

Hur skapar vi bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning?

BESKRIVNING AV OJÄMLIKHETER IDAG SAMT FÖRSLAG PÅ FÖRÄNDRADE ARBETSSÄTT

Förord

Synen på personer med funktionsnedsättning, alltså de som får en insats enligt LSS (Lagen om särskilt stöd och service) eller de som får stöd av socialpsykiatri och har en långvarig psykisk ohälsa, har ändrats till det bättre på många sätt under det senaste decenniet. Från en syn på personer med funktionsnedsättning som ”obildbara” och ”sinnesslöa” till dagens lagstiftningar där målsättningarna är en möjlighet att leva som andra.

Trots lagstiftningar, som syftat till och skapat en förändrad syn på personer med funktionsnedsättning, är hälsan för denna målgrupp långtifrån den samma som för personer utan funktionsnedsättning. Kvinnor och män med funktionsnedsättning har betydligt sämre hälsa och får senare och sämre behandling jämfört med andra målgrupper. De medicinerar oftare mot depressioner, har i högre grad diabetes och lider oftare av övervikt än andra. Bröstcancer upptäcks i ett senare skede hos kvinnor som bor på gruppboende i jämförelse med andra kvinnor.

Listan över ojämlikheter kan göras lång. Det finns inte en enkel lösning på detta. Samarbete, ökad kunskap och förändrade arbetssätt måste till inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård och tandvård.

I denna skrift gör vi en historisk beskrivning, ger exempel på hur det ojämlika hälsoläget ser ut idag och lämnar förslag på förändrade arbetssätt och inspirerande exempel som kan förbättra hälsan hos personer med funktionsnedsättning.

Stockholm, 2018-05-24

Åsa Furén-Thulin

Vård och omsorg

Innehåll

Innehåll.....	5
En historisk tillbakablick	6
Vad är ojämlik hälsa?.....	8
Hur ser det ut idag?	10
Funktionsnedsättning påverkar möjligheten att få rätt stöd	12
Vilka konsekvenser kan bristande insatser leda till?	15
Vad kan göras för att förbättra hälsan för personer med funktionsnedsättning?.....	16
Goda exempel.....	23
Slutord.....	29

En historisk tillbakablick

Under 1900-talet har det skett stora förändringar till det bättre för personer med funktionsnedsättningar. Vi är förbi tiden då kvinnor och män med funktionsnedsättning kallades ”idioter”, ”imbecilla” eller ”sinnesslöa” och ansågs som ”obildbara”. I början och mitten av 1900-talet fick föräldrar som födde barn med funktionsnedsättning rådet att lämna bort sina barn till institutioner.

Inte förrän 1968 blev det skolplikt i Sverige även för barn med funktionsnedsättningar. Under 1980-talet började utflyttningen från de stora institutionerna där så gott som alla flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning bodde kvar på institutioner så sent som i början av 2000-talet.

1989 tog omyndighetsförklaringen bort, det vill säga alla personer över 18 år fick rösträtt och rätt att föra sin egen talan.

1994 kom lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshinder, LSS. Under samma tid genomfördes också psykiatrireformen när de stora mentalsjukhusen stängdes ner. Personer med psykiska sjukdomar fick då flytta till egna lägenheter.

1999 började den första diskrimineringslagstiftningen som omfattade personer med funktionshinder att gälla.

Livsvillkoren har förbättras väsentligt för denna heterogena målgrupp. Vi ser idag till exempel att medellivslängden hos personer med Downs Syndrom ökat med 1,8 år per år mellan 1963-2003. Idag lever personer med Downs Syndrom i snitt över 60 år.¹ Rätten till ett eget boende och en daglig sysselsättning har inneburit en enorm förbättring för alla.

¹ Eva Flygare Wallén Karolinska Institutet

NÅGRA ÅRTAL FÖR UTVECKLINGEN INOM FUNKTIONSHINDEROMRÅDET

- 1935 stiftades lagen om tvångssterilisering, som bland annat omfattade vissa personer med funktionsnedsättning. Lagen gällde fram till 1975.
- 1945 fick personer som var omhändertagna av fattigvården rösträtt.
- 1955 blev insulin kostnadsfritt för personer med diabetes.
- 1962 fick barn med rörelsehinder skolplikt.
- 1968 fick alla barn med utvecklingsstörning skolplikt (1944 fick de barn som ansågs bildbara skolplikt).
- 1968 kom omsorgslagen som gav nya rättigheter för personer med utvecklingsstörning.
- 1969 fick personer med epilepsi gifta sig.
- 1981 erkände riksdagen teckenspråket som dövas första språk.
- 1989 avskaffades omyndighetsförklaringen och alla medborgare över 18 år fick rätt att rösta.
- 1994 kom LSS-lagstiftningen och assistansreformen.
- 1995 genomfördes psykiatrireformen (Psyk-ädel).

Källa Nordiska muséet

Vad är jämlik respektive ojämlik hälsa?

Bland annat i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning², Hälso- och sjukvårdslagen, LSS-lagstiftningen och i Socialtjänstlagen beskrivs rättigheter och möjligheter för alla, oavsett funktionsförmåga, till en god och jämlik hälsa samt goda levnadsvillkor.

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning står bland annat följande att läsa när det gäller hälsa:

”Konventionsstaterna erkänner att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsnedsättning med beaktande av jämställdhetsperspektivet, däribland hälsorelaterad rehabilitering.

Konventionsstaterna ska särskilt

- a) erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende gratis eller subventionerad hälso- och sjukvård samt insatser och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, även när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa samt befolkningsbaserade offentliga folkhälsoprogram,
- b) erbjuda sådan hälsoservice som personer med funktionsnedsättning behöver särskilt på grund av deras funktionsnedsättning,
- d) kräva att hälso- och sjukvårdspersonal tillhandahåller vård av samma kvalitet till personer med funktionsnedsättning som till andra, inbegripet med deras fria och informerade samtycke, genom att bl.a. höja medvetandet om mänskliga rättigheter, värdighet, självständighet och behov för personer med funktionsnedsättning, genom utbildning och utfärdande av etiska normer för offentlig och privat hälsoservice.”

Socialtjänstlagen

² <https://www.regeringen.se/contentassets/0b52fa83450445aebbf88827ec3eecb8/fns-konvention-om-rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning-ds-200823>

I socialtjänstlagen står det exempelvis att:

”8 § Socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med fysiska och psykiska funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på dessa områden.

Kommunen skall planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

8 a § Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.” Lag (2009:981).

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

I LSS-lagen står det bland annat om samordning och goda levnadsvillkor.

”Den enskilde skall genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor.

Insatserna skall vara varaktiga och samordnade. De skall anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.” Lag (2005:125).

Hälso- och sjukvårdslagen

I Hälso- och sjukvårdslagen benämns det så här.

”1 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

2 § Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.”

WHO:s definition av ojämlikheter i hälsa

Enligt WHO (World Health Organisation) finns det ojämlikhet i hälsa ”*när vi har systematiska skillnader i hälsa som bedöms vara åtgärdbara genom rimliga åtgärder globalt eller inom samhället*”(WHO Commission on the Social Determinants of Health, CSDH 2008)

Hälsan ska vara god oavsett:

- kvinnor, män, flickor och pojkar, sociala och ekonomiska faktorer som utbildningsnivå, inkomstnivå, social status,

- geografiska faktorer,
- andra faktorer: Etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, könsöverskridande identitet och uttryck, ålder samt funktionsnedsättning.

Hur ser det ut idag?

Fördelarna med LSS-lagstiftningen³ och psykiatrireformen⁴ är många. Synsättet har förändrats till att se personer med funktionsnedsättningar som kompetenta individer och en del av samhället, istället för personer som behöver behandlas på institutioner och exkluderas från övriga samhället.

Dagens lagstiftning har gett;

- en bättre boendeform – egna lägenheter istället för rum på institutioner,
- ett mer individuellt tänk- att se till varje individ och dennes behov istället för ett kollektivt tänk som på institutionerna,
- en möjlighet till arbete eller sysselsättning på ett annat sätt än vad som fanns på institutioner.

Men reformen bidrog också till att ett glapp skapades när det gäller tillgång till hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvårdskompetens utifrån individens behov. Under omsorgslagen⁵ fanns det utarbetade riktlinjer från Socialstyrelsen som reglerade regelbundna läkarbesök, hälsokontroller och tillsyn över läkemedelsutdelning. Idag är det upp varje kommun och landsting att bestämma hur man vill strukturera hälso- och sjukvården för denna grupp.

För personer med utvecklingsstörning och autism fanns tidigare, i större utsträckning, specifika omsorgsläkare som var kopplade till individen på ett betydligt närmare sätt. Omsorgsläkaren hade kompetens i såväl funktionsnedsättning, som i flexibelt/anpassat bemötande, samt i svårigheter kopplade till funktionsnedsättningen. För att en person med funktionsnedsättning ska få jämlik vård behöver vårdgivaren ha särskild

³ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer1999/1999-15-1>

⁵ Omsorgslagen som kom 1968 var en skyldighetslag som reglerade landstingens ansvar att ta hand om personer med utvecklingsstörning. I denna lag tillförsäkrades också alla barn rätt till undervisning. Den nya omsorgslagen från 1986 var en rättighetslag som reglerade rätten till särskilt stöd utifrån social, medicinsk, psykologisk och pedagogisk specialistkompetens.

kompetens. Det är idag svårt att hitta en specialistläkare som har kunskap om utvecklingsstörning och som kan förstå patientens specifika behov.

För personer med psykisk funktionsnedsättning, liksom för andra grupper med flera olika diagnoser, är svårigheten idag ofta att ingen har en helhetssyn på både den psykiska och somatiska hälsan och hur dessa samspelar.

Professionerna ser mer till det egna specialistområdena. Uppdelningen mellan somatisk och psykiatrisk vård är i många fall också en försvårande omständighet för personer med psykisk ohälsa.

Personal på boenden och i daglig verksamhet/sysselsättning har en social och pedagogisk kompetens, vilket är bra och positivt då man ser till personens förmågor och sätter individen i ett socialt sammanhang. Men personalen behöver också kompetens kring hälso- och sjukvård för att minska den ojämlika hälsan och förebygga ohälsa. De behöver kunna stötta kring kost, motion och hälsosamma val. Personal behöver också veta när kontakt med sjukvård ska tas och kunna vara ett stöd i exempelvis läkarkontakt och i att följa ordination från hälso- och sjukvårdspersonal.

Några exempel på ojämlikheter idag för personer med funktionsnedsättning

Exemplen på ojämlikheter idag är många och finns inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Ojämlikheterna speglar att mer kunskap behövs och att arbetssätt i och mellan organisationer måste ändras.

Svårigheter för såväl brukare/patient som profession uppkommer i mötet eller i gapet mellan behovet hos individen och den hjälp/det stöd som finns att tillgå. Det är i dessa situationer som många av ojämlikheterna uppstår. Här följer några exempel.

- Stillasittande fritid, fetma, daglig rökning och låg konsumtion av frukt och grönt är vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. (Folkhälsomyndigheten 2016)
- Fler personer med funktionsnedsättning, 16 procent, uppger att de röker dagligen jämfört med tio procent i den övriga befolkningen. (Myndigheten för delaktighet 2015)
- Personer med schizofreni som insjuknar i hjärtinfarkt får sämre tillgång till medicinsk vård och läkemedel. (Socialstyrelsen; Lägesbeskrivning 2016)
- Sannolikheten att en person med funktionshinder som drabbas av akut hjärtinfarkt ska behandlas med ballongutvidgning (PCI) är lägre än befolkningen i övrigt. (Socialstyrelsen, Insatser och stöd till personer med

funktionsnedsättning - Lägesrapport 2016)

- Personer med schizofreni får vid hjärtinfarkt inte tillgång till kranskärlsröntgen i samma utsträckning som andra. (Socialstyrelsen; Nationella riktlinjer – lägesbeskrivning 2016)
- Psykiskt sjuka patienter som haft en stroke, har inte samma chans att få en halskärlskirurgi jämfört med kontrollgrupp. (Socialstyrelsen, Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - Lägesrapport 2016)
- Personer med autism lever i snitt 16 år kortare än andra (jämfört med referensgrupp) (Hirvikoski 2017)⁶
- Kvinnor med LSS-insatser och som har bröstcancer, löper nästan en fördubblad risk att dö jämfört med andra bröstcancerpatienter. (Socialstyrelsen Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013)
- Personer med funktionsnedsättning lider oftare av övervikt, diabetes och rubbning av blodfetter – detta leder till metabolt syndrom som kraftigt ökar risken för bland annat stroke. (Flygare Wallén et al ⁷)
- Personer med funktionsnedsättning rör sig mindre och har sämre kosthållning än övriga befolkningen. (Flygare Wallén et al)
- Hos kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning är det 2,4 gånger vanligare med diabetes än hos befolkningen i övrigt. Hos män är det 2 gånger vanligare. (Flygare Wallén et al)

Funktionsnedsättning påverkar möjligheten att få rätt stöd

Det kan uppstå många hinder på vägen när en person med funktionsnedsättning ska söka vård, och tillgänglighetsproblemen kan vara många. Till exempel kan det vara mycket svårt bara att kontakta sjukvården och att få en tid hos läkare eller sjuksköterska. Att sedan dessutom kunna passa tiden innebär för många en stor utmaning. En person som har svårigheter med kommunikation och

⁶ <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/premature-mortality-in-autism-spectrum-disorder/4C9260DB64DFC29AF945D32D1C15E8F2>

⁷ <http://www.publicerat.habilitering.se/betydelsen-av-halsosamma-kost-och-motionsvanor-hos-personer-med-utvecklingsstornig-evidensrapport>

kognition, kanske i kombination med stress, får svårt att förstå sina rättigheter och att ha tillit till den vårdgivare hen träffar. Han eller hon kanske inte ens förstår att hen behöver söka vård eller vet vilken information som är väsentlig att dela med sig av till sjukvården, eller hur och varför man ska följa en ordination.

Hälso- och sjukvårdens ersättningsystem är idag inte anpassat för patienter som behöver mer tid och en kontinuerlig läkare- och sjuksköterskekontakt för att kunna få vård och stöd för sina hälsoproblem. För personer med funktionsnedsättning hamnar också många gånger fokus i mötet med sjukvården på själva funktionsnedsättningen och tar av den begränsade tiden för vad besöket egentligen ska handla om.

För de med en komplicerad sjukdomshistoria finns det många aspekter att väga in. Om patienten dessutom har en intellektuell funktionsnedsättning komplicerar det ytterligare. Förmågan att klara av att beskriva, ett i kanske andra fall enkelt sjukdomsförlopp, kan vara mycket svårt om begrepp som när i tiden, frekvens av något, abstrakta symtom och tidigare historik med mera har betydelse.

Det är också en utmaning för sjukvården att veta vilken information som de ska efterfråga från patienten och som är väsentlig för att ge så bra vård som möjligt. Exempelvis om en person med Autismspektrumstörning söker sjukvård för att hen har ”mycket ont i magen”. Vad behöver läkaren då ta reda på om den neuropsykiatriska funktionsnedsättningen och vad behöver hen ta reda på om övrig livssituation/anamnes?

Kognitiva förmågan kan påverka om individen får vård och rätt insats

Såväl personer med intellektuella funktionsnedsättningar som personer med psykiska sjukdomar har svårigheter med kognitiva och adaptiva funktioner. Detta gäller även personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och vid utmattnings/stressrelaterade sjukdomar.

Den kognitiva och adaptiva förmågan påverkar;

- hur man uttrycker sig/beskriver, känner, kopplar ihop och förstår,
- uppmärksamhet, minne och språklig förmåga,
- hur man hittar, tar sig iväg, kontinuitet, mötesformalia, organiserar och planerar,
- förmågan att starta och stoppa, planera sin tid och ta initiativ, hålla i och hålla ut.

Oavsett om man själv har en funktionsnedsättning eller ej är denna kontaktyta en stor utmaning. Med en egen funktionsnedsättning blir det så gott som en omöjlighet att koordinera alla dessa kontakter. Här kan Samordnad Individuell Plan (SIP⁸) vara ett användbart verktyg (se sid 23).

Vilka konsekvenser kan bristande insatser leda till?

Konsekvenserna av att inte få regelbundna hälsokontroller kan bli allvarliga och omfattande. Till exempel har det visat sig att en vaxpropp, och med det nedsatt hörsel, får konsekvensen att personal tolkar att personen har beteendeproblem, vilket i sin tur kan leda till medicinering kopplat till en beteendestörning.

En synnedsättning eller ett brytningsfel kan göra att en person inte vågar gå över vissa ytor eller i trappor. Det kan tolkas som att individen inte vill, fastän det handlar om att hen inte ser. En person som inte kan uttrycka sig och inte själv kan säga var det gör ont, är helt och hållet utlämnad till personalen och deras kompetens och vilja att förstå och hjälpa. Risken finns att personen får psykofarmaka för ändra sitt beteende, i stället för att få hjälp med det som ligger till grund för symptomet.

Många personer med funktionsnedsättning har omfattande och långvarig medicinering mot exempelvis depression. Medicineringen är ofta inte genomgången på många år. Det är inte heller ovanligt att smärtproblematik beroende på mensvärk, artros, eller i några fall där till och med gallsten missas, på grund av att regelbundna hälsokontroller inte genomförs. Personalen i boendet saknar rätt kunskap eller förutsättningar för att upptäcka smärta. Det förekommer att individer med funktionsnedsättningar har mensvärk, tandvärk, eller ryggont/diskbräck utan att det uppmärksammas av varken personal hemma, på sysselsättning eller av hälso- och sjukvård. (Lunde-Martinson)⁹

8

<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>

⁹ <http://www.smartbojen.se/>

Vad kan göras för att förbättra hälsan för personer med funktionsnedsättning?

Flera forskningsrapporter visar på att personer med funktionsnedsättningar inte bara får sämre behandlingar och behandling senare i ett sjukdomsförlopp. De lever också ett mer passivt och mindre hälsosamt liv än befolkningen i övrigt. (Flygare Wallén)¹⁰ Det behövs därför ökad kunskap och förändrade arbetssätt både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Kommissionen för jämlik hälsa föreslår i sina utredningar följande insatser;

- starta med befintliga ”institutioner” (alltså skola, vård och omsorg) och verksamheter (daglig sysselsättning, boende, kommunal hälso-och sjukvård),
- kärnverksamheterna är viktiga för en jämlik hälsa,
- tillgänglighet och kvalitet (i mötet och insatsen) är viktiga medel,
- mer fokus på främjande, förebyggande och tidiga insatser för jämlik hälsa,
- medborgarperspektivet måste anammas (medborgarens/individens behov i fokus).

Sammantaget behövs mer likvärdighet, med olika insatser för olika behov, för att uppnå mer jämlikhet ”En jämlik och hälsofrämjande hälso-och sjukvård ” (Kommissionen för jämlik hälsa).

Socialstyrelsen skriver i ”Samverkan i re/habilitering- en vägledning” att de grundläggande förutsättningarna för en lyckad re/habiliteringsprocess är att;

- varje person ses som unik med individuella förutsättningar, vilket kräver flexibel planering och mångfald i insatserna,
- kontinuitet när det gäller personal, metod, struktur och information,
- olika insatser kan ges samtidigt och integrerat i stället för efter varandra, vilket kräver gränsöverskridande samverkan.

¹⁰ <https://ki.se/clintec/halsa-hos-unga-med-intellektuell-funktionsnedsattning>

Viktiga kännetecken på en re/habiliteringsprocess.

- Processen utformas och drivs med brukarens individuella behov som grund.
- Aktörerna och brukaren har gemensamt definierat vad som behöver göras, när och av vem för att nå målet förbättrad livskvalitet och nedtecknat detta i en plan.
- Aktörerna och brukaren har i förväg bestämt när processen startar, när den ska avslutas och utvärderas samt hur avvikelser ska hanteras.

(Samverkan i re/habilitering – en vägledning, Socialstyrelsen 2008).

Vad behöver staten göra?

SKL anser att staten behöver stimulera till forskning i syfte att minska skillnader i hälsa samt att säkerställa att det finns evidens för den vård och behandling som ges. Detta gäller även hjälpmedel.

Forskningsresultaten måste också spridas till kommuner och landsting för att komma individer till godo.

Vilket stöd behöver kommunerna för att driva ett hälsofrämjande och förebyggande arbete?

SKL anser att för att kunna driva ett allmänt hälsofrämjande och förebyggande arbete behöver kommunerna stöd och vägledning samt relevant data om hälsoläget för alla. Dessa uppgifter behöver också kunna brytas ned för att se även personer med funktionsnedsättning.

Personal inom socialtjänsten är de som fattar beslut om och/eller möter personer med funktionsnedsättning i vardagen. Det är där stora och viktiga förändringar går att få till.

SKL har gjort ställningstaganden i en mängd frågor kopplat till funktionshinder och delaktighet (Positionspapper¹¹). SKL menar att såväl staten, landsting och kommuner behöver arbeta kring dessa frågor för att minska hinder och öka delaktighet. Exempelvis anser SKL att;

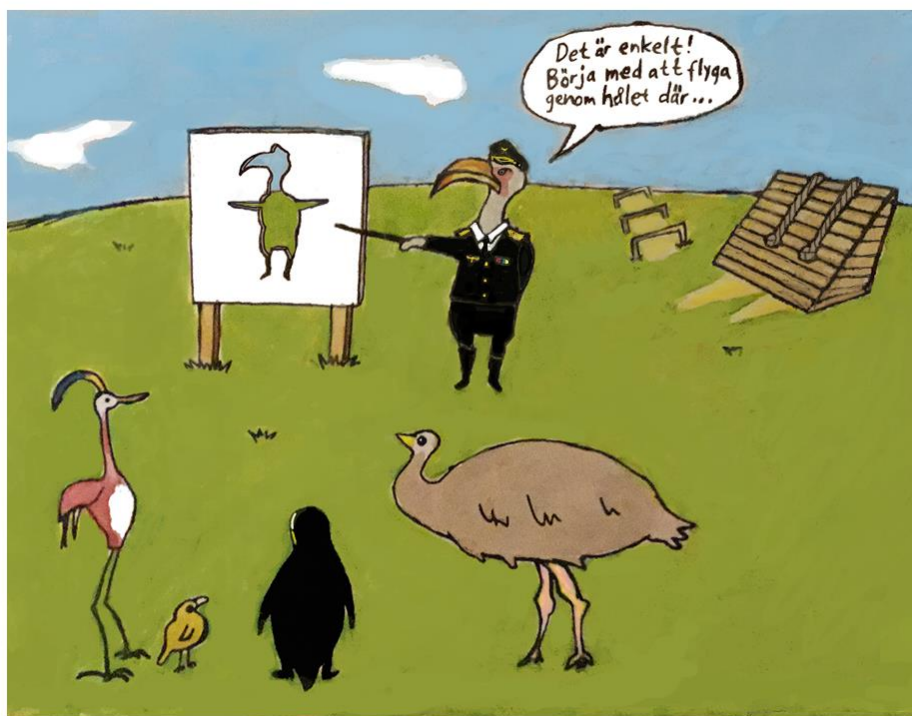
- hälsoklyftor mellan personer med funktionsnedsättning och övriga befolkningen ska minska. Åtgärder för att främja jämlik hälsa bör vara generella men utformade och anpassade utifrån olika gruppers behov och förutsättningar och särskilt utifrån olika funktionsnedsättningar,

¹¹ <https://skl.se/download/18.17d7ef9515fb52994e88f0fc/1510914200490/SKL-16-01194-Positionspapper-Funktionshinder.pdf>

- alla ska ha jämlik tillgång till hälso- och sjukvård samt tandvård. Personal inom dessa områden behöver ha kunskap om olika funktionsnedsättningar och om skillnader i hälsa.

Behov av ökad kompetens inom hälso-, sjuk- och tandvård

Svårigheter och hinder kan bli många för en person med funktionsnedsättning i kontakten med hälso-, sjuk och tandvården. För att erbjuda alla en god och jämlik hälsa krävs det att vi anpassar oss efter individen och dennes förmåga att ta in, bearbeta och förmedla information. Vi behöver i större utsträckning alternativa sätt att möta och kommunicera med individen. Vi behöver också avsätta längre tid för besök och ha ett inlyssnande förhållningssätt som utgår från individen och dennes förmågor och inte förutsätta att alla passar in i den gängse mallen.



Fredlot-18

Det behövs mer kunskap och förändra arbetssätt. Det kan exempelvis handla om alternativa sätt att boka tid, alternativa mötesplatser och information anpassad till målgruppens behov, gärna med bilder och/eller enkel svenska. Arvsfondsprojektet "Kom-hit" i Västra Götalandsregionen har tagit fram en

mängd material som underlättar besök hos tandvård och sjukvård med anpassade kallelser och bildstöd inför, under och efter besök.

Det skulle troligtvis underlätta för många personer om vårdpersonal i större utsträckning skulle kunna göra hembesök. Om kallelser var utformade så att det fanns en bild på hur väntrummet ser ut och/eller på personen man ska träffa. Att innan få veta hur lång tid besöket kommer att ta, vad man ska prata om, och vad som händer efteråt, underlättar också. Här spelar socialtjänstens personal också en viktig roll. De kan följa med på besök, hjälpa till att sortera i den information som ges och stötta individen i vad som är relevant och viktig information att ge till dietisten, sjuksköterskan eller läkaren.

Information i ett väntrum, som exempelvis tydligt visar var man ska sitta och vänta och att när det är din tur kommer personalen att ropa upp ditt namn, skulle också vara till hjälp för många.

I Sörmland har man specialanpassade vårdcentraler för personer som tillhör LSS personkrets ett och två, eller som har omfattande rörelsehinder såsom cerebral pares eller ryggmärgsbråck. Personalen har kompetens om personer med funktionsnedsättning och man avsätter längre tid (en timme) vid varje besök. Vårdcentralens personal har regelbundna möten med habiliteringen och kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

VG-regionen (Västra Götalandsregionen) har specialutsedda habiliteringsläkare och genomför årliga läkarkontroller på samtliga personer inom LSS-personkrets. I primärvården har patienten en fast läkarkontakt och likaså en fast sjuksköterskekontakt. Regionen har en medicinsk riktlinje vars syfte är att säkerställa en medicinskt säker och effektiv vård för vuxna med medfödd funktionsnedsättning. Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelning mellan primärvård, länssjukvård respektive vuxenhabilitering. Mer information om ovan nämnda exempel finns under avsnittet ”Goda exempel” sidan 25.

Behov av ökad kompetensen hos baspersonal i socialtjänsten

För att minska den ojämlika hälsan behöver också personal inom socialtjänsten få mer kunskap inom fler områden, exempelvis kost och motion. Personer med funktionsnedsättningar lärs idag i ett stillasittande och passivt liv. Många har inte erfarenhet av att träna och/eller att bli trötta av fysisk ansträngning. Här har personal i såväl boende som på daglig verksamhet en oerhört viktig roll att inspirera och motivera till aktivitet och rörelse. De behöver hitta sätt att inspirera och stimulera till vardagsmotion och träning, samt tydliggöra vikten av att äta en bättre kost utan att ta bort självbestämmandet för individen. Detta gäller såväl inom sysselsättning/daglig verksamhet som inom boende, och man behöver även ombesörja att vikarier får samma kunskap. Forskningsarbetet ”Hälsosam gruppboende” har i sin forskning/ sitt arbete tagit fram konkreta och exempel på arbetssätt att använda i vardagen för att stimulera aktivitet och inspirera till mer hälsosamma val. (Goda exempel sidan 28.)

Chefer har en viktig roll i detta arbete genom att prioritera och lyfta de här frågorna. Ett sätt är att ha styrdokument och mål inom sysselsättning/daglig verksamhet för daglig fysisk aktivitet/motion och hälsosamma val gällande kost. Det tydliggör att kost och motion är viktigt och en del av arbetet.

Personalen som arbetar i verksamhet, såväl boende som daglig verksamhet/sysselsättning, behöver få möjlighet att diskutera frågor kring mat/kosthållning och motion så att det råder samsyn i gruppen. Personalen kan skilja på den professionella rollen och sin privata uppfattning. De behöver arbeta för att involvera brukaren i frågor kring kost och motion, till exempel genom att ta fram en individuell hälsoplan. Det kan även vara bra om anhöriga och gode män kan vara delaktiga i förbättringsarbetet tillsammans med den berörde, på dennes villkor. I Jönköpings län har man tagit fram en mängd diskussionsfrågor för personalen. Frågorna kan användas som underlag för diskussion i den egna arbetsgruppen, men också som utgångspunkt för samtal med individen och som hjälp i att kunna coacha/stödja individen och se individen i sin kontext. (se avsnittet Goda exempel sidan 28)

Det är en utmaning att som personal hitta en balans mellan självbestämmande och stöttning i förbättrade levnadsvanor. Det krävs ett kreativt och inspirerade arbetssätt utan pekpinnar att kunna motivera och skapa förutsättningar för hälsosamma val i vardagen, samt skapa en trygg och säker miljö.

Länk till sjukvården

Baspersonalen behöver fungera som en länk mellan individen och sjukvården så att alla får samma rätt till vård i rätt tid och med rätt förutsättningar. Det behövs ökad kompetens om att vissa funktionsnedsättningar också kan innebära en ökad risk för medicinska komplikationer och att man som baspersonal måste vara extra observant på detta.

Att flytta från föräldrahemmet till gruppboende innebär för flertalet personer med intellektuell funktionsnedsättning att man går upp i vikt. Detta medför ökad risk för diabetes och förhöjd risk för hjärt- och kärlsjukdomar, något baspersonalen behöver vara vaksamma på.

Personal i boende och daglig verksamhet/sysselsättning måste veta om och när brukare behöver söka sjukvård och kunna stötta dem med detta. Detta gäller både mer akuta ärenden och regelbundna kontroller så som mammografi, hörselkontroll, besök hos optiker och så vidare. För att underlätta för individen kan personalen inför besöket berätta hur lång tid besöket kommer att ta, vad man ska prata om, och vad som händer efteråt. De kan följa med på besök och hjälpa till att sortera i den information som ges, stötta individen i vad som är relevant och viktig information att ge till dietisten, sjuksköterskan eller läkaren.

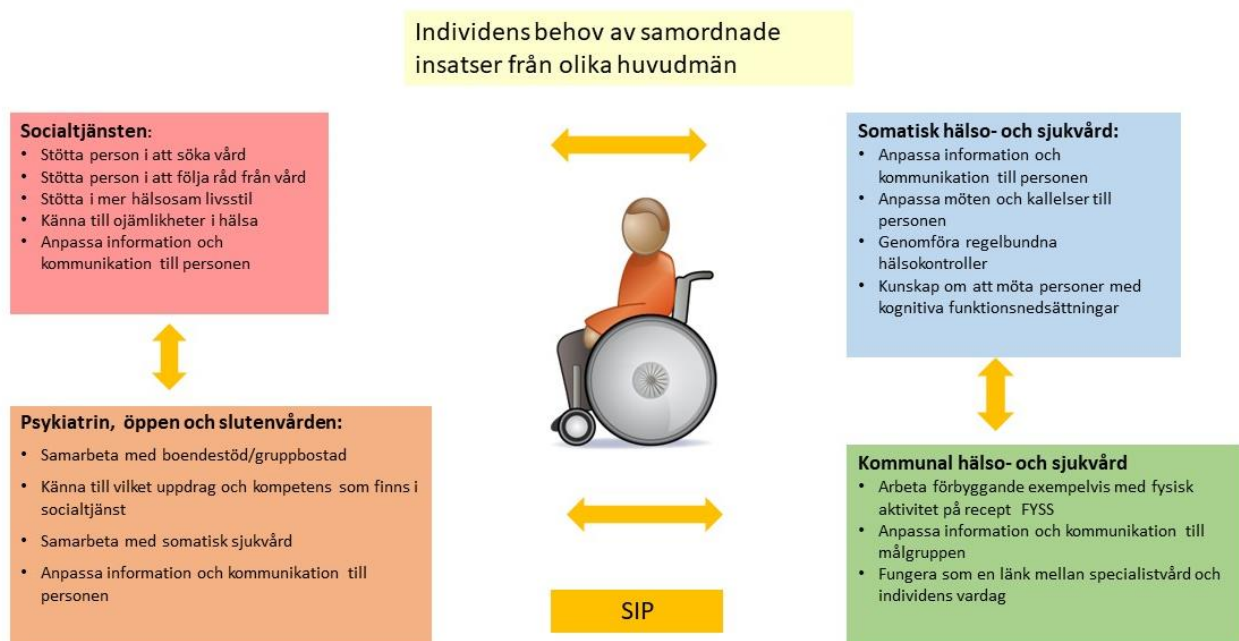
Kommunal hälso- och sjukvårdspersonal

Den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen kan ge råd om hälsosamma val och stötta såväl individ som personal i arbetet. De fyller också en mycket viktig funktion när det gäller att upptäcka signaler på att individens hälsa har försämrats, exempelvis högt blodtryck eller förändrad psykisk hälsa. De kan också ge FaR- fysisk aktivitet på recept.

Personal inom hälso-, sjuk-, tandvård och socialtjänst behöver

- Mer kunskap om hur funktionsnedsättningar påverkar förmågan att leva hälsosamt.
- Stötta individer i att söka vård i tid och ge förutsättningar att följa ordinationer.
- Få mer kunskap om vinsten med och vikten av att använda alternativ kompletterande kommunikation som hjälpmedel.
- Oftare använda alternativa sätt och platser att möta patienter. Om läkare eller sjuksköterska oftare gör hembesök eller använder videosamtal skulle det förenkla för många som har svårt att ta sig till en vårdcentral eller till ett sjukhus. Likvärdig vård och omsorg betyder inte att alla bemöts på samma sätt utan utifrån sina förutsättningar.
- Ökad kännedom om andra yrkesrollers uppdrag och kompetens, till exempel vilket uppdrag och vilka mandat personalen i patientens/brukarens boende har, eller när och hur man ska ta hjälp av dietist.
- Vara medvetna om att en del av svårigheterna och ojämlikheten handlar om stigmatisering.
- Stötta individen i det förebyggande arbetet, genom att förenkla och förtydliga information om kost och motion, eller ge att FaR, fysisk aktivitet på recept.
- Se att även små förändringar i kost- och motionsvanor ger stora skillnader och förbättringar.

- Använda Samordnad Individuell Plan (SIP) där det är tillämpligt. Många personer med funktionsnedsättningar behöver stöd och har insatser från både kommun och landsting. Med en SIP blir det tydligt vem som ansvarar för vad från både kommun och landsting. Det underlättar för den enskilde att veta vem hen ska vända sig till i olika frågor och minskar risken att frågor ”hamnar mellan stolarna”. SKL har tagit fram stödmaterial för dig som deltar och håller i SIP-mötet samt information till den enskilde.
[Stödmaterial om samordnad individuell plan \(SIP\)](#)



Förändring tar tid – viktigt med stöttning

Att som individ göra en förändring i sitt beteende tar tid och det kan ta ännu längre tid om personen har en funktionsnedsättning. Den dagliga verksamheten Mosaikteatern är ett exempel där de arbetat under flera år med att göra små förändringar. Det kan handla om att lära sig vad som är bra att äta till frukost, äta grönsaker till varje måltid och få stöd i vad som är ”lagom” mycket att äta. Att till exempel byta ut läsk mot light-läsk eller smaksatt vatten, eller att äta fullkornsbröd istället för vitt bröd. De har dessutom sedan flera år, gemensam gympa/dans varje morgon. Det är ett bra sätt för alla att starta dagen.

Det viktigaste är att komma igång med dessa frågor, att lyfta in dem som en naturlig del i verksamheten. Även små förändringar i vardagen gällande kost och motion kan innebära stora skillnader och förbättringar för individen.

I avsnittet som följer finns goda exempel hur man inom landsting och kommuner arbetar för att förbättra hälsan för personer med funktionsnedsättning. I inspirations- och checklisten för ett bättre hälsoarbete inom socialtjänsten (en bilaga till denna skrift) finns frågeställningar, tips och länkar till material som kan vara ett stöd i arbetet.

Goda exempel

Trots att en ganska dyster bild målats upp, finns det många goda exempel på hur man inom landsting och kommuner arbetar för att förbättra hälsan för personer med funktionsnedsättning. Alltifrån regelbundna hälsokontroller och längre tid vid läkarbesök, till hälsosamma val och gruppträning.

Här följer några exempel:

Specialanpassade vårdcentraler

I Sörmland har man specialanpassade vårdcentraler för personer som tillhör LSS personkrets ett och två, eller som har omfattande rörelsehinder såsom cerebral pares eller ryggmärgsbråck. Detta utifrån att de kunde konstatera att målgruppen ofta för illa. De sökte antingen ingen vård alls eller konsumerade stora mängder vård. För de personer som inte sökte vård var hälsan ofta kraftigt nedsatt när vården väl kopplades in. Ingen tog ansvar för patientgruppen, utan de hänvisades hela tiden vidare till andra vårdinrättningar.

För att förbättra situationen för målgruppen infördes ett flertal åtgärder. Personalen har nu kompetens om personer med funktionsnedsättning och man avsätter längre tid (en timme) vid varje besök. Vårdcentralens personal har regelbundna möten med habiliteringen och kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Man har en ”vårdlots” som stöttar i att hitta rätt hjälp och tillser att årliga läkarkontroller genomförs.

Under/efter förbättringsarbetet noterade man följande framgångsfaktorer/lärdomar:

- Börjat med ”det lilla”, patient för patient.



- Ta lärdom av varandra – olika huvudmän, olika professioner. Samverkan är en viktig framgångsfaktor!
- Lösningfokuserat synsätt. Det mesta går att göra lite bättre.
- Envishet, att inte ge upp
- Stor målgrupp med skilda behov
- Olika synsätt/behov/förväntningar från olika huvudmän/myndigheter/professioner.

[Läs mer om SMO -samordnat medicinskt omhändertagande för vuxna personer med funktionsnedsättning](#)

Årliga läkarkontroller, speciellt utsedda habiliteringsläkare och regional, medicinsk riktlinje

Västra Götalands-regionen har specialutsedda habiliteringsläkare och genomför årliga läkarkontroller av samtliga personer inom LSS-personkrets. I primärvården har patienten en fast läkarkontakt och likaså en fast sjuksköterskekontakt.

Regionen har en medicinsk riktlinje vars syfte är att säkerställa en medicinskt säker och effektiv vård för vuxna med medfödd funktionsnedsättning. Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelning mellan primärvård, länssjukvård respektive vuxenhabilitering.

Utdrag från den regionala, medicinska riktlinjen VG-regionen:

Helhetssyn och vårdens ansvar

”Vården ska präglas av en helhetssyn, där insatser anpassas till den enskilde patientens behov och förutsättningar. Det är vårdgivarens ansvar att t.ex. underlätta kontakt, anpassa besök, inhämta information från patientens nätverk, kalla till kontroller, och remittera till annan vårdgivare istället för att hänvisa.

Anpassningar

Anpassningar kan behöva göras, till exempel i bemötande och undersökningsteknik, alternativ kommunikation, t.ex. bilder eller tecken, och att avsätta extra tid för besök, hembesök och samverkan.

Samverkan

Samverkan mellan vårdgivare är viktig, då många i patientgruppen har flera olika funktionsnedsättningar och hälsoproblem. Patienter med vård- och omsorgsbehov av såväl regionens sjukvård som av kommunen bör ha en samordnad individuell plan (SIP), för att förtydliga planering och var ansvaret ligger.”

[Läs mer om Västra Götalandsregionens medicinska riktlinje](#)

Mobila psykiatriska team ger vård i hemmet

Psykiatrin i Sörmland har arbetat med mobila team som åker till patienten och ger psykiatrisk vård i hemmet, istället för att bli inlagd på slutenvårdsavdelning. Detta underlättar samarbetet med kommunens boendestödjare och blir bättre ur ett brukar/patientperspektiv då individen får stöd i sitt hem istället för på sjukhus.

Boende på gruppboende i Umeå utmanar sig själva

Uttervägens hjältar är fem personer med intellektuell funktionsnedsättning som bor på en gruppboende i Umeå. De utmanar sig själva och omgivningens stigma genom att bland annat genomföra en Toughest tävling. De har gjort träning till en vardaglig rutin. Genom sin regelbundna träning märker de en förbättrad fysisk och psykisk hälsa. En av de boende uttrycker att hen inte längre är ”lika arg” och samtliga klarar av mer fysisk aktivitet än de trodde att de kunde innan.

[Läs mer om gruppboende Uttervägens hjältar](#)

Bildstöd används inom många delar av landstinget

I Region Dalarna har man infört bildstöd på många delar inom landstingets verksamhet. Alltifrån receptionen, till förlossning, primärvård, provtagning och psykiatrin på Sätters sjukhus arbetar med bildstöd. Initialt var det framtaget som ett kommunikationsstöd med nyanlända då tolk inte alltid fanns på plats eller att tillgå. Men man såg snart att det var användbart i kontakten med flera andra grupper, såsom personer med funktionsnedsättning, strokepatienter och vid demenssjukdomar.

Stöd vid besök hos vården

Arvsfondsprojektet ”Kom-hit” i Västra Götalandsregionen har tagit fram en mängd material som underlättar besök hos tandvård och sjukvård med anpassade kallelser och bildstöd inför, under och efter besök.

[Läs mer och få kunskap om bildstöd i sjukvård och tandvård](#)

Kostnadsfria bildstöd

På den kostnadsfria sidan bildstod.se finns en mängd färdiga bildstöd för olika situationer färdiga att användas. Genom att använda bilder för att förklara viktig information eller kommande händelser blir informationen mer lättillgänglig,

enhetlig och tydlig. Bilder är ett stöd även för personer som kan tala och läsa enklare texter.

Att till exempel med bilder och text förklara hur en provtagning kommer gå till eller ett besök hos tandläkaren gör att individen får mer egen kunskap och känner sig tryggare. Det utgör också ett stöd så att personal i boendet ger samma information. Är man som brukare/patient orolig för vad som kommer att hända blir det ofta så att man frågar personal upprepade gånger vad som ska ske. Om personalen då varje gång svarar på olika sätt, ökar oron troligtvis snarare än att den minskar. Med bilder och text som stöd, kan personalen ge samma information vid varje tillfälle och därmed trygga individen.

[Mer information på bildstöds webbplats](#)

Hälsosamma val även för personalen

Ett omsorgsföretag såg att personalen i grupp- och servicebostäder inte var goda förebilder när det gällde kost under arbetstid. Vid aktiviteter med brukare köpte personalen ofta själva pizza, läsk, stora bakverk och så vidare.

Eftersom företaget har en uttalad hälsoprofil och vill stötta brukare till en mer hälsosam livsstil tog de beslutet att när personal åt för så kallat ”ADL-peng”, det vill säga när företaget står för personalens mat- eller fikakostnader, skulle hälsosamma val göras.

Genom att välja sallad istället för pizza, morötter och vatten istället för pommes frites och läsk och smoothie istället för bulle på café är personalen goda exempel och inspirerar förhoppningsvis till mera hälsosamma val. Brukarna får så klart välja att äta och dricka vad de vill.

Som grund för vad som är bra och mindre bra mat, har de utgått från Livsmedelsverkets rekommendationer.

[Livsmedelsverkets information om måltid i gruppbostad](#)

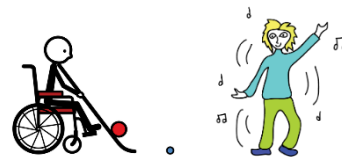
Policy för funktionshinderfrågor

Ljusdals kommun har tagit fram en kommunövergripande policy om hur de ska arbeta för att efterleva FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. I policyn finns med punkter om såväl tillgänglig hälso- och sjukvård som möjligheter och rättigheter till ett hälsosamt liv.

[Ljusdals kommuns policy](#)

Diskussionsfrågor för personal

I Jönköpings län har man tagit fram en mängd diskussionsfrågor för personalen. Frågorna kan användas som underlag för diskussion i den egna arbetsgruppen, men också som utgångspunkt för samtal med individen. De kan också vara till hjälp för att coacha/stödja individen och se hen i sin kontext. Exempel på frågor i materialet är: *Vad kan vi på vår arbetsplats göra för att öka samverkan och bidra till en jämlikare hälso-och sjukvård? Hur kan vi hjälpas åt att identifiera hälsorisker och främja hälsa?*
[Att främja en hälsosam livsstil hos personer med psykisk funktionsnedsättning](#)



Fysisk hälsa vid psykisk ohälsa

Inspirationsskriften ”Fysisk hälsa vid psykisk ohälsa” tar upp möjliga vägar till sundare livsstil för personer med psykisk ohälsa, med konkreta exempel och berättelser från verkligheten. Genom att röra sig regelbundet förbättras inte bara den fysiska hälsan utan även den mentala hälsan. Det skapar förhoppningsvis en positiv spiral.

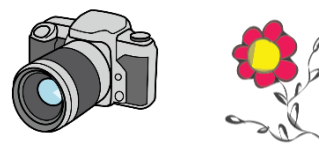
[Inspirationsskriften ”Fysisk hälsa vid psykisk ohälsa”](#)

Praktiska tips i arbetet på gruppbostad

Forskningsarbetet *Hälsosam gruppbostad* har i sin forskning/ sitt arbete tagit fram konkreta exempel på arbetssätt att använda i vardagen för att stimulera aktivitet och inspirera till mer hälsosamma val. Några av deras exempel är;

- gå ”fotopromenad” eller tipspromenad (med olika teman – exempelvis fota fåglar, bilmärken, vägskyltar, trädslag etc.),
- låna en hund att promenera med,
- spela tv-spel med sportfunktion, typ Wii-sport,
- gör Danceaoke- alltså dansa till musikvideor på Youtube,
- spela boule eller krocket.

[Forskningsarbetet hälsosam gruppbostads skrift: Äta röra sig och må bra](#)



HÄR HITTAR DU MER INFORMATION

[Att förbättra munhälsan hos personer med funktionsnedsättning](#)

[Autism och tillgänglighet vården](#)

[Bildstödsverktyg kostnadsfritt](#)

[Bra mat och rörelse](#)

[Engelska widgitsymboler hälsa](#)

[Enkelt bildstöd vid kontakt med vården - besökshjälpen](#)

[Forum Carpes yrkeskrav – hälsofrämjande arbete](#)

[Ansvarsfördelning för medicinskt omhändertagande av vuxna med medfödd funktionsnedsättning –regional medicinsk riktlinje Västra Götalandsregionen](#)

[Hälsosam gruppbostad](#)

[Hälsosamma matvanor- så stärker du din hälsa](#)

[Information om mammografi](#)

[Kom-hit bildstöd för hälso- och sjukvården](#)

[Ojämlig vård, ett hot mot vår sjukvård](#)

[Rutin vid hälsokontroll för personer med Downs syndrom](#)

[Socialstyrelsen webbutbildning om hälsa och mat](#)

[Samverkan vid re/habilitering – en vägledning](#)

[Stöd och verktyg- funktionsnedsättning](#)

[Så kan olika vårdnivåer samverka om levnadsvanor](#)

Slutord

Exemplen på ojämlikheter inom hälso- och sjukvården för personer med funktionsnedsättningar är idag många. De får ofta sämre vård och kan ha svårt att uttrycka sina behov av behandling och stöd. Trots lagstiftning och förändrad syn är hälsan för denna målgrupp långtifrån den samma som för personer utan funktionsnedsättning. Kunskapen inom socialtjänsten för att stötta och förebygga måste öka.

Möjlighet att systematiskt följa upp hälsoläget även för personer med intellektuella funktionsnedsättningar behöver bli bättre så att vi på ett enklare sätt kan följa både individers och målgruppens hälsa.

Vi vill med den här skriften ge en beskrivning av nuläget, men också ge förslag på förändrade arbetssätt som kan förbättra situationen för målgruppen. Det finns många goda exempel från landsting och kommuner som vi hoppas kunna bidra till att sprida.

Med ökad kunskap och gemensamma insatser kan vi minska ojämlikheter inom socialtjänst, hälso- och sjukvården och tandvården för de här personerna. En angelägen uppgift för oss alla.

Hur skapar vi bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning?

Trots lagstiftningar, som syftar till och skapat en förändrad syn på personer med funktionsnedsättning, är hälsan för denna målgrupp långtifrån den samma som för personer utan funktionsnedsättning.

Det finns inte en enkel lösning på detta. Samarbete, ökad kunskap och förändrade arbetssätt måste till inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård och tandvård.

I denna skrift gör vi en historisk beskrivning, ger exempel på hur det ojämlika hälsoläget ser ut idag och lämnar förslag på förändrade arbetssätt och inspirerande exempel som kan förbättra hälsan hos personer med funktionsnedsättning.

Upplysningar om innehållet
Anna, Thomsson, anna.thomsson@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
ISBN/Beställningsnummer: Ange nummer
Text: Anna Thomsson
Illustration/foto: Freddot Carlsson-Andersson
Produktion: Ange namn
Tryck: Ange namn