

Alltjämt ojämlikt!

Levnadsförhållanden för vissa personer
med funktionsnedsättning

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2010-6-21

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2010

Förord

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att ta fram en rapport om levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning, som har insatser enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Rapporten ger en översiktlig beskrivning av levnadsförhållanden inom en rad områden, till exempel ekonomi, arbete, utbildning och boende. Rapporten belyser situationen för personer med funktionsnedsättning ur ett handikappolitiskt perspektiv och resonerar kring uppfyllandet av de handikappolitiska målen om jämlika livsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Tonvikt ligger på en redovisning av den aktuella situationen år 2007.

Rapporten vänder sig i första hand till politiker på nationell, regional och lokal nivå, som genom sina beslut kan skapa bättre förutsättningar för jämlika levnadsförhållanden och högre delaktighet i samhällslivet för personer med funktionsnedsättningar. Rapporten vänder sig också till organisationer och myndigheter som arbetar för att förbättra situationen för personer med funktionsnedsättning och till forskare och personer som via sin profession kommer i kontakt med denna grupp.

Karin Flyckt (projektledare) och *Staffan Söderberg* har varit huvudförfattare. I arbetet med att skriva rapporten har *Peter Brusén*, *Ulla Clevnert*, *Lars Grönvik*, *Ebba Hedlund* och *Gunilla Ringbäck-Weintoft* deltagit. Även *Cecilia Eek*, *Eva Jansson*, *Karin Mossler* och *Birgitta Stegmayr* har bidragit i arbetet. *Anders Järleborg*, *Kerstin Westergren* och *Mats Talbäck* har ansvarat för statistiska analyser.

Arbetet har fortlöpande diskuterats med en referensgrupp, där representanter från Handikappförbundens Samarbetsorgan (HSO), Synskadades Riksförbund (SRF) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) medverkat.

Det är Socialstyrelsens förhoppning att rapporten är användbar i det fortsatta arbetet att tillförsäkra personer med funktionsnedsättning jämlika livsvillkor och förutsättningar för att kunna delta i samhällslivet.

Håkan Ceder

Ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	9
Om undersökningsgruppen	9
Insatser och stöd	9
Vanligt med assistansersättning	10
Skillnader i levnadsförhållanden	10
Boende	10
Ekonomi	10
Utbildning	11
Arbete	11
Fritid	11
Hälsa	12
<i>Förslag och fortsatt arbete</i>	13
<i>1. Inledning</i>	14
Politiska milstolpar	14
Större inflytande genom ökat medbestämmande	17
Ett tillgängligt samhälle ger större delaktighet	17
Målet är jämlika levnadsförhållanden	17
Studier om levnadsförhållanden	18
Är levnadsförhållandestudier relevanta för denna grupp?	18
Tidigare studier	18
Rapportens disposition	19
<i>2. Syfte och metod</i>	20
Syfte	20
Frågeställningar	20
Avgränsningar	20
Registerdata	21
Enkätundersökningen	21
<i>3. Om undersökningsgruppen</i>	23
Ålder och kön	23
Födelseland	24
Civilstånd	26
Förekomst av olika funktionsnedsättningar	27
När förvärvades funktionsnedsättningarna?	28
<i>4. Insatser och stöd</i>	29
Stöd från socialtjänsten	29

Assistansersättning	32
Hjälpmedel	33
Stöd från anhöriga	34
5. Boende och stöd i vardagen	36
Boendeförhållanden	36
Olika former av särskilt boende	38
Särskilt boende enligt LSS ökar	38
Vanligare att yngre bor i LSS-boende	39
Fler män än kvinnor bor i särskilt boende	41
Kompletterande insatser i särskilt boende	41
Olika former av stöd i ordinärt boende	42
Insatser i ordinärt boende	43
Vilka bor i olika boendeformer?	44
De flesta i LSS-boende har en utvecklingsstörning	44
De allra flesta är ensamstående	45
Boendestandard	45
Tillgång till kök och badrum	46
Tillgång till telefon, TV, dator och Internet	46
6. Ekonomi	48
Tidigare studier	49
Inkomstkällor	50
Sjuk- och aktivitetsersättning	52
Disponibel inkomst	52
Disponibel inkomst utifrån civilstånd	53
Svårt att kompensera fullt ut för inkomstskillnader	54
Ekonomisk utsatthet	55
Ekonomiskt bistånd	55
Självskattad ekonomisk utsatthet	56
Skillnader i ekonomisk utsatthet	57
Merkostnader på grund av funktionshinder	57
Höga hyror i olika boendeformer	57
7. Utbildning och arbete	60
Utbildning	60
Högsta avslutande utbildningsnivå	61
Förgymnasial utbildning	61
Gymnasium	62
Eftergymnasial utbildning	63
Vad beror den lägre utbildningsnivån på?	64
Pågående utbildning	65
Många bedriver folkhögskolestudier	66
Arbetsmarknadsanknytning	66
Många orsaker bakom låg arbetsmarknadsanknytning	69
Daglig verksamhet	70
8. Fritid	72
Rätten till en meningsfull fritid	73

Tidigare studier	74
Personer med insatser enligt LSS reser i mindre utsträckning på semester	75
Personer med insatser enligt LSS är mindre aktiva på sin fritid	75
Mindre aktivitet oberoende av ålder	76
Tillgänglighet	77
Personligt stöd	77
Dålig ekonomi	78
Skillnader mellan SoL och LSS	78
9. Hälsa	79
Hälsa och läkemedelsanvändning hos personer med utvecklingsstörning	80
Läkemedelsanvändning hos personer med insatser enligt LSS	82
Användning av psykofarmaka	82
Kombinationer av neuroleptika och läkemedel mot epilepsi	83
Användning av SSRI-preparat	85
10. Diskussion	87
Metoddiskussion	87
Alltjämt ojämnt	88
Ekonomi	89
Utbildning	89
Arbete	89
Fritid	90
Hälsa	90
Åtgärdbara skillnader	90
Ekonomiska förutsättningar	91
Bristande tillgänglighet	91
Brister i stöd och service	91
Funktionsnedsättningens grad och omfattning	91
Fortsatt arbete	92
Referenser	93
Bilaga 1. Utförlig metodbeskrivning	99
Analys	99
Registerpopulation	99
Tillförlitlighet hos registerdata	100
Enkätundersökningens urval och population	101
Enkätundersökningens tillförlitlighet	102
Bilaga 2. Enkätformulär	105

Sammanfattning

Denna rapport handlar om levnadsförhållanden för vuxna personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Undersökningsgruppen består av 57 500 personer. Rapportens huvudsakliga syfte är att undersöka i vilken utsträckning de handikappolitiska målen om jämlika levnadsförhållanden uppfylls för denna grupp. Rapporten syftar också till att beskriva undersökningsgruppen utifrån bland annat ålder, kön, etnisk bakgrund samt typ av funktionsnedsättning.

För att studera graden av handikappolitisk måluppfyllelse har Socialstyrelsen inhämtat data över både undersökningsgruppens och totalbefolkningens levnadsförhållanden. Det empiriska underlaget bygger på två källor: bearbetningar av registerdata från år 2007 och data från en enkät som skickades till ett urval av brukare hösten 2009. Beskrivningar och jämförelser av levnadsförhållanden görs inom ett antal centrala välfärdsområden: ekonomi, arbete, utbildning, boende, fritid och hälsa. Utöver jämförelser med befolkningen görs även jämförelser med andra grupper med funktionsnedsättning. Genom att referera till tidigare gjorda studier analyseras också vissa utvecklingstendenser för delar av undersökningsgruppen.

Om undersökningsgruppen

Personer med insatser enligt SoL är i genomsnitt äldre än personer som har insatser enligt LSS. Skillnaden beror till stor del på att många av insatserna enligt LSS beviljas till följd av medfödda funktionsnedsättningar. Andelen med utvecklingsstörning och rörelsehinder är hög bland personer med insatser enligt LSS. Det är också vanligt att personer med insatser enligt LSS har talsvårigheter och synnedsättningar. Bland personer med insatser enligt SoL finns en hög andel som har psykisk funktionsnedsättning. Ungefär 10 procent av undersökningsgruppen har ett annat födelseland än Sverige medan motsvarande andel i totalbefolkningen är 16 procent. Till skillnad från totalbefolkningen är majoriteten av undersökningsgruppen ogift.

Insatser och stöd

Rapportens undersökningsgrupp har dels insatser enligt SoL (boendestöd, dagverksamhet, hemtjänst eller särskilt boende) och dels enligt LSS (personlig assistans, ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice, korttidsvistelse, korttidsstillsyn, boende i familjehem, bostad med särskild service för barn och ungdomar, boende med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad och daglig verksamhet).

Ungefär hälften av undersökningsgruppen har någon form av hjälpmedel. Hälften i undersökningsgruppen behöver hjälp från sina anhöriga en eller flera gånger i veckan.

Vanligt med assistansersättning

Insatser enligt SoL och LSS ges många gånger i kombination med annat stöd, till exempel assistans enligt lagen om assistansersättning (1993:388), det vill säga personlig assistans beviljad av Försäkringskassan. Den högsta andelen med assistansersättning finns bland personer med daglig verksamhet enligt LSS, vilket indikerar att denna undergrupp har stora stödbehov. Drygt 7 procent av undersökningsgruppen (4 200 personer) har assistansersättning, utöver sina insatser enligt SoL eller LSS.

Skillnader i levnadsförhållanden

Resultaten visar på betydande skillnader i levnadsförhållanden mellan undersökningsgruppen och befolkningen i stort. Inom samtliga undersökta områden, med undantag för boendestandard, har undersökningsgruppen sämre levnadsförhållanden än befolkningen. I förhållande till befolkningen kännetecknas gruppen av en låg utbildningsnivå och ett utanförskap på arbetsmarknaden samtidigt som de har en svag personlig ekonomi och en mindre aktiv fritid. Familjebilden skiljer sig också gentemot generella mönster i befolkningen bland annat genom att färre är gifta eller har barn.

Vuxna personer med funktionsnedsättning som har stöd från socialtjänsten lever alltså under andra livsbetingelser än befolkningen i övrigt. Det är långt kvar till jämlika levnadsförhållanden för denna grupp. Det gäller särskilt för personer med insatser enligt SoL, i åldern 20-29 år. I denna grupp återfinns många personer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning.

I rapporten diskuteras orsakerna till detta, utifrån fyra förklaringsmodeller:

- ekonomiska förutsättningar
- bristande tillgänglighet
- brister i stöd och service
- funktionsnedsättningens grad och omfattning.

Boende

Boendestandarden, mätt som tillgång till kök eller kokvrå och bad eller dusch i bostaden, skiljer sig inte nämnvärt mellan undersökningsgruppen och befolkningen i stort. Skillnaden i förhållande till totalbefolkningen är även liten när det gäller tillgång till telefon och tv i den egna bostaden. Däremot har undersökningsgruppen inte tillgång till dator och Internet i lika stor utsträckning som befolkningen i övrigt.

Ekonomi

Undersökningsgruppens ekonomiska situation är sämre än för befolkningen i övrigt. Andelen personer med löneinkomst är mindre i undersökningsgruppen, jämfört med både totalbefolkningen och andra grupper av personer med funktionsnedsättning. Den disponibla inkomsten är också lägre för undersökningsgruppen än för andra grupper med funktionsnedsättning och för

den totala befolkningen. Detta förklaras till stor del av att många har sjuk- eller aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd som huvudsaklig inkomstkälla. Båda ersättningssystemen är tidsbegränsade, men det finns anledning att befara att de utgör permanenta inkomstkällor för dessa grupper.

Personer med insatser enligt SoL och LSS skiljer sig åt när det gäller mottagande av ekonomiskt bistånd. Det är ovanligt att personer med insatser enligt LSS har ekonomiskt bistånd och det är till och med ovanligare än i totalbefolkningen. Detta beror sannolikt på att kommunerna inte får ta ut mer i avgifter än att den enskilde får behålla tillräckliga medel för sina personliga behov (så kallat förbehållsbelopp). Det kan också bero på att anhöriga bidrar ekonomiskt i väsentlig utsträckning. För personer med insatser enligt SoL gäller det omvända. Här är det upp till fem gånger så vanligt med ekonomiskt bistånd än i totalbefolkningen och särskilt vanligt bland unga i åldern 20–29 år.

Utbildning

Undersökningsgruppen har en väsentligt lägre utbildningsnivå än befolkningen i övrigt. Skillnaden består framförallt i att en lägre andel fortsätter till vidare studier efter gymnasiet. År 2007 hade drygt 35 procent en eftergymnasial utbildning bland befolkningen. Bland personer med insatser enligt LSS är det knappt 5 procent som har eftergymnasial utbildning och bland personer med insatser enligt SoL är andelen 16 procent.

Det är vanligt att personer med insatser enligt SoL endast har gått i grundskola. Andelen bland totalbefolkningen i åldern 20–64 år med enbart grundskola uppgår till drygt 15 procent. Bland personer med insatser enligt SoL är denna andel nästan 35 procent. Skillnaden är som störst i åldersintervallet 20–29 där nästan varannan person enbart har grundskoleutbildning bland personer med insatser enligt SoL jämfört med var tionde i motsvarande ålder bland totalbefolkningen.

Arbete

För undersökningsgruppen är arbetsmarknadsförankringen betydligt lägre än för totalbefolkningen. Andelen som har ett lönearbete uppgår till cirka tio procent. Motsvarande siffra för totalbefolkningen i åldern 20–64 år är ungefär 80 procent. Det är fortfarande en öppen fråga om den svaga arbetsmarknadsanknytningen svarar mot frånvaron av arbetsförmåga hos gruppen, eller i vilken utsträckning den är ett uttryck för en segregerad arbetsmarknad där inte alla har jämlika möjligheter att skaffa sig en anställning. Det är troligt att fler personer med daglig verksamhet skulle klara av ett förvärvsarbete om de fick möjlighet.

Fritid

Undersökningsgruppen deltar i mindre utsträckning i kultur- och nöjeslivet samt motions- och friluftslivet jämfört med befolkningen i övrigt. De reser inte heller bort på semester i samma utsträckning som andra. Personer med insatser enligt SoL är mindre aktiva inom de undersökta fritidsaktiviteterna

än de med insatser enligt LSS, de reser också bort på semester i lägre utsträckning.

En betydande del av det låga fritids- och kulturutövandet kan antas bero på den ekonomiska situationen i kombination med bristande tillgänglighet. Även brukarnas bristande inflytande över de insatser som ges torde vara en förklaring.

Hälsa

Användningen av läkemedel mot depression, ångest, sömnsvårigheter, schizofreni eller psykoser (psykofarmaka) är mer än tre gånger vanligare bland personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd än bland befolkningen. Var femte person i denna undersökningsgrupp använder läkemedel mot schizofreni och psykoser (neuroleptika). Motsvarande andel i totalbefolkningen är en procent. Socialstyrelsen finner det anmärkningsvärt att så många i undersökningsgruppen använder neuroleptika.

Föräldrade preparat mot psykoser och schizofreni innebär högre risk för biverkningar och epileptiska anfall än modernare preparat. De föräldrade preparaten är vanligare i undersökningsgruppen än bland både personer som vårdats för schizofreni och i den totala befolkningen. Detta indikerar att undersökningsgruppens läkemedelslistor revideras alltför sällan.

Ångestdämpande läkemedel ska endast undantagsvis användas av personer med utvecklingsstörning. Likväl använder 10 procent av undersökningsgruppen dessa läkemedel kontinuerligt. För undersökningsgruppen medför detta vissa risker, till exempel beroende, ökad aggressivitet och även förhöjd oro.

Förslag och fortsatt arbete

- Socialstyrelsen avser att fortsätta beskriva villkor och levnadsförhållanden för personer med insatser enligt SoL och LSS. Detta kommer att ske både mot bakgrund av lagstiftningens intentioner och av innehållet i konventionen om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har identifierat följande områden som särskilt angelägna.
 - Gruppens läkemedelskonsumtion och sjuklighet, i relation till övrig befolkning.
 - Graden av sysselsättning hos den del av gruppen som har arbetsförmåga.
 - Graden av inflytande och självbestämmande över socialtjänstens insatser.
 - Konsekvenser av bristande tillgänglighet till miljö och tjänster för den enskilde.
 - I vilken utsträckning gruppen påverkas av den lågkonjunktur som inleddes år 2008.
- Socialstyrelsen bedömer att regeringen bör ta initiativ till en översyn av den ekonomiska situationen för personer med insatser enligt SoL och LSS. Särskilt angelägna är frågorna rörande den låga nivån på disponibel inkomst samt den höga förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd bland unga personer med insatser enligt SoL.

1. Inledning

Personer med funktionsnedsättning utestängs ofta från stora delar av samhällslivet och har därför svårare än den övriga befolkningen att vara delaktiga och hålla samma levnadsnivå. Många har till exempel begränsade möjligheter till utbildning, vilket blockerar vägen till ett lönearbete och leder till ekonomisk ojämlikhet. Men det kan även handla om ett trappsteg till biografen som hindrar personer med rörelsehinder från att ta sig in i biosalongen.

För att människor med funktionsnedsättning ska kunna delta i samhällslivet, fokuserar svensk politik bland annat på att förbättra tillgängligheten och bredda mångfaldsperspektivet. Den politiska riktningen märks också i att de individuella stöden från socialtjänsten måste vara relevanta ur ett handikappolitiskt perspektiv, det vill säga att de individuella stöden i så hög utsträckning som möjligt ska öka personens inflytande och delaktighet i samhällslivet. För att det handikappolitiska arbetet ska nå framgång är det med andra ord viktigt att förbättra gruppens förutsättningar för delaktighet, men också att identifiera olika faktorer som går att påverka. På så sätt får beslutsfattarna veta hur olika brister kan åtgärdas, i form av både direkta och kompenserande åtgärder.

För att kunna följa upp arbetet med att förverkliga de nationella handikappolitiska målen är det därför viktigt att studera livsvillkoren och levnadsförhållandena för personer med funktionsnedsättning. Sådana uppföljningar är också nödvändiga för att identifiera nya problem och brister.

Denna rapport handlar om levnadsförhållandena för en avgränsad grupp personer med funktionsnedsättning: vuxna personer som har insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Rapportens syfte är att undersöka i vilken utsträckning de handikappolitiska målen om jämlika levnadsförhållanden uppfylls för personer som till följd av en funktionsnedsättning har insatser enligt SoL eller LSS.

Politiska milstolpar

Under de senaste decennierna har olika reformer genomförts med syfte att stärka självbestämmande, inflytande och integritet samt underlätta för delaktighet och jämlikhet för personer med funktionsnedsättning:

- *Lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda med flera* – den så kallade omsorgslagen – innehåller precis angivna rättigheter [1]. Lagen fick en stor betydelse för utvecklingen och blev modell för framtida lagstiftning. Lagen innebar att vårdhem och specialsjukhus successivt avvecklades och ersattes av integrerade bostäder och daglig verksamhet, då i landstingets regi.

- *Socialtjänstlagen* (2001:453), *SoL*, innebar en i grunden förändrad syn på människor som behöver stöd [2]. *SoL* ersatte de tidigare vårdlagarna; barnvårdslagen, nykterhetsvårdslagen och socialhjälpslagen. Med den nya lagen fick socialtjänsten en annan inriktning: från att vara överordnad och kontrollerande till att vara mer serviceinriktad och stödja enskilda människor.
- *LSS och lagen (1993:388) om assistansersättning, LASS*, ersatte omsorgslagen och innebar en utvidgning av denna [3,4]. *LSS* och *LASS* kompletterar *SoL* samt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), *HSL*, och ska tillförsäkra personer som omfattas av lagen 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, trots sin funktionsnedsättning.
- År 1993 antogs *FN:s standardregler för personer med funktionsnedsättning* [5]. De 22 standardreglerna innehåller tydliga principiella ståndpunkter när det gäller gruppens rättigheter, möjligheter och ansvar på olika samhällsområden. De ger också konkreta förslag på hur ett land kan undanröja hinder för personer med funktionsnedsättningar och skapa ett tillgängligt samhälle. Standardreglerna är inte juridiskt bindande för medlemsstaterna, men tanken är att de ändå ska påverka hur olika länder formar sin handikappolitik genom att vara moraliskt förpliktande. Med standardreglerna som grund antog riksdagen år 2000 *Nationell handlingsplan för handikappolitiken – från patient till medborgare* [6].
- Rättigheterna för personer med funktionsnedsättning stärktes ytterligare år 2007 när Sverige undertecknade *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* [7]. Konventionen består av en inledning som följs av 50 artiklar. Artiklarna 5–30 är rättighetsartiklar som i flera fall speglar människors rättigheter i största allmänhet i andra FN-konventioner. De täcker flera områden, bland annat hälsa, utbildning, familjeliv, arbete, rättsligt skydd, sport och fritid. Artiklarna 5–9 tar upp övergripande områden som är viktiga för att förverkliga alla rättigheter. De innehåller formuleringar om omedelbara, effektiva och ändamålsenliga åtgärder för att öka medvetenheten om de mänskliga rättigheterna för personer med funktionsnedsättningar (artikel 8) och tillgänglighet (artikel 9), vilket är nödvändigt för att alla rättigheter ska kunna bli verkliga. Konventionen omfattar även rätten att leva självständigt och ingå i samhället (artikel 19), rätten till personlig rörlighet (artikel 20), rätten till habilitering och rehabilitering (artikel 27), samt rätten till deltagande i det politiska och offentliga livet, och kulturliv, rekreation och sport (artiklarna 29 och 30). Artiklarna 31–50 beskriver hur konventionen ska genomföras, följas upp och övervakas.

Den svenska handikappolitiken är en del av den generella välfärdspolitik. Den tidigare synen på personer med funktionsnedsättning dominerades av

att problemet låg hos individen. Därefter kom en gradvis förändring av det synsättet som innebar större fokus på de negativa konsekvenserna av samhällets utformning.

Det finns flera utredningar som har haft särskilt stor betydelse för den offentliga handikappolitiken. Många av dagens handikappolitiska grundpelare kommer från Socialpolitiska kommittén (1958) och Handikapputredningen (1965). Några årtionden senare tillsattes en ny utredning som fick namnet 1989 års handikapputredning. Den producerade två betänkanden. I det första – ”*det röda*” - konstaterades brister i det individuella stödet till personer med omfattande funktionsnedsättningar. Bristerna gällde insatsernas omfattning och innehåll men också möjligheten för personer med funktionsnedsättning att själva bestämma och planera sina liv. Ett resultat av utredningen blev den så kallade LSS-reformen 1994, som bland annat gjorde det möjligt att få en personlig assistent. Detta innebar ett systemskifte i och med att den som behövde mycket stöd och hjälp själv fick bestämma vem som skulle utföra assistansen och kunde därmed bli egen arbetsgivare. Ytterligare ett resultat var att lagstiftningen vände sig till en större grupp än tidigare. I det andra betänkandet – ”*det blåa*” – konstaterades omfattande brister i den allmänna tillgängligheten. Detta betänkande gav upphov till den nationella handlingsplanen och en målformulering kring generella samhällsåtgärder. I propositionen till LSS 1992/93:159 betonas starkt att denna lagstiftning måste förstås i ett större sammanhang. Det räcker inte med insatser enligt LSS för att skapa jämlika levnadsförhållanden. För många är insatserna nödvändiga, men för att förbättra levnadsförhållanden generellt för personer med omfattande funktionsnedsättning, behöver ett arbete bedrivas som omfattar samtliga samhällssektorer. Det går inte heller att skilja mellan de delar som är individinriktade och de som har generell karaktär utan dessa förutsättningar måste ses samlat.

Riksdagen antog 2000 en nationell handlingsplan [6] som sträcker sig fram till 2010. Syftet är att göra samhället mer tillgängligt och förbättra bemötandet av personer med funktionsnedsättning samt att stärka deras rättigheter och skyldigheter. Diskriminering och utestängning från samhällslivet förekommer i många sammanhang, och handlingsplanen omfattar därför alla samhällsområden. Tack vare planen är den politiska inriktningen tydligare och mer fokuserad och åtgärdsinriktad. Genom handlingsplanen är det också tydligare att staten ska vara ett föredöme, och på så sätt är planen en motor för det handikappolitiska arbetet. Riksdagen hade en bred politisk samsyn när man antog de nationella målen, som formulerades som:

- en samhällsgemenskap med mångfald som grund
- att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

År 2009 trädde FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning i kraft i Sverige. I flera artiklar beskrivs vilka åtgärder som behövs för att människor med funktionsnedsättningar ska få sina ekonomiska, sociala, kulturella, medborgerliga och politiska rättigheter tillgodosedda.

Syftet med konventionen är, liksom för handlingsplanen, att alla personer med funktionsnedsättning ska få full jämlikhet och delaktighet i samhället. I och med att Sverige har tillträtt konventionen är den juridiskt bindande. Det innebär att Sverige åtar sig att fullt ut förverkliga de rättigheter som finns i konventionen. I och med att konventionen har tillträtts måste Sverige också med jämna mellanrum rapportera till FN om framstegen med arbetet att genomföra och säkra innehållet i konventionens artiklar. Den första rapporteringen till FN sker 2011.

Större inflytande genom ökat medbestämmande

Kommunerna ska i planeringen av insatser för personer med funktionsnedsättning samverka med de organisationer som företräder personer med funktionsnedsättning [enligt 5 kap. 8 § SoL]. Den som får insatser enligt LSS kan också begära att en individuell plan med beslutade och planerade insatser ska upprättas i samråd med henne eller honom. Planen ska bland annat syfta till att ge den enskilde inflytande över de åtgärder som planeras. Kommunen har sedan ett särskilt ansvar för att samordna de insatser som tas upp i planen. Den som inte har fått de insatser som hon eller han har ansökt om kan överklaga detta till förvaltningsrätten.

Ett tillgängligt samhälle ger större delaktighet

Bristande tillgänglighet är ett av de mest omfattande hindren för människor med funktionsnedsättningar och det försvårar för dem att delta i samhället som andra. Men även när tillgängligheten är god kan en del personer behöva individuella stöd och hjälpmedel. Insatserna ledsagning och personlig assistans gör det exempelvis lättare att ta del av samhällslivet och att leva som andra. Det finns även andra individuella stöd som bidrar till att utjämna skillnader och ge mer likvärdiga förutsättningar för ett fullt samhällsdeltagande.

Målet är jämlika levnadsförhållanden

Det är viktigt att utvärdera arbetet med nationella handlingsplaner för att kunna anpassa åtgärderna bättre och se om åtgärderna får önskad effekt. Även FN:s konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning tar upp detta:

Artikel 31. Insamling av statistik och information

1. Konventionsstaterna åtar sig att insamla ändamålsenlig information, däribland statistik och forskningsrön (...)
2. Information som insamlats i enlighet med denna artikel ska brytas ned på ändamålsenligt sätt och användas till att bidra till att bedöma konventionsstaternas genomförande av sina åtaganden enligt denna konvention och att identifiera och bemöta de hinder som personer med funktionsnedsättning ställs inför vid utövandet av sina rättigheter.

På engelska finns uttrycken ”equal opportunities” samt ”equality of outcome”. Det första uttrycket beskriver förutsättningar medan det andra står för

fullt och verkligt deltagande och begreppet innebär att det är *resultatet* som räknas. Mer kunskap om levnadsförhållandena för personer med funktionsnedsättningar innebär också mer kunskap om politikens resultat. Därmed kommer rapporter som denna att utgöra ett viktigt underlag för politiska beslut. Det handlar också om att förklara hur olika former av ojämnligheter förhållanden hänger samman inom alla livsområden (till exempel ekonomi, arbete, hälsa, boende och fritidsaktiviteter). Genom att studera levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning blir det möjligt att bedöma om och i vilken utsträckning de handikappolitiska målen är uppfyllda.

Studier om levnadsförhållanden

Att studera levnadsförhållandena och livsvillkoren för personer med funktionsnedsättningar är således en viktig förutsättning för att utvärdera det handikappolitiska arbetet. I den skandinaviska forskningstraditionen beskrivs människors levnadsförhållanden ofta utifrån enskilda personers resurser inom de områden som tillsammans formar deras välfärd (eller ofärd). Det gäller dock inte bara ekonomiska och materiella resurser, utan också resurser som hälsa, sociala relationer och trygghet. Funktionshinder gör att många får sämre möjligheter att göra aktiva val, vilket kan beskrivas som brister i deras välfärd.

Är levnadsförhållandestudier relevanta för denna grupp?

Denna rapport handlar om en avgränsad grupp av personer med funktionsnedsättningar; de som har insatser från socialtjänsten. Denna grupp utgörs i hög grad av personer med nedsatta intellektuella funktioner, nedsatt autonomi med stora behov av stöd och service i det dagliga livet. Är det verkligen relevant att diskutera deras levnadsförhållanden inom till exempel arbete och utbildning? Handlar det inte främst om att undersöka hur väl de särskilda stöden fungerar? Svaret är tydligt. Det är inte bara relevant utan också nödvändigt att göra dessa analyser. Ett viktigt mål med den nationella handikappolitiken är jämlika levnadsvillkor för människor med funktionsnedsättningar. För att kunna följa den handikappolitiska utvecklingen är det därför nödvändigt att undersöka levnadsförhållandena för personer med funktionsnedsättningar. Undersökningar av detta slag är också viktiga för att se om det finns några grupper av personer med funktionsnedsättningar som har särskilt svåra levnadsförhållanden och som därför kräver olika former av insatser eller åtgärder. Vidare är det viktigt att följa hur levnadsförhållandena utvecklas över tid för att identifiera grupper med en negativ välfärdsutveckling.

Tidigare studier

Tidigare studier av levnadsförhållanden visar att personer med funktionsnedsättning många gånger har sämre levnadsförhållanden än den övriga befolkningen [8–13].

Under 1990- och 2000-talet genomfördes flera studier bland personer med utvecklingsstörning [14,15]. En viktig fråga var om levnadsförhållandena

för denna grupp hade förbättrats under 1990-talet. Undersökningarna hängde ihop med kommunernas ökade ansvar för stöd och service. Slutsatsen blev att kommunaliseringen inte hade bidragit till att ge personer med någon form av utvecklingsstörning lika goda levnadsvillkor som den övriga befolkningen. Till exempel fanns det brister i dessa personers sociala nätverk, de hade lågt inflytande på sådant som rör det dagliga livet, de hade sämre ekonomi än den övriga befolkningen och var också utestängda från den ordinarie arbetsmarknaden. Även vissa förbättringar konstaterades, till exempel inom boendeområdet.

Resultaten visade även på vissa könsskillnader, exempelvis att kvinnor med utvecklingsstörning ägnade mer tid åt hushållsverksamhet, oftare hade nära vänner samt hade en mer intensiv kontakt med grannar och släktingar än männen. Fritidsvanorna var också till stor del könsbundna, där kvinnorna utövade vissa fritidsaktiviteter i högre utsträckning än männen. Det fanns även skillnader när det gällde inflytande över vardagslivet och tillfredsställelse med sina förhållanden [14,15].

I början av 1990-talet genomförde Socialstyrelsen en brukarundersökning, i form av en panelstudie, vars syfte var att undersöka effekterna av LSS [16]. Svarefrekvensen var låg (vid första undersökningstillfället 51 procent och vid andra 38 procent), men resultaten tydde inte på några större förändringar i levnadsförhållanden i och med införandet av LSS.

Levnadsförhållanden och hälsa har även undersökts hos drygt 100 personer i Uppsala län med någon utvecklingsstörning, med hjälp av statistiska data, enkäter, patientjournaler och medicinska undersökningar [17]. Resultaten jämfördes sedan med den övriga befolkningen i samma ålder. Man fann tydliga skillnader i levnadsförhållanden, särskilt när det gäller arbete och socialt liv. Personer med utvecklingsstörningar försörjer sig inte genom arbete utan har sin främsta inkomst via socialförsäkringssystemet (sjuk- och aktivitetsersättning eller handikappersättning). De lever också ett mer begränsat socialt liv och umgås mest med sina anhöriga och personalen. Graden av utvecklingsstörning och ålder har mycket liten betydelse för levnadsförhållandena inom gruppen och skillnaden mellan könen är mindre än i den övriga befolkningen [17].

Rapportens disposition

Efter denna inledning följer ett kapitel som redogör för rapportens syfte, frågeställningar och metodologiska utgångspunkter. I kapitel tre redogörs för gruppens sammansättning ur ett demografiskt perspektiv samt med avseende på civilstånd och förekomst av olika typer av funktionsnedsättningar. I kapitel fyra beskrivs vilka olika typer av insatser och stöd som undersökningsgruppen har, dels från socialtjänsten, dels från andra välfärdssystem. Därefter följer fem kapitel som redovisar resultat om levnadsförhållanden inom områdena boende, ekonomi, utbildning och arbete, fritid och ohälsa. Rapporten avslutas med ett diskussionskapitel där de viktigaste resultaten diskuteras i ett bredare handikappolitiskt perspektiv. Socialstyrelsen pekar också på de metodologiska lärdomar som kan dras av detta arbete samt hur myndigheten avser att arbeta vidare med att beskriva och analysera levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning.

2. Syfte och metod

Sammanfattning

- Rapportens syfte är att undersöka i vilken utsträckning det handikappolitiska målet om jämlika levnadsförhållanden uppfylls för de personer med funktionsnedsättning som har vissa insatser enligt SoL eller LSS.
- Analyserna bygger framför allt på registerdata. De flesta utfallsvariabler, exempelvis uppgifter om ekonomi, arbetskraftsdeltagande och utbildning, har hämtats från register som administreras av Statistiska centralbyrån (SCB). Vissa uppgifter kommer från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, främst sådana som gäller olika former av stödåtgärder. Även uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister har använts.
- För att belysa subjektiva frågeställningar om exempelvis fritid, kultur och tillgänglighet genomfördes en enkätundersökning bland ett urval i undersökningsgruppen.

Syfte

Rapportens huvudsakliga syfte är att undersöka i vilken utsträckning det handikappolitiska målet om jämlika levnadsförhållanden uppfylls för personer som till följd av en funktionsnedsättning har insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Rapporten avser också att beskriva målgruppen vad gäller förekomst av olika stöd och demografisk sammansättning.

Frågeställningar

Rapportens övergripande frågeställning är om det finns skillnader i levnadsförhållanden och livsvillkor:

- mellan undersökningsgruppen och befolkningen i stort?
- inom undersökningsgruppen, det vill säga mellan personer som har insatser enligt SoL och LSS?
- mellan män och kvinnor i undersökningsgruppen?
- Mellan undersökningsgruppen och personer med funktionsnedsättning som inte har stöd från socialtjänsten?

I rapporten diskuteras också tänkbara orsaker till identifierade skillnader, i viss utsträckning diskuteras också möjliga åtgärder.

Avgränsningar

Rapporten omfattar ett begränsat urval av personer med funktionsnedsättningar:

- personer i åldern 20–64 år, vilket betyder att varken barn eller äldre är inkluderade i undersökningen.
- personer som har vissa insatser enligt SoL eller LSS.

Undersökningen omfattar inte personer som enbart får LASS, det vill säga personer som enbart har personlig assistans över 20 timmar/vecka.

Registerdata

Analyserna i denna rapport bygger framför allt på bearbetningar av registerdata. De flesta utfallsvariablerna, exempelvis uppgifter om ekonomi, arbetskraftsdeltagande och utbildning, har hämtats från register som administreras av Statistiska centralbyrån (SCB). Vissa uppgifter kommer från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, främst sådana som gäller olika former av stödåtgärder. Även uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister har använts.

Inför analyserna av arbete, utbildning, boende och ekonomi har populationsregistret samkörts med register kring ekonomi, sysselsättning och utbildning från SCB, ett arbetsorienterat register från Arbetsförmedlingen samt ett register som fångar sjuk- och aktivitetsersättning, bostadstillägg och assistansersättning från Försäkringskassan. Populationsregistret har även samkörts med Socialstyrelsens läkemedelsregister.

Ytterligare metodologiskt resonemang om registerdata förs i bilaga 1.

Enkätundersökningen

Under hösten 2009 skickades en enkät ut till ett urval i undersökningsgruppen. Enkätundersökningen bedömdes nödvändig för att belysa en del frågor som registerstudier inte kan besvara, exempelvis subjektiva frågeställningar som rör fritid och kultur, sociala relationer och liknande.

Frågeformuläret till enkätundersökningen bestod dels av befintliga frågor från SBC: s undersökning om levnadsförhållanden (ULF-undersökningen), dels av konstruerade frågor om de särskilda stöden samt frågor om tillgänglighet.

Innan frågeformuläret fastställdes genomgick det en expertgranskning som framför allt fokuserade på:

- frågornas utformning – språk, termer och begrepp
- svarsalternativ
- struktur och ordningsföljd på frågorna
- instruktioner och missiv
- layout och design.

Socialstyrelsen hade även som ambition att göra enkäten så tillgänglig som möjligt genom att:

- informationsbrevet även trycktes i punktskrift.
- personer med nedsatt syn erbjöds att besvara enkäten via telefon.

- enkäten även kunde fyllas i elektroniskt.
- texten hade extra stor teckenstorlek (14 pt).

SCB genomförde datainsamlingen på uppdrag av Socialstyrelsen. Frågeblanketterna skickades ut till urvalspersonerna med post och via ett informationsbrev ombads de att besvara frågorna och skicka tillbaka frågeblanketten till SCB alternativt att besvara frågorna via Internet. Det första utskicket genomfördes den 3 september 2009. Därefter skickades två påminnelser ut till dem som inte hade besvarat frågeblanketten. Den första påminnelsen bestod av ett tack- och påminnelsebrev och skickades ut den 22 september. Den andra påminnelsen var en enkätpåminnelse och skickades ut den 6 oktober. Med varje utsändelse bifogades ett informationsbrev med punktskrift. Insamlingen avslutades den 29 oktober.

Enkätundersökningen besvarades av ungefär 49 procent. För personer med insatser enligt SoL var svarsfrekvensen 43 procent och för personer med insatser enligt LSS var svarsfrekvensen 53 procent.

Resultaten från enkätundersökningen bör därför tolkas med försiktighet på grund av risken att undersökningen inte representerar den avsedda populationen. Svarsfrekvensen är mycket låg, trots tillgänglighetsförbättringar och möjligheten för andra att hjälpa till att besvara enkäten.

Den största felkällan i enkätstudien är det stora bortfallet. Det finns även en stor risk att bortfallet består av personer som inte skulle ha besvarat enkäten på samma sätt som de som faktiskt besvarade den. Bortfallet är så omfattande att resultaten skulle kunna peka åt ett helt annat håll om samtliga personer hade besvarat enkäten.

En relativt stor andel av enkäterna besvarades också med hjälp av en annan person. Det kan då lätt bli hjälparens åsikt som registreras i stället för brukarens.

Socialstyrelsen har trots bristerna ändå valt att använda en del av enkätundersökningens resultat. Detta görs dock inte utan befogade reservationer.

Ytterligare metodologiskt resonemang om enkätundersökningen förs i bilaga 1.

3. Om undersökningsgruppen

Sammanfattning

- Undersökningsgruppen består av 57 500 personer i åldern 20–64 år. Personer med insatser enligt SoL är i genomsnitt äldre än personer som har insatser enligt LSS. Till stor del beror förhållandet på skillnader mellan de olika lagstiftningarna.
- Ungefär 10 procent av undersökningsgruppen har ett annat födelseland än Sverige medan motsvarande andel i den totala befolkningen är 16 procent.
- Till skillnad från totalbefolkningen är majoriteten av undersökningsgruppen ogift.
- De vanligaste självs kattade funktionsnedsättningar bland personer med insatser enligt LSS är utvecklingsstörning och rörelsehinder. Talsvårigheter och synnedsättningar är vanliga tillägg.

Detta kapitel beskriver undersökningsgruppens sammansättning ur ett demografiskt perspektiv. Många av resultaten som presenteras är ny kunskap i och med att de studier som gjorts tidigare bara omfattat en del av gruppen. Därför innehåller kapitlet få jämförelser med andra grupper av personer med funktionsnedsättningar. Där det är relevant görs jämförelser med totalbefolkningen.

Ålder och kön

Undersökningsgruppen består av 57 500 personer i åldern 20–64 år, vilket motsvarar 1 procent av befolkningen i åldersintervallet. Tabell 1 visar att majoriteten av personerna med insatser enligt SoL är över 50 år, medan åldersfördelningen är jämnare för personer med insatser enligt LSS.

Tabell 1. Antal och andel personer 20–64 år med insatser enligt SoL eller LSS, efter ålder och kön, år 2007 (procent).

	SoL		LSS		Totalbefolkningen	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20–29 år	6	8	27	29	20	20
30–49 år	36	35	43	43	46	47
50–64 år	58	57	30	28	34	33
Summa	100	100	100	100	100	100
Totalt antal	11 700	11 500	16 800	20 900	2 650 000	2 700 300

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Skillnaden beror på att insatser enligt LSS vanligtvis beviljas till följd av medfödda funktionsnedsättningar, till exempel utvecklingsstörning eller autism. Personer med insatser enligt SoL har i sin tur ofta en psykisk funk-

tionsnedsättning eller en funktionsnedsättning som beror på åldersrelaterade sjukdomar eller olyckor.

Männen är till antalet fler än kvinnorna. Orsaken kan vara att fler män än kvinnor med funktionsnedsättningar behöver insatser från socialtjänsten, men skillnaden kan också bero på att mäns och kvinnors behov bedöms olika eller att de ansöker om insatser i olika hög utsträckning. Skillnaden kan givetvis också bero på att fler män än kvinnor har funktionsnedsättning. Resultat från befolkningsundersökningar pekar dock i motsatt riktning: där är andelen kvinnor med funktionsnedsättningar någon procentenhet högre än andelen män (andelen kvinnor var 17 procent och andelen män var 14 procent) [18]. Fler kvinnor har mag- och tarmsjukdomar samt psykiska funktionsnedsättningar, medan det är vanligare att män har diabetes, dyslexi, hjärt- och kärlsjukdomar samt hörselskador.

Antalet personer som har insatser enligt SoL eller LSS ökar [19]. Tyvärr är det inte möjligt att närmare analysera orsakerna bakom förändringarna för personer som har insatser enligt SoL. Anledningen är att år 2007 var första året då insatserna redovisades på individnivå, för tidigare år redovisades bara antalet insatser. Däremot är det belagt att gruppen till stor del består av personer med någon form av varaktig psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att allt fler unga vårdas för psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar och det är möjligt att den ökningen även förklarar en del av ökningen inom SoL [20].

Socialstyrelsen har däremot analyserat ökningen av insatser enligt LSS i flera rapporter [9,10,21,22]. Inom vissa åldersgrupper har antalet mottagare av insatser enligt LSS ökat, även i förhållande till åldersgruppernas storlek av totalbefolkningen. Det gäller framför allt personer i åldern 20–24 år. Denna ökning beror till stor del på en ökning av unga personer som beviljas daglig verksamhet enligt LSS. Förändringarna sammanfaller även med ökningstendenser i andra välfärdssystem som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Ett exempel är aktivitetsersättning (tidigare förtidspension), där antalet personer nästan fördubblades mellan åren 2002 och 2007 (från 6 900 till 12 100 personer) [21].

Socialstyrelsen har även uppmärksammat andelen nybeviljanden av personlig assistans enligt LSS och assistansersättning enligt LASS och att den är särskilt hög för personer i åldern 60–64 år [21]. Detta beror sannolikt på att människor ofta behöver mer stöd och hjälp i de åldrarna. Vissa funktionsnedsättningar uppkommer senare i livet, exempelvis till följd av stroke.

Födelseland

Tio procent av undersökningsgruppen, ungefär 6 000 personer, är födda i ett annat land än Sverige. Motsvarande andel i totalbefolkningen är 16 procent. Andelen utrikesfödda kvinnor i undersökningsgruppen är högre än andelen utrikesfödda män, 13 respektive 10 procent. Samma mönster återfinns i totalbefolkningen.

Uppdelat på lagstiftning (det vill säga SoL och LSS) blir resultaten delvis annorlunda. Kvinnor med insatser enligt SoL utgör då en högre andel av de utrikesfödda, drygt 17 procent.

Nedanstående tabell redovisar personernas födelseland efter regioner och världsdelar (tabell 2). Den största gruppen invandrare kommer från Norden och Asien. Mönstret ser likadant ut för den totala befolkningen: de vanligaste ursprungsländerna ligger i övriga Norden och i Asien.

Tabell 2. Antal och andel inrikes- utrikesfödda personer 20–64 år, uppdelat på region eller världsdel, år 2007 (procent).

	LSS	SoL	Totalbefolkning
Sverige	85	89	83
Norden exkl. Sverige	3	3	3
Europa	4	3	6
Afrika	1	1	1
Nord- och Sydamerika	2	1	1
Asien och Oceanien (inkl. f.d. Sovjetunionen)	5	3	6
<i>Summa</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>Totalt antal</i>	<i>23 200</i>	<i>37 700</i>	<i>5 400 000</i>

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Socialstyrelsen har tidigare uppmärksammat situationen för utrikesfödda personer med funktionsnedsättning [23] och konstaterade följande:

- Personer med ett annat födelseland än Sverige har många gånger sämre hälsa än personer som är födda i Sverige.
- Bristande språkkunskaper gör personer med annan etnisk bakgrund och funktionsnedsättning mer utsatta.
- Socialtjänsten försöker, men lyckas inte alltid, att på ett bra sätt förmedla information om vilket stöd som finns och vad det innebär.
- Föreställningar och/eller fördomar om personer med en annan etnisk bakgrund finns även inom socialtjänsten.

Utrikesfödda har många gånger sämre hälsa än svenskar och skillnaden är störst mellan svenskar och personer som kommer från länder utanför Europa. Detta beror på flera olika faktorer, bland annat att de ofta kommer från krigshärjade länder där det saknas förebyggande hälso- och sjukvård [24,25].

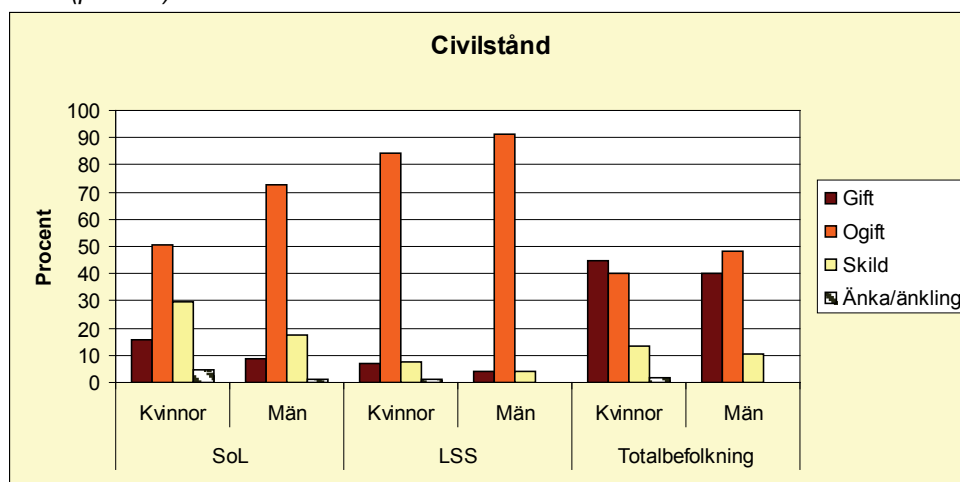
Socialstyrelsen har tidigare lyft fram särskilda svårigheter för nyanlända personer. Ett exempel är språk- och kommunikationssvårigheter [23] och ofta är tolk den lösning man använder. Ibland kan det dock vara svårt för tolken om någon har en funktionsnedsättning som påverkar talförmågan. En del kommuner har också försökt att lösa kommunikationssvårigheterna genom att anställa flerspråkig personal. Svårigheter med information, språk och kommunikation kan fördröja kontakterna mellan myndigheter och personer med funktionshinder och en annan etnisk bakgrund [23].

När det gäller personlig omvårdnad i hemmet försöker de flesta kommunerna se till att insatserna utförs av någon som talar brukarens språk, därför har man anställt personer med olika språkkunskaper [23].

Civilstånd

Civilstånd är en viktig bakgrundsvariabel eftersom det påverkar en rad livs-områden, till exempel människors ekonomi och tillgång till stöd. Figur 1 åskådliggör undersökningsgruppens civilstånd som gift eller ogift. Till skillnad från totalbefolkningen är de flesta i undersökningsgruppen ogifta (figur 1).

Figur 1. Andel personer 20–64 år med insatser enligt LSS och SoL, efter kön och civilstånd (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

En uppdelning på kön visar att kvinnorna i undersökningsgruppen i större utsträckning än männen är eller har varit gifta. Drygt 10 procent av kvinnorna var gifta och ytterligare 19 procent var antingen skilda eller änkor. Motsvarande andelar för männen var 6 respektive 9 procent.

I Valfärdsbokslutet (en statlig offentlig utredning om välfärdspolitikens förutsättningar och framtida utmaningar) studerades kommunernas stöd till personer med funktionsnedsättning [26]. Resultaten visade att det finns könsskillnader mellan dem som bor ensamma och dem som lever tillsammans med någon. Ensamboende män i åldersgruppen 16–64 år har tre gånger högre sannolikhet att få kommunalt stöd än ensamboende kvinnor. Det motsatta gäller för äldre som lever tillsammans. En äldre kvinna vårdar oftare sin man på egen hand, medan en äldre man oftare får hjälp av kommunen med vården av sin fru eller sambo. Skillnaderna i hjälp mellan män och kvinnor kan eventuellt bero på att män och kvinnor föredrar olika lösningar på sina hjälpbehov eller att ensamstående män har ett reellt större hjälpbehov än ensamstående kvinnor. Den slutsatsen är dock långt ifrån säker.

Att vara gift har i tidigare studier visat sig påverka beslut om assistansersättning på så sätt att de med en make eller maka beviljas stöd i lägre utsträckning än de som är ogifta. Riksförsäkringsverket (nuvarande Försäkringskassan) konstaterade i en rapport att personer som har en maka eller make beviljas färre assistanstimmar än ensamstående personer [27]. Skillnaden kvarstod när man kontrollerade för behov. Stödet som ges via insatser enligt SoL eller LSS är inte samma sak som assistansersättning, men det finns en viss överlappning i form av att personlig assistans kan ges både via

LSS och via assistansersättning (för behov som överstiger 20 timmar/vecka beviljas assistansersättning).

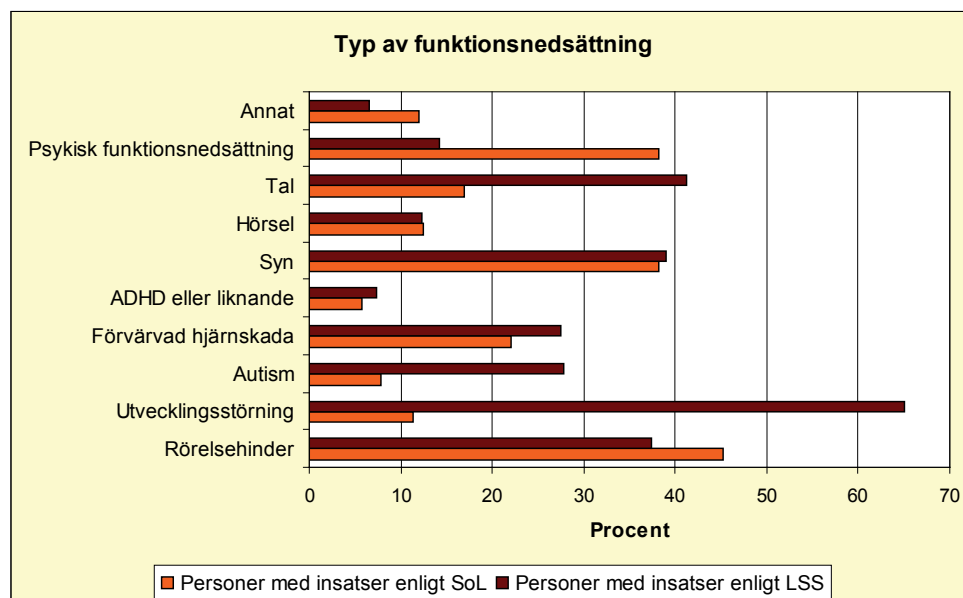
Förekomst av olika funktionsnedsättningar

Nedanstående figur visar hur stor andel i populationen som har uppgivit olika typer av funktionsnedsättningar (figur 2). Uppgifterna baseras på enkätdata, men eftersom svarsfrekvensen bara var knappt 50 procent för hela undersökningsgruppen bör resultaten tolkas med stor försiktighet. Svarsfrekvensen var dock något högre bland personer som har insatser enligt LSS än för de med insatser enligt SoL - 52 procent jämfört med 42 procent.

Detta är första gången som självskattade uppgifter om funktionsnedsättningar redovisas för denna grupp på nationell nivå. Andelen med utvecklingsstörning eller autism är hög bland personer med insatser enligt LSS och andelen med någon psykisk funktionsnedsättning är hög bland personer med insatser enligt SoL. En större andel än väntat uppgav att de har synnedsättningar och här finns det antagligen en övertäckning i form av personer som använder glasögon och andra synhjälpmedel (trots att frågan avsåg synförmåga utan synhjälpmedel).

I figur 2 redovisas fördelningen av självskattade funktionsnedsättningar bland personer med insatser enligt SoL eller LSS. Psykisk funktionsnedsättning är vanligare bland personer med insatser enligt SoL medan utvecklingsstörningar är vanligare bland personer med insatser enligt LSS.

Figur 2. Självskattade funktionsnedsättningar bland personer 20–64 år med insatser enligt SoL eller LSS (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av enkätdata.

Observera att en person kan ange flera funktionsnedsättningar och att summan av andelarna därför överstiger 100 procent.

I ovanstående figur redovisas varje funktionsnedsättning för sig även om en person kunde ange flera alternativ. Därför kan samma persons svar före-

komma i flera staplar och därmed överstiger den sammanlagda summan 100 procent. Det är vanligt att personerna i undersökningsgruppen har flera funktionsnedsättningar och de vanligaste kombinationerna är:

- utvecklingsstörning och psykisk funktionsnedsättning
- utvecklingsstörning och talstörning

Det är noterbart att kraftigt nedsatt synförmåga är lika vanligt förekommande inom de två grupperna, samt att var tionde med insatser enligt LSS har uppgett att de lider av en varaktig psykisk funktionsnedsättning.

När förvärvades funktionsnedsättningarna?

Det är intressant att undersöka när funktionsnedsättningen debuterade eller upptäcktes, av följande orsaker:

- En tidig eller medfödd funktionsnedsättning innebär ofta att personen får större tillgång till stöd och habilitering.
- Om funktionsnedsättningen kommer senare i livet har personen ofta hunnit etablera sig på arbetsmarknaden, vilket till exempel är positivt för ekonomin.

Resultatet från enkätundersökningen visar att det finns tydliga skillnader mellan de två grupperna. Personer som har insatser enligt SoL förvärvar vanligen sin funktionsnedsättning senare i livet än personer som har insatser enligt LSS. Detta beror på att många med insatser enligt LSS har medfödda funktionsnedsättningar (till exempel utvecklingsstörning och autism). Insatser enligt SoL beviljas ofta till personer med någon psykisk funktionsnedsättning eller hörsel- eller synnedsättning. Dessa funktionsnedsättningar debuterar många gånger efter 16 års ålder.

4. Insatser och stöd

Sammanfattning

- Män är i majoritet när det gäller att få insatser enligt LSS, som framför allt ges till personer med utvecklingsstörning, autism eller rörelsehinder. Däremot finns inga könsskillnader för insatser enligt SoL, som främst beviljas till personer med någon psykisk funktionsnedsättning eller med åldersrelaterade funktionsnedsättningar.
- Ungefär hälften av undersökningsgruppen har någon form av hjälpmedel.
- Många i undersökningsgruppen behöver regelbunden hjälp från sina anhöriga. Ungefär hälften behöver hjälp en eller flera gånger i veckan.

Detta kapitel handlar om olika typer av insatser och stöd som undersökningsgruppen har. Inledningsvis redogörs för insatser från socialtjänsten, det vill säga insatser enligt SoL och insatser enligt LSS. Insatserna beskrivs även uppdelade på kön och på ålder. Vidare beskrivs i vilken utsträckning som undersökningsgruppen har assistansersättning (LASS) och olika hjälpmedel. Slutligen redovisas hur vanligt det är med stöd från anhörig.

Stöd från socialtjänsten

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade omfattar följande personkretsar:

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

Det innebär att de som ingår i dessa grupper har rätt att söka insatser enligt LSS om de bedöms ha behov.

Tabell 3 visar antal personer i åldern 20 – 64 år efter personkrets. En klar majoritet tillhör personkrets 1 (80 procent). Andelen män är i knapp majoritet i personkrets 1, liksom kvinnorna i personkrets 3 .

Tabell 3. Antal och andel personer i personkrets 1, 2 och 3, 20 – 64 år, efter kön, år 2007 (antal och procent).

Personkrets	Kvinnor		Män	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Personkrets 1	13 300	80	17 000	81
Personkrets 2	550	3	1 000	5
Personkrets 3	2 900	17	2 900	14
Summa	16 800	100	20 900	100

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Insatser enligt LSS

- Personlig assistans – innebär att brukaren får en personlig assistent eller ekonomiskt stöd till rimliga kostnader för sådan assistans. Personlig assistans är ett personligt utformat stöd som innefattar hjälp med att exempelvis sköta sin personliga hygien, äta, klä sig och kommunicera med andra.
- Ledsagarservice – ska underlätta för personer att med stöd av en följeslagare komma ut och delta i samhällslivet, till exempel besöka vänner eller delta i fritidsaktiviteter och kulturlivet.
- Kontaktperson – syftar till att bryta brukarens isolering och underlätta ett självständigt liv.
- Avlösarservice – ska göra det möjligt för anhöriga att få avkoppling eller utträta sysslor utanför hemmet. Avlösarservice i hemmet kan erbjudas både som en regelbunden insats och som en lösning vid akuta behov.
- Korttidsvistelse – ger en person miljöombyte och rekreation samtidigt som de anhöriga får avlastning. Vistelsen kan förläggas till ett korttidshem, hos en stödfamilj eller som en lägervistelse.
- Korttidstillsyn (korttidstillsyn för skolorngdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov) – innebär tillsyn utanför det egna hemmet för skolbarn över 12 år. Insatsen ges före och efter skolans slut samt under lovdagar, studiedagar och längre lov.
- Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar – beviljas till barn eller ungdomar som av olika skäl inte kan bo hos sina föräldrar. De kan i stället beviljas boende i en annan familj eller i en bostad med särskild service.
- Boende med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad – beviljas till personer i vuxen ålder som behöver stöd, service och omvårdnad. Boendet kan utformas på olika sätt men gruppboende och serviceboende är de vanligaste formerna.
- Daglig verksamhet – är en insats i form av sysselsättning för personer som är i yrkesverksam ålder, saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Insatsen gäller endast för personer som tillhör personkrets 1 och 2.

Källa: www.socialstyrelsen.se

Tabell 4 visar antal insatser efter kön. Observera att både tabell 4 och 5 avser antal insatser och att en person därför kan ha flera insatser.

Tabell 4. Antal insatser enligt LSS, 20–64 år, efter kön, år 2007.

	Kvinnor	Män
Insatser enligt LSS	Antal	Antal
Personlig assistans	1 200	1 200
Ledsagarservice	2 600	2 900
Kontaktperson	6 800	7 600
Avlösarservice	100	200
Korttidsvistelse	900	1 200
Korttidstillsyn	100	200
Daglig verksamhet	11 400	14 600
Boende för barn	100	100
Bostad med särskild service (vuxna)	8 000	10 500
Anpassad bostad (vuxna)	300	400
<i>Summa</i>	<i>31 500</i>	<i>38 900</i>

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Ungefär 37 000 personer i åldern 20–64 år hade totalt 71 900 insatser enligt LSS. Männerna hade flest insatser (55 procent). Över hälften av insatserna utgjordes av daglig verksamhet och bostad med särskild service.

Insatser enligt SoL

- Boendestöd – är ett stöd för bland annat personer med någon psykisk funktionsnedsättning så att de ska klara vardagen. Boendestöd kan vara både ett praktiskt och ett socialt stöd för att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället.
- Dagverksamhet – innebär sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering under dagtid utanför den egna bostaden. Här ingår inte så kallade öppna verksamheter som inte kräver ett individuellt beslut, exempelvis kaféer och andra former av träffpunkter.
- Hemtjänst – är biståndsbeslutad service och personlig omvårdnad i personens bostad eller motsvarande, och hemtjänsten kan ges i både ordinärt och särskilt boende. Insatsen omfattar också avlösning av anhörigvårdare.
- Särskilt boende – är bostäder med särskild service som kommunerna ska inrätta för människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl har svårt att klara vardagen och därför behöver ett sådant boende.

Källa: www.socialstyrelsen.se

Ungefär 23 000 personer i åldern 20–64 år hade 25 000 insatser enligt SoL (tabell 5).

Tabell 5. Antal och andel insatser enligt SoL, 20–64 år, efter kön, år 2007 (procent)

	Kvinnor		Män	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Insatser enligt SoL				
Boendestöd i ordinärt boende	3 800	30	3 800	30
Dagverksamhet	1 600	15	1 700	15
Hemtjänst i ordinärt boende	5 800	55	5 000	45
Särskilt boende	1 400	13	1 900	17
Summa	12 600	120	12 400	120

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Vidare hade ungefär 3 400 personer insatser enligt *både* SoL och LSS, varav 46 procent kvinnor och 54 procent män. I de fallen handlar det oftast om insatserna ledsagning eller kontaktperson enligt LSS och boendestöd eller hemtjänst enligt SoL.

Assistansersättning

Assistansersättning enligt LASS

Om en persons behov av personlig assistans överskrider i genomsnitt 20 timmar per vecka fattas beslutet enligt LASS. Assistansersättning bekostas av Försäkringskassan, men kommunen finansierar de 20 första timmarna per vecka.

Källa: www.forsakringskassan.se

Många gånger ges insatser enligt SoL eller LSS i kombination med andra stöd, till exempel assistansersättning. Analyser visar att drygt 7 procent av undersökningsgruppen (cirka 4 200 personer) hade assistansersättning utöver insatser enligt SoL eller LSS (tabell 6). Assistansersättning beviljas framför allt till personer som har daglig verksamhet enligt LSS.

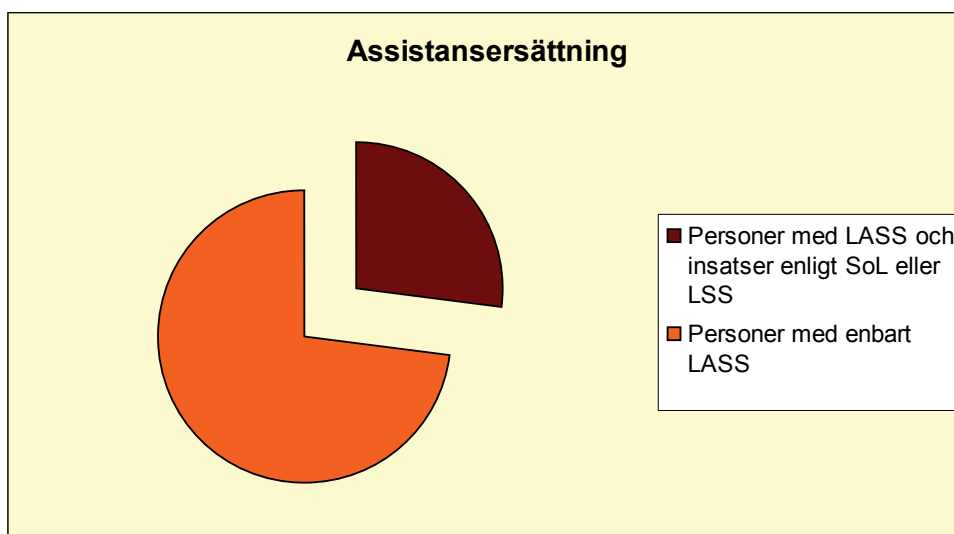
Tabell 6. Antal personer i åldern 20–64 år med kombinationen assistansersättning (LASS) och insatser enligt SoL eller LSS, efter ålder, år 2007.

	LASS och SoL		LASS och LSS	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20–29 år	10	5	560	780
30–49 år	65	60	720	870
50–64 år	165	140	380	430
Summa	240	205	1 660	2 080

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

De cirka 4 200 personer som har assistansersättning i kombination med insatser enligt LSS eller SoL utgör emellertid bara en liten del av samtliga som har assistansersättning. År 2007 hade sammanlagt cirka 11 400 vuxna personer assistansersättning, varav denna rapportens undersökningsgrupp utgör 27 procent (figur 3).

Figur 3. Andel personer 20–64 år med assistansersättning, med eller utan insatser enligt SoL eller LSS, år 2007 (procent).



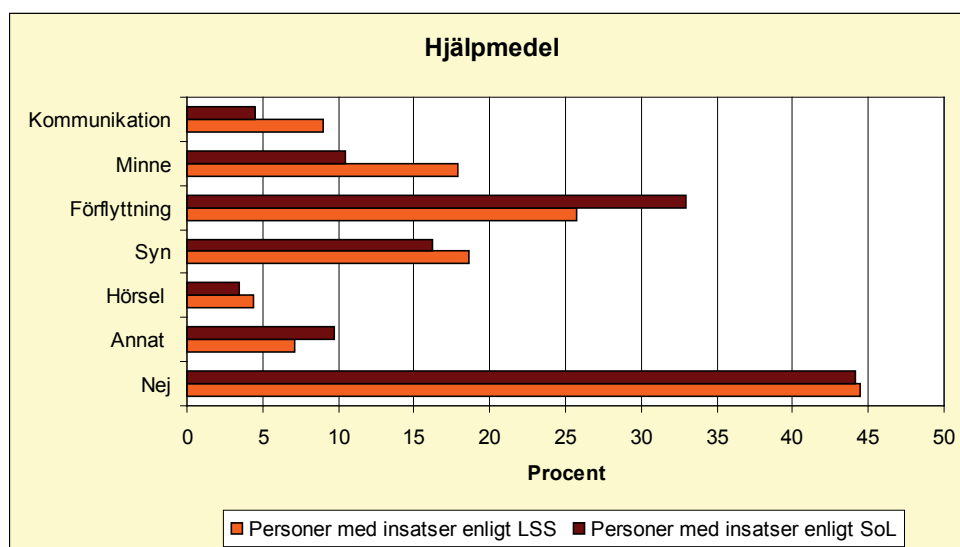
Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Den högsta andelen med assistansersättning finns bland personer med daglig verksamhet enligt LSS, vilket indikerar att denna undergrupp har stora stödbehov i kombination med sysselsättning via kommunen.

Hjälpmedel

Många personer med funktionsnedsättning behöver särskilda hjälpmedel för att självständigt kunna delta i samhällslivet. Det finns dessvärre ingen statistik över hur många personer som har beviljats olika typer av hjälpmedel och inte heller några uppgifter över hur behoven ser ut. I enkätundersökningen ställdes därför frågor om hjälpmedel. Svarsfrekvensen var dock låg och endast 47 procent besvarade frågan. Andelen som svarade var något högre för personer med insatser enligt LSS än för personer med insatser enligt SoL. Figur 4 visar att drygt hälften av dem med insatser enligt LSS har ett hjälpmedel (observera att en person kan ha angett flera hjälpmedel). De i särklass vanligaste hjälpmedlen är de som ska underlätta förflyttning. Mönstret ser likadant ut för personer med insatser enligt SoL.

Figur 4. Förekomst av hjälpmedel bland personer 20–64 år med insatser enligt LSS, år 2007 (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av enkätdata.

Stöd från anhöriga

I enkätundersökningen ställdes även frågor om stödet från de anhöriga. Svaren visar att många i undersökningsgruppen behöver regelbunden hjälp av sina anhöriga och närmare hälften behöver hjälp dagligen eller någon gång i veckan. Andelen som behöver hjälp från anhöriga är något högre för dem som har insatser enligt LSS, jämfört med dem med insatser enligt SoL. Bortfallet är tyvärr så högt att det inte går att göra några närmare analyser, eftersom endast 45 procent besvarade frågorna om stöd från anhöriga. Men att döma av de svar som inkommit finns ett stort behov av detta stöd och det tycks vara allra störst hos personer med insatser enligt LSS i åldersgruppen 20–29 år.

Det finns vissa skillnader gällande vem som hjälper. Inom LSS är det framför allt föräldrar som ger extra stöd, och inom SoL är det oftast en make eller maka. Det stämmer väl överens med tidigare resonemang om att personer med insatser enligt SoL vanligtvis är äldre än de med insatser enligt LSS. Även personer inom de särskilda boendeformerna har ett stort behov av stöd från sina anhöriga.

Av de inkomna svaren besvarades en stor del av enkäterna helt av någon annan person. Detta är alltid riskabelt, men eftersom frågan om stöd från anhöriga är en faktafråga bör det inte spela så stor roll vem som faktiskt besvarade den.

Studier inom äldreområdet visar att det finns ett samband mellan omfattningen av det offentliga stödet och omfattningen av anhörigas insatser. Under 1990-talet ökade insatser från anhöriga samtidigt som omfattningen av hemtjänstens insatser minskade [29].

Stödet från anhöriga ökade således när den offentliga omsorgen minskade och det var framför allt makar och döttrar som ökade sina insatser. Studier har visat att partnern är den viktigaste omsorgsgivaren för både gifta kvin-

nor och gifta män, men det är vanligare att en hustru står som ensam omsorgsgivare än att en man gör det [30].

Socialstyrelsen har sedan 2007 haft regeringens uppdrag att fördela stimulansmedel och utveckla metoder för anhöriga som ger stöd till äldre och yngre personer med funktionsnedsättningar [31]. I rapporten konstaterar Socialstyrelsen att det är ovanligt med anhörigstöd för yngre personer med funktionsnedsättning (det vill säga under 65 år) och det förekommer bara i 20 procent av kommunerna. Detta kan jämföras med anhörigstödet för äldre som finns i alla kommuner. Socialstyrelsen konstaterar vidare att anhörigstödet till andra grupper än äldre måste bli bättre. Resultaten från denna enkätundersökning understryker detta utvecklingsbehov.

5. Boende och stöd i vardagen

Sammanfattning

- Andelen i undersökningsgruppen som har bostad med särskild service för vuxna är hög, ungefär hälften av dem som har en LSS-insats har insatsen.
- Antal personer i LSS-boende har ökat de senaste åren, samtidigt som antalet personer i SoL-boende har minskat.
- Bland dem som bor i ordinärt boende är det något vanligare med SoL-insatser än med LSS-insatser. De vanligaste SoL-insatserna är hemtjänst och boendestöd, medan de vanligaste LSS-insatserna är daglig verksamhet och kontaktperson. En liten grupp har en kombination av SoL- och LSS-insatser.
- Fler män än kvinnor bor i boende enligt SoL och boende enligt LSS. I ordinärt boende har män vanligtvis insatser enligt LSS medan kvinnor har insatser enligt SoL.
- Tillgången till kök eller kokvrå och bad eller dusch i bostaden är ungefär likvärdig mellan totalbefolkningen och undersökningsgruppen. Samma förhållande gäller för tillgång till telefon och tv i den egna bostaden. Däremot har en betydligt lägre andel i undersökningsgruppen tillgång till dator och Internet jämfört med befolkningen i stort.

I detta kapitel beskrivs hur personerna i undersökningsgruppen bor och vilket stöd de har i samband med boendet. För att skilja mellan olika former av boende används benämningarna *särskilt boende* respektive *ordinärt boende*.

Olika boendeformer

Särskilt boende används som samlingsbeteckning för bostad med särskild service enligt SoL, även kallat SoL-boende, och bostad med särskild service enligt LSS, även kallat LSS-boende. Ett särskilt boende kännetecknas bland annat av att det krävs ett myndighetsbeslut för att få bo där. *Ordinärt boende* är det boende eller den bostad som personen själv har skaffat.

Källa: www.socialstyrelsen.se

Jämförelserna i detta kapitel görs främst mellan dem som har SoL- respektive LSS-insatser. Där det är relevant görs även jämförelser med befolkningen i stort.

Boendeförhållanden

De allra flesta människor med funktionsnedsättning bor i dag i ett eget hem, antingen i särskilt boende eller i det som här kallas ordinärt boende. Så har dock förhållandet inte alltid varit, speciellt inte för dem med omfattande funktionsnedsättningar och ett stort behov av stöd och service. Boendevillkoren genomgick under senare delen av 1900-talet stora förändringar. Människor som tidigare var hänvisade till olika typer av institutionsboenden

eller till att även som vuxna bo kvar hos anhöriga, fick nu istället möjlighet att skapa sig ett eget hem i ordinärt boende eller i någon form av bostad med särskild service. De nya boendeformerna bygger på en strävan att skapa en så hemlik och privat miljö som möjligt och under de senaste 25 åren har det vuxit fram alternativ till institutionsvård för alltfler grupper av människor [28].

LSS infördes 1994 och i förarbetena till lagen lyfte regeringen fram betydelsen av att ha en egen bostad och ett eget hem, särskilt för personer med funktionsnedsättning [32]

Ingen annan enskild faktor kan sägas ha så stor betydelse för känslan av den egna identiteten som den egna bostaden. Det är i bostaden man normalt tillgodoser sina mest elementära behov och bostaden är för de flesta människor tillsammans med arbetet den plattform från vilken man skapar relationer med andra människor och deltar i samhällslivet. Många människor med omfattande funktionshinder tillbringar en stor del av sin dag i det egna hemmet. Därför är bostaden många gånger ännu mer betydelsefull för personer med funktionshinder än för icke funktionshindrade personer.

För att underlätta för människor med funktionsnedsättning att bo i ett ordinarie boende finns insatser som bostadsanpassning, hjälpmedel och olika former av stöd i hemmet, exempelvis hemtjänst, boendestöd eller personlig assistans. För dem som behöver omfattande stöd och service i sitt boende finns även insatserna bostad med särskild service som regleras i både SoL och LSS.

Artiklarna 18, 19 och 28 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning innefattar boende, bosättningsort och rätten att välja hur och med vem man vill bo samt rätten till olika former av samhällsservice i samband med boendet:

Artikel 18. Rätt till fri rörlighet och till ett medborgarskap
Konventionsstaterna ska erkänna rätten för personer med funktionsnedsättning till fri rörlighet, frihet att välja bosättningsort och till ett medborgarskap på samma villkor som andra

Artikel 19. Rätt att leva självständigt och delta i samhället
Konventionsstaterna erkänner lika rätt för alla personer med funktionsnedsättning att leva i samhället med lika valmöjligheter som andra personer och ska vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder för att underlätta att personer med funktionsnedsättning fullt åtnjuter denna rätt och deras fulla inkludering och deltagande i samhället, bl.a. genom att säkerställa att

- a) personer med funktionsnedsättning har möjlighet att välja sin bosättningsort och var och med vem de vill leva på samma villkor som andra och inte är tvungna att bo i särskilda boendeformer,
- b) personer med funktionsnedsättning har tillgång till olika former av samhällsservice både i hemmet och inom särskilt boende och till annan service, bl.a. sådant personligt stöd som är nödvändigt för att stödja boende och deltagande i samhället och för att förhindra isolering och avskildhet från samhället, samt
- c) samhällsservice och anläggningar avsedda för allmänheten är tillgängliga på lika villkor för personer med funktionsnedsättning och svarar mot deras behov.

Artikel 28 Tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet
Konventionsstaterna erkänner rätten för personer med funktionsnedsättning till en tillfredsställande levnadsstandard för sig och sin familj, däribland tillräckligt med mat, kläder och en lämplig bostad samt till ständigt förbättrade levnadsvillkor, och ska vidta ändamålsenliga åtgärder för att trygga och främja att denna rätt förverkligas utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning.

Olika former av särskilt boende

Detta avsnitt innehåller jämförelser och uppgifter över olika former av särskilt boende, det vill säga mellan personer som bor i en bostad med särskild service för vuxna enligt LSS respektive enligt SoL. Jämförelserna avser personernas antal, ålder, kön och civilstånd samt vilka kompletterande insatser som de har. Uppgifterna grundar sig på bearbetning av registerdata.

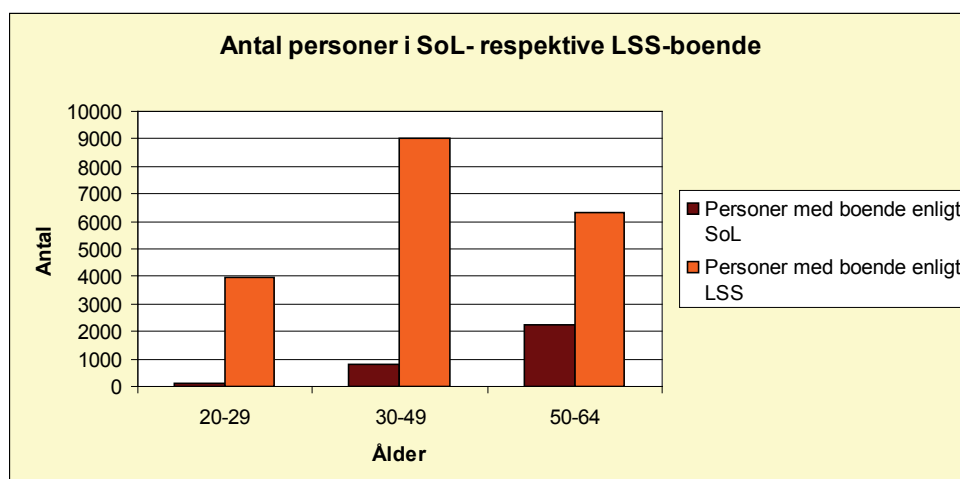
Insatsen bostad med särskild service enligt SoL är knapphändigt beskriven i förarbetena till lagstiftningen medan motsvarande insats i LSS har beskrivits utförligare. En bostad med särskild service enligt LSS kan till exempel vara en gruppboende eller en serviceboende, men oavsett formen är den personens privata och permanenta hem. Huvudregeln bör vara att de generella byggbestämmelser som gäller för bostäder i allmänhet också ska gälla för bostad med särskild service. Dessutom ska boendet ha den personal som behövs för att ge ett gott stöd och en god service och omvårdnad till dem som bor där utifrån deras individuella behov [32].

Särskilt boende enligt LSS ökar

Under perioden 2000–2008 ökade det totala antalet personer i åldrarna 20–64 år som bodde i en bostad med särskild service, med cirka 15 procent. Ökningen var dock nästan 25 procent för gruppen i LSS-boende medan antalet personer i SoL-boende minskade med 20 procent under perioden. Utvecklingen framgår av figur 5. Antalet personer i SoL-boende är fler i denna tabell än i undersökningsgruppen eftersom även personer som hade insatsen kortare tid än sex månader ingår. I undersökningsgruppen ingår endast de som hade samma SoL-insats vid två tillfällen med sex månaders mellanrum.

Dessa förändringar kan bero på att en del boendeenheter enligt SoL omvandlats till motsvarande enligt LSS under perioden. Ett SoL-boende för exempelvis personer med en psykisk funktionsnedsättning kan ha omvandlats till ett LSS-boende om de som bor där har bedömts ingå i LSS personkrets och har ansökt om ett LSS-boende. Det är möjligt att kommuner har gjort sådana förändringar på grund av att det ger ekonomiska fördelar i form av bidrag genom det nationella kostnadsutjämningsystemet för insatser enligt LSS som infördes under perioden. Detta går dock inte att undersöka eftersom det inte finns någon personnummerbaserad statistik över personer med SoL-insatser före 2007.

Figur 5. Antal personer 20–64 år med SoL- eller LSS-boende, år 2000, 2004 och 2008.



Källa: Bearbetning av officiell statistik.

Antalet personer med insatsen bostad med särskild service för vuxna enligt LSS har ökat. Även andelen kommuner som uppgav att de hade brist på sådana bostäder har ökat. År 2003 hade hälften av kommunerna brist på bostäder med särskild service medan den andra hälften av kommunerna uppgav att de täckte behoven. År 2008 hade andelen kommuner med brist på bostäder med särskild service ökat till två tredjedelar och bara en tredjedel av kommunerna täckte behovet [33].

Även kommunernas rapportering av ej verkställda beslut visar att det råder brist på bostäder med särskild service för vuxna och att kommunerna har svårt att verkställa sina beslut om insatsen. Den 31 december 2008 var det nära 120 personer i åldern 18–64 år som ännu inte hade fått insatsen SoL-boende, trots att beslutet fattats mer än tre månader tidigare. Vid samma tidpunkt var det drygt 600 personer som hade beviljats ett LSS-boende men som inte hade fått tillgång till insatsen. Av dessa hade cirka 450 personer väntat på sin bostad i över sex månader [34].

Trots ökningen av antalet personer som bor i LSS-boende är det alltså fortfarande många personer som saknar denna insats.

Vanligare att yngre bor i LSS-boende

Det är drygt fem gånger fler personer som har insatsen bostad med särskild service enligt LSS jämfört med motsvarande boende enligt SoL. I tabell 7 redovisas antalet personer med SoL- respektive LSS-boende, efter ålder och kön. Antalet personer i SoL-boenden ökar med stigande ålder och cirka 70 procent är 50–64 år. En fjärdedel är i åldern 30–49 år medan knappt 4 procent tillhör åldersgruppen 20–29 år. Det totala antalet personer i SoL-boenden motsvarar 0,06 procent av totalbefolkningen i samma åldersintervall.

Tabell 7. Antal personer 20–64 år med SoL- eller LSS-boende, efter ålder och kön, år 2007.

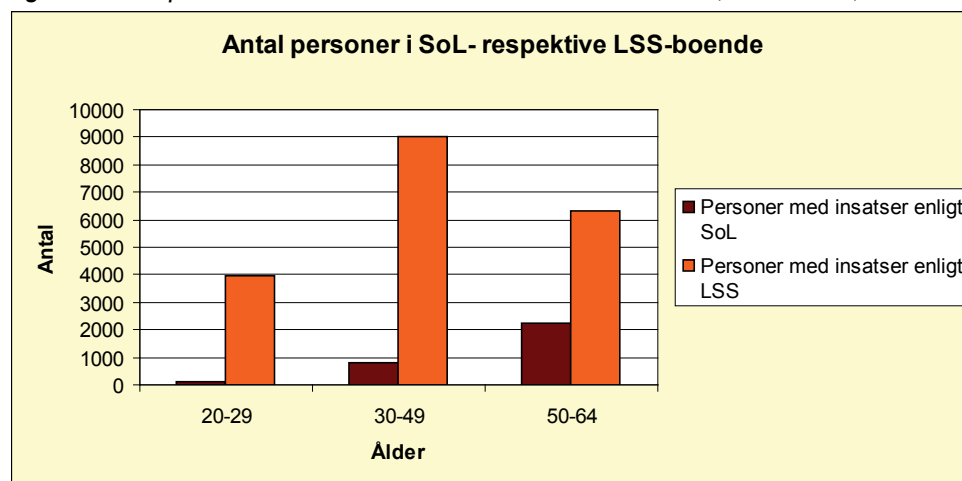
Ålder	SoL-boende		LSS-boende	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20–29 år	50	100	1 700	2 300
30–49 år	300	500	3 900	5 100
50–64 år	1 000	1 300	2 700	3 600
Summa	1 350	1 900	8 300	11 000

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Av dem som bor i LSS-boende är nästan hälften i åldern 30–49 år, en tredjedel är 50–64 år och resten, cirka 20 procent, är i åldern 20–29 år. Det totala antalet personer i LSS-boende motsvarar 0,36 procent av totalbefolkningen i samma ålder.

I figur 6 redovisas förhållandet mellan antalet personer i SoL- respektive LSS-boenden i olika åldrar.

Figur 6. Antal personer 20–64 år med SoL- eller LSS-boende, efter ålder, år 2007.



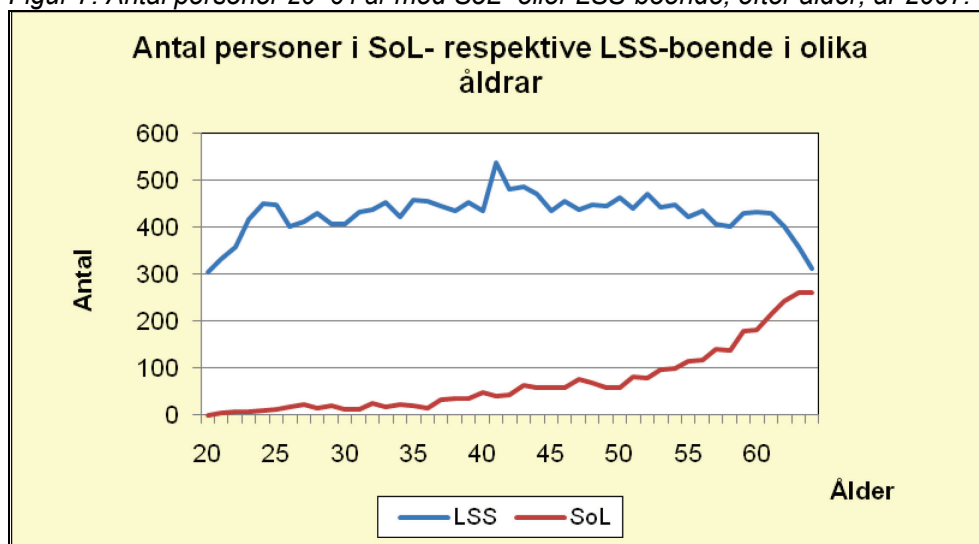
Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Skillnaden i ålder mellan dem med LSS- respektive SoL-boende kan bero på de olika lagstiftningarnas konstruktion. LSS vänder sig till personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar som har ett omfattande och ofta livslångt behov av stöd och service. Många har medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar och de har ofta haft stöd genom LSS sedan de var barn eller ungdomar. Många ungdomar som flyttar från föräldrahemmet behöver fortsatt stöd och väljer att flytta till en bostad med särskild service, medan andra väljer en helt egen bostad med stöd av personlig assistans.

Människor i SoL-boende har oftare fått sina funktionsnedsättningar genom sjukdomar eller skador senare i livet, därför uppkommer också behovet av ett särskilt boende senare. Det kan även vara så att stödbehovet till en början har kunnat tillgodoses genom hemtjänst eller boendestöd.

Av figur 7 framgår den tidigare redovisade skillnaden i antalet personer som bor i LSS- respektive SoL-boende. Figuren visar också att åldersfördelningen är relativt jämn i gruppen som har LSS-boende, medan antalet personer som har insats enligt SoL ökar med stigande ålder.

Figur 7. Antal personer 20–64 år med SoL- eller LSS-boende, efter ålder, år 2007.



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Fler män än kvinnor bor i särskilt boende

I alla åldersgrupper är det fler män än kvinnor som bor i särskilt boende, både enligt SoL och enligt LSS, vilket framgår av tabell 8.

Tabell 8. Andel i SoL-boende, LSS-boende och med SoL- respektive LSS-insats i ordinärt boende, efter kön och ålder, år 2007 (procent).

Ålder	Boende enligt SoL		Boende enligt LSS		Insats enligt SoL		Insats enligt LSS	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20–29	39	61	43	57	50	50	43	57
30–49	39	61	43	57	52	48	46	54
50–64	42	58	43	57	53	47	51	49

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Överhuvudtaget är det vanligare att män har insatser enligt SoL- eller LSS än kvinnor. I den här rapporten går det dock inte att avgöra om skillnaden när det gäller bostad med särskild service beror på olikheter i det faktiska behovet av insatsen, eller om insatsen är ojämnt fördelad.

Ett av de handikappolitiska målen är jämlikhet mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning. Enligt uppföljningen av handlingsplanen för handikappolitiken är det angeläget att snedfördelningen mellan kvinnor och män uppmärksammas och analyseras för att uppnå jämställdhet. Vidare poängteras att det saknas en systematisk analys av orsakerna till skillnaderna och därmed också verktyg att vid behov förändra situationen. Detta är en fråga som regeringen kommer att uppmärksamma i det fortsatta handikappolitiska arbetet [33].

Kompletterande insatser i särskilt boende

Många av de som bor i särskilt boende har även andra SoL- eller LSS-insatser.

Ungefär 20 procent av dem som bor i SoL-boende har också andra insatser¹. Den vanligaste insatsen är dagverksamhet enligt SoL som cirka 7 procent har och nästan lika många har ledsagarservice enligt LSS. Runt 3 procent har kontaktperson eller daglig verksamhet enligt LSS som kompletterande insatser.

Det är betydligt vanligare att de som bor i LSS-boende har kompletterande insatser. De vanligaste LSS-insatserna är daglig verksamhet och kontaktperson, som 80 respektive drygt 40 procent har beviljats. Insatsen ledsagarservice enligt LSS är lika vanlig som för dem som bor i SoL-boende, 7 procent. Det är mycket ovanligt att en person som bor i LSS-boende samtidigt har en SoL-insats. Endast 1 procent har dagverksamhet enligt SoL.

Olika former av stöd i ordinärt boende

Det är vanligare att de i undersökningsgruppen som bor i ordinärt boende har ytterligare insatser enligt SoL, snarare än insatser enligt LSS (tabell 9). Nästan 20 000 personer i ordinärt boende har SoL-insatser jämfört med drygt 18 000 personer som har LSS-insatser. En mindre grupp, knappt 2 700 personer, har en kombination av insatser enligt båda lagstiftningarna.

Tabell 9. Antal personer i ordinärt boende med SoL- och/eller LSS-insats, uppdelat på ålder och kön, år 2007.

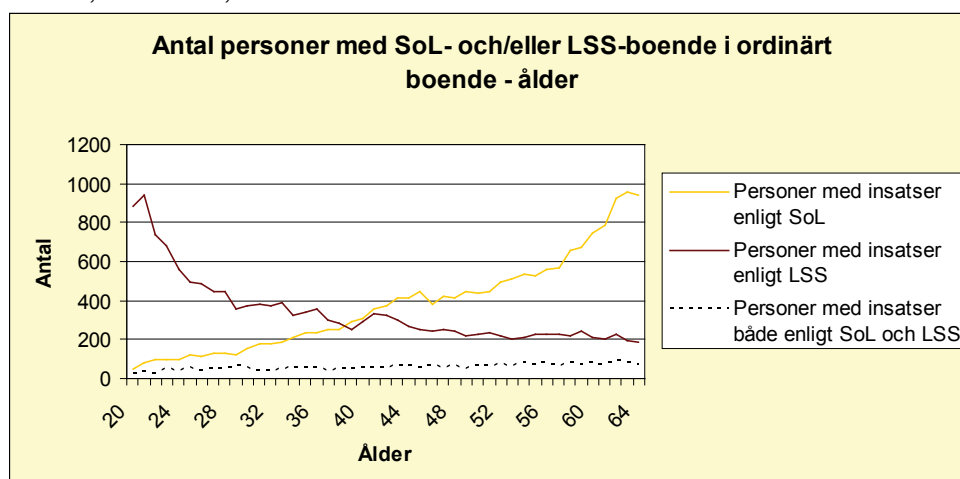
Ålder	Endast SoL-insats		Endast LSS-insats		SoL- och LSS-insats	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
20–29	550	500	2 600	3 450	200	250
30–49	3 300	2 850	2 850	3 250	500	600
50–64	5 150	4 600	1 650	1 600	550	550
<i>Summa</i>	<i>9 000</i>	<i>7 950</i>	<i>7 100</i>	<i>8 300</i>	<i>1 250</i>	<i>1 400</i>

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

De tidigare redovisade ålderskillnaderna gäller även för dem som bor i ordinärt boende. De personer som bor i ordinärt boende och som har SoL-insatser är generellt sett äldre än motsvarande personer med LSS-insatser. Antalet personer som har SoL-insatser i ordinärt boende ökar dessutom med stigande ålder. Det omvända gäller för personer som har LSS-insatser. Endast en liten grupp har en kombination av SoL- och LSS-insatser, där är köns- och åldersfördelningen relativt jämn (figur 8).

¹ Enligt den officiella statistiken har en del personer som bor i SoL-boende även beslut om insatserna hemtjänst eller boendestöd. Dessa uppgifter redovisas inte i detta kapitel eftersom det har visat sig att kommunerna har olika rutiner i samband med att de beviljar insatsen bostad med särskild service.

Figur 8. Antal personer 20–64 år som bor i SoL- eller LSS-boende eller i ordinärt boende, efter ålder, år 2007.

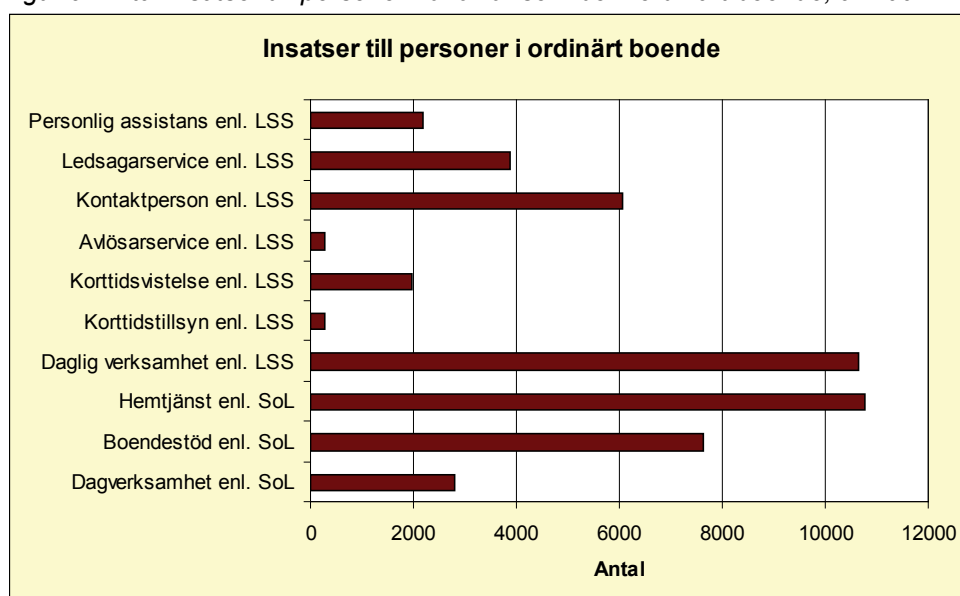


Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Insatser i ordinärt boende

Det är något vanligare med SoL-insatser än med LSS-insatser bland dem som bor i ordinärt boende. De vanligaste SoL-insatserna är hemtjänst (31 procent), boendestöd (22 procent) och dagverksamhet (8 procent). De vanligaste LSS-insatserna är daglig verksamhet (30 procent), kontaktperson (17 procent) och ledsagare (11 procent). De övriga insatserna enligt LSS har beviljats till färre än 10 procent. SoL- och LSS-insatserna till dem som bor i ordinärt boende framgår av figur 9.

Figur 9. Antal insatser till personer 20–64 år som bor i ordinärt boende, år 2007



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

I undersökningsgruppen har cirka 8 procent av dem som bor i ordinärt boende en kombination av insatser enligt både SoL och LSS. Den vanligaste kombinationen är ledsagarservice enligt LSS och hemtjänst enligt SoL (28

procent). Kombinationen kontaktperson enligt LSS och boendestöd enligt SoL är nästan lika vanlig, liksom kombinationen daglig verksamhet enligt LSS och boendestöd enligt SoL. Cirka 10 procent av dem som har en kombination av insatser enligt de båda lagstiftningarna har insatserna kontaktperson och daglig verksamhet enligt LSS samtidigt som de har boendestöd enligt SoL.

Vilka bor i olika boendeformer?

Uppgifterna i detta avsnitt bygger delvis på enkätdata och delvis på registerdata. Eftersom svarsfrekvensen i enkätundersökningen är låg, bör resultatet från denna tolkas med stor försiktighet.

De flesta i LSS-boende har en utvecklingsstörning

Enkätundersökningen visar att nästan alla som bor i LSS-boende har haft sin funktionsnedsättning sedan födseln eller barndomen. Bland dem som bor i SoL-boende är förhållandet det omvända, det vill säga de flesta har förvärvat funktionsnedsättningen efter 16 års ålder. Till stor del beror förhållandet på skillnader mellan de olika lagstiftningarna.

Bland dem som bor i SoL-boende är det vanligast med en psykisk funktionsnedsättning, men det är även vanligt med rörelsehinder och synnedsättningar.

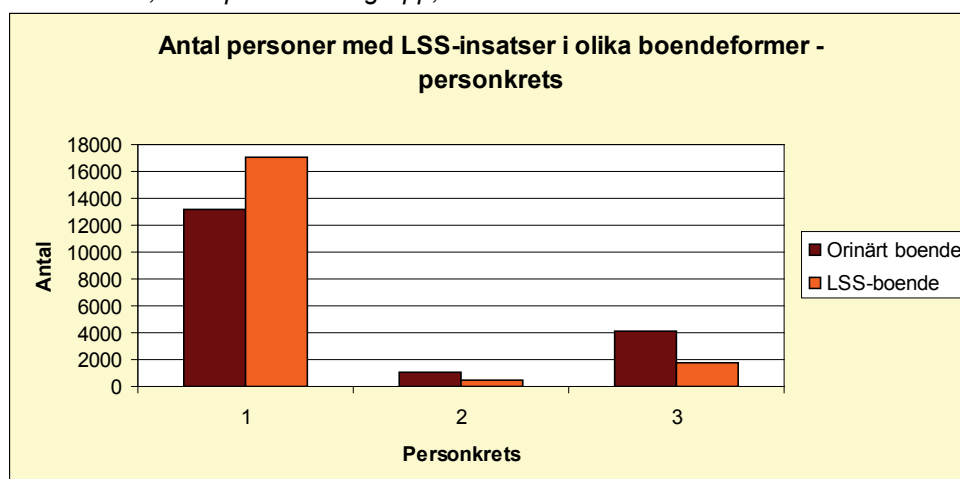
Typ av funktionsnedsättning påverkar vilken personkrets i LSS som personerna bedöms ingå i. För att bli beviljad en insats enligt LSS måste man tillhöra någon av lagens tre personkretsar (de tre personkretsarna finns beskrivna i kapitel 4).

Av dem som bor i LSS-boende ingår nästan 90 procent i personkrets 1 (drygt 17 000 personer). Enligt enkätundersökningen har över 80 procent av dem en utvecklingsstörning och drygt 30 procent har autism eller ett autismliknande tillstånd. Personkrets 2 svarar för den lägsta andelen bland dem med LSS-boende, endast 2 procent (cirka 400 personer). Samtliga i denna grupp har en hjärnskada, ofta i kombination med rörelsehinder. Cirka 8 procent av dem som bor i LSS-boende ingår i personkrets 3 (cirka 1 500 personer). Runt hälften av dem har en psykisk funktionsnedsättning och ungefär lika många har rörelsehinder.

Det är vanligt med kombinationer av en eller flera funktionsnedsättningar och det förekommer inom alla personkretsarna.

Figur 10 visar fördelningen mellan de tre personkretsarna när det gäller personer som bor i LSS-boende eller som bor i ordinärt boende och har LSS-insatser.

Figur 10. Antal personer 20–64 år med LSS-insats som bor i ordinärt boende eller i LSS-boende, efter personkretsgrupp, år 2007.



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

De allra flesta är ensamstående

Till skillnad från befolkningen i stort är de flesta i undersökningsgruppen ogifta och familjesituationen varierar mellan dem som bor i särskilt boende och dem som bor i ordinärt boende.

Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata visar att över 90 procent av dem som bor i SoL- eller LSS-boende är ogifta, skilda, änkor eller änklingsar. Detta bekräftas av enkätundersökningen som visar att majoriteten är ensamstående. Resultatet är inte förvånande eftersom det mer eller mindre förutsätts att man är ensamstående i särskilt boende.

Även i ordinärt boende är en stor andel ogifta, skilda, änkor eller änklingsar, 86 procent av dem med SoL-insatser och 90 procent av dem med LSS-insatser. Ett fåtal bor med en make eller maka, vilket är något vanligare bland dem med någon SoL-insats.

Enkätundersökningen visar att cirka en tredjedel av dem som har LSS-insats i ordinärt boende bor tillsammans med sina föräldrar, medan endast ett fåtal med motsvarande SoL-insats bor på liknande sätt. Skillnaden kan delvis förklaras av att personer med LSS-insatser generellt sett är betydligt yngre än de med SoL-insatser och att de ännu inte har flyttat till ett eget boende, trots att de är vuxna. De kanske inte alltid själva har valt att bo kvar i föräldrahemmet utan som tidigare nämnts, kan bristen på bostäder med särskild service göra att en beviljad insats inte har kunnat verkställas.

Boendestandard

Detta avsnitt bygger på enkätundersökningens fråga om boendestandard, vad den enskilde har tillgång till i hemmet. Svarefrekvensen för denna fråga var dock bara drygt 45 procent för hela undersökningsgruppen och med tanke på det stora bortfallet bör alla tolkningar därför göras med försiktighet. Svarefrekvensen var högre bland personer med insatser enligt LSS jämfört med dem med SoL-insatser, 52 respektive 42 procent.

Tillgång till kök och badrum

Som tidigare nämnts är en bostad med särskild service enligt LSS den enskildes privata och permanenta hem. Huvudregeln bör vara att de generella byggbestämmelser som gäller för bostäder i allmänhet också ska gälla för bostad med särskild service. I en fullvärdig bostad bör därför bland annat följande ingå: rum med inredning och utrustning för personlig hygien, rum eller avskiljbar del av rum för samvaro och sömn och vila, rum eller del av rum för matlagning.

När det gäller standarden i bostaden, här mätt om det finns tillgång till kök eller kokvrå respektive bad eller dusch, visar undersökningen i stort sett ingen skillnad mellan totalbefolkningen och personer som bor i ordinärt boende med SoL- eller LSS-insatser. Båda grupperna har kök eller kokvrå samt bad eller dusch.

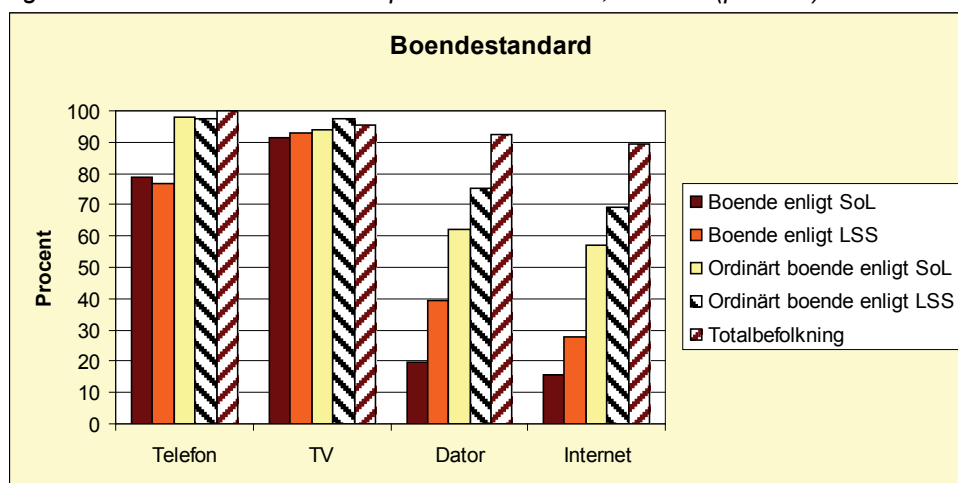
Undersökningen visar dock att färre i särskilt boende enligt SoL har kök eller kokvrå i sin lägenhet. Detta stämmer också i stort med uppgifter i Socialstyrelsens statistik som visar att nästan 20 procent av dem i åldern 0–64 år som bodde i särskilt boende enligt SoL den 1 oktober 2008 saknade kokmöjligheter [35].

Kök eller kokvrå saknas även i en del bostäder med särskild service enligt LSS, men boendestandarden mätt i kök och badrum har förbättrats under de senaste tio åren. Socialstyrelsens statistik från 1999 visar att drygt 20 procent av dem som då bodde i bostad med särskild service enligt LSS inte hade fullvärdiga lägenheter, utan endast disponerade ett rum samt hade del i ett kök och badrum [36]. LSS-kommittén gjorde våren 2008 en enkätundersökning bland personer med bostad med särskild service och daglig verksamhet. Då var det 10 procent som svarade att de inte hade eget kök [37].

Tillgång till telefon, TV, dator och Internet

Skillnaden mellan totalbefolkningen och undersökningsgruppen är större om man undersöker tillgången till telefon, TV, dator och Internet (figur 11).

Figur 11. Boendestandard bland personer 20–64 år, år 2008 (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av enkätdata.

I särskilt boende har bara omkring 75 procent telefon eller mobiltelefon, jämfört med i stort sett 100 procent av befolkningen i stort. Skillnaden kan bero på att människor med vissa typer av funktionsnedsättningar har svårt att kommunicera via telefon och därför har valt att inte skaffa någon. Enkätundersökningen visar till exempel att fler än en av fyra som bor i LSS-boende har stora talsvårigheter. En annan tänkbar orsak är att de boende av ekonomiska skäl väljer att inte ha telefon.

När det gäller tillgången till TV finns det inga större skillnader mellan totalbefolkningen och de som bor i ordinärt boende. De som bor i särskilt boende, framför allt de i SoL-boende, har något mer sällan TV i sina lägenheter. Däremot kan det finnas TV i boendets gemensamma utrymmen. Också här kan dålig ekonomi vara en av anledningarna.

Allt fler i den totala befolkningen har tillgång till dator och Internet. Enligt en undersökning 2007 hade 90 procent av totalbefolkningen i åldern 20–64 år tillgång till dator och Internet i hemmet [38]. Denna rapportens enkätundersökning visar dock att andelen är betydligt lägre bland personer med SoL- och LSS-insatser. Ungefär 40 procent har dator och ungefär 30 procent har Internet av dem som bor i LSS-boende och ungefär 20 respektive 15 procent av dem som bor i SoL-boende. Även i ordinärt boende är det en lägre andel i undersökningsgruppen som har dator och Internet, jämfört med befolkningen. Det finns uppgifter om att ungefär 1,7 miljoner svenskar inte använder sig av Internet alls. Starkast inverkan har personernas ålder, sedan följer inkomsten och därefter utbildningen [38].

Hjälpmiddelsinstitutet (HI) har vid flera tillfällen använt uppgifter från SCB:s ULF-undersökning för att studera förekomsten av dator och Internet i hemmet hos personer med funktionsnedsättning. Enligt de senaste siffrorna för 2004–2005 har tillgången ökat över tid, och på senare år i högre takt för personer med funktionsnedsättning än för andra [39]. Resultaten kan ändå vara intressanta som jämförelse, åtminstone när det gäller dem i vår undersökning som bor i ordinärt boende.

Enligt HI:s resultat hade cirka 86 procent av alla personer i åldern 18–64 år, utan funktionsnedsättning tillgång till dator. Motsvarande andel bland dem med någon funktionsnedsättning var knappt 63 procent. Nästan 80 procent av dem utan funktionsnedsättning hade tillgång till Internet jämfört med knappt 55 procent bland dem med någon funktionsnedsättning [39].

Med andra ord konstaterades en ”digital klyfta” mellan personer med och utan funktionsnedsättning. Den ”digitala klyftan” är betydligt större i vår undersökning, även om resultatet måste tolkas med försiktighet. Det finns dock en stor skillnad mellan undersökningarna eftersom personer som bor i särskilt boende inte ingår i ULF-undersökningarna.

Personer med funktionsnedsättning saknar i högre utsträckning tillgång till dator och Internet än totalbefolkningen. Funktionsnedsättningen kan givetvis göra det svårare att använda en dator och Internet, men med rätt anpassningar kan dessa verktyg medföra en ökad delaktighet. De nya digitala arenorna för möten och kommunikation på Internet kan också erbjuda nya möjligheter till sociala kontakter.

6. Ekonomi

Sammanfattning

- Andelen med löneinkomst är lägre i undersökningsgruppen än både i totalbefolkningen och i andra grupper av personer med funktionsnedsättningar. Även inkomstnivån är klart lägre i undersökningsgruppen.
- För personer med insatser enligt LSS är sjuk- och aktivitetsersättning den huvudsakliga inkomstkällan.
- Den disponibla inkomsten är lägre för undersökningsgruppen än för andra grupper med funktionsnedsättning och för den totala befolkningen.
- Andelen med ekonomiskt bistånd är högre bland personer med insatser enligt SoL, än i befolkningen i stort. Skillnaden är särskilt tydlig i åldersgruppen 20–29 år. Bland personer med insatser enligt LSS är andelen med ekonomiskt bistånd dock lägre än i totalbefolkningen.

Människors ekonomi påverkar en rad livsområden, till exempel hälsa, boende och fritid. Fattigdom i nutidens samhälle ska ses i relation till den allmänna livsstilen i samhället: vad som är brukligt och socialt accepterat. Det får sociala konsekvenser om man inte har råd att leva som andra, och på så sätt kan ekonomi också ses som ett villkor för bra eller dåliga levnadsförhållanden. I FN:s konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättningar står följande:

Artikel 28. Tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet.
Konventionsstaterna erkänner rätten för personer med funktionsnedsättning till en tillfredsställande levnadsstandard för sig och sin familj, däribland tillräckligt med mat, kläder och en lämplig bostad samt till ständigt förbättrade levnadsvillkor,
[...]
c) att för personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga som lever under fattiga förhållanden säkerställa tillgång till stöd från staten med utgifter som är relaterade till funktionsnedsättning, däribland för adekvat utbildning, rådgivning, ekonomiskt stöd och avlastningsvård.

I Sverige finns dock redan ett väl utbyggt välfärdsprogram och socialförsäringen som kompenserar för merkostnader som beror på funktionsnedsättning/funktionshinder, till exempel handikappersättning, assistansersättning, bilstöd och vårdbidrag. Rätten till ekonomiskt bistånd (tidigare socialbidrag) är ytterligare en trygghet. Sverige har även som uttalat mål att personer med funktionsnedsättning ska ha jämlika livsvillkor, vilket innefattar ekonomi. Det innebär att gruppens ekonomi ska ha så liten negativ inverkan som möjligt på andra livsområden och att personernas merkostnader till följd av funktionsnedsättningar och funktionshinder ska minimeras.

Tidigare studier

Undersökningsgruppens ekonomiska situation har undersökts ett fåtal gånger tidigare. I början av 1990-talet, i samband med införandet av LSS, gjordes en del brukarundersökningar som dock bara gällde en begränsad grupp av dem som har insatser enligt LSS: personer med någon utvecklingsstörning [14,15,16]. Av resultaten drogs slutsatsen att samhällets transfereringar har haft en viss utjämnande effekt, men att gapet till den övriga befolkningen snarare ökat än minskat. Andelen personer med funktionsnedsättning som har svårt att klara oförutsedda utgifter ökade från 21 till 35 procent, sedan införandet av LSS. Detta kan förklaras av att Sverige då befann sig i en lågkonjunktur, även totalbefolkningen fick en delvis försämrad ekonomi. Försämringen var dock större och skedde snabbare hos personer med utvecklingsstörningar. Det var också vanligare att personer med någon utvecklingsstörning avstod från fritidsaktiviteter och semesterresor (detta diskuteras närmare i kapitel 8). Det är inte helt enkelt att jämföra resultaten i denna rapport med de tidigare studierna, eftersom både mått och metod skiljer sig åt.

Den ekonomiska situationen har även studerats för andra grupper av personer med funktionsnedsättning, identifierade via andra administrativa system eller via befolkningsundersökningar. I början av 2010 publicerade Socialstyrelsen en rapport om den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättningar [40]. Undersökningen bygger på bearbetningar av data från SCB: s undersökning om hushållens ekonomi (HEK) år 2005 och år 2006. I den rapporten konstateras att drygt hälften av alla personer med funktionsnedsättning har en löneinkomst, och det är dubbelt så vanligt att personer med funktionsnedsättningar har ekonomiskt bistånd jämfört med den övriga befolkningen (tabell 10).

Tabell 10. Inkomstkällor för personer i ålder 20–64 år, år 2005–2006 (procent). Observera att en person kan ha flera inkomstkällor och att andelen därför överstiger 100 procent.

	Lön (%)	S/A (%) ¹	Ekonomiskt bistånd (%)	Stöd från anhöriga (%)
Personer med funktionsnedsättning	55	50	10	9,6
Totalbefolkningen	84	10	5	9,8

Källa: Specialbearbetningar av data från SCB: s HEK-undersökning 2005–2006.

¹ sjuk- och aktivitetsersättning

Vidare konstaterades att personer med funktionsnedsättningar oftare än andra avstår från sjukvård, tandvård samt läkemedel av ekonomiska skäl [40].

Även Socialdepartementet har studerat den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättning, med hjälp av data från HEK-undersökningen. Där konstateras att dessa personer som grupp löper risk att drabbas hårdare av en ekonomisk kris än andra och att de i högre utsträckning än övriga befolkningen får ekonomiskt bistånd. Biståndstagandet var

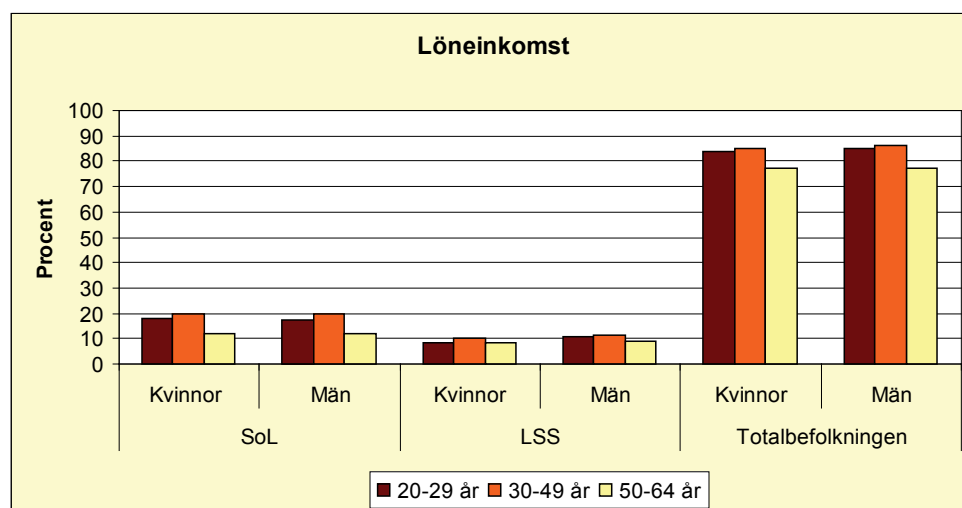
högst bland personer med assistansersättning, hemtjänst eller särskilt boende enligt SoL, eller med färdtjänst [41].

Inkomstkällor

I denna rapport har Socialstyrelsen valt att studera två inkomstkällor som innebär markant olika livsvillkor för mottagaren: löneinkomst respektive sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare förtidspension). Även ekonomiskt bistånd kan räknas som en inkomställa, men det redovisas lite längre ner i avsnittet ”Ekonomisk utsatthet”.

En låg andel av undersökningsgruppen har en löneinkomst, jämfört med totalbefolkningen (figur 12)². Löneinkomsten är lägst för dem med LSS-insatser, i åldern 50–64 år (knappt 10 procent). Den högsta andelen med löneinkomst finns bland personer med insatser enligt SoL, i åldern 30–49 år (20 procent). Högsta andelen med löneinkomst hos totalbefolkningen finns också i åldersgruppen 30–49 år (cirka 85 procent).

Figur 12. Andel personer 20–64 år med inkomst från lönearbete, år 2007 (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Figuren ovan visar också att andelen med löneinkomst är relativt jämn mellan olika åldersgrupper, när det gäller personer med insatser enligt LSS. Ålderskillnaderna är tydligare bland personer med insatser enligt SoL, precis som hos totalbefolkningen är det en liten skillnad mellan åldersgrupperna 20–29 år och 30–49 år. Därefter sjunker andelen med löneinkomst markant.

Löneinkomst för olika undergrupper

I undersökningsgruppen har alltså en låg andel löneinkomst. När vissa undergrupper studeras närmare framträder några skillnader. Bland personer som har insatser enligt LSS finns den största andelen med löneinkomst

² Andelen med löneinkomst skiljer sig från andelen med arbetsmarknadsförankring, som beskrivs i kapitel 7. Anledningen är olika mätmetoder.

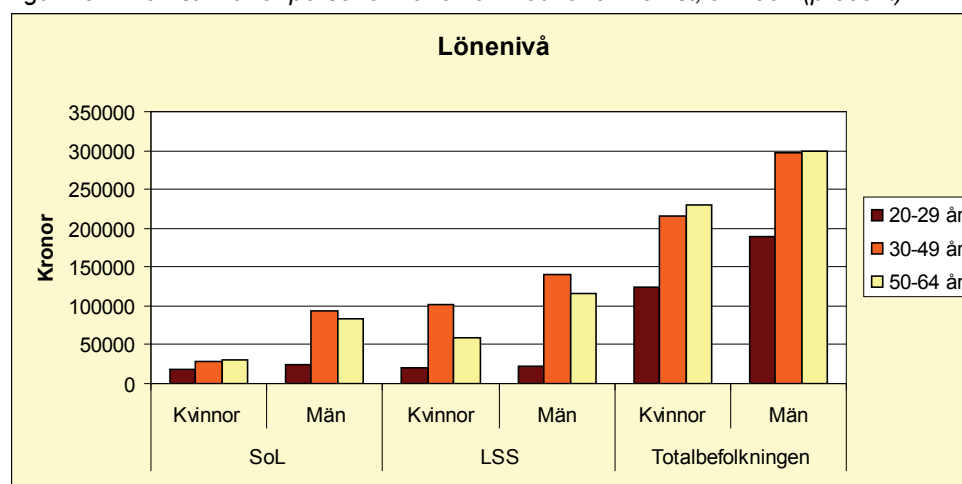
bland dem som tillhör personkrets 3 (de tre personkretsarna finns beskrivna i kapitel 4). Mellan 15 och 25 procent i denna grupp har en löneinkomst. Inom denna personkrets finns bland annat personer med rörelsehinder eller psykisk funktionsnedsättning. Personer som tillhör personkrets 3 har heller inte rätt till daglig verksamhet enligt LSS.

Ytterligare en intressant undergrupp är de i undersökningsgruppen som även har personlig assistans mer än 20 timmar per vecka (det vill säga assistansersättning, som beskrivs i kapitel 4). Analyser visar att en mycket låg andel av dessa har en löneinkomst, i åldersgruppen 20–29 år är andelen cirka 2 procent. Andelen ökar med ökad ålder och i den äldsta gruppen, 50–64 år, är andelen 8 procent. I de högre åldersgrupperna har betydligt fler män än kvinnor en löneinkomst. Gruppen utgörs av personer som förutom insatser enligt SoL och LSS, även har personlig assistans i mer än 20 timmar per vecka och många har därmed nedsatt arbetsförmåga. Resultaten stämmer också väl överens med tidigare studier av samtliga med assistansersättning som visade att 7 procent hade en löneinkomst [8,10].

Inkomstnivå

Inkomstnivån för den del av undersökningsgruppen som har en löneinkomst är lägre än för totalbefolkningen. Skillnaderna blir större i de högre åldersgrupperna (figur 13). Detta beror sannolikt på att undersökningsgruppen har en lägre utbildningsnivå och oftare arbetar deltid. Personer med insatser enligt LSS har en högre inkomstnivå än personer med insatser enligt SoL. Männerna har högre inkomstnivå än kvinnorna inom både undersökningsgruppen och i totalbefolkningen.

Figur 13. Inkomstnivå för personer 20–64 år med löneinkomst, år 2007 (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Sjuk- och aktivitetsersättning

Sjuk- och aktivitetsersättning

Aktivitetsersättning beviljas till personer i åldern 19–29 år, som längst tre år i taget. Ersättningen är främst tänkt för unga människor som troligen inte kommer att kunna arbeta heltid på minst ett år på grund av en sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Sjukersättning beviljas till personer i åldern 30–64 år som troligen aldrig kommer att kunna arbeta heltid på grund av en sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Arbetsförmågan ska vara permanent nedsatt med minst en fjärdedel i alla arbeten på hela arbetsmarknaden. Där ingår även arbeten som anordnas för personer med funktionsnedsättningar, till exempel anställningar med lönebidrag. Försäkringskassan beviljar och betalar ut båda ersättningarna.

Källa: www.scb.se och www.forsakringskassan.se

En klar majoritet av personer med insatser enligt LSS har sjuk- eller aktivitetsersättning, andelen är över 90 procent inom alla åldersgrupper.

Nivån på sjuk- och aktivitetsersättningen beror på personens ålder och tidigare inkomst. En inkomstrelaterad sjuk- eller aktivitetsersättning omfattar 64 procent av den inkomst som Försäkringskassan antar att personen skulle ha om hon eller han förvärvsarbetade (så kallad antagandeinkomst). Den som inte har haft någon inkomst eller för låg inkomst kan i stället få garantiersättning som år 2010 uppgår till maximalt 101 760 kronor per år. Många i undersökningsgruppen kan antas ha garantiersättning eftersom de beviljats aktivitetsersättning i unga år.

Disponibel inkomst

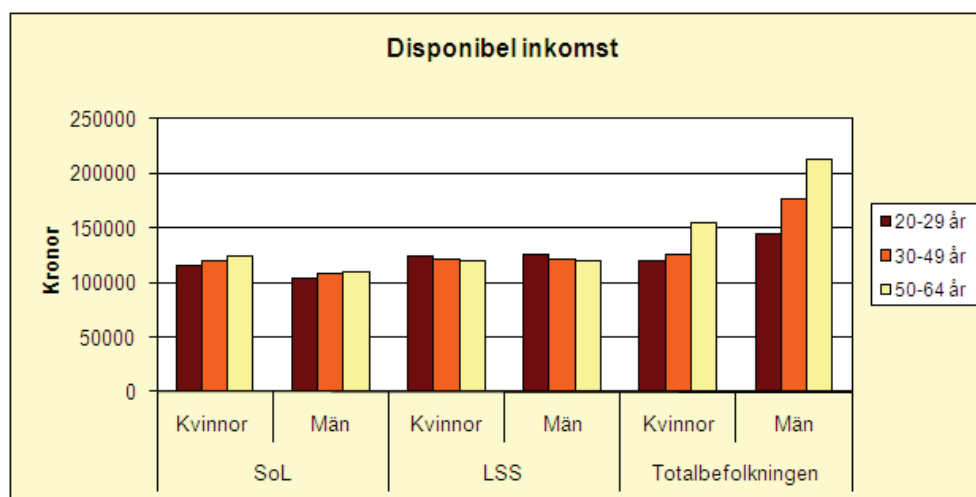
Disponibel inkomst

Disponibel inkomst är ett vanligt sätt att belysa en persons ekonomiska situation och kan förenklat beskrivas som: lön + bidrag och ersättningar – skatt. Den disponibla inkomsten är det man har kvar och kan använda sedan alla inkomster har lagts ihop och skatt med mera har dragits bort. För att kunna jämföra hushåll av olika storlek används måttet disponibel inkomst per konsumtionsenhet som anger inkomsten ”per person” med hänsyn till att personer i olika åldrar har olika levnadskostnader. Disponibel inkomst per konsumtionsenhet är ett mått på den ekonomiska levnadsnivån som tar hänsyn till hushållets samlade inkomst och antalet familjemedlemmar som ska försörjas av den.

Källa: www.scb.se

Undersökningsgruppen har en lägre disponibel inkomst än totalbefolkningen. Figur 14 visar att den genomsnittliga disponibla inkomsten ligger strax över 100 000 kronor per år.

Figur 14. Disponibel inkomst för personer 20–64 år, efter kön och ålder, år 2007 (median).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

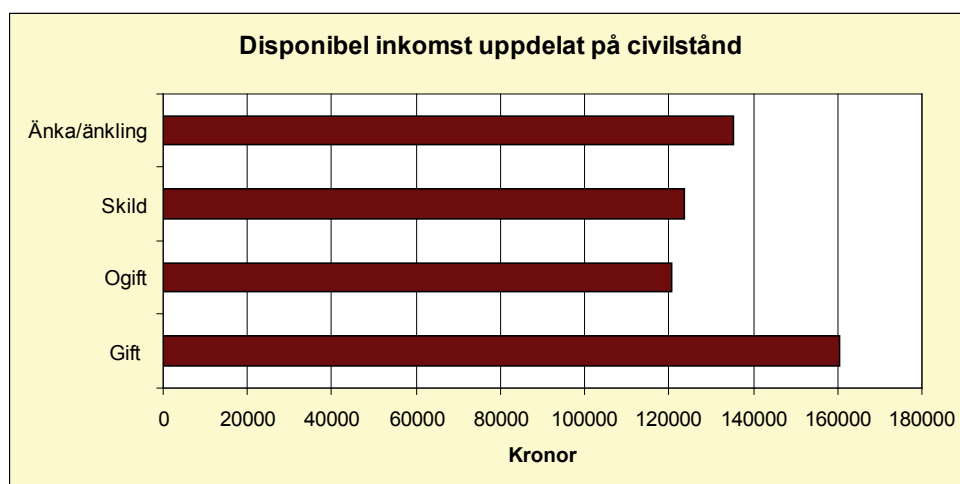
Ovanstående figur visar också på små skillnader mellan olika åldersgrupper i undersökningsgruppen, vilket tyder på att inkomsterna inte ökar med stigande ålder. Detta stämmer väl överens med tidigare studier som visar att personer med sjuk- eller aktivitetsersättning som huvudsaklig inkomstkälla har inkomstnivåer som är konstanta över tid [42,43].

Undersökningsgruppen har en lägre disponibel inkomst än vad som har uppgetts för andra grupper av personer med funktionsnedsättning [40].

Disponibel inkomst utifrån civilstånd

Den disponibla inkomsten påverkas av civilstånd, det vill säga om personen är ensamstående eller gift. I detta kapitel tas redan hänsyn till hushållssammansättningen, i och med att måttet *disponibel inkomst per konsumtionsenhet* tar viss hänsyn till hushållssammansättningen. Det är ändå intressant att undersöka olika grupper närmare. Figur 15 visar att de i undersökningsgruppen som är gifta också har den högsta disponibla inkomsten. Den lägsta disponibla inkomsten återfinns hos dem som är ogifta.

Figur 15. Disponibel inkomst för personer 20–64 år, efter civilstånd, år 2007 (median).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Svårt att kompensera fullt ut för inkomstskillnader

Undersökningsgruppens ekonomiska situation är sämre än den för den totala befolkningen. Den främsta anledningen torde vara den låga förankringen på arbetsmarknaden, vilket i sin tur ofta beror på att de som behöver socialtjänstens stöd vanligtvis har mer omfattande funktionsnedsättningar som leder till kraftigt nedsatt arbetsförmåga. Andelen med löneinkomst är även klart lägre för undersökningsgruppen än för andra personer med funktionsnedsättningar.

Den disponibla inkomsten är betydligt lägre för undersökningsgruppen, både i jämförelse med den övriga befolkningen och jämförelsevis med andra grupper av funktionsnedsättning. Medianvärdet för undersökningsgruppens disponibla inkomst ligger mellan 100 000 och 125 000 kronor per år. Det betyder att hälften i undersökningsgruppen har en disponibel inkomst som är lägre än medianvärdet. Nivåerna är så pass låga att livskvaliteten sannolikt påverkas negativt.

Den främsta anledningen till den låga inkomstnivån är att undersökningsgruppens huvudsakliga inkomstkällor är sjuk- och aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd. Sådana inkomstkällor täcker endast de nödvändigaste utgifterna och personerna riskerar ett liv strax ovanför fattigdomsstrecket. Att kompensera för den låga inkomsten är möjligt till en viss gräns, men för att den ekonomiska situationen verkligen ska förbättras krävs att en högre andel kommer ut på arbetsmarknaden (ett utförligare resonemang om arbete förs i kapitel 7).

Ekonomisk utsatthet

Ekonomiskt bistånd

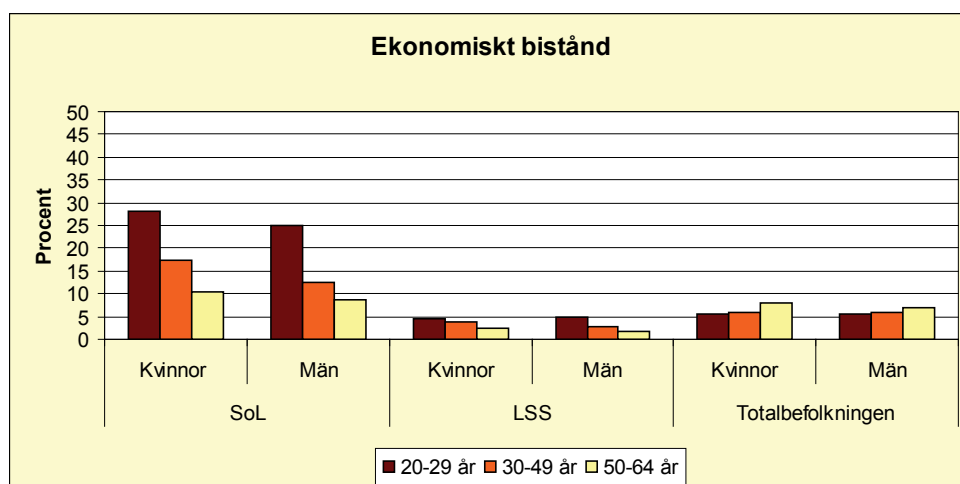
Ekonomiskt bistånd

Ekonomiskt bistånd ges till personer som bedöms behöva hjälp med sin försörjning för att få en skälig levnadsnivå. Biståndssystemet är det yttersta skyddsnätet för tillfälliga ekonomiska kriser och för att beviljas ekonomiskt bistånd kan man inte ha några egna tillgångar i form av bil, hus, sommarstuga, båt och så vidare.

Källa: www.socialstyrelsen.se

Det är ovanligt att personer med insatser enligt LSS har ekonomiskt bistånd, det är till och med ovanligare än i totalbefolkningen (figur 16). För personer med insatser enligt SoL gäller det omvända. Här är det upp till fem gånger så vanligt med ekonomiskt bistånd än i totalbefolkningen och särskilt vanligt bland unga i åldern 20–29 år.

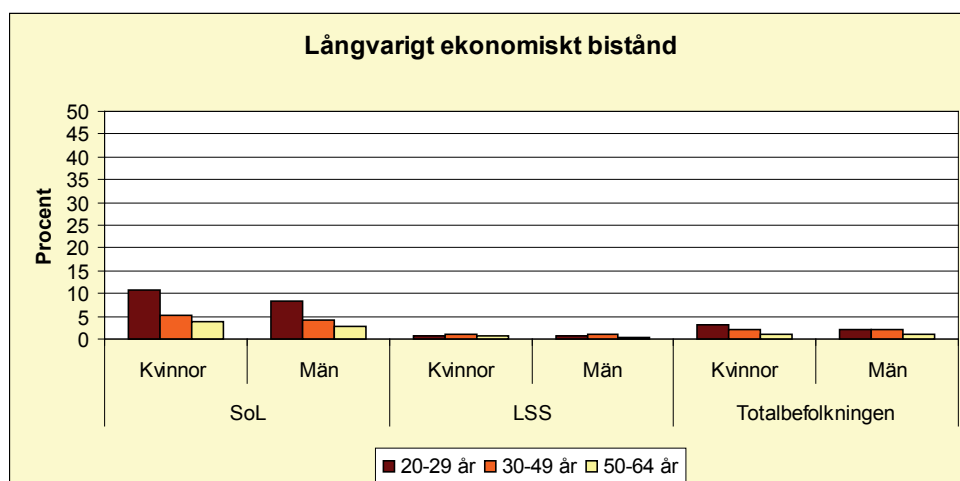
Figur 16. Andel personer 20–64 år med ekonomiskt bistånd under minst en månad under 2007, efter kön och ålder (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Samma mönster gäller även för långvarigt ekonomiskt bistånd (det vill säga 10–12 månader under ett år), men då är andelarna lägre (figur 17). Unga personer med insatser enligt SoL är den grupp där flest får långvarigt ekonomiskt bistånd.

Figur 17. Andel personer 20–64 år med ekonomiskt bistånd under 10–12 månader 2007, efter kön och ålder (procent).

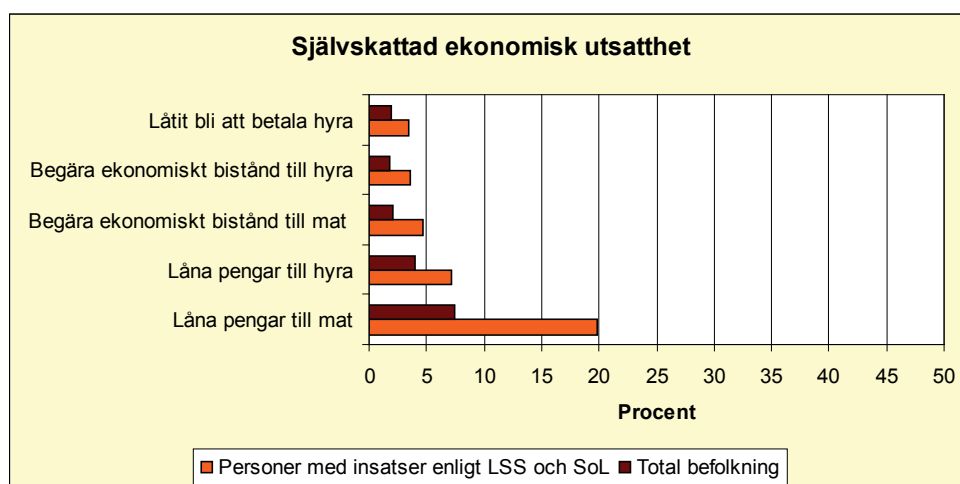


Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Självskattad ekonomisk utsatthet

Resultaten från ovanstående registerbearbetningar bekräftas delvis av uppgifter från enkätundersökningen. Uppgifter från enkäten indikerar även att de anhöriga ofta ger ekonomiskt stöd. Dessvärre besvarade bara 45 procent dessa frågor och därför går det inte att dra definitiva slutsatser utifrån uppgifterna. Ett fåtal personer i undersökningsgruppen uppgav emellertid att de hade varit tvungna att begära ekonomiskt bistånd för att klara utgifter för mat eller hyra (figur 18). Något fler uppgav att de hade varit tvungna att låna pengar till mat. Samtliga kriterier är högre än för totalbefolkningen.

Figur 18. Andel personer 20–64 år som har uppgett en ekonomisk utsatthet, år 2008 (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av enkätdata.

Den höga andelen som har behövt låna pengar till både mat och hyra är inte förvånande, med tanke på undersökningsgruppens låga disponibla inkomst.

Skillnader i ekonomisk utsatthet

Trots en låg disponibel inkomst är andelen med ekonomiskt bistånd lägre hos personer med insatser enligt LSS än hos befolkningen i stort. Inga tidigare studier visar att en så låg andel av personer med insatser enligt LSS får ekonomiskt bistånd, men det tycks som att denna grupp inte är lika ekonomiskt utsatt som andra grupper med funktionsnedsättning. Beror detta på att gruppen har lägre levnadsstandard eller på att anhöriga ofta bidrar ekonomiskt? Antagligen stämmer båda förklaringarna. Kommunerna ska se till att den enskilde får behålla tillräckliga medel för sina personliga behov när kommunen tar ut avgifter för exempelvis bostad eller kulturella aktiviteter (enligt 19 § LSS). Det kan medföra att många av de i undersökningsgruppen som har insatser enligt LSS, har ett så kallat förbehållsbelopp.

Situationen är den omvända för dem som har insatser enligt SoL. Här är andelen som får ekonomiskt bistånd högre än i totalbefolkningen och på samma nivå som för andra grupper med funktionsnedsättning [40]. Ekonomiskt bistånd tycks utgöra en viktig inkomstkälla för denna grupp.

Insatser enligt SoL beviljas ofta till personer med psykisk funktionsnedsättning och på så sätt stämmer resultaten väl överens med en av Socialstyrelsens tidigare studier [20]. Där konstateras att personer med psykisk funktionsnedsättning löper upp till sju gånger så hög risk att ha ekonomiskt bistånd. Ekonomiskt bistånd tycks därmed utgöra en viktig inkomstkälla för denna grupp.

Merkostnader på grund av funktionshinder

I enkätundersökningen ställdes inga frågor om merkostnader till följd av funktionshinder. Det är därför svårt att göra en fullständig analys av den ekonomiska situationen. Tidigare studier konstaterar dock att personer med funktionsnedsättning har väsentliga merkostnader för exempelvis hjälpmedel, färdtjänst, stöd och vård [40], och det är sannolikt att även denna grupp har det. Det är alltså troligt att undersökningsgruppens ekonomiska situation är sämre än vad som framkommer i detta kapitel.

Socialstyrelsen har dock undersökt en annan form av merkostnader, nämligen höga hyror i särskilda boendeformer.

Höga hyror i olika boendeformer

Samhället ska skapa goda levnadsvillkor för dem som bor i bostad med särskild service. Det gäller framförallt unga vuxna som är på väg att flytta hemifrån. En viktig handikappolitisk princip, som även uttrycks i LSS, är att den enskilde inte ska ha merkostnader på grund av ett funktionshinder. Därför får inga avgifter tas ut för insatser enligt LSS, utom i de fall som särskilt anges i 19 § LSS och som gäller bostad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter. När avgifter tas ut ska kommunen se till att den enskilde får behålla tillräckliga medel för sina personliga behov. Sedan LSS infördes har en del förutsättningar förändrats när det gäller boende och avgifter. De allra flesta som har insatsen bostad med särskild service för vuxna har i dag en egen fullvärdig lägenhet där de får stöd och service och de har även tillgång till gemensamma utrymmen (se även kapitel 5 i denna rapport).

Lagstiftningens intentioner är att personer som omfattas av LSS ska tillförsäkras goda levnadsvillkor och att hänsyn till detta även ska tas när det gäller avgifter. När den enskilde betalar hyra för sin bostad med särskild service finns det däremot ingen regel som garanterar att han eller hon har tillräckligt med pengar kvar för sin försörjning. Vid hyressättning av bostadslägenheter gäller hyreslagens regler, som inte tar hänsyn till den enskildes ekonomi. Reglerna om avgifter, högkostnadsskydd och förbehållsbelopp i socialtjänstlagen (2001:453) går inte heller att tillämpa när det gäller en insats enligt LSS.

Unga vuxna med funktionsnedsättning som beviljas bostad med särskild service erbjuds ofta nyproducerade, förhållandevis dyra lägenheter. De har små möjligheter att själva välja en lägenhet med lägre hyra.

Bostadstillägg

Personer med aktivitetsersättning eller sjukersättning kan få bostadstillägg. Storleken på bostadstillägget beror på boendekostnad och inkomststorlek. Bostadstillägg betalas ut för högst 93 procent av vad bostaden kostar men inte för mer än 5 000 kronor i månaden. Bedömning och utbetalning görs av Försäkringskassan.

Källa: www.forsakringskassan.se

De som inte har pengar kvar till sin försörjning efter att ha betalt hyran hänvisas till att söka kommunernas försörjningsstöd. Det kan innebära att unga människor tidigt blir beroende av ekonomiskt bistånd och tvingas leva på existensminimum resten av sina liv.

Höga hyror har sålunda stor inverkan på ekonomin för personer med funktionsnedsättning. I denna rapport har därför förekomsten av höga hyror, både i eget boende och i särskilda boendeformer, studerats. Analyserna har gjorts genom att studera hyresnivåerna för den del i undersökningsgruppen som har bostadstillägg. Det innebär att resultaten endast omfattar en del av undersökningsgruppen.

En majoritet av undersökningsgruppen har bostadstillägg. Andelen bland personer med insatser enligt SoL är 57 procent, motsvarande andel bland personer med insatser enligt LSS är 71 procent. Inom samtliga boendeformer har de flesta av dessa personer en bruttoboendekostnad (det vill säga hyran exklusive eventuellt bostadsbidrag eller bostadstillägg) i intervallen 4 000 – 5 750 kronor. När boendekostnaden korrigeras genom bostadsbidrag eller bostadstillägg har en klar majoritet i stället en nettoboendekostnad i intervallen 0 – 1 750 kronor (tabell 11). En mindre andel av gruppen har en nettoboendekostnad som är 4 000 kronor eller mer per månad, framförallt inom ordinära boendeformer.

Tabell 11. Netto-boendekostnad för personer 20–64 år, efter boendeform, år 2007 (antal och procent).

Kronor	Personer med insatser enligt LSS				Personer med insatser enligt SoL			
	Särskilt boende		Ordinärt boende		Särskilt boende		Ordinärt boende	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
0–1 750	13 200	84	6 000	65	3 600	71	6 600	62
2 000–3 750	2 400	15	2 500	27	1 300	25	3 200	30
>4 000	200	1	800	9	200	4	800	8
<i>Summa</i>	<i>15 800</i>	<i>100</i>	<i>9 300</i>	<i>100</i>	<i>5 100</i>	<i>100</i>	<i>10 600</i>	<i>100</i>

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Analyserna visar dessutom att 5 procent av undersökningsgruppen har både ekonomiskt bistånd och bostadstillägg. Anledningarna till att dessa personer har båda ekonomiska stöden är förmodligen en kombination av höga hyror och låg inkomst. Dessa 5 procent utgör sannolikt en grupp som, till följd av höga hyror, är särskilt ekonomiskt utsatta.

7. Utbildning och arbete

Sammanfattning

- Personer med insatser enligt SoL och LSS har en väsentligt lägre utbildningsnivå än befolkningen i övrigt. Skillnaden består framförallt i att en lägre andel i undersökningsgruppen fortsätter vidare till studier efter gymnasiet.
- Undersökningsgruppen befinner sig i lägre utsträckning inom utbildningssystemet, än den totala befolkningen.
- För undersökningsgruppen är arbetsmarknadsanknytningen betydligt lägre än för totalbefolkningen. Oavsett hur materialet analyseras, ligger arbetsmarknadsanknytningen på cirka tio procent. Motsvarande siffra för den totala befolkningen är omkring 80 procent.

Detta kapitel belyser utbildningssituationen och arbetsmarknadsanknytningen för personer i undersökningsgruppen. Jämförelserna i detta kapitel görs främst med befolkningen i stort. Där det är relevant görs även jämförelser inom undersökningsgruppen, det vill säga mellan personer med insatser enligt SoL och personer med insatser enligt LSS.

Utbildning

Utbildning är en viktig förutsättning för möjligheten till sysselsättning och inkomst, som i sin tur påverkar en rad andra livsområden. Sysselsättning är i sin tur en förutsättning för kvalifikation till många av samhällets försäkringssystem som exempelvis socialförsäkringarna. Den erfarenhet och kunskap som utbildningen ger bidrar också till utvecklade möjligheter att ta del av kulturutbud och fritidsaktiviteter. Utbildning stärker även individens möjligheter till inflytande i viktiga samhällsfrågor, samtidigt som utbildning spelar en viktig roll för individen vad gäller att utveckla sig själv och sina förmågor.

I FN:s konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning understryks vikten av utbildning:

Artikel 24. Rätten till utbildning.

För att förverkliga rätten till utbildning ska konventionsstaterna säkerställa att:

a) personer med funktionsnedsättning inte utestängs från det allmänna utbildningssystemet på grund av funktionsnedsättning och att barn med funktionsnedsättning inte utestängs från kostnadsfri obligatorisk grundutbildning eller från undervisning som följer efter grundutbildning, på grund av funktionsnedsättning [...].

Tidigare undersökningar visar att personer med funktionsnedsättning vanligtvis har lägre utbildningsnivå än befolkningen i stort [19,43,44]. Även om studierna innehåller stora inom-gruppssliga skillnader är den generella slut-

satsen att personer med funktionsnedsättning har en lägre utbildningsnivå än befolkningsgenomsnittet.

Uppgifter om alternativa skolformer, till exempel särskola eller riksgymnasium för döva och hörselskadade, ingår inte i Statistiska Centralbyråns (SCB) utbildningsregister. Det går därför inte att via register ta fram information om hur många i undersökningsgruppen som utbildat sig inom ramen för dessa skolformer. Det är framförallt personer med utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd som går i alternativ skolform. Andelen elever i de särskilda skolformerna har ökat påtagligt sedan mitten av 1990-talet. Under läsåret 1995–1996 gick en procent av grundskoleeleverna i särskola. Under 2004–2005 var motsvarande andel 1,4 procent, vilket motsvarar en 40 procentig ökning under en tioårsperiod. I gymnasiesärskolan var antalet elever cirka 4 300 läsåret 1997/1998 och nästan 8 700 10 år senare [45].

I det följande avsnittet belyses dels den formella utbildningsnivån men också graden av pågående utbildning för undersökningsgruppen, det vill säga utbildningar där de var inskrivna under 2007.

Särskola

Särskolan är en egen skolform som regleras i skollagen (1985:1100). Den är till för de barn och ungdomar som inte klarar kunskapsmålen och undervisningen i grund- och gymnasieskolan för att de har en utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. Syftet med särskolan är att dessa barn och ungdomar ska kunna ta del av en individuellt anpassad utbildning. Särskolan innefattar den obligatoriska särskolan som motsvarar grundskolan och gymnasiesärskolan som motsvarar gymnasieskolan. Särskolan omfattas av skolplikten och består av grundsärskola och träningskola. Andra särskilda skolformer för elever med funktionsnedsättning utgörs av specialskola, riksgymnasierna samt rh-anpassad utbildning. Elever med funktionsnedsättning kan också få extra tid att slutföra sina grundläggande studier.

Källa: www.skolverket.se

Högsta avslutande utbildningsnivå

I detta avsnitt jämförs utbildningsnivån mellan personer med insatser enligt SoL med utbildningsnivån i befolkningen. Utbildningsnivå för personer med insatser enligt LSS redovisas inte. Anledningen är att en hög andel går i skolformer som inte registreras i SCB:s utbildningsregister.

För att studera undersökningsgruppens utbildningsnivå har uppgifter hämtats från SCB:s utbildningsregister. Uppgifter om högsta avslutade utbildningsnivå avser utbildningar till och med vårterminen 2007. Vid klassificering av enskilda individers utbildningsbakgrund i utbildningsregistret krävs i princip att en utbildning skall vara fullföljd och godkänd för att individen skall erhålla den nivåkod som respektive utbildning motsvarar.

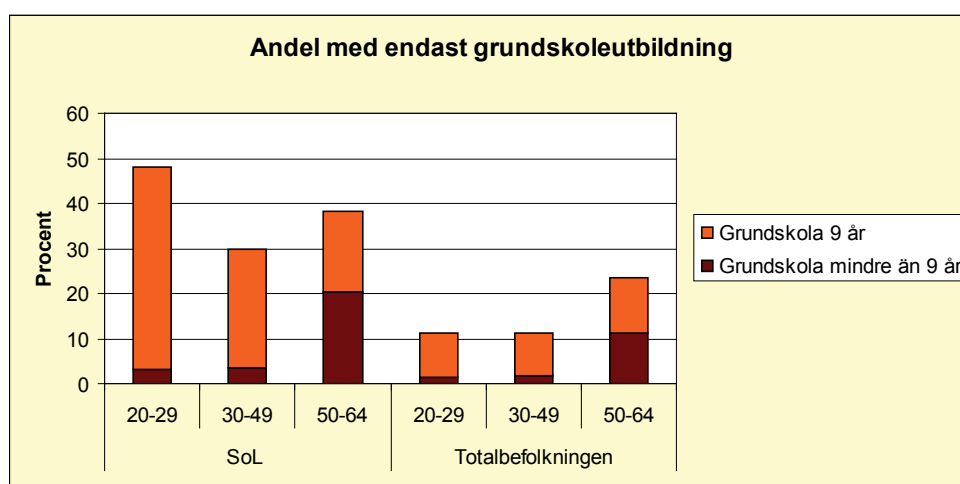
Förgymnasial utbildning

I Sverige gäller skolplikt för personer som är bosatta i landet. Skolgång i grundskolan är sedan 1972 obligatoriskt för alla barn i åldern sju till sexton år. Den generella utbildningsnivån har ökat markant i Sverige under senare

årtionden. Sedan slutet av 1980-talet har andelen i befolkningen med enbart förgymnasial utbildning kontinuerligt minskat.

Andelen i befolkningen med enbart förgymnasial utbildning uppgick 2007 till drygt 15 procent. Bland personer med insatser enligt SoL är denna andel nästan 35 procent. I figur 19 åskådliggörs skillnaderna mellan befolkningen i stort och personer med insatser enligt SoL fördelat på ålder.

Figur 19. Andel 20–64 år med grundskola som högsta avslutade utbildning, efter ålder, år 2007 (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Det är väsentligt vanligare att personer med insatser enligt SoL har grundskola som högsta avslutade utbildning, än befolkningen. Detta gäller inom samtliga studerade åldersintervall. Skillnaden är dock störst i åldersintervallet 20–29 år, där ungefär varannan person med insats enligt SoL enbart har grundskoleutbildning, jämfört med var tionde i motsvarande ålder i befolkningen.

Inom alla studerade åldersintervall är det fler män än kvinnor som enbart har grundskoleutbildning. Detta gäller både för gruppen personer med insatser enligt SoL och för totalbefolkningen. Inom SoL-gruppen är den könsmässiga skillnaden som störst i åldersintervallet 20–29 år.

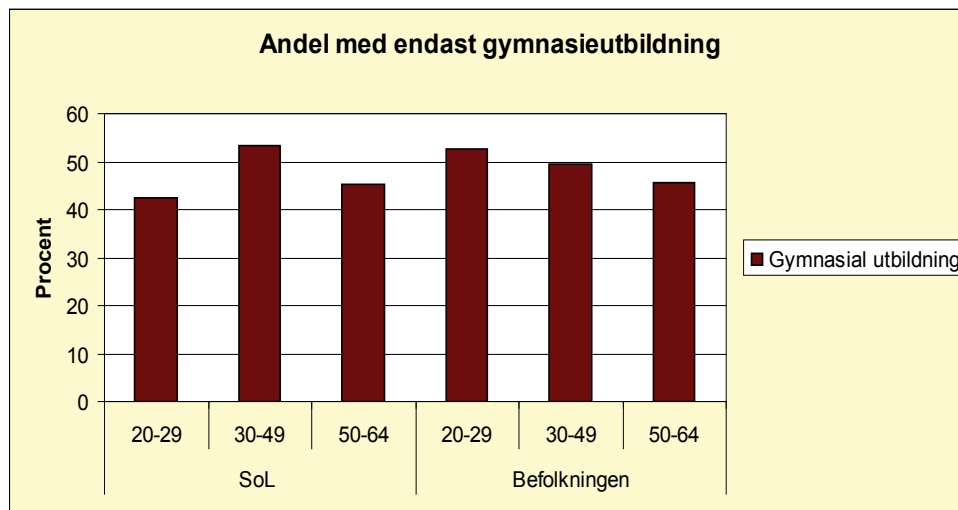
För bägge undersökningsgrupperna är det bara personer i åldrarna 50-64 år där en påtaglig andel inte har en 9-årig grundskoleutbildning. Detta förklaras bland annat av att folkskolan (som var 7 år) är inkluderad i denna kategori. Generellt är det dock vanligare med kortare grundskoleutbildning bland personer med insatser enligt SoL än befolkningen i övrigt.

Gymnasium

Knappt 50 procent av befolkningen i de förvärvsaktiva åldrarna 20–64 år har en gymnasieutbildning som högsta utbildning (figur 20). Denna andel är ungefär densamma bland personer med insatser enligt SoL. I åldrarna 20–49 år har en större andel av undersökningsgruppen en gymnasieutbildning som högsta avslutade utbildning, jämfört med motsvarande åldersgrupp i totalbefolkningen. I det yngre åldersintervallet är förhållandet det motsatta. I åld-

rarna 50–64 år är det i princip lika stor andel i undersökningsgruppen som i totalbefolkningen som har gymnasium som högsta avslutade utbildning.

Figur 20. Andel 20–64 år med gymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå, efter ålder, år 2007 (procent).

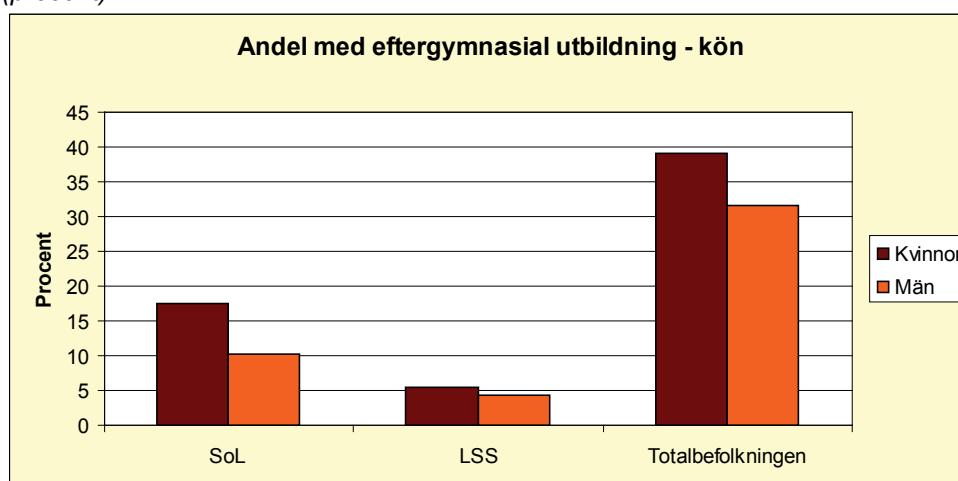


Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Eftergymnasial utbildning

När eftergymnasial utbildning studeras blir det också möjligt att inkludera gruppen personer med insatser enligt LSS, eftersom det inte finns några särskilda skolformer inom den eftergymnasiala utbildningen. Andelen i totalbefolkningen med eftergymnasial utbildning har ökat de senaste årtiondena. Sedan 1980-talet denna andel ökat med 15 procentenheter. År 2007 hade drygt 35 procent en eftergymnasial utbildning i befolkningen (figur 21).

Figur 21. Andel 20–64 år med eftergymnasial utbildning, uppdelat på kön, år 2007 (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

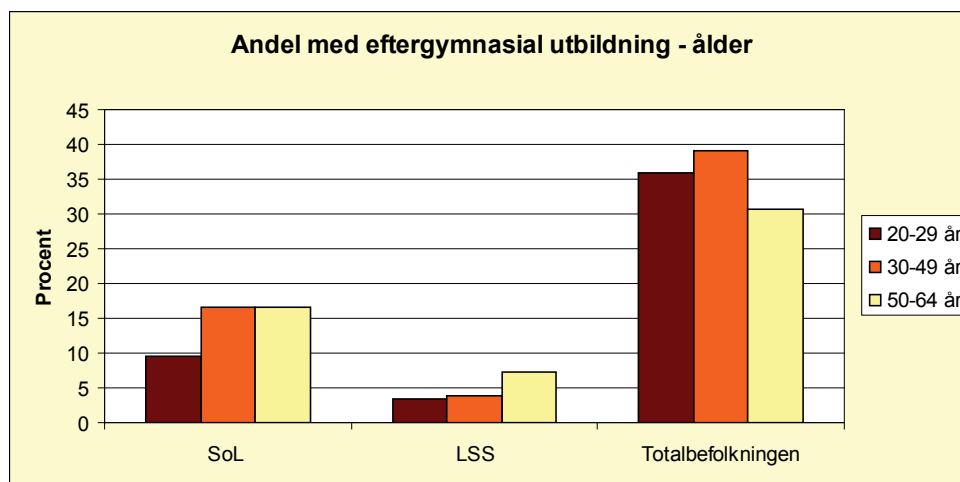
Bland personer med insatser enligt LSS är det knappt 5 procent som har eftergymnasial utbildning och bland personer med insatser enligt SoL är andelen 16 procent. Skillnaden gentemot denna rapportens undersökningsgrupp är således betydande.

Såväl kvinnor i undersökningsgruppen som i befolkningen, har en högre eftergymnasial utbildningsnivå, jämfört med män.

Det kan vara intressant att jämföra utbildningsnivån för rapportens undersökningsgrupp med personer med funktionsnedsättning generellt. Enligt SCB: s Arbetskraftsundersökning (AKU) har var fjärde person med självskattad funktionsnedsättning eftergymnasial utbildning [18]. SCB har redovisat utbildningsnivå efter funktionsnedsättning och där framgår att var femte person med psykiska besvär har eftergymnasial utbildning [44].

I befolkningen sjunker andelen med eftergymnasial utbildning för personer i den högre åldersgruppen, 50–64 år (figur 22). Bland personer i undersökningsgruppen är förhållandet det motsatta.

Figur 22. Andel med 20–64 år eftergymnasial utbildning, efter ålder, år 2007 (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Eftergymnasial utbildning blir vanligare högre upp i åldrarna även om det inte är någon dramatisk ökning. I undersökningsgruppen är andelen med eftergymnasial utbildning högst i åldrarna 50–64 år. Detta utbildningsmönster överensstämmer inte med totalbefolkningens där andelen med eftergymnasial utbildning istället är som lägst i det högsta åldersintervallet.

Vad beror den lägre utbildningsnivån på?

Sammanfattningsvis visar det empiriska underlaget att utbildningsnivån är påtagligt lägre för personer med insatser enligt SoL än för befolkningen i stort. Skillnaden består främst i att en stor andel av personer med insatser enligt SoL enbart har grundskoleutbildning. Motsvarande andel bland totaltotalbefolkningen är förhållandevis liten, bland dessa är det istället en stor andel som har eftergymnasial utbildning. Att kvinnor har högre utbildning

än män gäller både för befolkningen i stort och för personer med insatser enligt SoL.

Utbildningsnivån för personer med insatser enligt LSS inkluderar endast eftergymnasial utbildning. Resultaten visar att andelen med eftergymnasial utbildning är betydligt lägre än för både personer med insatser enligt SoL och för totalbefolkningen. Skillnaderna i eftergymnasial utbildningsnivå inom undersökningsgruppen förklaras troligen av att bland personer med insatser enligt SoL finns en väsentlig andel som förvärvat sin funktionsnedsättning relativt sent livet. Det är också tänkbart att skillnader i typ av funktionsnedsättning ger sig till känna.

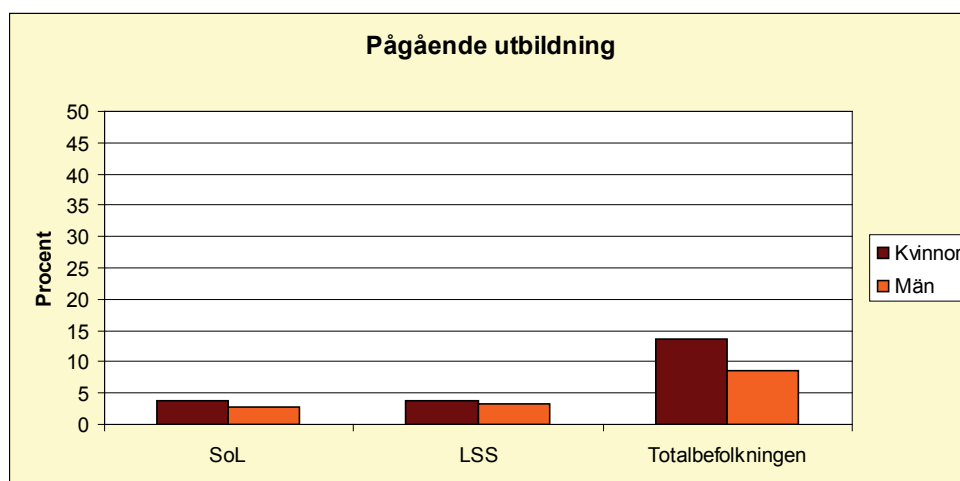
Det förefaller som att vägen till högskole- och universitetsstudier utgör ett hinder för den aktuella undersökningsgruppen. I vår undersökningsgrupp finns delar av befolkningen med de allra mest omfattande funktionsnedsättningarna. Många av dessa funktionsnedsättningar är medfödda. En funktionsnedsättning behöver inte inskränka på möjligheten att studera men kan göra det.

Problemet är emellertid att de låga utbildningsnivåerna inte alltid är konsekvenser av olika funktionsnedsättningar. Resultaten kan också spegla förekomsten av barriärer som hindrar personer med funktionsnedsättning att få tillgång till utbildningsväsendet. Dessvärre medger inte befintliga data studier av förekomsten och effekterna av sådana barriärer. Andra studier visar dock att utbildningsvärlden har brister när det gäller tillgänglighet, tillgång till information om olika stöd i samband med studier samt brister i arbetet för likabehandling av studenter med funktionsnedsättning [46–48]. Det är därför troligt att de skillnader i utbildningsnivå som även konstateras i denna rapport, är en effekt av såväl barriärer inom utbildningsområdet som mer direkta konsekvenser av olika former av nedsatt funktionsförmåga. De skillnader som är en produkt av barriärer är påverkbara. För yngre personer med insatser enligt SoL är det särskilt angeläget med fördjupade analyser av vad som kan göras för att möjliggöra för fler att gå vidare till gymnasial utbildning.

Pågående utbildning

En klart lägre andel av undersökningsgruppen studerar, i jämförelse med befolkningen i övrigt (figur 23). År 2007 studerade mindre än 5 procent av undersökningsgruppen. Personer med insatser enligt LSS kan dock vara underrepresenterade vad gäller pågående utbildning, som en följd av att uppgifter om gymnasiesärskola inte finns representerade i Statistiska Centralbyråns utbildningsregister.

Figur 23. Andel personer 20–64 år i pågående utbildning, efter kön, år 2007 (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Många bedriver folkhögskolestudier

En hög andel av de pågående utbildningarna avser troligen folkhögskolestudier. Folkhögskolan är den vuxenutbildningsform som har flest deltagare med funktionsnedsättning [49] och många skolor har speciella kurser för personer med funktionsnedsättning. Kurserna erbjuder till exempel anpassad undervisning, socialt stöd och en tillgänglig miljö för studerande med olika funktionsnedsättningar.

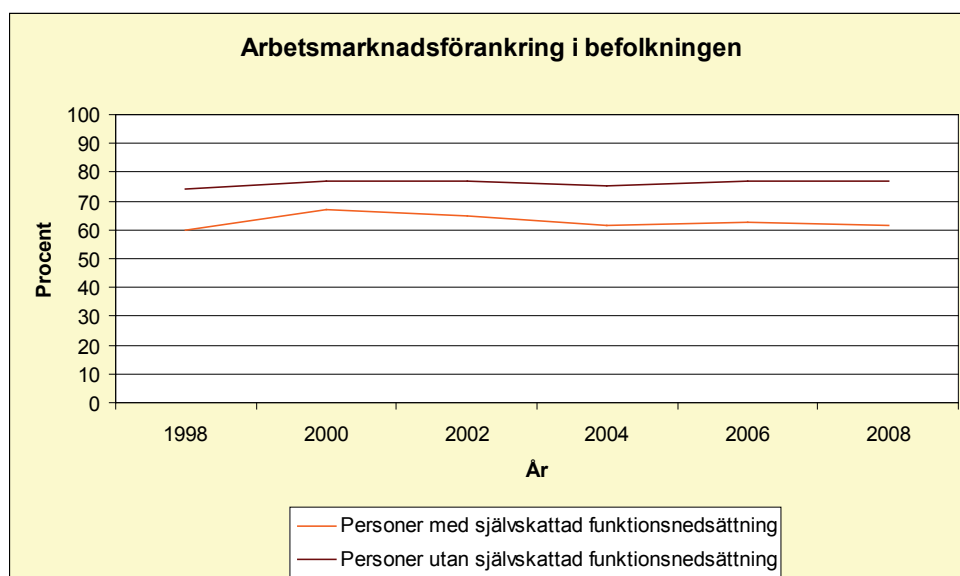
Andelen folkhögskoledeltagare med funktionsnedsättning har ökat något under 2000-talet och år 2008 hade 19 procent av eleverna någon form av funktionsnedsättning, inklusive dyslexi [49].

En närmare analys visar att vissa grupper som studerar på folkhögskola ökar. Ökningen gäller till exempel personer med utvecklingsstörning, personer med Aspergers syndrom och personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Framförallt de två första grupperna har en hög representation i denna rapportens undersökningsgrupp.

Arbetsmarknadsanknytning

Arbetsmarknadssituationen för personer med funktionsnedsättning har varit en återkommande handikappolitisk fråga. Frågan har egentligen inte skiftat särskilt mycket i karaktär utan har i huvudsak varit: Hur kan man öka andelen personer med funktionsnedsättning på arbetsmarknaden? Åtgärderna har varit många, men andelen personer med funktionsnedsättning på arbetsmarknaden tenderar att uppvisa relativt stabila nivåer, åtminstone efter 1990-talet. I figur 24 visas data från den undersökning om situationen för personer med självskattad funktionsnedsättning som genomförs vartannat år av SCB, som tillägg till ordinarie *Arbetskraftsundersökningen* (AKU) [18]. I den undersökningen kan emellertid personer som har stöd från socialtjänsten inte särskiljas.

Figur 24. Andel personer 18–64 år i sysselsättning, i befolkningen, år 1998–2008 (procent).



Källa: SCB 2009

Av figur 24 framgår att en lägre andel personer med funktionsnedsättning i befolkningen är sysselsatta, jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Att andelen är lägre återkommer i en rad olika undersökningar, dock med något olika resultat beroende på hur funktionsnedsättning och sysselsättning har definierats [18,26,44]. Generellt gäller dock att personer med funktionsnedsättning i lägre utsträckning befinner sig på arbetsmarknaden jämfört med totalbefolkningen.

Frågan om sysselsättning har även en framträdande roll i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. I artikel 27 anges bland annat att:

Konventionsstaterna erkänner rätten till arbete för personer med funktionsnedsättning på lika villkor som för andra. Det innefattar rätten att kunna förtjäna sitt uppehälle genom fritt valt eller antaget arbete på arbetsmarknaden och i en arbetsmiljö som är öppen, som främjar integration och är tillgänglig för personer med funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska skydda och främja förverkligande av rätten till arbete, däribland för personer som förvärvar funktionsnedsättning under anställning, genom att vidta ändamålsenliga åtgärder, däribland lagstiftning [...]

För att studera hur arbetsmarknadssituationen ser ut för dem som ingår i denna undersökning har uppgifter om sysselsättningsstatus använts. Uppgifterna hämtas från den registerbaserade arbetsmarknadsstatistiken (RAMS). För samtliga uppgifter beskrivs situationen för år 2007.

Sysselsättningsstatus

Variabeln *Sysselsättningsstatus* hämtas från den registerbaserade arbetsmarknadsstatistiken (RAMS). Som sysselsatt räknas den som under november månad varit förvärvsarbetande och fått lön utbetalad. Personer för vilka kontrolluppgift har utfärdats (vilket innebär att lön har utbetalats) men som inte uppfyller novemberkriteriet räknas inte som sysselsatta.

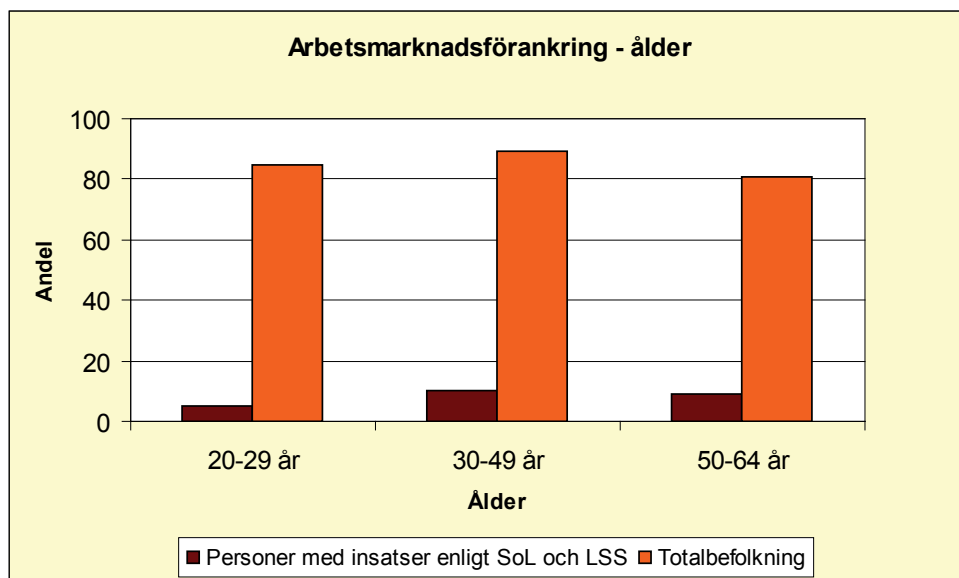
Källa: www.scb.se

I detta avsnitt beskrivs arbetsmarknadsanknytningen för undersökningsgruppen efter kön och ålder. Analyserna baseras på registerdata och på officiell statistik.

Undersökningsgruppen har en lägre arbetsmarknadsanknytning än den totala befolkningen. Andelen med förankring på arbetsmarknaden är något högre bland personer med insatser enligt SoL än för personer med insatser enligt LSS (11 respektive 7 procent)³. Skillnaden mellan kvinnor och män är liten och ser likadan ut som för befolkningen i stort, det vill säga män har i något högre utsträckning arbetsmarknadsanknytning.

Andelen sysselsatta i undersökningsgruppen är lägst i åldersgruppen 20–29 år (figur 25). Både i undersökningsgruppen och i totalbefolkningen är andelen sysselsatta högst i åldersgruppen 30–49 år.

Figur 25. Andel personer 20–64 år med arbetsmarknadsanknytning, efter ålder, år 2007 (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Resultatet är entydigt. För de grupper som ingår i denna undersökning är arbetsmarknadsanknytningen betydligt lägre än för totalbefolkningen. Oavsett hur materialet analyseras ligger arbetsmarknadsanknytningen på cirka 10 procent. Motsvarande siffra för totalbefolkningen är omkring 80 procent. Det är emellertid viktigt att komma ihåg att undersökningsgruppen är hete-

³ Andelen med arbetsmarknadsförankring skiljer sig från andelen med löneinkomst, som beskrivs i kapitel 6. Anledningen är olika mätmetoder.

rogen och att det finns stora skillnader i arbetsförmåga. Arbetsförmågan påverkas framförallt av funktionsnedsättningens grad och omfattning. Men många personer med funktionsnedsättning saknar arbete trots att de har en fullgod arbetsförmåga.

Många orsaker bakom låg arbetsmarknadsanknytning

Det är uppenbart att det finns betydande skillnader mellan personer med insatser enligt SoL eller LSS och befolkningen i fråga om arbetsmarknadsanknytning. Andelen med arbetsmarknadsanknytning är betydligt lägre i undersökningsgruppen än för andra grupper av personer med funktionsnedsättning [18,42]. Liksom vad gäller utbildningsnivå är det rimligt att anta att ett flertal faktorer kan förklara detta. Typ och grad av funktionsnedsättning lär spela en betydande roll men det finns också problem med såväl bristande tillgänglighet som diskriminering på arbetsmarknaden. Dessutom verkar en del av välfärdssystemens regler försvåra för personer med funktionsnedsättning att komma ut på arbetsmarknaden, så kallade inlåsnings effekter. Socialstyrelsen har bland annat uppmärksammat detta i förhållande till daglig verksamhet enligt LSS [21,52]. Även aktivitetsersättningen har motsvarande problem med inlåsnings effekter [42].

Det är dessutom oklart om de arbetsmarknadspolitiska insatser som riktar sig till personer med funktionsnedsättning fungerar optimalt. Arbetsförmedlingen förfogar över en rad olika insatser som syftar till att hjälpa personer med funktionsnedsättning ut på arbetsmarknaden. Här återfinns insatser som lönebidrag, trygghetsanställning, praktik och SIUS-konsulenter. SIUS-konsulentens uppgift är att lotsa den arbetslöse in på arbetsmarknaden samt att vara ett stöd för både arbetsgivare och arbetstagare under det första året.

För 2010 avsatte regeringen drygt 15 miljarder kronor för arbetsmarknadspolitiska insatser till personer med funktionsnedsättning [50]. Den största posten avser lönebidrag.

Riksrevisionen har granskat regeringens och Arbetsförmedlingens insatser för att stärka ställningen för personer med funktionsnedsättning på arbetsmarknaden under perioden 2000–2006 [51]. Riksrevisionen kunde konstatera ”att regeringens och AMS vidtagna arbetsmarknadspolitiska åtgärder riktade mot funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga inte har förbättrat gruppens ställning på arbetsmarknaden under den granskade perioden, vare sig absolut eller relativt övriga i arbetskraften.”

Det finns således skäl att anta att skillnaden i arbetsmarknadsanknytning mellan personer med funktionsnedsättning och totalbefolkningen förklaras av en kombination av funktionsnedsättningens effekter, tillgänglighetsbrister, diskriminering och brister i välfärdssystemen.

Ovan beskrivs undersökningsgruppens arbetsmarknadsförankring, oberoende av vilken typ av insats personerna har. Inom ramen för såväl LSS som SoL ges dock insatser som särskilt riktar sig till personer som behöver eller önskar någon annan form av meningsfull verksamhet istället för lönearbete. I det följande stycket förs ett resonemang kring dessa verksamheter.

Daglig verksamhet

En av insatserna i LSS är daglig verksamhet. Daglig verksamhet kan innehålla såväl aktiviteter med habiliterande eller rehabiliterande inriktning som mer produktionsinriktade uppgifter. Insatsen ska anpassas efter individuella behov, förutsättningar och intressen. Vidare står det i lagen att de som har rätt till daglig verksamhet är personer som är i yrkesverksam ålder, som saknar förvärvsarbete och som inte håller på att utbilda sig. De personkretsar enligt LSS som kan ha rätt till daglig verksamhet är personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd och personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom (det vill säga de som ingår i personkrets 1 och 2 enligt LSS). Inom SoL finns en motsvarande insats, dagverksamhet. Den insatsen är inte lika tydligt reglerad och kan ges både med och utan biståndsbeslut.

Daglig verksamhet och dagverksamhet utgör viktiga komplement till lönearbete för många av de personer med funktionsnedsättning som inte har möjlighet att vara ute på arbetsmarknaden.

Antalet personer med någon form av daglig verksamhet enligt SoL eller LSS ökar, mellan år 2000 och 2008 med 47 respektive 39 procent (tabell 12). En ansevärd del av denna ökning står den yngre åldersgruppen för.

Tabell 12. Antal personer 20–64 år med daglig verksamhet enligt LSS eller dagverksamhet enligt SoL, åren 2000–2008. Förändring i procent.

	2000	2004	2008	Förändring 2000-2008
Daglig verksamhet enligt LSS	19 400	23 000	27 000	39 %
Dagverksamhet enligt SoL	3 400	2 900	5 000	47 %

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Socialstyrelsen har tidigare lyft fram att andelen unga i daglig verksamhet ökar [21]. Antalet unga (22 år eller yngre) i daglig verksamhet har ökat med 163 procent mellan åren 1999 och 2006 (från drygt 750 till nästan 2 000 personer). Störst var ökningen bland unga män, 256 procent, medan ökningen bland unga kvinnor var 90 procent [21].

Ett övergripande mål med daglig verksamhet är att på kortare eller längre sikt utveckla den enskildes möjlighet till arbete. De faktiska möjligheterna att gå från daglig verksamhet till någon annan sysselsättning illustreras i en kartläggning som Socialstyrelsen har genomfört [52]. Resultaten indikerar att alltför få personer med daglig verksamhet går vidare till skyddat arbete eller till arbete på den öppna arbetsmarknaden. Antalet personer som har gått vidare under 2006, utgör ungefär 1 procent av det totala antalet personer med beslut om daglig verksamhet. Övergångarna till ett lönearbete, med eller utan subvention, tycks alltså vara näst intill obefintliga.

Ökningen inom daglig verksamhet tros bero på en hårdare arbetsmarknad i kombination med minskade möjligheter att få anställning inom Samhall. Eftersom så få personer går vidare till löneanställning, är det angeläget att ta reda på om alla de som beviljas daglig verksamhet verkligen får sina behov bäst tillgodosedda genom den insatsen.

Hur många som beviljas daglig verksamhet enligt LSS påverkas av arbetsätt och förutsättningar inom andra sektorer. Exempel på viktiga områden är gymnasiesärskolan och socialförsäkringssystemet.

Daglig verksamhet enligt LSS är en viktig insats och innebär för många personer en meningsfull sysselsättning och en strukturerad vardag. Men för de personer som egentligen både kan och vill ha ett lönearbete i någon form riskerar insatsen att bli kontraproduktiv, särskilt då antalet personer som går vidare från daglig verksamhet till andra sysselsättningar tycks vara mycket låg. Det är viktigt att möjligheten till ett arbete prövas regelbundet. Kommunerna bör därför noga se över hur den framtida dagliga verksamheten kan utvecklas, så att den är ett bra alternativ både för dem som så småningom ska kunna fortsätta till ett lönearbete och för dem som kommer att ha den dagliga verksamheten som sin huvudsakliga sysselsättning.

8. Fritid

Sammanfattning

- Personer med insatser enligt LSS och SoL deltar i mindre utsträckning i kultur- och nöjeslivet samt motions- och friluftslivet jämfört med befolkningen i övrigt. De reser inte heller på semester i samma utsträckning som andra.
- Det finns skillnader inom undersökningsgruppen. Personer med insatser enligt SoL är mindre aktiva inom de undersökta fritidsaktiviteterna än de med insatser enligt LSS. De reser också på semester i mindre utsträckning.

Det huvudsakliga syftet med kapitlet är att beskriva hur semesterresande och fritidsutövande skiljer sig mellan totalbefolkningen och personer med insatser enligt LSS. I någon mån belyses även semesterresande och fritidsutövande bland personer med insatser enligt SoL. Det empiriska underlaget kommer från Socialstyrelsens enkätundersökning. Svarsfrekvensen för frågorna som rör fritid var dock låg, för personer med insatser enligt SoL cirka 40 procent och för personer med insatser enligt LSS 50 procent. Resultaten bör därför tolkas med stor försiktighet. Ambitionen är därmed främst att peka på vissa övergripande mönster och tendenser i materialet. Resultaten diskuteras också i förhållande till tidigare studier på området. Personer med insatser enligt LSS svarade i större utsträckning på enkäten och därför ligger fokus på denna grupp i resultatpresentationen. Inom LSS är personkrets 1 den största gruppen och därmed beskrivs i första hand semesterresande och fritidsutövande för denna grupp. I personkrets 1 ingår personer med utvecklingsstörningar, autism och autismliknande tillstånd.

Fritid brukar definieras som den tid som blir över när andra nödvändiga sysslor och förpliktelser har fullgjorts [44]. För att denna fria tid ska bli ”fritid” bör den inrymma aktiviteter som ger en personlig tillfredsställelse. För personer med funktionsnedsättning – och inte minst för personer med utvecklingsstörning – kan den fria tiden vara mer begränsad än för andra grupper i samhället. På ett sätt har de, som grupp betraktad, mer arbetsfri tid eftersom en lägre andel förvärvsarbetar, men de praktiska sysslorna i vardagen kan i stället kräva desto mer tid. Detta kan gälla även för den som får hjälp och stöd av samhället i olika sammanhang. För många är det svårare och mer tidsödande att sköta praktiska sysslor som matlagning, personlig hygien, städning samt förflyttning, vilket kan påverka utrymmet och lusten att faktiskt ägna sig åt fritidsaktiviteter. Funktionsnedsättningen i sig kan också försvåra eller förhindra vissa aktiviteter som ställer krav på funktionsförmågan. Den tekniska utvecklingen samt utvecklingen av hjälpmedel har emellertid gjort det lättare för personer med funktionsnedsättning att ägna sig åt olika slags fritidsaktiviteter. Med syntolkning kan exempelvis även synskadade personer gå på bio.

Utvecklingen har alltså gått framåt på ett plan, men det är fortfarande vanligt med otillgängliga lokaler samt arrangemang och information som gör det svårare eller till och med hindrar personer med funktionsnedsättning

från att utöva sina fritidsintressen. De kan också hindras av andra människors värderingar och attityder.

Det saknas fortfarande mer övergripande studier kring tillgängligheten inom fritidsområdet. Ett undantag är den tillgänglighetsundersökning av samtliga kommunala idrottshallar som gjordes av Handikappombudsmannen år 2000 [53]. Resultatet visade på påtagliga brister i dessa lokaler. Exempelvis var inte ens hälften av alla kommunala ishallar anpassade för personer med rörelsehinder.

Rätten till en meningsfull fritid

I konventionen om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning berörs fritid. I artikeln anges bland annat följande:

Artikel 30. Deltagande i kulturliv, rekreation, fritidsverksamhet och idrott. Konventionsstaterna erkänner i punkt 1 rätten för personer med funktionsnedsättning att på samma villkor som andra delta i kulturlivet och ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning

a) bereds tillgång till kulturella produkter i tillgänglig form

b) bereds tillgång till tv-program, film, teater och annan kulturell verksamhet i tillgänglig form

c) bereds tillträde till platser för kulturella föreställningar eller tjänster, såsom teatrar, museer, biografier, bibliotek och turistservice och så långt som möjligt till minnesmärken och platser av nationell kulturell betydelse.

Ett annat fokus i artikeln handlar om delaktighet:

För att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att på samma villkor som andra delta i rekreations- och fritidsverksamhet och idrott, ska konventionsstaterna enligt punkt 5 vidta ändamålsenliga åtgärder för att

a) uppmuntra och främja deltagande i största möjliga utsträckning av personer med funktionsnedsättning i allmänt tillgänglig idrottslig verksamhet på alla nivåer,

b) säkerställa att personer med funktionsnedsättning har möjlighet att organisera, utveckla och delta i idrott och rekreation som är särskilt anpassade för personer med funktionsnedsättning och i detta syfte uppmuntra erbjudande av ändamålsenlig instruktion, utbildning och resurser på samma villkor som andra,

c) säkerställa att personer med funktionsnedsättning har tillgång till idrottsanläggningar, rekreationsanläggningar och turistanläggningar.

I Sverige har delar av fritidsfrågan haft viss prioritet även innan konventionen ratificerades 2009, bland annat genom att Riksantikvarieämbetet och Statens kulturråd hade ett särskilt ansvar för att tillgodose gruppens behov och för att uppfylla de handikappolitiska målen inom kultursektorn. Man har exempelvis satsat på att förbättra tillgängligheten till landets museer, biografier och andra offentliga kulturverksamheter. Dessutom ska kommunerna arbeta för att det allmänna fritids- och kulturutbudet blir tillgängligt för personer som omfattas av LSS (enligt 15 § LSS). Syftet är att även personer med omfattande funktionsnedsättning ska kunna ta del av detta utbud utifrån

sina egna förutsättningar, både som besökare till olika evenemang och som aktiva utövare. Utöver detta ska de individuella insatserna enligt LSS öka deltagandet inom kultur- och fritidssfären för personer med funktionsnedsättning. De ska dessutom kunna delta på lika villkor som andra.

Tidigare studier

I Sverige är kunskapen förhållandevis liten om levnadsförhållandena för personer med utvecklingsstörning, vilket Socialstyrelsen har framhållit i andra rapporter [54,55]. Orsaken är bland annat att gruppen av olika anledningar inte är representerad i nationella befolkningsundersökningar. Personer med utvecklingsstörningar finns således inte med som redovisningsgrupp i SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) som inkluderar frågor om fritiden. SCB har däremot publicerat uppgifter kring fritidsaktiviteter utifrån andra typer av uppgiftsinsamlingar och har konstaterat att personer med funktionsnedsättning generellt är mindre aktiva på sin fritid än andra grupper. Det finns dock stora skillnader mellan personer med olika typer av funktionsnedsättningar [44].

Under 1990-talets första hälft, i samband med att omsorgen för personer med utvecklingsstörning kommunaliserades, genomfördes ett antal studier av levnadsförhållandena för vuxna med utvecklingsstörning. Syftet var att utvärdera kommunaliseringen på området och studierna gjordes inom ramen för det så kallade KOM UT-projektet (Kommunalisering av omsorger för utvecklingsstörda). Projektet var knutet till Centrum för handikappforskning och enkätundersökningar genomfördes vid två tillfällen, 1991 och 1995 [61]. Resultaten visade att personer med någon utvecklingsstörning sammantaget är mindre aktiva på sin fritid än befolkningen i övrigt. En av de studier som publicerades inom ramen för detta projekt försökte också identifiera orsakerna till detta [14]. I den studien menade var fjärde person att det fanns hinder för en mer aktiv fritid. Svårigheterna var framför allt kopplade till brist på stöd och hjälp, brist på någon att utöva fritidsaktiviteterna med, ekonomiska begränsningar samt brister i tillgängligheten.

Dåvarande Riksförsäkringsverket genomförde 2002 en enkätundersökning bland personer som hade beviljats en eller flera av förmånerna assistansersättning, handikappersättning och bilstöd [8]. Ungefär hälften ansåg att funktionsnedsättningen minskade deras möjligheter att utöva sina fritidsintressen. Studien kunde emellertid inte svara på vilka de missgynnande faktorerna var.

Utredningsinstitutet HANDU genomförde 2007 en undersökning bland döva och synskadade, som även omfattade fritidsaktiviteter [13]. En tredjedel av de svarande deltog regelbundet i fritidssysselsättningar utanför hemmet, i den utsträckning de själva ville. En lika stor andel deltog aldrig i fritidsaktiviteter utanför hemmet. Undersökningsgruppen reste också bort på semester i något mindre utsträckning än befolkningen i allmänhet.

Undersökningsgrupperna i de ovan refererade studierna har olika sammansättningar, men resultaten tyder ändå på att personer med funktionsnedsättning generellt inte deltar i fritidslivet lika mycket som andra. De reser inte heller bort på semester i samma utsträckning som befolkningen i övrigt.

Personer med insatser enligt LSS reser i mindre utsträckning på semester

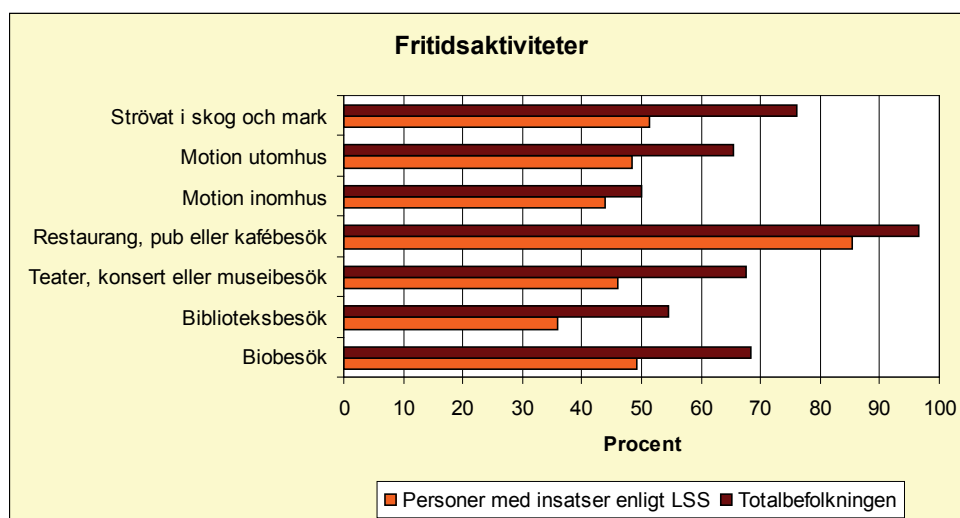
För att spegla förekomsten av semester och fritidsaktiviteter har Socialstyrelsen använt samma frågor som finns i ULF-undersökningen, vilket möjliggör jämförelser mellan personer med insatser och befolkningen i stort. I Socialstyrelsens enkätundersökning ställdes frågan ”Har du under de senaste 12 månaderna varit bortrest på semester i Sverige eller utomlands under minst en veckas tid?” Resultatet visar en betydande skillnad mellan personer med insatser enligt LSS och befolkningen i övrigt. Endast fyra av tio personer med insatser svarade ja, jämfört med sju av tio bland totalbefolkningen i övrigt. För personer med insatser enligt LSS minskar semesterresandet med stigande ålder, vilket inte gäller för befolkningen i övrigt. Bland personer i åldern 50–64 år är det endast tre av tio som företagit en semesterresa under 2007 i den förstnämnda gruppen. Bland befolkningen i stort varierar inte semesterresandet nämnvärt med ålder.

Inom ramen för KOM UT-projektet konstaterades långt mindre skillnader mellan personer med utvecklingsstörningar och befolkningen i övrigt [56]. 1995 hade nästan fem av tio personer i undersökningsgruppen åkt på en semesterresa medan motsvarande andel bland totalbefolkningen var nästan sex av tio. Socialstyrelsens undersökningsgrupp skiljer sig delvis från KOM UT-projektets, men det är ändå intressant att jämföra resultaten. Jämförelsen pekar på ökade skillnader i fråga om semesterresor mellan personer med utvecklingsstörning och befolkningen i stort. Semesterfrekvensen för personer med utvecklingsstörning har således sjunkit något medan befolkningen i övrigt har ökat sitt semestrade något.

Personer med insatser enligt LSS är mindre aktiva på sin fritid

I Socialstyrelsens enkätundersökning tillfrågades undersökningsgruppen om sina fritidsaktiviteter. Frågan omfattar ett antal fritidsaktiviteter inom kultur- och nöjeslivet samt inom motions- och friluftslivet. Dessa aktiviteter är endast ett axplock av vad människor kan ägna sig åt på sin fritid och fritidsaktiviteter och kulturella aktiviteter behöver inte heller alltid ske utanför hemmet. Socialstyrelsen har dock velat fånga fritidsutövande som en indikator på aktivt deltagande i samhället. Utifrån ett funktionshinderpolitiskt perspektiv är det mer relevant att undersöka de fritidsaktiviteter som sker på olika samhälleliga arenor än fritidsaktiviteter som sker i hemmet i form av bokläsning eller TV-tittande. Internetanvändning kan betraktas som en fritidsaktivitet som förvisso ofta sker i hemmet, men ändå utspelas på en offentlig arena. I kapitel 5 konstaterades att tillgången till Internet var påtagligt lägre för personer med insatser enligt LSS än för totalbefolkningen. Även resultaten när det gäller övriga fritidsaktiviteter visar att det finns skillnader mellan personer med insatser enligt LSS och totalbefolkningen. Detta åskådliggörs nedan, i figur 26.

Figur 26. Andel personer 20–64 år som utövat vissa fritidsaktiviteter, år 2008 (procent).



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av enkätdata.

En markant lägre andel av gruppen med insatser enligt LSS ägnar sig åt samtliga undersökta fritidsaktiviteter, jämfört med totalbefolkningen. De största skillnaderna tycks handla om besök på teater, konsert och museum. Den minsta skillnaden gäller restaurang-, pub- och kafébesök. Bio- och restaurangbesök undersöktes också inom ramen för det tidigare nämnda KOM UT-projektet. Där var det endast två av tio som hade gått på bio och hälften som hade besökt ett kafé eller en restaurang det senaste året [56]. Vid mät-tidpunkten för denna rapportens undersökning var motsvarande andelar för totalbefolkningen knappt sju av tio för biobesök och knappt nio av tio för restaurangbesök. Resultatet antyder således att personer med insatser enligt LSS har närmast sig totalbefolkningen när det gäller aktivitetsnivån för dessa två fritidsaktiviteter.

Mindre aktivitet oberoende av ålder

De observerade skillnaderna mellan befolkningen och personer med insatser enligt LSS i Socialstyrelsens enkätundersökning kan bero på olika åldersfördelning. Därför har resultaten för semesterfrekvens och fritidsutövande delats upp på ålder, i åldersintervallen 20–29 år, 30–49 år samt 50–65 år. Denna indelning visar att aktiveringsgraden är lägre inom samtliga undersökta åldersintervall för personer med insatser enligt LSS, jämfört med befolkningen i stort. Fritidsutövandet är lägre för personer med insatser enligt LSS i förhållande till befolkningen inom samtliga undersökta åldersintervall. Fritidsutövandet för gruppen sjunker dessutom i takt med stigande ålder. Det senare mönstret gäller inte för befolkningen i stort, där det exempelvis är vanligare att äldre strövar i skog och mark.

Det är också vanligare att äldre i totalbefolkningen ägnar sig åt kulturella aktiviteter, medan semesterresorna däremot inte varierar nämnvärt med ålder. Att frekvensen av samtliga studerade aktiviteter avtar med ökad ålder inom LSS-gruppen kan bero på att en omfattande funktionsnedsättning får

allt större konsekvenser i takt med att personen blir äldre. Då blir det också svårare att ägna sig åt de aktiviteter som studeras här. Det är också troligt att hinder i miljön blir ännu svårare att bemästra när funktionsförmågan försämras ytterligare.

Hur ska man då sammantaget tolka de iakttagna resultaten? Nedan diskuteras tre faktorer som tillsammans kan klargöra skillnaderna i aktivitetsnivån mellan personer med insatser enligt LSS och befolkningen i stort. Dessa faktorer rör brister i tillgänglighet och personligt stöd samt ekonomiska aspekter.

Tillgänglighet

I enkätundersökningen ställdes frågan om det är någon eller några aktiviteter personen skulle vilja göra oftare men som han eller hon avstår från på grund av bristande tillgänglighet. Resultatet pekar på att nästan hälften av alla personer med insatser enligt LSS skulle vilja gå oftare på restaurang, men avstår på grund av bristande tillgänglighet. Drygt en tredjedel vill oftare gå på bio och en tredjedel skulle vilja motionera inomhus i större utsträckning men avstår av samma anledning. Den aktivitet som verkar vara minst problematisk ur ett tillgänglighetsperspektiv är biblioteksbesök, där ungefär en tiondel har upplevt brister i tillgängligheten. Insamlad data ger inte svar på vilken typ av hinder som det finns erfarenhet av. Det kan gälla både olika hinder i anslutning till eller i lokaler där aktuella verksamheter bedrivs. Det kan också gälla hinder i kommunikationen till och från dessa aktiviteter.

Personligt stöd

Personer som bor i ordinärt boende kan beviljas insatser som ledsagning och kontaktperson för att kunna ha en aktiv fritid. Även personlig assistans kan täcka de behov som finns, för att gruppen ska kunna utföra fritidsaktiviteter. Personer med mer omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov ska också få möjlighet till fritidsaktiviteter och kulturella aktiviteter. Därför ingår fritidsutövande som en del i insatsen bostad med särskild service för vuxna. Resultaten från enkätundersökningen visar att omfattningen av semesterresor eller fritidsverksamheter inte skiljer sig nämnvärt mellan personer som bor i ordinärt eller särskilt boende.

Inom ramen för enkätundersökningen har frågor ställts om stödbehov när det gäller utövande av fritidsaktiviteter. Resultaten pekar på att omkring hälften av dem med insatser enligt LSS alltid behöver hjälp för att kunna ta del av fritidsaktiviteter. Detta stöd kan ges i form av praktisk hjälp, påminnelser och instruktioner från andra personer. Var fjärde person i undersökningsgruppen ges inte möjlighet att bestämma vad de ska göra på sin fritid. Vidare kan nästan varannan inte bestämma vem som ska utföra hjälpen. Inom KOM UT-projektet uppgav också var fjärde person att de upplevde hinder för en mer aktiv fritid [56]. Det främsta hindret bestod i att de inte fick tillräcklig hjälp av personalen eller ledsagaren. Även i fråga om inflytande och självbestämmande över fritiden stämmer alltså resultatet från Socialstyrelsens undersökning med de tidigare resultaten.

Det har gjorts några kvalitativa studier som berör självbestämmande och fritid, vars resultat pekar i en annan riktning. Bland annat har Kjellberg [57] studerat hur personer med intellektuella funktionsnedsättningar uppfattar sina möjligheter att besluta i frågor som rör deras personliga förhållanden. I denna undersökning intervjuades 23 personer med en lindrig eller måttlig utvecklingsstörning, i åldern 22–63 år. Personerna bodde i bostäder med särskild service och deltog i daglig verksamhet enligt LSS. Resultatet visar att de flesta beslut fattas antingen av enbart personalen eller av personen tillsammans med personalen. Fritidsaktiviteter var i princip det enda område där undersökningspersonerna hade ett reellt inflytande.

Dålig ekonomi

Det begränsade utövandet av fritidsaktiviteter kan också bero på dålig ekonomi. I kapitel sex belyses den ekonomiska situationen för rapportens olika undersökningsgrupper och där, liksom i tidigare studier, konstateras att personer med funktionsnedsättningar ofta har sämre ekonomi än andra [26,58]. Detta beror på att de oftare saknar löneinkomster och har stora utgifter för hälso- och sjukvård, läkemedel och olika hjälpmedel. I en rapport som Socialstyrelsen publicerade första kvartalet 2010 konstateras exempelvis att personer med funktionsnedsättningar oftare än andra avstår från sjukvård, tandvård samt läkemedel av ekonomiska skäl [40]. Det ligger nära till hands att anta att en person som inte anser sig ha råd med dessa saker inte heller har möjlighet att prioritera kostsamma fritidsaktiviteter. För en person med aktivitetsersättning, som ger en månadsinkomst före skatt på cirka 8 000 kr, torde möjligheten till en meningsfull fritid vara kraftigt kringskuren.

Skillnader mellan SoL och LSS

I Socialstyrelsens enkätundersökning var svarsfrekvensen bland personer med insatser enligt SoL låg. Sammanställningar av resultaten pekar likväl på att personer med insatser enligt SoL ägnar sig mindre åt de studerade fritidsaktiviteterna, än personer med insatser enligt LSS. Bland personer med insatser enligt SoL har många en psykisk funktionsnedsättning och det är sedan tidigare känt att denna funktionsnedsättning begränsar individens kapacitet på viktiga områden [59]. Det kan röra sig om initiativlöshet, en ovilja att vistas bland människor med mera. Även miljöns påverkan har betydelse, till exempel fördomar.

En annan förklaring kan vara att fritidsaktiviteter har en högre prioritet inom LSS än inom SoL. LSS innehåller formuleringar som tydligt anger att personernas behov av fritidsverksamhet ska tillgodoses, motsvarande skrivningar finns inte i SoL. För personer med särskilt boende enligt LSS ingår möjligheten till fritidsverksamheter och kulturella aktiviteter. Motsvarande innehåll i särskilt boende som ges enligt SoL finns inte reglerat i lagtexten. Det finns inte heller betonat i samma utsträckning i lagens förarbeten. Vidare har insatserna kontaktperson, ledsagning och personlig assistans enligt LSS en tydligare koppling till fritidsutövande än vad motsvarande insatser inom SoL har.

9. Hälsa

Sammanfattning

- Användningen av psykofarmaka (samlingsnamn för läkemedel mot depression, ångest, sömnsvårigheter, schizofreni och psykoser) är mer än tre gånger vanligare i undersökningsgruppen. Var femte person i undersökningsgruppen använder läkemedel mot schizofreni och psykoser (neuroleptika). Motsvarande andel i befolkningen är 1 procent och bland personer som vårdats för schizofreni ungefär 70 procent.
- Äldre neuroleptika är vanligare i undersökningsgruppen än både bland personer som vårdats för schizofreni och i den övriga befolkningen. Äldre neuroleptika innebär högre risk för biverkningar och epileptiska anfall.
- Flera läkemedel som brukar användas mot utåtagerande beteende eller aggressivt beteende är vanligare i undersökningsgruppen än i totalbefolkningen, till exempel anti-depressiva läkemedel och läkemedel mot epilepsi.
- Ångestdämpande läkemedel (bensodiazepiner) ska endast undantagsvis användas av personer med utvecklingsstörning, likväl använder 10 procent av undersökningsgruppen dessa läkemedel kontinuerligt. Detta medför vissa risker för undersökningsgruppen, till exempel beroende, ökad aggressivitet och även förhöjd oro.

Detta kapitel belyser vissa hälsoaspekter hos personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd, det vill säga personer som tillhör personkrets 1 enligt LSS.

Personer med funktionsnedsättning har många gånger sämre hälsa än den totala befolkningen. Statens folkhälsoinstitut (FHI) har konstaterat att förutsättningarna för en god hälsa hos personer med funktionsnedsättning måste ses över, för att målet om god hälsa på lika villkor för alla ska uppfyllas [60]. Bakgrunden till detta konstaterande är studier som visar att självupplevd ohälsa är tio gånger vanligare bland personer med självskattad funktionsnedsättning än bland den övriga befolkningen. Den självupplevda ohälsan är störst hos personer med rörelsehinder. FHI menar dock att en funktionsnedsättning inte automatiskt behöver betyda en försämrad hälsa. Funktionsnedsättningen kan däremot utgöra en hälsorisk.

En stor del av ohälsan hör samman med kända bestämningsfaktorer, såsom brist på inflytande, ekonomisk otrygghet, diskriminering och brist på tillgänglighet, det vill säga faktorer som begränsar individen och sätter ner livskvaliteten [60].

Hälsa definieras inte bara som frånvaro av sjukdom. I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning fastslås att:

Artikel 25. Rätten till hälsa. Konventionsstaterna erkänner att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsned-

sättning med beaktande av jämställdhetsperspektivet, däribland hälso-relaterad rehabilitering.

Konventionsstaterna ska särskilt

[...]

b) erbjuda sådan hälsoservice som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av deras funktionsnedsättning, inklusive tidig upptäckt och ändamålsenliga insatser, och service som är avsedd för att begränsa och förebygga vidare funktionsnedsättning, bl.a. för barn och äldre,

[...]

f) förhindra diskriminerande underlåtenhet att erbjuda hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvård eller mat och dryck på grund av funktionsnedsättning.

Genom bearbetningar av Socialstyrelsens hälsodataregister blir det möjligt att undersöka vilka sjukdomar och tillstånd undersökningsgruppen vårdas för. I detta kapitel fokuseras på hälsa och läkemedelsanvändning hos en begränsad del av undersökningsgruppen, personer som tillhör personkrets 1 i LSS, det vill säga personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

Hälsa och läkemedelsanvändning hos personer med utvecklingsstörning

Fakta om läkemedel

- Psykofarmaka är läkemedel som påverkar de psykiska funktionerna och här ingår neuroleptika, lugnande medel/sömnmedel eller antidepressiva medel.
- Neuroleptika är medel mot psykoser och andra psykiska sjukdomstillstånd som verkar hämmande på nervsystemet.
- Antidepressiva är medel mot depression (nedstämdhet).
- Antiepileptika är medel mot epilepsi.

Källa: Medicinsk terminologi

Sjukligheten bland personer med utvecklingsstörning är högre än i befolkningen i övrigt. Det rör sig om hälsoproblem kopplade både till livsstil och till specifika funktionsnedsättningar. De vanligaste hälsoproblemen är nedsatt syn, rörelsehinder, epilepsi, nedsatt hörsel och psykisk ohälsa [61]. Förekomsten av psykisk ohälsa är särskilt hög (30–40 procent). Relativt vanliga problem är även aggressivitet, självskadebeteende, depression och ångest [62].

Personer med utvecklingsstörning kan ha svårt att få sina sjukvårdsbehov tillgodosedda. Många med lindrig eller måttlig utvecklingsstörning lever ensamma och det finns risk att ingen hjälper dem att söka vård eller ser behov som de inte har förmåga att uppfatta själva. Det kan även vara svårt att komma i kontakt med sjukvården då det ofta förutsätter kunskaper som att navigera genom automatiska telefonsystem. Hjälpmiddel som förskrivs kan vara för svåra att använda, liksom det kan vara svårt för vissa att följa instruktioner för läkemedelsanvändning.

Tidigare vårdades personer med utvecklingsstörning ofta på barnhem, vårdhem och specialsjukhus och där fanns tillgång till egna läkare och sjuksköterskor. I samband med införandet av ”nya omsorgslagen” (1986) försvann omsorgsöverläkarna som fanns i varje landsting och sedan dess saknas en övergripande organisation för medicineringsfrågor som rör personer med utvecklingsstörning. Införandet av LSS medförde inga särskilda rättigheter till anpassad hälso- och sjukvård. Det är den ordinarie sjukvården, framför allt primärvård och psykiatri, som ansvarar för gruppens sjukvård och ofta saknar sjukvårdspersonalen specifik kunskap om funktionsnedsättningar även om det för dem som bor i gruppbostad ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska [62].

Patienter med utvecklingsstörning har ofta svårt att uttrycka sina symtom och det kan därför vara svårt att ställa diagnos, dessutom kan sjukdomssymtomen vara annorlunda än hos andra. Det krävs anpassningar från vårdpersonalens sida, som att förklara sjukdomstillstånd på patientens språk och att på andra sätt anpassa kommunikation och bemötande. Tålmod och tid behövs för att tillgodose behoven hos patienter med utvecklingsstörningar. Det underlättar därför med fasta kontakter inom hälso- och sjukvården som har kunskaper både generellt om funktionsnedsättningar och om den specifika patienten [63].

Psykisk sjukdom hos personer med utvecklingsstörning kan vara svår att diagnostisera och riskerar att förväxlas med olika beteendeproblem. Diagnostiska instrument inom psykiatri är inte alltid anpassade för att användas på personer med utvecklingsstörning. Det finns en tradition att behandla svårbemästrade beteenden hos utvecklingsstörda med läkemedel även om det idag finns bra pedagogiska och psykologiska metoder att tillgå som alternativ. När neuroleptika introducerades på 1950-talet ersatte läkemedlen åtgärder som bältesläggning, tvångströja, låsbara täcken och andra anordningar som togs till för att hindra den utvecklingsstörde från att skada sig själv och andra. De intagna ställdes ofta på kontinuerlig behandling med psykofarmaka. Man kände då inte till de oönskade effekter som neuroleptika ger upphov till, bland annat ofrivilliga rörelsemönster (tardiv dyskinesi) och ytterligare kognitiv nedsättning. Andra sidoeffekter är mer uppenbara som viktökning, allergier, förstoppning, trötthet och ofrivilliga ihållande muskelsammandragningar (akut dystoni). När institutionerna stängdes på 1990-talet följde ofta läkemedelsbehandlingen med till gruppbostäderna [62].

Förskrivningen av psykofarmaka är idag fortfarande hög i gruppen, trots bristande evidens för att använda psykofarmaka utanför de medicinska indikationsområdena. Det finns inga vetenskapliga belägg för att exempelvis neuroleptika har en lugnande effekt [61]. Den sammanställning av vetenskaplig evidens som gjorts av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) [64] manar till försiktighet i användandet, eftersom risken för biverkningar är särskilt stor bland personer med skadad hjärnfunktion. Neuroleptika, antidepressiva medel, antiepileptika och sömnmedel är några av de preparat som vanligtvis används vid svårartade beteendestörningar. Behandling med psykofarmaka är förstas motiverad vid tillstånd som schizofreni, bipolär sjukdom och depression och när patienten lider av sömnstörning, ångest eller tvångstillstånd. Det ställer dock höga krav på behandlande läka-

re som behöver kompetens både när det gäller psykisk sjukdom och utvecklingsstörning/autism [62].

Läkemedelsanvändning hos personer med insatser enligt LSS

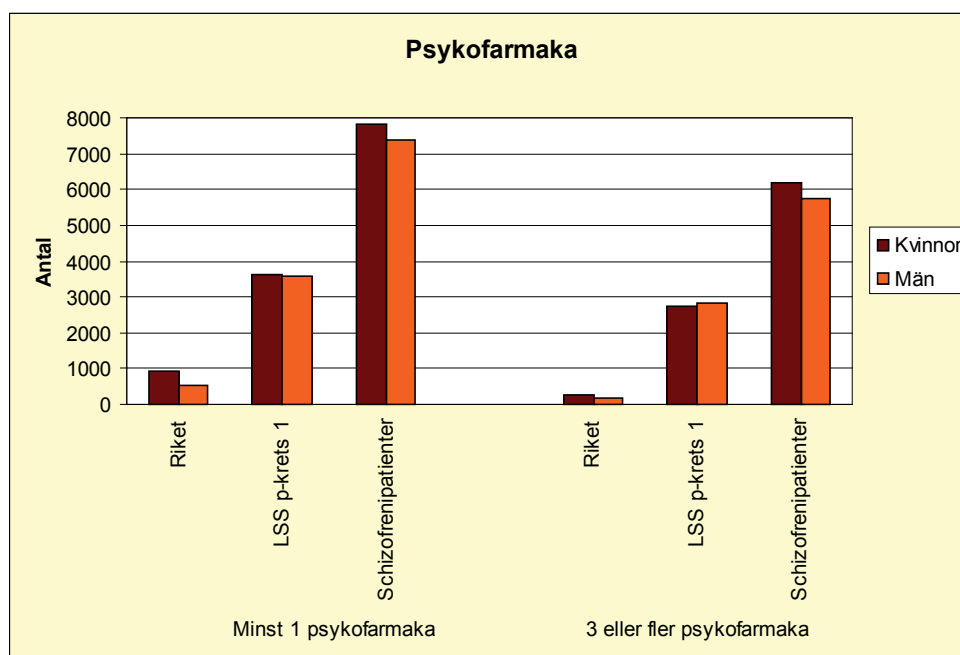
Omfattningen av läkemedelsbehandlingen bland personer med utvecklingsstörning har tidigare varit svår att uppskatta och det finns ingen kartläggning som baseras på hela befolkningen. Socialstyrelsen har genomfört en befolkningsbaserad registerstudie där data från läkemedelsregistret och patientregistret kopplats till registret över personer som omfattas av LSS och tillhör personkrets 1, det vill säga de som har utvecklingsstörning, autism eller autistliknande tillstånd. De analyser som redovisas i detta avsnitt jämför användningen av läkemedel, framför allt psykofarmaka, bland personer med utvecklingsstörning/autism med förekomsten i hela rikets befolkning. År 2007 fanns det 34 100 personer med dessa funktionsnedsättningar, som ingick i studien och fortsättningsvis i detta avsnitt benämns de som *personer med utvecklingsstörning* eller som *undersökningsgruppen*. Som ytterligare jämförelse redovisas läkemedelsanvändningen bland personer som vårdats på sjukhus med diagnosen schizofreni åren 2006 eller 2007, det vill säga en grupp som kan förväntas ha hög konsumtion av psykofarmaka, totalt 4 600 personer. Redovisningen omfattar åldrarna 20–64 år och avser kontinuerlig användning av läkemedel, i detta fall att läkemedel hämtats ut på apotek både i slutet och i början av 2008 (under perioden januari-april samt under september–december).

Användning av psykofarmaka

I hela befolkningen var det 10 procent kvinnor (närmare 1000 per 10 000) och 5 procent män (drygt 500 per 10 000) som kontinuerligt använde psykofarmaka under år 2008 (figur 27). Ungefär 3 procent av kvinnorna och 2 procent av männen hade tre eller fler psykofarmaka. Med kontinuerlig användning av psykofarmaka avses att personerna hade förskrivna och utlämnade recept på apotek av neuroleptika, lugnande medel/sömnmedel eller antidepressiva medel under de fyra första månaderna och de fyra sista månaderna av året.

Andel användare av psykofarmaka var väsentligt större i gruppen med utvecklingsstörning, med en förekomst av minst *ett* sådant preparat hos mer än 30 procent bland både kvinnor och män. En något mindre andel (strax under 30 procent) i gruppen med utvecklingsstörning hade tre eller fler olika psykofarmaka. Allra högsta förekomster finns bland vårdade för schizofreni, med förekomster på 70–80 procent åren efter vård på sjukhus (figur 27).

Figur 27. Användning av psykofarmaka bland personer 20–64 år, efter kön, år 2008. Antal per 10 000, åldersstandardiserat.



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

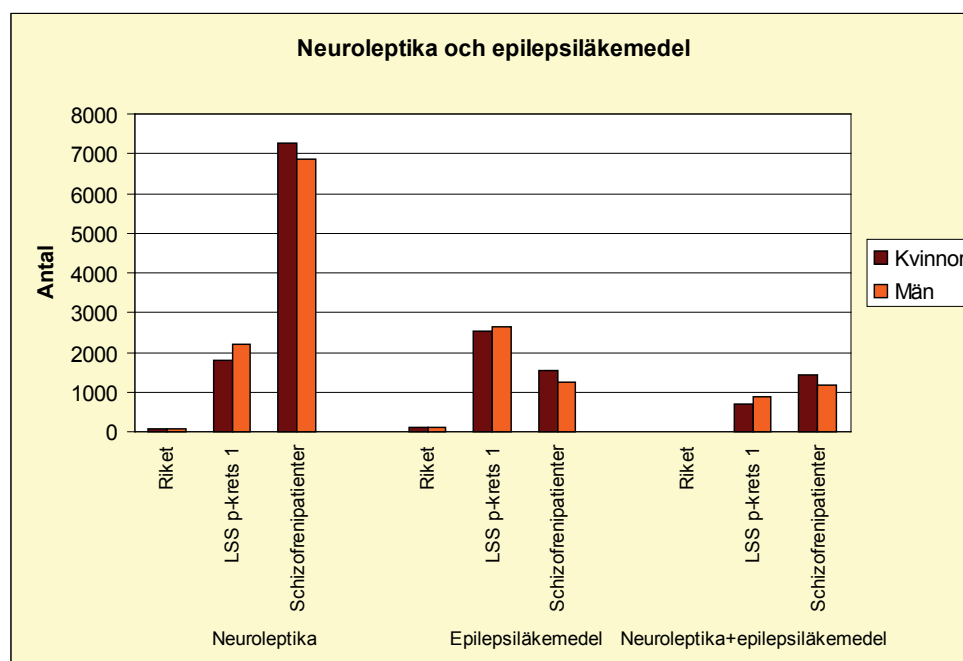
De få uppföljningar som gjorts av läkemedelsanvändning bland personer med utvecklingsstörning baseras på regionala data och visar på högre förekomster av psykofarmaka i gruppen, knappt hälften i de studerade grupperna använde psykofarmaka [61,65]. Inga större förändringar i användning av psykofarmaka tycks heller ägt rum i samband med att personer med utvecklingsstörning flyttade ut från vårdhem till kommunala gruppboheter [66].

Kombinationer av neuroleptika och läkemedel mot epilepsi

Neuroleptika används vid schizofreni eller psykoser och det finns osäkerhet gällande effekt och säkerhet vid långtidsbehandling, till exempel risker för svåra biverkningar. Ungefär 20 procent i undersökningsgruppen använder neuroleptika, vilket innebär att det är ungefär 25 gånger vanligare än i befolkningen i övrigt, samtidigt som användningen är betydligt lägre än bland schizofrenipatienter (figur 28). Traditionella neuroleptika, som introducerades redan på 1950-talet kan medföra en risk för epileptiska anfall genom preparatens krampröskelsänkande effekt. Exempel på traditionella neuroleptika är Levomepromazin, Haloperidol och Zuklopentixol. Bland användare av neuroleptika visade sig bruket av just dessa traditionella preparat vara något vanligare i undersökningsgruppen, drygt 40 procent använde dessa. Bland övriga neuroleptikaanvändare i hela riket var andelen 35 procent och bland just schizofrenipatienter var motsvarande andel knappt 40 procent (andelarna avser åldersjusterade procenttal, som ej återges i tabell). Icke-traditionella (så kallade atypiska) neuroleptika har under det senaste decenniet kommit att ta över allt mer av marknaden. För dessa läkemedel verkar riskerna för extrapyramidala biverkningar vara betydligt mindre, medan andra oönskade sidoeffekter, som viktökning, är vanliga [66]. Extrapy-

ramidala biverkningar påverkar den del av nervsystemet som reglerar jämvikt och icke viljemässigt styrda komplexa rörelser

Figur 28. Användning av neuroleptika och/eller epilepsiläkemedel bland personer 20–64 år, efter kön, år 2008. Antal per 10 000, ålderstandardiserat.



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata

Kombinationen epilepsi och utvecklingsstörning är relativt vanlig och det kan vara svårt att nå tillfredsställande anfallskontroll trots att flera anti-epileptiska medel används. Förutom mot epilepsi används olika anti-epileptika även för andra indikationer som bipolär sjukdom (till exempel manodepressivitet) och utåtagerande beteende. Anti-epileptika bör dock inte användas vid beteendeproblem eftersom de kan ge besvärande psykiska biverkningar och även förorsaka beteendeproblem. Det finns även risk för allergier, benmärgsproblem och viktökning [66]. Enligt Socialstyrelsens analyser används epilepsiläkemedel av 25 procent (mer än 2500 per 10 000) i undersökningsgruppen. Tidigare resultat baserade på regionala data med litet urval visar ungefär lika hög förekomst, 29 procent [67]. Ungefär 10–15 procent bland schizofrenipatienterna använder dessa preparat (figur 28).

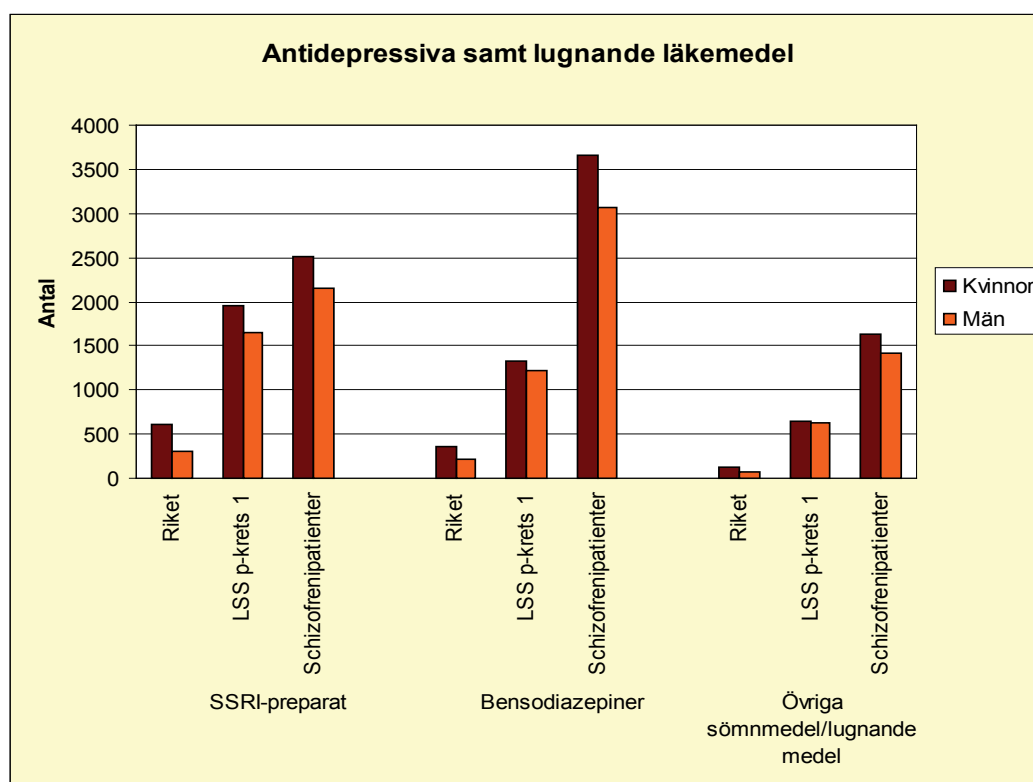
Många i undersökningsgruppen kan ha haft flera läkemedel under lång tid utan att läkemedelslistorna reviderats och det finns risk för att läkemedel ackumuleras genom åren utan omvärdering av indikationer, biverkningar eller effekt. Speciellt gäller detta de vanligt förekommande kombinationerna av epilepsiläkemedel och olika psykofarmaka. Ungefär sju procent bland kvinnorna i undersökningsgruppen och nio procent bland männen visade sig använda epilepsiläkemedel samtidigt med neuroleptika (figur 28).

Såväl neuroleptika som epilepsiläkemedel, samt kombinationen av dessa är vanligare bland män i jämförelse med kvinnor i undersökningsgruppen. Detta gäller inte för gruppen schizofrenipatienter eller för hela rikets befolkning.

Användning av SSRI-preparat

Olika beteendestörningar kan vara tecken på depression och behandling med antidepressiva medel kan då vara till god hjälp. Vissa antidepressiva medel, selektiva serotoninåterupptagnings hämmare (SSRI-preparat), har under senare år kommit att ersätta andra preparat för att behandla aggressivt beteende, tvångsmässighet, störande sexuellt beteende och bristande impuls kontroll [66]. SSRI-preparat används av närmare 20 procent i undersökningsgruppen och är ytterligare något vanligare bland schizofrenipatienter (figur 29).

Figur 29. Användning av antidepressiva medel (SSRI-preparat), bensodiazepiner samt övriga sömnmedel/lugnande medel bland personer 20–64 år, efter kön, år 2008. Antal per 10 000, ålderstandardiserat.



Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av registerdata.

Bensodiazepiner bör användas vid kortare behandling av sjukliga ångesttillstånd och sömnstörningar. Regelbundet långtidsbruk och hög konsumtion kan ge upphov till oönskade biverkningar. Preparaten kan framkalla beroende och ha en aggressivitetshöjande effekt, exempelvis kan preparatet Diazepam framkalla ökad oro bland personer med hjärnskada. Bensodiazepiner bör endast undantagsvis användas av personer med utvecklingsstörning [66], men drygt 10 procent i gruppen använder kontinuerligt bensodiazepiner. Användning enbart av övriga sömnmedel/lugnande medel (det vill säga individen använder inte samtidigt bensodiazepiner) förekommer i ungefär hälften så stor utsträckning. Antidepressiva medel, liksom sömnmedel/lugnande medel är genomgående vanligare bland kvinnor än bland män (figur 29).

I USA har det under de senaste decennierna drivits ett stort antal rättsliga processer angående otillbörlig förskrivning av psykofarmaka till personer med utvecklingsstörning. Detta har lett till att amerikanska justitiedepartementet låtit genomföra en översyn av psykofarmaka-användningen. Uppföljningar åren 1966–1995 har visat att personer med utvecklingsstörning var den i särklass mest medicinerade enskilda gruppen i USA. Gruppens användning av neuroleptika låg på 50 procent medan 70 procent behandlades med neuroleptika och/eller antiepileptika. Liknande förekomster har funnits i länder som Australien, Kanada, Storbritannien och Nya Zeeland. Förhållanden och faktorer som hängde samman med hög förskrivning var boende på stora institutioner med restriktiva behandlingsmetoder, svår mental retardation, beteendestörningar, förekomst av aggressionsutbrott och personalens uppfattningar. Översynen av användningen av psykofarmaka resulterade i riktlinjer för medicinsk uppföljning var tredje månad på institutioner och kommunala boenden. Detta har lett till en mer noggrann diagnostisering av psykiatriska tillstånd [62]. Inga liknande diskussioner eller processer har skett i Sverige.

10. Diskussion

Målet med den svenska handikappolitiken är att personer med funktionsnedsättning ska vara fullt delaktiga i samhället och ha samma levnadsförhållanden som andra medborgare. Sett över en längre tidsperiod har mycket hänt, som stärkt både delaktigheten och minskat ojämlikheten. Längre var människor med olika typer av funktionsnedsättning systematiskt segregerade från samhället i övrigt. Systematiken bestod i att dessa personer hänvisades till mer eller mindre slutna institutioner. Ambitionen med denna omsorgsideologi var snarare att skydda det övriga samhället från människor med funktionsnedsättning än att förbättra livsvillkoren för dem som berördes. I takt med avvecklingen av de stora vårdhemmen, mentalsjukhusen och andra institutioner började emellertid en ny ideologi ta form, som tog fasta på samhällets ansvar att möjliggöra för ett självständigt liv för personer med funktionsnedsättning. En annan politisk reform som väsentligt förbättrat livsvillkoren för både vuxna och barn med funktionsnedsättning är assistansreformen. Den har bidragit till att många fler än tidigare kan leva ett självständigt liv och den är unik i ett internationellt perspektiv. Mycket har således förbättrats för personer med funktionsnedsättning. Denna rapport visar emellertid att ytterligare arbete behövs för att även personer med de mest omfattande funktionsnedsättningarna ska ha jämlika förutsättningar och möjligheter att delta i samhället.

Det huvudsakliga syftet med rapporten är att undersöka i vilken utsträckning det handikappolitiska målet om jämlika levnadsförhållanden uppfylls för personer som till följd av en funktionsnedsättning har insatser enligt SoL och LSS. Hur begreppet jämlikt ska definieras och operationaliseras har varit föremål för diskussioner åtminstone sedan riksdagen år 2000 antog den nationella handlingsplanen för handikappolitiken. En generös tolkning av begreppet refererar till att ekonomiska, kulturella och sociala resurser mellan personer med funktionsnedsättning och befolkningen i övrigt i princip ska ligga på samma nivå. En mindre generös tolkning är att skillnaderna ska vara acceptabla och att levnadsförhållandena för exempelvis personer med funktionsnedsättning som har insatser från socialtjänsten, inte ska avvika alltför mycket i förhållande till befolkningen.

Metoddiskussion

Enkätundersökningens låga svarsfrekvens har inneburit begränsade möjligheter till analyser. Ungefär hälften av undersökningsgruppen besvarade enkäten och andelen är ännu lägre för dem i undersökningsgruppen med insatser enligt SoL. Socialstyrelsen var redan inledningsvis väl medveten om de metodologiska svårigheterna, som framförallt beror på funktionsnedsättningarnas grad och omfattning. Inför enkätutskicket gjordes därför vissa tillgänglighetsförbättringar. Trots detta så kom svarsfrekvensen endast upp i ungefär 50 procent, vilket gör att svaren inte gick att använda i avsedd ut-

sträckning. Det var möjligt att besvara enkäten via en annan person (så kallad proxy-respondent), vilket förvisso höjde svarsfrekvensen något. Socialstyrelsen bedömer dock att en högre svarsfrekvens sannolikt är svår att uppnå och att enkätundersökningar till denna grupp är problematiska. Socialstyrelsen kommer under hösten 2010 att göra en djupare analys av enkätundersökningens brister, med avsikt att förbättra framtida undersökningar.

Det är viktigt att fortsätta använda registerdata för att studera levnadsförhållanden för aktuella grupper, bland annat eftersom många register har en god täckningsgrad. Att vissa register förts under lång tid innebär också möjligheter att följa välfärdsutvecklingen för olika grupper över tid. Registerdata identifierar dessutom faktiska levnadsförhållanden på ett sätt som inte är möjligt med enkätundersökningar. Individernas uppfattning och upplevelse av sina levnadsförhållanden är fortsatt intressant att belysa, men detta fångas sannolikt bättre i till exempel intervjuundersökningar.

Alltjämt ojämlikt

Oavsett vad man lägger in i begreppet jämlikhet visar resultaten på betydande skillnader i levnadsförhållanden mellan undersökningsgruppen och befolkningen. Det gäller samtliga undersökta områden, med undantag för boendestandard som utifrån undersökta kriterier i stort ligger i nivå med befolkningens. Slutsatsen blir att undersökningsgruppen lever under annorlunda livsbetingelser än övriga i samhället. Detta gäller särskilt för personer med insatser enligt SoL, i åldern 20-29 år. I denna grupp återfinns många personer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning. Många har en låg utbildningsnivå och står helt utanför arbetsmarknaden samtidigt som de har en svag personlig ekonomi och en mindre aktiv fritid. Familjebilden skiljer sig också gentemot befolkningen, bland annat genom att långt färre är gifta. Faktorer inom dessa skilda områden samspelar och förstärker ojämlikheten generellt i förhållande till befolkningen. Att det finns ett samband mellan utbildningsmässiga, ekonomiska, sociala och kulturella tillgångar är ett faktum. För att knyta an till inledningskapitlet kan Socialstyrelsen således konstatera att det fortfarande föreligger ett gap mellan idé och verklighet, eller annorlunda uttryckt mellan de handikappolitiska målen och den vardag som personer med insatser från socialtjänsten lever i. Att detta konstaterande sker samma år som nationella handlingsplanen löper ut visar på behovet av förnyade ansträngningar i det framtida handikappolitiska arbetet.

Som påpekades i denna rapportens inledningskapitel kan inte alltför stora förväntningar knytas till att socialtjänstens insatser isolerat ska utjämna skillnader i levnadsförhållanden. Det krävs en samordning och en helhets-syn inom detta område, där socialtjänstens insatser utgör en viktig del. Förhållanden på arbetsmarknaden och i utbildningsväsendet måste också inkluderas för att resultat ska uppnås. Likaså krävs generella åtgärder, exempelvis i form av tillgänglighetsförbättringar. Nedan sammanfattas de områden där strävan att skapa jämlika levnadsförhållanden för personer med insatser enligt socialtjänsten i förhållande till befolkningen behöver förbättras.

Ekonomi

I linje med tidigare studier framkommer att andelen med löneinkomst är påtagligt lägre för undersökningsgruppen än för befolkningen, samt att den andel som ändå har inkomster har en mycket lägre inkomstnivå än befolkningen. Sammantaget tillhör undersökningsgruppen samhällets låginkomsttagare med en klart lägre ekonomisk standard än andra grupper. Detta förklaras till stor del av att många har sjuk- eller aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd som huvudsaklig inkomstkälla. Sådana inkomstkällor täcker endast de allra nödvändigaste utgifterna. Att kompensera för den låga inkomsten är möjligt till en viss gräns, men för att den ekonomiska situationen verkligen ska förbättras krävs att en högre andel kommer ut på arbetsmarknaden. Varken sjuk- eller aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd är avsedda som permanenta inkomstkällor. Likväl indikerar resultaten att så är fallet för många i undersökningsgruppen. Det riskerar att förstärka den ekonomiska utsattheten ytterligare. Socialstyrelsen bedömer att undersökningsgruppens ekonomiska situation bör utredas vidare, för att undersöka i vilken utsträckning sjuk- eller aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd utgör långsiktiga inkomstkällor och vilka konsekvenser det i så fall får för gruppen.

De svenska stödsystemen är således en förutsättning för att många i undersökningsgruppen ska kunna upprätthålla en skälig levnadsstandard. Sedan 2008 befinner sig Sverige dock i en lågkonjunktur och personer med funktionsnedsättningar drabbas extra hårt av konjunkturedgångar. Det är därför viktigt att följa de konjunkturrella effekterna för undersökningsgruppen för att se hur dess ekonomiska situation påverkas.

Utbildning

Socialstyrelsens analyser visar att undersökningsgruppen har en väsentligt lägre utbildningsnivå än befolkningen i övrigt. Detta är en konsekvens av att väldigt få fortsätter till eftergymnasial utbildning. En hög andel personer med insatser enligt SoL har endast gått i grundskola. I åldern 20 till 29 år har varannan enbart grundskoleutbildning jämfört med var tionde i motsvarande ålder i befolkningen. Psykisk sjukdom bryter ofta ut i unga år just när personer är mitt i sin utbildning och funktionsnedsättningen försvårar fortsatta studier.

Inom detta område är det angeläget med fördjupade analyser av vad som ändå kan göras för att möjliggöra för fler att gå vidare till gymnasial utbildning. Det är tänkbart att vidareutbildning och fortbildning är något som är extra viktigt för denna grupp och som bör vara ett inslag i personers rehabilitering.

Arbete

För undersökningsgruppen är arbetsmarknadsanknytningen betydligt lägre än för totalbefolkningen. Oavsett hur materialet analyseras ligger andelen med förankring på arbetsmarknaden på cirka 10 procent. Motsvarande siffra för totalbefolkningen är runt 80 procent. Det är fortfarande en öppen fråga om den svaga arbetsmarknadsanknytningen svarar mot frånvaron av arbets-

förmåga hos gruppen eller i vilken utsträckning den är ett uttryck för en segregerad arbetsmarknad där inte alla har jämlika möjligheter att skaffa sig en anställning. Det är troligt att fler personer med daglig verksamhet klarar av att arbeta givet att de får möjlighet. För dem som inte har möjlighet att utveckla någon arbetsförmåga behövs dock ett bra alternativ i arbetsmarknadens närhet.

Fritid

Personer med insatser enligt LSS och SoL deltar i mindre utsträckning i kultur- och nöjeslivet samt motions- och friluftslivet än befolkningen i stort. De reser inte heller bort på semester eller har tillgång till dator och Internet i samma utsträckning som totalbefolkningen. Det finns inga skäl att anta att undersökningsgruppen har en mindre benägenhet eller vilja att ägna sig åt de undersökta fritidsaktiviteterna än andra. Det annorlunda fritidsmönstret är nog snarare en konsekvens av bristande tillgänglighet, sämre ekonomiska förutsättningar samt brister i olika stödsystem. Fritidsområdet utgör ett bra exempel på hur olika faktorer tillsammans kan skapa missgynnsamma levnadsförhållanden.

Hälsa

Personer som tillhör personkrets 1 i LSS, det vill säga har en utvecklingsstörning, autism eller ett autismliknande tillstånd, använder i hög grad olika typer av psykofarmaka. Den höga förekomsten av föråldrade läkemedel samt avrådda kombinationer indikerar att undersökningsgruppens läkemedelslistor revideras alldeles för sällan. Risken finns att läkemedlen samlas på hög och att oönskade och onödiga biverkningar uppstår. Det är särskilt anmärkningsvärt att en så pass hög andel personer i undersökningsgruppen använder läkemedel mot schizofreni och psykoser.

De i undersökningsgruppen som tillhör personkrets 1 använder läkemedel som också är tillämpbara på beteendestörningar, som till exempel utagerande beteende, aggressivitet eller bristande impulskontroll. Personer med utvecklingsstörning, autism eller ett autismliknande tillstånd har ofta olika former av beteendestörningar och det finns ett flertal pedagogiska och kognitiva metoder för att hantera dessa. Tidigare har uppmärksammats att det inom socialtjänsten förekommer att dessa problem hanteras genom så kallad nedläggning, inlåsning och andra frihetskränkande metoder [22]. De analyser som gjorts i denna rapport indikerar att även läkemedel tycks användas för just beteendestörningar. Det är möjligt att detta även är förklaringen bakom den höga frekvensen av neuroleptika.

Åtgärdbara skillnader

Det är en sak att konstatera ett avstånd i levnadsförhållanden mellan personer med funktionsnedsättning och totalbefolkningen, men det är inte säkert att alla skillnader är åtgärdbara. I rapporten förs resonemang kring fyra möjliga och påverkbara faktorer som missgynnar och motverkar målsättningen

att personer med insatser enligt socialtjänsten ska kunna leva ett liv som andra.

Ekonomiska förutsättningar

Ekonomi utgör ett livsområde i sig men det påverkar också möjligheterna till delaktighet inom andra områden. Skillnader i ekonomiska förutsättningar är vanligtvis en konsekvens av låga inkomster och kommer till uttryck genom bland annat begränsade möjligheter att utöva fritidsaktiviteter och att besöka sjukvården. Det kan också handla om att den enskilde blir tvungen att låna eller söka ekonomiskt bistånd till mat och hyra. Till viss del kompenseras skillnader i ekonomiska förutsättningar genom olika subventioneringar på nationell nivå. Det finns dessutom särskilda ersättningar som avser att minska merkostnader som följer av funktionsnedsättningar.

Bristande tillgänglighet

Bristande tillgänglighet handlar till exempel om hinder i miljön, svårigheter att använda varor och tjänster och att ta del av information. Det kan gälla svårigheter att förflytta sig i byggnader, svårigheter att kommunicera med myndighetspersoner och brist på arbetshjälpmiddel med mera. Skillnader som beror på tillgänglighetsbrister är relativt enkla att åtgärda, antingen genom anpassning av befintliga byggnader, varor och tjänster eller genom att man tar hänsyn till tillgänglighet vid nybyggnationer och vid upphandlingar.

Brister i stöd och service

Enkätundersökningen syftade bland annat till att beskriva hur personer själva uppfattar möjligheterna till inflytande och medbestämmande över socialtjänstens insatser. Exempelvis efterfrågades om den enskilde varit delaktig i planering av stöden och om hon/han har möjlighet att bestämma när och av vem stöden ges. Den låga svarsfrekvensen försvårar användandet av resultaten, då definitiva slutsatser är svåra att dra. Trots detta tyder resultaten på att det finns brister vad gäller möjligheten till inflytande både när det gäller vem som ska ge stöd och hur detta stöd ska utformas. Detta påverkar bland annat möjligheterna till en aktiv fritid i en negativ riktning.

Funktionsnedsättningens grad och omfattning

Den orsak som kanske är minst påverkbar är funktionsnedsättningens grad och omfattning. Verksamheter inom habilitering och rehabilitering syftar till att utveckla, återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga hos personer med funktionsnedsättning. Detta kan bidra till ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhället. Oavsett hur väl dessa verksamheter fungerar kommer personer som exempelvis har en grav utvecklingsstörning troligtvis ändå att ha sämre levnadsförhållanden jämfört med övrig befolkning. I detta sammanhang handlar det snarare om hur de individuella stöden kan utvecklas och bättre kompensera för den nedsatta funktionsförmågan.

Fortsatt arbete

Socialstyrelsen kommer fortsatt att följa villkor och levnadsförhållanden för personer med insatser enligt SoL och enligt LSS, både mot bakgrund av lagstiftningarnas intentioner och av innehållet i konventionen om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Denna rapport omfattar många områden och framöver kommer fördjupningar att göras inom vissa utvalda områden. Socialstyrelsen har i detta sammanhang identifierat följande områden som särskilt angelägna:

- Sjuklighet och läkemedelsanvändning i relation till den totala befolkningen
- Graden av sysselsättning hos den del av gruppen som har arbetsförmåga
- Graden av inflytande och självbestämmande över socialtjänstens insatser
- Konsekvenser av bristande tillgänglighet till miljö och tjänster för den enskilde.
- Graden av ekonomisk utsatthet, i synnerhet bland yngre personer med insatser enligt SoL

Denna rapport ska med andra ord ses som ett första steg mot att systematiskt följa levnadsförhållanden och annan relevant utveckling för undersökningsgruppen.

Referenser

1. Lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda med flera.
2. Socialtjänstlagen (2001:453).
3. Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
4. Lagen (1993:388) om assistansersättning.
5. www.sweden.gov.se/sb/d/1928/a/18527
6. Proposition 1999/2000:79. Från patient till medborgare. En nationell handlingsplan för handikappolitiken.
7. Proposition 2008/09:28. Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning.
8. Försäkringskassan. Ojämlighet i levnadsvillkor – en jämförelse mellan personer med funktionshinder och övriga befolkningen. RFV Analyserar 2003:15. Försäkringskassan, Stockholm, 2003.
9. Socialstyrelsen. Lägesrapport om handikappomsorg 2005. Socialstyrelsen, Stockholm, 2006.
10. Socialstyrelsen. Lägesrapport om handikappomsorg 2006. Socialstyrelsen, Stockholm, 2007.
11. Utredningsinstitutet Handu. Levnadsnivåundersökning 2005. En rapport om levnadsnivån för rörelsehindrade, hörselskadade, döva och synskadade personer. HANDU, Stockholm, 2005.
12. Utredningsinstitutet Handu. Dövblinda personer svarar om LSS och LASS. En undersökning från HANDU på uppdrag av Nationellt Kunskapscenter för Dövblindfrågor i samarbete med Föreningen Sveriges Dövblinda. HANDU, Stockholm, 2005
13. Utredningsinstitutet Handu. Levnadsnivåundersökning – personer med dövblindhet svarar. Juni 2007. En undersökning från HANDU på uppdrag av Nationellt Kunskapscenter för Dövblindfrågor i samarbete med Föreningen Sveriges Dövblinda. HANDU, Stockholm, 2007.

14. Magnus Tideman. Normalisering och kategorisering. Om handikappideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning. Studentlitteratur, Lund, 2000.
15. Magnus Tideman och Bertil Jedeskog. Lika villkor? En komparativ studie av levnadsvillkoren för vuxna med utvecklingsstörning i fyra kommuner. Wigforssgruppen för välfärdsforskning, Högskolan i Halmstad, Halmstad, 2003.
16. Magnus Tideman (red). Hur funktionshindrade lever idag? Erfarenheter och effekter av handikappreformen, kommunaliseringen m.m. Dokumentation från konferensen på Hotell Tylöhus i Halmstad den 5-7 november 1996. Wigforssinstitutet, Högskolan i Halmstad, 1996.
17. Umb-Carlsson, Öje. Living Conditions of People with Intellectual Disabilities. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine. Uppsala universitet, Uppsala, 2005.
18. Arbetsförmedlingen & Statistiska centralbyrån. Funktionsnedsattas situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 2008. Statistiska centralbyrån, Stockholm, 2009.
19. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2010. Socialstyrelsen, Stockholm, 2010.
20. Socialstyrelsen. Social rapport 2010. Socialstyrelsen, Stockholm, 2010.
21. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2007. Socialstyrelsen, Stockholm, 2008.
22. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2008. Socialstyrelsen, Stockholm, 2009.
23. Socialstyrelsen. Lägesrapport om handikappomsorg 2004. Socialstyrelsen, Stockholm, 2005.
24. Integrationsverket. Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige. Integrationsverket, Stockholm, 2004.
25. SOU 1998:139. En särskild utsatthet - Om personer med funktionshinder från andra länder. Fritzes, Stockholm, 1998.
26. Szbehely, M.; Fritzell, J. & Lundberg, O. Funktionshinder och välfärd. Betänkande från Kommittén Välfärdsbokslut. SOU 2001:56. Fritzes, Stockholm, 2001.

27. Försäkringskassan. Assistans för män och kvinnor – en genderanalys av assistansersättning. RFV analyserar 2004:11. Försäkringskassan, Stockholm, 2004.
28. Tideman, M. (red) Handikapp: synsätt, principer, perspektiv. Ringsby Jansson, Bibbi. Institutionsavveckling och sen? Om boende och vardagsliv i nya former för personer med utvecklingsstörning. Studentlitteratur, Lund, 2000.
29. Szehebely, Marta. ”Anhörigas betalda och obetalda äldreomsorgsinsatser”. Bilaga till SOU 2005:66 Makt att forma samhället och sitt eget liv - jämställdhetspolitiken mot nya mål. Slutbetänkande av Jämställdhetspolitiska utredningen. Fritzes, Stockholm, 2005.
30. Szebehely, Marta. ”Hjälp i hemmet i nedskärningstid – hemtjänstens och anhörigas insatser för gamla kvinnor och män”, sid 93-179 i Sandquist, Ann-Marie (red), Åt var och en efter behov, Stockholm. 1998.
31. Socialstyrelsen. Kommunernas anhörigstöd. Utvecklingsläget 2007. Socialstyrelsen, Stockholm, 2008.
32. Socialstyrelsen. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Stöd för rättstillämpning och handläggning. Socialstyrelsen, Stockholm, 2007.
33. Regeringens skrivelse 2009/10:166. Uppföljning av den nationella handlingsplanen för handikappolitiken och grunden för en strategi framåt.
34. Länsstyrelserna. Ej verkställda beslut och domar enligt SoL och LSS 2008. www.lansstyrelsen.se
35. Socialstyrelsen. Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2008. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen. Socialstyrelsen, Stockholm, 2009.
36. Socialstyrelsen. Verksamheter inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade 1999. Socialstyrelsen, Stockholm, 2000.
37. SOU 2008:77 Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning. Slutbetänkande av LSS-kommittén. Bilaga 22. Fritzes, Stockholm, 2008.
38. Findahl, Olle. Svenskarna och Internet 2009. World Internet Institute, Stockholm, 2009.

39. Hjälpmedelsinstitutet. Dator och Internet i hemmet för personer med funktionsnedsättning. Hjälpmedelsinstitutet, Stockholm, 2006.
40. Socialstyrelsen. Inkomster och utgifter för vissa personer 20-64 år med funktionsnedsättningar. Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK. Socialstyrelsen, Stockholm, 2010.
41. Socialdepartementet (Ds 2008:78). De funktionsnedsattas ekonomiska förhållanden. Socialdepartementet, Stockholm, 2008.
42. SOU 2008:102. Brist på brådska – en översyn av aktivitetsersättningen. Fritzes, Stockholm, 2008.
43. Riksförsäkringsverket. Socialförsäkringsboken 2002. Idé och verklighet i handikappolitiken. RFV, Stockholm, 2002.
44. Statistiska Centralbyrån. Funktionshindrade 1988–1999. Statistiska centralbyrån, Stockholm, 2003.
45. www.skolverket.se 2010-04-01
46. Handikappombudsmannen. HO:s högskolenkät. Handikappombudsmannens undersökning om högskolors och enskilda utbildningsanordnares arbete enligt likabehandlingslagen (SFS 2001:1286). HO, Stockholm, 2005.
47. Skolverket. Tillgänglighet till skolors lokaler och valfrihet för personer med funktionsnedsättning. Skolverket, Stockholm, 2008.
48. Högskoleverket. Högskoleutbildning och funktionshinder. Högskoleverket, Stockholm, 2000.
49. Folkbildningsrådet. Söktryck i folkhögskolan. Höstterminen 2009. Folkbildningsrådet, Stockholm, 2009.
50. Regeringens proposition 2009/10:1. Budgetpropositionen för år 2010.
51. Riksrevisionen. Utanförskap på arbetsmarknaden. Funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga. Riksrevisionen, Stockholm, 2007.
52. Socialstyrelsen. Kartläggning av daglig verksamhet. Socialstyrelsen, Stockholm, 2008.

53. Handikappsombudsmannen. Tillgänglighet för alla. Handikappsombudsmannens sjunde rapport till regeringen, Stockholm: Handikappsombudsmannen, Stockholm, 2000.
54. Socialstyrelsen. En modell för att beskriva levnadsförhållanden för personer med funktionshinder. Socialstyrelsen, Stockholm, 2007.
55. Socialstyrelsen. Att följa levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. Slutrapport. Socialstyrelsen, Stockholm, 2009.
56. Kebbon L, Tideman M, Ericksson, K, Ericsson P & Sandén, S. KOM UT-projektet. Utvärdering av kommunaliseringen av omsorger om utvecklingsstörda. Slutrapport. Centrum för handikappforskning, Uppsala Universitet & Socialstyrelsen, Uppsala, 1998.
57. Kjellberg, A. Participation – ideology and everyday life. How to understand the experiences of people with learning disabilities. Avhandling. Linköpings universitet, Linköping, 2002.
58. Statens Folkhälsoinstitut. Onödig ohälsa. FHI, Östersund, 2007.
59. Nationell psykiatrisamordning. Rapport 2006:5.
60. Statens Folkhälsoinstitut. Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning. R 2008:18. FHI, Östersund, 2008.
61. Gustafsson C. Intellectual disability and mental health problems. Evaluation of two clinical assessment instruments, occurrence of mental health problems and psychiatric care utilisation. Avhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. Faculty of Medicine 1278;2003.
62. Näslund I. Beteendeproblem hos vuxna med utvecklingsstörning. Psykofarmaka används alltför ofta – pedagogiska insatser vore bättre. Läkartidningen 2007;104 (14–15):1132-35.
63. Nordin-Olsson E. Hälsa- och sjukvårdsinsatser till vuxna med utvecklingsstörning i gruppbostad. En modell för samverkan mellan primärvård och kommun. Heldagskonferens 2 februari 2010, Malmö stad, Stadskontoret :”Vård och stöd på lika villkor. Samverkan kring psykisk ohälsa hos personer med utvecklingsstörning eller autism (PK1 inom LSS)”.
64. SBU. Neuroleptika. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1998: rapport nr 138.
65. Näslund I. Utsättning av neuroleptika – lyckat projekt på vårdhem för psykiskt utvecklingsstörda. Läkartidningen 1992;89(23):2084.

66. Näslund I, Björkman S. Läkemedel hos utvecklingsstörda. Läkemedelsboken 2009-2010. Apoteket AB.
67. Gustavson K-H, Umb-Carlsson Ö, Sonnander K. A follow-up study of mortality, health conditions and associated disabilities of people with intellectual disabilities in a Swedish county. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005;49:905-14.

Bilaga 1. Utförlig metodbeskrivning

Analys

I analysen har endast deskriptiva analysmetoder använts och följande mått förekommer:

- andelar
- medelvärde
- median

Fördelen med att använda medianen som centralmått för en fördelning är att den inte påverkas av avvikande värden. Resultaten har ålderstandardiserats genom indelning i åldersgrupperna 20–29, 30–49 och 50–64 år.

Registerpopulation

Populationen utgörs av personer som hade en eller flera insatser enligt LSS eller SoL den 1 oktober 2007, med födelseår 1943–1987. Det innebär att personerna i registerpopulationen var 20 till 64 år i slutet av år 2007. SoL-insatserna skulle vara varaktiga, vilket definieras som att samma person skulle ha någon insats både den 1 oktober 2007 och den 30 juni 2008. Utifrån dessa kriterier skapades ett populationsregister som innehåller uppgifter om:

- bakgrundsdata, det vill säga ålder, kön och personkrets enligt LSS
- hemtjänst enligt SoL i ordinärt boende
- boendestöd enligt SoL
- dagverksamhet enligt SoL
- särskilt boende enligt SoL
- personlig assistans enligt LSS
- ledsagarservice enligt LSS
- kontaktperson enligt LSS
- avlösarservice enligt LSS
- korttidsvistelse enligt LSS
- boende för barn eller ungdomar i familjehem enligt 9 kap. § 8. LSS, eller i bostad med särskild service enligt 9 § 8 LSS
- boende för vuxna i bostad med särskild service enligt 9 kap. § 9 LSS, eller någon annan särskilt anpassad bostad enligt 9 kap. § 9 LSS
- daglig verksamhet enligt LSS.

De som har avlidit, registrerats som emigrerade mellan de två mätperioderna eller saknar korrekta personnummer ingår inte i gruppen.

Registerpopulationens slutliga ram omfattade totalt 57 500 personer med följande fördelning:

- 23 200 personer hade insatser enligt SoL
- 37 700 personer hade insatser enligt LSS.

Ungefär 3 400 personer hade insatser både enligt SoL och LSS, vilket gör att en del personer räknas in i båda grupperna.

För att få en så sammanhållen undersökningspopulation som möjligt, valdes 2007 som registrens undersökningsår. Det som har styrt tidpunkten för undersökningsåret är vissa registers långa administrationstid, till exempel att det dröjer närmare två år innan slutliga inkomstuppgifter registreras.

Tillförlitlighet hos registerdata

I registerstudier är det viktigt att vara uppmärksam på risken för fel och svagheter och väga in dem i tolkningen av resultaten.

Ramtäckningsproblem måste alltid lyftas fram i statistiska undersökningar, oavsett om det är total- eller urvalsundersökningar. Ramtäckningsproblem innebär att det antingen finns personer i rampopulationen (det vill säga alla de som ingår i registren där urval görs) som inte definieras som undersökningsgruppen (så kallad övertäckning) eller att det saknas personer i rampopulationen som borde vara med utifrån definitionen av undersökningsgruppen (så kallad undertäckning). Problemet är inte särskilt stort när det gäller Socialstyrelsens register eftersom undersökningsgruppen är definierad med hänsyn till Socialstyrelsens register. Däremot är risken större i samband med samkörningar med andra register. Tidsaspekten kan vara en sådan felkälla; SCB:s register har exempelvis den 31 december som mättidpunkt medan Socialstyrelsens register i detta fall bygger på uppgifter från den 1 oktober.

Mätfel är en annan felkälla som innebär att en felaktig uppgift har införts i registren eller att en uppgift inte har förts in alls. Oftast finns inarbetade rutiner för att registrera data och det gör att felen inträffar ganska sällan. Av samma orsak kan dock fel bli systematiska. Detta innebär att dessa fel är mycket svåra att avslöja för den som inte har insyn i själva inregistreringen.

Definitionsfel kan uppstå i registerstudier. En variabel kan till exempel definieras på ett sätt som inte exakt uppfyller det som önskas i analysen och en annan variabel kan ha definitionsbrister för vissa delgrupper. Detta beror ofta på att registren skapades för andra syften än för analyser i olika undersökningar. Felen beror på att dokumentationen för respektive register inte kan förmedla den exakta definitionen, och i vissa fall är definitionen så avancerad att det krävs djupare ämneskompetens för att förstå den fullt ut.

De flesta variabler i registren har individbortfall, men det överstiger inte en procent om man tänker sig att samtliga i populationen skulle inkluderas. Detta innebär att det interna bortfallet saknar betydelse för resultaten i detta sammanhang.

Enkätundersökningens urval och population

Undersökningen omfattade samtliga personer i åldern 20–64 som hade minst en av följande SoL-insatser: särskilt boende, hemtjänst, boendestöd eller dagverksamhet, alternativt hade en eller flera insatser enligt LSS (exklusive insatsen råd och stöd). Personer som endast hade insatser tillfälligt under en kortare period ingick inte eftersom undersökningens syfte var att undersöka levnadsförhållandena för personer med varaktiga funktionsnedsättningar.

För att nå målpopulationen användes Socialstyrelsens register över insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning den 1 juli 2008 och motsvarande register den 31 december 2008 samt LSS-registret som gällde den 1 oktober 2008. Observera att årtalen skiljer sig för enkätpopulationen och registerpopulationen.

Dessa register omfattade fler personer än det antal som skulle ingå i målpopulationen och därför gjordes ytterligare en avgränsning med följande urvalskriterier. Personerna skulle vara födda 1945–1989 (och därmed vara 20–64 år under 2009) och haft en eller flera verkställda insatser enligt LSS den 1 oktober 2008 (exklusive insatsen råd och stöd) som enda LSS-insats eller minst en av följande SoL-insatser både den 1 juli 2008 och den 31 december 2008:

- hemtjänst som omfattar service och/eller personlig omvårdnad (enbart trygghetslarm eller matdistribution ingår inte)
- boendestöd
- dagverksamhet
- särskilt boende

Enkätundersökningens slutliga urvalsram omfattade totalt 64 700 personer.

Stratifiering och urval

Enkätundersökningen skulle i första hand ge underlag till denna rapport. Ytterligare ett syfte har varit att få underlag för den eventuellt kommande uppföljningen av lagförändringar som LSS-utredningen föreslog i sitt betänkande. Med det senare syftet var det särskilt viktigt att kunna följa personer med insatserna personlig assistans enligt LSS, ledsagarservice enligt LSS och dagverksamhet enligt SoL. Ramen indelades därför i grupper enligt följande:

- | | |
|---------|---|
| Grupp 1 | Personer med insatsen <i>personlig assistans enligt LSS</i> men inte insatsen ledsagarservice enligt LSS. |
| Grupp 2 | Personer med insatsen <i>ledsagarservice enligt LSS</i> men inte insatsen personlig assistans enligt LSS. |
| Grupp 3 | Personer med insatsen <i>dagverksamhet enligt SoL</i> . |
| Grupp 4 | Övriga personer med <i>någon insats enligt LSS</i> . |
| Grupp 5 | Övriga personer med <i>någon insats enligt SoL</i> . |

I varje grupp gjordes ett obundet slumpmässigt urval. Urvalsstorleken framgår av tabellen nedan (tabell 1).

Tabell 1. Antal personer per grupp i enkätundersökningens ram och urval.

Grupp	Antal i ram	Antal i urval	Urvalssannolikhet
1	2 252	1 500	0,67
2	5 595	1 500	0,27
3	4 696	1 000	0,21
4	31 630	3 000	0,09
5	20 556	3 000	0,15
Summa	64 729	10 000	

Statistiska mått och redovisningsgrupper

I denna rapport redovisas resultaten av enkätstudien i form av andelsskattningar. En andelsskattning är en skattning av hur stor andel av populationen som skulle ange ett visst svarsalternativ på en fråga om samtliga personer i populationen hade svarat på frågan. Skattningarna redovisas för:

- hela populationen
- personer med insatser enligt SoL
- personer med insatser enligt LSS
- personer i ordinärt boende med någon insats enligt SoL eller LSS
- personer i bostad med särskild service enligt SoL respektive LSS
- män och kvinnor.

Enkätundersökningens tillförlitlighet

I enkätundersökning samkördes urvalet med SCB:s register över totalbefolkningen (RTB) för att få adressuppgifter till urvalspersonerna. Då framkom några personer som inte skulle vara med, till exempel personer som hade avlidit eller registrerats som emigrerade sedan urvalet drogs. Ytterligare några personer hade inte SoL- eller LSS-insatser, vilket framkom i samband med datainsamlingen. Totalt var övertäckningen 233 personer.

Urvalsfel beräknades med konfidensintervall, vilket innebär att ett intervall har beräknats som med 95 procents sannolikhet täcker det riktiga värdet. De resultat som redovisas i denna rapport har ett konfidensintervall som är högst plus/minus 3 procentenheter. Urvalsfelen tar inte hänsyn till fel som beror på bortfallet, så kallat bortfallsbias, och inte heller till mätfel.

Enkäten skickades till 9 758 personer, och 4 956 personer svarade. Uppräknat genom en viktning till populationen innebär det ett *bortfall* på 51 procent. För personer som hade SoL-insatser var det 57 procent som inte besvarade enkäten och motsvarande andel var 47 procent för personer med LSS-insatser. Ytterligare ett antal personer hade inte besvarat enstaka enkätfrågor. I bortfallsuppskattningarna ingår även övertäckningen.

I resultatberäkningarna har Socialstyrelsen utgått ifrån att personerna i bortfallet skulle ha svarat på samma sätt som de som faktiskt har svarat och som finns i samma grupp. Om personerna i bortfallet däremot avviker från

dem som har svarat på enkäten får man ett fel. Detta är troligt här eftersom risken är stor att bortfallet består av personer som har svårare att besvara enkäten på grund av att de har mer omfattande funktionsnedsättningar.

I den här undersökningen var det tillåtet att få hjälp med att besvara enkäten eller att någon annan svarade i stället för personen i urvalet och detta kan vara en källa till mätfel. Om en anhörig eller någon ur personalen hjälper till finns risken att personen med funktionsnedsättningen anpassar sin åsikt efter vad den hjälpare personen vill höra. Vissa personer i urvalet kan inte själva uttrycka sin åsikt, till exempel personer med vissa funktionsnedsättningar, och det är självklart svårt för någon annan att veta vad brukaren tycker i vissa av frågorna. I denna rapportens resultatdel redovisas främst svaren på faktafrågor, det vill säga frågor som inte är värderande eller subjektiva.

Av tabell 2 framgår hur stor andel som besvarade enkäten själva eller besvarade den med hjälp samt andelen enkäter som besvarades av någon annan utan brukarens medverkan.

Tabell 2. Fördelning av vem som har besvarade enkäten (procent).

	Själv(%)	Med hjälp (%)	Annan (%)	Totalt (%)
SoL	67	25	8	100
LSS	21	46	33	100
Summa	36	39	25	100

Ungefär 67 procent av personerna med SoL-insatser besvarade enkäten helt utan hjälp och för 8 procent var det någon annan som besvarade enkäten utan personens medverkan. För personer med LSS-insatser var motsvarande andelar 21 respektive 33 procent.

Tabell 3 visar hur många personer som besvarade enkäten, uppdelat på olika redovisningsgrupper. Av tabellen framgår även summan av antalet personer som besvarade enkäten själva eller med hjälp och hur stor andel denna utgör av det ursprungliga urvalet.

Tabell 3. Beskrivning av enkätundersökningens svarsfrekvens, antal och andel.

	Antal urval	Antal svar	Andel svar i %	Antal som svarat själv
Män	5 237	2 518	48	1 822
Kvinnor	4 763	2 438	51	1 970
20–29 år	1 952	1 011	52	709
30–49 år	3 892	1 922	49	1 473
50–64 år	4 156	2 023	49	1 610
En eller flera insatser enligt LSS	6 075	3 303	54	2 308
Personlig assistans enligt LSS	1 515	884	58	681
Ledsagarservice enligt LSS	1 515	849	56	639
Kontaktperson enligt LSS	1 720	917	53	656

Avlösarservice enligt LSS	82	51	62	29
Korttidsvistelse enligt LSS	465	285	61	152
Korttidstillsyn enligt LSS	123	71	58	37
Boende för barn enligt LSS	50	24	48	16
Boende för vuxna enligt LSS	2 166	1 089	50	570
Daglig verksamhet enligt LSS	3 319	1 837	55	1 064
En eller flera SoL-insatser	4 753	2 076	44	1 837
Särskilt boende enligt SoL	636	224	35	157
Hemtjänst enligt SoL	2 280	1 062	47	938
Boendestöd enligt SoL	1 789	723	40	653
Dagverksamhet enligt SoL	1 045	472	45	427

Bilaga 2. Enkätformulär

Bakgrund

<p>1. Vilket år är du född?</p> <p>År: <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>2. Är du kvinna eller man?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Kvinna</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Man</p>
<p>3. Vad stämmer bäst in på din familjesituation?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ensamstående (med eller utan barn)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Bor med make/maka/sambo</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Bor med föräldrar</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Annat, beskriv <input type="text"/></p>
<p>4. Har du egna barn som är yngre 18 år? <i>Räkna även adoptivbarn. Räkna inte sambos, makes/makas barn från tidigare förhållande.</i></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>5. Har du egna barn som är 18 år eller äldre? <i>Räkna även adoptivbarn. Räkna inte sambos, makes/makas barn från tidigare förhållande.</i></p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Nej</p>

- 6. Vilken av de utbildningar som är uppräknade nedan är din högsta avslutade utbildning?**
Markera ett av alternativen nedan. Om din högsta avslutade utbildning är från något annat land, kryssa i det alternativ som bäst motsvarar din utbildning.

Grundskola eller folkskola

- 01 Grundskola, enhetsskola eller realskola
02 Grundsärskola
03 Träningsskola
04 Specialskola (för dövblinda, döva och hörselskadade personer)
05 Folkskola/ännu ej avslutad grundskola
06 Flickskola
07 Grundläggande vuxenutbildning (kompletterande grundskola för vuxna)

Gymnasium eller motsvarande

- 08 2-årig gymnasieskola
09 3-årig gymnasieskola
10 4-årig gymnasieskola
11 Gymnasiesärskola
12 Rh-anpassad gymnasieskola
13 Riksgymnasium för döva och hörselskadade
14 Särvox
15 Fackskola eller yrkesutbildning (minst 2 månader)
16 Komvux (gymnasial vuxenutbildning)

Eftergymnasial utbildning

- 17 Eftergymnasial utbildning kortare än tre år
18 Högskola/universitetsutbildning, 3 år eller längre
19 Forskarutbildning

20 Har inte gått i skola alls

21 Vet inte

22 Annan utbildning än de som
anges ovan, beskriv:

- 7. Arbetar du eller studerar något för närvarande?**

Med arbete menar vi även daglig verksamhet, skyddat arbete eller annan sysselsättning.

- 1 Ja, både arbetar och studerar
2 Ja, arbetar
3 Ja, studerar → *Gå till fråga 9*
4 Nej → *Gå till fråga 10*

8. *Frågor till dig som arbetar. Med arbete menar vi även daglig verksamhet, skyddat arbete eller annan sysselsättning*

Vilken sorts arbete har du för närvarande?

- 1 Jag lönearbetar på den öppna arbetsmarknaden
2 Jag arbetar inom daglig verksamhet (dagcenter, dagverksamhet)
3 Jag arbetar på Samhall eller annat skyddat arbete
4 Jag har anställning med lönebidrag
5 Jag har praktikplats
6 Annat, beskriv:

9. *Frågor till dig som arbetar och/eller studerar. Med arbete menar vi även daglig verksamhet, skyddat arbete eller annan sysselsättning*

a) Behöver du stöd från någon annan person när du arbetar eller studerar?

Med stöd menar vi både stöd att utföra arbetsuppgifter och stöd i samband med toalettbesök, kommunikation mm.

- 1 Ja, jag behöver oftast/alltid stöd
2 Ja, jag behöver stöd ibland
3 Nej, jag behöver inte stöd
4 Vet inte

b) Tycker du att du får för lite, lagom eller för mycket stöd när du arbetar eller studerar?

- 1 Jag får för lite stöd
2 Jag får lagom mycket stöd
3 Jag får för mycket stöd
4 Frågan är inte aktuell för mig
5 Vet inte

c) Trivs du med det du gör på arbetet eller i studierna?

- 1 Ja, alltid
2 Ja, nästan alltid
3 Ja, ibland
4 Nej, nästan aldrig
5 Nej, aldrig
6 Vet inte

d) Tycker du att dina arbetsuppgifter (eller studier) är för enkla, lagom svåra eller för svåra?

- 1 De är för enkla
2 De är lagom svåra
3 De är för svåra
4 Vet inte
- } *Gå till fråga 11*

10. Om du varken studerar eller arbetar:

Är det någon av följande aktiviteter du skulle vilja göra?

Flera alternativ kan markeras.

- 1 Ja, lönearbeta på den öppna arbetsmarknaden
1 Ja, arbeta inom daglig verksamhet (dagcenter, dagverksamhet)
1 Ja, arbeta på Samhall eller annat skyddat arbete
1 Ja, arbeta med lönebidrag
1 Ja, ha en praktikplats
1 Ja, studera

1 Ja annat, beskriv:

1 Nej, jag vill inte ha någon aktivitet

Boende och ekonomi

11. Nu kommer några frågor om vad du har tillgång till i din bostad.

Om du bor i studentrum, i gruppboende eller på annat sätt delar gemensamma utrymmen med personer utanför ditt hushåll ska du utgå från hur det är i din del av bostaden. Om du bor med föräldrar/familj ska du utgå från hur det är i bostaden som helhet.

Har du i bostaden/din del av bostaden tillgång till...	Ja 1	Nej 2	Vet inte 3
... kök eller kokvrå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bad eller dusch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... telefon eller mobiltelefon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... TV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att lönen/pengarna tagit slut och du blivit tvungen att...

	Ja 1	Nej 2
...låna från släkt eller vänner för att klara matkostnaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...låna från släkt eller vänner för att kunna betala hyran i tid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...begära socialbidrag för att klara matkostnaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...begära socialbidrag för att betala hyran i tid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...låta bli att betala hyran i tid?

Hälsa

13. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- 1 Mycket gott
2 Gott
3 Någorlunda
4 Dåligt
5 Mycket dåligt
6 Vet inte

14. Har du besvär av ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte

15. Har du besvär av ängslan, oro eller ångest?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte

16. Har du ofta känt dig trött under de senaste två veckorna?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte

17. Har du haft återkommande huvudvärk eller migrän under de senaste två veckorna?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte

18. a) Har du under senaste 12 månaderna någon gång ansett dig i behov av läkarvård men inte sökt vård?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte } Gå till fråga 19a

Om "Ja":

b) Vilken var den främsta orsaken till att du inte sökte vård?

- 1 Hade inte råd
2 För lång väntelista/väntetid
3 Hade inte tid
4 För långt att resa
5 Rädd för att gå till läkare/sjukhus (t ex spruträdd)
6 Ville vänta ett tag
7 Kände inte till någon bra läkare
8 Annan orsak, beskriv:
9 Vet inte

19. a) Har du under senaste 12 månaderna någon gång ansett dig i behov av tandvård men inte sökt vård?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte } Gå till fråga 20

Om "Ja":

b) Vilken var den främsta orsaken till att du inte sökte tandvård?

- 1 Hade inte råd
2 För lång väntelista/väntetid
3 Hade inte tid
4 För långt att resa
5 Rädd för att gå till tandläkaren
6 Ville vänta ett tag
7 Kände inte till någon bra tandläkare
8 Annan orsak, beskriv:
9 Vet inte

20. Kan du tugga hårda saker som hårt bröd eller äpplen?

- 1 Ja, utan svårigheter
2 Ja, men måste vara försiktig

3 Nej, inte alls

4 Vet inte

Har du någon gång upplevt bristande tillgänglighet vid besök hos vårdcentralen?

Med bristande tillgänglighet menar vi hinder som gör att du har svårt att besöka lokalen, t ex för trång entré, trappor, avsaknad av hörselslinga, allergiframkallande växter mm.

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte

22. Har du någon gång upplevt bristande tillgänglighet vid besök hos tandläkaren?

Med bristande tillgänglighet menar vi hinder som gör att du har svårt att besöka lokalen, t ex för trång entré, trappor, avsaknad av hörselslinga, allergiframkallande växter mm.

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte

Funktionsnedsättning och behov av stöd

23. Nedan hittar du en lista över funktionsnedsättningar som kan innebära svårigheter i vardagen. Har du någon av följande funktionsnedsättningar?

	Nej 1	Ja, liten ned- sättning 2	Ja, stor ned- sättning 3
Rörelsehinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utvecklingsstörning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autism/autismliknande tillstånd (inkl Asperger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnskada efter skada eller sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD/DAMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedsättning (även om du använder glasögon eller linser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselnedsättning (även om du använder hörapparat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk funktionsnedsättning, t ex schizofreni eller psykossjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat, beskriv i rutan nedan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Hur länge har du haft din funktionsnedsättning?

Om du har flera funktionsnedsättningar ska du utgå från den funktionsnedsättning du fick först

- 1 Sedan födseln/barndomen

2 Sedan 16 års ålder eller senare

25. Behöver du stöd från någon annan person med följande aktiviteter?

Med stöd avses här praktisk hjälp, påminnelser eller instruktioner från en annan person. Utgå från hur det är när du använder de eventuella hjälpmedel du har.

	Behöver inte stöd 1	Behöver stöd ibland 2	Behöver of- tast/alltid stöd 3
Att förflytta dig inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att förflytta dig utomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att kommunicera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din personliga omvårdnad (duscha, toalettbesök, borsta tänderna etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att göra inköp eller uträtta ärenden (t.ex. apotek, vårdcentral eller hämta paket)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att sköta privatekonomi (betala räkningar etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att sköta medicinering, slemsugning, lägga om sår etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat, ange vad i rutan nedan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. En del personer behöver tillsyn av någon som alltid (eller nästan alltid) finns till hands ifall behov av stöd plötsligt uppstår. Det kan t ex handla hjälp vid krampanfall, eller för att förhindra att man utsätter sig själv eller andra för fara.

Behöver du tillsyn av någon som alltid (eller nästan alltid) finns till hands?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte

27. Tycker du att du får för lite, lagom eller för mycket stöd från samhället?

Med stöd avses här praktisk hjälp, påminnelser eller instruktioner från en annan person. Stöd från dina anhöriga ska inte räknas med.

- 1 Jag får för lite stöd → Gå till fråga 28a
2 Jag får lagom mycket stöd → Gå till fråga 29
3 Jag får för mycket stöd
4 Vet inte → } Gå till fråga 29
5 Frågan är inte aktuell för mig }

28. Om du tycker att du får för lite stöd från samhället:

a) Inom vilket eller vilka områden anser du att du behöver mera stöd?

*Med stöd avses här praktisk hjälp, påminnelser eller instruktioner från en annan person.
Flera svarsalternativ kan anges.*

- 1 Förflyttning inomhus
- 1 Förflyttning utomhus
- 1 Kommunera
- 1 Personlig omvårdnad (duscha, toalettbesök, borsta tänderna etc.)
- 1 Att göra inköp eller uträtta ärenden (t.ex. post eller bank)
- 1 Sköta privatekonomi (betala räkningar etc.)
- 1 Sköta mediciner, slemugning, lägga om sår etc.
- 1 Tillsyn av någon som alltid/nästan alltid finns tillhands

1 Annat, ange:

1 Vet inte

1 Frågan är inte aktuell för mig

b) Vad är skälen till att du får för lite stöd?

Stöd från anhöriga ska inte räknas med.

Flera svarsalternativ kan anges.

- 1 Jag har ansökt om stöd (t.ex. från kommunen) men fått avslag på min ansökan.
- 1 Jag har inte fått något stöd, trots att jag blivit beviljad insatser
- 1 Det är för dyrt, jag har inte råd.
- 1 Jag vet inte hur jag ska göra för att ansöka om stöd
- 1 Det stöd jag behöver går inte att få där jag bor.

1 Annat, ange:

1 Vet inte

29. Här kommer ett antal påståenden om stödet du får av samhället. Hur väl stämmer dessa påståenden med dina åsikter?

	Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer inte alls	Vet inte	Frågan är inte aktuell för mig
	1	2	3	4	5
Personalen (t ex hemtjänst, personlig assistent, ledsagare) respekterar mina önskemål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag bestämmer själv <u>när</u> jag ska få hjälp med personlig omvårdnad (t ex duscha, toalettbesök, borsta tänderna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag bestämmer själv <u>vem</u> som ska hjälpa mig med personlig omvårdnad (t ex duscha, toalettbesök, borsta tänderna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har varit med och planerat mitt stöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag litar på att personal (t ex hemtjänst, personlig assistent, ledsagare) kommer när vi har bestämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag litar på att mitt stöd kommer att finnas kvar i framtiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. a) Är du beroende av stöd från anhöriga eller vänner för att vardagen ska fungera?

- 1 Ja, dagligen
 2 Ja, någon eller några gånger per vecka
 3 Ja, någon eller några gånger per månad
 4 Ja, men mer sällan
 5 Nej → Gå till fråga 31
 6 Vet inte → Gå till fråga 31

Om "Ja":

b) Vem är det som hjälper dig i så fall?

Flera svar kan markeras

- 1 Make/maka/sambo
 1 Dotter
 1 Son
 1 Mamma
 1 Pappa
 1 Syster
 1 Bror

- 1 Svärdotter
- 1 Svärson
- 1 Granne eller god vän
- 1 Annan

31. Köper du (eller någon anhörig) tjänster av något företag (t ex städhjälp) för att din vardag ska fungera?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Vet inte

32. Använder du något hjälpmedel?

Flera svar kan markeras.

- 1 Ja, hörselhjälpmedel (t ex hörapparat)
- 1 Ja, synhjälpmedel
- 1 Ja, hjälpmedel för förflyttning (t ex rullstol, rollator, käpp)
- 1 Ja, hjälpmedel för minne, tid, planering, struktur eller liknande (kognitionshjälpmedel)
- 1 Ja, hjälpmedel för kommunikation

1 Ja annat, beskriv:

1 Nej

33. Finns det någon sorts hjälpmedel du skulle behöva men som du inte har idag?

Flera svar kan markeras.

- 1 Ja, hörselhjälpmedel (t ex hörapparat)
- 1 Ja, synhjälpmedel
- 1 Ja, hjälpmedel för förflyttning (t ex rullstol, rollator, käpp)
- 1 Ja, hjälpmedel för minne, tid, planering, struktur eller liknande (kognitionshjälpmedel)
- 1 Ja, hjälpmedel för kommunikation

1 Ja annat, beskriv:

1 Nej

1 Vet inte

34. Vet du vart du ska vända dig om du behöver hjälpmedel?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Frågan är inte aktuell för mig

Semester och fritid

35. Har du under de senaste 12 månaderna....

	Ja	Nej	Vet inte
	1	2	3
...varit bortrest på semester i Sverige eller utomlands under minst en veckas tid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gått på bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gått på restaurang, pub eller kafé för nöjes skull?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gått på bibliotek på din fritid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...varit på teater, konsert, museum eller liknande kulturevenemang? (räkna inte bio, fotbollsmatcher, barnens teater i skolan mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...strövat i skog och mark för att få en naturupplevelse, plocka svamp eller bär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...idrottat eller motionerat utomhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...idrottat eller motionerat i någon inomhusanläggning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Är det någon eller några av följande aktiviteter du skulle vilja göra oftare, men låter bli på grund av bristande tillgänglighet?

Med *bristande tillgänglighet* menar vi hinder som gör du har svårt att ta del av aktiviteten, t ex för trång entré, trappor, avsaknad av hörselslinga, allergiframkallande växter mm.

- 1 Gå på bio
- 1 Gå på restaurang, pub eller kafé
- 1 Besöka ett bibliotek
- 1 Gå på teater, konsert, museum
- 1 Gå på ett idrottsevenemang
- 1 Idrotta eller motionera inomhus
- 1 Idrotta eller motionera utomhus
- 1 Besöka en affär eller ett köpcentrum

1 Annat, beskriv:

37. Behöver du stöd från någon annan person för att kunna ta del av fritidsaktiviteter?

Med *stöd* avses här *praktisk hjälp, påminnelser eller instruktioner från en annan person.*

- 1 Ja, jag behöver oftast/alltid stöd
- 2 Ja, jag behöver stöd ibland
- 3 Nej → Gå till fråga 39

38. Här kommer ett antal påståenden om stöd och inflytande i samband med aktiviteter under fritiden. Hur väl stämmer dessa påståenden med din uppfattning?

Med stöd avses här praktisk hjälp, påminnelser eller instruktioner från en annan person.

	Stämmer helt	Stämmer delvis	Stämmer inte alls	Vet inte	Frågan är inte aktuell för mig
	1	2	3	4	5
Jag får det stöd jag behöver med fritidsaktiviteter dagtid måndag-fredag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får det stöd jag behöver med fritidsaktiviteter på kvällar/nätter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag får det stöd jag behöver med fritidsaktiviteter på helger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan påverka vem som hjälper mig i samband med fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag bestämmer själv vad jag ska göra på min fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medborgerliga aktiviteter

39. a) Har du under de senaste 5 åren...

	Ja 1	Nej 2	Vet inte 3	Vill inte svara 4
...skrivit på en namninsamling för att stödja eller protestera mot något	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...deltagit i en demonstration för att stödja eller protestera mot något	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...försökt påverka någon lokal eller samhällspolitisk fråga på något annat sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om "Ja" på något av alternativen ovan

b) Av de gånger du har engagerat dig, hur ofta har det gällt frågor om funktionshinder?

- 1 Alltid
- 2 Nästan alltid
- 3 Ibland
- 4 Nästan aldrig
- 5 Aldrig
- 6 Vet inte

40. Röstade du i riksdagsvalet 2006?

- 1 Ja
- 2 Nej

3 Vet inte

4 Vill inte svara

41. Röstade du i valet till EU-parlamentet 2009?

1 Ja

2 Nej

3 Vet inte

4 Vill inte svara

42. Har du någon gång upplevt bristande tillgänglighet i en vallokal i samband med val till riksdag eller EU-parlamentet?

Med bristande tillgänglighet menar vi hinder som gör att du har svårt att besöka lokalen, t ex för trång entré, trappor, avsaknad av hörselslinga, allergiframkallande växter mm.

1 Ja

2 Nej

3 Vet inte

4 Vill inte svara

Om ifyllandet av enkäten

43. Vem har svarat på frågorna i enkäten?

- 1 Jag själv → Gå till fråga 45
2 Jag själv tillsammans med någon annan
3 Någon annan har besvarat enkäten utan min medverkan

44. Denna fråga vänder sig till dig som fyllt i enkäten som ombud eller tillsammans med den som enkäten riktar sig till. Vilken relation har du till den som enkäten gäller?

Flera svarsalternativ kan markeras.

- 1 Förälder
1 Sambo/maka/make
1 Syskon
1 Annan släkting
1 Vän eller granne
1 Personlig assistent
1 Personal från hemtjänst, serviceboende, gruppboende, daglig verksamhet eller liknande
1 God man eller förvaltare
- 1 Någon annan:

45. Är det något ytterligare du vill berätta om din vardag eller om hur du tycker att stödet från samhället fungerar?

Tack för att du har besvarat enkäten!