

Eländesrapporten

*Missförhållanden i svenska LSS-bostäder.
Riksförbundet FUB granskar 233 allvarliga händelser.*

Riksförbundet FUB, juni 2026

Förord

En helt enig riksdag anser att personer med funktionsnedsättningar ska kunna leva som andra. Genom Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska personer med allvarliga och livslånga funktionsnedsättningar som intellektuell funktionsnedsättning, Downs syndrom och autism tillförsäkras insatser som ska ge goda levnadsvillkor. Lagen började gälla för drygt 30 år sedan och innehåller insatser och stöd som ledsagare, kontaktperson, personlig assistans och LSS-bostäder.

Under många år fungerade också lagen som tänkt. Personer som tidigare var hänvisade till statliga institutioner kunde få inflytande över sitt eget liv och genom insatser som ledsagare och kontaktperson också delta i samhällslivet. De senaste 10 åren har insatserna och stödet successivt begränsats och försämrats. Det började med avslag på insatser som ledsagare och kontaktperson, insatser som skulle ge möjlighet att delta i föreningsliv, politiska arrangemang och i kultur- och fritidsaktiviteter. Idag får personer med stora behov av stöd avslag eller tidsbegränsade insatser på boende i LSS-bostad. Personer som haft insatser i många år får de indragna eller kraftigt försämrade.

Försämringarna gäller inte enbart uteblivna insatser. Under våren 2026 har Riksförbundets FUB särskilt granskat kvalitet och brister i LSS-bostäder. Granskningen ger en skrämmande bild av hur vi i Sverige idag behandlar samhället kanske mest utsatta.

Vi har granskat 233 allvarliga händelser. Här finns allt från brister i grundläggande omvårdnad, omsorg, stöd och trygghet, allvarliga tvång- och begränsningsåtgärder till att personer avlider på grund av försummelse eller vanvård. Man blir både ledsen och förbannad när man tar del av innehållet i denna rapport.

Så här kan det inte fortsätta. Vi måste i Sverige kunna ge personer med allvarliga och livslånga funktionsnedsättningar det liv som både LSS och FN:s funktionsrättskonvention utlovar. Sverige är inte ett välfärdssamhälle om vi inte klarar det.

Riksförbundet FUB har under lång tid påtalat brister med framför allt kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättningar. I mars 2026 kom Riksrevisionens rapport "LSS – ett kommunalt uppdrag under statens styrning och kontroll." Vi instämmer helt i myndighetens slutsatser: Regeringen behöver förtydliga bestämmelserna i LSS, för att ge en mer rättssäker tillämpning. Stödet till kommunerna behöver öka. Dagens brist på nationell uppföljning och kontroll måste åtgärdas.

Jag vill varna för att många av de exempel vi beskriver i rapporten är skrämmande. Men så ser vardagen ut på en del av våra LSS-bostäder. Som väl är fungerar de flesta LSS-bostäder bra. Men de många allvarliga händelserna kan tyvärr inte ses som enskilda, de är en beskrivning av ett system tyvärr inte fungerar längre. I rapporten beskriver vi vad som behöver göras. Det behöver ske nu, vi har inte tid att vänta på utredningar och framtida beslut. Bristerna är så stora att det behövs omedelbara åtgärder.

Stockholm, juni 2026

Anders Lago

Förbundsordförande FUB

Innehåll

1. Sammanfattning	4
2. Om rapporten	5
3. Fokus: Brister i grundläggande omvårdnad, stöd och trygghet	8
4. Fokus: Farliga miljöer och livshotande situationer	10
5. Fokus: Maktmissbruk, tvång, begränsningar och ageranden mot enskilds vilja	11
6. Fokus: Kränkande bemötande och psykiska övergrepp	13
7. Fokus: Fysiska övergrepp och direkt våldsutövning	14
8. Fokus: Sexuella kränkningar och gränsöverträdelser	16
9. Fokus: När enskilda faller mellan stolarna och stödet uteblir	18
10. Fokus: Dödlig utgång	19
11. Problemen var ofta redan kända	21
12. Förslag på åtgärder	22
Bilaga: Lagen om stöd och service för viss funktionshindrade (1993:387)	23

1. Sammanfattning

Det är tre gånger vanligare med rapporterade missförhållanden inom LSS än inom äldreomsorgen. Ändå saknas i stor utsträckning en samlad bild av hur dessa missförhållanden ser ut, hur vanliga de är och vilka mönster som återkommer. Den här rapporten är ett försök att ge den bilden.

Riksförbundet FUB har begärt ut och granskat samtliga Lex Sarah-ärenden från LSS-bostäder som inkommit till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) de senaste två åren. Totalt rör det sig om 233 ärenden fördelade på över 300 dokument. Alla ärenden har lästs, kodats och kategoriserats. Granskningen visar att missförhållandena är utbredda och återkommande.

- I omkring hälften av de granskade ärendena fanns sedan tidigare kända problem, återkommande brister eller tydliga varningssignaler. De allvarliga händelserna kom många gånger inte utan förvarning. De föregicks av signaler som inte togs på tillräckligt stort allvar.
- I nästan nio av tio förekommer någon form av brister i grundläggande omvårdnad stöd eller trygghet. Människor som inte får hjälp med hygien, mat eller medicin. Insatser som beslutats men aldrig genomförts. Tillsyn som uteblivit trots kända risker.
- I omkring en tredjedel av ärendena har situationen inneburit farliga miljöer eller allvarliga risker. I åtta ärenden är utgången den värsta möjliga: en människa har dött.
- Närmare tre av tio ärenden innehåller någon form av maktmissbruk, tvångs- och begränsningsåtgärder eller ageranden mot den enskildes vilja.
- Ungefär lika många, omkring tre av tio ärenden, innehåller någon typ av kränkande bemötande eller psykologiska övergrepp. Nästan var tionde ärende innefattar att någon blivit utsatt för sexuella kränkningar eller sexuella gränsöverträdelser.
- Omkring tre av tio ärenden innehåller fysiska övergrepp/våldsutövning gentemot en boende.

FUB arbetar för att personer med IF och deras anhöriga ska kunna leva som andra och att de genom LSS-insatserna ska ha goda levnadsvillkor. Syftet med denna granskning är att synliggöra behovet av förändring. För bakom varje ärende i den här rapporten finns en människa. En person som är beroende av att samhällets stöd faktiskt fungerar. Det är den frågan den här rapporten handlar om och det är den frågan FUB begär att politiker nu tar på allvar. FUB vill se att:

1. Regeringen förtydligar Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade genom omarbetning av Förordningen för LSS (1993:1090).
2. Socialstyrelsens bindande föreskrifter kompletteras med bland annat regler för antal boende, närvarande chef, motverka institutionalisering, samt rutiner för att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder.
3. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ges i uppdrag att utöva tillsyn över alla LSS-boenden vartannat år.
4. En statlig LSS-inspektion införs redan 2027.
5. Statliga medel avsätts under 2027 för ett LSS-lyft, för kompetensutveckling av medarbetare inom LSS.
6. FN:s funktionsrättskonvention görs till svensk lag.

Det handlar om vilket stöd samhället erbjuder människor som är beroende av andra för att kunna leva sina liv på lika villkor.

2. Om rapporten

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, infördes 1994 och har inneburit stora förbättringar för många. LSS är en rättighetslag som ska ge personer med omfattande funktionsnedsättningar möjlighet att leva ett självständigt liv med goda levnadsvillkor.

Denna rapport fokuserar på missförhållanden som rör LSS-bostäder. För många personer med intellektuell funktionsnedsättning är hemmet avgörande, inte bara som bostad, utan som grund för trygghet, självständighet och delaktighet i samhället. Det är också vad lagen förutsätter.

De allra flesta LSS-bostäder är välfungerande, men den här granskningen visar samtidigt på förekomsten av många allvarliga missförhållanden. Det kan vara tungt att läsa beskrivningarna i rapporten, om hur personer med allvarliga och livslånga funktionsnedsättningar behandlas. Vi ser det samtidigt som viktigt att belysa detta för att skapa en diskussion om nödvändiga förändringar.

Enligt Riksförbundet FUB:s beräkningar, baserade på antal anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, i förhållande till antalet berörda personer, är rapporterade allvarliga missförhållanden tre gånger vanligare inom LSS än inom äldreomsorgen. Mot den bakgrunden samt utifrån att vi under våren 2026 har uppmärksamrats på ett flertal allvarliga missförhållanden beslutade vi att begära ur samtliga Lex Sarah-ärenden som inkommit till IVO under de senaste två åren som rör LSS-boenden.

Lex Sarah är det system som ålägger personal inom socialtjänst och LSS att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. Allvarliga missförhållanden ska utredas och anmälas till IVO.

Underlaget i rapporten

Materialet omfattar verksamheter i hela landet, i både kommunal och privat regi, och inkluderar såväl gruppboendestäder (bostäder avsedda för personer med omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov) som servicebostäder (för boende som klarar sig mer självständigt men ändå behöver viss omvårdnad, stöd och trygghet i vardagen).

Materialet som IVO lämnat ut omfattar totalt 233 unika ärenden fördelade på över 300 dokument från ärenden över hela landet. Samtliga ärenden har lästs och kategoriserats. I de fall där IVO lämnat ut både en anmälan och en utredning för samma händelse har dessa slagits samman och räknats som ett ärende för att undvika dubbelräkning.

Varje ärende har kodats in i sju tematiska kategorier. Ett och samma ärende kan tillhöra flera kategorier. Kodningen har gjorts utifrån principen att ett ärende kodas för en kategori om det temat förekommer i utredningen, även om huvudtemat för ärendet är ett annat.

Kodningen är en tolkning av komplexa och ofta detaljrika utredningstexter, och gränsdragningen mellan kategorier är i vissa fall en bedömningsfråga. Rapportens resultat bör därför läsas som en samlad bild av strukturella problem och återkommande mönster i materialet, inte som exakta, absoluta tal.

Rapportens sju kategorier

- Brister i grundläggande omvårdnad, stöd och trygghet
- Farliga miljöer och livshotande situationer
- Maktmissbruk, tvång, begränsningar och ageranden mot enskildas vilja
- Kränkande bemötande och psykiska övergrepp
- Fysiska övergrepp och direkt våldsutövning
- Sexuella kränkningar och gränsöverträdelse
- När enskilda faller mellan stolarna och stöd uteblir

Därutöver redovisas dödsfall i ett eget kapitel. Ett ytterligare kapitel redovisar att problem och risker ofta var kända sedan tidigare. Samtidigt är varningssignaler och tidigare kända problem analytiska teman som löper tvärs igenom materialet.

Varje kapitel innehåller konkreta exempel hämtade från de granskade utredningarna. Exempelen har valts för att illustrera återkommande mönster, inte för att peka ut enskilda kommuner eller verksamheter.

Att arbeta i LSS-verksamhet är komplext

Det är viktigt att denna rapport läses med förståelse för de förutsättningar som personal och verksamheter arbetar under.

Att arbeta i en bostad enligt LSS ställer krav på kompetens och personlig lämplighet. Det handlar om att varje dag stödja personer med ibland mycket komplexa behov – personer som kan ha svårt att kommunicera, som kan ha utmanande beteenden, som behöver stöd dygnet runt. Situationer uppstår som är svåra att förutse och svåra att hantera. Det är ett arbete som kräver både kompetens, erfarenhet, tålamod och ett genuint engagemang för de man stödjer.

FUB är väl medvetet om att de allra flesta som arbetar inom LSS-boenden gör ett gott arbete med ofta otillräckliga resurser. Rapporten syftar inte till att generellt ifrågasätta personals kompetens eller vilja. Tvärtom vill FUB understryka att förutsättningarna för att göra ett bra jobb. Tillräcklig bemanning, adekvat utbildning, ett fungerande och nära ledarskap och ett systematiskt stöd till personalen är avgörande för kvaliteten i verksamheten. När dessa förutsättningar saknas ökar risken för att allvarliga situationer uppstår, oavsett enskilda medarbetares intentioner.

Det är därför rapporten i första hand bör läsas som en fråga om system, styrning och resurser och inte om enskilda individers kapacitet och ageranden.

Rapportens begränsningar

Rapporten ger en unik inblick i allvarliga missförhållanden inom LSS-boenden, men den har också tydliga begränsningar som är viktiga att ha med sig.

Materialet omfattar bara händelser som har upptäckts, rapporterats, utretts och dokumenterats enligt Lex Sarah. Lex Sarah-systemet bygger på att personal rapporterar missförhållanden. Det innebär att händelser som inte uppmärksammas eller rapporteras inte syns i materialet. Många personer som bor i LSS-bostäder har dessutom begränsade möjligheter att slå larm eller själva berätta om missförhållanden. Det finns därför goda skäl att anta att rapporten underskattar den faktiska förekomsten av missförhållanden inom LSS-boenden.

Under den tid Riksförbundet FUB gjort granskningen har vi fått information och tips om ett antal ytterligare allvarliga missförhållande, som efter kontroll visat sig inte varit anmälda till IVO. Det är förstås mycket allvarligt att kommuner och privata anordnare inte följer lagen och anmäler missförhållanden.

Lex Sarah fyller en viktig funktion

Den här rapporten bygger på Lex Sarah-anmälningar, och det är viktigt att understryka värdet av det systemet.

När personal anmäler ett missförhållande tar de ett ansvar som kräver mod. Det kan vara obehagligt att rapportera om sin arbetsplats, sina kollegor eller sin chef. Ändå är det just den rapporteringen som gör det möjligt att upptäcka problem, vidta åtgärder och utveckla verksamheten. Utan anmälningar – ingen granskning, ingen förbättring.

FUB vill därför tydligt lyfta fram att Lex Sarah-systemet, när det fungerar som det är tänkt, är ett viktigt verktyg för kvalitetsutveckling. Att anmäla behöver inte vara ett tecken på att verksamheten överlag inte fungerar, det är ett tecken på att den tar sitt ansvar.

En anmälan är i många fall helt nödvändig för att förändringar ska ske och kan ses som en del av lösningen. Det som är problematiskt är när missförhållanden inte anmälas, när anmälningar inte leder till åtgärder, eller när samma problem återkommer utan att något förändras.

3. Fokus: Brister i grundläggande omvårdnad, stöd och trygghet

Grundläggande omvårdnad är inte ett abstrakt begrepp. Det är hjälp med att komma upp på morgonen, äta frukost, ta sin medicin och få på sig rena kläder. Stöd med personlig hygien, att måltider lagas, att smärta uppmärksammas. Det är saker som de flesta människor aldrig behöver tänka på, utan ser som självklara och naturliga, men som boende i LSS-bostäder ofta behöver stöd från andra för att kunna genomföra. När en Lex Sarah-anmälan görs har i grunden alltid någon form av brist i omvårdnad, stöd eller trygghet inträffat. Det är därför kategorin omfattar så många som nio av tio av de granskade ärendena. I många av dessa ärenden är det dock en annan problematik, som maktmissbruk, övergrepp eller farliga situationer, som är den huvudsakliga frågan i utredningen.

De exempel som lyfts i detta kapitel är inte ett genomsnitt av alla ärenden, utan valda för att de särskilt tydligt illustrerar fall där just den grundläggande omvårdnaden är det som brustit allra mest. I dessa fall handlar bristerna sällan om en enskild händelse, utan om problem som pågått under lång tid. Det är också vanligt att flera olika brister förekommer samtidigt – när praktiskt stöd, dokumentation, tillsyn och uppföljning brister på en och samma gång ökar risken för att människor far illa utan att någon reagerar. Bristerna blir en del av vardagen för personalen, och därmed också för de boende som inte själva kunde berätta om dem.

LSS är en rättighetslag. Den ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar goda levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. De ärenden som presenteras nedan visar vad det innebär när den garantin inte infrias. Några exempel:

Återkommande larmfel och utebliven hjälp

En boende drabbades av allvarliga brister i både teknik och bemanning då trygghetslarmet vid upprepade tillfällen inte fungerade, var urladdat eller glömdes bort av personalen. Den boende har därmed lämnats utan möjlighet att påkalla hjälp trots ett hälsotillstånd som kan innebära fara för liv. Brister i bemanningsplaneringen har också lett till att hjälp med basala behov uteblivit eller försenats kraftigt, där den boende tvingats vänta upp till en timme på hjälp till toaletten. Vid dessa tillfällen har personen inte kunnat hålla sig och tvingats ligga i urin eller avföring i upp till 45 minuter.

Höftfraktur oupptäckt i fyra månader

En boende levde med en oupptäckt höftledsfraktur under fyra månader. Under denna period dokumenterades totalt 13 falltillbud, elva på gruppboenden och två på den dagliga verksamheten. När frakturen slutligen konstaterades den omöjliggjordes en operation av att ett sår, som uppstått vid ett fall i april, hade blivit infekterat. Händelseförloppet innebar ett omfattande och långvarigt fysiskt och psykiskt lidande för den boende.

Ingen lagad middag på två och ett halvt år

En boende fick ingen lagad middag på cirka två och ett halvt år. Beslutet att ta bort middagen hade fattats av en personal som slutat, och aldrig korrigerats. Beslutet var inte förankrat hos sjuksköterska eller dietist. Fyra av sex boende på boendet saknade verbalt tal och hade inte fått tillräckligt kommunikativt stöd för att göra sig förstådda. Missförhållandena hade normaliserats och ingen hade reagerat.

Ett boende utan personal en hel morgon

Personal saknades under stora delar av morgonen på ett boende med fyra boende. Gruppboenden med fyra boende, var till största del obemannad mellan kl. 05-12. Detta resulterade i att de boende inte fick hjälp med personlig hygien, förflyttning, påklädning, frukost och morgonmedicin. Stödet hade under flera timmar i praktiken upphört. En boende hittades utan kläder och upplevdes rädd. Det fanns urin och avföring på golv och möbler. Två boende låg kvar i sängarna utan möjlighet att ta sig upp.

Försummad omvårdnad som drabbade alla boende

Systematiska brister påverkade samtliga boende under lång tid. Städning uteblev, hjälp med omvårdnad försumrades och en boende utvecklade blödande hematom under tånaglarna till följd av eftersatt fotvård. Inkontinensstöd byttes inte och läkemedel kunde inte delas ut eftersom personal saknade tillgång till nycklar. Flera boende uttryckte rädsla för personalen. Främsta bakomliggande orsak till att händelserna kunnat inträffa bedöms ha berott på att personalgruppen trots åtgärder från ledningen har fortsatt svårt för att fokusera på uppdraget och gruppen präglas av interna konflikter, låg arbetsmognad och brist på ansvarstagande.

Stöd som uteblev trots larm från externa aktörer

En boende med Aspergers syndrom levde under lång tid utan det stöd personen hade rätt till. Situationen uppmärksammades först efter att externa aktörer slagit larm. Verksamheten har under flera år inte arbetat aktivt med stödet, vilket bland annat lett till att den boendes lägenhet förfallit till en sanitär olägenhet. Verksamheten saknade under lång tid en tydlig bild av hur den boendes situation faktiskt såg ut.

Bruten fot oupptäckt, naken och nedsmutsad

Sjuksköterska kontaktades vid misstanke om en stukad fot, men dokumentation saknades och det finns en stark misstanke om att frakturen skett tidigare. Vid ankomst fann legitimerad personal patienten naken nedtill, smutsig av avföring och kraftigt smärtpåverkad utan frukost. Bristande bemötande ledde till att patienten självskadade till blödning. Utredningen visar även på andra omfattande brister, som nedsättande språk i dokumentation, uteblivna måltider, kraftig viktnedgång hos en annan boende och att personal använt felaktiga lyftselar.

Bristande efterlevnad av insatser och respekt för de boendes behov

Personalen arbetade inkonsekvent och ignorerade ofta de boendes genomförandeplaner. De betedde sig oprofessionellt genom att ställa in beviljade LSS-insatser av oväsentliga skäl, såsom dåligt väder, eller för att de själva prioriterade andra ärenden. Det förekom ett otrevligt bemötande där personal uttryckte negativa attityder och kallade boende för "jobbiga", "bortskämda" eller "ouppfostrade". De boende drabbades av en otrygg vardag fylld av frustration då deras specifika behov av struktur och tydlighet ofta förbisågs av personalen.

Vanvård och brister i grundläggande trygghet

Trots sju obesvarade larm under en natt påträffades den boende på morgonen med omfattande blåmärken och behövde föras akut till sjukhus med ambulans. Vid ett annat tillfälle fann personal den boende naken och nedkyld i en säng utan sängkläder med intorkad avföring i ansikte och på kroppen. Bostaden, inklusive kök, toalett och sovrum, var nedsmutsad av avföring och urin. Utredningen visar att personal medvetet undvikit den boende på grund av rädsla, vilket resulterat i en ovärdig livssituation och djup psykisk otrygghet.

4. Fokus: Farliga miljöer och livshotande situationer

Stödet i LSS-bostaden ska ge trygghet till den enskilde. Det förutsätter att verksamheten faktiskt hanterar och förebygger risksituationer och inte bara identifierar dem.

Omkring en tredjedel av de 233 granskade ärendena innefattar farliga miljöer eller livshotande situationer. De fall som fick dödlig utgång redovisas i kapitel 10. De fall som används som exempel i detta kapitel handlar om allvarlig risk och fara, men inte om dödsfall.

I vissa fall är det en enskild händelse som blivit farlig eller till och med livshotande. Men samtidigt visar flera av fallen att det ofta inte handlar om en enskild olycka eller ett oförutsett skeende. Utredningar beskriver situationer där flera skyddssystem brustit samtidigt och där riskerna sällan var okända. Trots att riskerna var kända saknades förmåga, rutiner och/eller ledarskap att införa rutiner och skyddsmekanismer för att förhindra allvarliga händelser. Några exempel:

Drack rengöringsmedel och spraybalsam

En boende hade ett känt, uppsökande beteende att förtära olämpliga vätskor. Trots detta fick hen upprepade gånger tillgång till produkter som rengöringsmedel och spraybalsam, vilket ledde till akutsjukvård och kräkningar. Verksamheten misslyckades med att skapa tillräckliga skyddsåtgärder då risken inte dokumenterats i genomförandeplanen och farliga vätskor lämnats tillgängliga. Utredningen visar att personalen kände till beteendet, men att brister i ledning och informationsöverföring hindrade att adekvata åtgärder sattes in i tid.

Självmordsrisk underskattades

En boende med autism, dokumenterad psykisk ohälsa och tidigare självmordsförsök uttryckte akuta suicidtankar. Trots tydliga instruktioner i omvårdnadsplanen kontaktades inte sjuksköterska. Kort därefter lade sig den boende vid en busshållplats i syfte att bli påkörd. Otydligt ledarskap och osäkerhet hos personal och vikarier hade lett till att kända riskfaktorer ignorerades.

Droghandel på serviceboendet

Under lång tid förvarade och hanterade en boende narkotika i verksamhetens gemensamma utrymmen. Utomstående personer med koppling till droghandel vistades regelbundet i verksamheten. Personal uppgav att de behövde låsa in sig för att känna sig trygga. Övriga boende slutade använda gemensamma utrymmen och isolerade sig i sina lägenheter. Riskerna var kända men tillräckliga åtgärder uteblev under lång tid.

Boende lämnade boendet mitt i natten

En personal förlorade medvetandet eller blev kraftigt påverkad under ett nattpass. En boende som upptäckte situationen, blev rädd och trodde personalen skulle dö, och sprang för att söka hjälp. Den boende var orolig och upprörd och lämnade sedan boendet mitt i natten, nu utan tillräckliga kläder, och ådrog sig sårskador på händerna innan polis återförde personen till hemmet. Kollegor hade vid upprepade tillfällen tidigare larmat om att medarbetaren verkat påverkad eller somnat under arbetspass. Den boende drabbades efteråt av svår ångest och sömnproblem.

5. Fokus: Maktmissbruk, tvång, begränsningar och ageranden mot enskilds vilja

Tvång- och begränsningsåtgärder inom LSS tar sällan formen av ett enskilt, uppenbart övergrepp. Det är låsta kylskåp som blir rutin, bestraffningar som kallas arbetsmetoder och tvång som motiveras med omsorg. Begränsningar som ingen längre ifrågasätter för att de funnits där så länge.

Omkring tre av tio av de granskade ärendena innehåller någon form av maktmissbruk, tvång, begränsning eller agerande mot den enskildes uttryckta vilja. Det handlar inte alltid om fysiskt tvång. Ofta rör det sig om situationer där människor fråntas möjligheten att fatta beslut om sin egen vardag genom att exempelvis hindras från att använda sina tillhörigheter, nekas tillgång till mat eller gemensamma utrymmen, eller utsätts för begränsningar som saknar stöd i lag.

I flera ärenden beskrivs hur verksamheter gradvis utvecklat egna regler och arbetssätt som kommit att ersätta den enskildes rätt till självbestämmande. Åtgärderna har ofta införts med goda intentioner för att skapa ordning, minska konflikter eller skydda boende från risker. Men LSS bygger på självbestämmande. Det är den principen som glöms bort med oroväckande regelbundenhet i de ärenden som presenteras nedan.

Några exempel:

Vaccination trots uttryckliga protester

En boende motsatte sig vaccination både muntligt och skriftligt vid upprepade tillfällen. Trots detta genomfördes vaccinationen medan två sjuksköterskor höll fast personen. Utredningen konstaterade att självbestämmandet inte respekterades, även om verksamheten ansåg sig agera i den boendes intresse. Liknande situationer hade förekommit tidigare.

Ögonundersökning genomfördes trots motstånd

En boende med pågående ögoninfektion gjorde motstånd vid en specialistundersökning. Två personal höll fast den boendes händer och underarmar medan läkare höll i haka och ögonlock för att genomföra undersökningen. Utredningen konstaterar att händelsen saknade lagstöd och utgjorde en otillåten tvångsåtgärd.

Fördes till transport mot sin vilja

Personal tvingade vid upprepade tillfällen en boende till ett transportfordon trots kraftigt motstånd. Vid ett tillfälle tog två personal den boende i varsin arm och förde in hen i bussen medan hen grät och skrek att hon inte ville åka. Händelserna rörde inplanerade helgbesök och var inte akuta nödsituationer. Utredningen slår fast att det var otillåtna tvångsåtgärder utan lagstöd.

Låsta kylskåp och begränsad tillgång till mat

Kylskåp och frysar hölls låsta med bygellås och mat förvarades inlåst i förråd. Tillgången till hushållsartiklar och personliga tidningar begränsades på liknande sätt. Åtgärderna saknade individuella riskbedömningar och lagstöd. Istället hade en arbetskultur vuxit fram där begränsningarna användes som rutin.

Begränsningar blev rutin

Otillåtna begränsningar infördes successivt utan lagstöd eller dokumenterade beslut. Den boende stod under kontinuerlig bevakning av personal och väktare, ett draperi med möbler framför skapade en fysisk barriär mot gemensamma utrymmen och ett rörelselarm övervakade den boendes förflyttningar utan samtycke. Den boende saknade nyckel och kunde inte lämna enheten på egen hand.

Systematiska begränsningar i vardagen under flera år

Samtliga boende begränsades under flera år i tillgång till mat, dryck, vatten, kläder, leksaker och hygienartiklar. Boende hindrades även från att använda gemensamma utrymmen.

Begränsningarna hade inte beslutats vid enskilda tillfällen utan vuxit fram till ett normaliserat arbetssätt – ett av de tydligaste exemplen i materialet på hur maktmissbruk kan bli osynligt.

Bestraffningar som arbetsmetod

Boende nekades tillträde till gemensamma utrymmen och träningskök. När boende inte följde personalens regler tillämpades sanktioner: deltagande i daglig verksamhet förvägrades, vissa stödinsatser drogs in och önskemål om extra mat nekades. En boendes alkohol beslagtogs och låstes in. Begränsningarna saknade lagstöd och personalens kunskap om regelverket var bristfällig.

6. Fokus: Kränkande bemötande och psykiska övergrepp

Kränkande bemötande syns inte alltid utåt. Det hörs inte alltid. Det lämnar inga blåmärken. En boende som inte har talat språk kan inte berätta att personalen skrämde hen. En person med kommunikationssvårigheter kan inte alltid förklara varför hen mår sämre när en viss personal arbetar. Det är just det som gör den här typen av missförhållande så svåra att fånga, och så allvarliga.

Omkring tre av tio av de granskade ärendena innehåller kränkande bemötande eller psykiska övergrepp. Det kan handla om personal som hånat, förlöjligat eller skrämt boende, om nedsättande kommentarer, hot och återkommande respektlöst bemötande. Ofta är det inte enstaka olyckliga formuleringar utan mönster som fått fortgå därför att ingen sett dem – eller sett dem, men inte agerat. Några exempel:

Hån efter inkontinensolycka

En boende kom ut i ett gemensamt utrymme med bar underkropp efter en inkontinensolycka, sannolikt för att söka hjälp. Istället möttes personen av skratt och kränkande kommentarer. En personal uppmanade en annan boende att titta på den nakna personen. En av de inblandade personalerna beskrevs av kollegor ha haft ett hårt och strängt bemötande mot boende under lång tid, utan att avvikelser skrivits.

Nedsättande språkbruk under lång tid

Personal använde uttryck som "apa", "mongo" och "bebis" när de talade om eller till boende. Språkbruket förekom under en längre tid och flera medarbetare kände till problemen. Utredningen visar att det inte rörde sig om enstaka händelser, utan om en negativ och kränkande jargong samt en tystnadskultur som utvecklats i delar av arbetsgruppen.

Rädsla användes som styrmedel

Personal utnyttjade en boendes rädsla för fyrverkerier genom att visa filmer och prata om fyrverkerier för att provocera fram reaktioner. Personal använde även bilder på kollegor som brukarna ogillade för att styra deras beteende. Agerandet beskrevs som "skojande" men skapade frustration, otrygghet och rädsla. För flera av de boende har det medfört frustration och oro. För en boende som är rädd för fyrverkerier har det även lett till rädsla och otrygghet. För hen, som också har diabetes, ledde oron även till kraftigt stigande blodsockernivåer.

Hotfullt bemötande med allvarliga konsekvenser

En boende utsattes vid två tillfällen under samma kväll för hotfullt och kränkande bemötande. Personal gick olovligen igenom den boendes mobiltelefon och tog sig senare in i bostaden via en altandörr tillsammans med en utomstående person. Den boende isolerade sig i sitt hem och uppvisade dagen efter ett självskadebeteende som krävde akutsjukvård.

Fysiskt och verbalt våld, inklusive slag, knuffar och kränkningar

Personal utsatte boende för fysiskt och verbalt våld, inklusive slag, knuffar och kränkningar. Boende har uttryckt stark rädsla och otrygghet. Vid en händelse slog personal en boende i ansiktet under läggning, vilket ledde till att boende i ren skräck börjat be om ursäkt, slutat äta eller gått och lagt sig tidigt för att undvika personal. Situationen förvärras av en tystnadskultur och djupa, långvariga konflikter i personalgruppen som ledningen misslyckats med att åtgärda.

7. Fokus: Fysiska övergrepp och direkt våldsutövning

Omkring tre av tio av de granskade ärendena innehåller fysiska övergrepp eller direkt våldsutövning: slag, knuffar, hårdhänta ingripanden, nackgrepp eller andra fysiska handlingar från personal eller andra i verksamheten.

Utredningarna beskriver stress, bristande kompetens, otydligt ledarskap och situationer som eskalerat utan att någon haft verktygen att hantera dem. Det förklarar ibland hur det kunnat hända. Det ursäktar det aldrig. Och det förändrar inte det grundläggande: personer som bor i LSS-bostäder ska inte utsättas för våld av dem som har i uppdrag att ge stöd.

Men våldet kommer inte alltid från personalen. I materialet finns ärenden där boende utsatts för våld av en annan boende, situationer som ställer krav på verksamhetens förmåga att skydda alla som bor där. Och i ett av exemplen nedan handlar det om något annat igen: ett ärende där en boende under flera år uppvisade återkommande skador och berättade att hennes partner slog henne, utan att verksamheten agerade tillräckligt. Det visar på konsekvenserna när verksamheter saknar rutiner för att hantera när en boende utsätts för våld i nära relation.

Några exempel:

Blåmärken och hårdhänt hantering

Omfattande blåmärken på armar, rygg och bakdel uppmärksammades på en boende. Personal hade fört personen genom en korridor med grepp runt midjan och armen trots att hen skrek, grät och gjorde aktivt motstånd. Flera medarbetare hade gjort observationer vid olika tillfällen, men tidigare rapportering hade inte tagits på allvar. Bristande fokus på den boende och organisatoriska brister ledde till kränkningar och vårdslöst bemötande, vilket allvarligt påverkade den boendes trygghet och fysiska integritet.

Örfil efter konflikt

En boende blev utåtagerande vid en förflyttning och slog och spottade mot en medarbetare. Medarbetaren svarade med att ge den boende en hård örfil, varefter den boende blev mer orolig och slog mer. Den berörda medarbetaren nekar till händelsen. Utredningen pekar på bristande ledning, hög chefsomsättning och brister i kompetens kring lågaffektivt bemötande som bakomliggande orsaker.

Nackgrepp och skrik

En medarbetare uppgavs ha tagit ett nackgrepp på en boende och skrikit åt personen. Händelsen bevitnades av en anhörig och en annan boende. Medarbetaren förnekar nackgreppet men uppger att hen agerade i affekt efter att ha blivit biten. Utredningen konstaterar att ingripandet inte var professionellt. Den boende som bevitnade händelsen har vid upprepade tillfällen pratat om det inträffade. Medarbetaren fick inte arbeta kvar i verksamheten efter händelsen.

Tvångsmatning och fasthållning av döv boende

Vikarierande personal tvångsmatade en döv boende med autism genom att spänna fast hen i en stol, hålla fast hens armar och tvinga in mat i munnen. Personalen ska även ha hållit för så att den boende inte kunde resa sig upp. Utöver tvångsmatningen låstes dörren till den boendes toalett och den boende förvägrades vara ensam där, trots att hen använder toaletten som en vilozoon för att få paus från sinnesintryck. Utredningen pekar på att språkförbistringar hos personalen kan vara en bakomliggande orsak till att rutiner och lagstiftning inte följts. Att den boende saknar talat språk och är döv har försvårat möjligheten för hen att berätta om det inträffade.

Partnervåld som verksamheten kände till

Personal hade sedan 2022 vid upprepade tillfällen uppmärksammat blåmärken på en boendes armar vid ungefär 20 tillfällen enligt en medarbetare. Den boende berättade att hennes pojkvän "blir så till sig" och uttryckte oro för att ha honom på besök. Trots uppgifterna och de återkommande skadorna vidtogs inte tillräckliga åtgärder.

8. Fokus: Sexuella kränkningar och gränsöverträdelser

Sexuella kränkningar är den kategori i rapporten där beroendet och utsattheten är som tydligast. Omkring var tionde av de granskade ärendena innehåller någon form av sexuella kränkningar, gränsöverträdelser eller allvarliga integritetsintrång av sexuell karaktär. Det är en av rapportens mindre kategorier räknat i antal, men också en av de allvarligaste.

Det handlar om personer som inte alltid kunnat berätta vad som hänt. För att de saknat språk, för att de inte förstått, för att de stängt av sina känslor och låtit det pågå. Det kan handla om relationer mellan personal och boende, där maktskillnaden är så stor att begreppet frivillighet är satt ur spel. Personal får och ska förstås inte inleda någon form av sexuella relationer med en boende. Det kan också handla om oönskade relationer mellan två boende. Och det handlar om system som inte skyddat, där dokumentation upphört, skyddsåtgärder dröjt och riskbedömningar saknats trots känd utsatthet.

Ärendena i denna kategori är få i jämförelse med andra kategorier. Det är värt att påminna om att sexuella kränkningar är den typ av missförhållande som är svårast att upptäcka och rapportera, särskilt när de drabbade har begränsade möjligheter att berätta.

Vi har i samband med granskningen fått information om att sexuella övergrepp inte alltid polisanmäls. Vi kan också se tendenser till att polisen när de utreder denna typ av ärenden inom LSS-bostäder väljer att avsluta ärendena utan åtgärd.

Några exempel:

Sexuella beröringar mot vilja när två boende lämnades ensamma

Två boende påträffades tillsammans på en låst toalett. Den ene berättade efteråt att den andre tvingat av hen kläderna och genomfört sexuella beröringar mot hens vilja. Det dröjde över en vecka innan skyddsåtgärder vidtogs. Under mellantiden lyckades den misstänkte återigen ta sig in i den utsattes bostad. Verksamheten saknade handlingsplaner för övergrepp och personalen hade bristande kunskap om samtyckeslagstiftning.

Övergrepp som upptäcktes långt senare

En boende utsattes för ett sexuellt övergrepp av en annan boende. Utredningen beskriver hur den utsatte försökte avvisa närmanden och flytta på sig, men blev fasthållen, fick sina kläder avtagna och blev berörd på intima delar mot sin vilja. Den utsatte har berättat att hen då "stängde av" sina känslor och lät det pågå tills förövaren avbröt handlingen. Det som gjorde ärendet svårt att upptäcka omedelbart var att den utsatte, trots personalens frågor under dagen, inte ville berätta vad som hänt. Först efter flera samtal under kvällen bekräftade hen att något inträffat, och vid midnatt, nästan ett dygn efter händelsen, framkom detaljerna när den boende ringde personalen och grät. Utredningen visar även på brister i verksamhetens systematiska arbete, då det trots kännedom om att den boende tidigare varit utsatt för sexuella övergrepp saknades dokumenterade riskbedömningar och förebyggande åtgärder specifikt för sexuell utsatthet.

Relation mellan personal och boende

En personal utvecklade en privat relation med en boende med övernattningar, gåvor, sekretessbrott och privata kontakter utanför uppdraget. Enligt utredningen förekom även en sexuell relation. Maktskillnaden mellan personal och boende gör att professionella gränser måste upprätthållas även när relationen upplevs som frivillig av de inblandade.

Filmades i privat situation

En boende filmades med privat mobiltelefon i en situation som borde ha varit skyddad från insyn. Materialet spreds via Snapchat. Händelsen bedömdes som en allvarlig integritetskränkning och aktualiserar frågor om kroppslig integritet, makt och utsatthet.

9. Fokus: När enskilda faller mellan stolarna och stödet uteblir

Fallen i detta kapitel visar exempel på när enskilda fallit mellan stolarna och vad det innebär i praktiken: en boende utan ett enda dokumenterat stödförsök på tio år, en ungdom med ett beviljat beslut som aldrig verkställdes, en man vars anhöriga slog larm upprepade gånger och fick höra att ansvar inte kunde utkrävas förrän något faktiskt hänt.

Det gemensamma är inte att ingen visste. Det gemensamma är att vetskapen inte ledde någonstans. Ansvar delades mellan aktörer tills det i praktiken inte tillhörde någon. Uppföljning uteblev. Dokumentation upphörde. Och personen i centrum fortsatte leva i en situation som ingen längre hade överblick över. Det är den typen av missförhållande som är svårast att se – och svårast att utkräva ansvar för. Det finns ingen enskild handling att peka på. Bara en lång rad av underlåtenheter. Några exempel:

Övergiven och utnyttjad – fysiskt, sexuellt och ekonomiskt i tio år

En boende lämnades utan dokumenterat stöd under en period av tio år. All journalföring och alla dokumenterade försök att stödja den boende upphörde efter juni 2015 – trots att personen bodde kvar i en av kommunens servicebostäder. Under denna tid utsattes hen för omfattande fysiskt, sexuellt och ekonomiskt utnyttjande. När situationen slutligen uppdagades beskrevs lägenheten som fallfärdig. Utredningen pekar på systemfel snarare än personalomsättning: sex av sju medarbetare hade arbetat vid enheten i fem till tio år. De bakomliggande orsakerna identifieras som ledningens förnekelse av uppdraget, bristande uppföljning och att verksamheten helt avstått från sitt hälso- och sjukvårdsansvar för den boende.

Ingen visste om insatsen genomfördes

En person hade beviljats servicebostad enligt LSS. När situationen granskades framkom omfattande brister i dokumentation och uppföljning. Det gick inte att avgöra hur eller ens om den beviljade insatsen faktiskt genomförts. Verksamheten saknade tillräcklig kontroll över hur stödet fungerade i praktiken.

År av uteblivna insatser och systematiska brister

En man med omfattande funktionsnedsättningar utsattes för ett långvarigt allvarligt missförhållande där han föll mellan stolarna på grund av bristande samverkan och ledningsansvar. Under perioden 2015–2023 tvingades han bo i en oanpassad miljö, vilket ledde till svår psykisk ohälsa, självskadebeteende och en ovärdig boendesituation med stora hygieniska brister till följd av ett sjukligt vätskeintag. Trots upprepade larm från anhöriga och personal under många år ignorerades behov av säkerhetsåtgärder och stöd. Utredningen visar på en försummelse där tidigare beslutade åtgärder inte genomfördes och allvarliga incidenter lämnades outredda, vilket utsatte mannen för ett omfattande onödigt lidande fram till hans död.

Sex utdragna tänder efter utebliven omsorg

Vid en tandvårdskontroll konstaterades att en boende behövde dra ut sex tänder på grund av tandlossning. Stöd med munhygien och mellanrumstandborstning fanns i genomförandeplanen, men informationen överfördes aldrig till de dagliga arbetsinstruktionerna efter en flytt. På grund av en ostrukturerad verksamhetsstart, hög personalomsättning och bristande rutiner för att läsa genomförandeplaner, fick den boende inte det ordinerade stödet under fjorton månader. Utredningen bedömer att bristerna kan ha påskyndat tandlossningen.

10. Fokus: Dödlig utgång

Det är viktigt att understryka att ett dödsfall inom en LSS-verksamhet inte automatiskt innebär att verksamheten brustit, och än mindre att den orsakat dödsfallet. Människor som bor i LSS-bostäder kan ha komplexa hälsotillstånd och dödsfall förekommer av naturliga skäl.

Rapporten gör inga medicinska bedömningar och drar inga egna slutsatser om dödsorsaker. Det som redovisas är de missförhållanden som framkommit i de Lex Sarah-utredningar som verksamheterna själva genomfört. I flera av dessa utredningar beskrivs brister i tillsyn, uppföljning eller medicinsk bedömning som föregått dödsfallet utan att utredningarna själva drar slutsatsen att bristerna orsakade det. Det är i den andan dessa ärenden ska läsas.

I ärendena nedan fanns brister som var kända innan dödsfallet inträffade. I ett fanns ett beslut om ständig tillsyn. I ett annat ärende fanns en läkare att kontakta, men det skedde aldrig. Utredningarna ställer inte frågan om dessa personer hade överlevt om allt fungerat som det skulle. Den frågan går inte att besvara. De ställer en annan fråga: fungerade stödet, tillsynen och uppföljningen som det var tänkt?

Några exempel:

Tillsynen som skulle skydda

En boende hade en fastställd kvävningsrisk som krävde oavbruten bevakning, och verksamheten kände till upprepade tidigare tillbud. Vid händelsen befann sig samtliga tre medarbetare på kontoret för administrativt överlämnande i direkt strid med instruktionen om ständig närvaro i gemensamhetsutrymmet. Under de cirka 25 minuter som tillsynen uteblev fick den boende tag på bakverk, satte i halsen och avled senare. Etablerade skyddsrutiner ignorerades och livsmedel förvarades tillgängligt trots gällande restriktioner.

Veckor av försämring utan läkarbedömning

En boende hade under lång tid problem med förstoppning och återkommande smärtor. Under sommaren försämrades tillståndet successivt. Trots flera vårdkontakter genomfördes ingen fysisk läkarbedömning på plats och dokumentationen kring behandlingar var bristfällig. När den boende började kräkas avföring hade situationen blivit mycket allvarlig. Personen avled några dagar senare. Utredningen bedömer att den boende sannolikt utsattes för ett onödigt lidande under sin sista levnadstid.

Kvävning under måltid

En boende avled efter att ha kvävts under en måltid i sin lägenhet. Trots att personal vid flera tillfällen tvingats ta ut mat ur den boendes mun när hen stoppat in för mycket, rapporterades detta inte som avvikelser och ledde inte till några åtgärder. Ingen riskbedömning gjordes, vilket innebar att man trots tilltagande demens lät hen äta ensam utan tillsyn, då personalen inte insett kvävningsrisken. Detta skedde genom en lokal rutin som stred mot genomförandeplanens föreskrift om måltider i matsalen, vilket ledde till att det dröjde 45 minuter innan den livlösa boende upptäcktes.

Oro som inte ledde till åtgärd

Personal uttryckte oro för en boendes hälsotillstånd och misstänkte att personen var på väg att avlida. Trots detta kontaktades inte sjuksköterska omedelbart. Den boende flyttades i stället till sitt sovrum i en osäker förflyttning med en vanlig karmstol, trots att det fanns utprovade hjälpmedel på enheten. Oro för den boendes tillstånd ledde inte till de medicinska kontakter eller säkra rutiner som situationen krävde.

När betydelsen inte kan uteslutas

En boende avled efter att medicinsk bedömning inte genomförts i tid. Utredningen konstaterar inte att den uteblivna bedömningen orsakade dödsfallet – men anger att det inte kan uteslutas att den haft betydelse för utgången. Även när direkta orsakssamband inte kan fastställas kan brister i vård, tillsyn eller uppföljning vara så allvarliga att de måste granskas och åtgärdas.

Avliden efter fall på toalett

En boende med nedsatt rörlighet påträffades ihopsjunken på toaletten och avled senare på sjukhus. Eftersom hen hittades först vid morgontillsynen kan hen ha blivit liggande hjälplös i flera timmar. Enligt enhetschefens redogörelse hade personal lyft den boendes försämrade tillstånd och tidigare fall, men trots detta fanns ingen planerad tillsyn mellan de ordinarie insatserna. Det framkom även att förslag om att ta hjälp av Trygghetsjouren under natten inte togs vidare. Utredningen konstaterar att det inte med säkerhet går att fastställa ett direkt samband mellan avsaknad av tillsyn och dödsfallet. Sammantaget bedöms dock att det förekommit brister i planering, kommunikation och uppföljning av den boendes behov.

11. Problemen var ofta redan kända

Ett av de mest alarmerande resultaten i denna rapport är att problemen sällan uppstod utan förvarning. Omkring hälften av ärendena innehåller tidigare kända problem eller varningssignaler, men vad det innebär varierar. I vissa fall hade en risk identifierats men personen utsattes ändå, utan att tillräckliga åtgärder vidtogs. I andra fall hade risken varit känd och dokumenterad, men personen utsattes ändå för den när ingen agerade på det som redan var känt. I ytterligare andra hade anhöriga eller personal signalerat oro vid upprepade tillfällen, utan att signalerna ledde någonstans.

Det handlar alltså inte om ett enda mönster, utan om flera olika sätt som kunskap om risk kan finnas i en verksamhet utan att den omsätts i faktiskt skydd. Det innebär inte att verksamheterna borde ha förutsett exakt vad som skulle hända. Men det innebär att tecknen på att något inte fungerade ofta fanns i journaler, i avvikelserapporter, i anhörigas samtal med personal långt innan den allvarliga händelsen inträffade.

Det finns många skäl till att signaler inte leder till tillräckliga åtgärder: resursbrist, otydligt ansvar, en rapporteringskultur som inte fungerar, eller att ingen hade hela bilden. Den här rapporten gör inga anspråk på att besvara varför. Men att hälften av ärendena innehåller kända problem i någon form visar att förmågan att agera på det man redan vet är en av de mest centrala frågorna för att förbättra kvaliteten i LSS-verksamhet. Några exempel:

Kollegor såg problemen men rapporterade inte

Personal utsatte under lång tid boende för kränkande behandling med återkommande skrämselskämt och föremål som kastades. Vid ett tillfälle placerade personalen sin fot på en boendes mage. Trots kännedom underlät kollegor att rapportera på grund av en tystnadskultur och rädsla för repressalier från den anställde. Det var inte brist på kunskap som var problemet, utan svårigheten att agera på den kunskap som redan fanns.

Tre av fem boende hade larmat

Tre av fem boende vittnade om att de farit illa när viss personal arbetade. Personal hade skällt på boende och talat illa om kollegor. Minst en boende nekades toalettbesök nattetid och tvingades använda blöja. Verksamheten kände till problemen men vidtagna åtgärder var inte tillräckliga för att förhindra att situationen eskalerade.

Fyra år av varningssignaler utan att åtgärder vidtogs

Brister i omsorgen pågick mellan 2021 och 2025. Anhöriga signalerade oro återkommande. Hjälp med hygien, tandvård och andra grundläggande behov uteblev trots att problemen var kända. Varningssignalerna bestod inte av enskilda avvikelser utan av ett långsamt växande mönster som ingen lyckades bryta.

Otillåtna begränsningsmetoder och systematiska brister

Under lång tid utsatte personalen de boende för hotfullt bemötande och otillåtna begränsningsåtgärder, som att låsa in boende eller använda spännband för att hindra dem från att gå ut. Andra exempel på brister är kränkande fotografering, att boende ätit ur soporna på grund av slarv samt att personal utan körkort kört verksamhetens bil. Trots tidigare utredningar och insatta åtgärder har problemen kvarstått, då insatserna inte fått effekt eller följts upp av ledningen. För de boende har detta lett till en vardag präglad av rädsla, otrygghet och hälsorisker.

12. Förslag på åtgärder

Riksförbundet FUB har under lång tid framfört förslag på åtgärder för att återupprätta LSS och ge personer med allvarliga och livslånga funktionsnedsättningar möjlighet att leva som andra. Förslagen utgår från FN:s funktionsrättskonvention och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Tyvärr har varken tidigare socialdemokratiskt ledda regeringar eller den nuvarande moderatledda regeringen tagit fasta på förslagen. Resultatet ser vi idag. Personer med intellektuell funktionsnedsättning, Downs syndrom och autism får avslag på insatser som ledsagare, kontaktperson och LSS-bostad.

Mycket allvarligt är också de många bristerna i LSS-bostäderna, vilket framgår av denna rapport. Mängden allvarliga händelser tyder på att det inte handlar om enskilda misstag eller brister. Det handlar i stället om allvarliga systemfel i en hel verksamhet. Det är brist på tydlighet i statens styrning. Det saknas nästan helt nationell uppföljning och kontroll av en för många personer helt livsavgörande samhällsinsats – LSS-bostad för vuxna.

Vi föreslår följande:

1. Att regeringen i enlighet med vad Riksrevisionen föreslår i sin rapport LSS – ett kommunalt uppdrag under statens styrning och kontroll (mars 2026) förtydligar Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Enklast och snabbast sker detta genom att Förordningen för LSS (1993:1090) omarbetas.
2. Komplettering av Socialstyrelsens bindande föreskrifter, till exempel om antal boende i en gruppboendestad, hur många enheter en chef kan ansvara för, att enheter ej får samlokaliseras eller placeras i närheten av varandra samt rutiner för att förebygga användandet av tvångs- och begränsningsåtgärder.
3. Regeringen kompletterar Förordning (1993:1090) med att ge Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i uppdrag att utöka tillsynen så att den omfattar alla LSS-boenden, till exempel vartannat år.
4. En statlig LSS-inspektion införs redan 2027 med resurser och sanktionsmöjligheter.
5. Ett LSS-lyft där statliga medel avsätts under 2027 för att garantera kompetensutveckling och kontinuerlig professionell handledning för medarbetare inom LSS.
6. FN:s funktionsrättskonvention görs till svensk lag, för att säkerställa att alla offentliga beslut på nationell, regional och kommunal nivå utgår från mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Bilaga: Lagen om stöd och service för viss funktionshindrade (1993:387)

Källa: Socialstyrelsen

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade - LSS LSS är en rättighetslag som ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor, att de får den hjälp de behöver i det dagliga livet och att de kan påverka vilket stöd och vilken service de får.

Målet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra. LSS ger rätt till tio insatser för särskilt stöd och särskild service som människor kan behöva utöver det som de kan få genom annan lagstiftning.

LSS är ett komplement till andra lagar och innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som andra lagar ger. En begäran om stöd och service från en person som ingår i lagens personkrets bör i första hand prövas enligt LSS om det är en insats som regleras i lagen. Motivet till detta är att det i allmänhet får antas vara till fördel för den enskilde.

Vem gäller lagen för?

LSS gäller för

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

Lagen innehåller tio rättigheter/insatser

1. Rådgivning och annat personligt stöd

En rätt till kvalificerat expertstöd av personal som förutom sin yrkeskunskap har särskild kunskap om hur det är att leva med stora funktionshinder. Stödet kan till exempel ges av kurator, psykolog, sjukgymnast, förskolekonsulent, logoped, arbetsterapeut eller dietist. Råd och stöd ska vara ett komplement till och inte en ersättning för t.ex. habilitering, rehabilitering och socialtjänst.

2. Personlig assistans

Personlig assistans ska vara ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal assistenter till den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sina grundläggande behov (hjälp med personlig hygien, måltider, att klä av- och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskap om den funktionshindrade).

Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till personlig assistans för andra personliga behov. För att få personlig assistans ska insatsen ha beviljats innan en person fyller 65 år eller så ska ansökan ha inkommit senast dagen före 65-årsdagen och sedan blivit beviljad. Antalet assistanstimmar får inte utökas efter att personen har fyllt 65 år. Den assistansberättigade kan välja att få assistansen genom kommunen eller få ekonomiskt stöd och själv vara arbetsgivare eller anlita t.ex. ett kooperativ eller annan utförare. Kommunen är ansvarig för kostnaden för personlig assistans när de grundläggande behoven uppgår till högst 20 timmar per vecka. Den som har behov av att personlig assistans för sina grundläggande behov mer än 20 timmar per vecka har rätt att få assistansersättning.

3. Ledsagarservice

Den som inte har personlig assistans kan istället ha rätt till ledsagarservice. Ledsagarservice ska vara en personlig service, anpassad efter individuella behov som ska kunna underlätta för den enskilde att delta i samhällslivet.

4. Kontaktperson

En kontaktpersonen ska vara en medmänniska som kan underlätta för den enskilde att leva ett självständigt liv genom att minska social isolering, ge hjälp till att delta i fritidsaktiviteter samt ge råd i vardagssituationer. Stödet kan ibland ges av en familj, så kallad stödfamilj.

5. Avlösarservice i hemmet

Avlösarservice ska kunna fås både som en regelbunden insats och för situationer som inte kan förutses. Den ska vara tillgänglig alla tider på dygnet.

6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

Korttidsvistelse är till för att ge den enskilde möjlighet till rekreation och miljöombyte eller för att ge anhöriga tillfälle till avlösning. Korttidsvistelse kan ordnas i korttidshem, i en annan familj eller på något annat sätt t.ex. läger- eller kolonivistelse.

7. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år

Skolungdom över 12 år ska kunna få tillsyn före och efter skoldagen samt under skolloven.

8. Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdom

Barn och ungdomar som inte kan bo hos sina föräldrar kan ha rätt att bo i en annan familj eller i en bostad med särskild service. Det ska vara ett komplement till föräldrahemmet både för barn som kan bo hos föräldrarna en del av tiden och för dem som inte alls kan bo hemma med sin familj.

9. Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad

Boendet kan utformas på olika sätt, men de vanligaste formerna är gruppboende eller serviceboende. Den enskilde kan också ha rätt att få en särskild anpassad bostad anvisad av kommunen.

10. Daglig verksamhet

Personer i yrkesverksam ålder, som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig, har rätt till daglig verksamhet om de ingår i personkrets 1 och 2 enligt LSS. Den dagliga verksamheten bör kunna innehålla såväl aktiviteter med habiliterande inriktning som mer produktionsinriktade uppgifter. Insatsen ska anpassas efter individuella behov, förutsättningar och intressen.



Riksförbundet FUB arbetar för att barn, ungdomar och vuxna med intellektuell funktionsnedsättning (IF) ska kunna leva som andra, med goda levnadsvillkor. Vi är drygt 25 000 medlemmar i cirka 170 lokalföreningar och länsförbund runt om i landet. Personer med IF och deras anhöriga är medlemmar i FUB, liksom många andra som delar vår grundsyn.

Vi arbetar med intressepolitiskt påverkansarbete, nationellt, regionalt och lokalt inom viktiga områden som rör barn, unga och vuxna. Sedan 1956 har FUB kämpat för personer med IF:s rättigheter. Alla ska ta plats i samhället, alla ska synas, höras och delta på sina villkor.