

Expertseminarium



Statens
folkhälsainstitut

Hälsa hos personer med
funktionsnedsättning

Malena Sjöberg

Expertseminarium

Hälsa hos personer med
funktionsnedsättning

Malena Sjöberg

© STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT, ÖSTERSUND
ISBN: 978-91-7257-558-5
FÖRFATTARE: MALENA SJÖBERG
FOTOGRAFIER: PHOTOS.COM
GRAFISK DESIGN: PANGEA DESIGN
GRAFISK PRODUKTION: AB TYPOFORM
TRYCK: STRÖMBERG, STOCKHOLM 2008

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Förord | 5 |
| Sammanfattning | 6 |
| God hälsa – en rättighet för alla | 7 |
| Sämre livssituation och sämre hälsa | 8 |
| Handikappolitik för bättre folkhälsa | 9 |
| Samhälle utan diskriminering främjar folkhälsan | 11 |
| Tillgänglighet ger delaktighet | 13 |
| Att få ett arbete och att inte slås ut | 14 |
| Människor med funktionsnedsättning är ingen grupp | 15 |
| När hjärtats kranskärl säger ifrån | 16 |
| Kostnader som lönar sig | 16 |
| Skriv inte ut Prozac, ta hand om själen i stället | 17 |
| Schizofreni ger dålig ekonomi för livet | 18 |
| Jobb men ingen lön | 19 |
| Tyck inte synd om barnen | 21 |
| Beroende ger utrymme för våld mot kvinnor | 22 |
| Rehabilitering en nödvändig rundsmörjning | 23 |
| Att ta eget ansvar | 24 |
| Bland blommor och hundar | 25 |
| Att mäta hälsa och levnadsförhållanden | 26 |
| Trettioårig undersökning slås ihop med EU-studie | 26 |
| En ny modell | 27 |
| Folkhälsomålen och funktionshinder | 29 |
| Litteraturförteckning | 31 |
| Bilaga 1. Program | 32 |
| Bilaga 2. Konferensdeltagare Sätra Bruk 26–28 september 2007 | 35 |

Förord

Det övergripande folkhälsomålet i Sverige är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen. Det är särskilt angeläget att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som har stora hälsorisker och är mest utsatta för ohälsa. Det är alltså viktigt att göra hälsoproblemen för olika grupper tydliga inom folkhälsoarbetet. Regeringen har därför gett Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att redovisa insatser som gjorts för att öka kunskapen om de påverkbara hinder som finns för att uppnå en god hälsa bland människor med funktionsnedsättning. Arbetet ska resultera i en lägesrapport, där även hälsosituationen beskrivs och förslag till åtgärder presenteras. Arbetet ska innefatta alla former av funktionsnedsättningar och det ska finnas ett genusperspektiv.

I huvudrapporten *Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning*, redovisas olika termer och begrepp inom området.

Med anledning av regeringsuppdraget inbjöd Folkhälsoinstitutet ett tjugotal experter från olika verksamhetsfält för att under två dagar visa på påverkbara hinder och diskutera åtgärder. Seminariet hölls i september 2007. Den här dokumentationen är en sammanfattning av det som kom fram i anföranden och diskussioner. Det är Folkhälsoinstitutets förhoppning att skriften kan stimulera till ytterligare diskussion och åtgärder för att förbättra hälsan hos personer med funktionsnedsättning.

GUNNAR ÅGREN
GENERALDIREKTÖR

YLVA ARNHOF
PROJEKTLEDARE

Sammanfattning

God hälsa är inte jämnt fördelad över befolkningen. Det finns stora hälsoskillnader som måste analyseras, och personer med funktionsnedsättning har generellt sämre hälsa än befolkningen i stort. Människor som lever med psykisk eller fysisk ohälsa hamnar utanför arbetsmarknaden, vilket försämrar livsvillkoren i många bemärkelser och allt detta försämrar i sin tur hälsan ännu mer.

Folkhälsoinstitutet ska försöka ringa in de diskrimineringsfaktorer som gör att hälsan hos personer med funktionsnedsättning är sämre än hos andra. Vad kan samhället göra för att ta bort hindren för en god hälsa?

Att ha en funktionsnedsättning är inte alltid liktydigt med att ha en försämrad hälsa. Däremot kan en funktionsnedsättning vara en hälsorisk. Att en funktionsnedsättning kan betyda ohälsa, men inte behöver göra det, visar sig bland annat i enkätstudier där människor med omfattande funktionsnedsättning ibland svarar att de har en god hälsa. Människors egen upplevelse av hälsa ger en annan bild än vad en diagnos gör. Många mår bättre än de ”borde” göra med de diagnoser de har. Den självupplevda hälsan ger också en säkrare bild av hälsoprognozen.

Att många personer med funktionsnedsättning svarar att de har en god hälsa behöver inte betyda att de har så god hälsa som de skulle kunna ha. De fakta som finns om folkhälsa och funktionshinder visar att mycket behöver göras för att den goda hälsan ska bli jämnare fördelad.

God hälsa – en rättighet för alla

God hälsa är en mänsklig rättighet och i FN:s förklaring om de mänskliga rättigheterna är den rätten direkt kopplad till levnadsstandarden. Artikel 25 inleds så här: ”Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande.” Hälsan är grundläggande, för om vi inte har hälsan medför det att vi inte kan få tillgång till andra rättigheter.

Enligt WHO:s (World Health Organization) definition är hälsa någonting mer än avsaknad av sjukdom. Definitionen som formulerades 1948 lyder: ”Högsta möjliga välbefinnande hos den enskilde individen, fysiskt, andligt, psykiskt och socialt och ej enbart frånvaro av sjukdom.” WHO:s definition säger att det är viktigt att se människors liv i sin helhet och att se relationen mellan individen och samhället för att få en någorlunda korrekt bild av folkets hälsa.

Att ha en funktionsnedsättning är inte alltid liktydigt med att ha en försämrad hälsa. Däremot kan en funktionsnedsättning vara en hälsorisk. Det konstaterades i rapporten *Hälsa och funktionshinder*, som skrevs till Nationella folkhälsokommittén 2000.

Att en funktionsnedsättning kan betyda ohälsa, men inte behöver inte göra det, visar sig bland annat i enkätstudier där människor med omfattande funktionsnedsättning ibland svarar att de har en god hälsa. Människors egen upplevelse av hälsa ger en annan bild än vad en diagnos gör. Studier av hälsan i Danmark har visat att diagnosstudier och enkäter av medborgarnas självupplevda hälsa ger olika resultat. Människor mår bättre än de ”borde” göra med de diagnoser de har. Den självupplevda hälsan ger också en säkrare bild av hälso- och prognosen.

Att många personer med funktionsnedsättning svarar att de har en god hälsa behöver inte betyda att de har så god hälsa som de skulle kunna ha. Vi människor vill vara nöjda med våra liv och accepterar och vänjer oss så gott vi kan vid de livsvillkor som erbjuds. De fakta som finns om folkhälsa och funktionshinder visar att mycket behöver göras för att hälsan ska bli bättre för alla.

När någon har en funktionsnedsättning läggs ofta allt fokus och all kraft på funktionsnedsättningen, för att lindra, behandla, träna och kompensera. Men det är lika viktigt att utgå från hälsan, att fokusera det som är friskt och fungerande och se till att det hålls i god form. En funktionsnedsättning ger ofta en särskild sårbarhet, en större risk att förlora hälsan. Därför är det viktigt att förstå vilka hälsoproblem som är förknippade med olika funktionsnedsättningar och vilka som har andra orsaker och samband så att människor inte får en sämre hälsa än de skulle behöva.

Sämre livssituation och sämre hälsa

Folkhälsoinstitutet gör regelbundet en nationell folkhälsoenkät tillsammans med ett antal landsting. I de senaste två årens undersökningar svarade drygt nittio tusen personer i åldern 16 till 84 år på frågor om sin hälsa. Resultatet visar att 1,6 miljoner människor i landet har någon funktionsnedsättning, vilket är tjugotre procent av befolkningen. Av de yngsta har tio procent en funktionsnedsättning och av de äldsta fyrtio procent.

Personer med funktionsnedsättning har genomgående en sämre livssituation än genomsnittet när det gäller faktorer som har betydelse för hälsan. De har lägre utbildning än andra och det gäller både kvinnor och män med den skillnaden att det är några fler procent av kvinnorna som har en lång utbildning. Den ekonomiska tryggheten är sämre för personer med funktionsnedsättning än för genomsnittet av befolkningen. Det är fler som har varit i ekonomisk kris och fler som har låg inkomst. Det är fler som lever utan sådana ekonomiska marginaler att de kan skaffa fram femton tusen kronor på en vecka.

Det är tio gånger så många människor med funktionsnedsättning jämfört med befolkningen i stort, som tycker att de har dålig hälsa, både fysisk och psykisk. Också tandhälsan är sämre och det är betydligt fler som inte har gått till tandläkaren fast det hade behövts.

I folkhälsoenkäten har man också frågat om sådana levnadsvanor som påtagligt påverkar hälsan. Svaren är i stort sett entydiga, personer med funktionsnedsättning lever mer ohälsosamt än genomsnittsbefolkningen. De är oftare stillasittande och överviktiga, äter mindre frukt och grönsaker, röker mer, utsätts mer för passiv rökning och har oftare riskabla spelvanor. Svaren beträffande alkoholvanorna är de enda i enkäten där det visar sig att personer med funktionsnedsättning inte lever mer riskfyllt än andra.

Personer med funktionsnedsättning har färre sociala relationer än andra, och svaren är ganska lika för kvinnor och män. Svaren om tillit, liksom emotionellt och praktiskt stöd, visar också att personer med funktionsnedsättning har en svagare social situation än befolkningen i stort.

När det gäller frågor om trygghet är skillnaden större mellan kvinnor och män än mellan personer med och utan funktionsnedsättning. Män med funktionsnedsättning är visserligen mindre trygga än andra män, men kvinnor i allmänhet känner sig mycket mer otrygga än män. Och störst är otryggheten bland kvinnor med funktionsnedsättning. De har också oftare än kvinnor i genomsnitt blivit utsatta för kränkande bemötande, och dubbelt så ofta för våld.

Folkhälsoenkäten har ingen fråga om när man har fått sin funktionsnedsättning. Enkäten ger inte heller svar på frågan om människors upplevelse av delaktighet relaterat till omfattningen av deras funktionsnedsättningar.

Handikappolitik för bättre folkhälsa

Personer med funktionsnedsättning har sämre hälsa än andra. Varför? I folkhälsoenkäten har man bara studerat vad som påverkar hälsan, så resultatet säger ingenting om sambanden mellan funktionsnedsättning och hälsa. Det behövs bättre kunskap om vad som är orsak och vad som är verkan i de uppgifter som folkhälsoenkäten, Statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden, ULF, och andra studier ger. När är det funktionsnedsättningen i sig som försämrar hälsan och när är det samhällsfaktorer?

Handikappolitik är också folkhälsopolitik och en del av den generella välfärdspolitiken. I dag är det samma minister som har handikappfrågorna och folkhälsofrågorna på sitt bord. Men det är inte bara socialdepartementet som ska arbeta med de frågorna utan alla departement. Frågorna går i varandra och handlar om hela samhället. De generella folkhälsostrategierna måste också omfatta personer med funktionsnedsättning.

Folkhälsoarbetet har två delar, att förebygga sjukdom och att främja hälsa. Förebygger sjukdom gör samhället bäst genom att bryta kedjan av sjukdomsorsaker så tidigt som möjligt. Samhällets roll för att främja hälsa är bland annat att skapa förutsättningar för jämlikhet och jämställdhet och det arbetet ska omfatta alla grupper i samhället.

Det finns ett klart samband mellan jämlikhet och hälsa. Ett samhälle utan stora sociala klyftor är bra för folkhälsan. Forskaren Richard G Wilkinson konstaterar att alla i samhället



vinna på minskade sociala skillnader mellan medborgarna (2005). Sambandet mellan ekonomi och hälsa är enligt Wilkinson mer komplicerat. En bra ekonomi är *i regel* bra för hälsan, men en bra folkhälsa är *alltid* bra för den ekonomiska utvecklingen.

Världen över, i både rika och fattiga länder, finns det ett klart samband mellan funktionshinder och fattigdom. Funktionshinder ger fattigdom och fattigdom ger funktionshinder. Vad betyder det i Sverige, där ingen svälter, men många, inte minst personer med funktionsnedsättning och i synnerhet kvinnor med funktionsnedsättning, har ytterst små marginaler?

Det är dyrt att ha en funktionsnedsättning. Det mesta man behöver på grund av sin funktionsnedsättning innebär extrakostnader. Mediciner, sjukvård och behandling kostar, trots högkostnadsskyddet. Kommittén Valfärdsbokslut (2000) konstaterade bland annat att patienternas utgifter för läkarvård, tandvård och mediciner ökade med trettio procent mellan 1993 och 1998. Hjälpmedel och anpassning kostar, trots att samhället står för stora delar av kostnaderna. En funktionsnedsättning innebär ofta att man är hänvisad till dyrare alternativ när det gäller mat, bil, resor, bostad, semester och så vidare. Hur ofta avstår personer med funktionsnedsättning från sådant som är nödvändigt för hälsan, till exempel medicin och behandling, och från sådant som är bra för hälsan, att motionera, äta nyttig mat, få stimulerande upplevelser och åka på semester, därför att de inte har råd?

Vår livsstil hänger ihop med våra livsvillkor. Hindren för god livsstil är olika för olika människor. De flesta vet att det är bra med motion och vi måste förstå bättre varför människor ändå inte motionerar.

Tystnad råder i dag om välfärd som samhällsfråga, bland politiker och i massmedia. Valfärdsproblemen knyts till individen och skydds nätet och kostnaderna för en mer jämlik välfärd och hälsa ifrågasätts. Det talas mer om missbruk och fusk än om medborgarnas behov och rättigheter att få stöd.

Brist på delaktighet och tillgänglighet liksom diskriminering, utanförskap och dålig ekonomi är faktorer som påverkar hälsan för alla människor och det blir särskilt tydligt när man ser på livsvillkoren för personer med funktionsnedsättning. Det är just sådana faktorer som ofta följer i spåren av en funktionsnedsättning. Därför är det svårt att skilja på handikappolitik och folkhälsopolitik. På samma sätt är det politiska arbetet mot diskriminering av kvinnor och av människor med utländsk bakgrund nära förknippat med folkhälsopolitiken.

En grundläggande fråga när det gäller hälsa och funktionshinder måste vara vad utanförskap och brist på delaktighet gör med människors hälsa. Hur mycket stress innebär det att alltid behöva planera sitt liv noggrant därför att man ständigt råkar på otillgängliga miljöer? Hur påverkar det allmäntillståndet att emellanåt tvingas avstå från något man sett fram emot därför att det saknas hörslina, därför att man inte kommer in i lokalen eller därför att färdtjänsten missat beställningen? Vad händer med självkänslan när man regelbundet måste redogöra för sitt liv för att få den service man behöver? Hur mycket tär det på tilliten till samhället när ens behov och rättigheter blir ifrågasatta av dem som har samhällets uppdrag att hjälpa?

Samhälle utan diskriminering främjar folkhälsan

Ett samhälle utan diskriminering är grundbulten för hälsa för personer med funktionsnedsättning. Det är förutsättningen för att det ska bli möjligt att nå de nationella folkhälsomålen (se sidan 29) också för dem.

Att ha en funktionsnedsättning innebär att man diskrimineras i många sammanhang. Alla de gånger man missgynnas på grund av sin funktionsnedsättning, jämfört med andra i en jämförbar situation, är man diskriminerad. Diskriminering visar sig ständigt i nya former och i nya sammanhang.

När politiken inte räcker till behövs juridiken. Därför har en del länder grundlagsskydd mot diskriminering på grund av funktionsnedsättning, bland andra Sydafrika, Uganda, USA, England och Australien. Det skyddet finns inte i Sverige, men regeringsformen har en föreskrift om att det allmänna ska verka för att alla människor ska uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället. Det allmänna ska också motverka diskriminering på grund av bland annat funktionsnedsättning.

I Sverige finns också särskilda lagar mot diskriminering i arbetslivet, skolan och högskolan. Den som tillhandahåller varor och tjänster får inte heller diskriminera någon, vilket konkret betyder att exempelvis affärer och restauranger ska vara tillgängliga för alla. Det är långt kvar tills Sverige lever upp till sina lagar mot diskriminering, och säkert också tills de nämnda länderna gör det, trots sina grundlagsfästa diskrimineringsförbud.

I december 2006 antog FN:s generalförsamling en konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, ”Convention on the Rights of Persons with Disabilities”. Alla konventionens artiklar handlar om delar av livet som på olika sätt har med hälsan att göra, men i det här sammanhanget kan det vara av särskilt intresse att nämna två artiklar.

Artikel 25 gäller hälsa. Staterna ska se till att personer med funktionsnedsättning får tillgång till lika bra hälso- och sjukvård som andra. De ska också få den hälsovård och rehabilitering som funktionsnedsättningen kräver. Staterna ska beakta jämställdhetsperspektivet i alla hälsofrågor. Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa nämns särskilt. Det ska vara förbjudet att diskriminera personer med funktionsnedsättning i fråga om rätten att teckna sjukförsäkringar och livförsäkringar, en diskriminering som finns i dag i Sverige.

Artikel 26 handlar om habilitering och rehabilitering och säger att staterna ska göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att uppnå och vidmakthålla största möjliga oberoende, full förmåga och full delaktighet i alla situationer i livet.

Både i Sverige och i andra länder har verkligheten visat att det behövs rättighetslagar för att personer med funktionsnedsättning ska få det stöd och den service de behöver. Den nya omsorgslagen från 1986 kom till för att människor med utvecklingsstörning skulle få ett bra stöd och var den första svenska rättighetslagen. 1994 kom lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, med laglig rätt till tio insatser, bland annat personlig assistans, samt lagen om assistansersättning, LASS.

De två lagarna ger människor med omfattande funktionsnedsättningar möjlighet att leva ett liv på sina egna villkor, och lagarna är ovärderliga för dem som omfattas, men utesluter andra. Många som behöver stöd och service har inte tillräckligt omfattande funktionsnedsättningar för att höra till LSS:s personkrets och är hänvisade till en bristfällig hemtjänst.



Andra är för gamla. När man fyllt sextiofem år har man inte rätt till personlig assistans, handikappersättning och andra stödformer, om man inte redan har stödet i fråga.

Man har rätt att överklaga beslut om insatser enligt LSS och LASS, men det finns inget man kan göra när kommunen beviljar en insats och sedan inte verkställer beslutet. Det är dock färre som hamnar i en sådan situation av oviss väntan i dag än för några år sedan. Länsstyrelserna kan numera ålägga kommuner att betala en avgift när de inte verkställer sina beslut om insatser, och det har gett resultat i kommunernas handlande.

Tillgänglighet ger delaktighet

Tillgänglighet är en fråga om att kunna röra sig fritt utomhus, att kunna ta sig in i byggnader, att kunna orientera sig och ta del av det som händer. Det handlar om att kunna vistas i alla miljöer utan att ta skada. Tillgänglighet är också att kunna ta del av information, att ha tillgång till massmedia och litteratur, att kunna gå på posten, banken, teater och restaurang och att kunna använda allmänna kommunikationer. Tillgänglighet ger delaktighet i alla bemärkelser, i alla delar av samhällslivet.

Frågan om tillgänglig IT blir allt viktigare. Vi använder Internet för att kommunicera och informera, hämta kunskap och fakta, köpa och sälja, beställa biljetter, träffa partners, betala räkningar, få medicin och råd om sjukvård och så vidare. Användningsområdena blir fler för varje dag och Internet kan öka tillgängligheten om det används på rätt sätt. Om webbplatser utformas rätt kan också människor med synskada ta del av informationen, det vill säga om de har tillgång till bra teknik för att läsa dem. Talsyntes, exempelvis, är ett sätt för personer med synskada att läsa vad som står på datorskärmen men den fungerar inte när texten har en annan färg än svart. Kunskapen om hur man utformar webbplatser så att de blir tillgängliga för personer med synskada är sällsynt, men den finns. Regeringens och riksdagens webbplatser är goda exempel på tillgänglighet.

Informationen på förpackningen om innehållet i mat, medicin och godis, har direkt med hälsan att göra. Den som har en synskada behöver också få den informationen. I dag kan man få punktskriftsinformation på medicinburkar men inte på matförpackningar, med något enstaka undantag.

Enligt den nationella handlingsplanen för handikappolitiken, *Från patient till medborgare* (1999/2000:79), ska alla lätt avhjälpna hinder vara borta 2010. Handisam, myndigheten för handikappolitisk samordning, har skrivit riktlinjer för en tillgänglig statsförvaltning, *Riv hindren* (2007). Fjorton statliga myndigheter har ett särskilt ansvar, sektorsansvar, för att handlingsplanen ska kunna förverkligas. Myndigheterna är Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Banverket, Boverket, Försäkringskassan, Konsumentverket, Luftfartsverket, Post- och telestyrelsen, Riksantikvarieämbetet, Sjöfartsverket, Skolverket, Socialstyrelsen, Statens kulturråd och Vägverket.

Att få ett arbete och att inte slås ut

Arbete är en komplicerad hälsofaktor. Att ha ett arbete ger delaktighet i samhället och en privatekonomi som främjar hälsan, så att man har råd att leva ett bra och hälsosamt liv. Men arbetslivet i sig är inte hälsofrämjande. Stress, högt tempo, krav på effektivitet och flexibilitet samt för barnfamiljer ett slit att få vardagen att gå ihop gör många sjuka. Särskilt kvinnor hamnar i långvariga sjukskrivningar med smärta och utbränningssymtom. Samtidigt får de äldre som lämnat arbetslivet allt bättre hälsa.

Bland dem som slås ut från arbetslivet i dag är det många som har en funktionsnedsättning. En funktionsnedsättning tar tid och kraft i vardagen vilket kan innebära att man är särskilt sårbar i sitt arbete. När tempot ökar, när det förväntas ständig kompetensutveckling och när arbetet organiseras om med nya arbetsuppgifter och rutiner kan det bli anledningen till att man inte längre orkar arbeta, eller kanske måste få halv förtidspension för att orka med både arbetet och familjen.

Om man har en funktionsnedsättning från barndomen är det svårt att över huvud taget komma in på arbetsmarknaden. Vid nitton års ålder får många ungdomar med funktionsnedsättning aktivitetsersättning, men sällan någon aktivitet. De står långt från arbetsmarknaden bland annat därför att skolan inte har förberett dem för arbete. Personer med utvecklingsstörning har rätt till daglig verksamhet, men många unga människor med andra funktionsnedsättningar har inget att göra. Det ställs inga krav på att de ska arbeta och vara delaktiga i samhällsbyggandet. Många börjar sitt vuxenliv som arbetslösa och när de fyller tjugonio är det dags för sjukersättning.

Den som aldrig har arbetat får 2007 ut knappt sex tusen kronor i månaden efter skatt i sjukersättning. Det är svårt att leva på det och ännu svårare att leva ett liv som främjar hälsan. Arbetslösheten bland personer med funktionsnedsättning är mycket högre än bland befolkningen i stort. Enligt en uppgift är ungefär tre hundra tusen personer i landet arbetslösa på grund av funktionsnedsättning.

Uppgifterna om hur många människor med funktionsnedsättning som har arbete är svårtolkade eftersom definitionerna av både arbete och funktionsnedsättning skiftar från studie till studie. Enligt SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden har sextioåtta procent arbete. SCB:s arbetskraftsundersökningar visar ungefär samma siffra. Bland dem som har en LSS-insats, och alltså har en omfattande funktionsnedsättning, är det sju procent som har ett arbete. Andelen personer som har arbete skiftar mycket beroende på vilken funktionsnedsättning det handlar om. Störst är arbetslösheten bland personer med psykiska funktionsnedsättningar. Personer med utvecklingsstörning finns inte heller i arbetslivet annat än i undantagsfall, men de har å andra sidan rätt till daglig verksamhet.

Människor med funktionsnedsättning är ingen grupp

I ett modernt samhälle kategoriseras befolkningen. Alla medborgare tillhör grupper som måste definieras för att samhället och välfärdssystemet ska fungera.

I vissa sammanhang är det praktiskt och nödvändigt att tala om kategorin personer med funktionsnedsättning, men det finns risker med grupperingen. Att ha en funktionsnedsättning kan visserligen ge en del erfarenheter som man delar med andra som har en funktionsnedsättning, till exempel upplevelser av diskriminering och utanförskap, men det betyder inte att människor med funktionsnedsättning är en grupp med några gemensamma egenskaper som skiljer dem från andra människor. Liksom för andra är det en rad faktorer som bestämmer hur livet ter sig, bland annat socialgruppsstillhörighet, utbildning, ekonomi, kön och ålder. Funktionsnedsättning är en bland andra faktorer.

Är det över huvud taget möjligt och meningsfullt att tala om kategorin personer med funktionsnedsättning när det gäller folkhälsa? När det gäller hälsan har en döv tioårig flicka naturligtvis mer gemensamt med en hörande jämnårig flicka än med en fyrtioårig man med ryggmärgsskada, en femtioårig kvinna med utvecklingsstörning eller en pensionär med diabetes.

Den som inte hör är särskilt utsatt vid faror när det är viktigt att uppfatta larm och varningssignaler. Den som har epilepsi riskerar mer än andra att råka ut för olyckor i vardagen. Det gäller också personer med synskada och rörelsehinder. Ett rörelsehinder kan med åren ge smärta och förslitningsskador. En kronisk sjukdom kan ge både funktionsnedsättning och ökad risk för andra sjukdomar.

Olika funktionsnedsättningar påverkar livet på olika sätt och hoten mot hälsan skiljer sig åt beroende på vilken funktionsnedsättning man har. Tobaksrök är farligt för hälsan för alla, men kan vara livshotande för den som har svår astma. Och datorer och elektronik som är ett allvarligt hot mot hälsan och livsvillkoren för den som är elöverkänslig kan vara en positiv hälsfaktor för personer med andra funktionsnedsättningar.

Det är viktigt att inte hänvisa till funktionsnedsättningen när det mer handlar om sådant som är allmänmänskligt. Ett exempel är ohälsosamma levnadsvanor. När kan de kopplas till en funktionsnedsättning? En studie från Stockholms läns landsting 2007 visar att personer med utvecklingsstörning äter mer ohälsosamt när de inte får hjälp och vägledning med sin kost. Men detsamma gäller ju alla som äter ohälsosamt, med eller utan utvecklingsstörning, så frågan är när det är rimligt att hänvisa till den intellektuella förmågan.

Alltså handlar frågan om folkhälsa och funktionshinder bland annat om att definiera de hälsoaspekter som personer med funktionsnedsättning har gemensamt med andra, att definiera de aspekter som är specifika för alla, eller i varje fall de flesta som lever med en funktionsnedsättning, samt att definiera de aspekter som är specifika för olika slags funktionsnedsättningar.

Här följer några fakta och reflektioner om hälsoaspekter som gäller människor med några specifika funktionsnedsättningar och diagnoser, nämligen hjärtsjukdom, reumatism, ryggmärgsskada, utvecklingsstörning och schizofreni.

När hjärtats kranskärl säger ifrån

Kranskärlssjukdomar är en livsstilssjukdom som kan förebyggas och om man väl fått sjukdomen är det viktigt att leva hälsosamt eftersom det är en livshotande sjukdom. Hjärt- och lungsjukas riksförbund har gjort en studie om hälsan och livsstilen bland personer med kranskärlssjukdomar. Sådant som kan leda till en hjärtinfarkt är övervikt, rökning, medicin- och alkoholmissbruk, ensamhet, social isolering, stillasittande och en inaktiv fritid. De genetiska anlagen har också stor betydelse. När riskfaktorerna blir för många är det ofta hjärtats kranskärl som säger ifrån först.

Efter en hjärtinfarkt behövs det en rehabiliteringstid på ungefär tre månader för att en patient ska ändra livsstil. De flesta gör det, visar också studien. Efter tre månader äter de flesta mer hälsosamt än före infarkten, de motionerar mer, röker mindre, äter klokare och lever sundare. Men få lyckas behålla den nya livsstilen, de flesta ramlar tillbaka i gamla vanor. Varför är det då så svårt att leva ett hälsosamt liv, trots att man vet att det är livsviktigt? Ett svar är att det ohälsosamma livet ger tillfredsställelse på kort sikt och att det tar tid innan det hälsosamma livet ger belöning i form av välbefinnande. Är man van vid socker i kaffet smakar det illa utan socker den första tiden. Sedan blir det tvärtom. Samma sak med rökning.

Hur lång tid det tar att sluta välja den kortsiktiga tillfredsställelsen och i stället välja de goda vanorna beror på flera faktorer. Det har betydelse *hur* osunt man har levt, *hur* beslutamt man går in för att leva sunt och *hur* man upplever de nya goda vanorna. För de flesta är det en hjälp att ingå i en grupp med samma mål.

Det finns studier som visar att livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt verkligen ger resultat. Kranskärlen vidgas och blodflödet ökar. Den kunskapen har bidragit till att många sjukhus har förbättrat rehabiliteringen för personer som haft en hjärtinfarkt. Hjärt- och lungsjukas riksförbund har kartlagt hjärtrehabiliteringen på landets sjukhus sedan 1996. Skillnaderna mellan olika sjukhus är stor, men den rehabilitering som erbjuds har förbättrats med sextio procent de senaste tio åren.

Kostnader som lönar sig

Samhällets kostnader för reumatiska sjukdomar var trettiosex miljarder år 2001, har Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi i Linköping räknat ut. Fem miljarder var kostnader för vård och läkemedel, och resten, mer än trettio miljarder, var produktionsbortfall för samhället. Försäkringskassan betalade ut tolv miljarder i sjukpenning och förtidspension på grund av reumatiska sjukdomar. De ekonomiska förlusterna för de människor det handlar om är inte beräknade.

Det lönar sig om personer med reumatiska sjukdomar får en tidig diagnos och en bra rehabilitering. I rapporten *Svart på vitt* (2006) har Reumatikerförbundet beräknat att samhället kan spara miljoner för varje individ som får rätt vård, rehabilitering och medicin.

Hur man upplever sin hälsa när man har reumatism beror mycket på vilken kunskap man har om sin sjukdom. Så gott som alla vill vara aktiva, yrkesverksamma och delaktiga i samhället och många fler skulle kunna vara det om de fick en bra rehabilitering. När man lever med en reumatisk sjukdom behöver man få hjälp att lära sig vad kroppen tål. Även om man vet att det är bra att röra sig är man ofta rädd att man ska förvärra sin sjukdom just genom fysisk aktivitet.

Reumatikerförbundet gör under 2008 sin största satsning på träning och motion, anpassad för personer med reumatism, under temat ”Reumatikerförbundet i rörelse”. I den första fasen får tvåhundrafemtio blivande ledare utbildning om reumatiska sjukdomar. De får också utbildning för att kunna leda träningsgrupper och informera medlemmarna om hur man motionerar för att må bra.

Skriv inte ut Prozac, ta hand om själen i stället

För femtio år sedan dog de flesta som fick ryggmärgsskador. I dag överlever nästan alla och får ett långt liv, men hur är det med den fysiska och psykiska hälsan? Och hur är det att åldras med en ryggmärgsskada? Spinalkliniken på Karolinska universitetssjukhuset och ryggmärgsskadeteamet Rehab Station Stockholm arbetar tillsammans med bland annat rehabilitering för människor med ryggmärgsskador. I Stockholmsregionen finns det en vårdkedja som omfattar akutvård på Karolinska sjukhuset, slutenvårdsrehabilitering vid Rehab Station och livslång poliklinisk uppföljning genom Spinalis. Det rör sig om fyrtio nyskadade personer varje år. Omkring tusen personer med ryggmärgsskada är anslutna till Spinalis.

Att få en ryggmärgsskada förändrar livet och den första tiden måste man använda alla sina psykiska krafter till att överleva, se en mening med livet trots förändringarna och begränsningarna, och till att omorientera sig. De flesta hittar så småningom ett bra liv, även om det är många som inte kommer in i arbetslivet. Men livet med en ryggmärgsskada innebär många existentiella påfrestningar, och när åldrandet börjar märkas i kroppen leder det till depression för många.

En ryggmärgsskada innebär också en extra fysisk sårbarhet. När man inte kan röra vissa delar av kroppen använder man andra delar mer, och de riskerar att bli utslitna. Sjukligheten är högre bland personer med ryggmärgsskada än bland befolkningen i stort. Man kan bland annat få trycksår och urinvägsinfektioner, liksom förslitningsskador, främst i axlarna. Det är också lätt att få övervikt och sjukdomar som har samband med det, till exempel hjärtsjukdomar och diabetes.

Åttio procent av dem som får ryggmärgsskador är män och de flesta är unga. De behöver uppleva kortsiktiga vinster av att träna och leva ett sunt liv. När man är trettio väljer man inte ett hälsosamt liv för att må bra när man är sextio. Erfarenheten på Spinalis är

att det tar cirka hundra dagar att skaffa sig goda levnadsvanor, alltså samma tid som man konstaterat när det gäller personer som fått en hjärtinfarkt.

När man åldras med en ryggmärgsskada är det särskilt viktigt att ha en god livsstil. Kosten är viktig, liksom motionen. Man behöver träna både styrka och kondition, men även om man behöver starka axlar och överarmar ska man akta sig för ensidig ”hulkträning”, som skadar axlarna och ger muskulär obalans.

Det behövs en livslång rehabilitering i bemärkelsen regelbunden uppföljning och perioder av intensiva ”re-rehabiliteringsinsatser”, och den psykologiska rehabiliteringen är lika omistlig som den fysiska. I arbetet på Spinaliskliniken och Rehab Station Stockholm har man sett hur viktigt det är att stärka människors motivation för rehabiliteringen. Rehabiliteringsarbetet kan aldrig nå framgång om personen är passiv.

Goda förebilder betyder mycket i arbetet att få personer med ryggmärgsskada att leva ett hälsosamt liv. På Spinalis har många av de anställda själva ryggmärgsskador och fungerar som förebilder för dem som nyligen fått sin skada. ”Kan de så kan jag”.

Spinalis har ett grundrecept: ”Skriv inte ut Prozac och Sipramil, ta hand om själen i stället. Bekräfta människors existentiella problem och ge stöd att bearbeta dem.” När man är nyskadad behöver man stöd för att våga göra sådant som hör till livet även efter en ryggmärgsskada, till exempel att arbeta eller studera, bilda familj, köra bil, vara socialt aktiv och att resa. En viktig del av rehabiliteringen är att göra en utlandsresa trots en omfattande funktionsnedsättning. En sådan resa kan man få göra med Spinalis och det är inte klimatvård utan ett psykiskt och fysiskt styrkeprov. Den som vågat det, med flyg, hotell och främmande miljöer, känner att vingarna bär även i vardagslivet.

Schizofreni ger dålig ekonomi för livet

Socialstyrelsen har studerat den privata ekonomin för fyra tusen personer med schizofreni och knappt två hundra personer med ryggmärgsskada, och jämfört med befolkningen i övrigt (2007). I studien undersökte man också om människor får kompensation för sin funktionsnedsättning genom välfärdssystemet. Studien, som gäller inkomster och bidrag 2002, visar att den som får en ryggmärgsskada blir väl kompenserad för utebliven inkomst, och att kvinnor får lite större kompensation än män. Personer med ryggmärgsskada tjänar i genomsnitt tio tusen kronor i månaden, i lön eller sjukpenning, men med sjukersättning, handikappersättning, bostadsbidrag eller andra ersättningar är den disponibla inkomsten arton tusen kronor. Det kan jämföras med tjugotvå tusen kronor i bruttolönsinkomst för genomsnittssvensken.

Människor med schizofreni har mycket sämre ekonomiska livsvillkor, livet igenom. Medan andra ökar sin inkomst till upp över tjugofem tusen kronor i månaden, lever både kvinnor och män med schizofreni på mindre än tio tusen kronor i månaden, inklusive bostadsbidrag, livet igenom.



Jobb men ingen lön

Vilka levnadsförhållanden har kvinnor och män med utvecklingsstörning och hur ser de ut jämfört med andra kvinnors och mäns levnadsförhållanden? Forskaren Öie Umb-Carlsson vid Uppsala universitet har gjort en studie (2005) som delvis utgått från samma frågor som i Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden, ULF.

Studien visar bland annat att arbetslösheten är fem procent, ungefär densamma som bland befolkningen i genomsnitt. Skillnaden är att personer med utvecklingsstörning inte har arbete utan daglig verksamhet, att de får sin inkomst genom socialförsäkringssystemet och att deras genomsnittsinkomst därför är lägre än andras. Bara två av hundra personer i studien hade arbete, och inte på den öppna arbetsmarknaden utan på Samhall. I den dagliga verksamheten arbetade kvinnorna i huvudsak på kafé eller restaurang och männen med jordbruk, skog eller trädgård. Mindre än hälften av alla hade själva valt vad de ville arbeta med. Arbetsuppgifterna var den enda skillnaden mellan kvinnor och män som studien visade, i andra hänseenden var levnadsförhållandena likadana för båda könen. Funktionsnedsättningen är alltså mer utslagsgivande än könet för levnadsförhållandena för personer med utvecklingsstörning.

Daglig verksamhet är bra för många med utvecklingsstörning, men man kan fråga sig om ingen av dem som ingick i studien skulle klara ett vanligt arbete. Det finns personer som klarar att leva ett vanligt liv på många sätt men inte får chansen till ett vanligt arbete, vilket gör marginaliseringen och segregeringen större än den skulle behöva vara. Många gör en arbetsinsats, på kaféer, restauranger och i trädgårdar, men får ingen lön.

Är det strukturella hinder och brist på fantasi och flexibilitet som gör att personer med lindrig utvecklingsstörning inte har ett vanligt arbete? Om de har aktivitetsersättning eller förtidspension är de ju försörjda, att ha ett vanligt arbete skulle vara mer ekonomiskt osäkert för dem. Men när man har förtidspension har man inte rätt att få hjälp till arbete från arbetsförmedlingen. Det framkom på konferensen *Hälsa hos personer med funktionsnedsättningar* att det förekommer att föräldrar tackar nej till förtidspension för sina vuxna barns räkning. Skälet är att de vet att pensionen sannolikt innebär daglig verksamhet livet ut, utan något stöd från samhället för att förändra situationen.

Men Samhall då? Människor med lindrig utvecklingsstörning skulle ofta ha det bättre och få mer stimulans av att arbeta där än i daglig verksamhet. De skulle dessutom tjäna flera tusen kronor mer i månaden än aktivitetsersättningen ger. Har arbetstakten på Samhall blivit för hög för personer med utvecklingsstörning? Samhall har dessutom minskat antalet anställda med flera tusen på senare år och placerat jobben i låglöneländer.

Studien visar också att det sociala umgänget för vuxna personer med utvecklingsstörning mest består av anhöriga och personal. Det är få som har vänner som de själva valt. De umgås mindre ofta med andra, jämfört med genomsnittsbefolkningen, och det gäller även umgänget med familjen trots att familjen ofta är det enda nätverk de har. Enligt personal och anhöriga önskar sig en av fem av dem som deltog i studien ett större socialt nätverk. I hela befolkningen är det en av tio som önskar sig ett större nätverk.

Får personer med utvecklingsstörning lika bra sjukvård som andra? En medicinsk studie, som Öje Umb-Carlsson gjort om ett åttiotal personer med utvecklingsstörning födda mellan 1959 och 1974 visar att frågan är befogad. Alla utom en hade större eller mindre hälsoproblem och många behövde remiss till en specialist. Flera av dem hade psykiska problem och använde psykofarmaka, utan att ha någon kontakt med den psykiatriska vården. Studien visade också att över- och undervikt hos personer med utvecklingsstörning sällan blir en fråga för hälso- och sjukvården. En viktig slutsats av studien är att personer med utvecklingsstörning ofta har hälsoproblem som inte är identifierade och diagnostiserade.

Tyck inte synd om barnen

Det som barn med funktionsnedsättning behöver för att må bra och ha en god hälsa är först och främst detsamma som alla barn behöver. Det som tas upp i den här dokumentationen som giltigt för vuxna personer med funktionsnedsättning är lika viktigt för barn. Barn möter också diskriminering och otillgänglighet. Men deras situation skiljer sig också från vuxnas. Det är mycket barn ska hinna med under den korta barndomen. Det får oftast djupare konsekvenser för ett barn än för en vuxen att behöva vänta på stöd, service, hjälpmedel och anpassning eller att inte få det alls.

Barn med funktionsnedsättning behöver ofta omsorg och beskydd utöver det som alla barn behöver. För barn med kroniska sjukdomar kan beskyddet vara nödvändigt för att de inte ska bli allvarligt sjuka, tills de är stora nog att själva ta ansvar för mediciner, behandling, mat och så vidare.

Behovet av beskydd är en svår balansgång för föräldrar och andra vuxna i barnets omgivning. Det får inte leda till segregering och utanförskap och får inte övergå i ”tycka-synd-om”. Och det får inte resultera i kravlöshet, för om det inte ställs några krav när man är barn blir det svårt att hantera krav när man blir vuxen. Även barn med funktionsnedsättning behöver få lära sig att hjälpa till hemma.

Föräldrar och ansvariga i skolan ska ställa krav på sig själva om att barn med funktionsnedsättning ska vara delaktiga. Om barnen inte får möjlighet till delaktighet kommer de kanske inte att kräva den, och inte utnyttja möjligheterna till delaktighet senare i livet heller. I skolan får barnets funktionsnedsättning inte bli ett skäl att ”slippa” vara med i gymnastiken, på utflykter och skolresor. Om ett barn får vara hemma när klasskamraterna har prao är det inte omsorg om barnet utan brist på fantasi och intresse.

Hur barn med funktionsnedsättning uppfattar sin hälsa beror på deras referensramar. Vilket stöd får familjen utifrån, och vilket stöd ger familjen barnet? Får barnet svar på sina frågor om funktionsnedsättningen? Barn förstår tidigt att det är något som skiljer dem från andra och de behöver prata om det och få hjälp att förstå och förhålla sig till situationen.

Det är inte bara i skolan som barn med funktionsnedsättning hamnar utanför, av brist på kunskap, fantasi och tillgänglighet. En del funktionsnedsättningar gör det svårt att göra saker tillsammans med andra om miljön är otillgänglig. Det gäller till exempel lekplatser, fritidsgårdar, badhus och kommunikationer. Barn planerar inte sitt liv som vuxna. De bestämmer här och nu vad de ska göra och då hamnar barn med funktionsnedsättning lätt utanför. Om färdtjänstbussen står utanför skolan och väntar efter sista lektionen kan man inte följa med en kompis hem. Och kompiserna får inte åka med i färdtjänstbussen enligt reglerna.

När samhället gör insatser för barn blir barn med funktionsnedsättning ofta bortglömda. Det gäller även hälsoinsatser. Övervikten bland barn ökar men barn som använder rullstol, och alltså är en riskgrupp, är sällan inräknade i kommunernas satsningar mot fetma bland barn.

Beroende ger utrymme för våld mot kvinnor

Kvinnor upplever generellt sin hälsa sämre än män gör och den könsskillnaden finns också mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning. Detta diskuterades inte på konferensen *Hälsa hos personer med funktionsnedsättningar*. Däremot presenterades en studie om den yttersta formen av underordning och diskriminering av kvinnor, nämligen mäns våld mot kvinnor.

Det är Handikapprörelsens utredningsinstitut Handu som har gjort studien på uppdrag av sex organisationer: De Handikappades Riksförbund, DHR, Förbundet Rörelsehindrede, FöR, Riksförbundet för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna, FUB, Riksförbundet för Trafik- och Polioskadade, RTP, samt Synskadades Riksförbund, SRF.

Drygt tusen kvinnor med funktionsnedsättning i åldern arton till sextiofyra år besvarade enkäten. De som svarade var kvinnor med måttlig eller lindrig utvecklingsstörning och kvinnor med rörelsehinder eller synskada som gör att de har svårt att fly, försvara sig eller orientera sig rumsligt. För kvinnor med utvecklingsstörning kan svårigheterna bland annat vara att veta att de har rätt till sin kropp, att de har rätt att säga nej och att bli respekterade när de säger nej.

Att vara beroende av hjälpmedel och av hjälp från andra gör att man är mer utsatt i våldssituationer. Det gäller majoriteten av kvinnorna som svarade på enkätfrågorna. Många kvinnor med funktionsnedsättning är också ekonomiskt beroende av en man, vilket kan göra det svårt att ta sig ur ett förhållande. Kvinnor med funktionsnedsättning är också mer exponerade för män som de behöver hjälp av, och är därmed mer utsatta, än andra kvinnor.

Studien visar bland annat att två av tre kvinnor har blivit sexuellt trakasserade av män som de inte har någon sexuell relation till och inte heller har haft. En av tio har blivit hotad, tvingad eller fysiskt skadad av en man som hon är beroende av. Det kan vara färdtjänstpersonal, en personlig assistent eller personal i vården och hemtjänsten, men det är vanligare att det är en vän, en granne, en arbetskamrat eller en chef. Tolv procent av dem som utsatts för våld har anmält det till polisen, och av dem var fler än hälften nöjda med polisens insats. Studien visar också att tjugo procent av de kvinnor som fått fysiska skador genom våld har försökt ta sitt liv.

Studien visar vidare att kvinnor med utvecklingsstörning är något mer utsatta för våld än de andra kvinnorna som deltog i studien. Av kvinnorna med måttlig eller lindrig utvecklingsstörning hade en tredjedel blivit slagna innan de fyllt femton. En femtedel hade blivit tvingade till sex före femton. En av tio hade blivit våldtagen av en man som de inte hade en sexuell relation till. En av fyra hade haft en partner som våldfört sig på dem. Av de kvinnor som separerat från ett förhållande där det fanns barn svarar hälften att även barnen blivit misshandlade.

Liknande studier om våld mot kvinnor generellt har gjorts i bland annat Kanada, Finland och Sverige. I Sverige har Eva Lundgren, professor i sociologi vid Uppsala universitet, gjort studien *Slagen dam*, där nio tusen kvinnor svarat på frågor om våld. Alla tre studierna visar att mellan trettio och fyrtio procent av alla kvinnor har upplevt våld i nära relationer. Handus studie om kvinnor med funktionsnedsättning visar att de är något mer utsatta för våld än kvinnor generellt.

Rehabilitering en nödvändig rundsmörjning

Det finns två slags rehabilitering, den arbetslivsinriktade och den medicinska. Den arbetslivsinriktade har arbetsgivaren och försäkringskassan ansvar för, den medicinska finns i hälso- och sjukvården. Eller rättare sagt, ska finnas, eftersom bristerna är stora när det gäller rehabilitering av många typer av funktionsnedsättningar.

Alla funktionsnedsättningar innebär inte att man behöver medicinsk rehabilitering, men de flesta, och många innebär att man behöver kontinuerlig rehabilitering. På konferensen om hälsa hos personer med funktionsnedsättning liknades rehabiliteringsbehovet vid behovet av den regelbundna bilprovning och rundsmörjning som bilen får. Den kontinuerliga rehabiliteringen behövs för att människor ska kunna behålla sina funktioner och inte få sämre hälsa. Om man har en progredierande sjukdom, vilket exempelvis många neurologiska sjukdomar är, behöver man emellanåt hjälp att hitta nya strategier för att klara sin vardag så bra som möjligt.

Funktionshinder sliter. Att leva med smärta, kramper eller skolios tar på krafterna och tär på kroppen. Att ha ofrivilliga rörelser, vilket är vanligt när man har en cp-skada, tröttnar och sliter. Att sakna en arm eller ha en obrukbar arm kan leda till att den användbara armen slits ut. Att gå med protes kan ge problem i ryggen, höften och benen. Att sitta hela dagarna, som de flesta rullstolsanvändare gör, sliter på kroppen på många sätt.

De sjukvårdsinsatser som behövs för att bevara hälsan när man har en kronisk sjukdom är ofta desamma som de förebyggande insatserna, menar författarna till rapporten *Hälsa och funktionshinder* (2000). Det som vanligen kallas sjukvård blir alltså många gånger liktydigt med hälsovård för den som har en kronisk sjukdom.

Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen syftar till att människor ska komma *tillbaka* till arbetet, inte att de ska komma *in* i arbetslivet. Den formen av rehabilitering är alltså inte tillgänglig för den som har fått förtidspension eller aldrig har kommit in på arbetsmarknaden.

Allt färre människor får arbetsinriktad rehabilitering. Det visar en studie som Försäkringskassan gjorde 2006. Sannolikheten att få en rehabiliteringsåtgärd var trettio procent lägre 2003 än 1999. Men samtidigt ökade återgången till arbete efter rehabilitering med tjuugo procent. Rehabiliteringen lönar sig alltså och allra bäst lyckas den om man är man, under femtiofem år, helst under fyrtio, är född i Sverige, är sjukskriven på heltid och inte väntar på en medicinsk åtgärd. Fyrtio procent av männen i studien kom tillbaka i arbete efter rehabiliteringen, men bara åtta procent av kvinnorna.

Att ta eget ansvar

Rehabilitering ska ses som ett livslångt lärande, det handlar ofta lika mycket om pedagogik som om medicin. Man behöver få lära sig det egna läkandets konst, att hitta glädjen i sitt liv.

Rehabilitering förutsätter att människor tar ett personligt ansvar. Det är av egen kraft man bygger ett bra och hälsosamt liv, men det måste finnas stöd från omgivningen. Det är lätt att avhända sig ansvaret för sitt liv om omgivningen förstärker tycka-synd-om-känslan. Om omgivningen betraktar en människa som hjälplös blir hon lätt det. Det gäller barn med funktionsnedsättning och det gäller lika mycket vuxna som får en sjukdom eller funktionsnedsättning.

Rehabiliteringspersonalen måste ibland ta på sig den svåra uppgiften att hjälpa människor att tycka att det är någon mening med livet. När man fått en sjukdom eller en allvarlig sjukdom behöver man kanske stöd för att känna att man behövs, att man är en resurs i samhället och betyder något för andra.

Att ställa krav på den egna viljan och det personliga ansvaret för livet och hälsan är en fråga om tid. Att få en sjukdom eller råka ut för en olycka som ger en livslång funktionsnedsättning är smärtsamt. Varje människa måste få tid att sörja, känna sig orättvist drabbad, vara arg och ledsen och tycka synd om sig själv. Då finns det inte plats för några krav på att ta ansvar. Sedan är det den rehabiliterande vårdens uppgift att se när varje individ är redo för att börja blicka framåt och mobilisera sin egen kraft.

Många funktionsnedsättningar gör att det är svårare än för andra att hitta en klok livsstil och behålla den. Det kanske inte finns praktiska förutsättningar för motion där man bor, till exempel en tillgänglig motionsanläggning eller en bassäng. Om man har en utvecklingsstörning eller andra kognitiva svårigheter kan man behöva mer hjälp än andra för att få motivation att förbättra sina levnadsvanor.

När kraven på personligt ansvar ställs ska det ske utifrån kunskapen att personer med funktionsnedsättning som grupp faktiskt har sämre livsvillkor än andra medborgare, i alla bemärkelser. Kraven måste ställas med en förståelse för att det kan vara lätt att bli uppgiven inför de svårigheter som väntar när man ska ut i livet efter den första rehabiliteringen. Medkänsla och inlevelse, inte medlidande, måste vara en del av rehabiliteringen.

Att komma till rehabilitering betyder inte bara att man möter vårdpersonal som kan hjälpa och behandla. Man träffar också andra människor i liknande situation och får tillfälle att utbyta erfarenheter, tankar och råd. Det är en viktig del av rehabiliteringen och kan betyda mycket för att få motivation att försöka klara sig själv. Om det tar en kvart att ta på sig en strumpa när man har fått en ryggmärgsskada är det lätt att ge upp. Då behövs det förebilder, personer med ryggmärgsskada, som har tränat tills de lärt sig. Människor med funktionsnedsättning är en tillgång som förebilder och inspiratörer i all rehabilitering.

Alla måste få vara delaktiga i alla beslut som gäller deras egen vård och rehabilitering. Utöver de medicinska vårdplanerna behövs det också individuella vårdplaner, de som handlar om personernas egna planer för sitt liv.

Det är viktigt hur det ser ut där människor får vård och rehabilitering och där de förväntas mobilisera lust och vilja att leva ett aktivt och hälsosamt liv. Många sjukhus har vackra entréer men sedan tar det vackra slut. Korridorer och salar är ofta fula, kala och

deprimerande. En studie om omgivningens betydelse visar till exempel att rehabiliteringen går snabbare för den patient som får sängen närmast fönstret än för den som ligger närmast korridoren.

Bland blommor och hundar

Allmänna arvsfonden ger regelbundet anslag till projekt som vänder sig till personer med funktionsnedsättning. Flera pågående projekt har med djur och natur att göra. Det är väl dokumenterat att närheten till växtlighet, trädgårdar och djur har betydelse för vår psykiska och fysiska hälsa och det visar också de här projekten.

Västanviks folkhögskola, som drivs av Sveriges Dövas Riksförbund, har anlagt en sinenas trädgård, främst med tanke på döva som också har synskador. På Furuboda kompetenscenter i Åhus har man drivit projektet Spira där människor som har fått en hjärnskada i vuxen ålder arbetar i trädgård. En del har också fått praktisera på olika handelsträdgårdar. Trädgårdsarbetet är läkande, det finns exempel på att personer med stora skador har börjat kommunicera med sin omgivning efter en tid i trädgården. Arvsfondsprojektet på Furuboda kompetenscenter är avslutat men trädgården finns kvar.

Hundar kan ha en roll i vården, habiliteringen och rehabiliteringen. Man har till exempel prövat att använda hundar för att göra den viktiga, men ibland väldigt tråkiga, träningen roligare för barn med rörelsehinder. För den som har en djup depression kan en hund vara en hjälp att komma ur sängen, gå och handla och så vidare. Många handikapporganisationer har rehabiliteringsprojekt, där människor får mötas i grupp för olika aktiviteter.

Klippans hunddagis i Göteborg startade som projekt med arvsfondsmedel för ett tiotal år sedan. Hunddagiset finns kvar som kooperativ och arbetet sköts av människor som fått en hjärnskada som vuxna. Några arbetar kvar sedan starten, och har en meningsfull sysselsättning, arbetskamrater och en normal vardag. Andra har gått vidare i arbetslivet eller börjat studera.

Hundar kan också ge praktisk hjälp. Personer med synskada har använt hundar som orienteringshjälp i många år. Det finns arvsfondsprojekt där personer med rörelsehinder eller hörselskada får hjälp av en hund i vardagen. I ett projekt som får stöd av Allmänna arvsfonden ska man nu lära hundar att varna personer med epilepsi när ett anfall närmar sig.

Att mäta hälsa och levnadsförhållanden

För att levnadsförhållandena och hälsan för personer med funktionsnedsättning ska kunna bli bättre måste samhället ha djupare kunskap om hur verkligheten ser ut. Problem som inte dokumenteras blir osynliga och glöms bort i det politiska arbetet. Det är viktigt att undersökningarna görs utifrån klara och tydliga definitioner av både hälsa och funktionshinder för att personer med funktionsnedsättning inte ska bli bortdefinierade. Det är också nödvändigt att upprepa undersökningarna så att man får en bild av utvecklingen. Tidsserier behövs för att få veta vilka resultat samhällets insatser ger. Sedan är det politikernas sak att använda kunskapen för att förbättra folkhälsan.

Trettioårig undersökning slås ihop med EU-studie

Statistiska centralbyrån har årligen, sedan 1974, gjort undersökningar om levnadsförhållanden, ULF. Det har gjorts i snitt sex tusen besöksintervjuer varje år. En del av de intervjuade har man återkommit till vart åttonde år och man har dessutom ibland på uppdrag intervjuat olika grupper, exempelvis personer med funktionsnedsättning.

Tre rapporter om levnadsförhållandena för personer med funktionsnedsättning har gjorts genom åren. De har bland annat gett svar på frågor om hur tidigt i livet människor blivit sjuka eller fått en funktionsnedsättning, hur funktionsnedsättningar bland befolkningen har utvecklats sedan 1980, hur funktionsnedsättningar bland äldre är fördelade efter kön, klass och familjesituation och om levnadsförhållandena för personer med funktionsnedsättning.

Undersökningarna om levnadsförhållanden är ett undersökningssystem som omfattar en serie delundersökningar om arbetsmiljö, boende, ekonomi, fritid, hälsa, politiska resurser, sociala relationer, sysselsättning och arbetstider, transporter och kommunikationer, trygghet och säkerhet samt utbildning. ULF ger ett material om befolkningens ekonomi, välfärd och hälsa och om skillnader mellan olika grupper som är unikt i internationell jämförelse. Materialet används av bland annat statsförvaltningen, kommuner, forskare och intresseorganisationer.

Frågorna har ställts på samma sätt i flera decennier och ger därför en bild av förändringar genom åren. Men nu pågår ett arbete med att förändra undersökningen. Enligt SCB ställs det ökade krav på att få fram kunskap om särskilda grupper, exempelvis äldre, ungdomar, personer med utländsk bakgrund samt personer med funktionsnedsättning. Det finns också önskemål om att kunna få fram regionala redovisningar.

Internationellt ställs kraven genom förordningen Community Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC. ULF ska nu förändras och slås ihop med EU-SILC. Frågorna som ställs kommer att behandla samma områden som tidigare. EU-SILC innehåller en del frågor som inte finns i ULF, vilket tar tid i anspråk under intervjuerna, och den tid som blir kvar används till ULF.



En annan förändring är att intervjuerna i fortsättningen i huvudsak ska göras per telefon men SCB kommer att erbjuda besöksintervjuer för dem som vill. Det är nödvändigt för att inte få ett stort bortfall bland personer med utländsk bakgrund och bland döva som behöver tolk under intervjun. Det finns också andra funktionsnedsättningar som kan göra det svårt att besvara enkäten per telefon.

I Finland gjordes det för omkring femton år sedan en studie om vad en förändring från besöksintervjuer till telefonintervjuer innebär för resultatet när det gäller frågor om människors hälsa. Den studien visade att klasskillnaderna blev mindre tydliga och att folkhälsan tedde sig bättre när frågorna ställdes per telefon. Man menade att viktiga trender inte blir så synliga, vilket är ett problem för forskningen. Man ansåg också att det är svårare för intervjupersonerna att ge sanna och tillitsfulla svar per telefon än om de sitter ansikte mot ansikte med intervjuaren. Någon senare studie på mer aktuella data har inte gjorts trots att människors inställning till att använda telefonen i olika situationer har förändrats.

En ny modell

Socialstyrelsen har arbetat fram en modell för att beskriva levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. Modellen ska börja användas 2009 och den första rapporten ska publiceras året därpå. Därefter ska det komma en rapport vart fjärde år.

För att kunna identifiera personer med funktionsnedsättning behövs det frågor som utgår från WHO:s klassifikation av funktionshinder, ICF. Socialstyrelsen vill veta vilka

personer som har en funktionsnedsättning och om de också har funktionshinder. Modellen bygger på en befolkningsbaserad undersökning om olika grupper levnadsförhållanden. De uppgifterna ska sedan kompletteras med studier bland små grupper som det är svårt att få kunskap om i stora undersökningar.

En tanke med modellen är att inte bara samla in uppgifter på individuell nivå utan också lyfta fram samhällsnivån. Man vill bland annat ta reda på hur människor ser på möjligheten till delaktighet. Deltagarna ska också få svara på frågor om tillgänglighet, både den fysiska och den som handlar om information och kommunikation. Undersökningarna ska omfatta samhällsområden som kollektivtrafik, utbildning, arbetsliv, fritid och kultur. Socialstyrelsen samarbetar med handikappreelsen för att frågorna ska få en adekvat och bra formulering.

Enkäten ska kompletteras med bland annat registerstudier. Uppgifter som är användbara för att få kunskap om levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning finns bland annat i befolkningsregister och databaser hos SCB och i register över LSS och LASS, vårdbidrag, handikappersättning, bilstöd, sjuk- och aktivitetsersättning, avgångsklasser från specialskolor samt AMS-program.

Med hjälp av personnummer kan register samköras och ge viktig kunskap även om detta rymmer integritetsproblem. Frågan om integritet kan vara en anledning till att det ibland är svårt att få myndigheter att lämna ut data för analys. En annan svårighet är att olika register utgår från olika termer och definitioner, vilket gör att uppgifterna sällan är helt jämförbara.

Förutom registerstudierna kommer det att behöva göras specialstudier, både kvantitativa och kvalitativa, om personer med intellektuella eller psykiska funktionsnedsättningar, äldre och barn med funktionsnedsättning, föräldrar till barn med funktionsnedsättning och om personer med mycket sällsynta funktionsnedsättningar.

Folkhälsomålen och funktionshinder

De elva nationella folkhälsomålen gäller hela befolkningen. Folkhälsoarbetet måste ha ett funktionshinderperspektiv för att samhället ska kunna närma sig målen.

Delaktighet och inflytande i samhället

Delaktighet är det första folkhälsomålet, men också det viktigaste målet för svensk handikappolitik. I den nationella handlingsplanen för handikappolitiken Från patient till medborgare (1999/2000:79) står det att samhället ska utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet. De här två målen, det folkhälsopolitiska och det handikappolitiska, har nära relation till varandra. Det handikappolitiska målet om delaktighet måste uppnås för att det folkhälsopolitiska målet ska kunna nås.

Ekonomisk och social trygghet

Det kostar att ha en funktionsnedsättning. Det kan handla om extrautgifter för hjälpmedel, mediciner, anpassning, hjälp med praktiska sysslor och annat. Funktionsnedsättningen kan också innebära att man behöver ha en större och dyrare bostad och en större bil. Ekonomisk och social trygghet är bland annat att få kompensation för sådana kostnader och att få det stöd och den service man behöver från samhället.

Trygga och goda uppväxtvillkor

Barn med funktionsnedsättning är i första hand barn och har samma rätt till en bra barndom som andra barn. Många sjukdomar och funktionsnedsättningar innebär att barn behöver mycket sjukvård och måste gå igenom operationer och behandlingar. En funktionsnedsättning kan också göra att barn inte kan leka på samma villkor som andra barn. Barnens miljö, hemma och i skolan, måste inrättas så att deras funktionsnedsättning inkräktar så lite som möjligt på deras barndom.

Ökad hälsa i arbetslivet

Det som alla behöver för att må bra i arbetslivet kan vara en nödvändig förutsättning för att kunna arbeta om man har en funktionsnedsättning. Man kan också behöva anpassning av olika slag, tillgängliga lokaler, flexibla arbetstider, assistans, en plats att vila på och så vidare. Men den första förutsättningen är att över huvud taget få tillträde till arbetsmarknaden. Arbetslösheten är mycket större bland människor med funktionsnedsättning än bland andra.

Sunda och säkra miljöer och produkter

Det här folkhälsomålet har en särskild innebörd för personer som är överkänsliga eller allergiska eftersom sunda och säkra miljöer och produkter kan vara en fråga om hälsan på ett dramatiskt och akut sätt. Det är också en fråga om att informationen om miljöer och produkter måste utformas så att alla kan ta del av den.

En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Det behövs mer kunskap om aspekten funktionshinder i hälso- och sjukvården. Det kan handla om den konkreta tillgängligheten så att personer med funktionsnedsättning kan ta sig till hälsoinrättningarna och få del av insatserna. Det handlar också om personalens och patienternas kunskaper om hur funktionsnedsättningen kan inverka på den allmänna hälsan. Informationen om hur man lever hälsosamt måste också utformas så att alla kan ta del av den.

Gott skydd mot smittspridning

Alla medborgare ska ha samma möjligheter att få skydd mot smittsamma sjukdomar. Det innebär i första hand att informationen om smittor och om hur man skyddar sig måste utformas så att alla kan ta del av den.

Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa

En del skador och funktionsnedsättningar kan påverka sexualiteten och sexlivet. Det behövs ökad kunskap i hälso- och sjukvården för att män och kvinnor ska bli bra bemötta och få god vård och information. Personer med funktionsnedsättning som söker hjälp i frågor som har med sexualitet att göra kan fortfarande mötas av osäkerhet och tabun. Och det finns fortfarande gynekologstolar som kvinnor med rörelsehinder inte kan komma upp i. Informationen om en trygg och säker sexualitet måste utformas så att alla kan ta del av den.

Ökad fysisk aktivitet

Det finns många funktionsnedsättningar som gör att man inte kan motionera på samma sätt som andra. Rörelsehinder, synskador, astma, hjärt- och lungsjukdomar är några exempel. Många hittar egna sätt att hålla sig igång fysiskt, andra behöver få hjälp att motionera på sina villkor. Det gäller också personer som just på grund av sin funktionsnedsättning kan ha svårt att ta initiativ till fysisk aktivitet, till exempel personer med intellektuella och psykiska funktionsnedsättningar. Information om hur viktigt det är med fysisk aktivitet måste utformas så att alla kan ta del av den.

Goda matvanor och säkra livsmedel

När det gäller en del sjukdomar och funktionsnedsättningar är goda matvanor och säkra livsmedel livsnödvändigt. Det gäller exempelvis för dem med diabetes, allergier och mag- och tarmsjukdomar. För den som har svårt att motionera på grund av sin funktionsnedsättning är det också särskilt viktigt med goda matvanor. Informationen om hur våra matvanor påverkar vår hälsa måste utformas så att alla kan ta del av den. Det gäller också informationen om innehållet i livsmedel.

Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande

Informationen om biverkningarna av tobak, alkohol, narkotika och dopningspreparat måste utformas så att alla kan ta del av den.

Litteraturförteckning

- Bergström, Helena och Elinor Sundbom, (2007.) *Mat, rörelse och hälsa i gruppbostad*. Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. (2006.) Finns som pdf-dokument på www.un.org/disabilities
- En modell för att beskriva levnadsförhållanden för personer med funktionshinder*. Socialstyrelsen 2007.
- Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken*. Regeringens proposition 1999/2000:79.
- Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering*. Analyserar 2006:10. Försäkringskassan.
- Handikappomsorg – Lägesrapport 2006*. (2007.) Socialstyrelsen.
- Hälsa och funktionshinder. Rapport till Nationella folkhälsokommittén från arbetsgruppen Hälsa och funktionshinder*. (2000.) Underlagsrapport nummer 18. Nationella folkhälsokommittén.
- Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. (2002.) Finns som pdf-dokument på www.sos.se
- Lundgren, Eva m.fl. (2001.) *Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning*. Uppsala universitet.
- Mäns våld mot kvinnor med funktionsnedsättning*. (2007.) Utredningsinstitutet Handu.
- Riv hindren. Riktlinjer för tillgänglighet*. (2007.) Handisam, Myndigheten för handikappolitisk samordning.
- SOU 2000:3 *Välfärd vid vägskäl. Utvecklingen under 1990-talet*. Kommittén välfärdsbokslut.
- Svart på vitt – vård och rehabilitering lönar sig*. (2006.) Reumatikerförbundet.
- Wilkinson RG. (2005.) *The impact of inequality: How to make sick societies healthier*. New York: The New Press; 2005.
- Umb-Carlsson, Öie. (2005.) *Living Conditions of People with Intellectual Disabilities*. Uppsala universitet.

Bilaga 1. Program

Program

26–28 september 2007

HÄLSA HOS PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR

Onsdag 26 september

Ankomst till Sättra Bruk på kvällen omkring 19.30. En enklare måltid serveras, därefter samlas vi för en kort introduktion av seminariet och en gemensam presentation.

Torsdag 27 september

- 7.30–8.30 Frukost
Moderator: *Margareta Persson*
- 8.30–8.40 **Inledning**
Ylva Arnhof, Statens folkhälsoinstitut
- 8.40–9.20 **Folkhälsopolitik och funktionshinder**
Gunnar Ågren, Statens folkhälsoinstitut
- Vad visar folkhälsoenkäten?**
Gunnel Boström, Statens folkhälsoinstitut
- 9.20–10.20 **Hälsa bland våra medlemmar**
Agneta Lindqvist, Handikappförbundens samarbetsorgan E-län
Pelle Johansson, Hjärt- och lungsjukas riksförbund
Sten Boström, Reumatikerförbundet
- 10.20–10.50 Kaffe i Smedjan
- 10.50–11.45 Frågor och diskussion
- 11.45–12.05 **Livsvillkor och hälsa hos personer med intellektuella funktionshinder**
Öie Umb-Carlsson, Uppsala universitet

- 12.05–12.25 **Våld mot funktionshindrade**
Utredningsinstitutet Handu AB
- 12.30–13.30 Lunch
- 13.30–14.10 **Vad beskriver hälsa hos invalider!**
Clas Hultling, Spinalis, Karolinska universitetssjukhuset
- Livsstil och hälsa hos funktionshindrade:
en klinisk modell för åldrande och ryggmärgsskada**
Richard Levi, Karolinska institutet
- 14.10–15.00 **Pågående forskningsgenomgång**
Anders Schaerström, Statens folkhälsoinstitut
- Arvsfondsprojekt – bra för hälsan?**
Gunilla Ekvall, Arvsfondsdelegationen
- Den nya Handikappmyndigheten, Handisam**
Ken Gammelgård, Handisam
- 15.00–15.30 Kaffe i Smedjan
- 15.30–17.30 Frågor och diskussion
- 19.30 Middag

Fredag 28 september

- 7.30–8.30 Frukost / Utcheckning
Moderator: *Margareta Persson*
- 8.30–8.50 **SCB:s integrerade undersökningar av välfärd, folkhälsa och funktionshinder m.m. 1974–2005 (ULF). Forskningspotential.**
Joakim Vogel, tidigare SCB
- 8.50–9.20 **Socialstyrelsens uppdrag om funktionshindrades levnadsförhållanden**
Karin Flyckt och Claes-Göran Stefansson, Socialstyrelsen
- 9.20–9.40 **Hur kan individregister hos myndigheter användas för att studera livsvillkor hos personer med funktionshinder?**
Lars Grönvik, Socialstyrelsen (f.d. Försäkringskassan)

- 9.40–10.00 **Hur påverkar förändringsarbetet inom ULF möjligheterna att få statistik om funktionshindrade?**
Eivor Höglund Dávila, SCB
- 10.00–10.30 Kaffe i Smedjan
- 10.30–12.15 **Diskussion / Slutsatser och förslag till åtgärder**
- 12.15–13.00 Lunch
- 13.00 Avresa från Sätra Bruk till Töreboda.

Bilaga 2. Konferensdeltagare Sättra Bruk 26–28 september 2007

| | | |
|---|--|---|
| Ylva Arnhof Statens folkhälsoinstitut | Pelle Johansson Hjärt- och lungsjukas riksförbund | Joakim Vogel Tidigare på SCB |
| Gunnel Boström Statens folkhälsoinstitut | Gunnar Johansson Statens folkhälsoinstitut | Kicki Nordström Utredningsinstitutet Handu AB |
| Sten Boström Reumatikerförbundet | Richard Levi Karolinska institutet | Magnus Wimmercranz Statens folkhälsoinstitut |
| Öie Umb-Carlsson Uppsala universitet | Lars Lindberg Enheten för sociala tjänster Socialdepartementet | Gunnar Ågren Statens folkhälsoinstitut |
| Gunilla Ekvall, Arvsfondsdelegationen | Agneta Lindqvist. HSO Östergötland | |
| Karin Flyckt Handikappenheten Socialstyrelsen | Margareta Persson Moderator/konsult | |
| Ken Gammelgård Handisam | Bengt Rönngren Folkhälsoenheten Socialdepartementet | |
| Lars Grönvik Handikappenheten Socialstyrelsen | Anders Schaerstrom Statens folkhälsoinstitut | |
| Clas Hultling Spinalis, Karolinska universitets- sjukhuset | Malena Sjöberg Journalist | |
| Eiwor Höglund Dávila SCB | Claes-Göran Stefansson Socialstyrelsen | |

Regeringen har gett Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att skriva en lägesrapport om hälsosituationen för personer med funktionshinder. Lägesrapporten ska beskriva de insatser som skett för att förbättra kunskapen om påverkbara hinder samt ge förslag till åtgärder för att förbättra hälsan för personer med funktionshinder. Detta finns redovisat i huvudrapporten *Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning*. Beskrivningen av själva hälsosituationen baseras på resultat från den nationella folkhälsoenkäten.

Det finns hälsoproblem som har ett direkt samband med funktionsnedsättning. Men det finns också hälsoproblem som hänger samman med miljö och livsvillkor. Dessa hälsoproblem begränsar i hög grad delaktigheten för personer med funktionsnedsättning.

I anslutning till regeringsuppdraget samlades ett tjugotal forskare samt företrädare för handikappförbund och myndigheter för att diskutera hälsa hos personer med funktionsnedsättning. Seminariet dokumenterades av journalisten Malena Sjöberg.

Förutom huvudrapport och denna rapport har institutet tagit fram ytterligare två rapporter utifrån uppdraget: *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning*, skriven av utredare Gunnel Boström samt *Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning*, skriven av med.dr Öje Umb-Carlsson.

Projektledare för institutets arbete rörande hälsa hos personer med funktionsnedsättning är Ylva Arnhof.



Statens
folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm

Fax 08-449 88 11
fhi@strd.se
www.fhi.se

ISSN 1651-8624
ISBN 978-91-7257-558-5