

Psyiskt funktionshindre och LSS

Resultat från en nationell inventering

Lars-Christer Hydén

En internationell inventering 1996 av socialstyrelsen visar att relativt få personer med psykiska funktionshinder fått LSS-insats - endast cirka 14% av de 7 000 individer som handikapputredningen räknat med. I hälften av landets kommuner får inga psykiskt funktionshindre personer LSS-insatser. Män tenderar att få mer insatser än kvinnor.

I artiklen diskuteras tänkbara orsaker till de anmärkningsvärda fynden.

Docent Lars-Christer Hydén är verksam vid institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan i Stockholm

Under 1993 beslöt riksdagen att införa en särskild rättighetslag för personer med funktionshinder som skulle träda i kraft 1 januari 1994. Lagen om stöd och service (LSS) skulle ersätta bland annat omsorgslagen.

Införandet av LSS var ett led i en reformering av handikapplagstiftningen. Samtidigt som detta arbete pågick startade också ett reformarbete inriktat mot den psykiatriska vården, med speciell betoning av vården av så kallat psykiskt långtidssjuka personer. Det var tidigt avsikten att de båda reformerna skulle samordnas, vilket också skedde bland annat på så sätt att personer med psykiska funktionshinder kom att föras till personkretsen för LSS, närmare bestämt som en del av personkretsgrupp 3.

LSS är en *rättighetslagstiftning* som konkret anger ett antal insatser som den enskilde som tillhör lagens personkrets, skall ha rätt till. En förutsättning är att den sökande behöver sådan hjälp i sin livsföring och att detta behov ej tillgodoses på annat sätt. Som sådan är LSS att betrakta som ett komplement till annan lagstiftning, specifikt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. För personer i personkretsgrupp 3 definierades funktionshinder som "förvärvade eller medfödda fysiska eller psykiska funktionshinder p g a sjukdom eller skada". Det betonades i propositionen att vare sig orsaken till skadan eller sjukdomen, eller

diagnosen spelar någon roll för om en person skall tillhöra personkretsen och gruppen. Funktionshindret skall vara stort och varaktigt, och påverka flera livsområden samtidigt, till exempel arbete och boende, och orsaka betydande svårigheter i den dagliga livsföringen.

I det följande diskuteras i vilken utsträckning har personer med psykiska funktionshinder fått del av dessa LSS-insatser utifrån en nationell inventering. (Se vidare Hydén, 1997.)

Material

Hösten 1996 gjordes en nationell inventering av Socialstyrelsen av hur många personer som har LSS-insatser. Inventeringen avsåg att registrera samtliga beslut som LSS-insatser som var gällande ett godtyckligt datum, som sattes till 2 september 1996.

Samtliga landets kommuner och landsting kontaktades under våren 1996 och namn på kontaktpersoner inrapporterades. Under september skickades registreringsblanketter ut (både på papper och datamedia). På dessa blanketter skulle uppgifter om varje person som hade en gällande LSS-insats 2 september 1996 registreras, samt vilka insatser som var aktuella och i förekommande fall, omfattningen av insatserna. De direkt personrelaterade uppgifterna avsåg i princip boendeform och form av funktionshinder. På blanketten angavs också speciellt om den person hade LSS-insats och som ingick i personkretsgrupp 3 hade ett specifikt psykiskt funktionshinder. Eftersom personer kan ha flera funktionshinder av olika art, används i det följande begreppet primärt psykiskt funktionshinder för att ange att det psykiska funktionshindret i detta sammanhang har betraktats som primärt och övriga funktionshinder som sekundära.

Uppgifter från denna inventering inrapporterades un-

Vare sig orsaken till skadan eller sjukdomen eller diagnosen spelar någon roll för om en person skall tillhöra personkretsen för LSS

der hösten 1996 och vintern 1997 till Socialstyrelsen och har ställts samman till ett nationellt material, som möjliggör analyser av exempelvis i vilken utsträckning som personer med psykiska funktionshinder har LSS-insatser.

Med hjälp av denna undersökningsmetodik har alltså en total inventering gjorts i hela landet. En begränsning med denna typ av tvärsnittsundersökning är att endast personer med gällande LSS-beslut finns med, alltså ej de som har haft LSS-insatser före 2 september. Ytterligare en begränsning är att endast uppgifter om formella beslut om LSS-insatser ingår. Det finns alltså ej några uppgifter om hur många personer som har sökt LSS-insatser, men fått avslag. Uppgifter saknas från ett mindre antal kommuner, däribland delvis en storstad. I synnerhet storstäderna är det rimligt att anta att det föreligger en viss underrapportering. Konsekvenserna av detta är beklagliga men bedöms inte som speciellt allvarliga för helhetsbilden. Det är inte troligt att helhetsbilden förändras i någon större utsträckning.

Den grupp som diskuteras här är de personer som handläggaren angivit att de förutom att tillhöra personkretsgrupp 3 också har ett primärt psykiskt funktionshinder, det vill säga att det psykiska funktionshindret utgjort grunden för beslut om LSS-insatser. Vidare har endast personer som är 18 år eller äldre tagits med i det aktuella materialet.

Psykiskt funktionshindrade jämfört med övriga grupper

Psykiskt funktionshindrade utgör en del av personkretsgrupp 3 inom den personkrets som omfattas av LSS. Hela tredje gruppen brukar betecknas som en "tillkommande grupp", det vill säga en grupp som inte omfattades av tidigare lagstiftning.

Av tabell 1 framgår det totala antal personer som hade någon LSS-insats då inventeringen genomfördes. Den största gruppen utgörs av utvecklingsstörda, och därefter kommer den tredje gruppen; grupp två utgör totalt sett en liten grupp. Det framgår också att andelen personer med primära psykiska funktionshinder, är förhållandevis liten, både totalt sett (2,5 %) och i jämförelse med hela grupp 3 (15 %).

Av det totala antalet personer som har någon LSS-insats är andelen personer med primära funktionshinder förhållandevis liten

Tabell 1. Antal personer i personkretsgrupperna i den nationella inventeringen avseende 2 september 1996. Antal (procent).

Personkretsgrupp	Män	Kvinnor	Samtliga
Personkretsgrupp 1	19.226 (83)	14.917 (81)	34.143 (82)
Personkretsgrupp 2	486 (2)	225 (1)	711 (2)
Personkretsgrupp 3	3.513 (15)	3.344 (18)	6.857 (16)
Totalt	23.225 (100)	18.487 (100)	41.712 (100)
Personer i personkretsgrupp 3 som är primärt psykiskt funktionshindrade	534 (2,3)	495 (2,7)	1 029 (2,5)

Handikapputredningen (SOU 1991:46) uppskattade att cirka 7.000 personer med psykiska funktionshinder skulle komma att inkluderas i personkretsgrupp 3. Psykiatriutredningen (SOU 1992:73) presenterade två olika tänkbara uppskattningar: en lägre som omfattade 20.000 personer och en högre som uppgick till 40.000 personer.

Oavsett vilken av dessa uppskattningar som kan anses rimlig, är det faktum att endast drygt 1.000 personer med psykiska funktionshinder har LSS insatser, anmärkningsvärt. Dessa tusen individer utgör 14 % av de 7.000 individer som Handikapputredningen beräknade skulle ingå i personkretsen och mellan 2,5 och 5 % av det antal som Psykiatriutredningen uppskattade.

Personer med psykiska funktionshinder

Den könsmässiga fördelningen mellan män och kvinnor är jämn bland personer med ett primärt psykiskt funktionshinder; en viss övervikt av män kan dock urskiljas. Åldersfördelningen är jämnt fördelad, med en stark koncentration i åldersgruppen 30–60 år. Andelen unga och äldre är förhållandevis liten (tabell 2).

En av de få sociala uppgifter om gruppen psykiskt funktionshindrade som återfinns i inventeringen rör boendeformer. Något över hälften av de primärt psykiskt funktionshindrade bor i eget boende som inte är en servicelägenhet. En tredjedel har ett boende med särskild service. En liten grupp bor hemma hos sina föräldrar.

Boendeformen är starkt relaterad till ålder: yngre personer bor i större utsträckning med sina föräldrar och äldre (över 65 år) bor i större utsträckning i boende med särskild service; personer mellan 30 och 64 år bor dä-

Tabell 2. Personer tillhöriga personkretsgrupp 3 med psykiska funktionshinder. Antal (procent).

	Män	Kvinnor	Totalt
Antal	534 (51,9)	495 (48,1)	1029 (100)
Ålder (genoms.) 44 år	44 år	47 år	46 år
18–30 år	81 (15,2)	44 (8,9)	125 (12,1)
31–40 år	155 (29)	115 (23,2)	270 (26,2)
41– 50 år	134 (25,1)	152 (30,7)	286 (27,8)
51 – 64 år	140 (26,2)	144 (29,1)	284 (27,6)
65–	24 (4,5)	40 (8,1)	64 (6,2)
Boendeform			
Eget boende	251 (49,3)	304 (65,2)	555 (56,9)
Bor hos föräldrar	31 (6,1)	12 (2,6)	43 (4,4)
Bostad med särskild service	197 (38,7)	134 (28,8)	331 (33,9)
Annat	30 (5,9)	16 (3,4)	46 (4,7)
Uppgift saknas om boende	25	29	54
Övriga funktionshinder			
Hörsel	10 (4,7)	13 (6,4)	23 (5,5)
Syn	19 (9)	15 (7,4)	34 (8,2)
Tal-språk	45 (21,2)	22 (10,8)	67 (16,1)
Rörelse	50 (23,6)	68 (33,3)	118 (28,4)
Medicinskt	88 (41,5)	86 (42,2)	174 (41,8)
Samtliga	212 (100)	204 (100)	416 (100)

remot i större utsträckning i eget boende. Likaså är boendet könsrelaterat: kvinnor bor i betydligt större utsträckning än män i eget boende, medan männen i större utsträckning bor med särskild service.

Några av de psykiskt funktionshindrade personerna har ytterligare andra funktionshinder. En dryg fjärdedel av samtliga har andra funktionshinder, företrädesvis medicinska funktionshinder och problem med rörelseförmågan. Antalet funktionshinder är relaterat till stigande ålder.

Närmare hälften av samtliga psykiskt funktionshindrade personer med LSS-insatser är bosatta i större eller medelstora städer – alltså i städer med mellan 20.000 och 200.000 invånare (tabell 3). Däremot är antalet personer med LSS-insatser i storstadsområdena förhållandevis litet, under en femtedel av samtliga. En möjlig förklaring till det låga antalet i storstadsregionerna hör samman med en trolig underrapportering, speciellt från Stockholms stad.

Totalt sett är LSS-insatser för personer med psykiska funktionshinder uppenbarligen något som hör samman med städer; en liten andel – en dryg fjärdedel – med

Tabell 3. Typ av kommun och psykiskt funktionshindrade personer med beslut om LSS-insats. Uppgift saknas för 54 personer.

Typ av kommun	Antal personer med LSS beslut	Antal kommuner med personer som har LSS beslut, samt andelen av det totala antalet kommuner (%)	Antal personer med psykiska funktionshinder med LSS-insats/10.000 invånare
Storstad	129 (13,2)	1 (33)	0,92
Förortskommun	44 (4,5)	20 (56)	0,34
Större stad	289 (29,6)	7 (28)	1,25
Medelstor stad	222 (22,8)	9 (23)	1,71
Industrikommun	52 (5,3)	34 (64)	0,66
Landsbygds-kommun	30 (3,1)	25 (64)	0,61
Glesbygds-kommun	50 (5,1)	17 (55)	1,8
Övrig större kommun	99 (10,2)	12 (44)	1,66
Övrig mindre kommun	60 (6,2)	18 (51)	1,57
Samtliga	975 (100)	143 (50)	1,1

insatser återfinns i mindre kommuner och glesbygds- eller landsbygds-kommuner.

Denna bild förändras något om antalet personer med LSS-insatser relateras till befolkningen i de olika kommungrupperna. Det framkommer då att andelen psykiskt funktionshindrade personer med LSS-insatser är högre i mindre kommuner och i landsbygds-kommuner, jämfört med storstäderna och förortskommunerna.

Det kan då vara viktigt att komma ihåg att det saknas uppgifter från Stockholms kommun om primärt psykiskt funktionshindrade, vilket sannolikt förklarar den låga storstadsandelen. Andelen personer i befolkningen i mindre kommuner som får LSS-insatser är hög, men betyder i praktiken att det rör sig om en ibland två personer per kommun; i många mindre kommuner finns inga psykiskt funktionshindrade alls som har LSS-insatser. Det är anmärkningsvärt att antalet förortskommuner som saknar beslut om LSS-insatser till psykiskt funktionshindrade är så stort.

Det är anmärkningsvärt att antalet förortskommuner som saknar beslut om LSS-insatser till psykiskt funktionshindrade är så stort

Det framgår också att i hälften av Sveriges kommuner finns det inga personer med psykiska funktionshinder som har LSS-insatser. Denna siffra beror endast i mindre utsträckning på att uppgifter ej lämnats in vid inventeringen.

Det betyder att det finns olikheter mellan kommunerna beroende på storlek vad gäller förutsättningarna för hur arbetet med LSS-insatser till psykiskt funktionshindrade kan organiseras. Men det finns också skillnader i vilken utsträckning som insatser faktiskt ges.

Insatser

Samtliga personer hade någon insats enligt LSS (*tabell 4*). Ungefär femton procent hade två eller flera insatser – alltså en förhållandevis liten andel. Några typer av insatser förekommer mycket sparsamt, som exempelvis "avlösarservice i hemmet", "korttidsvistelse" och "korttidsstillsyn". Generellt är detta insatser som i första hand varit tänkta för exempelvis familjer med funktionshindrade eller utvecklingsstörda barn.

Tabell 4. Typ av insats för personer med psykiska funktionshinder. Antal (procent).

	Män	Kvinnor	Samtliga
Råd och stöd	51 (8,2)	51 (8,7)	102 (8,4)
Personlig assistans	108 (17,3)	121 (20,8)	229 (18,9)
Ledsagarservice	71 (11,3)	96 (16,5)	167 (13,8)
Kontaktperson	217 (34,7)	183 (31,4)	400 (33,1)
Avlösarservice i hemmet	3 (0,5)	3 (0,5)	6 (0,5)
Korttidsvistelse utanför hemmet	9 (1,4)	12 (2,1)	21 (1,7)
Korttidsstillsyn	3 (0,5)	0 (0)	3 (0)
Bostad med särskild service	164 (26,2)	117 (20,1)	281 (23,2)
Totalt antal insatser	626 (100)	583 (100)	1209 (100)
Endast en insats	452 (84,6)	414 (83,6)	866 (84,2)
Två insatser	73 (13,2)	74 (14,9)	147 (14,3)
Tre eller flera	9 (1,7)	7 (1,4)	16 (1,6)

Några av de övriga insatserna finns det anledning att granska närmare. Insatsen *råd och stöd* fick under en tiondel av samtliga. Hälften av dessa fick insatsen från landstinget. Det är troligt att det finns en mycket kraftig underrapportering av råd och stöd insatser från i första hand landstinget. Det finns sannolikt två framträdande skäl till detta. För det första formaliseras av tradition få av sjukvårdens insatser i form av formella beslut. För det andra finns det anledning att förmoda att man från psykiatrins sida i liten utsträckning ger sina

En knapp femtedel av samtliga fick personlig assistans

insatser i form av just råd och stöd, utan använder andra beteckningar. Likaså att kunskapen om insatsens existens kan vara begränsad.

Personlig assistans har ofta lyfts fram som en central och viktig insats inom ramarna för LSS (och LASS). En knapp femtedel av samtliga fick personlig assistans. Variationen i antalet timmar var stort; i genomsnitt hade man beslut om personlig assistans 27 timmar per vecka. Det finns en tendens att män har något fler timmar än kvinnor.

Boende med särskild service är en insats som en dryg fjärdedel av samtliga har. Män har denna insats i större utsträckning än kvinnor. Det är dock troligt att ytterligare en stor grupp psykiskt funktionshindrade har stöd i sitt boende men då enligt socialtjänstlagen.

Nästan en tredjedel av samtliga har *kontaktperson*. Det är också en insats som förekommer tillsammans med andra insatser. Det är något fler män än kvinnor som har denna insats. Vad gäller insatsen *ledsagarservice* har närmare fjorton procent den insatsen; kvinnor i större utsträckning än män. Vad gäller hur många timmar per månad som insatsen utgår är variationen mycket stor: från två timmar till 320 timmar per månad. Det genomsnittliga antalet timmar är 28 timmar per månad. Det visar sig också att även om fler kvinnor än män har insatsen, så får männen ett större antal timmar per månad (35 timmar) än kvinnorna (25 timmar).

Knappt femton procent av samtliga har *fler än en LSS-insats*. Det finns ett antal kombinationer, men de flesta med flera insatser kombinerar boende med särskild service med någon annan insats, i första hand kontaktperson. Dett bör väl närmast uttydas som att det är personer som inte bara behöver stöd i sitt boende, utan också stöd för att komma ut ur hemmet.

Sammantaget förefaller det som om de LSS-insatser som är angelägna och viktiga för personer med psykiska funktionshinder är insatser som bygger på ett personligt utformat stöd och kontakt som personlig assistans, kontaktperson och ledsagarservice, och som ger möjligheter till ett eget boende. Det vill säga, det är genomgående insatser av den typ som kan kallas *stödjande*.

Ett återkommande mönster är också att män i större utsträckning än kvinnor får stödande insatser, och i allmänhet också får fler timmar. Detta kan tyda både på

ett beslutsfattande som bygger på ett slentrianmässigt könstänkande. Skillnaden kan också återspegla reella skillnader i behov mellan män och kvinnor.

Sammanfattning och diskussion

Sammanfattningsvis är det

- förhållandevis få personer med psykiska funktionshinder som har LSS-insatser jämfört med det totala antalet personer med LSS-insatser. Det är långt färre än de 7.000 personer som Handikapputredningen beräknade bli aktuella för LSS-insatser och ännu färre än de 20-40.000 individer som Psykiatriutredningen uppskattade skulle komma att ingå i personkretsen.
- så att i hälften av landets kommuner får inga psykiskt funktionshindrade personer LSS-insatser.
- så att den typ av insatser som utgår till personer med psykiska funktionshinder är huvudsakligen insatser som syftar till att stödja individen.
- så att män tenderar att få mer insatser än kvinnor.

En central fråga utifrån detta resultat blir självfallet varför så få personer med primära psykiska funktionshinder som får insatser beviljade enligt LSS?

Ett av de viktigaste skälen till varför så få psykiskt funktionshindrade har sökt LSS-insatser kan möjligen hänga samman med att de får insatser i enlighet med annan lagstiftning, i synnerhet *socialtjänstlagen*.

Utifrån Handikapputredningen och Psykiatriutredningen finns det anledning att förmoda att det kan finnas tre olika grupper av personer med psykiska funktionshinder som potentiellt kan söka insatser enligt LSS. Den första gruppen består av personer som sedan många år tillbaka har haft kontakt med psykiatriska vårdorganisationer, men också med socialtjänsten. De har haft insatser i enlighet med § 6 socialtjänstlagen, i synnerhet hemtjänst insatser. För exempelvis handläggare inom socialtjänsten kan det framstå som att det inte finns någon större anledning att ompröva de SoL insatser som dessa personer redan har eftersom de "fungerar". Den enskilde kanske saknar kunskap om LSS och begär därför inte en omprövning av gällande beslut. Denna grupp personer är sannolikt förhållandevis stor, men det saknas ännu en nationell kartläggning i samband

Ett av de viktigaste skälen till varför så få psykiskt funktionshindrade har sökt LSS-insatser kan möjligen sammanhånga med att de får insatser i enlighet med socialtjänstlagen

Ytterligare en tänkbar orsak är att de fulla effekterna av den så kallade psykiatrireformen ännu inte slagit igenom

med den pågående omstruktureringen av den psykiatriska vården, eftersom de inte direkt innefattas under begreppet "medicinskt färdigbehandlade".

Den andra gruppen består av de personer som har definierats som "medicinskt färdigbehandlade" av de psykiatriska vårdorganisationerna i samband med psykiatrireformen. Det rör sig i stor utsträckning om äldre personer, som saknar egen bostad och som tillbringat mycket lång tid inom den slutna psykiatriska vården, kanske i synnerhet vid sjukhem och liknande. När denna grupp blir aktuell inom socialtjänsten får de i första hand insatser i enlighet med socialtjänstlagen, vilket får stöd i ett flertal lokala uppföljningar (se t. ex. Kebbon et al, 1997).

Den tredje gruppen består av personer som inte tidigare varit aktuella i någon större omfattning inom vare sig de psykiatriska vårdorganisationerna eller socialtjänsten. De skulle kunna betecknas som en helt nyttillkommande grupp, bestående av personer med exempelvis långvariga depressiva eller neurotiska problem. Mycket tyder på denna grupp personer blivit mycket liten, dels därför att de sökt i liten utsträckning, och dels därför att de inte ansetts ha tillräckligt omfattande funktionshinder.

Sammantaget finns det alltså anledning att förmoda att många av de potentiella personer med psykiska funktionshinder som skulle kunna söka LSS-insatser istället har insatser enligt SoL.

Ytterligare en tänkbar orsak i detta sammanhang är att de fulla effekterna av den så kallade *psykiatrireformen* ännu inte har slagit igenom. Det har tagit mycket lång tid för flera av de större landstingen och kommunerna i landet att komma fram till en överenskommelse angående hur överföring av patienter och verksamheter skall ske – inte minst eftersom dessa överenskommelser har berört en skatteväxling. Det är sannolikt att det potentiellt finns en stor grupp patienter som ännu ej har definierats som medicinskt färdigbehandlade av den psykiatriska vårdorganisationen och som därmed ej aktualiserats inom socialtjänsten. Dessutom är det möjligt att aktuella nedskärningar inom bland annat landstingen på förhållandevis kort sikt kan få ytterligare konsekvenser som vi idag inte kan över-

blicka vad gäller antalet personer som den psykiatriska vårdorganisationen önskar överföra till socialtjänsten.

Förändringar av relationen mellan landsting och socialtjänst skulle alltså kunna medföra att ytterligare personer blir aktuella för att åtminstone söka insatser i enlighet med LSS.

Det kan finnas en större *avslagsbenägenhet* bland handläggare vad gäller psykiskt funktionshindrade jämfört med andra grupper av funktionshindrade. Det saknas tillgängliga uppgifter om antalet psykiskt funktionshindrade personer som faktiskt har sökt insatser enligt LSS, men fått avslag.

Det finns uppgifter från en inventering av sju mellanstora svenska kommuner som ger vid handen att personer med psykiska funktionshinder dubbelt så ofta än andra personer i grupp 3 får avslag på sina ansökningar (Hedquist, 1997). Ett skäl till detta skulle kunna vara att psykiskt funktionshindrade är en tillkommande grupp, medan de övriga två grupperna redan var administrativt definierade och det fanns klara byråkratiska rutiner och kriterier. Den större osäkerheten hos handläggare och bristen på etablerade rutiner skulle alltså resultera i att man inte riktigt vet vad som skall räknas som psykiskt funktionshinder, vad begreppet "omfattande" innebär för denna grupp och hur svårigheter i vardagen skall tolkas.

Sammantaget kan detta leda till att fler ansökningar om LSS-insatser från psykiskt funktionshindrade jämfört med exempelvis utvecklingsstörda, avslås.

Få personer med psykiska funktionshinder kan ha sökt på grund av *bristande information* och möjlighet att ta emot information: många saknar exempelvis anhöriga eller någon annan person som kan företräda dem och deras intressen. Likaså är psykiskt funktionshindrade en grupp av personer som är förhållandevis svagt organiserade jämfört med andra grupper av funktionshindrade, även om både RSMH och IFS finns representerade på ett mycket stort antal orter i landet.

Av stor vikt för gruppen psykiskt funktionshindrade är att de har någon som kan företräda deras intressen

En förutsättning för att söka LSS-insatser är kunskap och information om att lagen finns. Detta är något som är än mer nödvändigt eftersom ansökningar om LSS-insatser förutsätter att den funktionshindrade själv söker om insatsen eller en kontaktperson. Det betyder att det är av betydelse i vilken utsträckning som den kommunala socialtjänsten och aktuella intresseorganisationer har informerat om de möjligheter som LSS kan innebära.

Av stor vikt för gruppen psykiskt funktionshindrade är att de har någon som kan företräda deras intressen – något som sannolikt gäller för många grupper av funktionshindrade. En sådan stark grupp är anhöriga. Just gruppen psykiskt funktionshindrade har ett svagt socialt nätverk, vilket betyder att de sannolikt har färre starka företrädare för de egna intressena än vad andra grupper har.

Detta kan antyda att det är speciellt viktigt att just gruppen psykiskt funktionshindrade att ha kontaktpersoner eller någon form av personliga ombud som företräder deras intressen gentemot myndigheter.

REFERENSER

- Hedquist B (1997): Bättre livssituation och ökad delaktighet? Socialstyrelsen, rapport 1997:49-8.
- Hydén L-C (1997): Från sjukdom till handikapp. De psykiskt funktionshindrade och LSS. Socialstyrelsen, rapport 1997:49-16.
- Kebbon L, Hedquist B, Hellerström E, Pettersson P-E, Wiik U (1997): LSS-kartläggning och uppföljning. Ett exempel från Uppsala. Centrum för handikappforskning, Uppsala universitet.

Linköpingsdagarna i Folkhälsovetenskap

1998

Årets tema: Allergi som folkhälsoproblem

Tid: 6-7 maj 1998

Konferensen arrangeras av Centrum för Folkhälsovetenskap, Hälsovetenskap och Tema Hälsa och samhälle, Linköpings universitet. Avsikten är att belysa relevanta hälsoproblem genom ett tvärvetenskapligt angreppssätt där folkhälsoarbete och vetenskap möts.

För information kontakta Margareta Kristenson tel: 013-22 50 75, fax 013-22 50 95, E:mail Margareta.Kristenson@fbvc.lio.se