

Kropp och känsla. Perspektiv på utvecklingsstörning och hälsa

Jens Ineland

PhD. socialt arbete, Universitetslektor på Pedagogiska institutionen vid Umeå universitet. E-post: jens.ineland@pedag.umu.se.

Syftet med denna artikel är att diskutera perspektiv på hälsa i förhållande till personer med utvecklingsstörning. Två övergripande perspektiv introduceras: hälsa och levnadsvanor samt hälsa, identitet och val av livsstil. En utgångspunkt är den sociala och samhällsliga position personer med utvecklingsstörning befinner sig i. Denna relation mellan olika aspekter av hälsa är alltid relevant i princip, men spetsas utan tvivel till i ett institutionellt sammanhang av vård- och omsorg. Med utgångspunkt i dessa perspektiv reser artikeln frågor om hur exempelvis utbildning, arbete och sysselsättning, ekonomiska förhållanden, samt autonomi och kontroll påverkar möjligheterna för personer med utvecklingsstörning att träffa självständiga val i frågor som främjar hälsa, livskvalitet och socialt identifikation.

This article discusses perspectives of health in relation to people with intellectual disabilities. Two approaches are introduced: health and lifestyle habits, and health, identity life styles. A point of departure is the specific social and societal position in which people with intellectual disabilities are living. This relation between different aspects on health is always relevant in principle, but is further intensified in an institutional context of disability care. Based on these different perspectives, the article raises questions how education, work and employment, economic conditions, access to public healthcare as well as autonomy affects the ability for people with intellectual disabilities to make independent decisions in every-day life that promote health in terms of well-being, quality of life and social identification.

Inledning och syfte

Målet för den svenska folkhälsopolitiken är att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Utvecklingen har varit positiv och i ett genomsnittligt perspektiv har hälsan förbättrats de senaste decennierna; människor har blivit friskare och lever längre än tidigare. Däremot är relativa skillnader i hälsa mellan olika samhällsgrupper oför-

ändrat stor, i enstaka fall till och med större. Fortfarande finns det systematiska skillnader i dödlighet och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper, men även mellan kvinnor och män, utrikes och inrikes födda, personer med och utan funktionshinder samt mellan personer med olika sexuell läggning (Ineland, 2013). Även de som beskrivs som mindre resurs-

starka grupper har generellt sett sämre hälsa, till exempel personer som saknar eller har kort utbildning, låg inkomst, dåliga boendeförhållanden, begränsat inflytande och begränsade möjligheter att vara delaktiga i samhällslivet. Även i dessa grupper har hälsan utvecklats positivt, men utvecklingen har varit mindre gynnsam jämfört med socioekonomiskt starkare grupper. I denna artikel diskuteras hälsa i förhållanden till en grupp med – *personer med utvecklingsstörning*. Syftet är att problematisera hälsa och utvecklingsstörning utifrån två grundläggande perspektiv – levnadsmönster och val av livsstil. Dessa perspektiv sätts sedan i relation till mer övergripande strukturella omständigheter som på olika sätt ramar in människors handlingsutrymme. Artikeln är i huvudsak teoretiskt driven där empiriska inslag primärt används för att illustrera samband mellan ovan nämnda aspekter av hälsa och livskvalitet.

Ökat intresse för frågor som rör hälsa och utvecklingsstörning

Frågor om hälsoläget hos olika befolkningsgrupper är angelägna i princip men spetsas till i förhållande till personer med utvecklingsstörning som i många avseenden lever i ett samhälleligt sammanhang som medför ökade hälsorisker. Det innebär till exempel en viss stress att noggrant behöva planera vardagslivet på grund av otillgängliga miljöer samtidigt som det kan påverka självkänslan och upplevelsen av livskvalitet när man på grund av samma otillgängliga miljö inte kan förverkliga sina planer. Vidare kan det ha en negativ inverkan på självkänslan att man, återkommande i kontakter med diverse

yrkesgrupper, tvingas redogöra för mer eller mindre intima detaljer i vardagslivet för att komma i åtnjutande av de insatser man behöver (och har rätt till). Det är också lätt att föreställa sig hur tilliten till samhällets institutioner påverkas av att ens behov och rättigheter ifrågasätts av dem som har uppdraget att hjälpa och stödja.

Det finns ett växande intresse i Sverige för frågor om hälsa och levnadsförhållanden för personer med utvecklingsstörning. Utvecklingen i Sverige följer en större internationell trend som kommer till uttryck bland annat i ett stort antal projekt och utvärderingar. *Healthy People* (2010) i USA, *Valuing People* (2009) i England och det EU-finansierade projektet Pomona (2008) är alla exempel på detta. Sammantaget kan man konstatera att det finns en ökat internationellt, och nationellt, intresse för vad som ibland uttrycks som 'ojämlik hälsa' mellan olika befolkningsgrupper. När det gäller personer med utvecklingsstörning, visar internationell forskning att de generellt sett har högre ohälsa i jämförelse med befolkningen i övrigt. (Se t.ex. Fisher 2004; van Schroyenstein Lantman-de Valk & Walsh, 2008; Ouellette-Kuntz 2005; Krahn m.fl., 2006; Nocon 2006; Emerson m.fl., 2009; Emerson & Baines 2010; O'Hara m.fl. 2010). Och även om orsakerna ges olika förklaringar handlar det sammanfattningsvis om a) *genetiska* faktorer (Hodapp & Dykens 2004), b) *sociala* faktorer som låga inkomster, social isolering, mobbing, etc. (Emerson, 2005; Stanish, m.fl. 2006), *miljörelaterade* faktorer, till exempel bristande tillgänglighet och skillnader i tillgång till hälso-

och sjukvård (Webb & Rogers 1999; Krahn, m.fl. 2006; Nocon 2006), samt *livsstilsfaktorer* som rör otillräcklig information om kopplingen mellan levnads-
mönster och hälsa och boendemiljöer, specifika för målgruppen, som på olika sätt främjar inaktivitet och ohälsosamma livsstilsval (Prasher, m.fl., 2002). Mot bakgrund av detta diskuteras nu två olika perspektiv på hälsa och livskvalitet för personer med utvecklingsstörning, a) fysisk hälsa och levnadsvanor och b) identitet och val av livsstil.

Perspektiv på utvecklingsstörning och hälsa

Fysisk hälsa och levnadsvanor

Det finns klara samband mellan levnadsvanor och hälsa. Näringsriktig kost, fysiska aktivitet och dagliga rutiner påverkar hälsan positivt medan en alltför stillasittande tillvaro och stora konsumtionsmängder tobak och alkohol påverkar hälsan negativt. När det gäller fysisk hälsa och levnadsvanor, pekar internationell forskning på en ojämlig ohälsa och att personer med utvecklingsstörning på en rad områden har sämre hälsa än befolkningen i övrigt. Till exempel visar Taylor och McCrum-Gardner (2010) att unga vuxna med utvecklingsstörning har tre gånger lägre fysisk hälsa och hela 16 gånger lägre psykisk hälsa jämfört med unga vuxna utan utvecklingsstörning. Meltzer m.fl. (2000) visar på likande förhållanden och menar att ohälsan delvis är en följd av att personer med utvecklingsstörning har olika medicinska tillstånd som påverkar den fysiska och psykiska hälsan. Forskning visar vidare att personer med utveck-

lingsstörning också har större adaptiva och emotionella svårigheter jämfört med befolkningen i övrigt (se t.ex. de Ruiter m.fl., 2007; Einfeld m.fl., 2006; Emerson, 2005; Hassiotis and Barron, 2007; Taggart m.fl., 2010). Krahn m.fl. (2006) visar i en forskningsöversikt att personer med utvecklingsstörning är överrepresenterade när det gäller bland annat epilepsi, psykiska problem, frakturer, hudsjukdomar, nedsatt mun- och tandhälsa och andningssjukdomar. Ungefär hälften medicinerades mot olika former av beteendeproblematik; 96 % var ordinerade två mediciner eller fler och 22 % var ordinerade sju eller fler. Enligt Rimmer & Hsieh (2011) är fysisk inaktivitet, bristfällig kosthållning och övervikt de primära hälsoriskerna för personer med utvecklingsstörning.

Krahn, m.fl. (2006) pekar på behovet av att differentiera mellan olika typer av *hälsotillstånd* när det gäller fysisk hälsa hos personer med utvecklingsstörning i syfte att öka förståelse för deras livssituation generellt. Vad hon kallar primära tillstånd rör medicinska omständigheter som kan orsaka exempelvis Downs syndrom, CP-skador, eller hjärninflammation. Vidare rör komorbida tillstånd åtföljande men i huvudsak oberoende patologiska processer som inte primärt följer av själva utvecklingsstörningen, till exempel cancer eller högt blodtryck. Slutligen rör sekundära tillstånd sådant som personer med utvecklingsstörning i större utsträckning än befolkningen i övrigt upplever men som samtidigt är möjligt att åtgärda, till exempel trycksår, tarmvred eller depressioner.

För personer med utvecklingsstörning finns även specifika hälsorisker knutna till kön. Till exempel exponeras kvinnor för särskilda risker som hänger samman med deras reproduktiva och sexuella hälsa. En i allmänhet svag läs- och skrivkunskap kan enligt van Schroyensteen Lant-de Valk, m.fl., (2002) innebära en risk att de inte får, eller tillägnar sig, adekvat utbildning och kunskap om t.ex. menstruationshygien, könssjukdomar och användning av preventivmedel. Kvinnor med utvecklingsstörning har inte heller samma tillgång till screening för bröstcancer eller livmoderhalscancer (ibid.), vilket medfört att de är överrepresenterade i dessa diagnosgrupper. Män med utvecklingsstörning har också särskilda hälsorisker, bland annat ökad förekomst av morbiditet (sjuklighet) och mortalitet (dödlighet) på grund av biologiska faktorer, hälsovådliga beteenden och begränsad tillgång till hälsovård (Kerr, 2002). Gemensamma hälsorisker hos både män och kvinnor är levnadsmönster som kan försvåra möjligheterna att utveckla och främja hälsosamma levnadsmönster som daglig motion och nyttig kost (Lunsky, m.fl., 2002, Heller & Marks, 2002). Mer generella livsomständigheter kopplade till hälsoläget hos personer med utvecklingsstörning är biologiska, sociala och psykologiska orsaker. Umb-Carlsson (2008) visar i en kartläggning att samtidigt som personer med utvecklingsstörning bor och lever i samhället har de sämre levnadsförhållanden på i stort sett alla livsområden i jämförelse med den övriga befolkningen – i synnerhet när det gäller arbete, inkomst och socialt umgänge. Jag har i ett annat sam-

manhang (Ineland, 2013) pekat på att begränsade möjligheter till inflytande och deltagande i samhällslivet påverkar hälsan negativt hos personer med utvecklingsstörning. Det hänger samman med att människors sociala position, tillsammans med social miljö – som är mer exponerad för hälsorisker hos gruppen personer med utvecklingsstörning – är en viktig faktor som förklarar hur människor drabbas olika av samma hälsorisk.

Hälsa, identitet och livsstil

Hälsa och livskvalitet rör emellertid fler frågor än i vilken mån man är frisk, nyttig och sund. Trots att man i fysiologisk mening är frisk kan människor i perioder uppleva ohälsa i form av nedstämdhet eller lågt välbefinnande. När hälsa knyts till idén om livskvalitet blir även frågor om identitet och sociala roller viktiga. Här diskuteras detta i relation till två arenor identitetsbärande – arbete och fritid. Etableringen på arbetsmarknaden är en av de viktigaste hälsofaktorerna i vuxenlivet samtidigt som arbetslöshetens negativa inverkan på den psykiska ohälsan är väl dokumenterad. Arbete i stor utsträckning är invävd i sociala och kulturella värderingar i samhället och har starka symboliska världen som, vid sidan om ekonomi, är kopplade till *normalitet* och *moral*. Att arbeta är ett sätt att försörja sig men också en symbol för att man har blivit vuxen och självständig och därmed även en social markör för medborgarskap. Utifrån ett hälsoperspektiv har denna syn på arbete betydelse för personer med utvecklingsstörning som har en dubbel koppling till arbetsliv. Deras deltagande rör sig

mellan två välfärdspolitiska diskurser; en *socialpolitisk diskurs* och en *arbetsmarknadsdiskurs* (Olsen, 2009). För enskilda individer kan detta innebära en slags inre kognitiv dissonans och ambivalens då den ena definierar dem som utanför arbetsmarknaden medan den andre understryker betydelse av att de helst bör vara innanför. En liknade dubbelhet finns inom utbildningssystemet och gränssnittet mellan grundskola och särskola och de inre spänningar som kommer till uttryck i arbetet för att skapa inkluderande lärmiljöer. Här handlar hälsa, inte om kropp och att vara frisk, utan om identifikation, social gemenskap och sociala och materiella resurser.

I likhet med arbetslivet är också *fritiden* identitetsbärande och erbjuder, vid sidan om diverse aktiviteter, möjligheter till sociala relationer och självförverkligande. Samtidigt finns ett inneboende etiskt dilemma när fritid för personer med utvecklingsstörning blir föremål för professionella insatser och överväganden. Personliga uppfattningar om hur man vill leva sitt liv, vilken betydelse man tillmäter fritidens olika aspekter, kan möta motstånd i väletablerade normer, värderingar och arbetsmetoder hos yrkesgrupper i en organisation. Jag har tidigare (Ineland, 2013) pekat på att hälsofrämjande fritid hos personer med utvecklingsstörning inte sällan uppfattas som aktiviteter; aktiv fritid är hälsosam. Genom idén att en funktionsnedsättning inte ska vara ett skäl till att inte kunna leva som andra. Samtidigt indikerar den identitetsbärande aspekten av fritiden att frågor om hälsa och livskvalitet rör inte bara aktiviteter

(vad man gör) utan också vem man är (identitet) och vem man vill vara (social identifikation). Fritiden gör det möjligt för människor att utmejsla en egen personlig identitet, utanför traditionella strukturer och normer i skola eller arbetsliv. Detta i sin tur förutsättning individuell anpassning. Att reducera frågor om hälsa till enbart aktiviteter och kropp (vara frisk), kan leda till att viktiga teman för social identifikation – kön, ålder, sexuell läggning, intressen, subkulturell tillhörighet – inte beaktas i arbetet för att främja hälsan hos personer med utvecklingsstörning. Att även utgå från sociala roller och identifikation öppnar upp för bredare frågeställningar. Till exempel hur den dubbla kopplingen till arbete, skola och fritid påverkar hälsan och känslan av identitet? Den dubbla kopplingen till olika samhällsliga arenor – att personer med utvecklingsstörning balanserar mellan normalitet och avvikelse – har gett upphov till en allmän kritik mot välfärdssystemets särskilda logik och behovet av administrativt avgränsade kategorier av *brukare*. Kritiken riktar udden mot att enskilda individer måste transformeras till brukare och inordnas i relativt komplicerade administrativa rutiner för att komma i åtnjutande av hjälp och stöd. Det ger stödinsatserna en dubbelfunktion: de underlättar konsekvenserna av en utvecklingsstörning samtidigt som de stigmatiserar. De sociala konsekvenserna av en sådan paradoxal situation – att på samma gång avskiljas från och inlemmas i en normativt definierad *normalitet* – är exempel på bredare spörsmål kopplade till hälsa och välbefinnande för personer med utvecklingsstörning. Denna typ

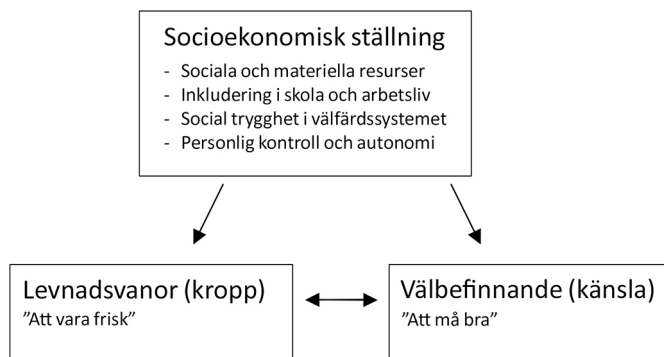
av frågeställningar är särskilt angelägen i dagens senmoderna samhälle (Giddens, 1999), som bidragit till ökade möjligheter för (och förväntningar på) människor att utveckla och modifiera personliga identiteter och livsstilar. Utvecklingen mot ett senmodernt samhälle reflekteras delvis i förhållande till såväl arbete och fritid. Vad som uppfattas vara en *hälsofrämjande fritid* är idag inte i lika stor omfattning en fråga om aktiviteter som möjligheter till relationer, identitetsbärande arenor, social identifikation och livsstilsval. Här har sociala medier spelat en roll genom att öppna upp för ökade möjligheter att informera sig och skapa nätverk och relationer utifrån exempelvis intressen, erfarenheter och livsstilar. I förlängningen har det även inneburit ökade möjligheter att kontrollera sina juridiska och sociala rättigheter och skapa nya arenor för identitetsbildning och självuttryck. En liknande utveckling kan ses i förhållande till arbete och arbetsliv. Idéer om att vara *till nytta* har i det senmoderna ersatts av att *vara sig själv*; arbete betraktas i allt mindre grad som ett mål i sig och snarare som ett sätt att profilera, eller synliggöra, den personliga identiteten. Jag har tidigare (Ineland, 2007) visat att kulturella aktiviteter för personer med utvecklingsstörning är exempel på identitetsbärande arenor som haft positiv inverkan på självkänsla, livskvalitet och hälsa.

Diskussion och slutsatser

Syftet med denna artikel har varit att problematisera utvecklingsstörning och hälsa genom att sätta diskussionen om hälsa i relation inte bara till levnadsvanor utan också till identitet och

livsstil samt till övergripande strukturella villkor med fokus på socioekonomisk ställning.

Figur 1 illustrerar komplexiteten i frågor om hälsa och livskvalitet hos personer med utvecklingsstörning. Den visar därför också på svårigheten att reducera hälsa till bara individuella faktorer istället för strukturella livsvillkor. I arbetet med att förbättra hälsan hos personer med utvecklingsstörning ryms därför även att förändra ett strukturellt samhälleligt problem och ojämlika livsvillkor mellan olika befolkningsgrupper. Då krävs resurser snarare än kostrådgivning, autonomi och egenmakt snarare än hälsocoach-samtal. En viktig faktor i detta sammanhang är socioekonomiska ställning – grundläggande skillnader i levnadsstandard och livschanser utifrån exempelvis utbildning, arbete och inkomst (Graham, 2005) – som är den mest genomgripande strukturella faktorn för människors hälsa och ohälsa. Sambandet mellan socioekonomisk ställning och hälsa är märkbar genom hela livet, från barndom till ålderdom. Hälsans bestämningsfaktorer har därför kommit att förknippas med marginaliseringen av och social problematik hos vissa befolkningsgrupper. För personer med utvecklingsstörning har detta en särskild relevans eftersom socioekonomisk ställning måste förstås utifrån en rad strukturella omständigheter, såsom koppling till utbildning och arbetsliv, resurser (materiellt och socialt) men även autonomi och kontroll över egna livsval samt social trygghet i relation till diverse stöd- och hjälpinsatser. Att problematisera hälsa och utveck-



Figur 1. Nivåer av hälsa i förhållande till personer med utvecklingsstörning.

lingsstörning, utifrån kontextuella och strukturella omständigheter, öppnar upp för strukturella och samhälleliga spörsmål. Till exempel vilka identiteter, levnadsvanor och livsstilar personer med utvecklingsstörning kan få stöd för i mötet med olika yrkesgrupper inom skolan, socialtjänsten och sjukvården. Eller i vilken omfattning välfärdsstatens särskilda logik begränsar möjligheterna till makt och kontroll över vardagslivet. Det rör även om och hur normer och värderingar inom välfärdssystemet om vad som är hälsofrämjande och hälsosamt knyter an till uppfattningar hos enskilda personer med utvecklingsstörning själva. Dessa slags frågor och samband synliggör potentiella konflikter i relation till olika välfärdspraktiker. När människors livssituation, materiellt och kulturellt, diversifierats har möjligheterna ökat att utveckla olika tillhörigheter och identiteter (Ineland, Molin & Sauer, 2013). Eftersom *självidentiteter* i det senmoderna blivit mer ”flytande projekt”, framstår plötsligt professioner som en av många rådgivare om livsstilar. Vidare framstår organisationer inom exempelvis handikappomsorg, utifrån sin historiska roll och funktion, som

konservativa och auktoritära.

Till sist kan det konstateras att den handikappolitiska utvecklingen sedan 90-talet inneburit ökad betoning på individens inflytande, delaktighet och egenmakt. I formell mening har utvecklingen stärkt den enskildes möjligheter att själv eller i samråd med andra utforma individuella livsprojekt. Men i praktiken uppstår lätt motsättningar eftersom enskilda individers behov, idéer och preferenser måste *matchas* mot organisatoriska strukturer och anpassas till dominerande normer och ideal. Så även om den handikappolitiska utvecklingen inneburit en form av frigörelse, finns det fortfarande en rad kulturella och strukturella omständigheter som är viktiga att beakta i arbetet för förbättrad hälsa hos personer med utvecklingsstörning.

Referenser

- Bachke, C. C. (2006). Utviklingshemming: betegnelser i endring i Norden? En litteraturstudie i et terminologisk villnis. *Specialpedagogikk*, 71, 18-28.

- Carr, A., & O'Reilly, G. (2007). Diagnosis, classification and epidemiology. I A. Carr, G. O'Reilly, P.N. Walsh, & J. McEvoy (Red.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice*, s.3-49. New York: Routledge.
- Carr, A., O'reilly, G., Noonan Walsh, P., & Mcevoy, J. (2007). *The handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice*. London and New York: Routledge.
- Cooper, S -A. (1999) The Relationship between Psychiatric and Physical Health in Elderly People with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 45: 54–60.
- Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L (2007). Mental illhealth in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 27-35.
- Doody CM, Doody O. (2012). Health promotion for people with intellectual disability and obesity. *British Journal of Nursing*, 21 (8): 460.
- Dosen, A (1993). Mental health and mental illness in persons with retardation: what we are talking about? I Fletcher, R.J. & Dosen, A. (red.) *Mental health aspects of mental retardation: progress in assessment and treatment*. New York: Lexington Books, MacMillan
- Emerson E. (2005) Underweight, obesity and physical activity in adults with intellectual disability in supported accommodation in Northern England. *Journal of Intellectual Disability Research* 49, 134–43.
- Emerson E., Madden R., Robertson J., Graham H., Hatton C. & Llewellyn G. (2009) *Intellectual and Physical Disability, Social Mobility, Social Inclusion & Health: Background Paper for the Marmot Review*. Centre for Disability Research, Lancaster University, Lancaster.
- Emerson E. & Baines S. (2010) *Health Inequalities and People with Learning Disabilities in the UK: 2010. Improving Health & Lives: Learning Disabilities Observatory*, Durham.
- Fisher, K., (2004). Health Disparities and Mental Retardation. *Journal of Nursing Scholarship* First Quarter 2004, 48-53
- Giddens, A. (1999). *Modernitet och självidentitet. Självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos
- Graham H. (2005) Intellectual disabilities and socio-economic inequalities in health: an overview of research. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 18, 101–11.
- Gustavsson, C. (2003) Intellectual disabilities and mental health problems. Evaluation of two clinical assessment instruments, occurrence of mental health problems and psychiatric care utilization (Akademisk avhandling). Uppsala universitet: institutionen för folkhälsa och vårdvetenskap
- Heller T, Marks B (2002) Health promotion and women. I: Walsh PN, Heller T (red.). *Health of women with intellectual disabilities*. Oxford: Blackwell, s. 170 - 89.
- Hassiotis, A. & Barron, D. A. (2007) *Mental Health, Learning Disabilities and Adolescence: A Developmental Perspective*. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 1 (3): 32–9.
- Hodapp R. M. & Dykens E. M. (2004) Studying behavioural phenotypes: issues, benefits, challenges. I Emerson, C, Hatton, T, Thompson, T & Parmenter, T (red.) *International handbook of applied research in intellectual disabilities*. 203–20. Wiley, Chichester.

- Ineland, J. (2013). Mäta hälsa, levnadsvanor och livsvillkor hos personer med utvecklingsstörning: Teoretiska och metodologiska perspektiv och överväganden. Förstudie genomförd på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut. I Statens folkhälsoinstitut (Dnr VERK 2011/442) Uppdrag om delmål m.m. inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken 2011-2016. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Ineland, J., Molin, M. & Sauer, L. (2013). Utvecklingsstörning, samhälle och välfärd. 2:a upplaga. Malmö: Gleerups
- Ineland, J. & Sjöström, S. (2007) Normalisering, autenticitet och reflexivitet. Om iscensättandet av det vanliga livet i handikappomsorg. Socialvetenskaplig tidskrift, nr. 4.
- Kerr, A. M., McCulloch, D., Oliver, K., McLean, B., Coleman, E., Law, T., Beaton, P., Wallace, S., Newell, E., Eccles, T. & Prescott, R. J. (2003) Medical needs of people with intellectual disability require regular reassessment, and the provision of client- and carer-held reports. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 134–145.
- Krahn, G., Hammond, L., & Turner, A., (2006). A Cascade of Disparities: Health and Health Care Access for People with Intellectual Disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 12, 70-82
- Lewis, M.A., Lewis, C.E., Leake B, King, B.H., Lindemann, R (2002). The quality of health care for adults with developmental disabilities. I *Public Health Report*, 117: 174–184.
- Linehan, C., Walsh, P.N., Van Schroyensteen Lantman-de Valk, H., & Kerr, M., (2007) POMONA Project. Monitoring the Health of People with Intellectual Disabilities within European Health Surveys. IASSID Special Interest Research Group Conference on Physical Health: Chronic Disease Management in People with Intellectual Disability. Prato, Italy, 21-23 May 2007.
- Linehan, C., Walsh, P.N., Van Schroyensteen Lantman-de Valk, H.M.J, Kerr MP & Frances Dawson, F (2006) On behalf of the Pomona-1 Group. Are People with Intellectual Disabilities Represented in European Public Health Surveys? In Press: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.
- Lunsky Y, Havercamp S. Women's mental health. I: Walsh PN, Heller T. (2002). *Health of women with intellectual disabilities*. Oxford: Blackwell, 59-75.
- McNeil, JM & Binette J (2001). Prevalence of disabilities and associated health conditions among adults: United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol 50: 120 –125.
- Merriman, S , Haw, C , Kirk, J & Stubbs, J. (2005) Risk Factors for Coronary Heart Disease among Inpatients Who Have Mild Intellectual Disability and Mental Illness, *Journal of Intellectual Disability Research* 49: 309–16.
- Morgan, V.A., Leonard, H, Bourke, J & Jablensky, A (2008) Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 193:364-372.
- Nocon A. (2006) Equal Treatment – Closing the Gap: Background Evidence for the DRC's Formal Investigation into Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities or Mental Health Problems. Disability Rights Commission, Manchester.
- O'Hara J, McCarthy J. & Bouras N. (2010) *Intellectual Disability and Ill Health*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Olsen, T. (2009). *Versjoner av arbeid: dagaktivitet og arbeid etter avviklingen av institusjonsomsorgen*. Avhandling. Uppsala: Uppsala universitet.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta- analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282.

- Prasher & Janicki, MP (2002). *Physical Health of Adults with Intellectual Disabilities*. Oxford: Blackwell
- Ouellette-Kuntz H. (2005) Understanding health disparities and inequities faced by individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 18, 113–21.
- Regeringens proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan. Stockholm: Regeringen.
- Regeringens proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik. Stockholm: Regeringen.
- Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W., & Schwartz, J. E. (2011). Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science & Medicine*, 72(6), 840–854.
- Rimmer, J.H., & Hsieh, K (2011, May). Longitudinal Health and Intellectual Disability Study (LHIDS) on Obesity and Health Risk Behaviors. Proceedings of the Lifespan Health and Function of Adults with Intellectual Disabilities? Translating Research into Practice, State of the Science Conference, Bethesda, MD.
- Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, Metsemakers, JFM, Haveman MJ, Crebolder, HFJM (2000). Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. *Family Practice* vol 17: 405-7.
- Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, Schupf N, Patja K (2002) Reproductive and physical health in women with intellectual disability. I Walsh, PN & Heller T (red.). *Health of women with intellectual disabilities*. Oxford: Blackwell.
- van Schrojenstein Lantman-de Valk, H & Noonan Walsh, P (2008) Managing health problems in people with intellectual disabilities. *Biomed experts*, vol. 337
- Stanish H. I., Temple V. A. & Frey G. C. (2006) Health-promoting physical activity of adults with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 12, 13–21.
- Sutherland G., Couch M. A. & Iacono T. (2002) Health issues for adults with developmental disability. *Research in Developmental Disabilities* 23, 422–45.
- Taggart, L., Taylor, D & McCrum-Gardner, E (2010) Individual, life events, family and socio-economic factors associated with young people with intellectual disability and with and without behavioral/emotional problems. *Journal of intellectual disabilities*, vol 14 (4), 267 – 288
- Tideman, M. (2000). Normalisering och kategorisering. Om handikappideologi och välfärdspolitik I teori och praktik för personer med utvecklingsstörning. Stockholm: Johansson och Skyttmo förlag.
- Umb-Carlsson, Ö. (2008). Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning. Statens Folkhälsoinstitut, 6-13.
- Webb O. J. & Rogers L. (1999) Health screening for people with intellectual disability: the New Zealand experience. *Journal of Intellectual Disability Research* 43, 497–503.
- Yang, Q, Rasmussen, S & Friedman, J.M. (2002) Mortality Associated with Down's syndrome in the USA from 1983 to 1997: a Population-Based Study. *Lancet* 359: 1019–25.