



# Folkhälsa och funktions- nedsättning

Helena Holmgren

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen  
Box 6909, 102 39 Stockholm  
Besök: Hantverkargatan 11 B  
Tfn 08-123 132 00

  
Stockholms läns  
landsting

 HSO i Stockholms län

# Förord

Stockholms läns landsting gör vart fjärde år en omfattande uppföljning av hälsoläget i länet. En folkhälsoenkät genomförs i befolkningen och ett omfattande arbete läggs ner på att värdera de studier och rapporter med information om hälsoläge, livsstil och levnadsvanor som tagits fram under den gångna perioden. Sammantaget utgör dessa källor basen för den folkhälsorapportering som får sitt främsta uttryck i den s k Folkhälsorapporten.

Folkhälsorapporten 2011 baseras till stora delar på 12 delrapporter. Delrapporterna utgår från de seminarier som genomfördes våren/hösten 2011 i samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Karolinska Institutet samt i ett fall Äldrecentrum. Varje seminarium behandlade en viss folkhälsofråga. Delrapporterna är författade dokument där författarna själva står för fakta och framförda tolkningar och förslag till åtgärder.

Helena Holmgren:  
RPT, MSc, handläggare Handikappföreningarnas samarbetsorgan (HSO)  
i Stockholms län

ISBN: 978-91-980034-2-0  
Omslagsillustration: Erica Jacobson  
Design: Alenäs Grafisk Form

# Sammanfattning

I Sverige lever uppskattningsvis ca 1,5 miljoner människor i åldern 16–84 år med en funktionsnedsättning, vilket motsvarar ungefär 16 % av befolkningen. Enligt FNs *Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* innefattar personer med funktionsnedsättning ”bl a personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella och sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra.”

Folkhälsoinstitutets rapport *Onödig ohälsa* konstaterar att personer med en funktionsnedsättning löper större risk att utveckla ohälsa än övrig befolkning. Inom gruppen var andelen med nedsatt hälsa 22 %, vilket kan jämföras med övriga befolkningens nivå på 2%. Det är således 10 gånger vanligare med ohälsa bland människor med funktionsnedsättning. Men ohälsan är inte alltid direkt relaterad till funktionsnedsättningen. Ohälsotalet är påverkbart och möjligt att reducera med en tredjedel om man vidtar åtgärder som förbättrar ekonomiska förutsättningar, ökar det sociala deltagandet, minskar nedlåtande bemötande och annan diskriminering samt förändrar vissa livsstilskomponenter.

Statistik över levnadsvanor visar att personer med funktionsnedsättning i större utsträckning än andra innevånare är fysiskt inaktiva, oftare utvecklar övervikt/fetma, röker mer och utvecklar oftare riskabla spelvanor. Oddskvoten för personer med funktionsnedsättning att utveckla ohälsa är mer än dubbelt så hög för dem som är fysiskt inaktiva som för dem som är fysiskt aktiva. Socioekonomisk situation påverkar levnadsvanor. Särskoleungdomar uppger låg nivå av fysisk aktivitet och indikerar begränsad tillgänglighet till idrotts- och fritidsverksamheter. Målet att stötta individer till hälsofrämjande fysisk aktivitet närmar sig här målsättningen att öka delaktighet och tillgänglighet i samhället.

Olika studier påvisar att psykisk ohälsa är dubbelt så vanligt hos personer med funktionsnedsättning som hos övrig befolkning. Psykisk ohälsa hos unga kopplas till ohälsosamma levnadsvanor vilket förstärker risk för ohälsa.

Arbetslösheten är betydligt större bland personer med funktionsnedsättning än bland övrig befolkning. Det inledande steget till hälsa i arbetslivet bör således vara att öka förutsättningarna för en tillgänglig arbetsmarknad. Bland personer med funktionsnedsättning har 57 % en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

Kunskap om funktionshinderfrågor och levnadsvanor hos personer med funktionsnedsättning behöver fördjupas. Det kan säkerställa att rådgivande möten med personer med funktionsnedsättning blir hälsofrämjande, i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer om förebyggande arbete vid ohälsosamma levnadsvanor.

I *Folkhälsopolitisk rapport 2011* påtalas att människor med funktionsnedsättning bör ges särskild uppmärksamhet i delaktighetsarbetet, vilket bör inkludera tillgänglighetsarbete. Detta följs upp i Stockholms läns landstings delaktighetsprogram 2011–2015 *Mer än bara trösklar* som inleds med visionen

*”Alla människor har möjlighet  
till full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor.”*

Med kunskap om hälsoläget bland personer med olika funktionsförmåga och funktionsnivå kan en gemensam målsättning förbättra bemötande och öka kommunikativ och fysisk tillgängligheten. Insatser för att nå uppsatta mål kan med fördel planeras och genomföras inom ramen för den samverkan som är etablerad mellan funktionshinderrörelsen och Stockholms läns landsting. Därmed kan hälso- och sjukvården nå uppsatta mål i såväl SLLs *Folkhälsopolicy* som SLLs *Mer än bara trösklar*.

# Introduktion

## Hälsa – ohälsa?

I Sverige lever uppskattningsvis ca 1,5 miljoner människor i åldern 16–84 år med funktionsnedsättning. (1) Enligt FNs *Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* innefattar personer med funktionsnedsättning ”bl a personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella och sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra.” (2)

Rapporten *Onödig ohälsa* konstaterar att människor med en funktionsnedsättning löper en större risk att utveckla ohälsa än övrig befolkning. (3)

*”...den bild som framträder är att nedsatt hälsa bland personer med funktionsnedsättning är långt vanligare än det skulle behöva vara.”*

Ylva Arnhof  
*Onödig ohälsa*, 2008 (3)

Folkhälsoinstitutets enkät visar att mer än 75 % av dem som uppgav dålig hälsa även uppgav att de hade någon form av funktionsnedsättning. Bland människor med funktionsnedsättning var andelen med nedsatt hälsa 22 %, vilket skall jämföras med övriga befolkningens nivå på 2 %. (4) Det är således 10 gånger vanligare med ohälsa bland människor med funktionsnedsättning. (3) Störst andel ohälsa rapporterades av män och kvinnor med rörelsehinder, 43% respektive 32 % angav nedsatt allmänt hälsotillstånd. Det är vanligare med diabetes, astma, högt blodtryck, svår värk i rörelseorganen, tinnitus, inkontinens och mag-/tarmbesvär bland människor med funktionsnedsättning än bland övrig befolkning. Psykisk ohälsa är nästan tre gånger vanligare hos människor med funktionsnedsättning. (4)

Men ohälsan är inte alltid direkt relaterad till funktionsnedsättning. Ohälsotalet är påverkbart och möjligt att reducera med en tredjedel om man vidtar åtgärder som förbättrar ekonomiska förutsättningar, ökar det sociala deltagandet, minskar nedlåtande bemötande och annan diskriminering samt förändrar vissa livsstilskomponenter. (3)



## Delaktighet – ett centralt begrepp

*”Fullständigt och faktiskt deltagande i i samhället”*

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning,  
Artikel 3 FN 2006 (2)

En av de generella principerna som inleder *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* fokuserar på rättigheten till ett fullständigt och faktiskt deltagande i samhället. (2) Liknande lydelse återfinns i såväl nationella som regionala folkhälsomål. Individens upplevelse av sammanhang och möjlighet att påverka beslut i sina liv har god inverkan på alla människors hälsa (5), inte minst dem som har en funktionsnedsättning. Brist på delaktighet och inflytande påverkar hälsan negativt. (6)

I *Öppna Jämförelser – Folkhälsa 2009* framhålls vikten av ett starkt socialt kapital för att uppnå god folkhälsa. Socialt deltagande betraktas som en bestämmandefaktor för hälsa, här ansedd som en grundsten i det sociala kapitalet. Studier har kunnat påvisa att socialt deltagande, bl a i kulturevenemang, har haft god hälsoeffekt. Motsatt effekt har visats vid lågt socialt deltagande vilket då förknippas med ökad risk för hjärtinfarkt, fysisk inaktivitet och rökning. (7) Rapporten *Hälsa på lika villkor?* konstaterar att lågt socialt deltagande är betydligt vanligare inom gruppen människor med funktionsnedsättning än hos övrig befolkning. Även tilliten till andra människor, en viktig del i det sociala kapitalet (7), är lägre hos personer med funktionsnedsättning än i befolkningen i övrigt. (4)

### **Handikappföreningarnas samarbetsorgan (HSO) i Stockholms län**

HSO i Stockholms län är en partpolitiskt och religiöst obunden, ideell paraplyorganisation med 41 medlemsföreningar. Föreningarna företräder personer med olika funktionsnedsättningar och har sammanlagt ca 70 000 medlemmar. Gemensamma och övergripande intressefrågor står i fokus för arbetet inom HSO i Stockholms län.

I enlighet med samverkansavtalet mellan Stockholms läns landsting och funktionshinderrörelsen från 2005, reviderat 2007 och 2011, har HSO i Stockholms län ett pågående samarbete genom förtroendevalda representanter i olika samverkansråd med landstingets förvaltningar och bolag. Som ett led i denna samverkan kan HSO i Stockholms län i denna rapport bidra med aktuell kunskap om hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Insatser vars syfte är att fördjupa och medvetandegöra kunskap om funktionshinderfrågor bör på liknande sätt genomföras i nära samverkan med funktionshinderrörelsen.

# Levnadsvanor

## Fysisk aktivitet och inaktivitet

Människor med funktionsnedsättning uppger lägre nivå av fysisk aktivitet än andra. (3) I *Hälsa på lika villkor?* uppges nivån *Mest stillasittande fritid* av 23 % av människor med funktionsnedsättning, bland övrig befolkning är motsvarande siffra 10 %. Allra vanligast är stillasittande fritid bland män och kvinnor med rörelsehinder. Gällande daglig fysisk aktivitet uppger 55 % av personerna med funktionsnedsättning i åldern 16–84 år att de uppnår rekommendationen om minst 30 minuter daglig aktivitet medan det i övriga befolkningen uppnås av 68 %. (4) I rapporten *Idrott och motion bland ungdomar i särskolan* uppger dock ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning en väsentligt lägre nivå av fysisk aktivitet än befolkningsgenomsnittet, hela 65 % säger sig vara fysiskt inaktiva. De anger även begränsad bredd på sina idrottsvanor och uttrycker besvikelse över sin fritidssituation. (8) Oddskvoten för personer med funktionsnedsättning att utveckla ohälsa är mer än dubbelt så hög för dem som är fysiskt inaktiva som för dem som är fysiskt aktiva. (4)

## Övervikt och fetma

I Folkhälsoinstitutets översyn *Levnadsvanor 2010* konstateras att fetma är avsevärt vanligare hos människor med funktionsnedsättning än övrig befolkning. (9) Mest markant är det hos kvinnor med funktionsnedsättning där det är dubbelt så vanligt, 21 % jämfört med 10 % bland kvinnor i övriga befolkningen. Inom gruppen kvinnor med rörelsehinder är motsvarande siffra hela 32 %. Liksom i den totala befolkningsgruppen har kvinnor med funktionsnedsättning och kort utbildning högre representation av fetma än kvinnor med funktionsnedsättning och längre utbildning. Hos kvinnor och män såväl med som utan funktionsnedsättning var fetma vanligare hos dem som saknade kontantmarginal. Men hos personer som saknade kontantmarginal och hade en funktionsnedsättning var andelen med fetma större än hos övriga befolkning som saknade kontantmarginal; hos män med funktionsnedsättning 20 % jämfört med 14 % utan funktionsnedsättning och kvinnor med funktionsnedsättning 24 % respektive utan 18 %. (4)

## Tobak, alkohol och ohälsosamma spelvanor

Personer med funktionsnedsättning röker i större utsträckning än övriga befolkningen. (10) Av personer med funktionsnedsättning i åldern 16–84 år röker i genomsnitt 20 % dagligen. Motsvarande genomsnitt hos övriga befolkningen är 13 %. Kvinnor med funktionsnedsättning röker dagligen i större utsträckning än män, 22 % respektive 14 %. I grupperna kvinnor med funktionsnedsättning

och kort utbildning samt kvinnor med funktionsnedsättning med låg kontantmarginal är dagliga rökvanor ännu vanligare; 28 % respektive 30 % röker dagligen (2), vilket även reflekterar nivåerna i övriga befolkningen (10).

I åldersgruppen 16–64 år är det vanligare med riskabla spelvanor bland personer med funktionsnedsättning, 6 %, än bland övrig befolkning, 3 %. (4) Personer med riskabla spelvanor deltar i lägre utsträckning i olika sociala aktiviteter, de upplever oftare sämre socialt stöd och de erfar förhöjd risk av att utsättas för våld jämfört med personer som inte har riskabla spelvanor. (9)

Angående riskabla alkoholvanor finns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan befolkningens vanor och alkoholvanor hos personer med funktionsnedsättning. (4)



# Psykisk ohälsa

Nedsatt psykiskt välbefinnande är dubbelt så vanligt hos män och kvinnor med funktionsnedsättning än hos övriga befolkningen; 31 % av personer med funktionsnedsättning rapporterar nedsatt psykisk välbefinnande, motsvarande andel för övriga befolkningen är 14 %. Av kvinnor med funktionsnedsättning 16–84 år rapporterar 35 % nedsatt psykiskt välbefinnande medan motsvarande nivå för män är 26 %. Liksom hos övriga befolkningen rapporterades nedsatt psykiskt välbefinnande oftare av personer med kort utbildning och/eller med låg kontantmarginal. (4) Studien *COMPASS* har kopplat psykisk ohälsa som låg självkänsla hos unga till ohälsosamma levnadsvanor och övervikt/fetma (11), vilket i sin tur förstärker risken för ohälsa.

Hos personer med funktionsnedsättning är det markant vanligare med svåra besvär av trötthet och svåra sömnbesvär samt huvudvärk än hos övrig befolkning. Av alla som uppgivit svåra besvär av trötthet hade 59 % en funktionsnedsättning, av alla som uppgivit svåra sömnbesvär hade 55 % också en funktionsnedsättning. Andelen med svåra besvär av trötthet inom gruppen med funktionsnedsättning är 21 % vilket kan jämföras med 4 % i befolkningen. För huvudvärk är andelen inom gruppen 40 % medan det i befolkningen ligger på 25 %. (4)

Även svåra besvär av ångest, ängslan och oro var betydligt mer vanligt förekommande hos personer med funktionsnedsättning. Personer med funktionsnedsättning upplever också hög stressnivå i större omfattning än övriga befolkningen. Självordstankar och självmordsförsök är även de vanligare i denna grupp än genomsnittet i befolkningen. (4)

# Hälsa i arbetslivet

*Arbetslösheten är mycket större bland människor med funktionsnedsättning. En första förutsättning för att personer med funktionsnedsättning ska kunna få en ökad hälsa i arbetslivet är alltså att först och främst ge dem tillträde till arbetsmarknaden.*

Ylva Arnhof  
Onödig ohälsa, 2008 (3)

Statistiska Centralbyråns statistik för 2011 visar att ungefär 16 % av befolkningen har en funktionsnedsättning. Av dessa har 57 % en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Sett i ett befolkningsperspektiv är det ca 9 % av Sveriges befolkning som har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Statistiken visar att nedsatt arbetsförmåga är avgörande för graden av sysselsättning. År 2008 hade bara drygt hälften av personerna med funktionsnedsättning som ger nedsatt arbetsförmåga sysselsättning. Motsvarande andel bland personer med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga i sysselsättning var 78 % och därmed jämförbar med andelen sysselsatta utan funktionsnedsättning. Bland personer med funktionsnedsättning som ger nedsatt arbetsförmåga har nästan hälften, 47 %, ett rörelsehinder, de utgör därmed den största gruppen. Överkänslighet som astma/allergi har näst störst representation och står för 14,5 % medan den tredje största gruppen om 9,4 % utgörs av personer med en psykisk funktionsnedsättning. (1) Det senaste decenniet har sysselsättningsgraden bland människor med funktionsnedsättning successivt sjunkit och glappet mellan invånare med funktionsnedsättning och utan har ökat. (12)

Inom gruppen människor med funktionsnedsättning har 12 % upplevt någon form av diskriminering beroende på funktionsnedsättningen de senaste 5 åren. För personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga och som är i sysselsättning är det betydligt fler; hela 22 %. Det har t ex inneburit att vederbörande inte fått det arbete som söktes trots fullvärdiga meriter eller blivit förbigången i karriärutveckling. (1)

En ny studie pekar på ett starkt samband mellan arbetslöshet och psykisk ohälsa, relationen mellan längden på arbetslöshetstid och ohälsa är påvisbar. (13) Kort utbildning och mer utsatt ekonomisk situation är vanligare bland personer med funktionsnedsättning än i övriga befolkningen. (3, 10) Var för sig ger dessa faktorer höjd risk att utveckla ohälsa för alla invånare, i synnerhet för gruppen personer med funktionsnedsättning.

# Sexuell hälsa

Det är känt att personer med intellektuell funktionsnedsättning har behov utöver ordinarie stöd inom förebyggande sexuell och reproduktiv hälsa. (14) För gruppen finns även en ökad risk för sexuellt utnyttjande och litteraturen talar om svårigheter och risker för ojämlikhet i sexuella relationer. Många har svårt att sätta ord på en sexuell händelse, vilket ofta är nödvändigt för att få adekvat information och råd. (15, 16)

Unga kvinnor med fysisk funktionsnedsättning drabbas oftare av sexuellt våld än unga kvinnor utan funktionsnedsättning (17) och kvinnor med rörelsehinder uttrycker i en enkätstudie svårigheter med sexuellt samliv. (18) Det har även framkommit att det saknas vägledning i samlivsfrågor inom ramen för rehabiliteringsinsatser, det efterfrågas bland annat av personer med traumatiska hjärnskador. (19)

I Folkhälsopolitisk Rapport 2011 uppmärksammas att Ungdomsmottagningar har svårt att på lika villkor nå ut till alla ungdomar. Brister i bemötande av ungdomar med olika former av funktionsnedsättning påvisas och fördjupad yrkeskunskap och förståelse för frågor specifika för gruppen efterfrågas. (10)

# Riktade åtgärder

## **Motverka onödig ohälsa**

Region Västra Götaland genomförde under 2010 den välbesökta utbildningen *Motverka onödig ohälsa* för politiker, tjänstemän och intresseorganisationer. Utbildningen var ett led i Handisams regeringsuppdrag att sprida kunskapen i rapporten *Onödig ohälsa*. Huvudmän för utbildningen var Region Västra Götaland, Handisam, Statens Folkhälsoinstitut, och HSO Västra Götaland. Utvärderingen gav ett positivt intryck av utbildningssatsningen. En tredjedel av deltagarna uppger att de i hög grad eller ganska hög grad arbetar annorlunda. Nya samverkansformer uppges ha utvecklats, förhållningssätt till folkhälsa och funktionshinderfrågor har förändrats och tillgänglighetsarbetet har fått ny energi. (20) En liknande utbildning inom Stockholms läns landsting (SLL) kan med fördel planeras i samråd med funktionshinderrörelsen inom ramen för det samverkansavtal som parterna ingått. Syftet skulle vara att öka medvetenheten och kunskapen om funktionshinderfrågor hos landstingets medarbetare och därmed förbättra möjligheten till hälsofrämjande möten. SLL skulle således uppfylla den inledande målformuleringen av sitt delaktighetsprogram 2011–2015 *Mer än bara trösklar*, att alla förvaltningar och bolag ska vidta åtgärder för att öka medvetenhet och kunskap på området hos sina medarbetare.

## **Delaktig**

I *Folkhälsopolitisk rapport 2011* påtalas att människor med funktionsnedsättning bör ges särskild uppmärksamhet i arbetet med folkhälsans *Målområde 1. Delaktighet och inflytande i samhället*. Häri inkluderas även tillgänglighetsarbete. (10) Detta följs även upp i Stockholms läns landstings (SLL) delaktighetsprogram 2011–2015 *Mer än bara trösklar* som inleds med visionen ”*Alla människor har möjlighet till full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor.*”(21)

Inom hälso- och sjukvårdens arbetsfält finns områden som bör verka för högre patientdelaktighet. Hälso- och sjukvårdslagens (HSL) definition av rehabilitering fokuserar på att stödja individens egna resurser i rehabiliteringsprocessen, därmed synes delaktigheten i rehabiliteringsprocessen tydligt definierad. Bättre måluppfyllelse har också konstaterats i rehabiliteringsprocess med ökad patientdelaktigheten. (22) Uppdraget att utarbeta såväl vårdplan som rehabiliteringsplan i samråd med patienten finns uttalat inom flera av hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden. I styrande dokument för primärvårdsrehabiliteringen finns en uttalad målsättning för både patientens och närståendes delaktighet:

*...patient och närstående upplever trygghet och delaktighet i planering och genomförande av rehabiliteringsinsatser samt ser en helhet i en välfungerande vårdkedja*

## Uppdrag för Primärvårdsrehabilitering Stockholms Läns Landsting

Forskare har konstaterat att barns möjlighet till aktivt deltagande och inflytande över beslut som rör dem själva och i frågor de hyser intresse för har en hälsofrämjande effekt. (23) Barn med funktionsnedsättning har samma önskemål rörande kamrater och socialt deltagande som jämnåriga men erfar inte samma möjligheter. (24) Ungdomar i särskola deltar i mindre utsträckning i idrottsföreningar och är till lägre grad fysiskt aktiva. De har mindre bredd på sina idrottsvanor och uttrycker besvikelse över sin fritidssituation. Detta indikerar att tillgängligheten till idrottsföreningar och andra fritidsverksamheter är begränsad. (8) Det här är barriärer som i samtal med föräldrar till barn med funktionsnedsättning redan identifierats. (25)

Goda erfarenheter av delaktighetsfokuserat arbete med barn med funktionsnedsättning inom Habilitering & Hälsa (H&H), Stockholms läns landsting kan tillvaratagas och vara vägledande. En granskande studie har dock visat att arbetet ofta särskiljer *delaktighet i samhället* och *delaktighet habiliteringsprocess*. De två begreppen ges olika grad av uppmärksamhet, *delaktighet i samhället* röner väsentligen mindre uppmärksamhet.

Måluppfyllelsen i delaktighetsarbetet skiljer sig även åt mellan olika verksamheter inom H&H. (26) I enlighet med Community Readiness modellen av Oetting et al är det viktigt att varje enskild verksamhets kapacitet och benägenhet till förändring granskas så att adekvata verksamhetsutvecklande insatser kan utformas (27,28), till exempel kan olika habiliteringsenheter behöva olika insatser för att uppnå målen i SLLs delaktighetsprogram *Mer än bara trösklar*. (21)

Faktorer som underlättat delaktighetsarbetet har sammanställts i en studie och de inbegriper t ex kontinuerlig fortbildning, decentralisering av fler aktiviteter, engagerat ledarskap, tydlighet och konsekvens i uppdrag och utformande av nyckelroll för samverkan. Alla informanter kunde relatera till att delaktighet i fritidsverksamheter kan underlättas genom samarbete mellan habilitering och kommun. Men för detta finns inte alltid tydlig rollfördelning och organisation. (26) I skriften *Mer än bara lite kul* framhålls just värdet av samarbete mellan flera olika aktörer i lokalsamhället, varav habiliteringen är en, för att uppnå en delaktig fritid för barn, unga och vuxna med funktionsnedsättning. (29)

WHO:s hälsoklassificering *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) ger stöd att beskriva hur en individ fungerar i sin miljö. Individens delaktighet och fungerande i vardagliga situationer är centrala. Bedömningskomponent *Delaktighet* (ICF Komponent 2) ger ett socialt perspektiv och uttrycker ett eget engagemang i en aktivitet. För att erövra förmåga att nå delaktighet kan olika stödjande insatser behövas vilka ICF kategoriserar som *Omgivningsfaktorer* (ICF Komponent 3). (30) I rapporten *Onödig ohälsa* påtalas behovet av tillgänglig information om olika aktiviteter likväl som fysiskt tillgängliga lokaler. Man diskuterar även att vissa funktionsnedsättningar medför initiativsvaghet och att utformning av praktiskt stöd och hjälp att komma iväg

till olika aktiviteter behöver utvecklas, jämför *Omgivningsfaktorer* (ICF Komponent 3). (3,30) En stödjande funktion i form av t ex coach i fritidsfrågor har identifierats som önskvärd insats och diskuterats som möjlig åtgärd för att höja graden av delaktighet i fritidsaktiviteter. En coach kan utgöra stöd i transport till och från en aktivitet, stöd vid start av ny aktivitet, stöd under utförande av aktivitet eller stöd för att vidmakthålla intresse och ambition att delta i en aktivitet. (26) H&H har ett pågående projekt *Livsstilsprojektet* som erbjuder coaching till hälsofrämjande, företrädevis fysisk, aktivitet med central placering i organisationen. (31) Här finns en möjlig utvecklingspotential för ett bredare uppdrag med utökad lokal förankring, något som efterfrågats. (26)

ICFs olika nivåer; samhälle, verksamhet och individ ger möjlighet att strukturerat diskutera hur landstingets olika verksamheter kan medverka till att uppnå ett fullständigt och faktiskt deltagande i i samhället. En socio-ekologisk ansats breddar fokus och ger förutsättning att även inbegripa omgivningsfaktorer såsom fysisk och social miljö.

### **Levnadsvanor**

#### *Fysisk aktivitet*

År 2010 presenterade Socialstyrelsen en preliminär version av *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* med underrubrik *Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning*. Rådgivning om levnadsvanor har delats i tre olika nivåer; *kort rådgivning, rådgivning och kvalificerad rådgivning*. Nivån *rådgivning* kan även kombineras med ett tillägg t ex den skriftliga rekommendationen Fysisk aktivitet på recept (FaR) eller stegräknare, men också med särskild uppföljning i form av ett eller flera återbesök, mejl- eller telefonkontakt. Vid otillräcklig fysisk aktivitet och med syfte att bibehålla en hälsofrämjande aktivitetsnivå över tid rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården erbjuder rådgivning med vissa tillägg, FaR eller stegräknare, kombinerat med särskild uppföljning. Därmed rekommenderas stöd till aktiviteter utanför hälso- och sjukvården. Endast i undantagsfall bör hälso- och sjukvården i egen regi starta grupper i förhoppning att uppnå långvarig förhöjd nivå av fysisk aktivitet. Socialstyrelsen konstaterar att ett resurstillskott sannolikt kommer att krävas för att uppnå rekommendationerna. (32)

I Stockholm är FaR etablerat men fortfarande under utveckling. Här finns potential att fördjupa kunskapen om och bemötande av personer med funktionsnedsättning för att utveckla FaR-metoden att bättre passa även denna målgrupp. Motiverande samtal och särskild uppföljning är grundläggande men en mer omfattande stödjande funktion efterfrågas och kan behövas för att stötta målgruppen i initiativ till aktivitet. (26)

Flera bra exempel på träningsformer för personer med funktionsnedsättning finns över länet, t ex landstingsdrivna PUFFA träningscenter, Friskis&Svettis har enkeljumpa med låg koordination och olika idrottsföreningar som har utvecklat sitt ordinarie utbud att omfatta även tillgänglig verksamhet. Men rapporten *Idrott och motion bland ungdomar i särskolan* uppmärksammar att ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning har väsentligen lägre nivå av fysisk aktivitet, hela 65% uppger sig vara fysiskt inaktiva. De har mindre bredd på idrottsvanor, vilket indikerar att få verksamheter är tillgängliga. (8) Ulf Blomdahl, Stockholms Stad, är huvudförfattare till rapporten och kommenter-



rar: ”Vi ser nu att idrottsrörelsen som enda metod inte räcker, och att inkludering inte kan vara den enda metoden. Det måste även finnas separat verksamhet, med möjlighet till inkludering senare, säger Ulf Blomdahl.”(33) I samtal med föräldrar till barn med funktionsnedsättning framkom att barnen har svårt att ”passa in” i ordinarie idrotts-/fritidsverksamhet, att de har svårt att skapa vänskapsband och att även bibehålla kamratskap. Föräldrarna efterfrågar sammanhang där deras barn med funktionsnedsättning träffar andra barn på lika villkor. (25) Målet att stötta individer till hälsofrämjande fysisk aktivitet närmar sig här målsättningen att öka delaktigheten och tillgängligheten i samhället.

I enlighet med rekommendationer i *Mer än bara lite kul* (29) krävs en väl fungerande samverkan mellan många av samhällets aktörer för att skapa förutsättningar för att människor med funktionsnedsättning ska kunna delta aktivt i olika idrotts- och friluftsverksamheter. Tillgängligheten omfattar såväl fysisk tillgänglighet såsom t ex dörröppnare, tillgängliga duschar, som tillgängligt bemötande och kommunikation. (21) Här behövs sannolikt utbildning av idrottsledare, tränare och personal på olika aktivitetscenter/lokaler för att öka kunskapen och beredskapen att möta personer med funktionsnedsättning. (34) Detta resonemang öppnar för en diskussion om att FaR behöver kompletteras med samverkan runt aktiviteter för att optimalt stötta målgruppen. Även utbildning av och uppdrag för FaR-ledare kan utvecklas.

### *Arena förskola och skola*

En arena av stor betydelse för barns och ungas möjlighet till fysisk aktivitet är för-/skolan och för-/skolgårdens utformning. (35) Det här är av ännu större betydelse för barn och unga med funktionsnedsättning då de i större utsträckning är fysisk inaktiva och till lägre grad deltar i idrottsföreningars verksamheter. (8) Forskning visar att utemiljö med variation av skuggade respektive solbelysta lektytor, naturliga lekområden, kuperad terräng samt en kombination av öppna ytor och passager lockar till fysisk aktivitet. (36) Det är förstås viktigt att en stödjande hälsofrämjande miljö är tillgänglig; fysiskt och kommunikativt, och att miljön utmanar till lek, lärande och upplevelse på olika funktionsnivåer. En hälsofrämjande ansats hos Elevhälsan kan därmed innebära översyn av utemiljöns möjligheter och barriärer. En tillgänglig och inbjudande skolgård erbjuder även möjlighet till aktivt samspel i lek mellan elever vilket stärker kamratskap och självkänsla och motverkar utanförskap och konflikter, potential att främja social kompetens finns. (35) Med ett socio-ekologiskt perspektiv på Elevhälsans hälsofrämjande uppdrag blir det naturligt att inkludera översyn av utemiljöns utformning och betydelse för psykisk hälsa.

### *Övervikt och fetma*

Statistiken tyder på att övervikt och fetma hos personer med funktionsnedsättning behöver ges särskild uppmärksamhet. I planering av insatser, utformning av material och information behövs ett tillgänglighetsperspektiv. För att uppnå hälsofrämjande möten i vården behövs fördjupad kunskap om funktionshinderfrågor hos personal.

Med kunskapen om att övervikt och fetma är mer vanligt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning har ett riktat projekt för boende på gruppboendestäder utformats. Syftet är att utveckla en metod som kan främja både häl-

sosamma matvanor och fysisk aktivitet. Med en socio-ekologisk modell syftar projektet till att stärka individen till hälsosamma val och att utbilda personal så att boendets sociala och fysiska miljö stödjer en mer hälsofrämjande livsstil. Utbudet av hälsofrämjande och tillgängliga aktiviteter behöver inventeras och utökas. Samverkansformer behöver ses över. Den etiska aspekten med individens fria val är viktig att beakta i detta arbete.

Efter utvärdering av slutfört projekt bör man ta ställning till hur liknande satsningar kan ingå i ett basutbud.

### *Tobak och alkohol, spel*

Statistiken påvisar ännu inte uppmärksammade behov och riktade insatser kan behöva utformas. Socialstyrelsen rekommendationer vid daglig rökning är kvalificerad rådgivning individuellt och/eller i grupp, vid riskbruk av alkohol bör hälso- och sjukvården erbjuda rådgivning utan uppföljning. Men även telefonrådgivning och olika webbverktyg för rådgivning har visat goda resultat. (10) För att uppnå önskad effekt av rådgivande och motiverande samtal krävs goda kunskaper om de specifika svårigheter som olika funktionsnedsättningar medför, t ex i kommunikation, interaktion med andra människor och bearbetning av information. Fördjupad kunskap i funktionshinderfrågor hos vårdsektorn skapar goda förutsättningar för hälsofrämjande samtal. I samarbete med olika intresseföreningar kan webbverktyg utvecklas så att de blir tillgängliga utifrån olika perspektiv.

### **Psykisk ohälsa**

Med god psykisk hälsa finns förutsättningar för god balans i livet, bra livskvalitet och ett väl fungerande vardagsliv. (5) Många människor med psykisk ohälsa upplever utanförskap och svårigheter i möten med andra. Personer med annan funktionsnedsättning uppger nedsatt psykisk hälsa oftare än genomsnitt i befolkningen. Samlad erfarenhet och forskning påtalar ett stort behov.

Socialt deltagande är identifierat som en viktig bestämningsfaktor för psykisk hälsa. Denna kunskap öppnar för diskussioner om hur olika aktörer i samhället kan samverka i hälsofrämjande arbete. Offentlig och ideell sektor kan tillsammans skapa förutsättningar för ökat socialt deltagande vilket på sikt även kan påverka tilliten till andra i positiv riktning. Genomtänkta och riktade insatser i samverkan behövs för att den samlade psykiska hälsan markant skall förbättras. För att uppnå attitydförändring i samhällsliv och arbetsliv behöver många sektorer i samhället samverka.

### **Ohälsa i arbetet**

Regeringen uttalar i den funktionshinderpolitiska strategin att förutsättningar för personer med funktionsnedsättning att "...finna, få och behålla ett arbete måste förbättras." (12)

Många människor drabbas av funktionsnedsättning under sitt yrkesverksamma liv. För återgång i arbete är adekvat rehabilitering avgörande. Rehabiliteringsrådet konstaterar i sitt slutbetänkande att "För en optimal rehabilitering behövs även en arbetslivsrehabilitering." (37) Dock konstaterar SLL i *Framtidens hälso- och sjukvård* att olika intressegrupper uppger att man inte får rehabilitering alls, eller att ingen rehabiliteringsplan upprättats. (38)

En avgörande faktor för tillträde till arbetsmarknaden som uppmärksammas i *Onödig ohälsa* är attityder och tillgänglighet. (3) Arbetet med implementeringen av *Enkelt avhjälpta hinder* har utvecklats men riktas primärt mot den fysiska miljön. (39) Tillgänglighet bör ges en bredare innebörd och inkludera fysisk tillgänglighet, bemötande och kommunikation såsom det beskrivs i *Mer än bara trösklar*. (21) Kunskapsspridning och attitydförändring omnämns även i regeringens funktionshinderpolitiska strategi som aktuella områden för insatser. (12)

Både strategin (12) och *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* (2) uppdrar åt offentlig sektor att ta ett utökat ansvar för anställning av personer med funktionsnedsättning. Ett annat specifikt inriktningsmål i strategin är att unga i större utsträckning måste få jobb eller möjlighet att slutföra sin utbildning. I linje med detta pågår projektet *Din kompetens – vår möjlighet* inom SLL i samverkan med HSO, DHR och SRF. Projektet löper under perioden 2010–2012 och avser att utbilda chefer och personalansvariga inom landstinget i funktionshinderfrågor. Målsättningen är att SLL ska bli bättre på att ta tillvara de vinster som en ökad rekryteringsbas och en större mångfald innebär, såväl vid rekryteringar som vid utformning av arbetsuppgifter för de anställda. Utbildningsdeltagarnas utvärderingar har varit mycket positiva och projektet röner uppmärksamhet när andra myndigheter ska utveckla liknande insatser.

### **Sexuell hälsa**

Ungdomsmottagningarna i länet har en viktig uppgift att fylla med sitt förebyggande och hälsofrämjande arbete inom sexuell och reproduktiv hälsa. De har stor kompetens med ett salutogent synsätt.

Ett tidigare regeringsuppdrag finns som rör bemötande och tillgänglighet för ungdomar med funktionsnedsättning. Folkhälsoinstitutet efterfrågar fördjupad yrkeskunskap om förståelse för frågor specifika för gruppen och bemötande av ungdomar med olika former av funktionsnedsättning. (10) Denna efterfrågan är helt i linje med SLLs eget delaktighetsprogram *Mer än bara trösklar* som fokuserar just på bemötandefrågor och kommunikativ och fysisk tillgänglighet. (21)

SLL har samlad kompetens på området inom UNG/Habilitering & Hälsa vars uppdrag är att organisera samtalsgrupper med teman relaterade till att bli vuxen; att flytta hemifrån, arbete, kärlek, sex, Internet-användning. De vänder sig till unga 13–25 år med fysisk eller intellektuell funktionsnedsättning. UNGs verksamhet är förlagd till Rosenlunds Sjukhus. En studie har dock uppmärksammat att det för många brukare är svårt att utnyttja aktiviteter som enbart erbjuds centralt i staden, det är svårt med logistiken runt ett besök, det kan vara för dyrt med SL-biljetten, informationen kommer för sent eller inte alls. (26) Startsträckan till deltagande blir helt enkelt för lång. Lokala ungdomsmottagningar med fördjupad kompetens kan samverka med H&H och gemensamt stärka jämlik tillgång till hälsoinsatser för sexuell och reproduktiv hälsa i när-samhället för unga med funktionsnedsättning.

# Slutsats

Sammantaget visar statistiken över levnadsvanor att personer med funktionsnedsättning i större utsträckning än andra innevånare är fysiskt inaktiva, oftare utvecklar övervikt, röker dagligen och har riskabla spelvanor.

Kunskap om funktionshinderfrågor och levnadsvanor hos personer med funktionsnedsättning behöver fördjupas. Det kan säkerställa att rådgivande möten med personer med funktionsnedsättning blir hälsofrämjande, i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer om förebyggande arbete vid ohälsosamma levnadsvanor. Insatser av denna karaktär behöver kvalitetssäkras med fokus på bemötande och kommunikativ tillgänglighet. (21) Psykisk hälsa, sexuell hälsa och tillgänglig arbetsmarknad är ytterligare områden som behöver uppmärksammas för personer med funktionsnedsättning.

Med kunskap om hälsoläget bland personer med olika funktionsförmåga och funktionsnivå kan en gemensam målsättning förbättra bemötande och öka kommunikativ och fysisk tillgängligheten. Insatser för att nå uppsatta mål kan med fördel planeras och genomföras inom ramen för den samverkan som är etablerad mellan funktionshinderrörelsen och Stockholms läns landsting. Därmed kan hälso- och sjukvården nå uppsatta mål i såväl SLLs *Folkhälsopolicy* som SLLs *Mer än bara trösklar*.

*“...equal opportunity for all produces benefits for all.”*

Maria Larsson, Sveriges Barn- och äldreminister

Det fjärde statspartsmötet om Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, 6 september 2011, FN, New York

# Referenser

- 1 Statistiska Centralbyrån. Statistisk Årsbok för Sverige 2011. Stockholm/Örebro (Sweden): Statistiska Centralbyrån; 2011.
- 2 Regeringskansliet, Socialdepartementet. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Ds 2008: 23. Stockholm (Sweden): Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2008.
- 3 Arnhof Y. Onödig ohälsa. Rapport 2008:13. Östersund (Sweden): Statens Folkhälsoinstitut; 2008.
- 4 Boström G. Hälsa på lika villkor? Rapport 2008:17. Östersund (Sweden): Statens Folkhälsoinstitut; 2008.
- 5 Stockholm Läns Landsting, Folkhälsoguiden. Folkhälsopolicy för Stockholm Läns Landsting. [online] 2005 [cited: 2011.Sept 20] Available from: URL:<http://www.folkhalsoguiden.se/Rapport.aspx?id=1629>
- 6 Statens Folkhälsoinstitut. Övergripande mål för folkhälsa. [online] 2008 [citerad: 2011-09-21] Available from: URL <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/1-Delaktighet-och-inflytande-i-samhallet/>
- 7 Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet. Öppna Jämförelser – Folkhälsa 2009. Västerås (Sweden): Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut; 2009.
- 8 Blomdahl U, Elofsson S. Idrott och motion bland ungdomar i särskolan. Stockholm (Sweden): Stockholms Stad, Forskningsenheten vid Idrotts och Kulturförvaltningarna; 2011. ISBN 91 86768 81-6
- 9 Statens Folkhälsoinstitut. Levnadsvanor Lägesrapport 2010. A 2010:13. Östersund (Sweden): Statens Folkhälsoinstitut; 2010.
- 10 Statens Folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitisk rapport 2011. Rapport 2010:16. Östersund (Sweden): Statens Folkhälsoinstitut; 2008.
- 11 Rasmussen F, Eriksson M, Bokedal C och Schäfer Elinder L. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. COMPASS – en studie i sydvästra Storstockholm. Rapport 2004:1. Stockholm (Sweden): Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting och Statens folkhälsoinstitut; 2004.
- 12 Regeringskansliet. En strategi för genomförandet av funktionshinderpolitiken 2011–2015. Stockholm (Sweden): Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2011.
- 13 Backhans M, Lundin A, Hemmingsson T. Arbetslöshet och psykisk ohälsa – två kohortstudier. 2011:17. Stockholm (Sweden): Karolinska Institutet, Stockholms Läns Landsting; 2011.
- 14 Wells J, Clark KD, Sarno K. A computer-based interactive multimedia program to reduce HIV transmission for women with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2011 Sep 15. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01482.x.

- 15 Eastgate G. Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Publica Mex.* 2008;50 Suppl 2:s255-9.
- 16 Eastgate G. Sex and intellectual disability – dealing with sexual health issues. *Aust Fam Physician.* 2011 Apr;40(4):188-91.
- 17 Haydon AA, McRee AL, Tucker Halpern C. Unwanted sex among young adults in the United States: the role of physical disability and cognitive performance. *J Interpers Violence.* 2011 Nov;26(17):3476-93.
- 18 Frikha F et al. Sexual function in married women with rheumatoid arthritis. *Presse Med.* 2011 Jul 13.
- 19 Gill CJ et al. Exploring experiences of intimacy from the viewpoint of individuals with traumatic brain injury and their partners. *J Head Trauma Rehabil.* 2011 Jan–Feb;26(1):56–68.
- 20 Nordenhielm S. Från rapport till implementering. En utvärdering av Handisams utbildning ”Motverka onödigt ohälsa”. Göteborg (Sweden): FoU i Väst/GR; 2011.
- 21 Stockholms Läns Landsting. Mer än bara trösklar. Stockholm (Sweden); Stockholms Läns Landsting; 2010.
- 22 Sandahl L, Stacke E. Lyckad rehabilitering kräver patientdelaktighet. Jönköping (Sweden): Samrehab, Värnamo sjukhus, Landstinget i Jönköping; 2011.
- 23 Wennerholm Juslin P, Bremberg S. När barn och ungdomar får bestämma mer påverkas hälsan. Rapport 2004:30. Sandviken (Sweden): Statens Folkhälsoinstitut; 2004.
- 24 Haninge Kommun, Kultur och Fritidsförvaltningen. Presentation av Haninge kommuns livsstilsundersökning, särskolan. Haninge (Sweden): Haninge Kommun, Kultur och Fritidsförvaltningen; 2008.
- 25 Holmgren H. Aktiv fritid för barn – med funktionsnedsättning. Umeå (Sweden): Umeå Universitet; 2008.
- 26 Holmgren H. Moving towards a common framework. An explorative study on working methods for Participation in society for children with disabilities. Stockholm (Sweden): Karolinska Institutet; 2010.
- 27 Oetting ER, Jumper-Thurman P, Plested B, Edwards RW. Community readiness and health service. *Subst Use Misuse* 2001 May–June;36(6–7):825-43.
- 28 Guldbbrandsson K . Från nyhet till vardagsnytta: om implementeringens mödosamma konst. Rapport 2007:20. Stockholm (Sweden): Statens Folkhälsoinstitut; 2007.
- 29 Handikappförbundens samarbetsorgan. Mer än bara lite kul. 2nd ed. Sundbyberg (Sweden): Handikappförbunden, Barnombudsmannen; 2007.
- 30 Pless m, Granlund M. Handbok i att använda ICF och ICF-CY. Elanders Hungary Kft (Hungary); Studentlitteratur; 2011.
- 31 Habilitering& Hälsa, Stockholms Läns Landsting. Livstilsprojektet. [online] 2009 [cited: 2011 Sept 23] Available from: URL <http://www.livstilsprojektet.se/index.html>
- 32 Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning 2010. Stockholm (Sweden): Socialstyrelsen; 2010.
- 33 Föräldrakraft/Fakta Press AB. Januari 2011. [online] 2011 [cited: 2011 Sept 23] Available from: URL <http://www.foraldrakraft.se/articles/forskning/idrottsr%C3%B6relsen-n%C3%A5r-inte-unga-med-utvecklingsst%C3%B6rning>



- 34** Statens Folkhälsoinstitut. Funktionsnedsättning, fysisk aktivitet och byggd miljö. R 2011:05. Östersund (Sweden): Statens Folkhälsoinstitut; 2011.
- 35** Faskunger J. Barns miljö för fysisk aktivitet – samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och rörelsefrihet hos barn och unga. R 2008:33. Östersund (Sweden): Statens Folkhälsoinstitut; 2008.
- 36** Wikland M. Förskolegårdar I Bredäng – hur kan utemiljö stimulera till fysisk aktivitet? Stockholm (Sweden): Centrum för Folkhälsa, Stockholms Läns Landsting; 2008.
- 37** Regeringskansliet, Socialdepartementet. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. SOU 2011:15. Stockholm (Sweden); Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2011.
- 38** Stockholms Läns Landsting. Framtidens Hälsa- och Sjukvård. Slutrapport 2011-02-21. Stockholm (Sweden); Stockholms Läns Landsting; 2011.
- 39** Boverket. Enkelt avhjälpta hinder. BFS 2011:13 HIN2. Karlskrona (Sweden): Boverket; 2011.







Stockholms läns landsting  
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen  
Box 6909, 102 39 Stockholm  
Telefon: 08-123 132 00 vx

Beställning av rapporten:  
[informationsmaterial.lsf@sll.se](mailto:informationsmaterial.lsf@sll.se)  
Tfn 08-123 132 99



**Stockholms läns  
landsting**



**HSO i Stockholms län**