

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av det stöd som ges till personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt habilitering enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Analyserna av insatsen personlig assistans omfattar endast stöd i form av biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans enligt 9 § 2 LSS.

I kapitlet utgår Socialstyrelsen från olika kvalitetsområden, till exempel kunskapsbaserad vård och omsorg, självbestämmande, tillgänglighet samt säker vård och omsorg. Ett genomgående tema är regionala skillnader i det individuella stödet. Kostnaderna för stöd till personer med funktionsnedsättning diskuteras i kapitlet *Ekonomiska analyser*.

Socialstyrelsens sammanfattande iakttagelser

- Det finns fortfarande stora regionala skillnader inom habiliteringens verksamhet. Habiliteringens omfattning ser olika ut i olika delar av landet. Även om en del av skillnaderna troligen kan förklaras av att behovet är olika stort i olika delar av landet, spelar sannolikt även andra faktorer in, såsom tillgång till specialistkompetenser, resurstilldelning och regionala prioriteringar.
- De lokala och regionala lokala skillnaderna inom socialtjänstens verksamhet kvarstår, i synnerhet när det gäller uppföljning av beslut om insatser. Samtidigt går utvecklingen i rätt riktning, till exempel följer allt fler kommuner upp samtliga beslut om daglig verksamhet samt bostad med särskild service enligt LSS. Socialstyrelsen kan även konstatera att kompetensen bland LSS-handläggare är hög; år 2012 utfördes 95 procent av samtliga handläggningstimmar av handläggare med socionomexamen.
- Arbetet med att införa en evidensbaserad praktik i socialtjänstens stöd till personer med funktionsnedsättning går i positiv riktning. Den statliga satsningen på att stödja en evidensbaserad praktik i stödet till denna målgrupp har medfört att samtliga regioner och kommuner har sökt medel för utvecklingsarbete. Det är ännu för tidigt att se några effekter av denna satsning, men på sikt kommer den att innebära en ökad kvalitet i insatserna.
- Antalet brukare inom vuxenhabilitering är klart lägre än inom barn- och ungdomshabilitering, trots att behoven ofta kvarstår i vuxen ålder. Socialstyrelsen bedömer att det finns anledning att ifrågasätta om behoven av vuxenhabilitering tillgodoses i dag.
- Omsättningen inom personlig assistans enligt LSS är stor, det vill säga socialtjänsten fattar många nya beslut om insatsen och för många brukare upphör insatsen. Personlig assistans beviljas till personer med varaktiga behov, och

det är osäkert hur förändringar i beslut påverkar livskvaliteten för den enskilde. Socialstyrelsen kommer att fortsätta följa denna utveckling, med fokus på vilka insatser som ges i stället, och i vilken utsträckning dessa insatser främjar den enskildes delaktighet och självbestämmande.

- Förutsättningarna för att kunna gå över från daglig verksamhet till lönearbete eller praktikplats måste bli bättre, bland annat genom att man samordnar och skapar rutiner. Till exempel kan samverkansöverenskommelser mellan LSS-verksamheter och Arbetsförmedlingen samt Försäkringskassan öka förutsättningarna, tillsammans med att socialtjänsten regelbundet prövar den enskildes arbetsförmåga.
- Många kommuner saknar anpassad information om de sociala stöden, både på sina hemsidor och på socialkontoren. Andelen kommuner som har översatt information till teckenspråk är särskilt låg. En anpassad information gynnar personer med nedsatt funktionsförmåga oavsett ålder, det vill säga även äldre personer. Små förbättringar har skett över tid, och Socialstyrelsen bedömer därför att tillgänglighetsarbetet behöver prioriteras högre. Att tillgängligheten på kommunernas webbplatser förbättras är särskilt viktigt, med tanke på kommunernas arbete med att digitalisera välfärdstjänsterna.
- Allt färre kommuner bedriver uppsökande verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning för att informera dem om deras rättigheter och vilka stöd de har rätt till. Socialstyrelsen anser att denna minskning är bekymmersam, eftersom många i målgruppen lever isolerat.

Personer med funktionsnedsättning

Med funktionsnedsättning menar Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada²⁹. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur. Vi använder oss även av begreppet funktionshinder både när vi vill beskriva begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, och när politikområdet avses.

Alla personer med funktionsnedsättning får inte insatser. Vissa har ansökt om insatser men fått avslag, andra har av olika skäl inte ansökt trots att de skulle behöva stöd. Det här avsnittet är avgränsat till de personer med funktionsnedsättning som får insatser.

Omfattningen av stöd

Personer med funktionsnedsättning kan få olika former av stöd från socialtjänsten. Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har med stöd av 4 kap. 1 § SoL rätt till bistånd av socialnämnden. Även personer med funktionsnedsättning kan alltså få insatser enligt SoL, men vissa av dem har dessutom rätt till insatser enligt LSS.

²⁹ Ytterligare information finns på Socialstyrelsens hemsida:
<http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio>

För att ha rätt till insatser enligt LSS måste personen tillhöra någon av de så kallade personkretsar som definieras i 1 § 1–3 LSS:

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

I detta avsnitt redogör vi för omfattningen och utvecklingen av insatser enligt dessa två lagar. Kapitlet innehåller även en redogörelse för viss utveckling inom landstingens habiliteringsverksamhet.

Stöd i det egna hemmet är fortfarande vanligare än särskilt boende

Med stöd av 4 kap. 1 § SoL kan personer med funktionsnedsättning beviljas till exempel hemtjänst eller boendestöd. År 2012 fick 16 400 personer hemtjänst och ungefär 18 300 personer fick boendestöd (tabell 5:1).

Individuellt biståndsprövad hemtjänst kan ges såväl i det egna hemmet (så kallat ordinärt boende) som i ett gruppboende (så kallat särskilt boende)³⁰.

Med boendestöd avses stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper, bland annat personer med psykisk funktionsnedsättning. Boendestöd kan vara både ett praktiskt och ett socialt stöd, och syftar till att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället.

Åldersfördelningen skiljer sig mellan de båda insatserna. Hemtjänst är vanligast bland personer i åldern 45–64 år, medan boendestöd i stort sett är lika vanligt i alla åldrar (tabell 5:1). Båda insatserna är dock relativt ovanliga bland personer under 20 år.

Tabell 5:1. Antal insatser 0–64 år enligt socialtjänstlagen 2012, uppdelat på ålder och kön, avrundade värden

Insatser	Kvinnor			Män		
	0-19 år	20-44 år	45-64 år	0-19 år	20-44 år	45-64 år
Särskilt boende	4	330	1 310	5	530	1 940
Hemtjänst i ordinärt boende	135	1 940	6 590	212	1 520	6 000
Boendestöd	80	4 790	4 340	100	4 710	4 240

Källa: Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg 1 april 2012, Socialstyrelsen; 2013.

³⁰ I begreppet hemtjänst ingår också avlösning av anhörigvårdare, men i detta kapitel avser vi endast individuellt biståndsprövad hemtjänst.

Antalet personer med funktionsnedsättning som får heldygnsomsorg är lägre än antalet som får stöd i det egna hemmet, och 2012 bodde cirka 4 100 personer 0–64 år i särskilt boende³¹ (tabell 5:1). Män beviljas särskilt boende i högre utsträckning än kvinnor, oavsett ålder.

Det totala antalet personer i särskilt boende ökar med stigande ålder och de som är 45–64 år utgör närmare 80 procent av dem som får denna insats.

Fler män än kvinnor får insatser enligt LSS

År 2010 fick drygt 64 000 personer en eller flera insatser enligt LSS (tabell 5:2). Det totala antalet insatser var 112 100. Den i särklass vanligaste insatsen var daglig verksamhet, som drygt 31 000 personer var beviljade. Det finns emellertid skillnader mellan olika åldrar. Korttidsstillsyn och korttidsvistelse är de vanligaste insatserna bland barn och unga upp till 22 år, hos personer mellan 23 och 64 år är i stället daglig verksamhet och boende de vanligaste insatserna.

Fler män än kvinnor får insatser enligt LSS, och det gäller för alla insatser. Särskilt stor är könsskillnaden dock när det gäller korttidsvistelse, avlösarservice och korttidsstillsyn, där två tredjedelar av insatserna ges till pojkar och män. Även inom denna lagstiftning beviljas män särskilda boendeformer (det vill säga bostad med särskild service enligt LSS) i högre utsträckning än kvinnor. Socialstyrelsen har tidigare uppmärksammat könsskillnaderna inom LSS och konstaterat att könsskillnaderna i antal insatser delvis kan förklaras av att antalet pojkar och män med vissa diagnoser är fler än antalet flickor och kvinnor. Det gäller bland annat diagnoserna autism och autismliknande tillstånd, cerebral pares, ryggmärgsbräck och Downs syndrom. Det går emellertid inte att utesluta att handläggare bedömer behoven hos män och kvinnor olika.

Tabell 5:2. Antal personer 2012 med insatser enligt LSS uppdelat på kön och ålder, avrundade värden

Insatser	Kvinnor			Män		
	0-22 år	23-64 år	>64 år	0-22 år	23-64 år	>64 år
Personlig assistans	420	1 140	300	560	1 170	290
Ledsagarservice	1 300	1 950	550	2 230	2 230	440
Kontaktperson	1 620	6 420	945	2 270	7 430	890
Avlösarservice	1 030	80	20	2 150	95	30
Korttidsvistelse	3 080	460	15	5 400	670	35
Korttidsstillsyn	1 770	1	0	2 980	1	0
Boende, barn	440	4	0	770	9	0
Boende, vuxna	510	8 450	1 470	790	11 490	1 660
Daglig verksamhet	1 260	11 980	520	1 860	15 760	590

Källa: Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2012, Socialstyrelsen; 2013.

³¹ Med särskilt boende avses gruppboenden som kommunerna ska inrätta för människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring och som till följd av dessa svårigheter behöver ett sådant boende, enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

Det finns även skillnader inom olika insatser, till exempel när det gäller hur många timmar som beviljades. Antal timmar ledsagarservice per vecka enligt det verkställda LSS-beslutet varierade från några enstaka timmar till ungefär 40 timmar per vecka [1]. Det vanligaste var 1–5 timmar per vecka, vilket gällde för 66 procent av alla med ledsagarservice. Andelen var ungefär lika hög som för året innan. Dessa skillnader kan bero på skillnader i behov, men ytterligare orsaker kan vara lokala riktlinjer och bristande tillgång till ledsagare.

Många gånger har samma person flera insatser, och ett exempel på en insats som ofta kompletteras med andra insatser är personlig assistans. År 2012 hade 3 880 personer den insatsen, och av dessa hade dessutom:

- nio procent hemtjänst enligt SoL
- sex procent kontaktperson enligt LSS
- nio procent korttidsvistelse enligt LSS.

Insatser enligt SoL ökar mer än insatser enligt LSS

Socialtjänstens stöd till personer med funktionsnedsättning fortsätter att öka i omfattning. Sedan 2008 har antalet insatser enligt SoL ökat med 16 procent³² och insatser enligt LSS har ökat med 6 procent³³ (tabell 5:3). Ökningen gäller dock inte alla insatser, utan framför allt boendestöd enligt SoL, bostad med särskild service till vuxna enligt LSS samt daglig verksamhet enligt LSS. Exempel på insatser som har minskat i antal är ledsagarservice, korttidsvistelse samt korttidstillsyn enligt LSS.

Även antalet personer som får insatser enligt LSS ökar. År 2012 fick 64 200 personer en eller flera insatser enligt LSS, vilket motsvarar en ökning med 9 procent sedan 2008.

³² Hemtjänst, boendestöd och särskilt boende.

³³ Exklusive insatsen råd och stöd

Tabell 5:3. Antal insatser enligt SoL och LSS år 2008–2012, avrundade värden*

	2008	2009	2010	2011	2012
Insatser enligt LSS					
Personlig assistans	3 500	3 360	3 560	3 760	3 900
Ledsagarservice	9 660	9 640	9 290	9 160	8 700
Kontaktperson	18 420	19 150	19 500	19 460	19 600
Avlösarservice	3 350	3 380	3 390	3 390	3 400
Korttidsvistelse	10 230	9 980	10 010	9 880	9 700
Korttidsstillsyn	5 170	5 140	5 160	5 010	4 800
Boende, barn och unga	1 400	1 430	1 440	1 330	1 200
Boende, vuxna	22 320	22 870	23 430	23 920	24 400
Daglig verksamhet	28 080	28 970	30 250	31 150	32 200
Insatser enligt socialtjänstlagen					
Särskilt boende	4 510	--	4 280	4 340	4 100
Hemtjänst i ordinärt boende	16 800	--	16 670	16 580	16 400
Boendestöd	12 170	--	15 130	17 500	18 300

* Insatser enligt SoL är till och med 64 år och insatser enligt LSS är alla åldrar.

Källa: Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – insatser enligt LSS 2008 (2009), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2009 (2010), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2010 (2011), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2011 (2012), Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS 2012 (2013), Personer med funktionsnedsättning/funktionshinder – vård och omsorg den 30 juni 2008 – Kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen (2009), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 november 2010 (2011), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 april 2011 (2012), Personer med funktionsnedsättning – vård och omsorg den 1 april 2012 (2013).

Stort flöde till och från personlig assistans

Personlig assistans enligt LSS har ökat med cirka 11 procent mellan 2008 och 2012³⁴. Socialstyrelsens analyser visar emellertid att flödet till och från insatsen är stort, varje år består 24–29 procent av insatserna av nya beslut³⁵ och för 23–27 procent upphör insatsen (tabell 5:4). Omsättningen är således stor, och för många brukare tycks insatsen inte vara långvarig. Den stora omsättningen inom personlig assistans kan bero på flera saker. Det kan till exempel vara så att personlig assistans inte är en självklar rättighet och att den ofta prövas vid socialtjänstens uppföljningar. Så vad händer med personer för vilka den personliga assistansen upphör? Följande analys av förändringarna mellan två år ger delvis svar på frågan.

³⁴ Här avses stöd i form av biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans enligt 9 § 2 LSS.

³⁵ Avser åren 2008–2012.

Tabell 5:4. Flödet till och från personlig assistans år 2008–2012, redovisat på nya beslut och beslut som upphört

År	Antal personer med personlig assistans	Antal som hade personlig assistans året innan	Nya beslut om personlig assistans	Antal beslut om personlig assistans som upphört
2008	3 475	2 480	990	830
2009	3 370	3 550	820	930
2010	3 560	2 540	1 030	830
2011	3 780	2 740	1 050	830
2012	3 880	2 880	1 000	900

Källa: Socialstyrelsens egna bearbetningar av registret över insatser enligt LSS.

Mellan 2011 och 2012 upphörde den personliga assistansen för 904 personer. År 2012 hade 11 procent av dessa insatser enligt SoL, exempelvis hemtjänst och 26 procent hade insatser enligt LSS, till exempel bostad med särskild service (figur 5:1)³⁶.

Figur 5:1. Flödet till och från personlig assistans enligt LSS år 2011–2012

Det är inte möjligt att fullt ut analysera hur verksamheterna tillgodoser behoven hos de som mister personlig assistans. Socialstyrelsen har dock tidigare framhållit att exempelvis hemtjänsten och dess fokus på omsorg inte går att jämföra med personlig assistans, vars utformning har ett större fokus på delaktighet i samhällslivet än hemtjänst [2].

Det faktum att så många nya beslut fattas samtidigt som många upphör ger Socialstyrelsen anledning att fortsätta följa utvecklingen inom personlig assistans enligt LSS.

Stora regionala skillnader inom habiliteringen

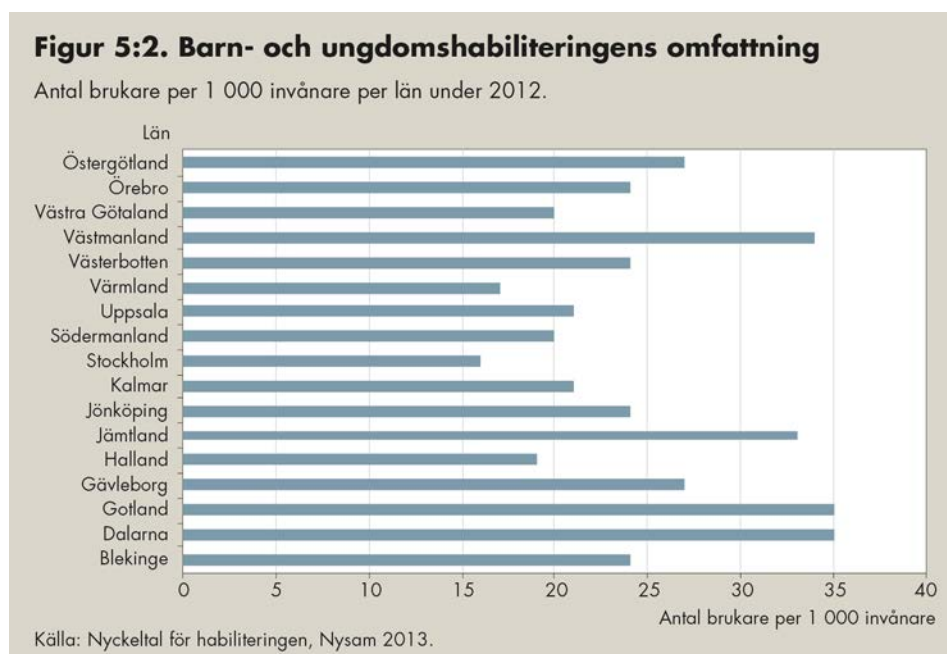
Habiliteringens insatser ges inom olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan till exempel vara av medicinsk, pedagogisk, psykologisk och teknisk art. Insatserna syftar till att hjälpa människor att upprätthålla

³⁶ Vidare hade 11 procent trygghetslarm och/eller matlåda beviljat enligt SoL och 48 procent hade ingen insats enligt SoL eller LSS.

olika funktioner och skapa förutsättningar för deras delaktighet i samhällslivet.

Fler barn och unga får habiliteringsinsatser än vuxna, visar uppgifter från Nysam³⁷ [3]. Uppgifterna täcker inte alla län, men tillräckligt många för att Socialstyrelsen ska kunna dra vissa slutsatser och se mönster.

Habiliteringens omfattning ser olika ut i olika delar av landet. Figur 5:2 visar antalet brukare per 1 000 invånare inom barn- och ungdomshabiliteringen, och mellan vissa län är skillnaden över 100 procent. Antalet brukare varierar mellan 15 och 35 per 1 000 invånare. Till viss del förklaras skillnaderna av att behovet är olika stort i olika delar av landet, men även andra faktorer spelar sannolikt in, såsom tillgång till specialistkompetenser, resurstilldelning och regionala prioriteringar.

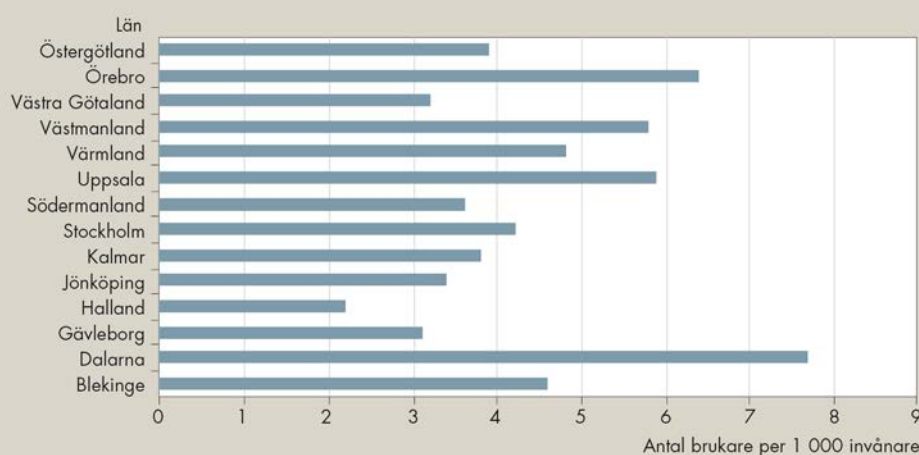


Antalet brukare inom vuxenhabiliteringen är lägre än inom barn- och ungdomshabiliteringen, omkring 2–8 brukare per 1 000 invånare (figur 5:3). Antalet brukare inom vuxenhabiliteringen skiljer sig dessutom mellan olika län, i Dalarnas län är till exempel antalet brukare närmare 4 gånger högre än i Gävleborgs län. Mot bakgrund av uppgifterna i figur 5:2 och 5:3 finns det anledning att ifrågasätta om dagens behov av vuxenhabilitering tillgodoses.

³⁷ Nysam har i 20 års tid tagit fram nyckeltal för jämförelse inom sjukvård och omsorg, nyckeltalen för landstingens habilitering utgår från Socialstyrelsen definition av God Vård. Mer information finns på www.nysam.com.

Figur 5:3. Vuxenhabiliteringens omfattning

Antal brukare per 1 000 invånare per län under 2012.



Källa: Nyckeltal för habiliteringen, Nysam 2013.

Kunskapsbaserad vård och omsorg

En viktig del i arbetet för en kunskapsbaserad vård och omsorg är att arbetet ska vara evidensbaserat. En evidensbaserad praktik innebär systematisk användning av bästa tillgängliga kunskap vid beslut om insatser till enskilda personer. Besluten ska även fattas utifrån den professionelles expertis och den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål.

Under 2013 påbörjade Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt landets kommuner insatser för att stödja en evidensbaserad praktik, som bland annat innefattar att fördela statliga medel för regionalt och lokalt utvecklingsarbete [4]. Arbetet fokuserar på tre områden:

1. Förstärka delaktigheten för barn och unga med funktionsnedsättning.
2. Förstärka brukarmedverkan.
3. Initiera, genomföra och utveckla systematiskt uppföljning.

Under 2013 har samtliga regioner och län ansökt om medel samt formulerat mål för sitt utvecklingsarbete inom de tre ovanstående områdena. Majoriteten av länen, 19 stycken, har valt att fokusera särskilt på brukarmedverkan, 15 har valt att arbetat med barns och ungas inflytande och 13 arbetar med systematiskt uppföljning. Det är 10 län och regioner som arbetar med samtliga tre områden, sex arbetar med två områden och fem fokuserar endast på ett område. Socialstyrelsen bedömer att det är positivt att samtliga län och regioner har initierat ett utvecklingsarbete.

Det är ännu för tidigt att säga något om hur utvecklingsarbetet kommer att falla ut, men vissa, närliggande uppgifter finns att tillgå i öppna jämförelser av stöd och insatser till personer med funktionsnedsättning, till exempel hur många kommuner som använder brukarundersökningar och hur många som regelbundet följer upp beslut.

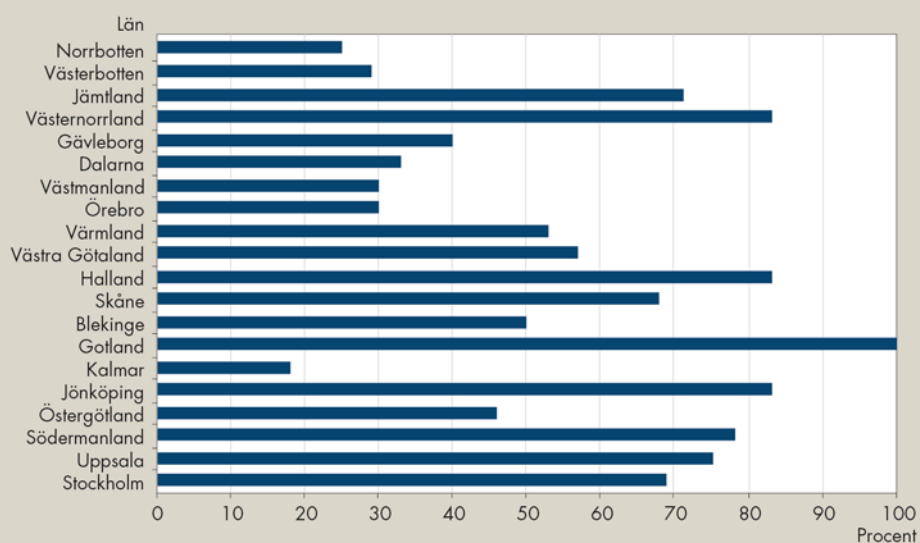
Varannan kommun använder brukarundersökningar

Drygt varannan kommun (56 procent) använder brukarundersökningar för att utveckla den egna verksamheten [5]. Detta är en ökning sedan föregående år med tre procent [2]. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att de flesta kommuner har inrättat ett råd för funktionshindersfrågor [2], men för att dessa råd ska ha ett reellt inflytande krävs det att verksamheterna använder de synpunkter och förslag som kommer in. Det är därför bekymmersamt att endast varannan kommun använder dessa undersökningar i sin verksamhetsutveckling.

Det är också stora skillnader mellan kommunerna, och figur 5:4 visar att andelen kommuner på länsnivå som använder sig av brukarundersökningar varierar mellan knappt 20 procent och 100 procent. Denna variation pekar ytterligare på behovet av att kommunerna satsar på ökad brukarmedverkan, och inte bara en formell sådan utan även en reell.

Figur 5:4. Brukarmedverkan i verksamhetsutvecklingen

Andel kommuner i respektive län som använder brukarundersökningar i verksamhetsutvecklingen under 2012.



* Underlag saknas från Kronobergs län.

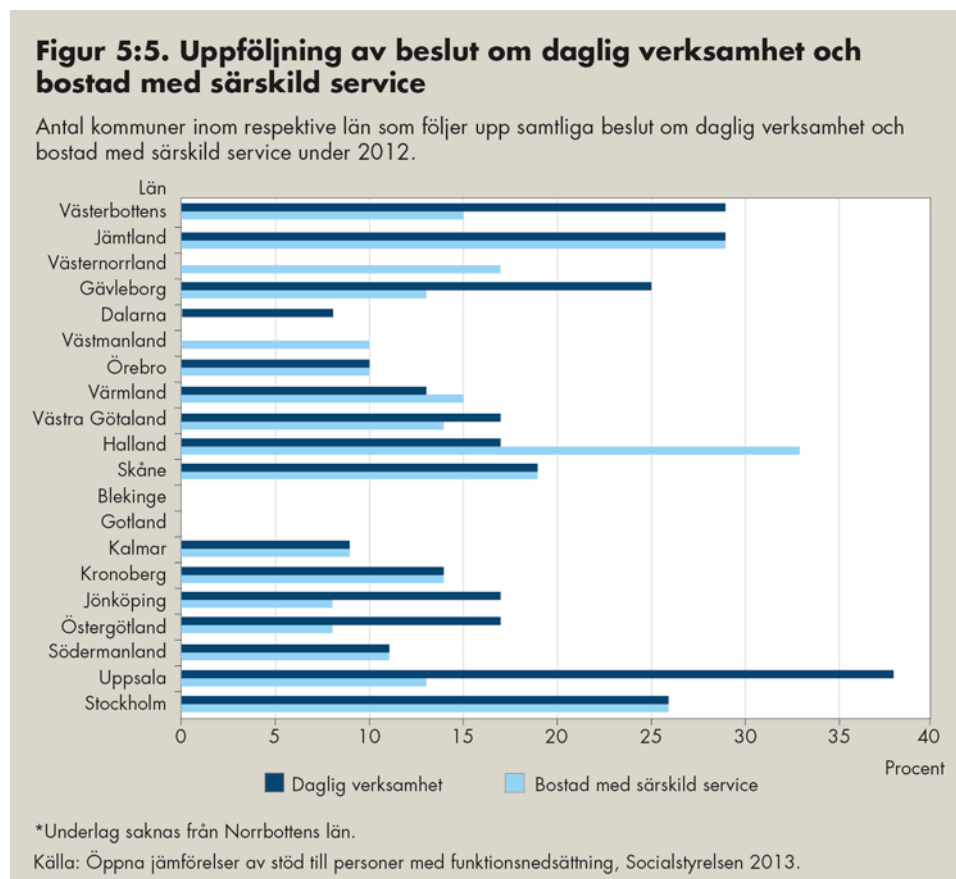
Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2013.

Allt fler kommuner följer upp beslut om daglig verksamhet och boende

Socialtjänstens beslut om insatser bör följas upp regelbundet. På så sätt blir det lättare för ansvariga handläggare att säkerställa att den enskilde får sitt behov tillgodosett och försäkras goda levnadsvillkor.

Andelen kommuner som följer upp samtliga beslut om insatserna bostad med särskild service samt daglig verksamhet enligt LSS ökar, men är fortfarande låg. År 2012 följde 15 procent av kommunerna upp samtliga beslut om bostad med särskild service, år 2011 var andelen 11 procent. Inom daglig

verksamhet är andelen något högre, 17 procent år 2012 jämfört med 13 procent året innan.



Det finns stora regionala skillnader i hur många kommuner som följer upp besluten. Figur 5:5 visar att i fyra län följer ingen kommun upp samtliga beslut om bostad med särskild service samt daglig verksamhet enligt LSS. Motsvarande andel som följer upp samtliga beslut om bostad med särskild service är tre län. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att andelen beslut som följs upp har samband med antal ärenden per handläggare; ju fler ärenden, desto färre uppföljningar [2].

Den låga andelen kommuner som följer upp samtliga beslut tillsammans med de stora regionala skillnaderna visar hur angeläget det är att kommunerna prioriterar detta.

Kompetensen inom LSS-handläggning är hög

Kompetensen inom socialtjänstens handläggning av LSS är hög, år 2012 utfördes 95 procent av samtliga handläggningstimmar av handläggare med socionomexamen. Motsvarande andel 2011 var 92 procent. Skillnaderna mellan kommunerna är små, och i de flesta fall ligger andelen mellan 90 och 100 procent [5].

Säker vård och omsorg

Socialtjänstens myndighetsutövning ska präglas av rättssäkerhet, och rättstillämpningen ska grunda sig på lagen samt vara tydlig och förutsägbar. I detta avsnitt fokuserar Socialstyrelsen på anmälningar av allvarliga missförhållanden inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning.

Arbetet att komma tillrätta med allvarliga missförhållanden fortsätter

Arbetet med att komma till rätta med allvarliga missförhållanden inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning sker på flera sätt, till exempel via Inspektionen för vård och omsorg (IVO), verksamheternas eget kvalitetsarbete och genom anmälningar enligt lex Sarah i 7 kap. 6 § första stycket och 14 kap. 3–6 §§ SoL samt 23 e § första stycket och 24 b–24 e §§ LSS [6]. Enligt lex Sarah ska nämnden eller den som driver yrkesmässig enskild verksamhet snarast anmäla ett allvarligt missförhållande till IVO. Detta gäller även när det finns en risk för att ett allvarligt missförhållande ska uppstå³⁸.

Under perioden januari–november 2013 har 213 lex Sarah-anmälningar kommit in till Socialstyrelsen/IVO³⁹ som rör insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning i åldrarna 0–64 år⁴⁰. Antalet anmälningar har ökat något sedan föregående år⁴¹ [2].

De flesta anmälningarna inom funktionshindersområdet kommer från kommunalt driven verksamhet (cirka 70 procent), medan en mindre andel (cirka 30 procent) kommer från enskilt driven verksamhet. Fördelningen är samma som för tidigare år.

Det finns vissa regionala skillnader i antalet anmälningar. Antalet är till exempel tre gånger högre i Skåne, Kronoberg och Blekinge län än i Stockholms län och Gotland (figur 5:6). Antalen är emellertid små och det går därför inte att dra för stora slutsatser, till exempel om skillnaderna beror på skillnader i förekomst av allvarliga missförhållanden eller skillnader i inrapporteringsbenägenhet.

³⁸ Bestämmelsen gäller från den 1 juli 2011.

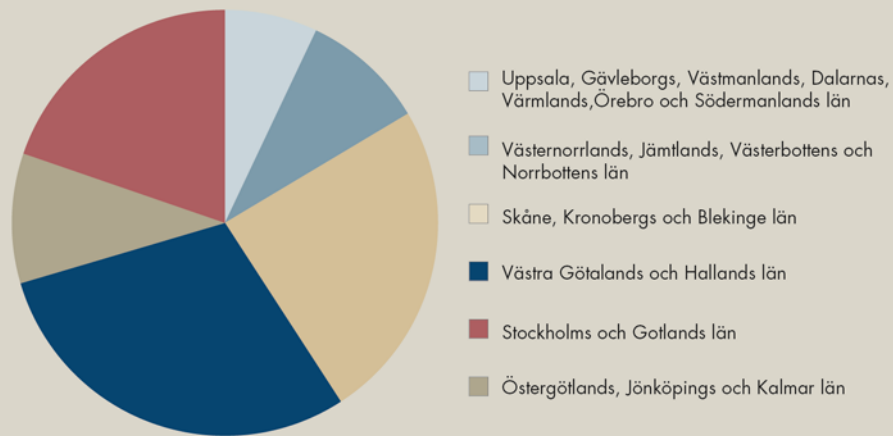
³⁹ Den 1 juni 2013 övergick Socialstyrelsens tillsynsverksamhet till den nybildade Inspektionen för vård och omsorg.

⁴⁰ Avser inkomna ärenden där Socialstyrelsen/IVO har fattat beslut och där de regionala tillsynsenheterna inrapporterat data som översänts till Socialstyrelsen/IVO.

⁴¹ Under hela 2013 fattades det beslut i 320 ärenden inom området funktionsnedsättning, vilket är en ökning med cirka 30 ärenden jämfört med föregående år. Analysen i detta avsnitt grundar sig endast på beslutade och inrapporterade ärenden perioden 1 januari–1 november 2013.

Figur 5:6. Anmälningar enligt Lex Sarah

Anmälningar per region, januari–november 2013, verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2013.

De flesta lex Sarah-anmälningarna inom LSS-området rör bostad med särskild service för vuxna och personlig assistans (tabell 5:5). Majoriteten av anmälningarna inom SoL rör i sin tur särskilt boende samt hemtjänst eller boendestöd.

Tabell 5:5. Andel Lex Sarah-anmälningar, inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning

Beslutade och inrapporterade anmälningar, under perioden januari–november 2013.

Verksamhet	Andel
Insatser enligt LSS	
Boende barn och unga	4,4
Boende, vuxna	40,9
Daglig verksamhet	8,3
Korttidsstillsyn	1,1
Korttidsvistelse	6,6
Myndighetsutövning	0,6
Övrigt	2,2
Personlig assistans	35,9
Total andel	100
Insatser enligt SoL	
Hem för vård eller boende	6,3
Hemtjänst/boendestöd	34,4
Korttidsboende	3,1
Myndighetsutövning	9,4
Särskild boendeform	37,5
Övrigt	9,4
Total andel	100

Källa: Underlag från Inspektionen för vård och omsorg, november 2013.

Felaktigt utförd insats var fortfarande det mest förekommande allvarliga missförhållandet, och motsvarade drygt 20 procent av anmälningarna. Näst vanligast var att den beviljade insatsen inte hade blivit utförd alls. Inom undergruppen personlig assistans var det tvärtom vanligast att insatsen inte blivit utförd alls än att den blivit felaktigt utförd. Fysiskt våld eller övergrepp från personal förekom i lite mer än 10 procent av fallen inom funktionshindersområdet.

Bristande rutiner och riktlinjer vanligaste orsaken

Verksamheterna anger framförallt brister i rutiner och riktlinjer som orsaker till allvarliga missförhållanden (tabell 5:6). Faktorer som har att göra med organisation, bemanning och arbetsledning utgör de näst vanligaste orsakerna. I 94 fall av 213 angavs orsaker inom fler än ett område.

Tabell 5:6. Orsaker* till allvarliga missförhållanden samt risk för allvarliga missförhållanden inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning

Beslutade och inrapporterade anmälningar januari–november 2013.

Orsakområde	Andel
Kommunikation och information	26,3
Utbildning, kompetens och handledning	22,5
Organisation, bemanning och arbetsledning	31,0
Lokaler, teknik och utrustning	13,2
Rutiner och riktlinjer	45,1
Övrigt	133,8

* Ett ärende kan ha flera orsaker.

Källa: Underlag från Inspektionen för vård och omsorg, november 2013.

De som bedriver verksamheter där ett allvarligt missförhållande uppstår ska vidta lämpliga åtgärder för att undanröja och minimera risken för ytterligare missförhållanden⁴². Åtgärderna som har vidtagits under den aktuella perioden är en direkt återspeglning av vilka orsaksfaktorer som har identifierats. Riktlinjer och rutiner – som var den vanligaste orsaken till ett allvarligt missförhållande – var också den kategori där flest åtgärder vidtogs (tabell 5:7). På motsvarande vis var åtgärder som hade att göra med lokaler, teknik och utrustning minst vanliga.

Tabell 5:7. Åtgärder* som vidtagits för att komma till rätta med allvarliga missförhållanden inom verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning

Beslutade och inrapporterade anmälningar, januari–november 2013

Åtgärdsområde	Andel
Kommunikation och information	44,6
Utbildning, kompetens och handledning	39,0
Organisation, bemanning och arbetsledning	47,0
Lokaler, teknik och utrustning	19,3
Rutiner och riktlinjer	65,7
Övrigt	11,3

* Flera åtgärder kan ha vidtagits för ett ärende.

Källa: Underlag från Inspektionen för vård och omsorg, november 2013.

⁴² Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Det framgår av 14 kap. 6 § SoL och 24 e § LSS.

I cirka en tredjedel av fallen ledde händelsen till allvarligare åtgärder – till en polisanmälan eller arbetsrättsliga åtgärder, eller både och. I de allra flesta fall har Socialstyrelsen/IVO bedömt att verksamheten som rapporterade in det allvarliga missförhållandet har vidtagit tillräckliga åtgärder. I ett fåtal fall har myndigheterna bedömt att det är nödvändigt att verksamheterna vidtar ytterligare åtgärder (knappt fyra procent). I tre procent av fallen har Socialstyrelsen/IVO öppnat ett eget tillsynsärende [7].

Även på nationell nivå pågår ett utvecklingsarbete som på sikt kommer att skapa bättre förutsättningar för säker vård och omsorg. Socialstyrelsen har i uppdrag att tillsammans med bland annat IVO öka kunskapen om god vård och omsorg till personer med nedsatt beslutsförmåga. Arbetet kommer att resultera i ytterligare stöd till verksamheterna när det gäller användningen av arbetsmetoder som är baserade på bästa tillgängliga kunskap, för att till exempel minska risken för begränsningar och tvång.

Individanpassad vård och omsorg

Socialtjänstens insatser ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet, liksom hälso- och sjukvården ska vara patientfokuserad. I detta avsnitt redogör Socialstyrelsen bland annat för den enskildes inflytande i planeringen av det egna stödet.

Andelen brukare med genomförandeplaner minskar

Ett exempel på individuellt inflytande över stöd, service och omsorg är den så kallade genomförandeplanen som används inom socialtjänsten, det vill säga den vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras. Genomförandeplanen bör utformas tillsammans med den enskilde och eller med hans eller hennes anhöriga, och planen används både i samband med pågående insatser och åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering. Det anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation (SOSFS 2006:5) hur handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LSS, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, ska dokumenteras.

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att många personer som får insatser enligt LSS har en genomförandeplan och att många av dem även varit delaktiga vid utformningen av planen. Andelen delaktiga brukare har emellertid minskat jämfört med föregående år [2,5]:

- Inom bostad med särskild service har 83 procent av alla enheter i landet aktuella genomförandeplaner för samtliga brukare. På 89 procent av dessa boenden hade alla brukare med en genomförandeplan också varit delaktiga i arbetet med att utforma eller att följa upp dem.
- Andelen boenden där samtliga brukare har en aktuell genomförandeplan är högst inom enskilt drivna boenden, 92 procent jämfört med 82 procent inom kommunalt drivna boenden [5].
- Inom daglig verksamhet är andelen enheter som upprättat genomförandeplaner för samtliga deltagare 65 procent. Inom nästan alla dessa en-

heter hade samtliga deltagare (91 procent) också varit delaktiga i att utforma planen eller att följa upp den.

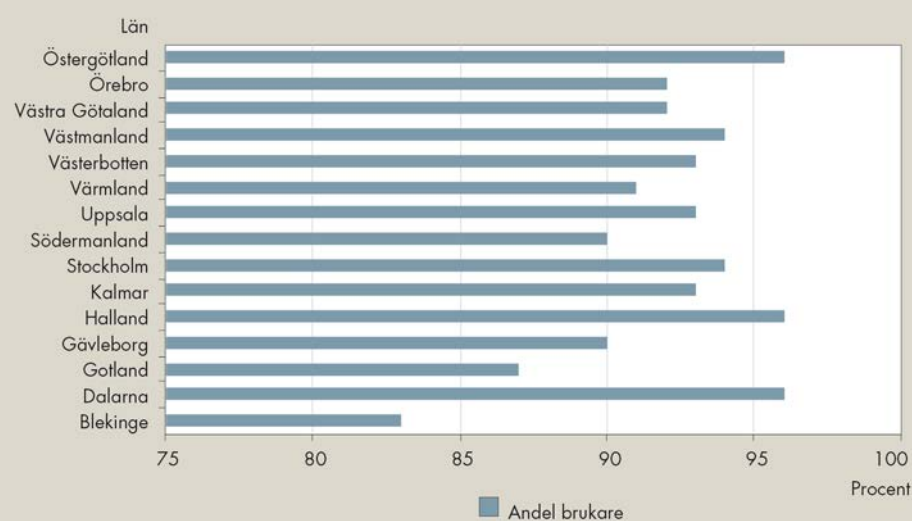
- Inom daglig verksamhet är det vanligare att enskilt drivna verksamheter har genomförandeplaner för samtliga deltagare, 83 procent jämfört med 63 procent inom kommunalt drivna [5].

Många kan påverka sin habiliteringsplan

Uppgifter från Nysam pekar på att majoriteten av brukarna kan påverka sin habiliteringsplan[3]. Inom barn- och ungdomshabiliteringen uppskattade mellan 80 och 95 procent av brukarna att de har möjlighet att påverka sin habiliteringsplan (figur 5:7). Inom vuxenhabiliteringen är färre län representerade, vilket gör att det inte är lika enkelt att jämföra. Uppgifterna i figur 5:8 tyder dock på att en hög andel brukare inom vuxenhabiliteringen har möjlighet att påverka sin habiliteringsplan.

Figur 5:7. Självskattat inflytande inom barn- och ungdomshabiliteringen

Brukares möjlighet att påverka innehållet i habiliteringsplanen per län under 2012*.



* Andel som uppgivit att deras möjlighet att påverka varit i tillräckligt hög grad eller till mer än hälften.

Källa: Nyckeltal för habiliteringen, Nysam 2013.

Andelen brukare som upplever att de kan påverka habiliteringen är hög, även i jämförelse med patienters erfarenheter av andra vårdområden. Sedan 2009 följer landstingen och SKL upp patienters erfarenheter av hälso- och sjukvård genom Nationell patientenkät⁴³. Resultaten från de nationella patientenkäterna visar bland annat följande [2]⁴⁴:

- 70 procent av patienterna (eller deras föräldrar) inom den öppna barnsjukvården kände sig delaktiga i beslut.

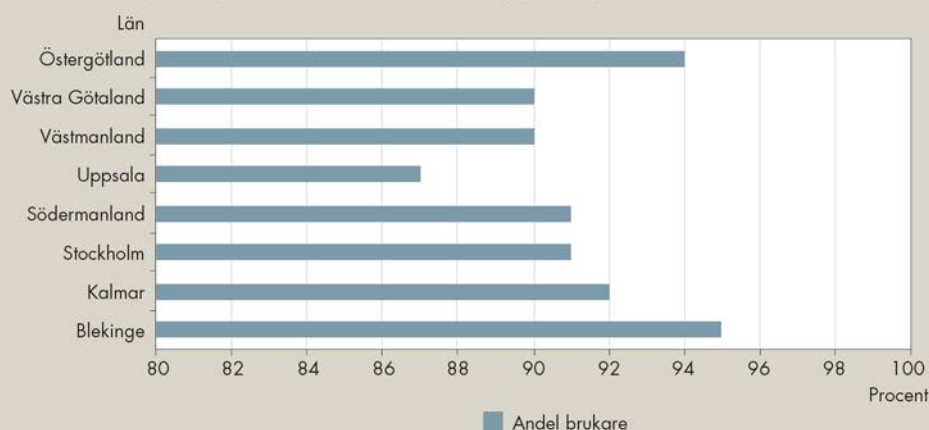
⁴³ Enkäten skickas hem till slumpmässigt utvalda patienter och innehåller frågor om hur patienterna upplevde sin senaste kontakt med vården.

⁴⁴ Delaktighet i patientenkäterna definieras som delaktighet i den utsträckning patienterna själva önskade.

- 45 procent av patienterna inom den psykiatriska öppenvården kände sig delaktiga i beslut.
- 60 procent av patienterna inom primärvården kände sig delaktiga i beslut.

Figur 5:8. Självskattat inflytande inom vuxenhabiliteringen

Brukares möjlighet att påverka innehållet i habiliteringsplanen per län under 2012*.



* Andel som uppgivit att deras möjlighet att påverka varit i tillräckligt hög grad eller till mer än hälften.

Källa: Nyckeltal för habiliteringen, Nysam 2013.

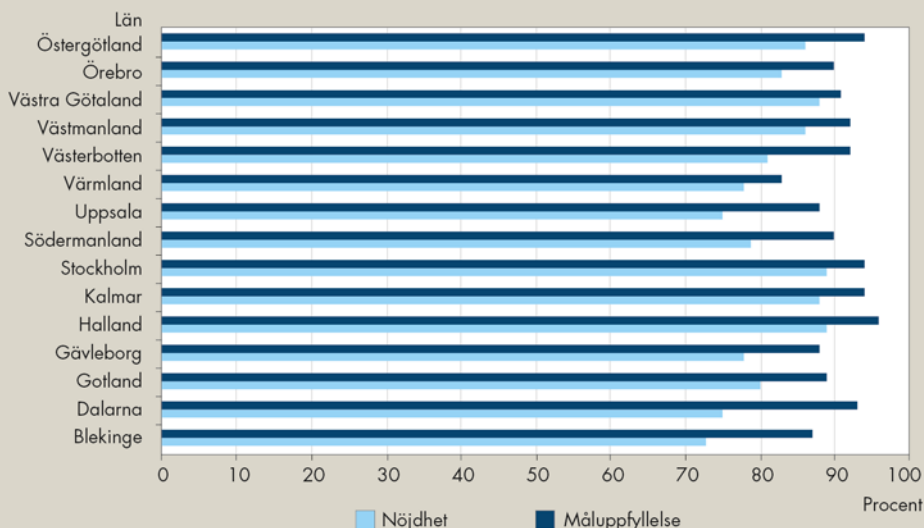
Många brukare nöjda med habiliteringen

En utgångspunkt för habiliteringens verksamhet är den enskildes delaktighet och inflytande. Verksamheternas svar på utvärderingsformulär visar att måluppfyllelsen för habiliteringens insatser är hög [3]⁴⁵. Inom barn- och ungdomshabiliteringen ligger andelen mellan 75 och 90 procent. Motsvarande andel inom vuxenhabilitering ligger mellan 60 och 90 procent (figur 5:9 och figur 5:10). Uppgifterna täcker inte samtliga län, och de grundar sig på inskickade utvärderingsformulär där det finns ett visst bortfall. Uppgifterna bör därför tolkas med försiktighet. Likväl ger uppgifterna en viktig bild av verksamhetens måluppfyllelse.

⁴⁵ Måluppfyllelsen definieras som den procentuella andelen brukare som bedömt att den enskilda habiliteringsmålen uppfyllts i hög grad eller i tillräckligt hög grad.

Figur 5:9. Måluppfyllelse och nöjdhet inom barn- och ungdomshabiliteringen

Brukares bedömningar av måluppfyllelsen av habiliteringens insatser respektive nöjdhet av habiliteringens insatser* under 2012.



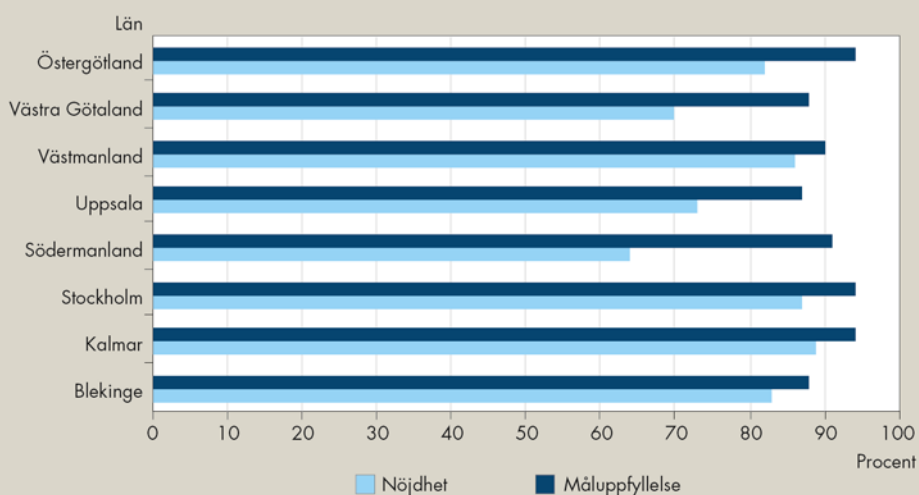
* Andel som uppgivit att deras möjlighet att påverka varit i tillräckligt hög grad eller till mer än hälften.

Källa: Nyckeltal för habiliteringen, Nysam 2013.

Många brukare tycks vara nöjda med habiliteringens insatser (figur 5:9 och 5:10). Andelen nöjda brukare ligger ungefär på samma nivå inom barn- och ungdomshabilitering som inom vuxenhabilitering, mellan 85 och 95 procent beroende på län. Socialstyrelsen bedömer att detta måste ses som ett gott betyg till habiliteringens verksamheter.

Figur 5:10. Måluppfyllelse och nöjdhet inom vuxenhabilitering

Brukares bedömningar av måluppfyllelsen av habiliteringens insatser respektive nöjdhet av habiliteringens insatser* under 2012.



* Andel som uppgivit att deras möjlighet att påverka varit i tillräckligt hög grad eller till mer än hälften.

Källa: Nyckeltal för habiliteringen, Nysam 2013.

Helhetssyn och samordning

Personer med funktionsnedsättning får många gånger stöd från flera aktörer, vilket ställer höga krav på insatsernas helhetssyn, samordning och kontinuitet. Den enskildes samlade livssituation bör då vara utgångspunkten för arbetet. Det är också viktigt att uppmärksamma hur olika insatser på bästa sätt kan verka förebyggande.

Antalet kommuner som erbjuder en individuell plan har ökat något

En individuell plan utgör ett viktigt verktyg för samordning och samverkan kring den enskilde. Personer som har beviljats någon eller några av de tio insatserna enligt 9 § LSS ska därför erbjudas en sådan plan. Det följer av 10 § LSS. Förutsättningarna för att dessa personer ska erbjudas en individuell plan har ökat något, men är fortfarande begränsade. År 2012 hade 62 procent av kommunerna rutiner för att erbjuda dessa planer, motsvarande andel året innan var 57 procent [2]. Ökningen beror troligen på ett ökat genomslag för bestämmelsen som trädde i kraft 1 januari 2010 om att den som är beviljad en insats enligt LSS också ska erbjudas en individuell plan.

Den individuella planeringen ska utgå från den enskildes önskemål. En plan kan omfatta flera insatser som till exempel insatser enligt SoL och LSS, och även redovisa åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året. Att ha en rutin för att erbjuda en individuell plan ökar förutsättningarna för att ett sådant erbjudande alltid ges i samband med beslut om en insats. Socialstyrelsens bedömning att fler bör få en individuell plan kvarstår därför.

Den formaliserade samverkan har fortfarande brister

För att personer med funktionsnedsättning ska få sina behov tillgodosedda krävs det många gånger insatser från flera aktörer, och stödet behöver dessutom ofta samordnas. Behovet av rutiner för samverkan är därför stort mellan LSS-området och andra kommunala verksamheter. Samverkansöverenskommelser med stöd av 6 § LSS, mellan LSS-verksamheter och socialpsykiatri eller äldreomsorgen⁴⁶ är vanligast, 60 procent respektive 50 procent av kommunerna har sådana överenskommelser [5]. Samverkansöverenskommelserna är på ledningsnivå, det vill säga mellan den politiska ledningen och förvaltningschefen. Överenskommelser med andra verksamheter inom kommunen är ovanligare, till exempel har endast 45 procent av kommunerna överenskommelser med den sociala barn- och ungdomsvården.

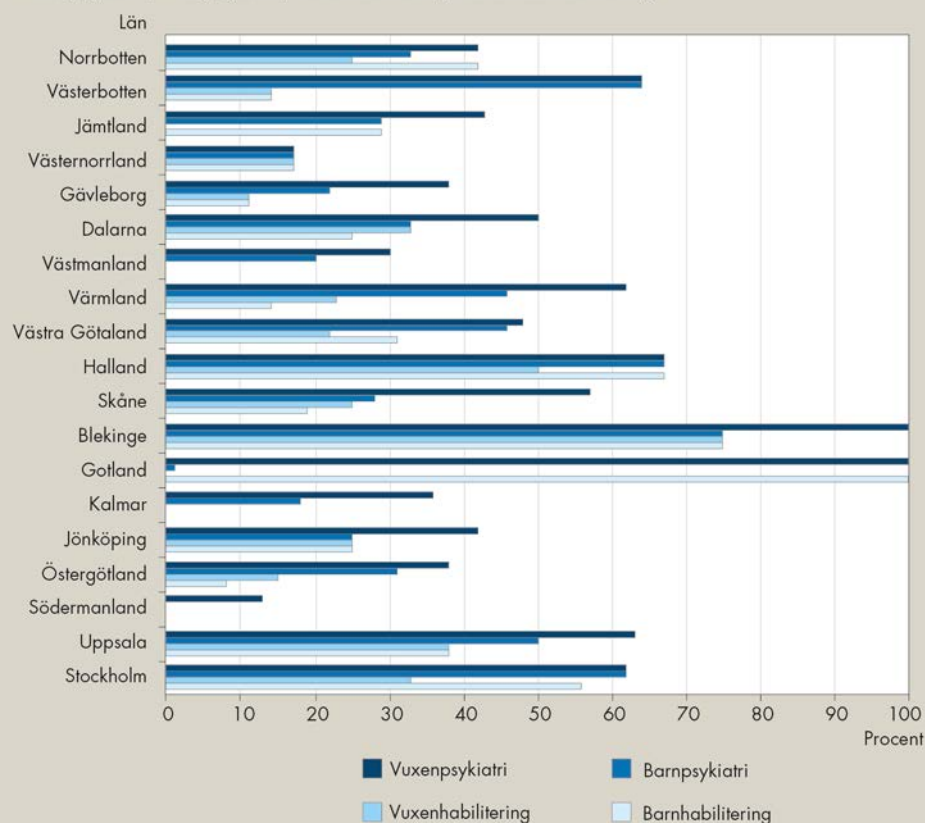
Långt ifrån alla kommuners LSS-verksamheter har överenskommelser om samverkan med andra huvudmän och verksamheter. Knappt 50 procent av kommunerna har överenskommelser med landstingens vuxenpsykiatri. Andelen är ytterligare något lägre för barnpsykiatri 40 procent. Detta är emeller-

⁴⁶ Överenskommelserna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur samverkan ska genomföras och hur ansvarsfördelningen ser ut. Med samverkan avses alla former av samordning och samarbete som gäller personer med LSS-insatser.

tid en ökning från året innan, då motsvarande andel var omkring 40 respektive 30 procent [2,5].

Figur 5:11. Samverkansöverkommelser på ledningsnivå

Andel kommuner inom respektive län som har samverksansavtal på ledningsnivå inom vuxenpsykiatri, barnpsykiatri, vuxenhabilitering samt barnhabilitering.



* Underlag saknas för Kronobergs och Örebro län.

Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2013.

Andelen kommuner som har överenskommelser om samverkan med landstingens habiliteringsverksamhet är lägre, 22 procent för vuxenhabiliteringen och 27 procent för barn- och ungdomshabiliteringen. Andelen har inte ökat nämnvärt sedan året innan [2,5].

Figur 5:11 visar att de regionala skillnaderna är stora, och att andelen kommuner med samverkansöverenskommelser varierar mellan länen.

Personer med insatser enligt LSS behöver ofta insatser från habiliteringen och det är viktigt att stödet kring den enskilde samordnas. Socialstyrelsen anser därför att det är anmärkningsvärt att så få kommuner har samverkansöverenskommelser med habiliteringsverksamheterna.

Ingen ökning i övergångar till arbete

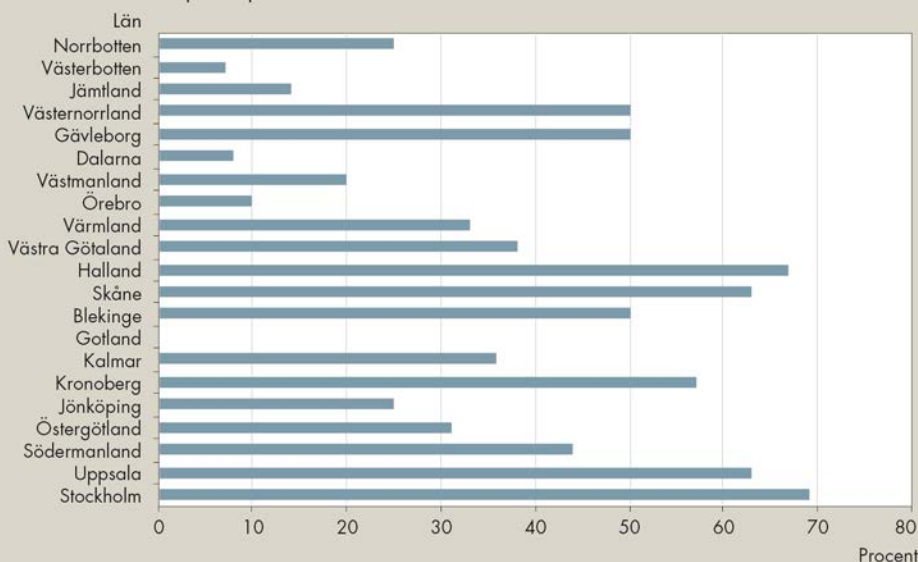
Möjligheterna att gå från daglig verksamhet till lönearbete uppmärksammas allt mer, både av regeringen och av andra aktörer. Få personer gör dock denna övergång. I 42 procent av landets kommuner gick en eller flera perso-

ner över från daglig verksamhet till praktik eller lönearbete under 2012 [5], andelen är oförändrad sedan året innan. Detta betyder att i 58 procent av kommunerna gick ingen person med daglig verksamhet över till arbete eller praktikplats under det senaste året.

Figur 5:12 visar dessutom att de regionala skillnaderna i övergång till praktik eller arbete är stora. Förutsättningarna för arbete ser förvisso olika ut i olika delar av landet, men de stora skillnaderna pekar ändå på en viss förbättringspotential.

Figur 5:12. Övergång från daglig verksamhet till arbete eller praktikplats

Andel kommuner inom respektive län där minst en person gått från daglig verksamhet enligt LSS till arbete eller praktikplats under 2012.



Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2013.

Det saknas information om hur många av de med daglig verksamhet som har en arbetsförmåga som medger arbete eller praktikplats. Detta komplicerar analyserna av övergångar från daglig verksamhet, eftersom det är svårt att avgöra hur stor andelen övergångar bör vara. Trots de metodologiska svårigheterna bedömer Socialstyrelsen ändå att analysen är viktig, eftersom många personer med daglig verksamhet har en mycket nedsatt arbetsförmåga, och daglig verksamhet många gånger är det bästa alternativet.

Ett annat sätt att värdera övergångarna är därför att studera vilka förutsättningar som finns. Om förutsättningarna för övergångar är goda, är sannolikheten större att rätt andel brukare går vidare till arbete eller praktikplats. I Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning presenteras tre sådana förutsättningar [5]:

- Andelen kommuner som har en rutin för att pröva möjligheten till arbete eller praktikplats för personer med daglig verksamhet enligt LSS varje år.

- Andelen kommuner som följer upp samtliga beslut om daglig verksamhet enligt LSS varje år.
- Andelen kommuner som har överenskommelser om samverkan med Arbetsförmedling och Försäkringskassan.

Andelen kommuner som uppfyller någon av ovanstående punkter är emellertid låg, vilket tyder på att möjligheterna till övergångar är begränsade. Endast 14 procent av kommunerna har rutiner för att pröva den enskildes möjligheter till arbete eller praktikplats varje år. Något fler kommuner följer upp samtliga beslut om daglig verksamhet, 17 procent [5]. Detta är förvisso en ökning sedan året innan, men nivån är fortfarande låg.

Endast 12 procent av kommunerna har överenskommelser om samverkan i LSS-ärenden med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Andelen har emellertid ökat något sedan året innan, då andelen var 11 respektive 8 procent [2,5].

Sammanfattningsvis kan Socialstyrelsen konstatera att få personer med daglig verksamhet går vidare till arbete eller praktikplats, samtidigt som förutsättningarna för sådana övergångar fortfarande tycks vara bristfälliga. Socialstyrelsen anser vidare att arbetet med att öka dessa förutsättningar bör öka både på nationell och på lokal nivå, för att på så sätt minska risken för inlåsningseffekter, det vill säga att de personer med funktionsnedsättning som skulle kunna gå vidare till arbete eller praktikplats hindras av bristande samordning och rutiner.

Tillgänglig vård och omsorg

Det är viktigt att information om socialtjänstens insatser är tillgänglig för alla medborgare. I detta avsnitt uppmärksammar Socialstyrelsen utvecklingen inom den uppsökande verksamheten samt redovisar hur tillgänglig informationen är för personer med funktionsnedsättning.

Socialtjänstens uppsökande verksamhet minskar

Kommunernas uppsökande verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning har försämrats [5]. Andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet har minskat från 51 procent till 44 procent och andelen kommuner som inventerat målgruppens behov tillsammans med landstinget har minskat från 46 procent till 42 procent. Dessutom har kommunernas riktade informationssatsningar till målgruppen blivit färre.

Många personer med psykisk funktionsnedsättning lever i social isolering, och Socialstyrelsen anser därför att den minskande uppsökande verksamheten är bekymmersam. Det är angeläget att socialtjänstens verksamheter prioriterar arbetet med att informera människor om deras rättigheter och vilket stöd de har rätt till.

Tillgången till anpassad information är fortfarande begränsad

Tillgången till anpassad information på kommunernas hemsidor har blivit bättre, men är fortfarande begränsad [5]:

- Lättläst svenska: 40 procent av kommunerna, motsvarande andel föregående år var 41 procent.
- Teckenspråk: 7 procent av kommunerna, motsvarande andel föregående år var 1 procent.
- Talad information: 40 procent av kommunerna.
- Textfil: 53 procent av kommunerna, motsvarande information föregående år var 38 procent.

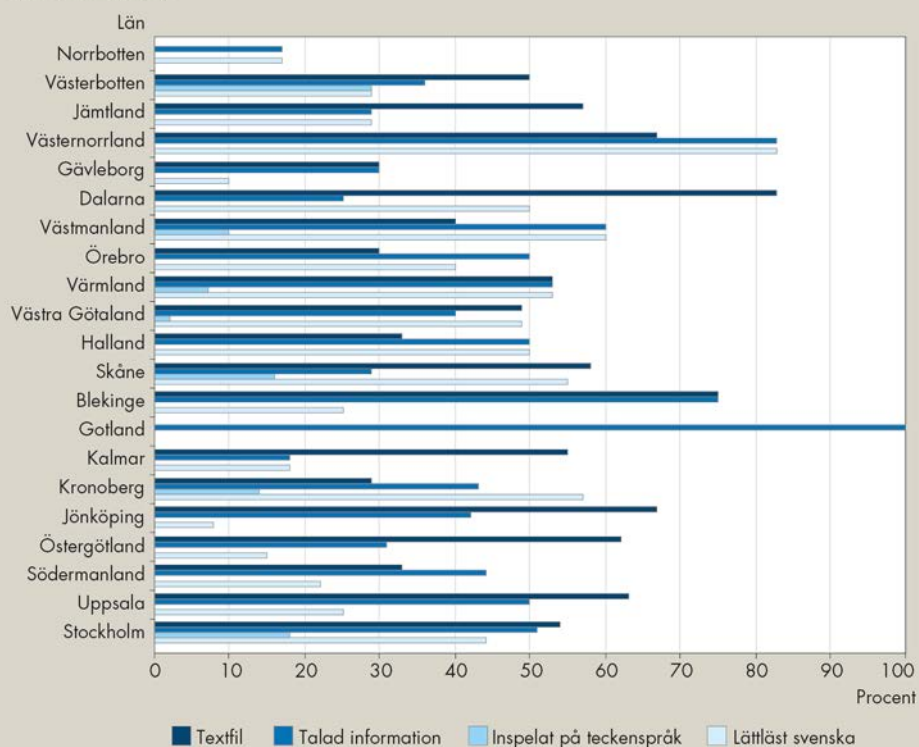
Även om tillgängligheten fortsätter att bli bättre, är det fortfarande tydligt att sådan tillgänglighet som inte rör den fysiska miljön är eftersatt.

Information som är otillgänglig kan innebära att det blir svårt för personer med funktionsnedsättning att få kunskap om vilket stöd de har rätt till eller vem de ska vända sig till med sina frågor. Den bristande tillgängligheten för personer med hörselnedsättning är särskilt anmärkningsvärd; endast 7 procent av kommunerna har information om insatser enligt LSS inspelad på teckenspråk på sin webbplats.

Kommunernas tillgänglighet skiljer sig mellan olika delar av landet (figur 5:13). Inom vissa landsting har exempelvis inte en enda kommun information om insatser enligt SoL och LSS inspelat på teckenspråk.

Figur 5:13. Tillgänglig information på kommuners webbplatser

Andel kommuner som har anpassad information om stöd till personer med funktionsnedsättning på sina webbplatser.



Källa: Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen 2012.

Andelen kommuner som tillhandahåller anpassad information på socialtjänstkontoren är också låg:

- Inläst version 7 procent av kommunerna.
- Daisy⁴⁷ 3 procent av kommunerna.
- Teckenspråk 2 procent av kommunerna.

Personer som behöver anpassad information finns i alla åldrar, även bland äldre. Socialstyrelsen menar att det är anmärkningsvärt att så få kommuner tillhandahåller information om socialtjänstens insatser i anpassade format. Det är också tydligt att förbättringarna går sakta, och enligt myndigheten är det därför angeläget att detta arbete intensifieras.

⁴⁷ DAISY är digitala talböcker.