 2022 till knapp 65 procent.

Figur 12. Upplevd trygghet inom LSS och SoL över tid

Andel brukare inom LSS och SoL (0-64 år) som känner sig trygga med alla i personalen, uppdelat på insats, andel angiven i procent, 2020-2022.



* År 2022 inkom totalt 38 000 svar från brukare, i 180 kommuner.

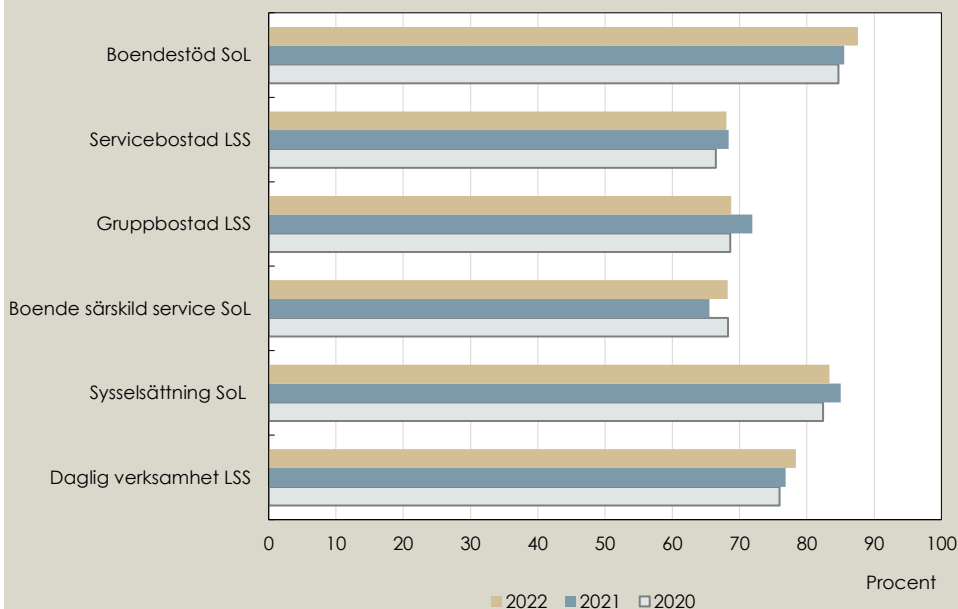
Källa: Kommun- och regiondatabasen (Kolada).

Mellan 60 och 75 procent av de som deltog i undersökningen uppger att de aldrig är rädda för något i sitt särskilda boende eller på sin dagliga verksamhet (figur 12). Andelen är högst inom daglig verksamhet enligt LSS (73 procent) och lägst inom boende enligt SoL (61 procent). Andelen brukare som inte upplever rädsla har ökat något under de senaste tre åren, inom såväl olika boendeformer som daglig verksamhet enligt LSS.

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

Figur 13. Andel brukare som aldrig är rädda i sitt boende eller sin dagliga verksamhet

Andel brukare inom LSS och SoL (0-64 år) som aldrig är rädda i sitt boende eller i sin dagliga verksamhet, andel angiven i procent, 2020-2022*



* År 2022 ikom totalt 38 000 svar från brukar, i 180 kommuner.

Källa: Kommun- och regiondatabasen (Kolada).

Kvinnor mer otrygga än män

Resultaten i brukarundersökningen visar att det finns vissa könsskillnader när det gäller trygghet, trivsel med mera. Till exempel svarar 76 procent av kvinnorna och 80 procent av männen i gruppboendestäder enligt LSS att de känner sig trygga med all personal (tabell 12). Samma mönster har konstaterats i tidigare mätningar.

Tabell 12. Kvinnors och mäns upplevda trivsel och trygghet inom LSS och SoL

Brukarnas bedömning av trygghet och trivsel inom LSS och SoL, uppdelat på kön, samtliga kommuner. ovägt medelvärde, andel angiven i procent, 2022.

	Kvinnor	Män
"Får du bestämma över sådant som är viktigt?"		
Gruppboende enligt LSS	73	76
Servicebostad enligt LSS	72	82
Särskilt boende enligt SoL	68	75
Boendestöd enligt SoL	88	88
Daglig verksamhet enligt LSS	76	75
"Känner du dig trygg med personalen?"		
Gruppboende enligt LSS	71	76
Servicebostad enligt LSS	59	74
Särskilt boende enligt SoL	59	73
Boendestöd enligt SoL	82	87

	Kvinnor	Män
Daglig verksamhet enligt LSS	83	87
"Pratar personalen så att du förstår?"		
Gruppboendestöd enligt LSS	63	69
Serviceboendestöd enligt LSS	59	70
Särskilt boende enligt SoL	64	70
Boendestöd enligt SoL	88	88
Daglig verksamhet enligt LSS	77	80
"Vet du vem du ska kontakta om något är dåligt?"		
Gruppboendestöd enligt LSS	81	82
Serviceboendestöd enligt LSS	75	85
Särskilt boende enligt SoL	86	87
Boendestöd enligt SoL	78	78
Daglig verksamhet enligt LSS	90	90
"Får du den hjälp du vill ha?"		
Gruppboendestöd enligt LSS	75	81
Serviceboendestöd enligt LSS	66	78
Särskilt boende enligt SoL	67	78
Boendestöd enligt SoL	87	88
Daglig verksamhet enligt LSS	87	87

Totalt inkom totalt 38 000 svar från brukare, i 180 kommuner

Källa: www.kolada.se

Det finns genomgående skillnader mellan kvinnor och män. Männens svarade överlag mer positivt än kvinnorna på frågorna om trivsel och trygghet. På frågan *Känner du dig trygg med personalen?* svarade till exempel 61 procent av kvinnorna i serviceboendestäder enligt LSS ja, motsvarande andel bland männen var 73 procent.

Väsentligt färre kvinnor uppger att de aldrig är rädda för något hemma eller på den dagliga verksamheten. Drygt hälften av kvinnorna i serviceboendestöd enligt LSS eller boende enligt SoL uppger att de aldrig är rädda för något hemma. Resultaten kring rädsla är noterbara, samtidigt som de är svårtolkade. Frågan om rädsla handlar inte specifikt om personalen, utan kan också handla om annat såsom andra personer i boendet eller boendemiljön.

Samtidigt som många personer skattar högt på trygghet och trivsel så förekommer ändå missförhållanden. Ett resonemang om detta förs i kapitlet *Säker och trygg socialtjänst*.

Utmaningar kvarstår

Även om många personer med funktionsnedsättning är nöjda med sitt stöd, så gäller inte det för alla. Statistiken från Kolada visar att mellan 30 och 40 procent av brukarna inte är nöjda, beroende på insats och kön. Det handlar till exempel om upplevd trygghet, möjlighet att påverka sådant som är viktigt samt tillgodosedda hjälpbehov. Under flera år har till exempel IVO konstaterat att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning (11). Tillsynsmyndigheten konstaterar bland annat att det förekommer att placerade barn och unga med

funktionsnedsättning vid upprepade tillfällen utsätts för fasthållningar och nedläggningar (12). Mer om detta finns att läsa i kapitlet *Säker socialtjänst*.

Det finns även variationer inom de olika insatserna. Ett exempel är boendestöd enligt SoL där 80–90 procent av brukarna uppger att de är trygga och att de kan påverka sådant som är viktigt. En medlemskartläggning från Autism Sverige ger ytterligare kunskap⁴³ (13). Resultaten av kartläggningen visar att

- procent är nöjda med sitt boendestöd, medan 21 procent är missnöjda.
- 32 procent har en och samma boendestödjare, medan 18 procent har fler än fem.

Av dem som inte har boendestöd trots att behovet finns, har 37 procent aldrig sökt och 14 procent har sagt upp stödet för att det inte fungerade. Det fanns olika anledningar till att de satt upp boendestödet, till exempel brist på kunskap hos boendestödjaren och stor omsättning av personal. (13)

Förutsättningar för digital delaktighet ökar

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

- 23 procent av kommunerna erbjuder digital ansökan om bistånd eller insats.
- 1 procent erbjuder chattforum
- 5 procent erbjuder frågelåda
- 18 procent erbjuder säker kommunikation med socialtjänsten
- 1 procent erbjuder digital tidsbokning
- 18 procent erbjuder digitala intresseanmälningar.(14)

Ett fåtal kommuner nämner på sina webbplatser möjligheten att få text uppläst eller översatt till lättläst (14).

Att inte erbjuda den enskilde möjligheten att kommunicera, boka tid med sin handläggare eller ansöka om bistånd digitalt kan medföra en begränsning för den enskilde att själv styra över sin kontakt med socialtjänsten. För personer med vissa funktionsnedsättningar kan digitala lösningar dessutom vara ett mer tillgängligt alternativ för att kommunicera med socialtjänsten. Många andra samhällsfunktioner har öppnat upp för självservice och digitala kommunikationskanaler, vilket medför att kontakterna mellan den enskilde och myndigheten till större del sker på den enskildes villkor. Resultaten från ovan nämnda uppföljning visar att socialtjänsten inte följer med i denna utveckling och att möjligheterna till digital kontakt med socialtjänsten begränsas för personer med funktionsnedsättning. (14)

Det är således få kommuner vars funktionshindersverksamheter erbjuder e-tjänster för brukare. Skillnaden är dock liten jämfört med andra verksamhetsområden inom socialtjänsten. Det skiljer endast någon procentenhet från

⁴³ Totalt ingick 1 220 medlemmar i intervjustudien.

resultaten för exempelvis äldreomsorgen, missbruksområdet samt barn och unga.

Andelen kommuner med webbaserade ansökningar inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning har ökat mellan 2014 och 2018, från 7 till 18 procent. Förändringen är inte lika stor som inom äldreomsorgen eller inom ekonomiskt bistånd, där ökningen under motsvarande period var 7 till 23 procent respektive 3 till 16 procent. (14)

Även om digitala tjänster är ett mer tillgängligt alternativ för vissa personer med vissa funktionsnedsättningar, kan förhållandet dock vara det motsatta för andra. Det handlar om att tekniken inte alltid är tillgänglig för personer med funktionsnedsättning, men också om att personerna inte alltid ges stöd i att hantera tekniken. Det här är något som lyfts av Socialstyrelsens rådgivande nämnd för funktionshindersfrågor. Utmaningarna bekräftas av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som konstaterar att många personer med funktionsnedsättning lever i ett digitalt utanförskap. Myndigheten betonar även att personerna inte alltid har kompetens och förmåga att på egen hand tillgodogöra sig konsumentprodukter/hjälpmiddel för att använda internet. (15) Socialstyrelsen menar därför att det är viktigt att kommunerna erbjuder alternativ till e-tjänster, exempelvis möjlighet att boka tid via telefon.

Tillgången till internet ökar

Allt fler kommuner erbjuder internetanslutning i särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning. År 2022 uppgav 54 procent av kommunerna att det fanns tillgång till wifi i alla lägenheter i deras stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. Det är en ökning med 5 procentenheter jämfört med 2021. (14)

Flera kommuner säger att det finns tillgång till wifi i allmänna utrymmen, men inte i de enskilda lägenheterna.

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

- Digitalt stöd för fysisk eller kognitiv träning (träningsprogram), 39 procent.
- Digitalt stöd för aktivering av olika slag, till exempel spel eller virtuell cykel, 46 procent. (14)

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 ICF⁴⁴ tas upp.

Sammanfattande iakttagelser

- Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som har betydelse för ärendet, både i löpande journaltext och i strukturerad form⁴⁵. Endast hälften av kommunerna använder strukturerad information i verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning. Strukturerad information är en förutsättning för digitalisering.
- ICF är en viktig del i handläggning och strukturerad dokumentation, särskilt i ärenden som rör personer med funktionsnedsättning⁴⁶. Omkring 65 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning inom funktionshindersområdet, vilket motsvarar en femdubbling sedan 2015. Ökningen hör troligen samman med den ökande användningen av arbets sättet *Individens behov i centrum* (IBIC).
- Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, har minskat något under de senaste åren. År 2022 var medianvärdet för alla kommuner i landet 33 dagar (ansökan till beslut avser alla LSS-insatser)⁴⁷. År 2019 var medianvärdet 38 dagar.
- Tillgången till boenden har varit en utmaning under flera år. År 2022 var mediantiden för verkställighet av samtliga beslut om boende för vuxna enligt LSS 132 dagar, vilket innebär en ökning jämfört med föregående år då väntetiden var 126 dagar.

⁴⁴ Internationell klassifikation av funktionstillstånd,

⁴⁵ Jfr 11 kap. 5 § SoL, 21 a § LSS och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

⁴⁶ ICF är en förkortning av *International Classification of Functioning, Disability and Health*, svensk översättning *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*.

⁴⁷ www.kolada.se

Strukturerad dokumentation ökar

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

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

Inom socialtjänsten dokumenterar handläggare och utförare uppgifter som har betydelse för ärendet, både i löpande journaltext och i strukturerad form⁴⁸. Drygt hälften av kommunerna använder strukturerad information i verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning: 57 procent använder strukturerad information för kvalitetsarbete (14). Det är en ökning jämfört med tidigare år. Det är centralt för den digitala utvecklingen att kommunerna använder ändamålsenlig och strukturerad information, det vill säga att den information som dokumenteras är relevant, att den dokumenteras med stöd av enhetliga begrepp och att dokumentationen är strukturerad. På så sätt underlättas återanvändning och informationsöverföring. Mot bakgrund av detta menar Socialstyrelsen att andelen kommuner som använder strukturerad information inom funktionshindersonrådet behöver öka. (14)

ICF är en viktig del i handläggning och strukturerad dokumentation, särskilt i ärenden som rör personer med funktionsnedsättning⁴⁹. Mellan 21 och 69 procent av kommunerna använder ICF i sin myndighetsutövning, beroende på verksamhetsområde. Mest används ICF inom äldreomsorgen (69 procent) och minst inom ekonomiskt bistånd (21 procent). Näst vanligast är funktionshindersonrådet, 67 procent.⁵⁰ Under de senaste åren har andelen inom funktionshindersonrådet nästan femdubblats, år 2015 var andelen endast 10 procent. Ökningen hör troligen samman med den ökande användningen av arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC). (14)

⁴⁸Jfr 11 kap. 5 § SoL, 21 a § LSS och SOSFS 2014:5.

⁴⁹ ICF är en förkortning av *International Classification of Functioning, Disability and Health*, svensk översättning *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*.

⁵⁰ Avser andelen kommuner där personalen i myndighetsutövningen använder ICF i den digitala individdokumentationen.

Fyra av tio kommuner använder IBIC vid alla utredningar

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

Att tillsammans med individen formulera nuläge och mål gör det möjligt att anpassa stödet utifrån individens förutsättningar. Det ger även underlag för att kunna följa upp individens behov och resultat över tid, vilket är nödvändigt för att individen, verksamheten som utför stödet och ansvarig nämnd ska få kännedom om huruvida beslutade insatser ger önskat resultat och måloppfyllelse för individen. Den strukturerade dokumentationen i IBIC tydliggör uppföljning på individnivå och skapar förutsättningar för verksamhetsuppföljning. En strukturerad och ändamålsenlig dokumentation som utgår från en enhetlig och entydig terminologi kan bidra till exempelvis minskad dubbeldokumentation och bättre informationsöverföring.

Allt fler kommuner använder arbetssättet IBIC vid utredningar och uppföljningar av den enskildes behov. Mellan 2019 och 2021 mer än dubblerades andelen kommuner som använder IBIC vid samtliga utredningar av behov inför beslut om LSS-insatser, från 19 till 55 procent (tabell 13). Användningen av IBIC inom socialpsykiatri har ökat på motsvarande sätt. År 2022 använde 53 procent av kommunerna arbetssättet i samtliga utredningar inom socialpsykiatri. År 2019 var motsvarande andel 27 procent.

Tabell 13. Användning av IBIC inom LSS och socialpsykiatri över tid

Andel kommuner som använder IBIC inom LSS och socialpsykiatri, uppdelat på utredning och uppföljning, andel angiven i procent, 2019–2022.

	LSS				SoL 0–64 år			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Använder IBIC vid alla utredningar	19	36	41	55	27	37	43	53
Använder IBIC vid alla uppföljningar	13	26	29	37	16	27	34	38

Källa: Öppna jämförelser inom LSS och socialpsykiatri (Socialstyrelsen; 2019–2022).

Informationssäkerheten ökar

I socialtjänsten hanteras stora mängder information om enskilda personer, information som är viktig för att verksamheterna ska kunna utföra sina uppgifter och vid behov kommunicera med andra aktörer. Kommunerna har flera lagar att förhålla sig till när det gäller informations-säkerhet och integritet inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Exempel på sådana lagar är

- EU:s allmänna dataskyddsförordning, GDPR
- patientdatalagen (2008:355), PDL
- lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten
- offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

I dessa lagar finns bestämmelser som kommunerna behöver förhålla sig till i sin hantering av information. Det handlar bland annat om att uppgifterna ska vara riktiga och tillgängliga för alla som har behörighet och att konfidentialiteten bevaras.

Den personal inom socialtjänsten som hanterar uppgifter om enskilda personer behöver ha tillgång till dessa uppgifter i sitt dagliga arbete. Personuppgifterna som behandlas i dessa system skyddas av sekretessregler.⁵¹ Systemen behöver därför vara utrustade med inloggnings- och åtkomstrutiner för att enbart behörig personal ska få tillgång till uppgifterna. Inom funktionshindersområdet använder 69 procent av kommunerna stark autentisering för all personal inom myndighetsutövning (9). Andelen är någorlunda likvärdig med äldreomsorgen och det skiljer endast någon procentenhet mellan verksamheterna. Andelen är något lägre inom individ- och familjeomsorg. Inom äldreomsorgen och funktionshindersområdet utför handläggarna en större del av sitt arbete utanför kontoret, exempelvis vid hembesök, medan handläggarna inom individ- och familjeomsorgen arbetar till större del på kontoret, inom kommunens intranät och brandväggar. Det kan vara en bidragande förklaring till skillnaderna.

Andelen är väsentligt lägre i utförlarleden, där endast 45 procent av kommunerna använder stark autentisering för all personal vid inloggning.⁽¹⁴⁾

Utredningstiderna minskar

Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, har minskat något under de senaste åren. År 2022 var medianvärdet för alla kommuner i landet 33 dagar⁵².⁵³ År 2019 var medianvärdet 38 dagar. Utredningstiden varierar mellan olika kommungrupper (figur 13) och är som längst i större kommuner och i landsbygdskommuner.

⁵¹ Se bland annat 26 kap. OSL.

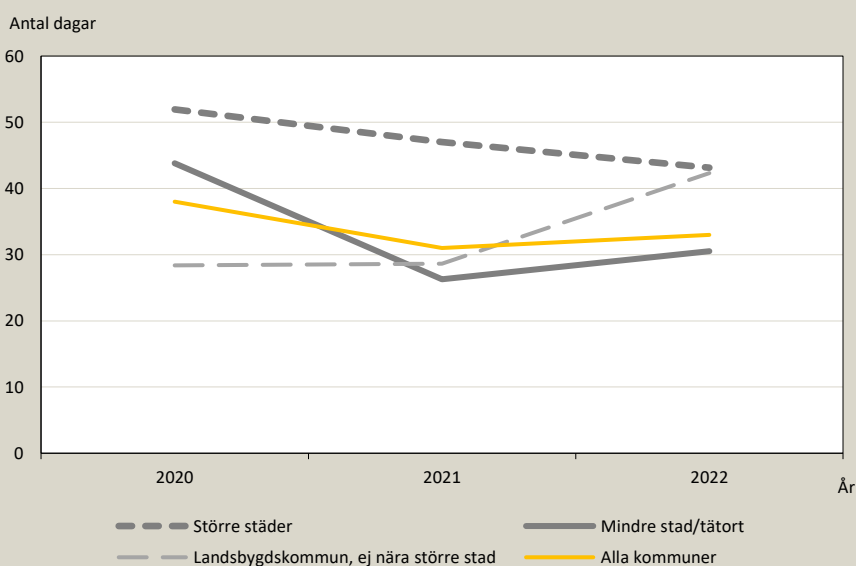
⁵² Avser tiden från ansökan till beslut för alla LSS-insatser)

⁵³ www.kolada.se

Mellan 2020 och 2022 har mediantiden för utredningar inom LSS minskat i flera kommungrupper⁵⁴. Mediantiden är dock fortfarande högst i *större städer* och i *landsbygdskommuner*, och uppgick 2022 till 43 dagar (figur 14). Noterbart är den kraftiga ökningen i landsbygdskommuner mellan 2021 och 2022, från 29 till 42 dagar.

Figur 14. Utredningstider inom LSS över tid

Antalet dagar mellan ansökan och beslut om LSS-insatser, samtliga LSS-insatser, samtliga ansökningar inklusive de som leder till avslag, avser alla beslut under respektive års första 6 månader, total och uppdelat på kommungrupp*, 2020-2022.



Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Tiden mellan beslut och verkställighet minskar

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

Tillgången till boenden har varit en utmaning under flera år. År 2022 var mediantiden för verkställighet av samtliga beslut om bostad med särskild service 132 dagar, vilket innebär en ökning jämfört med föregående år då

⁵⁴ Storstäder redovisas inte separat, men ingår i medianvärdet för alla kommuner.

väntetiden var 126 dagar. Mediantiden för verkställighet varierar från år till år och Socialstyrelsen kan därför inte uttala sig om tydliga trender.

Även om det inte går att tala om tydliga trender så är det ändå tydligt att tiden för verkställighet av boende för vuxna fortfarande är lång för många. Många kommuner behöver därför komma tillrätta med problemen med de långa väntetiderna. För insatsen boende för vuxna enligt LSS handlar det om att ha en framförhållning så att det finns bostäder att tillgå när de behövs. Det kan innebära att socialtjänsten behöver arbeta mer med uppsökande verksamhet och fördjupa samarbetet med patient- och brukarorganisationerna. Likaså kan kommunerna behöva arbeta mer med individuell planering kring enskilda brukare. Socialstyrelsen konstaterar dock att socialtjänsten inte kan styra utvecklingen på egen hand. Ett nära samarbete med kommunens byggnadsnämnd eller motsvarande är också nödvändigt för att minimera väntetiderna.

Boverkets årliga enkätundersökning ger ytterligare kunskap om orsaker bakom kommunernas svårigheter att verkställa beslut om boenden för personer med funktionsnedsättning (16). År 2022 uppgav 152 kommuner att de har ett underskott på boenden för personer med funktionsnedsättning. Efter att ha minskat under två år, så har andelen nu börjat öka igen. Bristen handlar framförallt om boendeformen gruppboende. Totalt uppgav 132 kommuner att det är underskott på den boendeformen.

Drygt 40 procent av de kommuner som uppger att de har brist på boenden för personer med funktionsnedsättning, bedömer att behovet kommer att vara täckt om två år. På fem års sikt räknar drygt 30 procent av kommunerna med att behovet kommer att vara täckt.

Det finns det flera anledningar till att det kan vara svårt för kommunerna att förutse behovet och färdigställa ett tillräckligt antal bostäder för personer med funktionsnedsättning. Några exempel som framkom i Boverkets enkät är:

- Beroende av nyproduktion, där kommunerna inte har möjlighet att påverka tidplaner.
- Förskjutningar i byggstartar.
- Ett ökat inflöde av ansökningar gällande bostad med särskild service.
- Behov kan uppstå snabbt på grund av inflyttning eller funktionsbedömningar.

Enligt Boverkets enkät kommer totalt 63 kommuner att påbörja sammanlagt 1 200 bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning under åren 2022–2023. (16) Med tanke på att omkring 150 kommuner uppger att de har ett underskott, bedömer Socialstyrelsen att tillgången till dessa boenden inte kommer kunna byggas ikapp under de närmsta åren.

Förändrade behov är det vanligaste innehållet i uppföljningar

En viktig del av myndighetsutövningen är kommunernas uppföljning av individuella beslut. Information om innehållet i uppföljningar av beslut fås

genom den enkät som Socialstyrelsen har låtit genomföra⁵⁵. I princip samtliga kommuner uppgav att förändrade behov ingår i uppföljningar av insatser enligt LSS och SoL (tabell 14).

Tabell 14. Innehåll i kommunernas uppföljning av insatser enligt LSS och SoL

Innehåll i kommunernas uppföljning av insatser enligt LSS och SoL, andel angiven i procent, 2022

Innehåll i uppföljningar	LSS		SoL	
	Andel		Andel	
Förändrade behov		99		97
Brukarnas upplevelse av kvalitet		86		83
Huruvida insatsens genomförande motsvarar beslutet		93		93
Annat.		8		8
Vet inte		1		2

N=153.

Flera svar är möjliga

Källa: Socialstyrelsens enkät om tillgång till insatser enligt LSS och SoL.

Drygt 9 av 10 kommuner uppgav att genomförandet av insatsen ingår i uppföljningen. En något lägre andel, omkring 85 procent, uppgav att brukarnas upplevelse av kvalitet ingår. Ett fåtal kommuner (14 stycken) kompletterade sina svar med ytterligare exempel på vad som ingår i uppföljning av insatser enligt LSS och SoL:

- Hur stödet påverkar brukarens livssituation.
- Uppföljning av de behov som kvarstår sedan förra beslutet.
- Identifiering av eventuella nya behov.
- Brukarnas delaktighet.
- Synpunkter och önskemål om ändringar av utförande.

⁵⁵ Se bilaga 1 för metodbeskrivning.

Samverkan och helhetssyn

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

Sammanfattande iakttagelser

- Allt färre kommuner har samverkansöverenskommelser⁵⁶ med stöd av 6 § LSS, mellan LSS-verksamheter och Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen. År 2022 låg andelen på 13 procent. Det ser annorlunda ut när det gäller samverkansöverenskommelser regionernas hälso- och sjukvård. Mellan 23 och 29 procent av kommunerna har samverkansöverenskommelser mellan sina LSS-verksamheter och någon hälso- och sjukvårdsverksamhet inom regionerna. Fungerande samverkan mellan olika aktörer är många gånger en förutsättning för att behoven hos personer med funktionsnedsättning ska kunna tillgodoses.
- Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud till personer med psykisk funktionsnedsättning, år 2021 var antalet 245. Ombuden kan hjälpa personer med psykisk funktionsnedsättning att samordna olika stöd. Liksom tidigare är de främsta orsakerna till att klienter söker stöd av personligt ombud att de upplever svårigheter med ekonomin och att de har behov av stöd i kontakten med olika myndigheter.

Bristande samordning försämrar situationen för den enskilde

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har tidigare konstaterat att när vården och socialtjänsten inte samordnar sina insatser överflyttas också en stor del av den samordnade rollen till patienten, brukaren eller dennes närstående (17). Om inte vården eller socialtjänsten tar hänsyn till huruvida personen ifråga (eller dennes närstående) har kapacitet och möjlighet att bidra till samordningen kan konsekvenserna bli stora. När samordningen saknas eller bryter kan följande allvarliga problem uppstå både för individen och för vården och socialtjänsten:

- Bristande helhetssyn leder till oro och frustration hos individen och den enskilde får själv ta ansvar för att helhetsbehovet blir tillgodosett.
- Bristande kommunikation mellan professioner leder till att den enskilde får återberätta sin situation och att viktig information riskerar att gå förlorad.

⁵⁶ Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå.

- Försämrad upplevelse av hälsa och situation för den enskilde. Även den enskildes möjlighet att hantera sin egen situation och sin egenvård försämras.
- Ökade kostnader på grund av att vård och omsorg upprepas i onödan, till exempel att patienten behöver upprepa medicinska tester.
- Hotad patientsäkerhet och risk för försämrade medicinska och sociala resultat. När en helhetssyn saknas och kommunikationen mellan professioner brister är det stor risk att den enskildes behov inte bemöts på ett fullgott sätt av vården och socialtjänsten. Sjukdomstillståndet eller funktionsnedsättningen kan förvärras på grund av den bristande samordningen. (17)

Anhöriga träder in när insatser begränsas

Många anhöriga har fått ta ett större ansvar för sina närstående under pandemin (18). När samhällets insatser stängdes ned av smittskyddsskäl, exempelvis daglig verksamhet enligt LSS, förekom det att anhöriga fick träda in istället. Det tycks framförallt ha gällt närstående som inte bor i bostad med särskild service, utan i eget boende. Många intresseorganisationer och andra aktörer har vittnat om att detta ansvarsskifte skedde utan att anhörigas situation följts upp eller att de erbjudits stöd för att hantera den nya situationen.

Det har också förekommit att enskilda och deras anhöriga tackat nej till insatser i hemmet eller på annan plats, på grund av rädsla för smitta. Många som har behov av anhörigomsorg tillhör en eller flera riskgrupper för covid-19 och har därför behövt isolera sig i större utsträckning än andra. (18)

Socialstyrelsen har i årets lägesrapport analyserat hur förekomsten av VAB⁵⁷ förändrades under pandemin för familjer där det finns barn med funktionsnedsättning. Undersökningsgruppen utgjordes av föräldrar till barn och unga tillhörandes grupp 1 och 3 i LSS personkrets. Analyserna visar att förekomsten av VAB ökade under 2020 bland familjer till barn med vissa LSS-insatser, det vill säga under pandemins första år (figur 15). År 2020 uppgick det genomsnittliga antalet ersättningsdagar för vård av barn (VAB) till 4 för föräldrar till barn med insatsen kontaktperson. Motsvarande värde för föräldrar till barn med insatsen boende för barn och unga enligt LSS uppgick till 2 dagar, vilket är en fördubbling jämfört med året innan. En bidragande förklaring till ökningen inom boende för barn och unga är troligen att vissa boenden stängde under delar av pandemin. Det handlar dock om relativt små tal och inga slutsatser kan därför dras med säkerhet.

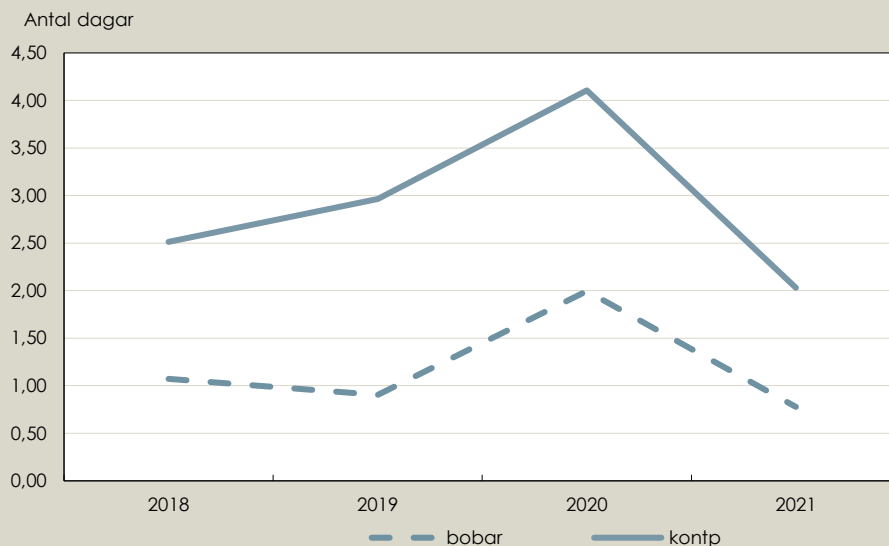
Socialstyrelsen har även analyserat förekomsten av sjukpenning bland föräldrar till barn med insatser enligt LSS (grupp 1 och 3 i personkretsen). För det flesta insatser ses ingen väsentlig förändring under 2020. Undantaget är insatsen korttidstillsyn. Under 2020 var det genomsnittliga antalet sjukpenningdagar för föräldrar till barn med den insatsen drygt 40, motsvarande värde för 2019 var 0.

Uppgifterna bör tolkas med försiktighet, då Socialstyrelsen inte har kunnat fastställa orsaken till ökningen med säkerhet. De kan istället ses som illustration av hur mottagandet av socialförsäkringens stöd förändrades under pandemin.

⁵⁷ Ersättning för vård av barn.

Figur 15. Vab-ersättning till föräldrar som har barn med vissa insatser enligt LSS, 2018-2021

Förekomst av ersättningen "vård av barn" bland föräldrar till barn med funktionsnedsättning och boende för barn eller kontaktperson enligt LSS, 2018-2021



Källa: Socialstyrelsen register över insatser enligt LSS, SCB:s flergenerationsregister, Försäkringskassans register över mottagare av VAB.

Fokus på anhöriga under 2022

Flera satsningar pågår för att stärka stödet till anhöriga. Ett exempel är den nationella strategi för anhöriga inom hälso- och sjukvård och omsorg som regeringen fattade beslut om under 2022 (19). Strategin ska hjälpa kommuner och regioner att stärka anhörigperspektivet i vården och omsorgen och göra stödet till anhöriga mer individanpassat och likvärdigt över landet. Utgångspunkten för strategin är att anhörigas insatser och delaktighet alltid ska bygga på frivillighet. (19)

Intresseorganisationernas stöd till anhöriga belyser situationen ytterligare. Anhörigas riksförbund tar via *Anhöriglinjen* emot samtal och mejl från anhöriga. Anhöriglinjen bemannas till största del av volontärer. Volontärerna har olika formell kompetens, men de är insatta i hur samhällets olika system är uppbyggda, vart man som anhörig och närstående kan vända sig. Under 2022 tog Anhöriglinjen emot cirka 2 300 samtal, vilket är en ökning med 100 stycken från 2021 (20). De som kontaktar Anhöriglinjen är ofta anhöriga till personer med någon form av psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom, ofta också i kombination med andra diagnoser. Samtalen handlar även om personer med beroende av substans eller spel samt vuxna med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som står utan stöd från samhället. Samtalen gäller personer som är i åldrarna 20 och uppåt, de anhöriga som ringer är vanligen mellan 24 till 64 år och är vanligen föräldrar. Det är även vanligt att det är partner eller vuxna barn som ringer.

Samtalen handlar till stor del om att få prata, enligt Anhörigas Riksförbund - att kanske för första gången få berätta, sätta ord på det som händer i livet.

Anhörigas Riksförbund lyfter vikten av ett aktivt lyssnande i dessa kontakter. Anhöriga har ofta också frågor om vart de ska vända sig och blir bland annat hänvisade till kommunens stöd för anhöriga eller till sjukvården och hälso-centraler. Ett nytt fenomen, enligt Anhörigas Riksförbund, är att flera anhöriga ringer tillsammans. (20)

Allt fler samverkansöverenskommelser

Många personer med funktionsnedsättning behöver insatser från flera aktörer, och stödet behöver ofta samordnas. Därför finns ett stort behov av rutiner för samverkan mellan LSS-området och andra kommunala verksamheter.

Allt färre kommuner har dock samverkansöverenskommelser⁵⁸ med stöd av 6 § LSS, mellan sina LSS-verksamheter och Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen (tabell 15). År 2022 låg andelen på 13 procent. Det ser annorlunda ut när det gäller samverkansöverenskommelser med verksamheter inom regionernas hälso- och sjukvård. Mellan 23 och 29 procent av kommunerna har samverkansöverenskommelser mellan LSS och någon hälso- och sjukvårdsverksamhet inom regionerna. Andelen samverkansöverenskommelser har i vissa fall ökat över tid. I andra fall har de minskat, till exempel mellan verksamheter enligt LSS och barn- och ungdomspsykiatri. Socialstyrelsen menar att det är bekymmersamt att andelen samverkansöverenskommelser inte ökar. Personer med funktionsnedsättning har ofta många aktörer som ger stöd och det är viktigt att samordning och samverkan mellan aktörerna fungerar. Försämrade förutsättningar för samverkan kan därför bidra till försämrad kvalitet i stöd. Utvecklingen ska dock tolkas med försiktighet då det kan handla om en tillfällig minskning. Det är inte heller klarlagt huruvida samverkansöverenskommelserna har ersatts av andra verktyg, såsom samordnad individuell plan (SIP).

Tabell 15. Samverkansöverenskommelser mellan LSS och andra verksamheter

Andel kommuner som har aktuella överenskommelser mellan LSS-verksamheter och externa aktörer om samverkan i enskilda ärenden, andel angiven i procent, 2018–2022

Verksamhet	2018	2019	2020	2021	2022
Arbetsförmedlingen	12	14	16	14	13
Försäkringskassan	-	13	19	17	13
Barn- och ungdomspsykiatri	34	35	31	32	29
Barn- och ungdomsmedicin	27	29	25	26	24
Barn- och ungdomshabitering	33	33	30	33	29
Vuxenpsykiatri	30	29	26	30	28
Vuxenhabitering	26	26	27	25	23

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2018–2022).

⁵⁸ Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå.

Regionernas råd och stöd främjar samordning

Även regionerna arbetar för att underlätta samordningen ur den enskildes perspektiv genom insatsen råd och stöd enligt LSS.⁵⁹ I Socialstyrelsens senaste uppföljning av statsbidraget inom området framkommer det att det är vanligt att huvudmännen använder sig av olika plandokument, för att underlätta samordning (21). Av återrapporteringen framgår att regionerna på olika sätt har arbetat för att underlätta samordningen av insatsen råd och stöd utifrån den enskildes perspektiv. Cirka hälften av regionerna uppger att de har riktlinjer eller rutiner för samordning i enskilda ärenden av råd och stöd. De flesta regioner uppger att de upprättar samordnad individuell plan (SIP) som ett sätt att samordna insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Ett vanligt verktyg för att underlätta samordning är att huvudmännen använder sig av olika plandokument, till exempel habiliterings- och rehabiliteringsplaner vilka utgår från individens perspektiv.

Ett fåtal av regionerna (7 stycken av 18 som besvarade frågan) uppgav att de erbjuder personliga samordnare till personer i LSS personkrets samt 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. Samordnaren kan också förenkla kontakterna mellan olika stödpersoner.

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

- kursverksamhet för patienter och anhöriga/nätverk
- teambaserat arbetssätt inom habiliteringen
- tydliga vårdprocesser och tydliga vårdprogram
- nätverksmöten och SIP. (21)

⁵⁹ Jfr. prop. 1992/93:159 sid 60.

Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud

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

Under 2021 hade 245 kommuner verksamhet med personligt ombud, enligt den senaste åiterrapporteringen av statsbidraget (22). Antalet kommuner som erbjuder personligt ombud har minskat med 2 stycken sedan föregående år. Under 2021 var antalet ombudstjänster 348, vilket också är en ökning sedan tidigare år.

Sammanlagt arbetade verksamheterna med 9 330 individer under 2020, vilket är en minskning med 146 klienter jämfört med föregående år, varav 5 300 kvinnor och 4 030 män. Majoriteten av individerna var i åldern 30–64 år. En lägre andel, 25 procent, var i åldern 18–24 år.

Kommunerna uppger att allt fler unga med neuropsykiatriska diagnoser söker sig till personligt ombud. Kommunerna ser även en ökning bland personer med samsjuklighet och hushåll med hemmavarande barn där flera i familjen har behov av stöd. Verksamheterna har redovisat att 1 193 klienter helt eller delvis hade hemmavarande barn. Det innebär en ökning med 45 klienter jämfört med föregående år och att de personliga ombudens arbete sannolikt har stor betydelse för många barns situation.

Liksom tidigare år är de främsta orsakerna till att klienter söker stöd av personligt ombud att de upplever svårigheter med ekonomin och att de har behov av stöd i kontakten med olika myndigheter. Det senare rör sig huvudsakligen om svårigheter kopplade till den omfattande digitaliseringen hos myndigheter, vilket påverkar förutsättningarna för de grupper som saknar e-legitimation eller Bank-Id. Ett vanligt skäl som uppges är också behovet av stöd i kontakterna med sjukvården. Ombuden noterar också att det blivit vanligare att myndigheterna hänvisar personer till personligt ombud och att det skett en ökning av antalet personer som inte bedöms tillhöra målgruppen som söker stöd av personligt ombud för snabba punktinsatser. (22)

Hälsa och vård på lika villkor

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av kommunal hälso- och sjukvård bland personer med insatser enligt SoL (0–64 år) och LSS. Även tillgång till vård samt utvecklingen inom pandemin berörs.

Sammanfattande iakttagelser

- Förekomsten av nya smittade med covid-19 i boenden enligt LSS följer samma mönster som i den totala befolkningen.
- Andelen personer inom LSS och SoL med kommunal hälso- och sjukvård i hemmet har minskat, vilket kan bero på att vårdbehoven var högre tidigare under pandemin.
- Andelen personer med kommunal hälso- och sjukvård är högst i boenden för vuxna enligt LSS, 66 procent. Det är en lägre andel personer som har kommunal hälso- och sjukvård inom SoL (0–64 år) än inom LSS. Förklaringen är troligen att personer med insatser enligt LSS har ett högre somatiskt vårdbehov. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att den senare gruppen har sämre tillgång till kommunal hälso- och sjukvård.
- Tillgången till vård för personer i boende för vuxna enligt LSS behöver stärkas. Utmaningarna handlar bland annat om brister i kommunikation, både mellan verksamheter och med den enskilde, brister i kunskap om olika funktionsnedsättningar. Ett sätt att stärka tillgången till vård för gruppen är årliga hälsokontroller.

FN lyfter vikten av jämlik vård för personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning har ofta ett stort behov av hälso- och sjukvård, både sådan som riktar sig till hela befolkningen och sådan som är kopplad till deras funktionsnedsättningar. Det fastslog FN under hösten 2021(23). Det är dessutom en högre andel personer med funktionsnedsättning som skattar sin hälsa som dålig, jämfört med övrig befolkning: 42 procent respektive 6 procent⁶⁰.

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

- Stärka nationell lagstiftning och policies så att de överensstämmer med konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.
- Identifiera och undanröja hinder för tillgänglighet till sjukvårdsbyggnader.
- Stärka förutsättningarna för att personer med funktionsnedsättning ska ha råd med hälso- och sjukvård.
- Utbilda hälso- och sjukvårdspersoner i bemötande och inkludering.

⁶⁰ Uppgifterna baserar sig på 43 länder.

- Stärka personer med funktionsnedsättning i att ta kontroll över beslut som rör deras hälso- och sjukvård, till exempel genom informerade beslut.
- Förbättra forskning och insamling av data kring hälso- och sjukvård för personer med funktionsnedsättning.

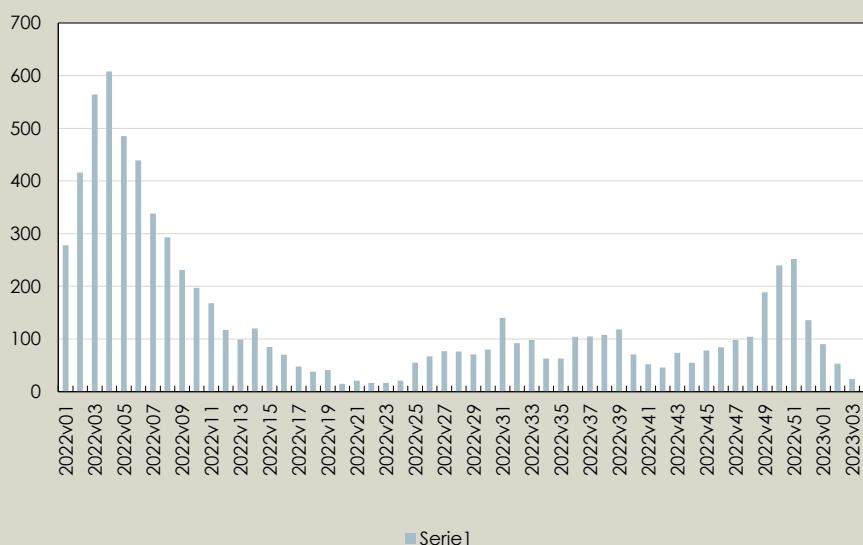
Pandemin fortsätter att påverka

Under 2022 har andelen personer i boende för vuxna enligt LSS med bekräftad covid-19 minskat, jämfört med året innan (figur 16). Mönstret följer i stort samma mönster som för den totala befolkningen med en kraftig uppgång i början av året. Flest nya smittade konstaterades vecka 4, 608 stycken. Även vecka 31 syntes en ökning av antalet nya smittade, om än lägre än i början av året: 140. I slutet av året ökade smittan igen och var som mest uppe i 252 nya fall (vecka 52). Även om de flesta som insjuknat i covid-19 under 2022 har haft ett relativt mildt sjukdomsförlopp, så gäller det inte alla. Det saknas dock uppgifter om förekomst av intensivvård för de i LSS-boende som insjuknat i covid-19. Samtidigt löper många i gruppen kraftigt förhöjd risk för svårt sjukdomsförlopp, varför myndigheten fortsätter att följa utvecklingen.

Figur 16. Nya smittade med covid-19 under 2022 i boende för vuxna enligt LSS

Antal nya smittade med covid-19 i boende för vuxna enligt LSS, per vecka, 2022.

Axeltitel



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, Folkhälsomyndighetens SmiNet.

Socialstyrelsen har även analyserat tillgången till vård under pandemin för personer i boende för vuxna enligt LSS (24). Analyserna avser de perioder då det fanns restriktioner⁶¹. Resultaten visar att tillgången till vård har varierat. Omkring hälften av verksamhetscheferna vid vårdcentralerna uppgav att personer i boende för vuxna enligt LSS hade samma möjlighet som tidigare att

⁶¹ Det vill säga fram till mars 2022.

träffa läkare på LSS-boendet under covid-19 pandemin. En något lägre andel, 41 procent, av enhetscheferna i boenden för vuxna enligt LSS uppgav att det inte förekom att läkaren besökte den enskilde hemma. Skillnaderna kan bero på flera saker, till exempel skillnader i svarsfrekvens. Socialstyrelsen konstaterar även att vuxna i boende enligt LSS vid behov fick tillgång till akut- och intensivvård, men att undanträngningseffekter uppstod inom vissa områden. Exempel på sådana undanträngningar är hälsoundersökningar och remisser till specialistmottagningar. Det saknades även anpassning vid vaccination av målgruppen. (24)

Kommunal hälso- och sjukvård vanligare inom LSS än SoL

Kommuner har skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som efter beslut bor i särskilt boende enligt SoL eller i bostad med särskild service enligt LSS. Kommunen ska även erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som vistas i dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. (12 kap 1 § HSL och prop. 1992/93:159 s. 182). Därutöver får kommunen erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård) efter överenskommelse med regionen (12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL). Sedan hösten 2015 ansvarar samtliga kommuner för den kommunala hälso- och sjukvården. Personer boende i bostad med särskild service för vuxna samt de som deltar i daglig verksamhet inkluderades i kommunernas ansvar i samband med att LSS började gälla i januari 1994. Stockholmskommunerna undantogs dock från övertagandet fram till 2015.

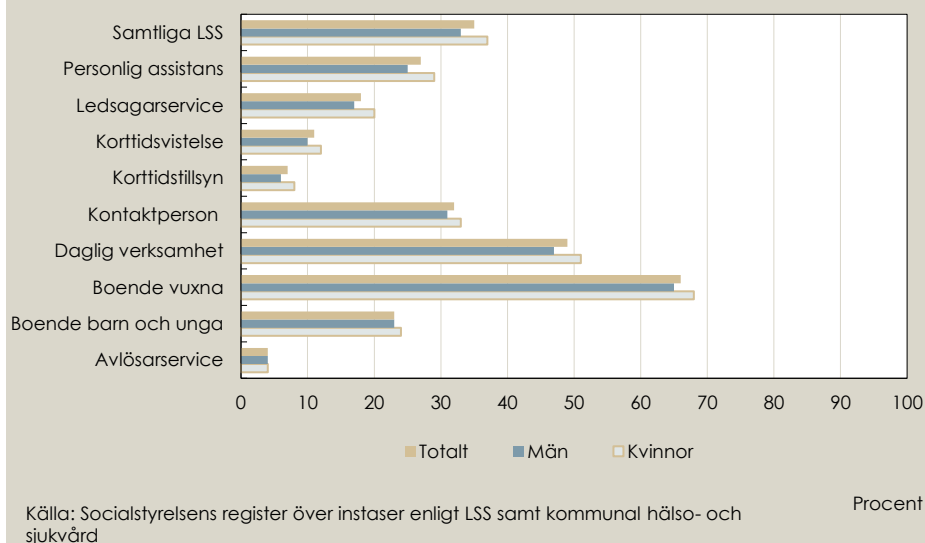
År 2022 fick omkring 26 400 personer med insatser enligt LSS även kommunal hälso- och sjukvård (figur 17). Det motsvarar 37 procent av samtliga personer med insatser enligt LSS, vilket är en något lägre andel jämfört med föregående år. En delförklaring till detta kan vara förhöjt vårdbehov på grund av pandemin.

Det är en högre andel kvinnor än män som fått kommunal hälso- och sjukvård, 37 respektive 33 procent.

Kommunal hälso- och sjukvård är vanligast inom bostad med särskild service för vuxna: omkring 66 procent. Detta är en väsentligt lägre andel jämfört med föregående år, 9 procentenheter. Kommunal hälso- och sjukvård är även vanligt inom daglig verksamhet, cirka 50 procent. Personer med insatser enligt LSS kan ha flera insatser, till exempel daglig verksamhet och bostad med särskild service. Det finns därför vissa överlappningar i statistiken. Andelen kvinnor med kommunal hälso- och sjukvård är högre inom samtliga insatser, även om skillnaderna är små. Skillnaden är tydligast inom bostad med särskild service och personlig assistans.

Figur 17. Förekomst av kommunal hälso- och sjukvård inom LSS

Andel personer med insatser enligt LSS som har fått kommunal hälso- och sjukvård, uppdelat på insats och kön, andel angiven i procent, 2022

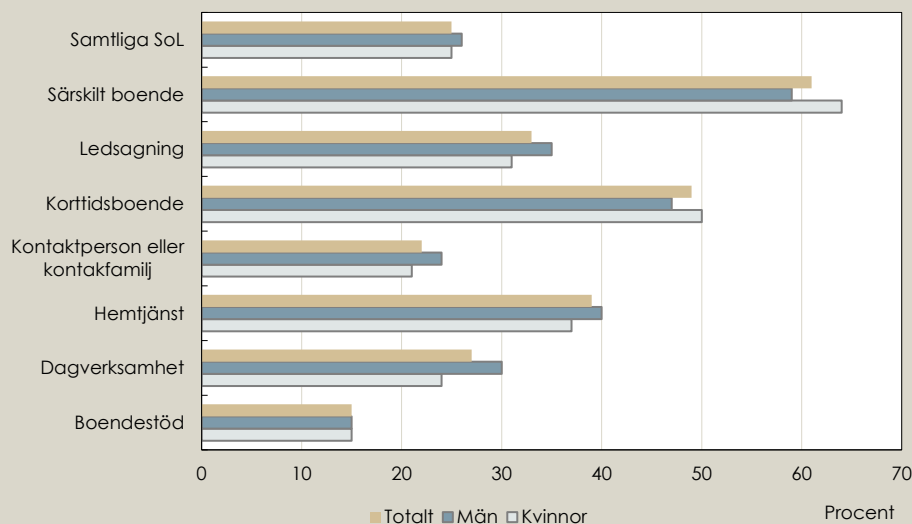


Det är en lägre andel personer som har kommunal hälso- och sjukvård inom SoL (0–64 år) än inom LSS (figur 18). Förklaringen är troligen att personer med insatser enligt LSS ofta även har vårdbehov. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att den personer med insatser enligt SoL har sämre tillgång till kommunal hälso- och sjukvård.

Totalt fick 1 700 personer inom SoL kommunal hälso- och sjukvård under 2022, vilket motsvarar 25 procent av samtliga personer med dessa insatser. Andelen är oförändrad jämfört med föregående år. Andelen med kommunal hälso- och sjukvård är högre bland män än kvinnor med insatser enligt SoL. Skillnaden är dock liten, 26 respektive 25 procent.

Figur 18. Förekomst av kommunal hemsjukvård inom SoL 0-64 år

Andel personer med insatser enligt SoL som har fått kommunal hälso- och sjukvård, 0-64 år, uppdelat på insats och kön, angel angiven i procent, 2022



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

Provtagning är den vanligaste åtgärden

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

- provtagning (ospecificerad)
- vaccination
- läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos
- utprovning och förskrivning av rullstol

Inom SoL ser det något annorlunda ut:

- provtagning (ospecificerad)
- läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos
- utprovning och förskrivning av rullstol
- uppföljning av hjälpmedelsförskrivning (25)

Inom LSS är det vanligt med vaccinationer, vilket troligen kan kopplas till vaccinering mot covid-19. Samma resultat ses för föregående år.

Socialstyrelsens öppna jämförelser ger ytterligare kunskap om vilka insatser som ges inom ramen för kommunal hälso- och sjukvård. Det är relativt vanligt med standardiserade bedömningsmetoder för symtomskattning i boenden enligt LSS och SoL, 70 respektive 60 procent (tabell 16). Andelen har dock minskat betydligt sedan föregående år. Sådana bedömningsmetoder används för att identifiera symtom som kan ha samband med patientens läkemedelsbehandling eller hälsotillstånd. Syftet med bedömningsmetoderna är

en ändamålsenlig läkemedelsbehandling baserad på korrekta indikationer. (26)

Det är fortfarande ovanligare med andra insatser än standardiserade bedömningsmetoder inom ramen för kommunal hälso- och sjukvård. Till exempel förekommer multiprofessionella demensteam endast i knappt 5 procent av landets kommuner. Förekomsten av demenssjukdom bland personer med vissa intellektuella funktionsnedsättningar är relativt hög. Till exempel beräknas andelen vuxna med Downs syndrom, som får en demenssjukdom, vara mellan 16 och 50 procent, beroende på vilka diagnoskriterier för demens som används (27). Detta talar för vikten av att förekomsten av demensteam i boenden enligt LSS ökar.

Tabell 16. Viss kommunal hälso- och sjukvård i boende för vuxna enligt LSS och boende enligt SoL

Andel kommuner som erbjuder viss kommunal hälso- och sjukvård inom LSS och SoL (0–64 år), uppdelat på indikator, andelen angiven i procent, 2020–2021

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

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

Tillgången till vård i boenden för vuxna behöver stärkas

Det finns brister i tillgången till hälso- och sjukvård för personer i boende för vuxna enligt LSS (24). I en undersökning som genomfördes av Socialstyrelsen uppgav förvisso majoriteten av vårdcentralerna att de i stort sett kan erbjuda personer i LSS-boende hälso- och sjukvård, 79 procent. Samtidigt menade 63 procent av dem att det finns generella brister avseende resurstillgång inom hälso- och sjukvården, som inverkar negativt på tillgången till vård även för personer i boende för vuxna enligt LSS. Bland annat lyfte de läkarbristen vid vårdcentraler och i verksamheter för habilitering samt en låg läkarmedverkan i boenden för vuxna enligt LSS. (24)

Socialstyrelsen identifierade flera utmaningar när det gäller möjligheterna för personer i boende för vuxna enligt LSS 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. Socialstyrelsen bedömer därför att det finns behov av att hälso- och sjukvården i såväl regioner som kommuner säkerställer att de som saknar tillgång till internet eller inte har förmåga att använda digitala tjänster ändå har möjlighet att komma i kontakt med hälso- och sjukvården.

Vidare varierar förekomsten av årliga hälsokontroller mellan kommunerna. Årliga hälsokontroller kan vara ett sätt att stärka den jämlika tillgången till vård för personer med exempelvis intellektuell funktionsnedsättning och som har svårt att kommunicera symptom och ohälsa. Socialstyrelsen konstaterar därför att möjligheten att erbjuda målgruppen årliga hälsokontroller bör utredas vidare. (24)

Personer i boenden för vuxna enligt LSS erbjuds till viss del både habilitering och rehabilitering utifrån sina behov. En stor andel av enhetscheferna på LSS-boenden uppger att målgruppen till 80 procent har möjlighet att träffa arbetsterapeut eller fysioterapeut som är ansvariga för boendet. Det framkommer att det är vanligt att organisationen av rehabiliteringen och habiliteringen skiljer sig åt mellan olika regioner. Ofta ligger dock ansvaret för habiliteringen i en specifik verksamhet. Detta leder till större behov av rutiner för samverkan mellan professioner inom olika verksamheter. (24)

De flesta vårdcentraler (87 procent) saknar specifika rutiner och arbetssätt för att möta målgruppen, men vid intervjuerna med läkarna framkom att det finns rutiner och arbetssätt, men mer i form av praxis. Däremot uppger 89 procent av LSS-boendena att det finns rutiner för hur personalen ska agera om en boende kommunicerar eller på andra sätt visar tecken på smärta, sjukdom eller skada. (24)

Det finns även svårigheter i kommunikationen mellan personal inom hälso- och sjukvården och den enskilde vid besök på vårdcentraler (45 procent). Drygt hälften, 53 procent, av vårdcentralerna uppger att det finns svårigheter när det gäller tillgången till kommunikationsstöd på vårdcentralerna. En del av problemet handlar om att det saknas tillgång till kommunikationsstöd, men det handlar också om att kommunikationsstöd finns, men inte alltid används. En framgångsfaktor är att personal från LSS-boendet följer med vid besök på vårdcentralen. Personalens kännedom om individens funktionsnedsättning och kommunikativa svårigheter bidrar till att underlätta kommunikationen i vårdsituationen. (24)

Avtal och samverkansavtal mellan kommuner och regioner är inte enhetliga i landet och de reglerar i varierande grad vårdkontakter för personer på LSS-boenden. Det framkommer också att verksamheter inte har full kännedom om avtal och samverkansavtal mellan kommun och region eller i hur de efterlevs. Det är 35 procent av verksamhetscheferna vid vårdcentralerna och hälften av enhetscheferna vid LSS-boenden som uppger att de inte kan besvara om det finns brister i hur avtalen och samverkansavtalen mellan region och kommun efterlevs. Detta kan påverka tillgången till hälso- och sjukvård för målgruppen. (24)

Socialstyrelsen bedömer mot bakgrund av resultaten att det finns behov av att vidta åtgärder för att säkerställa att omvårdnad och tillgång till hälso- och sjukvård finns för vuxna som bor i bostad med särskild service. Vilka aktörer som behöver vidta åtgärder inom de olika utvecklingsområdena skiljer sig åt. Det kan exempelvis vara regioner, kommuner, vårdcentraler eller LSS-boenden. På vissa områden behövs även nationellt stöd. (24)

Tandvård på lika villkor

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för tandvård och tandhälsa bland personer med insatser enligt LSS och SoL (0–64 år).

Sammanfattande iakttagelser

- Personer 24 år och äldre med insatser enligt LSS besöker tandvård i högre utsträckning än befolkningen i övrigt, oavsett åtgärd. Undantaget är åldersgruppen 65 år eller äldre, där 76 procent besökte tandvård under en 3-årsperiod jämfört med 85 procent i motsvarande åldersgrupp i befolkningen i övrigt
- 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 SoL och personer inom socialpsykiatri besöker tandvården för en basundersökning i mindre utsträckning än personer med LSS och befolkningen i övrigt. Det är också tydligt att antalet basundersökningar inte ökar bland personer i 45–64 års ålder, såsom de gör i den övriga befolkningen.
- 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 övriga befolkningen.
- Även personer med insatser enligt SoL och personer inom socialpsykiatri har en försämrad tandhälsa med stigande ålder jämfört med övriga befolkningen.
- Basundersökningar och olika behandlingar av tandvården utgör endast en del av det som krävs för en god tandhälsa. Socialstyrelsen menar därför att det är av vikt att de personer med funktionsnedsättning som är i behov av hjälp med omvårdnad, också får stöd med tandborstning. Likaså talar resultaten för vikten av att verka för hälsosamma levnadsvanor bland dessa grupper, liksom i den övriga befolkningen.
- Samverkan behöver bli bättre mellan tandvårdspersonal och personal som ger stöd till personer med LSS, personer med insatser enligt SoL och inom socialpsykiatri.

Tandvårdsbesöken minskar i takt med ökad ålder

Faktaruta 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
- ett särskilt tandvårdsbidrag (STB) (se 1 kap.1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd).

Regionerna finansierar barn- och ungdomstandvården, viss specialisttandvård och vissa tandvårdsstöd för vuxna med särskilda behov

Tandvårdsstöden minskar ekonomiska hinder att besöka tandvård och munhälsobedömningar av tandvårdspersonal kan erbjudas igenom uppsökande verksamhet i bostaden. Följande tandvårdsstöd är aktuella för målgrupperna inom LSS, SoL och Socialpsykiatri:

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

Personer 24 år och äldre med insatser enligt LSS besöker tandvården i högre utsträckning än befolkningen i övrigt, oavsett åtgärd. Undantaget är personer med insatser enligt LSS som är 65 år eller äldre, där 76 procent besökte tandvård under en 3-årsperiod jämfört med 85 procent i motsvarande åldersgrupp i befolkningen i övrigt (figur 19). Denna åldersgrupp utgör dock en mindre andel av populationen med LSS insatser⁶².

Under 2020 minskade besök till tandvård med 8 procent bland personer med LSS-insatser, jämfört med 2019. Orsaken är troligtvis de begränsningar som följde av pandemin. Antalet besök minskade med ytterligare två procent under 2021 jämfört med 2019. Den minskade besöksfrekvensen är lägre i den övriga befolkningen, som minskat sina besök med 3 procent under samma tid.

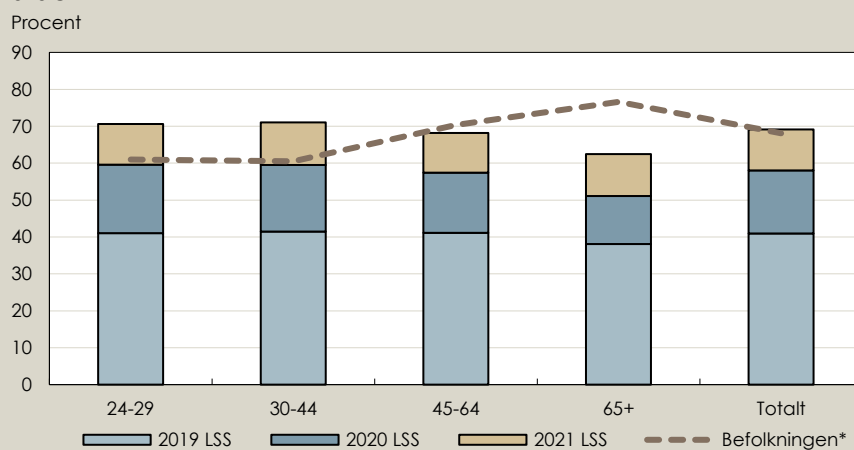
Personer 24–44 år med insatser enligt LSS genomgår regelbundna basundersökningar i högre utsträckning än befolkningen i övrigt (figur 19). Antalet basundersökningar är färre för de som är över 44 år, både jämfört med de som är yngre, och även jämfört med befolkningen i övrigt. Basundersökning är en viktig förebyggande åtgärd som har betydelse för att minska risken för ohälsa i munnen. Risken för ohälsa ökar också med åldern, inte minst vid samtidig funktionsnedsättning. Det innebär att personer med insatser enligt

⁶² 9 procent jämfört med 26 procent i befolkningen.

LSS behöver öka tandvårdsbesök och basundersökningar från 44 år och uppåt, för att minska risken för nya problem med sin munhälsa.

Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa orsakerna till att tandvårdsbesöken minskar för de i undersökningsgruppen som är över 44 år samtidigt som behovet av tandvård ökar.

Figur 19. Andel av personer med LSS som besökt tandvården för en basundersökning 2019–2021, fördelat efter senaste besöksåret och ålder



* Andel i övriga befolkningen som gjort minst 1 besök hos tandvården under 2019-2021

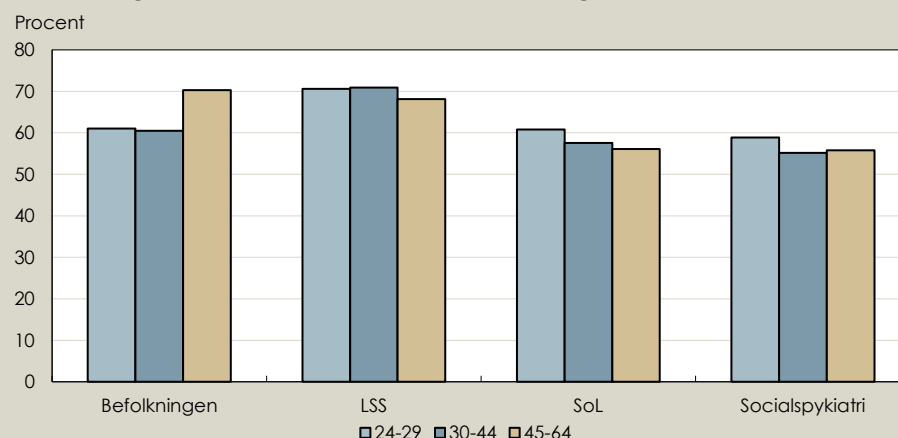
Källa: Socialstyrelsen, tandhälsoregistret och

Ovanligast med tandvårdsbesök bland personer inom socialpsykiatri

Personer med insatser enligt SoL och personer inom socialpsykiatri besöker tandvården för en basundersökning i mindre utsträckning än personer med insatser enligt LSS och befolkningen i övrigt (figur 20). Det är också tydligt att antalet basundersökningar inte ökar bland personer i 45–64 års ålder, såsom de gör i den övriga befolkningen.

Behov av tandvård ökar i åldern 45–64 år. Basundersökning under en treårsperiod är viktigt för att kunna ta del av tandvårdens förebyggande insatser och minska risken för sjukdomsbehandlande åtgärder som exempelvis tandextraktioner.

Figur 20. Andel av personer med LSS, SoL, socialpsykiatri och befolkningen med minst en basundersökning under en 3 årsperiod



* xxxx

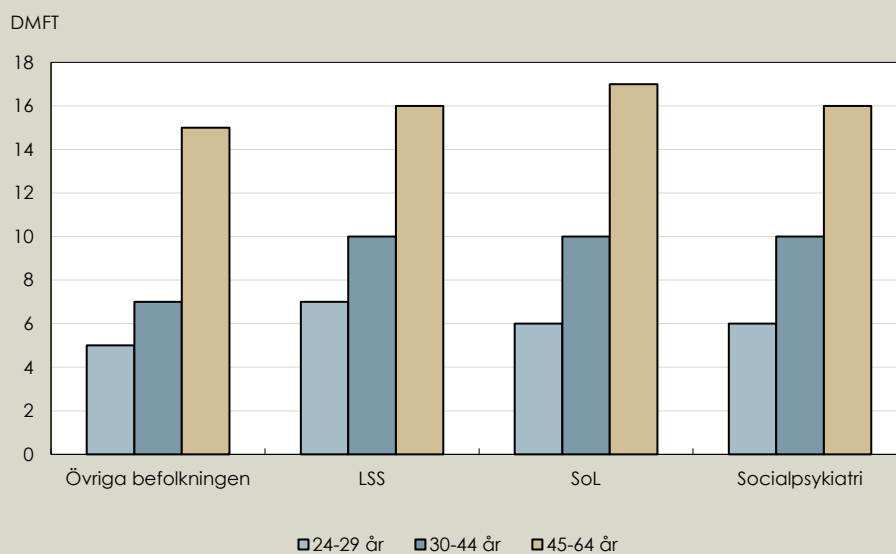
Källa: Socialstyrelsen, tandhälsoregistret och

Munhälsan är sämre än i övriga befolkningen

Personer med insatser enligt LSS har redan vid 24 års ålder en sämre munhälsa jämfört med den övriga befolkningen (figur 21). Det utförs också fler tandutdragningar, framförallt i åldersspannet 30–64 år, jämfört med övriga befolkningen.

Personer med insatser enligt SoL och personer inom socialpsykiatri har också en försämrad tandhälsa med stigande ålder jämfört med den övriga befolkningen. Skillnader i målgrupperna inom LSS, SoL och socialpsykiatri jämfört med befolkningen i övrigt kan tolkas som att tandvårdens åtgärder kommer senare i den övriga befolkningen. Personer med LSS-insatser är särskilt utmärkande med hög andel basundersökning bland yngre och samtidigt sämre tandhälsa i åldern 24–29 år.

Figur 21. DMFT* 24–64 år inom LSS, SoL och socialpsykiatri jämfört med befolkningen

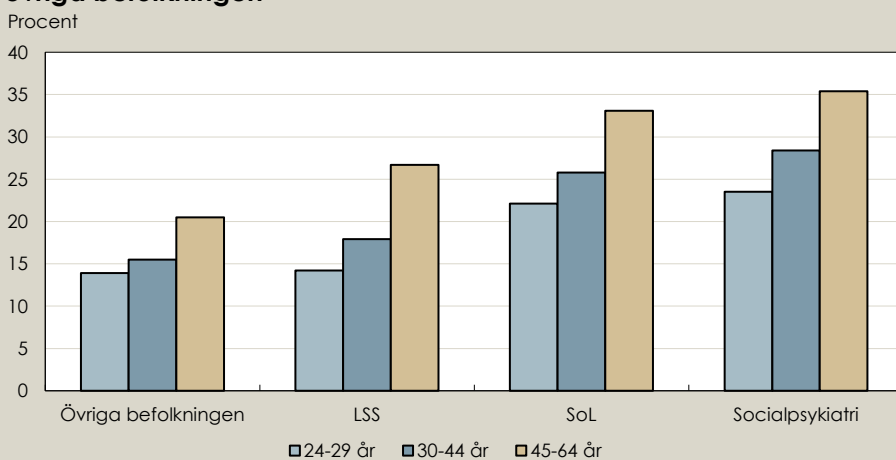


*DMFT är ett mått på en persons tand- och munhälsa och baseras bland annat på antalet ej intakta och saknade tänder.

Källa: Tandhjälsregistret och patientregistret XXXX

Personer med SoL och socialpsykiatri utmärker sig med fler extraktioner i alla ålderskategorier jämfört med personer med LSS-insatser och den övriga befolkningen (figur 22). Personer med LSS insatser har fler tandextraktioner än den övriga befolkningen i åldern över 30 år. Samtidigt besöker målgruppen LSS tandvården för en basundersökning i större utsträckning jämfört med den övriga befolkningen 24–44 år.

Figur 22. Andelen bland personer med LSS, SoL eller socialpsykiatri med minst en extraktion under 2019–2021 efter ålder. Jämfört med övriga befolkningen



* xxxx

Källa: Socialstyrelsen, tandhjälsregistret, mm

Det finns ytterligare skillnader i tandhälsa mellan undersökningsgrupperna och den övriga befolkningen. Skillnaderna handlar om de i respektive grupp som har sämst tandhälsa:

- I åldersgruppen 25–64 år har 25 procent av personer med insatser enligt LSS, SoL eller inom socialpsykiatri 21 kvarvarande tänder, motsvarande andel i den övriga befolkningen är 26.
- I åldersgruppen 65 år eller äldre har 25 procent av de med insatser enligt LSS 12 kvarvarande tänder, motsvarande andel i den övriga befolkningen är 21.
- I åldersgruppen 45–64 år har 10 procent av personer inom socialpsykiatri endast 10 kvarvarande tänder, motsvarande andel bland personer med insatser enligt LSS är 13.

Viktigt att ge stöd för god tandhälsa

Socialstyrelsens analyser visar att förutsättningarna att bibehålla en god munhälsa skiljer sig mellan undersökningsgrupperna. Skillnaderna kan bero på om målgruppen omfattas av tandvårdsstöd som gör det möjligt att besöka tandvården till reducerad kostnad. Dessa stöd regleras i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd och tandvårdsförordningen. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att det finns stora skillnader i hur tandvårdsstöd når målgrupperna (28). Denna slutsats kvarstår.

Munhälsan skiljer sig mellan de olika målgrupperna och jämfört med hela befolkningen. Förutsättningarna att bibehålla och förbättra munhälsan är också olika i målgrupperna. Befolkningen i stort har en bättre tand- och munhälsa än målgrupperna i LSS, SoL och socialpsykiatri. Denna skillnad är etablerad redan i åldersgruppen 24–29 år och följer sedan under hela livet.

Resultaten av Socialstyrelsens analyser visar på vikten av en god tillgänglighet till uppsökande och nödvändig tandvård inom LSS även i de högre ålderna.

Basundersökningar och olika behandlingar av tandvården utgör endast en del av det som krävs för en god tandhälsa. Socialstyrelsen menar därför att det är av vikt att de personer med funktionsnedsättning som är i behov av hjälp med omvårdnad, också får stöd med tandborstning. Likaså talar resultaten för vikten av att verka för hälsosamma levnadsvanor bland dessa grupper, liksom i den övriga befolkningen. Därför är det viktigt att personalen har kunskap och kompetens inom området.

Säker socialtjänst

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

Sammanfattande iakttagelser

- Det är fortfarande relativt ovanligt att kommuner har evakueringsplaner i boenden för personer med funktionsnedsättning. År 2022 var andelen omkring 50 procent. Andelen är desto högre när det gäller beredskapsplaner för höga temperaturer, mellan 70 och 95 procent.
- Det har skett en minskning av kommunernas krisberedskap i boenden för personer med funktionsnedsättning.
- IVO handlägger och beslutar om allt färre Lex Sarah-anmälningar. Samtidigt konstaterar forskare att kommunernas hantering av missförhållanden inte alltid leder till förbättringar.

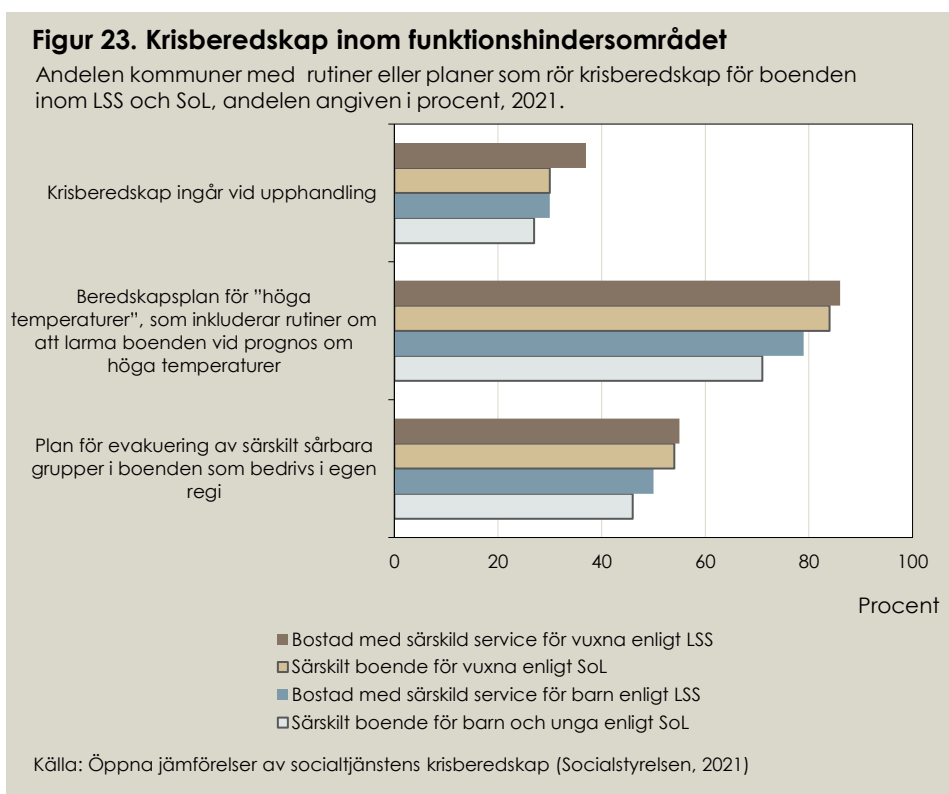
Kommunernas krisberedskap ökar inte i någon högre utsträckning

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. 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)

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)

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. [ref]

Majoriteten av kommunerna har beredskapsplaner vid varma temperaturer för olika boendeformer inom funktionshindersområdet (figur 23). Andelen är högre för boenden för vuxna än för boenden för barn och unga, cirka 85 procent respektive 70–80 procent. Andelen kommuner med evakueringsplaner är väsentligt lägre, mellan 45 och 55 procent. Allra lägst är andelen kommuner där krisberedskap ingår vid upphandling av boenden för personer med funktionsnedsättning, 22–33 procent (29). Andelarna för barnboenden ska tolkas med viss försiktighet, då dessa insatser är relativt ovanliga.



Kommunernas krisberedskap har slutat öka

Krisberedskapen ökar inte längre inom socialtjänstens boenden för personer med funktionsnedsättning (figur 24). Ett exempel är andelen kommuner som har evakueringsplaner för boende för vuxna. Från att ha ökat mellan 2020 och 2021, ses istället en minskning mellan 2021 och 2022. År 2022 låg andelen på 50 procent, vilket är samma nivå som för 2019.

Kommunerna behöver säkerställa att alla personer kan få den hjälp och det stöd som de behöver vid en allvarlig händelse, inklusive personer med funktionsnedsättning.⁶³ Situationer som elavbrott och dricksvattensstörningar kan leda till ett behov av att evakuera personer i socialtjänstens boenden och äldre personer och personer med funktionsnedsättningar i ordinära boenden. Det gäller till exempel personer med hemtjänst enligt SoL eller personlig assistans enligt LSS.

Variationerna mellan år kan bero på att evakueringsplaner inte reviderats och därför inte kan anses vara aktuella. Socialstyrelsen bedömer dock att det

⁶³ Jfr 15 § 2 LSS och 2 kap. 1 § SoL.

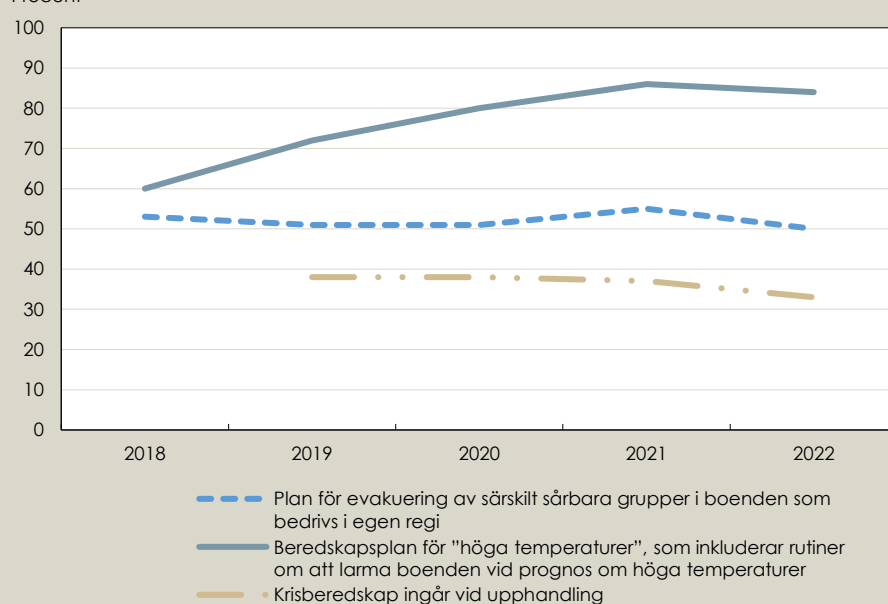
oavsett är bekymmersamt att inte fler kommuner har evakueringsplaner för boenden.

Även andelen kommuner med beredskapsplaner för höga temperaturer har slutat öka. År 2022 hade 84 procent av kommunerna sådana beredskapsplaner för vuxenboenden enligt LSS, vilket är en minskning med två procentenheter från året innan. Över tid har andelen dock ökat, vilket är positivt. En bidragande orsak är troligen de extrema värmeförhållanden som rådde under sommaren 2018.

Figur 24. Utveckling av insatser för krisberedskap i boende för vuxna enligt LSS

Kommunernas insatser för krisberedskap i bostad med särskild service enligt LSS för vuxna, uppdelat på typ av krisberedskapsinsats, andel angiven i procent, 2017-2021.

Procent



Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser krisberedskap - 2018-2022.

Ytterligare kunskap om kommunernas krisberedskap fås i Socialstyrelsens kartläggning från 2022. I den konstaterar Socialstyrelsen att kommunerna har behov av stöd inom följande områden:

- *Samverkan och ledning*, till exempel upprättande av lägesbilder och samverkansformer i krissituationer.
- *Planeringsförutsättningar*, till exempel att socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård ingår i kommunens rutiner och processer för beredskapsarbete, enhetliga planeringsförutsättningar för civilt försvar och stöd för personalförsörjning vid fredstida kriser samt kommunernas arbete med krigsorganisation och dess bemanning. Därtill behövs beredskapsplanering tillsammans med regionen rörande läkarmedverkan och vårdkedjor.
- *Utbildning och övning*, till exempel stöd för genomförande av lokala och regionala övningar.
- *Upphandling av privata aktörer*, till exempel underlag som hanterar medverkan i övningar och beredskapsplanering.

- *Kommunikation och information*, till exempel stöd för alternativ kommunikation med målgruppsanpassning till såväl verksamheter som brukare och patienter.

Kartläggningen innefattade verksamheter inom funktionshindersområdet. Till exempel uppgav flera kommuner att boenden för personer med funktionsnedsättning saknar möjlighet till reservkraft eller att de saknar kännedom om möjlighet att säkerställa eltillförsel

Flest lex Sarah inom boenden

Det är viktigt att komma till rätta med allvarliga missförhållanden inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Arbetet sker på flera sätt, till exempel genom verksamheternas eget systematiska kvalitetsarbete där anmälningar enligt lex Sarah ingår.⁶⁴

Under 2022 har IVO handlagt och beslutat om 355 lex Sarah-anmälningar inom LSS och 46 inom SoL. I tabell 17 visas ett urval av dessa beslut, uppdelat på insatser.⁶⁵

Tabell 17. Lex Sarah-anmälningar inom LSS och SoL (0–64 år)

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

Insats	2019	2020	2021	2022
		Varav pga. covid-19	Varav pga. covid-19	Varav pga. covid-19
Boende för vuxna enligt LSS	131	163	4	161
Personlig assistans enligt LSS	93	58	1	83
Boende för barn och unga enligt LSS	33	18	0	25
Korttidsvistelse enligt LSS	31	12	0	18
Daglig verksamhet enligt LSS	14	25	0	14
Hemtjänst/boendestöd enligt SoL	17	17	0	13
Särskilt boende enligt SoL (0–64 år)	12	13	0	14

Källa: www.ivo.se

⁶⁴ Reglerna som kallas lex Sarah finns i 23 g § och 24 a-g §§ LSS samt i 7 kap. 6 § och 14 kap. 3-7 §§ SoL.

⁶⁵ (0–64 år).

Antalet beslutade Lex Sarah-anmälningar fortsätter att minska, vilket talar för att minskningen inte beror på pandemin.

Lex Sarah-anmälningar är fortfarande vanligast inom personlig assistans och boende för vuxna enligt LSS. Det är oklart om missförhållanden är vanligare inom dessa insatser eller om dessa verksamheter är mer anmälningsbenägna än andra. Lex Sarah är en del i det systematiska kvalitetsarbetet och ett stort antal anmälningar kan därför vara en konsekvens av att verksamheter bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete⁶⁶.

Tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer fortfarande

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 (11). År 2021 publicerade Socialstyrelsen en kartläggning av kompetens i boenden enligt LSS (30). Myndigheten konstaterade att risken för tvångs- och begränsningsåtgärder och andra missförhållanden har ett samband med att personal och/eller föreståndare inte har tillräcklig kompetens. Socialstyrelsen såväl som IVO har tidigare konstaterat att personalen inom verksamheter enligt LSS behöver mer kunskaper om hur de förebygger och hanterar utmanande beteenden. Slutsatserna från kartläggning visar att det behovet kvarstår. (30)

IVO konstaterar att barn och unga på boenden enligt LSS överlag ger en positiv bild av sin vistelse (12). Pojkar upplever generellt en hög grad av trygghet och integritet, medan flickor upplever en hög grad av delaktighet. Samtidigt finns det barn på dessa boenden som inte upplever att deras boende ger dem den trygghet som de behöver. Andelen pojkar som uppger att de alltid känner sig skyddade från kränkningar på sitt boende har minskat från 88 procent 2021 till 73 procent 2022, vilket innebär att könsskillnaden i upplevd trygghet på LSS-boenden också har minskat. (12)

I sin tillsyn av boenden för barn och unga har IVO sett att barn och unga med funktionsnedsättning vid upprepade tillfällen utsatts för fasthållningar och nedläggningar. Varken i SoL eller LSS finns något stöd för användning av tvång, begränsningar eller inskränkningar av den enskildes rörelsefrihet. Nedläggning och fasthållning i olika former kan upplevas som mycket integritetskränkande och innebär ett allvarligt ingrepp i barnets personliga integritet. Fasthållning medför också en skaderisk för barnet eller den unge, exempelvis då det vid nedläggning i bukläge finns risk för att andningen försvåras. (12)

IVO konstaterar även att barn och unga på Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem (SiS ungdomshem), särskilt unga flickor, systematiskt och återkommande utsatts för tvångs- och begränsningsåtgärder utan lagstöd. En stor andel av de unga flickorna på dessa hem har olika typer av funktionsnedsättningar och de utsatts också för avskiljningar. Flickorna uttrycker att

⁶⁶ Se prop. 2009/10:131 Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar s. 21 f.

de sällan känner sig trygga i hemmen. Avskiljningar av flickor har ökat de senaste åren liksom andelen flickor med funktionsnedsättningar på SiS. (12)

Systematiskt kvalitetsarbete leder inte alltid till förbättringar

För att komma tillrätta med olika missförhållanden är det viktigt att jobba med systematiskt kvalitetsarbete, avvikelshantering och riskanalyser. Majoriteten av boenden för vuxna enligt LSS har tidigare uppgett att det finns rutiner eller riktlinjer i verksamheten för att arbeta med att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder, att arbetet är en del av det systematiska kvalitetsarbetet och att uppföljningar görs av vilka åtgärder som gjorts. Även regelbunden egenkontroll och lex Sarah anges som en del av arbetet med att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder. Det talar för att det systematiska kvalitetsarbetet är förhållandevis utbrett inom dessa verksamheter. (2)

I en forskningsstudie konstaterar dock Petra Björne et al att de avvikelserapporter som chefer och medarbetare i socialtjänsten skriver gällande exempelvis personer på gruppboende med intellektuell funktionsnedsättning, inte alltid leder till bättre stöd (31). Det innebär att vissa personer med intellektuell funktionsnedsättning lever i en miljö där de riskerar att utsättas för traumatiska upplevelser utan att effektiva åtgärder vidtas, menar forskarna.

I forskningsstudien granskades 159 avvikelserapporter från chefer och medarbetare. De händelser som oftast rapporterades handlar om hot och våld mellan brukare. Däremot saknas helt rapporter om självskadebeteende, trots att ett sådant beteende är vanligt förekommande och kan förebyggas.

I studien såg forskarna också att de åtgärder som dokumenterats i rapporterna inte hade en självklar koppling till orsaken till händelsen på exempelvis ett gruppboende. I flera av verksamheterna återkom dessutom samma händelser och samma åtgärder vidtogs utan synbart resultat.

Enligt forskarna visar studien att avvikelserapporter inom kommunala verksamheter inte leder till de förbättringar i kvaliteten som är avsikten. (31)

Funktionshinderspolitisk utveckling – en diskussion

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

Beskrivningarna utgår från Socialstyrelsens uppdrag att systematiskt följa upp den funktionshinderspolitiska utvecklingen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården (32). Syftet är att inte bara spegla utvecklingen utifrån svenska lagar, utan även innehållet i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Ny strategi för funktionshinderspolitiken

Hösten 2021 fattade regeringen beslut om en nationell strategi för funktionshinderspolitiken (32). 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. (33)

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

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

Socialstyrelsens arbete med en nulägesanalys pågår fortfarande, vilket innebär att den systematiska uppföljningen kommer kunna påbörjas först under hösten 2023. I årets lägesrapport är redovisningen därför något begränsad, och utgår från befintliga indikatorer och data. Fokus ligger på den del av inriktningen som handlar om individuella stöd och lösningar för individens självständighet. Socialstyrelsen för även ett övergripande resonemang om utvecklingen. En del hänvisningar görs till tidigare lägesrapporteringar.

Bristande tillgång till individuella stöd försvårar målet om delaktighet

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning anger att personer med funktionsnedsättning har rätt att leva självständigt och att delta i samhällslivet på samma villkor som andra människor (34). Bland annat innebär det att:

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

I årets lägesrapport har Socialstyrelsen lagt ihop flera olika aspekter av tillgång till stöd för personer med funktionsnedsättning: Andel beviljade ansökningar, begränsningar i lokala riktlinjer, andelen kommuner som har svårigheter att fullt ut tillgodose behoven hos personer med funktionsnedsättning samt 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. Kommunerna beviljar för visso 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. Individuella stöd är, tillsammans med tillgänglighet och omgivningens 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 hälsan påverkas 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 funktionsnedsättning 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) är nöjda med sitt stöd. Socialstyrelsen vill dock lyfta att en väsentlig andel inte är nöjd:

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

Dessa resultat ska inte bara ses mot bakgrund av att viss personal saknar kompetens i AKK. Det behöver även sättas i relation till den relativt höga förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder.

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 utbildning.

Hitintills har Socialstyrelsens fokus till stor del legat på boenden enligt LSS, både vad gäller kunskapsstödande material och analyser. Myndigheten har tidigare konstaterat att fokus även bör ligga på övriga insatser enligt LSS samt insatser enligt SoL (0–64 år). Den bedömningen kvarstår.

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 att det finns brister i vården för personer med funktionsnedsättning, och att hälso- och sjukvården ännu inte lever upp till innehållet i artikel 25. Dagens sjukvårdssystem, policies 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. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att den

fysiska tillgängligheten för personer med nedsatt rörelseförmåga, syn- eller hörselnedsättning är bristfällig på många vårdcentraler (36, 37). Årets analys ger ytterligare kunskap om brister och behov av förbättringar.

I Socialstyrelsens undersökning av tillgång till vård för personer i boende enligt LSS framkommer att många vårdcentraler anser att de kan tillgodose behoven av vård hos personer med funktionsnedsättning. Samtidigt uppger de att det finns ett flertal svårigheter för gruppen. Det är med andra ord en tuddelad bild som framkommer. Socialstyrelsen menar därför att det är viktigt att policier och rutiner på vårdcentraler särskilt omnämner behov av anpassningar som personer med funktionsnedsättning kan ha.

Resultaten pekar även på vikten av att följa upp tillgången till vård ur ett patientperspektiv, på nationell nivå. Likaså visar de på vikten av att personal i exempelvis boenden enligt LSS har tillräcklig kunskap och kompetens för att kunna identifiera de boendes behov av sjukvård, i de fall de boende inte kan kommunicera detta själva.

De riktade tandvårdsstöden bidrar till jämlik tandvård

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning omnämner inte rätten till tandvård och bästa möjliga tandhälsa. Socialstyrelsen menar att dessa rättigheter är viktiga och har därför inkluderat området i uppdraget om systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken.

Det finns flera olika tandvårdsstöd, varav ett riktar sig särskilt till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsens analyser visar att tandvårdsstöden tycks ha effekt. Samtidigt visar myndighetens analyser att besöksfrekvensen avtar med stigande ålder, trots att munhälsan blir sämre med åren. Det finns därför anledning för såväl tandvården som verksamheter inom socialtjänsten att uppmärksamma behoven ytterligare.

Majoriteten av personer med insatser enligt LSS besöker förvisso regelbundet tandläkaren och de som är 24–44 år genomgår basundersökningar i högre utsträckning än den övriga befolkningen. Andelen minskar dock i takt med ålder, och från 44 år och uppåt är andelen lägre än i den övriga befolkningen. Risken för försämrad munhälsa ökar också med åldern, inte minst vid samtidig funktionsnedsättning. Det innebär att personer med insatser enligt LSS behöver öka tandvårdsbesöken och basundersökningarna tidigare än den övriga befolkningen, det vill säga från 44 år och uppåt.

Personer med insatser enligt SoL och personer inom socialpsykiatri besöker tandvården för en basundersökning i mindre utsträckning än personer med LSS-insatser och befolkningen i övrigt. Det är också tydligt att antalet basundersökningar inte ökar bland dessa personer i 45–64 ålder, såsom de gör i den övriga befolkningen. En orsak till detta är troligen att många personer med insatser enligt SoL inte har lika omfattande tandvårdsstöd som personer med insatser enligt LSS. Det gör att den ekonomiska faktorn kan bidra till uteblivna tandvårdsbesök. Denna grupp får dessutom i relativt hög grad ekonomiskt bistånd. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att nästan 20 procent av gruppen får ekonomiskt bistånd, varav drygt 10 procent långvarigt.

Även om särskilda tandvårdsstöd tycks bidra till en bättre tandhälsa bland personer med funktionsnedsättning, så behöver ytterligare insatser göras. Basundersökningar och olika behandlingar av tandvården utgör endast en del av det som krävs för en god tandhälsa. Socialstyrelsen menar därför att det är av vikt att de personer med funktionsnedsättning som är i behov av hjälp med omvårdnad, också får stöd med tandborstning. Likaså talar resultaten för vikt av att verka för hälsosamma levnadsvanor bland dessa grupper, liksom i den övriga befolkningen. Därför är det viktigt att personalen inom exempelvis LSS-verksamheter har kunskap och kompetens inom området.

Bilaga 1. Kostnader i löpande priser

Tabell 1. Kommunernas kostnader i löpande priser

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, löpande priser, andel angivet i procent, miljarder kronor, 2017–2021.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring	Andel
	2017	2018	2019	2020	2021	2017–2021	2021
						mdkr (%)	%
Summa insatser enligt LSS och SFB*	52,8	55,5	57,8	60,3	62,7	9,8 (18,6 %)	80
Boende enligt LSS	28,4	30,0	31,7	33,8	35,5	7,1 (25,1 %)	45
varav boende för vuxna	26,6	28,1	29,7	31,6	33,3	6,7 (25,3 %)	43
varav boende för barn	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	0,4 (21,5 %)	3
Personlig assistans	11,3	11,8	12,1	12,6	12,6	1,3 (11,5 %)	16
Daglig verksamhet	8,1	8,7	8,8	9,0	9,4	1,2 (14,9 %)	12
Övriga insatser enligt LSS	4,9	5,0	5,1	5,0	5,1	0,2 (4,0 %)	7
Summa insatser enligt SoL/HSL	14,0	14,6	14,8	15,1	15,5	1,5 (10,7 %)	20
Särskilt boende enligt SoL	5,1	5,3	5,5	5,7	5,9	0,7 (14,6 %)	8
Stöd i ordinärt boende enligt SoL**	8,1	8,4	8,7	8,7	8,8	0,8 (9,4 %)	11
varav							
Hemtjänst/boendestöd enligt SoL	6,1	6,3	6,5	6,6	6,7	0,6 (9,2 %)	9
Korttidsboende enligt SoL	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,0 (6,0 %)	1
Övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL	0,8	0,9	1,0	0,9	0,9	0,1 (8,1 %)	1
Dagverksamhet enligt SoL	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,1 (20,6 %)	1
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,0 (-1,3 %)	1
Summa kostnader	66,8	70,0	72,7	75,4	78,1	11,3 (17,0 %)	100

*Socialförsäkringsbalken **Exklusive ersättning från försäkringskassan för assistansersättning.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2017–2021, Statistiska centralbyrån.

Tabell 2. Kostnadsutveckling för personlig assistans i löpande priser

Kommunernas kostnader för personlig assistans, kostnad angivet i miljarder kronor och andel angivet i procent, 2017–2021, löpande priser.

	Kostnader, miljarder kronor					Förändring	
	2017	2018	2019	2020	2021	Mdkr	%
Kostnader för personlig assistans	11,3	11,8	12,1	12,6	12,6	1,3	11,5%
Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	4,6	4,6	4,4	4,4	4,5	-0,2	-3,8%
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning*	6,4	6,1	5,7	5,4	5,2	-1,2	-18,4%
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	17,8	17,9	17,9	18,0	17,9	0,1	0,7%

* Denna kostnad ersätts av Försäkringskassan.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2017–2021, Statistiska centralbyrån.

Bilaga 2. Definitioner av kommungrupper

Definition kommungruppsindelning

- 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: SKR 2017 (1)

Bilaga 4. Metodbeskrivning – kommunenkät om stöd till personer med funktionsnedsättning

Urval och samråd

Målgruppen för enkätundersökningen var samtliga 209 kommuner. I och med att undersökningen var en totalundersökning så förekommer inte urvalsosäkerhet. Svarefrekvensen var 55 procent, vilket betyder att det finns viss osäkerhet gällande resultatens generaliserbart. Samråd om enkäten har förts med SKR.

Frågor och variabler

Enkäten bestod av 22 huvudfrågor samt 43 följdfrågor (kommentarer) beroende på hur de svarat på huvudfrågan. Ett flertal av frågorna samlades in inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag om ledsagarservice. Undersökningens referensperiod är 1 januari till 30 november 2022.

Datainsamling

Datainsamlingen pågick mellan 22 december 2022 och 2 februari 2023, och genomfördes via en webbenkät som skickades till kommunernas registraturer. Under insamlingsperioden skickades det också med två påminnelser. Datainsamlingsperiodens inte förlängdes med ytterligare en vecka, eftersom vissa kommuner bad om extra svarstid.

Svarefrekvens

Det var 155 kommuner som besvarade enkäten. Det ger en svarefrekvens på 53,4 procent.

Bortfall

Bortfallet består dels av de kommuner som inte besvarat enkäten och av partiellt bortfall, det vill säga att kommunen inte besvarat vissa frågor i enkäten. Om bortfallet skiljer sig från de svarande, med avseende på undersökningsvariablerna, så kan skattningsarna som grundar sig på enbart de svarande vara missvisande. I denna undersökning finns inget partiellt bortfall då frågorna är obligatoriska.

Tillförlitlighet

Täckningsfel kan bestå av under- och övertäckning. Övertäckning innebär att det finns som ingår i populationen men saknas i urvalsramen. Vid övertäckning finns som inte ingår i populationen i urvalsramen. Övertäckningen är fullständig då det är en totalundersökning.

Bilaga 5. Beskrivning av tandvårdsanalysernas undersökningsgrupper

Tabell 1. Studiepopulationer mun- och tandhälsa

Population	Definition	Tandvårdsstöd i populationen
Population 1, LSS	Personer, 24 år och äldre, med insatser enligt LSS, samtliga personkretsar, oktober 2018. Personer som dött under uppföljningsperioden (2019–2021) har exkluderats. Personer som inte finns med i utbildningsregistret har även exkluderats.	Statligt tandvårdsstöd: 11% Nödvändig tandvård: 81% Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning: 2% Mer än 1 stöd: 6%
Population 2, SOL	Personer, 24–64 år, med insatser enligt SOL i oktober 2018. Personer som dött under uppföljningsperioden (2019–2021) har exkluderats. Personer som inte finns med i utbildningsregistret har även exkluderats.	Statligt tandvårdsstöd: 52% Nödvändig tandvård: 33% Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning: 7% Mer än 1 stöd: 8%
Population 3, Socialpsykiatri	Personer i population 1, endast personkrets 3, och personer i population 2. Dessa personer ska även ha haft en psykiatrisk diagnos (huvuddiagnos: F1-F6 samt F9) i PAR 2016–2018.	Statligt tandvårdsstöd: 52% Nödvändig tandvård: 31% Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning: 8% Mer än 1 stöd: 9%
Befolkningen i övrigt	Jämförelsepopulation Personer, 24 år och äldre, i utbildningsregistret år 2018. Personer som dött under uppföljningsperioden (2019–2021) har exkluderats. Personer som inte finns med i utbildningsregistret 2021 har även exkluderats.	Statligt tandvårdsstöd: 98% Nödvändig tandvård: 1% Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning: 0,2% Mer än 1 stöd: 1%

Källa: Socialstyrelsen, Tandhälsoregistret, patientregistret mm...

Bilaga 6. Fakta om rätten till tandvård

Regionerna ska erbjuda och ersätta viss tandvård till vuxna med särskilda behov av tandvårdsinsatser och ansvarar dessutom för tandvård till barn och unga. Sammanfattningsvis ansvarar regionerna för, och finansierar:

- tandvård till barn och unga⁶⁷
- tandvård till asylsökande⁶⁸
- tandvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd⁶⁹
- oralkirurgiska åtgärder⁷⁰
- tandvård som ett led i sjukdomsbehandling⁷¹
- tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning⁷²
- tandvård för extremt tandvårdsrädda personer⁷³
- utbyte av tandfyllningar⁷⁴
- uppsökande verksamhet⁷⁵
- nödvändig tandvård⁷⁶

Vad kostar det att besöka tandvården i de olika tandvårdsstöden?

Tandvården har, till skillnad från hälso- och sjukvården, ett ersättningssystem som innebär en stor andel självfinansiering. För hälso- och sjukvården gäller att den enskilda vuxna patienten endast betalar avgift upp till högkostnads-skyddet. Regionerna bär den övriga kostnaden för hälso- och sjukvården.⁷⁷

Viss subvention finns för den vuxna befolkningen i det statliga tandvårdsstödet. Vissa grupper kan också omfattas av ett regionfinansierat tandvårdsstöd. Det statliga stödet ger ersättning vid höga kostnader, men graden av egenfinansiering är ändå hög i jämförelse med hälso- och sjukvården.

Statligt tandvårdsstöd

Tandvård för vuxna patienter finansieras i hög grad av den enskilda patienten genom patientavgifter. Det är fri prissättning inom den tandvård som

⁶⁷ 7 § tandvårdslagen (1985:125)

⁶⁸ Lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

⁶⁹ Lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

⁷⁰ 2 § tandvårdsförordningen (1998:1338)

⁷¹ 3 § tandvårdsförordningen

⁷² 8 a § tandvårdsförordningen och 3 a § tandvårdsförordningen

⁷³ 4 § tandvårdsförordningen

⁷⁴ 6-7 § § tandvårdsförordningen

⁷⁵ 8 a § tandvårdsförordningen och 8 § tandvårdsförordningen

⁷⁶ 8 a § tandvårdsförordningen och 9 § tandvårdsförordningen (1998:1338)

⁷⁷ Se 17 kap. HSL

omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Denna grupp omfattas av ett statligt tandvårdsstöd som regleras i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.⁷⁸

Det statliga tandvårdsstödet lämnas i form av:

- allmänt tandvårdsbidrag (ATB)
- tandvårdsersättning (högkostnadsskydd)
- särskilt tandvårdsbidrag (STB).⁷⁹

Det statliga tandvårdsstödet administreras av Försäkringskassan. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket beslutar om reglerna för högkostnadsskyddet.

Regionfinansierade tandvårdsstöd

För vuxna personer med behov av särskilda tandvårdsinsatser har regionen ett ansvar för finansieringen av tandvården. Den enskilda patienten betalar endast avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård.⁸⁰ Viss del av verksamheten är helt avgiftsfri för patienten.⁸¹

⁷⁸ Lagen innehåller bestämmelser om ersättning till vårdgivare för utförd tandvård, se 1 kap 1 § lagen om statligt tandvårdsstöd.

⁷⁹ Se 1 kap.1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

⁸⁰ Se 1-9 §§ tandvårdsförordningen

⁸¹ ⁸¹ Se bland annat 8 § tandvårdsförordningen.

Referenser

1. Sveriges kommuner och Regioner (SKR). Kommungruppsindelning 2017. 2017.
2. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2022. 2022.
3. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2020. Socialstyrelsen; 2020.
4. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2019. 2019.
5. Socialstyrelsen. Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2021. 2022.
6. Björne, Petra & Runesson, Ingrid. Organisationens roll i stödet till personer med intellektuell funktionsnedsättning. Intervjuer med personal och chefer. FOU-rapport 2022:1. Malmö Stad; 2022.
7. Socialstyrelsen. Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS. Tilläggsuppdrag avseende insatsen personlig assistans. 2015.
8. Socialstyrelsen. Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS - delredovisning av regeringsuppdrag. 2015.
9. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020 Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Socialstyrelsen; 2020.
10. Brukarundersökning inom funktionshindringsområdet [Internet]. 2022.
11. Inspektionen för vård- och omsorg. Vad har IVO sett 2021? ; 2022.
12. Inspektionen för vård- och omsorg. Vad har IVO sett 2022? ; 2023.
13. Autism Sverige. Boendestödsenkät 2023 <https://www.autism.se/om-oss/vad-vi-gor/enkater/stodenkater/boendestodsenskat-2023/2023> [Available from: <https://www.autism.se/om-oss/vad-vi-gor/enkater/stodenkater/boendestodsenskat-2023/>].
14. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022. 2022.
15. Vård- och omsorgsanalys. Med varierande funktion. Förskrivning av konsumentprodukter som hjälpmedel vid funktionsnedsättning. 2020.
16. Boverket. Bostadsmarknadsenkäten. Boendeformer för personer med funktionsnedsättning. <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/olika-grupper/funktionsnedsattning/2022> [Available from: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/olika-grupper/funktionsnedsattning/>].
17. Vård- och omsorgsanalys. Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. 2016.
18. Socialstyrelsen. Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS. 2021.

19. Regeringen. Nationell anhörigstrategi - inom hälso- och sjukvård och omsorg. 2022.
20. Anhörigas Riksförbund. Skriftligt, opublicerat underlag till Socialstyrelsen. 2023.
21. Socialstyrelsen. Redovisning av 2021 års statsbidrag för rådgivning och annat personligt stöd till personer som ingår i personkretsen enligt LSS. 2022.
22. Socialstyrelsen. Lägesrapport om verksamhet med personligt ombud 2021. 2022.
23. United Nations. Policy brief on persons with disability and covid-19 <https://www.un.org/development/desa/disabilities/covid-19.html>2021 [Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/covid-19.html>.
24. Socialstyrelsen. Vårdkontakter i LSS-boende. 2023.
25. Socialstyrelsen. Analyser av Socialstyrelsens register över kommunal hälso- och sjukvård, register över insatser enligt LSS samt register över insatser enligt SoL 2022.
26. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av kommunal hälso- och sjukvård 2022. 2022.
27. Falun Hälsa och habilitering. Faktablad om demens och utvecklingsstörning. 2014.
28. Socialstyrelsen. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. 2018.
29. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap 2022. 2022.
30. Socialstyrelsen. Kompetens i LSS-boenden. 2021.
31. Björne P, Deveau R, Nylander L. Passing laws is not enough to change staff practice: The case of legally mandated “incident” reporting in Sweden. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2021;46(2):186-96.
32. Regeringen. Strategi för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken under 2021 - 2031, regeringsbeslut S2019/02213 samt S2021/06595. 2021.
33. Socialdepartementet. Prop. 2016/17:188 Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolitiken. In: Socialdepartementet, editor. 2017.
34. Myndigheten för delaktighet. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. 2008.
35. www.kolada.se [
36. Socialstyrelsen. Tillgänglighet ur ett funktionshindersperspektiv. En undersökning bland socialkontor och vårdcentraler. 2010.
37. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2017. 2017.