

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 4 februari 1999 bemyndigades chefen för Socialdepartementet, statsrådet Lars Engqvist, att tillkalla en kommitté bestående av forskare med uppdrag att göra ett välfärdsbokslut över 1990-talet (direktiv 1999:7). Kommittén antog sedermera namnet "Kommittén Välfärdsbokslut". Under år 2000 överlämnade kommittén delbetänkandet *Välfärd vid vägskäl, utvecklingen under 1990-talet* (SOU 2000:3) och de sex forskarvolymerna; *Välfärdens förutsättningar* (SOU 2000:37), *Välfärd, vård och omsorg* (SOU 2000:38), *Välfärd och skola* (SOU 2000:39), *Välfärd och försörjning* (SOU 2000:40), *Välfärd, ofärd och ojämlikhet* (SOU 2000:41) samt *Two of a Kind? Economic crisis, policy responses and well-being during the 1990s in Sweden and Finland* (SOU 2000:83).

Under år 2001 har kommittén kompletterat de tidigare beskrivningarna med uppgifter om utvecklingen under 1990-talets sista år och arbetat med att täcka en del av de kunskapsluckor som identifierats. Kommittén har här strävat efter att ta fram fördjupad kunskap om såväl välfärdens nyckelområden som socialpolitiskt viktiga samhällsgrupper. Detta forskningsarbete publiceras nu i en serie betänkanden och utgör därmed en väsentlig grund för det slutbetänkande som kommittén skall överlämna i oktober år 2001. Hittills har kommittén överlämnat *Välfärdstjänster i omvandling* (SOU 2001:52), *Välfärd och arbete i arbetslöshetens årtionde* (SOU 2001:53), *Ofärd i välfärden* (SOU 2001:54) och *Barns och ungdomars välfärd* (SOU 2001:55).

Föreliggande volym, *Funktionshinder och välfärd*, författad av tre av kommitténs ledamöter, är den femte i serien av skrifter där dessa forskarunderlag presenteras. I fokus för uppmärksamheten står denna gång villkoren för personer med funktionshinder.

Tidigare versioner av kapitlen i föreliggande volym har varit föremål för vetenskaplig granskning. Detta skedde vid ett särskilt seminarium som kommittén arrangerade den 15 maj 2001. Som externa kommentatorer medverkade Eva Jeppsson-Grassman, Karin Paulsson och Jan Tøssebro. Gun-Britt Trydegård i kommitténs sekretariat har språkgranskat volymens kapitel och kommittéassistenterna Monica Berglund och Anna Florell har skött det praktiska arbetet med betänkandets texter, tabeller och figurer.

Det är vår förhoppning att detta betänkande skall bidra till en nyanserad diskussion, baserad på kunskap kring välfärdens tillstånd och utveckling i Sverige.

Stockholm i augusti 2001

Joakim Palme

Åke Bergmark
Johan Fritzell
Olle Lundberg
Lena Sommestad
Marta Szebehely

/Felipe Estrada
Olof Bäckman
Michael Gähler
Ola Sjöberg
Gun-Britt Trydegård

Innehåll

1	Introduktion	9
1.1	Välfärd och välfärdsmätning.....	10
1.2	Funktionshinder och handikapp.....	12
1.2.1	Vem är funktionshindrad?	13
1.2.2	Funktionshindrade i denna studie	17
1.3	Datamaterial	19
1.3.1	Urval och bortfall i ULF	20
1.4	Tidigare forskning om funktionshinder och välfärd	21
1.4.1	SCB:s studier om funktionshindrade vuxna	23
1.4.2	Socialstyrelsens studie av unga förtidspensionärer.....	24
1.4.3	Psykiskt funktionshindrade personers levnadsförhållanden	25
1.4.4	Socialstyrelsens studie av personer med LSS- insatser	26
1.4.5	Levnadsförhållanden bland utvecklingsstörda barn och vuxna	27
1.4.6	Livsvillkorsprojektet – familjer med rörelsehindrade barn	28
1.4.7	Medlemsundersökning i tre handikappförbund	30
1.5	Kunskapsluckor om funktionshindrades levnadsförhållanden	31
2	Funktionshinder i olika befolkningsgrupper – en översikt	35
2.1	Funktionshinder i befolkningen	36
2.2	Funktionshinder och ålder	40

2.3	Funktionshinder i olika grupper.....	45
2.4	Funktionshinder – förändringar över tid och mellan olika befolkningsgrupper	47
	Appendix.....	55
3	Arbete och sysselsättning	63
3.1	Sysselsättningsstatus.....	64
3.1.1	Anställningsform.....	74
3.2	Arbetsvillkor	74
3.3	Arbete och sysselsättning – en sammanfattning	81
4	Ekonomiska resurser	83
4.1	Inkomstskillnader.....	84
4.1.1	Låga inkomster	87
4.2	Ekonomiska svårigheter	93
4.3	Könsskillnader i ekonomiska resurser	101
4.4	Relationen inkomster och ekonomiska svårigheter	102
4.4.1	Den ekonomiska situationen för familjer med funktionshindrade barn	104
4.5	Ekonomiska resurser – en sammanfattning.....	107
	Appendix.....	109
5	Ohälsa och vårdutnyttjande.....	111
5.1	Ohälsa.....	111
5.1.1	Hälsa och hälsomätning.....	113
5.1.2	Långvariga sjukdomar	118
5.1.3	Självskattad ohälsa.....	121
5.1.4	Värk.....	124
5.1.5	Ängslan, oro, ångest.....	128
5.1.6	Kön, funktionshinder och ohälsa.....	129
5.2	Vårdutnyttjande.....	131
5.2.1	Ansats och allmänna överväganden	133

5.2.2	Val av vårdvariabler	134
5.2.3	Kontrollvariabler.....	136
5.2.4	Läkarbesök	137
5.2.5	Att avstå från läkarvård	143
5.3	Sammanfattande diskussion	148
6	Assistans, hjälp och omsorg	151
6.1	"Särskilda boendeformer"	153
6.2	Offentlig hjälp i hemmet – förändringar under 1990-talet.....	155
6.3	Anhörigas omsorgsinsatser	158
6.4	Hjälpmonster bland personer med funktionshinder	159
6.4.1	Definitioner i detta kapitel.....	160
6.4.2	Behov av praktisk hjälp bland funktionshindrade	161
6.5	Vem hjälper den som behöver praktisk hjälp?	162
6.5.1	Yngre och äldre funktionshindrades hjälpmonster.....	162
6.5.2	Hjälpmonster bland personer som bor ensamma respektive tillsammans med andra	167
6.5.3	Utbildningsnivå och hjälpmonster	172
6.6	Vad betyder kön, etnicitet, hjälpbehov m.m. för hjälpmönstren?.....	174
6.6.1	Kommunal hjälp.....	174
6.6.2	Hjälp från anhöriga, vänner och grannar	181
6.6.3	Hjälp från make/maka eller annan hushållsmedlem.....	184
6.6.4	Privat köpt hjälp och annan hjälp	187
6.7	Hjälpbehov och ekonomiska svårigheter	190
6.8	Sammanfattande diskussion	192
7	Funktionshinder och välfärd – sammanfattning och diskussion	197
7.1	Ofärdsutvecklingen under 1990-talet i sammandrag.....	198

7.1.1	Fördelning och förändring av ofärd bland dem under 65 år	200
7.1.2	Fördelning och förändring av ofärd bland äldre	205
7.1.3	Ofärdsutvecklingen och avgränsningar av funktionshinder	207
7.1.4	Formell och informell hjälp.....	210
7.2	Politiska resurser	211
7.2.1	Partipolitiska aktiviteter	212
7.2.2	Politisk fattigdom.....	214
7.3	Uteblivna förbättringar eller uteblivna försämringar?	216
	Referenser	219

1 Introduktion

Under en relativt kort period i början av 1990-talet hamnade Sverige i en djup ekonomisk kris med negativ tillväxt tre år i följd, sysselsättningen sjönk dramatiskt och arbetslösheten nådde nivåer som dittills varit otänkbara i efterkrigstidens Sverige. Den därpå följande statsfinansiella krisen ledde så småningom fram till kraftiga besparingspaket där såväl socialförsäkringar som bidrag skars ner och där likaledes mycket påtagliga åtstramningar genomfördes inom skola, sjukvård och olika former av omsorgsverksamhet (för en översikt se Kommittén Valfärdsboksluts delbetänkande SOU 2000:3). Trots uppgången i konjunkturcykeln under andra halvan av 1990-talet har, enligt tidigare studier, befolkningens levnadsvillkor i många avseenden försämrats och ofärdsproblemen ökat. Framförallt förefaller tre grupper ha drabbats hårdare än andra: ungdomar, barnfamiljer (i synnerhet ensamstående mödrar) och invandrare (se t.ex. Bergmark 2000; Fritzell och Lundberg 2000; Lundborg 2000; Socialstyrelsen 2001a; Börjeson 2001; Gähler 2001; Edin & Åslund 2001).

Några av de relativt få offensiva satsningarna inom socialpolitikens område under denna period rör personer med funktionshinder. Såväl handikappreformen som psykiatrireformen introducerades under perioden och de reala samlade offentliga utgifterna för stöd och service till funktionshindrade personer ökade med ca 40 procent under perioden 1993–97 (SOU 2000:3).¹ Reformerna har samtidigt inneburit en ökad individualisering som sannolikt gynnat många, men där framförallt personer med

¹ *Handikappreformen* som trädde i kraft 1994 hade som syfte att skapa mer jämlika levnadsvillkor för personer med funktionshinder bland annat genom införandet av en särskild rättighetslagstiftning för de svårast funktionshindrade: lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen om assistentersättning (LASS). *Psykiatrireformen* som trädde i kraft 1995 hade som syfte att "förbättra psykiskt stördas livssituation och öka deras möjligheter till delaktighet och gemenskap i samhället" (Regeringens prop. 1993/94:218 sid. 1). Reformen innebar bland annat att kommunerna fick utökat ansvar för psykiskt funktionshindrade personers situation.

psykiska funktionshinder kan ha kommit i kläm (Barron, Michailakis & Söder 2000; SOU 2000:3).

I ljuset av alla dessa förändringar – både negativa och positiva – ser vi det som ytterst angeläget att söka ökad kunskap om vilka förändringar som har skett av funktionshindrades levnadsvillkor under 1990-talet. Syftet med denna studie är att granska vad som har hänt med funktionshindrade personers levnadsförhållanden under 1990-talet och att jämföra dessa med resten av befolkningen under samma tidsperiod. Det innebär att vi vill jämföra både *över tid* och *mellan grupper* för att få veta om funktionshindrade personers levnadsförhållanden har utvecklats i annan riktning än icke funktionshindrades.

Studiens titel är *Funktionshinder och välfärd* – en titel där varken det första eller andra ledet enkelt låter sig avgränsas. Hur välfärd definieras, vilka aspekter av välfärd som man fokuserar på och hur man avgränsar funktionshinder får naturligtvis konsekvenser för den bild av "funktionshinder och välfärd" som framträder. I detta inledande kapitel diskuterar vi kring de båda leden i titeln och ger en översikt över tidigare svenska studier inom området. Vi redovisar även hur vi själva har valt att avgränsa de grupper av funktionshindrade och de aspekter av levnadsförhållanden som vi beskriver och analyserar i resten av rapporten.

1.1 Välfärd och välfärdsmätning

Välfärd är ett begrepp som används med lite skiftande betydelse. Ibland avses välfärdsstatens olika system för transfereringar och tjänster, exempelvis pensioner, sjukförsäkring, vård och skola. I andra sammanhang förstås med välfärd närmast ekonomisk utveckling för individer eller länder. Vi baserar istället vår studie i den tradition av skandinavisk välfärdsforskning där utgångspunkten tas i människans resurser med vars hjälp hon kan kontrollera och styra sina levnadsvillkor. Vi kommer inte här att ta upp någon längre diskussion kring välfärdsforskningens historik och teori (se Kapitel 1 i Fritzell & Lundberg 2000 för utförligare diskussioner i dessa frågor). Trots detta är det på sin plats med några förtydliganden och preciseringar av ett par centrala aspekter.

Den första svenska levnadsnivåundersökningen genomfördes 1968 på uppdrag av den så kallade Låginkomstutredningen. Välfärd definierades i två steg, där först levnadsnivå definierades som "*för-*

fogande över resurser i pengar, ägodelar, kunskaper, psykisk och fysisk energi, sociala relationer, säkerhet m.m. med vars hjälp individen kan kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor" (Johansson 1970:25). Begreppet välfärd används därefter som en "...samlingsbeteckning för individernas levnadsnivå på de områden som medborgarna söker påverka genom gemensamma beslut och genom åtaganden i institutionella former, dvs. genom politiken" (Johansson 1979:138). Denna avgränsning av välfärd är inte så snäv som den vid första påseendet kan verka, men lämnar resurser som exempelvis begåvning och utseende utanför välfärdsbegreppet.

Perspektivet är tydligt aktörsinriktat därigenom att individen själv antas kunna uppnå det goda livet givet att han eller hon har resurser för detta till sitt förfogande. Däremot har forskningen medvetet avstått från att försöka precisera vad som är det goda livet (Allardt 1998). Forskning i denna tradition kring välfärdens nivå, fördelning och förändringar studerar i stället välfärden inom olika sfärer (arbete, hälsa, sociala relationer osv.) i sin negation, det vill säga som bristande resurser eller ofärd. Detta kan också motiveras utifrån socialpolitisk relevans där fokus av naturliga skäl ligger vid välfärdens baksida eller onda förhållanden.

Med utgångspunkten i resurser med vars hjälp man kan styra sitt liv blir det vidare naturligt att individernas faktiska villkor snarare än deras subjektiva värdering av dessa villkor ställs i fokus. Denna skillnad är inte alldeles glasklar i och med att studierna utgår från frågor som besvaras av individerna själva, vilket gör att de alltid innehåller en viss grad av subjektivitet. Trots det är distinktionen viktig, och undersökningarna syftar alltså till att kartlägga hur levnadsförhållandena är och inte till att undersöka hur nöjd individen är med dessa levnadsvillkor. Att studera samspelet mellan resurser och mer subjektiva aspekter av välbefinnande är förvisso en stor och viktig fråga för samhällsvetenskaperna, men att lägga tonvikt vid graden av tillfredsställelse i välfärdsmätningar har den svenska levnadsnivåtraditionen ställt sig kritisk till. Johansson menade exempelvis att den senare typen av ansats tenderar att mäta: "...*de rikas missnöje och de fattigas fördragsamhet*" genom att tillfredsställelse inte bara fångar upp faktiska förhållanden utan också förväntningar och anspråk (Johansson 1979:51).

Med välfärd förstås således någonting mer än ekonomi, men exakt vilka dimensioner som bör inkluderas är därmed ändå inte givet. Traditionellt inkluderas områden som hälsa och vårdutnyttjande, sysselsättning och arbetsvillkor, ekonomiska resurser,

utbildning, familj och sociala relationer, boende, rekreation och kultur, säkerhet till liv och egendom samt politiska resurser. Listan av områden understryker välfärdsbegreppets mångdimensionella karaktär, där såväl materiella som icke-materiella resurser inkluderas. Detta är också en bidragande orsak till att välfärd svårigen låter sig sammanfattas efter en enda dimension.

1.2 Funktionshinder och handikapp

Enligt den miljörelativa handikappdefinition som är allmänt accepterad i Sverige i dag (och som ansluter till WHO:s definition av handikapp) uppstår ett handikapp i mötet mellan en individs funktionsnedsättning och den omgivande miljöns krav och utformning.² Samma funktionshinder kan ha olika betydelse för individen beroende på faktorer i omgivningen, och en person med funktionshinder kan vara handikappad i vissa miljöer eller sociala situationer, men inte andra. Rumslig tillgänglighet, hjälpmedel, omgivningens attityder och en rad andra faktorer påverkar om ett funktionshinder också innebär ett handikapp. Detta miljörelaterade handikappbegrepp slog igenom i statliga utredningar under 1970-talet, och präglade till exempel den proposition som låg till grund för socialtjänstlagen (Regeringens prop. 1979/80:1).

Under 1980-talet fick det miljörelativa handikappbegreppet en allt starkare ställning. I 1989 års handikapputredning (SOU 1991:46) framhålls att begreppet är åtgärdsinriktat. Att betrakta handikapp som ett förhållande mellan en funktionsnedsättning och personens omgivning uppfordrar till förändring av de förhållanden i samhället som hindrar människor att leva ett gott liv. Under 1990-talet har handikappolitiken, åtminstone på den retoriska nivån, ännu tydligare förskjutits från ett individinriktat medicinskt och socialt synsätt mot ett demokratiperspektiv med fokus på *mänskliga rättigheter*. Ett uttryck för detta är FN:s standardregler som antogs 1993 och som har som mål att tillförsäkra människor med funktionshinder jämlikhet och full delaktighet i samhället.³

² För en mer uttömmande begreppsdiskussion och för en analys av det miljörelativa handikappbegreppets genomslag i svensk handikappolitik se Söder (1982); Holme (1999); Tideman (2000a).

³ Standardreglerna är 22 till antalet och gäller funktionshindrade personers rättigheter och staternas ansvar för att undanröja hinder för funktionshindrade personers fulla delaktighet i samhället. I Sverige har Handikappombudsmannen till uppgift att utvärdera de åtgärder som vidtas för att förverkliga standardreglerna. Enligt HO är Sverige i vissa avseenden ett före-

Den nu gällande nationella handlingsplanen för handikappolitiken (*Från patient till medborgare*, Regeringens proposition 1999/2000:79) präglas av detta rättighets- och medborgarperspektiv. Här betonas att "handikappolitiken är en del av den generella välfärden" (sid. 12) och att "ytterst är handikappolitiken en demokratifråga – samhället måste byggas med insikten om att alla människor är lika mycket värda, har samma grundläggande behov [...] Fortfarande ses människor med funktionshinder alltför ofta enbart som vårdobjekt. Följden blir därmed, att handikappolitiken betraktas utifrån ett snävt vårdperspektiv eller möjligen som en social fråga. [...] Väljer man i stället att beskriva handikappolitiken som en demokratifråga innebär det att man försöker se människans mycket skiftande behov och förväntningar [...] Demokrati-perspektivet innebär att erkänna rätten för alla människor att delta i hela samhällslivet" (sid. 24).

1.2.1 Vem är funktionshindrad?

Den relativa eller miljörelaterade förståelsen av handikapp är numera knappast omstridd i Sverige. Begreppsmässigt innebär det att man idag, vare sig inom politik eller inom forskning, talar om handikappade individer, utan om människor med funktionshinder eller funktionsnedsättningar. Ordet handikapp används oftast i sammansättningen *handikappolitik* – en beteckning på olika insatser som syftar till att möjliggöra för personer med funktionshinder att vara lika delaktiga i samhället som andra, eller med andra ord att förhindra att funktionshindret blir handikappande.

Detta innebär dock inte att det råder någon enighet om vad som är ett funktionshinder, hur man ska definiera "personer med funktionshinder" eller om det över huvud taget är meningsfullt att göra sådana avgränsningar. Såväl i politiken som i forskningen används olika avgränsningar i olika sammanhang, bland annat beroende på vad man vill veta och vad man vill använda kunskapen till.

gångsland, t.ex. när det gäller införandet av LSS/LASS (1994) och lagen om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder (1999). Inom andra områden påtalar HO brister i hur standardreglerna efterlevs, t.ex. när det gäller att vissa kommuner inte verkställer för individen gynnande beslut och domar enligt LSS och att många kommuner brister i tillgänglighet till allmänna platser, fullmäktigelokaler och skolor (Handikappombudsmannen 2001).

Barron, Michailakis och Söder (2000) diskuterar två innebörder i begreppet funktionshinder vilka leder till olika typer av avgränsningar. Den första avgränsningen är *administrativ*. Funktionshindrad är den som får någon form av insats eller ekonomisk ersättning relaterad till funktionshindret. Enligt denna typ av definition är den funktionshindrad som exempelvis uppbär handikappersättning eller får insatser enligt reglerna i LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade). Den andra typen av avgränsning utgår från olika *individuella kriterier*, ofta genom att ta fasta på kroppsliga eller psykiska störningar eller svårigheter, t.ex. rörelsehinder eller nedsatt syn.

Den förstnämnda typen av avgränsning kan vara tämligen exakt – det är relativt enkelt att ta reda på hur många och vilka som får en viss insats/ersättning. Men hur många som får är inte detsamma som hur många som behöver. Administrativa avgränsningar är ofta snävare än de avgränsningar som bygger på individernas svårigheter, och påverkas starkt av till exempel tidsandan, ekonomiska samhällsförhållanden, politiska beslut och administrativa rutiner. Det innebär att om man vill följa hur levnadsförhållandena har utvecklats för personer med funktionshinder så är det inte en särskilt lämplig avgränsning. Enligt Barron m.fl. (2000) är det den avgränsning som oftast används när en reform ska utvärderas, t.ex. vid utvärderingen av handikapp- och psykiatireformerna. Man fokuserar då på dem som omfattas av reformen, vilket innebär att man tenderar att inte uppmärksamma eventuella försämringar för grupper som står utanför reformens insatser.

Den andra typen av avgränsning är den som oftast används inom levnadsnivåforskningen. Här är ett av problemen den glidande övergången mellan funktionshinder och icke-funktionshinder. Hur stor ska avvikelserna från det "normala" vara för att det ska vara fråga om funktionshinder? Och vem avgör om det föreligger ett funktionshinder? Är det den funktionshindrade själv, någon myndighet eller profession, eller forskaren? Är det en diagnos från läkare som ligger till grund för avgränsningen, individens egen beskrivning av sin sjukdom/sitt funktionshinder eller sina svårigheter att klara vissa situationer, eller den observerade förmågan att utföra vissa handlingar?

Ett annat problem kopplat till bägge typerna av avgränsningar är att de inte tar fasta på skillnaden mellan funktionshinder och handikapp. Trots att det råder allmän acceptans av det miljörelaterade synsättet på handikapp är båda dessa typer av

avgränsningar starkt fokuserade på egenskaper hos individen, inte på hinder i omgivningen. Den norske handikappforskaren Jan Tøssebro (2001) problematiserar detta: Trots att de flesta aktörer inom både politiken och forskningen ansluter sig till ett miljörelaterat handikappbegrepp faller man tillbaka på individbaserade avgränsningar i uppföljningar och forskningsprojekt. Man studerar med andra ord funktionshinder snarare än handikapp.

Gränsen mellan individ- och situationsbetingade avgränsningar är dock inte alltid entydig. En variant av den individbaserade avgränsningen som ofta förekommer i studier av levnadsförhållanden innebär att man tar fasta på den *vardagliga situationen* och utifrån denna operationellt definierar funktionshindret. Ett exempel är att definiera nedsatt syn som att inte kunna läsa dagstidning – med eller utan synhjälpmedel. Denna förståelse av funktionshinder har i viss mån en relationell aspekt – om två personer har samma synskada, och den ene men inte den andre har tillgång till glasögon som kompenserar synskadan, så är bara den andre funktionshindrad. Ett annat exempel är att definiera rörelsehinder som svårigheter att gå en kortare promenad eller att stiga upp på en buss. Här spelar helt klart omgivningsfaktorer in för definitionen: särskilt möjligheten att stiga upp på en buss beror på både bussens utformning och individens rörelsenedsättning.

De brittiska forskarna Michael Oliver och Colin Barnes (1998), som har haft stor betydelse för formulerandet av kritiken av den individuella handikappmodellen, kritiserar hela ansatsen att "räkna huvuden" för att rättfärdiga socialpolitiska reformer. Grundkritiken är att man genom att fokusera på funktionshindrade människor tenderar att bortse från vad som är funktionshindrande i omgivningen. Oliver har för att tydliggöra skillnaden i perspektiv omformulerat ett antal frågor som används i brittiska studier om funktionshinder. Ett exempel: Enkätfrågan lyder "Hindrar dig dina hälsoproblem/funktionshinder från att gå ut så ofta eller så långt som du skulle vilja?", och i Olivers omformulering "Vad är det i den lokala miljön som gör det svårt för dig att röra dig i omgivningarna?" (Oliver 1990, citerad i Barnes & Mercer 1999:86). Oliver föreslår inte att den andra frågan ska ses som en tilläggsfråga, tvärtom skulle han sannolikt ta avstånd från en sådan ansats. Enligt vår bedömning skulle dock en kombination av frågor om funktionshinder och om hindrande faktorer i omgivningen kunna vara fruktbart, och väl i linje med den moderna synen på funktionshinder och handikapp.

En annan diskussion inom handikappforskningen rör i vad mån det är rimligt att uttala sig om "funktionshindrade" som grupp. Har personer med funktionshinder tillräckligt mycket gemensamt för att det ska vara meningsfullt att kontrastera gruppen mot befolkningen i sin helhet eller mot personer utan funktionshinder? En ståndpunkt här är att "gruppen funktionshindrade" är mer heterogen "än den normalitet, som den urskiljs från" (Holme 1999:77, se även Tøssebro 1998 och 2001). Enligt detta synsätt har exempelvis en utvecklingsstörd och en blind person snarare mindre gemensamt än de personer som förenas av att de inte har något funktionshinder. Ett samlingsbegrepp som "funktionshindrade" tenderar därför att missa viktiga skillnader mellan grupper, och kan därmed innebära att man inte uppmärksammar livsvillkor som är särskilt problematiska för en viss grupp. Mot detta kan hävdas både att heterogenitet inte är något som är specifikt för funktionshindrade som grupp, och att även grupper med samma funktionshinder är heterogena i en rad andra aspekter.

I princip alla funktionshinder är vanligare i högre åldrar, men särskilt i samband med kommunala hjälpinsatser talar man ofta om "funktionshindrade och äldre" på ett sätt som implicerar att man är funktionshindrad fram till 65-årsdagen och därefter är man bara äldre (jfr Parker 1998). Funktionshindrade personer som fyller 65 år förlorar vissa rättigheter, till exempel rätten till bilstöd eller personlig assistent.⁴ Den begreppsliga sammankopplingen av "funktionshindrade och äldre" riskerar att dölja att man kan vara äldre och inte ha några funktionshinder, men också att ett medfött eller tidigt förvärvat funktionshinder kan ha en helt annan innebörd och medföra andra konsekvenser jämfört med ett funktionshinder som uppkommer i samband med åldrandet. I forsknings-sammanhang är det vanligt att skilja på funktionshindrade i olika åldersgrupper, däremot är det ovanligt att skilja mellan dem som blivit funktionshindrade tidigt respektive sent i livet, eller som har varit funktionshindrade en kort eller lång period.⁵

Sammantaget är det inte oproblematiskt att urskilja grupper av funktionshindrade. Detta hindrar oss dock inte från att i det följande göra just detta. Om vi överhuvudtaget ska kunna beskriva

⁴ Lagstiftningen rörande personlig assistans ändrades den 1/1 2001. Den som före 65 års ålder har beviljats rätt till personlig assistent får numera behålla insatsen. Antalet timmar får dock inte höjas, och fortfarande gäller att man inte kan nybeviljas personlig assistent efter fyllda 65 år.

⁵ Se dock Jeppsson-Grassman (2000) som betonar den gradvisa nednötningen av individens välfärd som ett mångårigt funktionshinder kan innebära.

och utvärdera förändringarna under 1990-talet med fokus på det medborgarperspektiv som idag präglar handikappolitiken ser vi det som en första nödvändighet.

1.2.2 Funktionshindrade i denna studie

När det gäller att avgränsa personer med funktionshinder har vi använt oss av flera olika angreppssätt. Vi har valt att redovisa situationen för fem olika grupper av personer med funktionshinder.⁶ Eftersom fokus ligger på resurser med vars hjälp man kan styra sitt eget liv har det fallit sig naturligt att i huvudsak utgå från vardagliga svårigheter, exempelvis om man har svårt att gå en kortare sträcka, har svårt att höra ett samtal eller behöver hjälp med vardagliga sysslor. En grupp identifierats därtill på basis av mer specifika sjukdomar. Grupperna avgränsas utifrån de intervjuades svar på ett antal av ULF-studiernas⁷ frågor enligt följande definitioner:

1. Personer med *nedsatt hörsel* kan inte utan svårigheter höra ett samtal mellan flera personer (med eller utan hörapparat).
2. Personer med *nedsatt syn* kan inte utan svårigheter läsa dagstidning (med eller utan glasögon).
3. Personer med *rörelsehinder* kan inte stiga upp på en buss obehindrat eller gå en kortare promenad på fem minuter.
4. Personer med *långvariga psykiska besvär* har uppgivit att de har en långvarig sjukdom, handikapp eller besvär som har kodats som "psykisk störning" enligt WHO:s klassifikation av sjukdomar, ICD-9. Här ingår därmed personer som angett att de lider av exempelvis psykos eller depressioner, men även personer med utvecklingsstörning.⁸
5. Personer som har *nedsatt rörlighet i armar eller händer* har svårt att bära fem kilo en kortare sträcka eller svårt att gripa, t.ex. vrida på eller av kranar.

⁶ I några sammanhang använder vi oss av andra avgränsningar. Det gäller ett avsnitt i Kapitel 4 där vi jämför den ekonomiska situationen bland familjer som har värdbidrag med övriga barnfamiljers situation. Till skillnad från de övriga avgränsningarna bygger denna uppgift på registerdata och inte på de intervjuades egna uppgifter. I Kapitel 6 som rör funktionshindrade personer som behöver hjälp i vardagen är avgränsningen av tekniska skäl en annan än i övriga kapitel. Denna avgränsning presenteras i det aktuella kapitlet.

⁷ Undersökningen presenteras i avsnitt 1.3.

⁸ Personer med utvecklingsstörning är för få för att särredovisas; de utgör mindre än 10 procent av dem som vi (därmed något oegentligt) avgränsar som en grupp med långvariga psykiska besvär.

Fördelen med att urskilja ett flertal olika grupper med olika slags funktionshinder är att vi därigenom bättre speglar olikheter inom den breda gruppen "funktionshindrade". Samtidigt har denna ansats ett pris genom att gemensamma drag och tendenser i flera funktionshindrade gruppers situation kan döljas av mindre olikheter grupperna emellan. Trots de invändningar som man kan ha mot att slå samman grupper med olika former av funktionshinder har vi därför valt att i tillägg till de fem grupperna redovisa välfärdsutvecklingen för en *sammanfattande kategori*. Denna omfattar dem som har minst ett av de fyra funktionshindren nedsatt hörsel, nedsatt syn, rörelsehinder eller långvariga psykiska besvär. Vi har valt att slå samman dessa fyra grupper för att kunna använda uppgifter från en så sen mättpunkt som möjligt (1998–99), och det bör noteras att de som endast har nedsatt rörlighet i armar eller händer därmed inte ingår (se vidare avsnitt 1.3).

Definitionerna ovan anger vad som i vår studie minst krävs för att person ska anses ha ett funktionshinder. Det är dock viktigt att notera att alla grupperna är heterogena när det gäller funktionshindrets omfattning. Så till exempel har den grupp som har nedsatt hörsel det gemensamt att de inte utan svårigheter kan höra ett samtal mellan flera personer, men vissa är helt döva medan andra utan större problem kan föra ett samtal med bara en annan person närvarande (med eller utan hörhjälpmedel). På samma sätt har den grupp som enligt ovanstående definition har rörelsehinder det gemensamt att de inte kan gå en kortare promenad eller stiga upp på en buss obehindrat. Inom den gruppen ryms både den som i övrigt är helt rörlig i sin omgivning (med eller utan hjälpmedel) och den som inte utan hjälp av andra personer kan förflytta sig ens inom sin egen bostad.

Hur man avgränsar en grupp "personer med funktionshinder" har naturligtvis stor betydelse när det gäller gruppens storlek, men kan också påverka bilden av hur gruppens levnadsförhållanden förändras.⁹ Med en mycket strikt definition blir gruppen liten och funktionshindret allvarligare; med en vidare definition blir gruppen större och mer heterogen när det gäller funktionshindrets grad och art. Här finns inga absoluta sanningar, men det är viktigt att hålla i minnet att olika avgränsningar kan ge olika bilder av välfärdsutvecklingen för personer med funktionshinder.

⁹ Jfr Hem (2000) som på basis av ett antal norska studier om funktionshindrades levnadsförhållanden diskuterar dessa frågor.

1.3 Datamaterial

Våra analyser baseras på Statistiska Centralbyråns Undersökningar av LevnadsFörhållanden (ULF). Denna undersökning genomförs årligen som personliga intervjuer med ett representativt urval av befolkningen i åldrarna 16–84 år. Varje år ingår en kärna av grundläggande frågor, och med hjälp av dessa kan välfärdsutvecklingen följas år från år sedan starten av ULF 1975. I tillägg görs fördjupningar inom ramen för fyra huvudteman enligt ett rullande schema, där varje fördjupning pågår under en tvåårsperiod.¹⁰ Vart åttonde år återkommer därför samma huvudtema. ULF-undersökningarnas upplägg medger därmed också att två eller flera årgångar läggs samman för att större urval skall erhållas. Vill man använda de uppgifter som ingår i fördjupningsdelarna är man dock bunden till de åttaårsintervall som används. I huvudsak jämför vi här situationen 1988–89 och 1998–99, för att därmed kunna jämföra de sista åren av 1990-talet med motsvarande år under 1980-talet. I vissa sammanhang måste vi dock bygga på uppgifter som enbart inkluderas under huvudtemat Hälsa och omsorg, den senare tidpunkten utgörs då av åren 1996–97.¹¹

När det gäller de aspekter av välfärd som vi har valt att studera har vi i mesta möjliga mån sökt inkludera områden som antingen är centrala för välfärd närmast oavsett ansats och områden där vi gjort bedömningen att området är centralt för personer med funktionshinder. Utifrån dessa ställningstaganden har vi valt att fokusera på sysselsättning och arbetsförhållanden, ekonomiska resurser, hälsa och värdutnyttjande, samt assistans, hjälp och omsorg. I någon mån kommer även medborgerliga resurser att belysas. Den närmare presentationen av dessa olika välfärdsområden och vilka indikatorer som vi har använt för att studera dem ges i respektive kapitel.

Åldersmässigt har vi valt att genomgående skilja på redovisningen för personer över respektive under 65 år. Barn och unga under 16 år respektive äldre människor över 84 år ingår inte i SCB:s intervjuundersökning. Det hade varit av stort värde att belysa situationen såväl för de allra äldsta som för familjer med funktionshindrade barn. För att i någon mån belysa den

¹⁰ Huvudtemat Hälsa och omsorg löpte under 1988–89, Fysisk miljö 1990–91, Sociala relationer 1992–93 och Arbetsliv 1994–95, varefter Hälsa och omsorg återkom 1996–97 osv.

¹¹ Detta gäller även de frågor som ligger till grund för att urskilja en av de grupper av funktionshindrade som vi studerar – de som har nedsatt rörlighet i armar eller händer. Det innebär att alla jämförelser för denna grupp gäller 1988–89 och 1996–97.

sistnämnda gruppens situation redovisas i Kapitel 4 en analys av den ekonomiska situationen i hushåll där någon av föräldrarna uppbär vårdbidrag; ett bidrag som under vissa förutsättningar ges till föräldrar till barn med funktionshinder (se vidare Kapitel 4).

1.3.1 Urval och bortfall i ULF

Urvalsstorleken har under årens lopp varierat något men har under senare tid varit ungefär 7 500 personer. Bortfallet, som grovt räknat till tre fjärdedelar består av vägrare och till en fjärdedel av personer som ej anträffas, har sett över en längre tidsperiod tenderat att öka och är under den aktuella perioden över 20 procent (se vidare Tabell 1.1 nedan). En mer utförlig teknisk beskrivning av undersökningarnas genomförande ges t.ex. i SCB 2000, bilaga 1. I vissa fall görs intervjuerna per telefon (ca 20 procent av de svarande under senare år) och lite drygt en procent av intervjuerna görs indirekt, dvs. den som besvarar frågorna är någon annan än urvalspersonen.

I Tabell 1.1 ges en beskrivning av urvalsstorlek och antalet svarande för årgångar av ULF-undersökningarna som vi använder i denna studie. Vi har genomgående tillämpad det statistiska vägningsförfarande som söker att korrigera för bortfall. Vi har därefter omvikat materialet så att antalet observationer i vårt datamaterial överensstämmer med det faktiska antalet svarande. I den studie som SCB publicerade om levnadsförhållanden för personer med funktionshinder under åren 1975–1989 anser man att *"inget tyder på att just handikappade personer skulle förekomma i annan utsträckning bland bortfallet än bland de intervjuade"* (SCB 1992a:30) men också att andelen svårt sjuka sannolikt i högre utsträckning finns bland bortfallet.

Man bör vidare komma ihåg att antalet observationer i många analyser är betydligt färre än antalet i Tabell 1.1. Detta beror delvis på s.k. internbortfall, dvs. att intervjupersonen inte besvarat just den fråga som man studerar, men framförallt beror det på att många analyser endast rör en delmängd av svarandegruppen. Exempelvis ställs självfallet frågor om arbetsförhållanden endast till dem som har ett arbete.

Tabell 1.1. Fältarbetsresultat för ULF för undersökningsåren 1988, 1989, 1996, 1997, 1998 och 1999. Antal i urval, antal svarande och bortfallet i procent av nettourvalet. Andelen vägrare och andelen ej anträffade särredovisade (resterande bortfall utgörs av sjuka). Indirekta intervjuer samt telefonintervjuer anges som procent av de svarande

År	Netto- urval	Svarande	Bortfall % av urval	Vägrare % av urval	Ej anträffad % av urval	Telefon- intervjuade % av svar	Indirekt intervjuade % av svar
1988	8 189	6 522	20,4	14,6	3,7	15,6	1,5
1989	8 155	6 480	20,5	14,7	4,1	15,8	1,4
1996	7 483	5 891	21,3	14,4	5,0	21,5	1,3
1997	7 467	5 807	22,2	14,4	5,8	24,6	1,1
1998	7 472	5 732	23,3	16,3	5,1	17,9	1,2
1999	7 482	5 734	23,4	15,1	6,1	18,6	

Källa: SCB 1991; SCB 1995 samt personlig kommunikation med Sven-Erik Johansson, SCB.

1.4 Tidigare forskning om funktionshinder och välfärd

I en översikt om svensk social- och beteendevetenskaplig forskning om handikapp (Hjelmquist, Rönnberg & Söder 1994) konstateras att – i internationell jämförelse – är kvantitativt inriktade studier av funktionshindrade personers livsvillkor relativt ovanliga i Sverige. Författarna menar att det ”kan spegla en tendens att inom handikappforskningen lägga tonvikten på funktionsnedsättning och handikapp som symbolisk snarare än materiell verklighet”. Utan att nedtona betydelsen av denna mer kvalitativa och socialkonstruktivistiska inriktning uttrycker författarna viss förvåning över att det inte finns mer forskning om funktionshindrade människors levnadsförhållanden, särskilt med tanke på Sveriges ”internationellt sett framstående tradition när det gäller levnadsnivåstudier” (sid. 16).¹² Man betonar att den senare typen av forskning är viktig, inte minst när det gäller att följa konsekvenserna av olika socialpolitiska förändringar. För att stimulera sådan forskning anordnade Socialvetenskapliga

¹² Till en liknande slutsats kom några år senare en internationell utvärdering av den svenska handikappforskningen som också betonar att Sverige har ovanligt goda förutsättningar att bedriva longitudinella befolkningsbaserade studier rörande funktionshinder (Albrecht m.fl. 2001).

forskningsrådet (SFR) ett internationellt seminarium 1996. Delar av detta seminarium dokumenterades under titeln *Methods for studying the living conditions of persons with disabilities* (Hjelmquist & Kebbon 1998). Även av denna dokumentation framgår att forskningen om funktionshindrade människors levnadsförhållanden är begränsad i Sverige, och att det framför allt saknas jämförelser över tid. Detta gäller såväl tvärsnittsstudier som (i ännu högre grad) longitudinella studier, åtminstone av kvantitativt slag.¹³ Bristen på longitudinella studier gör att vi har begränsad kunskap om hur funktionshinder och olika negativa välfärdsfaktorer tidsmässigt hänger samman. Ett exempel: många studier har visat att personer med funktionshinder genomsnittligt sett har lägre utbildning än andra, men vi vet inte i vilken utsträckning detta är en följd av att funktionshindrade personer inte har haft samma tillgång till utbildning som andra grupper eller i vilken utsträckning personer med lägre utbildning löper större risk att bli funktionshindrade, till exempel genom att de hänvisas till mer utsatta och krävande arbeten.

I Sverige liksom i andra länder har dock antalet studier som rör funktionshindrades levnadsförhållanden ökat under 1990-talet. Även för Norges del noteras en liknande ökning av Tøssebro (2001). De norska 1990-talsstudierna är i huvudsak initierade av antingen statsmakten eller handikapporganisationerna, och Tøssebro konstaterar att detta speglar att handikappolitiken i ökad utsträckning ses i fördelningspolitiskt perspektiv. Även de svenska studierna om funktionshindrade personers levnadsförhållanden har i huvudsak initierats av statliga myndigheter eller handikapporganisationer, och det ökade intresset är rimligt att relatera till det medborgar- och jämlikhetsperspektiv som i allt högre grad präglar handikappolitiken. Om handikappolitiken har som mål att skapa ett likvärdigt medborgarskap för människor med funktionshinder framstår det som högst relevant att följa upp i vad mån detta mål uppnås.

I det följande ska vi kort återge de större av dessa svenska 1990-talsstudier. Översikten avgränsas till kvantitativt inriktade studier

¹³ Kvalitativt inriktade studier om funktionshinder och livsvillkor kommer inte att behandlas närmare i denna översikt. Vi vill dock peka på Jeppsson-Grassmans studier om funktionshinder i ett livsloppsperspektiv där hon följt synskadade personer i 18 år (Jeppsson-Grassman 1992, 1993, 2000). För aktuella antologier inom området se även Tideman (1996, 1999), Brusén & Hydén (2000), samt för en översikt över forskning rörande funktionshindrade personers möte med den offentliga hjälpapparaten, Barron, Michailakis & Söder (2000).

av levnadsförhållanden i vid mening. Detta innebär att kvalitativt inriktade studier inte relateras; inte heller de studier som har ett mer begränsat fokus, och som exempelvis enbart studerar relationen till arbetsmarknaden eller till vårdapparaten.

1.4.1 SCB:s studier om funktionshindrade vuxna

De hittills mest omfattande svenska studierna av levnadsförhållanden bland olika grupper av funktionshindrade vuxna har genomförts av Statistiska Centralbyrån. Den ena av dessa studier (SCB 1992a) baseras på SCB:s studier om levnadsförhållanden (ULF), och redovisar i huvudsak situationen vid slutet av 1980-talet (1988–89) med vissa tillbakablickar till 1975. Avgränsningen av grupperna baseras på frågor i de reguljära ULF-undersökningarna, och i studien urskiljs elva olika grupper av personer som har uppgett att de har funktionshinder eller "medicinska handikapp"¹⁴: personer med rörelsehinder, nedsatt syn, nedsatt hörsel, höggradigt nedsatt arbetsförmåga, personer som behöver vardaglig hjälp samt personer som har hjärtsjukdom, lungsjukdom, astma, allergi, diabetes eller psoriasis. De avgränsningar som används baseras på individuella kriterier (i första hand uppgivna sjukdomar) samt, i mindre utsträckning, operationella definitioner baserade på vardagliga svårigheter. Grupperna redovisas inte sammanslagna, dvs. ingen samlingskategori av funktionshindrade redovisas.

Den andra studien (SCB 1992b) redovisar situationen för "nägra medicinska handikappgrupper". Här studeras levnadsförhållanden vid ingången av 1990-talet för ett tiotal grupper, bland annat personer med epilepsi, njursjukdom, kronisk mag- eller tarmsjukdom samt cystisk fibros. Denna studie genomfördes på uppdrag av några mindre handikappförbund, och kan ses som en tilläggsundersökning till den rapport som baserades på ULF-materialet (SCB 1992a) i syfte att beskriva situationen för grupper som antalsmässigt är för små för att kunna belysas med hjälp av urvalet i SCB:s vanliga studier av levnadsförhållanden.

Bägge dessa studier begränsas till åldersgruppen 16–84 år och i bägge studierna jämförs situationen för respektive grupp med resten av befolkningen. De indikatorer på levnadsförhållanden som studeras är de välfärdskomponenter som vanligtvis används i SCB:s

¹⁴ Här kan noteras att SCB använder handikappbegreppet med den individuella innebörd som tidigare var vanlig.

studier om levnadsförhållanden: hälsa och vårdkonsumtion, utbildning, sysselsättning, arbetsmiljö, ekonomiska resurser, boendeförhållanden, sociala relationer, fritidsaktiviteter, trygghet samt medborgerliga aktiviteter. I huvudsak redovisas situationen för yngre (16–64 år) och äldre (65–84 år) var för sig, däremot skiljer man inte på män och kvinnor eller på olika socioekonomiska grupper.

Genom att de båda undersökningarna innehåller uppgifter om en mängd aspekter av levnadsförhållanden för ett stort antal grupper av funktionshindrade, är de mycket informationsrika men också något svåröverskådliga. Inom vissa områden och när det gäller vissa grupper finns det i stort sett inga skillnader mellan funktionshindrade och befolkningen i stort, medan särskilt personer med rörelsehinder och nedsatt syn i en rad sammanhang har betydligt sämre levnadsförhållanden än resten av befolkningen. Personer med nedsatt hörsel och merparten av de olika sjukdomsgrupper som redovisas ligger oftast närmare eller på samma nivå som den övriga befolkningen. Detta mönster gäller exempelvis sådana aspekter av välfärd som förvärvsarbete, ekonomiska svårigheter, semesterresor, valdeltagande och tilltron till att kunna överklaga ett myndighetsbeslut.

1.4.2 Socialstyrelsens studie av unga förtidspensionärer

1989 intervjuade Socialstyrelsen i samarbete med SCB ett slumpmässigt urval av personer med förtidspension eller sjukbidrag i åldrarna 20–44 år, sammanlagt 865 personer (Socialstyrelsen 1992). Urvalet bygger således på en administrativ avgränsning, och omfattar därmed en mindre del av dem som enligt andra avgränsningar skulle betraktas som funktionshindrade. Även denna studie bygger i stort sett på samma frågebatteri som de reguljära ULF-undersökningarna vilket möjliggör en jämförelse med jämnåriga i befolkningen. Studien visar att jämfört med andra i samma ålder har unga förtidspensionärer/sjukbidragstagare betydligt sämre utbildning och mycket sämre ekonomi, de bor oftare ensamma, saknar oftare nära vänner och deltar mer sällan i aktiviteter utanför hemmets väggar. Levnadsförhållandena framstår som särskilt negativa för den grupp av förtidspensionärerna som har psykiska funktionshinder. Detta uppmärksammades av Psykiatriutredningen som bland annat på basis av denna studie sammanfattar, att

”levnadsnivån och välfärden är klart sämre för psykiskt störda än för andra jämförbara grupper” (SOU 1992:73 sid. 125).

1.4.3 Psykiskt funktionshindrade personers levnadsförhållanden

Slutsatsen att psykiskt funktionshindrade personer har sämre levnadsförhållanden än den övriga befolkningen, och även sämre än andra grupper av funktionshindrade, var en viktig drivkraft vid genomförandet av psykiatireformen som syftade till att förbättra levnadsvillkoren för personer med psykisk störning. Mer omfattande studier som visar huruvida levnadsförhållandena kom att förbättras för gruppen har dock ännu inte genomförts.

En lokal studie från Stockholm (Schön 1999) har försökt följa vad som har hänt med livsvillkoren bland personer efter att de skrivits ut från den psykiatriska långtidsvården som så kallat medicinskt färdigbehandlade. Cirka 200 personers situation har undersökts, dels 1995–96 i samband med utskrivningen, dels 3–4 år efteråt, 1999. Vid båda tillfällena var tillvägagångssättet en enkät till patentens/klientens kontaktperson. Enligt studien är det ingen av de medicinskt färdigbehandlade som har arbete på den öppna arbetsmarknaden eller som studerar. Däremot är det betydligt fler (jämfört med vid utskrivningen) som har någon form av regelbunden sysselsättning. Det är också fler som utför sådana vardagliga sysslor som att handla mat eller sköta sina postärenden. Det är fler som bor i någon form av eget boende, oftast i kollektiv form t.ex. sjukhem, gruppboende eller servicehus. Ingen saknar bostad och ingen delar rum med någon annan, men 20 procent saknar nyckel till sin bostad och endast 16 procent bor i egen lägenhet i ett vanligt bostadsområde. Boendestandarden har höjts, men det har även boendekostnaderna, något som enligt studien har bidragit till ekonomiska svårigheter för många inom gruppen. Trots fysisk integrering genom egen bostad eller småskaliga kollektiva boendeformer i samhället har de sociala kontakterna med andra än personal och andra boende inte ökat jämfört med vid utskrivningen, inte heller har andelen som deltar i olika fritids- eller kulturaktiviteter ökat. Slutsatsen av denna studie, som således är en av de få som möjliggör en jämförelse över tid under 1990-talet, är att steget till att fullt ut leva som andra fortfarande är långt (Schön 1999).

1.4.4 Socialstyrelsens studie av personer med LSS-insatser

Som ett led i Socialstyrelsens utvärdering av handikappreformen genomfördes en studie av levnadsförhållanden bland personer under 65 år som ansökt om LSS-insatser under 1994 och 1995 (Socialstyrelsen 1997a; Hedquist 1997). Studien avgränsas till den grupp som bedömts tillhöra personkrets tre, dvs. de som har omfattande fysiska eller psykiska funktionshinder och som inte innefattades av den tidigare omsorgslagen. Denna administrativa avgränsning innebär att man intresserar sig för den "nya" grupp som kom att omfattas av LSS. Studien genomfördes som totalundersökning i sju kommuner och omfattar intervjuer med drygt 300 personer (bortfallet var relativt högt, 41 procent).

Studiens syfte var dels att jämföra levnadsförhållanden i undersökningsgruppen med hela befolkningen, dels att analysera betydelsen av de olika LSS-insatserna för personernas självbestämmande och delaktighet i samhällslivet. Studien använde därför dels frågor från SCB:s studier av levnadsförhållanden, dels frågor om LSS och andra kommunala insatser. Resultaten visar på ett liknande mönster som de tidigare nämnda studierna: den intervjuade gruppen är heterogen, men jämfört med befolkningen i stort står fler utanför arbetsmarknaden, fler har ekonomiska svårigheter, fler bor ensamma och fler saknar sociala kontakter. Även i denna studie framstår situationen för personer med psykiska funktionshinder som mer negativ jämfört med dem som har andra typer av funktionshinder. Möjligheter att jämföra med situationen före handikappreformens genomförande är begränsad, men på en fråga om de intervjuade anser att deras levnadsförhållanden har förändrats under de senaste tio åren svarar cirka 45 procent att de har försämrats, knappt 40 procent anser att förhållandena har förbättrats medan 15 procent anser att situationen i stort sett är oförändrad. De som anser att situationen försämrats hänvisar i huvudsak till försämrad hälsa, medan hälften av dem som anser att situationen har förbättrats relaterar förbättringen till att de har beviljats personlig assistent. Den grupp av de intervjuade som har personlig assistans uppger i betydligt högre utsträckning än de som har andra insatser (t.ex. ledsagarservice eller kontaktman) att deras självbestämmande och möjlighet att delta i samhällslivet har påverkats positivt av LSS-insatsen.

1.4.5 Levnadsförhållanden bland utvecklingsstörda barn och vuxna

En studie som explicit har ambitionen att jämföra hur levnadsförhållanden för en grupp funktionshindrade personer har förändrats under 1990-talet är Magnus Tidemans doktorsavhandling som rör levnadsvillkoren för barn, ungdomar och vuxna med utvecklingsstörning (Tideman 2000a, se även Tideman 1997 och 2000b). Studien bygger på en totalundersökning av personer med utvecklingsstörning i Halland 1991 och 1995, och baseras på enkätsvar från 400–500 vuxna utvecklingsstörda. I runt en tiondel av fallen besvarades enkäten av den utvecklingsstörde helt på egen hand, i resten av fallen av en företrädare, oftast någon personal, antingen ensam eller tillsammans med den utvecklingsstörde. Vidare besvarade runt 300 föräldrar till utvecklingsstörda barn och ungdomar i Halland en enkät vid samma tidpunkter.

I studien jämförs situationen för personer med utvecklingsstörning före och efter kommunaliseringen, institutionsavvecklingen och handikappreformen. Den övergripande frågan kan förenklat formuleras som "Har det blivit bättre efter kommunövertagandet?", och i så fall "Har det blivit bra nog?". Den första frågan belyses genom jämförelser mellan de båda tidpunkterna, den andra frågan genom att jämföra de utvecklingsstördas situation med den övriga befolkningens villkor enligt SCB:s ULF-undersökningar. Här görs även en bedömning av huruvida skillnaderna mellan de utvecklingsstörda och resten av befolkningen har ökat eller minskat under perioden.

Enligt studien har personer med utvecklingsstörning vid båda tillfällena i de allra flesta avseenden sämre levnadsvillkor än befolkningen i övrigt. Totalt sett har skillnaderna i livsvillkor inte förändrats på något avgörande sätt under 1990-talets första hälft, men något fler försämringar än förbättringar rapporteras.¹⁵

Andelen som har ekonomiska svårigheter har ökat mer bland vuxna utvecklingsstörda än i befolkningen i övrigt. Familjerna med utvecklingsstörda barn och ungdomar visade sig 1995 ha ungefär samma disponibla inkomster som befolkningen i stort, däremot uppgav man betydligt oftare än andra barnfamiljer att man hade ekonomiska svårigheter. Detta kan bero på att familjerna har större

¹⁵ Författaren påpekar att förändringarna i levnadsvillkor inte på ett enkelt sätt kan kopplas till de genomförda organisationsförändringarna; andra förändringar som den ekonomiska krisen och åtstramningar inom samhällsekonomin har sannolikt haft väl så stor betydelse.

utgifter än andra barnfamiljer genom merkostnader som kan relateras till funktionshindret. Här ges ingen uppgift om eventuell förändring över tid.

De vuxna utvecklingsstörda i studien har i allmänhet förtidspension, men den lilla grupp som vid det första tillfället befann sig på den öppna arbetsmarknaden hade decimerats kraftigt vid det andra tillfället, något som författaren tolkar som att personer med utvecklingsstörning drabbades hårdare än andra av lågkonjunktrens effekter under 1990-talets första hälft.

När det gäller boendet har förändringen gått till det bättre: vid båda tillfällena bor de flesta i någon form av gruppbostad, men institutionslikheten har minskat och hemligheten har ökat, t.ex. genom att fler har egen köksutrustning, brevlåda, namnskylt och nyckel.

Kontakt med anhöriga har ökat något mellan de båda tidpunkterna, medan kontakt med vänner och grannar har minskat och färre uppges ha någon nära vän. Författaren tolkar både den ökade anhörigkontakten och den minskade vänkontakten i ljuset av vårdhemsavvecklingen. De utvecklingsstörda har i många fall flyttat närmare sin hemort vilket sannolikt har möjliggjort närmare kontakt med familj och släkt, samtidigt som uppbrottet från vårdhemmet innebar uppbrott från utvecklade vänkontakter som inte (ännu?) har ersatts av nya relationer. Författaren menar – med reservation för att uppgifterna i huvudsak bygger på personalens bedömningar – att ”resultaten visar att institutionsavvecklingen och decentraliseringen hittills totalt sett inte medfört någon märkbar social integrering” (Tideman 2000a:118).

1.4.6 Livsvillkorsprojektet – familjer med rörelsehindrade barn

Riksförbundet för Rörelsehindrade barn och ungdomar (RBU) genomförde 1997 en enkätundersökning som besvarades av 860 familjer med rörelsehindrade barn (Paulsson & Fasth 1999). En anledning till studien var att man från förbundets sida var missnöjd med att barn- och familjeperspektivet sällan blivit belyst i tidigare utredningar inom handikappområdet. Man vände sig till ett slumpmässigt urval av barn inskrivna vid habiliteringsenheterna. För att både kunna jämföra med andra barnfamiljer och fånga de speciella problem som är relaterade till funktionshindret valde man att ställa

dels "allmänna" levnadsnivåfrågor från ULF-undersökningarna, dels specifika "handikapprelaterade levnadsnivåfrågor" (sid. 16). Förutom frågor med fasta svarsalternativ fanns även öppna frågor där föräldrarna fick möjlighet att med egna ord kommentera sin och barnets situation.

I den rapport som publicerats från studien har dessa personliga kommentarer fått stort utrymme och utgör ett viktigt komplement till sifferuppgifterna. Rapportens titel är hämtad från en av dessa kommentarer: "Man måste alltid slåss på byråkraternas planhalva!" Denna kommentar har sin siffermässiga bakgrund i att hälften av studiens barnfamiljer har mött större eller mindre svårigheter att få stödinsatser för barnet, 36 respektive 40 procent är i olika grad missnöjda med samarbetet med försäkringskassan respektive kommunen, och hälften har överklagat ett eller flera myndighetsbeslut (av dessa har 60 procent fått helt eller delvis rätt).¹⁶

Jämfört med andra barnfamiljer har familjerna med rörelsehindrade barn oftare ekonomiska svårigheter. 40 procent uppger att de har merkostnader för barnets funktionshinder som de inte får ekonomisk kompensation för, 53 procent anser att de under de senaste tolv månaderna har fått ekonomiska försämringar på grund av minskade bidrag eller höjda avgifter. 35 procent uppger att de har haft svårt att klara löpande utgifter under det senaste året, vilket kan jämföras med 22 procent av alla barnfamiljer 1996–97 enligt ULF-undersökningarna.

En än mer påtaglig skillnad är att föräldrarna – särskilt mammorna – har betydligt sämre hälsa än andra barnföräldrar. Författarna noterar att hälsan bland föräldrar till rörelsehindrade barn, såvitt de kan bedöma, inte har studerats tidigare. "Med tanke på att barn med rörelsehinder (ofta kombinerat med ytterligare funktionsnedsättningar) behöver mycket hjälp med att lyftas och bäras är detta förvånande" (Paulsson & Fasth 1999:90). 40 procent av mammorna och 25 procent av papporna till de rörelsehindrade barnen anser att de har sämre hälsa än andra. Motsvarande andelar bland barnfamiljer enligt ULF-undersökningarna 1996–97 är 10 respektive 8 procent. Bland ensamstående mammor med rörelse-

¹⁶ Även föräldrarna till utvecklingsstörda barn i Tidemans studie uttrycker en liknande kritik när det gäller myndighetskontakter. Tideman konstaterar att föräldrarna, trots att de är positiva till kommunens stöd och service "tydligt påtalar att inget fäs utan kamp. Att få den mest basala hjälpen till sitt barn och till familjen är en ständig kamp. I alla sammanhang måste föräldrarna vara starka och hävda sina behov och rättigheterna till hjälp" (Tideman 2000a:161). Också länsstyrelserna har på senare tid uppmärksammat att "familjer med funktionshindrade barn tvingas bära allt tyngre bördor" (Regeringens skrivelse 1999/2000:102, sid. 90).

hindrade barn bedömer hela 52 procent sitt hälsotillstånd som sämre än andras; att jämföras med 16 procent av ensamstående mödrar i allmänhet enligt ULF 1996-97.¹⁷ Belastningssmärtor nämns som problem av 60 procent av mammorna till rörelsehindrade barn; i de fall där barnen inte alls eller endast med stora svårigheter kan gå gäller detta åtta av tio mammor.

1.4.7 Medlemsundersökning i tre handikappförbund

Handikappolitiska utredningsinstitutet (HANDU) genomförde 1996 en telefonintervjustudie bland medlemmar i De Handikappades Riksförbund (DHR), Synskadades Riksförbund (SRF) samt Sveriges Dövas Riksförbund (SDR).¹⁸ Totalt intervjuades drygt 2 000 personer. Bortfallet var lågt i de två förstnämnda organisationerna (12–15 procent), medan bortfallet bland SDR:s medlemmar var 48 procent bland de yngre och 87 procent bland de äldre (65 år eller äldre).¹⁹ (Pga. det höga bortfallet i denna grupp redovisas i det följande endast resultat från de två förstnämnda grupperna.) I rapporten poängteras att urvalsmetoden sannolikt påverkar resultaten eftersom svarspersonerna är "funktionshindrade individer som genom ett aktivt handlande har ingått i en intresseorganisation" (HANDU 1996:20).

Även denna studie kombinerar frågor från ULF-undersökningarna med specifika handikapprelaterade frågor som utformats i samråd med berörda organisationer. I rapporten görs inga jämförelser med befolkningen i stort.

En jämförelse med ULF-undersökningarna 1996–97 (våra egna analyser) visar att jämfört med motsvarande åldersgrupper i befolkningen i stort är ekonomiska svårigheter vanligare bland de äldre (65–84 år) men inte de yngre (16–64 år) medlemmarna i DHR och SRF. Andelen som inte har gjort någon semesterresa är högre bland både yngre och äldre medlemmar i de båda handikapporganisationerna, särskilt bland synskadade.

Cirka två tredjedelar av de yngre rörelsehindrade och cirka hälften av de yngre synskadade anser att de skulle klara av att för-

¹⁷ Egna beräkningar från SCB:s ULF-undersökningar 1996–97 samt från RBU-studiens data från 1997 som vi har fått ta del av genom tillmötesgående av Karin Paulsson, RBU.

¹⁸ HANDU bildades 1995 av de tre nämnda handikapporganisationerna och har som uppgift att i opartisk anda bedriva utredningar inom handikappområdet.

¹⁹ De döva intervjuades med texttelefon vilket sannolikt bidragit till det mycket höga bortfallet.

fatta en skrivelse och överklaga ett myndighetsbeslut. Bland de äldre är motsvarande andelar cirka hälften respektive cirka en tredjedel. Motsvarande andelar i hela befolkningen enligt ULF-undersökningarna är 73 procent i åldersgruppen 16–64 år och 51 procent i åldersgruppen 65–84 år. Det är således färre bland framför allt de synskadade som tror sig om att kunna författa en skrivelse. I HANDU:s undersökning ställs inga frågor om man faktiskt har överklagat beslut, inte heller om man har känt behov att göra det. Det är dock rimligt att anta att sådana erfarenheter är vanligare bland personer med funktionshinder än bland befolkningen i stort: den som behöver insatser från den offentliga hjälpapparaten har sannolikt mer kontakter med olika myndigheter och löper därmed större risk än andra att få ett besked som man skulle vilja överklaga. Mer än tre fjärdedelar av de intervjuade i HANDU:s undersökning uppger att de behöver hjälp p.g.a. sitt funktionshinder, och en ungefär lika stor andel uppger att de har färdtjänst respektive har något hjälpmedel. Det är därför troligt att bristande förmåga (eller bristande tilltro till sin förmåga) att överklaga myndighetsbeslut har mer negativa konsekvenser för de funktionshindrade föreningsmedlemmarnas levnadsförhållanden än för befolkningen i stort.

1.5 Kunskapsluckor om funktionshindrades levnadsförhållanden

Av ovanstående översikt över svenska kvantitativt inriktade studier om funktionshinder och levnadsförhållanden framgår att levnadsnivåtraditionen så som den har utformats inom SCB:s studier av levnadsförhållanden står stark inom utredning och forskning. De allra flesta av de relaterade studierna har använt sig av ett antal frågor från ULF-studierna, oftast med explicit syfte att jämföra funktionshindrade personers levnadsförhållanden med resten av befolkningen. Resultatet av dessa jämförelser är ganska entydigt. Människor med funktionshinder är ingen homogen grupp i dessa avseenden, men de flesta grupper som har studerats har genomsnittligt sett betydligt sämre levnadsförhållanden än befolkningen i stort. Särskilt gäller detta personer med psykiska funktionshinder, men även personer med rörelsehinder eller nedsatt syn.

I flera av studierna har formulerats frågor som tillägg till SCB:s levnadsförhållande-frågor. Dessa frågor gäller främst områden som inte blir belysta i ULF-undersökningarna men som kan antas vara av stor betydelse för funktionshindrade människors välfärd, till exempel frågor om relationer med vårdgivare/myndigheter och kostnader för olika former av hjälp eller hjälpmedel. Även inom områden som blir relativt väl belysta i traditionella levnadsförhållandestudier, till exempel boendet, ger flera av de redovisade studierna viktig kompletterande kunskap. I ULF-studierna finns ett antal frågor om bostadsstandard och tillgänglighet, aspekter som naturligtvis är centrala även för personer med funktionshinder, men i flera av de redovisade studierna kompletteras bilden, till exempel genom frågor om i vad mån bostaden liknar en institution eller ett hem.

När det gäller den fråga som står i fokus för vår studie, nämligen i vad mån levnadsförhållandena bland personer med funktionshinder under 1990-talet har utvecklats på samma sätt som bland befolkningen i övrigt, ger de studier som har redovisats här knappast något svar. Det är endast två av studierna som har ambitionen att jämföra över tid: Schöns studie av personer som skrivits ut som medicinskt färdigbehandlade från den psykiatriska långtidsvården i Stockholm där situationen 1995 och 1999 jämförs, samt Tidemans studie av personer med utvecklingsstörning i Halland 1991 och 1995. När det gäller övriga grupper av funktionshindrade liksom när det gäller utvecklingen under hela 1990-talet saknas idag kunskap.

En annan kunskapslucka som vi vill uppmärksamma gäller skillnader mellan funktionshindrade mäns och kvinnors levnadsförhållanden. I flera forskningsöversikter konstateras att forskningen om funktionshinder ur genusperspektiv är av blygsam omfattning (Helmius 1993; SOU 1998:138; Barron, Michailakis & Söder 2000).²⁰ Också den nationella handlingsplanen för handikappolitiken påtalar bristen på kunskap inom detta område: "Det finns fortfarande anmärkningsvärt lite samlad kunskap om jämställdhetsperspektivet på handikappfrågor i Sverige" (Regeringens prop. 1999/2000:79, sid. 24).

²⁰ Det finns dock ett antal studier med särskilt fokus på funktionshinder och genus, se till exempel Hetzler (1994); Barron (1997); Helmius (1999).

Den studie som här ska presenteras syftar till att minska dessa kunskapsluckor.²¹ Genomgående jämför vi två tidpunkter: slutet av 1980- respektive 1990-talet, och genomgående jämförs situationen för de olika grupperna med funktionshinder och befolkningen i stort. Boken är upplagd på följande sätt: I Kapitel 2 ges en översikt över förekomsten av funktionshinder i olika befolkningsgrupper. Detta kapitel utgör en bakgrundsbeskrivning av de olika grupper av funktionshindrade vars situation analyseras i de följande kapitlen, men förekomsten av funktionshinder i befolkningen kan också ses som en välfärdsindikator i sig. Kapitel 3 har fokus på arbete och arbetsmarknadsförankring, och diskuterar dels olika former av sysselsättning bland funktionshindrade, dels arbetsvillkoren för den grupp som har förvärvsarbete. I Kapitel 4 diskuteras ekonomiska resurser: inkomstnivåer och förekomsten av ekonomiska svårigheter. Kapitel 5 fokuserar på hälsa, ohälsa och vårdutnyttjande. I Kapitel 6 analyseras hjälpgivare och hjälpmönster bland de funktionshindrade som behöver praktisk hjälp i sin vardag. I Kapitel 7 summeras studiens resultat och avslutningsvis återknyter vi till det medborgarperspektiv som inledde detta kapitel.

²¹ Ytterligare en kunskapslucka som är viktig att uppmärksamma gäller vad som har hänt under 1990-talet med levnadsvillkoren bland familjer med funktionshindrade barn. P.g.a. den åldersmässiga begränsningen i ULF-undersökningarna är detta dock en grupp vars förhållanden vi dessvärre inte har möjlighet att belysa annat än indirekt, se analysen av den ekonomiska situationen bland familjer med vårdbidrag i Kapitel 4.

2 Funktionshinder i olika befolkningsgrupper – en översikt

Denna studies syfte är som nämnts i föregående kapitel att studera funktionshindrade personers levnadsförhållanden vid ingången och slutet av 1990-talet, och att jämföra dessa förhållanden med icke funktionshindrades situation vid samma tidpunkter. Det innebär att vi jämför på två ledder – dels över tid, dels mellan grupper – men framför allt vill vi veta om funktionshindrade personers levnadsförhållanden har utvecklats på annat sätt än de har gjort bland befolkningen i stort.

I detta kapitel ska vi dock studera funktionshinder i sig snarare än funktionshindrades levnadsförhållanden. Inledningsvis redovisas hur vanligt förekommande olika funktionshinder är i hela befolkningen vid slutet av 1980- respektive 1990-talet. Därefter beskriver vi förekomsten av funktionshinder i olika befolkningsgrupper. Med andra ord, hur vanliga funktionshinder är i olika åldersgrupper, bland kvinnor respektive män, bland ensamstående respektive sammanboende med och utan barn, i olika utbildningsgrupper samt bland grupper födda inom respektive utanför Sveriges gränser. Vi redovisar då andelen med funktionshinder i dessa olika grupper vid ingången och slutet av 1990-talet. Avslutningsvis i kapitlet undersöker vi om skillnader i förekomst av funktionshinder mellan olika grupper vid de båda tidpunkterna kvarstår när vi tar hänsyn till eventuella skillnader i sammansättning mellan grupperna när det gäller ålder, kön, familjesituation, utbildning samt födelseland.

Analysen av omfattningen av funktionshinder i olika befolkningsgrupper har ett värde i sig för att bedöma välfärdsutvecklingen under 1990-talet, och resultaten i kapitlet kan läsas i detta ljus. Samtidigt kan detta kapitel betraktas som en bakgrundsbeskrivning till de följande kapitlen, där vi jämför levnadsförhållanden bland olika grupper av funktionshindrade med befolkningen i stort. Ålder, kön, familjesituation, utbildning samt

födelseland utgör då dimensioner med vilkas hjälp vi kontrollerar de skillnader vi finner mellan olika grupper av funktionshindrade och befolkningen i stort.

2.1 Funktionshinder i befolkningen

Hur vanligt förekommande är då olika funktionshinder i befolkningen, enligt SCB:s undersökningar om befolkningens levnadsförhållanden och enligt de definitioner vi har redovisat i föregående kapitel?

Tabell 2.1. Andel i befolkningen med olika funktionshinder 1988–89 och 1998–99. (Antal intervjuade som har respektive funktionshinder inom parentes)

	16–64 år		65–84 år	
	1988–89	1998–99	1988–89	1998–99
Nedsatt hörsel	7,2 (722)	8,5* (787)	25,7 (649)	27,7 (621)
Nedsatt syn	0,6 (64)	0,7 (67)	7,0 (182)	6,2 (139)
Rörelsehinder	3,1 (310)	2,5* (233)	25,8 (675)	21,2* (475)
Långvariga psykiska besvär	2,4 (243)	3,1* (282)	3,8 (99)	2,9 (66)
Har minst ett av ovanstående funktionshinder	12,2 (1 227)	13,3* (1 229)	46,7 (1 213)	44,8 (1 004)
Nedsatt rörlighet i armar/händer ^d	6,1 (615)	7,3* (738)	28,2 (671)	25,5* (588)

* Förändringen mellan de båda tidpunkterna signifikant ($p < 0,05$).

^a Jämförelsen gäller 1988–89 och 1996–97.

Av Tabell 2.1 framgår att de vanligaste funktionshindren i åldersgruppen 16–64 år är nedsatt hörsel och nedsatt rörlighet i armar eller händer (dvs. svårigheter att bära eller gripa). Dessa funktionshinder förekommer bland 7–8 procent av de yngre och bland cirka 25 procent av de äldre. Bland de äldre är det också vanligt att ha rörelsehinder (dvs. svårigheter att gå).

Cirka 3 procent av de intervjuade uppger att de har sjukdomar eller symtom som har kodats som långvariga psykiska besvär. Det

bör noteras att andelen med psykiska besvär i befolkningen är betydligt högre enligt vissa andra beräkningar. Så till exempel beräknas 13–15 procent av befolkningen ha en psykisk störning, 3–5 procent beräknas vid en given tidpunkt lida av depression som skulle behöva behandling och cirka 8 procent av befolkningen över 65 år beräknas vara mer eller mindre allvarligt dementa (Socialstyrelsen 2001b:83). Att andelen med ”långvariga psykiska besvär” är lägre i vår studie är sannolikt delvis en följd av att vi har en striktare definition, men skillnaden beror troligen även på en rad andra faktorer, till exempel att de allra äldsta (där demenssjukdomar är betydligt vanligare) inte ingår, att vår avgränsning bygger på individernas egna uppgifter medan andra uppskattningar baseras på sjukvårdens beräkningar, eller att bortfallet kan vara högre bland personer med psykiska besvär än bland andra grupper.

Sammantaget har runt en åttondel av 16–64-åringarna och knappt hälften i åldersgruppen 65–84 år nedsatt hörsel, nedsatt syn, rörelsehinder eller långvariga psykiska besvär.¹ Omräknat till befolkningssiffror rör det sig om sammantaget drygt 1,3 miljoner människor varav drygt 700 000 i förvärvsaktiva åldrar (16–64 år). Antalet personer med rörelsehinder i befolkningen 16–84 år kan uppskattas till drygt 400 000 medan antalet med nedsatt rörlighet i armar eller händer uppgår till cirka 700 000 och antalet med nedsatt hörsel till drygt 800 000 (varav minst 300 000 är beroende av hörapparat enligt Socialstyrelsen 1999:94). Antalet personer med nedsatt syn enligt ULF-undersökningarnas definition är cirka 130 000.²

Hur många i befolkningen som beräknas ha funktionshinder beror naturligtvis på hur gruppen avgränsas. Som diskuterades i Kapitel 1 har olika studier använt sig av olika avgränsningar. Olika undersökningar leder därför till högst olika uppskattningar av gruppernas storlek. Ett exempel: Enligt SCB:s och AMS:s kartläggningar av situationen på arbetsmarknaden för funktionshindrade personer har 21 procent eller 1,2 miljoner av befolkningen i åldern 16–64 år något funktionshinder. Jämfört med våra avgräns-

¹ Om även den grupp som har nedsatt rörlighet i armar/händer medräknas hade 1996–97 knappt 18 procent av de yngre och 55 procent av de äldre något funktionshinder.

² Eftersom de allra äldsta och barnen inte inkluderas i ULF-undersökningarna innebär dessa sifferuppgifter underskattningar av antalet funktionshindrade i befolkningen. Om bortfallet är högre bland personer med funktionshinder än bland andra grupper bidrar även detta till en underskattning av det verkliga antalet funktionshindrade. Här bör dock understrykas att även personer som bor på institution ingår i undersökningen samt att så kallade indirekta intervjuer (med närstående eller personal) har genomförts i de fall den tilltänkta intervjupersonen inte själv har kunnat besvara frågorna.

ningar använder SCB och AMS här en betydligt vidare definition som förutom rörelsehinder, psykisk funktionsnedsättning samt nedsatt syn och hörsel också inkluderar sjukdomar som exempelvis astma/allergi, diabetes och mag-/tarmsjukdomar (SCB 2001). Även avgränsningen av enskilda funktionshinder skiljer sig mellan de olika undersökningarna. Enligt SCB och AMS har cirka 2,5 procent av den förvärvsaktiva befolkningen synnedsättning/blindhet, lika många har hörselskada/dövhet medan drygt 6 procent har rörelsehinder. Undersökningen baseras på de intervjuades bedömningar av om de anser sig ha det aktuella funktionshindret. En jämförelse mellan SCB:s och AMS:s frågeformuleringar och våra definitioner baserade på ULF-undersökningarnas frågor om vardagliga svårigheter (se avsnitt 1.2.2 i föregående kapitel) visar att ULF-undersökningarna fångar upp betydligt färre personer med rörelsehinder och nedsatt syn, men betydligt fler med nedsatt hörsel. Dessa skillnader mellan olika studiers avgränsningar är viktiga att notera, inte bara när det gäller försöken att uppskatta omfattningen av funktionshinder i befolkningen, utan också när det gäller att tolka uppgifter om gruppernas levnadsförhållanden.

Med reservation för svårigheterna att avgränsa gruppen "funktionshindrade" kan vi konstatera att funktionshinder i olika former omfattar stora befolkningsgrupper, vilket innebär att de procentuella förändringar av funktionshindrens omfattning som vi kan se i Tabell 2.1 berör många människor.

I åldersgruppen under 65 år har det under perioden blivit vanligare att ha nedsatt hörsel, nedsatt rörlighet i armar/händer och långvariga psykiska besvär. Samtidigt har andelen med rörelsehinder minskat. Bland de äldre har också andelen med rörelsehinder minskat liksom andelen som har nedsatt rörlighet i armar/händer. Sammantaget har således vissa funktionshinder, i huvudsak kopplade till rörelseförmåga, minskat i omfattning bland de äldre, medan tendensen bland de yngre snarare pekar åt andra hållet. Bland de yngre har det under 1990-talet skett en ökning av andelen som har något funktionshinder, medan andelen bland de äldre är i stort sett oförändrad.³

³ Bilden av förändringstendensen blir densamma om vi även inkluderar den grupp som har nedsatt rörlighet i armar eller händer: mellan 1988–89 och 1996–97 har andelen bland de yngre som har något av de fem aktuella funktionshindren ökat med cirka två procentenheter, medan andelen bland de äldre är i stort sett oförändrad.

De flesta funktionshindrade har endast ett av de aktuella funktionshindren, men särskilt bland de äldre är det relativt många som har ytterligare någon funktionsnedsättning. Av dem som vid slutet av 1990-talet hade nedsatt hörsel, nedsatt syn, rörelsehinder eller långvariga psykiska besvär hade cirka 10 procent av de yngre och knappt 24 procent av de äldre två eller fler av dessa funktionshinder.⁴

De olika grupperna av funktionshindrade skiljer sig när det gäller hur vanligt det är att ha flera olika funktionshinder, se Tabell 2.2.

Tabell 2.2. Ytterligare funktionshinder. Andelen bland personer med nedsatt hörsel, nedsatt syn, rörelsehinder eller långvariga psykiska besvär som har ytterligare minst ett av dessa funktionshinder

	16-64 år		65-84 år	
	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99
Med nedsatt hörsel	7,5	11,7*	35,1	28,8*
Med nedsatt syn	45,5	58,2	73,5	74,8
Med rörelsehinder	21,8	31,5*	44,1	44,4
Med långvariga psykiska besvär	14,2	20,4	57,1	61,5

*Förändringen mellan de båda tidpunkterna signifikant ($p < 0,05$).

Anm: Antalet intervjuade yngre personer med nedsatt syn är så pass lågt att uppgifterna om denna grupp är särskilt osäkra.

I den yngre åldersgruppen har vid 1990-talets slut en knapp tredjedel av dem med rörelsehinder och en femtedel av dem med långvariga psykiska besvär ytterligare något funktionshinder. Att ha flera olika funktionshinder är ännu vanligare bland personer med nedsatt syn, även om den redovisade andelen här är osäker. Även i högre åldrar är det särskilt vanligt att personer med nedsatt syn har mer än ett funktionshinder – 1998-99 gäller det tre fjärdedelar av gruppen. Också bland äldre är det vanligt med ytterligare funktionshinder bland personer med psykiska besvär respektive rörelsehinder. Bland de yngre (men inte bland de äldre) har det under perioden blivit vanligare att ha flera funktionshinder.

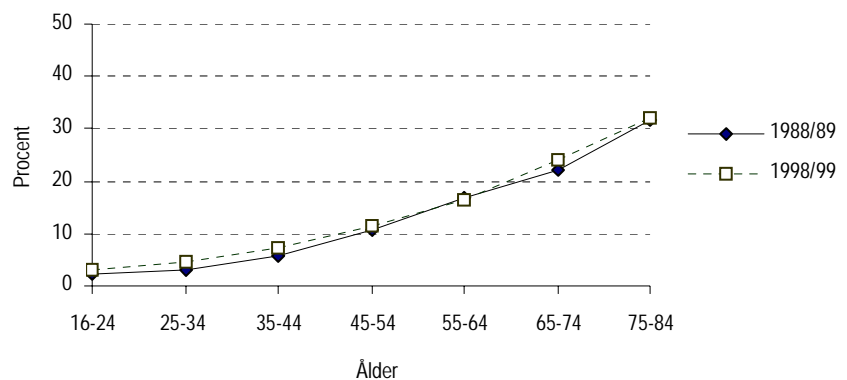
⁴ Om även funktionshindret "nedsatt rörlighet i armar/händer" inkluderas (endast möjligt 1988-89 och 1996-97) är andelen som har mer än ett funktionshinder betydligt högre. Av alla som 1996-97 hade något av de fem aktuella funktionsnedsättningarna hade 20 procent av de yngre och 40 procent av de äldre mer än ett funktionshinder.

Särskilt bland de äldre finns det således en påtaglig överlappning mellan olika former av funktionshinder. Många olika kombinationer av funktionshinder förekommer, men det är särskilt vanligt att personer med nedsatt syn också har rörelsehinder – detta gäller en tredjedel av de yngre och nästan två tredjedelar av de äldre. Det är också vanligt att de som har svårt att bära eller gripa också har svårt att gå – detta gäller drygt en fjärdedel av de yngre och drygt hälften av de äldre som har nedsatt rörlighet i armar/händer. Detta innebär, att när vi i rapporten fortsättningsvis beskriver situationen för grupper med olika funktionshinder, är det viktigt att komma ihåg att grupperna är delvis överlappande, särskilt bland de äldre, där alla former av funktionshinder är vanligare (se nästa avsnitt).

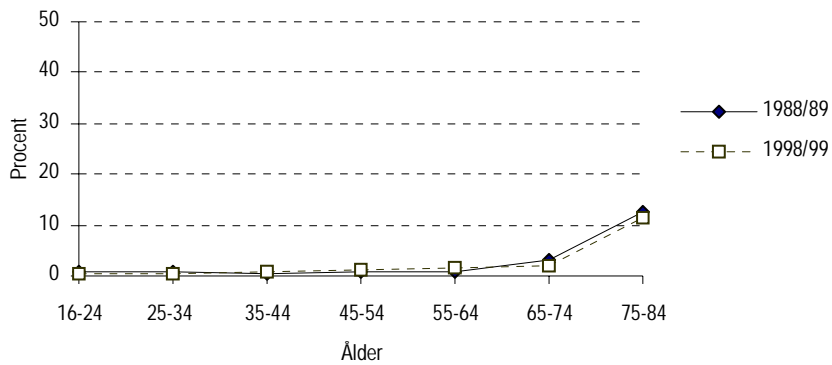
2.2 Funktionshinder och ålder

Det starka sambandet mellan ålder och funktionsnedsättning framgår av figurerna 2.1a–e nedan. Med undantag för psykiska besvär är alla funktionshinder betydligt vanligare i högre åldrar, framför allt bland de äldsta (75–84 år).

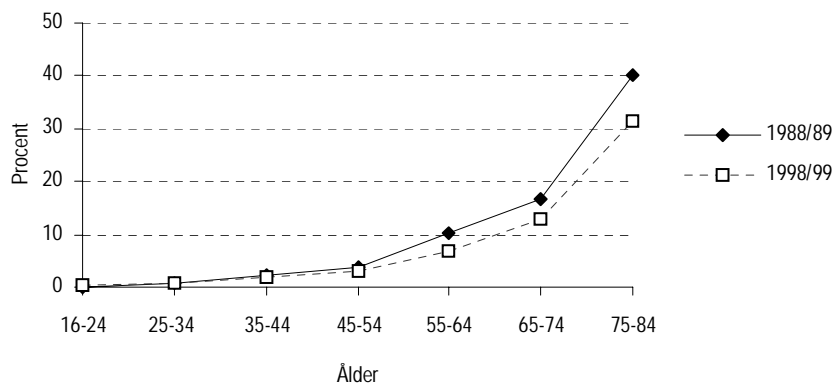
Figur 2.1a. Nedsatt hörsel. Andel i befolkningen i olika åldersgrupper. 1988–89 och 1998–99



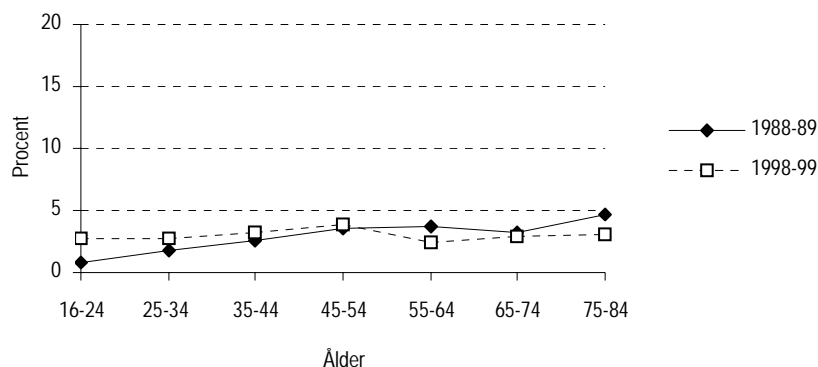
Figur 2.1b. Nedsatt syn. Andel i befolkningen i olika åldersgrupper. 1988-89 och 1998-99



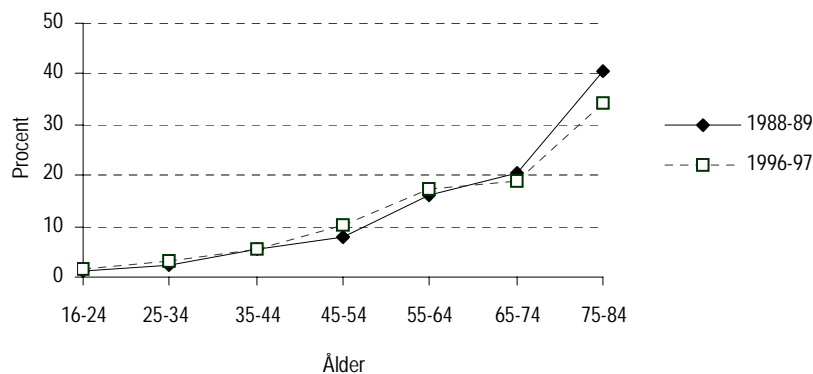
Figur 2.1c. Rörelsehinder. Andel i befolkningen i olika åldersgrupper. 1988-89 och 1998-99



Figur 2.1d. Långvariga psykiska besvär. Andel i befolkningen i olika åldersgrupper. 1988–89 och 1998–99



Figur 2.1e. Nedsatt rörlighet i armar/händer. Andel i befolkningen i olika åldersgrupper. 1988–89 och 1996–97

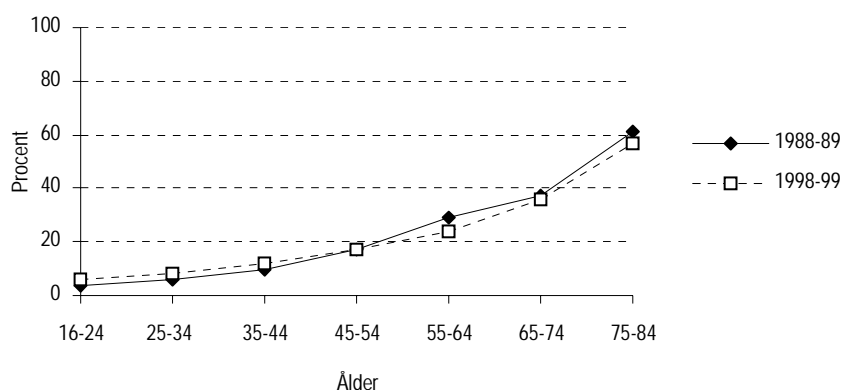


Av Figur 2.1a–e framgår också att förändringarna över tid ser olika ut för olika funktionshinder. Hörselnedsättning har ökat i alla åldersgrupper, medan andelen med rörelsehinder är i stort sett oförändrad i yngre åldrar och har minskat i åldersgrupperna från 55 år och uppåt. Andelen med långvariga psykiska besvär har ökat bland de yngre (särskilt de allra yngsta) och minskat bland de äldre, och tycks vid slutet av 1990-talet i stort sett vara helt oberoende av ålder (observera att denna figur har en annan skala än

de övriga). Andelen med nedsatt rörlighet i armar/händer, slutligen, har ökat bland medelålders och minskat bland de äldre.

Sammantaget har andelen som har minst ett av funktionshindren nedsatt hörsel, nedsatt syn, rörelsehinder eller långvariga psykiska besvär ökat något bland de yngre och minskat något bland de äldre (se Figur 2.1f). Bland de yngsta (16–24 år) har runt 5 procent något av dessa funktionshinder, bland de äldsta (75–84 år) närmare 60 procent.

Figur 2.1f. Nedsatt hörsel, nedsatt syn, rörelsehinder eller långvariga psykiska besvär. Andel i befolkningen i olika åldersgrupper som har minst ett av dessa funktionshinder. 1988–89 och 1998–99



Figur 2.1a–f visar att många funktionshinder utvecklas först i högre ålder. Det finns all anledning att tro att ett medfött eller tidigt förvärvat funktionshinder får andra konsekvenser på levnadsförhållanden i vid mening än ett funktionshinder som utvecklas sent i livet, till exempel efter pensionsåldern. Vi har inte någon möjlighet att skilja grupperna åt efter vid vilken tidpunkt i livet som funktionshindret har uppstått, men väljer (för att i görligaste mån ta hänsyn till ålderns betydelse) att genomgående i denna studie redovisa alla resultat uppdelat på två åldersgrupper: 16–64 respektive 65–84 år. Men även inom dessa åldersgrupper är funktionshindrade personer genomsnittligt sett äldre, särskilt gäller detta åldersgruppen under 65 år, se Tabell 2.3.

Tabell 2.3. Genomsnittsålder bland personer med olika funktionshinder, 1988–89 och 1998–99

	Genomsnittsålder	
	16–64 år	65–84 år
Alla (med eller utan funktionshinder)	39,1	73,3
Personer med nedsatt hörsel	47,6	74,2
Personer med nedsatt syn	44,0	77,6
Personer med rörelsehinder	51,9	75,9
Personer med långvariga psykiska besvär	42,2	74,0
Personer med minst ett av ovanstående funktionshinder	47,1	74,7
Personer med nedsatt rörlighet i armar/händer (1988-89 och 1996-97)	49,0	75,2

Dessa åldersskillnader mellan befolkningen i stort och de olika grupperna med funktionshinder är viktiga att ha i åtanke i alla jämförelser av gruppernas levnadsförhållanden. I de multivariata analyser som vi presenterar i senare kapitel tar vi hänsyn till detta. I dessa analyser tar vi dessutom hänsyn till sammansättningskillnader beroende på kön, familjetyp, utbildningsnivå och födelseland (inrikes eller utrikes). Också i dessa avseenden finns tydliga skillnader i hur vanligt förekommande olika typer av funktionshinder är. I ett Appendix till detta kapitel åskådliggörs detta grafiskt i åtta figurer, en för varje indelningsgrupp men också uppdelat efter de två breda ålderskategorier som vi genomgående separerar i våra analyser. Låt oss här kort redogöra för de tydligaste skillnaderna, och förändringarna därav, som framträder i dessa figurer.

2.3 Funktionshinder i olika grupper

De flesta funktionshinder är vanligare bland kvinnor än bland män. Undantaget är hörselnedsättning som är betydligt vanligare bland män. Det är mer än dubbelt så vanligt att kvinnor jämfört med män har nedsatt rörlighet i armar eller händer och därmed har svårt att bära eller gripa (se Appendix Figur 2.A1a och b). I huvudsak har andelen med funktionshinder förändrats på samma sätt bland kvinnor och män mellan de båda tidpunkter vi studerar. Andelen med nedsatt hörsel har dock ökat kraftigare bland de yngre kvinnorna jämfört med bland de yngre männen, medan andelen med nedsatt rörlighet i armar och händer är oförändrad bland de äldre kvinnorna men har minskat bland männen.⁵

Förekomsten av funktionshinder varierar också med familjesituation, se Appendix Figur 2.A2a och b. Bland de äldre är alla funktionshinder med undantag för nedsatt hörsel vanligare bland ensamstående personer. Detta hänger samman med att denna grupp både är äldre och till stor del består av kvinnor. Bland de yngre finner vi framförallt en tydlig skillnad mellan ensamstående och sammanboende vad gäller förekomsten av långvariga psykiska besvär.

Även om 1990-talet inte har inneburit några större förändringar när det gäller förekomsten av funktionshinder bland ensamstående föräldrar, vill vi fästa uppmärksamhet på att flera former av funktionshinder är betydligt vanligare bland ensamstående med barn än bland sammanboende föräldrar. Det är minst dubbelt så vanligt bland ensamstående föräldrar att ha rörelsehinder, nedsatt rörlighet i armar/händer eller psykiska besvär jämfört med sammanboende med barn. Det är dock knappast så att ensamförälderskap leder till funktionshinder. Vi kan därför istället byta perspektiv och beräkna andelen ensamstående föräldrar i olika grupper. Av alla med hemmaboende minderåriga barn finner vi att vid slutet av 1990-talet är 12 procent ensamstående. Motsvarande gäller 22 procent av föräldrar med nedsatt rörlighet i armar/händer, 27 procent av föräldrar med långvariga psykiska besvär och 28 procent av föräldrar med rörelsehinder.

⁵ Här är det viktigt att komma ihåg att vi jämför förekomsten av funktionshinder över tid med s.k. upprepade tvärsnitt. Med andra ord; när vi här noterar att nedsatt rörlighet i armar eller händer har minskat bland de äldre männen är det sannolikt sällan som enskilda äldre män upplevt en dylik förbättring. Vad vi utifrån dessa data kan säga är att i slutet av 1990-talet är det betydligt färre som har nedsatt rörlighet bland män 65–84 år än det var bland män i motsvarande åldersgrupp vid slutet av 1980-talet.

En annan differentieringsfaktor som vi kommer att använda framöver är individens utbildningsnivå. Det visar sig att i princip alla de funktionshinder som vi studerar är vanligast bland personer som har endast förgymnasial utbildning och minst vanliga bland dem med eftergymnasial utbildning, se Appendix Figur 2.A3a och b. Särskilt tydligt är detta mönster när det gäller rörelsehinder och nedsatt rörlighet i armar och händer medan det inte föreligger någon skillnad mellan utbildningsgrupper bland äldre när vi studerar förekomsten av nedsatt hörsel. Återigen bör påpekas att detta mönster knappast på ett entydigt sätt kan tolkas i orsakstermer. Vissa typer av funktionshinder kan i sig skapa svårigheter att fullgöra högre utbildningar. Troligast är dock att dessa tydliga samband mellan funktionshinder och kortare utbildning uppkommer som ett resultat av flera olika bakomliggande förhållanden och processer. Exempelvis kan fysiskt tunga och slitsamma arbeten vara en viktig orsak bakom såväl hörselnedsättning som nedsatt rörlighet, samtidigt som sådana arbeten oftast innehas av personer med kortare utbildning.

Slutligen framgår av Appendix Figur 2.A4a och b att de flesta funktionshinder är vanligare bland personer som är födda utanför Sverige. Framför allt gäller detta för dem under 65 år och särskilt påtaglig är skillnaden mellan inrikes- och utrikesfödda när det gäller problem med armar och händer – detta funktionshinder är dubbelt så vanligt bland yngre personer som har invandrat till Sverige jämfört med dem som är födda inom landet.

Bland de äldre tycks nationell bakgrund ha mindre betydelse. I åldersgruppen 65–84 år är det främst nedsatt rörlighet i armar/händer som är vanligare bland utrikesfödda jämfört med inrikesfödda. I denna åldersgrupp har andelen med långvariga psykiska besvär respektive med nedsatt rörlighet i händer eller armar ökat bland utrikesfödda och minskat bland personer födda i Sverige.

Det är viktigt att notera att personer som har det gemensamt att de är födda utanför Sveriges gränser utgör en mycket heterogen grupp. Här ryms personer från vitt skilda länder, varav vissa nyligen har anlänt till Sverige, medan andra har varit här så gott som hela livet. Vissa är nyanlända flyktingar från krigshärjade länder. Andra är arbetskraftsinvandrare som kom till Sverige under 1960-talet. Heterogeniteten till trots kan vi mer generellt konstatera vissa skillnader mellan yngre och äldre liksom mellan de båda tidpunkterna som vi studerar. Andelen utomnordiska invandrare är större bland de yngre än de äldre, och det har under

1990-talet blivit vanligare att en utrikesfödd person kommer från ett land utanför Europa (se Socialstyrelsen 1999c; Edin & Åslund 2001). Exakt vad dessa sammansättningsförändringar betyder för de kommande analyserna är inte helt givet men de kan tänkas påverka såväl hur vanligt förekommande ett funktionshinder är som konsekvenser därav.

2.4 Funktionshinder – förändringar över tid och mellan olika befolkningsgrupper

De ovan beskrivna skillnaderna och förändringarna har redovisats utan att vi har tagit hänsyn till andra skillnader mellan grupperna. Om exempelvis personer med kortare utbildning är äldre än personer med längre utbildning skulle det kunna vara så att det är åldersskillnaden och inte utbildningsskillnaden som gör sig gällande när vi finner en högre andel med funktionshinder bland de kortutbildade. I det följande presenterar vi därför med hjälp av multivariata analyser en sammanfattande bild av olika funktionshinderns utbredning i befolkningen. Tekniken är densamma som används i kommande kapitel, med den skillnaden att det här är funktionshindren i sig som studeras, och inte skillnader i levnadsförhållanden mellan funktionshindrade och andra.

Den multivariata teknik som används här för att renodla jämförelserna kallas *logistisk regression* (för en närmare beskrivning av denna teknik se exempelvis Fritzell & Lundberg 2000). Resultatet av den logistiska regressionen presenteras som *oddskvoter*, vilka förenklat uttryckt anger skillnaden i "chans" eller "risk" för förekomsten av en egenskap eller en händelse i en grupp jämfört med en annan. I en multivariat logistisk regression är oddskvoterna dessutom justerade med hänsyn till övriga skillnader mellan grupperna.⁶ Om vi exempelvis utgår från Tabell 2.4 nedan är oddskvoten för att lida av nedsatt hörsel bland de yngre 1,18 år 1998–99

⁶ Chans eller risk kanske oftast uttrycks som sannolikheten för ett utfall. Om sannolikheten är P så är oddset $= P/(1-P)$. Oddset beskriver därmed risken eller sannolikheten för att något ska inträffa i relation till sannolikheten för att det inte ska inträffa. Oddskvoter anses ha många statistiska fördelar (se t.ex. Aldrich & Nelson 1984). Om vi jämför med vanliga procent blir kvoter mellan odds alltid något större än procentkvoter. Om exempelvis 15 procent av en grupp och 5 procent av en annan grupp är arbetslösa så brukar vi säga att det är "tre gånger så vanligt" med arbetslöshet i den förra gruppen. Om vi istället använder oss av odds och oddskvoter för att beräkna gruppernas olika risk finner vi att oddskvoten är högre än tre eller mer precis 3,35. I analyserna till denna volym har vi genomgående valt att uttrycka oddset för en grupp relativt oddset för en referensgrupp. Den senare gruppens odds sätts då till ett.

jämfört med 1 år 1988–89. Detta innebär att oddset att ha nedsatt hörsel har ökat med 18 procent mellan de båda tidpunkterna, efter det att vi har kontrollerat för eventuella förändringar av gruppernas sammansättning mellan åren när det gäller kön, ålder, familjetyp, utbildning och födelseland. Att denna förändring kan antas avspegla en reell förändring i befolkningen, det vill säga inte endast beror på slumpen, framgår av att *p*-värdet enligt tabellen är lägre än 0,05, vilket betyder att det är mindre än fem procents sannolikhet att förändringen som redovisas beror på slumpen. I det aktuella fallet är *p*-värdet 0,003, vilket innebär att det är tre promilles sannolikhet att den skillnad vi finner beror på slumpen.

I samma tabell kan vi konstatera att oddset för att en kvinna jämfört med en man har nedsatt hörsel är 0,57. Detta innebär att kvinnors risk att ha nedsatt hörsel är betydligt lägre än mäns, även när vi har kontrollerat för skillnader mellan könen när det gäller ålder, familjetyp, utbildningsnivå och nationalitet. Omvänt är männens överrisk (egentligen odds) cirka 75 procent högre än kvinnornas (1,0/0,57).

Längst ner i tabellen redovisas också om skillnaderna mellan grupperna har förändrats mellan 1988–89 och 1998–99. Ett *ja* på raden för *könen* innebär att det finns en signifikant förändring i skillnaden mellan mäns och kvinnors odds att ha nedsatt hörsel. Innebörden i denna förändring framgår inte av tabellen. En närmare analys visar att könsskillnaderna har minskat till följd av att kvinnors risk ökat mer än mäns under 1990-talet.

Genom dessa analyser kan vi således se om de skillnader i förekomsten av funktionshinder, över tid och mellan grupper, som vi uppmärksammat också gäller när vi tar hänsyn till åldersvariation och andra sammansättningsskillnader mellan grupperna.

I Tabell 2.4 och 2.5 ges en sammanfattande bild av förekomsten av de fem olika funktionshinder som vi fokuserar på i denna rapport efter de bakgrundsfaktorer som vi redovisat ovan. Vi tar här samtidigt hänsyn till gruppernas sammansättning vid de två tidpunkterna för att tydligare utröna hur denna förändrats. Även om vi valt att göra detta med en multivariat teknik, vill vi understryka att vi inte på något sätt gör anspråk på att skillnaderna eller förändringarna är effekter av någon specifik kausal ordning.

Tabell 2.4. Funktionshinder. Relativa skillnader (odds) mellan grupper efter år, kön, familjetyper, utbildning och födelse-land (kontrollerat för ålder i tioårsklasser). 1988–89 och 1998–99. Åldersgruppen 16–64 år (n= 18 952). (*P*-värde kursivt och inom parentes)

	Nedsatt hörsel	Nedsatt syn	Rörelse- hinder	Långvariga psykiska besvär	Nedsatt rörlighet i armar/ händer
<i>År</i>	(0,003)	(E S)	(0,029)	(0,006)	(0,000)
1988–99	1		1	1	1
1998–99	1,18		0,82	1,29	1996–97 1,26
<i>Kön</i>	(0,000)	(0,006)	(0,002)	(0,000)	(0,000)
Män	1	1	1	1	1
Kvinnor	0,57	1,70	1,31	1,51	3,53
<i>Familjetyper</i>	(E S)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Ensamstående utan barn		1	1	1	1
Sammanboende utan barn		0,31	0,44	0,31	0,86
Sammanboende med barn		0,29	0,34	0,22	0,64
Ensamstående med barn		0,48	0,73	0,67	0,99
<i>Utbildning</i>	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Förgymnasial	1	1	1	1	1
Gymnasial	0,90	0,46	0,80	0,52	0,79
Eftergymnasial eller längre	0,54	0,23	0,35	0,46	0,42
<i>Födelse-land</i>	(E S)	(0,046)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Sverige		1	1	1	1
Utrikes		1,63	2,07	1,58	2,00
<i>Förändringar mellan 1988–89 och 1998–99 av skillnaderna mellan:</i>					
					<i>Nej</i>
					<i>Nej</i>
					<i>Nej</i>
					<i>Nej</i>
Könen	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	
Familjetyperna	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	
Utbildningsnivåer	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	
Utrikes och inrikes födda	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	

Anm: analysen av nedsatt rörlighet i armar/händer gäller åren 1988–89 och 1996–97.

ES: skillnaden ej signifikant ($p > 0,05$).

Tabell 2.5. Funktionshinder. Relativa skillnader (odds) mellan grupper efter år, kön, familjetyp, utbildning och födelse-land (kontrollerat för ålder i tioårsklasser). 1988–89 och 1998–99. Åldersgruppen 65–84 år (n= 5 104). (P-värde kursivt och inom parentes)

	Nedsatt hörsel	Nedsatt syn	Rörelse-hinder	Långvariga psykiska besvär	Nedsatt rörlighet i armar/händer
<i>År</i>	<i>(ES)</i>	<i>(ES)</i>	<i>(0,000)</i>	<i>(ES)</i>	<i>(0,011)</i>
1988–99			1		1
1998–99			0,75		1996–97 0,84
<i>Kön</i>	<i>(0,000)</i>	<i>(ES)</i>	<i>(0,003)</i>	<i>(0,047)</i>	<i>(0,000)</i>
Män	1		1	1	1
Kvinnor	0,51		1,26	1,43	2,60
<i>Familjetyp</i>	<i>(ES)</i>	<i>(0,000)</i>	<i>(0,000)</i>	<i>(0,002)</i>	<i>(0,002)</i>
Ensamstående		1	1	1	1
Sammanboende		0,53	0,65	0,58	0,80
<i>Utbildning</i>	<i>(ES)</i>	<i>(ES)</i>	<i>(0,000)</i>	<i>(0,001)</i>	<i>(0,005)</i>
Förgymnasial			1	1	1
Gymnasial			0,69	0,57	0,85
Eftergymnasial eller längre			0,53	0,27	0,69
<i>Födelse-land</i>	<i>(ES)</i>	<i>(ES)</i>	<i>(ES)</i>	<i>(0,012)</i>	<i>(0,001)</i>
Sverige				1	1
Utrikes				1,97	1,58
<i>Förändringar mellan 1988–89 och 1998–99 av skillnaderna mellan:</i>					
					<i>Nej</i>
					<i>Nej</i>
					<i>Nej</i>
					<i>Nej</i>
Könen	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Ja</i>	
Familjetyp	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	
Utbildningsnivåer	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	
Utrikes och inrikes födda	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>	

Anm: analysen av nedsatt rörlighet i armar/händer gäller åren 1988–89 och 1996–97.
ES: skillnaden ej signifikant ($p>0,05$).

Om vi först studerar utvecklingen över tid så framgår att även med hänsyn taget till skillnader i gruppernas sammansättning vad gäller ålder, kön, familjetyp, utbildning och födelseland har nedsatt hörsel, psykiska besvär och nedsatt rörlighet i armar/händer ökat bland de yngre (16–64 år), medan rörelsehinder har minskat. Bland de äldre (65–84 år) har rörelsehinder och nedsatt rörlighet i armar/händer minskat. I övriga fall är förändringarna inte statistiskt signifikanta. I kommande kapitel kommer vi hela tiden att särredovisa dessa åldersgrupper. Det bör därför understrykas att i flera fall har risken att ha ett funktionshinder, såsom vi här definierat dessa, minskat bland de äldre och ökat bland de yngre.

Härutöver kan det tilläggas att vi i de analyser som presenteras i tabellerna 2.4 och 2.5 i några fall finner att åldersskillnaderna förändrats också inom gruppen 16–64 år. Mest remarkabelt är att risken att ha långvariga psykiska besvär ökat påtagligt för de allra yngsta (16–24 år) (visas ej i tabellen). Även andra indikatorer på psykisk ohälsa och nedsatt psykiskt välbefinnande visar på en ökning under 1990-talet i alla åldrar upp till pensionsåldern, men särskilt bland de yngsta. Detta gäller exempelvis sömnsvärigheter och upplevelser av oro, ångslan och ångest (SOU 2000:3, SCB 2000, Socialstyrelsen 2001b).

Vi vill åter påminna om att vi redovisar tvärsnittsdata, det vill säga vi följer inte individer över tid. När vi finner att risken för olika former av rörelsenedsättning har minskat bland de äldre innebär detta i huvudsak att de grupper som träder in i pensionsåldern har bättre rörelseförmåga än vad motsvarande grupp hade tio år tidigare. Resultatet betyder inte att motsvarande rörelseförbättringar skulle ha inträffat på individnivå bland de äldre.

Vi kan inte uttala oss om varför vi finner till viss del motsatta trender när det gäller förekomsten av funktionshinder i åldersgrupperna under och över pensionsåldern. Däremot finns det ur ett välfärdsperspektiv all anledning att uppmärksamma att risken för nedsatt hörsel, nedsatt rörlighet i armar/händer samt psykiska besvär under 1990-talet har ökat bland dem under 65 år. I vad mån ökningen kan relateras till effekter av den ekonomiska krisen i form av arbetslöshet och ekonomiska svårigheter eller till arbetsmiljörelaterade eller andra samhällsliga förändringar bör vara en fråga för fortsatt forskning.

I huvudsak bekräftas och förstärks de skillnader mellan könen som vi konstaterat tidigare i kapitlet. Med hänsyn tagen till övriga skillnader mellan könen har kvinnor högre risk än män att ha alla

funktionshinder utom nedsatt hörsel, samt bland de äldre även nedsatt syn. Den största skillnaden mellan könen gäller kvinnors överrisk för att ha nedsatt rörlighet i armar/händer, men också mäns överrisk för nedsatt hörsel är påtaglig. Som framgår av tabellernas nedre del har "risken" för att ha ett funktionshinder i några fall utvecklats i olika riktning bland män och kvinnor under 1990-talet. Kontrollerat för andra faktorer har nedsatt hörsel ökat mer bland yngre kvinnor än bland yngre män, medan långvariga psykiska besvär bland de äldre har ökat bland männen och minskat bland kvinnorna.

Markanta skillnader finner vi också efter *familjesituation*. När vi på detta sätt tar hänsyn till skillnader i köns- och ålderssammanfattning i de olika familjetyperna är mönstret betydligt mer enhetligt än vad som framkommer i Appendix Figur 2.A2a. Ensamstående utan barn är påtagligt överrepresenterade bland alla grupper av funktionshindrade undantaget dem med nedsatt hörsel. Den skillnad i förekomst av funktionshinder bland ensamstående och sammanboende föräldrar som vi noterade tidigare i kapitlet visar sig finnas kvar även när vi kontrollerar för övriga skillnader mellan grupperna – ensamstående med barn har, jämfört med sammanboende med barn, betydande överrisker att ha rörelsehinder, nedsatt rörlighet i armar/händer samt långvariga psykiska besvär.

Den enda signifikanta förändringen över tid mellan de olika familjetyperna gäller nedsatt hörsel bland de yngre, där risken har ökat bland ensamstående utan barn och minskat i alla andra familjetyper. Det finns även en tendens ($p=0,051$) bland de yngre med långvariga psykiska besvär där risken har ökat mest bland sammanboende med barn.

Även när det gäller skillnader mellan grupper med olika lång *utbildning* bekräftas de skillnader vi har kunnat konstatera tidigare i kapitlet. I åldersgruppen 16–64 år är personer med kortare utbildning kraftigt överrepresenterade i alla de fem grupper av funktionshinder vi studerar. Bland de äldre gäller detta för rörelsehinder, psykiska besvär och nedsatt rörlighet i armar och händer. I likhet med skillnader efter familjesituation gäller att mönstret för utbildningsskillnaderna är påfallande enhetligt, det vill säga i de fall där skillnader efter utbildningsnivå föreligger är det i samtliga fall så att "risken" är högst för dem med förgymnasial utbildning, lägst bland dem med eftergymnasial utbildning och däremellan finner vi dem med gymnasial utbildning. När vi tagit hänsyn till

sammansättningen efter andra faktorer, är alla skillnader efter utbildningsnivå stabila med ett undantag; utbildningsskillnaderna i gruppen med nedsatt syn har minskat. Vid slutet av 1990-talet är låg utbildning fortfarande vanligare bland personer med nedsatt syn än bland dem som inte har detta funktionshinder, men skillnaden mellan grupperna är mindre än vid slutet av 1980-talet.

När det gäller skillnader mellan personer med olika *födelseland* är bilden likartad. Även med hänsyn tagen till eventuella skillnader i ålder, kön, familjetyp och utbildning är utrikesfödda personer överrepresenterade jämfört med dem som är födda inom landets gränser. I åldersgruppen 16–64 år gäller detta samtliga funktionshinder utom nedsatt hörsel. Bland de äldre gäller det endast i två fall, nämligen dem som har nedsatt rörlighet i armar och händer och i ännu högre grad dem som har långvariga psykiska besvär. Vi finner däremot inga förändringar över tid, även om det finns en tendens ($p=0,058$) till en ökad överrisk för nedsatt syn bland yngre utrikesfödda personer jämfört med inrikesfödda.

Vi vill än en gång understryka att några orsaker till de grupp-skillnader och förändringar som redovisats ovan inte går att avläsa av denna analys. Om vi som exempel tar det faktum att personer med låg utbildning är överrepresenterade bland olika grupper av funktionshindrade skulle detta, å ena sidan, kunna bero på ett medfött eller tidigt förvärvat funktionshinder som, av olika tänkbara skäl, har inverkat på uppnådd utbildningsnivå. Å andra sidan skulle det kunna bero på att personer med låg utbildning i högre utsträckning finns på positioner i arbetslivet där riskerna att ådra sig ett funktionshinder är större. Också andra orsakskedjor, eller kombinationer av dessa, är självfallet tänkbara.

Motsvarande resonemang kan delvis föras även när det gäller skillnader mellan inrikes och utrikes födda personer. Vi vet att personer med utländsk bakgrund i högre grad än andra arbetar inom yrken med dålig arbetsmiljö, bland annat med mer monotona och ensidiga arbetsmoment. Eftersom denna typ av arbeten innebär ökad risk för sjukdomar och skador i rörelseorganen är en tänkbar orsakskedja att överrisken för i första hand rörelsehinder och nedsatt rörlighet i armar och händer bland utrikesfödda personer åtminstone delvis kan relateras till skillnader i arbetsvillkor mellan grupperna.⁷ Men det är också möjligt att

⁷ Enligt Folkhälsorapporten är rörelseorganens sjukdomar till stor del arbetsrelaterade, och rapporten visar också att svår värk i skuldror och rygg är betydligt vanligare bland utrikesfödda personer, särskilt bland kvinnor födda utanför Norden (Socialstyrelsen 2001b).

personer födda utanför landets gränser oftare har ett funktionshinder redan vid ankomsten. Troligen har risken för detta ökat under 1990-talet i och med den ökade flyktinginvandringen (jfr SOU 1998:139).

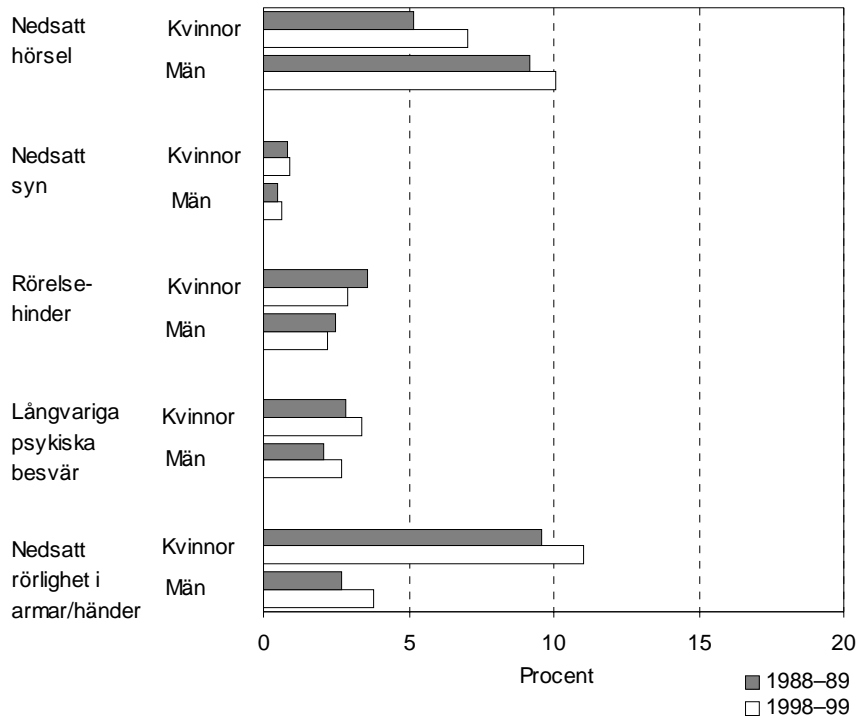
Inte heller när det gäller överrisken för långvariga psykiska besvär eller olika former av rörelsenedsättningar bland ensamföräldrar jämfört med gifta/sammanboende föräldrar kan vi uttala oss om hur detta samband ska tolkas.⁸ Däremot inställer sig ett antal frågor: Innebär föräldraskap i kombination med något av dessa funktionshinder en påfrestning så att föräldrarna oftare separerar? Och vad innebär ensamföräldraskapet för funktionshindrade föräldrar och för deras barns levnadsförhållanden?

Avslutningsvis i detta kapitel vill vi åter betona betydelsen av att närmare belysa ökningen under 1990-talet av funktionshinder i åldersgrupperna under 65 år. Framför allt är det viktigt att söka utröna orsakerna till att fler yngre människor har fått nedsatt hörsel, nedsatt rörlighet i armar/händer samt psykiska besvär. I den mån ökningen kan relateras till förändringar i arbetsvillkor eller andra samhällsliga förhållanden som är möjliga att påverka, är det ur välfärdssynpunkt synnerligen viktigt att identifiera dessa funktionshindrande faktorer.

⁸ Det finns indikationer på att såväl kroppsliga som psykiska sjukdomar kan vara en påfrestning för parförhållanden. Enligt Socialstyrelsens Sociala rapport löper personer som vårdats inom slutenvården (exempelvis för stroke, muskelskeletala sjukdomar eller trafikolyckor) större risk att råka ut för skilsmässa. Den allra största överrisken har personer som vårdats för psykiatriska sjukdomar (Socialstyrelsen 2001a).

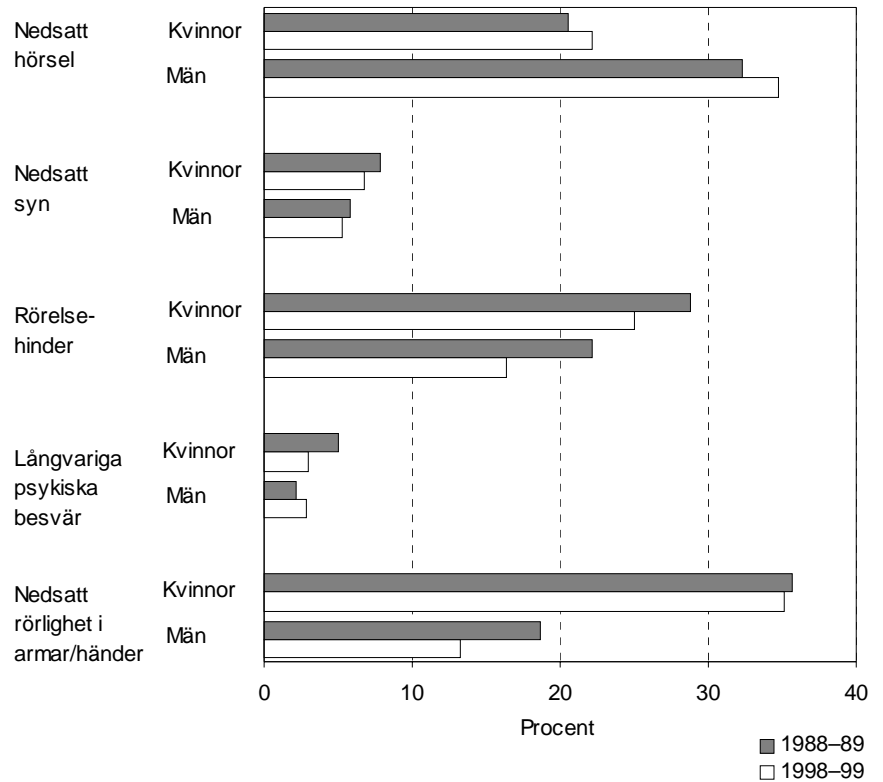
Appendix

Figur 2.A1a. Funktionshinder bland kvinnor och män, 16–64 år. 1988–89 och 1998–99. Andel (procent) med respektive funktionshinder



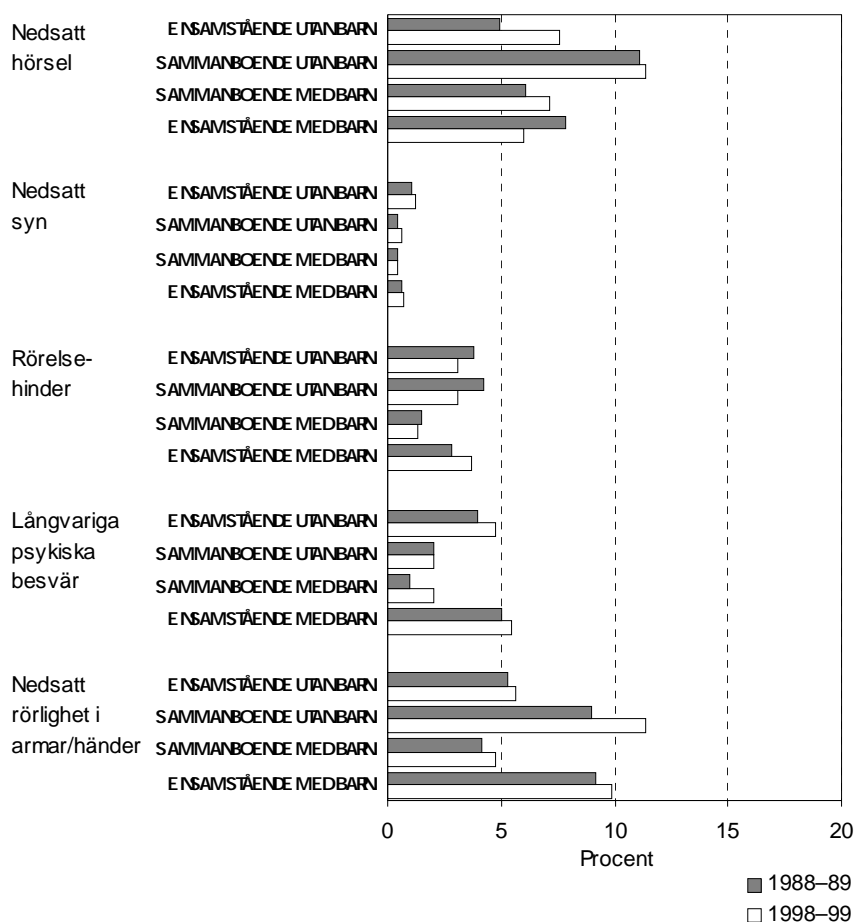
Anm: Uppgifterna om nedsatt rörlighet i armar/händer gäller 1988–89 och 1996–97.

Figur 2.A1b. Funktionshinder bland kvinnor och män, 65–84 år. 1988–89 och 1998–99. Andel (procent) med respektive funktionshinder



Anm: Uppgifterna om nedsatt rörlighet i armar/händer gäller 1988–89 och 1996–97.

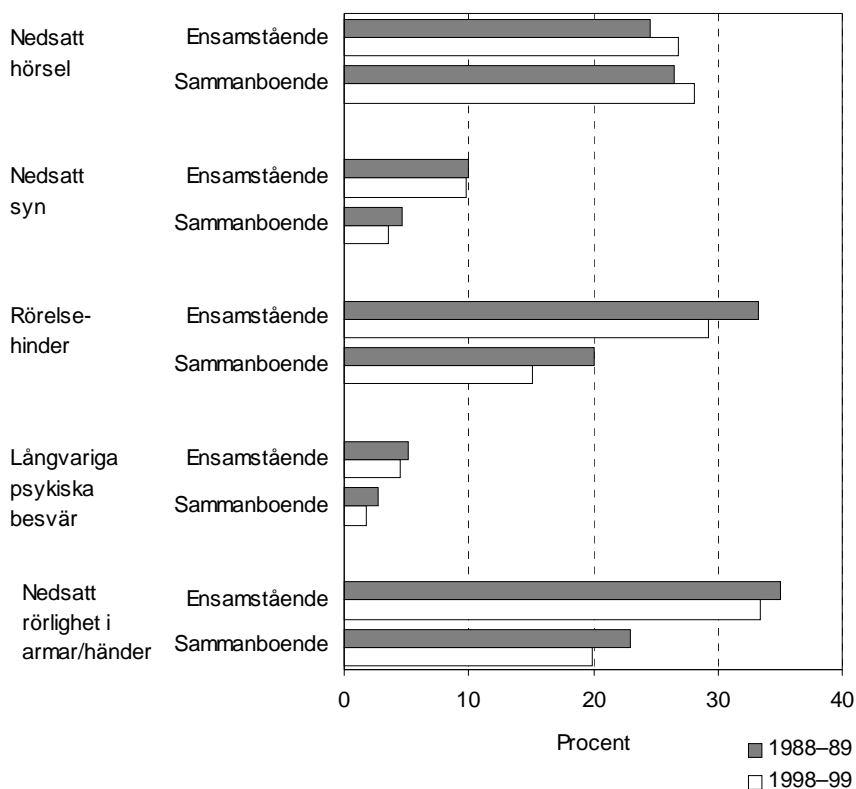
Figur 2.A2a. Funktionshinder bland personer med olika familjesituation,^a 16–64 år. 1988–89 och 1998–99. Andel (procent) med respektive funktionshinder



^a Följande familjetyper särskiljs: *Ensamstående*, dvs. den som inte är gift (ogift, frångild, änka/änkling); *sammanboende*, dvs. den som är gift eller sambo; boende *utan* respektive *med barn* yngre än 19 år i hushållet. Bland de äldre redovisas endast två familjetyper: ensamstående och sammanboende. Detta eftersom mycket få i dessa åldersgrupper har egna minderåriga barn i hushållet.

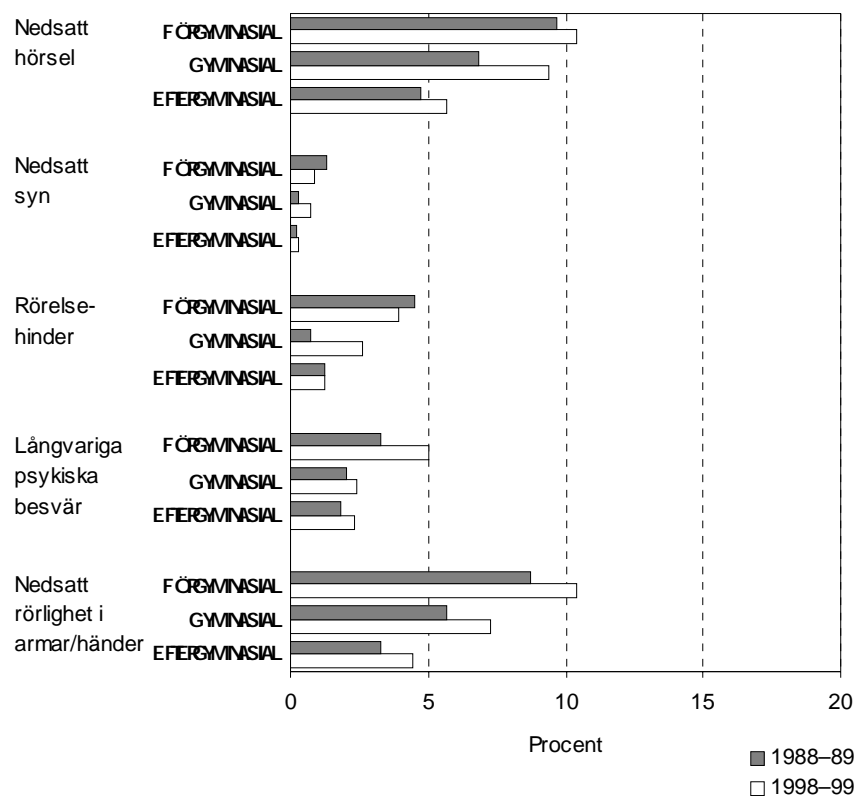
Anm: Uppgifterna om nedsatt rörlighet i armar/händer gäller 1988-89 och 1996-97.

Figur 2.A2b. Funktionshinder bland personer med olika familjesituation, 65–84 år. 1988–89 och 1998–99. Andel (procent) med respektive funktionshinder



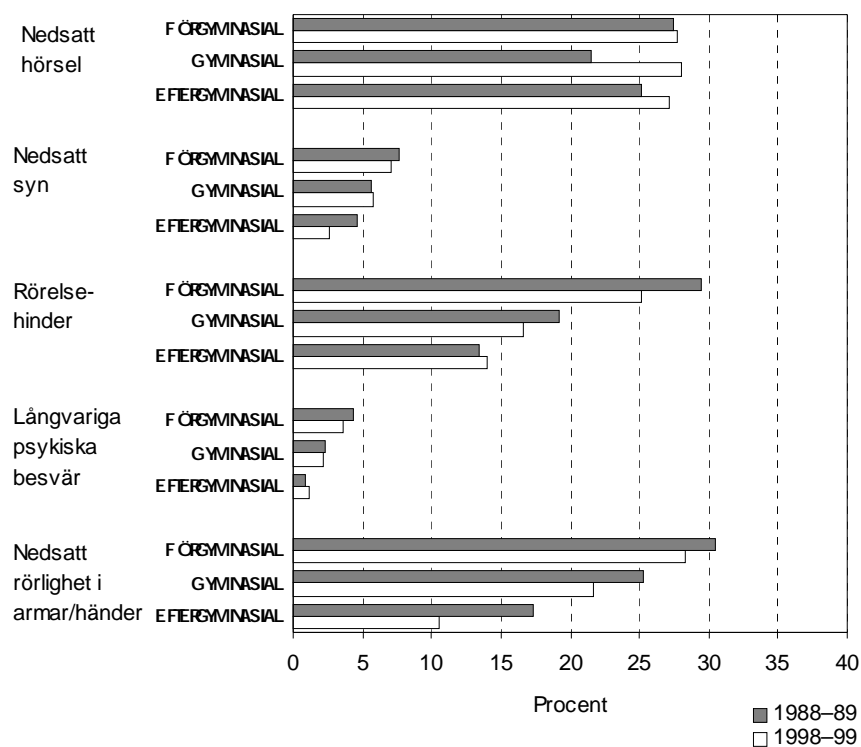
Anm: Uppgifterna om nedsatt rörlighet i armar/händer gäller 1988-89 och 1996-97.

Figur 2.A3a. Funktionsnedsättning bland personer med olika utbildning, 16–64 år. 1988–89 och 1998–99. Andel (procent) med respektive funktionshinder



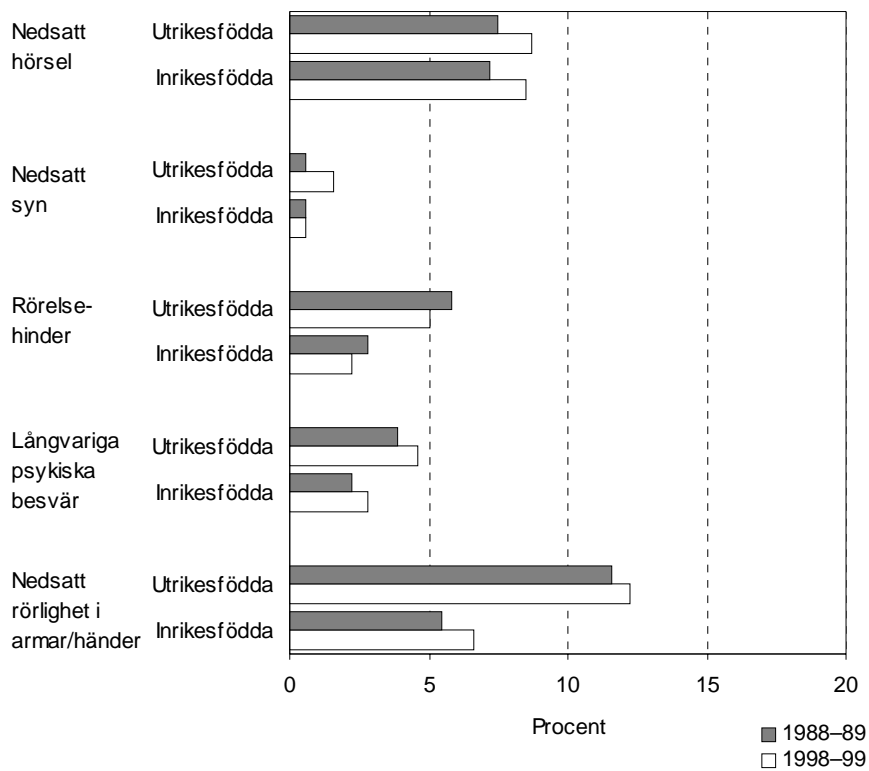
Anm: Uppgifterna om nedsatt rörlighet i armar/händer gäller 1988–89 och 1996–97.

Figur 2.A3b. Funktionsnedsättning bland personer med olika utbildning, 65–84 år. 1988–89 och 1998–99 Andel (procent) med respektive funktionsnedsättning



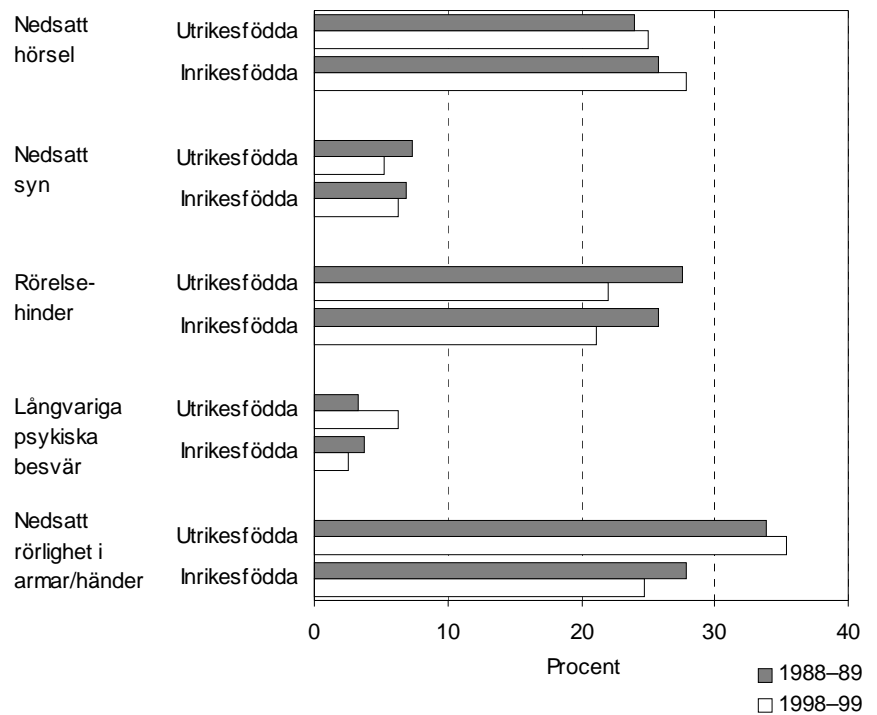
Anm: Uppgifterna om nedsatt rörlighet i armar/händer gäller 1988–89 och 1996–97.

Figur 2.A4a. Funktionshinder bland utrikes- och inrikesfödda personer, 16–64 år. 1988–89 och 1998–99. Andel (procent) som har respektive funktionshinder



Anm: Uppgifterna om nedsatt rörlighet i armar/händer gäller 1988–89 och 1996–97.

Figur 2.A4b. Funktionshinder bland utrikes- och inrikesfödda personer, 65–84 år. 1988–89 och 1998–99. Andel (procent) som har respektive funktionshinder



Anm: Uppgifterna om nedsatt rörlighet i armar/händer gäller 1988–89 och 1996–97.

3 Arbete och sysselsättning

Den normaliseringsprincip som i hög utsträckning kännetecknar den svenska handikappolitiken innefattar i allra högsta grad också frågan om arbete. Personer med funktionshinder skall med andra ord också ha rätt till förvärvsarbete i den mån funktionshindret inte gör detta helt omöjligt och arbetsgivare bör i mesta möjliga mån underlätta detta. I Sverige finns också relativt omfattande arbetsmarknadsprogram som specifikt riktar sig till personer med funktionshinder av olika slag. Det finns annars teoretiska skäl kring arbetsmarknadens funktionssätt som gör att vi kan förvänta att personer med olika former av funktionsnedsättningar har betydligt svårare att få ett erbjudande om jobb och en större risk att mista sitt arbete vid en lågkonjunktur.

Det finns därför all anledning att studera hur sysselsättningsnivåerna för personer med funktionshinder har förändrats under 1990-talet i Sverige. Recessionen innebar ju att omkring en halv miljon arbeten försvann inom loppet av några få år vilket ledde till en kraftig nedgång av sysselsättningsnivåerna, en dramatisk uppgång av arbetslöshetstalen och därutöver en markant nedgång av arbetskraftens storlek (arbetskraften definieras som summan av de sysselsatta, inkl. de frånvarande och de arbetslösa). I detta kapitelns första del skall vi redovisa sysselsättningsaktiviteter – dvs. inte enbart förvärvsarbete – för de olika grupperna av funktionshindrade. De övergripande frågorna är dels om funktionshindrades sysselsättningsmönster avviker från befolkningen i stort, dels om detta kan förklaras av andra faktorer än funktionshindret, samt slutligen, och framförallt, om dessa mönster har förändrats under det turbulenta 1990-talet. I kapitlets andra del fokuserar vi på dem som vid intervjutillfället är i arbete och studerar hur deras arbetsvillkor ser ut samt vilka förändringar som skett härvidlag mellan 1988–89 och 1998–99.

3.1 Sysselsättningsstatus

I Tabell 3.1 anges sysselsättningsstatus för de olika grupper av funktionshindrade som vi urskiljer i datamaterialet. Även detta avsnitt baseras alltså på ULF-undersökningarna, och frågorna om sysselsättning avser vad som var aktuellt för intervjupersonen "under förra veckan".¹ Vi skiljer här på dem som har ett förvärvsarbete (inkl. sjukskrivna och tjänstlediga), som studerar, som anger att de söker arbete, som har pension eller sjukbidrag samt en övrig kategori. I enlighet med vanlig arbetsmarknadsstatistik begränsar vi beskrivningen till dem mellan 16 och 64 år, och kvinnor och män redovisas var för sig. Trots att man i stort sett kan tänka sig alla möjliga samtidiga kombinationer av dessa typer av sysselsättning har vi i tabellen angett endast ett alternativ för varje intervjuperson. Den ordning vi använder i de fall där den intervjuade svarat att hon eller han har flera sysselsättningar, är att vi går från vänster till höger bland de kategorier som återfinns i tabellen, och den första sysselsättningen som är giltig har fått avgöra klassificeringen. Alla som har ett förvärvsarbete är på så vis kategoriserade som förvärvsarbetande oavsett om de samtidigt exempelvis uppbär pension eller är arbetssökande. Klassificeringen leder samtidigt till att detta inte gäller för de andra kategorierna. De procenttal som exempelvis anges för kategorin pension/sjukbidrag avser dem som inte samtidigt är förvärvsarbetande, studerande eller arbetssökande.

¹ Åberg och Nordenmark (2000) ger en beskrivning av skillnader och likheter i definitioner och utfall mellan olika datakällor som kan användas för att beskriva den svenska arbetskraften och arbetslöshetsnivåerna.

Tabell 3.1. Sysselsättningsstatus. Sysselsättning "förra veckan" enligt intervju för grupper av funktionshindrade och befolkningen 16–64 år (n= 19 032), uppdelat på kvinnor och män, 1988–89 respektive 1998–99, procent

	Förvärvsarbetande (inkl. sjukskrivna och tjänstlediga)		Studerande		Arbetssökande		Pension/sjukbidrag		Övrig sysselsättning		Totalt	
	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99
Kvinnor												
Hela befolkningen	79,4	70,2	8,5	13,8	2,1	5,1	6,0	6,7	4,0	4,1	100	100
Nedsatt hörsel	79,0	64,1	3,1	7,6	2,3	6,3	10,5	17,1	5,1	4,8	100	100
Nedsatt syn	[35,9]	[35,9]	[10,3]	[5,1]	[2,6]	[2,6]	[43,6]	[48,7]	[7,7]	[7,7]	100	100
Rörelsehinder	41,4	38,2	4,4	0,8	0,6	4,6	50,3	47,3	3,3	9,2	100	100
Långvariga psykiska besvär	49,6	49,4	7,9	8,3	4,3	6,4	33,8	23,7	4,3	12,2	100	100
Något av ovanstående funktionshinder	61,9	55,7	4,7	6,5	2,2	5,9	26,9	24,8	4,3	7,2	100	100
Nedsatt rörlighet i armar/händer	59,8	48,4	1,9	5,6	2,9	9,4	30,8	30,2	4,6	6,4	100	100
Män												
Hela befolkningen	84,9	75,0	7,7	11,7	1,6	5,4	4,7	6,3	1,2	1,6	100	100
Nedsatt hörsel	85,4	78,0	1,1	3,0	1,5	4,0	11,4	13,1	0,6	1,9	100	100
Nedsatt syn	[32,0]	[28,6]	[8,0]	[3,6]	[8,0]	[3,6]	[52,0]	[60,7]	0,0	[3,6]	100	100
Rörelsehinder	35,7	33,7	0,8	4,8	1,6	1,9	56,6	54,8	5,4	4,8	100	100
Långvariga psykiska besvär	58,7	31,0	3,8	10,3	5,8	13,5	26,9	31,7	4,8	13,5	100	100
Något av ovanstående funktionshinder	73,5	65,5	1,6	4,9	2,2	5,8	21,2	20,2	1,5	3,7	100	100
Nedsatt rörlighet i armar/händer	46,4	38,6	1,4	4,7	1,4	7,0	47,8	46,8	2,9	2,9	100	100

I de fall intervjupersonen har angett fler än en "sysselsättning" är personen här kategoriserad till den första av sysselsättningar i tabellen räknat från vänster till höger, dvs. en person som exempelvis både är förvärvsarbetande och uppstår pension är klassificerad som förvärvsarbetande i tabellen.

Uppgifter inom [] baseras på färre än 40 observationer.

Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988-89 och 1996-97.

Som framgår av tabellen varierar andelen *förvärvsarbetande* dramatiskt mellan de olika grupperna av funktionshindrade. Medan de med nedsatt hörsel har sysselsättningsnivåer som liknar dem som gäller för befolkningen i stort, är nivåerna avsevärt lägre för såväl grupperna med olika former av rörelsenedsättningar, som dem med nedsatt syn och dem med långvariga psykiska besvär.² När det gäller förändringarna över tid framgår tydligt den sysselsättningsminskning som varit gällande för den svenska befolkningen under 1990-talet. För både män och kvinnor har andelen förvärvsarbetande minskat med dryga nio procentenheter när vi jämför 1988–89 med 1998–99. Sysselsättningsnedgången är också tydlig för personer med funktionshinder, men det finns inget generellt mönster i riktning mot en kraftigare minskning av funktionshindrades förvärvsarbetsnivåer. För vissa grupper tycks snarast det motsatta vara fallet. Bland exempelvis kvinnor och män med rörelsehinder har andelen förvärvsarbetande minskat med två respektive tre procentenheter medan, som sagt, nedgången är nära tio procentenheter för samtliga. Av enskilda kategorier av funktionshindrade är det ändå värt att notera den mycket kraftiga minskning (från knappa 59 procent till 31 procent förvärvsarbetande) som gäller för män med psykiska besvär.³ Till skillnad från befolkningen i stort tycks också kvinnor i flertalet av grupperna av funktionshindrade ha högre förvärvsfrekvens än motsvarande grupper av män.

Vi nämnde inledningsvis i detta kapitel att det förefaller rimligt att tro att de omfattande arbetsmarknadsprogram som existerar är viktiga för att förstå de sysselsättningsnivåer och de förändringar vi ser i tabellen. Med det datamaterial vi har för handen kan vi dock inte studera denna fråga närmare. Som visats av Skogman Thoursie (1999, Figur 1) är antalet personer som deltar i olika arbetsmarknadsprogram betydande. Sålunda var 1998 nära 50 000 personer anställda med lönebidrag, ca 27 000 personer var anställda vid Samhall och ca 6 000 personer i offentligt skyddat arbete (OSA). Sammantaget var dock motsvarande antal vid slutet av 1980-talet

² Personer med nedsatt syn är, givet vår definition, relativt få i arbetsför ålder i vårt urval. Skattningen av andelen sysselsatta i denna grupp har därför en hög grad av osäkerhet, i synnerhet som vi här skiljer på kvinnor och män. I en rapport från Synskadades Riksförbund ges en översyn av arbetsmarknadsläget för synskadade (Sköld 1998). Bilden där bekräftar i huvudsak den låga sysselsättningsnivån, vilket måhända inte är så märkvärdigt i och med att man delvis utgått från publiceringar av samma datamaterial som vi använder.

³ Att personer med psykiska besvär har svårast att få ett reguljärt arbete överensstämmer också med vad Melkersson (1999) fann i en longitudinell registerstudie kring arbetssökande med funktionshinder.

ungefärligen detsamma (se också Regnér 2000, Tabell 3). Det är alltså inte så att antalet personer i dessa typer av program ökat drastiskt under 1990-talet. Eftersom den reguljära sysselsättningen minskat innebär det likväl att deras relativa betydelse ökat. I vilken utsträckning de personer med funktionshinder som studeras här har deltagit i dessa program har vi inte haft möjlighet att studera.

Att vara *studerande* är också mindre vanligt bland grupperna av funktionshindrade. Andelen studerande i befolkningen 16–64 år har ökat mycket kraftigt mellan slutet av 1980-talet och slutet av 1990-talet. Denna uppgång gäller inte för alla grupper av funktionshindrade. Framförallt kan det noteras, även om bastalen som procentandelarna bygger på är relativt små, att andelen studerande bland dem med synnedsättning har minskat till ungefär halva den nivå som gällde tio år tidigare. Denna förändring är lika tydlig bland kvinnor som bland män. Beträffande *arbetslöshet* är nivåerna och ökningen för personer med funktionshinder mycket lika dem som gäller för befolkningen i stort. Män med psykiska besvär har dock mycket hög arbetslöshet som också ökat mer än andra grupper, åtminstone räknat i procentenheter. En påtaglig ökning ser vi också för dem med nedsatt rörlighet i armar eller händer. Att arbetslösheten inte är påtagligt högre bland de funktionshindrade som helhet kan synas märkligt och resultatet avviker här också från en hel del annan statistik. Anledningen är dock tämligen enkel. När vi här redovisar arbets sökande i procent av samtliga inom åldersintervallet, är det viktigt att komma ihåg att vi får andelar som bör avvika från den officiella arbetsmarknadsstatistiken. Arbetslösheten uttrycks där i procent av arbetskraften och eftersom andelen funktionshindrade personer i arbetskraften är lägre än vad som gäller för befolkningen i stort är andelen arbetslösa *i arbetskraften* högre bland de funktionshindrade (se t.ex. SCB 1999).⁴ I Tabell 3.1 har vi istället uttryckt hur många som själva anger att de är arbetssökande av *samtliga*, och då är alltså andelarna överlag mycket lika när vi jämför personer med något funktionshinder med befolkningen i stort.

Personer med funktionshinder utmärker sig också, föga förvånande, genom att en stor andel har *pension eller sjukbidrag*. Det gäller framförallt de rörelsehindrade och dem med nedsatt syn.

⁴ Om vi räknar om de tal som finns redovisade i Tabell 3.1 för att i mesta möjliga mån uppnå överensstämmelse med tillvägagångssättet i de s.k. arbetskraftsundersökningarna får man också en bild som tämligen väl överensstämmer med den studie rörande funktionshindrades situation på arbetsmarknaden 1998 som AMS lät göra i samarbete med SCB och Rådet för Arbetslivsforskning (se SCB 1999, Tabell 13).

Något förvånande finner vi att andelen med pension eller sjukbidrag bland kvinnor med långvariga psykiska besvär har minskat mellan våra två mätpunkter, trots att vi vet att diagnosgruppen psykiska störningar blivit allt vanligare bland dem som nybeviljats förtidspension under 1990-talet (Lidwall & Skogman Thoursie 2000). Generellt sett kan man ändå säga att vi här tydligt ser att den minskade sysselsättningen i Sverige under 1990-talet inte ledde till en massiv ökning av antalet förtidspensionerade (se Palme 2000 för en närmare beskrivning). Denna generella iakttagelse omfattar uppenbarligen också de grupper av funktionshindrade som vi studerar i denna skrift.

Därutöver finner vi några uppseendeväckande förändringar i den sista av de sysselsättningskategorier vi urskiljer. Andelen med "övrig sysselsättning", dvs. individer som varken är förvärvsarbetande, studerande, arbetssökande eller uppstår pension har i stort sett tredubblats bland kvinnor med rörelsehinder liksom bland både kvinnor och män med psykiska besvär. Det finns all anledning att återkomma till denna utveckling, inte minst eftersom dessa gruppers försörjningsmöjligheter torde vara ytterligt begränsade.

De gruppskillnader och trender som redovisas i Tabell 3.1 kan självfallet helt eller delvis bero på faktorer vid sidan av funktionshindret. För att mer systematiskt söka renodla skillnaderna och de olika förändringarna mellan grupperna av funktionshindrade och befolkningen redovisas i Tabell 3.2 resultat från ett antal multivariata regressioner, också i detta fall s.k. logistiska regressioner (se Kapitel 2.4). Det som studeras här är risken för att ha en svag arbetsmarknadsförankring, där detta definierats som att varken vara förvärvsarbetande eller studerande. Huruvida de studerandes arbetsmarknadsförankring ska ses som marginaliserad eller ej är inte helt givet, men det förefaller ändå mest rimligt att göra denna indelning. De övriga faktorerna som inkluderas i analyserna är *ålder, kön, hushållstyp, födelseland och utbildning*. I just denna analys har vi därutöver valt att studera hur skillnaderna förändras när vi också lägger in en variabel som avser självskattad arbetsförmåga i modellerna. Vi skiljer här på om arbetsförmågan är nedsatt i hög grad eller ej. Om arbetsförmågan är det som förklarar hela skillnaden i förankring på arbetsmarknaden mellan personer med funktionshinder är självfallet en central fråga. Eftersom så pass få individer i åldersgruppen 16–64 år har nedsatt syn har vi valt att inte studera denna grupp separat i de multivariata analyserna.

I Tabell 3.2 visar vi dels hur risken (egentligen odds) för de olika grupperna av funktionshindrade skiljer sig åt jämfört med dem utan funktionshinder (vars odds alltså sätts till ett). I modell A ges denna över/underrisk när vi enbart kontrollerar för sammansättningskillnader i ålder (efter tioårsklasser) och undersökningsår. I modell B har vi också inkluderat de andra oberoende variablerna. Slutligen i modell C har vi därutöver också tagit hänsyn till skillnader i arbetsförmåga. I den fjärde resultatcolumnen anger vi, om det föreligger en statistiskt signifikant så kallad multiplikativ interaktionseffekt mellan undersökningsår och den skillnad i odds som föreligger mellan personer med respektive utan en viss funktionsnedsättning. Det senare är i så fall en indikation på att oddset för att ha "en svag arbetsmarknadsförankring" har *förändrats* på ett annorlunda sätt för dem med olika funktionshinder jämfört med den övriga befolkningen.

Tabell 3.2. Svag arbetsmarknadsförankring. Relativa skillnader (odds) för risken att ha svag arbetsmarknadsförankring (ej förvärvsarbetande eller studerande) för olika grupper av funktionshindrade, 1988–89 och 1998–99. Åldersgruppen 16–64 år (n= 18 908). De utan respektive funktionshinder är referenskategori vars odds är satt till 1. (P-värde kursivt och inom parentes)

		A	B	C	Sign. interaktion med år
Nedsatt hörsel		(0,002)	(0,003)	(0,064)	
	<i>Ja</i>	1,26	1,25	[1,17]	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	1	
Rörelsehinder		(0,000)	(0,000)	(0,000)	
	<i>Ja</i>	9,29	7,23	2,46	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	1	
Långvariga psykiska besvär		(0,000)	(0,000)	(0,000)	
	<i>Ja</i>	7,55	6,07	3,39	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	1	
Något av ovanstående funktionshinder		(0,000)	(0,000)	(0,000)	
	<i>Ja</i>	3,49	3,14	1,93	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	1	
Nedsatt rörlighet i armar/händer		(0,000)	(0,000)	(0,000)	
	<i>Ja</i>	5,48	4,70	1,98	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	1	

Modell A = enbart kontrollerat för ålder (10 års-grupper), och undersökningsår.

Modell B = A + kön + utbildningsnivå + födelseland + hushållstyp.

Modell C = B + arbetsförmåga nedsatt i hög grad.

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Interaktionen mellan undersökningsår och respektive funktionshinder är testad på modell B. Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988–89 och 1996–97.

När vi kontrollerar för ålderssammansättning visar det sig att också personer med nedsatt hörsel i något högre utsträckning har en svag arbetsmarknadsförankring. Denna överrisk påverkas i mycket ringa grad när vi inför de övriga variablerna i modellen (jfr talen i modellerna A och B). En betydligt kraftigare överrisk finner vi för såväl dem med rörelsehinder som dem med långvariga psykiska besvär, något som ju också framkom redan i Tabell 3.1. När vi tar hänsyn till gruppernas sammansättning efter ålder, kön, utbildningsnivå, födelseland och familjesituation, minskar skillnaderna

något men är alltså dramatiska. Nu är det självfallet så att dessa skillnader i hög utsträckning beror på individernas förmåga att arbeta, vilket vi i den tredje modellen (C) också tar i beaktande. Det visar sig, inte oväntat, att när vi tar hänsyn till om de sjukdomar eller funktionsnedsättningar man har innebär att arbetsförmågan i hög grad är nedsatt, minskar skillnaderna påtagligt mellan de olika grupperna av funktionshindrade och befolkningen i övrigt. Sålunda minskar överrisken från 7 ggr till knappa 2½ för de rörelsehindrade och från 6 till drygt 3 för dem med långvariga psykiska besvär, medan överrisken för personer med nedsatt hörsel nu inte längre är signifikant (på femprocentnivån). För de två förstnämnda grupperna är det dock samtidigt värt att notera att skillnaderna långtifrån försvinner. Det förefaller alltså som att de funktionshindrade tycker sig vara kapabla att förvärvsarbeta i högre utsträckning än vad de faktiskt gör. Den lägre sysselsättningsnivån tycks därför inte enbart vara styrd av skillnader i arbetsförmåga.⁵

När det gäller förändringarna över tid finner vi att utvecklingen inte signifikant avviker för någon av grupperna jämfört med befolkningen i övrigt – något som vi ju också antydde redan vid en okulärbesiktning av procenttalen i Tabell 3.1. Oavsett vilken normativ värdering man gör av förvärvsarbete i sig, ser vi det ändå som remarkabelt att den svenska sysselsättningskrisen under 1990-talet inte tycks ha lett till att de funktionshindrade har mist sina arbeten i högre utsträckning än befolkningen i övrigt. För i stort sett alla tänkbara grupper som kan urskiljas gäller att förankringen på arbetsmarknaden, såsom vi här mäter denna, har försämrats. Detta gäller också för de flesta grupper av funktionshindrade men generellt sett tycks man inte ha drabbats värre på arbetsmarknaden än befolkningen i stort. Att den svenska sysselsättningskrisen hade ett relativt generellt drag i den meningen att de flesta grupper påverkades är något som också framhållits tidigare (se t.ex. Lundborg 2000).⁶

Vi noterade tidigare att gruppen med "övrig sysselsättning" hade ökat markant i vissa grupper av funktionshindrade. Denna grupp består alltså av dem som vare sig är förvärvsarbetande, studerande eller arbetssökande och som inte heller har förtidspension eller sjukbidrag. I Tabell 3.3 anges på samma sätt som i föregående tabell

⁵ Näringsdepartementets s.k. Mångfaldsprojekt anger också i linje med detta att många yngre förtidspensionerade funktionshindrade enligt en studie har uppgivit att de skulle kunna ta ett arbete om de blev erbjudna ett (Näringsdepartementet, Ds 2000:69).

⁶ Nya data visar att personer med funktionshinder inte heller har förfördelats under konjunkturuppgången (SCB 2001).

huruvida risken att tillhöra denna grupp ser olika ut för funktionshindrade jämfört med den övriga befolkningen när vi också tar hänsyn till gruppernas sammansättning efter de andra faktorerna i stegvisa modeller. Också i detta avseende visar det sig att de hörselskadade inte avviker från befolkningen i stort. Däremot föreligger en klar överrisk för grupperna med olika former av rörelse- nedsättningar. Dessa överrisker sjunker när vi tar hänsyn till övriga variabler (jämför modellerna A och B) men är i båda fallen alltså signifikanta. Den grupp som mest tydligt avviker är dock personer med långvariga psykiska besvär.

Tabell 3.3. Övrig sysselsättningsstatus. Relativa skillnader (odds) för risken att ha övrig sysselsättningsstatus (ej förvärvsarbetande, ej studerande, ej arbetssökande, ej förtidspensionär/sjukbidrag) för olika grupper av funktionshindrade, 1988–89 och 1998–99. Åldersgruppen 16–64 år (n= 18 908). De utan respektive funktionshinder är referenskategori vars odds är satt till 1. (P-värde kursivt och inom parentes)

		A	B	Sign. interaktion med år
		(E S)	(E S)	Nej
Nedsatt hörsel	Ja			
	Nej			
		(0,000)	(0,010)	
Rörelsehinder	Ja	2,36	1,75	Nej
	Nej	1	1	
		(0,000)	(0,000)	
Långvariga psykiska besvär	Ja	4,04	4,00	Ja
	Nej	1	1	
		(0,000)	(0,000)	
Något av ovanstående funktionshinder	Ja	1,77	1,73	Ja
	Nej	1	1	
		(0,000)	(0,007)	
Nedsatt rörlighet i armar/händer	Ja	2,38	1,51	Nej
	Nej	1	1	

Modell A = enbart kontrollerat för ålder (10 års-grupper), och undersökningsår.

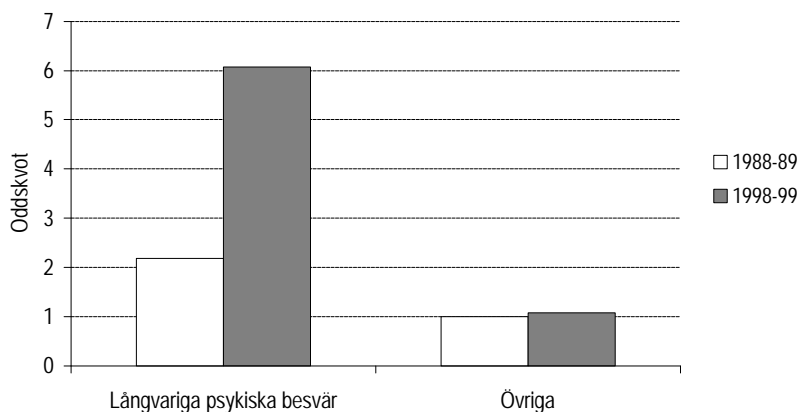
Modell B = A + kön + utbildningsnivå + födelseland + hushållstyp.

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Interaktionen mellan undersökningsår och respektive funktionshinder är testad på modell B. Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988–89 och 1996–97.

Av speciellt intresse är förstås om dessa överrisker har förändrats över tid. Antalet observationer kan egentligen sägas vara i minsta laget för en analys av detta slag, något som gör att det krävs mycket kraftiga förändringar för att erhålla en statistisk signifikant interaktionseffekt. Trots detta visar det sig att denna multivariata analys anger en påtaglig, och statistisk signifikant, förändring för dem med psykiska besvär.⁷ I Figur 3.1 har vi åskådliggjort denna förändring på så vis att oddset för den övriga befolkningen 16–64 år att tillhöra denna grupp 1988–89 är satt till ett. Som framgår hade gruppen med långvariga psykiska besvär ungefär en överrisk på dryga 2 ggr redan vid denna tidpunkt. Tio år senare har denna överrisk mer än fördubblats trots att vi här tar hänsyn till skillnader i sammansättning efter ålder, kön, utbildningsnivå, familjetyp och födelseland.

Figur 3.1. Förändrade skillnader i risken att ha "övrig sysselsättningsstatus" (ej förvärsarbetande, ej studerande, ej arbetsökande, ej pensionär/sjukbidrag) mellan dem med långvariga psykiska besvär och den övriga befolkningen. Åldersgruppen 16–64 år. Standardiserat för ålder, kön, utbildningsnivå, familjetyp och födelseland. De utan långvariga psykiska besvär 1988–89 är referenskategori vars odds är satt till 1



⁷ Som framgår av tabellen har också överrisken förändrats för den sammansatta gruppen av funktionshindrade. Detta är dock i all huvudsak beroende av utvecklingen för gruppen med psykiska besvär.

3.1.1 Anställningsform

Under 1990-talet har olika former av tillfälliga anställningar blivit allt vanligare. Sålunda gäller enligt ULF-undersökningarna att bland de anställda ökade andelen med tidsbegränsad anställning från drygt 10 till drygt 15 procent mellan de båda tidpunkter vi studerar här. Tidsbegränsad anställning har tidigare visat sig vara vanligare bland kvinnor än män, och bland utrikes födda, men denna har också en mycket ovanlig klassprofil genom att vara vanligast bland högre tjänstemän och bland arbetare i okvalificerade yrken (se Fritzell & Lundberg 2000). Det senare visar att tidsbegränsade anställningar inte är något enhetligt fenomen utan det förekommer en mängd olika typer av tidsbegränsade anställningar som sannolikt har mycket olika välfärdsimplikationer.⁸

Vi har konstaterat att personer med funktionshinder är sysselsatta i betydligt lägre utsträckning än befolkningen i stort. Bland dem som har en anställning har andelen med tidsbegränsad anställning ökat i minst lika hög takt som bland övriga befolkningen. Vi tycks med andra ord finna en utveckling över tid vars grunddrag är desamma som för befolkningen i stort. Andelen med tidsbegränsad anställning är dock något *lägre* bland personer med funktionshinder. Av analyser (ej presenterade) framgår dock att när vi kontrollerar för andra faktorer är dock denna skillnad inte signifikant. Liknande resultat har erhållits också i andra studier (se t.ex. SCB 1999, Tabell 17).

3.2 Arbetsvillkor

Under senare tid har det i en rad svenska studier visats att arbetslivet i många avseenden blivit mer påfrestande under 1990-talet. Framförallt förefaller arbetets mer mentala eller psykosociala villkor ha blivit allt hårdare. Det finns skäl att uppmärksamma såväl psykosociala aspekter som mer fysiska aspekter av arbetslivet. I tidigare analyser har det också framkommit att andelen jäktiga arbeten ökat väsentligt under decenniet, en ökning som främst berört den kvinnliga delen av arbetsstyrkan, medan exempelvis andelen enformiga arbeten är ungefär lika stor vid slutet av 1990-talet som vid decenniets inledning (Fritzell & Lundberg 2000).

⁸ Aronsson, Gustafsson & Dallner (2000) visar t.ex. att de som har den tidsbegränsade anställningsformen behovsanställning har betydligt sämre arbetsvillkor jämfört med exempelvis projektanställda.

Analysen (ej redovisade) visar att det inte finns några signifikanta skillnader mellan personer med funktionshinder och befolkningen i stort beträffande förekomsten av *jäktigt arbete*. Också bland personer med något funktionshinder är det vanligare med jäktiga arbeten bland kvinnor än bland män. Personer med rörelsehinder är den enda av de grupper av funktionshindrade vi undersökt där det finns en tendens till att jäktiga arbeten är mindre frekvent. Inte heller finner vi någon skillnad mellan funktionshindrade och övriga vad gäller förändringar under decenniet.

Om skillnaderna vad gäller jäkt i arbetet är små är det däremot en större andel av grupperna av funktionshindrade som har enformiga arbeten.⁹ I Tabell 3.4 redovisas resultat från analysen där risken för att ha ett *enformigt arbete* studeras. Dessa skillnader minskar visserligen något när vi tar hänsyn till andra faktorer men förblir klart signifikanta. Som framgår har dock alla dessa skillnader förändrats under 1990-talet med undantag för överrisken för personer med psykiska besvär (se kolumnen längst till höger).

⁹ Definitionen av såväl enformiga som jäktiga arbeten bygger på en enkel fråga där den intervjuade svarat Ja eller Nej på frågan: *Är ditt arbete jäktigt (enformigt)?*

Tabell 3.4. Enformigt arbete. Relativa skillnader (odds) för enformigt arbete för olika grupper av funktionshindrade, 1988–89 och 1998–99. Förvärvsarbetande i åldersgruppen 16–64 år (n= 14 844). De utan respektive funktionshinder är referenskategori, vars odds är satt till 1. (P-värde kursivt och inom parentes)

		A	B	Sign. interaktion med år
Nedsatt hörsel	<i>Ja</i>	(0,000) 1,34	(0,007) 1,25	Ja
	<i>Nej</i>	1	1	
Rörelsehinder	<i>Ja</i>	(0,003) 1,69	(0,025) 1,49	Ja
	<i>Nej</i>	1	1	
Långvariga psykiska besvär	<i>Ja</i>	(0,000) 1,72	(0,006) 1,56	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	
Något av ovanstående funktionshinder	<i>Ja</i>	(0,000) 1,42	(0,000) 1,30	Ja
	<i>Nej</i>	1	1	
Nedsatt rörlighet i armar/händer	<i>Ja</i>	(0,000) 1,91	(0,000) 1,60	Ja
	<i>Nej</i>	1	1	

Modell A = enbart kontrollerat för ålder (10 års-grupper), och undersökningsår.

Modell B = A + kön + utbildningsnivå + födelseland + hushållstyp.

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

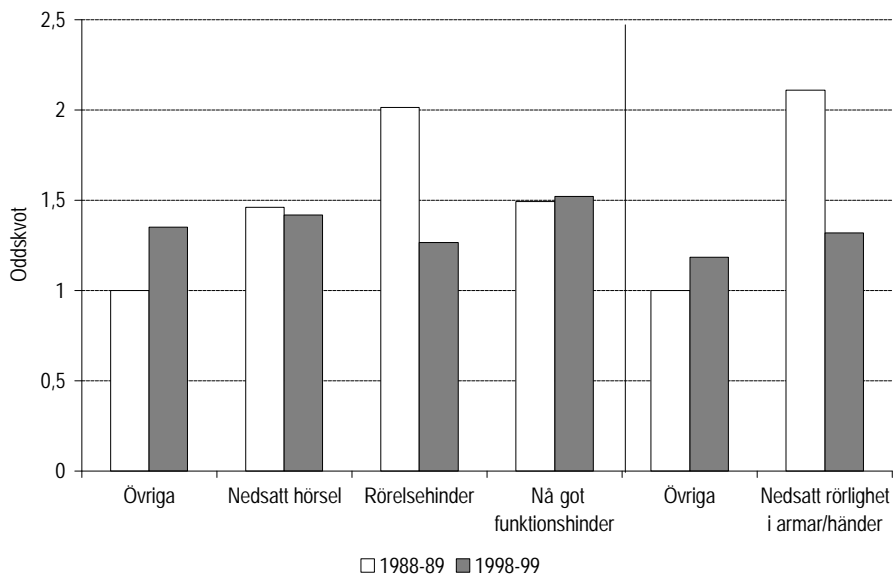
Interaktion mellan undersökningsår och respektive funktionshinder är testat på modell B.

Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988–89 och 1996–97.

På motsvarande sätt som tidigare uttrycker vi dessa förändringar i Figur 3.2. Här redovisas sålunda hur oddsen för att ha ett enformigt arbete har förändrats för såväl personer med nedsatt hörsel som grupperna med olika former av rörelsenedsättningar och den sammansatta gruppen av funktionshindrade i jämförelse med de förändringar som gäller för den övriga befolkningen.¹⁰

¹⁰ De skattade förändringarna kommer egentligen från olika modeller där alltså även oddsen för dem utan det specifika funktionshindret kan variera. Emedan denna variation i stort sett är obefintlig har vi endast angett ett referensgruppsvärde för respektive mättdpunkt med undantag för jämförelsen mellan personer med nedsatt rörlighet i armar eller händer där jämförelsen görs mellan 1988–89 och 1996–97.

Figur 3.2. Förändrade skillnader i risken för enformigt arbete mellan personer med olika former av funktionsnedsättningar och den övriga befolkningen. Förvärvsarbetande i åldersgruppen 16–64 år. Åren 1988–89 respektive 1998–99. Standardiserat för ålder, kön, utbildningsnivå, familjetyp, födelseland. De utan funktionsnedsättning 1988–89 är referenskategori vars odds är satt till 1



Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988-89 och 1996-97.

Som framgår av figuren har skillnaderna utjämnats betydligt. Medan såväl hörselskadade som de båda grupperna med rörelsenedsättningar hade en betydande överrisk för att ha ett enformigt arbete 1988–89 – nära 50 procents respektive fördubblad – är skillnaderna i stort sett uttraderade tio år senare. Dessa ändringar gäller trots att vi här kontrollerar för alla övriga variabler i analyserna. Vidare analyser visar att denna förändring i huvudsak beror på att enformiga arbeten blivit mindre vanligt bland kvinnor med funktionshinder. Tidigare studier har, kanske inte så oväntat, visat att risken för att ha ett enformigt arbete är starkt relaterat till klasstrukturen. Resultatet i Figur 3.2 reser frågan om förvärvsarbetande personer med funktionshinder har en annan klass-

sammansättning vid de två mätpunkterna, och att detta skulle kunna ligga bakom förändringen. Med andra ord har de (färre) personer med funktionshinder, som har ett arbete i högre utsträckning tjänstemannajobb på högre eller mellannivå vid slutet av 1990-talet jämfört med situationen tio år tidigare?

I själva verket visar sig i datamaterialet istället en närmast motsatt utveckling av fördelningen efter klassposition. Medan andelen förvärvsarbetande som är högre tjänstemän eller tjänstemän på mellannivå ökar påtagligt under 1990-talet finner vi en minskning av motsvarande andel bland personer med rörelsehinder. Dessa har i stort sett identisk andel tjänstemän som övriga förvärvsarbetande vid ingången av 1990-talet, men en klart lägre andel vid slutet av decenniet. För dem med nedsatt hörsel är de relativa förändringarna av klasspositioner mindre tydliga men tendensen är densamma. Följaktligen visar det sig också att om man i de multivariata modeller som Figur 3.2 bygger på (se Tabell 3.4) också inkluderar klass (enligt den gängse socio-ekonomiska indelningen) så blir de relativa förbättringar vi redovisat i figuren för dem med rörelsenedsättningar och dem med nedsatt hörsel än mer markanta.

I Tabell 3.5 redovisas resultaten från en serie regressioner där risken för att ha ett fysiskt olämpligt arbete analyserats. Indikatorn bygger på två frågor där den ena gäller olämpliga arbetsställningar och den andra frågan rör arbetsrörelsernas ensidighet.¹¹ Vi särskiljer de arbeten där båda dessa villkor är uppfyllda vilka vi benämner "*fysiskt olämpligt arbete*". Som framgår av tabellen är också sådana arbeten mer vanliga bland de funktionshindrade. Detta gäller både dem med nedsatt hörsel och dem med långvariga psykiska besvär. Det finns också en motsvarande tendens bland dem med rörelsehinder även om skillnaden här inte är signifikant. Den största överrisken finner vi dock för personer med nedsatt rörlighet i armar eller händer.

Det faktum att personer med funktionshinder tenderar att till viss del ha en mer fysiskt påfrestande arbetsmiljö väcker fler frågor. Innebär funktionshindret att en viss arbetssituation upplevs som mer negativ för den funktionshindrade än för andra? Mot detta talar kanske, att också personer med nedsatt hörsel liksom de med psykiska besvär uppger att de har obekväma arbetsställningar och ensidiga rörelser i arbetet. Den grupp som har högst överrisk,

¹¹ Frågorna lydelse är: *Innebär ditt arbete mycket upprepade och ensidiga arbetsrörelser?* respektive *Är ditt arbete sådant att du tvingas till krokiga, vridna eller på annat sätt olämpliga arbetsställningar?*

personer med nedsatt rörlighet i armar eller händer, kan förvisso tänkas uppleva arbetsställningar som mer olämpliga men det kan inte heller uteslutas att arbetet i sig är orsaken till funktionsnedsättningen. Oavsett vilket, är det utifrån individens välfärds perspektiv självfallet negativt att man bedömer att ens arbete innehåller såväl ensidiga som olämpliga arbetsställningar. Att funktionshindrade betydligt oftare har fysiskt olämpliga arbeten är på så vis ett negativt välfärdsutfall oberoende av vilka orsaker som ligger bakom detta observandum.

Tabell 3.5. Fysiskt olämpligt arbete. Relativa skillnader (odds) för risken att ha ett fysiskt olämpligt arbete (arbetet innebär både "upprepade och ensidiga arbetsrörelser" och "olämpliga arbetsställningar") för olika grupper av funktionshindrade, 1988–89 och 1998–99. Förvärvsarbetande i åldersgruppen 16–64 år (n= 14 841). De utan respektive funktionshinder är referenskategori, vars odds är satt till 1. (P-värde kursivt och inom parentes)

		A	B	Sign. interaktion med år
Nedsatt hörsel		(0,000)	(0,000)	Ja
	<i>Ja</i>	1,57	1,49	
	<i>Nej</i>	1	1	
		<i>(0,068)</i>	<i>(E S)</i>	
Rörelsehinder	<i>Ja</i>	[1,34]		Nej
	<i>Nej</i>	1		
		<i>(0,013)</i>	<i>(0,035)</i>	
Långvariga psykiska besvär	<i>Ja</i>	1,43	1,37	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	
		<i>(0,000)</i>	<i>(0,000)</i>	
Något av ovanstående funktionshinder	<i>Ja</i>	1,52	1,42	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	
		<i>(0,000)</i>	<i>(0,000)</i>	
Nedsatt rörlighet i armar/händer	<i>Ja</i>	2,05	1,79	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	

Modell A = enbart kontrollerat för ålder (10 års-grupper), och undersökningsår.

Modell B = A + kön + utbildningsnivå + födelseland + hushållstyp.

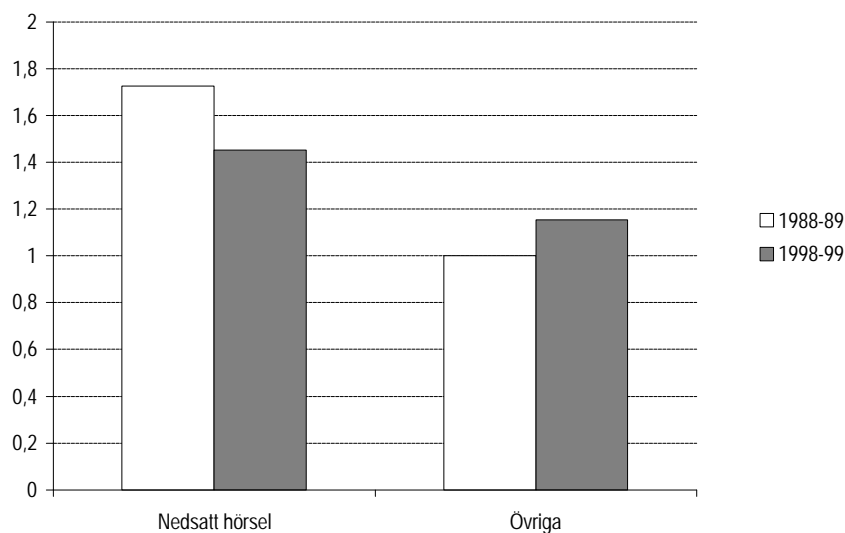
E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Interaktion mellan undersökningsår och respektive funktionshinder är testat på modell B.

Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988–89 och 1996–97.

Som framgår av Tabell 3.5 har en av skillnaderna (den mellan personer med nedsatt hörsel och övriga) förändrats signifikant. I likhet med tidigare anger vi denna förändring grafiskt i Figur 3.3. Här framgår att den överrisk för en fysiskt sett mer krävande och olämplig arbetsmiljö som de hörselskadade hade vid ingången av decenniet påtagligt har minskat. Överrisken, i termer av odds-kvoter, har minskat från dryga 70 procent till ca 25 procent (dessa tal får man fram om man delar de tal som staplarna för respektive år och grupp representerar i figuren).

Figur 3.3. Förändrade skillnader i risken för fysiskt olämpligt arbete mellan dem med nedsatt hörsel och den övriga befolkningen. Förvärvsarbetande i åldersgruppen 16–64 år. Standardiserat för ålder, kön, utbildningsnivå, familjetyp och födelseland. De utan nedsatt hörsel 1988–89 är referenskategori, vars odds är satt till 1



Sammantaget har vi i flera avseenden kunnat se att förändringarna i arbetsvillkor över tid har gått i riktning mot mindre skillnader mellan funktionshindrade personer och andra. Till viss del är detta ett utslag av att de personer med funktionshinder som idag förvärvsarbetar har förbättrade arbetsförhållanden jämfört med motsvarande grupp tio år tidigare och därmed i allt mindre grad avviker

från den övriga befolkningen. Denna utjämning av arbetsvillkoren sker dock samtidigt som andelen sysselsatta minskar påtagligt. Detta gäller visserligen för alla grupper, inklusive dem utan funktionshinder, men nivåerna är olika.

3.3 Arbete och sysselsättning – en sammanfattning

Andelen förvärvsarbete har sjunkit tydligt under decenniet och bland dem med anställning har tidsbegränsade sådana blivit allt vanligare. Dessa övergripande trender är i grova drag desamma för befolkningen i stort och för grupperna av funktionshindrade. Kanske är det beträffande sysselsättningsutvecklingen viktigast att konstatera vad vi *inte* har funnit: det finns inga tecken på att relationen till arbetsmarknaden under 1990-talet skulle ha blivit svagare för personer med funktionshinder än för andra grupper. Sysselsättnings*nedgången* är i stora drag av samma dignitet och arbetslöshetsökningen likaså. Däremot föreligger klara *nivåskillnader* vad gäller arbetsmarknadsförankring. Detta innebär med andra ord att andelen förvärvsarbete är lägre bland personer med funktionshinder och att detta gäller såväl i slutet av 1980-talet som vid slutet av 1990-talet. Undantaget här är personer med nedsatt hörsel som, framförallt män, har sysselsättningsnivåer som är i paritet med befolkningen i stort. Skillnaderna i sysselsättningsnivå förklaras till stor del av förmågan att arbeta, men framförallt för personer med långvariga psykiska besvär återstår betydande skillnader också när vi tar hänsyn till denna faktor. Andelen förvärvsarbete bland männen i denna grupp har också minskat mycket kraftigt. Allra mest oroande är kanske den kraftiga ökningen inom i gruppen med långvariga psykiska besvär som enligt data varken förvärvsarbetar, studerar, är arbetsökande eller uppbär pension.

Beträffande arbetsvillkoren finner vi i många fall att dessa är sämre för de undersökta grupperna av funktionshindrade än för genomsnittet i befolkningen. Personer med funktionshinder tenderar i högre grad att ha enformiga och fysiskt olämpliga arbeten. Samtidigt finner vi dock här påtagliga förändringar under 1990-talet på så vis att många av dessa skillnader mellan funktionshindrade och den övriga befolkningen minskat. Framförallt har vi kunnat notera att skillnaderna i risken för att ha ett enformigt arbete i stort sett har uttraderats, vilket främst är en avspeglning av en minskad risk

bland förvärvsarbetande kvinnor med funktionshinder. För gruppen hörselskadade kan man vidare säga att idag, till skillnad från vad som gällde tidigare, har dessa personer arbetsvillkor som inte alls avviker från befolkningen i stort. I alla fall inte rörande de dimensioner av arbetet vi här har belyst.

Det är dock viktigt att komma ihåg att dessa i huvudsak positiva förändringar sker samtidigt som andelen som har ett arbete överhuvudtaget har minskat. Detta gäller visserligen för alla grupper, inklusive dem utan funktionshinder, men nivåerna är olika. Det går inte att komma ifrån tanken att förvärvsarbetande personer med funktionshinder vid slutet av 1990-talet är en slags elit av funktionshindrade i högre grad än vad som var fallet för tio år sedan. Då var en betydligt större andel av funktionshindrade personer i arbete, men arbetsvillkoren bland dessa tycks i flera avseenden ha varit sämre.

4 Ekonomiska resurser

I detta kapitel skall vi inledningsvis redovisa hur de genomsnittliga inkomstskillnaderna ser ut och har förändrats, när vi jämför hushållsinkomster för personer med funktionshinder med befolkningen i stort. Därefter kommer vårt fokus att övergå till inkomstfördelningens nedre skikt. Här kommer vi att studera hur riskerna för att ha mycket låga disponibla inkomster, avgränsade såsom understigande 60 procent av befolkningens medianinkomst, varierar mellan grupper och hur dessa risker har förändrats. Vårt angreppssätt, dvs. vilka grupper vi urskiljer och vilka analyser som utförs, kommer i huvudsak att vara detsamma som tidigare.

I kapitlets andra hälft kommer vi istället att mer direkt söka mäta och analysera bristande ekonomiska resurser. Detta görs genom att studera om personer med funktionshinder i högre omfattning än andra intervjuade i ULF-undersökningarna uppger att de har en knapp ekonomisk situation enligt ett par olika konkreta frågor. Vi menar att en av de stora fördelarna med dessa indikatorer är att de mer direkt fångar de ekonomiska levnadsvillkoren jämfört med inkomstdata. En av anledningarna till detta är att det är relativt vanligt att inkomsterna varierar mycket mellan olika år. I den mån ett hushåll exempelvis har ett stort ekonomiskt kapital behöver en låg inkomst ett specifikt år inte innebära stora ekonomiska problem. Inkomstens mer indirekta karaktär kan också ge en missvisande bild om det är så utgifterna är större för vissa individer eller grupper än för andra för att uppnå likvärdig levnadsnivå. Det är just en sådan social olikhet i transformeringen av inkomster och varor till levnadsförhållanden som Sen (t.ex. 1992:102 ff.) ser som ett av de stora problemen med att enbart fokusera på inkomster i studier av fattigdom. Personer med funktionshinder utgör här ett tänkbart exempel på just denna problematik. Det har tidigare påpekats att olika funktionshinder gör att man får specifika merkostnader, som inte alltid ger rätt till samhälleligt ekonomiskt stöd (se t.ex.

Paulsson & Fasth 1999; Socialstyrelsen 2000c; SOU 2000:91). Om så är fallet, borde vi finna att grupperna med funktionshinder har en sämre ekonomisk situation när vi fokuserar de direkta indikatorerna på ekonomiska problem jämfört med vad som framkommer i en inkomstanalys.

I kapitlets avslutande del skall vi också göra en grov redovisning av de ekonomiska resurserna för en grupp som vi annars inte belyser i denna skrift. Genom att avgränsa en grupp familjer utifrån om de erhållit s.k. vårdbidrag skall vi ge en bild av den ekonomiska situationen för familjer med barn som har funktionshinder.

4.1 Inkomstskillnader

Det finns skäl att tro att personer med funktionshinder har lägre inkomster än vad som gäller för befolkningen i stort. Inte minst därför att funktionshindret i sig kan medföra svårigheter att få ett arbete, men också genom att vissa arbeten kanske ej kan utföras p.g.a. funktionshindret. Som vi också såg i kapitel 3 föreligger tydliga skillnader i sysselsättningsnivå mellan personer med funktionshinder och den övriga befolkningen men också mellan olika grupper av funktionshindrade. Vi har här valt att studera disponibla inkomster på hushållsnivå, vilket gör att också många andra inkomstslag och faktorer, såsom t.ex. make/makas inkomster och olika transfereringssystem, kommer att påverka den mätbara inkomsten. Att vi väljer att centrera analysen på disponibla inkomster beror på att detta inkomstmått kan sägas komma närmast vilken inkomststandard, eller ekonomisk välfärd, man lever under (se t.ex. Fritzell 1991 för en utförlig diskussion). Vi tar här hänsyn både till transfereringar och skatter, och mäter i princip det hushållen har kvar för konsumtion eller sparande. För att på ett godtagbart sätt kunna jämföra olika slags hushåll, måste man dock justera inkomsten eftersom försörjningsbördorna varierar framförallt beroende på hur många som skall dela på inkomsten. Detta görs som brukligt med hjälp av en så kallad ekvivalensskala. Syftet med ekvivalensskalan är alltså att korrigera inkomsten för att ta hänsyn till hur många personer som skall dela på den och samtidigt ta hänsyn till att det föreligger en mängd skalfördelar när flera personer bor tillsammans, dvs. två personer behöver inte dubbelt så stor sammanlagd inkomst som en person för att uppnå samma levnadsstandard.

Vi kommer i denna studie att använda oss av en skala som nyligen föreslagits inom SCB (för en utförlig diskussion och motivering, se Jansson 1998; 2000). Skalan sätter vikten 1,0 för den första vuxna personen i ett hushåll; om familjen består av två vuxna sätts vikten till 1,55 och därutöver adderas vikten 0,47 för varje barn som ingår i hushållet. Ett exempel kan måhända åskådliggöra skalans inneboende egenskaper. Om vi tänker oss att en ensamstående person har en disponibel inkomst på 100 000 kronor, behöver en ensamstående med ett barn ha en disponibel inkomst på 147 000 kronor för att erhålla samma ekvivalerade disponibla inkomst, medan motsvarigheten för ett sammanboende par med två barn blir 249 000 kronor.

I Tabell 4.1 redovisas hur de på detta sätt ekvivalerade disponibla inkomsterna i genomsnitt såg ut 1988–89 och 1998–99 dels för befolkningen i stort, dels för de olika grupperna av funktionshindrade.¹ (Undantaget här är personer med nedsatt rörlighet i armar eller händer där vi i likhet med övriga analyser kontrasterar situationen åren 1988–89 och 1996–97.) För att undvika att enstaka observationer får för stort inflytande har vi valt att utgå från medianinkomsten för respektive grupp istället för medelinkomsten. Inkomsterna är också justerade för inflation med hjälp av konsumentprisindex och anges i 1999 års prisnivå. Innan vi studerar förändringarna över tid finns det skäl att uppmärksamma ett mättekniskt problem. Mellan våra mättidpunkter sker skattereformen. Utöver dess eventuella verkliga effekter innebar denna, att vissa inkomster som tidigare inte var synliga i inkomststatistiken nu kom att bli föremål för taxering. Detta leder till att vi underskattar inkomsternas nivåer 1988–89 och att de förändringar vi redovisar är mer positiva än vad som annars vore fallet. Det finns därför skäl att inte lägga för stor vikt vid de absoluta förändringarna utan snarare fokusera på relativa förändringar för olika grupper. De senare torde åtminstone vara mindre påverkade av dessa mättekniska problem. På gruppnivå efter inkomst är underskattningen störst bland höginkomsttagare.

¹ Inkomstuppgifterna kommer inte från själva intervjusituationen utan som brukligt är har uppgifterna inhämtats från olika administrativa register.

Tabell 4.1. Ekvivalerade disponibla hushållsinkomster. Medianvärden bland personer med funktionshinder och för samtliga i åldersgrupperna 16–64 (n= 16 849) och 65–84 år (n= 4 827). Ungdomar 16–24 år bosatta i föräldrahemmet exkluderade, 1000-tal ekvivalerade kronor 1988–89 och 1998–99, 1999 års prisnivå

	16–64 år		65–84 år	
	1988–89	1998–99	1988–89	1998–99
Befolkningen	120	133	90	109
Nedsatt hörsel	124	137	90	109
Nedsatt syn	107	106	81	96
Rörelsehinder	112	122	83	99
Långvariga psykiska besvär	108	107	81	101
Något av ovanstående funktionshinder	119	129	86	105
Nedsatt rörlighet i armar/händer	114	123	83	96

Använd ekvivalensskala: 1 för första vuxen, 0,55 för annan vuxen, 0,47 för varje barn.

Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988–89 och 1996–97.

Av Tabell 4.1 framgår att personer med funktionshinder har något lägre disponibla familjeinkomster, med undantag för dem med nedsatt hörsel. Skillnaderna är dock relativt måttliga.² Att skillnader trots allt finns även bland de äldre, vars inkomster i all huvudsak består av pensioner och kapitalinkomster, kan bero på två möjliga processer. För det första kan de äldre på grund av sitt funktionshinder, under förutsättning att detta funnits under en längre tid, ha haft sämre möjligheter på arbetsmarknaden och därför ha intjänat lägre pensionspoäng. För det andra kan det vara så att olika former av funktionshinder i högre grad uppkommer i de sociala skikt som har lägre pensions- och kapitalinkomster. Det är fullt möjligt att båda dessa mekanismer är verksamma.

När vi studerar förändringarna över tid, finner vi inte att inkomstsituationen för personer med funktionshinder skulle ha försämrats generellt sett jämfört med befolkningen i stort. Median-

² Resultat från internationell forskning tyder på betydligt större skillnader i andra länder (Bardasi, Jenkins & Rigg 2000). I en jämförande studie mellan Sverige och USA rapporteras också om betydligt större skillnader i USA mellan personer med funktionshinder och andra vad gäller förvärvsfrekvens och individuella löner (Björklund & Freeman 1997).

inkomsten för gruppen 16–64 år med långvariga psykiska besvär förefaller dock ha försämrats relativt sett genom att medianinkomsten för gruppen är oförändrad. Möjligen kan detta ses som en konsekvens av den allt lägre sannolikheten att finnas på arbetsmarknaden för denna grupp, något som visades i Kapitel 3. Också för personer med nedsatt syn i åldersgruppen 16–64 år tycks medianinkomstens utveckling varit sämre, men här är, som tidigare nämnts, skattningarna osäkra genom de relativt få observationer som ligger till grund för resultatet. Sammantaget ger dock de förändringar av medianinkomsterna som redovisas i tabellen en bild av påfallande likhet i inkomstutvecklingen för personer med funktionshinder gentemot den allmänna inkomstutvecklingen. Denna likhet gäller i stort både för dem under 65 år och för dem 65 år eller äldre.

4.1.1 Låga inkomster

Det är självfallet av speciellt socialpolitiskt intresse att inte bara studera hur de genomsnittliga inkomsterna ser ut för de hushåll där personer med funktionshinder lever utan också om, och i så fall till vilken grad, vi finner en koncentration av dessa hushåll bland dem med mycket låga inkomster. Vi vet från tidigare studier att andelen i befolkningen med låga inkomster ökade under krisåren, närmast oavsett hur en sådan grupp avgränsas (se t.ex. Jansson 2000). I denna studie använder vi en relativ gräns, nämligen 60 procent av medianinkomsten för respektive år (jfr Fritzell & Lundberg 2000).³ Det använda inkomstslaget är, liksom ovan, hushållets reala ekvivalerade disponibla inkomster.

I Tabell 4.2 anges andelen individer med inkomster understigande denna relativa gräns och där vi, som i skriften i övrigt, särredovisar åldrarna 16–64 år (exklusive hemmaboende ungdomar 16–24 år) och 65–84 år. Tabellerna anger procentandelar för respektive grupp av funktionshindrade liksom för befolkningen i stort vid de två mättidpunkterna.

³ Frågan om absoluta och relativa gränsers för- och nackdelar har en lång historia inom fattigdomsforskningen. Utöver de vanligt förekommande skälen till att ha en relativ gräns, såsom att fattigdom måste relateras till och enbart kan förstås utifrån det samhälle som studeras (se t.ex. Townsend 1979), finns ett mycket specifikt skäl i detta fall. Skattereformens mättekniska effekter innebär ju att inkomsterna ökar, allt annat lika. Genom att använda oss av en gräns som relateras till medianinkomsten bör detta problem försvinna.

Tabell 4.2. Låga inkomster. Andelen med låga inkomster – ekvivalerade disponibla hushållsinkomster lägre än 60 procent av medianinkomsten – bland personer med olika former av funktionshinder och för samtliga i åldersgrupperna 16–64 (n= 16 849) och 65–84 år (n= 4 827). Ungdomar 16–24 år bosatta i föräldrahemmet exkluderade. 1988–89 respektive 1998–99. Andel (procent)

	Låga inkomster, 16–64 år		Låga inkomster, 65–84 år	
	1988–89	1998–99	1988–89	1998–99
Befolkningen	5,8	8,5	10,4	7,9
Nedsatt hörsel	4,9	5,5	9,5	9,1
Nedsatt syn	10,0	6,5	18,2	18,5
Rörelsehinder	5,9	6,0	17,1	16,5
Långvariga psykiska besvär	9,6	11,4	26,3	18,6
Något av ovanstående funktionshinder	5,9	6,8	13,1	11,1
Nedsatt rörlighet i armar/händer	5,3	6,7	14,4	7,6

Använd ekvivalensskala: 1 för första vuxen, 0,55 för annan vuxen, 0,47 för varje barn.

Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988–89 och 1996–97.

Det bör understrykas att det vi presenterar i Tabell 4.2 är de observerade skillnaderna mellan olika grupper som de framträder utan att vi tar hänsyn till gruppernas sammansättning i andra avseenden. Dessa skillnader kan därför självfallet tänkas bero på helt andra faktorer än funktionshindret, faktorer som vi bortser från i denna tabell. Rent allmänt slås man här av att personer med funktionshinder, som är i så kallad arbetsför ålder, inte tycks speciellt utsatta för låga inkomster. Om vi slår samman grupperna med något funktionshinder enligt våra definitioner, finner vi att andelarna med låga inkomster är snarlika dem som gäller för befolkningen i stort vid slutet av 1980-talet, för att tio år senare till och med ligga något lägre än genomsnittet. Förändringen över tid är härmed något mindre ogynnsam för personer med funktionshinder. Medan låginkomstgruppen i befolkningen 16–64 år ökar från sex till åtta och en halv procent är det egentligen enbart bland gruppen med långvariga psykiska besvär vi finner en ökning.

När vi däremot går över till ålderspensionärerna finner vi att låga inkomster tycks klart vanligare bland personer med något funktionshinder. Detta tycks vid båda tidpunkterna gälla för samtliga grupper med undantag av dem med hörselnedsättning, vars andelar i stort sett är desamma som för befolkningen i sin helhet. För personer med nedsatt rörlighet i armar eller händer är vidare förekomsten av låga inkomster endast vanligare vid den första mättidpunkten. Beträffande förändringar under decenniet är utvecklingen allmänt sett betydligt mer gynnsam för ålderspensionärerna än för de yngre. Detta gäller också för grupperna med funktionshinder, dock med ett undantag: Bland dem med nedsatt syn har andelen med låga inkomster inte sjunkit utan kvarstår på en mycket hög nivå (ca 18 procent). Dessa skillnader och förändringar har samtidigt lett till en annan diskrepans i våra jämförelser med befolkningen i stort. I befolkningen är vid slutet av 1990-talet inkomster under låginkomstgränsen mer ovanligt i den äldre delen av befolkningen. Inom grupperna av funktionshindrade gäller dock inte detta; här är istället förekomsten av låga inkomster betydligt vanligare bland de äldre (jfr andra och fjärde resultatcolumnen i Tabell 4.2). Den mest positiva utvecklingen över tid tycks dock gälla för gruppen med nedsatt rörlighet i armar/händer där andelen med inkomster under 60 procent av medianinkomsten nästan halveras mellan 1988–89 och 1996–97.

I vilken utsträckning förändras då dessa skillnader när vi tar hänsyn till gruppernas sammansättning i olika avseenden? Det är den första frågan vi skall besvara i det följande. Den andra frågan rör förändring över tid, och där söker vi svara på om 1990-talet för de grupper av funktionshindrade som vi studerar har inneburit försämrade ekonomiska villkor i högre, eller lägre grad än för den övriga befolkningen. I båda dessa fall söker vi renodla effekterna genom att kontrollera för betydelsen av andra faktorer på samma sätt som i Kapitel 3. De övriga faktorerna är *ålder, kön, utbildningsnivå, familjesituation (vi skiljer enbart på ensamstående och gift/sammanboende bland de äldre) och födelseled*.

I Tabell 4.3 visar vi hur risken (egentligen oddset) för att ha låga inkomster för personer med olika former av funktionshinder skiljer sig från motsvarande risk för dem utan funktionshinder. I modell A visas denna över/underrisk när vi enbart kontrollerar för sammansättningskillnader i ålder (efter tioårsklasser) och undersökningsår. I modell B har vi också inkluderat de andra oberoende variablerna. Därefter anger vi på samma sätt som tidigare om de skillnader

som finns mellan kategorierna har förändrats mellan de två tidsperioderna, dvs. om det föreligger en statistiskt signifikant interaktionseffekt mellan undersökningsperiod och kategorin ifråga. I detta fall skulle det innebära att oddset för att ha "låga inkomster" har förändrats på olika sätt för dem med olika funktionshinder gentemot den övriga befolkningen. Vi särskiljer också i dessa analyser de två breda åldersgrupperna 16–64 år och 65–84 år. Eftersom så pass få individer i åldersgruppen 16–64 år har nedsatt syn, redovisas dessa som en separat kategori enbart bland ålderspensionärerna. Gruppen ingår dock som en delmängd av kategorin "något funktionshinder" också för den yngre åldersgruppen.

Tabell 4.3. Låga inkomster. Relativa skillnader (odds) för risken att tillhöra låginkomstgruppen för olika grupper av funktionshindrade, 1988–89 och 1998–99. Åldersgrupperna 16–64 år (n= 16 774) och 65–84 år (n= 4 794). Ungdomar 16–24 år bosatta i föräldrahemmet exkluderade. De utan respektive funktionshinder är referenskategori, vars odds är satt till 1. (*P*-värde kursivt och inom parentes)

		16–64 år		Sign. interaktion med år	65–84 år		Sign. interaktion med år
		A	B		A	B	
Nedsatt hörsel	<i>Ja</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>	Nej	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>	Nej
	<i>Nej</i>						
Nedsatt syn	<i>Ja</i>	–	–		<i>(0,001)</i> 1,70	<i>(0,083)</i> 1,34	Nej
	<i>Nej</i>				1	1	
Rörelsehinder	<i>Ja</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>	Nej	<i>(0,000)</i> 2,11	<i>(0,000)</i> 1,58	Nej
	<i>Nej</i>				1	1	
Långvariga psykiska besvär	<i>Ja</i>	<i>(0,000)</i> 1,71	<i>(E S)</i>	Nej	<i>(0,000)</i> 3,00	<i>(0,003)</i> 1,92	Nej
	<i>Nej</i>	1			1	1	
Något av ovanstående funktionshinder	<i>Ja</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>	Nej	<i>(0,000)</i> 1,56	<i>(0,009)</i> 1,33	Nej
	<i>Nej</i>				1	1	
Nedsatt rörlighet i armar/händer	<i>Ja</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>	Nej	<i>(0,000)</i> 1,50	<i>(0,070)</i> [1,25]	Nej
	<i>Nej</i>				1	1	

Modell A = enbart kontrollerat för ålder (10-årsgrupper) och undersökningsår.

Modell B = A + kön + utbildningsnivå + födelseland + hushållstyp.

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Interaktionen mellan undersökningsår och respektive funktionshinder är testad på modell B.

Analysen av nedsatt rörlighet i armar/händer gäller åren 1988–89 och 1996–97.

Om vi inleder med att studera den yngre åldersgruppen (16–64 år) finner vi att personer med funktionshinder inte synes ha någon överrisk för att ha disponibla inkomster under den låginkomstgräns vi satt upp. Enbart för gruppen med långvariga psykiska besvär finner vi en signifikant överrisk när vi enbart kontrollerar för ålder

och är. Också denna försvinner när vi även kontrollerar för andra faktorer i modell B. Här kan man dock invända att denna "kontroll" i själva verket döljer den effekt som kan finnas av funktionshindret och inte avslöjar ett skensamband. Förvisso har personer 16–64 år med långvariga psykiska besvär inte en förhöjd risk att ha låga inkomster när vi bl.a. tar hänsyn till gruppens sammansättning efter utbildningsnivå och familjesituation. Men i själva verket kan det förstås vara så att det just är funktionshindret som är grunden till gruppens utbildningsnivå eller familjesituation. När vi statistiskt kontrollerar för dessa faktorer kan det alltså vara så att vi har funnit den eller de förmedlande faktorer som kan förklara varför personer med psykiska besvär har en förhöjd risk för att tillhöra låginkomstgruppen.

Bland de äldre finner vi för det första att alla grupper, utom de hörselskadade, har en betydande överrisk också kontrollerat för ålder. En stor del av den överrisken kan förklaras av gruppens sammansättning i de övriga faktorerna (detta kan ses genom att jämföra överriskerna i modellerna A och B). I själva verket finner vi här en nästan märklig samstämmighet där överrisken grovt räknat sjunker till hälften (i procent räknat) för samtliga grupper. Överriskernas absoluta nivåer är dock klart högst bland personer med långvariga psykiska besvär. Detta innebär att denna grupp förefaller ha sämst inkomster såväl före som efter ålderspensioneringen. För både yngre och äldre gäller slutligen att vi inte i något fall får en signifikant interaktionseffekt mellan undersökningsår och funktionshinder. Med andra ord, utvecklingen över tid i risken för att ha låga inkomster skiljer sig inte när vi jämför personer med olika slags funktionshinder med den övriga befolkningen och tar hänsyn till andra skillnader som finns mellan dessa grupper.

Sammantaget förefaller funktionshindrade personer ha en genomsnittlig familjeinkomstnivå som är något lägre än vad som gäller för befolkningen men skillnaderna är generellt små. De finns dock för både dem under och över pensionsåldern. Vidare har vi funnit att risken att tillhöra en låginkomstkategori för åldersgruppen 16–64 år är ungefärligen av samma dignitet för personer med funktionshinder som för dem utan funktionshinder; om något är de absoluta andelarna något lägre bland personer med funktionshinder. För de äldre finner vi en viss överrisk, framförallt bland personer med långvariga psykiska besvär. Sett från ett internationellt perspektiv är dessa resultat sannolikt mycket avvikande. I de flesta länder torde personer med funktionshinder vara kraftigt

överrepresenterade bland de fattiga (se t.ex. diskussion och översikt i Shaw m.fl. 1999:202 ff.).

4.2 Ekonomiska svårigheter

Som vi nämnde tidigare är det tänkbart att den ekonomiska situationen skiljer sig åt om vi jämför två familjer med samma inkomster, men där någon i den ena familjen har ett funktionshinder. Man kan generellt sätt hävda att studiet av inkomstförhållanden är ett indirekt sätt att studera ekonomisk ofärd och välfärd, och att man därför bör komplettera denna bild som erhålles med mer direkta mått på den ekonomiska situationen. Vi menar att detta förhållande är av speciell vikt när fokus ligger på de grupper som vi här urskiljer (jfr Sens diskussioner (t.ex. 1992) och för ett svenskt exempel se Tideman 2000).

I ULF-undersökningarna finns några indikatorer som mer direkt avser att mäta förekomsten av ekonomiska svårigheter i vardagen. Den första frågan riktar in sig på huruvida individen har vad som brukar betecknas *kontantmarginal*.⁴ Den andra frågan riktar in sig på huruvida individen får pengarna att räcka för de mest grundläggande vardagliga *löpande utgifterna*.⁵ Utöver att analysera dessa frågor var och en för sig kommer vi också att använda en kombination av frågorna för att beräkna förekomsten av *stora ekonomiska svårigheter*. Detta definieras då som att *både sakna kontantmarginal och att under det senaste året ha haft svårt att få inkomsterna att räcka till för de löpande utgifterna* (jfr Fritzell & Lundberg 2000). I det senare fallet, liksom vid frågan om problem med löpande utgifter, kan vi enbart jämföra situationen 1998 med 1988–89 eftersom den senare frågan tyvärr inte ställdes i 1999 års undersökning.

Under 1990-talet har andelen med ekonomiska svårigheter enligt dessa indikatorer ökat markant i befolkningen i stort och personer med funktionshinder utgör inget undantag. Som framgår av Tabell 4.4, som avser 16–64 åringarna, har förändringarna med andra ord samma negativa riktning för alla grupper. Jämfört med befolkningen i stort är det dock vanligare att ha ekonomiska

⁴ Den ställda frågan lyder: "Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram X tusen kr, skulle du klara det?" (Summan varierar med undersökningsåren med hänsyn till prisförändringar och var 9 000 kr år 1988–89 och 14 000 kr år 1998–99.)

⁵ Den ställda frågan lyder: "Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter med att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?"

svårigheter inom alla de grupper av funktionshindrade personer som särredovisas. Framför allt tycks personer med funktionshinder mer utsatta när det gäller avsaknad av kontantmarginal. Bland personer med rörelsehinder saknar 1998–99 nästan var tredje person kontantmarginal, och mer än var tredje har problem med att få pengarna att räcka till de löpande utgifterna. Nära nog var femte rörelsehindrad, och lite drygt var femte med nedsatt rörlighet i armar eller händer, har båda dessa problem, dvs. de har vad som här benämns stora ekonomiska svårigheter. Andelarna är än högre för dem med nedsatt syn och för dem med långvariga psykiska besvär.

Om vi istället fokuserar på ökningstakten finner vi en ganska enhetlig bild. I befolkningen 16–64 år ökade andelen med stora ekonomiska svårigheter från knappa fem till dryga nio procent under perioden, medan motsvarande ökning för de två grupperna med olika former av rörlighetsproblem var från nio till 19 respektive 22 procent. Ökningstakten är likartad också för andra grupper, och i procentuella termer är försämringarna av samma magnitud för grupperna av funktionshindrade jämfört med den övriga befolkningen, även om de absoluta förändringarna (i procentenheter) är större för personer med funktionshinder.

Tabell 4.4. Ekonomiska problem. Andelen som saknar kontantmarginal (n= 17 139), har haft svårigheter att klara löpande utgifter (n= 13 010), samt andelen som har stora ekonomiska svårigheter (saknar kontantmarginal och har svårigheter att klara löpande utgifter) (n= 12 998) bland personer med olika former av funktionshinder och för samtliga, 16–64 år. Ungdomar 16–24 år bosatta i föräldrahemmet exkluderade. 1988–89 respektive 1998–99. Procent

	Saknar kontantmarginal		Problem med löpande utgifter		Stora ekonomiska svårigheter ^a	
	1988–89	1998–99	1988–89	1998	1988–89	1998
Befolkningen, 16–64 år	10,9	16,4	13,8	20,6	4,7	9,1
Nedsatt hörsel	11,2	21,8	13,0	21,2	6,2	13,6
Nedsatt syn	30,7	40,7	31,2	[29,7]	16,6	[26,3]
Rörelsehinder	24,7	31,7	15,4	36,3	8,9	19,0
Långvariga psykiska besvär	31,9	41,8	23,3	40,6	14,8	24,0
Något av ovanstående funktionshinder	17,2	26,2	15,4	26,7	8,0	15,8
Nedsatt rörlighet i armar/händer	20,6	34,9	19,1	29,1	8,7	22,4

^{a)} Både sakna kontantmarginal och ha haft svårigheter att klara de löpande utgifterna under senaste året.

Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988–89 och 1996–97.

Uppgifter inom [] baseras på färre än 40 observationer.

Generellt sett är det betydligt vanligare att yngre än äldre har ekonomiska svårigheter såsom vi här mäter detta, något som också visar sig vara giltigt för personer med funktionshinder, jfr Tabellerna 4.4 och 4.5.⁶ Såväl bland 16–64 åringarna som bland dem som är 65–84 år gamla gäller dock att det är betydligt vanligare med ekonomiska problem bland grupperna av funktionshindrade jämfört med befolkningen i stort. Sålunda har vid den andra mätpunkten omkring 8 procent av de äldre med rörelsehinder eller nedsatt rörlighet i armar/händer stora ekonomiska svårigheter vilket enbart gäller för 3,4 procent bland de äldre totalt sett.

⁶ Detta resultat avviker samtidigt från vad vi fann beträffande inkomster. Att äldres ekonomiska situation är påtagligt bättre när man utgår från mer direkta indikatorer jämfört med inkomstanalyser har visat sig gälla också i USA. För en analys och utförlig diskussion kring detta förhållande se Mirowsky och Ross (1999).

Tabell 4.5. Ekonomiska problem. Andelen som saknar kontantmarginal (n= 4 669), har haft svårigheter att klara löpande utgifter (n= 3 585), samt andelen som har stora ekonomiska svårigheter (saknar kontantmarginal och har svårigheter att klara löpande utgifter) (n= 3 559) bland personer med olika former av funktionshinder och för samtliga 65–84 år. 1988–89 respektive 1998–99. Procent

	Saknar kontantmarginal		Problem med löpande utgifter		Stora ekonomiska svårigheter ^a	
	1988–89	1998–99	1988–89	1998	1988–89	1998
Befolkningen, 65–84 år	11,2	11,8	2,5	5,8	1,8	3,4
Nedsatt hörsel	9,3	10,6	2,7	4,3	1,6	1,2
Nedsatt syn	24,0	21,4	3,2	10,3	1,9	5,5
Rörelsehinder	20,9	24,4	4,0	12,8	3,0	8,2
Långvariga psykiska besvär	17,5	32,6	6,0	6,8	4,5	6,8
Något av ovanstående funktionshinder	13,9	15,2	3,4	7,7	2,4	4,4
Nedsatt rörlighet i armar/händer	19,3	24,0	5,0	10,4	3,8	8,0

^{a)} Både sakna kontantmarginal och ha haft svårigheter att klara de löpande utgifterna under senaste året.
Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988–89 och 1996–97.

Vi har tidigare konstaterat att kvinnor, lågutbildade och utrikesfödda är överrepresenterade bland personer med funktionshinder – grupper som också kännetecknas av relativt stora ekonomiska problem. Betyder detta att funktionshindrades större ekonomiska svårigheter kan förklaras av andra faktorer än funktionshindret? Det är den första frågan vi skall besvara i det följande. Den andra frågan rör förändring över tid och där söker vi svara på om 1990-talet för de grupper av funktionshindrade som vi studerar i högre eller lägre, grad än för den övriga befolkningen har inneburit ökade ekonomiska problem. På samma sätt som tidigare söker vi renodla effekterna genom att kontrollera för betydelsen av andra faktorer med hjälp av logistiska regressioner.

I Tabellerna 4.6 och 4.7 (den senare för åldersgruppen 65–84 år) visar vi först den så kallade huvudeffekten av respektive funktions-

hinder. På samma sätt som tidigare har vi successiva modeller där modell A enbart kontrollerar för sammansättningskillnader i ålder och undersökningsår medan modell B inkluderar också de andra oberoende variablerna. I likhet med tidigare anger vi därefter också om förändringen över tid signifikant skiljer sig åt från befolkningen i övrigt. Dessa analyser redovisas dels för avsaknad av kontantmarginal, dels för förekomsten av stora ekonomiska svårigheter.

Tabell 4.6. Ekonomiska problem. Relativa skillnader (odds) för risken att sakna kontantmarginal (n= 16 759), respektive att ha stora ekonomiska svårigheter (n= 12 627) för olika grupper av funktionshindrade, 1988–89 och 1998–99 (stora ekonomiska svårigheter enbart 1998). 16–64 år (exklusive hemmaboende ungdomar 16–24 år). De utan respektive funktionshinder är referenskategori, vars odds är satt till 1. (P-värde kursivt och inom parentes)

		Avsaknad av kontantmarginal			Stora ekonomiska svårigheter		
		A	B	Sign. interaktion med år	A	B	Sign. interaktion med år
Nedsatt hörsel	<i>Ja</i>	(0,000) 1,58	(0,000) 1,61	Nej	(0,000) 2,02	(0,000) 2,05	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Rörelsehinder	<i>Ja</i>	(0,000) 3,70	(0,000) 2,52	Nej	(0,000) 3,48	(0,000) 2,43	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Långvariga psykiska besvär	<i>Ja</i>	(0,000) 4,31	(0,000) 3,09	Nej	(0,000) 3,86	(0,000) 2,64	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Något av ovanstående funktionshinder	<i>Ja</i>	(0,000) 2,58	(0,000) 2,21	Nej	(0,000) 2,90	(0,000) 2,49	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Nedsatt rörlighet i armar/händer	<i>Ja</i>	(0,000) 3,42	(0,000) 2,44	Nej	(0,000) 3,81	(0,000) 2,87	Ja
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	

Modell A = enbart kontrollerat för ålder (10 års-grupper), och undersökningsår.

Modell B = A + kön + utbildningsnivå + födelseland + hushållstyp.

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Interaktionen mellan undersökningsår och respektive funktionshinder är testad på modell B.

Analysen av nedsatt rörlighet i armar/händer gäller åren 1988–89 och 1996–97.

Tabell 4.7. Ekonomiska problem. Relativa skillnader (odds) för risken att sakna kontantmarginal (n= 4 896), respektive att ha stora ekonomiska svårigheter (n= 3 811) för olika grupper av funktionshindrade, 1988–89 och 1998–99 (stora ekonomiska svårigheter enbart 1998). 65–84 år. De utan respektive funktionshinder är referenskategori vars odds är satt till 1. (P-värde kursivt och inom parentes)

		Avsaknad av kontantmarginal			Stora ekonomiska svårigheter		
		A	B	Sign. interaktion med år	A	B	Sign. interaktion med år
Nedsatt hörsel	<i>Ja</i>	(0,022) 0,78	(E S)	Nej	(0,067) [0,57]	(E S)	Nej
	<i>Nej</i>	1			1		
Nedsatt syn	<i>Ja</i>	(0,000) 2,21	(0,000)	Nej	(E S)	(E S)	Nej
	<i>Nej</i>	1	1				
Rörelsehinder	<i>Ja</i>	(0,000) 3,01	(0,000)	Nej	(0,000) 3,08	(0,000)	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Långvariga psykiska besvär	<i>Ja</i>	(0,000) 2,49	(0,005)	Nej	(0,051) [2,49]	(E S)	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1		
Något av ovanstående funktionshinder	<i>Ja</i>	(0,000) 1,61	(0,000)	Nej	(0,007) 1,87	(0,008)	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Nedsatt rörlighet i armar/händer	<i>Ja</i>	(0,000) 2,75	(0,000)	Nej	(0,000) 4,88	(0,000)	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	

Modell A = enbart kontrollerat för ålder (10 års-grupper), och undersökningsår.
 Modell B = A + kön + utbildningsnivå + födelseland + hushållstyp.
 E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.
 Interaktionen mellan undersökningsår och respektive funktionshinder är testad på modell B.
 Analysen av nedsatt rörlighet i armar/händer gäller åren 1988–89 och 1996–97.

Utifrån resultaten av de 66 regressionsanalyser som vi presenterar i kondenserad form i Tabellerna 4.6 och 4.7 kan vi för det första slå fast att det inte råder något tvivel om att de flesta av de grupper med olika funktionshinder som vi studerar här har betydligt större

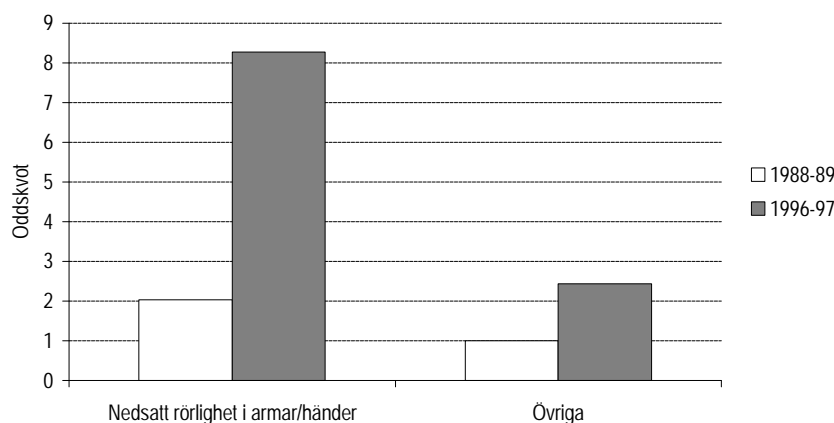
risk än andra att ha ekonomiska svårigheter. Med andra ord, de skillnader vi redovisade i tidigare tabeller kan inte förstås som att de enbart skulle röra skillnader i sammansättning (efter ålder, kön, utbildningsnivå, etnicitet eller familjesituation). Ett undantag från denna regel rör äldre hörselskadade. Denna grupp tycks faktiskt enligt modell A ha en lägre risk för ekonomiska problem än motsvarande åldersgrupper utan nedsatt hörsel. En bidragande orsak till detta resultat är sannolikt att hörselskador är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. När vi i modell B bland annat tar hänsyn till gruppens könssammansättning försvinner också denna skillnad.

En andra generell slutsats är att överriskerna för ekonomiska problem bland grupperna med funktionshinder sjunker när vi inkluderar de andra faktorerna i modellen (jfr estimaten i modellerna A och B för respektive grupp). Samtidigt är det så att skillnaderna långt ifrån försvinner. För dem med rörelsehinder gäller exempelvis att överrisken för avsaknad av kontantmarginal minskar från 3,7 till 2,5 för de yngre och från 3 till 2,5 för de äldre. Motsvarande mönster återfinns i de flesta fall. Återigen avviker de med nedsatt hörsel från denna generella trend. För de yngre tycks skillnaderna här istället vara helt oberoende av de andra faktorerna. I detta senare fall kan skillnaderna alltså inte alls hänföras till olika sammansättning efter kön, ålder, födelseland, utbildning eller familjesituation. För äldre med hörselskador innebar ju, som vi nämnde ovan, hänsynstagandet till andra sammansättningseffekter att den tidigare underrisken ej längre blev signifikant.

Den tredje generella slutsatsen rör de relativa förändringarna över tid. Som framgår av Tabellerna 4.6 och 4.7 är det med undantag av en kategori så att interaktionerna mellan funktionshinder och år inte är statistiskt signifikant. Undantaget från denna regel rör personer 16–64 år med begränsad rörlighet i armar eller händer (se vidare nedan). Det förefaller alltså som att överriskerna är ungefärligen desamma vid utgången av 1990-talet som de var vid inledningen av decenniet. Att inte personer med funktionshinder har drabbats i *högre* utsträckning än andra av 1990-talets ökade ekonomiska ofärd är i och för sig glädjande. Det får dock inte skymma det faktum att påtagliga skillnader i förekomsten av olika slags ekonomiska problem finns. För en grupp – de som har nedsatt rörlighet i armar eller händer – har dock inte bara den absoluta ekonomiska utsattheten ökat utan också den relativa (se Figur 4.1). Som visas i figuren hade denna grupp ganska exakt dubbelt så högt

odds som den övriga befolkningen 1988–89, denna överrisk har ökat till ca 3,4 åtta år senare.

Figur 4.1. Förändrade skillnader i risken för stora ekonomiska svårigheter mellan dem med nedsatt rörlighet i armar/händer och den övriga befolkningen i åldersgruppen 16–64 år. Standardiserat för ålder, kön, utbildningsnivå, familjetyp, födelseland. De utan nedsatt rörlighet i armar/händer 1988-89 är referenskategori, vars odds är satt till 1



Om vi slutligen jämför resultaten för dem under och över pensionsåldern, tycks det som att skillnaderna mellan personer med funktionshinder och andra är betydligt större i vad som brukar benämnas arbetsför ålder. I samtliga delgrupper bland dem under 65 år, och också för den sammanslagna gruppen, gäller att man har mer än dubbel överrisk för stora ekonomiska svårigheter, också när vi tar hänsyn till de andra sammansättningsskillnaderna (se modell B i Tabell 4.6). För de äldre gäller detta för de två grupperna med olika former av rörlighetsproblem, men inte för de andra. De relativa skillnaderna i knappa ekonomiska resurser är mindre bland dem över 64 år, och då är värt att notera att de absoluta nivåerna på ekonomiska problem är betydligt lägre bland de äldre, något som gäller för alla grupper. Att skillnaderna är större i yngre åldrar strider mot den bild vi fann när vi studerade inkomster. Här är skillnaderna mellan personer med funktionshinder och andra, åtminstone i risken för att tillhöra dem med mycket låga inkomster, istället större bland ålderspensionärerna.

4.3 Könsskillnader i ekonomiska resurser

I de ovan presenterade resultaten från analyserna av ekonomiska svårigheter har vi inte specialstuderat eventuella könsskillnader. Från annan forskning vet man att dessa direkta indikatorer på ekonomiska problem är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. Eftersom frågorna borde avse hushållets ekonomiska situation skulle man kunna tänka sig att denna skillnad enbart härrör från skillnader bland ensamstående (med eller utan barn). Det har dock visat sig att också gifta/sammanboende kvinnor i klart högre utsträckning än gifta/sammanboende män uppger att de ej kan skaffa fram en summa pengar inom en vecka, dvs. att de saknar kontantmarginal (se Fritzell 1999). I Tabell 4.A1 i Appendix till detta kapitel särredovisas procentandelar för män och kvinnor med funktionshinder. Utan att gå in i detalj på varje grupp och dess förändringar över tid kan vi utifrån denna tabell konstatera att det också bland personer med funktionshinder föreligger tydliga könsskillnader. Med andra ord, kvinnor med funktionshinder har i betydligt högre grad ekonomiska svårigheter jämfört med män med funktionshinder. Det visar sig också att de ökningarna av dessa problem för personer under 65 år som vi redovisat ovan är giltiga för såväl kvinnor som män med funktionshinder. I grova drag är ökningarna av samma dignitet för båda könen. I Tabell 4.4 redovisade vi exempelvis att av dem med något funktionshinder (den sammanslagna gruppen) i åldersgruppen 16–64 år hade andelen med stora ekonomiska svårigheter i stort sett fördubblats (från 8,0 till 15,8 procent). Av tabellen i Appendix framgår att för män med funktionshinder ökar andelarna från 6,1 till 12,7 procent och för kvinnor från 10,3 till 19,3 procent.

För dem över 64 år är bilden betydligt mer komplicerad. Sammantaget tycks det finnas könsskillnader inte bara när det gäller riskerna i sig utan också beträffande förändringar under 1990-talet gentemot dem utan funktionshinder. Medan gruppen män med något funktionshinder har ungefärligen lika låga andelar vid slutet av 1980-talet som vid slutet av 1990-talet tycks detta inte gälla för kvinnor med funktionshinder. Här är inte bara nivåerna högre än för männen utan vi finner också en viss överrisk gentemot kvinnor utan funktionshinder. Därtill finner vi att riskerna ökar över tid; denna ökade risk finner vi dock också bland äldre kvinnor i stort. Från ovanstående mönster avviker en grupp radikalt: bland äldre

personer med nedsatt rörlighet i armar/händer är det istället bland männen vi finner en påtaglig försämring.

4.4 Relationen inkomster och ekonomiska svårigheter

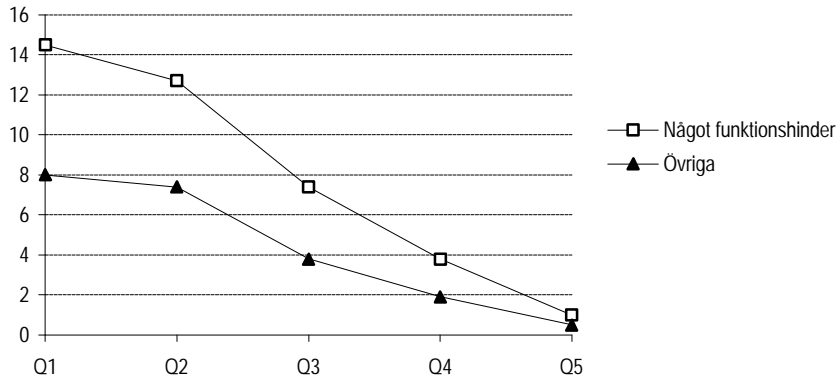
Som framgått av ovanstående beskrivning framträder en en mycket olikartad bild vad gäller den ekonomiska situationen för grupperna av funktionshindrade beroende på om vi studerar inkomster eller förekomsten av ekonomiska problem. Lite förenklat kan vi säga att förekomsten av låga disponibla familjeinkomsterna för grupperna av funktionshindrade inte avviker från förekomsten bland befolkningen i stort. Däremot har samma grupper ofta en betydande överrisk för ekonomiska svårigheter. Den mest uppenbara anledningen till denna diskrepans torde vara, att funktionshindret ger upphov till utgifter vilket, allt annat lika, leder till att de funktionshindrade behöver en högre inkomst för att ha samma ekonomiska resurser till sitt förfogande. Eller för att uttrycka det annorlunda: vid samma inkomstnivå har personer med funktionshinder i allmänhet svårare att få pengarna att räcka till eller att spara en viss summa pengar.

Ett sätt att mer tydligt åskådliggöra relationen mellan inkomster och ekonomiska svårigheter görs i Figur 4.2 där vi relaterar dessa mått till varandra. Vi väljer här att fokusera på personer i s.k. arbetsför ålder eftersom det var inom detta åldersspann vi fann att detta mönster var tydligast. Här har vi skapat fem inkomstklasser där varje kategori avskiljs av fördelningens s.k. kvartilvärden. Detta innebär att vi får fem lika stora grupper där den första gruppen består av de 20 procent som har lägst inkomster (Q1), den andra gruppen av de 20 procent med de därpå lägsta inkomsterna (Q2) och så vidare. På den andra axeln i figuren redovisas istället hur stor andel i respektive inkomstklass som har *stora ekonomiska svårigheter*, dvs. uppger att de inte har någon kontantmarginal och dessutom har haft svårigheter att få pengarna att räcka till för mat hyra m.m. Detta görs separat för personer med något funktionshinder respektive för det övriga urvalet men det bör uppmärksammas att indelningen i inkomstklasser är gemensam. Detta för att vi ska kunna jämföra individer vars familjeinkomster är på samma nivå.⁷

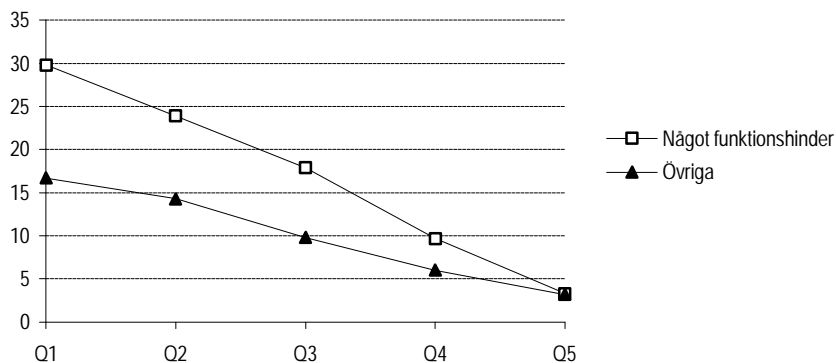
⁷ Det finns självklart också skillnader inom varje inkomstklass, men inga systematiska sådana mellan de två grupper (personer med funktionshinder och övriga) som visas i figuren.

Figur 4.2. Andelen med ekonomiska svårigheter i olika inkomstklasser indelade efter kvartilvärden. (Q1=20 % med lägst inkomster) Jämförelse mellan personer med något av fyra funktionshinder (nedsatt hörsel, syn, rörelsehinder eller långvariga psykiska besvär) och övriga, 16–64 år (exklusive hemmaboende ungdomar). 1988–89 respektive 1998

1988–89



1998



Den första figuren avser situationen 1988–89 medan den andra figuren visar på samma relation 1998. Genom att bastalen är betydligt mindre för den senare figuren har denna en högre grad av

osäkerhet men det generella mönstret framgår ändå tydligt i båda figurerna. Inte oväntat är det vanligast att ha ekonomiska svårigheter i de lägre inkomstskikten, men i alla inkomstskikt finns en klar skillnad mellan personer med funktionshinder och andra. I relativa termer är denna skillnad ungefärligen lika stor över hela inkomstfördelningen, även om ögat främst noterar den stora absoluta skillnad i procentenheter som finns i de lägre inkomstklasserna. I den lägsta inkomstklassen var det 1988–89 ungefär åtta procent i den övriga befolkningen (16–64 år) som hade stora ekonomiska svårigheter såsom vi definierat detta, medan andelen var nära nog den dubbla för motsvarande grupp av funktionshindrade. Om vi istället jämför mellan inkomstklasserna, kan vi notera att sannolikheten för att ha stora ekonomiska svårigheter är ungefär lika stor bland personer med funktionshinder, som befinner sig i mitten av inkomstfördelningen (grupp 3), som den är bland de 20 procent som har lägst inkomster i befolkningen i stort. Frapperande nog finner vi denna relation vid bägge mättillfällena. Gruppkillnaderna år 1998 är ungefärligen av samma dignitet, men andelen med stora ekonomiska svårigheter är då betydligt högre för bägge grupperna och i alla inkomstklasser, möjligen med undantag av de 20 procent med högst inkomster (se också Tabell 4.4).

I Figur 4.2 redovisas hur förhållandet mellan inkomster och ekonomiska problem ser ut för dem under 65 år. För de äldre är tendenserna likartade men mycket mindre markerade; inte minst, som vi tidigare redovisat, beroende på att ekonomiska svårigheter, såsom detta här är mätt, är mycket ovanligt bland de äldre.

4.4.1 Den ekonomiska situationen för familjer med funktionshindrade barn

I all huvudsak syftar denna studie till att belysa levnadsnivån för personer med någon form av funktionshinder i åldrarna 16–84 år. Den enkla anledningen till de använda åldersgränserna är motsvarande åldersavgränsningar i det använda datamaterialet (SCB:s ULF-undersökningar). Genom att registeruppgifter om inkomster är sammankopplade med intervjupersonerna finns dock en möjlighet att också ge en bild av den ekonomiska situationen för de familjer som har ett barn med funktionshinder. Detta genom att specialstudera familjer som uppburit s.k. vårdbidrag. Vårdbidraget i den allmänna försäkringen syftar till att *"underlätta för föräldrar att*

ge sitt sjuka eller funktionshindrade barn den tillsyn och vård och det stöd som krävs för att barnet ska kunna utvecklas på bästa sätt". (Riksförsäkringsverket 2000:110). Om funktionshindret medför merkostnader kan vårdbidrag också utgå för detta. Under 1990-talet sker en markant ökning av antalet barn som nybeviljats vårdbidrag. Denna ökning avser främst pojkar och främst psykiska diagnoser.

Vi gör här med andra ord vad vi i det inledande kapitlet kallade en *administrativ avgränsning*. Beroende på de regelförändringar som skett under den undersökta perioden vill vi understryka att man bör vara mycket försiktig när man tolkar eventuella förändringar för gruppen ifråga. Å ena sidan innebär ju den valda, och enda möjliga, urvalsansatsen att det finns en påtaglig risk att gruppen "personer/hushåll med funktionshindrade barn" har en helt annan sammansättning vid slutet av 1990-talet jämför med tio år tidigare. Man kan, å andra sidan, hävda att vad vi jämför är situationen för familjer med barn som har något funktionshinder såsom samhället vid respektive tidpunkt valt att definiera denna grupp.

I likhet med diskussionen och analyserna ovan skall vi redovisa den ekonomiska situation såväl indirekt, med inkomster, som direkt, med svaren på frågorna rörande ekonomiska problem. Det kan mycket väl vara så att också denna grupp faller ut sämre när vi studerar bristande ekonomiska resurser utifrån den senare ansatsen av samma skäl som diskuterats ovan. I en studie gjord inom Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (Paulsson & Fasth 1999) ges ett otal exempel på att familjer med funktionshindrade barn har merkostnader som man ej får ekonomisk kompensation för (se också Tideman 2000). Bland dessa familjer skulle man också kunna tänka sig att möjligheterna till inkomster blir begränsade genom den omvårdnad som det funktionshindrade barnet kräver. Om det senare är fallet, skulle vi förvänta oss att familjer med funktionshindrade barn har betydligt lägre inkomster, såvida inte de erhållna ekonomiska stöden helt motsvarar de minskade möjligheterna till förvärvsinkomster. Vår jämförelsegrupp i det följande är barnfamiljer utan funktionshindrade barn.

I Tabell 4.8 framgår hur medianinkomsterna har förändrats mellan 1988–89 och 1998–99 för grupperna i fråga; här framgår också andelen i respektive grupp med mycket låga inkomster enligt samma definition som tidigare. Vidare redovisas hur stora andelar som saknar kontantmarginal respektive har stora ekonomiska

svårigheter. Som framgår är skillnaderna beträffande inkomster obefintliga vid slutet av 1980-talet. Medianinkomsten för familjer med barn med funktionshinder är tio år senare något högre än den är för andra barnfamiljer.⁸ Andelen med mycket låga inkomster är istället något mindre bland familjer med funktionshindrade barn vid slutet av 1980-talet för att tio år senare vara i nivå med vad som gäller för övriga barnfamiljer. Samtidigt är det kanske mest väsentligt att påpeka att risken att tillhöra denna låginkomstgrupp har ökat för alla barnfamiljer. Sammantaget blir slutsatsen liknande den som gällde för vuxna personer med funktionshinder: inkomstsituationen är relativt lik den som gäller för andra.

När vi så istället övergår till att analysera risken att sakna kontantmarginal respektive att ha stora ekonomiska svårigheter finner vi för det första mer markanta försämringar för barnfamiljerna i stort. De små bastalen gör att de skattade förändringarna för familjer med vårdbidrag är mycket osäkra men det finns i alla fall inga tecken på att de ekonomiska svårigheterna skulle ha ökat mer för dessa familjer jämfört med andra barnfamiljer. Däremot förefaller det som om familjer med vårdbidrag faller ut sämre än andra barnfamiljer på dessa mer direkta indikatorer på ekonomiska problem till skillnad från vad vi fann beträffande inkomstskillnader, men detta gäller alltså vid båda mättillfällena. Våra resultat i detta avsnitt rörande familjer med barn som har funktionshinder är därför i linje med resultaten beträffande vuxna med funktionshinder. De har inte lägre inkomster än befolkningen, men funktionshindret gör att de har olika merkostnader för att uppnå likvärdig levnadsnivå i andra avseenden. Detta i sin tur gör att de oftare än befolkningen i övrigt har ekonomiska svårigheter även vid relativt goda inkomster.

⁸ Det bör än en gång poängteras att skattereformen rent mättekniskt leder till att vi överskattar inkomsternas utveckling. Man bör därför lägga större vikt vid relativa förändringar mellan olika grupper.

Tabell 4.8. Ekonomiska resurser bland familjer med funktionshindrade barn i jämförelse med övriga barnfamiljer. 1988–89 och 1998–99

	Familjer med funktionshindrade barn		Övriga barnfamiljer	
	1988–89	1998–99	1988–89	1998–99
Medianinkomst, ekvivalerad disponibel inkomst ^a	108	124	107	116
Låga inkomster, % ^b	3,6	10,2	6,5	9,5
Avsaknad av kontantmarginal, %	19,4	30,3	10,7	18,0
Svårt att klara löpande utgifter, %	21,0	29,2	15,8	24,5
Stora ekonomiska svårigheter, % ^c	8,3	12,9	5,3	11,3
Antal observationer, cirka ^d	62	92	3 800	3 300

^{a)} Använd ekvivalensskala: 1 för första vuxen, 0,55 för annan vuxen, 0,47 för varje barn.

^{b)} Ekvivalerade disponibla inkomster lägre än 60 procent av medianinkomsten för respektive år.

^{c)} Stora ekonomiska svårigheter: både sakna kontantmarginal och ha haft svårigheter att klara de löpande utgifterna under senaste året. För såväl denna indikator som "svårt att klara löpande utgifter" avser den senare tidpunkten enbart 1998.

^{d)} Antalet observationer anges med cirka eftersom internbortfall på specifika frågor gör att antalet observationer varierar något mellan indikatorerna

4.5 Ekonomiska resurser – en sammanfattning

Personer med funktionshinder 16–64 år har i allmänhet en inkomstnivå som inte väsentligen avviker från befolkningen i stort. Inte heller riskerna för låga inkomster avviker för denna grupp. Samtidigt kan vi notera att förekomsten av ekonomiska problem (svårt att få pengarna att räcka till för löpande utgifter respektive saknar ekonomisk buffert) är betydligt vanligare i de grupper av funktionshindrade vi studerar.

Dessa resultat, och en del andra vi presenterat i detta kapitel, kan samtidigt sägas utgöra ett starkt stöd för, eller åtminstone belysa, de ståndpunkter som Amartya Sen framfört i ett antal olika skrifter. Genom att det finns stor variation mellan människor i

möjligheterna att transformera inkomster och varor till faktiska levnadsförhållanden finns det en stor risk med att enbart fokusera på inkomsternas nivåer i en välfärds- eller fattigdomsanalys. Om möjligt bör man söka studera levnadsförhållandena på ett mer direkt sätt i linje med den skandinaviska välfärdstraditionen. Och så länge vi håller oss till inkomster, menar Sen, är det inte inkomstens låga nivå vi bör rikta in oss på i en fattigdomsanalys utan snarare på inkomstens inadekvathet (Sen 1992:111). I linje med detta har vi kunnat visa att personer med funktionshinder, trots att de överlag har inkomstnivåer och risknivåer för låga inkomster som inte avviker från vad som gäller för befolkningen i stort, har betydligt högre risk för att ha ekonomiska svårigheter. En person med funktionshinder med disponibla familjeinkomster i nivå med den genomsnittliga har därför en risk för att sakna kontantmarginal och ha svårigheter att klara de löpande utgifterna som motsvarar risken bland de 20 procenten med lägst inkomster i befolkningen i övrigt.

För de äldre (65–84 år) med funktionshinder är situationen delvis en annan. Denna grupp har klart lägre inkomster än motsvarande åldersgrupp i befolkningen. Skillnader framträder också här när vi analyserar förekomsten av ekonomiska problem. Diskrepansen mellan inkomster och ekonomiska svårigheter är dock inte lika tydlig för de äldre.

När det gäller förändringar under 1990-talet finner vi att bristande ekonomiska resurser blivit allt vanligare bland personer med funktionshinder. Detta gäller dock också för befolkningen i stort, och vi finner få belägg för att personer med funktionshinder skulle ha fått större försämringar än andra, oavsett vilken åldersgrupp vi fokuserar på.

I kapitlet ges också en översiktlig bild av hur den ekonomiska situationen är för familjer med vårdbidrag. Vårdbidrag utgår till familjer med barn som har funktionshinder. Denna analys bygger på ett relativt ringa antal observationer varför resultaten har en hög grad av osäkerhet. Vi finner även i denna grupp bristande ekonomiska resurser i högre grad när vi fokuserar på ekonomiska problem jämfört med inkomstsituationen. Beträffande förändringarna under 1990-talet finner vi här återigen tydliga belägg för att ekonomiska svårigheter blev vanligare för barnfamiljerna i allmänhet. Detta tycks gälla familjer med funktionshindrade barn i samma grad som övriga barnfamiljer.

Appendix

Tabell 4.A1. Ekonomiska problem. Andelen som saknar kontantmarginal, har haft svårigheter att klara löpande utgifter, samt andelen som har stora ekonomiska svårigheter (saknar kontantmarginal och har svårigheter att klara löpande utgifter) bland personer med olika former av funktionshinder och för samtliga, 16–64 år (exklusive hemmaboende ungdomar 16–24 år) och 65–84 år, 1988–89 och 1998–99 uppdelat på män och kvinnor, procent

	Saknar kontantmarginal		Problem med löpande utgifter		Stora ekonomiska svårigheter ^a	
	1988-89	1998-99	1988-89	1998	1988-89	1998
16-64 år						
<i>Män</i>						
Befolkningen	8,5	12,8	12,6	19,1	3,8	7,9
Nedsatt hörsel	7,2	17,7	9,0	19,4	3,6	11,2
Rörelsehinder	25,1	28,8	19,7	34,5	12,1	15,2
Långvariga psykiska besvär	26,6	39,2	27,0	43,5	11,7	23,1
Något av ovanstående funktionshinder	12,3	21,1	13,5	24,0	6,1	12,7
Nedsatt rörlighet i armar/händer	20,6	33,5	20,6	30,2	9,8	23,2
<i>Kvinnor</i>						
Befolkningen	13,2	20,0	14,9	22,1	5,7	10,5
Nedsatt hörsel	18,7	27,7	20,4	23,8	11,1	17,2
Nedsatt syn	[31,7]	[41,5]	[32,1]	[41,0]	[15,5]	[36,4]
Rörelsehinder	24,4	33,9	12,2	37,8	6,6	22,2
Långvariga psykiska besvär	35,6	43,6	20,8	38,6	16,9	24,6
Något av ovanstående funktionshinder	23,3	31,8	17,7	29,7	10,3	19,3
Nedsatt rörlighet i armar/händer	20,6	34,9	18,5	28,3	8,1	21,8

forts.

Tabell 4.A1. forts.

	Saknar kontantmarginal		Problem med löpande utgifter		Stora ekonomiska svårigheter ^a	
	1988-89	1998-99	1988-89	1998	1988-89	1998
65-84 år						
<i>Män</i>						
Befolkningen	8,0	7,0	1,5	2,9	1,0	1,4
Nedsatt hörsel	6,4	7,0	2,1	1,2	1,4	0,0
Nedsatt syn	30,5	15,2	0,0	[4,0]	0,0	[0,0]
Rörelsehinder	17,6	19,7	2,3	4,1	1,9	1,3
Långvariga psykiska besvär	[19,2]	[26,1]	[11,2]	[8,8]	[11,2]	[8,8]
Något av ovanstående funktionshinder	9,8	9,2	2,0	3,0	1,6	0,9
Nedsatt rörlighet i armar/händer	18,2	30,8	3,6	13,3	3,2	11,8
<i>Kvinnor</i>						
Befolkningen	13,7	15,7	3,2	8,0	2,4	5,0
Nedsatt hörsel	13,0	15,3	3,6	8,0	1,9	2,7
Nedsatt syn	20,4	24,6	5,0	[14,1]	3,0	[8,7]
Rörelsehinder	22,9	26,8	5,0	17,5	3,7	11,9
Långvariga psykiska besvär	17,0	[36,8]	4,8	[5,5]	3,0	[5,5]
Något av ovanstående funktionshinder	17,3	20,6	4,6	11,8	3,0	7,6
Nedsatt rörlighet i armar/händer	19,7	22,1	5,6	9,6	4,2	6,9

^{a)} Både sakna kontantmarginal och har haft svårigheter att klara löpande utgifter under senaste året.
 "Något av ovanstående funktionshinder" inkluderar också dem med nedsatt syn. Dessa särredovisas inte för män i åldersgruppen 16-64 år p.g.a. alltför få observationer.
 Nedsatt rörlighet i armar/händer gäller åren 1988-89 och 1996-97.
 Uppgifter inom [] baseras på färre än 40 observationer.

5 Ohälsa och vårdutnyttjande

Hälsa är en viktig aspekt av livet och välfärden för alla människor. Tillfrågade om hur viktiga olika saker är, svarar cirka 90 procent att hälsa är mycket viktigt (Holmberg & Weibull 2001:20, se även Gillström 2001).¹ En god hälsa är dels värdefull i sig, eftersom sjukdomar och skador i de flesta fall är kopplade till smärta och lidande. Dels utgör hälsa också en viktig resurs, eftersom nedsatt hälsa inte bara har konsekvenser i form av lidande utan även i många fall konsekvenser för funktionsförmågan, och därmed för möjligheterna till arbete och försörjning liksom för möjligheterna att i stort *"...kontrollera och medvetet styra sina livsvillkor"* (Johansson 1979:52). Samhället satsar också betydande resurser på att motverka ohälsa och dess konsekvenser, direkt via hälso- och sjukvården som riktas till alla medborgare och mer indirekt via olika transfereringssystem.² Fokus i detta kapitel riktas därför mot såväl hälsoförhållanden som graden av vårdutnyttjande bland grupper med olika former av funktionshinder jämfört med befolkningen i stort.

5.1 Ohälsa

Lika viktig som hälsan är för människor, lika svårt är det att klart definiera vad hälsa egentligen är. Även om försök att definiera *hälsa* har gjorts,³ är merparten av de tekniker som utformats för att fak-

¹ Detta kan jämföras med att endast nio procent anser att rikedom respektive frälsning är mycket viktigt. Det är även betydligt vanligare att se hälsa som mycket viktigt jämfört med kärlek (77 procent) och lycka (67 procent). Även om andelarna varierat något över tid har rangordningen mellan de olika värdena varit påtagligt stabil sedan slutet av 1980-talet (Holmberg & Weibull 2001:20).

² Transfereringssystemen utgörs av sjukförsäkring och andra typer av inkomstersättning relaterade till sjukdom och dess konsekvenser. De är dock i huvudsak kopplade till arbetsinkomster och inte tillgängliga för alla.

³ Den mest kända definitionen av hälsa är troligen den som WHO lanserade 1946: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, och inte enbart

tiskt mäta hälsa konstruerade för att på ett eller annat sätt fånga *nedsatt hälsa* eller *ohälsa*. Hälsan bestäms därmed i praktiken oftast negativt, som frånvaron av hälsoproblem. Detta är också i överensstämmelse med Sten Johanssons argument för att inte söka definiera välfärd eller "det goda livet" direkt, utan att fokusera välfärdsåtgärder på onda förhållanden (Johansson 1970). Johansson bygger, i likhet med Erik Allardt (1975, 1998) sin argumentation på Karl Poppers (1969) resonemang. Kontentan i argumentationen är att det är lättare att identifiera och enas kring vad som är onda förhållanden än vad som utgör abstrakta idealiska tillstånd (jämför fotnot 3).

Fokus i så gott som alla studier av hälsoförhållanden ligger därmed på ohälsa snarare än hälsa. Även givet denna avgränsning kan åtminstone tre olika aspekter eller typer av ohälsa särskiljas (Blaxter 1989). Dessa är medicinskt definierad sjukdom ("disease"), dålig hälsa så som en person själv uppfattar det ("illness") samt sjuklighetens konsekvenser för personens förmåga att fungera ("sickness"). Just ohälsans konsekvenser i form av funktionsförmåga har av Nationella folkhälsokommittén lyfts fram som det viktigaste att åtgärda på samhällsnivå, det vill säga genom hälsopolitiken (SOU 2000:91, sid. 64). Att inskränkningar i funktionsförmåga i många men långt ifrån alla fall är konsekvenser av ohälsa, skapar dock vissa problem för vår analys av funktionshinderade personers hälsoförhållanden. Eftersom vi valt att definiera de olika grupperna av funktionshinderade utifrån faktisk funktionsförmåga, och i ett fall även på basis av hälsotillstånd,⁴ kommer vi för flera grupper att få ett mer eller mindre definitionsmässigt samband med olika mått på ohälsa. Detta innebär att skillnader i ohälsa mellan funktionshinderade och befolkningen i stort i flera fall blir givna på förhand. Detta kommer att uppmärksammas och diskuteras i avslutning till resultatredovisningen.

Det finns dock goda skäl till att vi trots denna komplikation finner det viktigt att belysa också hälsosituationen bland de funktionshinderade. Ett skäl är att det framförallt är vid specifika kombinationer av funktionshinder och nedsatt hälsa som problemet med mer eller mindre definitionsmässiga samband uppträder. Ett annat skäl är att funktionshinder och de handikapp dessa kan

frånvaron av sjukdom och svaghet". Hälsa blir med denna definition ett närmast ouppnåeligt idealtillstånd, som paradoxalt nog riskerar att leda till ett slags medikalisering där ett mycket stort antal oönskade sociala förhållanden ses som sjukdomstillstånd.

⁴ Gruppen med långvariga psykiska besvär.

leda till i sin tur kan tänkas orsaka, eller i vart fall vara kopplade till, uppkomsten av hälsoproblem. Risken att drabbas av ohälsa kan ses som ett resultat av utsattheten för olika riskfaktorer, men också av sårbarheten eller graden av känslighet för en given hälsorisk (SOU 2000:91). I den mån funktionshindrade personer är mer sårbara än andra, exempelvis genom sämre arbetsvillkor (se kapitel 3) eller högre grad av ekonomiska svårigheter (se Kapitel 4) kan detta också tänkas leda till försämrad hälsa, antingen direkt eller via olika slags stressreaktioner.

5.1.1 Hälsa och hälsomätning

Att mäta hälsotillståndet i befolkningen bjuder i sig på särskilda problem, vilka skiljer sig från de problem en läkare står inför vid undersökandet av en patient. I det senare fallet görs en undersökning av en enskild individ i syfte att ställa en diagnos på basis av symptom (beskrivna av patienten) och tecken (baserade på mätningar och test, t.ex. av blodtryck eller förekomsten av äggvita i urinen). Huvudsyftet med diagnosen är att finna en passande behandling för patienten ifråga. Att bota, eller åtminstone lindra besvären av olika sjukdomar är också sjukvårdens huvudsyfte, inte att beskriva ohälsan i befolkningen. I undersökningar av levnadsförhållanden är det centrala däremot att fånga ohälsoproblem så som de uppfattas av den enskilde. Alla uppgifter bygger på intervjuvar, men endast vissa frågor innefattar direkta självskattningar av ohälsan (det vill säga "illness"). Andra frågor fångar såväl diagnostiserade sjukdomar ("disease") som symptom, ytterligare andra fokuserar på konsekvenser av sjukdom i form av begränsningar av funktionsförmågan ("sickness"). Totalt sett ligger tyngdpunkten i de frågor som ställs på symptom och funktionsnedsättningar, det vill säga den typ av information en läkare startar sin undersökning med.

I ULF-undersökningarna ingår således flera olika sätt att fråga om hälsoproblem. Huvudfrågan gäller om den tillfrågade har någon *"...långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet"*. De sjukdomar och besvär som nämns av den intervjuade sorteras i grupper efter typ av sjukdom, men ofta används långvarig sjukdom som ett sammanfattande mått på ohälsa. Efter som vi på basis av denna fråga urskiljer en av våra fem grupper av funktionshindrade (de med långvariga psykiska besvär) har vi ska-

pat ett mått på långvarig sjukdom där långvariga psykiska besvär plockats bort. Frågans formulering medför dock att även andra typer av funktionshinder, eller i vart fall konsekvenserna av dessa funktionshinder, kommer att rapporteras som långvariga sjukdomar. För att minska risken för definitionsmässiga samband skiljer vi därför mellan dem som har två sjukdomar eller fler och dem som har färre än så. Att ha långvariga sjukdomar innebär således att man har uppgett sig ha minst två sådana hälsoproblem, och att ingen av dessa hör till kategorin psykiska störningar.⁵

En annan typ av hälsofrågor i ULF rör funktionsnedsättningar, vilka vi dock använder för att avgränsa kategorin rörelsehindrade och således inte kan användas som hälsomått. Vi kompletterar istället det rensade måttet på långvariga sjukdomar med tre andra mått på ohälsa, nämligen värk i rörelseorganen⁶, ångslan, oro och ångest⁷ samt självskattad ohälsa⁸. Vi fångar därmed två centrala folkhälsoproblem (värk och nedsatt psykiskt välbefinnande) samtidigt som vi får två mått på det allmänna hälsotillståndet, ett kopplat till olika sjukdomar och ett baserat på den enskildes bedömning (se Manderbacka 1998 för en genomgång av litteraturen rörande hälsomätning samt metanalyser av självskattad hälsa). Tre av dessa hälsomått har använts i våra tidigare analyser av välfärdsutvecklingen på 1990-talet (se Fritzell & Lundberg 2000), där ett av huvudresultaten var att ångslan, oro, ångest ökar påtagligt, särskilt bland yngre.

Ohälsa ökar med stigande ålder, och ohälsa så som den fångas i befolkningsstudier är också vanligare bland kvinnor än bland män. Det är därför viktigt att ta hänsyn till detta, vilket i Tabell 5.1 och 5.2 nedan är gjort genom en enkel uppdelning av redovisningen.

⁵ Diagnoser i intervallet 290-319 enligt WHO:s klassifikation av sjukdomar (ICD-9), exempelvis schizofreni, depression, drogmissbruk, demens samt utvecklingsstörning.

⁶ *Har du möjligen något av följande? Värk i skuldror, nacke eller axlar? Ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias? Värk eller smärtor i händer, armbågar, ben eller knän?* Svartalternativen som ges är *Ja, svåra; Ja, lätta* och *Nej*. Att ha värk definieras här som att ha minst ett svårt besvär eller tre lätta.

⁷ *Har du möjligen något av följande? Ångslan, oro eller ångest?* Svartalternativen är desamma som för värk. Ångslan, oro, ångest har de som svarat ja, oavsett om besvären är lätta eller svåra.

⁸ I 1988–89 års undersökning användes frågan *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? Är det gott, dåligt eller något däremellan?* Från och med 1996 har man i ULF övergått till fem svartalternativ, och frågans andra del lyder då: *Är det mycket gott, gott, någorlunda, dåligt, mycket dåligt?* Dålig hälsa har de som svarat att hälsotillståndet är sämre än gott, det vill säga *dåligt* eller *något däremellan* 1988–89 och *någorlunda, dåligt* eller *mycket dåligt* 1996–97 respektive 1998–99. Förändringen av antalet svartalternativ medför således att gruppen inte kan avgränsas på ett identiskt sätt för alla undersökningsår, och att förändringar under 1990-talet måste tolkas med försiktighet.

Tabell 5.1. Ohälsa bland yngre. Andelen med minst två långvariga sjukdomar (rensat för långvariga psykiska besvär) (n= 18 909), dålig självskattad hälsa (n= 18 893), värk i rörelseorganen (n= 18 837) respektive ångslan, oro eller ångest (n= 18 838) bland olika grupper av funktionshindrade. Män respektive kvinnor 16–64 år

	Långvariga sjukdomar		Dålig självskattad hälsa		Värk i rygg, leder etc.		Ångslan, oro ångest	
	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99
Kvinnor								
Hela befolkningen	13,6	15,1	20,5	21,8	22,8	25,6	13,5	22,2
Nedsatt hörsel	27,6	32,5	37,6	37,5	41,9	47,0	26,0	36,8
Nedsatt syn	[64,4]	[66,8]	[75,3]	[70,9]	[41,8]	[69,5]	[41,4]	[51,0]
Rörelsehinder	62,7	65,0	81,6	88,6	70,0	82,3	30,0	34,4
Långvariga psykiska besvär	26,5	22,8	74,3	63,1	40,3	36,8	72,2	81,4
Något av ovanstående	37,3	35,9	59,4	53,3	49,9	50,0	36,6	46,3
Nedsatt rörlighet i armar/händer	51,1	52,9	72,5	66,0	70,9	79,5	30,6	34,8
Män								
Hela befolkningen	11,4	12,8	17,1	18,2	17,0	19,0	7,3	14,0
Nedsatt hörsel	27,0	26,7	34,0	32,2	33,7	35,3	8,3	20,2
Nedsatt syn	[48,5]	[53,7]	[53,4]	[73,2]	[8,0]	[44,5]	[15,8]	[22,5]
Rörelsehinder	66,6	62,6	85,7	82,5	58,6	72,9	17,1	43,2
Långvariga psykiska besvär	17,7	22,1	68,2	62,7	24,9	33,0	64,4	76,9
Något av ovanstående	32,0	29,2	46,1	42,8	35,8	38,9	17,8	30,4
Nedsatt rörlighet i armar/händer	59,5	58,9	76,8	68,8	65,7	70,7	19,1	31,7

Uppgifter inom [] baseras på färre än 40 observationer.

Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988-89 och 1996-97.

I den yngre åldersgruppen (16–64 år) är alla dessa former av ohälsa som väntat mycket vanligare bland personer med funktionshinder än i befolkningen som helhet. Särskilt påtagligt är detta när det gäller självskattad hälsa och värk. De högsta andelarna med dålig fysisk hälsa finner vi bland dem med rörelsehinder av olika slag. Över 60 procent av dem med rörelsehinder i ben m.m. lider av två eller fler långvariga sjukdomar, och bland dem med nedsatt rörlighet i armar och händer är motsvarande andel drygt 50 procent

bland kvinnor och närmare 60 procent bland män.⁹ Också den självskattade hälsan är dålig i dessa grupper, och andelarna med värk är mycket höga. Ängslan, oro eller ångest är som väntat mest vanligt bland dem med långvariga psykiska besvär, men också här är det högre eller mycket högre andelar bland samtliga grupper av funktionshindrade jämfört med befolkningen som helhet. Det huvudsakliga intrycket av Tabell 5.1 är dock att ohälsan är så mycket mer framträdande bland alla grupper av funktionshindrade. Detta gäller också bland dem med nedsatt hörsel och syn, där vi inte har någon anledning att tro att funktionsnedsättningen i sig skall vara kopplad till ohälsa i form av värk och liknande. En möjlig orsak till detta är att många med nedsatt syn och hörsel i åldrarna 16–64 har multipla funktionsnedsättningar.

⁹ Så gott som samtliga med rörelsehinder har åtminstone en långvarig sjukdom, och även bland dem med nedsatt rörlighet i armar och händer har 90 procent eller mer minst en sådan sjukdom.

Tabell 5.2. Ohälsa bland äldre. Andelen med minst två långvariga sjukdomar (rensat för långvariga psykiska besvär) (n= 5 081), dålig självskattad hälsa (n= 5 054), värk i rörelseorganen (n= 5 011) respektive ångslan, oro eller ångest (n= 5 013) bland olika grupper av funktionshindrade. Män respektive kvinnor 65–84 år

	Långvariga sjukdomar		Dålig självskattad hälsa		Värk i rygg, leder etc.		Ångslan, oro ångest	
	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99
Kvinnor								
Hela befolkningen	47,8	50,5	48,5	48,4	33,1	38,6	25,5	24,1
Nedsatt hörsel	64,6	65,1	59,5	58,0	39,3	48,6	29,2	29,5
Nedsatt syn	79,7	82,0	80,0	72,2	41,6	51,5	39,1	37,1
Rörelsehinder	79,8	79,8	83,1	86,5	55,7	66,7	35,3	31,7
Långvariga psykiska besvär	51,7	[56,8]	70,0	[74,5]	37,1	[51,6]	68,1	[74,2]
Något av ovanstående	69,7	70,1	70,7	69,4	44,8	52,9	33,1	30,6
Nedsatt rörlighet i armar/händer	74,7	71,9	77,6	75,1	56,0	64,8	31,7	36,0
Män								
Hela befolkningen	42,5	38,7	43,3	41,1	25,7	26,9	10,2	11,7
Nedsatt hörsel	54,1	48,3	51,4	47,2	33,7	32,6	11,1	13,6
Nedsatt syn	61,4	76,2	77,3	75,1	35,4	36,8	14,4	24,8
Rörelsehinder	76,9	70,3	81,1	92,2	48,3	61,7	17,1	21,5
Långvariga psykiska besvär	[53,7]	[45,4]	[83,8]	[77,8]	[22,6]	[20,9]	[41,5]	[58,4]
Något av ovanstående	58,2	52,7	59,7	57,4	35,8	37,2	13,3	16,3
Nedsatt rörlighet i armar/händer	72,1	65,9	77,1	79,3	47,0	49,0	16,1	21,5

Uppgifter inom [] baseras på färre än 40 observationer.

Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988-89 och 1996-97.

Motsvarande resultat gäller också för personer i åldrarna 65–84 år, med den skillnaden att skillnaden mellan befolkningen och de olika grupperna av funktionshindrade här är mindre. Annorlunda uttryckt ökar inte hälsoproblemen med ålder på samma sätt bland funktionshindrade som i befolkningen i allmänhet, delvis beroende på att andelen med hälsoproblem i flera fall är extremt höga redan före 65 år bland personer med funktionshinder.

När det gäller tidstrender är det svårt att dra några entydiga slutsatser från Tabell 5.1 och 5.2. Ångslan, oro och ångest tycks exempelvis öka bland alla under 65 år, medan ökningen bland äldre

i huvudsak skett bland män, och då i betydligt mindre omfattning. Den självskattade hälsan tycks i allmänhet ha förbättrats bland yngre personer med funktionshinder, medan utvecklingen i befolkningen som helhet varit mindre positiv. Detta mönster uppträder dock ej bland dem 65 år och äldre.

5.1.2 Långvariga sjukdomar

För att få bättre grepp om hälsotrender, men också för att kunna ta hänsyn till i vilken mån de olika gruppernas sammansättning bidrar till hälsoskillnaderna använder vi här liksom i andra kapitel logistisk regression i två steg. I kolumn A presenteras överrisker för respektive grupp av funktionshindrade i form av oddskvoter, där befolkningen i övrigt är satt till 1. I dessa analyser har vi enbart standardiserat för ålder (i tioårsgrupper) och undersökningsår. I kolumn B har vi dessutom standardiserat för kön, utbildningsnivå, födelseland samt hushållstyp. I en tredje kolumn anger vi om skillnaden mellan respektive grupp av funktionshindrade och befolkningen i övrigt förändrats under 1990-talet. Analyserna är liksom i tidigare kapitel gjorda separat för åldersgrupperna 16–64 respektive 65–84 år. I den yngre gruppen redovisas inga resultat för synskadade eftersom den gruppen är mycket liten. De synskadade ingår dock även bland de yngre i den sammanfattande gruppen "Något av ovanstående funktionshinder".

Tabell 5.3. Långvariga sjukdomar. Relativa skillnader (odds) i risken att ha minst två långvariga sjukdomar (rensat för långvariga psykiska besvär) för olika grupper av funktionshindrade 16-64 (n= 18 909) respektive 65-84 år (n= 5 081), 1988-89 och 1998-99. De utan respektive funktionshinder är referenskategori vars odds är satt till 1. (P-värde inom parentes.)

		16-64 år			65-84 år		
		A	B	Sign. interaktion med år	A	B	Sign. interaktion med år
Nedsatt hörsel	<i>Ja</i>	(0,000) 2,12	(0,000) 2,13	Nej	(0,000) 1,87	(0,000) 2,02	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Nedsatt syn	<i>Ja</i>	-	-		(0,000) 3,50	(0,000) 3,57	Nej
	<i>Nej</i>				1	1	
Rörelsehinder	<i>Ja</i>	(0,000) 9,36	(0,000) 8,26	Nej	(0,000) 6,05	(0,000) 6,02	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Långvariga psykiska besvär	<i>Ja</i>	(0,000) 1,83	(0,000) 1,61	Nej	(ES)	(ES)	Nej
	<i>Nej</i>	1	1				
Något av ovanstående funktionshinder	<i>Ja</i>	(0,000) 3,36	(0,000) 3,18	Nej	(0,000) 3,76	(0,000) 3,86	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Nedsatt rörlighet i armar/händer	<i>Ja</i>	(0,000) 7,47	(0,000) 7,04	Nej	(0,000) 4,53	(0,000) 4,46	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	

Kolumn A = standardiserad för ålder (10-årsgrupper) och undersökningsår.

Kolumn B = A + standardisering för kön, utbildningsnivå, födelseland och hushållstyp.

ES = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Förändring mellan tidpunkterna skattas som en interaktionseffekt mellan respektive funktionshinder och år, och baseras på modellen i kolumn B.

Samtliga grupper av funktionshindrade har långvariga sjukdomar i högre utsträckning än befolkningen i övrigt, äldre med långvariga psykiska besvär undantagna. Risken för sjukdom är i de flesta fall två till fyra gånger högre än för befolkningen i övrigt och är inte orsakad av de olika gruppernas sammansättning i termer av kön, utbildning, födelseland eller hushållstyp. Överriskerna för dem

med rörelsehinder, och viss mån även för dem med nedsatt rörlighet i armar och händer, är dock påtagligt högre. Bland yngre med rörelsehinder är oddset att ha två långvariga sjukdomar eller fler drygt åtta gånger större än för övriga befolkningen även efter kontroll för kön, utbildning, födelseland eller hushållstyp. Skillnaderna mellan personer med funktionshinder och befolkningen i övrigt i risken att ha två eller fler långvariga sjukdomar har förblivit oförändrad under 1990-talet.

Att funktionshindrade i högre grad är utsatta för långvariga sjukdomar kan, trots våra försök att undvika definitionsmässiga samband, ändå vara ett resultat av frågans konstruktion,¹⁰ åtminstone i den mån som multipla funktionshinder förekommer. Att överriskerna för dem med långvariga psykiska besvär är lägre (där möjligheten till ett sådant definitionsmässigt samband tagits bort) skulle kunna tolkas som ett stöd för detta resonemang. För att mer systematiskt testa i vilken mån multipla funktionshinder bidrar till funktionshindrades höga risker att ha två eller fler långvariga sjukdomar har en analys gjorts där såväl nedsatt hörsel, nedsatt syn, rörelsehinder som långvariga psykiska besvär inkluderats.¹¹ Genom att vi därmed standardiserar också för förekomsten av ytterligare funktionshinder blir det rimligare att tolka de överrisker som då fortfarande kvarstår i termer av ofärd.

Bland yngre blir oddskvoterna generellt något lägre med kontroll för multipla funktionshinder. Mest tydligt är detta för dem med rörelsehinder och långvariga psykiska besvär (från 8,26 till 7,84 respektive från 1,61 till 1,48; visas ej i tabellen). Oddskvoten för dem med nedsatt hörsel förblir oförändrad. Den enda påtagliga förändringen bland dem 65 år och äldre är att risken att ha långvariga sjukdomar sjunker från 3,57 till 2,65 (visas ej i tabellen). Alla skillnader kvarstår dock starkt signifikanta. Därmed tycks inte frågans konstruktion tillsammans med multipla funktionshinder vara någon avgörande orsak bakom resultaten i Tabell 5.3, även om de flesta oddskvoter justeras nedåt då flera typer av funktionshinder inkluderas i analysen.

Sammanfattningsvis är det vanligare med långvariga sjukdomar i alla grupper av funktionshindrade, äldre med långvariga psykiska besvär undantagna. Skillnaderna är i huvudsak inte ett resultat av

¹⁰ Frågan inkluderar som tidigare nämnts "...besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet".

¹¹ Det sammanfattande måttet kan av naturliga skäl ej inkluderas då det bygger på de övriga. Nedsatt rörlighet i armar/händer kan heller ej inkluderas då analysen där baseras på år 1988–89 och 1996–97.

gruppernas sammansättning eller hälsomättets konstruktion. Samtidigt finns också en påtaglig variation mellan olika grupper av funktionshindrade att ha två eller fler långvariga sjukdomar.

5.1.3 Självskattad ohälsa

Samtliga kategorier av funktionshindrade har även sämre självskattad hälsa än befolkningen i övrigt (Tabell 5.4). Särskilt gäller detta rörelsehindrade, även om de mycket förhöjda oddskvoterna bör ses i ljuset av att nedsatt funktionsförmåga är en central komponent då personer bedömer sitt hälsotillstånd.

*Tabell 5.4. Dålig självskattad hälsa. Relativa skillnader (odds) i risken att bedöma sin hälsa som sämre än god för olika grupper av funktionshindrade 16–64 (n= 18 893) respektive 65–84 år (n= 5 054), 1988–89 och 1998–99. De utan respektive funktionshinder är referenskategori vars odds är satt till 1. (*P*-värde inom parentes)*

		16-64 år			65-84 år		
		A	B	Sign. interaktion med år	A	B	Sign. interaktion med år
Nedsatt hörsel	<i>Ja</i>	(0,000) 1,81	(0,000) 1,83	Nej	(0,000) 1,52	(0,000) 1,60	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Nedsatt syn	<i>Ja</i>	–	–		(0,000) 3,68	(0,000) 3,64	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Rörelsehinder	<i>Ja</i>	(0,000) 18,58	(0,000) 16,35	Nej	(0,000) 10,84	(0,000) 10,66	Ja
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Långvariga psykiska besvär	<i>Ja</i>	(0,000) 9,48	(0,000) 8,32	Nej	(0,000) 3,54	(0,000) 3,19	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Något av ovanstående funktionshinder	<i>Ja</i>	(0,000) 4,57	(0,000) 4,27	Ja	(0,000) 4,23	(0,000) 4,24	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Nedsatt rörlighet i armar/händer	<i>Ja</i>	(0,000) 10,11	(0,000) 9,52	Ja	(0,000) 6,15	(0,000) 6,16	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	

Kolumn A = standardiserad för ålder (10-årsgrupper) och undersökningsår.

Kolumn B = A + standardisering för kön, utbildningsnivå, födelseland och hushållstyp.

ES = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Förändring mellan tidpunkterna skattas som en interaktionseffekt mellan respektive funktionshinder och år, och baseras på modellen i kolumn B.

Generellt sett är det mer än fyra gånger så vanligt att uppfatta sin hälsa som dålig bland dem som har något funktionshinder. Mycket lite av denna förhöjda risk kan tillskrivas skillnader i utbildning, kön, invandrarskap eller familjetyp, vilket framkommer om vi jämför oddskvoterna i kolumn A med dem i kolumn B.

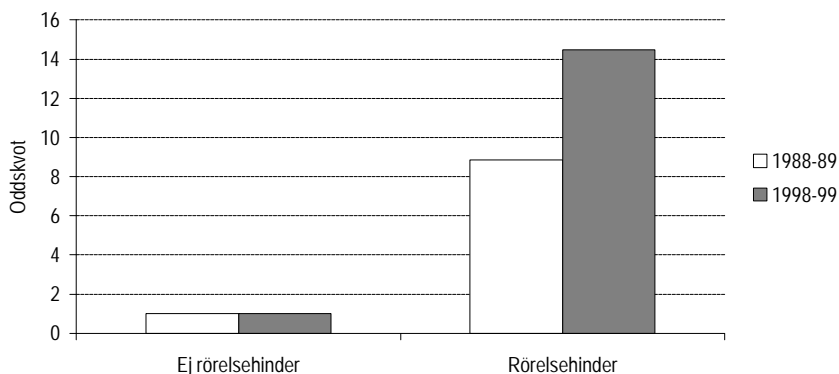
För yngre personer med minst ett av de fyra specifika funktionshindren finner vi också en signifikant minskning av de funktionshindrade personernas ohälsorisk jämfört med befolkningen i övrigt (visas ej i figur).

Medan den självskattade ohälsan är relativt oförändrad i befolkningen i övrigt har den förbättrats något bland dem med minst ett (av fyra) funktionshinder mellan slutet av 1980- och slutet av 1990-talet. Någon motsvarande (statistiskt signifikant) förändring finner vi dock inte för de enskilda grupperna som ingår i det sammanfattande måttet på funktionshinder. Däremot finner vi motsvarande minskning av överrisken bland dem med nedsatt rörlighet i armar/händer (visas ej i figur).

Bland äldre är riskerna för självskattad ohälsa bland funktionshindrade inte lika markant förhöjda som bland personer i åldrarna 16-64 år. Det finns dock en variation mellan de olika grupperna av funktionshindrade som påminner om den som framkom för långvarig sjukdom. Dålig självskattad ohälsa är mest vanlig bland dem med rörelsehinder och nedsatt rörlighet i armar/händer, och minst vanlig bland dem med nedsatt hörsel. De med nedsatt syn och långvariga psykiska besvär hamnar någonstans däremellan. Noteras bör dock att oddskvoten för dem med nedsatt syn minskar påtagligt också för dålig självskattad hälsa då vi justerar för förekomsten av multipla funktionshinder (från 3,64 till 2,12; visas ej i tabellen). Övriga resultat ändras mycket lite av denna åtgärd.

I den äldre gruppen kan endast en förändring över tid av hälsoskillnaderna mellan funktionshindrade och övriga observeras (Figur 5.1). I motsats till de yngre framkommer här en ökning av skillnaden i självskattad ohälsa mellan rörelsehindrade och övriga, från en oddskvot på knappt nio till en oddskvot på över 14. Orsakerna bakom denna försämring av den självskattade hälsan bland äldre funktionshindrade är dock oklara, särskilt som någon motsvarande förändring inte föreligger för andra mått på ohälsa.

Figur 5.1. Förändrade skillnader i risken för dålig självskattad hälsa mellan dem med rörelsehinder och den övriga befolkningen i åldersgruppen 65–84 år. Standardiserat för ålder, kön, utbildningsnivå, familjetyp och födelseland. Som referenskategori används de utan rörelsehinder 1988–89 vars odds är satt till 1



5.1.4 Värk

Också värk i rörelseorganen är vanligare bland samtliga grupper av funktionshindrade, äldre med långvariga psykiska besvär undantagna. Såväl skillnaderna mellan olika grupper av funktionshindrade som nivåerna på oddskvoterna påminner mycket om resultaten för långvariga sjukdomar. De med rörelsehinder respektive nedsatt rörlighet i armar/händer är mest utsatta för värk, men överriskerna är inte fullt så dramatiska som för självskattad ohälsa. Bland personer under 65 år har dock även de med nedsatt hörsel och långvariga psykiska besvär signifikant förhöjda risker att ha värk i rörelseorganen, även då kontroll för kön, utbildning, födelseland och familjetyp görs (kolumn B).

Tabell 5.5. Värk. Relativa skillnader (odds) i risken att ha värk i axlar, rygg och leder för olika grupper av funktionshindrade 16–64 (n= 18 837) respektive 65–84 år (n= 5 011), 1988–89 och 1998–99. De utan respektive funktionshinder är referenskategori vars odds är satt till 1. (*P*-värde inom parentes)

		16-64 år			65-84 år		
		A	B	Sign. interaktion med år	A	B	Sign. interaktion med år
Nedsatt hörsel	<i>Ja</i>	(0,000) 1,98	(0,000) 2,02	Nej	(0,000) 1,40	(0,000) 1,53	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Nedsatt syn	<i>Ja</i>	–	–		(0,000) 1,59	(0,000) 1,58	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Rörelsehinder	<i>Ja</i>	(0,000) 7,28	(0,000) 6,53	Ja	(0,000) 4,84	(0,000) 4,86	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Långvariga psykiska besvär	<i>Ja</i>	(0,000) 1,84	(0,000) 1,59	Nej	(ES)	(ES)	Nej
	<i>Nej</i>	1	1				
Något av ovanstående funktionshinder	<i>Ja</i>	(0,000) 2,80	(0,000) 2,68	Nej	(0,000) 2,69	(0,000) 2,80	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Nedsatt rörlighet i armar/händer	<i>Ja</i>	(0,000) 10,93	(0,000) 9,90	Ja	(0,000) 4,97	(0,000) 4,77	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	

Kolumn A = standardiserad för ålder (10-årsgrupper) och undersökningsår.

Kolumn B = A + standardisering för kön, utbildningsnivå, födelseland och hushållstyp.

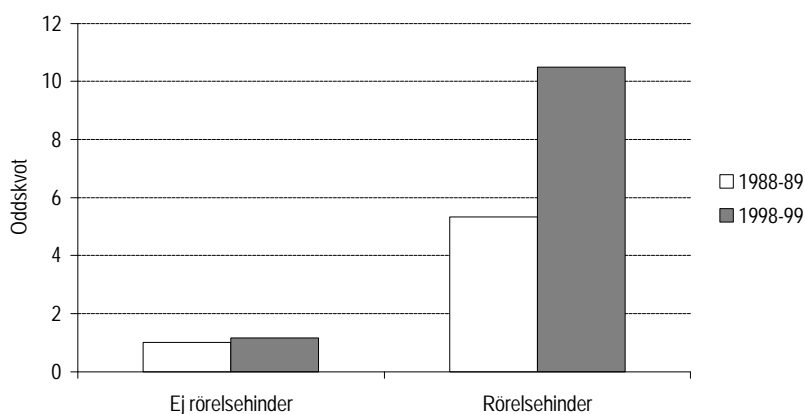
ES = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Förändring mellan tidpunkterna skattas som en interaktionseffekt mellan respektive funktionshinder och år, och baseras på modellen i kolumn B.

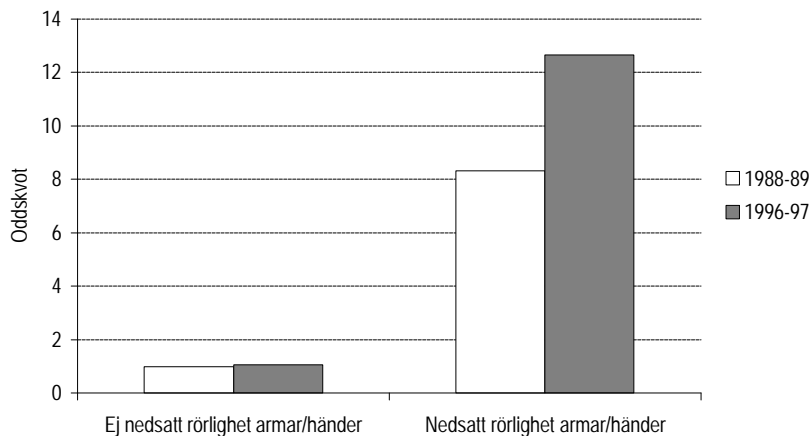
Liksom tidigare är skillnaderna i ohälsa mellan funktionshindrade och andra mindre bland dem som är 65 år och äldre. De med nedsatt syn har här en mycket måttligt förhöjd risk, vilken också helt tycks vara orsakad av att en del av de synskadade också har andra funktionshinder (oddskvoten blir 1,08 och ej signifikant då kontroll för övriga funktionshinder görs).

Bland yngre, men inte bland äldre, finner vi att risken för värk förändrats för två grupper av personer med funktionshinder. För dem med rörelsehinder har oddset att ha värk i det närmaste fördubblats under 1990-talet, men endast ökat marginellt i befolkningen i övrigt. För dem med nedsatt rörlighet i armar/händer har risken för värk ökat med drygt 50 procent, och knappast alls för övriga (Figur 5.2 och 5.3).

Figur 5.2. Förändrade skillnader i risken att ha värk mellan dem med rörelsehinder och den övriga befolkningen i åldersgruppen 16–64 år. Standardiserat för ålder, kön, utbildningsnivå, familjetyp och födelseland. Som referenskategori används de utan rörelsehinder 1988–89 vars odds är satt till 1



Figur 5.3. Förändrade skillnader i risken att ha värk mellan dem med nedsatt rörlighet i armar/händer och den övriga befolkningen i åldersgruppen 16–64 år. Standardiserat för ålder, kön, utbildningsnivå, familjetyp och födelse-land. Som referenskategori används de utan nedsatt rörlighet i armar/händer 1988–89, vars odds är satt till 1



Någon entydig orsak till denna påtagliga hälsoförsämring i grupper med rörelsehinder och nedsatt rörlighet i armar/händer är inte lätt att peka på. Rent principiellt kan förändringar av detta slag antingen bero på förändrade villkor i något annat avseende som är kopplat till risken för värk, eller på en förändrad sammansättning av grupperna ifråga. En möjlig förklaring av det första slaget skulle kunna vara att arbetsmiljön försämrats och stressen i arbetslivet ökat mer för dessa grupper. Det finns dock mycket lite stöd för en sådan tolkning i våra analyser av arbete och arbetsförhållanden i kapitel 3. Samtidigt kan vi på basis av de analyser vi presenterar här inte utesluta att ökningen av värk bland personer med rörelsehinder av olika slag är arbetsrelaterad. Den andra typen av förklaring bygger på att funktionshindrade i de tio födelsekullar som på tio år tillkommit i åldersgruppen 16–64 på något avgörande sätt skiljer sig från de födelsekullar som lämnat den. Någon sådan egen-skap kopplad till förekomsten av värk är dock svår att peka på.

5.1.5 Ängslan, oro, ångest

Samtliga kategorier av funktionshindrade har också en ökad risk att känna ängslan, oro eller ångest, äldre hörselskadade möjligen undantagna. Bland dem med långvariga psykiska besvär är sambandet förstås närmast definitionsmässigt, men det är påtagliga överrisker även för rörelsehindrade och personer med nedsatt syn. Genomgående är dock överriskerna lägre bland de äldre. Vi finner inga tecken på att skillnaderna gentemot befolkningen skulle ha förändrats under 1990-talet för någon av de grupper med funktionshinder som vi studerar.

Tabell 5.6. Ängslan, oro, ångest. Relativa skillnader (odds) i risken att ha ängslan, oro, ångest för olika grupper av funktionshindrade 16–64 (n= 18 838) respektive 65–84 år (n= 5 013), 1988–89 och 1998–99. De utan respektive funktionshinder är referenskategori vars odds är satt till 1. (*P*-värde inom parentes)

		16-64 år		Sign. interaktion med år	65-84 år		Sign. interaktion med år
		A	B		A	B	
Nedsatt hörsel	<i>Ja</i>	(0,000) 1,57	(0,000) 1,71	Nej	(ES) 1,86	(0,028) 1,21	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Nedsatt syn	<i>Ja</i>	–	–		(0,000) 1,86	(0,000) 1,78	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Rörelsehinder	<i>Ja</i>	(0,000) 2,73	(0,000) 2,18	Nej	(0,000) 2,03	(0,000) 1,80	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Långvariga psykiska besvär	<i>Ja</i>	(0,000) 20,87	(0,000) 18,63	Nej	(0,000) 8,40	(0,000) 8,10	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Något av ovanstående funktionshinder	<i>Ja</i>	(0,000) 3,68	(0,000) 3,63	Nej	(0,000) 1,82	(0,000) 1,87	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	
Nedsatt rörlighet i armar/händer	<i>Ja</i>	(0,000) 3,25	(0,000) 2,62	Nej	(0,000) 2,29	(0,000) 1,83	Nej
	<i>Nej</i>	1	1		1	1	

Kolumn A = standardiserad för ålder (10-årsgrupper) och undersökningsår.

Kolumn B = A + standardisering för kön, utbildningsnivå, födelseland och hushållstyp.

ES = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Förändring mellan tidpunkterna skattas som en interaktionseffekt mellan respektive funktionshinder och år, och baseras på modellen i kolumn B.

5.1.6 Kön, funktionshinder och ohälsa

Vi har i detta liksom i andra kapitel fokuserat på skillnader mellan grupper med olika slags funktionshinder och befolkningen i övrigt. Samtidigt finns påtagliga hälsoskillnader också längs andra skikt-

ningslinjer i samhället. Arbetare, lågutbildade och utrikes födda har generellt sett sämre hälsa och högre dödlighet (se exempelvis Lundberg 1998; Fritzell & Lundberg 2000). Kvinnor har däremot lägre dödlighet än män, samtidigt som de har mer av sjukdomar och besvär. Det kan därför vara av intresse att särskilt uppmärksamma i vilken mån funktionshindrade kvinnor är särskilt utsatta för ohälsa.

Med hjälp av interaktionseffekter har vi testat om könsskillnaderna i ohälsa är lika stora bland olika grupper av funktionshindrade som i befolkningen i övrigt. I allmänhet är hälsoskillnaderna mellan kvinnor och män likvärdiga bland funktionshindrade och övriga, även om det förstås är vanligare med hälsoproblem bland funktionshindrade av båda könen. Två undantag från detta huvudresultat finns dock. Det första rör risken för värk i åldrarna 16–64 år, där kvinnor med rörelsehinder är särskilt utsatta (Tabell 5.7).

Tabell 5.7. Könsskillnader i risken (odds) att ha värk i axlar, rygg och leder för dem med respektive utan rörelsehinder 16–64 år. Kvinnor utan rörelsehinder är referenskategori vars odds är satt till 1

	Ej rörelsehinder	Rörelsehinder	Rörelsehinder / Ej rörelsehinder
Kvinnor	1	8,43	8,43
Män	0,44	2,52	5,73
Kvinnor / Män	2,27	3,35	1,48

Bland dem utan rörelsehinder löper kvinnor en mer än dubbelt så stor risk att ha värk i axlar, rygg och leder jämfört med män. Bland dem med rörelsehinder är dock risken för kvinnor mer än tre gånger så stor som den för män, och könsskillnaden i ohälsa är därmed 48 procent större bland rörelsehindrade. Som framgår av Tabell 5.7 är detta kopplat till att kvinnor med rörelsehinder i så hög grad är utsatta för värk.

Det andra fallet gäller skillnader mellan män och kvinnor med nedsatt hörsel i risken att känna ångslan, oro eller ångest. Skillnaderna mellan dem som har respektive inte har nedsatt hörsel är i detta fall betydligt mindre. Också här är dock könsskillnaden i

ohälsa 50 procent större bland dem med funktionshinder, och återigen beroende på att funktionshindrade kvinnor är mer utsatta.

Tabell 5.8. Könsskillnader i risken (oddset) att ha ängslan, oro, ångest för dem med respektive utan nedsatt hörsel, 16–64 år. Kvinnor utan nedsatt hörsel är referenskategori vars odds är satt till 1

	Ej nedsatt hörsel	Nedsatt hörsel	Nedsatt hörsel / Ej nedsatt hörsel
Kvinnor	1	2,09	2,09
Män	0,49	0,68	1,39
Kvinnor / Män	2,04	3,07	1,50

5.2 Vårdutnyttjande

Hälso- och sjukvården utgör en central del av välfärdssystemen. Hur sjukvården skall finansieras, organiseras och drivas har också varit centrala frågor i det senaste decenniets välfärdspolitiska debatt. Ur ett individuellt välfärdsperspektiv är sjukvården en viktig resurs i händelse av sjukdom eller skada, på samma sätt som en försäkring. Även om ingen önskar bli sjuk är en hälso- och sjukvård av god kvalitet och med hög grad av tillgänglighet av stor vikt om (eller när) man ändå drabbas av ohälsa, och därmed en trygghet också för dem som är friska.

Sjukvården i Sverige skall enligt Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf syfta till en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (SFS 1982:763, 2§). Lagtexten stadgar vidare att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde, samt att den med störst behov av vård skall ges företräde.

Sjukvårdens egenskap som en gemensam resurs för att minska ofärd i form av ohälsa gör det svårt att diskutera vårdutnyttjandet i sig i termer av välfärd och ofärd. Den som på grund av en god hälsa inte har utnyttjat sjukvården är självfallet inte drabbad av ofärd. Istället måste en analys av sjukvårdsutnyttjande ta avstamp i lagens stadgande om vård på lika villkor och företräde för dem med störst behov. Vård skall ges till alla oavsett kön, ålder, utbildning, etnicitet eller funktionshinder då behov finns. Med behov förstås då vanligen hälsotillståndet så som den enskilde uppfattar det.

Samtidigt är det lätt att tänka sig olika former av strukturella hinder vilka i varierande grad möter människor då de drabbas av ohälsa och vill söka vård (se Gillström 2001 för en genomgång). Dessa hinder kan vara av flera slag, men centralt i det senaste decenniets vårdpolitiska diskussion har stått de direkta kostnader som den enskilde får bära för vården, det vill säga vårdavgifter och medicinkostnader. En linje i debatten har hävdad behovet av egenavgifter, bland annat för att styra vårdsökande till "rätt" vårdnivå och därigenom få en högre grad av effektivitet, men också för att dämpa efterfrågan på vård och därmed minska kostnaderna. Andra menar att egenavgifterna riskerar att förhindra viktiga vårdinsatser, och då förstås i första hand bland dem med små ekonomiska resurser (för en genomgång se Socialstyrelsen 2000b).

De avgifter som patienterna betalar för läkarbesök, tandläkarbesök och läkemedel har också ökat väsentligt under 1990-talet (Socialstyrelsen 2000b). År 1990 kostade ett läkarbesök 60 kronor både i primärvård och på sjukhus. År 1999 var avgiften i primärvården i genomsnitt 100 kronor, men i vissa landsting kostade besöken upp till 140 kronor. Avgifterna för specialistvård ökade till 200 kronor i genomsnitt fram till 1999, men variationen mellan olika landsting är stor (från 120 till 250 kronor). Om avgiftsnivån från 1990 endast höjts i takt med prisutvecklingen i allmänhet borde patientavgifterna 1999 istället ha varit ungefär 75 kronor. För barn och ungdomar infördes 1998 avgiftsfrihet för läkarbesök i öppenvård, men denna har i vissa landsting senare urholkats.

Systemet för egenavgifter vid köp av receptbelagda läkemedel har ändrats i grunden vid ett par tillfällen under 1990-talet, med ökade kostnader för den enskilde som en påtaglig konsekvens. Fram till 1990-talets inledning följde egenavgiften för läkemedel i huvudsak den allmänna prisutvecklingen, men därefter har egenavgifterna ökat betydligt snabbare (Socialstyrelsen 2000b:23).

Mot denna bakgrund förefaller det angeläget att i detta avsnitt söka belysa tre frågor, nämligen: 1) utnyttjar personer med funktionshinder sjukvård i den omfattning som deras hälsotillstånd motiverar? 2) har det skett förändringar under 1990-talet av funktionshinderades vårdutnyttjande? samt 3) har funktionshinderades i allmänhet sämre ekonomiska resurser påverkat deras vårdutnyttjandet under ett decennium av ökande vårdavgifter? Som i flertalet övriga kapitel kontrasteras genomgående fem olika grupper av funktionshinderade med befolkningen i övrigt.

5.2.1 Ansats och allmänna överväganden

En vanlig ansats för att studera i vad mån olika grupper – män och kvinnor, arbetare och tjänstemän, in- och utrikes födda – får vård i den utsträckning som deras hälsotillstånd motiverar är att analysera vårdutnyttjande med hänsyn tagen till hälsotillstånd. Detta görs under antagandet att självrapporterade uppgifter om hälsotillstånd ganska väl fångar det upplevda vårdbehovet (se Gillström 2001). Ett upplevt vårdbehov är i sin tur en förutsättning för efterfrågan av vård. Genom att standardisera för skillnader i hälsotillstånd mellan olika grupper (med hjälp av multivariata analysmetoder) kan eventuella återstående skillnader i vårdutnyttjande diskuteras i termer av mer eller mindre rättvis fördelning av sjukvården.

Ett problem då denna ansats används är svårigheterna att veta i vilken mån det egentliga vårdbehovet fångas upp med hjälp av olika hälsomått i intervjuundersökningar. Personer som har en långvarig sjukdom kan ha mycket olika vårdbehov beroende på denna sjukdoms art eller svårighetsgrad. I den mån sådana skillnader är relaterade till grupptillhörighet (till exempel kön, utbildningsnivå eller födelseland) leder de till att standardiseringen för behov blir ofullständig. Eventuella kvarstående skillnader i vårdutnyttjande orsakade av skillnader i behov skulle därmed felaktigt komma att tolkas i termer av över- eller underutnyttjande. I de flesta fall finns dock ingen anledning att anta att grupptillhörighet är systematiskt kopplat till bristande precision i hälsomätningen.

I en analys av vårdutnyttjande bland funktionshindrade tillkommer dessutom ett annat problem. På grund av svårigheterna med definitionsmissiga kopplingar mellan hälsotillstånd och funktionshinder (se diskussionen i avsnitt 5.1) finns en risk att vi i våra hälsomått i någon mån också fångar funktionshindren i sig. I den mån som hälsomåtten i och med detta fångar aspekter av funktionshindren som inte representerar ett vårdbehov, standardiserar vi bort för mycket av sambandet mellan funktionshinder och vårdutnyttjande. Eventuella skillnader i vårdutnyttjande som inte orsakas av skillnader i behov, det vill säga över- eller underutnyttjande, riskerar därmed att osynliggöras.

Dessa två analystekniska problem har därmed motsatta konsekvenser; det första problemet medför en ofullständig justering för behov, medan det andra medför en överjustering för behov. Lösningen på det första problemet är att använda flera, sinsemellan olika, hälsomått för att därmed täcka in ett så brett spektrum av

vårdbehov som möjligt. Om vart och ett av dessa hälsomått utöver vårdbehov också i någon mån fångar upp funktionshinder i sig riskerar dock denna lösning att förvärra det andra problemet. För att i görligaste mån söka hantera dessa problem standardiserar vi för behov med hjälp av alla de hälsomått som studerades i avsnitt 5.1. Vi har därutöver prövat flera alternativa hälsomått, för att därmed testa hur robusta resultaten är. I de fall vi därmed fått indikationer på att det föreligger problem med överjustering kommer vi att kommentera detta.

Sammanfattningsvis kommer vår analys av funktionshindrades vårdutnyttjande att bli något mer osäker än motsvarande analys av hela befolkningen (se exempelvis Lundberg 2000).

5.2.2 Val av vårdvariabler

Utbudet av frågor i ULF-undersökningarna om sjukvård i vid mening varierar starkt beroende på vilket tema som står i fokus. Vart åttonde år fokuserar undersökningarna på hälsa och vård, medan de mellanliggande åren endast har ett begränsat antal frågor om läkarbesök, medicinkonsumtion och liknande, och frågorna är då också i flera fall annorlunda formulerade. Eftersom de år vi genomgående tar som utgångspunkt för vår analys (1988–89) har fokusering på hälsa och vård har vi valt att här jämföra med 1996–97 då nästa fördjupning på hälsotemat gjordes. Vi får därmed något mindre aktuella men i gengäld mer detaljerade och mer jämförbara uppgifter.

Centralt i sjukvården är läkarkontakten, det vill säga besök eller annan konsultation hos läkare som undersöker, ställer diagnos och ordinerar behandling av den eller de hälsoproblem som en person söker vård för. På basis av de intervjuuppgifter vi har tillgång till kan vi belysa olika aspekter av sjukvårdens tillgänglighet, men knappast säga något om dess kvalitet. Grundläggande för en bedömning av tillgängligheten är att det finns läkare att tillgå, och därutöver att vården ges på lika villkor. Denna fråga rör dels om människor med olika kön, ålder, klass eller födelseland får vård i samma omfattning vid likartade hälsotillstånd, dels i vilken utsträckning det finns ekonomiska eller andra hinder för att söka läkare som missgynnar vissa grupper.

Det huvudsakliga måttet på sjukvårdsutnyttjande i vår analys är i vilken mån man besökt läkare. Läkarkontakter och -besök kan

dock göras av olika skäl och i olika sammanhang, och inte alla av dessa är nödvändigtvis av intresse för en socialpolitiskt relevant bedömning av funktionshinderades vårdutnyttjande. I ULF-undersökningarna ställs flera frågor om läkarkontakter.¹² Den fråga vi baserar våra analyser på gäller kontakt för egen räkning under de senaste tre månaderna, och efter en ingress ställs fyra delfrågor, nämligen om man a) *talat med läkare per telefon*, b) *haft hembesök av läkare*, c) *besökt jourhavande läkare eller akutmottagning*, och d) *gjort något besök på läkarmottagning utöver de som hittills nämnts*. Den sistnämnda kategorin d) inkluderar rimligen besök vid den egna vårdcentralen liksom återbesök och besök hos specialister till vilka man fått remiss. Den omfattar därmed en stor del av läkarbesöken och måste inkluderas i en analys, liksom kategori c) där akutbesöken ingår. Tillsammans utgör dessa två de viktigaste formerna av läkarvård, vilket också framkommer av att intervjuaren här efterfrågar antalet besök.

Hembesök och telefonkontakter med läkare är båda av en annan karaktär. Dessa former av konsultationer sker rimligen i huvudsak med läkare med vilken man har en etablerad kontakt, och i många fall gäller konsultationen en redan påbörjad behandling. Hembesök är idag mycket ovanligt, men kan göras inom ramen för sjukhusbaserad hemsjukvård. Frågor om biverkningar av mediciner, dosering eller förskrivning av mer medicin är sådant som kan avhandlas över telefon. Dessa former av modifiering eller förlängning av pågående behandlingar är självfallet väsentliga, särskilt för dem med långvariga sjukdomar och/eller flera olika sorters medicineringar. Sammantaget är dock vår bedömning att dessa båda former av läkarkontakt i många fall uppkommer som en följd av tidigare kontakter, och att de därför fångar en form av vårdutnyttjande som är ett komplement till men inte en ersättning för besök hos läkare. Kanske är dessa former av kontakt med läkare just därför av särskild vikt för funktionshinderade, men vi har här valt att fokusera på direkta besök hos läkare, det vill säga om man under de senaste tre månaderna minst en gång besökt läkarmottagning, akutmottagning eller jourhavande läkare. Därmed undviker vi att den i huvud-

¹² Förutom den fråga som presenteras i texten finns en fråga om man sökt läkare under de senaste två veckorna. Denna fråga ställs dock enbart till dem som är 64 år eller yngre. Till kvinnor ställs en fråga om besök hos gynekolog de senaste tre månaderna. Det finns också en fråga om man de senaste tre månaderna utan att ha varit sjuk besökt läkare för friskintyg, hälsokontroll eller vaccination. De är då ULF-undersökningarna inte fokuserar på hälsa och vård ställs istället en sammanfattande fråga: *har du under de senaste tre månaderna, det vill säga under..... på grund av egen sjukdom besökt läkarmottagning eller läkare vid sjukhus?*

sak komplementära värden suddar ut eller förändrar eventuella skillnader i läkarbesök på vårdcentral eller sjukhus.¹³ I den mån analyser av ett vidare mått ger avvikande resultat kommer dock detta att kommenteras i texten.

En socialpolitiskt högst relevant fråga är också i vilken mån människor inte söker vård även om de anser sig behöva det. Detta relaterar till olika former av hinder för sjukvårdsutnyttjande, och därmed till vårdens tillgänglighet. Den fråga som finns i ULF-undersökningarna lyder *Har du under samma period (de senaste tre månaderna)...någon gång ansett dig vara i behov av läkarvård men **inte** sökt vård?* Även om denna frågeformulering kan tyckas fånga underutnyttjande av läkarvård är tolkningen inte okomplicerad. Att människor på grund av långa avstånd, långa väntetider eller höga patientavgifter avstår från att söka läkare är rimligen ett problem i sig, särskilt om detta drabbar olika grupper med olika kraft. Samtidigt är det inte nödvändigtvis ett välfärdsproblem att människor trots ett känt behov ibland avstår från att söka läkarvård, särskilt inte för dem som ändå besökt läkare flera gånger. Med andra ord kan denna fråga fånga såväl otillfredsställda vårdbehov i en mer absolut mening som överhoppade läkarbesök av mer trivial karaktär. Man kan exempelvis avstå från läkarbesök om besvären är måttliga, om man haft besvären tidigare och vet hur de ska behandlas, eller om man har en inbokad tid för någon annan åkomma. Trots dessa invändningar fångar frågan ändå olika former av underutnyttjande av sjukvård så som den enskilde uppfattar det. Givet de förändringar som skett under 1990-talet, exempelvis av patientavgifterna, är det därmed av intresse att analysera om funktionshindre avstår från läkarvård i samma utsträckning som befolkningen i stort, samt vilka trender som eventuellt kan finnas i detta.

5.2.3 Kontrollvariabler

Vid en analys av eventuella sociala skillnader i vårdutnyttjande är det, som diskuterats ovan, centralt att justera för variationer i vårdbehov mellan olika grupper. Idealt sett är det endast skillnader i vårdbehov mellan olika grupper som skall kunna ge upphov till variationer i vårdutnyttjande. Vad som utgör ett vårdbehov kan

¹³ Inte heller gynekologbesök eller besök för friskintyg, hälsokontroll eller vaccination inkluderas.

diskuteras, men i forskningen brukar stor vikt läggas vid hälso-problem så som den enskilde uppfattar och rapporterar dem (se Gillström 2001). Ett upplevt hälsoproblem är med andra ord också ett upplevt behov av vård.

Det finns stora variationer i hälsotillstånd mellan exempelvis äldre och yngre, men också mellan personer ur olika samhällsklasser eller med olika lång utbildning (Lundberg 1998; Fritzell & Lundberg 2000; Socialstyrelsen 2001b), vilket i sin tur innebär att det finns sociala variationer i vårdbehov. Om vi inte tar hänsyn till detta riskerar vi att felbedöma i vilken utsträckning det finns sociala variationer i vårdutnyttjande *utöver* vad som motiveras av skillnader i hälsa. Som visades i föregående avsnitt finns också påtagliga skillnader i hälsa mellan funktionshindrade och befolkningen i övrigt, vilket gör det extra angeläget att så fullständigt som möjligt justera för skillnader i vårdbehov. De mått på ohälsa som användes i föregående avsnitt kommer här att användas för att fånga vårdbehov. Dessa mått är: två eller fler långvariga sjukdomar, självskattad ohälsa, värk, samt ängslan, oro eller ångest.¹⁴

Samtidigt som det från en analytisk utgångspunkt är viktigt att justera för skillnader i vårdbehov är det av intresse att redovisa analyser av vårdutnyttjande utan sådana kontroller. Detta för att få uppgifter om i vilken mån skillnader i vårdutnyttjande mellan funktionshindrade och övriga faktiskt föreligger. De multivariata analyserna i detta avsnitt görs därför i tre steg. I en första kolumn redovisas skillnader mellan funktionshindrade och övriga enbart med justering för undersökningsår och ålder. Därefter justeras dessutom för kön, utbildningsnivå, födelseland och familjetyp, och i en tredje kolumn redovisas resultaten då skillnader i vårdbehov (hälsotillstånd) kontrollerats. Liksom tidigare undersöks om skillnaderna mellan funktionshindrade och övriga ökat eller minskat under 1990-talet med hjälp av interaktionen mellan år och respektive funktionshinder.

5.2.4 Läkarbesök

Ungefär var fjärde person i befolkningen under 65 år besökte läkare för egna besvär minst en gång det senaste kvartalet, medan var tredje person 65 år och äldre har gjort det. Att under de senaste tre månaderna ha besökt jourläkare, akutmottagning eller läkare på

¹⁴ För definitioner se avsnitt 5.1.1.

vårdcentral eller sjukhus har dock generellt sett minskat något mellan 1988–89 och 1996–97, men mer för kvinnor än för män (se även Lundberg 2000:118). Det är dock fortfarande 1996–97 vanligare att göra läkarbesök bland kvinnor än bland män, åtminstone för dem under 65 år. Minskningen av andelen som besökt läkare för egna sjukdomar eller besvär gäller bara dem under 65 år; bland äldre grupper ökar istället andelen generellt sett (jämför Lundberg 2000:122).

Tabell 5.9. Läkarbesök. Andelen som besökt läkare under de senaste tre månaderna. Män och kvinnor 16–64 (n= 18 836) respektive 65–84 år (n= 4 927), 1988–89 samt 1996–97

	16-64 år		65-84 år	
	1988-89	1996-97	1988-89	1996-97
Kvinnor				
Hela befolkningen	28,3	25,5	31,4	33,1
Nedsatt hörsel	37,4	31,7	38,3	38,0
Nedsatt syn	[29,9]	[39,8]	56,3	42,7
Rörelsehindrade	56,5	43,3	44,8	38,3
Långvariga psykiska besvär	49,9	43,1	36,4	47,7
Något av ovanstående	44,6	36,8	40,9	36,7
Nedsatt rörlighet i armar/händer	52,3	44,3	45,4	39,5
Män				
Hela befolkningen	23,0	22,4	29,8	33,5
Nedsatt hörsel	28,5	28,0	30,9	38,9
Nedsatt syn	[61,8]	[39,0]	56,5	45,8
Rörelsehindrade	44,7	41,5	44,1	40,6
Långvariga psykiska besvär	55,6	37,5	[46,6]	[45,7]
Något av ovanstående	34,4	31,1	35,6	38,9
Nedsatt rörlighet i armar/händer	46,2	37,5	43,6	41,9

Uppgifter inom [] baseras på färre än 40 observationer.

a) Baseras på följande frågor: har du under de senaste tre månaderna för egen del [...] c) besökt jourhavande läkare eller akutmottagning?, d) gjort något besök på läkarmottagning utöver de som hittills nämnts? (De tidigare delfrågorna inkluderar telefonkonsultation samt hembesök av läkare. I frågorna innan tas besök för friskintyg, hälsokontroll och vaccination samt för gynekologisk undersökning upp.)

Bland funktionshindrade personer har generellt sett en större andel besökt läkare det senaste kvartalet. Andelen i åldrarna 16–64 år som besökt läkare har minskat något överlag, men minskningen tycks mer uttalad bland funktionshindrade. Bland äldre är andelen i

befolkningen som besökt läkare högre 1996–1997 jämfört med 1988–1989, medan utvecklingen bland funktionshindrade i de flesta fall är den motsatta. Liksom för ohälsa är skillnaderna mellan åldersgrupperna mindre bland funktionshindrade än i befolkningen i stort. Åldersskillnaderna i ohälsa, och därmed i vårdutnyttjande, är mindre därför att hälsoläget är så mycket sämre bland yngre funktionshindrade jämfört med befolkningen i stort.

Även med kontroll för ålder (och undersökningsår) har funktionshindrade i större utsträckning besökt läkare det senaste kvartalet (Tabell 5.10, kolumn A). Skillnaderna gentemot befolkningen i övrigt är större bland dem under 65 år, där oddskvoterna i allmänhet ligger mellan två och tre (med undantag för dem med nedsatt hörsel). Också bland dem i åldrarna 65–84 år är emellertid läkarbesök betydligt vanligare bland funktionshindrade. Skillnaderna mellan funktionshindrade och övriga kan dock inte förklaras med olikheter i sammansättningen med avseende på könstillhörighet, utbildningsnivå, födelseland eller hushållstyp, vilket framgår av att oddskvoterna i B-kolumnerna är i stort sett identiska som de i A-kolumnerna.

Tabell 5.10. Läkarbesök. Relativa skillnader (odds) i risken att minst en gång under de senaste tre månaderna besökt läkare för egna besvär för olika grupper av funktionshindrade 16–64 (n= 18 836) respektive 65–84 år (n= 4 927), 1988–89 samt 1996–97. De utan respektive funktionshinder är referenskategori vars odds är satt till 1. (*P*-värde inom parentes)

		16-64 år			Sign. interaktion med år	65-84 år			Sign. interaktion med år
		A	B	C		A	B	C	
Nedsatt hörsel	Ja	(0,000)	(0,000)	(E S)	Nej	(0,003)	(0,001)	(ES)	Nej
	Nej	1,27	1,30			1,23	1,25		
Nedsatt syn	Ja	–	–	–	Nej	(0,000)	(0,000)	(0,007)	Ja
	Nej	1	1			1	1	1	
Rörelsehinder	Ja	(0,000)	(0,000)	(0,023)	Nej	(0,000)	(0,000)	(ES)	Nej
	Nej	2,55	2,52	1,25		1,70	1,75		
Långvariga psykiska besvär	Ja	(0,000)	(0,000)	(0,000)	Nej	(0,005)	(0,003)	(0,006)	Ja
	Nej	2,63	2,49	1,73		1,62	1,68	1,70	
Något av ovanstående funktionshinder	Ja	(0,000)	(0,000)	(0,000)	Nej	(0,000)	(0,000)	(0,094)	Nej
	Nej	1,81	1,81	1,23		1,61	1,66	[1,13]	
Nedsatt rörlighet i armar/händer	Ja	(0,000)	(0,000)	(0,000)	Nej	(0,000)	(0,000)	(0,023)	Ja
	Nej	2,75	2,59	1,33		1,82	1,89	1,21	

a) Baseras på följande frågor: har du under de senaste tre månaderna för egen del [...] c) besökt jourhavande läkare eller akutmottagning?, d) gjort något besök på läkarmottagning utöver de som hittills nämnts? (De tidigare delfrågorna inkluderar telefonkonsultation samt hembesök av läkare. I frågorna innan tas besök för friskintyg, hälsokontroll och vaccination samt för gynekologisk undersökning upp.)

Kolumn A = standardiserad för ålder (10-årsgrupper) och undersökningsår.

Kolumn B = A + standardisering för kön, utbildningsnivå, födelseort och hushållstyp.

Kolumn C = B + standardisering för långvariga sjukdomar, självskattad ohälsa, värk, samt ångslan, oro, ångest.

ES = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Förändring mellan tidpunkterna skattas som en interaktionseffekt mellan respektive funktionshinder och år, och baseras på modellen i kolumn C.

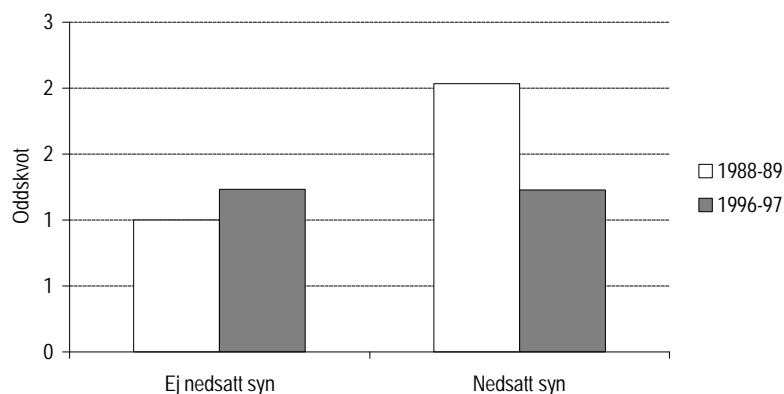
När kontroll görs för variationer i vårdbehov (det vill säga hälsotillstånd) förändras bilden påtagligt (kolumn C). Bland yngre reduceras oddskvoterna genomgående, men med undantag för gruppen med nedsatt hörsel har funktionshindrade även med hänsyn tagen till skillnader i behov en högre grad av läkarvårdutnyttjande. Särskilt påtagligt är detta för dem med långvariga psykiska besvär. För denna grupp finns det dock en risk att vi inte kan kontrollera för vårdbehov lika effektivt som i andra fall¹⁵, varför några större växlar inte skall dras på detta resultat. När vi justerar för skillnader i hälsotillstånd har 1990-talet inte för någon grupp av funktionshindrade i åldrarna 16–64 år inneburit ett förändrat nyttjande av läkarvård jämfört med befolkningen i övrigt.

Resultaten för äldre följer i huvudsak dem för yngre. Med hänsyn tagen till skillnader i hälsotillstånd finns mycket små variationer i läkarbesök mellan funktionshindrade och befolkningen i övrigt. För dem med nedsatt syn, långvariga psykiska besvär och nedsatt rörlighet i armar/händer finner vi ett förhöjt vårdutnyttjande även efter kontroll för behov. Intressant att notera i Tabell 5.10 är att vi både bland yngre och äldre finner att de med nedsatt rörlighet i armar och händer också efter kontroll för hälsotillstånd i högre grad besöker läkare. Motsvarande gäller inte rörelsehindrade, som i huvudsak har nedsatt rörlighet i ben och knän.

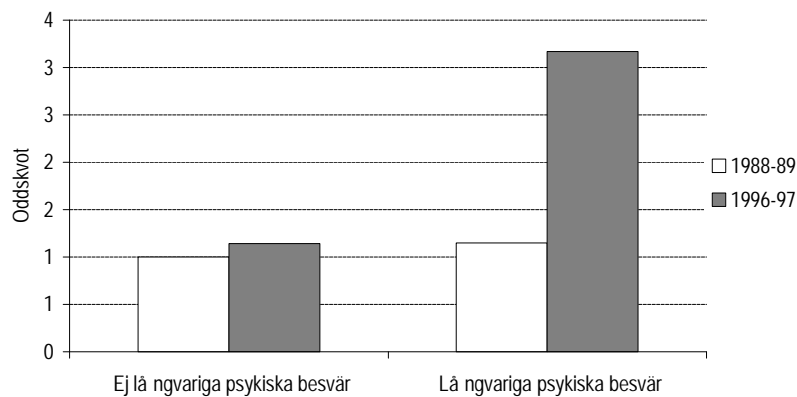
Bland de äldre finner vi att de med nedsatt syn och långvariga psykiska besvär under 1990-talet påtagligt förändrat sitt vårdutnyttjande jämfört med andra i befolkningen. Dessa förändringar formar dock inget enhetligt mönster. Tvärtom har skillnader i nyttjandet av läkarvård minskat mellan dem med nedsatt syn och övriga, medan de ökat mellan dem med långvariga psykiska besvär och andra (Figur 5.4 och 5.5).

¹⁵ Eftersom långvarig sjukdom i form av psykiska besvär används för att definiera kategorin kan vi inte använda dessa uppgifter som mått på vårdbehov, trots att de naturligtvis också speglar detta. Därmed fångar vi vårdbehov för psykiska besvär enbart med mätten självskattad ohälsa samt ångslan, oro eller ångest. För just denna grupp underskattar vi därmed rimligen vårdbehov orsakade av psykiska problem.

Figur 5.4. Förändrade skillnader i oddset att minst en gång under de senaste tre månaderna besökt läkare mellan dem med nedsatt syn och den övriga befolkningen i åldersgruppen 65–84 år. Standardiserat för ålder, kön, utbildningsnivå, familjetyp, födelseland och hälsotillstånd. Som referenskategori används de som ej hade nedsatt syn 1988–89, vars odds är satt till 1



Figur 5.5. Förändrade skillnader i oddset att minst en gång under de senaste tre månaderna besökt läkare mellan dem med långvariga psykiska besvär och den övriga befolkningen i åldersgruppen 65–84 år. Standardiserat för ålder, kön, utbildningsnivå, familjetyp, födelseland och hälsotillstånd. Som referenskategori används de som ej hade långvariga psykiska besvär 1988–89, vars odds är satt till 1



Som framgår av Figur 5.4 är det framförallt ett minskat vårdutnyttjande bland dem med nedsatt syn som lett till en utjämning av skillnaderna. Orsakerna bakom denna utveckling är dock oklara. Bland gruppen med långvariga psykiska besvär har istället utnyttjande av läkarvård ökat under 1990-talet (Figur 5.5). Detta kan tänkas vara ett resultat av de förändringar som skett inom psykiatrin. Grupper som tidigare behandlades inom slutenvården bor numera i stor utsträckning i gruppboende eller motsvarande (se avsnitt 6.1) och får behandling inom ramen för den öppna sjukvården.

För dem med rörelsehinder respektive nedsatt rörlighet i armar/händer finner vi mindre påtagliga förändringar av vårdutnyttjandet. I båda fallen innebär utvecklingen att ett något högre läkarvårdsutnyttjande bland funktionshindrade har utjämnats under den studerade perioden (visas ej i figur).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att funktionshindrade inte utnyttjar läkarvård i mindre utsträckning än andra, utan om något besöker läkare lite oftare även då skillnader i hälsotillstånd och sociala och demografiska egenskaper kontrolleras. Förändringarna under 1990-talet är måttliga, och inskränker sig till de äldre. Om vi vidgar perspektivet och inkluderar även telefonkontakter och hembesök erhålls samma huvudresultat (visas ej i tabell). Skillnaden blir dock starkare kvarstående effekter i kolumn C, det vill säga att funktionshindrade än tydligare utnyttjar läkarvård mer än andra då ytterligare sätt att få kontakt med läkare tas med.

5.2.5 Att avstå från läkarvård

Andelen som uppger sig ha avstått från att besöka läkare trots behov har generellt sett förblivit oförändrad under 1990-talet – cirka en av tio rapporterar detta utom bland äldre män där det är något mindre vanligt (Tabell 5.11). Bland yngre är det betydligt vanligare att personer med funktionshinder avstått från att besöka läkare, medan denna tendens inte alls är lika tydlig bland dem som är 65 år eller äldre. Även om det tycks finnas en del variation över tid bland funktionshindrade är det övervägande intrycket från den enkla beskrivningen i Tabell 5.11 att några systematiska förändringar inte skett under 1990-talet.

Tabell 5.11. Avstätt läkarvård. Andelen som under de senaste tre månaderna avstätt från att söka läkare trots att de ansett sig behöva läkarvård. Män och kvinnor 16–64 (n= 18 869) respektive 65–84 år (n= 4 939), 1988–89 samt 1996–97

	16-64 år		65-84 år	
	1988-89	1996-97	1988-89	1996-97
<i>Kvinnor</i>				
Hela befolkningen	11,9	12,2	10,5	11,3
Nedsatt hörsel	20,6	17,9	12,4	13,4
Nedsatt syn	[20,6]	[15,8]	15,2	15,5
Rörelsehindrade	24,1	24,2	16,0	15,2
Långvariga psykiska besvär	31,0	28,9	11,9	11,0
Något av ovanstående	23,0	21,3	13,1	13,4
Nedsatt rörlighet i armar/händer	26,9	29,7	16,6	16,1
<i>Män</i>				
Hela befolkningen	10,7	10,2	7,2	6,5
Nedsatt hörsel	16,3	17,4	8,5	6,7
Nedsatt syn	[16,2]	[19,0]	12,7	9,5
Rörelsehindrade	28,6	23,3	17,5	13,0
Långvariga psykiska besvär	21,6	25,1	[23,4]	[6,5]
Något av ovanstående	18,5	18,7	10,8	8,1
Nedsatt rörlighet i armar/händer	29,5	28,0	13,8	17,1

Uppgifter inom [] baseras på färre än 40 observationer.

a) Baseras på följande fråga: har du under denna period (de senaste tre månaderna)... någon gång ansett dig vara i behov av läkarvård men inte sökt vård?

Vid en enkel multivariat analys där vi enbart kontrollerar för undersökningsår och ålder (kolumn A i Tabell 5.12) finner vi tämligen stora skillnader mellan funktionshindrade och befolkningen i övrigt med oddskvoter runt eller över två, och i något fall över tre. Särskilt gäller detta dem under 65 år. I samtliga fall har funktionshindrade i större utsträckning än andra avstätt från att söka läkarvård trots att de själva ansett sig ha behov.

Tabell 5.12. Avstätt läkarvård. Relativa skillnader (odds) i risken att minst en gång under de senaste tre månaderna avstätt från läkarvård trots behov för olika grupper av funktionshindrade 16–64 (n= 18 869) respektive 65–84 år (n= 4 939), 1988–89 samt 1996–97. De utan respektive funktionshinder är referenskategori vars odds är satt till 1. (*P*-värde inom parentes)

		16-64 år			Sign. interaktion med år	65-84 år			Sign. interaktion med år
		A	B	C		A	B	C	
Nedsatt hörsel	<i>Ja</i>	(0,000) 1,77	(0,000) 1,81	(0,000) 1,36	Nej	(E S) 1,26	(0,042) 1	(E S)	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	1		1			
Nedsatt syn	<i>Ja</i>	–	–	–	Nej	(0,004) 1,69	(0,006) 1,66	(E S)	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	1		1			
Rörelsehinder	<i>Ja</i>	(0,000) 2,78	(0,000) 2,45	(E S) 1,27	Nej	(0,000) 2,61	(0,000) 2,53	(E S)	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	1		1			
Långvariga psykiska besvär	<i>Ja</i>	(0,000) 3,02	(0,000) 2,77	(0,052) 1,27	Nej	(E S) 1,81	(E S) 1,87	(0,079) [0,61]	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	1		1			
Något av ovanstående funktionshinder	<i>Ja</i>	(0,000) 2,35	(0,000) 2,26	(0,001) 1,25	Nej	(0,000) 1,81	(0,000) 1,87	(E S)	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	1		1			
Nedsatt rörlighet i armar/händer	<i>Ja</i>	(0,000) 3,74	(0,000) 3,41	(0,001) 1,34	Nej	(0,000) 2,86	(0,000) 2,69	(0,041) 1,28	Nej
	<i>Nej</i>	1	1	1		1			

a) "Har du under samma period (de senaste tre månaderna) någon gång ansett dig vara i behov av läkarvård men inte sökt vård?"

Kolumn A = standardiserad för ålder (10-årsgrupper) och undersökningsår.

Kolumn B = A + standardisering för kön, utbildningsnivå, födelseland och hushållstyp.

Kolumn C = B + standardisering för långvariga sjukdomar, självskattad ohälsa, värk samt ångslan, oro, ångest.

ES = Ej signifikant (*p*-värde > 0,100); om *p*-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Förändring mellan tidpunkterna skattas som en interaktionseffekt mellan respektive funktionshinder och år, och baseras på modellen i kolumn C.

Dessa påtagliga skillnader i självupplevt underutnyttjande av sjukvården kvarstår i stort sett oförändrade då vi kontrollerar för skillnader i sammansättning med avseende på kön, utbildningsnivå,

födelseland och hushållstyp. Inga av dessa faktorer är således kopplade till funktionshindrade personers större grad av självupplevt underutnyttjande. Det är däremot de funktionshindrades generellt sett sämre hälsotillstånd. När kontroll görs för skillnaderna i hälsotillstånd mellan funktionshindrade och andra (kolumn C) reduceras oddskvoterna drastiskt bland yngre med funktionshinder, och i den äldre gruppen suddas skillnaderna helt ut (inga signifikanta skillnader kvarstår). Detta kan tolkas på flera sätt. Människor med mer hälsoproblem har automatiskt också fler chanser att inte söka vård trots ett upplevt behov, eftersom de rimligen känner behov av vård oftare. Benägenheten att avstå från att söka läkare kan därmed vara ungefär densamma bland funktionshindrade och andra, men då funktionshindrade i genomsnitt har fler tillfällen under ett kvartal då de har behov av vård, kommer de statistiskt sett också att avstå fler gånger.

I tillägg till denna mekaniska förklaring är det dock också så att människor med hälsoproblem har mer kontakt med vården. Detta innebär å ena sidan att man kan vänta med att söka för en åkomma för att man redan har en inbokad tid eller åtminstone vet att man snart ändå kommer att träffa en läkare. En mer negativ tolkning skulle, å andra sidan, vara att tidigare vårdkontakter gjort en desillusionerad (eller mer kunnig) om vad vården kan respektive inte kan uträtta. Åkommor för vilka man ändå inte kan hoppas på vare sig bot eller lindring, mer än vad man själv kan ordna, är det ju då knappast någon mening att söka för på nytt.

Inte för någon grupp av funktionshindrade finner vi att benägenheten att avstå från läkarvård trots behov förändrats under 1990-talet. Detta kan möjligen synas förvånande mot bakgrund av de förändringar som skett i svensk sjukvård under det gångna decenniet, särskilt som många funktionshindrade i likhet med befolkningen i övrigt har fått mer ansträngd ekonomi under denna period. Många personer med funktionshinder har dock hälsoproblem som gör det svårt att avstå från hälsovård i någon ytterligare utsträckning, samtidigt som de därmed också täcks av de olika högkostnadsskydd som finns.

Kön, funktionshinder och vårdutnyttjande

Sjukvården är inte enbart fördelad efter behov i Sverige. Också efter det att hänsyn tas till variationer i hälsotillstånd finns skillnader i vårdutnyttjande till arbetare och lågutbildades nackdel (Lundberg 2000; Gillström 2001; Socialstyrelsen 2001b). Bland dem under 65 år finns också en skillnad mellan könen – kvinnor nyttjar vården mer än män även med hänsyn taget för skillnader hälsotillstånd.

En annan fråga rör huruvida könsskillnaderna i vårdutnyttjande är olika för funktionshindrade och andra (fångade med hjälp av interaktionen mellan kön och funktionshinder). Inte för någon typ av funktionshinder är dock könsskillnaderna i läkarbesök annorlunda bland funktionshindrade än bland andra. När det gäller att ha avstått från läkarvård trots behov finner vi däremot att könsskillnaden bland äldre med rörelsehinder är den omvända jämfört med befolkningen i övrigt (Tabell 5.13).

Tabell 5.13. Könsskillnader i risken (odds) att minst en gång under de senaste tre månaderna avstått från läkarvård trots behov, 65–84 år, n= 4 937. Kvinnor utan rörelsehinder är referenskategori vars odds är satt till 1

	Ej rörelsehinder	Rörelsehinder	Rörelsehinder / Ej rörelsehinder
Kvinnor	1	0,91	0,91
Män	0,68	1,18	1,74
Kvinnor / Män	1,47	0,77	0,52

I den äldre delen av befolkningen som helhet finns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män i vilken utsträckning man avstått från att söka läkarvård. Uppdelat efter om man har rörelsehinder eller ej framkommer att det bland äldre rörelsehindrade framförallt är män som ej sökt läkarvård trots behov. Bland ej rörelsehindrade i åldrarna 65–84 är detta istället betydligt vanligare bland kvinnor. Vänder vi på perspektivet har rörelsehindrade äldre män drygt 70 procents större risk att ej söka läkarvård jämfört med andra män i samma ålder. Orsakerna bakom detta resultat är dock oklara.

5.3 Sammanfattande diskussion

Som diskuterades inledningsvis finns kopplingar mellan funktionshinder och hälsa både vad gäller definitioner och mätmetoder, vilket försvårar analysen av skillnader i ohälsa mellan funktionshindrade och befolkningen i övrigt. Genom att använda flera sinsemellan ganska olika ohälsomått, samt genom att också genomföra analyser där eventuella effekter av multipla funktionshinder rensats bort, har vi sökt hantera riskerna för definitionsmässiga samband. Av detta skäl använder vi också ett mått på långvariga sjukdomar som avviker från gängse definitioner (minst två långvariga sjukdomar, långvariga psykiska besvär exkluderade). Våra resultat får därmed anses vara tämligen robusta.

Genomgående, men knappast överraskande, finner vi att samtliga grupper av funktionshindrade har sämre hälsa än befolkningen i övrigt. Detta gäller för såväl yngre som äldre, men översjukligheten är mer uttalad bland yngre. Samtidigt finns stora variationer i ohälsobördan mellan de olika grupperna av funktionshindrade. De med nedsatt hörsel är genomgående minst utsatta för olika former av ohälsa, med oddskvoter i relation till befolkningen på 1,5–2,0. Personer med nedsatt syn i åldrarna 65–84 år har i jämförelse högre ohälsorisker, men är också den grupp där justering för multipla funktionshinder i störst utsträckning påverkar resultatet. Detta innebär att den förhöjda risken för ohälsa för denna grupp till stor del kan kopplas till att personer med nedsatt syn ofta också har andra funktionshinder (se Tabell 2.2).

Personer med rörelsehinder och nedsatt rörlighet i armar/händer har de högsta ohälsoriskerna när vi studerar långvariga sjukdomar, självskattad ohälsa och värk. Även vad gäller ångslan, oro och ångest är risken för dessa grupper ungefärligen fördubblad jämfört med befolkningen i övrigt. Personer med dessa typer av funktionshinder framträder därmed som de mest utsatta för ofärd på hälsans område.

Personer med långvariga psykiska besvär har som förväntat de absolut högsta riskerna att lida av ångslan, oro eller ångest. Också den självskattade hälsan är betydligt sämre i denna grupp än för befolkningen i övrigt. Däremot är denna grupp inte särskilt mycket mer drabbad av långvariga sjukdomar eller värk, särskilt inte bland dem 65 år och äldre. Denna grupp har därmed en mer specifik ohälsoprofil, mer kopplad till själva funktionshindret.

I allmänhet finner vi en påtaglig stabilitet i hälsoskillnaderna mellan funktionshindrade och den övriga befolkningen under 1990-talet. I de få fall där vi registrerar signifikanta förändringar (i självskattad hälsa och värk) bildar förändringarna heller inget enhetligt mönster och är bland annat därför svåra att tolka.

Att personer med funktionshinder genom sitt sämre hälsoläge också i högre grad besöker läkare är inte förvånande. Detta gäller för alla de fem grupper av funktionshinder vi urskiljer, liksom i båda de åldersgrupper vi särredovisar. Något mer överraskande är måhända att denna högre grad av vårdutnyttjande i de flesta fall kvarstår, om än starkt försvagat, även då vi justerar för skillnader i vårdbehov. En försiktig slutsats av detta är att personer med funktionshinder åtminstone inte får mindre läkarvård än deras hälsotillstånd motiverar. Sjukvården tycks därmed fungera som en påtaglig resurs för dessa grupper, och i detta avseende har inte 1990-talet inneburit några försämringar för personer med funktionshinder. Detta understryks av att skillnaderna i risken att ha avstått från att söka läkare trots att man haft behov av vård inte heller förändrats under det gångna decenniet.

Sammantaget har därmed personer med funktionshinder sämre hälsa men en god kontakt med sjukvården. Man kan dock inte utan vidare dra slutsatsen att de resurser som samhället tillhandahåller som ett stöd för medborgarnas hälsa fungerar fullgott för personer med funktionshinder. Ett skäl är att de faktiskt också avstår från att söka läkarvård i högre grad än andra, även om denna skillnad är liten då hänsyn tas till skillnader i hälsotillstånd. Ett annat och viktigare skäl är att vi inte har studerat andra viktiga aspekter av sjukvården. Den för den enskilde troligen mest kostnadskrävande delen av sjukvården är medicininköpen, vilka inte belysts här. Medicinanvändningen har allmänt sett också ökat, och även om andelen som brukar mediciner är betydligt större i högre åldrar har den relativa ökningen varit störst bland yngre (Lundberg 2000:131-133). Fördjupade studier får utvisa om detta även gäller bland funktionshindrade, samt i vilken utsträckning medicinkonsumtion bland personer med funktionshinder påverkas av den enskildes ekonomiska svårigheter. Ett annat område av intresse för fortsatta studier gäller sjukvårdens kvalitet och förändringar av denna under 1990-talet. Farhågor har exempelvis rests rörande de följder som personalminskningarna inom vården kan ha haft för omvårdnadens kvalitet (Socialstyrelsen 2001b), vilket möjligen kan ha drabbat grupper som funktionshindrade hårdare än andra.

6 Assistans, hjälp och omsorg

Detta kapitel handlar om den grupp bland funktionshindrade som behöver praktisk hjälp eller assistans i vardagen och om vem som i förekommande fall ger den nödvändiga hjälpen vid slutet av 1990-talet jämfört med tio år tidigare. Inledningsvis är det viktigt att notera att de flesta personer med funktionshinder klarar sitt vardagliga liv utan att behöva mer praktisk hjälp än andra. Jämfört med befolkningen i stort är det ändå betydligt vanligare att funktionshindrade personer behöver hjälp i sin vardag. Människor med funktionshinder är därför, generellt sett, mer berörda av 1990-talets stora förändringar inom de offentliga hjälpsystemen.

För den som har svårt att klara vardagens sysslor är det av största betydelse att få hjälp när man behöver och på ett sätt som så lite som möjligt inskränker individens självbestämmande och integritet. Att få hjälp – oavsett om det gäller att hålla hemmet rent, få mat på bordet eller rena kläder på kroppen – är inte bara viktigt för individens dagliga välbefinnande. Hjälp i vardagen kan också betraktas ur ett demokrati- och medborgarperspektiv: ett väl fungerande hjälpsystem är en av förutsättningarna för att den som behöver assistans ska kunna delta i samhällslivet på samma villkor som andra medborgare. Att få hjälp i hemmet med det man inte själv klarar kan vara en förutsättning för att kunna förvärvsarbeta, upprätthålla sociala relationer eller på andra sätt vara en aktiv samhällsmedborgare. Ett välfungerande praktiskt stöd i vardagen är därmed en aspekt av välfärd i sig självt men möjliggör också andra aspekter av välfärd.

En hjälp- eller omsorgsrelation har alltid två sidor – en person som behöver och tar emot hjälp/assistans, och en person som utför hjälparbetet. Den sistnämnda personen kan vara avlönad och anställd exempelvis inom hemtjänsten eller som personlig assistent, men kan också vara en anhörig – make/maka, barn, förälder eller annan närstående person. Ur ett välfärdsperspektiv är det rimligt

att se till bägge sidor av denna hjälprelation och därmed även beakta den hjälpgivande partens välfärd. En relevant fråga är då vad åtstramningarna inom den offentliga hjälpapparaten innebär för både den som behöver och den som ger hjälp och omsorg. Och mer specifikt – vad innebär det för bägge parter om anhörighjälpen blir ett påtvingat alternativ till minskade offentliga hjälpinsatser?

Ur ett välfärdsperspektiv är det därför viktigt att studera eventuella negativa konsekvenser av 1990-talets förändringar av de offentliga hjälpsystemen för funktionshindrade personers möjligheter att styra sina liv och att vara aktiva medborgare, men också för relationen mellan personer som behöver hjälp och deras anhöriga, liksom för de närståendes egen välfärd. I detta sammanhang har vi dock inte möjlighet att gå på djupet med dessa frågor, utan får nöja oss med att studera om det har skett några förskjutningar av funktionshindrade personers hjälpmönster under det gångna decenniet.

I kapitlet diskuterar vi följande frågor: Vilken hjälp behöver funktionshindrade personer i sin vardag? Har hjälpbehoven förändrats under 1990-talet? De som behöver hjälp – i vilken utsträckning får de hjälp från kommunen, från familj/vänner eller på annat sätt, t.ex. genom att köpa serviceinsatser på marknaden? Har det skett några förändringar härvidlag under den period vi studerar? I vilken utsträckning varierar olika former av hjälp med hjälpbehov, ålder, kön, hushållstyp, utbildningsnivå och etnicitet?

Enligt ULF-undersökningarna behöver knappt tre procent av alla i åldersgruppen 16–64 år hjälp att klara sitt dagliga liv, t.ex. med ärenden på posten, matlagning eller hygien.¹ Detsamma gäller sex procent av den grupp som har nedsatt hörsel, 16 procent av dem som har långvariga psykiska besvär och runt hälften av dem med rörelsehinder eller nedsatt syn. Personer med nedsatt rörlighet i armar/händer intar en mellanposition – drygt en fjärdedel inom denna grupp behöver vardaglig hjälp. Med ökad ålder följer ökade problem att klara sin vardag, och i hela befolkningen 65–84 år uppger 14 procent att de behöver vardaglig hjälp. Äldre personer med nedsatt hörsel skiljer sig i detta avseende inte från befolkningen i stort, medan drygt en tredjedel av de äldre med nedsatt

¹ Enligt följande definition: de har uppgivit att de har långvarig sjukdom eller handikapp och har därefter svarat ja på följdfrågan "Medför den/de sjukdom(ar) Du har att Du behöver hjälp med något för att klara av Ditt dagliga liv (matlagning, hygien, göra ärenden på posten, etc.)?". Det bör noteras att frågans formulering gör att ett jakande svar på frågan kan innebära ett hjälpbehov av mycket varierande omfattning; troligtvis allt från omfattande daglig hjälp till hjälp någon gång i veckan eller mer sällan.

rörlighet i armar/händer och ungefär hälften av de äldre som har rörelsehinder, nedsatt syn eller långvariga psykiska besvär uppger att de behöver hjälp i vardagen (samtliga uppgifter gäller slutet av 1990-talet).

6.1 "Särskilda boendeformer"

I detta kapitel kommer redovisningen att begränsas till personer som bor i sina vanliga bostäder. Först dock några ord om dem som inte gör det. Totalt sett gäller det en liten grupp i befolkningen, även om andelen som bor i så kallade "särskilda boendeformer" eller "bostäder med särskild service", dvs. olika slags servicebostäder eller institutioner som sjuk- och ålderdomshem, är högre bland funktionshindrade än bland resten av befolkningen, se Tabell 6.1.

Tabell 6.1. Andel i "särskilda boendeformer" eller i "bostäder med särskild service" bland olika grupper av funktionshindrade. 1988–89 och 1998–99

	16-64 år		65-84 år	
	1988-89	1998-99	1988-89	1998-99
Hela befolkningen	0,3	0,4	5,1	4,4
Nedsatt hörsel	0,3	0,9	3,4	5,0
Nedsatt syn	8,6	14,9	23,0	20,9
Rörelsehinder	4,3	4,3	14,7	15,6
Långvariga psykiska besvär	3,8	6,5	26,8	27,3
Har något av ovanstående fyra funktionshinder	1,6	2,3	9,3	8,1
Nedsatt rörlighet i armar/händer	2,6	2,9	11,9	9,5

Nedsatt rörlighet i armar/händer gäller åren 1988–89 och 1996–97.

Enligt ULF-undersökningarna 1998–99 uppger 0,4 procent av alla i åldersgruppen 16–64 år att de bor i någon form av "särskilt boende" t.ex. servicehus eller gruppboende. Bland dem i samma åldersgrupp som har nedsatt hörsel är andelen en procent, bland dem med nedsatt rörlighet i armar/händer eller rörelsehinder tre till fyra procent och bland dem med långvariga psykiska besvär knappt sju procent. Andelen som bor i särskilt boende bland personer med

nedsatt syn i denna åldersgrupp är så hög som 15 procent. Här måste dock noteras dels att denna uppgift grundas på ett litet antal observationer och att siffran därför är osäker, dels att samtliga utom en enda av de personer med nedsatt syn som bor i "särskilt boende" också har nedsatt hörsel, rörelsehinder eller långvariga psykiska besvär, förutom eventuella andra funktionsnedsättningar.²

Bland de äldre (65–84 år) är alla andelar betydligt högre: drygt fyra procent i hela åldersgruppen bor i "särskilt boende". Inom den grupp som har nedsatt hörsel är motsvarande andel fem procent, jämfört med 10 procent bland dem med nedsatt rörlighet i armar/händer, 16 procent bland dem med rörelsehinder, 21 procent bland dem med nedsatt syn och 27 procent bland dem som har uppgivit att de har långvariga psykiska besvär.

Här måste vi reservera oss för att bortfallet i intervjuundersökningen sannolikt är större bland personer som bor i "särskilt boende". Detta innebär att de uppgifter om andelar i "särskilt boende" som vi får från ULF-undersökningarna troligen innebär en viss underskattning såväl bland befolkningen i stort som inom de olika grupperna med funktionshinder. Vi kan dock konstatera att jämfört med kommunernas uppgifter i den officiella statistiken tycks underskattningen totalt sett vara ganska måttlig, åtminstone när det gäller den åldersgrupp av befolkningen i stort som är möjlig att jämföra: i åldersgruppen 65–79 år bor år 1999 enligt statistiken 2,7 procent i "särskilt boende" (Socialdepartementet 2001), medan motsvarande andel enligt ULF-undersökningen 1998–99 är 2,4 procent.

Inte i någon av grupperna av funktionshindrade har det skett några signifikanta förändringar under 1990-talet när det gäller hur stor andel som bor i "särskilt boende". Detta stabila mönster framkommer även när vi ser på den offentliga statistiken, där det dock inte är möjligt att följa utvecklingen för olika grupper av funktionshindrade (Socialdepartementet 2001). Att det inte tycks ha skett någon "avinstitutionalisering" är kanske något förvånande, särskilt när det gäller den grupp som har psykiska besvär.³ Med tanke på psykiatireformen skulle man ha kunnat förvänta sig att

² Även när det gäller andra grupper av funktionshindrade personer som bor i "särskilt boende" är det relativt vanligt att ha flera olika funktionshinder: 52 procent av alla i åldersgruppen 16–84 år med nedsatt syn eller hörsel, rörelsehinder eller långvariga psykiska besvär som bor i "särskilt boende" har minst två av de aktuella funktionshindren. Motsvarande andel bland funktionshindrade som bor i sina vanliga bostäder är 15 procent.

³ Vi vill dock här reservera oss för möjligheten att bortfallet i intervjuundersökningen kan vara högre inom denna grupp, och vill dessutom påminna om att bortfallet i ULF-undersökningarna generellt sett har ökat något under den period vi studerar (se Kapitel 1).

andelen som bor i mer eller mindre institutionslika boendeformer skulle ha minskat, även om "långvariga psykiska besvär" inte motsvarar reformens målgrupp psykiskt funktionshindrade som långvarigt vårdats inom psykiatrisk slutenvård. Det är dock fullt möjligt att även om *andelen* är oförändrad så har *formen* för boendet ändrats under 1990-talet. En indikation på detta är den studie från Stockholm (Schön 1999) som vi redovisade i kapitel 1 och som visar att endast 16 procent av de personer, som skrevs ut från långvarig psykiatrisk vård i samband med psykiatireformen, fem år senare bodde i egna lägenheter i vanliga bostadsområden. Övriga bodde fortfarande i någon form av "särskilt boende". De hade då oftast flyttat från mer traditionell institutionsvård till en mindre institutionsliknande och mer hemlik boendeform.

6.2 Offentlig hjälp i hemmet – förändringar under 1990-talet

Under 1990-talet har många förändringar inträffat som har haft betydelse för människor som behöver hjälp för sitt vardagliga liv. Det gäller organisatoriska och lagmässiga förändringar som Ädelreformen, handikappreformen och psykiatireformen, men också de ekonomiska åtstramningar som under 1990-talet kom att beröra de flesta kommunala tjänster.

Handikappreformen som genomfördes 1994 innebar bland annat inrättandet av två nya lagar. LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) och LASS (lagen om assistansersättning). Reformen (och lagarna) hade som syfte att stärka funktionshindrade personers inflytande över sina hjälpinsatser. Psykiatireformen som trädde i kraft 1995 innebar att kommunerna fick ett utökat ansvar för personer med psykiska funktionshinder och syftade till att förbättra livsvillkoren för denna grupp.

Personlig assistans är den nya insats för personer med funktionshinder som fått mest uppmärksamhet. Assistansreformen, som ger personer under 65 år⁴ med omfattande funktionshinder rätt att få hjälp av en personlig assistent, innebar enligt ett flertal rapporter en mycket positiv utveckling för den grupp som kom att omfattas av reformen (se t.ex. Socialstyrelsen 1997a). Insatsen "personlig assistans" svarar dock endast för en liten del av det totala antalet in-

⁴ Fr.o.m. 2001 får en person som beviljats personlig assistent behålla insatsen även efter fyllda 65 år.

satser enligt LSS/LASS och omfattar en begränsad grupp av funktionshindrade.⁵ Totalt sett har i dagsläget drygt 4 000 personer personlig assistent enligt LSS och drygt 8 000 personer enligt LASS.⁶ Personer med personlig assistent enligt LASS, vilka alla har mycket stora behov av hjälp, får i genomsnitt drygt 10 timmar hjälp per dag (RFV 2000, Socialstyrelsen 2001c).

För andra grupper av funktionshindrade har 1990-talet sannolikt inneburit en mindre positiv utveckling. Den kommunala hemtjänsten har stramats åt, och antalet personer i olika åldrar som får del av insatserna har minskat under decenniet. Att få en samlad bild av hur många det är som får någon form av offentligt finansierad hjälp har dock hittills inte varit möjligt. Det finns statistik som visar exempelvis antalet hemhjälpsmottagare i olika åldrar, och det finns också uppgifter om antalet som får någon insats enligt LSS samt om antalet som har beviljats assistansersättning enligt LASS. Men eftersom samma person kan få alla dessa tre former av hjälp samtidigt är det inte möjligt att uttala sig om det totala antalet personer som får hjälp genom det offentligas försorg.

Bland personer som är yngre än 65 år har hemtjänstens insatser minskat under hela 1990-talet, en minskning som under de senaste åren till viss del har kompenseras av insatser enligt LSS/LASS. Hemhjälpminskningen började dock betydligt tidigare: mellan 1982 och 1993 minskade antalet personer med hemhjälp i åldersgruppen under 65 år från 30 000 till 21 000. Denna minskning har tolkats som att hjälptilldelningen blev restriktivare under perioden. 1994 trädde LSS/LASS i kraft och fram till 1997 minskade antalet hemhjälpsmottagare ytterligare till drygt 16 000 personer; en minskning som åtminstone delvis kan relateras till möjligheten att få personlig assistans. Därefter ökade åter antalet hemhjälpsmottagare i dessa åldrar och omfattade år 2000 cirka 18 000 personer (Socialdepartementet 2001, Socialstyrelsen 2001c).

För personer 65 år eller äldre har åtstramningen varit mer entydig. Insatser enligt LSS är ovanliga i denna åldersgrupp, och antalet personer som får hjälp från hemtjänsten har minskat kraftigt under de senaste 20 åren. Andelen med hemhjälp eller hem-

⁵ LSS omfattar förutom personlig assistans nio andra specificerade insatser. De vanligaste insatserna är "daglig verksamhet", "råd och stöd" samt "bostad med särskild service för vuxna" (Socialstyrelsen 2001c).

⁶ Funktionshindrade personer under 65 år kan beviljas personlig assistent enligt såväl LSS som LASS. Den som har ett hjälpbehov som understiger 20 timmar per vecka får sin hjälp enligt LSS, medan den som behöver mer än 20 timmar per vecka kan få sin insats enligt LASS. I dessa fall bekostar kommunen de första 20 timmarna per vecka, medan överstigande timmar bekostas genom försäkringskassorna.

sjukvård i åldersgruppen 65–79 år minskade från 11 procent år 1980 till 6 procent år 1990 och till 4 procent år 1999. Bland de äldsta (80 år+) minskade andelen med insatser i hemmet från 34 till 25 procent mellan 1980 och 1990, och vidare till 21 procent år 1999 (Socialdepartementet 2001).

För funktionshindrade personer under den reguljära pensionsåldern har tillkomsten av LSS/LASS som rättighetslagar inneburit att den enskildes ställning gentemot myndigheten stärkts. Men lagkonstruktionen innebär samtidigt att individen själv aktivt måste efterfråga insatserna. Utvärderingar av handikappreformen och psykiatrireformen visar att färre än förväntat har fått del av insatser enligt LSS/LASS. Handikapputredningen gjorde 1992 bedömningen att ca 40 000 personer med utvecklingsstörning och 60 000 med andra omfattande fysiska eller psykiska funktionshinder skulle vara berättigade till insatser enligt LSS. År 1999 fick totalt ca 50 000 personer någon form av LSS-insats.⁷ Av dessa var 10 000 fysiskt eller psykiskt funktionshindrade (varav 2 500 med psykiska funktionshinder) medan övriga var personer med utvecklingsstörning eller andra begåvningsmässiga funktionshinder. Detta innebär att såväl fysiskt som – framför allt – psykiskt funktionshindrade har fått del av insatserna i betydligt mindre omfattning än vad handikapputredningen och psykiatriutredningen hade beräknat (SOU 2000:3; Socialstyrelsen 2001c).

Från flera olika håll har framhållits att systemet gynnar individer med stor förmåga att ta tillvara sina egna intressen, medan andra, mindre resursstarka, grupper kan ha fått svårare att få sina behov tillgodosedda (se t.ex. SOU 1999:21; Barron, Michailakis & Söder 2000). Under senare år har det uppmärksammats att även de som har beviljats stöd enligt LSS/LASS har haft svårigheter att få insatserna att komma till stånd, eftersom det är relativt vanligt att kommunerna inte verkställer fattade beslut eller domslut. Detta har kritiserats från många håll, inte minst från handikapprörelsen, och från juli 2000 har länsstyrelserna fått rätt att vitesförelägga kommuner som inte verkställer domstolarnas beslut (Justitiedepartementet, Ds 2000:53).

En viktig fråga i sammanhanget som i viss mån kommer att belysas i detta kapitel är vilken betydelse individens förmåga att strida för sin rätt har för möjligheten att få del av de offentliga hjälpinsatserna. Kan sådant som kön, klassposition, utbildning och

⁷ Det sammanlagda antalet insatser var cirka 100 000; samma person kan således få flera olika insatser.

etnisk bakgrund ha betydelse för om en person får kommunal hjälp i form av hemtjänst eller personlig assistent? Har resursstarka grupper klarat sig bättre när de offentliga insatserna omorganiserades och stramades åt under 1990-talet?

6.3 Anhörigas omsorgsinsatser

Vi vet från tidigare studier att anhörigas omsorgsinsatser för *äldre* personer som bor hemma är mer omfattande än de insatser som den offentliga hjälpapparaten bidrar med. Enligt olika uppskattningar svarar familjen och andra närstående för två till tre gånger mer hjälp än hemtjänstens och hemsjukvårdens insatser (Johansson 1991; Szebehely 1998; se även Svedberg 2001). Enligt flera studier har anhörigas omsorgsinsatser för de äldre ökat under 1990-talet, samtidigt som den kommunala hjälpen har minskat (Szebehely 1999a och b; Sundström & Hassing 2000).

Det finns mycket stora skillnader i hjälpmönster mellan gifta äldre och äldre som lever ensamma. Den andra maken är den i särklass vanligaste hjälpgivaren bland gifta äldre, medan ensamboende äldre betydligt oftare än gifta får såväl hemtjänst som hjälp av anhöriga utanför hushållet. Eftersom det finns fler äldre kvinnor än män som lever ensamma finns det också tydliga könsskillnader i omsorgsmönster: ungefär 70 procent av männen är gifta fram till tidpunkten för sin död och får oftast den hjälp de behöver av hustrun, medan endast var fjärde kvinna är gift till livets slut. Gamla kvinnor får därför betydligt oftare än gamla män hjälp från hemtjänsten, men också från andra anhöriga än make/maka. Medan det vid mitten av 1990-talet inte fanns några könsskillnader i hjälpmönster bland ensamboende äldre, var det vanligare med såväl hemhjälp som hjälp från vuxna barn och andra närstående bland de gifta äldre, där det var kvinnan som var den hjälpbehövande. Därmed stod gifta äldre kvinnor mer ensamma om sitt vårdansvar än män i samma situation (Szebehely 1998).

Jämfört med forskningen om äldre människors hjälpmönster finns det mindre kunskap om hur *yngre* funktionshindrade personers hjälpbehov blir mötta. Av SCB:s rapport om levnadsförhållanden bland funktionshindrade (SCB 1992a) framgår att det finns vissa skillnader i hjälpmönster mellan yngre och äldre. Hemtjänstens insatser är vanligare bland de äldre, medan hjälp från den andra maken eller andra hushållsmedlemmar är vanligare bland de

yngre. Om dessa skillnader är en följd av att det är vanligare att äldre lever ensamma framgår inte, men har sannolikt betydelse. Socialstyrelsens studie från 1989 av unga förtidspensionärer (Socialstyrelsen 1992) visar att anhöriga inom och utom det egna hushållet är de i särklass vanligaste hjälpgivarna i denna grupp. Socialstyrelsen betonar att hemtjänsten spelar en blygsam roll i unga hjälpbehövande förtidspensionärens vardag; bara en tiondel fick hemhjälp (detta var före assistansreformen), medan cirka 80 procent fick hjälp av anhöriga. Socialstyrelsen anser att den ringa omfattningen av kommunala insatser är bekymmersam: "Anhörigas massiva hjälp- och omvårdnadsinsatser utan större offentligt bistånd hör till de allvarligaste problemen som vår undersökning vittnar om" (Socialstyrelsen 1992:12).

6.4 Hjälpmönster bland personer med funktionshinder

I det följande ska vi genomföra en analys av hjälpmönstren bland funktionshindrade personer vid slutet av 1980- respektive 1990-talet. För att möjliggöra denna jämförelse är dock ett antal avgränsningar nödvändiga. Det gäller både vilka grupper av funktionshindrade som kan studeras, och vilka hjälpbehov som vi kan uttala oss om.

I SCB:s ULF-undersökningar ställs frågor om intervjupersonerna själva kan klara ett antal praktiska vardagliga sysslor: det gäller dels fyra husliga sysslor – städning, matinköp, tvätt och matlagning; dels personligt omvårdande sysslor som att bada/duscha eller att komma i och ur sängen. I undersökningen ställs också följdfrågor om vem som hjälper den som har behov av hjälp – får man hjälp från make/maka eller annan person som man bor tillsammans med, från andra anhöriga/vänner/grannar, från kommunens hemtjänst/hemsjukvård eller får man hjälp på annat sätt, t.ex. genom att köpa privat hjälp. Åren 1996–99 finns också svarsalternativet personlig assistent.

Våra möjligheter till analyser begränsas av att frågorna om hjälpbehov och hjälpgivare inte ställs till alla intervjuade. De aktuella frågorna om behov av hjälp ställs nämligen endast till dem som har svarat att de har *rörelsehinder* eller *nedsatt syn*, eller som har uppgivit att deras sjukdom/handikapp medför att de *behöver hjälp för att klara sitt dagliga liv* (för frågans formulering se den första noten i detta kapitel). Frågorna om vem som hjälper ställs

därefter till dem som har uppgivit att de behöver hjälp med minst en av fyra praktiska uppgifter (*städning, inköp, tvätt och matlagning*). Vi kan därför inte uttala oss om behov av praktisk hjälp i hela befolkningen, och inte heller bland de olika grupper av funktionshindrade som vi har diskuterat tidigare i rapporten. Analysen avser här en mer begränsad grupp av funktionshindrade personer, se definitionerna nedan som i samlad form återger de avgränsningar vi gör i detta kapitel.

6.4.1 Definitioner i detta kapitel

Funktionshindrad (i detta kapitel): Har rörelsehinder *eller* nedsatt syn *eller* har långvarig sjukdom/funktionshinder som medför att man behöver hjälp för att klara sitt dagliga liv med exempelvis matlagning, hygien, göra ärenden på posten.

Hemmaboende: bor *inte* i någon form av "särskilt boende" (exempelvis sjukhem, servicehus eller gruppboende).

Flerpersonshushåll: bor tillsammans med en eller flera andra personer, t.ex. make/maka, sambo, syskon, föräldrar eller barn (även ensamstående med minderåriga barn räknas hit).

Ensamhushåll: ensamboende, dvs. bor utan någon annan person i hushållet.

Behöver praktisk hjälp: behöver hjälp med minst en av följande sysslor: städning, inköp, tvätt eller matlagning.

Kommunal hjälp: Får hjälp av hemtjänst, hemsjukvård eller personlig assistent (här omfattas all hjälp som beviljas enligt socialtjänstlagen eller LSS/LASS, oavsett om insatsen utförs i offentlig eller privat regi).

Hjälp av hushållsmedlem: Får hjälp av make/maka eller annan person som bor i samma hushåll som den hjälpbehövande.

Hjälp av anhörig/vän: Får hjälp av anhörig, vän eller granne som *inte* bor i samma hushåll som den hjälpbehövande.

Informell hjälp: Får hjälp av hushållsmedlem *och/eller* anhörig/vän som bor utanför den hjälpbehövandes eget hushåll.

Privat/annan hjälp: Får privat köpt hjälp eller hjälp på annat sätt.

6.4.2 Behov av praktisk hjälp bland funktionshindrade

Av de funktionshindrade hemmaboende personer som får frågor om man behöver hjälp (se avgränsning ovan) uppger cirka två tredjedelar att de behöver hjälp med minst en av de fyra husliga uppgifter som det frågas efter, se Tabell 6.2.⁸

Tabell 6.2. Behov av hjälp med städning, matinköp, tvätt resp. matlagning bland hemmaboende funktionshindrade personer. 1988–89 och 1998–99. Andel (%) som uppger behov av hjälp (n = antal intervjuade inom parentes)

	16–64 år		65–84 år	
	1988–89 (n= 445)	1998–99 (n= 374)	1988–89 (n= 819)	1998–99 (n= 692)
Städning	52,6	49,7	55,2	50,7
Matinköp	45,2	44,0	48,8	41,5
Tvätt	37,7	29,7	45,0	33,9
Matlagning	17,7	17,9	23,3	19,6
Behöver hjälp med minst en av ovanstående uppgifter	67,6	61,6	68,6	62,5

Städning är den husliga uppgift som flest behöver hjälp med, följt av matinköp och tvätt. Skillnaderna mellan äldre och yngre är måttliga. Förändringarna över tid är också ganska måttliga, men tendensen är entydig: förmågan att klara vissa hemsysslor har förbättrats under 1990-talet, särskilt bland äldre funktionshindrade. (Observera dock att vi endast kan uttala oss om den grupp av funktionshindrade som får dessa frågor och inte om samtliga de grupper av funktionshindrade som diskuteras i övriga kapitel.) Särskilt påtagligt är att färre (såväl yngre som äldre) uppger sig behöva hjälp med att tvätta. Bland de äldre funktionshindrade är det också signifikant färre som uppger att de behöver hjälp med att handla mat. När det gäller behov av hjälp med att städa eller laga mat har inga statistiskt säkerställda förändringar skett.

⁸ Frågorna om personligt omvårdande hjälp (bad/dusch, hjälp upp och ur sängen samt på-/avklädning) ställs endast till dem som har uppgivit att de behöver hjälp med samtliga fyra husliga uppgifter. Detta innebär att vi inte kan uttala oss om hur stor andel av personer med funktionshinder som behöver personligt omvårdande hjälp; endast om hur stor andel av dem som behöver hjälp med alla fyra husliga sysslor som också behöver hjälp att bada/duscha eller andra personligt omvårdande uppgifter. Detta gäller drygt 40 procent av de yngre och 60 procent av de äldre (ingen förändring mellan de båda mätpunkterna).

Vi kan inte utifrån vår studie uttala oss om varför funktionshindrade personer tenderar att i minskad utsträckning uppge ett minskat behov av hjälp med sådant som att tvätta, samt bland de äldre även med att köpa hem mat. Förbättrad fysisk förmåga, förbättrad hushållsteknik och sänkta anspråksnivåer genom en anpassning till kommunernas mer restriktiva hjälptilldelning har förts fram som tänkbara förklaringar (SCB 2000:178).

Funktionshindrade män och kvinnor uppger i ungefär samma utsträckning att de behöver hjälp med minst en av de fyra hemsysslor som här studeras. Däremot finns det vissa könsskillnader när det gäller vilka av hushållsuppgifterna som är svåra att klara: män uppger oftare att de behöver hjälp med matlagning eller tvätt, medan kvinnor oftare uppger att de behöver hjälp med inköp. Matlagning och tvätt framstår som de uppgifter där den traditionella könsarbetsdelningen i hemmet har störst betydelse för om man anser sig behöva hjälp. Skillnaderna mellan män och kvinnor är dock mindre bland de yngre än bland de äldre, och könsskillnaderna har också minskat något mellan de båda tidpunkter vi studerar – något som antyder att det åtminstone delvis är en generationsfråga.

6.5 Vem hjälper den som behöver praktisk hjälp?

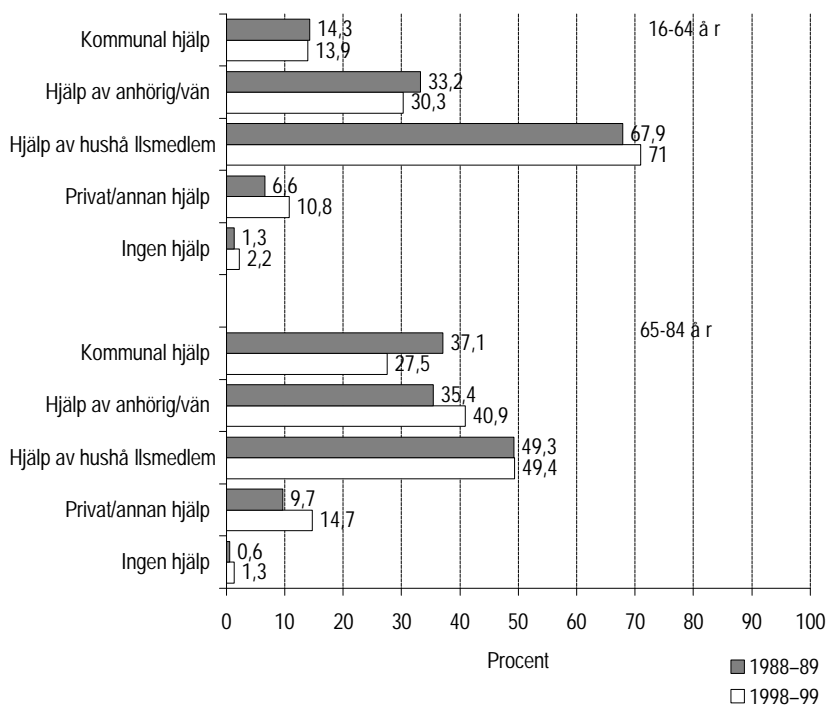
I det följande ska vi se vad som har hänt med den grupp av funktionshindrade som uppger att de behöver praktisk hjälp.⁹ Vem hjälper personer med funktionshinder som behöver praktisk hjälp vid slutet av 1980-talet respektive 1990-talet?

6.5.1 Yngre och äldre funktionshindrades hjälpmönster

En första jämförelse av yngre och äldre funktionshindrades hjälpmönster visas i Figur 6.1.

⁹ Den grupp som vi fortsättningsvis studerar utgörs av dem som enligt Tabell 6.2 har uppgett att de behöver någon form av praktisk hjälp. Antalet intervjupersoner i dessa grupper var bland de yngre år 1988–89 302 personer respektive 231 personer år 1998–99; bland de äldre 475 respektive 312. Dessa antal utgör också ungefärliga baser för Figurerna 6.1–6.6, med smärre variationer beroende på internbortfall på olika frågor.

Figur 6.1. Hjälpmönster bland hemmaboende funktionshindrade personer som behöver praktisk hjälp. 16–64 år och 65–84 år. 1988–89 och 1998–99



Anm.: Flera hjälpgivare kan anges, procentsatserna summerar därför inte till 100.

Av Figur 6.1 framgår att den vanligaste hjälpgivaren är en hushållsmedlem, dvs. en person som bor tillsammans med den funktionshindrade som behöver hjälp. Hushållsmedlem som hjälpgivare är vanligare bland yngre än bland äldre personer, och nämns av cirka 70 procent av de yngre och 50 procent av de äldre. Hjälp-givaren inom hushållet är oftast en make eller maka, men kan också vara exempelvis föräldrar eller barn.¹⁰

¹⁰ Det är endast möjligt att skilja på hjälp från make/maka och andra hushållsmedlemmar vid intervjutillfället 1988-89. Av funktionshindrade personer (16-64 år) som då fick hjälp av någon person inom det egna hushållet fick 86 procent av de yngre och 90 procent av de äldre hjälp av make/maka medan 22 procent av de yngre och 12 procent av de äldre fick hjälp av

Av figuren framgår också att det är betydligt vanligare att funktionshindrade personer över pensionsåldern (jämfört med yngre) får kommunal hjälp: 1998–99 fick ca 14 procent av de yngre och 28 procent av de äldre hjälp från kommunen.¹¹ Hjälp från anhöriga, vänner eller grannar boende utanför den hjälpbehövandes hushåll, nämns av cirka 30 procent av de yngre och runt 40 procent av de äldre. Privat/annan hjälp (dvs. främst privata köpta tjänster men också andra ospecificerade former av hjälp) nämns av 11 procent av de yngre och 15 procent av de äldre.¹²

I likhet med tidigare studier (Sundström 1994; Szebehely 1998) visar det sig att det är få (en till två procent) som uppger att de överhuvudtaget inte får hjälp med de uppgifter som det frågas om. De allra flesta som uppger att de behöver hjälp med sådana för vardagslivet väsentliga sysslor som att städa, tvätta, handla hem och tillaga mat får uppenbarligen hjälp – på ett eller annat sätt. Huruvida de får hjälp på det sätt eller av den hjälpgivare som de skulle önska, är en annan fråga som vi inte kan besvara med hjälp av de uppgifter vi analyserar här. Inte heller har vi möjlighet att belysa om man anser att den hjälp man får är tillräcklig eller ej.¹³

Av Figur 6.1 framgår också att det har skett vissa förskjutningar av hjälpmönstren under perioden. Den största förändringen är att bland de äldre har den kommunala hjälpen minskat från 37 till 28 procent. Därmed kan vi konstatera att när det gäller de äldre så kan inte minskningen av den kommunala hemtjänsten (åtminstone inte fullt ut) förklaras av förbättrad hälsa i högre åldrar. Den minskning av den kommunala hjälpen som framgår av Figur 6.1 gäller ju funktionshindrade personer som alla har uppgett att de är

någon annan hushållsmedlem. (Procentsatserna summerar inte till 100 eftersom mer än en hjälpgivare kunde anges.)

¹¹ Personlig assistent är endast ett alternativ för den yngre åldersgruppen, och endast vid den senare tidpunkten. År 1998–99, då sammantaget 14 procent av de yngre funktionshindrade med behov av hjälp hade kommunal hjälp, fick 6 procent hjälp av personlig assistent medan 10 procent fick hjälp från hemtjänst/hemsjukvård (ett mindre antal hade således både personlig assistent och hjälp från hemtjänsten).

¹² Det är endast möjligt att skilja "privat ordnad hjälp" från "annan hjälp" vid det senare mätillfället (1998–99). Det visar sig då att 80 procent av de yngre och 67 procent av de äldre som uppgett att de får vad som här har klassificerats som "privat/annan hjälp" får "privat ordnad hjälp".

¹³ I ULF-undersökningarna ställdes inte frågor om hjälpen är tillräcklig åren 1998–99, men väl 1996–97. Av alla i åldersgruppen 65–84 år som vid denna tidpunkt fick hjälp på ett eller annat sätt uppgav 13 procent att de behövde mer hjälp än de fick. Av dem som fick kommunal hjälp var det 14 procent som ansåg att de behövde mer hjälp än de fick. Detta var framför allt vanligt bland gifta/sammanboende äldre där 32 procent ansåg att den kommunala hjälp de fick var otillräcklig jämfört med 8 procent av de ensamstående äldre (SCB 2000:177).

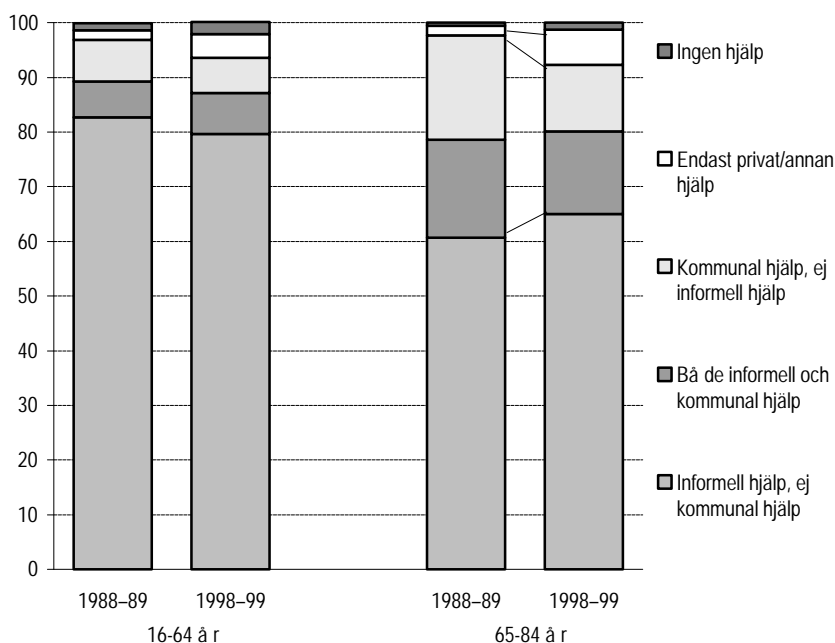
i behov av mer eller mindre omfattande praktisk hjälp. Hjälpminskningen har därmed berört (även) hjälpbehövande personer. Vi kan också konstatera att yngre funktionshindrade med behov av praktisk hjälp inte på motsvarande sätt har berörts av minskad kommunal hjälp (åtminstone inte så länge vi betraktar hela gruppen, se dock vidare analyser i detta kapitel).

Vi finner också att bland de äldre har andelen som uppger att de får "privat/annan hjälp" (dvs. främst privat köpt hjälp) ökat från 10 till 15 procent, och att andelen som får hjälp av anhöriga/vänner utanför det egna hushållet har ökat från 35 till 41 procent. Bland de yngre, där den kommunala hjälpen inte har minskat, finner vi inga signifikanta förändringar.

Eftersom det är möjligt att få hjälp från mer än ett håll (exempelvis kan en person få hjälp med städning från hemtjänsten samtidigt som anhöriga hjälper med tvätt, eller man kan få hjälp med inköp från både anhöriga och hemtjänsten) är förskjutningarna i hjälpmönster inte så lätta att se när varje form av hjälpgivare redovisas separat som i Figur 6.1.

I Figur 6.2 visas därför i stället kombinationer av hjälpgivare för yngre respektive äldre funktionshindrade personer som behöver praktisk hjälp. För att inte få alltför komplexa och oöverskådliga framställningar har vi valt att redovisa fem olika kombinationer av hjälpgivare. En första grupp omfattar dem som får *informell hjälp* (dvs. hjälp från make/maka eller andra närstående inom eller utanför det egna hushållet) *utan* att samtidigt få *kommunal hjälp*. En andra grupp består av dem som får *både informell och kommunal hjälp*, medan en tredje grupp får *kommunal men inte informell hjälp*. (I samtliga dessa tre grupper förekommer att man får privat/annan hjälp.) En fjärde grupp består av dem som *enbart* får *privat/annan hjälp*, och den femte gruppen består av dem som har uppgivit att de *inte* får *någon hjälp* trots att de anser sig behöva.

Figur 6.2. Kombinationer av hjälpgivare bland hemmaboende funktionshindrade personer som behöver praktisk hjälp. 16–64 år och 65–84 år. 1988–89 och 1998–99



Av Figur 6.2 framgår att bland de *yngre funktionshindrade* har det inte skett några nämnvärda förskjutningar av hjälpmönstren. Vid slutet av både 1980- och 1990-talet fick runt 80 procent av de yngre hjälpbehövande funktionshindrade hjälp av hushållsmedlem eller andra anhöriga/vänner utan någon insats från kommunen. Vid båda tidpunkterna fick cirka 7 procent både kommunal och informell hjälp, ungefär lika många fick kommunal hjälp men inte informell hjälp, och 2–4 procent fick enbart privat/annan hjälp.

Bland *äldre funktionshindrade* har det däremot skett vissa förskjutningar av hjälpmönstren under 1990-talet. Andelen som får informell hjälp utan hjälp från kommunen har ökat från 60 till 65 procent, och andelen som får enbart privat/annan hjälp har ökat från 2 till 6 procent. Samtidigt har andelen som får kommunal men inte informell hjälp minskat från 19 till 12 procent, medan andelen

som får både kommunal och informell hjälp är i stort sett oförändrad.

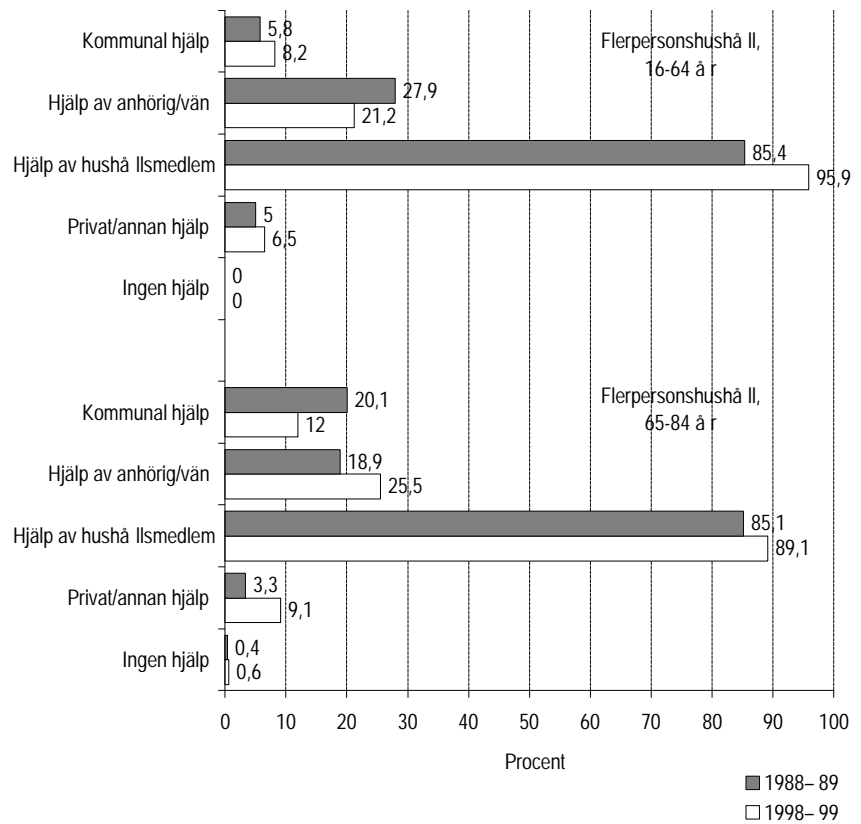
Den sammantagna bilden är således att 1990-talet för äldre funktionshindrade har inneburit förskjutningar av hjälpmönstren i riktning från kommunal hjälp mot såväl anhörigas omsorgsinsatser som privat köpt hjälp. Dessa förskjutningar kan betecknas som tendenser till *informalisering* respektive *marknadisering* (Szebehely 2000). Motsvarande förskjutningar har inte skett när det gäller yngre funktionshindrade, åtminstone inte när vi ser på hela denna grupp sammantaget. I det följande ska vi se om hjälpmönstren har förskjutits på samma sätt bland olika grupper av funktionshindrade.

6.5.2 Hjälpmönster bland personer som bor ensamma respektive tillsammans med andra

Det finns stora skillnader i hjälpmönster mellan ensamboende och personer i flerpersonshushåll, se Figur 6.3 och 6.4.¹⁴

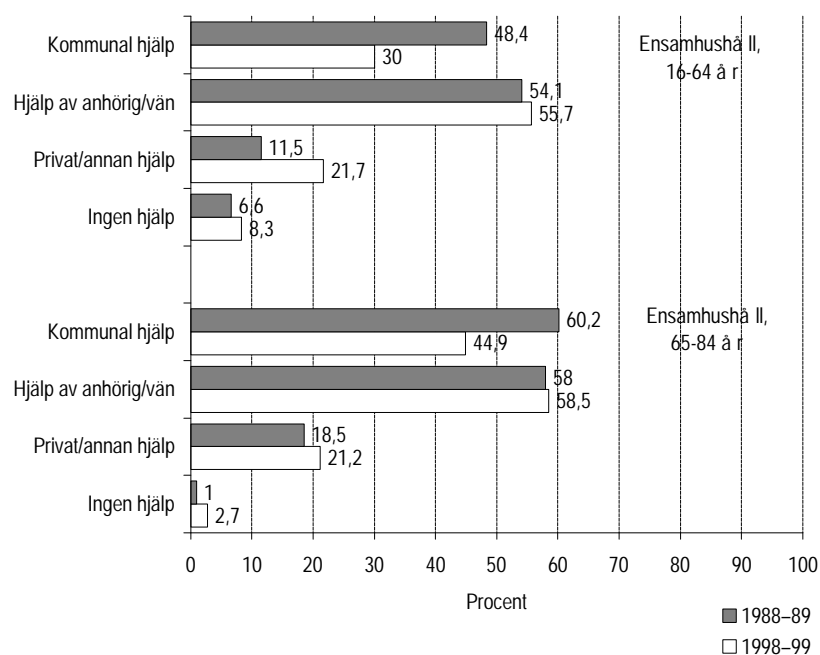
¹⁴ Vi använder det lite otympliga ordet "flerpersonshushåll" i stället för "sammanboende" eftersom den sistnämnda beteckningen oftast (även i denna skrift) avser personer som bor med make/maka/sambo. Flerpersonshushåll är ett något vidare begrepp även om gruppen domineras av sammanboende personer: 90 procent av de äldre hjälpbehövande funktionshindrade som bor i flerpersonshushåll bor tillsammans med make/maka/sambo. Övriga bor med vuxna barn, syskon eller andra personer. Bland de yngre funktionshindrade som bor i flerpersonshushåll bor 79 procent tillsammans med make/maka/sambo (med eller utan barn), 10 procent är ensamstående med barn, 9 procent bor med föräldrar och 1 procent bor med någon annan person.

Figur 6.3. Hjälpmönster bland hemmaboende funktionshindrade personer med behov av praktisk hjälp. Flerpersonshushåll, 16–64 år och 65–84 år. 1988–89 och 1998–99



Anm.: Flera hjälpgivare kan anges, procentsatserna summerar därför inte till 100.

Figur 6.4. Hjälpmönster bland hemmaboende funktionshindrade personer med behov av praktisk hjälp. Ensamhushåll, 16–64 år och 65–84 år. 1988–89 och 1998–99



Anm.: Flera hjälpgivare kan anges, procentsatserna summerar därför inte till 100.

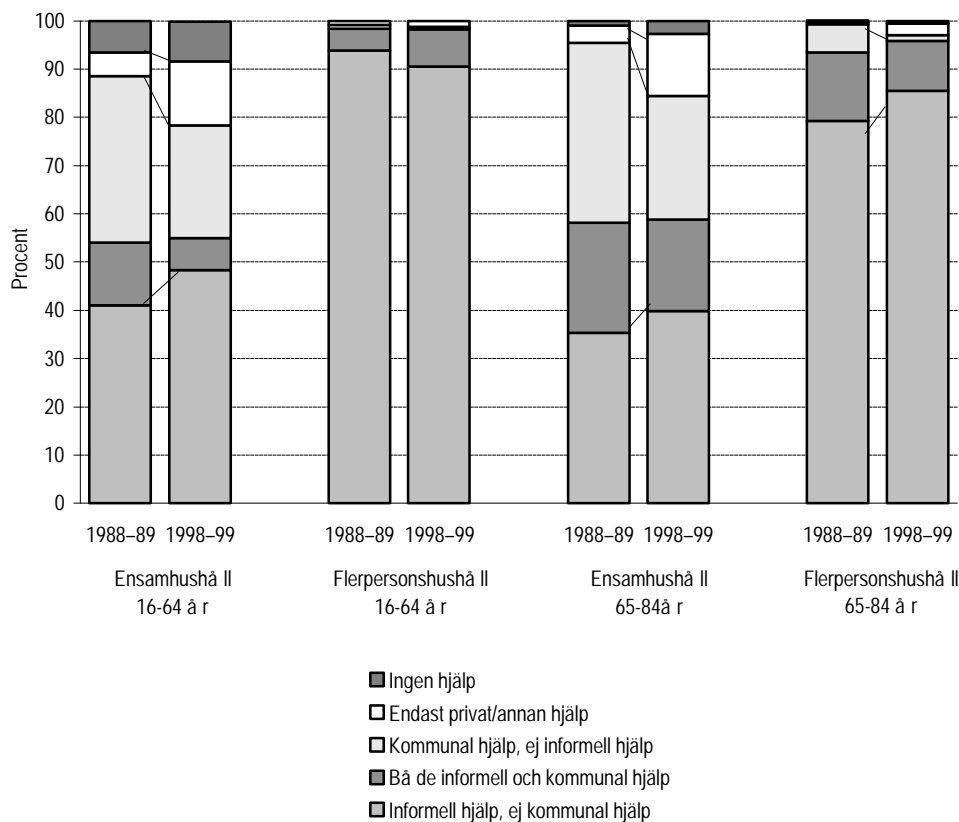
När vi på detta sätt skiljer mellan dem som bor ensamma respektive som bor i flerpersonshushåll försvinner de flesta skillnader mellan yngre och äldre funktionshindrades hjälpmönster. Både bland yngre och äldre är kommunal hjälp liksom anhörighjälp och privat/annan hjälp betydligt vanligare bland ensamboende än bland dem som bor tillsammans med någon annan person. Det är också betydligt vanligare att personer som bor ensamma uppger att de inte får hjälp trots behov. Detta gäller särskilt i åldrarna under 65 år där så pass många som åtta procent uppger att de står helt utan hjälp.

Den kommunala hjälpen har minskat i alla grupper utom bland yngre i flerpersonshushåll (observera dock att andelen med kommunal hjälp i denna grupp är påtagligt låg – sex procent – redan vid

den första tidpunkten). Värt att notera är också att i och med minskningen av den kommunala hjälpen bland såväl yngre som äldre ensamboende funktionshindrade är det vid slutet av 1990-talet betydligt fler som uppger att de får hjälp från anhöriga än från kommunen. Vid slutet av 1980-talet var hemhjälp och anhörighjälp ungefär lika vanligt bland ensamboende (i båda åldersgrupperna).

Av Figur 6.5 som visar kombinationer av hjälpgivare framgår att med undantag för yngre personer som bor i flerpersonshushåll är förskjutningarna i hjälpmönster likartade bland yngre och äldre: parallellt med minskningen av andelen som får kommunal hjälp har det skett en ökning av andelen som får enbart informell hjälp och (främst bland de ensamboende) av andelen som enbart får privat/annan hjälp. Kombinationerna av hjälpgivare bland yngre funktionshindrade i flerpersonshushåll har i stort sett inte alls förändrats: mer än 90 procent får enbart informell hjälp, 6–8 procent får kommunal hjälp – oftast i kombination med informell hjälp – medan cirka en procent får enbart privat/annan hjälp.

Figur 6.5. Kombinationer av hjälpgivare bland hemmaboende funktionshindrade personer som behöver praktisk hjälp. Ensamhushåll och flerpersonshushåll, 16–64 år och 65–84 år. 1988–89 och 1998–99



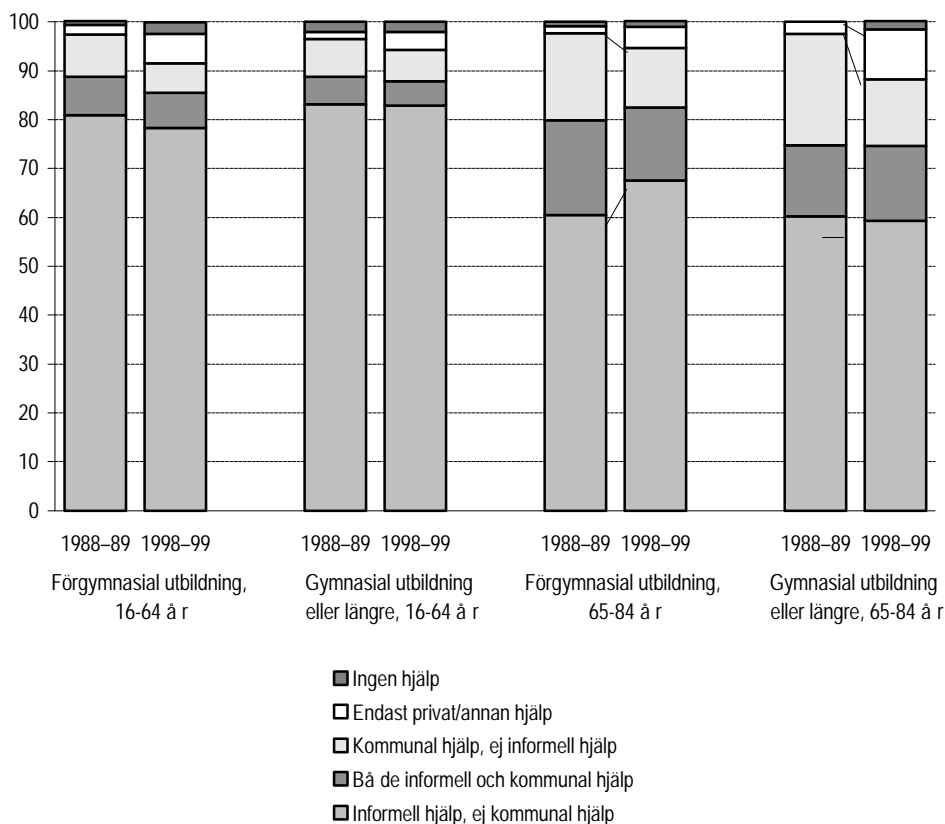
Sammantaget innebär detta att 1990-talet har inneburit en förskjutning av hjälpmönstren i riktning från kommunal hjälp mot anhörigas omsorgsinsatser för alla grupper utom de yngre i flerpersongshushåll – den grupp där de allra flesta redan i utgångsläget endast får informell hjälp. Även förskjutningen i riktning från kommunal mot privat köpt hjälp har berört samma grupper; särskilt de ensamboende i båda åldersgrupperna.

6.5.3 Utbildningsnivå och hjälpmönster

Tidigare studier har visat att vid mitten av 1990-talet fanns det utbildningsrelaterade skillnader bland äldre personer när det gäller anhörighjälp och privat köpta hjälptjänster. Äldre med kortare utbildning fick oftare än högutbildade hjälp av anhöriga, medan det motsatta mönstret gällde privat köpta tjänster (Szebehely 1999 a och b). Inga jämförelser av hjälpmönstren över tid för äldre med olika utbildningsnivåer har oss veterligen gjorts. Inte heller finns, så vitt känt, studier av den eventuella betydelsen av utbildning eller andra socioekonomiska faktorer för yngre funktionshindrades hjälpmönster.

En analys av hjälpmönster bland funktionshindrade personer med kortare utbildning än gymnasium respektive med gymnasial/eftergymnasial utbildning visar att det bland de yngre knappast finns några utbildningsrelaterade skillnader i hjälpmönster. Bland de äldre bekräftas i stort sett bilden från tidigare studier, se Figur 6.6.

Figur 6.6. Kombinationer av hjälpgivare bland hemmaboende funktionshindrade personer som behöver praktisk hjälp. Personer med förgymnasial utbildning och med gymnasial utbildning eller längre, 16-64 år och 65-84 år. 1988-89 och 1998-99



Av figuren framgår att det inte finns några utbildningsrelaterade skillnader när det gäller den kommunala hjälpen. Andelen som får kommunal hjälp är lika stor i de båda utbildningsgrupperna, och bland de äldre är minskningen av den kommunala hjälpen också likartad oavsett utbildningsnivå. Däremot är det endast bland äldre med kortare utbildning som det finns en tendens till informellisering: andelen som får enbart informell hjälp har ökat från 60 till 68 procent, medan andelen som får enbart informell hjälp bland äldre med längre utbildning är oförändrad (60 procent). Bland äldre

med längre utbildning finns det i stället en kraftig tendens till marknadisering – andelen som får enbart privat/annan hjälp har ökat från 2 till 10 procent, jämfört med en mindre ökning från 2 till 4 procent bland äldre med kortare utbildning.

6.6 Vad betyder kön, etnicitet, hjälpbehov m.m. för hjälpmönstren?

De analyser av hjälpmönster bland olika grupper av funktionshindrade som redovisats i detta kapitel har begränsats till skillnader mellan äldre och yngre, boende i ensam- och flerpersonshushåll samt grupper med olika utbildningsnivå. Vi har hittills inte sett på mäns och kvinnors hjälpmönster, och inte heller studerat eventuella skillnader i hjälpmönster mellan dem som behöver mer respektive mindre hjälp, eller mellan funktionshindrade som är födda i Sverige respektive i andra länder. Dessa jämförelser skulle vara fullt möjliga att redovisa på samma sätt som hittills i kapitlet även om resultaten skulle bli svåra att överblicka. Särskilt svåröverskådligt skulle det bli om vi skulle ta hänsyn till flera faktorer samtidigt och t.ex. se på hjälpmönstren bland män och kvinnor i ensam- respektive flerpersonshushåll. I likhet med tidigare analyser i denna skrift ska vi därför i resten av detta kapitel analysera hjälpmönstren med hjälp av logistiska regressioner. Vi kommer här att studera olika gruppers chans (egentligen odds) att få hjälp av skilda slag vid slutet av 1980- och 1990-talet, kontrollerat för skillnader i gruppernas sammansättning när det gäller ålder, kön, hushållstyp, omfattningen av hjälpbehov, födelseland samt utbildning. Vi redovisar liksom i rapportens övriga analyser åldersgrupperna 16–64 år och 65–84 år var för sig.

6.6.1 Kommunal hjälp

När vi tar hänsyn till eventuella förändringar av gruppernas sammansättning har chansen (egentligen oddset) att få kommunal hjälp minskat markant under 1990-talet bland såväl yngre som äldre personer med funktionshinder, se Tabell 6.3. I båda åldersgrupperna har oddset att få kommunal hjälp i det närmaste halverats vid slutet av 1990-talet jämfört med tio år tidigare.

Tabell 6.3. Kommunal hjälp. Relativa skillnader (odds) mellan grupper efter år, kön, hushållstyp, omfattning av hjälpbehov, utbildning och födelse-land (kontrollerat för ålder i tioårsklasser). Hemmaboende funktionshindrade personer som behöver praktisk hjälp. (*P*-värde kursivt och inom parentes)

		16-64 år (n= 459)	65-84 år (n= 856)
År		(0,049)	(0,001)
	1988-89	1	1
	1988-99	0,53	0,52
Kön		(0,093)	(E S)
	Män	1	
	Kvinnor	[0,59]	
Hushållstyp		(0,000)	(0,000)
	Flerpersonshushåll	1	1
	Ensamhushåll	19,23	8,29
Omfattning av hjälpbehov ^a		(0,000)	(0,000)
	Ett	1	1
	Två	3,48	3,00
	Tre	4,47	3,53
	Fyra	13,71	6,38
Utbildning		(E S)	(0,074)
	Förgymnasial		1
	Gymnasial eller längre		[1,43]
Födelse-land		(E S)	(0,080)
	Sverige		1
	Utrikes		[0,51]
<i>Förändringar mellan 1988-89 och 1998-99 av skillnaderna mellan:</i>			
	Könen	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
	Flerpersonshushåll och ensamhushåll	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
	Omfattning av hjälpbehov	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
	Utbildningsnivåer	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
	Utrikes och inrikes födda	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

^a Omfattning av hjälpbehov definieras här och i följande tabeller som hur många av de fyra husliga sysslorna man uppger sig behöva hjälp med.

Av tabellen framgår vidare att oddset att ha kommunal hjälp för en yngre funktionshindrad person som bor ensam är nära 20 gånger högre jämfört med en person som bor i ett flerpersongshushåll – allt

annat lika. Bland de äldre är oddset för den ensamboende personen åtta gånger högre jämfört med den som inte bor ensam. Det framgår också att ju fler av de husliga sysslorna som man behöver hjälp med, desto mer troligt är det att man har kommunal hjälp. Även här är skillnaderna större bland de yngre än bland de äldre.

Utbildningsnivå och födelseland har ingen signifikant betydelse för chansen att få kommunal hjälp när vi på detta sätt kontrollerar för skillnader i hjälpbehov mellan olika grupper. Bland de äldre finns dock en tendens att de som har gymnasieutbildning eller längre har något högre chans att få kommunal hjälp jämfört med dem med kortare utbildning. Äldre funktionshindrade som är födda i Sverige tenderar också att ha kommunal hjälp i högre utsträckning än äldre födda utanför rikets gränser.¹⁵

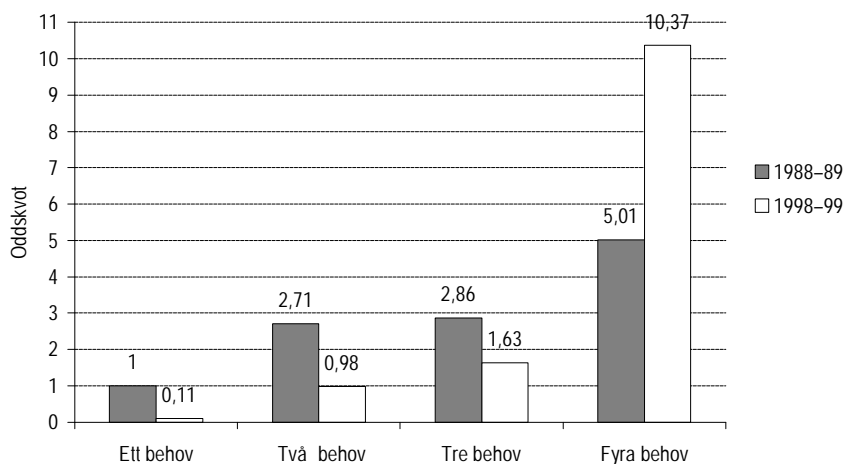
Av den nedre delen av Tabell 6.3 framgår att det bland de yngre funktionshindrade har skett två förändringar över tid när det gäller sannolikheten för olika grupper att ha kommunal hjälp. Bland de äldre har det inte skett några motsvarande signifikanta förändringar.

Den första förändringen av skillnader över tid bland de yngre funktionshindrade rör chansen att få kommunal hjälp i ensam- respektive flerpersonshushåll. Vid slutet av 1980-talet hade en ensamboende funktionshindrad person drygt 30 gånger högre odds att ha kommunal hjälp jämfört med en person som bodde tillsammans med någon (kontrollerat för skillnader mellan grupperna avseende kön, ålder, hjälpbehov, utbildning och etnicitet). Tio år senare hade kommunala hjälpen minskat bland de ensamboende, men inte bland dem som bodde tillsammans med någon. Den ensamboende hade då "bara" cirka 10 gånger högre odds att ha kommunal hjälp jämfört med den som inte bodde ensam (ej redovisat i tabellen).

Den andra förändringen över tid när det gäller sannolikheten att ha kommunal hjälp rör yngre funktionshindrade personer med olika omfattande behov, se Figur 6.7.

¹⁵ Det bör uppmärksammas att det totala antalet observationer i analyserna i detta kapitel är relativt litet. Detta gör skattningarna osäkra och det krävs mycket kraftiga skillnader mellan grupper för att dessa skall vara statistiskt säkerställda (signifikanta). Det finns därför anledning att uppmärksamma även skillnader där p-värdet ligger strax över den femprocentnivå som vanligtvis används som signifikansgräns.

Figur 6.7. Förändrade skillnader i odds för att ha kommunal hjälp mellan funktionshindrade 16–64 år med olika omfattande behov. Standardiserat för kön, ålder, hushållstyp, utbildning och födelse-land. Personer som har uppgett att de endast behöver hjälp med en av de fyra hushållssysslorna 1988–89 är referenskategori vars odds är satt till 1



Av Figur 6.7 framgår att sannolikheten att få kommunal hjälp har minskat i alla grupper utom bland dem som behöver hjälp med alla de fyra husliga sysslorna som efterfrågas. En person som behöver hjälp med endast en av de fyra uppgifterna (oftast städning eller inköp) hade 1998–99 nio gånger lägre odds att ha kommunal hjälp jämfört med motsvarande person tio år tidigare, medan den person som behövde hjälp med alla fyra sysslorna 1998–99 hade dubbelt så högt odds jämfört med en person i motsvarande situation tio år tidigare.

Bland de äldre finns inte en lika påtaglig förskjutning av de kommunala hjälpinsatserna i riktning mot dem med mer omfattande hjälpbehov. I båda åldersgrupperna har andelen med kommunal hjälp minskat mest bland dem som uppger att de behöver hjälp med endast en av de fyra hjälpuppgifterna. Däremot finns det en skillnad när det gäller chansen att få kommunal hjälp mellan äldre och yngre funktionshindrade som behöver hjälp med alla de fyra husliga sysslorna. Som framgår av Figur 6.7 har andelen med kom-

munal hjälp *ökat* bland de yngre under 1990-talet. Bland de äldre har motsvarande andel i stället *minskat* något (visas ej i figuren). Även äldre med omfattande hjälpbehov har således berörts av den minskade hemhjälpstäckningen under perioden, om än inte i samma utsträckning som de mindre hjälpbehövande grupperna.¹⁶

Slutsatsen är att de kommunala resurserna i ökad utsträckning har koncentrerats till dem som behöver mycket hjälp, mest så bland de yngre. Denna förskjutning bland yngre funktionshindrade sammanhänger sannolikt med handikappreformens fokus på dem med störst behov av hjälp. En närmare granskning av den grupp bland de yngre som uppger att de behöver hjälp med alla de fyra husliga uppgifterna (och som i ungefär 40 procent av fallen även behöver personligt omvårdande hjälp) visar att det fåtal ensamboende som har så pass omfattande hjälpbehov får kommunal hjälp i ungefär samma utsträckning 1988–89 som 1998–99 (70–75 procent får kommunal hjälp). Däremot har andelen med kommunal hjälp (oftast i form av personlig assistent) ökat kraftigt bland dem som inte bor ensamma (från 10 till 27 procent). Särskilt påtaglig är ökningen inom den grupp som bor med sina föräldrar.¹⁷

Det är viktigt att notera att vid båda tillfällena får de flesta som behöver hjälp med samtliga fyra hushållsuppgifter, och som bor tillsammans med någon, *all* sin hjälp av en person inom det egna hushållet. Detta innebär ett omfattande omsorgsansvar för dessa anhöriga: makar, föräldrar och barn. Bland de yngre funktionshindrade med störst behov av hjälp har sannolikt ändå assistentreformen inneburit en viktig förändring, och tycks enligt denna studie ha medfört att färre familjemedlemmar står helt ensamma om sitt omsorgsansvar.¹⁸ Att färre får kommunal hjälp i den grupp

¹⁶ Det hade varit önskvärt att även analysera vad som har hänt med hjälpen bland de allra mest hjälpbehövande – de som förutom hjälp med hushållsarbete även behöver hjälp av personligt omvårdande slag. Antalet intervjuer i denna grupp är dock i minsta laget, särskilt bland de yngre. Det innebär att vi har svårt att uttala oss med säkerhet om vad som hänt med hjälpmönstren bland dessa mycket hjälpbehövande personer. Tendensen är dock densamma som när det gäller den grupp som behöver hjälp med alla de fyra husliga arbetsuppgifterna: andelen med kommunal hjälp har ökat bland de yngre och minskat något inom motsvarande grupp bland de äldre. För de äldres del är detta mönster samstämmigt med en annan aktuell studie (Sundström & Hassing 2000): mellan 1994 och 2000 har andelen med kommunal hjälp minskat även bland äldre (75 år+) som behöver så pass omfattande hjälp som att bada/duscha, komma upp ur sängen eller klä på sig. Också enligt denna studie har dock hjälpen minskat mest bland dem som har mindre omfattande hjälpbehov.

¹⁷ Eftersom det är möjligt för en förälder att vara personlig assistent kan det hända att detta mönster åtminstone delvis kan tolkas som att föräldrarna i högre utsträckning avlönas för sitt vårdansvar, snarare än att deras omsorgsinsatser har minskat.

¹⁸ Observera dock att vi endast kan notera att man har hjälp, inte om man får tillräckligt med hjälp och inte heller hur det har gått till att få hjälpen (jfr de studier som redovisas i Kapitel 1 och som visar att många funktionshindrade och kanske alldeles särskilt föräldrar till

av funktionshindrade personer som har mindre omfattande hjälpbehov är kanhända avigsidan av denna prioritering av dem med störst behov av hjälp i vardagen.

Kommunal hjälp bland män och kvinnor

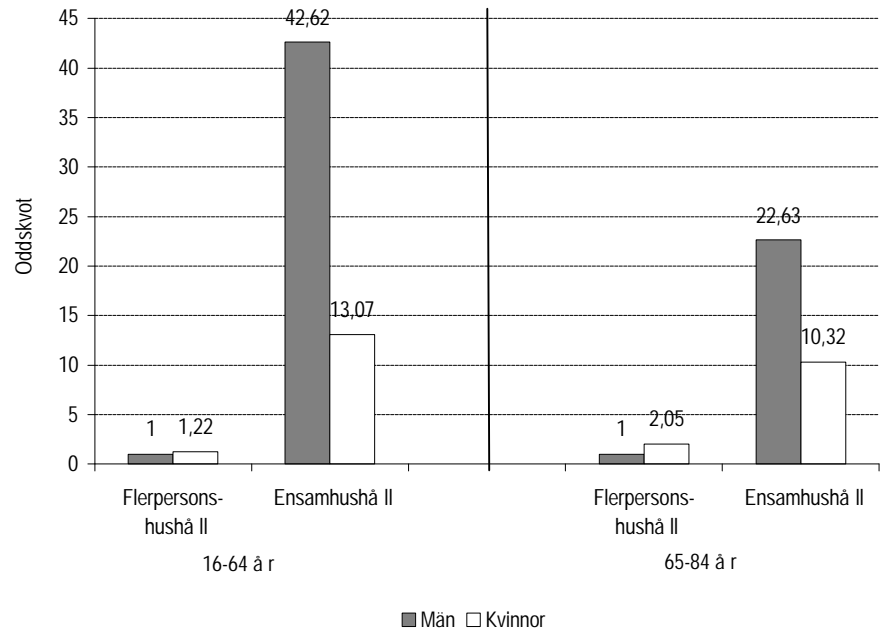
När det gäller mäns och kvinnors hjälp från kommunen är en mer utförlig kommentar på sin plats. Av Tabell 6.3 framgick att bland de yngre funktionshindrade finns en tendens ($p=0,093$) att kvinnor har *lägre* chans till kommunal hjälp jämfört med män, allt annat lika. Bland de äldre finns det inga könsskillnader över huvud taget, om vi på detta sätt kontrollerar för skillnader mellan könen när det gäller till exempel hushållstyp eller hjälpbehov. Detta kan tyckas förvånande eftersom kvinnor dominerar som hjälpmottagare inom äldreomsorgen.

En närmare analys visar dock att det finns ganska påtagliga könsskillnader, både bland äldre och yngre. Att dessa inte framträder i Tabell 6.3 beror på att könsmonstren skiljer sig mellan dem som bor ensamma och dem som lever tillsammans med någon annan person.

Det finns med andra ord en interaktionseffekt mellan kön och hushållstyp. När vi inkluderar en sådan till den modell som presenterades i Tabell 6.3 finner vi att med hänsyn tagen till skillnader mellan könen när det gäller ålder, omfattning av hjälpbehov, utbildningsnivå och födelseland har män i åldersgruppen 16–64 år som bor ensamma mer än tre gånger högre odds än ensamboende kvinnor att ha kommunal hjälp (42,62/13,07), se Figur 6.8, vänstra delen av figuren. Bland de äldre ensamboende är den relativa skillnaden mellan könen något mindre (se Figur 6.8, högra delen) men är också här betydande. När det gäller funktionshindrade personer som bor tillsammans med någon finns det i stort sett ingen könsskillnad i den yngre åldersgruppen. En äldre kvinna däremot, som lever tillsammans med en annan person (oftast sin make), har dubbelt så höga odds att ha kommunal hjälp jämfört med en man i samma situation.

funktionshindrade barn och ungdomar upplever att de måste strida hårt för att få sina hjälpinsatser. Notera även att mer än hälften av landets länsstyrelser uttrycker oro för att familjer med funktionshindrade barn inte får tillräckligt kommunalt stöd (se Regeringens skrivelse 1999/2000).

Figur 6.8. Skillnader i odds för att ha kommunal hjälp mellan män och kvinnor i ensamhushåll respektive i flerpersonshushåll. Funktionshindrade 16–64 år respektive 65–84 år. 1988–89 och 1998–99. Standardiserat för år, ålder, omfattning av hjälpbehov, utbildning och födelse-land. Män i flerpersonshushåll är referenskategori vars odds är satt till 1



Även om skillnaderna mellan hushållstyperna genomgående är betydligt större än skillnaderna mellan könen, så är könsskillnaderna inte försumbara. Lite förenklat innebär skillnaden att ensamboende män i båda åldersgrupperna har kommunal hjälp oftare än ensamboende kvinnor, medan det motsatta könsmonstret gäller äldre (men inte yngre) i flerpersonshushåll, dvs. i huvudsak äldre gifta par. I praktiken innebär den sistnämnda könsskillnaden att en äldre gift kvinna som vårdar sin man står mer ensam om detta ansvar än en gift man i samma situation, jfr även Tabell 6.7 nedan.

Från dessa uppgifter är det dock inte möjligt att veta om könsskillnaderna i kommunal hjälp är ett resultat av att män och kvinnor *föredrar* olika lösningar på sina hjälpbehov, eller om hjälp-

behövande män som bor ensamma får kommunal hjälp i högre utsträckning än kvinnor för att de *behöver* det mer. Vi har visserligen kontrollerat för skillnader i hjälpbehov mätt som antal husliga sysslor som man behöver hjälp med, men det kan finnas andra skillnader i hjälpbehov mellan könen som vi inte har möjlighet att kontrollera för.

Kommunal hjälp har dock under hela 1990-talet varit en knapp resurs, och det är också möjligt att det finns en form av *diskriminering* så att män och kvinnor möter olika bedömningar från omsorgsapparaten. Kanske är de tjänstemän som bedömer hjälpbehov mer benägna att bevilja hjälp till en man som lever ensam än till en kvinna i samma situation.¹⁹ När det gäller äldre funktionshindrade som lever i flerpersonshushåll, dvs. oftast gifta par, är det på motsvarande sätt möjligt att en gift kvinna oftare än en man i samma situation står ensam om omsorgsansvaret för att hon eller han eller båda önskar detta. Det är dock också möjligt att det även här handlar om en form av diskriminering; att de tjänstemän som fattar beslut om att bevilja kommunal hjälp har olika förväntningar på män och kvinnor, när det gäller att vårda sin partner och därför lättare beviljar hjälp till ett par, där det är mannen som vårdar hustrun än när det är hustrun som vårdar maken.

Av materialet kan inga säkra slutsatser dras om eventuella förändringar över tid. Bland de äldre är dock könsskillnaderna mindre 1998–99 jämfört med tio år tidigare. Vid båda tidpunkterna har ensamboende män betydligt större chans att ha kommunal hjälp jämfört med ensamboende kvinnor, medan den motsatta könsskillnaden bland de sammanboende har försvunnit vid den andra tidpunkten. Åter igen är det inte säkert hur ett sådant mönster ska tolkas. Har äldre gifta män blivit mer jämställda under 1990-talet eller är det snarare de kommunala biståndsbedömarna som blivit mer könsneutrala i sina bedömningar?

6.6.2 Hjälp från anhöriga, vänner och grannar

När det gäller hjälp som ges från anhöriga eller andra närstående personer boende utanför den hjälpbehövandes eget hushåll har vi valt att skilja på två varianter av hjälpsituationer. Vi har intresserat

¹⁹ Man kan också tänka sig att vuxna barn, som ofta agerar som föräldrarnas ombud i relation till hjälpapparaten, kan ha olika syn på en fars respektive en mors hjälpbehov och att de därmed påverkar den ansvariga tjänstemannen i olika riktning beroende på förälderns kön.

oss dels för de fall där de hjälpbehövande personerna har uppgivit att de får *anhörighjälp men inte kommunal hjälp*, dels där de intervjuade uppger att de får *både anhörighjälp och kommunal hjälp*.²⁰ Vi har valt att dela upp hjälpen på detta sätt för att bättre förstå i vad mån minskningen av den kommunala hjälpen har åtföljts av att anhöriga och andra närstående i ökad utsträckning är ensamma omsorgsgivare, eller om det snarare handlar om att anhöriga och den kommunala hjälpen kompletterar varandra.

Tabell 6.4. Hjälp av anhörig eller vän som inte bor i samma hushåll som den hjälpbehövande. Relativa skillnader (odds) mellan grupper efter år, kön, hushållstyp, utbildning och födelse-land (kontrollerat för ålder i tioårsklasser samt omfattning av hjälpbehov)²¹. Hemma-boende funktionshindrade personer som behöver praktisk hjälp. 16–64 år (n= 459) (*P-värde kursivt och inom parentes*)

	Anhörighjälp, ej kommunal hjälp	Både anhörighjälp och kommunal hjälp
<i>År</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Kön</i>	<i>(0,008)</i>	<i>(E S)</i>
Män	1	
Kvinnor	1,88	
<i>Hushållstyp</i>	<i>(0,000)</i>	<i>(0,000)</i>
Flerpersonshushåll	1	1
Ensamhushåll	3,66	10,54
<i>Utbildning</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Födelse-land</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Förändringar mellan 1988–89 och 1998–99 av skillnaderna mellan:</i>		
Könen	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Flerpersonshushåll och ensamhushåll	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Utbildningsnivåer	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Utrikes och inrikes födda	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

²⁰ I båda fallen omfattar "anhörighjälp" hjälp från anhöriga, vänner eller grannar som inte bor tillsammans med den hjälpbehövande personen – hjälp från make/maka eller andra personer inom det egna hushållet redovisas i nästkommande avsnitt.

²¹ Omfattning av hjälpbehov är liksom i övriga analyser definierat som antal av de fyra husliga sysslorna som man uppger sig behöva hjälp med.

Av Tabell 6.4 framgår att bland funktionshindrade i åldersgruppen 16–64 år har chansen att få hjälp av anhöriga inte förändrats över tid. Detta gäller oavsett om vi ser på anhörighjälp enbart eller i kombination med kommunal hjälp. Av tabellen framgår vidare att kvinnor och ensamboende har anhörighjälp i större utsträckning än män och personer som bor tillsammans med någon annan. Det finns inga skillnader i dessa avseenden mellan ut- och inrikesfödda eller mellan personer med kortare eller längre utbildning.

Bland de äldre är mönstret lite annorlunda, se Tabell 6.5.

Tabell 6.5. Hjälp av anhörig eller vän som inte bor i samma hushåll som den hjälpbehövande. Relativa skillnader (odds) mellan grupper efter år, kön, hushållstyp, utbildning och födelseland (kontrollerat för ålder i tioårsklasser samt omfattning av hjälpbehov). Hemma-boende funktionshindrade personer som behöver praktisk hjälp. 65–84 år (n= 856) (P-värde kursivt och inom parentes)

		Anhörighjälp, ej kommunal hjälp	Både anhörighjälp och kommunal hjälp
År	1988–89	(0,055)	(E S)
	1998–99	1 [1,41]	
Kön	Män	(0,016)	(0,023)
	Kvinnor	1 1,62	1 1,99
Hushållstyp	Flerpersonshushåll	(0,000)	(0,000)
	Ensamhushåll	1 2,52	1 6,65
Utbildning	Förgymnasial	(0,009)	(E S)
	Gymnasial eller längre	1 0,59	
Födelseland	Sverige	(0,033)	(E S)
	Utrikes	1 1,95	
<i>Förändringar mellan 1988–89 och 1998–99 av skillnaderna mellan:</i>			
	Könen	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
	Flerpersonshushåll och ensamhushåll	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
	Utbildningsnivåer	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
	Utrikes och inrikes födda	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Även bland de äldre funktionshindrade får kvinnor och ensamboende hjälp av anhöriga i högre utsträckning än män och personer som bor tillsammans med någon annan. Detta gäller oavsett om vi intresserar oss för anhörighjälp enbart eller i kombination med kommunal hjälp. Däremot finns det vissa andra skillnader mellan de båda formerna av hjälp: anhörighjälp som ges utan kombination med kommunal hjälp är vanligare bland utrikesfödda än bland personer födda inom riket, och bland dem som har kortare utbildning jämfört med dem som har längre. Vidare finns en tendens ($p=0,055$) att anhörighjälp utan kombination med kommunal hjälp har ökat under 1990-talet. Bland de äldre bekräftas därmed den tendens till *informalisering* av hjälpmönstren under 1990-talet som vi kunnat se i kapitlets inledande figurer.

Med ett undantag har skillnaderna mellan olika grupper inte förändrats under 1990-talet. Undantaget gäller utbildningsnivå och anhörighjälp som ges utan kombination med kommunal hjälp bland de äldre: 1988–89 hade äldre med lägre utbildning anhörighjälp i större utsträckning än äldre med högre utbildning, 1998–99 har denna skillnad mellan utbildningsgrupperna försvunnit.

6.6.3 Hjälp från make/maka eller annan hushållsmedlem

Hjälp från make/maka eller annan person i hushållet analyseras på samma sätt som hjälp av andra anhöriga/vänner ovan. Det innebär att vi studerar oddsen att få hjälp av en hushållsmedlem utan att också ha kommunal hjälp respektive att få både kommunal hjälp och hjälp av en hushållsmedlem. Här begränsas analysen av naturliga skäl enbart till dem som bor tillsammans med någon annan person.

Tabell 6.6. Hjälp av make/maka eller annan hushållsmedlem. Relativa skillnader (odds) mellan grupper efter år, kön, utbildning och födelseland (kontrollerat för ålder i tioårsklasser samt omfattning av hjälpbehov). Hemmaboende funktionshindrade personer i flerpersonshushåll som behöver praktisk hjälp. 16–64 år (n= 362) (P-värde kursivt och inom parentes)

	Hjälp av hushållsmedlem, ej kommunal hjälp	Både hjälp av hushållsmedlem och kommunal hjälp
<i>År</i>	<i>(0,065)</i>	<i>(E S)</i>
1988–89	1	
1998–99	[1,87]	
<i>Kön</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Utbildning</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Födelseland</i>	<i>(0,005)</i>	<i>(E S)</i>
Sverige	1	
Utrikes	4,17	
<i>Förändringar mellan 1988–89 och 1998–99 av skillnaderna mellan:</i>		
Könen	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Utbildningsnivåer	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Utrikes och inrikes födda	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Bland de yngre funktionshindrade som bor tillsammans med någon annan person är det betydligt vanligare att utrikesfödda jämfört med inrikesfödda får hjälp av make/maka eller annan person inom det egna hushållet utan samtidig kommunal hjälp. Oddset för att en yngre funktionshindrad invandrare får hjälp enbart av någon person inom det egna hushållet är fyra gånger högre jämfört med en person som är född i Sverige (allt annat lika).

Bland de äldre finns inte motsvarande skillnad bland inrikes- och utrikesfödda, se Tabell 6.7.

Tabell 6.7. Hjälp av make/maka eller annan hushållsmedlem. Relativa skillnader (odds) mellan grupper efter år, kön, utbildning och födelseland (kontrollerat för ålder i tioårsklasser samt omfattning av hjälpbehov). Hemmaboende funktionshindrade personer i flerpersonghushåll som behöver praktisk hjälp. 65–84 år (n=488) (P-värde kursivt och inom parentes)

	Hjälp av hushållsmedlem, ej kommunal hjälp	Både hjälp av hushållsmedlem och kommunal hjälp
<i>År</i>	<i>(0,071)</i>	<i>(E S)</i>
1988–89	1	
1998–99	[1,56]	
<i>Kön</i>	<i>(0,020)</i>	<i>(0,013)</i>
Män	1	1
Kvinnor	0,56	2,38
<i>Utbildning</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Födelseland</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Förändringar mellan 1988–89 och 1998–99 av skillnaderna mellan:</i>		
Könen	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Utbildningsnivåer	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
Utrikes och inrikes födda	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Till skillnad från yngre funktionshindrade finns det bland de äldre en könsskillnad som är parallell till det könsmönster i kommunal hjälp som visas i Figur 6.8: för män är chansen att få hjälp av en hushållsmedlem (oftast hustrun) utan att samtidigt få kommunal hjälp större än för gifta kvinnor i samma situation. En gift kvinna som behöver hjälp har i stället större chans än en gift man att få hjälp både från en hushållsmedlem och från kommunen. Detta innebär att den gifte mannen inte står lika ensam om omsorgsansvaret om sin hjälpbehövande maka som den gifte kvinnan i motsvarande situation.

Medan det inte finns några tecken till förändring under 1990-talet när det gäller andelen som får både hjälp från hushållsmedlem och från kommunen, så finns det bland både yngre och äldre funktionshindrade en tendens (p= 0,065 respektive 0,071) till ökning av andelen som får hjälp enbart från hushållsmedlem. Detta tyder på att funktionshindrade i flerpersonghushåll under 1990-talet har

blivit mer beroende av hjälp från make/maka och andra hushållsmedlemmar.²² Både bland yngre och äldre funktionshindrade finns det därmed en tendens till *informalisering* av hjälpmönstren i form av att hjälp från en person inom det egna hushållet tenderar att ha ersatt den kommunala hjälpen.

Den enda statistiskt säkerställda förändringen över tid av skillnader mellan grupper gäller personer med olika utbildningsnivå bland de äldre: här har oddset att få hjälp av en hushållsmedlem (utan att samtidigt få kommunal hjälp) ökat bland äldre med lägre utbildning, och minskat bland dem med högre. Detta innebär att bland äldre med högre utbildning har 1990-talet inneburit två motsatta tendenser, eller om man så vill en förskjutning, av de informella hjälpinsatserna: hjälp från anhöriga utanför hushållet har ökat medan hjälp från anhöriga inom det egna hushållet har minskat.

6.6.4 Privat köpt hjälp och annan hjälp

Tidigare i detta kapitel har visats att privat köpt hjälp och vad som för övrigt kan rymmas i kategorin "privat/annan hjälp" har ökat under 1990-talet, främst bland de äldre (se Figur 6.1 och 6.3). I detta avsnitt analyseras "privat/annan hjälp" på samma sätt som informella hjälpinsatser i de två föregående avsnitten. Det innebär att vi intresserar oss för å ena sidan den grupp som uppger att de får privat/annan hjälp men inte kommunal hjälp, å andra sidan den grupp som uppger att de får både privat och kommunal hjälp. I båda fallen kan hjälp av hushållsmedlem eller andra anhöriga förekomma parallellt med den privata hjälpen.

Av Tabell 6.8 och 6.9 framgår att med hänsyn tagen till eventuella förändringar av gruppernas sammansättning har chansen att få privat/annan hjälp utan kombination med kommunal hjälp ökat bland de äldre men inte bland de yngre. Motsvarande ökning gäller inte kombinationen av privat/annan och kommunal hjälp. Detta torde tyda på att bland de äldre har kommunal hjälp till viss del ersatts av privat/annan hjälp, snarare än att den privata hjälpen kompletterar hjälp från kommunen. Bland de äldre funktionshindrade har därmed 1990-talet medfört en förskjutning av hjälpmönstren i riktning mot *marknadisering*: den minskade kommunala hjälpen har till viss del ersatts av hjälp köpt på en privat marknad.

²² Observera dock att när det gäller de yngre funktionshindrade (16–64 år) som har störst behov av hjälp finns som tidigare nämnts en motsatt tendens, se Figur 6.7.

Tabell 6.8. Privat köpt hjälp eller annan hjälp. Relativa skillnader (odds) mellan grupper efter år, kön, hushållstyp, utbildning och födelseland (kontrollerat för ålder i tioårsklasser samt omfattning av hjälpbehov). Hemmaboende funktionshindrade personer som behöver praktisk hjälp. 16–64 år (n=459) (P-värde kursivt och inom parentes)

	Privat/annan hjälp, ej kommunal hjälp	Både privat/annan hjälp och kommunal hjälp
<i>År</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Kön</i>	<i>(E S)</i>	<i>(0,040)</i>
Män		1
Kvinnor		0,21
<i>Hushållstyp</i>	<i>(0,039)</i>	<i>(0,000)</i>
Flerpersonshushåll	1	1
Ensamhushåll	2,31	14,21
<i>Utbildning</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Födelseland</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Förändringar mellan 1988–89 och 1998–99 av skillnaderna mellan:</i>		
Könen	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Flerpersonshushåll och ensamhushåll	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Utbildningsnivåer	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Utrikes och inrikes födda	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Tabell 6.9. Privat köpt hjälp eller annan hjälp. Relativa skillnader (odds) mellan grupper efter år, kön, hushållstyp, utbildning och födelseland (kontrollerat för ålder i tioårsklasser samt omfattning av hjälpbehov). Hemmaboende funktionshindrade personer som behöver praktisk hjälp. 65–84 år (n=856) (P-värde kursivt och inom parentes)

	Privat/annan hjälp, ej kommunal hjälp	Både privat/annan hjälp och kommunal hjälp
<i>År</i>	<i>(0,001)</i>	<i>(E S)</i>
1988–89	1	
1998–99	2,68	
<i>Kön</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Hushållstyp</i>	<i>(0,002)</i>	<i>(0,000)</i>
Flerpersonshushåll	1	1
Ensamhushåll	2,69	1,56
<i>Utbildning</i>	<i>(0,004)</i>	<i>(E S)</i>
Förgymnasial	1	
Gymnasial eller längre	2,31	
<i>Födelseland</i>	<i>(E S)</i>	<i>(E S)</i>
<i>Förändringar mellan 1988–89 och 1998–99 av skillnaderna mellan:</i>		
Könen	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Flerpersonshushåll och ensamhushåll	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Utbildningsnivåer	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>
Utrikes och inrikes födda	<i>Nej</i>	<i>Nej</i>

E S = Ej signifikant (p-värde > 0,100); om p-värdet är mellan 0,05 och 0,10 anges estimatet inom hakparentes.

Både bland yngre och äldre funktionshindrade har personer som bor ensamma större chans att ha privat hjälp jämfört med dem som bor i flerpersonshushåll. Detta gäller oavsett om vi ser på privat hjälp i kombination med eller utan kommunal hjälp.

Varken bland yngre eller äldre tycks födelselandet ha någon betydelse för användning av privat hjälp, medan utbildningsnivåer bland de äldre följer det mönster vi har anledning att förvänta oss från Figur 6.6 – även med hänsyn tagen till eventuella skillnader mellan grupperna när det gäller exempelvis hushållstyp och hjälpbehov, är privat/annan hjälp vanligare bland äldre funktionshindrade med högre utbildning.

Det har inte skett några signifikanta förändringar över tid när det gäller olika gruppers användning av privat hjälp, vilket framgår av

de nedre delarna i Tabell 6.8 och 6.9. Det finns dock en tendens (om än svag; $p=0,116$) att användning av privat hjälp har ökat mer bland äldre med högre utbildning.

6.7 Hjälpbehov och ekonomiska svårigheter

I kapitel 4 i denna rapport redovisades den ekonomiska situationen för personer med funktionshinder. Vi kunde då konstatera att de flesta grupper av funktionshindrade yngre (16–64 år) har inkomster på nära nog samma nivå som befolkningen i övrigt, men att personer med funktionshinder ändå betydligt oftare har ekonomiska svårigheter. Äldre funktionshindrade personer visades ha både låga inkomster och ekonomiska svårigheter i högre utsträckning än icke funktionshindrade i samma åldersgrupp, men även i denna åldersgrupp var det vanligare med ekonomiska svårigheter bland funktionshindrade än vad man skulle förvänta sig utifrån inkomstnivåerna. Vi tolkade diskrepansen mellan inkomster och förekomsten av ekonomiska svårigheter så att funktionshindrade personer har merkostnader relaterade till funktionshindret som de inte (fullt ut) kompenseras för, något som också har framkommit i andra studier, t.ex. Socialstyrelsen 2000a.

När det gäller den grupp av funktionshindrade som har varit i fokus i detta kapitel är kostnader för hjälpinsatser i hemmet en betydelsefull form av sådana merkostnader. Det har också framkommit i tidigare studier att hemtjänstens avgifter kan vara en orsak att avstå från hjälp. Enligt en studie från 1999 uppgav 17 procent av äldre personer (75 år+) som behövde hjälp med vardagssysslor att de hade avstått från hemtjänst p.g.a. avgiftens storlek. Personer med låga inkomster hade avstått oftare än andra (Mossler & Höjgård 2001).

Vi ska därför här se i vad mån personer som har behov av hjälp i vardagen har större ekonomiska svårigheter än andra. En möjlig hypotes är att dessa personer har kostnader förknippade med sitt hjälpbehov som gör att de har svårare att få ekonomin att gå ihop. Men man kan också tänka sig att detta gäller dem som får kommunal hjälp (dvs. hjälp som i de flesta fall är avgiftsbelagd²³) snarare än dem som enbart får hjälp av någon hushållsmedlem eller andra anhöriga, dvs. hjälp som man oftast inte betalar för. Vi har därför undersökt dels om de som *behöver* praktisk hjälp skiljer sig från

²³ Detta gäller hemtjänstens insatser, medan personlig assistans inte är avgiftsbelagd.

övriga funktionshindrade när det gäller förekomst av ekonomiska svårigheter, dels om de som har *kommunal hjälp* respektive *enbart informell hjälp* skiljer sig från dem som inte får sådan hjälp (men som i övrigt är i samma situation när vi kontrollerar för olika bakgrundsfaktorer på samma sätt som i Tabellerna 6.3–6.9 i detta kapitel).

Det visar sig då att äldre personer som *behöver hjälp* har ungefär dubbelt så hög risk att ha ekonomiska svårigheter jämfört med dem som inte behöver hjälp, när vi kontrollerar för övriga skillnader mellan grupperna. Detta gäller såväl risken att sakna kontantmarginal som att ha problem med att klara de löpande utgifterna liksom det som i kapitel 4 har betecknats ”stora ekonomiska svårigheter”, dvs. att *både* sakna kontantmarginal *och* ha svårigheter med löpande utgifter. Dessa överrisker har dock inte förändrats under 1990-talet. Bland de yngre har de som har behov av praktisk hjälp inga överrisker att ha ekonomiska svårigheter.

I båda åldersgrupperna är det vanligare att sakna kontantmarginal bland dem som har *kommunal hjälp*. Åren 1998–99 gällde det 46 procent av de yngre och 31 procent av de äldre. Detta kan jämföras med 31 procent bland de yngre och 20 procent bland de äldre som *inte* har kommunal hjälp. I båda åldersgrupperna är risken (egentligen oddset) dubbelt så hög(t) för gruppen med kommunal hjälp jämfört med dem som inte har sådan hjälp, när vi kontrollerar för övriga skillnader mellan grupperna. Inte heller dessa överrisker har förändrats under 1990-talet. När det gäller övriga indikatorer på ekonomiska svårigheter finns det inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Slutligen finns det inga skillnader när det gäller förekomsten av ekonomiska svårigheter mellan dem som enbart får *informell hjälp* jämfört med övriga funktionshindrade, vare sig bland de yngre eller äldre.

Den slutsats som kan dras av dessa resultat är för det första att det finns ett samband mellan ekonomiska svårigheter och hjälpbehov bland de äldre. Det faktum att både yngre och äldre med kommunal hjälp har ekonomiska svårigheter i betydligt högre utsträckning än de som enbart får informell hjälp, tyder på att kostnaderna för den kommunala hjälpen har betydelse för hjälpbehövande funktionshindrades ekonomiska situation. Det finns därför all anledning till fortsatt uppmärksamhet på äldreomsorgsavgifternas betydelse för hjälpbehövande äldres ekonomiska situation.

6.8 Sammanfattande diskussion

I detta kapitel har vi studerat hjälpmönstren vid ingången och utgången av 1990-talet bland funktionshindrade personer som bor i sina vanliga bostäder och som behöver praktisk hjälp. Vi har analyserat fyra olika kategorier av hjälpgivare – kommunal hjälp, anhörighjälp (dvs. hjälp från anhöriga, vänner och grannar som inte bor tillsammans med den hjälpbehövande), hjälp från make/maka eller andra hushållsmedlemmar samt privat/annan hjälp (dvs. främst hjälp köpt på den privata marknaden).

Studien visar att informella hjälpinsatser, totalt sett, dominerar stort över kommunal hjälp och privat köpt hjälp. Detta gäller både yngre och äldre funktionshindrade, men särskilt dem som är yngre än 65 år. Vid såväl ingången som utgången av 1990-talet får de flesta funktionshindrade den hjälp de behöver från en person inom det egna hushållet eller från någon annan anhörig eller vän. Bland de yngre (16–64 år) är det endast var femte hjälpbehövande person som får hjälp från annat håll; bland de äldre rör det sig om var tredje person. Denna skillnad mellan åldersgrupperna kan till stor del förklaras av att det är betydligt vanligare att äldre personer lever ensamma. Bland yngre hjälpbehövande funktionshindrade personer som lever tillsammans med någon annan person är det vid slutet av 1990-talet drygt 90 procent som enbart får informell hjälp; bland de äldre i motsvarande situation rör det sig om cirka 85 procent. Bland både yngre och äldre som lever ensamma är det grovt räknat 40–50 procent som enbart får informell hjälp, och 20–25 procent som enbart får kommunal hjälp (samtliga beräkningar från Figur 6.5).

Under decenniet har det skett vissa förskjutningar av dessa hjälpmönster: Den *kommunala hjälpen* har minskat både bland yngre och äldre funktionshindrade – dock inte bland dem med mest omfattande hjälpbehov i åldersgruppen 16–64 år, och inte heller bland dem i samma åldersgrupp som bor tillsammans med någon annan person (observera dock att den kommunala hjälpen i denna grupp var av mycket begränsad omfattning redan vid den första tidpunkten).

Samtidigt med att den kommunala hjälpen har minskat finns det en tendens att *hjälp från anhöriga* utanför den funktionshindrades eget hushåll har ökat bland de äldre men inte bland de yngre. Det finns också en tendens att *hjälp av make/maka eller annan hushållsmedlem* har ökat såväl bland yngre som äldre funktionshindrade.

Till sist visar analyserna i detta kapitel att *privat/annan hjälp* har ökat bland de äldre funktionshindrade, men inte bland de yngre.

Dessa förändringar av hjälpmönstren visar att den minskade kommunala hjälpen tycks ha åtföljts av en viss ökning både av informella hjälpinsatser och av hjälp köpt på den privata marknaden. Dessa tendenser till *informalisering* respektive *marknadisering* av funktionshindrade personers hjälpmönster är starkare bland äldre än bland yngre, och har i huvudsak formen av att informella respektive privata hjälpinsatser har ersatt kommunens hjälp snarare än att en person som behöver hjälp får både kommunal och informell eller privat köpt hjälp.

Bland äldre (men inte yngre) funktionshindrade finns ett samband mellan *utbildningsnivåer* och förskjutningar av hjälpmönstren under 1990-talet. När det gäller den ökade användningen av hjälp köpt på marknaden, dvs. tendensen till marknadisering, är denna tendens starkare bland äldre med högre utbildning. Äldre med högre utbildning använde redan vid slutet av 1980-talet privat hjälp i högre utsträckning än äldre med kortare utbildning; tio år senare har denna skillnad mellan grupperna ökat. När det gäller tendensen till informalisering är mönstret mer komplext. Vid slutet av 1980-talet var det vanligare att äldre med lägre utbildning fick hjälp av anhöriga utanför det egna hushållet. Under 1990-talet ökade denna hjälpform mer bland äldre med högre utbildning med påföljd att 1998–99 har de utbildningsrelaterade skillnaderna i anhörighjälp försvunnit. Hjälpinsatser från make/maka eller andra hushållsmedlemmar var ungefär lika vanliga i båda utbildningsgrupperna 1988–89. Denna hjälpform ökade under 1990-talet bland äldre med lägre utbildning men minskade bland dem med högre med påföljd att denna form av hjälp 1998–99 var vanligast bland dem med lägre utbildning.

Äldre med högre utbildning tenderar därmed att ha ersatt den minskade kommunala hjälpen både med mer hjälp köpt på marknaden och med ökade anhöriginsatser. Bland äldre med lägre utbildning är det framför allt bland dem som bor tillsammans med någon annan som hjälpmönstren har ändrats: denna grupp tenderar att ha ersatt den minskade kommunala hjälpen med mer insatser av en person inom det egna hushållet.

Mellan de övriga grupper vi har intresserat oss för skiljer sig inte utvecklingen av hjälpmönstren över tid. Däremot finns det vissa skillnader i hjälpmönster som kan vara viktiga att notera.

Alla former av hjälp är vanligare bland ensamboende jämfört med dem som bor i *flerpersonhushåll*. Det gäller såväl kommunal hjälp som anhörighjälp och privat/annan hjälp, och det gäller såväl äldre som yngre funktionshindrade. Ur ett välfärdsperspektiv kan det vara viktigt att notera att det totalt sett är mycket få som uppger att de helt saknar hjälp, med ett undantag: bland ensamboende i den yngre åldersgruppen är det en inte försumbar andel (runt åtta procent) som uppger att de står utan hjälp trots hjälpbehov.

När det gäller *mäns och kvinnors* hjälpmönster finns det klara skillnader när det gäller vem en funktionshindrad man respektive kvinna får hjälp av. Kommunal hjälp är vanligare bland män som bor ensamma jämfört med kvinnor i samma situation. Detta gäller både yngre och äldre personer. Det finns ett motsatt könsmonster bland funktionshindrade som inte bor ensamma (detta gäller endast den äldre åldersgruppen): kommunal hjälp är vanligare bland gifta par där det är kvinnan som är hjälpbehövande. Detta innebär att det är vanligare att en gift man får all sin omsorg från hustrun som därmed oftare än en man i samma situation står helt ensam om omsorgsansvaret.

Hjälp från anhöriga utanför den hjälpbehövandes eget hushåll är vanligare bland kvinnor än män. Detta gäller både yngre och äldre, och även med hänsyn taget till skillnader mellan könen när det gäller exempelvis hushållstyp och hjälpbehovens omfattning. Därmed finns det inga större skillnader mellan könen när det gäller användning av privat/annan hjälp.

Funktionshindrade personer *födda inom respektive utom Sveriges gränser* uppvisar också vissa skillnader i hjälpmönster: det är vanligare att utrikesfödda äldre personer får hjälp från anhöriga utanför det egna hushållet, och det finns en tendens att de får kommunal hjälp i mindre utsträckning än inrikesfödda. Bland de yngre utrikesfödda som bor tillsammans med någon annan person är det vanligare att få hjälp enbart av en hushållsmedlem än bland Sverige-födda (allt annat lika). Olika former av informella omsorgsinsatser är därmed vanligare bland både yngre och äldre funktionshindrade som är födda utanför Sveriges gränser.

Gemensamt för alla analyserna i detta kapitel är att vi inte kan uttala oss om huruvida de förändringar över tid och de skillnader mellan grupper som vi finner är önskade eller oönskade av dem som är berörda. Vi vet därför inte om utrikesfödda personers hjälpmönster med mer informella hjälpinsatser är något som både

de hjälpbehövande själva och deras hjälpgivande anhöriga har önskat, eller om det är ett resultat av någon form av diskriminering från de formella hjälpsystemens sida. Socialstyrelsen har dock uppmärksammat att endast var femte kommun har information om kommunens hjälpinsatser på andra språk än svenska, något som kan tala för att bristande tillgänglighet till och information om kommunal hjälp åtminstone delvis skulle kunna ligga bakom de skillnader vi finner (Socialstyrelsen 1999b; se även SOU 1998:139). Inte heller vet vi om de skillnader i hjälpmönster som vi finner mellan könen eller mellan utbildningsgrupperna beror på att olika grupper har olika preferenser när det gäller hjälp, om grupperna har skilda ekonomiska möjligheter att välja olika former av avlönad hjälp framför anhörigas insatser, eller om det även här handlar om någon form av diskriminering från hjälpapparaten.

Däremot vet vi från ett flertal studier särskilt bland äldre (se exempelvis Andersson 1993, Sundström 1994 och Sundström & Hassing 2000) att de allra flesta som behöver långvarig hjälp föredrar att få denna hjälp från den offentliga hjälpapparaten, framför att få hjälp från anhöriga eller att köpa hjälp på marknaden. Härav följer att det finns anledning till oro för att ökningen av såväl informella omsorgsinsatser som privat köpt hjälp är förskjutningar som inte är önskade av vare sig funktionshindrade som behöver hjälp eller av deras familjemedlemmar. Risken finns att åstramningar och avgiftshöjningar av den kommunala hjälpen har lett till att anhöriga (både makar och andra närstående) har tvingats ta ett större omsorgsansvar än vad både den hjälpbehövande och den hjälpgivande parten finner önskvärt.²⁴ I den mån de ökade anhöriginsatserna är en följd av ett påtvingat omsorgsansvar rör det sig med all sannolikhet om en välfärd förlust för bägge parter.

²⁴ Anhöriga (främst föräldrar) till funktionshindrade barn är en grupp vars situation vi inte har haft möjlighet att undersöka i denna studie. Andra uppgifter tyder dock på att denna grupp har fått ett utökat omsorgsansvar under 1990-talet. Så framgår exempelvis av Regeringens skrivelse 1999/2000:102 sid. 90, på basis av länsstyrelsernas rapporter att "familjerna med funktionshindrade barn tvingas bära allt tyngre bördor." (Se även Paulsson & Fasth 1999.)

7 Funktionshinder och välfärd – sammanfattning och diskussion

Under det senaste decenniet har en rad händelser inträffat som på olika sätt torde ha haft betydelse för välfärdsutvecklingen bland funktionshindrade personer. Som vi diskuterade i inledningskapitlet var 1990-talet inte enbart en period av nedskärningar och besparingar inom socialpolitiken. Flera ambitionshöjande reformer genomfördes i syfte att öka rättigheterna för och stödet till personer med funktionshinder (LSS och LASS), och de samlade offentliga utgifterna för stöd och service till personer med funktionshinder har också ökat under decenniet. Under perioden sattes även omfattande omstruktureringar av ansvarsfördelningen mellan sjukvård (landstingen) och omsorg (kommunerna) inom ramen för handikapp- och psykiatrireformerna och Ädelreformen. Samtidigt torde rimligen krisen i både sysselsättningen och statsfinanserna, med påföljande åtstramningar inom såväl välfärdstjänsterna som försörjningssystemen, påverkat välfärden bland funktionshindrade i minst lika stor utsträckning som bland befolkningen i stort.

Vi vill i detta avslutande kapitel söka sammanfatta och diskutera våra resultat kring funktionshindrade personers sysselsättning, arbetsförhållanden, ekonomi, hälsa samt vård- och omsorgsutnyttjande. Under 1990-talet har ett medborgar- och rättighetsperspektiv i allt högre grad präglat handikappolitiken. Detta kommer bland annat till uttryck i att LSS/LASS är rättighetslagar som slår fast vilka rättigheter funktionshindrade har. Därmed kommer också förmågan att hävda dessa rättigheter gentemot kommuner och myndigheter i fokus. Avslutningsvis kopplar vi därför samman rättigheter och välfärd genom att analysera hur politiska resurser utvecklats bland funktionshindrade personer.

7.1 Ofärdsutvecklingen under 1990-talet i sammandrag

Vi har i denna volym valt att redovisa situationen för personer med fem olika typer av funktionshinder: nedsatt hörsel, nedsatt syn, rörelsehinder, långvariga psykiska besvär samt nedsatt rörlighet i armar eller händer (för exakta definitioner och avgränsningar, se Kapitel 1). Givet våra avgränsningar är nedsatt hörsel det vanligast förekommande funktionshindret i åldrarna 16–64 år. Bland de äldre (65–84 år) är de två grupperna med rörelsenedsättningar av ungefär samma storlek som gruppen med nedsatt hörsel. Om vi omräknar till befolkningstal rör det sig om mer än en och en halv miljon människor som har något av de funktionshinder som vi studerar.

Samtliga analyser bygger på SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Vi jämför i huvudsak välfärdsutvecklingen mellan 1988–89 och 1998–99 (i vissa fall är den senare mät-tidpunkten 1996–97).¹

I en bedömning av 1990-talets välfärdsutveckling bland funktionshindrade kan det inledningsvis vara relevant att väga in eventuella förändringar av gruppens storlek. Vi kan då konstatera att det har skett en ökning av andelen med funktionshinder i åldersgruppen 16–64 år. Det gäller tre av de fem grupper av funktionshinder vi studerar: nedsatt hörsel, nedsatt rörlighet i händer/armar samt långvariga psykiska besvär. Andelen med rörelsehinder har minskat, men sammantaget har det i denna åldersgrupp skett en ökning av andelen som har något funktionshinder. Bland de äldre är utvecklingen den motsatta; framför allt har andelen äldre med rörelsehinder och med nedsatt rörlighet i händer eller armar minskat, något som i huvudsak är en konsekvens av att de grupper som vid slutet av 1990-talet träder in i pensionsåldern har bättre rörelseförmåga än vad motsvarande grupp hade tio år tidigare.

I den mån antalet funktionshindrade personer i förvärvsaktiva åldrar ökar därför att fler människor kan räddas till livet från allvarliga sjukdomar eller skador (men med bestående funktionshinder) bör ökningen betraktas som en välfärdsvinst. Det är dock inte troligt att en ökning av den storleksordning som vi noterar,

¹ Studien bygger på personliga intervjuer. Det bör speciellt påpekas att samtliga analyser bygger på s.k. upprepade tvärsnitt. Detta innebär att vi jämför levnadsvillkoren för olika grupper av funktionshindrade vid de båda tidpunkterna medan vi inte har analyserat hur levnadsvillkoren har utvecklats för enskilda personer, dvs. vad som brukar kallas longitudinella analyser.

och med de definitioner av funktionshinder som vi använder, helt skulle kunna förklaras på detta sätt. Att ett ökat antal yngre och medelålders människor har nedsatt hörsel, nedsatt rörelseförmåga i armar/händer eller lider av psykiska besvär måste därför rimligen betraktas som en välfärdsproblem, och reser frågor om vad som kan ligga bakom ökningen. I den mån ökningen kan relateras till samhällsliga förhållanden (exempelvis inom arbetslivets område) är det ur ett välfärdsperspektiv av största vikt att identifiera och söka påverka dessa funktionshinderande faktorer.

De flesta av de funktionshinder som vi har studerat fördelas inte jämnt i befolkningen. Funktionshinder är genomgående vanligare bland personer som är födda utanför Sveriges gränser och bland lågutbildade personer. För alla de grupper av funktionshindrade som vi har avgränsat, utom nedsatt hörsel, gäller att kvinnor är överrepresenterade. Om vi jämför förekomsten av funktionshinder i olika familjetyper, finner vi att alla former av funktionshinder (utom nedsatt hörsel) är vanligast bland dem som lever ensamma. Funktionshindrade som har barn är också betydligt oftare ensamstående än andra föräldrar. Dessa sociala skillnader i risken att vara funktionshindrad föreligger såväl vid 1990-talets ingång som vid dess slut. Vi ser det som en angelägen uppgift att närmare analysera vad som orsakar dessa skillnader.

Personer med funktionshinder är naturligtvis ur en rad aspekter en mycket heterogen grupp. Den bild som framkommer från våra analyser är dock på ett plan entydig: generellt sett har funktionshindrade personer sämre välfärd än resten av befolkningen. Det gäller de flesta av de indikatorer på ofärd och de flesta av de grupper av funktionshindrade som vi studerar. Däremot är bilden av hur välfärden har förändrats för personer med funktionshinder jämfört med andra grupper mer komplex. Inom de flesta områden har utvecklingen varit likartad den för befolkningen i stort, men det finns både exempel på att funktionshindrade personer har haft en bättre välfärdsutveckling än befolkningen i övrigt och exempel på motsatsen.

I följande avsnitt sammanfattas i komprimerad form de analyser som vi presenterat i tidigare kapitel. För ett antal olika indikatorer² redovisas med en pil (↗, ↘ eller →) huruvida ofärden ökat, minskat eller är oförändrad i befolkningen i stort under 1990-talet. Den uppåtriktade pilen innebär således att ofärden har ökat.

² För närmare presentationer se respektive kapitel.

I de fem följande kolumnerna sammanfattas i vilken mån de fem funktionshindersgrupperna har mer ofärd än andra, när vi kontrollerar för skillnader mellan grupperna avseende ålder, kön, utbildning, födelseland och familjetyp.³ Ej signifikanta skillnader mellan funktionshindrade och befolkningen i övrigt representeras i tabellerna av tomma celler. Om det finns plustecken i cellerna innebär det att den aktuella gruppen av funktionshindrade har en större risk för ofärd än de som inte har funktionshindret i fråga. Ett plustecken anger att risken (egentligen oddset) bland funktionshindrade är förhöjd, men är mindre än dubbelt så hög. Två plustecken innebär att risken (oddset) är två till fyra gånger högre än för den grupp som inte har det aktuella funktionshindret. Tre plustecken innebär att risken (oddset) är minst fyra gånger högre.⁴ Med pilar (↑ eller ↓) anges här de fall då skillnaden i ofärd mellan funktionshindrade och övriga har ökat respektive minskat under 1990-talet. Liksom i rapporten i övrigt är den sammanfattande beskrivningen uppdelad i två breda åldersgrupper, 16–64 respektive 65–84 år.

7.1.1 Fördelning och förändring av ofärd bland dem under 65 år

I åldersgruppen 16–64 år har andelen med *svag arbetsmarknadsförankring* (dvs. de som varken förvärvsarbetar eller studerar) ökat under 1990-talet (detta framgår av symbolen ↗ på rad ett, kolumnen "Nivåförändring" i Tabell 7.1). I alla grupper av funktionshindrade finns det en överrisk för att ha svag arbetsmarknadsförankring – mest så bland dem med nedsatt syn, rörelsehinder eller långvariga psykiska besvär. Det bör noteras att vi i dessa analyser även har kontrollerat för skillnader mellan grupperna när det gäller arbetsförmåga enligt individens egen bedömning (förutom de övriga kontrollvariablerna ålder, kön, utbildning,

³ Vi vill uppmärksamma läsaren på att när det gäller beskrivningen av välfärdsutvecklingen i befolkningen som helhet (kolumnen "Nivåförändring") analyserar vi huruvida det har skett någon statistiskt säkerställd förändring av *andelen* som har respektive form av ofärd. I de följande fem kolumnerna jämför vi i stället risken (egentligen *oddset*) för ofärd bland de olika grupperna av funktionshindrade jämfört med dem som inte har respektive funktionshinder. Till skillnad från den förstnämnda jämförelsen kontrollerar vi här för skillnader mellan grupperna när det gäller ålder, kön etc.

⁴ Eftersom vi här endast redovisar skillnader i ofärd inom grova intervall har vi valt att även inkludera uppgifter för dem med nedsatt syn i åldrarna 16–64 år, trots att antalet intervjuer i denna grupp är så pass lågt att skattningarna här är mer osäkra.

födelseland och familjetyp).⁵ Det innebär att de överrisker för svag arbetsmarknadsförankring som redovisas i Tabell 7.1 inte kan förklaras av att det är vanligare bland funktionshindrade än andra att ha nedsatt arbetsförmåga, åtminstone så som detta mäts i ULF-undersökningarna.

Avsaknaden av symbolerna ↑ och ↓ på den första raden i Tabell 7.1 betyder att risken att ha svag arbetsmarknadsförankring bland de olika grupperna av funktionshindrade har förändrats i samma riktning och med samma kraft som i resten av befolkningen. Funktionshindrade personer är alltså i förvärsarbete eller studier i betydligt lägre omfattning än befolkningen i stort, men lågkonjunkturen ledde inte till att man slogs ut från arbetsmarknaden i högre grad än andra grupper – andelen i arbete eller studier minskade i ungefär samma utsträckning som i befolkningen i stort.⁶

⁵ Utan kontroll för arbetsförmåga har alla grupper av funktionshindrade utom de med nedsatt hörsel mycket högre överrisker, se Tabell 3.2 i Kapitel 3.

⁶ Nedgången i andelen förvärsarbetande är absolut sett något större bland dem utan funktionshinder.

Tabell 7.1. Ofärd bland personer med funktionshinder och i befolkningen i stort. Nivåer och förändringar mellan 1988–89 och 1998–99. Åldersgruppen 16–64 år

	Nivå- förändring	Nedsatt hörsel	Nedsatt syn	Rörelse- hinder	Långvariga psykiska besvär	Nedsatt rörlighet i armar/händer
Svag arbets- marknadsförankring	↗	[+]	++	++	++	+
"Övrig sysselsättning"	→			+	++ ↑	+
Enformigt arbete	→	+ ↓		+ ↓	+	+ ↓
Fysiskt olämpligt arbete	→	+ ↓			+	+
Låga inkomster	↗					
Avsaknad av kontantmarginal	↗	+	++	++	++	++
Stora ekonomiska svårigheter	↗	++	++	++	++	++ ↑
Långvariga sjukdomar	↗	++	+++	+++	+	+++
Dålig självskattad hälsa	→	+	+++	+++	+++	+++ ↓
Värk i rygg, leder etc.	↗	++	++	+++ ↑	+	+++ ↑
Ängslan, oro, ängest	↗	+	++	++	+++	++
Avstätt från läkarbesök	→	+			+	+

↗ Andelen med ofärd i befolkningen har ökat mellan 1988–89 och 1998–99.

→ Ingen signifikant förändring av andel med ofärd i befolkningen mellan 1988–89 och 1998–99.

↘ Andelen med ofärd i befolkningen har minskat mellan 1988–89 och 1998–99.

Tomma celler anger att det inte föreligger några signifikanta skillnader mellan dem med det aktuella funktionshindret och den övriga befolkningen.

[+] Viss överrisk (p-värde mellan 0,05 och 0,10).

+ Signifikant överrisk, oddskvot < 2,0.

++ Signifikant kraftig överrisk, oddskvot 2-3,9.

+++ Signifikant mycket kraftig överrisk, oddskvot > 4,0.

↑ Ökad risk för ofärd mellan 1988–89 och 1998–99 för funktionshindrade relativt befolkningen i övrigt.

↓ Minskad risk för ofärd mellan 1988–89 och 1998–99 för funktionshindrade relativt befolkningen i övrigt.

Alla analyser av nedsatt rörlighet i armar/händer gäller 1988–89 och 1996–97. Detsamma gäller analysen av "Avstätt från läkarbesök".

Med "övrig sysselsättning" avses att man varken är förvärvsarbetande, studerande, arbetsökande eller har förtidspension/sjukbidrag. Vare sig i befolkningen i stort eller bland de olika grupperna av funktionshindrade har denna form av ofärd ökat, med ett undantag: bland dem som har långvariga psykiska besvär har risken att ha marginaliserats på detta sätt ökat påtagligt (indikeras av symbolen ↑).

Bland dem i befolkningen som har ett förvärvsarbete är andelen med *enformigt arbete* respektive med *fysiskt olämpligt arbete* (obekväma arbetsställningar och tunga lyft i kombination) oförändrad. Funktionshindrade personer hade vid slutet av 1980-talet generellt sett sämre arbetsmiljö i dessa avseenden, medan dessa skillnader i stort sett hade utjämnats tio år senare. 1990-talet har således i dessa avseenden inneburit en positiv utveckling för den minskade grupp av funktionshindrade som är i förvärvsarbete.⁷

När det gäller *ekonomiska resurser* (de tre nästföljande raderna) har ofärden generellt sett ökat i åldrarna 16–64 år, oavsett val av indikator. Andelen med *låga inkomster* har ökat, liksom andelen som *saknar kontantmarginal* och andelen som har *stora ekonomiska svårigheter* (dvs. de som både saknar kontantmarginal och har svårigheter med de löpande utgifterna). Personer med funktionshinder uppvisar samma utveckling som befolkningen i övrigt, med ett undantag: de med nedsatt rörlighet i armar/händer har haft en ännu mer negativ utveckling än övriga när det gäller risken att ha stora ekonomiska svårigheter.⁸

Även om den ekonomiska utvecklingen i allmänhet inte har varit sämre för funktionshindrade än för andra vill vi framhålla den skillnad i resultat vi får då vi studerar inkomster respektive mer direkta indikatorer på ekonomiska problem. Funktionshindrade personer har inkomster på nära nog samma nivå som befolkningen i stort, och andelen med låga inkomster avviker inte heller från befolkningen i övrigt – personer med funktionshinder är inte överrepresenterade bland dem med mycket låga inkomster. Detta är i sig en viktig observation, men samtidigt skall det noteras att funktionshindrade personer i olika inkomstskikt har större ekonomiska

⁷ En annan arbetsmiljöindikator som vi har studerat är förekomsten av jäktigt arbete. I den förvärvsarbetande befolkningen i stort har detta ökat. Det samma gäller funktionshindrade, som inte heller avviker från den övriga befolkningen när det gäller risken att ha ett jäktigt arbete (redovisas ej i tabellen).

⁸ Observera att jämförelsen här gäller perioden 1988–89 och 1996–97. Vi har inte möjlighet att uttala oss om ekonomisk utsatthet bland personer med nedsatt rörlighet i händer/armar vid någon senare tidpunkt.

svårigheter än personer utan funktionshinder med samma inkomster. Skillnaden mellan funktionshindrade och övriga är så stor att en person med funktionshinder som har en genomsnittlig inkomst löper lika stor risk att sakna kontantmarginal som en person utan funktionshinder som tillhör de 20 procent i befolkningen med lägst inkomster. Familjer med funktionshindrade barn som uppbär vårdbidrag följer samma mönster som funktionshindrade vuxna: man har inte sämre inkomster än andra, men man har mer ekonomiska svårigheter – något som även framkommit i studier av familjer med utvecklingsstörda barn (se Tideman 2000).

Vi tolkar avvikelsen mellan funktionshindrades inkomstnivåer och förekomsten av ekonomiska svårigheter som en följd av att personer med funktionshinder har utgifter förknippade med funktionsnedsättningen som de inte fullt ut kompenseras för. Vi har inte närmare kunnat analysera dessa merkostnader. Andra studier visar dock att funktionshindrade generellt sett har högre kostnader än andra för exempelvis läkarvård, läkemedel, hemsjukvård, hjälpmedel, praktisk hjälp i hemmet samt färdtjänst. Personer med funktionshinder kan härutöver ha "dolda merkostnader" exempelvis för en handikappanpassad bostad eller för att funktionshindret medför högre kostnader för mat, semester eller kläder (Socialstyrelsen 2000a). När vi på detta sätt har noterat både en ökning av förekomsten av ekonomiska svårigheter i olika befolkningsgrupper, och att funktionshindrade personer är mer ekonomiskt utsatta än andra, är det samtidigt ur ett bokslutsperspektiv på välfärden viktigt att notera vad vi inte finner. Vi finner inte – generellt sett – några tecken på att de avgiftsökningar inom vård, läkemedel och olika kommunala tjänster som ägt rum under 1990-talet skulle ha lett till en kraftigare relativ ökning av ekonomiska svårigheter bland funktionshindrade personer än bland andra befolkningsgrupper.⁹

När det gäller *ohälsa* finner vi att utvecklingen i allmänhet varit negativ för befolkningen i stort.¹⁰ Mest påtaglig är ökningen av oro, ängslan och ångest. Personer med funktionshinder har i samtliga fall betydligt högre risker än befolkningen i övrigt att ha dålig hälsa, mätt med alla de indikatorer vi redovisar. Detta är kanhända inte överraskande. Det bör dock noteras att funktionshindrade har

⁹ Notera dock att eftersom ekonomiska svårigheter vid båda tidpunkterna är vanligare bland funktionshindrade, är den absoluta ökningen (i procentenheter) större bland funktionshindrade jämfört med den övriga befolkningen.

¹⁰ Även om ohälsan har ökat har dödligheten sjunkit generellt sett i befolkningen. Vi har dock inte här analyserat dödlighetsutvecklingen bland funktionshindrade.

sämre hälsa än andra även i de fall där det inte finns någon anledning att förvänta sig något definitionsmässigt samband mellan funktionshindret och ohälsoindikatorn. Så visar det sig att personer med nedsatt hörsel eller syn, liksom de med långvariga psykiska besvär, har högre risk än befolkningen i stort att besväras av värk i rörelseapparaten. Det visar sig också att det är vanligare i alla grupper av funktionshindrade att besväras av oro, ängslan och ångest. I huvudsak har ohälsan bland funktionshindrade följt samma förändringsmönster som i resten av befolkningen. Undantag är framför allt att risken att ha värk i leder har ökat mer bland dem med rörelsehinder eller nedsatt rörlighet i armar/händer.

Funktionshindrade personer med sitt sämre hälsoläge besöker läkare i högre utsträckning än andra grupper. Detta är inte förvånande, men det visar sig att även när vi kontrollerar för skillnader i ohälsa kvarstår skillnaderna i vårdutnyttjande. Här har 1990-talet inte inneburit några förändringar (visas inte i tabellen). Detsamma gäller risken att ha *avstått från att söka läkarvård trots behov*: inte heller här skiljer sig utvecklingen under decenniet för funktionshindrade jämfört med andra. Däremot har funktionshindrade personer genomgående avstått från läkarbesök i högre utsträckning. När vi kontrollerar för skillnader i ohälsa minskar dessa överrisker, men med undantag för dem med rörelsehinder har funktionshindrade personer fortfarande högre risk än andra att ha avstått från läkarvård trots behov.¹¹

7.1.2 Fördelning och förändring av ofärd bland äldre

Motsvarande översiktstabell för den äldre åldersgruppen (Tabell 7.2) liknar i många avseenden översiktstabellen för de yngre. En skillnad är att funktionshindrade äldre har lägre inkomster än övriga äldre, och att det är vanligare med *låga inkomster* bland äldre funktionshindrade än i den äldre befolkningen i stort (med undantag för gruppen med nedsatt hörsel). Till skillnad från de yngre kan därför funktionshindrade äldres större risk för *ekonomiska svårigheter* relateras både till gruppens lägre inkomster och till deras sannolikt högre utgifter förknippade med funktionshinder och hjälpbehov. Ekonomiska svårigheter har ökat bland äldre – såväl

¹¹ Det är dessa överrisker som presenteras i Tabell 7.1 och 7.2, dvs. vi kontrollerar förutom för ålder, kön etc. även för skillnader i ohälsa.

med som utan funktionshinder – men är betydligt mindre vanligt än bland yngre.

Med undantag för värk i leder (där det har skett en ökning, både bland funktionshindrade och i resten av befolkningen) har andelen med *dålig hälsa* bland äldre förblivit oförändrad. Detta gäller såväl befolkningen i stort som de olika grupperna av funktionshindrade. Däremot har så gott som alla grupper av funktionshindrade äldre sämre hälsa än den äldre befolkningen i stort. De största skillnaderna finner vi för dem med rörelsehinder och nedsatt rörlighet i armar/händer. Dessa skillnader har i huvudsak förblivit stabila under 1990-talet.

Äldre med funktionshinder har besökt läkare i högre utsträckning än befolkningen i övrigt. När vi kontrollerar för gruppens sämre hälsa minskar skillnaden mellan funktionshindrade och den övriga befolkningen, men en viss "överrisk" kvarstår i vissa grupper (visas inte i tabellen). Ett liknande mönster finns när det gäller risken att ha *avstått från läkarbesök* trots behov av vård: alla grupper av äldre funktionshindrade, utom de med psykiska besvär, har avstått från läkarbesök i större utsträckning än andra. När vi kontrollerar för hälsoskillnader försvinner denna överrisk för i stort sett alla grupper, och bland äldre med psykiska besvär finner vi då även en antydning till att de avstår från att gå till doktorn i *mindre* utsträckning än andra.

Tabell 7.2. Ofärd bland personer med funktionshinder och i befolkningen i stort. Nivåer och förändringar mellan 1988–89 och 1998–99. Åldersgruppen 65–84 år

65-84 år	Nivå- förändring	Nedsatt hörsel	Nedsatt syn	Rörelse- hinder	Långvariga psykiska besvär	Nedsatt rörlighet i armar/händer
Låga inkomster	↘		+	+	+	[+]
Avsaknad av kontantmarginal	→		+	++	+	++
Stora ekonomiska svårigheter	↗			++		+++
Långvariga sjukdomar	→	++	++	+++		++
Dålig självskattad hälsa	→	+	++	+++	↑	+++
Värk i rygg, leder etc.	↗	+	+	++		+++
Ängslan, oro, ångest	→	+	+	+	+++	+
Avstätt från läkarbesök	→				[-]	+

För teckenförklaring, se Tabell 7.1

7.1.3 Ofärdsutvecklingen och avgränsningar av funktionshinder

Syftet med Tabell 7.1 och 7.2 är att läsaren snabbt ska kunna få en överblick av såväl ofärdens nivåer som förändring under 1990-talet för de grupper av funktionshindrade vi genomgående har analyserat. Denna sammanfattande läsning av Tabell 7.1 visar att bland de yngre (16–64 år) är alla ofärdsindikatorer utom förekomsten av låga inkomster vanligare bland funktionshindrade. Vi kan också konstatera att när det gäller de flesta områden är personer med nedsatt hörsel något mindre utsatta än andra grupper av funktionshindrade. De relativa förändringar av utsatthet för ofärd som har ägt rum pekar i olika riktning. Funktionshindrades arbetsmiljö har förbättrats i jämförelse med andra grupper, medan personer med nedsatt rörlighet i armar/händer har haft en mer negativ utveckling av ekonomiska svårigheter än befolkningen i stort. Samma grupp av funktionshindrade har också drabbats relativt sett mer av värk i leder (liksom de med rörelsehinder) men

uppger trots detta i minskad utsträckning att de har dålig hälsa på det hela taget.

Motsvarande översiktliga läsning av Tabell 7.2 visar att äldre generellt sett inte har haft samma negativa välfärdsutveckling som yngre – i den äldre befolkningen är andelen med olika ofärdsproblem i de flesta fall oförändrad, medan de flesta indikatorer på ofärd som vi redovisar har ökat bland dem under 65 år. När det gäller funktionshindrade visar Tabell 7.2 att även funktionshindrade äldre i många avseenden har sämre välfärd än andra grupper i samma ålder. Här är dock skillnaderna större mellan olika grupper av funktionshindrade. Så har exempelvis alla grupper av yngre funktionshindrade betydligt högre risker att ha stora ekonomiska svårigheter än motsvarande åldersgrupp utan funktionshinder. Bland de äldre gäller det inte dem med nedsatt hörsel eller syn, och inte heller dem med långvariga psykiska besvär. Även andra former av ofärd är vanligast bland äldre med rörelsehinder och med nedsatt rörlighet i armar/händer, medan personer med nedsatt hörsel framstår som något mindre utsatta än andra grupper av funktionshindrade. Äldre med funktionshinder har i stort sett haft samma ofärdsutveckling under 1990-talet som den äldre befolkningen i övrigt. Det enda undantaget är personer med rörelsehinder där risken att se sin hälsa som dålig har ökat mer än för andra grupper.

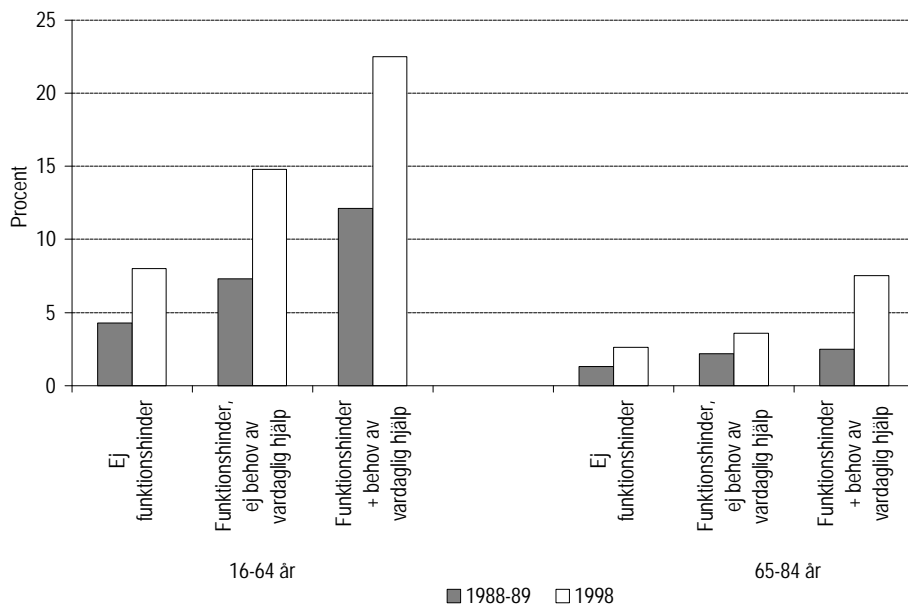
När vi på detta sätt noterar skillnader i utsatthet för ofärd mellan olika grupper av funktionshindrade är det viktigt att komma ihåg att dessa skillnader kan bero på hur grupperna har avgränsats snarare än på funktionshindrets art. Att personer med nedsatt hörsel kommer relativt väl ut i jämförelse med andra grupper av funktionshindrade kan bero på att den definition av nedsatt hörsel som vi använder inkluderar en stor grupp, och därmed även rymmer personer vars hörsel endast är måttligt nedsatt.¹² Det är fullt möjligt att bilden av hörselskadades ofärd skulle vara annorlunda om vi haft tillgång till en mer strikt avgränsning av hörselnedsättning.

En indikation på att det snarare handlar om graden än arten av funktionshinder får vi när vi jämför situationen för funktionshindrade personer som behöver respektive inte behöver vardaglig hjälp. Det visar sig då, inte oväntat, att funktionshindrade som behöver hjälp i vardagen har betydligt sämre hälsa och står utanför arbets-

¹² Den grupp av personer med nedsatt hörsel som är möjlig att urskilja i ULF-materialet är de som inte utan svårigheter kan uppfatta ett samtal mellan flera personer (med eller utan hjälpmedel).

kraften i betydligt större utsträckning än övriga funktionshindrade. Men motsvarande mönster finns också när det gäller ekonomiska resurser, se Figur 7.1.

Figur 7.1. Stora ekonomiska svårigheter. Funktionshindrade med och utan behov av vardaglig hjälp¹³ i jämförelse med den övriga befolkningen, 16–64 år och 65–84 år, 1988–89 och 1998. Procent



Det är överlag betydligt vanligare att ha stora ekonomiska svårigheter bland personer under 65 års ålder. Både bland de yngre och de äldre är ekonomiska svårigheter minst vanligt bland dem som inte är funktionshindrade och vanligast bland funktionshindrade som behöver vardaglig hjälp. Andelen som har stora ekonomiska svårigheter bland yngre funktionshindrade som behöver hjälp i vardagen är påtagligt hög – vid slutet av 1990-talet gäller det närmare var fjärde person i den gruppen. Andelen med stora ekonomiska svårigheter har dock ökat markant överlag. Sett till

¹³ Med funktionshindrade avses här de som har minst ett av funktionshindren nedsatt hörsel, nedsatt syn, rörelsehinder eller långvariga psykiska besvär. För definition av vardaglig hjälp, se Kapitel 6, fotnot 1. Det bör noteras att det finns betydligt fler funktionshindrade som behöver hjälp i vardagen bland de äldre.

ökningens storlek i absoluta termer (antal procentenheter) har funktionshindrade, och särskilt de med hjälpbehov, drabbats hårdare än befolkningen i övrigt. Den relativa ökningen av ekonomiska svårigheter är dock av ungefär samma storleksordning i alla grupperna.

Det förefaller med andra ord som om personer med mer omfattande funktionshinder har en lägre välfärd än de med lindrigare former av funktionsnedsättningar. De skillnader i risken för ofärd som vi har noterat mellan funktionshindrade och befolkningen i övrigt, eller mellan grupper av funktionshindrade, är därmed beroende av de avgränsningar av funktionshinder som vi har använt. Med en snäv definition framstår skillnaden i levnadsförhållanden mellan funktionshindrade personer och övriga som mer dramatisk än om vi har en avgränsning av funktionshinder som omfattar en större grupp. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att detta sannolikt inte påverkar vår bedömning vad gäller *välfärdsförändringar*. Vi har avgränsat grupper med funktionshinder på samma sätt vid båda tidpunkterna, och analyser vi har gjort tyder inte på att grupper med mer omfattande funktionshinder skulle ha haft en sämre relativ välfärdsutveckling än andra, åtminstone inte när det gäller de välfärdsområden som vi hittills har diskuterat i detta avslutande kapitel. Däremot är de som har mer omfattande funktionshinder oftare än andra beroende av vård, omsorg och kommunala tjänster, och kan därmed ha berörts mer negativt än andra grupper av förändringar inom dessa områden.

7.1.4 Formell och informell hjälp

Vi har kunnat konstatera att funktionshindrade personer, framför allt de över 65 år, har fått kommunal hjälp i minskad utsträckning under 1990-talet. Bland de äldre gäller detta i princip alla grupper, medan bland de yngre gäller det inte dem med mest omfattande hjälpbehov – något som är rimligt att relatera till att det är denna grupp som fick stärkt skydd genom handikappreformen 1994. Bland de äldre har vi också kunnat konstatera vissa förskjutningar i hjälpmönster: parallellt med minskningen av den kommunala hjälpen har det skett en ökning av hjälp från anhöriga av olika slag

och det har även skett en ökning av användningen av privat köpt hjälp.¹⁴

Utifrån ett välfärdsperspektiv förefaller det rimligt att de förskjutningar i hjälpmönster som skett, dvs. vad vi har kallat informalisering och marknadisering, bör bedömas olika beroende på om de är uttryck för individernas egna val eller ej. Om de anhörigas ökade omsorgsansvar inte är önskad av båda parter är minskningen av den kommunala hjälpen och ökningen av anhörigas omsorgsinsatser, en välfärdsförlust för dem som berörs – både de som behöver hjälp och berörda anhöriga. Det finns studier som visar att det inte är ovanligt att personer som behöver hjälp uppger att de har avstått från kommunal hjälp p.g.a. avgiftens storlek. Detta gäller särskilt äldre kvinnor med låga inkomster.¹⁵

Det finns en könsaspekt av hjälpmönstren som är viktig att uppmärksamma. De anhöriga som har fått ett ökat omsorgsansvar är i praktiken ofta kvinnor, och den kommunala hjälpen fördelas inte jämnt mellan kvinnor och män. När vi kontrollerar för skillnader i hjälpbehov är kommunal hjälp vanligare bland män som lever ensamma (både yngre och äldre), medan äldre gifta par oftare får kommunal hjälp om det är kvinnan som är hjälpbehövande. Detta innebär att gifta äldre kvinnor står mer ensamma om omsorgsansvaret än gifta män i samma situation.

7.2 Politiska resurser

I T.H. Marshalls (1950) klassiska analys av utvecklingen av medborgarskapet och dess rättigheter och skyldigheter betonas att det fulla medborgarskapet inkluderar såväl civila, politiska som sociala rättigheter. Även om lagstiftande åtgärder utgör grunden för dessa rättigheter bör självfallet andra hinder som gör att man ej kan tillvarata dessa rättigheter och fullt ut nyttja sitt medborgarskap undanröjas. Det finns här en tydlig koppling till det perspektiv som i allt högre utsträckning präglat handikappolitiken under de

¹⁴ Andelen som uppger att de över huvud taget inte får hjälp trots behov har inte ökat. Det är också mycket få som är i denna situation, med undantag för hjälpbehövande personer under 65 år som bor ensamma; här uppger så pass många som åtta procent att de står helt utan hjälp trots behov. Antalet intervjuer är här dock så pass lågt att uppgiften måste tas med viss reservation.

¹⁵ Det förefaller rimligt att anta att det även förekommer att man avstår från att köpa privat hjälp p.g.a. ekonomiska svårigheter. Vi har inte undersökt detta, men kan konstatera att äldre med lägre utbildning (som generellt sett har sämre ekonomi) använder privat hjälp i lägre utsträckning och oftare får hjälp av anhöriga än äldre med högre utbildning.

senaste decennierna (för en genomgång se t.ex. Tideman 2000a, kap. 1).

I den handlingsplan för handikappolitiken som riksdagen antog våren 2000 (Regeringens prop. 1999/2000:79) betonas också ett demokrati- och rättighetsperspektiv i kontrast mot ett vård- och omsorgsperspektiv. Målet för handikappolitiken är ett samhälle som gör det möjligt för personer med funktionshinder att vara delaktiga på samma villkor som alla andra grupper. Centralt i detta perspektiv är att funktionshindrade personer är medborgare som andra, med samma rätt och samma ansvar att utöva medborgerliga aktiviteter. Det innebär att handikappolitiken skall inriktas på att undanröja hindren för funktionshindrade personers fulla delaktighet inom alla olika samhällsområden såsom t.ex. arbetsmarknaden och politiken.

Till de medborgerliga rättigheterna hör att kollektivt eller individuellt ha möjlighet att framföra sina synpunkter och få dem beaktade. I kollektiv form kan det ske genom politiska eller andra organisationer, eller genom gemensamma manifestationer av olika slag. I individuell form kan det exempelvis röra sig om att ta kontakt med tjänstemän eller förtroendevalda i den egna kommunen för att försöka förändra ett beslut, eller att skriva insändare eller en formell överklagan i samma ärende. Den kollektiva formen ligger utanför analyserna i denna skrift.

Eftersom vårt fokus här är på individuell välfärd och ofärd skall vi här istället utgå från vad vi vet om funktionshindrade personers deltagande inom politiken under 1990-talet, och beskriva och diskutera politiska resurser hos de grupper av funktionshindrade som vi studerar.

7.2.1 Partipolitiska aktiviteter

En form av medborgerlig aktivitet är medlemskap och deltagande i politiska organisationer. Kommundemokratikommittén (SOU 2001:48) visar att vid slutet av 1990-talet (1998–99) är personer med funktionshinder medlemmar i politiska organisationer i minst samma utsträckning som befolkningen i stort. Däremot är de inte lika aktiva som andra partimedlemmar – de går inte i samma utsträckning på möten och deltar inte i samma utsträckning aktivt i verksamheten. Till ett liknande resultat kom SCB (1992a) när det gäller situationen tio år tidigare: med hänsyn tagen till skillnader i

ålder mellan funktionshindrade och andra var personer med nedsatt syn, nedsatt hörsel eller rörelsehinder medlemmar i politiska partier i samma utsträckning som andra, medan framför allt personer med rörelsehinder i mindre utsträckning än andra aktivt deltog i verksamheten. Under 1990-talet har det överlag blivit mindre vanligt att vara medlem i ett politiskt parti, men inget tyder på att utvecklingen när det gäller denna form av politiskt inflytande skiljer sig mellan funktionshindrade och andra.

Kommundemokratikommittén finner också att personer med funktionshinder är kraftigt underrepresenterade bland de kommunalt förtroendevalda. Olika former av hinder i omgivningen kan bidra till detta förhållande. Dessa kan självfallet vara av strukturell art men är uppenbarligen också påtagligt fysiska och/eller praktiska. Så till exempel är enligt en kartläggning som Handikappombudsmannen genomförde år 2000 var fjärde kommunfullmäktigelokal inte tillgänglig för rörelsehindrade. Genom intervjuer med handikapporganisationer och förtroendevalda med funktionshinder har Kommundemokratikommittén kartlagt en rad hinder för funktionshindrade personers fulla deltagande i kommunpolitiken. Förutom hinder i form av byggnadernas fysiska tillgänglighet gäller det hinder i form av exempelvis sammanträdesrutinerna, partiorganisationerna och merkostnader för funktionshindrade att ta sig till och från sammanträden. Några konkreta exempel som lyfts fram är att det förekommer att handlingar som delas ut vid sammanträdet endast finns i vanligt textformat eller att sammanträdet startar trots att teckentolk inte anlät, vilket hindrar synskadade respektive hörselskadade lokalpolitiker från att delta i debatten på samma villkor som andra.

Enligt Kommundemokratikommittén är personer med funktionshinder minst lika partipolitiskt intresserade som andra, men p.g.a. praktiska och fysiska hinder kan de inte delta fullt ut som medlemmar i politiska organisationer och som förtroendevalda lokalpolitiker. Att kunna delta i politiken på lika villkor är ytterst en fråga om demokrati, och utredningen konstaterar att i dessa avseenden har funktionshindrade fortfarande vid 1990-talets slut inte samma medborgerliga position som andra.

7.2.2 Politisk fattigdom

Det rättighetsperspektiv som genomsyrar dagens handikappolitik är självfallet i många avseenden positivt men förutsätter samtidigt starka och aktiva individer med förmåga att ta tillvara sina egna intressen. Det innebär att den som behöver en insats från de offentliga vård- och omsorgssystemen förväntas att själv aktivt efterfråga denna insats. Detta synsätt har problematiserats av flera forskare (se exempelvis Barron, Michailakis och Söder 2000). Grupper som är mindre resursstarka har större svårigheter att få sina behov tillgodosedda i ett system där det ligger på den enskilde att hävda sina rättigheter. Enligt flera studier är det vanligt att funktionshindrade personer, och kanske alldeles särskilt föräldrar till funktionshindrade barn, upplever situationen som en ständig kamp för att få stöd och service som man anser sig berättigad till (se exempelvis SOU 1998:48; Paulsson & Fasth 1999; Tideman 2000a).

Detta gör att en form av individuellt inflytande över sina livsvillkor som kan antas vara av särskild vikt för personer med funktionshinder är att kunna föra talan mot myndigheter av olika slag. Att kunna bevaka och hävda sina rättigheter är viktigt för alla, men för personer med funktionshinder är det sannolikt oftare en del av vardagen att försöka tillvara sina intressen på detta sätt.¹⁶ Eftersom personer med funktionshinder generellt sett oftare än andra är beroende av välfärdstjänster i olika former (exempelvis hjälpmedel, färdtjänst, kommunal hjälp) är det sannolikt en större välfärdsproblem att inte kunna överklaga ett beslut för personer med funktionshinder än för andra grupper i befolkningen. Att inte kunna hävda sina rättigheter, till exempel att inte kunna överklaga ett beslut som missgynnar ens egna intressen, är därför en form av ofärd som kan ha mer negativa konsekvenser för personer med funktionshinder än för andra grupper.

I den svenska levnadsnivåforskningen har förmågan att kunna överklaga ett beslut används som en välfärdsindikator, och att sakna denna förmåga har betecknats som en aspekt av *politisk fattigdom* (Johansson 1971). Under 1970- och 1980-talet minskade den politiska fattigdomen, mätt på detta sätt. Under samma period minskade också skillnaderna mellan män och kvinnor, och mellan

¹⁶ Enligt en studie av familjer med rörelsehindrade barn hade hälften av familjerna någon gång överklagat ett beslut, till exempel rörande personlig assistans, vårdbidrag eller bilstöd. Av dem som hade överklagat hade 60 procent fått helt eller delvis rätt (Paulsson & Fasth 1999; se även Paulsson 2000).

olika samhällsklasser (Fritzell & Lundberg 1994). Denna utveckling är inte minst kopplad till befolkningens utbildningsresurser och det faktum att yngre generationer har en högre utbildningsnivå än äldre. Fortfarande under 1990-talet var dock klasskillnaderna högst påtagliga. Okvalificerade arbetare hade tio gånger högre risk att sakna förmåga att överklaga beslut jämfört med högre tjänstemän (Fritzell & Lundberg 2000:117).

De flesta – såväl funktionshindrade som resten av befolkningen – anser sig kunna överklaga ett beslut om de skulle behöva. Åren 1998–99 gäller det 71 procent av befolkningen i åldersgruppen 16–64 år och 51 procent i åldrarna 65–84 år. Ytterligare 23 respektive 38 procent uppger att de känner någon som de skulle kunna få hjälp av med ett sådant överklagande. Det innebär att omkring 6 procent av de yngre och 11 procent av de äldre uppger att de varken kan överklaga eller känner någon som skulle kunna hjälpa dem. Bland personer med funktionshinder är detta vanligare, se Tabell 7.3.

Tabell 7.3. Politisk fattigdom. Andelen som inte kan överklaga ett beslut och som inte heller känner någon som kan hjälpa dem. Personer med olika former av funktionshinder, 1988–89 respektive 1998–99. Procent

	16–64 år		65–84 år	
	1988–89	1998–99	1988–89	1998–99
Befolkningen	5,9	5,9	15,6	11,0
Nedsatt hörsel	7,1	7,9	15,7	14,0
Nedsatt syn	7,6	7,5	22,5	21,0
Rörelsehinder	12,6	10,4	22,3	15,0
Långvariga psykiska besvär	9,7	11,7	22,8	27,1
Något av ovanstående funktionshinder	8,7	8,3	18,1	13,8
Nedsatt rörlighet i armar/händer	11,3	6,5	19,7	11,4

Nedsatt rörlighet i armar/händer avser åren 1988–89 och 1996–97.

Av de grupper med funktionshindrade som vi kan urskilja är det vanligast att personer med långvariga psykiska besvär saknar möjlighet att på egen hand eller med hjälp överklaga ett myndig-

hetsbeslut.¹⁷ Vi kan också konstatera att medan andelen under 1990-talet har minskat eller är oförändrad i de flesta grupper finns det en tendens till ökning i denna grupp.

I utvärderingarna av handikapp- och psykiatrireformerna betonas att personer med psykiska funktionshinder har haft större svårigheter än andra grupper att få del av de kommunala hjälpinsatserna (Socialstyrelsen 1997b, 1999d). Med tanke på att det har blivit allt viktigare att själv kunna ta tillvara sina intressen för att få den hjälp man behöver (Barron m.fl. 2000) är den relativt höga andelen politiskt fattiga bland personer med psykiska besvär ett välfärdspolitiskt problem. Det förefaller rimligt att relatera den högre förekomsten av politisk fattigdom bland dem som har långvariga psykiska besvär till de svårigheter för gruppen att få del av de kommunala hjälpinsatserna som noterats.

Målsättningen att personer med funktionshinder skall ha lika rättigheter och faktiska möjligheter att delta i alla samhällsliga sfärer tycks här med andra ord ha lett till ett dilemma. Denna målsättning kan ju sägas ligga bakom den betoning på att stärka individens inflytande och rättigheter som präglat 1990-talets reformer. I ett sådant system riskerar människor med lägre förmåga att tillvarata sina rättigheter i ännu högre grad att komma till korta (om inte andra åtgärder samtidigt vidtas). Givet den samlade kunskapen om olika gruppers användning av olika former av hjälpinsatser, och de bristande politiska resurser som gruppen med psykiska besvär har, förefaller det oss uppenbart att detta dilemma inte lösts på ett tillfredsställande sätt under 1990-talet.

7.3 Uteblivna förbättringar eller uteblivna försämringar?

Vi har konstaterat att funktionshindrade i alla åldrar erfar påtagligt större ofärd när det gäller de indikatorer vi studerar. I relation till den officiella handikappolitikens målsättning om att funktionshindrade skall ha likvärdiga levnadsförhållanden finns här således ett uppenbart välfärdsproblem. Utvecklingen under 1990-talet har inneburit försämringar av välfärden för stora befolkningsgrupper. Personer med funktionshinder har i stort sett drabbats i samma

¹⁷ Också när vi på motsvarande sätt som i tidigare kapitel tar hänsyn till gruppernas sammansättning efter olika dimensioner (utbildning, familjetyp osv.) kvarstår till stor del dessa överrisker för grupperna av funktionshindrade. Framförallt gäller det för dem med psykiska besvär.

utsträckning som befolkningen i övrigt, när det gäller de aspekter av välfärden som vi har studerat. Ett undantag är möjligen förändringarna inom vård och kommunal service där åtstramningarna kan antas ha berört personer med funktionshinder mer än andra, helt enkelt för att funktionshindrade generellt sett har större behov av dessa tjänster.

Ett perspektiv på välfärdsutvecklingen bland funktionshindrade personer är att ta fasta på de uteblivna förbättringarna. Att personer med funktionshinder hade sämre levnadsförhållanden än befolkningen i övrigt var en av drivkrafterna bakom såväl handikapputredningen som psykiatriutredningen. 1990-talet har på många sätt varit ett offensivt årtionde när det gäller handikappolitik. Trots detta finner vi i våra analyser få exempel på att funktionshindrade personers levnadsförhållanden har närmat sig befolkningen i övrigt. Personer med funktionshinder erfar fortfarande vid slutet av 1990-talet betydligt mer ofärd än resten av befolkningen.

Med ett annat perspektiv kan man fokusera på de uteblivna försämringarna relativt befolkningen i övrigt. Då kan vi konstatera att även om funktionshindrade personer inte har närmat sig den övriga befolkningens levnadsnivå, så har utvecklingen inte heller varit mer negativ än för andra grupper. Med tanke på den djupa ekonomiska krisen under decenniets första hälft och de efterföljande åtstramningarna inom de offentliga systemen ligger det annars nära till hands att föreställa sig att personer med funktionshinder skulle ha drabbats hårdare.

Våra analyser visar istället att funktionshindrade personer inte har tvingats lämna arbetsmarknaden i större utsträckning än andra grupper under den ekonomiska krisen. Inte heller har funktionshindrade personers ekonomiska villkor generellt sett försämrats mer än andra grupper under 1990-talet, något som man kanske skulle ha kunnat förvänta sig givet avgiftsökningar inom en rad områden. Och det har inte skett någon ökning under 1990-talet av andelen bland funktionshindrade som avstår från att besöka läkare, något som man också hade kunnat tänka sig givet gruppens ekonomiska utsatthet och avgiftsökningarna inom sjukvården.

En rimlig värdering av 1990-talsutvecklingen torde behöva kombinera dessa två perspektiv. Utan de trots allt relativt offensiva satsningarna på handikappolitiken under 1990-talet hade funktionshindrade personer sannolikt halkat ännu mer efter i välfärdshänseende, givet de makroekonomiska förutsättningarna, arbetslös-

hetskrisen och åtstramningarna inom socialförsäkringssystemen och (särskilt) välfärdstjänsterna. För att närmare utröna välfärdsstatens betydelse för funktionshindrades välfärd krävs egentligen internationellt jämförande studier. Det skulle också behövas longitudinella analyser av hur personer med funktionshinder färdas genom livet. Inte minst det senare är nödvändigt för att separera de skillnader i levnadsförhållanden som beror på själva funktionshindret, och de som beror på att risken att bli funktionshindrad har en social dimension och därmed är olika stor i olika befolkningsgrupper.

Referenser

- Albrecht, G.L., A.M. Jette, H. Petrie & L. Siegel, 2001. *An Evaluation of Swedish Disability Research*. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap, FAS.
- Aldrich, J.H. & F.D. Nelson, 1984. *Linear Probability, Logit and Probit Models*. Beverly Hills: Sage.
- Allardt, E. 1975. *Att ha, att älska, att vara. Om välfärd i Norden*. Lund: Argos.
- Allardt, E. 1998. "Det goda samhället: Välfärd, livsstil och medborgardygder", *Tidskrift för Velferdsforskning*, 1: 123–133.
- Andersson, L. 1993. *Äldre i Sverige och Europa. Resultat från en Eurobarometer*. Ädelutvärderingen 94:2. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Aronsson, G., K. Gustafsson & M. Dallner, 2000. *Anställningsformer, arbetsmiljö och hälsa i ett centrum-periferiperspektiv*. Arbete och Hälsa, 2000:9. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Bardasi, E., S.P. Jenkins & J.A. Rigg, 2000. "Disability, Work and Income: a British perspective", *ISER Working Paper Series 2000-36*, Essex: Institute for Social and Economic Research.
- Barnes, C. & G. Mercer, 1999. "Granskning av den sociala handikappmodellen", i Tideman, M. (red.), *Handikapp: synsätt, principer, perspektiv*. Stockholm: Johansson & Skyttmo.
- Barron, K. 1997. *Disability and Gender. Autonomy as an Indication of Adulthood*. Uppsala universitet: Acta Universitatis Upsalien-sis.
- Barron, K., D. Michailakis & M. Söder, 2000. "Funktionshindrade och den offentliga hjälpapparaten", i Szebehely, M. (red.), *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Bergmark, Å. 2000. "Socialbidragen under 1990-talet", i Bergmark, Å. (red.), *Välfärd och försörjning*. SOU 2000:40. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.

- Björklund, A. & R.B. Freeman, 1997. "Generating Equality and Eliminating Poverty, the Swedish Way", i *The Welfare State in Transition – Reforming the Swedish Model*. Chicago: The University of Chicago Press & the National Bureau of Economic Research.
- Blaxter, M. 1989. "A comparison of measures of inequality in morbidity", i Fox, A.J. (red.), *Health Inequalities in European Countries*. Aldershot: Gower.
- Brusén, P. & L.-C. Hydén (red.), 2000. *Ett liv som andra. Livsvillkor för personer med funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Börjeson, M. 2001. "Vad innebar 1990-talet för ungdomars livsvillkor?", i Bergmark, Å (red.) *Ofärd i välfärden*. SOU 2001:54. Stockholm: Fritzes.
- Edin, P.-A. & A. Åslund, 2001. "Invandrare på 1990-talets arbetsmarknad", i Bergmark, Å. (red.), *Ofärd i välfärden*. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Fritzell, J. 1991. *Icke av marknaden allena: Inkomstfördelningen i Sverige*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Fritzell, J. & O. Lundberg, 1994. "Välfärd förändringar 1968–1991" i Fritzell, J. & O. Lundberg (red.) *Vardagens villkor*. Stockholm: Brombergs.
- Fritzell, J. & O. Lundberg, 2000. *Välfärd, ofärd och ojämlikhet*. SOU 2000:41. Delbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Gillström, P. 2001. *Fair Care. Four Essays on the Allocation and Utilization of Health Care*. SOFI:s avhandlingsserie nr. 50. Stockholm: Institutet för social forskning.
- Gähler, M. 2001. "Bara en mor – ensamstående mödrars ekonomiska levnadsvillkor i 1990-talets Sverige", i Bergmark, Å (red.) *Ofärd i välfärden*. SOU 2001:54. Stockholm: Fritzes.
- Handikappombudsmannen, 2001. *Tillgänglighet för alla. Rapport till regeringen 2000*. www.ho.se.
- HANDU, 1996. *Levnadsnivåundersökning 1996. En rapport beträffande levnadsvillkor för medlemmar inom De Handikappades Riksförbund, Sveriges Dövas Riksförbund och Synskadades Riksförbund*. Enskede: Handikappolitiska Utredningsinstitutet.
- Hedquist, B. 1997. *Goda Levnadsvillkor? Om samhällets stöd och levnadsförhållanden för personer med funktionshinder*. Wigforssinstitutet för välfärdsforskning, rapport 5. Högskolan i Halmstad.

- Helmus, G. 1993. *Kvinnor och handikapp – jungfrulig forskningsmark. En kommenterad bibliografi*. Uppsala: Centrum för handikappforskning vid Uppsala universitet.
- Helmus, G. 1999. "Handikapp och kön – arbete och sexualitet i kvinnors vardag", i Tideman, M. (red.), *Handikapp: synsätt, principer, perspektiv*. Stockholm: Johansson & Skyttmo.
- Hem, K.-G. 2000. "Funksjonshemmedes levekår", i Romøren, T.I. (red.), *Usynlighetskappen – Levekår for funksjonshemmede*. Oslo: Akribe.
- Hetzler, A. 1994. *Socialpolitik i verkligheten. De handikappade och försäkringskassan*. Lund: Bokbox Förlag.
- Hjelmquist, E. & L. Kebbon (red.), 1998. *Methods for studying the living conditions of persons with disabilities*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Hjelmquist, E., J. Rönnberg & M. Söder, 1994. Svensk forskning om handikapp. *En översikt med social- och beteendevetenskapliga perspektiv*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Holmberg, S. & L. Weibull. 2001. "Land, Du välsignade?", i Holmberg, S. & L. Weibull (red.), *Land, Du välsignade? SOM-rapport nr 26*. Göteborg: SOM-institutet.
- Holme, L. 1999. "Begrepp om handikapp : en essä om det miljörelativa handikappbegreppet", i Tideman, M. (red.), *Handikapp: synsätt, principer, perspektiv*. Stockholm: Johansson & Skyttmo Förlag.
- Jansson, K. 1998. "Översyn av ekvivalensskalor vid inkomstfördelningsstudier", promemoria. Örebro: Statistiska centralbyrån.
- Jansson, K. 2000. "Inkomstfördelningen under 1990-talet", i Bergmark, Å. (red.), *Välfärd och försörjning*. SOU 2000:40. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Jeppsson-Grassman, E. 1992. *Arbetslivets krav och människors lidande*. Rapport i socialt arbete 57. Stockholm: Socialhögskolan.
- Jeppsson-Grassman, E. 1993. "The short life: the life-span construct of visually impaired adults with diabetes", *Journal of visual impairment & blindness*, 87(9)371–375.
- Jeppsson-Grassman, E. 2000. "'Man vet aldrig hur länge det håller!' Kronisk sjukdom och funktionshinder från ett långsiktigt perspektiv", i Brusén, P. & L.-C. Hydén (red.), *Ett liv som andra. Livsvillkor för personer med funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.

- Johansson, L. 1991. *Caring for the Next of Kin. On Informal Care for Elderly in Sweden*. Uppsala universitet. (akad. avh.)
- Johansson, S. 1970. *Om levnadsnivåundersökningen*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Johansson, S. 1971. *Politiska resurser*. Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Johansson, S. 1979. *Mot en teori för social rapportering*. Stockholm: Institutet för social forskning.
- Justitiedepartementet, 2000. *Kommunalt domstolstrots*. Ds 2000:53.
- Lidwall, U. & P. Skogman Thoursie, 2000. "Sjukskrivning och förtidspensionering under de senaste decennierna", i Marklund, S. (red.), *Arbetsliv och hälsa 2000*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lundberg, O. 1998. "... däruti få af de förmögnare sjukna'. Om ohälsans ojämlika fördelning i dagens Sverige", i *En god hälsa ett socialt privilegium*. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén.
- Lundberg, O. 2000. "Sjukvård och vårdutnyttjande" i Szebehely, M. (red.) *Välfärd, vård och omsorg*, SOU 2000:38. Stockholm: Fritzes.
- Lundborg, P. 2000. "Vilka förlorade jobbet under 1990-talet?", i Fritzell, J. (red.), *Välfärdens förutsättningar – Arbetsmarknad, demografi och segregation*. SOU 2000:37. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Manderbacka, K. 1998. *Questions on Survey Questions on Health*. SOFI:s avhandlingsserie nr. 30. Stockholm: Institutet för social forskning.
- Marshall, T.H. 1950. *Citizenship and Social Class and other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Melkersson, M. 1999. "Unemployment duration and heterogenous search behavior among Swedish disabled workers", *Working Paper Series*, IFAU, Uppsala.
- Mirowsky, J. & C.E. Ross, 1999. "Economic Hardship across the Life Course", *American Sociological Review*, 64:548-569.
- Mossler, K. & U. Höjgård, 2001. "Avgifter och minskade serviceinsatser: Tillgodoses äldres behov?", *VälfärdsBulletinen*, nr 2/2001, 10-11.
- Näringsdepartementet 2000. *Alla är lika olika – mångfald i arbetslivet*. Ds 2000:69.
- Oliver, M. & C. Barnes, 1998. *Disabled People and Social Policy: From Exclusion to Inclusion*. Harlow: Longman.

- Palme, J. 2000. "Socialförsäkringar och kontanta familjestöd", i Bergmark, Å. (red.), *Välfärd och försörjning*, SOU 2000: 40. Stockholm: Fritzes.
- Parker, M.G. 1998. "Measuring living conditions among disabled persons, are there special problems?", i Hjelmquist, E. & L. Kebbon, (red.), *Methods for Studying the Living Conditions of Persons with Disabilities*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Paulsson, K. & Å. Fasth, 1999. "Man måste alltid slå på byråkraternas planhalva!" Livsvillkorsprojektet – en studie av livsvillkoren för familjer med barn med rörelsehinder. Stockholm: Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar, RBU.
- Paulsson, K. 2000. "Det ser så fint ut på papperet." *Om barn med funktionshinder och Barnkonventionen*. Stockholm: Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar, RBU, och Rädda Barnen.
- Popper, K. 1969. *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*. London: Routledge and Keagan Paul.
- Regeringens prop. 1979/80:1. *Socialtjänstlagen*.
- Regeringens prop. 1993/94:218. *Psykiskt stördas villkor*.
- Regeringens prop. 1999/2000:79. *Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken*.
- Regeringens skrivelse 1999/2000:102. *Utvecklingen inom den kommunala sektorn*.
- Regné, H. 2000. "Ändrade förutsättningar för arbetsmarknadspolitikerna?", i Fritzell, J. (red.), *Välfärdens förutsättningar – Arbetsmarknad, demografi och segregation*. SOU 2000:37. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- RFV, 2000. *Socialförsäkringsboken 2000*. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- SCB, 1991. *Levnadsförhållanden, Appendix 13*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB, 1992a. *Handikappade 1975–1989*. *Levnadsförhållanden, Rapport 74*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB, 1992b. *Några medicinska handikappgruppers levnadsförhållanden*. *Levnadsförhållanden, Rapport 73*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB, 1995. *Levnadsförhållanden, Appendix 15*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

- SCB, 1999. *Funktionshindrades situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 1998*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, Arbetsmarknadsstyrelsen och Rådet för Arbetslivsforskning.
- SCB, 2000. *Äldres levnadsförhållanden 1980–1998*. Levnadsförhållanden, Rapport nr 93. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB, 2001. *Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning – 4:e kvartalet 2000*. Information om utbildning och arbetsmarknad 2001:3. Stockholm: Statistiska centralbyrån och Arbetsmarknadsstyrelsen.
- Schön, U.-K. 1999. *Bättre livsvillkor? De medicinskt färdigbehandlade fyra år efter Psykiatireformen*. FoU-enheten/psykiatri, Västra Stockholms sjukvårdsområde, Rapport 4, 1999. Stockholm: Västra Stockholms sjukvårdsområde.
- Sen, A. 1992. *Inequality Reexamined*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Shaw, M., D. Dorling, D. Gordon & G. Davey Smith, 1999. *The widening gap*. Bristol: Policy Press.
- Skogman Thoursie, P. 1999. *Disability and Work in Sweden*. Stockholm: Institutet för social forskning.
- Sköld, B. 1998. *Synskadade och arbetsmarknaden: kunskapsläget*. Enskede: Synskadades riksförbund, SRF.
- Socialdepartementet, 2001. *Välfärdsfakta Social*. April 2001. Samordningskansliet.
- Socialstyrelsen, 1992. *Unga förtidspensionärer: Hälsa och levnadsförhållanden*. SoS-rapport 1992:8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1997a. *Levnadsförhållanden för personer med omfattande funktionshinder. En studie om livsvillkor för LSS personkretsgrupp 3*. Handikappreformen. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1997b. *Handikappreformen. Slutrapport 1997*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999a. *Socialtjänsten i Sverige 1999. Behov – Insatser – Utveckling*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999b. *Möte med svensk välfärd. Om personer i Sverige med funktionshinder och utländsk bakgrund*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999c. *Äldre födda utomlands. En demografisk beskrivning*. Äldreuppdraget 99:4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999d. *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatireform*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen, 2000a. *Avgifter och kostnader för den enskilde personen med funktionshinder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2000b. *Patientavgifter och värdefterfrågan. En kunskapsöversikt*. SoS-rapport 2000:8. Stockholm: SoS.
- Socialstyrelsen, 2001a. *Social rapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2001b. *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2001c. *Funktionshindrade personer – insatser år 2000*. Statistik – Socialtjänst 2001:2. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1991:46. *Handikapp, välfärd, rättvisa*. Betänkande av 1989 års handikapputredning. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1992:73 *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt sjuka*. Slutbetänkande av Psykiatriutredningen. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 1998:48. *Kontrollerad och ifrågasatt? Intervjuer med personer med funktionshinder*. Rapport till Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1998:138. *Kvinnor, män och funktionshinder*. Rapport till Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1998:139. *En särskild utsatthet: om personer med funktionshinder från andra länder*. Rapport till Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder. Stockholm: Fritzes.
- SOU 1999:21. *Lindqvists nia: nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder*. Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder. Stockholm : Fakta info direkt.
- SOU 2000:3. *Välfärd vid vägskalet*. Delbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2000:91. *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Slutbetänkande från Nationella folkhälsokommittén. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2001:48. *Att vara med på riktigt – demokratiutveckling i kommuner och landsting*. Betänkande av Kommundemokratikommittén. Stockholm: Fritzes.
- Sundström, G. 1994. *Hemma på äldre da'r*. Ädelrapport 94:17. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sundström, G. & L. Hassing, 2000. *Bo hemma på äldre da'r*. Äldreuppdraget 2000:11. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Svedberg, L. 2001. "Spelar ideella och informella insatser någon roll för svensk välfärd?", i Szebehely, M. (red.), *Välfärdstjänster i omvandling*. SOU 2001:52. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Szebehely, M. 1998. "Hjälp i hemmet i nedskärningstid – hemtjänstens och anhörigas insatser för gamla kvinnor och män", i Sandqvist, A.-M. (red.), *Åt var och en efter behov*. Stockholm: Kommentus förlag.
- Szebehely, M. 1999a. "Den svenska äldreomsorgens skiktning – i går och i dag", i Christensen, C. & L. Syltevik (red.), *Omsorgens forvitring*. Bergen: Fagboksförlaget.
- Szebehely, M. 1999b. "Omsorgsarbetets olika former – nya klassskillnader och gamla könsmonster i äldreomsorgen", *Sociologisk forskning*, nr 1/99, 7-32.
- Szebehely, M. 2000. "Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer", i Szebehely, M. (red.), *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.
- Söder, M. 1982. *Handikappbegreppet. En analys utifrån WHO:s terminologi och svensk debatt*. Beredningsgruppen för internationella handikappåret 1981. Stockholm: Socialdepartementet.
- Tideman, M. 1997. *Lever som andra? Om kommunaliseringen och levnadsförhållanden för personer med utvecklingsstörning*. Wigforssinstitutet för välfärdsforskning, rapport 3. Högskolan i Halmstad.
- Tideman, M. 2000a. *Normalisering och kategorisering. Om handikappideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning*. Stockholm: Johansson & Skyttmo Förlag.
- Tideman, M. 2000b. "Levnadsvillkor och normalisering – om kommunaliseringens och handikappreformens påverkan", i Brusén, P. & L.-C. Hydén, (red.), *Ett liv som andra. Livsvillkor för personer med funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Tideman, M. (red.), 1996. *Perspektiv på funktionshinder och handikapp*. Stockholm: Johansson & Skyttmo Förlag.
- Tideman, M. (red.), 1999. *Handikapp: synsätt, principer, perspektiv*. Stockholm: Johansson & Skyttmo Förlag.
- Townsend, P. 1979. *Poverty in the United Kingdom: a survey of household resources and standards of living*. Harmondsworth: Penguin books.

- Tøssebro, J. 1998. "Researching the living conditions of people with intellectual disabilities", i Hjelmquist, E. & L. Kebbon (red.), *Methods for studying the living conditions of persons with disabilities*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Tøssebro, J. 2001. *Levekår for funksjonshemmete – fins det?* Vedlegg til søknad til NFR, Velferdsprogrammet. Prosjekt nr 140092/530. Norges Forskningsråd.
- Åberg, R. & M. Nordenmark, 2000. "Arbetsløshet och levnadsvillkor under 1990-talets krisår", i Fritzell, J. (red.), *Välfärdens förutsättningar – Arbetsmarknad, demografi och segregation*. SOU 2000:37. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Fritzes.