

# Hälsa, sysselsättning och levnadsvanor

Brukarundersökning av funktionshinder och  
funktionsnedsättningar och dess stödresurser  
i Blekinge 3 (BUFUS 3)

Anette Brantmark  
Karin Chamoun  
Ali Al Nima  
Peter Anderberg  
Cecilia Fagerström

Rapport 2018:1





# Hälsa, sysselsättning och levnadsvanor

Brukarundersökning av funktionshinder och  
funktionsnedsättningar och dess stödresurser  
i Blekinge 3 (BUFUS3)

Anette Brantmark  
Karin Chamoun  
Ali Al Nima  
Peter Anderberg  
Cecilia Fagerström

Rapport 2018:1



## **Hälsa, sysselsättning och levnadsvanor**

Brukarundersökning av funktionshinder och funktionsnedsättningar och dess stödresurser i Blekinge 3 (BUFUS3)

© 2018 Författare och Blekinge kompetenscentrum

FÖRFATTARE: Anette Brantmark, Karin Chamoun, Ali Al Nima, Peter Anderberg och Cecilia Fagerström

### **KOPIERINGSFÖRBUD**

Detta verk är skyddat av upphovsrättslagen. Kopiering är förbjuden utöver vad som avtalats mellan upphovsrättsorganisationer och högskolor enligt avtalslicensen i 13 § upphovsrättslagen.

BESTÄLLNING: [www.ltblekinge.se/publikationer](http://www.ltblekinge.se/publikationer)

TRYCK: Landstinget Blekinge, Karlskrona

1:a tryckningen

Printed in Sweden 2018

Rapport 2018:1

ISBN 978-91-86711-93-1 (tryck)

ISBN 978-91-86711-94-8 (pdf)

# Sammanfattning (abstract)

## Bakgrund

Folkhälsan i Sverige har blivit bättre men det finns skillnader i hälsa mellan olika grupper. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och kostvanor är levnadsvanor som har betydelse för hälsan. Personer som tillhör någon av de tre personkretsarna inom Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) blir ofta exkluderade från studier varför det är svårt att beskriva hälsa och skillnader i levnadsvanor som har betydelse för hälsan i denna grupp. En tidigare brukarundersökning (BUFUS 1) beskriver förekomsten av sysselsättning och hälsa hos personer som har personlig assistans varför syftet med denna undersökning var att skapa en ökad förståelse kring eventuella samband mellan hälsa, sysselsättning och levnadsvanor i en större grupp dvs. personer med funktionsnedsättning som har beslut om LSS-insatser i Blekinge. Syftet var också att få kunskap om hur personer (LSS 1 och 2) beskrev områden som var betydelsefulla för hälsan.

## Metod

Totalundersökning bland vuxna (18-64 år) och äldre (65 år och äldre) med beslut om LSS-insats, innefattande en tvärsnittstudie (n=574) och en kvalitativ intervjustudie (n=27). Data har analyserats med beskrivande statistik och regressionsanalys samt innehållsanalys.

## Resultat

Hälsan skilde sig signifikant mellan de tre LSS-grupperna. Färre personer som tillhör LSS 3 skattade sin hälsa som bra jämfört med övriga (LSS 1 och 2). Bland vuxna som tillhör LSS 1 och 2 hade sysselsättning och fysisk aktivitet betydelse för hälsan medan för vuxna som tillhör LSS 3 hade enbart fysisk aktivitet betydelse för hälsan. Fler personer, som tillhör LSS 3 hade fler läkarkontakter jämfört med övriga men oavsett grupp hade läkarkontakt en betydelse för hälsan.

## Slutsats

Fysisk aktivitet har stor betydelse för hälsa hos vuxna personer oavsett LSS-tillhörighet. Det finns en medvetenhet om vad som behövs för att må bra och att ha någonstans att gå till utanför bostaden har positiv inverkan på hälsan. Det finns skillnader i självskattad hälsa i de olika LSS-grupperna, och förekommande skillnader i den självskattade hälsa kan vara möjlighet till aktivitet. Modellen som visade att aktivitet förklarar hälsa i grupperna, förklarade dock enbart en liten del av variationen av hälsa. Det behövs fler studier som tar hänsyn till andra faktorer än de som använts i denna undersökning för att kunna förstå vad som är av betydelse för personernas hälsa i olika ålders- och LSS grupper.



## Förord

Hälsa definieras som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning. För att kunna uppnå hälsa måste man ges förutsättningar att kunna påverka de faktorer som kan begränsa möjligheterna. Individer med funktionsnedsättning är en av de grupper som riskerar att vara mer utsatta än andra för ohälsa och sjukdomar. Forskning pekar på att utsatta grupper har sämre möjligheter att ta till sig och använda hälsoinformation, sämre ekonomiska förutsättningar, bristande socialt stöd samt lägre motivation eller tilltro till sin egen förmåga att påverka sin hälsa i jämförelse med andra grupper.

Hälso- och sjukvårdens uppgift är att ge vård på lika villkor till alla målgrupper och att anpassa vården till individens behov. Personer med kognitiva funktionsnedsättningar har sämre förutsättningar att göra sina behov kända och därmed svårare att få sina behov tillgodosedda.

Denna undersökning fokuserar på personer med beslut om LSS-insatser i Blekinge. Personer tillhörande personkrets 3, har besvarat Socialstyrelsens indikatorfrågor om levnadsvanor tillsammans med frågor om sysselsättning. Personkrets 1 och 2 har studerats med hjälp av anpassade lättförståeliga frågor baserade på indikatorfrågorna och frågor om sysselsättning.

De anpassade enkätfrågorna och undersökningen i stort ger värdefull information om framtida interventioner för personer med LSS-stöd. Resultaten kompletterar övriga brukarundersökningar och visar att sysselsättning och fysisk aktivitet anses vara betydande faktorer för god hälsa för hela målgruppen.

Syftet med undersökningen stämmer väl överens med Landstinget Blekinges handlingsplan att implementera ett personcentrerat förhållningssätt där patienten ges större möjligheter till inflytande över behandlingen och ökade möjligheter till ansvarstagande för egenvård. Jag är övertygad om att rapporten blir väl mottagen med tanke på den unika kunskap som finns samlad om brukares upplevelse av områden betydelsefulla för hälsan. Dessutom ger undersökningen ett verktyg i form av ett frågebatteri anpassat för personer med nedsatt kognitiv förmåga, något som efterfrågas av flertalet regioner, kommuner och landsting.

Karlskrona i februari, 2018

Gerthi Persson  
folkhälsostrateg, med dr, leg fysioterapeut



# Författarnas förord

Vi vill rikta ett tack till de personer som deltagit i undersökningen och till de personer samt verksamheter som varit behjälpliga med datainsamlingen. Vi vill också rikta ett tack till personalen på Medicinska Biblioteket på Blekinge kompetenscentrum för allt stöd och Erik Lindsjär på Blekinge kompetenscentrum för stödet med enkäter och transkribering av fokusgruppsintervjuer.

Anette Brantmark, Karin Chamoun, Ali Al Nima, Peter Anderberg och Cecilia Fagerström  
Februari 2018



# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
Hälsa .....	1
<b>Sysselsättning</b> .....	<b>3</b>
<b>Levnadsvanor</b> .....	<b>5</b>
Syfte delstudie 1 .....	5
Syfte delstudie 2 .....	5
<b>Metod</b> .....	<b>6</b>
<b>Design</b> .....	<b>6</b>
Delstudie 1 .....	6
Delstudie 2.....	6
Deltagare i delstudie 1 .....	6
Deltagare i delstudie 2.....	8
Datainsamling i delstudie 1 .....	8
Beskrivning av enkät.....	9
Datainsamling delstudie 2 .....	10
Dataanalys av delstudie 1 .....	10
Dataanalys av delstudie 2 .....	12
<b>Resultat av delstudie 1</b> .....	<b>12</b>
Beskrivning av hela urvalet .....	13
Beskrivning av urvalet utifrån åldersgrupper och LSS 1 och 2.....	14
Beskrivning av urvalet utifrån åldersgrupper och LSS 3 .....	14
Hälsa.....	16
Variabler som har betydelse för hälsa.....	17
Variabler som har betydelse för hälsa utifrån åldersgrupper .....	18
Variabler som har betydelse för hälsa utifrån LSS-tillhörighet .....	19
<b>Resultat av delstudie 2</b> .....	<b>20</b>
Beskrivningar av hälsa och områden som har betydelse för hälsan.....	21
<b>Diskussion</b> .....	<b>22</b>
Hälsa.....	23
Begränsningar i delstudie 1.....	25
Begränsningar i delstudie 2.....	26
Konklusion .....	27
<b>Referenslista</b> .....	<b>29</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>33</b>

<b>Bilaga 1</b> .....	<b>33</b>
Informationsbrev, standard .....	33
Informationsbrev, lättläst .....	34
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>36</b>
Frågor levnadsvanor .....	36
<b>Bilaga 3</b> .....	<b>40</b>
Enkät standard .....	40
<b>Bilaga 4</b> .....	<b>44</b>
Enkät lättläst.....	44
<b>Bilaga 5</b> .....	<b>51</b>
Enkät till ombud .....	51
<b>Bilaga 6</b> .....	<b>55</b>
Lättförståeligt frågeformulär om levnadsvanor.....	55

# INLEDNING

## Hälsa

WHO:s definition av hälsa är: ”*Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning*” (World Health Organization [WHO], 1946). Det finns idag ett stort intresse för hur människors levnadsvanor påverkar hälsa och välmående nationellt och internationellt. Vi möts av mängder av råd om goda levnadsvanor, för att undvika livsstilsrelaterade sjukdomar och istället uppleva god hälsa, både inom hälso- och sjukvård, i media och av våra medmänniskor. Enligt WHO (2011) har alla människor rättighet att uppleva god hälsa oberoende av ålder, kön, religion eller funktionsnedsättning.

Folkhälsan har utvecklats positivt i Sverige. Som exempel kan nämnas att den självskattade hälsan har förbättrats över tid och medellivslängden har ökat. År 2016 skattade tre fjärdedelar av befolkningen i åldrarna 16-84 år sin hälsa som bra eller mycket bra. Trots att hälsan i befolkningen i flera avseenden har förbättrats finns det skillnader mellan olika grupper i samhället (Folkhälsomyndigheten, 2017). En rapport från tidigt 2000-tal visar att i Sverige löper personer med funktionsnedsättning 10 gånger större risk att ha dålig hälsa jämfört med den övriga befolkningen (Armhof, 2008), men uppgifter saknas om skillnaden håller i sig över tid. Med anledning av denna ojämlikhet i hälsa, finns det ett värde av att undersöka hälsa hos personer med funktionsnedsättning.

Att ha en funktionsnedsättning behöver i sig inte vara en riskfaktor utan orsaker till att personer med funktionsnedsättning har en ökad risk, är att de lätt får sekundära följdtilstånd. Orsaker till den ökade risken för sekundära följdtilstånd kan vara *ärfvliga faktorer*, t.ex. sviktande sköldkörtelfunktion hos personer med Downs syndrom, *sociala faktorer*, t.ex. låga inkomster, social isolering och svårigheter att identifiera hälsobehov, *miljöfaktorer*, t.ex. bristande social och fysisk tillgänglighet samt *individuella faktorer*, som emotionella problem och otillräcklig kunskap om hälsosamma livsstilar och levnadsmönster (Blomqvist, 2013; Emerson & Hatton, 2014; Haveman, Heller, Lee, Maaskant, Shooshtari, Strydom, 2010; Ineland, 2013). Det har också visat sig att det finns ett samband mellan hälsa, muskelstyrka och kondition. Muskelstyrkan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning kan vara upp till 50 % lägre jämfört med övrig befolkning vilket kan medföra ökad risk för ohälsa (Blomqvist, 2013).

Ungdomar och unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning hade sämre kondition och var mer överviktiga jämfört med andra ungdomar i samma ålder (Flygare-Wallén, 2013). Dessutom hade unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning vid 24 års ålder en kardiovaskulär hälsobild som kunde jämföras med en person i femtioårsåldern.

Personer med intellektuell funktionsnedsättning lever, liksom övrig befolkning, längre än tidigare. I likhet med den övriga åldrande befolkningen får åldrande personer med funktionsnedsättning förändrade behov utifrån ökad ålder men gruppen behöver också andra insatser utifrån sin funktionsnedsättning (Haveman et al., 2010). I tidigare forskning har det visat sig att äldre personer med intellektuell funktionsnedsättning exempelvis har en ökad risk för tidigare debut av symtom och sjukdomar såsom demens, sämre rörlighet, övervikt och benskörhet än äldre personer i övrig befolkning (Emerson & Hatton, 2014). En studie av Diminic-Lisica, Franciskovic, Janovic, Popovic, Klaric & Nemic-Moro (2010) visade att personer med psykisk funktionsnedsättning hade en ökad risk att drabbas av fysisk ohälsa som hjärtsjukdomar, njursjukdomar och besvär från muskler och skelett och ytterligare psykiska funktionsnedsättningar jämfört med den övriga befolkningen. Deras studie visade även att det fanns ett samband mellan depression och fetma. Personer med depression hade 58 % ökad risk för att utveckla fetma samtidigt som personerna med fetma hade 55 % ökad risk för att utveckla depression. I en rapport från Socialstyrelsen (2010a) beskrevs att även levnadsförhållanden kunde inverka på hälsan på personer med psykisk funktionsnedsättning<sup>1</sup>. Personer med psykisk funktionsnedsättning i åldern 20-29 år som lever på ekonomiskt bistånd har sämre levnadsvillkor än genomsnittet i Sverige vad gäller ekonomi, utbildningsnivå och förankring på arbetsmarknaden och därmed en ökad risk för ohälsa. Sammanfattningsvis visar resultaten från de beskrivna studierna att diskussionen framförallt har utgått på fysiologiska och medicinska aspekter på hälsa snarare än på personens egen skattning av sin hälsa.

En nationell folkhälsoenkät från 2008 visade att en stor del av förekomsten av ohälsa fanns i gruppen personer med funktionsnedsättning och att personer med rörelsenedsättning utgjorde den största delen av gruppen. I gruppen personer med rörelsenedsättning uppgav 43 % av männen och 32 % av kvinnorna att det allmänna hälsotillståndet var dåligt. Huvudvärk och

---

<sup>1</sup> I rapporten identifierades personer med psykisk funktionsnedsättning som personer som hade insatser från socialtjänsten eller enligt Lagens om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS).

besvär med trötthet samt sömn var betydligt vanligare hos personer med rörelsenedsättning jämfört med den övriga befolkningen (Arnhof, 2008).

Självskattad hälsa (Self Rated Health, SRH) beskriver personens egen uppfattning av sitt allmänna hälsotillstånd, vilket kommer att benämnas som hälsa framöver i den här undersökningen. Att ha en funktionsnedsättning behöver inte innebära att hälsan är dålig, men kan innebära en ökad risk för ohälsa (Boström, 2008). Emerson och Hatton (2014) sammanställde resultatet från två populationsstudier om hälsa i Storbritannien med totalt 88 489 deltagare, varav 731 av deltagarna var personer med intellektuell funktionsnedsättning. Dessa studier visade att personerna med intellektuell funktionsnedsättning skattade sin hälsa lägre än övriga befolkningen. Sekundär ohälsa fanns ofta med i bilden och personer med intellektuell funktionsnedsättning hade även en sämre social miljö, vilket påverkar hälsan negativt. Studierna visade signifikant lägre hälsa hos deltagarna med intellektuell funktionsnedsättning jämfört med den övriga populationen.

## Sysselsättning

Brugarundersökningen av Ahl, Chamoun och Anderberg (2015) som gjordes i Blekinge visade att 61 % av de personer med funktionsnedsättning som hade personlig assistans (n=121), som är en av de tio insatserna i lagen som stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS)<sup>2</sup> saknade någon form av sysselsättning.

Av dem som hade personlig assistans och sysselsättning hade 22 % sin sysselsättning inom daglig verksamhet, 2,5 % hade lönearbete, 5 % hade en lönebidragsanställning och 2,5 % hade en praktikplats. Sysselsättning har visat sig ha betydelse för människors livskvalitet och arbete ger erfarenheter utöver familjen, ökar det sociala nätverket, skapar mening, status och identitet (Selberg & Mulinari, 2011). Sysselsättning är också en förutsättning för att få tillgång till samhällets försäkringssystem t.ex. socialförsäkring (Socialstyrelsen, 2010a).

---

<sup>2</sup> LSS är en lag som ger särskilda rättigheter till vissa personer med funktionsnedsättningar.

Lagen trädde i kraft den 1 januari 1994. För att ha möjlighet till stöd och service enligt LSS ska personen tillhöra en av de tre personkretsar<sup>2</sup> som beskrivs i lagen. Personkrets 1(LSS 1) här ingår personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd

Personkrets 2 (LSS 2) här ingår personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom

Personkrets 3 (LSS 3) här ingår personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som (uppenbart) inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed har ett omfattande behov av stöd eller service. LSS innehåller tio olika insatser, såsom personlig assistans, bostad med särskild service (eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna), sysselsättning såsom daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd och hjärnskador som man har fått i vuxen ålder etc. (Sveriges riksdag, 2017b).

En viktig förutsättning för möjligheten till sysselsättning och inkomst är utbildning. Utbildning ger personen en möjlighet att utveckla sina förmågor och möjlighet till inflytande i samhällsfrågor (Socialstyrelsen, 2010a). Särskola är en skolform som regleras i skollagen. Den är till för barn och ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning som inte klarar kunskapsmålen och undervisningen i grund- och gymnasieskolan. Det finns inga särskilda skolformer inom den eftergymnasiala utbildningen (Djurstedt, 1998). Socialstyrelsens rapport från 2010 visade att bland personer som hade insatser enligt LSS var det knappt 5 % som hade en eftergymnasial utbildning (Socialstyrelsen, 2010a). En studie gjord av Lillestø och Sandvin (2014) visade att för personer med rörelse-, syn- eller hörselnedsättning var det svårt att få en anställning på den ordinarie arbetsmarknaden. Av dessa personer i åldern 15-66 år hade 42.3 % en anställning jämfört med 73.9 % av den övriga befolkningen i Norge där studien genomfördes. Personer med funktionsnedsättning erfarenhet var i den studien att det saknades intresse från arbetsförmedlingen att hjälpa dem att hitta en anställning.

För personer med funktionsnedsättning som också har en nedsatt arbetsförmåga kan en anställning i form av lönebidrag vara ett alternativ. Lönebidrag är en arbetsmarknadspolitisk åtgärd som regleras i *förordningen om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga* och riktar sig främst till personer med arbetshandikapp (Sveriges riksdag, 2017a). Lönebidraget kompenserar en arbetsgivare som anställer en person med nedsatt arbetsförmåga. Det är arbetsförmedlingen som beslutar om lönebidrag och hur länge det ska betalas ut (Sveriges riksdag, 2017a). Anställningen är en vanlig anställning som är anpassad efter de behov och förutsättningar som den arbetssökande har. Det kan vara en tillsvidareanställning eller en tidsbegränsad anställning och personen kan arbeta heltid eller deltid utifrån sina förutsättningar (Sveriges riksdag, 2017a).

Ett annat alternativ till arbete för vissa personer med funktionsnedsättning är daglig verksamhet. Daglig verksamhet är en av de tio insatserna enligt LSS för personer som tillhör LSS personkrets 1 och 2, dvs. personer som har en utvecklingsstörning, autism, autismliknande tillstånd eller har fått en hjärnskada som vuxen (Sveriges riksdag, 2017b). Daglig verksamhet är den insats enligt LSS som beviljas till flest personer. Daglig verksamhet kan vara en gruppverksamhet i särskilda lokaler eller en individuell placering på en reguljär arbetsplats. Utvecklingen visar att det går mot en utflyttad verksamhet som integreras med näringslivet (Socialstyrelsen, 2010b).

## Levnadsvanor

Levnadsvanor har ett starkt samband med många av våra vanligaste sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar, cancer och psykisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2011). De levnadsvanor som har störst betydelse för hälsa är faktorer såsom tobak, alkohol, fysisk aktivitet och kostvanor.

Levnadsvanor är något som hen själv kan påverka och därmed också förändra sin hälsa (HFS, Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård, 2014). En funktionsnedsättning kan göra att man inte kan vara fysiskt aktiv på samma sätt som andra. Många personer med funktionsnedsättning hittar sitt eget sätt att vara fysiskt aktiva, andra behöver stöd från omgivningen. Till exempel kan personer med intellektuella eller psykiska funktionsnedsättningar behöva ett stöd från omgivningen för att ta initiativ till fysisk aktivitet (Arnhof, 2008).

LSS-verksamheten beskrivs som ett strategiskt område då denna innefattar personer som tillhör LSS-personkretsar vilka är grupper som ofta blir exkluderade från forskningsstudier (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, [SBU] 2017). Forskning med deltagare från denna grupp behövs för att få bättre kunskap och förståelse kring deras hälsosituation och de faktorer som påverkar denna. Sådan kunskap kan vara värdefull i samband med diskussioner för att förbättra personens situation samt för att kunna arbeta mer förebyggande i syfte att nå en bättre hälsa i den aktuella gruppen. Det saknas kunskap om hur individuella faktorer, som t.ex. demografiska faktorer, levnadsvanor, stöd förutom LSS, kontakt med sjukvården och sysselsättning påverkar den självskattade hälsan hos personer med funktionsnedsättning. I den här undersökningen avsåg vi att undersöka hur hälsa var relaterat till sysselsättning, stöd utöver LSS, kontakt med sjukvården samt levnadsvanor hos personer med funktionsnedsättning och om dessa faktorer var beroende av LSS-tillhörighet och ålder.

### Syfte delstudie 1

Att undersöka om sysselsättning, stöd utöver LSS, kontakt med sjukvården och levnadsvanor hos personer som har beslut om LSS hade betydelse för deras självskattade hälsa utifrån de olika LSS-tillhörigheterna och ålder.

### Syfte delstudie 2

Få en förståelse för hur personer som tillhör LSS 1 och 2 beskriver områden som hade betydelse för den självskattade hälsan.

# METOD

I samband med verksamhetsråd har verksamhetschefer inom funktionsstödsförvaltningen i kommunerna och verksamhetschef på Habiliteringen i Blekinge deltagit i planeringen av undersökningen samt samtyckt till genomförande. Undersökningen startade våren 2016. Undersökningen har etiskt godkännande (LU 2016-427) av den regionala etikprövningsnämnden i Lund.

## Design

Undersökningen genomfördes med en mixad metod.

### Delstudie 1

Studien var en tvärsnittsstudie med enkäter.

### Delstudie 2

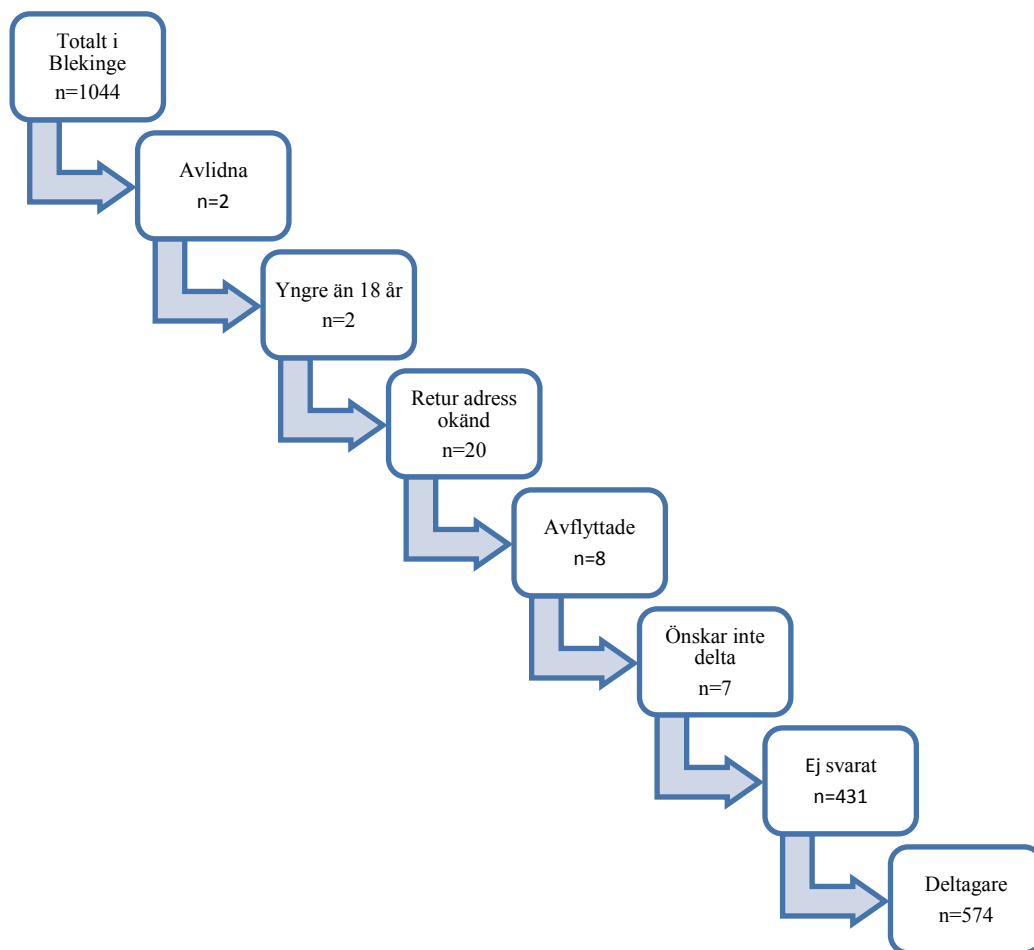
Studien var en induktiv kvalitativ studie med fokusgruppintervju.

### Deltagare i delstudie 1

Urvalet i delstudie 1 var en totalpopulationsundersökning i Blekinge. Samtliga deltagare i delstudien var personer med funktionsnedsättning boende i Blekinge som var 18 år och äldre samt hade beslut om insatser enligt LSS i augusti 2016. Personal i respektive kommun tog fram adressuppgifter och uppgifter om vilken personkrets personerna tillhörde. Enkäter skickades ut till 1044 personer och 574 personer har besvarat enkäten (Figur 1). Personerna fick skriftlig information om studien i samband med att enkäterna skickades ut (Bilaga 1).



**Figur 1.** Antal personer med beslut om LSS insatser, exkluderade och bortfall



## Deltagare i delstudie 2

Urvalet i delstudie 2 utgjordes av personer som var berättigade till daglig verksamhet i Blekinge hösten 2017. Kontakt togs med ansvarig personal på daglig verksamhet i respektive kommun för att komma i kontakt med intervjupersoner med sysselsättning inom daglig verksamhet. Urvalet bestod av ett bekvämlighetsurval<sup>3</sup> och personalen inom daglig verksamhet var behjälplig med att bjuda in personer att delta i delstudie 2. Deltagare (n=27) från daglig verksamhet i fyra av de fem kommunerna i Blekinge valde att delta i fokusgruppsintervjuerna<sup>4</sup>. En kommun kunde inte få fram en grupp som ville delta och tackade därför nej till att delta i studien. Deltagarna gav skriftligt samtycke till att delta i studien.

## Datainsamling i delstudie 1

Enkät med fasta svarsalternativ har använts. Frågorna i enkäten, vad gäller levnadsvanor, utgick från ett frågeformulär som tidigare har använts vid patientbesök i landstinget Blekinge (Bilaga 2). För att anpassas till den valda målgruppen har frågorna och svarsalternativen förenklats och antalet frågor har också reducerats jämfört med originalet.

Tre olika varianter av enkäten har använts:

i) En variant var standardformulerad, ii) en var lättläst och iii) en riktade sig till ombud. I den lättlästa varianten för personkrets LSS 1 och 2, och i enkäten till ombud, fanns frågor om daglig verksamhet, eftersom denna insats endast gäller för personkretsarna 1 och 2 (Bilagor 3-5). Målet i samband med att de olika varianterna av enkäterna utformades var att personerna i möjligaste mån själva skulle besvara frågorna, alternativt besvara frågorna med stöd av annan person. Om personen inte kunde medverka alls fick istället ett ombud besvara frågorna. En pilotstudie genomfördes med personer med intellektuell funktionsnedsättning i en av kommunerna för att testa den lättlästa varianten av enkäten innan utskick till gruppen gjordes. Utifrån pilotstudien gjordes justeringar gällande förenkling av frågor och svarsalternativ för att minimera risken för missuppfattningar eller misstolkningar.

I enkätutskicket till personer inom LSS personkrets 1 och 2 fanns lättläst enkät och enkät till ombud. Standardenkät och enkät till ombud skickades ut till personer inom LSS 3. Endast en variant av enkäterna skulle besvaras och skickas tillbaka. Skickades båda varianterna av enkäterna

---

<sup>3</sup> Bekvämlighetsurval är ett urval bestående av individer som är tillgängliga (och har tackat ja att delta i studien) just vid det tillfället som datainsamlingen genomförs.

<sup>4</sup> Enligt Malterud (2009) innebär fokusgrupp att informationen inhämtas vid ett samtal i grupp. Ofta används ändå benämningen intervju eftersom det ändå rör sig om frågeställningar och en frågesituation (Kvale & Brinkmann, 2009). Valet att använda fokusgruppsintervjuer som metod grundades på att det fanns ett tydligt och gemensamt frågeområde för deltagarna.

in kom enkäten som besvarats av personen själv att registreras. Enkäterna skickades ut under november 2016 och därefter har två påminnelser skickats ut. Inkomna svar till och med den 1 mars 2017 har registrerats.

### **Beskrivning av enkät**

I enkäterna ingick information om demografiska data vad gäller ålder, kön, LSS-tillhörighet, kommun, sysselsättning samt stödresurser. I delstudie 1 har sysselsättning definierats som studier, lönearbete, lönebidrag, daglig verksamhet, alternativt att sysselsättning saknas. Frågor om vad personerna tyckte om sin sysselsättning fanns med. Stödresurser har definierats som assistans, kontaktperson, hemtjänst, god man, förvaltare, eller stöd från familjemedlem som inte var personlig assistent. Frågor om levnadsvanor gällande tobak innehöll information om personen rökte och/eller snusade och hur ofta i så fall. Frågor angående alkohol berörde om personen drack alkohol eller inte drack alkohol. I de fall personen svarat ja var följdfrågan "hur ofta" (Bilaga 3-5).

Frågor om fysisk aktivitet berörde om personen var fysiskt aktiv varje vecka och hur länge personen var fysiskt aktiv. Frågor gällande kost handlade om personen åt grönsaker, fisk och/eller skaldjur samt frukost, kakor, godis eller drack läsk/saft. Om personen svarade jakande var följdfrågan "hur ofta" (Bilaga 3-5).

Frågor om hälsa (Self Rated Health, SRH) kan användas för att följa upp utvecklingen av hälsa och ge information om troliga framtida behov av hälso- och sjukvård. Vidare har skattningen av det allmänna hälsotillståndet samband med överlevnad och funktionsförmåga. För att följa hälsoutvecklingen har EU-länderna enats om att följa hälsa utifrån SRH och den fråga som vanligen förekommer i dessa sammanhang är "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" med en femgradig skala, "Mycket bra", "Bra", "Någorlunda", "Dåligt" och "Mycket dåligt" (Robine, 1996).

För att undersöka det allmänna hälsotillståndet utifrån SRH ställdes den övergripande frågan "Hur tycker du att du mår?" i enkäten för LSS 1 och 2, i enkäten till LSS 3 ställdes frågan " Hur upplever du att du mår?" och till ombud var frågan "Hur bedömer du att personen mår?". Svartalternativen i samtliga enkäter var "bra", "varken bra eller dåligt" och "dåligt". Angående vårdkontakter ställdes frågan om personen hade varit hos läkare och/eller sjuksköterska under den aktuella månaden.

Slutligen, på frågan om vid vilken tidpunkt i livet funktionsnedsättningen hade debuterat, fanns fyra svarsalternativ; vid födelse, i barndomen, efter 18 års ålder samt vet inte (Bilaga 3-5).

## **Datainsamling delstudie 2**

Totalt intervjuades 27 personer i de olika kommunerna. Det var mellan 4-10 deltagare vid varje fokusgruppsintervju som tog cirka en timme. Intervjuerna genomfördes under augusti-september 2017. Frågorna i fokusgruppintervjun valdes utifrån resultatet från delstudie 1 där områdena sysselsättning och fysisk aktivitet var de områden som hade störst positiv betydelse för den självskattade hälsan.

Fokusgruppsintervjun var semistrukturerad och spelades in på diktafon. Därefter transkriberades det inspelade materialet. En moderator deltog för att leda samtalet, se till att alla kom till tals och att samtalet hölls förankrat i de aktuella frågeområdena: hälsa, sysselsättning, och fysisk aktivitet. En observatör deltog för att notera händelser som inte kom med vid inspelningen och även göra inspel i samtalet för att t.ex. förtydliga eller utveckla frågeställningar. När fokusgruppsintervjun avslutats sammanfattade moderator och observatör gemensamt innehållet i samtalet och interaktionen i gruppen. Inom varje område ställdes öppna frågor utifrån en struktur med följdfrågor under respektive fokusområde.

Fokusområdena var hälsa, sysselsättning och fysisk aktivitet.

Inom fokusområde sysselsättning ställdes frågorna:

*Vad är jobb för dig? Vad betyder det att ha ett jobb? Varför ska man/du ha ett jobb?*

Frågorna för fokusområdet fysisk aktivitet var: *Vad är träning för dig? Vad betyder träning? Varför ska man träna?*

För fokusområde hälsa var frågorna: *Vad är det att må bra? Vad gör du för att må bra?*

*Kan man må bra fast man har en sjukdom/ett handikapp?*

## **Dataanalys av delstudie 1**

Beskrivande statistik har använts vad gäller fördelning utifrån ålder, LSS-tillhörighet, kön, sysselsättning, stödresurser, levnadsvanor och vårdkontakter. Fördelningen har presenterats med aktuella tal och procent.

Data från enkäterna standard, lättläst och ombud har lagts ihop och delats upp i två subgrupper: ålder och LSS-tillhörighet. Chi-två test<sup>5</sup> gjordes i syfte att undersöka om det gick att lägga ihop svaren från enkäterna standard/lättläst och ombud. Enkäterna standard/lättläst och ombud visade ingen statistisk skillnad ( $p=0.080$ ) mellan svaren gällande hälsa. Därmed ansåg vi det lämpligt att lägga ihop dessa två subgrupper.

I den statistiska analysen har subgrupperna ålder och LSS-tillhörighet delats upp i ytterligare två subgrupper. Ålder har delats upp i två åldersgrupper: 18-64 år (vuxna) samt 65 år och äldre (äldre). Åldersindelningen gjordes utifrån att personer mellan 18-64 sannolikt har en sysselsättning vilket inte personer över 65 år har. LSS-tillhörighet har delats upp i två kategorier: i den första kategorin ingick LSS 1 och 2 och i den andra kategorin ingick LSS 3. Personkretsarna LSS 1 och 2 har lagts ihop i en gemensam kategori eftersom personerna i dessa personkretsar bedöms ha liknande kognitiva nedsättningar. Stödresurser utöver LSS har kategoriserats i två kategorier dvs. ”har stöd utöver LSS” eller ”saknar stöd utöver LSS”. Med stöd utöver LSS menas stöd från god man, förvaltare och/eller från familjemedlem som inte är personlig assistent. Även variabeln sysselsättning har kategoriserats i två kategorier: har sysselsättning respektive saknar sysselsättning. Sysselsättning definieras i kategorierna ”att gå i skola, att ha ett arbete, att ha en lönebidragsanställning eller att ha en sysselsättning inom daglig verksamhet”. Sysselsättning har analyserats för gruppen vuxna utifrån att den aktuella gruppen räknas som att vara i arbetsför ålder. Tidpunkt i livet när funktionsnedsättningen debuterade har delats upp i kategorier. En kategori är funktionsnedsättning innan 18 års ålder, där svarsalternativen, vid födelse och i barndomen lagts ihop, och den andra kategorin är efter 18 års ålder.

Analytisk statistik<sup>6</sup> har också använts för att analysera information som hämtades från enkäterna. Multipel linjär regressionsanalys har använts på samtliga deltagare för att undersöka vilka oberoende variabler som har betydelse för utfallsvariabeln hälsa (beroende variabel).

Regressionsanalysen<sup>7</sup> syftade till att visa effekten av en variabel (den oberoende variabeln) på en annan variabel (den beroende variabeln). I samband med att regressionsmodellen sattes samman, dvs. vilka variabler som skulle ingå, utgick vi ifrån de variabler som var signifikant betydelsefulla i

---

<sup>5</sup> Chi-två-test prövar om frekvenserna av ett antal olika utfall liknar hypotesen om en viss sannolikhetsfördelning (<https://sv.wikipedia.org/wiki/Chitvåfördelning>).

<sup>6</sup> Metoder för att dra slutsatser om en population genom att analysera egenskaper hos stickprov ur populationen.

<sup>7</sup> Regressionsanalysen kan vara både bivariat och multivariat. I bivariat ingår endast två variabler- en oberoende variabel och en beroende variabel medan i den multivariata (multipel) analysen ingår också en eller flera oberoende variabler. Det som händer till följd av en förändring i den oberoende variabeln är ett utfall i den beroende variabel. Det är den beroende variabeln som är den variabel som blir prognostiserad eller skattad av den oberoende variabeln som inkluderas i modellen.

de bivariata modellerna. Inklusion av variablerna var baserade på antagandet att sysselsättning och levnadsvanor hade en påverkan på individens hälsa, samtidigt som vi ville justera för demografiska variabler och vårdkontakter som var signifikanta i de bivariata modellerna. Modellerna genomfördes separat för subgrupperna åldersgrupp och LSS-tillhörighet.

Signifikant nivå i denna studie var satt till  $p < 0.05$ , dvs. när p-värdet är högre än 0.05 kan man dra slutsatsen att resultatet inte är signifikant. Datorprogrammet SPSS version 24 har använts för den statistiska analysen.

## **Dataanalys av delstudie 2**

Data analyserades utifrån en traditionell kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Tolkningsdjupet var på manifestnivå dvs. beskrev det som uttrycktes i texten.

Intervjuerna spelades in och transkriberades och analysprocessen gjordes i flera steg. Moderator och observatör läste texten var för sig och därefter gjordes en gemensam analys för att få fram kategorier. Ytterligare en person deltog i slutet av analysprocessen i syfte att säkra att ett neutralt förhållningssätt skulle bibehållas i relation till vad som beskrivits vid intervjuerna. Analysen gick fram och tillbaka mellan text och kategorier för att se ett mönster av likheter och olikheter i texten.

## **RESULTAT AV DELSTUDIE 1**

I de 574 enkäterna som besvarades fanns enkätsvar från samtliga tre varianter av enkäterna: 76 (13 %) standardformulerade, 344 (60 %) lättlästa och 120 (21 %) enkätsvar från ombud.

Av de totalt 574 deltagarna kom 40 % från Karlskrona kommun, 28 % från Karlshamns kommun, 11 % från Ronnebys kommun, 11 % från Sölvesborgs kommun och 11 % från Olofströms kommun. De flesta deltagare tillhörde gruppen LSS 1 (81 %), 3 % tillhörde LSS 2 hörde och 15 % tillhörde LSS 3 hörde (Tabell 1).

Fördelningen mellan könen var 283 (49 %) män och 291 (51 %) kvinnor (Tabell 1). Chi-två test visade skillnader mellan deltagare och icke deltagare gällande LSS 1, LSS 3 samt kvinnor. I dessa grupper var det fler deltagare än icke deltagare (Tabell 2).

**Tabell 1.** Total population av personer 18 år och äldre som har LSS-beslut i Blekinge augusti 2016, undersökningens deltagare och icke deltagare

	<b>Total i Blekinge n=1044</b>	<b>Deltagare n=574</b>	<b>Icke deltagare n= 470</b>
<b>Kommun</b>			
Karlskrona	412 (39%)	230 (40%)	182 (38%)
Ronneby	113(11%)	61 (11%)	52 (11%)
Karlshamn	289 (28%)	159 (28%)	130 (28%)
Sölvesborg	130 (12%)	61 (11%)	69 (15%)
Olofström	100 (10%)	63 (11%)	37 (8%)
<b>LSS-tillhörighet</b>			
LSS 1	866 (83%)	467 (81%)	399 (85%)
LSS 2	32 (3%)	19 (3%)	13 (3%)
LSS 3	146 (14%)	88 (15%)	58 (12%)
<b>Kön</b>			
Man	549 (53%)	293 (51%)	256 (54%)
Kvinna	495 (47%)	282 (49%)	213 (45%)

**Tabell 2.** Chi-två test av skillnader mellan LSS-tillhörighet och kön mellan deltagare och icke deltagare

<b>Variabel</b>	<b>LSS-tillhörighet och kön</b>	<b>P</b>
LSS1	5.34	<b>0,02</b>
LSS2	1.12	0,29
LSS3	6.16	<b>0,01</b>
Män	2.49	0,11
Kvinnor	9.62	<b>0,002</b>

Signifikant *p*-värde är siffran fetmarkerad, ( $p < 0,05$ ).

### Beskrivning av hela urvalet

I tabell 3 presenteras information om demografiska data, stödresurser utöver LSS, tidpunkt för funktionsnedsättning, vårdkontakt och användning av tobak och alkohol samt kostvanor. Totalt hade 65 % av deltagarna någon form av sysselsättning dvs. skola eller arbete. När det gällde livsstilsfaktorer var det 29 % av deltagarna som var fysisk aktiva och av dessa var flertalet (91 %) fysiskt aktiva mer än 30 minuter per vecka. Majoriteten åt fisk och/eller skaldjur (86 %) och av dessa var det 18 % som åt fisk och/eller skaldjur flera gånger per vecka. Det var också vanligt förekommande att deltagarna åt sötsaker. De flesta (89 %) av deltagarna åt sötsaker, chips och drack läsk/saft och 27 % av dessa åt sötsaker en eller flera gånger per dag (Tabell 3).

## **Beskrivning av urvalet utifrån åldersgrupper och LSS 1 och 2**

I gruppen som inkluderar LSS 1 och 2 var fördelningen 421 vuxna och 37 äldre (n=458). Medelåldern i gruppen vuxna var 36 år ( $\pm 13$  år) och för gruppen äldre var medelåldern 73 år ( $\pm 6$  år). För 34 deltagare saknades det uppgifter om ålder. I gruppen vuxna med tillhörighet till dessa LSS hade majoriteten (80 %) sysselsättning (Tabell 3).

Vad gäller fysisk aktivitet var ca en tredjedel (34 %) av de vuxna fysiskt aktiva medan enbart ett fåtal (8 %) i den äldre åldersgruppen. Nästan alla (90-100 %) var fysiskt aktiva mer än 30 minuter per vecka. De flesta åt fisk och eller skaldjur (84-94 %) och cirka en femtedel åt fisk och/eller skaldjur flera gånger per vecka. Av deltagarna i gruppen vuxna hade 26 % varit i kontakt med läkare och i gruppen äldre hade 22 % varit i kontakt med läkare den aktuella månaden (Tabell 3).

## **Beskrivning av urvalet utifrån åldersgrupper och LSS 3**

Av de 82 personer som ingick i gruppen LSS 3 var 51 deltagare i åldersgruppen vuxna och 31 deltagare i åldersgruppen äldre. Medelåldern för de vuxna deltagarna var 50 år ( $\pm 11$  år) och för gruppen äldre var medelåldern 72 år ( $\pm 6$  år). Av de vuxna deltagarna hade 20 % sysselsättning (Tabell 3).

I åldersgruppen vuxna med tillhörighet till LSS 3 var det en femtedel (22 %) av deltagarna som var fysiskt aktiva jämfört med 10 % i gruppen äldre. Av de få deltagare som svarat att de var fysiskt aktiva var nästan alla (91-100 %) fysiskt aktiva mer än 30 minuter per vecka. Fisk och/eller skaldjur åt 88 % av deltagarna i åldersgruppen vuxna jämfört med 84 % i gruppen äldre. Omfattningen skiljde sig dock mellan åldersgrupperna. Av de som åt fisk och/eller skaldjur var det enbart 9 % i gruppen vuxna och 84 % i gruppen äldre som åt det flera gånger per vecka. I gruppen vuxna hade cirka hälften (47 %) av deltagarna varit i kontakt med läkare den aktuella månaden och mer än hälften (58 %) av de äldre varit i kontakt med läkare (Tabell 3).



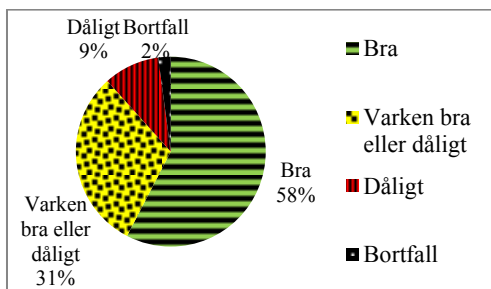
**Tabell 3.** Fördelning av antal (%) av deltagare i åldersgrupper och LSS-tillhörighet vad gäller medelålder, kön, tidpunkt för funktionsnedsättning, vårdkontakter, stödresurser, sysselsättning, och levnadsvanor

	Total	Vuxna	Äldre		
	LSS 1, 2 och 3 n=574	LSS 1 och 2 n=421	LSS 3 n=51	LSS 1 och 2 n=37	LSS 3 n=31
<b>Ålder</b>					
Medelålder (år)	42	36	50	73	72
<b>Kön</b>					
Man	283 (49%)	207 (49%)	25 (49%)	19 (51%)	13 (42%)
Kvinna	291 (51%)	214 (51%)	26 (51%)	18 (49%)	18 (58%)
<b>Tidpunkt för funktionsnedsättning</b>					
Funktionsnedsättning innan 18års ålder	414 (76%)	347 (82%)	11 (22%)	24 (65%)	8 (26%)
Funktionsnedsättning efter 18års ålder	75 (13%)	22 (5%)	29 (57%)	3 (8%)	16 (52%)
Vet inte när funktionsnedsättningen inträffade	65 (11%)	9 (2%)	2 (4%)	4 (11%)	3 (10%)
<b>Stödresurser</b>					
Har stödresurser utöver LSS	481 (84%)	335 (80%)	10 (20%)	2 (5%)	1 (3%)
Saknar stödresurser utöver LSS	90 (16%)	88 (21%)	41 (80%)	34 (92%)	30 (97%)
<b>Vårdkontakt</b>					
Läkare	168 (29%)	110 (26%)	24 (47%)	8 (22%)	18 (58%)
Sjuksköterska	180 (31%)	114 (27%)	27 (53%)	13 (35%)	16 (52%)
<b>Sysselsättning</b>					
Har sysselsättning	372 (65%)	335 (80%)	10 (20%)	-	-
<b>Levnadsvanor</b>					
Röker	79 (13%)	52 (12%)	13 (25%)	5 (13%)	6 (19%)
Varje dag	60 (76%)	39 (75%)	10 (77%)	3 (60%)	5 (83%)
Snusar	46 (8%)	28 (6%)	11 (22%)	1 (2%)	5 (16%)
Varje dag	40 (86%)	23 (82%)	11 (100%)	1 (100%)	4 (80%)
Dricker alkohol	199 (35%)	151 (36%)	22 (43%)	7 (19%)	12 (39%)
Dricker varje vecka	31 (15%)	18 (4%)	6 (12%)	0 (0%)	6 (19%)
Har fysisk aktivitet	165 (29%)	143 (34%)	11 (22%)	3 (8%)	3 (10%)
Mer än 30 minuter per vecka	150 (91%)	128 (90%)	10 (91%)	3 (100%)	3 (100%)
Äter grönsaker	498 (87%)	368 (87%)	41 (80%)	32 (86%)	30 (97%)
Varje dag	283 (57%)	200 (54%)	26 (63%)	20 (62%)	21 (70%)
Äter fisk och/eller skaldjur	491 (86%)	355 (84%)	45 (88%)	35 (95%)	26 (84%)
Flera gånger per vecka	88 (18%)	64 (18%)	4 (9%)	7 (20%)	9 (35%)
Äter sötsaker, chips och dricker läsk/soft	510 (89%)	381 (90%)	42 (82%)	31 (83%)	23 (74%)
Äter sötsaker, chips och dricker läsk/ soft en eller flera gånger per dag	139 (27%)	94 (22%)	15 (29%)	9 (24%)	10 (32%)
Äter frukost	516 (90%)	377 (90%)	42 (82%)	36 (97%)	30 (97%)
Varje dag	475 (92%)	346 (82%)	36 (71%)	35 (95%)	29 (94%)

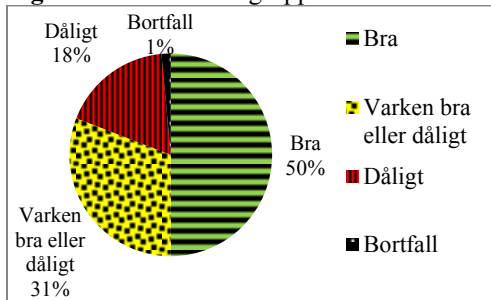
## Hälsa

Av samtliga deltagare (LSS 1, 2 och 3) i åldersgruppen vuxna skattade 58 % sin hälsa som bra medan i åldersgruppen äldre skattade 50 % sin hälsa som bra (Figur 2-3). Det statistiska testet (chi-två test) visade att det inte fanns någon signifikant skillnad ( $p=0,234$ ) i hälsa mellan åldersgrupperna

**Figur 2.** Hälsa utifrån gruppen vuxna. n=472

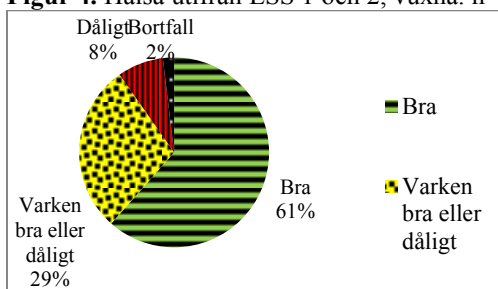


**Figur 3.** Hälsa utifrån gruppen äldre. n=68

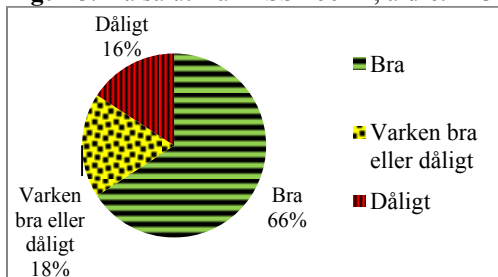


I gruppen LSS 1 och 2, skattade 61 % av de vuxna sin hälsa som bra och 66 % av de äldre deltagarna sin hälsa som bra (Figur 4-5).

**Figur 4.** Hälsa utifrån LSS 1 och 2, vuxna. n=421

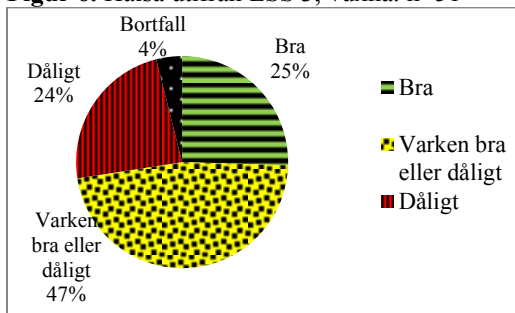


**Figur 5.** Hälsa utifrån LSS1 och 2, äldre. n=37

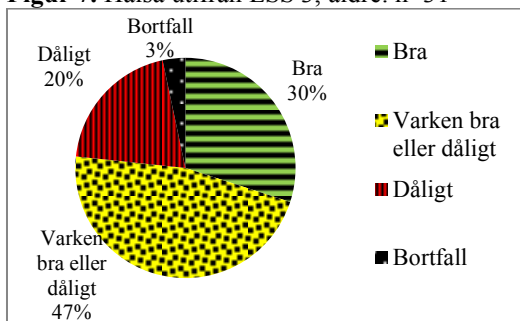


I gruppen LSS 3 var det 25 % av de vuxna som skattade sin hälsa som bra och 30 % av de äldre som skattade sin hälsa som bra (Figur 6-7).

**Figur 6.** Hälsa utifrån LSS 3, vuxna. n=51



**Figur 7.** Hälsa utifrån LSS 3, äldre. n=31



Chi-två test visade signifikant ( $p < 0,001$ ) skillnad mellan LSS 1 och 2 och LSS 3 avseende hälsa. Antalet deltagare som skattade sin hälsa som bra var färre i gruppen LSS 3 jämfört med gruppen LSS 1 och 2.

### Variabler som har betydelse för hälsa

Multipel linjär regressionsanalys på samtliga 17 oberoende variablerna visade att variablerna LSS-tillhörighet, sysselsättning, fysisk aktivitet, äta fisk och/eller skaldjur och läkarkontakt var signifikanta ( $p = 0,001-0,016$ ) för hälsa som den beroende variabeln (Tabell 4).

Regressionsmodellen visade att 14,3 % ( $R^2 = 0,151$ , *adjusted*  $R^2 = 0,143$ ,  $F(5,502) = 17,91$ ,  $p < 0,001$ )<sup>8</sup> av variationen för hälsa kan förklaras av de 17 oberoende variablerna som var inkluderade i delstudie 1.

<sup>8</sup> "R Square" och "Adjusted R Square" anger andelen förklarad varians mellan 0 och 1 och kan utläsas som procent. Ju högre värde, desto bättre förklaringsgrad. Skillnaden mellan "R Square" och "Adjusted R Square" är att det justerade måttet tar hänsyn till antalet oberoende variabler som ingår i regressionen. Om man har många oberoende variabler kan "R Square" överskatta den förklarade variansen.  $R^2$  har en tendens att öka ju fler oberoende variabler som läggs in i modellen. Samtidigt innebär fler oberoende variabler även en osäkerhet att vi får in skensamband vilket ger oss ett falskt högt  $R^2$ . Det finns ett korrigerat  $R^2$  som tar hänsyn till detta. Det kallas adjusted R-square.  $R^2$  minskar därför ofta ju fler oberoende variabler man lägger till i sin modell.

Modellen visar att variabeln LSS-tillhörighet hade störst positiv betydelse för hälsa. Huruvida deltagarna åt fisk och/eller skaldjur, hade sysselsättning och utövade fysisk aktivitet hade också positiv betydelse för hälsa men i något lägre grad än LSS-tillhörighet. Deltagare som skattade sin hälsa som vaken bra eller dålig eller som dålig hade fler läkarkontakter än de deltagare som skattade sin hälsa som bra, så variabeln läkarkontakt visade en negativ betydelse för hälsa (Tabell 4).

**Tabell 4.** Variabler som har betydelse för hälsa

Variabel	$B^a$	SE	$\beta$	T	P
LSS-tillhörighet	0,281	0,087	0,151	3,227	<b>0,001</b>
Äter fisk och/eller skaldjur	0,262	0,109	0,099	2,406	<b>0,016</b>
Sysselsättning	0,246	0,066	0,174	3,71	<b>0,001</b>
Fysisk aktivitet	0,174	0,062	0,117	2,787	<b>0,006</b>
Läkarkontakt	-0,21	0,062	-0,142	-3,393	<b>0,001</b>

Signifikant  $p$ -värde är siffran fetmarkerad, ( $p < 0,05$ ).

Fysisk aktivitet: Deltar i fysisk aktivitet kod 1, saknar fysisk aktivitet kod 2

LSS-tillhörighet: LSS 1 och 2 kod 1, LSS 3 kod 2.

Läkarkontakt: Ja kod 1, nej kod 2.

Sysselsättning: Har sysselsättning kod 1, saknar sysselsättning kod 2.

Ålder: 18-64år kod 1, 65år och äldre kod 2.

Äter fisk och/eller skaldjur: Ja kod 1, nej kod 2.

### Variabler som har betydelse för hälsa utifrån åldersgrupper

Resultatet visade att för vuxna kunde regressionsmodellen förklara 16,2 % ( $R^2 = 0,172$ , *adjusted*  $R^2 = 0,162$ ,  $F(5,408) = 17,00$   $p < 0,001$ ) av variationen som beskriver hälsa och för äldre kan modellen förklara 13,8 % ( $R^2 = 0,207$ , *adjusted*  $R^2 = 0,138$ ,  $F(5,63) = 3,02$   $p = 0,017$ ) av variationen som beskriver hälsa. För vuxna hade flera variabler betydelse för hälsan; sysselsättning, LSS-tillhörighet, att äta fisk och/eller skaldjur samt fysisk aktivitet hade positiv betydelse för hälsan. Variabeln läkarkontakt hade negativ betydelse både för vuxna och äldre deltagare. Bland de äldre var det inga andra variabler utöver läkarkontakt som hade signifikant betydelse för deras självskattade hälsa (Tabell 5).

<sup>9</sup> B-koefficient (ostandardiserat beta-värde),  $\beta$ -koefficient (standardiserat beta-värde) visar vilken effekt ett värde uppåt på den oberoende variabeln påverkar den beroende variabeln i procent. Detta är regressionsanalysens huvudresultat, och oftast är det mest intressant huruvida effekten är positiv eller negativ. Vi måste dock veta om koefficienten är signifikant, det vill säga om vi med säkerhet kan säga att koefficienten inte är 0. En koefficient som är 0 visar ju att den oberoende variabeln inte har någon effekt på den beroende variabeln. Vi kan få reda på detta genom att titta på signifikansnivån. Ett positivt samband innebär att en ökning i värdet för den oberoende variabeln ger en ökning i värde för den beroende variabeln. Ett negativt samband innebär att en ökning i värde för den oberoende variabeln ger en minskning i värde för den beroende variabeln.

**Tabell 5.** Variabler som har betydelse för hälsa utifrån åldersgrupper

	<b>Variabler</b>	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>P</b>
<b>Vuxna</b>	Sysselsättning	0,382	0,076	0,253	5,028	<b>0,000</b>
	LSS-tillhörighet	0,262	0,105	0,124	2,490	<b>0,013</b>
	Äter fisk och/eller skaldjur	0,231	0,115	0,091	2,004	<b>0,046</b>
	Fysisk aktivitet	0,167	0,065	0,118	2,586	<b>0,010</b>
	Läkarkontakt	-0,179	0,067	-0,122	-2,677	<b>0,008</b>
<b>Äldre</b>	Äter fisk och/eller skaldjur	0,738	0,432	0,211	1,708	0,093
	Fysisk aktivitet	0,391	0,302	0,154	1,294	0,201
	LSS-tillhörighet	0,248	0,198	0,167	1,251	0,216
	Läkarkontakt	-0,398	0,197	-0,260	-2,019	<b>0,048</b>
	Sysselsättning	-0,655	0,506	-0,154	-1,293	0,201

Signifikant  $p$ -värde är siffran fetmarkerad, ( $p < 0,05$ ).

Fysisk aktivitet: Deltar i fysisk aktivitet kod 1, saknar fysisk aktivitet kod 2

LSS-tillhörighet: LSS 1 och 2 kod 1, LSS 3 kod 2.

Läkarkontakt: Ja kod 1, nej kod 2.

Sysselsättning: Har sysselsättning kod 1, saknar sysselsättning kod 2

Äter fisk och/eller skaldjur: Ja kod 1, nej kod 2

### **Variabler som har betydelse för hälsa utifrån LSS-tillhörighet**

Vid analyser utifrån LSS-tillhörighet visade regressionsmodellen att för gruppen LSS 1 och 2 kunde 9,2 % ( $R^2 = 0,103$ , *adjusted*  $R^2 = 0,092$ ,  $F(5,396) = 9,09$ ,  $p < 0,001$ ) förklara variationen i hälsa. För gruppen LSS 3 kunde 6,5 % ( $R^2 = 0,127$ , *adjusted*  $R^2 = 0,065$ ,  $F(5,70) = 2,04$ ,  $p < 0,084$ ) förklara variationen i hälsa, vilket inte var ett signifikant resultat. För LSS 1 och 2 hade variablerna sysselsättning, och att äta fisk och/eller skaldjur samt fysisk aktivitet positiv betydelse för hälsan. Variabeln läkarkontakt hade en negativ betydelse för hälsan (Tabell 6). För de personer som tillhörde LSS 3 hade enbart fysisk aktivitet och läkarkontakt betydelse för hälsan (Tabell 6).

**Tabell 6.** Variabler som har betydelse för hälsa utifrån LSS-tillhörighet

	Variabler	<i>B</i>	SE	$\beta$	T	<i>P</i>
<b>LSS 1 och 2</b>	Sysselsättning	0,347	0,078	0,239	4,471	<b>0,000</b>
	Äter fisk och/eller skaldjur	0,320	0,126	0,123	2,550	<b>0,011</b>
	Fysisk aktivitet	0,158	0,067	0,116	2,357	<b>0,019</b>
	Ålder	-0,004	0,002	-0,091	-1,682	0,093
	Läkarkontakt	-0,173	0,069	-0,119	-2,483	<b>0,013</b>
<b>LSS 3</b>	Sysselsättning	0,142	0,280	0,066	0,507	0,613
	Äter fisk och/eller skaldjur	0,102	0,267	0,043	0,382	0,704
	Fysisk aktivitet	0,459	0,223	0,246	2,059	<b>0,043</b>
	Ålder	-0,010	0,006	-0,200	-1,599	0,114
	Läkarkontakt	-0,362	0,167	-0,250	-2,170	<b>0,033</b>

Signifikant *p*-värde är siffran fetmarkerad, ( $p < 0,05$ ).

Fysisk aktivitet: Deltar i fysisk aktivitet kod 1, saknar fysisk aktivitet kod 2

Läkarkontakt: Ja kod 1, nej kod 2.

Sysselsättning: Har sysselsättning kod 1, saknar sysselsättning kod 2

Ålder: 18-64år kod 1, 65år och äldre kod 2

Äter fisk och/eller skaldjur: Ja kod 1, nej kod 2

## RESULTAT AV DELSTUDIE 2

Deltagarna visade under fokusgruppsintervjusintervjun stort intresse för att besvara och diskutera frågorna som ställdes och att dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter. De var måna om att svara självständigt och att inte bara upprepa vad kamraterna sagt även om detta hände. I de fall det hände uppfattade intervjuaren att svaret oftast var autentiskt eftersom det föregicks av att personen tyst reflekterade innan frågan besvarades. Deltagarna var även uppmärksamma och hjälpsamma mot varandra om någon tyckte det var svårt att svara eller blev känslomässigt påverkad av något samtalsämne. Detta hände någon enstaka gång och kunde då bero på att man inte förstått frågan eller inte kände att man kunde bidra till samtalet. För att åskådliggöra deltagarnas egen syn på sysselsättning, fysisk aktivitet och hälsa så omfattande som möjligt har vi valt att ta med flera citat. Betydelsen av att ha någonstans att gå till utanför hemmet, att ha något meningsfullt att göra och att träffa andra och känna gemenskap var det som framstod speciellt tydligt. Det framgick även tydligt att man är medveten om att man behöver använda sig av vissa strategier för att må bra och att man har ett eget ansvar för att använda dessa strategier.

## **Beskrivningar av hälsa och områden som har betydelse för hälsan**

Deltagarnas beskrev hälsa såsom att *"Att vara frisk"* och *"är väl att orka mer och bli pigg"* och den självsfattade hälsan beskrev de som att må bra. Framkomna områden som var av betydelse för att må bra var *"saker man gör för att må bra"* och *"att ha någonstans att gå till"*.

### **Saker man gör för att må bra**

Flera deltagares beskrivningar tyder på en medvetenhet om vad de behöver göra för att må bra.

*"Tränar man inte kan man få ont i kroppen"*

En deltagare beskrev följande utifrån erfarenheten av att inte må bra.

*"Annars kan man bli rastlös om man går hemma, klättrar på väggarna och bli sjuk igen om man inte kommer iväg till ett jobb"*

Det fanns flera beskrivningar av att må bra utifrån deltagarnas egna känslor av att må bra.

*"Jag mår bra om jag får känna mig glad"*

Deltagarna gjorde flera olika aktiviteter för att må bra. Aktiviteterna som deltagarna beskrev var promenader, att vara kreativ och att umgås med husdjur.

*"Kela med katten"*

*"Jag målar för att må bra"*

*"Och när jag tar bussen så brukar jag hoppa av någon station tidigare och gå en liten bit"*

*"Jag brukar lyssna på musik och då kan jag bara gå och gå. Har man musik i öronen kan man gå hur långt som helst"*

### **Att ha någonstans att gå till**

Deltagarna beskrev ett behov av att ha någonstans att gå till och att ha något att göra.

Hade de inte någonstans att gå till beskrev deltagarna att de blev passiva. Att sysselsättningen var meningsfull beskrevs som viktigt och att det påverkade måendet.

*"Man har någonstans att gå till på dagarna så man inte bara sitter hemma och glor"*

*"Det är kul att gå till, det är jätteroligt att komma hit"*

*"Förut satt jag bara och sydde och sedan kom jag till personalbutiken och när man kom dit kändes det verkligen som ett riktigt jobb och det gjorde mig lycklig, inte bara satt där, det är helt annat"*

*"Man måste ha något att göra"*

Den sociala gemenskapen beskrev deltagarna att de fick när de hade någonstans att gå till.

*"Man måste ha den sociala biten och skratta och byta meningar och ha någon att prata med"*

*"Det är ett ställe där man vet att man kan gå till varje dag och träffar sina arbetskamrater och jag vet varje dag så och så och så"*

Möjligheten att få träffa andra gav en möjlighet till emotionellt stöd.

*"Att det finns någon som stöttar en"*

## DISKUSSION

Syftet med denna totalpopulationsstudie var att undersöka hur hälsa var relaterat till sysselsättning, stöd utöver LSS, kontakt med sjukvården samt levnadsvanor hos personer med funktionsnedsättning och om dessa faktorer var beroende av LSS-tillhörighet och ålder. Upplevd hälsa är individuell och beskriver hur personen själv skattar sin hälsa. Den här undersökningen visade att 58 % av personerna med funktionsnedsättning skattade sin hälsa som bra. Resultatet visar att fler personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som bra jämfört med tidigare brukarundersökningar från Blekinge (BUFUS), som visar att var tredje person med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som god eller bättre (Ahl, Chamoun & Anderberg, 2015). Dock är det svårt att jämföra resultaten då tidigare undersökning, enbart undersökte en mindre specifik grupp av personer med funktionsnedsättning med LSS; personer med personlig assistans.

Föreliggande undersökning visar att hälsan skilde sig signifikant åt mellan de olika LSS-grupperna. Det var oavsett ålder framförallt i LSS 3 som färre personer skattade sin hälsa som bra jämfört med LSS 1 och 2. Det var personer i LSS 3 som var de som hade mest läkarkontakt den senaste månaden, samtidigt som regressionsanalysen visar att dålig hälsa hade ett samband med fler läkarkontakter. Tidigare studier har visat att personer med rörelsenedsättning har en hög förekomst av medicinsk ohälsa (Arnhof, 2008) vilket stödjer resultatet i förekommande rapport. Utifrån studiedesign kan dock inte några orsaksamband dras, varför dålig hälsa kan vara orsaken till fler läkarbesök och vice versa.

När det gällde predicerande faktorer för hälsa var det enbart fysisk aktivitet som var gemensam predicerande faktor för vuxna (18-64 år) oavsett LSS tillhörighet. Intressant är att för personer som tillhörde LSS 1 och 2 var också sysselsättning en viktig faktor för att må bra. Personerna i dessa personkretsar uppgav också att det var viktigt att ha social gemenskap för att må bra.

Personer med kognitiva funktionsnedsättningar kan förväntas representera det stora bortfallet i nationella folkhälsoundersökningar beroende på enkäters utformning och omfattning av frågor (Ineland, 2013; SBU, 2017). För att möjliggöra deltagande har denna undersökning tagit fram flera variationer av enkäten som användes i undersökningen. Målsättningen var att få en bild av personernas egen syn på hälsa och vilka faktorer som kan ha betydelse för deras hälsa. Ett syfte i undersökningen vara att deltagarna i möjligaste mån skulle besvara frågorna själva alternativt med stöd från någon annan varför en av varianterna anpassades för att även personer med kognitiva nedsättningar skulle kunna besvara frågorna. Tillvägagångssättet förväntas kunna bidra till att



minska eventuella bortfall samtidigt som anpassningen förväntas öka representationen av gruppen bestående av olika LSS-tillhörigheter i denna typ av undersökningar.

## Hälsa

Betydelsen av bättre hälsa och levnadsvanor för personer med funktionsnedsättningar har fått ökad uppmärksamhet under senare år. Både nationellt och internationellt har kunskapen ökat om mänskliga rättigheter, om forskning kring riskfaktorer och om preventiva insatser för att förbättra hälsa och levnadsvanor (Arnhof, 2008; Haveman m.fl., 2010). De variabler som vi undersökte i delstudie 1 kunde förklara 14,3 % av betydelsen för deltagarnas självskattade hälsa. Den här undersökningen visade att de variabler som hade en positiv betydelse för den självskattade hälsan var sysselsättning samt fysisk aktivitet. Läkarkontakt hade däremot en negativ betydelse.

Den här undersökningen visade också att för vuxna deltagare (18-64 år) som tillhör gruppen LSS 1 och 2 hade sysselsättning störst positiv betydelse för hälsan. I delstudie 2 beskrev deltagare, som hör till gruppen LSS 1 och 2, betydelsen av sysselsättning; dvs. att ha någonstans att gå utanför bostaden och att ha något att göra. Sysselsättningen gav också en social gemenskap och ett emotionellt stöd vilket troligen påverkade den självskattade hälsan positivt. Rapporten ”Hälsa på lika villkor” av Boström (2008) beskrev att personer med funktionsnedsättning i större utsträckning saknade emotionellt stöd jämfört med den övriga befolkningen. En studie av Löving (2015) visade att sysselsättningen bidrog till en vardagsstruktur, bättre självkänsla och möjlighet att träffa andra personer. Tidigare studier med personer med intellektuell funktionsnedsättning har framhållit att sysselsättning har en positiv betydelse för hälsa och livskvalité (Marmot, Friel, Bell, Houweling, Taylor, 2008). Med stöd av vad tidigare forskning har visat och vad den här undersökningen visar har sysselsättningen en avgörande betydelse för hälsan hos vuxna personer som tillhör LSS 1 och 2. Vad som förvånade oss var att sysselsättning inte hade signifikant betydelse för vuxna personers hälsa som tillhör LSS 3. Orsakerna är dock svåra att förklara med denna studie då eventuella orsaker ligger utanför studiens syfte.

Delstudie 1 visade att den variabel som hade störst positiv betydelse för hälsan hos vuxna personer som tillhör LSS 3 var just fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan delas upp i två delar beroende på intensitet: vardagsmotion/basaktiviteter och fysisk träning (Hagström & Jansson, 2016). Med vardagsmotion eller basaktiviteter menas att man når en viss energiförbrukning i samband med fysisk aktivitet t.ex. vid promenader eller hushållsarbete. Dessa aktiviteter har en måttlig, pratvänlig intensitet och bör helst göras varje dag. Fysisk träning är däremot fysiska aktiviteter som har högre energiförbrukning och intensiteten är från måttlig till hög och man blir andfädd och svettig. Exempel på fysisk träning är löpning, stavgång och styrketräning (Hagström

& Jansson, 2016; Karlsson, Jansson, Ståhle & Dolck-Lagrell, 2009). Den rekommenderade mängden av fysisk träning är 30 minuter, 5 dagar i veckan med måttlig intensitet eller 75 minuter per vecka med hög intensitet för att ge hälsoeffekter (Hagström & Jansson, 2016).

Av de vuxna som tillhör LSS 3 var det 22 % som var fysiskt aktiva och av de vuxna som tillhör LSS 1 och 2 var det 34 % som var fysiskt aktiva. Av dessa deltagare var det 90-91 % som var aktiva mer än 30 minuter per vecka med en intensitet som gjorde att de blev svettiga. Denna aktivitet kan vi benämna som fysisk träning. Vi tolkar detta som det är få vuxna personer tillhörande LSS 1, 2 och 3 som utför fysisk aktivitet, men att de som gör det, gör det med en intensitet som kan benämnas som fysisk träning.

I delstudie 2 beskrev deltagare som tillhör LSS 1 och 2 de fysiska aktiviteter som de utförde och att de var medvetna om vad man behövde göra för att må bra. De fysiska aktiviteterna som beskrevs var av lägre intensitet och vi kan benämna dessa som basaktiviteter eller vardagsmotion. En tolkning av det framkomna resultatet är att deltagare som tillhör LSS 1 och 2 utför ofta basaktiviteter eller vardagsmotion som sin fysiska aktivitet och att de sällan utövar fysisk träning. Utifrån ställda frågor och svarsalternativ i enkäten (delstudie 1) är det inte helt klart om personer med funktionsnedsättning i föreliggande undersökning kommer upp i den rekommenderade mängd av fysisk aktivitet som ger hälsoeffekter.

I rapporten "Onödig ohälsa" beskriver Arnhof (2008) att risken för dålig hälsa minskar genom att öka den fysiska aktiviteten, både när det gäller vardagsmotion och fysisk träning bland personer med funktionsnedsättning. Även en studie av Rimmer och Hsieh (2011) visade att personer med intellektuellt funktionshinder har påtagligt höga hälsorisker till följd av fysisk inaktivitet. Resultaten kan vara kopplade till att det eventuellt finns hinder för dem att utöva fysisk aktivitet, såsom begränsat utbud, begränsad ekonomi, bristande tillgänglighet, att personerna behöver sällskap eller hjälp, eller har försämrade initiativförmåga. För att kunna stödja och motivera personer med funktionsnedsättning är det således av betydelse att stödpersonerna har kunskap om förekomst av vardagsmotion och fysisk träning samt hur personerna med funktionsnedsättning ser på värdet av att få utöva fysisk aktivitet.

Den här undersökningen visade att det fanns ett negativt samband mellan om deltagarna varit hos läkare och hur de skattade sin hälsa. Hälften av de vuxna deltagarna (18-64 år) som tillhör LSS 3 och 68 % av de äldre (över 65 år) som tillhör LSS 3 hade varit hos läkare under den aktuella

månaden, vilket är fler än i gruppen deltagare som tillhör LSS 1 och 2. Skälet till läkarkontakten framkommer inte genom den här undersökningen. Undersökningen visade att gruppen LSS 3 var den grupp där färre deltagare skattade sin hälsa som bra oavsett ålder. I gruppen äldre (65 år och äldre) med funktionsnedsättning hade fler personer läkarkontakter än de i gruppen vuxna (18-64 år), vilket kan betyda att åldersrelaterade hälsoproblem kan ha tillkommit och att sekundära följdillstånd blivit fler med ökad ålder. En tidigare studie har visat att gruppen äldre med funktionsnedsättning blir fler och att det finns en ökad risk för tidigare debut av sjukdomar, t.ex. sämre rörlighet, demens och benskörhet (Emerson & Hatton, 2014). Resultatet, bland de äldre med LSS 3, vilket har stöd från tidigare studier bör därför uppmärksammas än mer framöver.

### **Begränsningar i delstudie 1**

Vårt syfte med studie 1 var att undersöka om ålder, LSS-tillhörighet, stödresurser, sysselsättning, levnadsvanor och sjukvårdskontakter hade betydelse för den självskattade hälsan. Begränsningar i studien kan vara att urvalsgruppen var en heterogen grupp, med varierade funktionsnedsättningar och åldrar och att möjligheterna för deltagarna att svara på de olika frågorna på grund av intellektuell förmåga varierade. Variationen av kognitiva, fysiska och psykiska funktionsnedsättningar sträckte sig från att deltagaren helt själv fyller i enkäten, deltagare som behöver ett visst stöd utifrån sin funktionsnedsättning, till att vara helt beroende av stöd från någon med att fylla i enkäten. För att skapa bättre förutsättningar för att så många som möjligt skulle kunna ingå i studien skapades tre olika varianter av enkäten. I den lättlästa versionen förenklades frågorna och svarsalternativen gjordes färre. Trots denna anpassning av enkäten kan orden som användes kanske upplevas som svåra att förstå och leda till missstolkningar som eventuellt kan ha påverkat svaren.

Användning av enkäter begränsar möjligheten att förklara och förtydliga frågor och svarsalternativ i samband med datainsamlingen. När det gällde frågorna om vad deltagarna tyckte om sin sysselsättning kunde dessa svar inte analyseras då de inte alltid stämde överens. Till exempel kunde en deltagare ha svarat nej på frågor om de hade sysselsättning för att sedan kryssa för vad de tyckte om olika former av sysselsättning. För att undvika bias i analysen togs därför dessa frågor bort. Ett sätt för att reducera eventuella missstolkningar av frågorna testades och diskuterades frågorna med målgruppen innan studien sattes igång. Tillvägagångssättet användes för att få en djupare förståelse för hur frågorna tolkades av gruppen och då fick de också möjlighet att själva ställa frågor och få en förklaring av ord som användes. En annan svaghet med att tre varianter av enkäterna utifrån LSS-tillhörighet skickades ut var risken att få in flera enkäter från samma person, dvs. att både personen själv fyllde i och att ombudet gjorde det. För att

reducera denna brist användes enbart den enkät som kom från personen själv. Designen förväntas inte ha påverkat resultatet då enbart ett fåtal dubletter inkom.

I samband med litteraturgenomgången uppmärksammades att de studier vi hittat framförallt fokuserat på objektiva och diagnosspecifika aspekter av hälsa. Med den design som använts i förekommande undersökning är det svårt att uttala sig om diagnos och uppdelning eftersom det skulle resultera i alltför små grupper av personer med respektive diagnos. Jämförelser blir därför svåra att göra. Modellen med de undersökta variablerna som kan förklara variationen av hälsa visade på en begränsad förklaringsgrad och att förklaringsgraden skiljde sig åt i de olika LSS-tillhörigheterna och i olika åldersgrupper. Förklaringsgraden i gruppen LSS 3 var liten, inte ens signifikant, något som kan bero på att det fanns få deltagare i den här gruppen. Den begränsade förklaringsgraden av de undersökta variablerna visar att de variabler som undersöktes är viktiga för den självskattade hälsan. Det visar att det också finns andra faktorer som inte är medtagna här som kan förklara variansen i hälsa bland personer med funktionsnedsättning. För att på ett bättre sätt undersöka variansen i hälsa kan det vara viktigt att ta hänsyn till de folkhälsopolitiska områden som lyfts fram på nationell nivå. Faktorer som lyfts fram är t.ex. delaktighet och inflytande i samhället, ekonomiska och sociala förutsättningar samt hälsofrämjande hälso- och sjukvård (Statens folkhälsoinstitut, 2010 a). Resultatet i förekommande rapport behöver tolkas utifrån de begränsningar som finns i urvalet och val av inkluderade faktorer och vidare studier behöver göras för att undersöka vilka andra möjliga faktorer som har betydelse för hälsa. Resultatet bör också tolkas utifrån att designen genom en tvärsnittsstudie, inte möjliggör att man kan uttala sig om vad som orsakar vad, utan enbart förekommande samband mellan faktorer som inkluderats i modellen. En annan förklaring till det framkomna resultatet från modellerna är att det kanske inte alls är optimalt att använda enkäter till denna grupp alternativt att dikotomiseringen av svarsalternativen i syfte att göra enkäten enklare skulle göras på ett annorlunda sätt. Här är det tänkbart att det finns behov av kompletterande sätt att samla in data på för att bättre kunna få svar på hälsa och vilka förklarande faktorer som finns till hälsa bland personer med funktionsnedsättningar.

## **Begränsningar i delstudie 2**

Moderatorn som ledde samtalet behövde vara tydlig i sina frågeställningar till personer med intellektuell funktionsnedsättning för att minimera risken att frågorna misstolkades. Eftersom deltagarna kan ha begränsad språkförståelse och begränsat ordförråd, kan det påverka deras beskrivning av de olika frågeområdena. Därför bedömdes det vara viktigt att se till att de fick prata fritt i gruppen samt möjlighet att höra hur andra beskrev sin hälsa. Följaktligen sågs

metoden med fokusgruppintervju som ett värdefullt verktyg för att få fram beskrivningar om gruppens hälsa. När man intervjuar en person med en kognitiv funktionsnedsättning finns dock en risk att svaren blir fåordiga och att de meningsbärande enheterna i analysprocessen blir korta. Korta meningsbärande enheter kan i sin tur försvåra tolkningen av det beskrivna fenomenet som man vill undersöka. Vidare gjordes ett bekvämlighetsurval vilket medför att enbart de deltagare som fanns tillgängliga på daglig verksamhet när datainsamlingen gjordes inkluderas i studien. Tillvägagångssättet medförde att enbart vuxna personer med LSS-tillhörighet 1 och 2 är representerade, inte LSS 3 och äldre personer då de inte har möjlighet till någon form av sysselsättning.

## **Konklusion**

Undersökningen visar att det fanns en skillnad i hälsa mellan de olika LSS-grupperna. Oavsett åldersgrupp var det färre personer som tillhör LSS 3 som skattade sin hälsa som bra jämfört med personer som tillhör LSS 1 och 2. Fysisk aktivitet var en levnadsvana som hade betydelse för hälsa bland vuxna i alla tre LSS-grupperna, men en levnadsvana som skiljde sig åt i förekomst mellan grupperna. Även sysselsättning såsom att ha någonstans att gå till utanför bostaden, var en betydande faktor för hälsan för gruppen vuxna som tillhör LSS 1 och 2. Intressant är att modellerna som visade att aktivitet förklarar hälsa i grupperna, enbart förklarade en liten del av variationen av hälsa. Ett hälsoarbete behöver göras utifrån de behov och förutsättningar personer med funktionsnedsättning har. Med hälsoarbete menar vi att anpassade frågor om levnadsvanor behöver ställas till personer med funktionsnedsättning för att fånga upp ohälsosamma levnadsvanor, och insatser behöver justeras utifrån personens specifika förutsättningar. Utöver de frågor som har använts här behöver kommande hälsoarbete också beakta faktorer som kan ha betydelse för individens hälsa såsom delaktighet och inflytande i hälso-och sjukvården och i samhället samt ekonomiska och sociala förutsättningar. Viktigt är också att lyfta fram värdet av aktivitet i samband med ökad ålder då personerna inte längre är berättigade sysselsättning enligt LSS.

Förekommande hälsoenkäters utformning och omfattning kan begränsa personer med kognitiva funktionsnedsättningar, då de har svårt att besvara enkätfrågor. Målsättningen är att hela gruppen ska representeras oavsett kognitiv funktionsnedsättning, för att få en aktuell bild av gruppens hälsa och andra betydelsefulla faktorer. För att alla ska kunna förstå och besvara frågor om hälsa i en enkät behöver därför bedömningsinstrument som används vara anpassade. Frågorna behöver kortas och begränsas i antal och språket behöver anpassas utifrån personens förutsättningar. Vi har sammanställt de frågor om levnadsvanor som använts i den här undersökningen utifrån den

lättlästa enkäten och gjort den till ett lättförståeligt frågeformulär om levnadsvanor. Det lättförståeliga frågeformuläret om levnadsvanor finns beskrivet i bilaga 6.

Sammanfattningsvis, åldrande personer med funktionsnedsättning kan i likhet med den övriga åldrande befolkningen få förändrade behov på grund av det normala åldrandet, behov som kan vara relaterat till deras hälsa, men gruppen med funktionsnedsättningar behöver också uppmärksammas med hänsyn till kontakt och stöd utifrån funktionsnedsättning och unika behov.

## REFERENSLISTA

- Ahl, M. Chamoun, K., & Anderberg P. (2015). *Brukarundersökning av funktionsbinder och funktionsnedsättningar i Blekinge - BUFUS 1*. Karlskrona: Landstinget Blekinge, Blekinge kompetenscentrum.
- Arnhof, Y. (2008). *Onödig ohälsa : Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Blomqvist, S., (2013). Postural balance, physical activity and capacity among young people with intellectual disability. (Doktorsavhandling) Umeå universitet. Departement of community medicine and rehabilitation, physiotherapy, Hämtad 2017-12-19 från <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A622818&dswid=-1885>
- Boström, G. (2008). *Hälsa på lika villkor? : Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Diminic-Lisica, I., Franciskovic, T., Janovic, S., Popovic, B., Klaric, M., & Nemic-Moro, I. (2010). Comorbid chronic diseases in depressed and non-depressed patients in family practice. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 236-240.
- Djurstedt B.(Red.).(1998). *Skollagen och grundskoleförordningen 1998 med kommentarer : Gymnasieförordningen ; särskoleförordningen och gymnasiesärskoleförordningen 1998*. (1998 års utg.). Stockholm: Gothia.
- Emerson, E., & Hatton, C. (2014). *Health inequalities and people with intellectual disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Flygare-Wallén, E. (2013). *Cardiometabolic Health in Students and Young Adults with Mild/Moderate Intellectual Disabilities: Results from a Longitudinal Follow-Up Study and a School Intervention*, (Doktorsavhandling) Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd,. Hämtad 2017-12-19 från <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A616151&dswid=article>.

- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Folkhälsans utveckling - årsrapport 2017*. Stockholm:  
Folkhälsomyndigheten.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research:  
Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2),  
105-112. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hagström, M. & Jansson, E. (Red.) (2016). *FYSS 2017 : Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och  
sjukdomsbehandling* (3. uppl.). Stockholm: Läkartidningen förlag AB.
- Haveman, M., Heller, T., Lee, L., Maaskant, M., Shooshtari, S., & Strydom, A. (2010). Major  
health risks in aging persons with intellectual disabilities: An overview of recent studies.  
*Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(1), 59-69.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-1130.2010.00248.x>
- HFS Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård. (2014). *Goda levnadsvanor gör skillnad  
tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat*. Hämtad 2017-12-19 från [www.hfsnatverket.se](http://www.hfsnatverket.se)
- Ineland, J. (2013). *Mäta hälsa, levnadsvanor och livsvillkor hos personer med utvecklingsstörning: Teoretiska  
och metodologiska perspektiv och överväganden*. Hämtad 2017-12-19 från <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A616882&dswid=-889>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.). Lund:  
Studentlitteratur.
- Karlsson J., Jansson E., Ståhle A. & Dolck-Lagrell Y.(red.). (2009). *Ordination motion : Vägen till  
bättre hälsa : FYSS - fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm:  
Bromberg : Apoteket : Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA).
- Lillestö B, & Sandvin T. (2014). Limits to vocational inclusion?: Disability and the social  
democratic conception of labour. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 16, 45-58.



- Löving V. (2015). Working life for middle-aged people with intellectual disabilities: Knowing their rights? *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, vol 2 (no 2), 207-217.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : En introduktion* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372(9650), 1661-1669. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Rimmer, J., & Hsieh, K. (2011). Longitudinal health and intellectual disability study (LHIDS) on obesity and health risk behaviors. *Proceedings of the Lifespan Health and Function of Adults with Intellectual Disabilities. Translating Research into Practice, State of the Science Conference, Bethesda, MD.*
- Robine J-M. (1996). Health expectancy indicators for the measurement of population health status. *Cahiers Quebecois De Demographie*, 25(2), 179-210.
- Selberg R., & Mulinari P. (Red.).(2011). *Arbete : Intersektionella perspektiv* (1. uppl.). Malmö: Gleerup.
- Socialstyrelsen. (2010a). *Alltjämt ojämligt! : Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010b). *På tröskeln : Daglig verksamhet med inriktning på arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011: Tobaksbruk, riskebruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor : Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Behov av praktisknära forskning och vetenskaplig utvärdering inom viktiga områden : En analys av vetenskapliga kunskapsluckor år 2017 inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS*. Hämtad 2017-12-19 från <http://www.sbu.se/263>

Statens folkhälsoinstitut. (2010a). Folkhälsopolitisk rapport 2010 : Framtidens folkhälsa – allas ansvar (Rapport nr R 2010:16). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Sveriges riksdag. (2017a). *Förordning (2017:462) om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga*. Hämtad 2017-12-19 från [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2017462-om-sarskilda-insatser-for\\_sfs-2017-462](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2017462-om-sarskilda-insatser-for_sfs-2017-462)

Sveriges riksdag. (2017b). *Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Hämtad 2017-12-19 från [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa\\_sfs-1993-387](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387)

World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization. *American Journal of Public Health & the Nation's Health*, 36(11), 1315-1323.

World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.

# BILAGOR

## Bilaga 1

### Informationsbrev, standard

#### Information till dig som har beslut om insatser enligt LSS

Den här enkätundersökningen handlar om levnadsvanor för personer i Blekinge som har beslut enligt LSS. Det är den första enkätundersökningen av flera som vi planerar att genomföra cirka var 5:e år.

Vi vill fråga dig om dina levnadsvanor för att öka kunskap och förståelse för personer med funktionsnedsättningar och deras situation.

Det är frivilligt att besvara enkäten och du kan avsluta ditt deltagande när du vill.

Undersökningen är helt anonym. Landstinget Blekinge ansvarar för att undersökningen görs på rätt sätt.

Det finns två enkäter i kuvertet.

#### **Endast en enkät ska besvaras och skickas tillbaka.**

Det tar cirka 10 minuter att besvara enkäten.

- Enkät 1b väljer du om du svarar själv eller med stöd av någon.
- Enkät 2b väljer ombud som besvarar enkäten åt en person med funktionsnedsättning som inte kan besvara frågorna själv.

När du har besvarat enkäten skickar du tillbaka den till oss i det förfrankerade svarskuvertet.

#### **Skicka in den besvarade enkäten före den 25:e november 2016.**

Om du har frågor om enkäten kan du kontakta:

Karin Chamoun

FoU-strateg

Blekinge kompetenscentrum

073-xxx

Anette Brantmark

FoU-assistent

Blekinge kompetenscentrum

073-xxx

## Information till dig som har beslut om insatser enligt LSS

Vi vill fråga dig om hur du mår och hur du har det där du bor och där du jobbar eller går i skolan. De här frågorna kommer vi att skicka till dig igen om ungefär 5 år. Frågorna ställer vi för att öka kunskap och förståelse för personer med funktionsnedsättning och hur de har det.

Du bestämmer själv om du vill svara på frågorna och du kan sluta att vara med när du vill. Det kommer inte att gå att se vem du är eller vad du har svarat på frågorna.

Landstinget Blekinge ansvarar för att undersökningen görs på rätt sätt. Det är bra om det är du själv som svarar på frågorna eftersom vi vill ge dig möjlighet att tala om vad just du tycker.

Det finns två enkäter i kuvertet.

### **Endast en enkät ska besvaras och skickas tillbaka.**

Det tar ungefär 10 minuter att svara på frågorna.

- Enkät 1a väljer du om du svarar själv eller med hjälp av någon.
- Enkät 2a väljer ombud som besvarar enkäten åt en person med funktionsnedsättning som inte kan besvara frågorna själv.

När du har svarat skickar du tillbaka det till oss i kuvertet som följer med. Det behövs inget frimärke.

**Skicka in enkäten före den 25:e november 2016.**

Om du har några frågor om enkäten kan du kontakta oss:

Karin Chamoun

Forsknings och utvecklingsstrateg

Blekinge kompetenscentrum

073-xxx

Anette Brantmark

Forsknings och utvecklingsassistent

Blekinge kompetenscentrum

073-xxx

## Bilaga 2

### Frågor levnadsvanor

Här kommer några frågor om dina levnadsvanor

## Tobak

*Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!*

Mina rökvanor:

- Jag har aldrig varit rökare
- Jag har slutat röka för mer än 6 månader sedan
- Jag har slutat röka för mindre än 6 månader sedan
- Jag röker, men inte dagligen
- Jag röker dagligen:
  - 1-9 cigaretter per dag
  - 10-19 cigaretter per dag
  - 20 eller fler cigaretter per dag

Mina snusvanor:

- Jag har aldrig varit snusare
- Jag har slutat snusa för mer än 6 månader sedan
- Jag har slutat snusa för mindre än 6 månader sedan
- Jag snusar man inte dagligen
- Jag snusar dagligen:
  - 1-3 dosor per vecka
  - 4-6 dosor per vecka
  - 7 eller fler dosor per vecka

# Alkohol

För att kunna jämföra olika typer av alkoholhaltiga drycker använder vi ett mått som kallas standardglas.

Ett standardglas motsvarar till exempel:



*Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!*

Hur många standardglas dricker du under en vanlig vecka?

Jag dricker under en vanlig vecka:

- Jag dricker inte alkohol
- Mindre än ett standardglas
- 1–4 standardglas
- 5–9 standardglas
- 10–14 standardglas
- 15 eller fler standardglas

Hur ofta dricker du som är kvinna fyra, och du som är man fem standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

## Fysisk Aktivitet

*Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!*

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd?

*(Det kan till exempel vara löpning, bollsport eller motionsgymnastik.)*

- Ingen tid alls
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timme)
- 60–90 minuter (1–1,5 timme)
- 90–120 minuter (1,5–2 timmar)
- Mer än 120 minuter (2 timmar eller mer)

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion?

*(Det kan till exempel vara att promenera, cykla eller arbeta i trädgården. Räkna ihop all tid som du rör dig under en hel vecka, minst tio minuter åt gången.)*

- Ingen tid alls
- Mindre än 30 minuter
- 30–60 minuter (0,5–1 timme)
- 60–90 minuter (1–1,5 timme)
- 90–150 minuter (1,5–2,5 timmar)
- 150–300 minuter (2,5–5 timmar)
- Mer än 300 minuter (5 timmar eller mer)



## MAT

*Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!*

Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, frysta, konserverade, juice, etc)?

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudrätt, i sallad eller som pålägg?

- Tre gånger i veckan eller oftare
- Två gånger i veckan
- En gång i veckan
- Några gånger i månaden eller mer sällan

Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du frukost?

- Dagligen
- Nästan varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

## **Bilaga 3**

**Enkät standard**

# **FRÅGOR TILL DIG SOM HAR BESLUT OM INSATSER ENLIGT LSS**

**1. Hur gammal är du? \_\_\_\_\_**

Markera ditt svar med ett kryss i rutan

**2. Är du**

- Man
- Kvinna

**3. I vilken kommun bor du?**

- Karlskrona
- Ronneby
- Karlshamn
- Sölvesborg
- Olofström

**4. Går du i skolan?**

- Ja
- Nej

**5. Om du svarade ja på fråga 4, vad tycker du om din skola?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**6. Har du ett jobb?**

- Ja
- Nej

**7. Om du svarade ja på fråga 6, vad tycker du om ditt jobb?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**8. Är ditt jobb en lönebidragsanställning**

- Ja
- Nej

**9. Om du svarade ja på fråga 8, vad tycker du om din lönebidragsanställning?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

## **Frågor om stödresurser**

**10. Vilka stöd resurser har du? (Flera alternativ kan markeras)**

- Personlig assistans
- Kontaktperson
- Hemtjänst
- God man
- Förvaltare

**11. Om du har personlig assistans, är det någon i din familj som är din personliga assistent?**

- Ja
- Nej

**12. Om du har personlig assistans, är det någon annan person som är din personliga assistent?**

- Ja
- Nej

**13. Har du stöd av familjemedlem som inte är din personliga assistent?**

- Ja
- Nej

## **Frågor om levnadvanor**

**14. Röker du?**

- Ja
- Nej

**15. Om du svarade ja på fråga 14, hur ofta röker du?**

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

**16. Snusar du?**

- Ja
- Nej

**17. Om du svarade ja på fråga 16, hur ofta snusar du?**

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

**18. Dricker du öl, vin och/eller sprit?**

- Ja
- Nej

**19. Om du svarade ja på fråga 18, hur ofta dricker du öl, vin/eller sprit?**

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

**20. Tränar du så att du blir svettig varje vecka?**

- Ja
- Nej

**21. Om du svarade ja på fråga 20, hur länge tränat du?**

- Mer än en halvtimme varje vecka
- Mindre än en halvtimme varje vecka

**22. Äter du grönsaker?**

- Ja
- Nej

**23. Om du svarade ja på fråga 22, hur ofta äter du grönsaker?**

- Varje dag
- Varje vecka
- Varje månad

**24. Äter du fisk och/ eller skaldjur?**

- Ja
- Nej

**25. Om du svarade ja på fråga 24, hur ofta äter du fisk och/ eller skaldjur?**

- Flera gånger i veckan
- Någon gång per vecka
- Några gånger per månad
- Någon gång per år

**26. Äter du kakor, godis, chips eller dricker läsk/saft?**

- Ja
- Nej

**27. Om du svarade ja på fråga 26, hur ofta äter du kakor, godis, chips eller dricker läsk/saft?**

- Någon gång per år
- Någon gång per månad
- Någon gång per vecka
- En gång per dag
- Flera gånger per dag

**28. Äter du frukost?**

- Ja
- Nej

**29. Om du svarade ja på fråga 28, hur ofta äter du frukost?**

- Varje dag
- Nästan varje dag
- Någon gång i månaden

**Frågor om hälsa**

**30. Hur upplever du att du mår?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**31. Har du varit hos läkare den här månaden?**

- Ja
- Nej

**32. Har du varit hos sjuksköterska den här månaden?**

- Ja
- Nej

**33. Hur länge har du haft din funktionsnedsättning?**

- Sedan jag föddes
- Sedan jag var barn
- Efter jag fyllt 18 år
- Jag vet inte

**34. Vem har svarat på frågorna?**

- Jag har själv svarat på frågorna
- Jag har svarat på frågorna med stöd av någon.

Enkäten skickas in i det förfrankerat svarskurvet före den 25:e november 2016.

Tack för dina svar!

## **Bilaga 4**

**Enkät lättläst**

# **FRÅGOR TILL DIG SOM HAR BESLUT OM INSATSER ENLIGT LSS**

**1. Hur gammal är du? \_\_\_\_\_**

Markera ditt svar med ett kryss i rutan

**2. Är du**

- Man
- Kvinna

**3. I vilken kommun bor du?**

- Karlskrona
- Ronneby
- Karlshamn
- Sölvesborg
- Olofström

**4. Går du i skolan?**

- Ja
- Nej

**5. Om du svarade ja på fråga 4, vad tycker du om din skola?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**6. Har du ett jobb?**

- Ja
- Nej

**7. Om du svarade ja på fråga 6, vad tycker du om ditt jobb?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**8. Är ditt jobb en lönebidragsanställning?**

- Ja
- Nej

**9. Om du svarade ja på fråga 8, vad tycker du om din lönebidragsanställning?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**10. Är ditt jobb på daglig verksamhet?**

- Ja
- Nej

**11. Om du svarade ja på fråga 10, vad tycker du om din dagliga verksamhet?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**Frågor om stödresurser**

**12. Har du personlig assistans?**

- Ja
- Nej

**13. Om du svarade ja på fråga 12, är det någon i din familj som är din personliga assistent?**

- Ja
- Nej

**14. Om du svarade ja på fråga 12, är det någon annan person som är din personliga assistent?**

- Ja
- Nej

**15. Har du kontaktperson?**

- Ja
- Nej



**16. Har du hemtjänst?**

- Ja
- Nej

**17. Har du god man?**

- Ja
- Nej

**18. Har du förvaltare?**

- Ja
- Nej

**19. Har du hjälp av familjemedlem som inte är din personliga assistent?**

- Ja
- Nej

**Frågor om levnadsvanor**

**20. Röker du?**

- Ja
- Nej

**21. Om du svarade ja på fråga 20, hur ofta röker du?**

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

**21. Snusar du?**

- Ja
- Nej

**22. Om du svarade ja på fråga 21, hur ofta snusar du?**

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

**23. Dricker du öl, vin och/eller sprit?**

- Ja
- Nej

**24. Om du svarade ja på fråga 23, hur ofta dricker du öl, vin/eller sprit?**

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

**25. Tränar du så att du blir svettig varje vecka?**

- Ja
- Nej

**26. Om du svarade ja på fråga 25, hur länge tränar du?**

- Mer än en halvtimme varje vecka
- Mindre än en halvtimme varje vecka

**27. Äter du grönsaker?**

- Ja
- Nej

**28. Om du svarade ja på fråga 27, hur ofta äter du grönsaker?**

- Varje dag
- Varje vecka
- Varje månad

**29. Äter du fisk och/ eller skaldjur?**

- Ja
- Nej

**30. Om du svarade ja på fråga 29, hur ofta äter du fisk och/ eller skaldjur?**

- Flera gånger i veckan
- En gång per vecka
- Någon gång per månad
- Någon gång per år

**31. Äter du kakor, godis, chips eller dricker läsk/saft?**

- Ja
- Nej

**32. Om du svarade ja på fråga 31, hur ofta äter du kakor, godis, chips eller dricker läsk/saft?**

- Någon gång per år
- Någon gång per månad
- Någon gång per vecka
- En gång per dag
- Flera gånger per dag

**33. Äter du frukost?**

- Ja
- Nej

**34. Om du svarade ja på fråga 33, hur ofta äter du frukost?**

- Varje dag
- Någon gång i veckan
- Någon gång i månaden

## **Frågor om din hälsa**

**35. Hur tycker du att du mår?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**36. Har du varit hos läkare den här månaden?**

- Ja
- Nej

**37. Har du varit hos sjuksköterska den här månaden?**

- Ja
- Nej

**38. Hur länge har du haft din funktionsnedsättning?**

- Sedan jag föddes
- Sedan jag var barn
- Efter jag fyllt 18 år
- Jag vet inte

**39. Vem har svarat på frågorna?**

- Jag har själv svarat på frågorna
- Jag har svarat på frågorna med hjälp av någon

Nu har du svarat på alla frågor.

Skicka in enkäten i kuvertet som följer med.

Det behövs inget frimärke.

Skicka in enkäten före den 25:e november 2016.

Tack för dina svar!

## **Bilaga 5**

Enkät till ombud

# **FRÅGOR TILL OMBUD SOM BESVARAR ENKÄT ÅT EN PERSON SOM HAR BESLUT OM INSATSER ENLIGT LSS**

**1. Personens ålder \_\_\_\_\_**

Markera dina svar med ett kryss i rutan

**2. Personens kön**

- Man
- Kvinna

**3. I vilken kommun bor personen?**

- Karlskrona
- Ronneby
- Karlshamn
- Sölvesborg
- Olofström

**4. Går personen i skola?**

- Ja
- Nej

**5. Om ja, vad tycker personen om sin skola?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**6. Har personen ett jobb?**

- Ja
- Nej

**7. Om ja, vad tycker personen om sitt jobb?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**8. Har personen en lönebidragsanställning?**

- Ja
- Nej

**9. Om ja, vad tycker personen om sin lönebidragsanställning?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**11. Har personen daglig verksamhet?**

- Ja
- Nej

**12. Om ja, vad tycker personen om sin dagliga verksamhet?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

## Frågor om stödresurser

### 13. Vilka stödresurser har personen? (Flera alternativ kan kryssas i)

- Personen har stöd av personlig assistans
- Personen har någon närstående som är personlig assistent
- Personen har någon utomstående som är personlig assistent
- Personen har kontaktperson
- Personen har stöd av hemtjänst
- Personen har god man
- Personen har förvaltare
- Personen får stöd av familjemedlem som inte är personlig assistent

## Frågor om levnadsvanor

### 14. Röker personen?

- Ja
- Nej

### 15. Om ja, hur ofta?

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

### 16. Snusar personen?

- Ja
- Nej

### 17. Om ja, hur ofta?

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

### 18. Dricker personen alkohol?

- Ja
- Nej

### 19. Om ja, hur ofta?

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

### 20. Tränar personen någon gång varje vecka så personen blir svettig?

- Ja
- Nej

### 21. Om ja, hur länge?

- Mer än 30 minuter varje vecka
- Mindre än 30 minuter varje vecka

### 22. Äter personen grönsaker?

- Ja
- Nej

### 23. Om ja, hur ofta?

- Varje dag
- Varje vecka
- Varje månad

**24. Äter personen fisk och/eller skaldjur?**

- Ja
- Nej

**25. Om ja, hur ofta?**

- Flera gånger i veckan
- En gång per vecka
- Några gånger per månad
- Någon gång per år

**26. Äter personen kakor, godis, chips eller dricker läsk/saft?**

- Ja
- Nej

**27. Om personen äter kakor, godis, chips eller dricker läsk/saft, hur ofta?**

- Någon gång per år
- Någon gång per månad
- Någon gång per vecka
- En gång per dag
- Flera gånger per dag

**28. Äter personen frukost?**

- Ja
- Nej

**29. Om ja, hur ofta?**

- Varje dag
- Någon gång i veckan
- Någon gång i månaden

**Frågor om hälsa**

**30. Hur bedömer du att personen mår?**

- Bra
- Varken bra eller dåligt
- Dåligt

**31. Har personen varit hos doktorn den här månaden?**

- Ja
- Nej

**32. Har personen varit hos sjuksköterska den här månaden?**

- Ja
- Nej

**33. Hur länge har personen haft sin funktionsnedsättning?**

- Sedan födseln
- Sedan barndomen
- Efter att personen fyllt 18 år
- Vet ej

Enkäten skickas in i det förfrankerat svarskurvet före den 25:e november 2016.

Tack för dina svar!



## Bilaga 6

### Lättförståeligt frågeformulär om levnadsvanor

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_ Vikt: \_\_\_\_\_ Midjemått: \_\_\_\_\_

## Tobak

### Röker du?

- Ja
- Nej

### Om du svarade ja på, hur ofta röker du?

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

### Snusar du?

- Ja
- Nej

### Om du svarade ja, hur ofta snusar du?

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

## **Alkohol**

**Dricker du öl, vin och/eller sprit?**

- Ja
- Nej

**Om du svarade ja, hur ofta dricker du öl, vin/eller sprit?**

- Någon gång per år
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag

## **Fysisk aktivitet**

**Tränar du så att du blir svettig varje vecka?**

- Ja
- Nej

**Om du svarade ja, hur länge tränar du?**

- Mer än en halvtimme varje vecka
- Mindre än en halvtimme varje vecka

## **Mat**

### **Äter du grönsaker?**

- Ja
- Nej

### **Om du svarade ja, hur ofta äter du grönsaker?**

- Varje dag
- Varje vecka
- Varje månad

### **Äter du fisk och/ eller skaldjur?**

- Ja
- Nej

### **Om du svarade ja, hur ofta äter du fisk och/ eller skaldjur?**

- Flera gånger i veckan
- En gång per vecka
- Någon gång per månad
- Någon gång per år

### **Äter du kakor, godis, chips eller dricker läsk/saft?**

- Ja
- Nej

### **Om du svarade ja, hur ofta äter du kakor, godis, chips eller dricker läsk/saft?**

- Någon gång per år
- Någon gång per månad
- Någon gång per vecka
- En gång per dag
- Flera gånger per dag

### **Äter du frukost?**

- Ja
- Nej

### **Om du svarade ja, hur ofta äter du frukost?**

- Varje dag
- Någon gång i veckan
- Någon gång i månaden



Utbildning, forskning och verksamhetsutveckling har avgörande betydelse för hälso- och sjukvården i Blekinge

Blekinge kompetenscentrum har ett strategiskt ansvar för dessa områden. Vi bidrar till att nya rön, kunskap och information omvandlas till praktiska förbättringar, till nytta för länets invånare

Blekinge kompetenscentrum  
i samverkan med länets kommuner



LANDSTINGET BLEKINGE