

Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar

Specialbearbetning av SCB:s
undersökning HEK

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-86301-85-9
Artikelnr 2010-1-12

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2010

Förord

Ekonomiska resurser styr människors förutsättningar på en rad livsområden. Den som har låga inkomster och/eller höga kostnader till följd av funktionsnedsättningar kan hindras från att aktivt delta i samhällslivet och att leva ett gott liv.

I denna rapport beskrivs inkomster och vissa merutgifter för personer i yrkesverksam ålder som har deltagit i SCB:s undersökning Hushållens ekonomi (HEK) 2005 eller 2006 och angivit att de har ett funktionshinder. Rapporten är en del i Socialstyrelsens arbete med att beskriva levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. En del inkomstuppgifter redovisades våren 2009 i lägesrapporten Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Petter Lundberg på SCB har gjort datakörningar av SCB:s undersökning HEK och dessa har analyserats och bearbetats av *Soheila Hosseina*. Rapporten har skrivits av *Soheila Hosseina* och *Karin Mossler* på Socialstyrelsens ekonomiska sekretariat på socialtjänstavdelningen. Arbetet och resultaten har fortlöpande diskuterats med *Ylva Branting*, *Peter Brusén*, *Karin Flyckt*, *Eva Jansson* och *Helene Wirandi* på Socialstyrelsens enhet för funktionshinderfrågor. Vidare har *Cecila Dahlgren* och *Claes-Göran Stefansson* på Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning bidragit med underlag och konstruktiva kommentarer. Värdefulla synpunkter har lämnats av *Bengt Eklind*, Socialdepartementet, *Bessam Saleh*, Försäkringskassan, *Susann Forsberg*, Hjälpmedelsinstitutet, *Ylva Arnhof*, Statens folkhälsoinstitut, av företrädare för handikapporganisationer i bl.a. Socialstyrelsens brukarnämnd samt av *Ann Charlotte Carlberg*, bl.a. tidigare expert i LSS- och hjälpmedelsutredningen.

Vår förhoppning är att resultaten ska användas som underlag för en fortsatt diskussion om situationen för personer med olika typer av funktionsnedsättningar, men också för att vidareutveckla metoderna för att beskriva deras ekonomiska levnadsförhållanden.

Mars 2010

Håkan Ceder
Överdirektör
Socialstyrelsen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	9
Faktaruta	10
Funktionsnedsättning	10
Funktionshinder	10
Exempel	10
Funktionshinder och funktionsnedsättning i HEK	10
Funktionshinder och funktionsnedsättning i rapporten	11
Vem har ett funktionshinder?	11
Olika sätt att gruppera	11
Ekonomisk situation	12
Låg inkomst, ekonomisk utsatthet och fattigdom	12
Inkomstslag ger information	13
Tidigare studier av inkomster	14
Vanligare med ekonomiskt bistånd	14
Sämre levnadsförhållanden	15
En utsatt situation för personer med psykiska funktionshinder	15
Inkomster och vissa utgifter från HEK	15
Vissa funktionsnedsättningar särredovisas	16
<i>Inkomster</i>	17
Inkomsten påverkas av ålder, utbildning och familjesituation	17
En av tio har hinder i vardagen	18
Hinder i vardagen vanligare bland kvinnor	18
Större andel är äldre	19
Ensamboende är vanligare	19
Vanligare med låg utbildning	19
Inkomstkällor	20
Hälften har löneinkomst	20
Könsskillnader	22
Mindre vanligt med arbetslöshetsersättning	22
Vanligare med sjukpenning	22
Vanligare med sjuk- eller aktivitetsersättning	22
Vanligare med ekonomiskt bistånd	22
Ekonomiskt stöd från närstående, anhörig eller släkting	24
Disponibel inkomst	25
Olika inkomstkällor	28
Svårt att jämföra utvecklingen över tid	29
Jämförelse mellan ULF och HEK	29
<i>Vårdkonsumtion och merutgifter</i>	31
Tidigare studier	31
Sämre hälsa och högre vårdkonsumtion	31
Vanligt med merutgifter	32
Avgifter för hälso- och sjukvård	32

Merutgifter	33
Faktaruta	33
Särredovisning	34
Vanligare med vårdbesök	34
Vanligare med rehabilitering och habilitering	34
Högre utgifter för vård och läkemedel	35
Utgifter som inte täcks av högkostnadsskyddet	37
Skillnader i utgifter för tandvård	37
Vanligare att avstå trots behov	37
Avstår oftare från besök hos läkare eller sjuksköterska	37
Vanligare att avstå från behandlingar	39
Jämförelse av hur vanligt det är att avstå	39
Ekonomiska skäl vanligaste orsaken till att avstå	40
Betydligt vanligare att avstå av ekonomiska skäl	41
Andra funktionshinderrelaterade utgifter	41
Hjälpmedel	42
Stora variationer i förskrivning och avgifter för hjälpmedel	42
En fjärdedel har förskrivna hjälpmedel	43
Tillbehör till hjälpmedel	44
Särskilda förbrukningsartiklar	44
Särskilda förbrukningsartiklar	45
Jämförelse av utgifter	45
Färdtjänst och sjukresor	46
Sammanfattande jämförelse av andel med utgifter	47
Boende	48
Handikappersättning	49
Faktaruta om handikappersättning	49
Tidigare studier av handikappersättning	49
Olika vanligt med handikappersättning	50
Högre utgifter för personer med handikappersättning	51
Diskussion	52
Lägre inkomst och högre utgifter	52
Fler är utan arbete	52
Dubbelt så många behöver ekonomiskt bistånd	53
Vanligare att inte ha råd med sjukvård	53
Högkostnadsskydd är viktiga men inte samordnade	53
Konsekvenser av avgifter	54
Handikappersättningen som kompenstationssystem	54
Personer med psykiska funktionshinder	55
Utvecklingsbehov	56
Personer med utvecklingsstörning och flera funktionsnedsättningar	56
Pågående arbete	57
Fler studier av inkomster och utgifter	57
Studier av kostnader ur ett samhällsperspektiv	58
Det behövs fler studier av tillgängliga uppgifter...	58
... och användning av kunskaper som finns	58
Referenser	59
Bilaga 1 Hushållens ekonomi (HEK)	63
Bilaga 2 Fler tabeller	70

Sammanfattning

I denna studie beskrivs inkomster och vissa utgifter för personer i yrkesverksam ålder med hjälp av SCB:s undersökning Hushållens ekonomi (HEK) 2005 och 2006. Ungefär 2 700 personer 20–64 år har angivit att de har ett funktionshinder och vilken eller vilka funktionsnedsättningar de har, bl.a. nedsatt syn eller hörsel, rörelsehinder eller psykiska funktionshinder. Enligt SCB:s beräkningar gäller det ungefär 10 procent av befolkningen i den åldersgruppen. Personer som bor i boende enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller boende enligt socialtjänstlagen (SoL) ingår inte i studien.

Resultaten i denna rapport är (i likhet med andra studier på detta område) inte representativa för alla personer med de angivna funktionshindren/nedsättningarna (se s. 9.). Personerna som deltar i HEK har vidare olika kombinationer av funktionsnedsättningar som är hindrande i olika utsträckning. Resultaten ger underlag dels för en fortsatt diskussion om situationen för personer med olika typer av funktionshinder, dels för att vidareutveckla metoderna för att beskriva ekonomiska levnadsförhållanden.

HEK visar att personer med funktionsnedsättning och hinder (jämfört med andra)

- oftare är ensamstående men 30 procent bor i en barnfamilj
- mindre ofta har eftergymnasial utbildning
- betydligt mindre ofta har någon löneinkomst under året, och den är lägre än övrigas
- betydligt oftare har sjuk- eller aktivitetsersättning, oftare sjukpenning, men mindre ofta arbetslöshetsersättning eftersom många inte har arbetat eller arbetat tillräckligt länge för att ha rätt till ersättning
- oftare har ekonomiskt bistånd ("socialbidrag")
- har lägre disponibel inkomst
- får ekonomiskt stöd av anhöriga ungefär lika ofta som andra.

Funktionshinder är i denna studie något vanligare bland kvinnor. Könsskillnaderna i resultaten återspeglar de som finns i befolkningen, vilket innebär att män oftare har löneinkomst som dessutom är högre än kvinnors.

Resultaten ger i stort sett samma bild av de ekonomiska levnadsförhållandena som andra studier trots att de bygger på andra grupperingar och avgränsningar av funktionshinder. Det går dock inte att avgöra om den ekonomiska situationen har förvärrats eller förbättrats över tid.

Många med funktionshinder saknar arbete eller har otillräcklig löneinkomst från sitt arbete. Det behövs insatser för att öka tillgängligheten på arbetsmarknaden och skapa individuellt utformade lösningar. Det är speciellt viktigt under den nuvarande ekonomiska krisen, då det finns en risk att situationen försvåras mer för personer med funktionshinder än för andra.

Samtidigt finns det personer som inte kan arbeta pga svåra funktionsnedsättningar eller inte kan arbeta heltid. För dem fyller försäkrings- och bidragssystemen en viktig kompensatorisk funktion genom att omfördela inkomst och kompensera för effekter av funktionsnedsättningar.

Trots detta, och trots stöd från anhöriga, högkostnadsskydd för vissa utgifter och handikappersättning räcker pengarna inte för att alla personer med hinder i vardagen ska få en skälig levnadsnivå. Det är dubbelt så vanligt att personer med funktionshinder har ekonomiskt bistånd (tidigare benämnt socialbidrag) jämfört med befolkningen i stort, vilket är oroande. Ekonomiskt bistånd är ett bidragssystem som ska vara ett yttersta skyddsnät vid en tillfällig ekonomisk kris.

Enligt tidigare studier är merutgifter för funktionsnedsättning en orsak till ekonomiska svårigheter. Personer med hinder i vardagen har ett större behov av hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård än andra och de gör fler besök i vården än andra till högre utgifter. För att begränsa merutgifterna finns högkostnadsskydd, s.k. ”frikort”. De högkostnadssystem som finns är dock inte samordnade.

Personer med funktionsnedsättningar och hinder avstår oftare från hälso- och sjukvård, tandvård och läkemedel av ekonomiska skäl. Det kan leda till sämre vårdresultat och hälsa och även innebära högre samhällsekonomiska kostnader. Hälsokonsekvenserna av att man avstår från vård trots att man anser att man har behov av det behöver undersökas.

Den statliga handikappersättningen är ett sätt att kompensera för merutgifter. Personer med handikappersättning avstår inte lika ofta från vård eller hjälpmedel av ekonomiska skäl, men oftare än befolkningen i övrigt.

De flesta hjälpmedel förskrivs (beviljas) av landsting eller kommuner. Det är vanligare att personer med funktionsnedsättningar har utgifter för hjälpmedel som *inte* förskrivs. De som har merutgifter för vård m.m. betalar mest för tandvård, därefter för icke-förskrivna hjälpmedel och för läkemedel.

Handikappolitiken utgår från den generella principen att människor inte ska ha utgifter på grund av funktionshinder. Väl fungerande hjälpmedel ger personer med funktionshinder ökade möjligheter till delaktighet och självständighet och bidrar till en högre livskvalitet. Ur effektivitetssynpunkt kan man ifrågasätta om det är lönsamt för samhället som helhet med kommunala/landstingskommunala avgifter som den statligt finansierade handikappersättningen sedan delvis kompenserar för.

Personer med psykiskt funktionshinder har en särskilt utsatt ekonomisk situation jämfört med andra. Det är för få personer med ADHD, Aspergers syndrom eller autism som besvarat HEK för att svaren ska kunna särredovisas, men resultaten tyder på en utsatt ekonomisk situation även för dem.

Det behövs bättre kunskap om levnadsförhållandena för personer med funktionsnedsättningar, däribland personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och personer med utvecklingsstörning. Det är speciellt angeläget att beskriva levnadsvillkoren för personer med flera och omfattande funktionsnedsättningar. Många av dem behöver sammansatta insatser och stöd av olika slag under hela sitt liv.

Samtidigt finns det redan nu mycket kunskap om skillnader i levnadsförhållanden mellan personer med och utan funktionsnedsättningar, vad som orsakar dessa och hur de skulle kunna åtgärdas.

Inledning

Ekonomiska resurser ger förutsättningar för goda levnadsförhållanden och för ett aktivt deltagande i samhällslivet. Låga inkomster och/eller höga merkostnader till följd av en funktionsnedsättning kan hindra människor från att delta aktivt i samhällslivet och leva ett gott liv. Det återspeglas i den generella handikappolitiska principen att människor inte ska ha några merkostnader på grund av funktionshinder¹.

Enligt tidigare studier är merutgifter för funktionsnedsättning en orsak till ekonomiska svårigheter. Personer med funktionsnedsättningar har ett större behov av hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård än andra.

Med hjälp av en specialbearbetning av SCB:s undersökning Hushållens ekonomi (HEK) 2005 och 2006 beskrivs den ekonomiska situationen för de cirka 2 700 personer i yrkesverksam ålder som själva angivit att de har en funktionsnedsättning som hindrar dem i vardagen. Urvalet motsvarar drygt 10 procent av befolkningen. Personernas inkomster redovisas liksom deras utgifter för hälso- och sjukvård, merkostnader för hjälpmedel, färdtjänst och sjukresor samt om de har avstått från vård pga. ekonomiska skäl. Resultatredovisningen fokuserar på skillnader mellan dem som har ett funktionshinder, hinder i vardagen, och dem som inte har det. Vissa skillnader på grupp-nivå mellan olika funktionsnedsättningar beskrivs också.

Resultaten är inte representativa för samtliga personer med de angivna funktionsnedsättningarna. Svaren som redovisas är från personer som har angivit att de *upplever hinder* till följd av sin funktionsnedsättning. Svaren från dem som har en funktionsnedsättning men *inte* upplever hinder av den är således inte med. Personer som bor i gruppboad eller motsvarande ingår heller inte i HEK-undersökningen. Deltagarna i HEK har vidare kombinationer av funktionsnedsättningar som kan vara hindrande på olika sätt. Vissa personer med omfattande funktionsnedsättningar kanske inte har kunnat besvara frågorna pga. kommunikationshinder eller för att de har en svår utvecklingsstörning. Därmed kan det saknas svar från personer med de mest omfattande funktionshindren, vilket kan medföra att levnadsförhållandena tecknas ljusare än verkligheten för personer med funktionsnedsättningar.

Det är vidare svårt att jämföra olika grupper på ett rättvisande sätt eftersom det kan finnas bakomliggande skillnader i ålder, familjesituation, utbildning, socioekonomisk tillhörighet, bostadsort och andra betydelsefulla förhållanden. Det är också vanskligt att jämföra personer med olika omfattande funktionsnedsättningar och olika kombinationer av dessa.

Resultaten är därför inte representativa för ”alla personer med funktionshinder” eller för ”alla personer med en viss funktionsnedsättning”, vilket också gäller alla studier på detta område.

¹ Den lyftes fram bl.a. i förarbetena till lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), se prop. 1992/93:159.

Rapportens syfte är att bidra till en fortsatt diskussion om situationen för personer med olika typer av funktionsnedsättningar samt till att vidareutveckla metoderna för att beskriva ekonomiska levnadsförhållanden.

Faktaruta

Termerna funktionsnedsättning och funktionshinder

Sedan 2007 definieras funktionsnedsättning och funktionshinder i Socialstyrelsens s.k. termbank. Av denna framgår bl.a. följande.

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning innebär en ”nedsättning av den fysiska, psykiska eller intellektuella funktionsförmågan”. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av en sjukdom eller något annat tillstånd, eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara bestående eller övergående.

Funktionshinder

Funktionshinder är en ”begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen”. Exempel på begränsningar är svårigheter att klara sig själv i det dagliga livet och bristande delaktighet i arbetslivet, i sociala relationer, i fritids- och kulturaktiviteter, i utbildning och i demokratiska processer. Det handlar framför allt om bristande tillgänglighet i omgivningen.

Exempel

En funktionsnedsättning behöver inte leda till ett funktionshinder. Om en person har nedsatt hörsel (en funktionsnedsättning) men har väl fungerande hörapparater är personen inte hindrad, och har därmed inte något funktionshinder.

Funktionshinder och funktionsnedsättning i HEK

I SCB:s undersökning HEK används två frågor (bilaga 1) för att definiera funktionshinder respektive funktionsnedsättning. Först frågar man om personen har någon funktionsnedsättning eller sjukdom som medför att han eller hon har svårt att utföra olika aktiviteter utan hjälp eller hjälpmedel. Det definieras som ”hinder i vardagen”, och benämns i denna rapport som ”funktionshinder”. Personer som har angivit att de har ett hinder i vardagen får därefter svara på vilket eller vilka funktionshinder alternativt vilken funktionsnedsättning det gäller.

Funktionshinder och funktionsnedsättning i rapporten

I rapporten redovisas resultat för personer med ”hinder i vardagen” och ”personer med funktionsnedsättning”. Den korrekta benämningen – som dock blir för otymplig – skulle vara ”personer med angiven funktionsnedsättning som har ett funktionshinder”.

Vem har ett funktionshinder?

Den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättningar ser olika ut beroende på hur gruppen definieras. Ju bredare definition, desto mindre skillnader finns det mellan personer med funktionsnedsättningar och övriga.

Det går inte att beskriva levnadsförhållandena för alla ”personer med funktionsnedsättningar”. Ett skäl är att det finns många olika slags funktionsnedsättningar, och personer kan dessutom ha olika kombinationer av dessa, och ha dem i varierande grad. Ett annat skäl är att levnadsförhållandena varierar med ålder, kön, familjesituation, socioekonomisk situation, utbildning, intressen, boendeort osv. för personer med identiska funktionsnedsättningar. Ett tredje skäl är att funktionshinder uppstår i samspelet mellan individ och miljö. Vilka hinder en person upplever beror på omgivningen, på tillgängligheten i samhället samt på hjälpmedel, värderingar, stöd och bemötande. Den svenska handikappolitiken [1, 2] utgår också från detta miljörelaterade synsätt.

Varför ska man då alls gruppera personer efter deras funktionshinder eller funktionsnedsättning? Anledningen är att en sådan indelning kan ge ett åtgärdsinriktat underlag. Det som hindrar och behöver kompenseras eller åtgärdas beror på vilken funktionsnedsättning man har. Samma svårighet – att t.ex. ta sig över ett övergångsställe – kan bero på att man är rullstolsburen, blind eller svårt utvecklingsstörd.

Vanligen bygger grupperingar på diagnos eller handikapprelaterat stöd, självskattad funktionsförmåga eller på ICF. ICF står för International Classification of Functioning, Disability and Health (Klassifikation av funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa). Med hjälp av ICF kan man beskriva en persons funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell.

Det finns för- och nackdelar med alla metoder, vilket diskuteras nedan.

Olika sätt att gruppera

Att gruppera efter *diagnos* kan tyckas vara ett enkelt sätt att få en homogen grupp. Det finns dock en stor spännvidd bland personer med samma diagnos i både deras funktionsnedsättningar och i hur hindrande dessa upplevs. En person kan dessutom ha flera diagnoser eller andra svårigheter. Vidare finns det flera diagnossystem, och inom varje system ändras definitionerna i takt med ökad kunskap och erfarenhet. Alla funktionsnedsättningar har heller inte en benämning.

Man kan använda ett administrativt sätt att gruppera personer med funktionsnedsättningar genom att beskriva vilka som har ett *funktionshinderrela-*

terat stöd – en insats, ett stöd eller en ersättning. Det kan vara en ekonomisk ersättning som handikappersättning eller bilstöd, en handikappanpassning av bostaden, stöd i form av personlig assistans eller andra insatser enligt LSS. I dessa fall har en bedömare på en myndighet eller i en kommun beslutat att personen har en funktionsnedsättning som berättigar till ett funktionshinderrelaterat stöd. Men alla som behöver stöd ansöker inte om det och en del får avslag, och därmed kommer de inte med i gruppen. Det gör att man riskerar att underskatta denna grupp.

Det finns också en stor variation i levnadsvillkoren bland personer som får ett stöd. De som får en insats under en begränsad tid har andra förutsättningar än de med ett livslångt, kanske t.o.m. ökande behov av stöd.

Människor med funktionsnedsättningar kan också gruppindelas genom att man i befolkningsundersökningar frågar om en person har funktionsnedsättning(ar) och i vilken utsträckning han eller hon i så fall upplever att den eller de påverkar vardagssysslor och arbetsförmåga. I undersökningar som riktar sig till hela befolkningen kan det dock vara svårt att få med tillräckligt många personer med mindre vanliga funktionsnedsättningar. Vidare kan personer med omfattande hinder förmodligen inte svara på telefonintervjuer eller enkäter.

Hur man definierar och avgränsar gruppen personer med funktionsnedsättningar avgör således vilken bild av deras levnadsförhållanden man får.

Ekonomisk situation

Människors ekonomi påverkar en rad livsområden. En viktig fråga är om – och i så fall hur – den ekonomiska situationen påverkas för den som har en funktionsnedsättning. Är det i så fall inkomsten eller utgifterna som avviker mest jämfört med andra?

Det finns många mått för att beskriva en persons inkomstsituation, och varje mått ger olika bild av inkomtskillnaderna. Måttet måste därför väljas efter frågeställningen och tillgången på uppgifter.

Låg inkomst, ekonomisk utsatthet och fattigdom

Fattigdom i nutidens samhälle ses i relation till den allmänna livsstilen i samhället: vad som är brukligt och socialt accepterat. Det får sociala konsekvenser om man inte har råd att leva som andra.

Det vanligaste sättet att belysa en persons ekonomiska situation är att ange personens *disponibla inkomst*, dvs. lön + bidrag – skatt; det man har kvar och kan disponera sedan alla inkomster har lagts ihop och skatt m.m. har dragits bort. För att kunna jämföra hushåll av olika storlek används måttet *inkomst per konsumtionsenhet* som uttrycker inkomst ”per person” med hänsyn till att personer i olika åldrar har olika levnadskostnader. Disponibel inkomst per konsumtionsenhet ger ett mått på den ekonomiska levnadsnivån utifrån den samlade inkomsten och antalet familjemedlemmar som ska försörjas av den.

Ett mått som används vid internationella inkomstanalyser är ”risk of poverty”. Det finns olika översättningar av uttrycket: risk för fattigdom samt risk för ekonomisk utsatthet eller låg inkomst. Måttet definieras som ande-

len i befolkningen som har en *inkomst som är lägre än 60 procent av medianinkomsten*.

Fattigdomsgapet betecknar det genomsnittliga avståndet mellan inkomsten för dem som räknas som fattiga och fattigdomsstrecket.

Man kan också undersöka andelen personer som *får ekonomiskt bistånd*. Dessa personer har av samhället bedömts ha rätt till bistånd för sin försörjning för att uppnå en skälig levnadsnivå. Biståndssystemet är ett yttersta skyddsnät för tillfälliga ekonomiska kriser och man måste i allmänhet "göra sig fattig" för att få del av det, dvs. tömma bankboken, sälja bilen, huset, sommarstugan, båten etc.

Ett annat ekonomiskt mått är *andelen av befolkningen som har en inkomst under en beräknad nivå för ekonomiskt bistånd*. Nivån beräknas utifrån riksnormen för försörjningsstöd, med tillägg för uppskattade kostnader för övrigt försörjningsstöd som man har rätt att få ersättning för enligt lagstiftningen. Men eftersom personer kan ha låga inkomster av många olika skäl (deltidsarbete, utlandsresor etc.) eller ha tillgångar (banksparande, villa, bil etc) är alla personer med inkomster under biståndsnivån inte ekonomisk utsatta.

Man kan också beräkna en persons *återstående konsumtionsutrymme*: det som återstår till konsumtion sedan nödvändiga utgifter dragits bort från nettoinkomsten.

En persons ekonomiska situation bestäms också av om man har några tillgångar som förmögenhet, bil eller andra kapitalvaror.

En indikator på ekonomisk utsatthet är hur människor själva bedömer sin ekonomiska situation. Klarar de att betala sina löpande utgifter? Har de en kontantmarginal; kan de skaffa fram 14 000 kr på två veckor? Frågor om kontantmarginal mäter dock snarare en risk för ekonomiska svårigheter än faktiska. Man behöver inte ha några ekonomiska bekymmer om man inte måste skaffa fram en viss summa pengar.

Inkomstslag ger information

Måttet *lön* är en indikator på personens situation på arbetsmarknaden. Den som har ett arbete har också en lön (lönen > 0), och löneinkomstens storlek kan ge en uppfattning om hur mycket man arbetar: tjänar man 25 000 under ett helt år arbetar man knappast heltid. Löneinkomsten kan också indikera personens position på arbetsmarknaden. Vidare kan lönen fungera som ett mått på levnadsstandard, åtminstone i länder utan skatte- och bidragssystem som jämnar ut skillnaderna.

I måttet *arbetsinkomst* ingår både föräldrapenning och sjukpenning. Man kan därmed ha arbetsinkomst under året utan att ha arbetat. Personen har dock en anknytning till arbetsmarknaden.

Det finns bidrag och andra ersättningar som har stor betydelse för inkomsten och som även kan ge värdefull information om personens sociala situation. Är han eller hon sjuk (har inkomst av sjukpenning)? Arbetslös (arbetslöshetsersättning)? Föräldraledig (föräldrapenning)? Har personen något handikapprelaterat bidrag (handikappersättning)? Behöver han eller hon ekonomiskt bistånd? Ersättningen i form av sjukpenning, arbetslöshetsersättning och föräldraförsäkring beror på lönen storlek, vilken i sin tur

avgörs av personens position på arbetsmarknaden, utbildning, ålder och kön. Men det finns också andra bidrag, t.ex. studiestöd, inkomstrelaterade bostadsbidrag, barnbidrag och underhållsstöd, som bidrar till den disponibla inkomsten. Hur stor ersättning som kommer från dessa system beror bl.a. på familjesituationen, partnerns inkomst och antalet barn.

Ekonomiskt bistånd är det yttersta skydds nätet för en person. För att få del av det krävs normalt att personen först gör slut på sina egna resurser.

Tidigare studier av inkomster

Det finns en hel del studier av den ekonomiska situationen för personer med vissa funktionsnedsättningar, framför allt av deras inkomster [3, 4, 5, 6, 7, 8]. De flesta studier har utgått från enkätfrågor om funktionshinder eller funktionsnedsättningar och/eller förekomsten av handikapprelaterade ersättningar. Det har även gjorts några studier med personer som får olika typer av funktionshinderrelaterade insatser, t.ex. hemtjänst eller personlig assistans. [7, 8]

Studierna visar en likartad bild. Personer med vissa funktionshinder och funktionsnedsättningar har lägre andel sysselsatta än befolkningen i övrigt, och fler är arbetssökande eller står utanför arbetskraften trots att de skulle vilja arbeta. Färre har löneinkomst och löneinkomsten är lägre. Den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet (inklusive socialbidrag eller ekonomiskt bistånd) är också något lägre. Det är vanligare med ekonomiska svårigheter och att man har socialbidrag eller ekonomiskt bistånd [4, 6, 8, 9].

Vissa sjukdomar som medför sjukhusvård får både ekonomiska och familjemässiga följder [10, 11], och de som har vårdats på sjukhus har i genomsnitt lägre inkomster och sämre inkomstutveckling än andra.

Vanligare med ekonomiskt bistånd

Genom åren har det kommit många studier av det som tidigare benämndes socialbidragstagares ohälsa, men även dessa studier gäller olika grupper och tidsperioder. De visar dock att det är vanligare att personer med ekonomiskt bistånd har svår ohälsa eller en långvarig sjukdom som i hög grad påverkar arbetsförmågan. De vistas oftare på sjukhus och de lever inte lika länge som andra.

Det är ovanligt att man studerar vilken roll en utvecklingsstörning eller ett begåvningshandikapp spelar för försörjningssvårigheter. En av de studier som finns gäller fyra kommuner under 2002 [12], och i den angav socialarbetare i närmare 3 procent av fallen att klientens försörjningsproblem berodde på ett begåvningshandikapp. Troligtvis finns ett visst mörkertal.

Utgår man i stället från personer med funktionsnedsättning eller hinder i vardagen visar flera studier [3, 4, 5, 6, 8] att de som grupp har större risk att drabbas av en ekonomisk kris än andra, och att de i högre utsträckning får bistånd.

Enligt en studie av Socialdepartementet [8] var biståndstagandet högst bland personer med assistansersättning, hemtjänst eller särskilt boende enligt socialtjänstlagen, eller med färdtjänst.

Sämre levnadsförhållanden

Enligt flera studier bedömer personer med funktionshinder att de har sämre levnadsförhållanden än andra. Det är dock stora skillnader mellan grupper med olika funktionshinder. Personer med svåra funktionsnedsättningar har en sämre situation än de med mindre genomgripande funktionshinder, och de är också mindre nöjda med sina levnadsförhållanden. Livsvillkoren påverkas även av om man föddes med sin funktionsnedsättning eller fick den senare, och i så fall när i livet. Enligt en enkätstudie av dåvarande Riksförsäkringsverket [6] bedömde personerna med förvärvade funktionshinder sina levnadsförhållanden i allmänhet som sämre än personerna med medfödda funktionshinder. Båda grupperna bedömde sina levnadsförhållanden som sämre än befolkningen i sin helhet.

En utsatt situation för personer med psykiska funktionshinder

Många undersökningar [4, 9, 13] har visat att personer med psykiska funktionshinder eller svåra psykiska besvär är speciellt utsatta, oavsett om gruppen avgränsas till personer som har vårdats på sjukhus med vissa psykiatriska diagnoser eller om det gäller personer som själva anger att de har psykiska besvär. Det är vanligare att de är arbetslösa, de har oftare förtidspension, deras inkomst är lägre, biståndstagandet högre och mer långvarigt och deras ekonomiska situation är sammantaget sämre. Det är också vanligare att personer med svåra besvär av ångslan, oro eller ångest avstår från att söka sjukvård och tandvård.

Sämre inkomstutveckling för personer med schizofreni

En viktig fråga är hur den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättningar har utvecklats. För att belysa det räcker det inte med att jämföra inkomster och utgifter för ett tvärsnitt av personer med vissa funktionsnedsättningar. I stället behövs studier över tid av samma personer, både med och utan funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen har gjort några sådana longitudinella studier.

En studie [11] avsåg inkomstutveckling för drygt 4 000 personer som 1993 vårdades på sjukhus för schizofreni. De följdes upp 2002, tio år efter vårdtillfället. De hade haft en betydligt sämre inkomstutveckling än övriga. Få i undersökningsgruppen förvärvsarbetade. Den disponibla inkomsten för personer med schizofreni var marginellt högre än tio år tidigare och betydligt lägre än andras. Särskilt markant skillnad i inkomstutveckling var det för dem som var 18–30 år 1993.

I studien angavs att skillnaderna i ekonomiska förhållanden sannolikt berodde på att de som vårdats för schizofreni hade en bristande förankring på arbetsmarknaden, men att fler faktorer troligtvis spelade in, som bristande tillgång till (arbetsinriktad) rehabilitering och hjälpmedel.

Inkomster och vissa utgifter från HEK

I denna studie redovisas både inkomster och vissa utgifter för personer som i SCB:s undersökning HEK själva uppgivit att de har ett funktionshinder.

Först redovisas gruppens disponibla inkomst och varifrån inkomsten kommer (från lön, socialförsäkring etc.) jämfört med andra. Därefter redovisas vilka utgifter som personer med funktionshinder har för hälso- och sjukvård, tandvård och läkemedel samt om de avstår från vård trots att de bedömer att de har behov av det. Även merkostnader för hjälpmedel, färdtjänst och sjukresor beskrivs.

Vissa funktionsnedsättningar särredovisas

Vissa avsnitt innehåller en särredovisning för vissa större funktionsnedsättningar som deltagarna i HEK uppgivit att de har. De benämns i det följande på samma sätt som i HEK (bilaga 1):

- Fysiskt funktionshinder/rörelsehinder.
- Hjärt-, kärl- och blodsjukdomar.
- Syn.
- Hörsel.
- Psykiskt funktionshinder.

Som framgick av förra kapitlet (s. 9) är resultaten inte representativa för samtliga personer med de angivna funktionsnedsättningarna. Det finns vidare stora variationer i hur olika funktionsnedsättningar inverkar och i vilken utsträckning de kan kompenseras. Funktionsnedsättningar kan därmed inte jämföras sinsemellan och det går inte heller att gradera funktionsnedsättningarna.

Inkomster

- Endast 55 procent av personerna med funktionsnedsättning i HEK har någon löneinkomst under 2005–2006. Det är en betydligt lägre andel än i hela befolkningen där 84 procent har en löneinkomst. Lägst andel med löneinkomst har personer med psykiskt funktionshinder.
- 10 procent av dem som angivit ett funktionshinder har fått ekonomiskt bistånd. Det är dubbelt så vanligt som i befolkningen som helhet. Bistånd är vanligast bland personer som har angivit ett psykiskt funktionshinder.
- Drygt 20 procent av alla personer med ekonomiskt bistånd har angivit att de har ett hinder i vardagen.
- En person med någon funktionsnedsättning har i snitt 32 000 kronor (20 procent) lägre individuell disponibel inkomst än befolkningen i stort.
- Räknar man med en ev. partners inkomst och tar hänsyn till antalet personer i hushållet minskar skillnaderna till 22 000 kronor (drygt 10 procent) lägre disponibel inkomst per konsumtionsenhet.
- Fler män än kvinnor har en löneinkomst, och den är högre liksom deras disponibla inkomst. Det gäller både för personer med funktionshinder och generellt i befolkningen, men könsskillnaden är något större bland personer med funktionsnedsättning.
- Den individuella disponibla inkomsten för personer med psykiskt funktionshinder är ungefär 20 procent lägre än genomsnittet för hela gruppen av personer med funktionsnedsättningar.

I detta kapitel redovisas lön, bidrag och ersättningar samt disponibel inkomst för de cirka 2 700 personer 20–64 år som i SCB:s undersökning HEK angav att de har upplevt hinder i vardagen. För att få ett tillräckligt stort antal personer har resultat från de två åren 2005 och 2006 lagts samman. Beloppen har därmed något olika penningvärde, och 2005 års siffror har därför räknats upp med konsumentprisindex. I bilaga 1 finns mer information om HEK och om hur frågorna ställts.

Inkomsten påverkas av ålder, utbildning och familjesituation

Det finns skillnader i inkomster och utgifter mellan gruppen som helhet jämfört med övriga i befolkningen, men även mellan grupper med olika funktionshinder. En del av dessa kan bero på att bakgrundsfaktorerna varierar. Människors inkomstsituation beror på många faktorer som ålder, kön, familjetyp och var i livscykeln man befinner sig i. Skillnader i utbildning inverkar på positionen på arbetsmarknaden, vilken sektor man arbetar i och

lönens storlek. Ohälsa och funktionsnedsättningar kan göra det svårare att skaffa en utbildning och ett arbete, och därför är det viktigt att redovisa hur olika bakgrundsförhållanden varierar mellan grupper av personer med och utan hinder i vardagen. Naturligtvis finns det även skillnader inom varje grupp.

En av tio har hinder i vardagen

En av tio i befolkningen i åldern 20–64 år har svarat att de har något funktionshinder, och flest personer angav att de har ett rörelsehinder.

Tabell 1. Andelen i befolkningen 20–64 år som angivit att de har hinder i vardagen, uppdelat på funktionsnedsättningar, en eller flera (procent)

	Andel av befolkning
Hinder i vardagen	11
Rörelsehinder	7,4
Hjärt-, kärl- och blodsjukdomar	1,4
Syn	0,5
Hörsel	0,7
Psykiskt funktionshinder	1,0

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Flera funktionsnedsättningar

Många med hinder i vardagen har flera funktionsnedsättningar (se bilaga 1), och bland personerna med hjärt-, kärl- och blodsjukdomar är det mycket vanligt att ha ett rörelsehinder (71 procent). Rörelsehinder förekommer även bland närmare 30 procent av dem som anger en synnedsättning, 20 procent av dem som har ett psykiskt funktionshinder och något mer sällan bland personer med nedsatt hörsel.

Närmare 20 procent av dem som har uppgivit synnedsättning har också nedsatt hörsel.

I genomsnitt har 60 procent av alla med funktionshinder varit långvarigt sjuka, men andelen varierar. Vanligast var det bland personer med psykiskt funktionshinder och lägst andel finns bland personer med hörselnedsättning.

Hinder i vardagen vanligare bland kvinnor

I HEK är det vanligare att kvinnor har upplevt hinder i vardagen på grund av någon funktionsnedsättning (12 procent) än män (9 procent). Könsfördelningen varierar med olika funktionsnedsättningar. Hjärt-, kärl- och blodsjukdomar samt synskador är vanligare funktionsnedsättningar för män medan fler kvinnor har psykiskt funktionshinder eller rörelsehinder.

Som beskrivits tidigare (s. 9) innebär detta dock inte att könsfördelningen är likadan i HEK som bland alla personer med dessa funktionsnedsättningar. Sättet att avgränsa och gruppera påverkar könsfördelningen. Exempelvis är det fler män än kvinnor som får insatser enligt LSS.

Större andel är äldre

I befolkningen som helhet är de flesta som har en funktionsnedsättning 65 år eller äldre. Denna studie fokuserar på personer i yrkesverksam ålder, 20–64 år. Eftersom vissa funktionsnedsättningar är åldersrelaterade skiljer sig åldersfördelningen mellan olika funktionsnedsättningar. Andelen unga är exempelvis störst bland personer med synnedsättningar och personer med psykiska funktionshinder.

När åldersfördelningen varierar mellan olika grupper är det vanligt att använda metoden åldersstandardisering för att beskriva vad resultatet skulle vara om grupperna hade samma åldersfördelning. Det t.ex. gör att inkomsten i en grupp som har låg inkomst för att de har många unga justeras upp. Det finns för- och nackdelar med att åldersstandardisera och i den här studien görs det inte. En orsak är att vissa funktionsnedsättningar är åldersrelaterade. En annan är att det finns så många olikheter mellan grupperna att det är svårt att avgöra vad som beror på ålder, hushållstyp, funktionsnedsättningens omfattning, kombinationer av funktionsnedsättningar, socioekonomisk tillhörighet etc.

Istället beskrivs de faktiska skillnaderna mellan olika grupper, oavsett om de beror på ålder eller andra orsaker. Det är visserligen vanligare med många unga i gruppen personer med psykiskt funktionshinder, men de har ändå en svår ekonomisk situation. SCB har åldersstandardiserat bl.a. körningen av disponibel inkomst för olika grupper, men resultatet avviker inte särskilt mycket från de inkomster som gruppen har och som redovisas (se bilaga 2).

Ensamboende är vanligare

En viktig faktor för en persons ekonomiska levnadsstandard är vilken hushållstyp man tillhör. Två vuxna tjänar mer än en, och ju fler barn en familj har desto lägre inkomst har man per konsumtionsenhet eftersom inkomsten ska räcka till fler.

De olika grupperna skiljer sig åt i hushållstyper. Jämfört med alla i befolkningen är det vanligare att personer med funktionsnedsättning är ensamboende. Det gäller i något högre utsträckning för personer med nedsatt syn eller psykiskt funktionshinder. Det kan bero på åldersskillnaderna ovan, men också på att funktionsnedsättningen i sig påverkar familjesituationen. Drygt 30 procent av alla personer med något hinder i vardagen finns i en barnfamilj.

Vanligare med låg utbildning

För att få ett arbete och en löneinkomst är det viktigt att ha en utbildning. Ungefär hälften av dem som har angivit funktionsnedsättningar har gymnasial utbildning, vilket är samma andel som i hela befolkningen. Men andelen med förgymnasial och eftergymnasial utbildning skiljer sig åt. Ungefär 30 procent av personer med hinder i vardagen pga. funktionsnedsättningar har som högst förgymnasial utbildning, jämfört med bara 15 procent i hela befolkningen. Personer med funktionsnedsättningar har också mindre sällan eftergymnasial utbildning.

Det finns dock skillnader mellan olika typer av funktionsnedsättningar. Det är t.ex. vanligare att personer med hjärt-, kärl- eller blodsjukdomar har högst förgymnasial utbildning jämfört med övriga grupper, men det kan bero på att de är äldre. Äldre personer har i genomsnitt lägre utbildning än yngre. Personer med syn- eller hörselnedsättning har i högre utsträckning eftergymnasial utbildning jämfört med andra grupper av funktionsnedsättningar.

Tabell 2. Högsta utbildningsnivå bland personer 20–64 år (procent)

Utbildning 20–64 år	Förgymnasial	Gymnasial	Eftergymnasial
Hinder i vardagen	29	51	20
Alla i befolkningen	15	49	36

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Kvinnor har generellt högre utbildning än män. Könsskillnaderna är något större bland personer med hinder i vardagen än i befolkningen i övrigt.

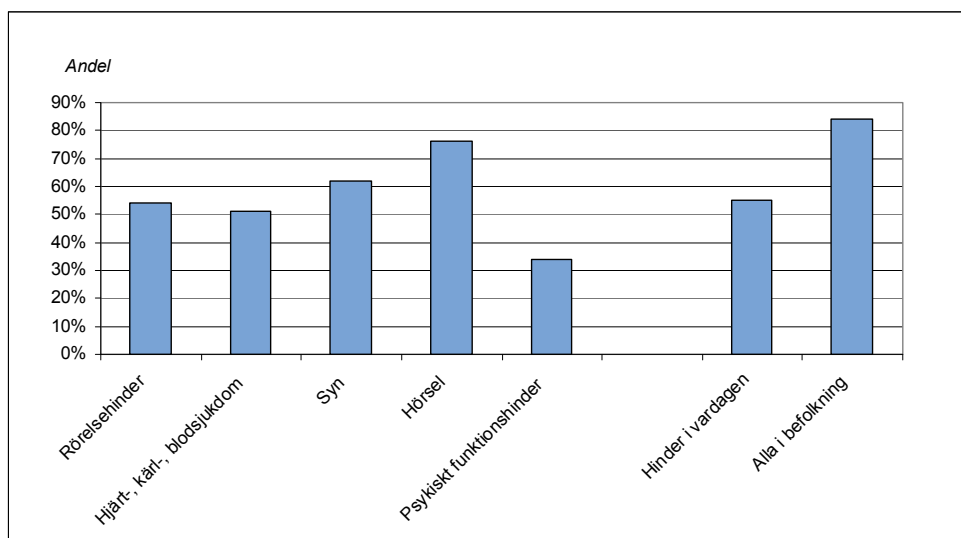
Inkomstkällor

Nedan beskrivs hur mycket av inkomsterna för personer med funktionshinder som varje år kommer från olika inkomstkällor: lön², socialförsäkring, handikapprelaterade stödsystem eller från anhörig. Därför beskrivs slutresultatet i form av disponibel inkomst. Inkomsterna redovisas även uppdelat på vissa funktionsnedsättningar som personerna själva angivit att de har. Resultaten jämförs med befolkningen som helhet.

Hälften har löneinkomst

Personer med funktionshinder har i betydligt lägre utsträckning någon löneinkomst under året, jämfört med hela befolkningen. Endast drygt hälften har inkomst av lön. Förekomsten av lön och lönenivån skiljer sig åt mellan personer med olika typer av funktionsnedsättningar. Lägst andel med löneinkomst och lägst inkomst från lön har personer med psykiska funktionshinder. Endast en av tre personer med psykiskt funktionshinder har någon löneinkomst.

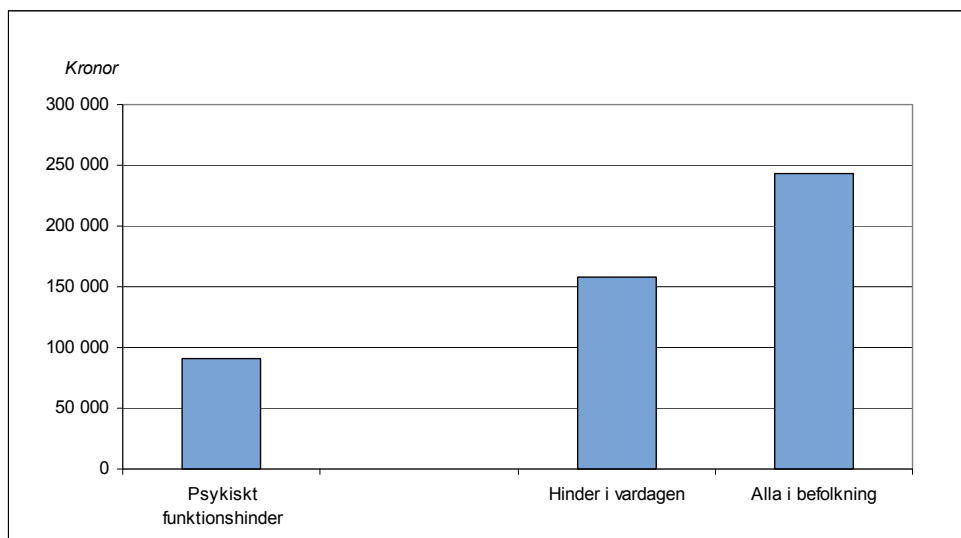
² Företagarinkomster redovisas inte pga. periodiseringssvårigheter m.m.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 1. Andelen personer 20–64 år med löneinkomst (brutto) för olika grupper (procent)

Personer med funktionshinder som arbetar har betydligt lägre löneinkomst än andra, vilket kan bero på att fler har ett deltidsarbete men även på att de har lägre tim- eller månadslön. Det kan i sin tur hänga ihop med skillnader i utbildning och vilken sektor man arbetar i. Lägst löneinkomst av de olika grupperna av funktionsnedsättningar har personer med psykiska funktionshinder.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 2. Genomsnittlig löneinkomst i kronor för olika grupper 20–64 år som har lön

Ålderssammansättningen har liten betydelse för de genomsnittliga löneskillnaderna förutom när det gäller grupperna med hjärt-, kärl- och blodsjukdo-

mar samt med synnedsättning. Eftersom de har en högre ålder i genomsnitt sjunker deras löneinkomst något när man åldersstandardiserar, men bara med mindre än 10 000 kr/år (bilaga 2).

Könsskillnader

Män har i något högre utsträckning löneinkomst än kvinnor, och deras inkomster är också större. Det gäller både i befolkningen som helhet och bland personer med hinder i vardagen pga. funktionsnedsättningar. Personer med funktionsnedsättningar har något större könsskillnad i andelen med löneinkomst jämfört med befolkningen³. Könsskillnaden är större när det gäller löneinkomstens storlek än andelen med löneinkomst.

Mindre vanligt med arbetslöshetsersättning

Det är något mindre vanligt med arbetslöshetsersättning bland personer med hinder än i befolkningen i övrigt, men det behöver inte innebära att de är arbetslösa i lägre utsträckning. För att arbetslösa personer ska få arbetslöshetsersättning måste de ha arbetat en viss tid. Skillnaden kan även bero på att de inte har arbetat alls eller arbetat för kort tid för att ha kvalificerat sig för arbetslöshetsersättning.

Personer med nedsatt syn eller någon hörselskada har oftare arbetslöshetsersättning än övriga i befolkningen och personer med andra funktionsnedsättningar. Personer med psykiska funktionshinder har, med 6,4 procent, den lägsta andelen med arbetslöshetsersättning (bilaga 2).

Vanligare med sjukpenning

På samma sätt som med arbetslöshetsersättningen krävs att man har förvärvsarbetat en viss tid för att få sjukpenning när man är sjuk. Ungefär 29 procent av personer med hinder i vardagen har sjukpenning, vilket är drygt dubbelt så vanligt som i befolkningen i stort. Personer med rörelsehinder har i högre utsträckning sjukpenning än övriga grupper i HEK, och lägst andel har personer med nedsatt syn och hörsel (bilaga 2).

Vanligare med sjuk- eller aktivitetsersättning

Nästan hälften av alla personer med hinder i vardagen har sjukersättning (f.d. förtidspension för personer 30–64 år) eller aktivitetsersättning (f.d. förtidspension för personer 19–29 år). Dessa ersättningar är därmed betydligt vanligare än bland personer som inte har hinder. Andelen är högst för personer med psykiska funktionshinder (bilaga 2).

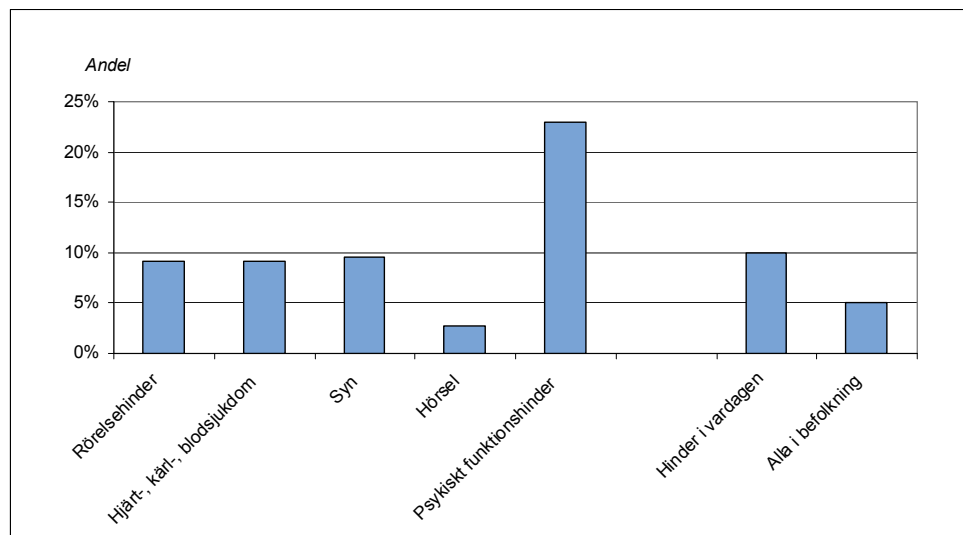
Vanligare med ekonomiskt bistånd

Enligt specialbearbetningen av HEK fick ungefär 5 procent av befolkningen i åldern 20–64 år ekonomiskt bistånd någon gång under 2005–2006. Bland

³ 58 procent för män med hinder i vardagen jämfört med 53 procent för kvinnor, i befolkningen 85 respektive 83 procent.

biståndstagarna angav 14 procent att de har rörelsehinder och det är därmed den vanligaste funktionsnedsättningen.

Det är dubbelt så vanligt med ekonomiskt bistånd bland personer med hinder i vardagen. Det finns stora skillnader i biståndstagande mellan grupperna. Närmare en fjärdedel av dem som angivit ett psykiskt funktionshinder har ekonomiskt bistånd, vilket är närmare fem gånger vanligare än i befolkningen som helhet.

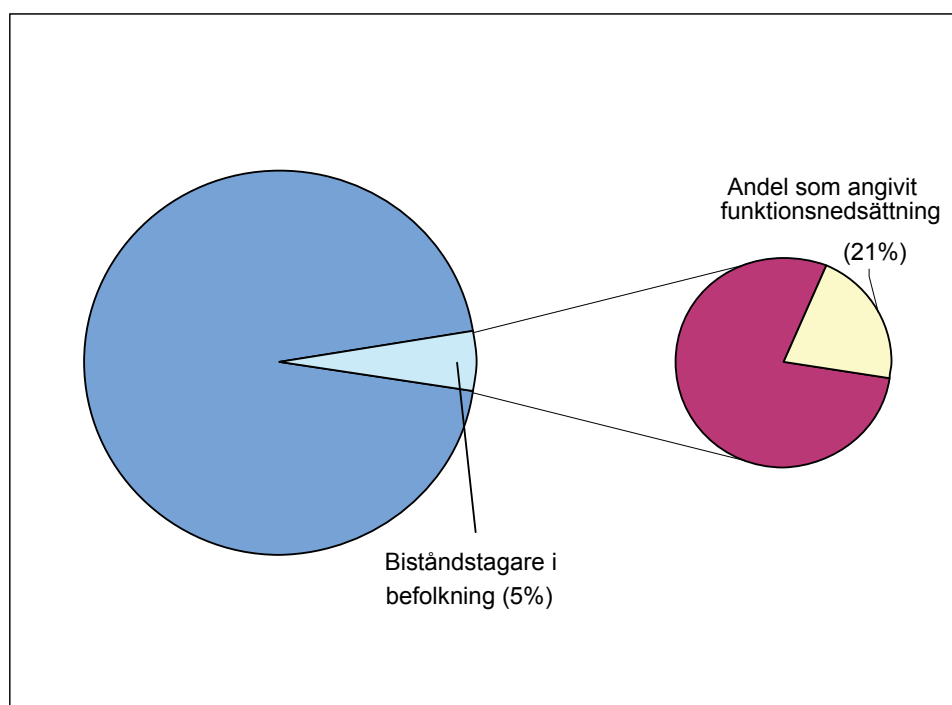


Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 3. Andel personer med ekonomiskt bistånd för olika grupper 20–64 år (procent)

Ekonomiskt bistånd är något vanligare för kvinnor än för män, och det gäller även för personer med funktionshinder.

Siffrorna ovan visar hur vanligt det är att man får ekonomiskt bistånd till sin försörjning i olika grupper. Det går också att redovisa hur stor andel av alla med ekonomiskt bistånd under ett år som har hinder i vardagen. Hur de olika redovisningssätten förhåller sig till varandra framgår av figuren nedan. Ungefär 5 procent av befolkningen har ekonomiskt bistånd. Av *biståndstagarna* angav drygt en av fem att de har hinder i vardagen till följd av en funktionsnedsättning.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 4. Andelen personer 20-64 år med ekonomiskt bistånd i befolkningen och andelen av dem som har angivit hinder i vardagen och någon funktionsnedsättning

Den vanligaste funktionsnedsättningen bland biståndstagare är rörelsehinder, som 14 procent av biståndstagarna anger i HEK. Ungefär 5 procent av biståndstagarna anger ett psykiskt funktionshinder.

Tabell 3. Andelen personer 20-64 år med hinder/funktionsnedsättning av biståndstagare respektive av befolkningen (procent)

	Andel av	
	biståndstagarna	befolkningen
Hinder i vardagen	21	11
Rörelsehinder	14	7,4
Hjärt-, kärl-, blodsjukdom	2,5	1,4
Syn	0,9	0,5
Hörsel	0,4	0,7
Psykiskt funktionshinder	4,9	1,0

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Ekonomiskt stöd från närstående, anhörig eller släkting

En del personer får ekonomiskt stöd av närstående, anhöriga eller någon släkting, och det förekommer nästan lika ofta i befolkningen som för personer med funktionshinder. I genomsnitt får man cirka 13 000 kronor per år. Det finns dock skillnader bland grupperna. Personer med psykiskt funk-

tionshinder tar oftare emot stöd än övriga, och får i genomsnitt mindre pengar än andra.

Disponibel inkomst

Samhället utjämnar skillnader i inkomst över människors livscykel, mellan barnfamiljer och ensamstående samt mellan individer med olika förutsättningar att försörja sig. Den disponibla inkomsten beskriver slutresultatet: ”lön + bidrag + ersättningar - skatt” (definition s. 12).

Den *disponibla inkomsten* beräknas normalt på hushållsnivå, dvs. inklusive en eventuell partners och barns inkomst. Det är hushållets inkomst som avgör vilken ekonomisk nivå som personerna i hushållet lever på. Som beskrevs tidigare (s. 12) tar man också oftast hänsyn till antalet personer som försörjs i hushållet genom *inkomsten per konsumtionsenhet*.

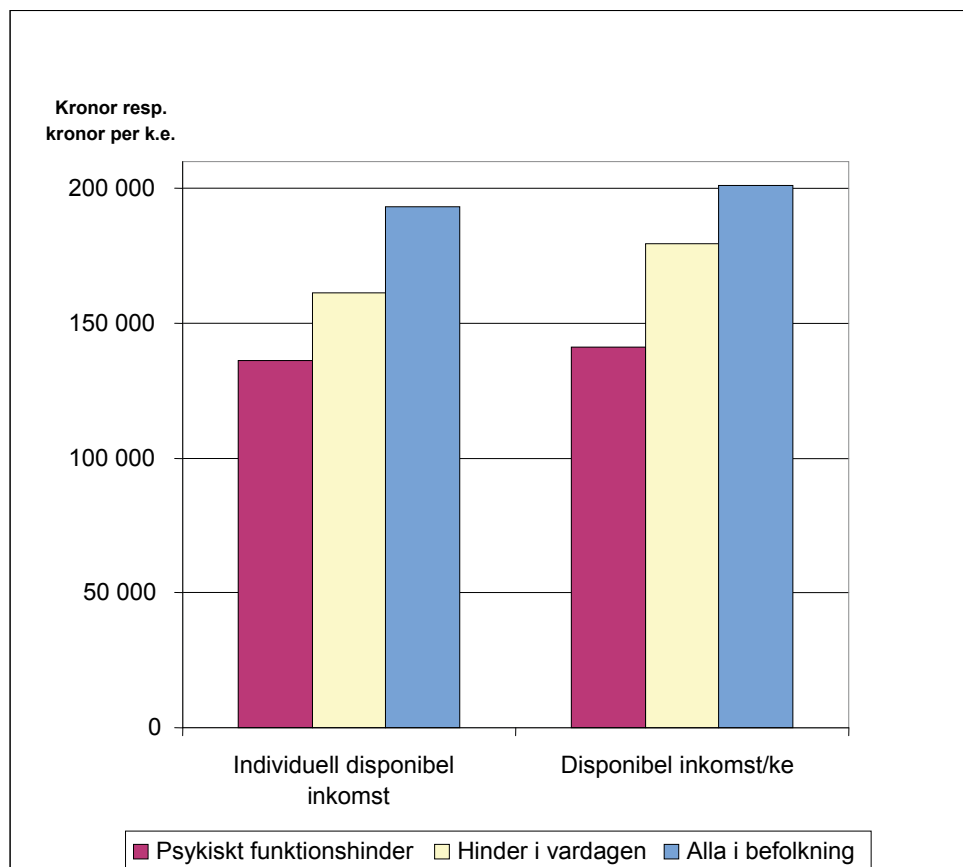
Man kan även beräkna en *individuell disponibel inkomst*: personens individuella (netto)inkomst med tillägg för hans eller hennes andel av hushållsgemensamma inkomster som barnbidrag, bostadsbidrag eller ekonomiskt bistånd.

I figuren nedan visas till vänster individens disponibla inkomst i kronor och till höger inkomsten i hushållet mätt i kronor per konsumtionsenhet.

Det är mindre skillnad mellan personer med och utan funktionsnedsättning när man tar hänsyn till hela hushållets inkomst. Den *disponibla inkomsten per konsumtionsenhet* är 22 000 kr lägre per år för personer med hinder i vardagen jämfört med befolkningen⁴. Den *individuella disponibla inkomsten* är i genomsnitt 32 000 kr lägre per år. Resultatet påverkas inte mycket av en åldersstandardisering av inkomsten, dvs. då man tar bort ålderssammansättningens inverkan på inkomsten.

Personer med psykisk funktionsnedsättning har lägst disponibel inkomst av grupperna, oavsett inkomstmått. Den disponibla hushållsinkomsten är endast något högre när man tar hänsyn till hela hushållets inkomster samt antalet personer som ingår i hushållet. Att det är så liten skillnad kan bero på att personer med psykiska funktionshinder oftare än andra är ensamboende.

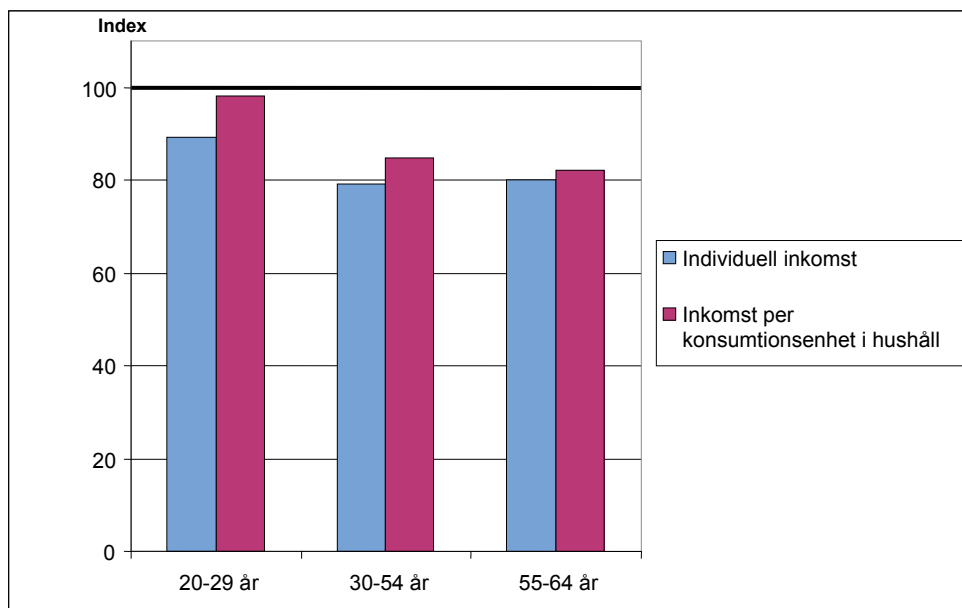
⁴ Handikappersättning är en ersättning som ska kompensera för merutgifter (se s. 49) och den ingår därför inte i den disponibla inkomsten.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 5. Disponibel inkomst i kronor, individuell och per konsumtionsenhet i hushållet, för olika grupper 20–64 år

I figuren nedan visas hur mycket den individuella inkomsten och hushållsinkomsten skiljer sig mellan personer i olika åldrar med och utan hinder i vardagen. Inkomsten för hela befolkningen i respektive åldersgrupp har satts till 100. Av figuren framgår att om den individuella inkomsten för ungdomar i befolkningen är 100, så har ungdomar med hinder i vardagen 89 procent av den inkomsten. När man lägger till övriga hushållsmedlemmars inkomst och dividerar med antalet konsumtionsenheter försvinner dock skillnaden nästan helt, indexvärdet är 98 jämfört med 100. För personer i åldern 30-54 år utjämnas skillnaden mindre, och för äldre personer utjämnas i stort sett inte inkomstskillnaderna av förhållanden i hushållet (partners inkomst, barn i familjen etc), även om skillnaderna minskar något.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

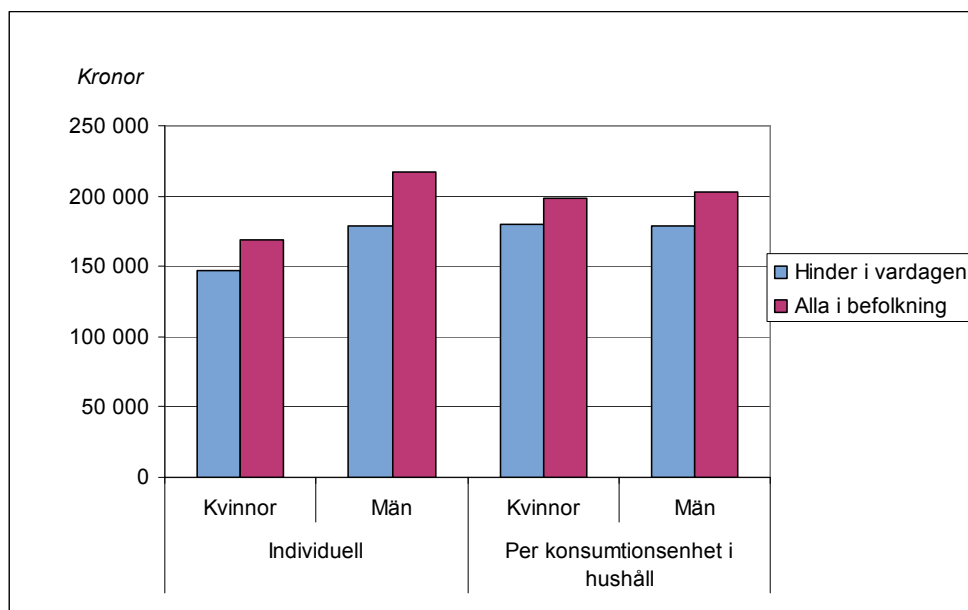
Figur 6. Disponibel inkomst, individuell och per konsumtionsenhet i hushållet, för personer med hinder i vardagen. Index för befolkningen i varje åldersgrupp=100

Könsskillnader i inkomst

Man kan jämföra könsskillnaden i inkomst mellan kvinnor och män med hinder i vardagen jämfört med könsskillnaden i inkomst i hela befolkningen. Män har högre disponibel inkomst än kvinnor, både i befolkningen och bland personer med funktionshinder. Könsskillnaden är dock mindre än för löneinkomst (se s. 22).

Man kan också jämföra skillnaden i inkomst mellan män med hinder i vardagen med män i befolkningen och motsvarande för kvinnor. Det är större inkomstskillnad mellan män med och utan funktionshinder, än för kvinnor med och utan hinder. Det kan återspegla löneskillnaderna mellan män och kvinnor. Kvinnor har generellt lägre lön och arbetar oftare deltid än män, oavsett funktionshinder. Det är därmed mindre inkomstskillnad mellan kvinnor med och utan funktionsnedsättningar.

De individuella inkomstskillnaderna mellan personer med respektive utan funktionshinder är större både för män och kvinnor än när man räknar med hela hushållets disponibla inkomst (per konsumtionsenhet) och då även tar hänsyn till försörjningssituationen. Könsskillnaden i individuell inkomst är något mindre för personer med funktionshinder jämfört med övriga.

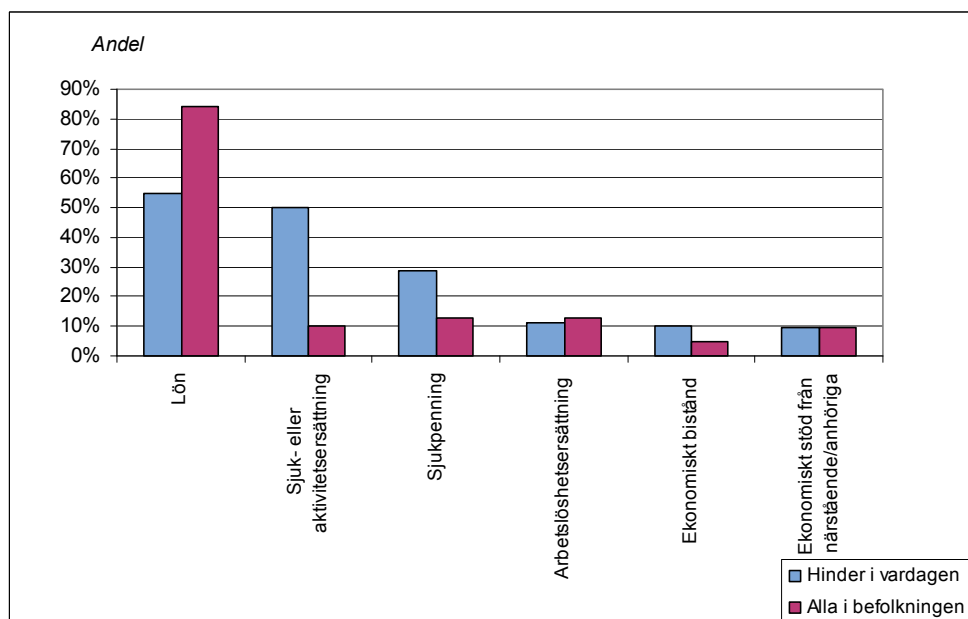


Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 7. Disponibel inkomst i kronor, individuell och per konsumtionsenhet i hushållet, för kvinnor och män 20–64 år

Olika inkomstkällor

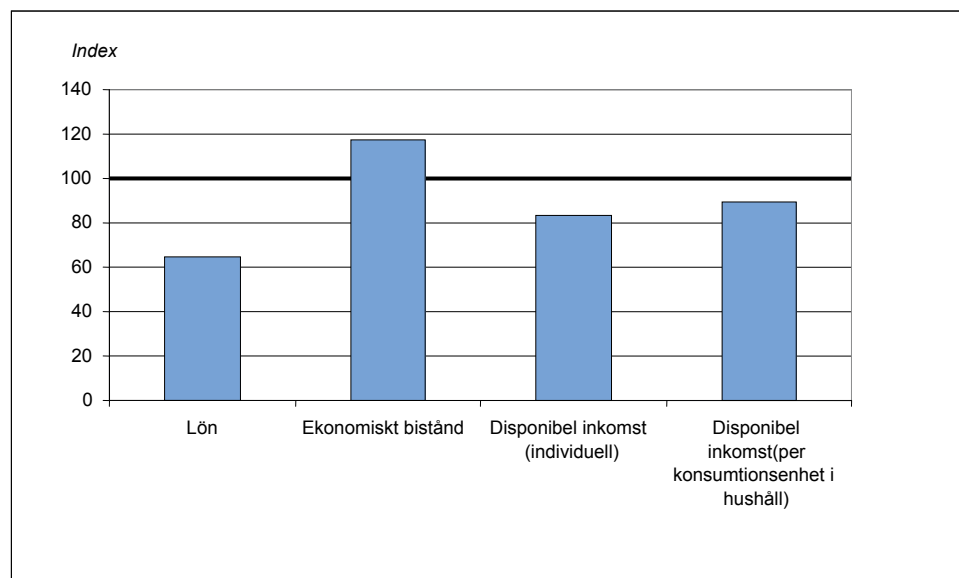
I figur 8 nedan visas sammanfattningsvis hur vanligt det är med olika inkomstslag för personer med funktionshinder och i hela befolkningen. Det framgår att personer med funktionshinder mer sällan har en löneinkomst, och man har oftare sjuk- eller aktivitetsersättning, sjukpenning och ekonomiskt bistånd. Arbetslöshetsersättning förekommer dock nästan lika ofta. Det är ingen skillnad i andelen som får ekonomiskt stöd av anhöriga.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 8. Andel personer 20-64 år med olika inkomstslag (procent)

Den procentuella skillnaden i lön och ekonomiskt bistånd samt i disponibel inkomst mellan personer med hinder och befolkningen visas i diagrammet nedan (figur 9). Indexvärdet 100 visar inkomsten i befolkningen. Personer med hinder i vardagen har betydligt lägre löneinkomst, högre biståndstäckande och lägre individuell disponibel inkomst. Skillnaden i inkomst per konsumtionsenhet i hushållet är dock inte så stor jämfört med övriga.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK undersökning 2005 och 2006

Figur 9. Genomsnittliga inkomster från olika inkomstslag för personer 20–64 år med hinder i vardagen som har dessa inkomstslag. Index för befolkningen =100

Svårt att jämföra utvecklingen över tid

En central fråga är om inkomstsituationen har förändrats för personer med funktionshinder eller funktionsnedsättningar. Frågan är dock svår att besvara. Den kräver ett stort datamaterial och studier över tid av personer med olika funktionsnedsättningar.

Som beskrevs inledningsvis baseras denna studie på SCB:s undersökning HEK 2005 och 2006 för personer 20–64 år som själva angivit att de har ett hinder i vardagen pga. av en funktionsnedsättning. De som svarade kan ha både omfattande och mindre omfattande hinder. Personer som inte upplever något hinder i vardagen (se bilaga 1) av sin funktionsnedsättning är inte med i undersökningen, inte heller personer som har ett boende med stöd enligt SoL eller LSS. De tidigare refererade undersökningarna (se s. 15ff) är gjorda på olika sätt och avser olika grupper. Studierna visar dock sammantaget en likartad bild som HEK 2005 och 2006.

Jämförelse mellan ULF och HEK

En studie med likartad uppläggning som denna gjordes för närmare 10 år sedan. Socialstyrelsen gav då SCB i uppdrag att göra en specialbearbetning av ULF-undersökningen 1996 och 1997 [4] för att undersöka inkomster och utgifter för personer med funktionsnedsättningar. Med hjälp av intervjufrågor om funktionsnedsättningar och besvär till följd av dessa jämfördes in-

komster och utgifter med befolkningen i övrigt. Undersökningen avsåg närmare 9 400 personer i åldern 18–64 år, och resultaten åldersstandardiserades.

Även om det finns olikheter mellan grupperingarna i ULF och HEK visar undersökningarna en likartad bild. I båda undersökningarna hade färre personer med funktionshinder eller funktionsnedsättningar löneinkomst jämfört med övriga, och fler hade förtidspension, sjukpenning och socialbidrag. Det var minst vanligt med löneinkomst bland personer som använde hjälpmedel vid förflyttning och bland personer med svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Personer med svåra besvär av ångslan, oro eller ångest hade den lägsta disponibla inkomsten per konsumtionsenhet och hade oftare socialbidrag än andra grupper.

Vårdkonsumtion och merutgifter

- Personer med funktionshinder gör oftare besök i vården och har oftare frikort jämfört med befolkningen som helhet. Det är också vanligare att de avstår från vård eller läkemedel, och anger ekonomiska skäl tre gånger så ofta som andra.
- En mindre andel personer med funktionshinder har haft utgifter för hälso- och sjukvård, rehabilitering eller habilitering som inte täcks av högkostnadsskyddet.
- Personer med funktionshinder har ungefär lika ofta utgifter för tandvård som befolkningen, men dessa utgifter är högre. För dem som omfattas av LSS eller har ett varaktigt behov av omfattande vård och omsorg ingår kostnaden för bl.a. nödvändig tandvård i högkostnadsskyddet för hälso- och sjukvård.
- Det är ungefär dubbelt så vanligt att personer med funktionshinder inte har råd att gå till en tandläkare eller tandhygienist jämfört med andra.
- Det är vanligare med utgifter för hjälpmedel som inte har beviljats av kommun eller landsting än för beviljade hjälpmedel, och den genomsnittliga utgiften är högre för de icke beviljade hjälpmedlen.
- Personer som har utgifter betalar mest för tandvård, och därefter för icke-beviljade hjälpmedel. På tredje plats kommer läkemedel.
- Personer med funktionshinder bor i något mindre utsträckning än befolkningen i bostadsrätt eller i eget småhus. Skillnaderna i boendeyta och boendekostnader är små. Personer som bor i gruppboende, boende enligt LSS eller särskilt boende enligt SoL ingår dock inte i studien. Dessa personer kan ha mycket höga boendekostnader.
- Personer med psykiskt funktionshinder har oftare än andra frikort för hälso- och sjukvård och läkemedel, och har i högst utsträckning avstått från hälso- och sjukvård och tandvård samt från att köpa läkemedel. De bor i hyresrätt i högre utsträckning än andra och har högre boendekostnad och mindre boendeyta.

Tidigare studier

Sämre hälsa och högre vårdkonsumtion

Flera studier har visat att personer med funktionshinder har merutgifter på grund av sina funktionsnedsättningar, vilket beror på att de ofta har sämre hälsa än andra. Folkhälsoinstitutet (FHI) anger utifrån den nationella folkhälsoenkäten 2005 [14] att resultaten "visar tydligt att personer med funktionsnedsättning⁵ har en sämre hälsa än övriga befolkningen." Många funk-

⁵ Definierat utifrån svaret på frågor om sjukdom, besvär, nedsatt funktion och långvariga hälsoproblem. De tillfrågade fick ange om besvären hindrar dem i dagliga sysselsättningar,

tionsnedsättningar leder enligt FHI ”indirekt till för tidig död genom att personerna får åkommor som skulle ha gått att påverka, t.ex. diabetes eller hjärt- och kärlproblem.” Enligt FHI:s nationella folkhälsoenkäter [15] har en högre andel av de med någon funktionsnedsättning haft kontakt med läkare på sjukhus. Denna grupp har dessutom oftare kontakt med sjukvården⁶, även när man justerar för olikheter i ålderssammansättning. Det är också betydligt vanligare med dålig tandhälsa bland personer med funktionsnedsättning, och vanligast för dem som även saknar kontantmarginal. Fler avstår också från tandvård.

Vanligt med merutgifter

Ohälsa och ett större behov av hälso- och sjukvård leder till högre utgifter. Det finns visserligen olika högkostnadsskydd, men många når snabbt upp till utgiftstaket inom flera avgiftssystem. En stor andel har också utgifter för hjälpmedel, färdtjänst och förbrukningsartiklar, eller merutgifter för sitt boende. För en del är det nödvändigt med en större bostad eller dubbel bostättning, och många har ytterligare levnadsomkostnader.

Det finns flera studier av avgifter och merutgifter för personer med funktionsnedsättningar.

Avgifter för hälso- och sjukvård

I slutet av 1990-talet undersökte Socialstyrelsen på regeringens uppdrag avgifter och merkostnader för personer med funktionshinder [17, 18]. Studierna visade att personer med funktionshinder hade större behov av hälso- och sjukvård, tandvård, läkemedel och omsorg än andra, men också fler och högre kostnader och genomsnittligt lägre inkomster. De ersättningar som skulle kompensera merutgifterna för funktionshindret täckte sällan alla kostnader.

Kommittén Velfärdsbokslut [3] redovisade utifrån SCB:s ULF-undersökningar att personer med funktionshinder hade betydligt större risk att få ekonomiska svårigheter än personer utan funktionshinder. Det var enligt kommittén en följd av att de inte kompenseras fullt ut för sina merkostnader på grund av funktionsnedsättningen.

Äldrecentrum undersökte 2001 på uppdrag av Socialstyrelsen olika landstings avgifter för åtta patientgrupper som krävde omfattande insatser [19]. Av studien framgick att det fanns betydande skillnader i avgifter för både öppen och sluten hälso- och sjukvård mellan olika landsting. I studien framhölls att det saknades ett skydd som tar hänsyn till effekterna av olika avgiftssystem.

Socialstyrelsen lät också göra en specialbearbetning av ULF-undersökningen 1996 och 1997 [4] som visade att personer med funktions-

om de utan svårighet kan höra vad som sägs i ett samtal mellan flera eller se och urskilja vanlig text i en dagstidning, ev. med glasögon eller hörapparat, om de kan gå upp ett trappsteg utan besvär eller ta en kortare promenad i någorlunda rask takt, eller om de behöver hjälpmedel eller hjälp av en annan person för att förflytta sig utomhus.

⁶ Besök på vårdcentral, hos distriktssköterska, kurator, psykolog, sjukgymnast, inläggning på sjukhus och förskrivs oftare ett antal undersökta läkemedel.

hinder eller -nedsättningar betydligt oftare än andra hade avstått från att söka vård som de behövde. Enligt senare studier [20] med hjälp av SCB:s ULF var det 2001–2005 cirka 13 procent av befolkningen som hade avstått från att söka vård under de senaste tre månaderna, trots ett upplevt behov. Detta var vanligare bland personer med sämre hälsotillstånd, och bland dem som uppgav att de hade allvarligt nedsatt hälsa avstod en av tre. Var femte person som hade avstått från att söka vård trots behov uppgav att det berodde på ekonomiska problem. Det skälet var vanligare bland ensamstående, utrikes födda och lågutbildade.

För att belysa bl.a. människors utgifter för hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård gjorde SCB på uppdrag av Socialstyrelsen även en specialbearbetning av HEK-undersökningen för 1999 [4]. Som väntat hade långvarigt sjuka och personer med handikappersättning högre utgifter för hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård än övriga. De avstod också i större utsträckning än andra från hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård på grund av att det inte hade råd. Ju fler läkemedel personerna hade, desto vanligare var det att de avstod. Personer med låga inkomster avstod oftare från hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård, och i större utsträckning även från flera insatser. Det fanns vissa regionala skillnader i hur stor andel av befolkningen som avstod från vård och omsorg på grund av avgiftens storlek.

Merutgifter

Högre utgifter för hälso- och sjukvård, tandvård, läkemedel m.m. samt utgifter för t.ex. hjälpmedel benämns nedan som *merutgifter pga. funktionsnedsättning*.

Faktaruta

För personer 20–64 år med hinder i vardagen (som inte bor i boende enligt SoL eller LSS) visar SCB:s HEK följande:

- Hälften av alla med hinder i vardagen har frikort för hälso- och sjukvård, och drygt 40 procent har frikort för läkemedel. Det är nästan tre gånger så vanligt som för befolkningen i övrigt.
- 14 procent hade år 2006⁷ utgifter för hälso- och sjukvård eller rehabilitering alternativt habilitering som inte täcks av högkostnadsskyddet.
- 15 procent har avstått från besök hos läkare eller sjuksköterska, 11 procent hos sjukgymnast, arbetsterapeut eller annan rehabilitering alternativt habilitering, 8 procent har avstått från läkemedel och närmare 30 procent har avstått från tandvård.
- Det är ungefär dubbelt så vanligt att personer med hinder i vardagen avstår från hälso- och sjukvård, tandvård och läkemedel jämfört med befolkningen, och tre gånger så vanligt att man avstår flera gånger. Det vanligaste skälet är att man inte har haft råd.

⁷ Frågan ställdes inte 2005.

- Ungefär 4 procent av alla personer med hinder i vardagen har av ekonomiska skäl avstått från hälso- och sjukvård, läkemedel eller från behandling av sjukgymnast, arbetsterapeut eller fått annan form av rehabilitering eller habilitering som ingår i högkostnadsskyddet.
- 23 procent av alla personer med hinder i vardagen har avstått från tandvård av ekonomiska skäl.
- Knappt en fjärdedel av alla personer med hinder i vardagen har fått hjälpmedel beviljade eller förskrivna. Omkring 9 procent av personer med hinder i vardagen har haft utgifter för de hjälpmedel som kommuner och landsting inte har beviljat. I genomsnitt betalar de omkring 2 400 kr per år för dessa.
- 5 procent har haft utgifter för särskilda förbrukningsartiklar.
- 6 procent har haft utgifter för färdtjänst och 13 procent för sjukresor.

Särredovisning

Den som har merutgifter för en funktionsnedsättning kan få handikappersättning (s.49). I detta kapitel särredovisas ibland utgifter för de personer med hinder i vardagen som har handikappersättning. Dessutom anges utgifterna för personer eller anhöriga som angav utvecklingsstörning som en funktionsnedsättning, men som inte bor i gruppboende eller motsvarande (de senare finns inte med i HEK). Dessa grupper kan enligt bl.a. FHI:s studier (s. 31) förväntas ha merutgifter till följd av sina funktionsnedsättningar, och HEK visar att de också har det.

Av de som i undersökningen HEK 2005 och 2006 angav hinder i vardagen pga. funktionsnedsättningar hade cirka 7 procent handikappersättning, närmare 60 procent hade varit långvarigt sjuka och nästan 10 procent angav att de har en utvecklingsstörning (personer som bor i boende med stöd av LSS eller SoL ingår dock inte i HEK). Ungefär 4 procent av dem som hade varit långvarigt sjuka hade handikappersättning.

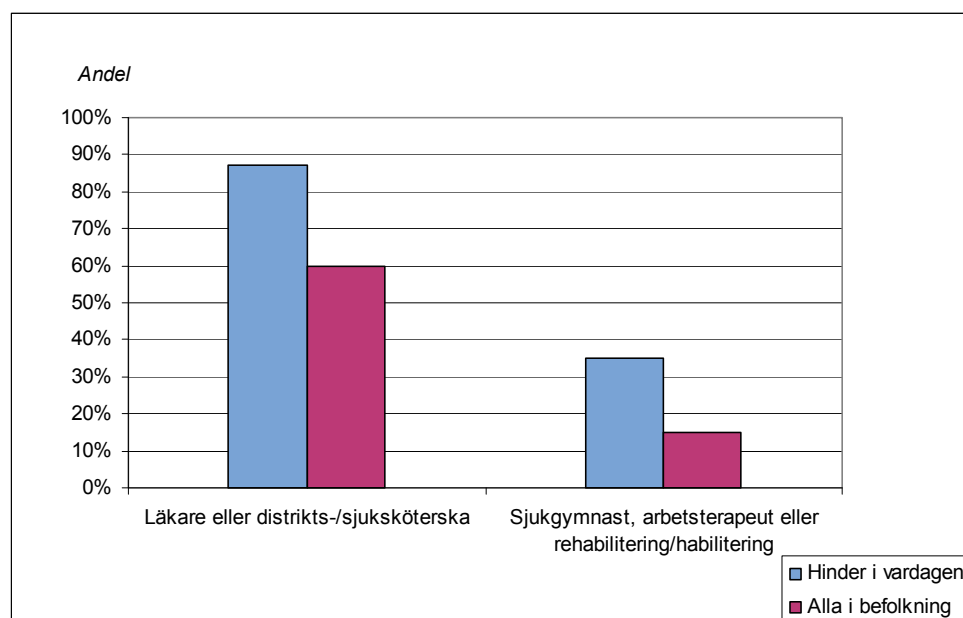
Vanligare med vårdbesök

Personer med funktionshinder har oftare än andra kontakt med sjukvården. Nästan alla med något hinder i vardagen har någon gång besökt en läkare eller distrikts- eller sjuksköterska under året, vilket är oftare än befolkningen i stort. De får också oftare behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut eller annan rehabilitering och habilitering. Ungefär var tredje person har behandlats av sjukgymnast eller arbetsterapeut eller haft någon rehabilitering eller habilitering.

Vanligare med rehabilitering och habilitering

Personer med funktionshinder har oftare än befolkningen i stort fått behandling av en sjukgymnast eller arbetsterapeut, eller fått någon annan form av rehabilitering eller habilitering som ingår i högkostnadsskyddet. Sådan behandling är vanligast bland personer med rörelsehinder eller psykiska funk-

tionshinder, men det gäller också många av dem som har varit långvarigt sjuka. Personer med syn- eller hörselnedsättningar har i mindre utsträckning än övriga behandlats av sjukgymnast eller arbetsterapeut. Även om frågan inkluderar hörselträning eller synträning (s. 68) är det oklart om de svarande inkluderat besök som har att göra med funktionsnedsättningen som gäller främst andra yrkeskategorier eller andra verksamheter (t.ex. audionom för personer med hörselnedsättningar).



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 10. Andelen personer 20–64 år som besökt läkare, sjuksköterska eller sjukgymnast, arbetsterapeut eller fått annan rehabilitering/habilitering (procent)

Högre utgifter för vård och läkemedel

De flesta personer med funktionshinder har haft utgifter för hälso- och sjukvård och läkemedel, vilket är vanligare än i befolkningen i stort. Andelen som har haft utgifter för tandvård är däremot ungefär lika stor som i befolkningen i övrigt, ungefär 60 procent. Många med funktionsnedsättning har sämre tandhälsa än övriga (se s. 32). Om personer avstår helt från tandvård har man dock inte någon utgift. Personer som omfattas av LSS har rätt till ekonomiskt stöd från landstinget⁸ för vissa nödvändiga tandvårdsinsatser.

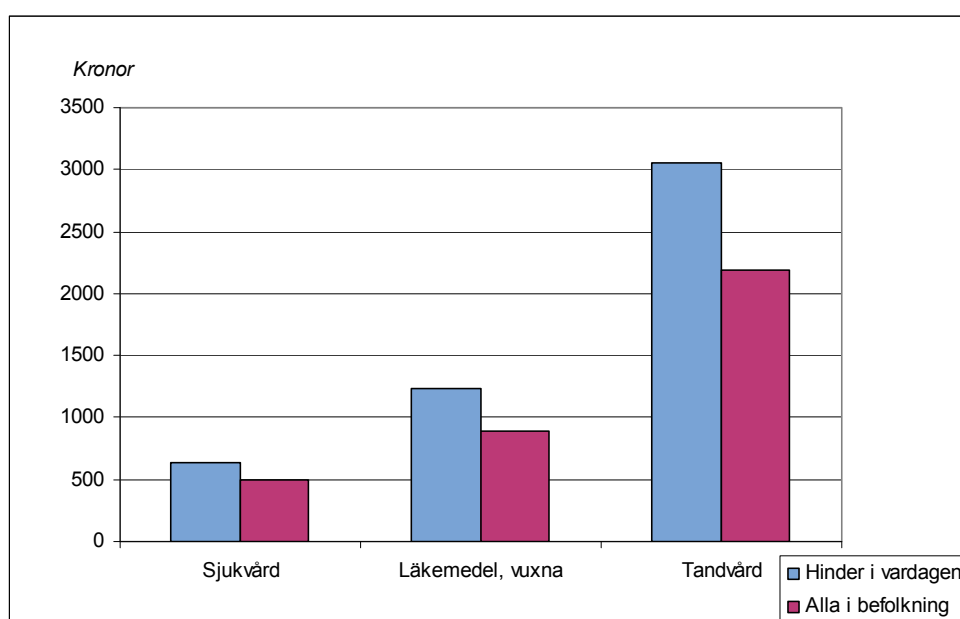
⁸Vissa personer har rätt till ekonomiskt stöd för tandvård från landstinget. Detta får man om man omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller har ett varaktigt behov av omfattande vård och omsorg och antingen bor i särskilt boende eller får vård och omsorg i hemmet. Stödet omfattar uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård, tandvård som led i sjukdomsbehandling och tandvårdshjälpmedel. Den uppsökande verksamheten är helt kostnadsfri. För nödvändig tandvård, tandvård som led i sjukdomsbehandling och individuellt anpassade tandvårdshjälpmedel gäller landstingets patientavgifter för tandvård. Avgifterna ingår i högkostnadsskyddet. (Vårdguiden, Stockholms läns landsting.)

Tabell 4. Andelen personer 20–64 år med utgifter för hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård (procent)

	Andel med utgifter för		
	hälso- och sjukvård	läkemedel	tandvård
Hinder i vardagen	84	81	59
Alla i befolkning	58	53	61

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Personer med hinder i vardagen som har utgifter för hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård, har även högre utgifter än de övriga i befolkningen. Personer med hinder i vardagen som har utgifter betalar mest för tandvård, därefter för läkemedel, och därefter för hälso- och sjukvård.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 11. Genomsnittliga utgifter under året för hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård för personer 20–64 år som har sådana utgifter

Vanligare med frikort

Det finns högkostnadsskydd för hälso- och sjukvård och läkemedel, och många vuxna personer med hinder i vardagen pga. av funktionsnedsättningar har också frikort för hälso- och sjukvård och/eller läkemedel. Det är ungefär tre gånger vanligare än för befolkningen.

Tabell 5. Andelen personer 20–64 år med frikort för hälso- och sjukvård eller läkemedel (procent)

	Andel med frikort för	
	hälso- och sjukvård	läkemedel
Hinder i vardagen	50	42
Alla i befolkning	18	15

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Det är vanligare att personer med handikappersättning och de som har varit långvarigt sjuka har frikort för hälso- och sjukvård eller läkemedel jämfört med personer med hinder i vardagen som helhet. Grupperna överlappar dock varandra. Personer med psykiskt funktionshinder har i högre grad än övriga grupper (ungefär 60 procent) uppnått gränsen för frikort för hälso- och sjukvård. Även frikort för läkemedel för vuxna är vanligast bland personer med psykiskt funktionshinder där mer än hälften har fått ett sådant frikort för läkemedel. Det gäller även för personer med hjärt-, kärl- eller blodsjukdomar.

Utgifter som inte täcks av högkostnadsskyddet

Ungefär 14 procent av dem som anger att de har ett hinder i vardagen svarade att de 2006 hade utgifter för hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering eller habilitering som inte täcks av högkostnadsskyddet. Det är en större andel än för befolkningen i övrigt (11 procent).

Skillnader i utgifter för tandvård

Det är lika vanligt att ha utgifter för tandvård bland personer med hinder som bland befolkningen i stort, i båda fallen ungefär 60 procent (s. 36). Personer med hinder i vardagen som har utgifter för tandvård har dock högre utgifter än övriga.

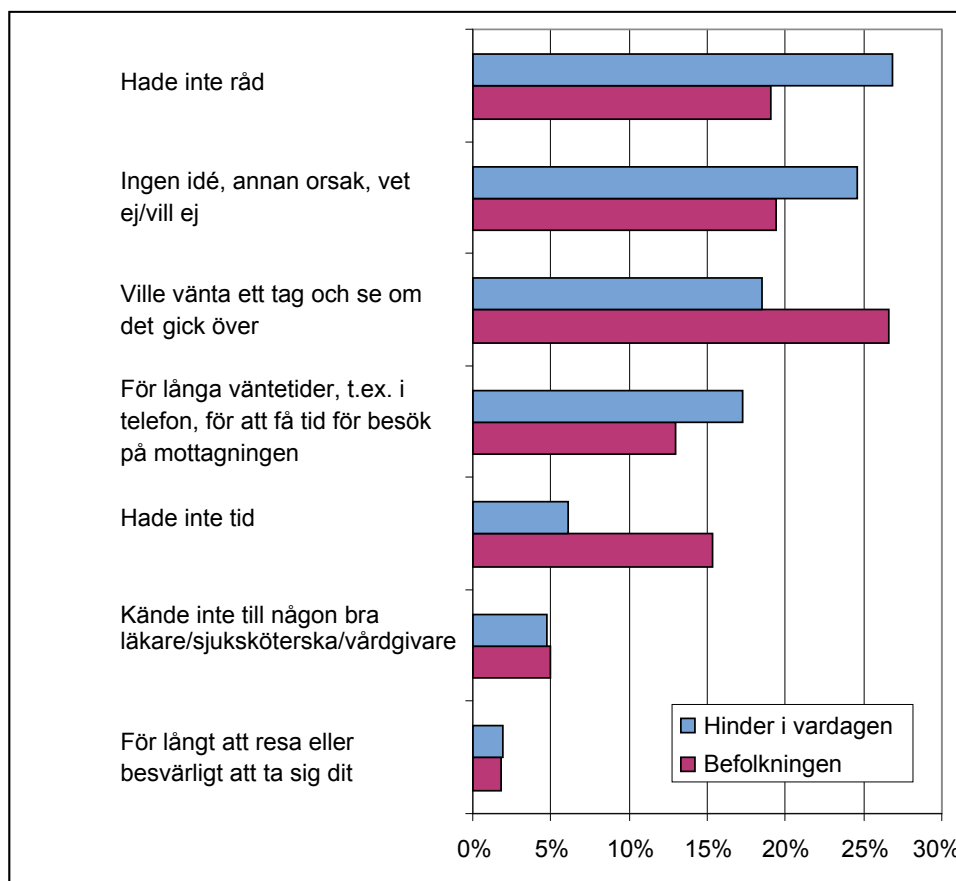
Personer med funktionsnedsättningar har i högre utsträckning än befolkningen avstått från vård eller tandvård eller från att köpa läkemedel.

Vanligare att avstå trots behov

Avstår oftare från besök hos läkare eller sjuksköterska

De flesta personer med funktionshinder har besökt en läkare eller distrikts- eller sjuksköterska någon gång under året. Ungefär 15 procent har dock varit i behov av vård men avstått från ett sådant besök. Andelen som avstår från läkarvård är två till tre gånger så stor bland personer med funktionsnedsättningar som bland befolkningen i stort.

Det finns olika orsaker till att människor avstår från hälso- och sjukvård trots att de anger att det behövs. Den vanligaste orsaken för personer med hinder i vardagen är att de inte har haft råd. Många säger också att orsaken är för långa väntetider, t.ex. i telefon för att få tid för besök på mottagningen (17 procent).



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 12. Andel personer 20–64 år som har angivit olika orsaker till att avstå från besök hos läkare eller sjuksköterska för (procent)

Mer än 20 procent av de med psykiska funktionshinder har avstått från besök i hälso- och sjukvården, vilket gör det dubbelt så vanligt som för övriga typer av funktionsnedsättningar. Personer med hjärt-, kärl- eller blodsjukdomar har i högre utsträckning än andra grupper avstått från hälso- och sjukvård pga. att det är för långt att resa eller besvärligt att ta sig dit.

Vanligare att inte ha råd med läkemedel

Det är också vanligare att personer med funktionshinder vid minst ett tillfälle har avstått från att köpa läkemedel jämfört med befolkningen, 8 procent jämfört med 3 procent. Detta är något mindre vanligt bland personer med handikappersättning.

Ungefär hälften av dem som avstår och som har funktionshinder anger att de inte har råd att köpa sina läkemedel, jämfört med drygt en tredjedel i hela befolkningen.

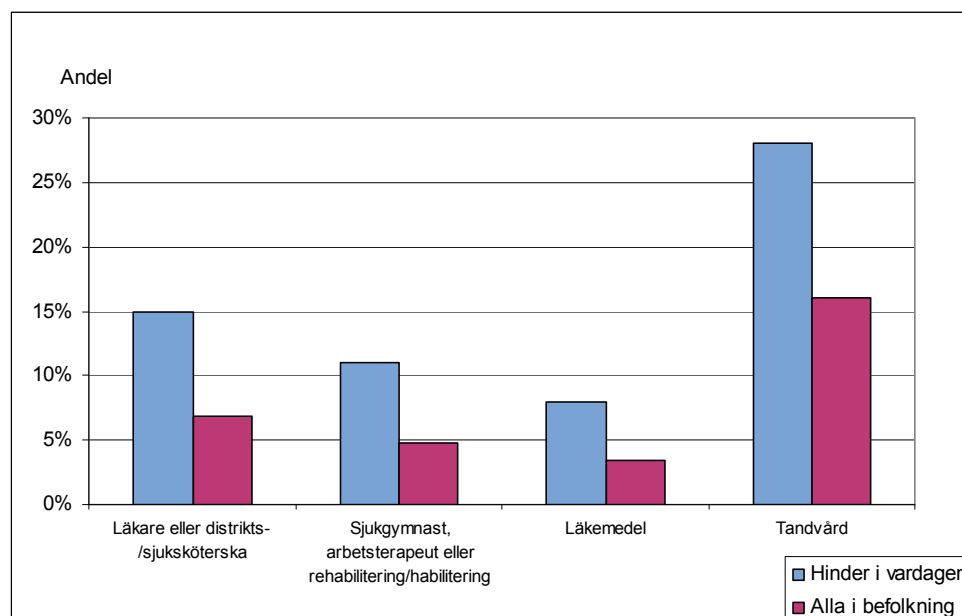
Vanligare att avstå från behandlingar

Jämfört med befolkningen i stort har personer med hinder i vardagen i större utsträckning avstått från behandling av sjukgymnast, arbetsterapeut eller annan rehabilitering eller habilitering, trots att behovet fanns. Drygt 10 procent av de med rörelsehinder har avstått från behandlingar som de varit i behov av. Personer med handikappersättning och de som har varit långvarigt sjuka har också betydligt oftare än befolkningen avstått från rehabilitering eller habilitering.

De flesta som avstår från behandlingar av sjukgymnast, arbetsterapeut eller rehabilitering alternativt habilitering, både i befolkningen och i grupper med funktionsnedsättningar, gör det för att de inte har råd. Drygt 3,5 procent av alla med hinder i vardagen pga. funktionsnedsättningar har avstått från sina behandlingar av ekonomiska skäl, vilket är ungefär tre gånger vanligare än i befolkningen som helhet. Personer med rörelsehinder och långvarigt sjuka har de största andelarna som har avstått från att besöka sjukgymnast, arbetsterapeut, rehabilitering eller habilitering av ekonomiska skäl. Det är något mindre att personer med handikappersättning avstår av ekonomiska skäl.

Jämförelse av hur vanligt det är att avstå

I figuren nedan jämförs andelen som avstår från hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård. Störst andel avstår från tandvård trots att de har angivit att de har behov av den. Närmare 30 procent av alla personer med hinder har avstått från att gå till tandläkare eller tandhygienist trots att de ansett sig behöva tandvård. Det är mer än 1,5 gånger högre än för befolkningen. Andelen är högre för personer med psykiskt funktionshinder.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 13. Andel personer 20–64 år som har avstått från olika slags vård/behandling eller läkemedel (procent)

En del personer med hinder i vardagen har avstått flera gånger från att besöka läkare eller sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut eller annan rehabilitering alternativt habilitering, eller från att köpa läkemedel som de behövde. Personer med hinder i vardagen avstår ungefär tre gånger så ofta som hela befolkningen, vilket är större skillnad än när det gällde att avstå minst en gång.

Tabell 6. Andelen personer 20–64 år som har avstått flera gånger från hälso- och sjukvård, rehabilitering/habilitering eller läkemedel (procent)

	Andel som har avstått flera gånger från		
	besök hos läkare eller distrikts-/sjuksköterska	besök hos sjukgymnast, arbetsterapeut eller annan rehabilitering/habilitering	läkemedel
Hinder i vardagen	13	9,1	4,5
Alla i befolkning	4,3	3,6	1,3

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Ekonomiska skäl vanligaste orsaken till att avstå

Vilken roll spelar ekonomin för hur ofta man avstår från vård och läkemedel? Ekonomiska skäl är den i särklass vanligaste förklaringen till att man avstår från tandvård, både bland dem som har funktionshinder och i befolkningen i stort. Även när det gäller läkemedel anger närmare hälften av personerna med funktionshinder ekonomiska skäl. Omkring 30 procent av dem som avstår, anger ekonomiska skäl till att de inte har besökt läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut eller annan rehabilitering eller habilitering.

I samtliga fall är det vanligare att personer med funktionshinder anger ekonomiska skäl jämfört med hela befolkningen. Skillnaden är störst för läkemedel och tandvård, och minst för sjukgymnast eller arbetsterapeut m.m.

Tabell 7. Andelen personer 20–64 år som har angivit ekonomiska skäl av dem som har avstått från olika slags vård/ behandling eller läkemedel och (procent)

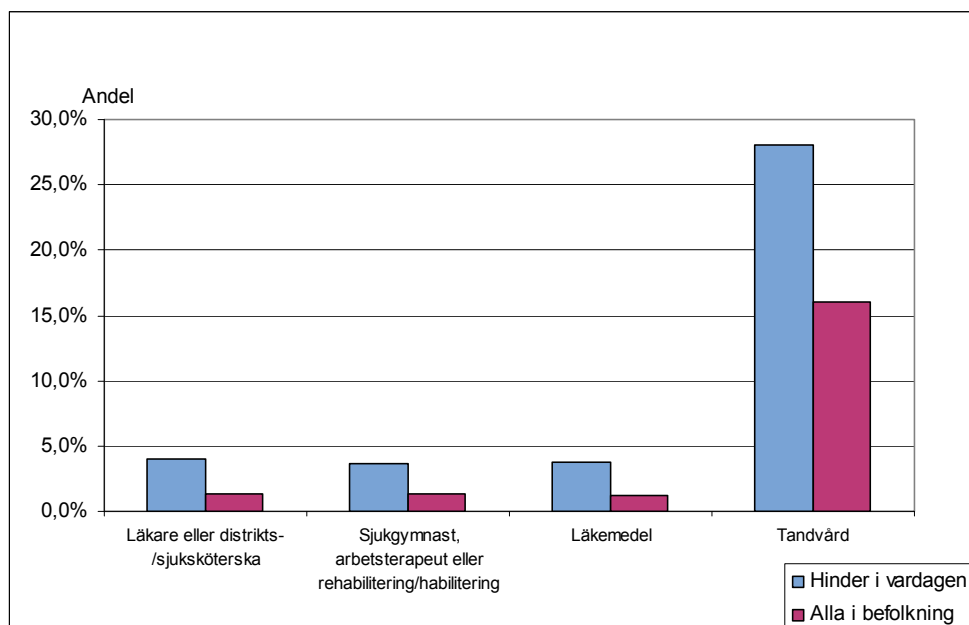
	Andel av dem som avstått av ekonomiska skäl från			
	besök hos läkare eller distrikts-/sjuksköterska	besök hos sjukgymnast, arbetsterapeut eller annan rehabilitering/habilitering	läkemedel	tandvård
Hinder i vardagen	27	33	48	84
Alla i befolkning	19	27	36	75

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Betydligt vanligare att avstå av ekonomiska skäl

För personer med hinder i vardagen är det cirka 4 procent som har avstått från besök i sjukvård eller hos habiliterande eller rehabiliterande personal på grund av ekonomiska skäl. Ungefär 3 procent av de med hinder i vardagen har avstått från att köpa läkemedel av samma skäl. De som har varit långvarigt sjuka och personer med handikappersättning har också oftare än befolkningen avstått från läkemedel för att de inte hade råd. Både när det gäller hälso- och sjukvård och läkemedel är det mer än tre gånger så vanligt att avstå av ekonomiska skäl jämfört med hela befolkningen. Att avstå från läkarvård pga. ekonomiska skäl är vanligast bland personer med psykiskt funktionshinder, och de anger detta skäl mer än fem gånger oftare än befolkningen. De som har varit långvarigt sjuka och personer med handikappersättning anger något mindre ofta än genomsnittet för dem med hinder i vardagen att de har avstått från läkarvård pga. att de inte haft råd.

De flesta som har avstått från tandvård anger ekonomiska skäl, och i genomsnitt har en av fyra personer med hinder i vardagen angivit att de inte har haft råd att gå till tandläkare och eller tandhygienist trots att de har varit i behov av tandvård. Det är närmare dubbelt så vanligt som i befolkningen i stort.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 14. Andel personer 20–64 år som har avstått av ekonomiska skäl från olika slags vård/behandling eller läkemedel (procent)

Andra funktionshinderrelaterade utgifter

Många med funktionsnedsättningar har även utgifter som andra inte har. Det gäller t.ex. merkostnader för färdtjänst eller riksfärdtjänst, sjukresor, hjälpmedel med tillbehör samt särskilda förbrukningsartiklar. Nedan beskrivs hur vanligt det är med utgifter för detta och ungefär hur mycket man betalar.

Hjälpmedel

Landsting och kommuner ska erbjuda rehabilitering, rehabilitering och hjälpmedel till funktionshindrade enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (3b och 18b §). Det kan gälla hjälpmedel som underlättar för en person att röra sig, kommunicera och förstå eller fungera medicinskt och psykiskt, och sådana hjälpmedel kan vara rullstol, rollator, hörapparat, teknikkäpp, bildtelefon, tidshjälpmedel m.m. Hjälpmedlet som förskrivs kan vara avgiftsfritt men ofta får man betala en avgift⁹ eller hyra för det.

Stora variationer i förskrivning och avgifter för hjälpmedel

Landsting och kommun är enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvariga för att förskriva (bevilja) hjälpmedel till personer med funktionsnedsättningar. En bedömning görs utifrån individuella behov. Det är stora skillnader i vilka hjälpmedel som förskrivs i olika kommuner och landsting. Reglerna kring avgifter för hjälpmedel (för utprovning, administration, tillbehör etc.) varierar också. Vissa personer betalar ingen avgift eller bara en låg avgift, medan andra betalar mer. En del hjälpmedel förskrivs inte alls och den som behöver ett sådant får då betala hela kostnaden. Det kan t.ex. vara enklare hjälpmedel eller sådana produkter som är vanligt förekommande hos andra, t ex datorer. [21]

Hjälpmedelsutredningen [22] angav att det fanns olika regler och villkor för hjälpmedel i olika delar av landet. Vissa personer kunde få betala cirka 7 000 kronor för hörapparater till båda öronen, över 1 000 kronor om året för att ha en elrullstol eller 2 400 kronor per år i två år för en dator, medan andra fick hjälpmedlen gratis eller till bara en låg avgift.

Enligt Hörselskadades riksförbund [23] får hörselskadade betala för vård och hörapparater i 18 av 21 landsting, och i de flesta landsting gäller inte högkostnadsskyddet. En person med hörselskador kan därför få betala allt från 100 kr till tusentals kronor för sin hörapparat. Det finns fem avgiftsmodeller – fullt pris, fast kostnadstak, procentuellt kostnadstak, utprovningsavgift och årsavgift.

Utredningsinstitutet HANDU [24] genomförde 2004 en undersökning för att beskriva levnadsvillkoren för personer med rörelsehinder, synskador samt hörselskador eller dövhet¹⁰. Många av de drygt tusen personer som svarade hade svårigheter med utgifter kopplade till sitt funktionshinder. Närmare en av fem rörelsehindrade och döva och en av tio hörselskadade och synskadade uppgav att de inte hade råd med alla nödvändiga behandlingar och hjälpmedel. Enligt undersökningen hade 5 procent av alla personer med rörelsehinder inte har råd att betala för alla de hjälpmedel som de behöver. En fjärdedel av personer med hörselskada uppger att de saknar något hörseltekniskt hjälpmedel och var tionde saknar en eller flera hörapp-

⁹ Utgifterna inkluderar engångsavgifter för utprovning, utlämning eller administration och handläggning av hjälpmedlet.

¹⁰ Studien omfattade dels personer som var medlemmar i De Handikappades Riksförbund (DHR), Sveriges Dövas Riksförbund (SDR), Hörselskadades Riksförbund (HRF) samt Synskadades Riksförbund (SRF), dels personer med kontakt med syn-, hör- och hjälpmedelscentraler samt ortopedtekniska center.

parater. Drygt en av tio av personer med någon synskada uppger att de saknar vanliga synhjälpmedel. Personer med omfattande funktionsnedsättningar angavs vara dubbelt utsatta med både låg inkomst och höga utgifter.

Rörelsehinderförbunden undersökte 2002 brukares hjälpmedelssituation i sju geografiska områden [25]. Av svaren framgick att det fanns stora skillnader i regelsystem och avgifter. Två av tre brukare visste inte om det fanns något högkostnadskort för hjälpmedel eller om hjälpmedel ingick i högkostnadskortet för hälso- och sjukvård.

Enligt en kartläggning som Hjälpmedelsinstitutet [26] gjorde av hjälpmedelsförskrivningen hade många nya avgifter för hjälpmedel¹¹ tillkommit 2003–2005. Dessa avgifter infördes som en besparingsåtgärd eller för att personer utan funktionshinder har kostnader för motsvarande produkter, men flera av begränsningarna innebär kostnader för personer med omfattande funktionshinder. HI angav att det var mycket svårt att se vilka konsekvenser avgifterna fick för brukaren, och att avgifterna kunde komma i konflikt med ett behovsinriktat synsätt där individens behov är avgörande för vilka hjälpmedel som förskrivs.

Resultaten följdes upp 2006–2008 [27] och Hjälpmedelsinstitutet konstaterade då att avgifterna har blivit fler, hjälpmedelssortimentet har begränsats och fler produkter räknas till ett egenvårdsansvar. Brukarnas kostnader kan ha ökat avsevärt eftersom de får betala hela kostnaden för hjälpmedel som inte förskrivs. Flera av de nya avgifterna drabbar också personer med omfattande funktionsnedsättningar. Samtidigt har nya målgrupper och produkter tillkommit inom kognitions- och kommunikationsområdet, och personer med demenssjukdom eller neuropsykiatriska diagnoser har fått större möjligheter att få hjälpmedel.

HI konstaterar vidare att det i många fall saknas samordning när det gäller beslut om avgifter och sortiment, vilket gör att brukare som behöver hjälpmedel från olika områden kan drabbas hårt av höjda avgifter och sortimentsbegränsningar.

I HEK ställs frågor om personers användning av och utgifter för hjälpmedel, och om de har fått hjälpmedel beviljat av kommun och landsting (bilaga 1). Benämningen ”beviljade” hjälpmedel i HEK motsvarar det som brukar benämnas ”förskrivna” hjälpmedel. Eftersom resultaten som redovisas bygger på frågorna i HEK används i resultatredovisningen benämningen ”beviljade” hjälpmedel.

En fjärdedel har förskrivna hjälpmedel

Ungefär en fjärdedel av personer med hinder i vardagen har fått något hjälpmedel beviljat, men det finns stora skillnader mellan olika funktionsnedsättningar. Mindre än 10 procent av personer med psykiskt funktionshinder och över hälften av personer med en hörselskada har fått förskrivna

¹¹ Hjälpmedel som hanterades via hjälpmedelscentral, syncentral, hörcentral samt ortoped-teknisk verksamhet.

hjälpmedel, liksom drygt 60 procent av alla personer med handikappersättning och ungefär 30 procent av dem som har varit långvarigt sjuka.

Tabell 8. Andelen personer 20–64 år med hjälpmedel i olika grupper (procent)

	Beviljat hjälpmedel	Ej beviljat hjälpmedel
Hinder i vardagen	24	9
Rörelsehinder	26	11
Hjärt-, kärl- och blodsjukdomar	19	6
Syn	30	15
Hörsel	54	8
Psykiskt funktionshinder	8	5
Vissa personer i eget boende som har svarat utvecklingsstörning	19	7
Har varit långvarigt sjuk	28	11
Handikappersättning	61	13

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Av tabellen ovan framgår att 24 procent av dem som anger att de har hinder i vardagen också hade något beviljat hjälpmedel. Alla betalar dock inte en avgift. Knappt 60 procent av dem (14 procent av alla personer med hinder i vardagen) har betalat någon avgift eller hyra.

Om kommunen eller landstinget inte beviljar hjälpmedlet får individen betala hela kostnaden själv. Ungefär 9 procent av personer med hinder i vardagen pga. funktionsnedsättningar har haft utgifter för hjälpmedel som inte beviljades genom kommunen eller landstinget. Det var något vanligare för personer med handikappersättning.

De med rörelsehinder har i genomsnitt betalat 600 kronor i hyra eller avgift för förskrivna hjälpmedel, men ca 2 400 kronor för hjälpmedel som inte beviljades av en kommun eller ett landsting. Personer med handikappersättning har som väntat (se s. 49) betydligt högre utgifter för icke-beviljade hjälpmedel.

Tillbehör till hjälpmedel

I genomsnitt har drygt 3 procent av personerna med funktionshinder (12 procent av dem med hjälpmedel) haft utgifter för tillbehör till hjälpmedel, t.ex. batterier, slang och däck till en rullstol. Det är vanligast bland personer med en hörselnedsättning eller hörselskada att ha haft utgifter för tillbehör till hjälpmedel (26 procent av gruppen resp. 47 procent av dem med hjälpmedel), liksom av dem med handikappersättning (14 resp. 23 procent).

Personer med hinder i vardagen betalar i genomsnitt ca 700 kronor per år för tillbehör. Personer med rörelsehinder har dock betydligt högre utgifter än övriga grupper, liksom de som har varit långvarigt sjuka eller har handikappersättning.

Särskilda förbrukningsartiklar

Den som har eller behandlas för en allvarlig sjukdom ska av landstinget erbjudas de förbrukningsartiklar som behövs vid urininkontinens, urinreten-

tion eller tarminkontinens. Kostnaden för förbrukningsartiklarna ingår i högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård.

En del personer med hinder använder också förbrukningsartiklar som inkontinensskydd (blöjor) eller artiklar för såromläggning och intravenös behandling i hemmet, t.ex. bandage, kompresser och nålar.

Ungefär 13 procent av de med hinder i vardagen har använt särskilda förbrukningsartiklar, och användarna är främst personer med rörelsehinder, personer med hjärt-, kärl- eller blodsjukdomar, de som varit långvarigt sjuka och de som har handikappersättning. Det förekommer dock en viss överlappning mellan dessa grupper (bilaga 1).

Tabell 9. Andelen personer 20–64 år med särskilda förbrukningsartiklar i olika grupper (procent)

	Andel med särskilda förbrukningsartiklar
Hinder i vardagen	13
Handikappersättning	27

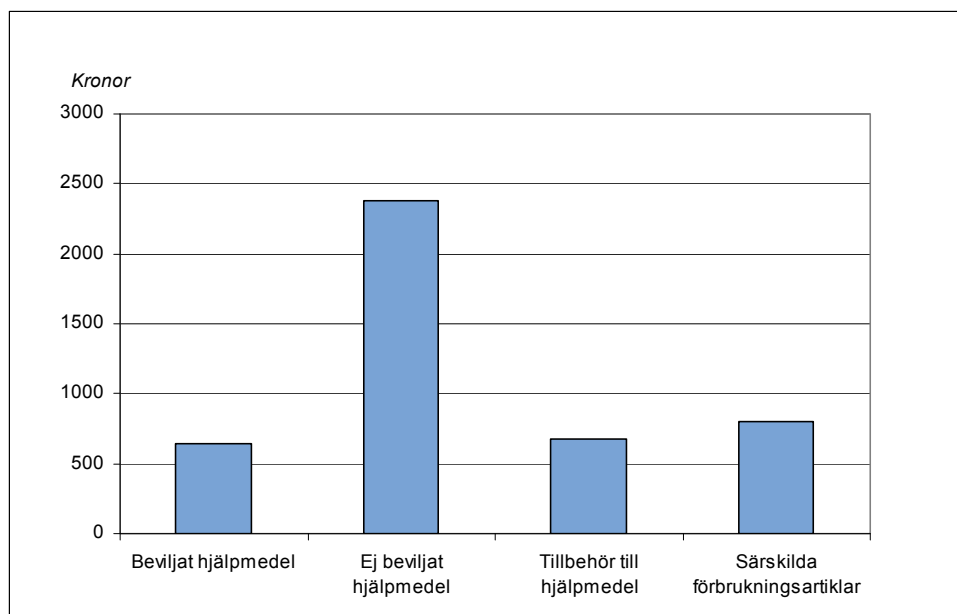
Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Särskilda förbrukningsartiklar

Särskilda förbrukningsartiklar är kostnadsfria för vissa typer av funktionsnedsättningar. Cirka 5,5 procent av de med hinder i vardagen har under det senaste året haft utgifter för särskilda förbrukningsartiklar, men det är vanligare bland personer med rörelsehinder eller hjärt-, kärl- eller blodsjukdomar liksom bland personer med handikappersättning. De som har upplevt hinder i vardagen på grund av någon funktionsnedsättning har i snitt betalat ungefär 800 kronor för särskilda förbrukningsartiklar under året. De som har varit långvarigt sjuka har något högre utgifter, men personer med handikappersättning har betydligt högre utgifter (cirka 2 200 kr/år) för dessa artiklar.

Jämförelse av utgifter

Ovan redovisades hur vanligt det är att personer med funktionsnedsättningar har hjälpmedel inklusive tillbehör och särskilda förbrukningsartiklar. En del personer har utgifter för dessa, en del inte. Det är vanligare med utgifter för icke-beviljade hjälpmedel än för beviljade hjälpmedel.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 15. Genomsnittliga årliga utgifter för hjälpmedel och särskilda förbrukningsartiklar för personer 20–64 år med hinder i vardagen som har sådana utgifter

Färdtjänst och sjukresor

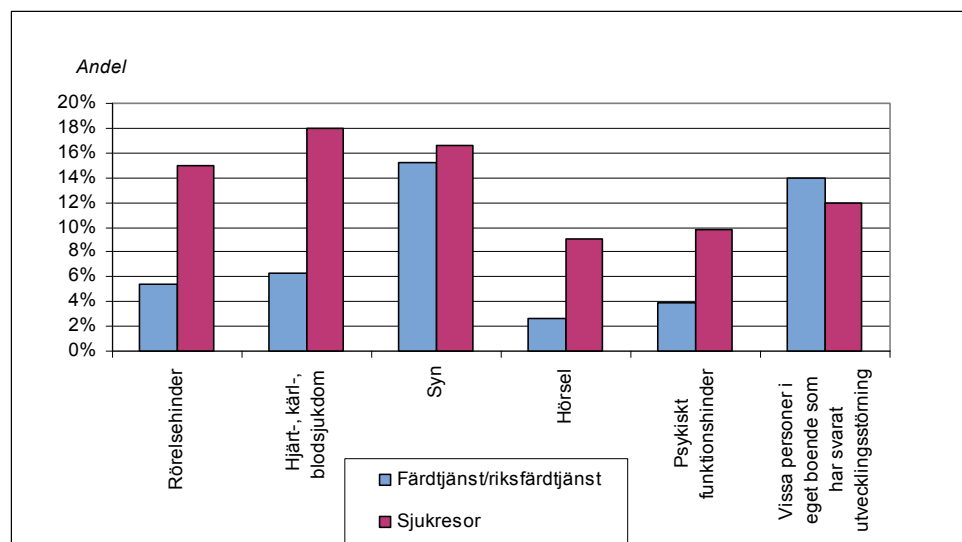
De som på grund av ett funktionshinder har svårt att åka med allmänna kommunikationer har rätt till färdtjänst för t.ex. resor till arbetet, för inköp, besök hos släkt och vänner eller biobesök. De kan också få riksfärdtjänst för resor utanför länet. Drygt 8 procent av alla med hinder i vardagen har beviljats färdtjänst eller riksfärdtjänst.

Personer med funktionsnedsättningar kan också få sjukresor för besök inom hälso- och sjukvården eller i samband med tandvård, och ungefär 17 procent har haft någon sådan sjukresa. Gruppen med hjärt-, kärl- eller blodsjukdomar har i högre utsträckning än övriga haft sjukresor.

Det är något vanligare med färdtjänst och riksfärdtjänst bland dem som har varit långvarigt sjuka, men betydligt vanligare bland personer med handikappersättning där närmare hälften har beviljats detta.

Man betalar en egenavgift för varje resa med färdtjänst eller riksfärdtjänst, och i genomsnitt har 6 procent av dem som angivit funktionshinder utgifter för färdtjänst eller riksfärdtjänst. Avgiften varierar för olika kommuner och, motsvarar vanligen resekostnader med allmänna kommunikationer. De sammanlagda avgifterna under året är oftast mindre än 4 000 kronor, men för en fjärdedel har utgifterna överstigit den summan. Personer som har angivit utvecklingsstörning i HEK har oftare än andra haft utgifter för resor med färdtjänst och riksfärdtjänst, liksom personer med handikappersättning. Utgifterna för färdtjänst och riksfärdtjänst är ersättningsgrundande för handikappersättning.

För sjukresor betalar man även en egenavgift som beror på färd sättet och landstinget. Drygt 10 procent av personerna med hinder i vardagen har haft utgifter för sjukresor. Personer med hjärt-, kärl- och blodsjukdomar, synnedsättning eller rörelsehinder har oftare än andra utgifter för sjukresor. De som är långvarigt sjuka och personer med handikappersättning har något högre utgifter än genomsnittet.

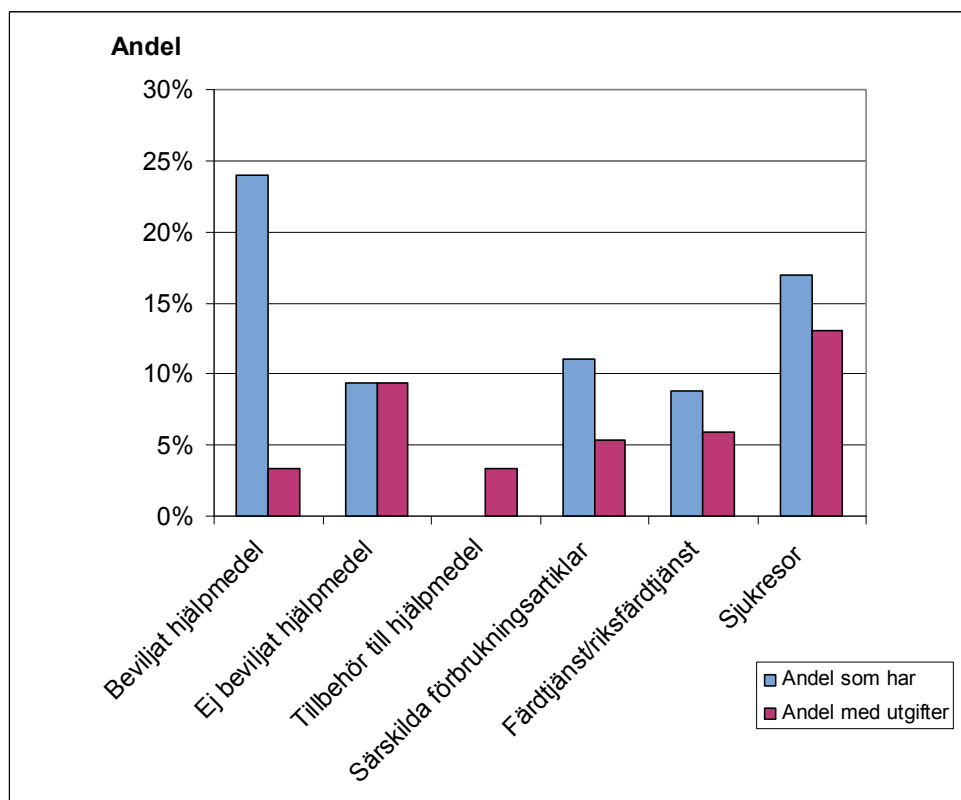


Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 16. Andel personer 20–64 år i olika grupper som har utgifter för färdtjänst/riksfärdtjänst eller sjukresor (procent)

Sammanfattande jämförelse av andel med utgifter

Sammanfattningsvis framgår av diagrammet nedan att omkring 25 procent av personerna med hinder i vardagen i HEK har något beviljat hjälpmedel. Det är något mindre vanligt att svarande gör sjukresor eller reser med färdtjänst. Andelen som har olika slags utgifter för hjälpmedel, varierar, liksom andelen med utgifter för färdtjänst och sjukresor.



Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Figur 17. Andel personer 20–64 år med hinder i vardagen som har, respektive har utgifter för, hjälpmedel, förbrukningsartiklar eller resor (procent)

De som betalar har lika höga utgifter för hjälpmedel (utprovning m.m.) som för tillbehören. Det är dubbelt så mycket som utgifterna för hälso- och sjukvård.

Boende

HEK innehåller också frågor om personers boende och hyra, och svaren visar att personer med funktionshinder i högre utsträckning bor i hyresrätt och mindre ofta i småhus eller bostadsrätt. Cirka 45 procent av de med hinder i vardagen bor i hyresrätt och bara cirka 15 procent bor i bostadsrätt.

Boendeytan per person är däremot något större om man tar hänsyn till antal personer som bor i hushållet. Det kan bero på att personer med funktionsnedsättning ibland behöver större utrymme på grund av hjälpmedel eller vårdare. Samtidigt har de något lägre boendekostnader än befolkningen i stort.

När det gäller boendeytan och boendekostnaderna finns inga större skillnader mellan personer med funktionsnedsättningar och befolkningen. Personer med psykiska funktionsnedsättningar bor i betydligt högre utsträckning i hyresrätt än andra, och de har också en relativt högre boendekostnad eftersom de har mindre boendeyta.

Den tidigare nämnda ULF-undersökningen 1996 och 1997 (se s. 29) visade samma mönster för boende som HEK-undersökningen 2005 och 2006. Personer med funktionsnedsättningar hade ungefär samma boendeyta som övriga och det var inte så stora skillnader mellan de olika grupperna. De som använde hjälpmedel vid förflyttning bodde i något större bostad än övriga.

Som påpekats tidigare omfattar HEK inte personer som bor i bostad med särskild service eller särskilt anpassad bostad enligt LSS. Hyran för sådant boende kan enligt bl.a. LSS-utredningen [28], utredningen om en översyn av aktivitetsersättning [29] och Socialstyrelsen [30] bli mycket hög, bl.a. för att de boende även betalar hyra för gemensamhetsutrymmen.

Handikappersättning

Det finns en statligt finansierad ersättning, handikappersättningen, som syftar till att täcka merkostnader på grund av en funktionsnedsättning.

Faktaruta om handikappersättning

Handikappersättning ges till vuxna personer som har nedsatt funktionsförmåga under en avsevärd tid (definieras som 1 år). Ersättningen ges alltid till den som är blind, döv eller gravt hörselskadad, men inte till personer som bor på sjukhus eller en institution under längre tid än sex månader.

Ersättningen ges till dem som behöver mera tidskrävande hjälp i vardagen eller för att kunna förvärvsarbeta, eller dem som på något annat sätt har betydande merutgifter. Dessa merutgifter kan gälla hjälpbehov i vardagen, boende, hjälpmedel, fördyrad kost, hälsa, förbrukningsartiklar, kläder, resor, kapitalvaror, slitage eller god man. Merutgifterna bör enligt Försäkringskassan vara minst 28,5 procent av prisbasbeloppet för att räknas som betydande. Handikappersättning kan ges med 69, 53 eller 36 procent av prisbasbeloppet per år (42 800 kronor år 2009). De tre ersättningsnivåerna för 2005 och 2006 (som denna studie avser) innebar 1 200–2 300 kr per månad.

Vissa personer med merutgifter kan ha svårt att nå upp till ”tröskeln” på 12 200 kr per år (för 2009) och kan bli helt utan kompensation. Samtidigt ger ersättningen inte full kostnadstäckning för de som har mycket höga merutgifter, dvs. över 29 500 kr/år.

Tidigare studier av handikappersättning

Flera studier har undersökt i vilken utsträckning personer med funktionshinder har handikappersättning och om ersättningen täcker deras merkostnader.

Enligt Kommittén Välfärdsbokslut har en person med funktionshinder och en genomsnittlig inkomst lika stor risk att få stora ekonomiska svårigheter som en person utan funktionshinder som finns bland de 20 procent i befolkningen som har lägst inkomster [3]. Stora ekonomiska svårigheter definierades som att personen saknar kontantmarginal och har svårigheter med

löpande utgifter. Kommittén drar slutsatsen att det beror på att de inte kompenseras fullt ut för sina merkostnader på grund av funktionsnedsättningen.

En specialbearbetning av HEK-undersökningen 1999 [4] visade att personer med handikappersättning hade lägre inkomst än andra, och något oftare en så låg inkomst att den låg under nivån för ekonomiskt bistånd. Drygt 7 procent av de med handikappersättning betalade någon hyra eller avgift för sina hjälpmedel på grund av funktions-/rörelsehinder. Ungefär 2 procent av dem som fick handikappersättning angav att de hade avstått från hjälpmedel på grund av utgiften.

Utredningsinstitutet HANDU:s undersökning [24] från 2004 gällde som redan nämnts levnadsvillkoren för personer med rörelsehinder, synskador samt hörselskador eller dövhet¹². Av de drygt tusen personer som svarade hade de flesta merkostnader för sitt funktionshinder, men alla hade inte handikappersättning. En del hade inte ansökt för att de inte kände till ersättningen, och andra hade fått avslag. En stor andel av dem som hade handikappersättning uppgav att den inte täckte deras merkostnader.

Även personer med ADHD eller neuropsykiatriska svårigheter drabbas av extra kostnader på grund av problem med att ”hålla ordning på saker” [31]. Till vissa delar kunde merkostnader täckas av handikappersättning men många kostnader kvarstod. För denna grupp är det även vanligt med kostnader för ökat slitage på framför allt kläder och inredning. Dessa dolda kostnader kan vara svårare att få igenom än t.ex. kostnader för slangar och däck till en rullstol.

Försäkringskassan undersökte våren 2004 [32] drygt 600 ärenden, och bland dem fanns det stora skillnader mellan de merkostnader som personer hade ansökt om ersättning för, och den ersättning som beviljades. En orsak som angavs var att ”handikappersättning inte ger ersättning för merutgifter i den utsträckning som behövs och att de försäkrade har betydligt fler merutgifter än vad som ersätts.”

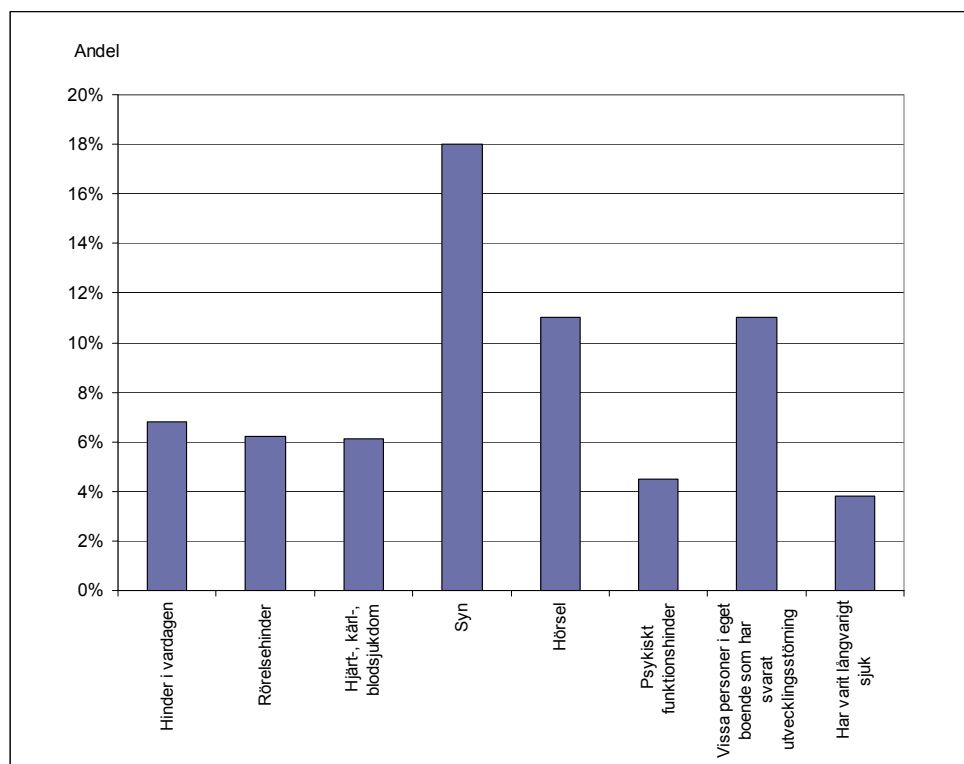
Försäkringskassan konstaterar [33] att begreppet merutgifter i handikappersättningen är otydligt. Det medför en ”dyr och tidskrävande handläggning där resultaten blir svåra att förutsäga och förstå för de försäkrade.” Många upplever sig därför ha betydligt högre merkostnader än vad som ersätts.

Olika vanligt med handikappersättning

Beskrivningen ovan visar att personer med funktionshinder i genomsnitt har högre utgifter för vård och omsorg än andra, och merkostnader för t.ex. hjälpmedel som andra inte behöver. I denna studie har ungefär 7 procent av alla svaranden med hinder i vardagen någon handikappersättning, men andelen varierar mellan de olika funktionsnedsättningarna. Eftersom alla blinda, döva och gravt hörselskadade får ersättningen finns den högsta andelen mottagare bland personer med synnedsättning och hörselnedsättning samt vissa personer som har angivit att de har en utvecklingsstörning.

¹² Studien omfattade dels personer som var medlemmar i De Handikappades Riksförbund (DHR), Sveriges Dövas Riksförbund (SDR), Hörselskadades Riksförbund (HRF) samt Synskadades Riksförbund (SRF), dels personer med kontakt med syn-, hör- och hjälpmedelscentraler samt ortopedtekniska center.

Av dem som angav att de har haft en långvarig sjukdom (i HEK definierat som sjuk minst två månader i följd) har bara 4 procent handikappersättning. En förklaring kan vara att handikappersättningen bara gäller varaktiga behov (mer än ett år). Det kan också bero på att de inte når upp till tröskeln för ersättning eftersom merkostnaderna måste vara betydande och ersättningen ges efter vissa fastställda nivåer.



Figur 18. Andelen personer med handikappersättning, uppdelat på olika funktionsnedsättningar (procent)

Högre utgifter för personer med handikappersättning

Handikappersättningen är till för personer med höga merkostnader och för att få handikappersättning måste man ha ett hjälpbehov och/eller betydande merkostnader. Det är därför inte förvånande att denna studie och andra visar att personer med handikappersättning i genomsnitt har högre merkostnader än de som inte har denna ersättning. Merkostnaderna varierar vidare mycket.

Det är dock mindre vanligt att personer med handikappersättning har utgifter för hjälpmedel som inte förskrivs. Men om de har sådana utgifter är de betydligt högre än för personer som inte har handikappersättning. Det kan bero på att man får handikappersättning för andra merkostnader än hjälpmedel, men även att personer med vissa funktionsnedsättningar alltid beviljas ersättningen.

Enligt svaren i HEK avstår personer med handikappersättning inte lika ofta som andra, och de som avstår gör det inte främst av ekonomiska skäl.

Diskussion

I denna rapport redovisas med hjälp av en specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK 2005 och 2006 inkomster och vissa utgifter för personer i yrkesverksam ålder som angivit att de har hinder i vardagen. Enligt SCB:s beräkningar gäller det ungefär 10 procent av befolkningen 20-64 år. Rapporten syftar till att bidra till en diskussion om levnadsförhållanden för personer med olika typer av funktionsnedsättningar och till att utveckla metoderna för att beskriva deras ekonomiska levnadsförhållanden.

Som för alla studier på detta område är resultaten varken representativa för ”alla personer med funktionshinder” eller för ”alla personer med en viss funktionsnedsättning” (s. 9). Funktionsnedsättningar kan inte jämföras sinsemellan eller ”graderas”.

Resultaten visar en likartad bild som studier med andra grupperingar och avgränsningar. Det går dock inte att avgöra om den ekonomiska situationen har förvärrats eller förbättrats över tid. Det skulle kräva ett stort datamaterial och studier över tid av personer med olika funktionsnedsättningar.

Lägre inkomst och högre utgifter

Fler är utan arbete

Som grupp har personer med funktionshinder betydligt lägre löneinkomst än övriga befolkningen, vilket kan ha flera orsaker. Arbetslösheten är högre bland personer med funktionsnedsättning som har nedsatt arbetsförmåga, en del arbetar deltid och en del har lägre lön för heltidsarbete. Löneskillnaden kan bero på att funktionsnedsättningen har påverkat valet av utbildning, yrke och typ av arbete samt vilken sektor man arbetar i. Funktionsnedsättningen kan också ha påverkat inträdet på arbetsmarknaden på olika sätt så att det t.ex. kan ha varit svårare att få ett arbete.

Skillnaderna i disponibel inkomst mellan personer med och utan hinder i vardagen är inte lika stora som skillnaderna i lön eller arbetsinkomst. Det beror på de försäkrings-, bidrags- och skattesystem som omfördelar inkomsterna. Inom familjen bidrar också eventuella partner till att höja den inkomst man ska leva på.

Det behövs generella insatser för att öka tillgängligheten på arbetsmarknaden och skapa individuellt utformade lösningar. Det är speciellt viktigt under den nuvarande ekonomiska krisen, då det finns en risk att situationen försvåras mer för personer med funktionshinder än för andra. Samtidigt finns det personer som inte kan arbeta pga. svåra funktionsnedsättningar eller inte kan arbeta heltid. För dem fyller försäkrings- och bidragssystemen en viktig kompensatorisk funktion när många personer med funktionshinder inte har arbete eller om löneinkomsten inte räcker.

Dubbelt så många behöver ekonomiskt bistånd

Trots den betydande omfördelningen av inkomster, stöd av anhöriga, högkostnadsskydd för vissa utgifter och handikappersättning räcker pengarna inte till för att vissa personer med hinder i vardagen ska uppnå en skälig levnadsnivå. De får då ekonomiskt bistånd. Högst biståndstagande finns bland personer med psykiska funktionshinder.

Även före den ekonomiska krisen var det dubbelt så vanligt att personer med funktionshinder fick ekonomiskt bistånd jämfört med befolkningen i stort, vilket är oroande. Ekonomiskt bistånd är ett bidragssystem som ska vara ett yttersta skyddsnät vid en tillfällig ekonomisk kris.

Vanligare att inte ha råd med sjukvård

Enligt flera tidigare studier är merutgifter som beror på funktionsnedsättningar en orsak till ekonomiska svårigheter. Denna studie visar att personer med hinder i vardagen gör fler besök i vården än andra och har högre utgifter för hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård. Denna grupp har också utgifter för hjälpmedel, färdtjänst, sjukresor etc. Vidare är den genomsnittliga utgiften för hjälpmedel som inte förskrivs högre än för hjälpmedel som förskrivs.

Personer som har funktionshinderrelaterade utgifter betalar mest för tandvård och därefter för icke beviljade hjälpmedel. På tredje plats kommer läkemedel.

Personer med funktionshinder avstår oftare än andra från vård, trots att de anger att de har behov av det. De flesta avstår av ekonomiska skäl. Många personer med funktionsnedsättningar har sämre hälsa och därmed ett större behov av hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård än andra. Därför är det allvarligt om personer med funktionsnedsättningar avstår från besök i hälso- och sjukvården för att de inte har råd. Det kan leda till sämre vårdresultat och hälsa, vilket även kan innebära högre samhällsekonomiska kostnader.

Högekostnadsskydd är viktiga men inte samordnade

Olika högkostnadsskydd spelar en viktig roll för att minska utgifterna för personer med funktionsnedsättningar, men systemen är inte samordnade. Vidare finns det lokala skillnader i hur höga avgifter för hälso- och sjukvård man får betala innan gränsen för frikort uppnås. På kort tid kan man därför få höga utgifter inom flera avgiftssystem, innan man har "fått frikort". I dag finns en möjlighet att dela upp betalningen för bl.a. läkemedel på varje månad, men apoteket tar då ut en administrativ avgift på 20 kr/månad. Enligt patientorganisationer finns det personer som har skulder för läkemedel.

Många kommuner har tagit över ansvaret för hemsjukvård och har utformat egna avgiftssystem. Vissa personer betalar därmed avgifter för hälso- och sjukvård till två avgiftssystem, landstingets respektive kommunens. Personer som bor i en bostad med särskild service enligt LSS kan därmed få en betydande merkostnad innan högkostnadsskyddet har uppnåtts i de båda systemen.

I vissa landsting finns det högkostnadssystem för hjälpmedel, men det varierar mycket vilka hjälpmedel som förskrivs. Om ett hjälpmedel inte förskrivs får personen ifråga betala det själv, eventuellt med stöd av den statliga handikappersättningen.

Konsekvenser av avgifter

Avgifter brukar sägas ha två syften: att bidra till att finansiera verksamheten, och att styra efterfrågan. För hälso- och sjukvården anges t.ex. att syftet med avgifter är att styra vård sökande till rätt vårdnivå genom lägre avgifter för besök i primärvården och högre för specialistvård. Frågan är i vilken utsträckning dessa argument gäller för avgifter för hjälpmedel.

Handikappolitiken utgår från principen att människor inte ska ha några merutgifter på grund av sina funktionsnedsättningar. Väl fungerande hjälpmedel ökar möjligheten att vara delaktig och självständig, och de bidrar till en högre livskvalitet för personer med funktionsnedsättningar. Hjälpmedel underlättar för både personal och anhöriga, och kan göra att människor kan bo kvar hemma.

Hjälpmedelsutredningen ansåg att brukarnas behov och inte deras ekonomiska förutsättningar skulle avgöra deras möjlighet att få hjälpmedel. Annars fanns en risk att man undergräver målet om en hälso- och sjukvård på lika villkor, och att en del av de personer som har funktionshinder över huvudtaget inte har ekonomisk möjlighet att få de hjälpmedel de behöver. Utredningen föreslog att landsting och kommuner bara skulle få ta ut avgifter vid besök i samband med förskrivning, utprovning och anpassning av eller träning på hjälpmedlet. Avgifterna skulle ingå i högkostnadsskyddet som skulle höjas från 900 till 1 000 kronor.

HI konstaterade [27] följande i sin kartläggning av landstingens och kommunernas regelverk och förskrivning av hjälpmedel 2006-2008:

Utvecklingen mot olika avgifter för hjälpmedel är oroande och utgår inte alltid från hjälpmedlets betydelse i vårdprocessen. (...) Kortsiktiga avgiftshöjningar eller begränsningar av sortiment kan ge ökade kostnader för andra delar av sjukvården. (...) Det kan påverka livskvaliteten och leda till samhällsekonomiskt ökade kostnader.

Handikappersättningen som kompositionssystem

Den statliga handikappersättningen syftar till att kompensera människor med funktionsnedsättningar för deras merutgifter. Handikappersättning ges alltid till blinda, döva och gravt hörselskadade. Det krävs att funktionsförmågan är nedsatt under en avsevärd tid (minst ett år).

Svaren i HEK visar att personer med handikappersättning något mindre ofta avstår från vård m.m. av ekonomiska skäl jämfört med andra med funktionshinder, men andelen är ändå högre än i befolkningen.

Handikappersättningen kostade drygt 1,1 miljarder kr/år 2008. Den är viktig för de drygt 60 000 personer som har merkostnader för sina funktionsnedsättningar. Enligt Försäkringskassans utvärdering [33] bidrar handikappersättningen till jämlikhet i levnadsvillkor mellan personer med och

utan funktionshinder. Den enskilde ska inte riskera att få en sämre ekonomi eller behöva ta av egna medel till utgifter som föranleds av funktionsnedsättningen/hindret. Försäkringskassan konstaterar dock att det är svårt att mäta om syftet med handikappersättningen uppnås. Det är en äldre ersättning där varken förmånernas intentioner eller konstruktioner har uppdaterats sedan de infördes. Försäkringskassan konstaterar i en annan studie att handikappersättning inte ger ersättning för merutgifter i den utsträckning som behövs och att de försäkrade har betydligt fler merutgifter än vad som ersätts [32].

En stor del av de godkända merutgifterna inom handikappersättningen går enligt Försäkringskassans [33] studie till att ersätta de försäkrades avgifter till kommun och landsting. Följden av detta blir enligt Försäkringskassan att ”handikappersättning (..) i viss utsträckning fungerar som ett transfererings-system från stat till kommun och landsting.”

Det är en avvägning mellan kommunalt självstyre över avgiftssystem och principen om god vård på lika villkor. Ur effektivitetssynpunkt kan man ifrågasätta om det är lönsamt för samhället som helhet att först lägga resurser på att utforma kommunala avgiftssystem, administrera insamling och uppföljning av avgifterna, för att sedan – efter Försäkringskassans granskningsprocess – bevilja statliga bidrag för att delvis kompensera personer med funktionsnedsättningar för dessa avgifter.

Försäkringskassan ser behov av att utformningen av handikappersättningen förändras och föreslår att merkostnader inom vårdbidrag och handikappersättning sammanförs till en renodlad, tydligt avgränsad lag om merkostnadsersättning [33]. Även utredningen om en översyn av aktivitetsersättning [29] har påtalat behovet av en översyn av handikappersättningen.

Personer med psykiska funktionshinder

Personer med psykiska funktionshinder har enligt HEK (se s. 64) en särskilt utsatt ekonomisk situation jämfört med andra. Sysselsättningen är låg, gruppen har lägst andel med lön, och löneinkomsten är lägre än andras. Dessa personer har i genomsnitt lägre disponibel inkomst och högre andel med ekonomiskt bistånd än andra. De har också oftare ekonomiskt stöd från någon närstående eller anhörig. Vidare bor de i hyresrätt i högre utsträckning än andra samt har högre boendekostnad och mindre boendeyta.

Personer med psykiskt funktionshinder har oftare än andra frikort för hälso- och sjukvård och läkemedel, men trots det har de i högre utsträckning än andra avstått från hälso- och sjukvård, tandvård och från att köpa läkemedel. Ändå omfattar undersökningen troligen inte personer med mycket omfattande psykiska funktionshinder, t.ex. med psykossjukdomar, som kan antas ha ännu sämre ekonomiska förutsättningar.

Den ekonomiska situationen för personer med psykiska funktionshinder bör uppmärksammas särskilt. Sysselsättningen är låg och de kompensande system som finns är uppenbarligen inte tillräckliga. Med rätt stöd i omgivningen finns goda möjligheter till rehabilitering som också gäller arbetsförmågan. Den psykiska funktionsnedsättningen är heller inte lika omfattande över tiden.

Många studier har kommit fram till liknande resultat för personer med psykiska eller neuropsykiatriska funktionshinder, oavsett hur målgruppen har definierats. Det är dock först på senare tid som man har uppmärksammat situationen för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar [29], och det är viktigt att beskriva deras levnadsförhållanden.

Frågorna i undersökningen HEK har även besvarats av personer som angav att de har ADHD, Aspergers syndrom eller autism. Det rör sig dock om för få personer för att svaren ska kunna särredovisas, men svaren tyder på en utsatt ekonomisk situation.

Utvecklingsbehov

Syftet med handikappolitiken är att undanröja hinder för full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning så att barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättning ges förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Vilken bild man får av skillnader mellan personer med och utan funktionshinder beror till stor del på vilka funktionsnedsättningar som studeras och hur grupperna avgränsas. Det går inte att beskriva situationen för ”personer med en viss funktionsnedsättning” eftersom det inte finns någon homogen grupp.

Det finns en variation i vilka funktionsnedsättningar man har, när man fick dem, hur omfattande de är, om och i hur hög utsträckning man är hindrad av dessa nedsättningar relaterat till hur omgivningen fungerar. Som nämnts ovan finns det för lite studier och forskning om förekomsten av många typer av funktionsnedsättningar och om kombinationer av olika funktionshinder.

Livsvillkoren varierar vidare med ålder, kön, var i livscykeln man befinner sig, hur lång tid man varit i Sverige, föräldrarnas resurser, utbildning, arbete, och var i landet man bor. Det finns få studier som är gjorda ur ett könsperspektiv [34, 35], och ännu färre som tar upp situationen för barn och unga med funktionshinder. Det behövs mer kunskap om livsvillkoren för barn med funktionshinder och hur de påverkas av sin familjesituation och föräldrarnas bakgrund.

En beskrivning på gruppnivå av olika funktionshinder eller funktionsnedsättningar behöver kombineras med fördjupade beskrivningar av individers levnadsförhållanden, och hur mycket situationen varierar för människor med samma funktionshinder men med olika livssituation. Hur påverkas situationen av om funktionsnedsättningen är medfödd jämfört med om den uppkom under barndomen, ungdomstiden eller först i vuxen ålder? Vilka likheter och skillnader finns det? Vad kan göras för att underlätta i olika livssituationer?

Personer med utvecklingsstörning och flera funktionsnedsättningar

Det finns inte många studier som beskriver den ekonomiska situationen och övriga levnadsförhållanden för personer med utvecklingsstörning, och i stort sett inga för personer med omfattande flerk Funktionsnedsättningar. Många urvalsundersökningar som riktar sig till befolkningen inkluderar heller inte

personer som bor i bostad med särskild service eller särskilt anpassad bostad enligt LSS. Om dessa personer ingår i urvalet finns ändå en risk att de inte kan delta i undersökningen. De kanske inte kan läsa en enkät eller kommunicera via telefon, och ”ingår i bortfallet”. Eftersom man inte vet att personer har funktionsnedsättningar kan man heller inte göra någon analys av hur resultatet påverkas av att de inte har svarat. Det kan vidare vara för få personer med en viss typ av funktionsnedsättning för att kunna särredovisa svaren.

Det är speciellt angeläget att beskriva och följa levnadsvillkoren för personer med utvecklingsstörning och personer med flera och omfattande funktionshinder. En del står utanför arbetsmarknaden, andra kan och vill arbeta men har sämre chanser än andra att få ett arbete. Många behöver samman-satta insatser och stöd av olika slag under hela sitt liv.

Pågående arbete

Det behövs således mer och bättre data, fler studier och fortsatt metodutveckling för att belysa livssituationen för personer med olika funktionsnedsättningar och hur deras situation utvecklas över tid.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att föreslå ett system för att löpande beskriva detta och förslag lämnas inom kort till regeringen. Socialstyrelsen analyserar för närvarande levnadsförhållanden för personer som har insatser enligt LSS och SoL, och rapporten som publiceras under 2010 innehåller analyser om bland annat ekonomi, boende, arbete och utbildning, hälsa och fritid. Analyserna gäller både delaktighet och jämlika livsvillkor.

Fler studier av inkomster och utgifter

Ekonomiska resurser är en viktig förutsättning för att ha goda levnadsförhållanden och kunna delta aktivt i samhällslivet. I dagens ekonomiska kris är det särskilt viktigt att belysa ekonomiska svårigheter, biståndstagande och merkostnader för vård och omsorg till följd av funktionsnedsättningen.

Det behövs en systematisk uppföljning av de ekonomiska förhållandena för personer med funktionsnedsättningar och varifrån inkomsterna kommer. Får de inkomster från arbete? Har de en god ekonomi tack vare ekonomiskt stöd från en partner eller från föräldrarna? Behöver de ekonomiskt bistånd, det yttersta skyddsnätet? Merutgifter för funktionsnedsättningar spelar också en stor roll. I vilken utsträckning avstår personer från nödvändig vård för att de inte har råd? Vilken roll spelar det för hälsan på lång och kort sikt? Och för samhällets framtida vårdkostnader? I vilken utsträckning har man – som vissa patientorganisationer beskrivit – betalningsanmärkningar pga. vårdskulder?

Situationen måste följas över tid. Har man livslånga ekonomiska svårigheter? Eller är de mer tillfälliga, i samband med övergången till vuxenlivet eller när en vuxen person har fått en funktionsnedsättning?

SCB:s undersökning HEK innehåller uppgifter om personers ohälsa och funktionshinder eller funktionsnedsättningar, men också uppgifter om merutgifter för hälso- och sjukvård och funktionshinderrelaterade poster som hjälpmedel, färdtjänst m.m. Det är viktigt att även i fortsättningen använda

och utveckla HEK: Vilka funktionsnedsättningar finns med, vilka frågor ställs och hur? Kan man inkludera personer som bor i bostäder med särskild service och behövs i så fall andra insamlingsmetoder? Hur ska utvidgningar finansieras?

Det behövs också lokala uppföljningar av avgiftssystem och samlade utgifter för hälso- och sjukvård och hjälpmedel för personer med funktionshinder i olika landsting och kommuner, samt undersökningar av vilka som avstår pga. avgiftens storlek. Finns det ett samband mellan handikappersättningens storlek och kommunernas och landstingens förskrivningar av hjälpmedel och avgifter för hälso- och sjukvård, hjälpmedel? Är det vanligare att personer får den statligt finansierade handikappersättningen i landsting eller kommuner som har valt en hög avgiftsnivå och striktare bedömning av vilka hjälpmedel som får förskrivas?

Studier av kostnader ur ett samhällsperspektiv

Denna studie har belyst inkomster och vissa utgifter för personer med funktionsnedsättningar. Men det behövs också studier ur ett samhälleligt, sektorsövergripande perspektiv. God vård och insatser av god kvalitet, tillgänglighet, handikappanpassning och hjälpmedel har stor betydelse för individens livsvillkor och delaktighet men även för framtida samhälleliga kostnader. Bättre samordning och samverkan kan innebära förbättringar för personerna som får del av insatserna men också ett bättre resursutnyttjande och lägre samhälleliga kostnader.

Det behövs fler studier av tillgängliga uppgifter...

Personer med funktionsnedsättningar ska ha samma möjligheter att vara delaktiga i samhället som andra, oavsett ålder och kön. För att kunna avgöra om det är så behövs således ett åtgärdsinriktat underlag som beskriver levnadsförhållanden för personer med olika funktionsnedsättningar. Man måste se en persons funktionsnedsättning i relation till miljön. Vad behöver förändras för att minska den funktionshindrande inverkan av olika funktionsnedsättningar?

Även om det behövs bättre underlag för analyser kan det dock göras många studier av levnadsförhållanden med hjälp av de uppgifter som redan finns.

... och användning av kunskaper som finns

Samtidigt finns det redan nu mycket kunskap om skillnader i levnadsförhållanden mellan personer med och utan funktionsnedsättningar, vad som orsakar dessa och hur de skulle kunna åtgärdas.

Referenser

- (1) Socialdepartementet. Proposition 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade. Socialdepartementet 1993.
- (2) Socialdepartementet. Proposition 2008/09:28. Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Socialdepartementet 2008. (Förenta nationernas (FN:s) internationella konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.)
- (3) Statens offentliga utredningar. Funktionshinder och välfärd. Forskarantologi från kommittén Valfärdsbokslut. Stockholm, Fritzes, 2000. Statens offentliga utredningar 2001:56.
- (4) Socialstyrelsen. Vårdens värde Vad får vi för pengarna i vård och omsorg? Socialstyrelsen, 2002.
- (5) Statistiska centralbyrån. Funktionshindrade 1988-1999, rapport nr 97 i serien Levnadsförhållanden. Statistiska centralbyrån, 2003.
- (6) Riksförsäkringsverket. Ojämlighet i levnadsvillkor – en jämförelse mellan personer med funktionshinder och övriga befolkningen. RFV analyserar 2003:15. RFV 2003.
- (7) Socialstyrelsen. Personlig assistans enligt LASS ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Socialstyrelsen 2008.
- (8) Socialdepartementet (Ds 2008:78) De funktionsnedsattas ekonomiska förhållanden. Socialdepartementet, 2008.
- (9) Socialstyrelsen. Långvarigt socialbidragstagande under 1990-talet. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:5. Socialstyrelsen, 1999.
- (10) Socialstyrelsen. Social rapport 2006. Socialstyrelsen; 2006.
- (11) Socialstyrelsen. Lägesrapport om handikappomsorg 2006. Socialstyrelsen, 2007.
- (12) Socialstyrelsen. IMS. Förutsättningar för socialbidragsarbete en jämförelse mellan fyra kommuner. Jenny Nybom (red), annika puide, maria roselius och fredrik hjulström. IMS 2005.

- (13) Socialstyrelsen. Velfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999. SoS följer upp och utvärderar 1999:1.
- (14) Statens folkhälsoinstitut. Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Ylva Arnhof. Statens folkhälsoinstitut 2008:13. Statens folkhälsoinstitut 2008.
- (15) Statens folkhälsoinstitut. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning. Gunnel Boström. R 2008:17. Statens folkhälsoinstitut 2008.
- (16) Statens folkhälsoinstitut. Hälsa på lika villkor. Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2005. Gunnel Boström. Statens folkhälsoinstitut 2006. R nr A 2006:02.
- (17) Socialstyrelsen. Avgifter och kostnader – för den enskilde personen med funktionshinder. Stockholm. Socialstyrelsen 2000.
- (18) Socialstyrelsen. Taxor och avgifter för vård och omsorg. Stockholm. Socialstyrelsen. Äldreuppdraget 2000:1.
- (19) Socialstyrelsen. Vad kostar det att vara sjuk eller funktionshindrad? Avgifter 2001 för åtta typfall. Stockholm, Socialstyrelsen, 2002.
- (20) Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen, 2009.
- (21) Hjälpmedelsinstitutet. Förskrivningsprocessen för hjälpmedel till personer med funktionshinder. Ulla-Britt Blomquist. Och Ingegärd Nicolaou. Hjälpmedelsinstitutet 2007.
- (22) Socialdepartementet. Hjälpmedel. SOU 2004:83. Socialdepartementet, 2004.
- (23) Hörselskadades riksförbund. John Wayne bor inte här. Om hörselskadade och hörselvården i Sverige. HRF rapport 2009. HRF 2009.
- (24) HANDU AB. Levnadsnivåundersökning 2005 – döva, hörselskadade, rörelsehindrade och synskadade personer svarar. Utredningsinstitutet HANDU AB, 2005.
- (25) DHR. Rörelsehinderförbundens hjälpmedelsprojekt. Rörelsehindrades syn på hjälpmedel – en utredning om ansvar, bemötande och pengar. DHR. 2003.
- (26) Hjälpmedelsinstitutet. Förändringar av landstingens och kommunernas regelverk och förskrivning av hjälpmedel under de senaste tre åren – en kartläggning genomförd oktober–november 2005. Ulla-Britt Blomquist. Hjälpmedelsinstitutet 2006.

- (27) Hjälpmedelsinstitutet. Förändringar av landstingens och kommunernas regelverk och förskrivning av hjälpmedel mellan åren 2006–2008 – en kartläggning genomförd hösten 2008. Ann Lund. Hjälpmedelsinstitutet 2008.
- (28) Statens offentliga utredningar. Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning. SOU 2008:77. Stockholm 2008.
- (29) Statens offentliga utredningar. Brist på brådska – en översyn av aktivitetsersättningen. SOU 2008:102. Stockholm 2008.
- (30) Socialstyrelsen. Problem kopplade till lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) – särskilt insatsen bostad med särskild service för vuxna. Skrivelse till regeringen, dnr 72-1219/2003.
- (31) Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. CMT-Rapport 2005:4. Bernfort L., Fernell E. Hur påverkas vardagslivet av ADHD och närliggande funktionsnedsättningar? Analys och sammanfattning av en enkätstudie riktad till riksförbundet Attentions medlemmar. CMT 2005.
- (32) Försäkringskassan. Merutgifter i handikappersättningen. Analyserar 2005:9. 2005.
- (33) Försäkringskassan. Kunskapsöversikt – handikappersättning och vårdbidrag. Svar på regeringsuppdrag. 2007.
- (34) Socialstyrelsen. Lägesrapport om handikappomsorg 2005. Socialstyrelsen, 2006.
- (35) Socialstyrelsen. Jämställd socialtjänst? Jämställd socialtjänst? - Könsperspektiv på socialtjänsten. Socialstyrelsen, 2004.
- (36) Statens offentliga utredningar. Vad är psykiskt funktionshinder? Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning 2006.
- (37) Statistiska centralbyrån. Funktionshindrades situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 2006. Information om utbildning och arbetsmarknad 2007:2. SCB 2007.

Bilaga 1 Hushållens ekonomi (HEK)

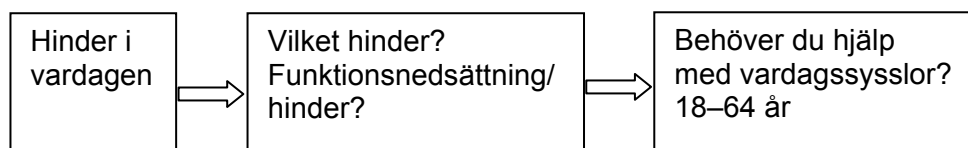
Denna studie bygger på en specialbearbetning av SCB:s undersökning Hushållens ekonomi (HEK), som genomförs varje år. Registret över totalbefolkningen (RTB) används för att välja ut de personer 18 år eller äldre som deltar, och hela hushållet ingår i undersökningen. Urvalet omfattar inte hushåll där urvalspersonen bor i en bostad med särskild service enligt SoL eller LSS.

För att få tillräckligt många observationer har SCB lagt samman svaren för 2005 och 2006. Urvalsstorleken 2005 var 17 600 hushåll och 2006 cirka 17 000, med ett svarsbortfall på cirka 32 procent respektive 30 procent. I bortfallet finns grupper som saknar löneinkomst, socialbidragstagare samt de som har invandrat till Sverige från länder utanför Norden. HEK är en urvalsundersökning, men det finns troligen ett systematiskt bortfall bland dem med mest omfattande funktionshinder. Det går inte att beräkna hur stort bortfallet är bland personer med olika hinder i vardagen eftersom det saknas uppgift om hur många personer det finns med olika funktionsnedsättningar. Svaren för en viss grupp är även av detta skäl (se vidare s. 9) inte representativa för gruppen som helhet, och det ökar risken för att felbedöma resultatet.

Data samlas in genom telefonintervjuer och genom uppgifter från administrativa register. Vid intervjun ställs frågor om hushållets sammansättning samt boende och boendeutgifter. För personerna i hushållet ställs också frågor om sysselsättning, arbetstid, yrke och barnomsorg, om någon är långvarigt sjuk eller har funktionshinder, om man har färdtjänst eller hemtjänst, får ekonomiskt stöd från andra hushåll samt om man har utgifter för tandvård, läkemedel och sjukvård.

Statistiken över bland annat inkomster, ersättningar, bidrag och skatter bygger på delar av Inkomst- och taxeringsregistret. Dessa registeruppgifter kommer bl.a. från Skatteverket (taxeringsuppgifter och kontrolluppgifter) och Försäkringskassan.

Mer information om HEK finns på SCB:s hemsida www.scb.se.



Figur 19. Schematisk beskrivning av hur frågorna ställs i HEK

Följande frågor i HEK ligger till grund för grupperingen i denna rapport av personer med funktionshinder (”hinder i vardagen”) och funktionsnedsättning.

Fråga om funktionshinder

- Har/hade du/han/hon någon funktionsnedsättning eller sjukdom som medför att du/han/hon har svårigheter att utan hjälp eller hjälpmedel utföra olika aktiviteter?

Exempel på funktionsnedsättning är rörelsehinder, nedsatt syn eller hörsel. Det kan också vara en psykisk funktionsnedsättning. Personen får själv bedöma hindren. Exempel är hushållsgöromål (städa, tvätta, laga mat m.m.), sköta hygien, läsa tidningar, höra på radio, resa till och från skola, arbete eller affär samt att utföra olika sysslor eller uppgifter i skolan eller på arbetet. Det gäller också svårigheter att kommunicera med andra personer.

Om man svarar ja på denna fråga, ”hinder i vardagen”, får man nästa fråga:

Fråga om funktionshinder eller funktionsnedsättning

- Vilket/Vilka funktionshinder/vilken funktionsnedsättning har (hade) du/han/hon? (flera alternativ kan anges).

- 1 Fysiskt funktionshinder/rörelsehinder (t.ex. reumatiska sjukdomar, artroser, ryggsjukdomar eller ”ortopedteknik”).
- 2 Hjärt-, kärl- och blodsjukdomar.
- 3 Syn (t.ex. synskada).
- 4 Hörsel (t.ex. dövhet, hörselskada).
- 5 Tal eller röst (t.ex. röst-, tal- eller språkskada).
- 6 Autism, Aspergers syndrom eller autismsliknande tillstånd.
- 7 Adhd eller damp.
- 8 Psykiskt funktionshinder, ångeststörning, tvångstillstånd.
- 9 Utvecklingsstörning.
- 10 Intellectuell funktionsnedsättning efter hjärnskada i vuxen ålder orsakad av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
- 11 Demens.
- 12 Annat.

I anvisningarna till intervjun står följande:

Psykiskt funktionshindrade personer utgörs av personer med psykisk störning/sjukdom som orsakar en funktionsnedsättning med förlust av förmågan i sådan grad att det inverkar på den dagliga livsföringen (sociala konsekvenser) som utan hjälp och stöd utvecklas till ett funktionshinder och att detta funktionshinder bedöms bli långvarigt.

Grupperingarna i HEK har gjorts efter olika användarönskemål och skiljer sig något från den definitionen som angavs av den nationella psykiatrikommittén. Enligt dennas definition [36] har en person ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas

komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning. Kommittén anger att (...) ”de tillstånd som ofta ges samlingsnamnet ”neuropsykiatriska störningar/funktionshinder” (t.ex. Aspergers syndrom, autismspektrumstörningar) ingår, i de fall personen är ”högfungerande”, dvs. inte lider av påtaglig utvecklingsstörning.”

Fråga om långvarig sjukdom

- Har du/han/hon varit långvarigt sjuk under året (dvs. p.g.a. sjukdom inte kunnat arbeta eller studera på hel- eller deltid under minst två månader i följd)?

Även sjukskriven på deltid räknas som långvarigt sjuk.

Antal personer med funktionshinder i HEK

Nedan redovisas en del ytterligare uppgifter om de personer som har svarat i HEK, om antalet svarande samt resultatet av uppräknningen från urval till riksnivå (angående representativitet, se s. 9). Det uppräknade antalet personer med hinder i vardagen och som angivit olika funktionsnedsättningar jämförs med antalet personer som anges ha nedsatt arbetsförmåga enligt SCB:s arbetskraftsundersökning [37]. Åldersindelningen skiljer sig dock något åt, liksom definitionerna.

Tabell 10. Antalet personer 20–64 år i HEK-urvalet och uppräknat 2005 och 2006 jämfört med uppräknat antal personer 16–64 2006 i AKU 2006 (avrundat)

	Antal i urval i HEK	Uppräknat antal	
		enligt HEK	enligt AKU*
Hinder i vardagen	2696	534 500	556 000
Rörelsehinder	1 920	377 900	263 000
Hjärt-, kärl- och blodsjukdom	358	68 800	35 000**
Syn	113	23 700	27 000
Hörsel	198	37 000	35 000
Psykiskt funktionshinder	232	53 200	77 000
Vissa personer i eget boende som har svarat utvecklingsstörning	236	49 600	6 000
Har varit långvarigt sjuk	3420	677 200	Saknas
Handikappersättning	402	67 400	Saknas
<i>Alla i befolkning</i>	<i>28 795</i>	<i>5 087 600</i>	<i>919 000</i>

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

* Personer 16–64 med nedsatt arbetsförmåga

** Blodsjukdom ingår inte

Flera funktionsnedsättningar

Personer som angivit funktionshinder i HEK har ofta flera funktionsnedsättningar. Tabellen nedan visar hur vanligt det är med olika kombinationer.

Tabell 11. Andelen personer 20–64 år med samtidig förekomst av flera olika funktionsnedsättningar, långvarig sjukdom eller handikappersättning (procent)

	Hinder i vardagen	Rörelsehinder	Hjärt-, kärl- och blodsjukdomar	Syn	Hörsel	Psyiskt funktionshinder	Vissa personer i eget boende som har svarat utvecklingsstörning	Har varit långvarigt sjuk	Har handikappersättning
Hinder i vardagen	100	71	13	4	7	10	9	58	6,8
Rörelsehinder	100	100	13	2	2	3	1	62	6,2
Hjärt-, kärl-, blodsjukdom	100	71	100	2	2	2	1	57	6,1
Syn	100	28	6	100	17	4	3	37	18
Hörsel	100	17	4	11	100	2	1	25	11
Psyiskt funktionshinder	100	20	3	2	2	100	2	79	4,5
Vissa personer i eget boende som har svarat utvecklingsstörning	100	10	1	1	1	2	100	48	11
Har varit långvarigt sjuk	45	34	6	1	1	6	4	100	3,8
Har handikappersättning	54	35	6	6	6	4	8	38	100

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Personer med vissa funktionsnedsättningar finns med i HEK

Som beskrivs i inledningen (s. 9) är resultaten i denna rapport inte representativa för ”alla personer med funktionshinder” eller för ”alla personer med en viss funktionsnedsättning”. Studien omfattar å ena sidan bara personer som angivit att de har ett hinder av sin funktionsnedsättning, och därmed ingår inte de som har en funktionsnedsättning men inte upplever att de hindras av den. Det kan göra att resultaten blir sämre än om man skulle fråga alla med en viss funktionsnedsättning. Å andra sidan ingår inte personer som bor i en gruppboende eller motsvarande. Vissa personer med omfattande funktionsnedsättningar har kanske inte heller kunnat besvara frågorna pga. kommunikationshinder eller för att de har en svår utvecklingsstörning som gör att de inte förstår frågan. Därför kan det saknas svar från personer med de mest omfattande funktionshindren så att levnadsförhållandena tecknas ljusare än vad som annars vore fallet.

Ett exempel på detta är uppräkningsen från urval till rikssiffror (som alltid görs för urvalsundersökningar) för den grupp som i rapporten benämns ”vissa personer i eget boende som har svarat utvecklingsstörning”. I SCB:s undersökning får man 73 000 personer 20–64 år, trots att de som bor i bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning troligen inte ingår. Enligt Riksförbundet FUB är det dock ungefär 38 000 barn, ungdomar och vuxna i alla åldrar som har en utvecklingsstörning om man använder begreppet som finns i LSS (lag om stöd och service till vissa funktionshindrade). Utvecklingsstörningen kan vara grav (svår), måttlig eller lindrig.

Enligt Socialstyrelsens officiella statistik för insatser enligt LSS har drygt 50 000 personer någon insats enligt LSS (exklusive råd och stöd som enda insats). I personkrets 1 och 2. I personkrets 1 ingår personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd och personkrets 2 omfat-

tar personer med betydande och bestående begåvningsmässig funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom. Det är 21 600 personer som hade insatsen boende enligt LSS. De kan dock ha andra insatser enligt LSS också.

Svaren för personer som i HEK har angivit utvecklingsstörning är därmed inte representativa för gruppen som helhet, även om de visar att gruppen har betydligt högre merkostnader för sjukvård, läkemedel och tandvård än befolkningen i övrigt. Merutgifterna redovisas dock, och under den något otympliga beteckningen "Vissa personer i eget boende som har svarat utvecklingsstörning".

Andelen personer med nedsatt hörsel som upplever hinder i vardagen är vidare mycket låg jämfört med siffror från andra undersökningar. SCB har kontrollerat att resultaten är riktigt angivna. De finner inte någon förklaring till skillnaden.

Frågor om hjälpmedel

Från instruktionen till intervjuaren

Frågor om hjälpmedel och förbrukningsartiklar ställs i HEK till personer som har svarat att man har ett funktionshinder. Följande anvisningar ges till intervjuarna (utdrag):

Med hjälpmedel avses sådana hjälpmedel som man beviljats genom kommunen eller landstinget ("förskrivits"). Den som har rörelse- eller annat funktionshinder kan få tillgång till olika "hjälpmedel". Det kan vara hjälpmedel för att röra sig, att kommunicera och förstå, att fungera medicinskt, psykiskt eller begåvningsmässigt. Exempel på hjälpmedel är rullstol, rollator, höj- och sänkbar säng, speciella stolar, toalettförhöjning, hissanordning, hörapparat, telefonförstärkare, hörselslinga för TV, förstoringsapparat, teknikkäpp (vit käpp), förstorande system för TV, tidshjälpmedlet "kvart-ur" och bildtelefon. Larm räknas inte som hjälpmedel i den här undersökningen. Tillbehör till hjälpmedel tas upp i särskilda frågor. exempel: slang och däck till rullstol, olika typer av batterier.

En del av de hjälpmedel som förskrivs får man "gratis". För andra hjälpmedel får man betala en avgift eller hyra. Engångsavgifter för utprovning, utlämning eller administration/handläggning av hjälpmedel ska tas med.

De regionala variationerna är stora. I vissa kommuner/landsting kan ett hjälpmedel "förskrivas som hjälpmedel" medan det i andra inte förskrivs.

Frågorna

- Har du/han/hon under 2005 hjälpmedel p.g.a. din/sin funktionsnedsättning?)
- Betalade du/han/hon hyra eller avgift för detta/dessa hjälpmedel under 2005?

Tillbehör till hjälpmedel (t.ex. slang och däck till rullstol och olika typer av batterier) ska inte tas med.

- *Hur mycket betalade du/han/hon i hyra eller avgift under 2005?*
- 1. Tillbehör till hjälpmedel ska inte tas med! Däremot ska engångsavgifter för utprovning, utlämning eller administration/handläggning av hjälpmedel tas med.
- *Hade du/han/hon under 2005 utgifter för tillbehör till hjälpmedel?*
Exempel på sådana tillbehör är slang och däck till rullstol, olika typer av batterier.
- *Har du/han/hon under 2005 köpt något som du/han/hon behövde som hjälpmedel, men som du/han/hon inte fick beviljat genom kommunen eller landstinget?*
Tillbehör till hjälpmedel ska inte tas med.

Frågor om särskilda förbrukningsartiklar

- *Använde du/han/hon särskilda förbrukningsartiklar under 2005?*
- *Hur stora utgifter hade du/han/hon för dessa under 2005?*

I instruktionen står att exempel på särskilda förbrukningsartiklar är inkontinensskydd (blöjor) bandage, kompresser m.m. för sårömläggning samt nålar, häfta, rengöringssuddar, kompresser m.m. för intravenös behandling i hemmet. Det anges att förbrukningsartiklar för stomiopererade ingår i läkemedelsförmånen.

Frågor om hälso- och sjukvård m.m.

- *Besökte du/han/hon någon gång under 2005 t.ex. läkare eller distriktsköterska/sjuksköterska inom den öppna sjukvården? Det gäller besök på grund av egen sjukdom eller egna besvär.*

Utdrag ur anvisningarna:

*Det ska vara **besök** som beror på egen sjukdom eller egna besvär. Telefonkontakt med läkare räknas inte. Mödravård är gratis och räknas inte med. Hälsovård (t.ex. Gynekologisk hälsokontroll, mammografi, influensavaccination) ska inte tas med! Vaccinationer för utlandsresor ska inte heller tas med - ingår ej i högkostnads-skyddet. Rehab-/habilitering ska inte ingå här. Exempel på rehabilitering/habilitering är sjukgymnastik, arbetsterapi, hörselträning, synträning, talträning och kuratorsstöd.*

- *Har du/han/hon behandlats av sjukgymnast, arbetsterapeut eller fått någon annan form av rehabilitering/habilitering under 2006?*

Det anges i anvisningarna att behandlingen ska omfattas av högkostnads-skyddet och som ges i kommunal, landstings- eller privat regi. Som exempel

på rehabilitering/habilitering anges sjukgymnastik, arbetsterapi, hörseltränning, syntränning, talträning och kuratorsstöd.

Ekvivalensskala eller konsumtionsenhetsskala

SCB har en ekvivalensskala eller konsumtionsenhetsskala som ska användas när man jämför disponibel inkomst för hushåll med olika sammansättning.

För att jämföra t.ex. disponibel inkomst mellan olika typer av hushåll används ett viktsystem där konsumtionen är relaterad till hushållets sammansättning. Den disponibla inkomsten divideras med den konsumtionsvikt som gäller för hushållet. Den skala som används i redovisningen av 2006 års inkomster är en revidering av "Svensk konsumtionsenhetsskala" som föreslogs i utredningen Förbättrad statistik om hushållens inkomster, SOU 2002:73. Den reviderade skalan har använts för samtliga år i de publicerade tidsserierna.

För att kunna jämföra t.ex. disponibel inkomst och ekonomisk köpkraft mellan olika typer av hushåll används ett viktsystem där konsumtionen är relaterad till hushållets sammansättning. Den disponibla inkomsten divideras med den konsumtionsvikt som gäller för hushållet. Skalan bygger på budgetberäkningar utförda av Konsumentverket och olika underlag för att bedöma en baskonsumtion som kan beräknas för olika hushållstyper. Baskonsumtionen innefattar utgifter för normal försörjning, bl.a. boende, barnomsorg, lokala resor och semester.

Ekvivalensskalan eller konsumtionsenhetsskalan

	2005 -
1:a vuxen	1,00
Sambo nr 2	0,51
Ensamstående med delat boende	
Barn nr 1	0,52
Barn nr 2 +	0,42
Övrig vuxen	0,60

Bilaga 2 Fler tabeller

Bakgrundsförhållanden

Tabell 12. Andelen personer 20-64 år i olika åldrar (procent)

	20-29 år	30-54 år	55-64 år
Hinder i vardagen	9	52	39
Rörelsehinder	7	50	43
Hjärt-, kärl- och blodsjukdomar	7	47	46
Syn	14	45	42
Hörsel	8	51	41
Psykiskt funktionshinder	12	66	22
<i>Alla i befolkning</i>	<i>20</i>	<i>57</i>	<i>24</i>

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 13. Andelen kvinnor och män 20-64 år (procent)

	Kvinnor	Män	Totalt
Hinder i vardagen	55	45	100
Rörelsehinder	57	43	100
Hjärt-, kärl- och blodsjukdomar	45	55	100
Syn	46	54	100
Hörsel	50	50	100
Psykiskt funktionshinder	57	43	100
<i>Alla i befolkning</i>	<i>50</i>	<i>50</i>	<i>100</i>

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 14. Andelen personer 20-64 år i olika hushållstyper (procent)

	Ensamboende	Sammanboende utan barn	Barnfamiljer
Hinder i vardagen	31	30	32
Rörelsehinder	29	32	31
Hjärt-, kärl- och blodsjukdomar	27	34	30
Syn	39	34	24
Hörsel	27	34	33
Psykiskt funktionshinder	42	15	33
<i>Alla i befolkning</i>	<i>24</i>	<i>28</i>	<i>42</i>

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 15. Högsta utbildningsnivå bland personer 20–64 år (procent)

Utbildning 20–64 år	Förgymnasial	Eftergymnasial
Hinder i vardagen	29	20
Rörelsehinder	29	18
Hjärt-, kärl- och blodsjukdomar	35	22
Syn	25	29
Hörsel	17	32
Psykiskt funktionshinder	32	20
Alla i befolkningen	15	36

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Olika inkomstslag

Tabell 16. Andelen personer 20-64 år med olika inkomstslag (procent)

	Andel med					
	lön	sjuk- eller aktivitets-ersättning	sjuk-penning	arbets-löshets-ersättning	ekonomiskt bistånd	ekonomiskt stöd från närstående/ anhöriga
Hinder i vardagen	55	50	29	11	10	9,6
Psykiskt funktionshinder	34	56	28	6,4	23	16
Alla i befolkningen	84	10	13	13	5,0	9,8

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 17. Andelen personer 20-64 år med olika inkomstslag. Index för befolkningen = 100

Index, befolkning = 100	Andel med					
	lön	sjuk- eller aktivitets-ersättning	sjuk-penning	arbets-löshets-ersättning	ekonomiskt bistånd	ekonomiskt stöd från närstående/ anhöriga
Hinder i vardagen	65	500	223	85	200	98
Psykiskt funktionshinder	40	560	215	49	460	163
Alla i befolkningen	100	100	100	100	100	100

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 18. Genomsnittlig löneinkomst, ekonomiskt bistånd och disponibel inkomst i kronor för personer 20–64 år

Genomsnittliga årliga löneinkomster i kronor för olika grupper 20–64 år som har lön

	Lön	Ekonomiskt bistånd	Disponibel inkomst	
			Individuell	Hushållet (per konsumtionsenhet)
Hinder i vardagen	158 000	54 000	162 000	182 000
Psykiskt funktionshinder	91 000	72 000	136 000	142 000
<i>Alla i befolkningen</i>	<i>243 000</i>	<i>46 000</i>	<i>193 000</i>	<i>203 000</i>

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 19. Genomsnittlig löneinkomst, ekonomiskt bistånd och disponibel inkomst för personer 20–64 år. Index för befolkningen =100

Index, befolkning = 100	Lön	Ekonomiskt bistånd	Disponibel inkomst	
			Individuell	Hushållet (per konsumtionsenhet)
Hinder i vardagen	65	117	84	90
Psykiskt funktionshinder	37	156	70	70
<i>Alla i befolkningen</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 20. Andelen personer 20-64 år med ekonomiskt stöd till ett värde av 5000 kr eller mer från närstående/anhörig eller släkting

	Andel med ekonomiskt stöd
Hinder i vardagen	9,6
Psykiskt funktionshinder	16
<i>Alla i befolkning</i>	<i>9,8</i>

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Vårdkonsumtion och merutgifter

Tabell 21. Andelen personer 20-64 år med olika slags vård/behandling m.m. samt genomsnittliga utgifter för detta (procent resp. kronor, avrundade värden).

	Andel med olika slags vård/behandling m.m.	Andel med utgift	Genomsnittlig utgift för dem som har
Hälso- och sjukvård	87	84	600
Läkemedel	uppgift saknas	81	1 200
Tandvård	uppgift saknas	59	3 100
Sjukgymnast, arbetsterapeut, rehabilitering	35	uppgift saknas	uppgift saknas
Hjälpmedel, beviljat	24	3,3	600
Tillbehör till hjälpmedel		3,4	700
Hjälpmedel, ej beviljat	9	8,8	2 400
Särskilda förbrukningsartiklar	11	5,4	800
Färdtjänst	8,3	99	2 000
Sjukresor	17	86	300

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 22. Andelen personer 20-64 år som har besökt läkare eller sjuksköterska samt andelen som har avstått och som har angivit ekonomiska skäl (procent)

	Andel med besök	Andel som avstått	Andel som avstått flera gånger	Andel som avstått av ekonomiska skäl	
				av dem som avstått	av gruppen
Hinder i vardagen	87	15	13	27	4,0
Psykiskt funktionshinder	91	23	19	31	7,1
Handikappersättning	74	9,6	8,1	23	2,2
Alla i befolkning	60	6,8	4,3	19	1,3

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 23. Andelen personer 20–64 år som har besökt läkare eller sjuksköterska samt andelen som har avstått och som har angivit ekonomiska skäl. Index för befolkningen =100

	Andel med besök	Andel som avstått	Andel som avstått flera gånger	Andel som avstått av ekonomiska skäl av dem som avstått	av gruppen
Hinder i vardagen	146	220	288	142	311
Psyiskt funktionshinder	153	337	438	162	544
Handikappersättning	124	141	186	121	170
<i>Alla i befolkning</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 24. Andel personer 20–64 år som har avstått av ekonomiska skäl från olika slags vård/behandling eller läkemedel (procent)

	Andel som har avstått av ekonomiska skäl från			
	besök hos läkare eller sjuksköterska	besök hos sjukgymnast, arbetsterapeut eller annan rehabilitering/habilitering	läkemedel	tandvård
Hinder i vardagen	4,0	3,6	3,8	23
Handikappersättning	2,2	1,0	2,5	17
<i>Alla i befolkning</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>	<i>1,2</i>	<i>12</i>

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 25. Andel personer 20–64 år som av olika orsaker har avstått från olika slags vård/behandling eller läkemedel (procent)

	Orsaker till att avstå från hälso- och sjukvård ¹³						
	1	2	3	4	5	6	7
Hinder i vardagen	6,1	27	4,7	18	1,9	17	25
Handikappersättning	7,3	23	7,7	6,1	9,0	20	27
<i>Alla i befolkning</i>	<i>15</i>	<i>19</i>	<i>4,9</i>	<i>27</i>	<i>1,8</i>	<i>13</i>	<i>19</i>

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

¹³ Vanligaste orsaker till att någon avstår från sjukvård:

- 1- Hade inte tid.
- 2- Hade inte råd.
- 3- Kände inte till någon bra läkare/sjuksköterska/vårdgivare.
- 4- Ville vänta ett tag och se om det gick över.
- 5- För långt att resa eller besvärligt att ta sig dit.
- 6- För långa väntetider, t.ex. i telefon, för att få tid för besök på mottagningen.
- 7- Ingen idé, annan orsak, vet ej/vill ej.

Tabell 26. Andelen personer 20–64 år som har besökt läkare eller sjuksköterska samt andelen som har avstått och som har angivit ekonomiska skäl (procent)

	Andel med behandling	Andel som avstått	Andel som avstått flera gångar	Andel som avstått av ekonomiska skäl	
				av dem som avstått	av gruppen
Hinder i vardagen	35	11	9,1	33	3,6
Har handikappersätt- ning	28	7,5	6,3	*	*
<i>Alla i befolkning</i>	15	4,8	3,6	27	1,3

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

* för litet antal observationer för att kunna redovisa

Tabell 27. Andelen personer 20–64 år som har avstått från att köpa läkemedel och som har angivit ekonomiska skäl (procent)

	Andel som avstått	Andel som avstått av ekonomiska skäl	
		av dem som avstått	av gruppen
Hinder i vardagen	8,0	48	3,8
Handikappersättning	4,9	*	*
<i>Alla i befolkning</i>	3,4	36	1,2

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

* för litet antal observationer för att kunna redovisa

Tabell 28. Andelen personer 20–64 år med utgifter för tandvård samt andelen som har avstått och som har angivit ekonomiska skäl (procent resp. kronor)

	Utgifter		Avstått	Andel som avstått av ekonomiska skäl	
	Andel med utgifter	Genom- snittlig utgift för dem som har	Andel som avstått	av dem som avstått	av gruppen
Hinder i vardagen	59	3 100	28	84	23
Psykiskt funktionshinder	50	2 700	40	79	31
Vissa personer i eget boende som har svarat utvecklingsstörning	62	2 200	23	70	16
Handikappersättning	62	3 500	22	77	17
<i>Alla i befolkning</i>	61	2 200	16	75	12

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 29. Andelen personer 20–64 år med utgifter för tandvård samt andelen som har avstått och som har angivit ekonomiska skäl. Index för befolkningen =100

	Utgifter		Avstått		
	Andel med utgifter	Genomsnittlig utgift för dem som har	Andel som avstått	Andel som avstått av ekonomiska skäl av dem som avstått	av gruppen
Hinder i vardagen	97	140	174	112	196
Psyiskt funktionshinder	82	120	248	106	264
Vissa personer i eget boende som har svarat utvecklingsstörning	101	100	145	94	136
Handikappersättning	101	161	136	103	139
<i>Alla i befolkning</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 30. Andelen personer 20–64 år med hjälpmedel samt genomsnittliga utgifter för dem som har utgifter (procent resp. kronor)

	Andel med utgifter för			Genomsnittlig utgift för dem som har utgifter för	
	av dem som fått beviljade hjälpmedel	beviljade hjälpmedel av gruppen	ej beviljade hjälpmedel av gruppen	beviljade hjälpmedel	ej beviljade hjälpmedel
Hinder i vardagen	14	3,3	8,8	600	2 400
Rörelsehinder	13	3,5	10	600	2 300
Har varit långvarigt sjuk	15	4,2	10	500	2 200
Handikappersättning	8,8	5,3	12	*	6 200

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

* för litet antal observationer för att kunna redovisa

Tabell 31. Andelen personer 20–64 år med utgifter för tillbehör till hjälpmedel samt genomsnittliga utgifter för dem som har utgifter (procent resp. kronor)

	Tillbehör till hjälpmedel		
	Andel med utgifter		Genomsnittlig utgift för dem som har utgifter för tillbehör
	av personerna med hjälpmedel	av gruppen	
Hinder i vardagen	12	3,4	700
Rörelsehinder	6,7	2,1	800
Syn	24	8,6	*
Hörsel	47	26	500
Vissa personer i eget boende som har svarat utvecklingsstörning	13	3,0	*
Har varit långvarigt sjuk	7,4	2,4	900
Handikappersättning	23	14	1 200

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

* för litet antal observationer för att kunna redovisa

Tabell 32. Andel personer 20–64 år som har hjälpmedel, förbrukningsartiklar eller resor samt andelen med utgifter (procent)

	Andel som har angivit att de har	Andel av dessa som har en utgift	Andel av personer med hinder som har en utgift
Beviljat hjälpmedel	24	60	3,3
Ej beviljat hjälpmedel	9,4	100	9,4
Tillbehör till hjälpmedel	Uppgift saknas	Uppgift saknas	3,4 ¹⁴
Särskilda förbrukningsartiklar	13	50	5,4
Färdtjänst	8,3	80	5,9
Sjukresor	17	86	13

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

Tabell 33. Andel personer 20–64 år med beviljad färdtjänst, riksfärdtjänst och sjukresor (procent)

	Andel med beviljad		Andel med sjukresa
	färdtjänst	riksfärdtjänst	
Hinder i vardagen	8,3	2,4	17
Vissa personer i eget boende som har svarat utvecklingsstörning	19	4,3	17
Handikappersättning	46	23	27

Källa: Specialbearbetning av SCB:s HEK-undersökning 2005 och 2006.

¹⁴ Det kan vara både av dem med beviljade och ej beviljade hjälpmedel.