

ET SUNDT LIV MED HANDICAP – UDEN ULIGE BEHANDLING OG FOR TIDLIG DØD

16 anbefalinger til at mindske ulighed i sundhed mellem personer
med og uden handicap

SUNDHEDSPOLITISK UDSPIL 2025



Det Centrale Handicapråd

**DET CENTRALE HANDICAPRÅDS
16 ANBEFALINGER TIL AT MINDSKE ULIGHED I SUNDHED
MELLEM PERSONER MED OG UDEN HANDICAP**

Udgivet af Det Centrale Handicapråd

Marts 2025

ISBN: 978-87-90985-19-6

TEKST, REDAKTION OG GRAFISK DESIGN

Det Centrale Handicapråds sekretariat

INDHOLD

Forord	4
Viden om ulighed i sundhed	6
Handicap, sygdom og kroniske lidelser	8
16 anbefalinger	9
Viden og handling	10
1. Sundhed som fokus i national handlingsplan	10
2. Viden om barrierer i sundhedsvæsenet	10
Bevidsthed og tankegang	11
3. Kampagne om ubevidste og bevidste holdninger og fordomme i sundhedsvæsenet	11
4. Bevidsthedsskabende indsatser	11
5. Universielt design af sundhedsvæsenet.....	11
Universelt design og tilgængelighed i sundhedsvæsenet	12
Nærhed og tilgængelighed	14
6. Helhedsorienteret fokus på tilgængelighed	14
7. Status på tilgængelighed.....	15
8. Udbud af tilgængelige tilbud tæt på	15
9. Anvisning af tilgængeligt tilbud	15
10. Eftersyn af regler for befordring til sundhedstilbud.....	15
11. Sikring af ret til tolkning	15
Personlige, sociale og økonomiske forhold	16
12. Ret til tovholderfunktion.....	16
13. Ledsager i sundhedsvæsenet	16
14. Lavere loft over egenbetaling og/eller større tilskud	16
Forebyggelse	17
15. Årlig helbredssamtale	17
16. Permanent sundhedstjek på botilbud	17
Læs mere om ulighed i sundhed	18

FORORD

Mennesker med handicap bør have ret til at leve et sundt liv uden risiko for at dø tidligere sammenlignet med resten af befolkningen. Det tror jeg, de fleste af os kan blive enige om – men sådan ser virkeligheden desværre ikke ud.

I dag er det nemlig sådan, at personer med psykiske lidelser og udviklingshandicap dør langt tidligere – hele syv-ti år tidligere for dem med psykiske lidelser. Det er en alvorlig og skræmmende statistik.

Mennesker med handicap har generelt også et dårligere helbred med flere smerter og er mere i kontakt med sundhedsvæsenet. De er mere ensomme og får i mindre grad bevæget sig, mens de samtidig har et mere u hensigtsmæssigt forbrug af både tobak og alkohol. Det går ud over livskvaliteten. En tredjedel med større psykiske handicap er meget utilfredse eller utilfredse med deres liv, mens det samme kun gælder for fire pct. uden handicap.

Ulighed i sundhed mellem personer med og uden handicap er altså et væsentligt – men desværre ofte overset – problem, og som samfund er det i forlængelse af tilslutningen til FN's Handicapkonvention vores opgave at arbejde for at gøre den ulighed mindre.

Derfor har vi i Det Centrale Handicapråd udarbejdet 16 konkrete anbefalinger, der netop skal mindske uligheden i sundhed mellem personer med og uden handicap. Det handler først og fremmest om at handle på baggrund af viden, være bevidst og tænke anderledes, sikre nærhed og tilgængelighed, tage højde for personlige, sociale og økonomiske forhold og styrke forebyggelsen.

Helt konkret skal vores anbefalinger blandt andet være med til at skabe politisk handling og sikre mere viden om barriererne i sundhedsvæsenet samt gøre beslutningstagere, læger og andre, der arbejder med og i sundhedsvæsenet, opmærksom på personer med handicap og deres behov.

Med sundhedsreformens omkalfatring af sundhedsvæsenet, og særligt den kommende folkesundhedslov, er der lige nu en gylden mulighed for at indarbejde anbefalingerne i implementeringen af den nye aftale. Den mulighed skal udnyttes. Det er nu, vi skal handle.

Ulighed i sundhed mellem personer med og uden handicap er et væsentligt problem, som jeg håber, at sundhedsministeren og øvrige beslutningstagere vil handle på. Det handler om sundhed og sygdom, liv og – i sidste ende – død.



På vegne af rådet ønsker jeg god læselyst.

Mogens Lindhard

Formand for Det Centrale Handicapråd

VIDEN OM ULIGHED I SUNDHED

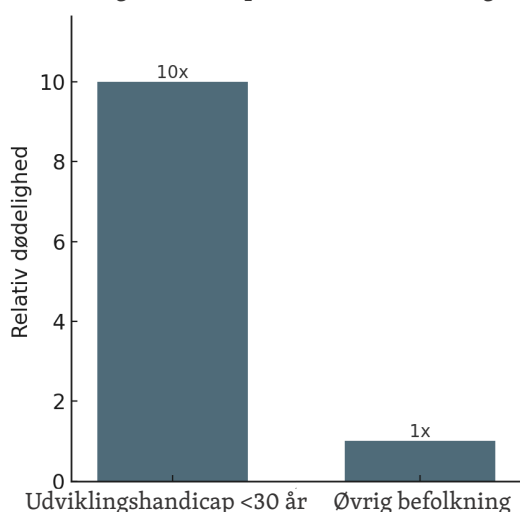
Det er veldokumenteret i forskningen, at personer med handicap oplever ulighed i sundhed sammenlignet med resten af befolkningen. Det viser blandt andet VIVE's panelundersøgelse SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark) og undersøgelser fra Statens Institut for Folkesundhed. Samtidig er personer med handicap oftere i kontakt med sundhedsvæsenet, og nogle grupper deltager mindre i forebyggende indsatser og får dårligere behandling (se Behandlingsrådet 2024).

Det er dog svært at vide præcist, hvad uligheden skyldes, fordi der mangler mere specifik viden om hvilke barrierer, der skaber ulighed i sundhed for den samlede og meget forskelligartede gruppe af personer med handicap.

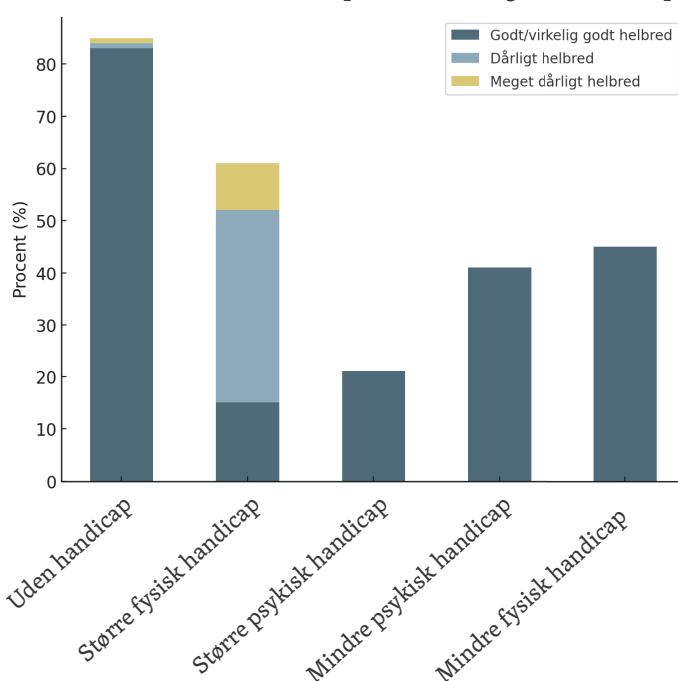
STØRRE DØDELIGHED OG DÅRLIGERE HELBRED

Dødelighed. Dødeligheden blandt personer med udviklingshandicap er markant højere, særligt blandt yngre personer under 30 år, hvor dødeligheden er over ti gange højere. Dødeligheden hos personer med psykisk lidelse er også højere – de dør i gennemsnit 7-10 år tidligere end resten af befolkningen (SIF 2022b; Plana-Ripol m.fl. 2019).

Dødelighed blandt personer med udviklingshandicap



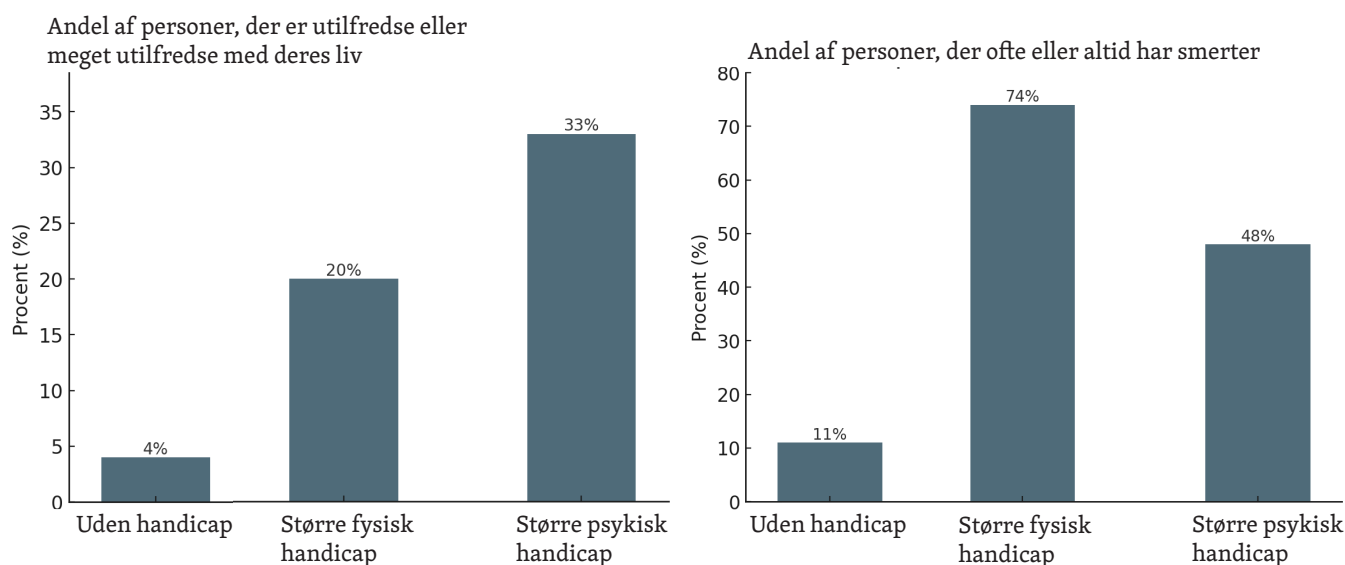
Selvurderet helbred blandt personer med og uden handicap



Helbred. Flere mennesker uden handicap svarer, at de har et virkelig godt eller godt helbred (i alt 83 pct.) end blandt mennesker med hhv. større fysisk (15 pct.), større psykisk (21 pct.), mindre psykisk (41 pct.) og mindre fysisk (45 pct.) handicap. Det er især mennesker med større fysisk handicap, der har store helbredsproblemer. Her angiver knap 9 pct., at deres helbred er meget dårligt, og 37 pct. rapporterer, at det er dårligt. Blandt mennesker uden handicap angiver godt 1 pct., at helbredet er meget dårligt eller dårligt. (VIVE 2021)

RINGERE LIVSKVALITET, MERE ENSOMHED OG FLERE SMERTER

Livskvalitet. Mennesker med handicap er i højere grad utilfredse eller meget utilfredse med deres liv end mennesker uden handicap. En tredjedel blandt mennesker med større psykisk handicap er meget utilfredse eller utilfredse med deres liv (33 pct.). Blandt mennesker med større fysisk handicap er det tilsvarende en femtedel (20 pct.). Blandt mennesker uden handicap er kun 4 pct. enten meget utilfredse eller utilfredse med deres liv (VIVE 2021).



Smerter. 74 pct. blandt mennesker med større fysiske handicap har ofte eller altid smerter. Blandt mennesker med større psykisk handicap er det 48 pct., mens 11 pct. blandt mennesker uden handicap altid eller ofte har smerter (VIVE 2021).

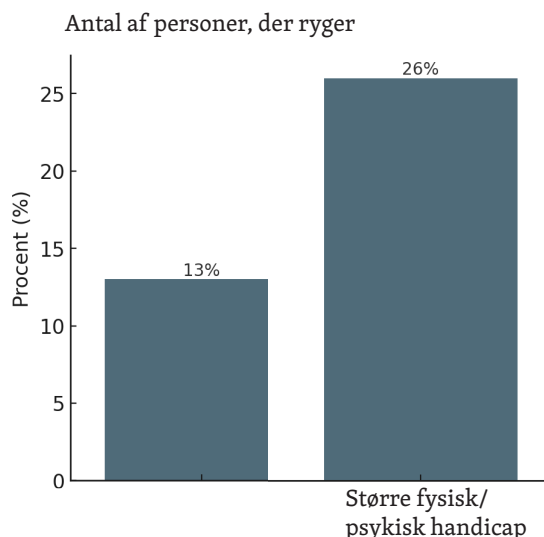
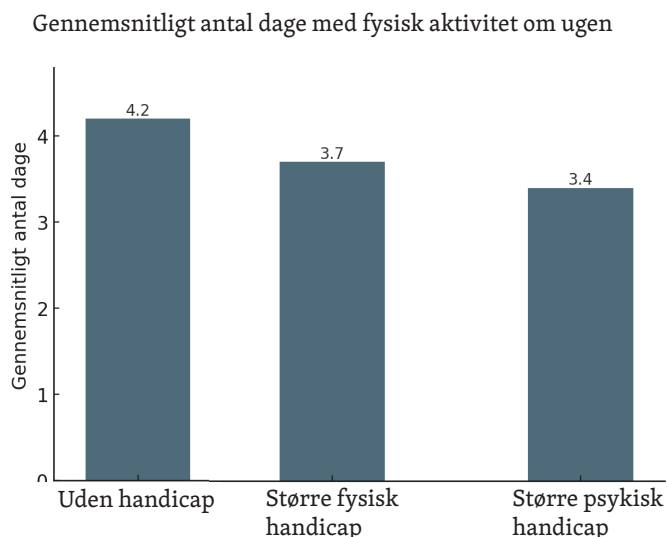
Ensomhed. Mennesker med handicap – især med (større) psykisk handicap – er i højere grad ensomme end mennesker uden handicap. De ser også sjældnere familie, venner og bekendte og har i mindre grad nogen at tale med problemer om eller nogen, de kan regne med praktisk hjælp fra ved sygdom. (VIVE 2021; SIF 2017)

Nogle personer med handicap kan have øget risiko for ulighed

Når man har et handicap, er der større risiko for at opleve ulighed i forhold til resten af befolkningen og være mere udsat i sundhedsvæsenet. Den ulighedseffekt bliver forstærket, hvis man samtidig tilhører en anden gruppe, der også har større risiko for at opleve ulighed i sundhed – fx hvis man er kvinde, lever i et socialt udsat boligområde eller kommer fra et andet land.

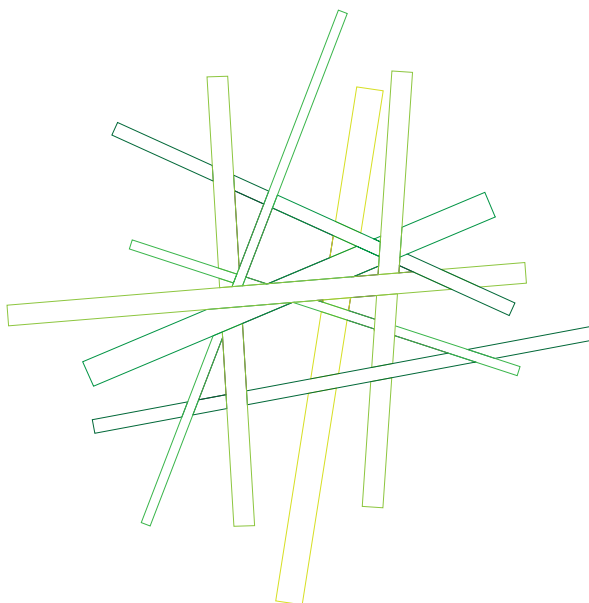
MINDRE MOTION, MERE RYGNING OG UBALANCERET FORBRUG AF ALKOHOL

Motion. Personer med handicap er fysisk aktive færre dage om ugen end dem uden handicap. Mennesker uden handicap er i gennemsnit fysisk aktive 4,2 dage om ugen, mens antallet af dage med fysisk aktivitet i gennemsnit er 3,7 og 3,4 blandt mennesker med hhv. større fysisk og større psykisk handicap (VIVE 2021).



Rygning. Andelen, der ryger, er omtrent dobbelt så høj (26 pct.) blandt mennesker med større fysisk eller psykisk handicap end blandt mennesker uden handicap (13 pct.) (VIVE 2021).

Alkohol. Andelene med enten et meget højt eller et meget lavt forbrug af alkohol er større blandt mennesker med større hhv. fysisk og psykisk handicap end blandt mennesker uden handicap. Mennesker med handicap, der drikker alkohol mindst én gang om ugen, drikker fx i gennemsnit flere genstande end mennesker uden handicap (VIVE 2021).



HANDICAP, SYGDOM OG KRONISKE LIDELSER

Et handicap kan forstås og defineres på mange forskellige måder. I Det Centrale Handicapråd bruger vi samme handicapbegreb som i FN's Handicapkonvention:

"Der er tale om et handicap, når en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sansemæssig funktionsnedsættelse spiller sammen med barrierer i personens omgivelser og hindrer vedkommende i fuldt eller delvist at deltage i samfundslivet på lige fod med andre."

Det betyder, at handicappet opstår i mødet med barriererne. Helt simpelt kan man stille det sådan op: Et menneskes funktionsnedsættelse + barriere i samfundet = handicap. Fjerner man barrieren – eller bliver kompenseret med et hjælpemiddel, så man kan overkomme barrieren – er funktionsnedsættelsen ikke længere et handicap. Et godt konkret eksempel er nærsynethed: Er man nærsynet, men kan opnå normalt syn med briller, er det ikke et handicap – men er man så svagtseende eller blind, at man ikke kan se normalt med briller eller anden behandling, og derfor har svært ved at komme rundt, er det et handicap.

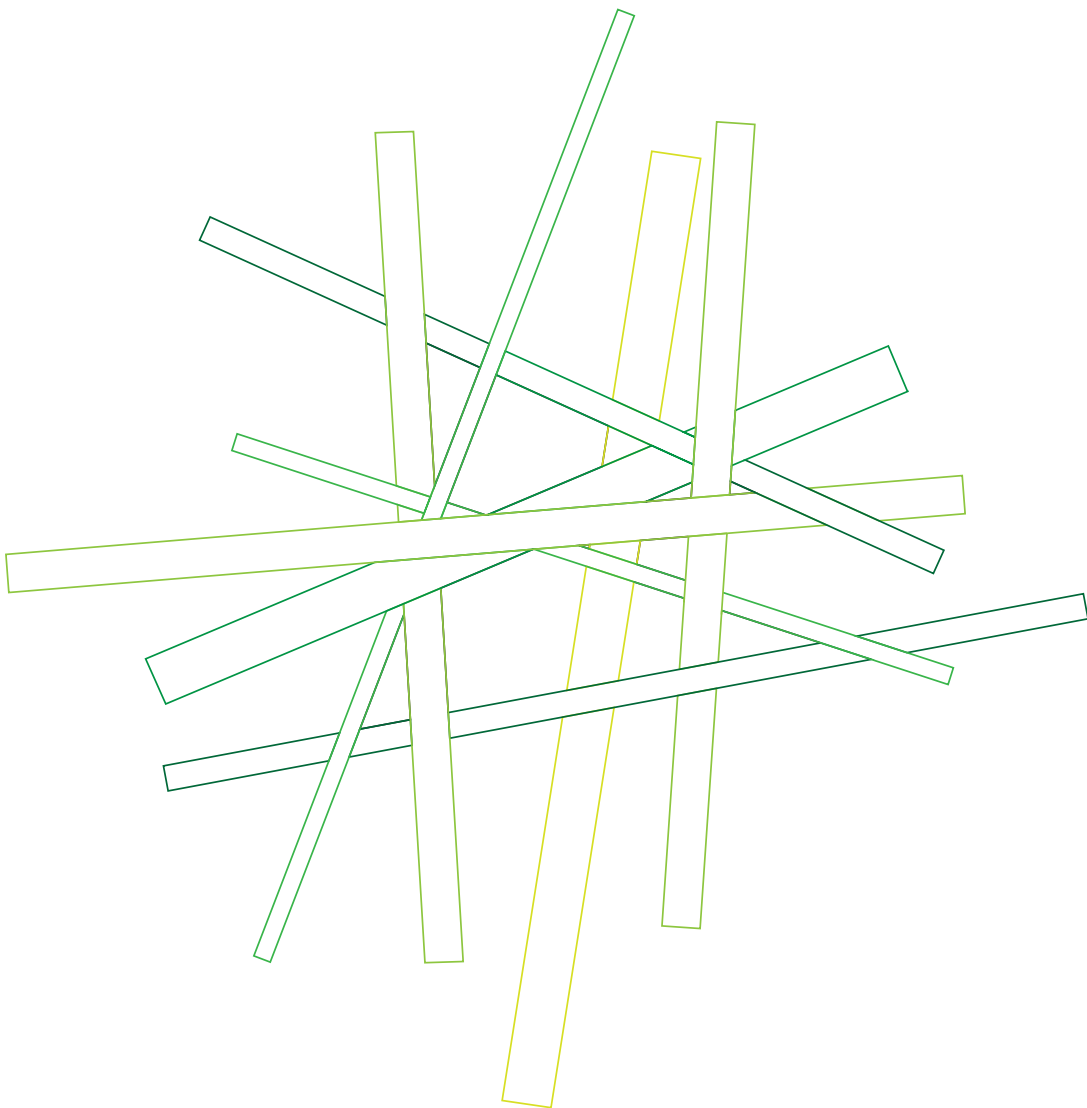
FN's Handicapkonvention skelner overordnet mellem fire typer af funktionsnedsættelser, der kan medføre handicap: fysisk, psykisk, intellektuel (eller kognitiv) og sensorisk. Et handicap kan altså se ud på mange forskellige måder – og ofte være helt usynligt.

Når man taler om sundhed, er der ofte fokus på sygdom og kroniske lidelser – men hvordan hænger det sammen med handicap? Et handicap er ikke en sygdom – men en sygdom eller kronisk lidelse kan ofte medføre en funktionsnedsættelse og dermed også et handicap. En kronisk sygdom som diabetes vil fx typisk ikke medføre handicap, hvis man får rettidig behandling, der regulerer blodsukkeret. Men hvis man ikke får blodsukkeret under kontrol, vil sygdommen i mange tilfælde gøre, at man får nedsat eller mister vigtige funktioner, fx evnen til at gå eller se. Og hvis der samtidig er barrierer i samfundet, fx manglende ledelinjer, så bliver det et handicap.

16 ANBEFALINGER

Det Centrale Handicapråd kommer her med 16 anbefalinger til at mindske ulighed i sundhed mellem personer med og uden handicap inden for fem fokusområder:

- Viden og handling (anbefaling 1 - 2)
- Bevidsthed og tankegang (anbefaling 3 - 5)
- Nærhed og tilgængelighed (anbefaling 6 - 11)
- Personlige, sociale og økonomiske forhold (anbefaling 12 - 14)
- Forebyggelse (anbefaling 15 - 16)



VIDEN OG HANDLING

Ulighed i sundhed mellem personer med og uden handicap er et veldokumenteret problem. Forskning fra særligt Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) og Statens Institut for Folkesundhed (SIF) viser, at personer med handicap generelt har en dårligere sundhedstilstand med blandt andet flere smerter og mere ensomhed, en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd hvad angår kost, motion, alkohol og tobak og deltager mindre i forebyggende indsatser som fx kræftscreening og vaccinationsprogrammer. Derudover er de oftere i kontakt med sundhedsvæsenet end resten af befolkningen.

Vi ved altså, at ulighed i sundhed for personer med handicap er et problem – dog findes der mindre viden om, hvad uligheden, fx den dårligere helbreds-tilstand, mere specifikt skyldes. Den manglende viden om barriererne i sundhedsvæsenet gør det sværere at handle på problemet og finde de bedste løsninger, der reelt nedbringer uligheden i sundhed for personer med handicap.

Trods den velunderbyggede viden om problemet med ulighed i sundhed for personer med handicap har området dog ikke fået stor politisk opmærksomhed.

Sundhedsområdet har ellers fyldt meget i det politiske landskab med først sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og siden aftalen om en sundhedsreform, og i den forbindelse har geografisk og social ulighed i sundhed været fokusområder med høj prioritet. Her har personer med handicap og de barrierer, som de møder i sundhedsvæsenet, dog ikke i lige så høj grad været en politisk prioritet.

For personer med handicap har den politiske interesse primært kredset om at skabe bedre vilkår for uddannelse og beskæftigelse, særligt i kraft af regeringens varslede handlingsplan på handicapområdet. Sundhed er dog mindst lige så vigtigt som uddannelse og beskæftigelse i forhold til at skabe lige levevilkår for personer med handicap, og FN's Handicapkomité anbefaler derfor også Danmark en bred national handlingsplan, der går på tværs af sektorer.

Hvis vi skal ulighed i sundhed for personer med handicap til livs, er der derfor først og fremmest behov for mere specifik og uddybende viden om barrierer i sundhedsvæsenet samt politisk fokus og handling.

Det Centrale Handicapråd anbefaler:

1. **Sundhed som fokus i national handlingsplan.** Gør sundhed til et særskilt fokusområde i en bred national handlingsplan på handicapområdet jævnfør FN's Handicapkomités anbefalinger. Handlingsplanen skal placere ansvar og have mål, der kan monitoreres, så udviklingen kan evalueres systematisk.
2. **Viden om barrierer i sundhedsvæsenet.** Afsæt midler til forskning, som giver mere konkret viden om mødet med sundhedsvæsenet og herunder barrierer, der skaber ulighed i sundhed for personer med handicap. Et særligt opmærksomhedspunkt bør være deltagelse i screenings- og vaccinationsprogrammer samt andre forebyggende tiltag og indsatser.

BEVIDSTHED OG TANKEGANG

Manglende bevidsthed eller uhensigtsmæssig tankegang kan spænde ben for personer med handicap i sundhedsvæsenet – både på et overordnet strukturelt og et mere konkret niveau.

På det mere overordnede, strukturelle niveau kan problematiske holdninger, fordomme, bevidsthed og tankegang fx skabe barrierer, hvis man som politiker ikke er bevidst om personer med handicap og deres møde med sundhedsvæsenet. Så risikerer man nemlig at vedtage lovgivning, der viderefører eller skaber ulighed. Ligesom man i arbejdet med udvikling af digitale sundhedsløsninger ubevidst kan komme til at ekskludere fx personer med kognitive funktionsnedsættelser, hvis man glemmer, at alle ikke har samme forudsætninger for at processere information og kommunikere med andre.

På et mere konkret niveau kan det være et problem, at sundhedspersonale ikke er opmærksom på, at en patient med handicap kan have andre behov end patienter uden et handicap. Det kan fx være en læge, som ikke er opmærksom på, at en patient med ADHD kan have behov for at få skrevet de vigtigste punkter fra konsultationen ned på et stykke papir – eller en sygeplejerske, der ikke har fokus på, at en patient med angst kan have behov for mere tid og rolige rammer.

Derudover kan uligheden også komme til udtryk, når en patient med en psykisk diagnose ikke får de nødvendige instruktioner i forbindelse med en behandling, fordi lægen har en ubevidst fordom om, at psykiatriske patienter alligevel ikke vil følge instruktionerne (se evt. Behandlingsrådet 2024).

Bevidsthed og tankegang kan således enten være med til at skabe eller modvirke barrierer i mødet med sundhedsvæsenet for personer med handicap. Det er dokumenteret, at negative holdninger og fordomme hos sundhedspersonale kan skabe barrierer i form af dårligere eller manglende behandling. Omvendt har bevidsthed om handicap hos sundhedspersonale og i udviklingen af sundhedsvæsenet potentiale til at forebygge barrierer.

Det Centrale Handicapråd anbefaler:

3. **Kampagne om ubevidste og bevidste holdninger og fordomme i sundhedsvæsenet.** Sundhedsstyrelsen og professionsforeninger bør iværksætte en kampagne, som gør opmærksom på problemstillingen med både bevidste og særligt ubevidste holdninger og fordomme hos sundhedspersonale. Udarbejd i forlængelse heraf konkrete anbefalinger eller materiale med råd og vejledning, som skal hjælpe med at nedbryde fordommene.
4. **Bevidsthedsskabende indsatser.** Styrk indsatser, der skal øge bevidstheden om personer med handicap og deres behov samt barrierer i mødet med sundhedssystemet hos sundhedspersonale, fx gennem uddannelses- eller peer-indsatser. Civilsamfundet kan med fordel inddrages.
5. **Universelt design af sundhedsvæsenet.** I udviklingen af nye tiltag og systemer i sundhedsvæsenet bør universelt design tænkes ind for at sikre tilgængelighed for alle handicaptyper (fysisk, psykisk, kognitiv, sensorisk), særligt i forbindelse med den nationale dataplatform og borgerrettede digitale systemer. Universelt design bør være et opmærksomhedspunkt i arbejdet hos Digital Sundhed Danmark og Nationalt Center for Sundhedsinnovation.

UNIVERSELT DESIGN OG TILGÆNGELIGHED I SUNDHEDSVÆSNET

Danmark har med tilslutningen til FN's Handicap-konvention forpligtet sig til at fremme universelt design.

Ifølge konventionen betyder universelt design "udformning af produkter, omgivelser, ordninger og tilbud, således at de i videst muligt omfang kan anvendes af alle personer uden behov for tilpasning eller særlig udformning. 'Universelt design' udelukker ikke hjælpemidler til særlige grupper af personer med handicap, når der er behov derfor."

Universelt design blev oprindeligt defineret af Ron Mace, en amerikansk arkitekt og kørestolsbruger, som ønskede at designe produkter og miljøer, der i videst muligt omfang kunne bruges af alle mennesker uden behov for tilpasning eller specialiseret design. Siden har de to amerikanske forskere Edward Steinfeld og Jordana Maisel videreudviklet begrebet for at give social deltagelse, sundhed og velvære en større rolle, ligesom tanken om empowerment – altså selvbestemmelse og handlekraft – spiller en central rolle.

Universelt design kan altså forstås som et grundlæggende princip eller en måde at tænke indretningen af vores samfund på, så alle kan deltage og bidrage som medborgere. Det er en tankegang, der har til formål at skabe ligeværdighed og inklusion, og som tager udgangspunkt i, at mennesker ikke er ens, men har forskellige kroppe og funktionsniveauer. Det giver derfor ikke mening at indrette samfundet efter et standardmenneske, som reelt ikke findes.

Med universelt design forsøger man således i designfasen – hvad enten det gælder en hjemmeside, offentlig transport, en bygning eller samfundet generelt – at rumme forskellige mennesker i forskellige livsfaser og situationer; småbørnsforældre med barnevogn, den studerende med angst, direktøren med senhjerneskade eller pensionisten med høreapparat.

Med sundhedsreformens grundlæggende omstrukturering af hele sundhedssystemet har universelt design potentiale til at skabe mere lige muligheder for personer med og uden handicap. Et potentiale, der kan forløses ved det simple princip at huske, at der findes personer med mange forskellige typer af handicap – fysiske, psykiske, kognitive og sensoriske – og at de skal komme godt igennem hele sundhedssystemet på lige fod med alle andre.

Det handler om mere end at fjerne barrierer i sundhedsvæsnen – det handler om at understøtte og stimulere på en måde, som sikrer, at mennesker (med eller uden handicap) får en god oplevelse. At alle bliver behandlet på en god måde af sygeplejersken, kan læse teksten i en pjece fra sygehuset eller forstå, hvad lægen siger – eller at det er nemt at få hjemtransport.

I universelt design handler det således om at være opmærksom på, at en patients brugerrejse starter ved døren derhjemme og bevæger sig videre via transportmidler eller digitale kanaler hen til undersøgelse eller behandling på et sygehus, en lægeklinik eller et andet sundhedstilbud. Og at der efter undersøgelse og behandling også ofte er opfølgning i hjemmet.

CASE: UNIVERSELT DESIGN I KØBENHAVNS LUFTHAVN



Fotograf: Mathilde Schmidt. Copyright: Københavns Lufthavn

I Københavns Lufthavn anerkendes menneskelig mangfoldighed i arbejdet med effektivitet og de rejsendes velvære. Her er der fokus på, at alle skal have en god oplevelse og komme nemt gennem lufthavnen, og det er en helt essentiel tanke, at alting flyder bedre, når alle mennesker – store som små, garvede som nybegyndere – selv har kontrollen, overblikket og generelt føler sig godt tilpas. Det er helt i tråd med universelt design.

Kilde: www.rumsans.dk

Tilgængelighed og universelt design

Tilgængelighed er et grundlæggende begreb i FN's Handicapkonvention, som forstås forskelligt inden for forskellige sektorer.

Inden for byggeri og fysisk planlægning har der traditionelt været en tendens til at fokusere på tilgængelighed i forhold til nogle få brugergrupper, og det har derfor ofte handlet om ramper og ledelinjer. I den sammenhæng kan tilgængelighed ses som en delmængde af universelt design.

Som et bredere begreb handler tilgængelighed dog om at give adgang og gøre det muligt at anvende og forstå. En tekst kan fx være svært tilgængelig, hvis den er fuld af fremmedord.

NÆRHED OG TILGÆNGELIGHED

Et handicap gør ofte, at man har sværere ved at komme rundt end andre, og nærhed og tilgængelighed er derfor vigtigt i mødet med sundhedsvæsenet. Mange har dog stadig et meget traditionelt og snævert syn på tilgængelighed og forbinder det ofte udelukkende med kørestolsramper til sundhedsklinikken – et syn, der også bliver afspejlet i lovgivningen.

På den måde er der ikke blik for, at barriererne kan opstå mange steder på vejen fra hjemmet til sundhedstilbuddet. Har man en psykisk diagnose som angst, kan det fx være en udfordring overhovedet at komme ud af døren derhjemme, og hvis man så kommer afsted, kan det være svært at navigere rundt i et komplekst hospitalsvæsen – ligesom det kan være svært at transportere sig til lægehuset, hvis man sidder i kørestol.

Ud over synet på tilgængelighed er det en udfordring, at ikke alle sundhedsbehandlere er forpligtet af lovgivning til at oplyse om status på tilgængeligheden til deres klinikker, og at status som udgangspunkt ikke tager højde for alle typer af handicap. Det gør det både svært for lægen og patienten med handicap at finde et tilgængeligt tilbud, ligesom man på et mere strukturelt niveau ikke har mulighed for at lave statistik og måle udviklingen for at sikre tilgængelighed for personer med handicap.

Med sundhedsreformen er der lagt op til at skabe et bredere udbud af almene og specialiserede sundhedstilbud i patientens nærområde samt mere behandling i hjemmet via teknologi.

I den forbindelse bør det være et opmærksomhedspunkt, at nærhed altid skal vurderes i sammenhæng med kvalitet, så hensynet til nærhed ikke kommer til at overtrumfe kvaliteten af behandlingen.

Et andet opmærksomhedspunkt bør være at sikre tilgængelighed for personer med handicap, og i den forbindelse bør det ikke være personen med handicap selv, der har ansvaret for at sikre, at der bliver henvist til et tilgængeligt tilbud.

Udover mere generelle problematikker om tilgængelighed er der desuden mere specifikke problemstillinger i forhold til befordring og tolkning. Mange personer med handicap oplever, at de på grund af komplekse regler i lovgivningen ikke får den transport eller godtgørelse, som de har behov for, når de fx skal til tandlæge eller undersøgelse på sygehuset. For at mindske behovet for befordring og godtgørelse kan man desuden med fordel styrke indsatsen for at gøre den kollektive transport mere tilgængelig for personer med handicap. Personer med særligt hørehandicap, der har behov for en tolk i sundhedsvæsenet, oplever også, at de ikke kan få en tolk, blandt andet fordi der ikke er nok uddannede tegnsprogstolke.

Nærhed og tilgængelighed er altså et stort og vigtigt område at have fokus på, hvis man vil fjerne barriererne for personer med handicap i sundhedsvæsenet. På overordnet niveau er der behov for et mere helhedsorienteret fokus på tilgængelighed, mens der i forhold til tilgængeligheden til sundhedstilbud er brug for at sikre en opdateret status, et bredere udbud og ansvar for anvisning. Personer med handicaps ret til befordring og tolkning i sundhedsvæsenet bør desuden sikres.

Det Centrale Handicapråd anbefaler:

- 6. Helhedsorienteret fokus på tilgængelighed.** Hav et mere helhedsorienteret fokus på tilgængelighed igennem hele brugerrejsen fra hjem til sundhedstilbud. Stil desuden mere konkrete krav til psykisk, kognitiv og sensorisk tilgængelighed i bygningsreglementet. *(Fortsættes på næste side)*

7. **Status på tilgængelighed.** Forpligt alle sundhedsbehandlere til at indberette og angive status på tilgængelighed til klinikker. Denne status bør omfatte kommunikationsplatform, udendørsarealer, bygning og udstyr med konkrete ensrettede krav i forhold til alle handicapter (fysisk, psykisk, kognitiv, sensorisk).
8. **Udbud af tilgængelige tilbud tæt på.** Skab et bredt udbud af både almene og specialiserede sundhedstilbud, der er tilgængelige for personer med alle typer handicap, i nærområdet. Det kunne eksempelvis være ved at koble det borgernære sundhedsvæsen med boligpolitik i form af etablering af lokale sundhedshuse med både en praktiserende læge, tandlæge, øjenlæge og fysioterapeut. Tilgængelig teknologi bør desuden være et opmærksomhedspunkt, særligt ved hjemmebehandling.
9. **Anvisning af tilgængeligt tilbud.** Forpligt egen læge eller patientansvarlig læge på sygehuset til at anvise nærmeste tilgængelige sundhedstilbud, hvis det eksisterende tilbud ikke er tilgængeligt, fx på grund af manglende adgang eller udstyr, så det ikke er patientens eget ansvar at sikre tilgængelighed. I den forbindelse er det i udviklingen af en national dataplatform vigtigt at sikre, at lægen har adgang til alle nødvendige data om tilgængelighed.
10. **Eftersyn af regler for befordring til sundhedstilbud.** I forbindelse med eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven bør det sikres, at alle personer med handicap, der på grund af handicappet ikke har mulighed for selv at køre bil eller tage offentlig transport, kan få befordring eller godtgørelse af transport til og fra alle typer sundhedstilbud, herunder alment praktiserende læge, tandlæge, speciallæge, sygehus samt ved genoptræning. Lægen kan med fordel have pligt til at oplyse om retten til og mulighederne for befordring. Et par opmærksomhedspunkter bør være, at befordring til sundhedstilbud ikke må påvirke mulighederne for befordring til andre aktiviteter, og at personer med handicap på overførselsindkomst ikke selv skal lægge ud.
11. **Sikring af ret til tolkning.** Lad retten til vederlagsfri tolkebistand omfatte alle tilbud i sundhedsvæsenet og være baseret på faste, objektive kriterier frem for lægens skøn. For patienter med varige funktionsnedsættelser, der medfører behov for tolkning, fx døvhed eller stærk hørenedsættelse, bør retten til tolkebistand ikke skulle vurderes fra behandling til behandling, men være varig. Et opmærksomhedspunkt bør være at sikre tilstrækkelig kapacitet af uddannede tolke.

Temarapport om handicaptilgængelighed til sundhedscentre

Folketingets Ombudsmand har i løbet af de seneste år været på besøg hos seks forskellige sundhedscentre for at føre tilsyn med handicaptilgængeligheden til offentlige bygninger. På den baggrund har han offentliggjort en temarapport med anbefalinger til at forbedre tilgængeligheden for personer med handicap.

I rapporten står der, at bygningernes forhold generelt har gjort det muligt for brugere med handicap at komme rundt indendørs og bruge behandlings- og træningsrum. Adgangsforholdene til centrene og handicap toiletfaciliteterne har dog kunnet gøre det svært at komme ind i centrene for brugere med handicap. I flere tilfælde har ombudsmanden også anbefalet, at der bliver oplyst om sundhedscentrenes handicaptilgængelighed på en hjemmeside, og at det bliver muligt for dem med svækket læseevne og personer med synshandicap at få hjemmesideteksten læst højt.

PERSONLIGE, SOCIALE OG ØKONOMISKE FORHOLD

Personer med handicap har ofte færre ressourcer end andre – det kan både gælde i personlige, sociale og økonomiske forhold.

Nogle typer af handicap, fx kognitive og psykiske diagnoser, kan i mange tilfælde gøre det sværere at holde styr på sit eget patientforløb, navigere i et stort og komplekst sundhedsvæsen, kommunikere i digitale sundhedssystemer og samle alle trådene.

Et handicap medfører også ofte et svagere socialt netværk og mere ensomhed, hvilket gør, at personer med handicap ikke i lige så høj grad som resten af befolkningen har mulighed for at få hjælp og støtte fra pårørende.

I forhold til økonomi kan et handicap også gøre det sværere at få en uddannelse eller et arbejde, og sammenlignet med resten af befolkningen er flere på overførselsindkomst som førtidspension eller kontanthjælp, hvilket resulterer i en gennemsnitligt lavere indkomst, som gør det sværere at betale eller lægge ud for dyr medicin og behandlinger.

For at nedbryde de ressourcemæssige barrierer for personer med handicap er det derfor vigtigt, at man har mulighed for at få hjælp til at holde styr på sit patientforløb, navigere og få støtte i sundhedsvæsenet og betale for nødvendig behandling.

Det Centrale Handicapråd anbefaler:

12. **Ret til tovholderfunktion.** Alle personer med handicap bør have mulighed for at være omfattet af tovholderfunktionen i de almenmedicinske tilbud, hvis de ønsker det. Et vigtigt opmærksomhedspunkt bør være at sikre, at lægen med tovholderfunktion har de rette forudsætninger og ressourcer til at varetage opgaven.
13. **Ledsager i sundhedsvæsenet.** Justér eksisterende ledsagerordninger i serviceloven, herunder § 97 med 15 timers ledsagelse til sociale aktiviteter uden for hjemmet og § 96 om borgerstyret personlig assistance (BPA), så personer med handicap kan få sin kendte ledsager med som støtte hele vejen igennem sundhedssystemet, herunder ved kommunikation, undersøgelse, behandling og indlæggelse. Ledsagerordningen skal også kunne tildeles efter at personen er fyldt 67 år og må ikke ske på bekostning af ledsagetimer til andre formål. Inddrag civilsamfund som supplement i tilfælde, hvor det giver mening.
14. **Lavere loft over egenbetaling og/eller større tilskud.** Afskaf eller sænk loftet over egenbetaling og/eller giv større tilskud til medicin og behandlinger, herunder tandlæge, som er nødvendige for personer med alle typer handicap. Egen læge kan med fordel indstille til bevilling af lavere egenbetaling og/eller større tilskud på baggrund af individuel vurdering med faste og ensrettede objektive kriterier.

Sektoransvarlighedsprincippet som barriere

Sektoransvarlighedsprincippet er et centralt princip i dansk handicappolitik. Princippet betyder, at den sektor, der er ansvarlig for en ydelse, også er ansvarlig for, at ydelsen er tilgængelig for personer med handicap. I praksis opstår der dog en række grænsetilfælde. Et eksempel er hjælp til ledsagelse, der hører under den kommunale servicesektor, men som i flere tilfælde skal bruges i det regionale sundhedsvæsen, fx i forbindelse med hospitalsbesøg. På den måde bliver sektorsansvaret en barriere, der gør, at personen med handicap falder imellem to stole og ikke nødvendigvis får den rette hjælp.

FOREBYGGELSE

Personer med handicap har generelt et dårligere helbred og en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og er oftere i kontakt med sundhedsvæsenet – samtidig deltager de mindre i forebyggende indsatser som fx screenings- og vaccinationsprogrammer end resten af befolkningen. En styrket forebyggelsesindsats specifikt målrettet personer med handicap vil derfor være en fornuftig investering – både for den enkeltes sundhed og i et samfundsøkonomisk perspektiv.

Et af de forebyggende tiltag, der findes for personer med handicap i dag, er sundhedstjek til personer på botilbud, som alle praktiserende læger via overenskomsten er forpligtet til at tilbyde hvert andet år eller ved særlige omstændigheder årligt. Med sundhedsreformen er der lagt op til at sikre fasttilknyttet lægehjælp på botilbud, der blandt andet skal bidrage til, at både psykisk og somatisk sygdom bliver opdaget og behandlet mere effektivt end i dag – i den forbindelse er sundhedstjek dog ikke en del af aftalen.

Det Centrale Handicapråd anbefaler:

15. **Årlig helbredssamtale.** Indfør en årlig helbredssamtale for personer med handicap hos egen læge. Et fast opmærksomhedspunkt bør være deltagelse i screenings- og vaccinationsprogrammer samt andre forebyggende tiltag og indsatser. Deltagelse bør være frivillig, og indkaldelsen bør ske automatisk.
16. **Permanent sundhedstjek på botilbud.** Indfør i forbindelse med implementering af fasttilknyttet læge et permanent årligt sundhedstjek for alle personer med handicap på botilbud. Et fast opmærksomhedspunkt bør være deltagelse i screenings- og vaccinationsprogrammer samt andre forebyggende tiltag og indsatser.

På den måde er sundhedstjekket i dag ikke lovsikret, og dermed permanent, og risikerer derfor at ryge ud ved næste overenskomstforhandling.

For alle andre personer med handicap, som ikke bor på botilbud, findes der i dag ikke et tilsvarende tilbud om sundhedstjek, der kan styrke forebyggelsen. Det til trods for, at de i lige så høj grad kan have fordel af at deltage i forebyggende indsatser som fx screening for brystkræft og influenzavaccinationer.

For at få flere med handicap til at deltage i forebyggende indsatser – både dem på botilbud og dem, der bor i eget hjem – vil en årlig helbredssamtale hos egen læge og et permanent sundhedstjek hos den fasttilknyttede læge på botilbud være en måde at nedbringe uligheden i sundhed for den brede gruppe af personer med handicap.

LÆS MERE OM ULIGHED I SUNDHED

Behandlingsrådet 2024 – [Ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser. Patientforløb, barrierer og indsatser](#)

Plana-Ripol m.fl. 2019 – [A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study](#)

SIF 2022a – [Sundhedsprofil for voksne med helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning, fysisk funktionsnedsættelse og psykisk sygdom. Analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017](#)

SIF 2022b – [Dødelighed blandt personer med udviklingshandicap](#)

SIF 2022c – [Brystkræftscreening blandt kvinder med funktionsnedsættelse](#)

VIVE 2021 – [SHILD: Mennesker med handicap – Hverdagsliv og levevilkår 2020](#)

Læs mere på www.dch.dk/sundhed

Om Det Centrale Handicapråd

Det Centrale Handicapråd (DCH) rådgiver regeringen og Folketinget om handicapspørgsmål. Vi arbejder for et samfund, hvor mennesker med handicap har samme muligheder som alle andre.

Rådets opgaver består blandt andet i at rådgive politikere, myndigheder og andre aktører om, hvordan de kan forbedre forholdene for mennesker med handicap, og stille forslag om konkrete politiske tiltag. Rådet har også til opgave at drøfte og vurdere samfundsudviklingen i lyset af FN's Handicapkonvention.

DCH består af en formand og 16 medlemmer, der udpeges af socialministeren. Ministeren udpeger fem medlemmer fra Danske Handicaporganisationer samt et medlem fra henholdsvis Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Statens Byggeforskningsinstitut (AAU BUILD), BL - Danmarks Almene Boliger, Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH), Dansk Arbejdsgiverforening (DA), Dansk Industri (DI) Transport, IT-Universitetet, Danmarks institut for Pædagogik og Uddannelse (DPU). Ministeren udpeger desuden to medlemmer, der tjener i deres personlige kapacitet.

Derudover deltager en observatør fra Institut for Menneskerettigheder fast i rådets møder for at sikre koordinationen af overvågningsopgaven i forhold til FN's Handicapkonvention samt en observatør fra Social- og Boligministeriet.

Læs mere om Det Centrale Handicapråd på www.dch.dk/om-raadet



DANSKE HANDICAPORGANISATIONER



DANSK
ARBEJDSGIVERFORENING



Social- og
Boligministeriet



INSTITUT FOR
MENNESKE
RETTIGHEDER



Det Centrale Handicapråd



DANSKE
REGIONER



DANMARKS
ALMENE
BOLIGER



DI Transport



FAGBEVÆGELSENS
HOVEDORGANISATION



DPU
AARHUS UNIVERSITET

IT-UNIVERSITETET I KØBENHAVN

DET CENTRALE HANDICAPRÅDS 16 ANBEFALINGER TIL AT MINDSKE ULIGHED I SUNDHED MELLEM PERSONER MED OG UDEN HANDICAP

1. Sundhed som fokus i national handlingsplan
2. Viden om barrierer i sundhedsvæsenet
3. Kampagne om ubevidste og bevidste holdninger og fordomme i sundhedsvæsenet
4. Bevidsthedsskabende indsatser
5. Universelt design af sundhedsvæsenet
6. Helhedsorienteret fokus på tilgængelighed
7. Status på tilgængelighed
8. Udbud af tilgængelige tilbud tæt på
9. Anvisning af tilgængeligt tilbud
10. Eftersyn af regler for befordring til sundhedstilbud
11. Sikring af ret til tolkning
12. Ret til tovholderfunktion
13. Ledsager i sundhedsvæsenet
14. Lavere loft over egenbetaling og/eller større tilskud
15. Årlig helbredssamtale
16. Permanent sundhedstjek på botilbud

Dette er en forkortet version af rådets anbefalinger. Se anbefalingerne i fuld længde i udspillet.

