

# Hälsa och levnadsvanor bland människor med rörelsehinder



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



**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**

Box 1497, 171 29 Solna

ces@sll.se



Rapport 2013:8



ISBN 978-91-87691-04-1



Författare: Jeroen de Munter, Helena Bjermo, Mattias Norrbäck, Gunilla Wilsby, Finn Rasmussen

Stockholm December 2013

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

# Förord

Personer med rörelsehinder utgör en stor grupp i samhället. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård är en viktig och aktuell samhällsfråga som även bör innefatta människor med rörelsehinder.

Rapporten undersöker skillnader i självskattad allmän hälsa, levnadsvanor, fetmafrekvens samt fysisk och psykisk ohälsa hos personer med och utan rörelsehinder. I en kompletterande rapport undersöks skillnader med avseende på socioekonomiska förhållanden, delaktighet i arbetsliv och ensamboende. Studien baseras på en stor folkhälsoenkätundersökning genomförd i Stockholms läns landsting under 2010. Man fann att personer med rörelsehinder hade mer omfattande ohälsa och sämre levnadsvanor jämfört med personer utan rörelsehinder. Dessa fynd visar tydligt att det behövs utökade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för denna grupp människor.

*Cecilia Magnusson*

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Stockholms läns landsting, SLSO

# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning.....	5
Introduktion .....	6
Syfte.....	7
Metod .....	8
Undersökningen Hälsoenkät 2010 .....	8
Studiepopulation.....	8
Variabler .....	8
Statistiska analyser .....	9
Resultat.....	11
Självskattad allmän hälsa .....	11
Sömn och smärta .....	12
Levnadsvanor .....	12
Matvanor .....	12
Alkohol.....	13
Tobak .....	14
Fysisk aktivitet och stillasittande.....	14
Kombination av ohälsosamma levnadsvanor.....	14
Andra hälsoaspekter .....	15
Kategorier av kroppsmasseindex (BMI).....	15
Sjukdomsdiagnoser.....	15
Psykiskt välbefinnande.....	16
Diskussion .....	17
Referenser .....	20
Bilagor.....	21
Bilaga 1.....	22
Bilaga 2 .....	23
Bilaga 3 .....	24
Bilaga 4 .....	25

# Sammanfattning

Rörelsehinder är den vanligaste formen av funktionsnedsättning. Tidigare studier har visat att ohälsan är högre hos personer med rörelsehinder än hos personer utan rörelsehinder. Denna rapport syftar till att kartlägga skillnader mellan dessa grupper av personer i Stockholms län med avseende på deras självskattade allmänna hälsa, levnadsvanor och andra hälsoaspekter, såsom fetmafrekvens samt fysisk och psykisk ohälsa. Rapporten avser att ge ökad medvetenhet och kunskap om hälsotillståndet hos personer med rörelsehinder.

Rapporten baseras på Stockholms läns landstings hälsoenkät 2010, en tvärsnittsundersökning på den vuxna befolkningen i Stockholms län. 30 317 personer besvarade en fråga om rörlighet och utgjorde studiepopulationen i denna rapport. Rörelsehinder definierades som att kunna gå men med viss svårighet eller att vara sängliggande.

Majoriteten av dem med rörelsehinder uppgav att de kunde gå men med viss svårighet. En större andel av personerna med rörelsehinder var kvinnor och fler var äldre. Risken för ett dåligt självskattat allmänt hälsotillstånd var betydligt högre hos personer med rörelsehinder. Vidare åt färre dagligen frukt eller bär respektive grönsaker och fler hade en daglig konsumtion av sötad läsk eller saft. De med rörelsehinder var mer sällan högkonsumenter av alkohol, men en större andel rökte och färre var fysiskt aktiva. Personer med rörelsehinder hade även i större utsträckning fetma, högt blodtryck, förhöjda blodfetter, kärlkramp, hjärtsvikt, diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom, depression och nedsatt psykiskt välbefinnande.

Sammanfattningsvis hade personer med rörelsehinder en större ohälsa jämfört med personer utan rörelsehinder i Stockholms län. För det första var deras självskattade allmänna hälsotillstånd betydligt sämre och fler hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Vidare förekom rökning och fetma i högre grad medan färre var fysiskt aktiva. Personer med rörelsehinder hade dessutom högre risk för en rad sjukdomar med koppling till fetma och ohälsosamma levnadsvanor. Dessa fynd visar tydligt att det behövs utökade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för denna grupp.

# Introduktion

Funktionsnedsättning är vanligt förekommande. Ungefär en fjärdedel av Sveriges befolkning mellan 16 och 84 år kan beskrivas ha en funktionsnedsättning, vilket motsvarar cirka 1,5 miljoner människor. Med funktionsnedsättning avses en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Exempel kan vara olika typer av rörelsehinder men även nedsatt syn eller hörsel. Orsakerna till funktionsnedsättningen kan vara varierande, såsom olyckshändelse eller reumatisk sjukdom, även fetma kan vara en orsak. Hälsotillståndet är sämre hos personer med funktionsnedsättning och en dålig självskattad hälsa har visats vara tio gånger vanligare i denna befolkningsgrupp. Vad gäller den psykiska ohälsan är denna nästan tre gånger vanligare hos individer med funktionsnedsättning (1, 2).

Även om ohälsan ofta är kopplad till funktionsnedsättningen utesluter detta inte att det finns utrymme för att förbättra hälsan hos dessa individer. Personer med funktionsnedsättning har oftare en låg fysisk aktivitet, fler röker och en större andel har fetma jämfört med personer utan funktionsnedsättning (1, 2). Samtidig ohälsa inom flera olika områden förstärker det negativa hälsotillstånd som ofta ses hos personer med funktionsnedsättning. Det har föreslagits att man genom att förbättra de ekonomiska förutsättningarna, öka delaktigheten i samhället, minska diskrimineringen och främja vissa livsstilsförändringar ger möjligheter till förbättrad hälsa (3).

Stockholms läns landsting ska verka för en god hälsa i länets befolkning. Förutsättningarna för hälsa ska vara jämlika och insatser måste även nå människor med funktionsnedsättning (4). Personer med funktionsnedsättning har definierats som en särskild målgrupp i Stockholms läns landstings folkhälsopolicy. Bland annat betonas betydelsen av kunskapsspridning om ohälsan hos personer med funktionsnedsättning (5).

Denna rapport syftar till att belysa skillnader i hälsa och levnadsvanor mellan personer med och utan rörelsehinder. Funktionsnedsättning är en vid definition som inkluderar ett brett spann av olika tillstånd. Personer med rörelsehinder utgör ungefär en tredjedel av dem med funktionsnedsättning och är därmed en dominerande grupp (6). Även bland personer med rörelsehinder är ohälsan ofta större. Fler rapporterar ett dåligt självskattat allmänt hälsotillstånd, en låg fysisk aktivitet och fetma (1).

Ojämligheterna i hälsa hos individer med rörelsehinder lyfts i två separata men kompletterande rapporter. Denna rapport åskådliggör skillnader i självskattad allmän hälsa, levnadsvanor samt andra hälsoaspekter såsom fysisk och psykisk ohälsa hos personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder. Den andra rapporten fokuserar på socioekonomi, delaktighet i arbetsliv och ensamboende hos personer med rörelsehinder. Rapporterna baseras på enkätdata insamlade under 2010 i Stockholms län. Denna rapport studerar flera viktiga aspekter ur ett hälsoperspektiv, såsom olika kostfaktorer, fysisk aktivitet, rökning, alkoholvanor samt fysisk och psykisk ohälsa. Rapporten syftar till att ge ökad medvetenhet och kunskap om hälsotillståndet hos personer med rörelsehinder. Nyvunna kunskaper torde kunna användas för att motivera och planera hälsofrämjande insatser till förmån för denna grupp.

# Syfte

Rapportens syfte är att kartlägga skillnader mellan personer med och utan rörelsehinder i Stockholms län med avseende på deras självskattade allmänna hälsa, levnadsvanor samt andra hälsoaspekter, såsom fetma och olika former av fysisk och psykisk ohälsa.

# Metod

## Undersökningen Hälsoenkät 2010

Rapporten baseras på data från Stockholms läns landstings hälsoenkät 2010, en tvärsnittsundersökning på den vuxna befolkningen i Stockholms län (7, 8). En folkhälsoenkät skickades ut till slumpmässigt utvalda vuxna individer ( $\geq 18$  år). Enkäten berörde frågor såsom hälsa, levnadsvanor och socioekonomiska faktorer. Beroende på ålder besvarade deltagarna delvis olika frågor; en enkät skickades till individer i åldrarna 18-64 år och en till individer 65 år eller äldre. Enkäten som skickades till de yngre individerna hade en utförligare del om psykosocial och fysisk arbetsmiljö medan enkäten till de äldre istället berörde förhållanden som försämring av syn och hörsel samt ensamhet. För att möjliggöra analyser för kommuner respektive stadsdelar med växlande folkmängd stratifierades befolkningsurvalen efter geografiska områden (kommuner i Stockholms län och stadsdelar i Stockholms stad). Ansvarig för studien var Stockholms läns landsting. Själva datainsamlingen utfördes av Statistiska Centralbyrån (SCB).

## Studiepopulation

Av de 55 341 tillfrågade valde 30 767 att delta, vilket innebär en svarsfrekvens på 56 procent (7). Jämfört med bortfallet var de som valde att delta oftare kvinnor, äldre och svenskfödda. Deltagarna hade även en högre utbildning samt en högre inkomst jämfört med dem som inte deltog (8). Rörelsehinder definierades genom en fråga om deltagarens rörlighet. Av de 30 767 deltagarna hade 30 317 besvarat frågan och utgjorde därför studiepopulationen i denna rapport. De 450 individer (1,5 procent) som inte besvarat frågan om rörlighet exkluderades alltså från rapportens samtliga analyser. Deltagarna fick besvara hur de bäst skulle beskriva sin rörlighet i nuläget; "Jag går utan svårigheter", "Jag kan gå men med viss svårighet" eller "Jag är sängliggande". Deltagare som antingen svarat "Jag kan gå men med viss svårighet" eller "Jag är sängliggande" definierades som personer med rörelsehinder. De som svarat "Jag går utan svårigheter" klassificerades som personer utan rörelsehinder.

## Variabler

Stockholms läns landstings hälsoenkäter och variabler har beskrivits utförligt tidigare (7). Självs kattad allmän hälsa studerades i denna rapport genom skattat allmänt hälsotillstånd, långvarigt hälsoproblem och sömn. Deltagaren fick skatta sitt allmänna hälsotillstånd utifrån följande kategorier: mycket gott, gott, någorlunda, dåligt och mycket dåligt. Långvarigt hälsoproblem undersöktes genom att tillfråga deltagaren om han/hon hade någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, handikapp eller annat långvarigt hälsoproblem. Deltagaren tillfrågades även om hur många timmars sömn han/hon i genomsnitt får en normal vardagsnatt. Denna fråga ställdes endast till personer 64 år eller yngre (N=22 410). Sambandet mellan rörelsehinder och sömn justerades för förekomst av smärtor/besvär. Smärtor/besvär definierades som varken smärtor eller besvär, måttliga eller svåra.



Levnadsvanor studerades genom matvanor, alkoholkonsumtion, rökning, snusning, fysisk aktivitet samt stillasittande. Matvanor undersöktes genom intagsfrekvenser av olika livsmedelsgrupper. Rapporterade intag av frukt/bär, grönsaker, sötdäsk/saft, godis, bakverk och ost (24–40 procent fett) delades in i minst en gång per dag eller mer sällan än dagligen. Intagen av fisk/skaldjur och korv som huvudrätt klassificerades som minst två gånger per vecka eller mer sällan än två gånger per vecka. Alkoholkonsumtion klassificerades utifrån tertiler i tre grupper; låg, medel och hög. En låg konsumtion motsvarade mindre än 5,3 g alkohol per dag, medelkonsumtion motsvarade 5,3–15,5 g alkohol per dag och hög konsumtion motsvarade mer än 15,5 g alkohol per dag. En låg konsumtion innebar tio centiliter starksprit eller två glas vin eller två flaskor starköl eller fem flaskor lättöl eller mindre under en vecka. Rökning respektive snusning grupperades som nuvarande brukare eller ej. Fysisk aktivitet definierades genom metabolisk ekvivalent (MET) enligt kategorierna låg, medel eller hög. MET är ett mått på människans energiomsättning vid olika aktiviteter relaterat till energiomsättningen i vila och anges i kcal/kg kroppsvikt/timme. Den sammanlagda tiden som spenderades på aktiviteterna motion, gång eller cykling samt hem-, hushålls- och trädgårdsarbete summerades till ett MET-värde. Låg, medel och hög fysisk aktivitet motsvarade 25,46–38,40 MET-timmar, 38,41–42,49 MET-timmar respektive 42,49–59,95 MET-timmar per dag. Stillasittande definierades i tre grupper utifrån den tid på fritiden som deltagarna tillbringade stillasittandes eller ägnade sig åt tv-tittande eller läsning. Följande tre grupper användes; mindre än en timme per dag, 1–2 timmar per dag samt två timmar eller mer per dag. För att undersöka samtidig förekomst av flera ohälsosamma levnadsvanor valdes tre faktorer från olika kategorier; låg fysisk aktivitet, rökning och läsk-/saftkonsumtion. Från kategorin matvanor valdes läsk-/saftkonsumtion då denna i störst utsträckning skiljde sig åt mellan personer med rörelsehinder jämfört med dem utan.

Andra hälsoaspekter studerades genom viktstatus, självrapporterade sjukdomsdiagnoser samt psykiskt välbefinnande. Kroppsmasseindex (BMI) baserades på självskattad längd och vikt och beräknades genom att dividera vikten (kg) med längden (m) i kvadrat. Viktstatus klassificerades enligt BMI i följande kategorier; undervikt (<18,5 kg/m<sup>2</sup>), normalvikt (18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>), övervikt (25,0–29,9 kg/m<sup>2</sup>) samt fetma (≥30,0 kg/m<sup>2</sup>). För att undersöka förekomst av vissa sjukdomstillstånd tillfrågades respondenterna om de hade fått någon av följande diagnoser: diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), förhöjda blodfetter, angina pectoris (kärlkramp), hjärtsvikt, depression samt högt blodtryck. Psykiskt välbefinnande mättes genom instrumentet General Health Questionnaire, 12 items (GHQ12) (7), vilket innehåller tolv frågor rörande psykisk hälsa. Respektive fråga hade fyra svarsalternativ där de två första kodades som noll (ej besvär) och de två sista som ett (besvär). Genom att summera samtliga frågor erhöles ett index (1–12). Nedsatt psykiskt välbefinnande definierades som ett index större eller lika med tre.

## Statistiska analyser

Skillnader mellan personer med och utan rörelsehinder undersöktes med prevalenser. Prevalens är andelen individer i en population med ett visst tillstånd vid en specifik tidpunkt. Då prevalenser presenteras har hänsyn tagits till urvalsdesign och bortfall, om inget annat anges. Detta gjordes genom kalibreringsvikter erhållna från SCB. Resultaten kan därför antas vara generaliserbara till urvalspopulationen och mindre påverkade av bortfall eller design.

Skillnader mellan personer med och utan rörelsehinder undersöktes även genom att beräkna relativa risker (RR) med hjälp av Poisson regressionsanalys. Om man en kort stund bortser från slumpmässig osäkerhet innebär  $RR=1$  att det inte finns någon skillnad mellan grupperna (personer med jämfört med utan rörelsehinder).  $RR<1$  visar en lägre risk för faktorn hos, i denna rapport, personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder.  $RR>1$  betyder att risken för faktorn är högre hos personer med rörelsehinder. Slumpens betydelse för precisionen i en RR fångas med ett 95-procentigt konfidensintervall som anger inom vilka gränser det sanna värdet ligger med 95 procents sannolikhet. För att kunna jämföra skillnader i undersökta variabler mellan personer med och utan rörelsehinder oberoende av eventuella skillnader i ålder, kön och utbildning gjordes justeringar för dessa tre faktorer då de relativa riskerna beräknades (justering för "confounding"). I dessa analyser togs även hänsyn till urvalsdesign och bortfall. Vidare gjordes könsstratifierade analyser för hälsa och levnadsvanor.

Orsakerna till rörelsehinder kan vara många och vissa orsaker kan vara mer förekommande i somliga åldrar. RR för hälsa och levnadsvanor undersöktes därför även uppdelat på ålderskategorierna 18–40 år, 41–64 år, 65–74 år samt 75 år eller äldre (se Bilaga 1–3). Eftersom de undersökta sjukdomsdiagnoserna framförallt förekommer hos äldre har åldersindelningen inte gjorts för dessa variabler. RR för diagnoserna presenteras istället utifrån kön (se Bilaga 4). I vissa av de åldersstratifierade subgrupperna är antalet individer väldigt lågt. I de fall antalet understiger 50 har man bedömt att resultaten är osäkra och därför bör tolkas med försiktighet. För att markera dessa subgrupper har grå färg samt kursiv stil använts.

# Resultat

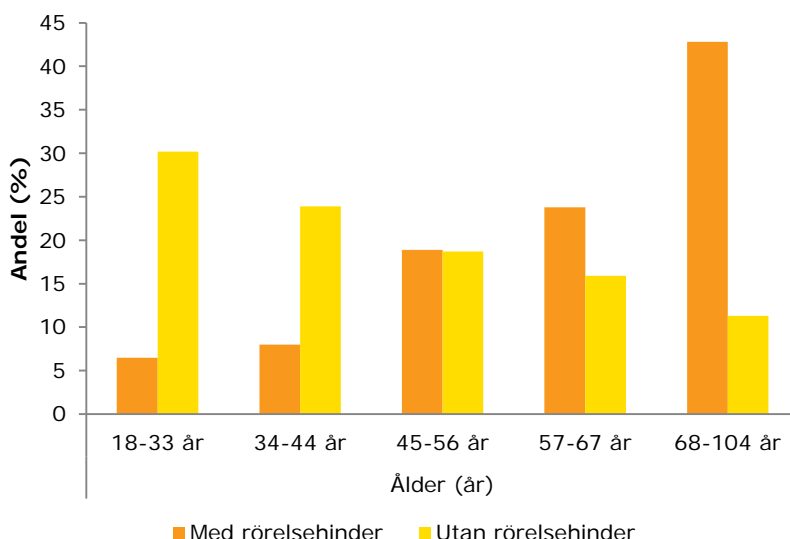
Tretton procent (N=3 986) av de 30 317 som besvarade Hälsoenkät 2010 rapporterade ett rörelsehinder. Av dessa var 59 procent (N=2 344) kvinnor. Majoriteten av dem med rörelsehinder (98 procent, N=3 918) uppgav att de kunde gå men med viss svårighet medan resterande två procent (N=68) var sängliggande.

Kvinnor utgjorde en större andel av de svarande med rörelsehinder (Tabell 1). Vidare var personer med rörelsehinder i genomsnitt äldre, majoriteten (57 procent) var 65 år eller äldre (Tabell 1, Figur 1).

**Tabell 1: Skillnad i kön och ålder mellan individer med och utan rörelsehinder i Hälsoenkät 2010.**

	Med rörelsehinder	Utan rörelsehinder
Kvinnor	57,7 % (N=2 344)	50,1 % (N=14 326)
Ålder (medelvärde ± standarddeviation)	63,4 ± 18,0 år	44,7 ± 17,2 år

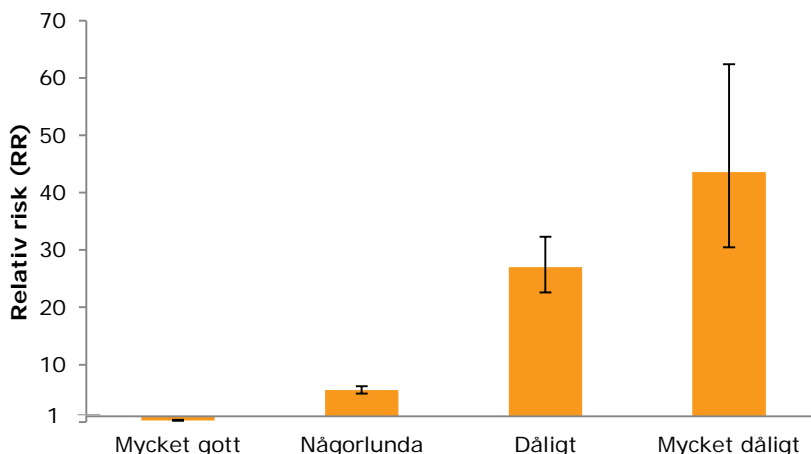
Siffrorna har korrigerats för studiedesign och bortfall.



**Figur 1: Andel personer med och utan rörelsehinder utifrån ålderskvintiler.** Siffrorna har korrigerats för studiedesign och bortfall.

## Självskattad allmän hälsa

Personer med rörelsehinder hade ett sämre självskattat allmänt hälsotillstånd (Figur 2). Medan endast 2,1 procent av dem utan rörelsehinder upplevde att de hade ett dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd var motsvarande siffra hos dem med rörelsehinder 26 procent. På motsvarande sätt skattade 80 procent utan rörelsehinder sitt allmänna hälsotillstånd som gott eller mycket gott medan endast 23 procent av dem med rörelsehinder upplevde detta. Skillnaderna i självskattat allmänt hälsotillstånd mellan personer med och utan rörelsehinder var likartade för män och kvinnor. Åldersgruppen 41–64 år hade störst skillnader mellan dem med och utan rörelsehinder (Bilaga 1).



**Figur 2: Samband mellan rörelsehinder och självskattat allmänt hälsotillstånd.** Staplarna illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder med avseende på att ha ett visst hälsotillstånd i förhållande till ett gott hälsotillstånd. Siffrorna är justerade för ålder, kön och utbildning.

Även rapporterat långvarigt hälsoproblem var vanligare hos personer med rörelsehinder. Medan fyra femtedelar av dem med rörelsehinder hade ett långvarigt hälsoproblem, hade endast en fjärdedel av dem utan rörelsehinder detta. Skillnaderna mellan personer med och utan rörelsehinder var något större för män än för kvinnor. Män med rörelsehinder hade 2,8 gånger högre risk för ett långvarigt hälsoproblem jämfört med män utan rörelsehinder, medan risken för kvinnor med rörelsehinder var 2,6 gånger högre. Skillnaderna i rapporterat långvarigt hälsoproblem mellan personer med och utan rörelsehinder var störst i den yngsta åldersgruppen (18–40 år) (Bilaga 1).

### Sömn och smärta

Individer 64 år eller yngre tillfrågades om mängden sömn en normal vardagsnatt. Andelen som sov 3–5 timmar per natt var högre hos personer med rörelsehinder än utan (8,3 procent respektive 4,1 procent). Risken för 3–5 timmars nattsömn var 2,6 gånger högre hos personer med rörelsehinder. Detta förklarades delvis av smärta men risken var fortfarande högre (1,6) bland dem med rörelsehinder efter justering för smärta. Skillnaderna mellan personer med och utan rörelsehinder var likartade för män och kvinnor. Svåra smärtor/besvär rapporterades bland 20 procent av dem med rörelsehinder och 1,1 procent bland dem utan rörelsehinder. Motsatt var en tiondel av dem med rörelsehinder smärtfria medan två tredjedelar av dem utan rörelsehinder var det.

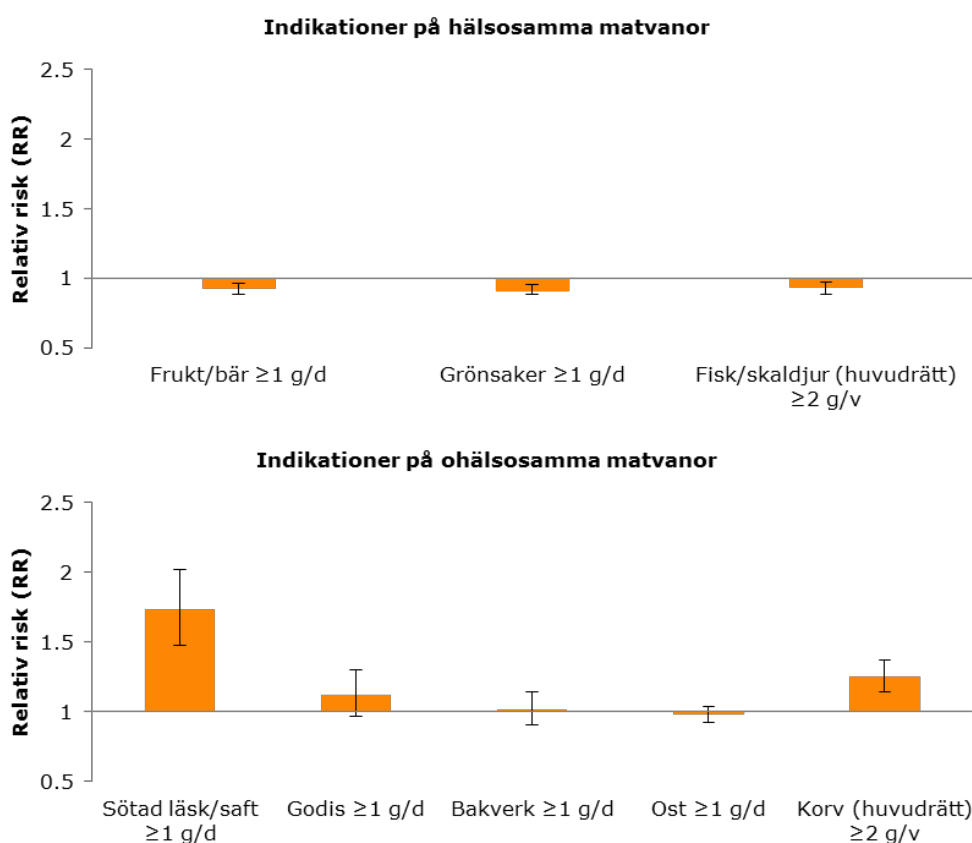
## Levnadsvanor

### Matvanor

Personer med rörelsehinder rapporterade en något lägre daglig konsumtion av frukt och bär respektive grönsaker jämfört med dem utan. Även konsumtionen av fisk och skaldjur var något lägre bland personer med rörelsehinder (Figur 3 och Bilaga 2). Ungefär hälften av personerna med rörelsehinder åt dagligen frukt eller bär respektive grönsaker och 50 procent åt fisk eller skaldjur till huvudrätt minst två gånger per vecka.

En daglig konsumtion av sötad läsk eller saft var mer frekvent hos personer med rörelsehinder och ungefär var tionde av dessa drack läsk eller saft dagligen. Den rapporterade konsumtionen av godis, bakverk och ost skiljde sig inte mellan dem med och utan rörelsehinder. Däremot var det vanligare att personer med rörelsehinder åt korv till huvudrätt minst två gånger per vecka (Figur 3 och Bilaga 2).

Skillnaderna i kostvanor mellan personer med och utan rörelsehinder var likartade för män och kvinnor. Den något lägre fruktkonsumtionen som sågs hos personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder verkade främst förekomma i åldersgrupperna 41–64 år och 65–74 år. För övriga signifikant skilda kostfaktorer sågs inga riskskillnader mellan olika åldersgrupper (Bilaga 2).



**Figur 3: Samband mellan rörelsehinder och matvanor.** Staplarna illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder, kön och utbildning.

## Alkohol

Personer med rörelsehinder hade i genomsnitt en lägre alkoholkonsumtion jämfört med personer utan rörelsehinder. De med rörelsehinder hade 52 procent lägre risk för att vara högkonsument av alkohol (Figur 4) och 50 procent lägre risk för att ha en medelkonsumtion av alkohol. Andelen icke-konsumenter (personer som under det senaste året inte hade druckit alkohol) var också högre bland personer med jämfört med utan rörelsehinder; 29 procent respektive 12 procent.

Skillnaderna i medelkonsumtion av alkohol mellan personer med och utan rörelsehinder var något mindre bland män än kvinnor. Personer med rörelsehinder hade lägre risk för en hög alkoholkonsumtion i samtliga åldersgrupper men skillnaden mellan personer med och utan rörelsehinder var mindre i gruppen 64–75 år (Bilaga 3).

## Tobak

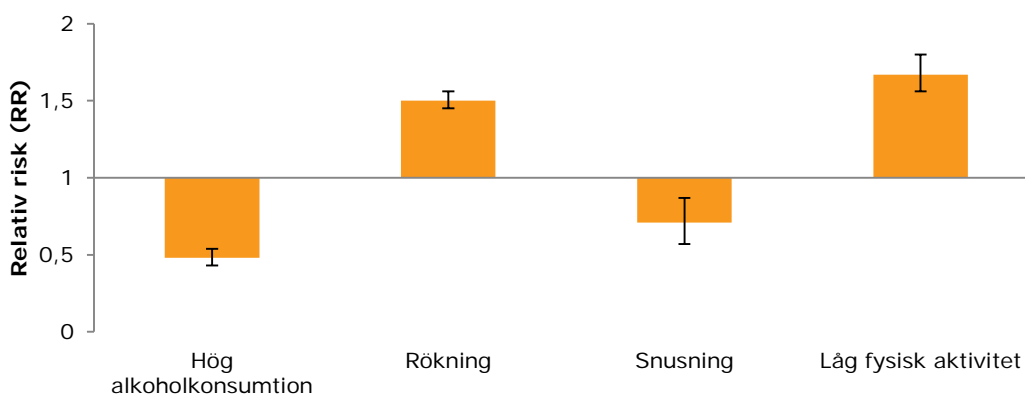
Rökning var mer förekommande hos personer med rörelsehinder än utan (Figur 4). Av dem med rörelsehinder var 18 procent rökare medan 12 procent av dem utan rörelsehinder rökte. Skillnaderna mellan personer med och utan rörelsehinder var större för män än kvinnor. Den relativa risken för att röka var 1,7 hos män med rörelsehinder och 1,3 hos kvinnor med rörelsehinder. Skillnaderna i rökning mellan personer med och utan rörelsehinder var likartade för olika åldersgrupper (Bilaga 3).

Snusning var mindre förekommande hos personer med rörelsehinder jämfört med dem utan (Figur 4). Riskskillnaderna mellan personer med och utan rörelsehinder var likartade för män och kvinnor. Skillnader mellan olika åldersgrupper undersöktes inte då antalet snusare i grupperna blev för lågt.

## Fysisk aktivitet och stillasittande

Personer med rörelsehinder var oftare mindre fysiskt aktiva och risken för att ha en låg fysisk aktivitet var 1,7 gånger högre bland dem med rörelsehinder jämfört med dem utan (Figur 4). Skillnaderna mellan personer med och utan rörelsehinder var likartade för män och kvinnor. Riskerna för låg fysisk aktivitet mellan personer med och utan rörelsehinder skiljde mellan olika åldersgrupper. En högre risk hos personer med rörelsehinder sågs inom alla åldersgrupper men riskskillnaderna var högre för de två äldre kategorierna ( $\geq 65$  år) (Bilaga 3).

Stillasittande var också något vanligare hos personer med rörelsehinder. Skillnaderna mellan personer med och utan rörelsehinder var likartade för män och kvinnor. Riskskillnaderna i stillasittande mellan dem med och utan rörelsehinder var något större i åldersgruppen 41–64 år än i övriga åldersgrupper (Bilaga 3).



**Figur 4: Samband mellan rörelsehinder och alkohol, rökning, snusning samt låg fysisk aktivitet.** Staplarna illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder, kön och utbildning.

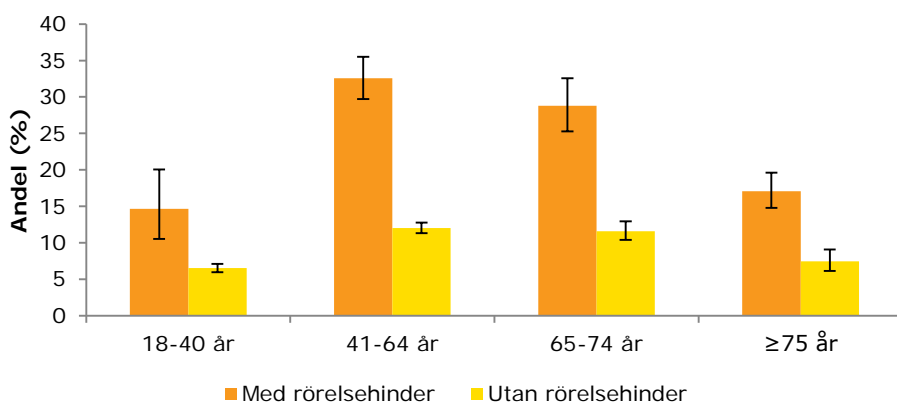
## Kombination av ohälsosamma levnadsvanor

Samtidig förekomst av låg fysisk aktivitet, rökning och sötdäckt läsk-/saftkonsumtion undersöktes. Personer med rörelsehinder hade mer än dubbelt så hög risk för att ha två eller fler dessa faktorer jämfört med personer utan rörelsehinder. Skillnaderna mellan dem med och utan rörelsehinder var likartade för män och kvinnor samt för olika åldersgrupper (Bilaga 3).

## Andra hälsoaspekter

### Kategorier av kroppsmasseindex (BMI)

Personer med rörelsehinder hade ett högre genomsnittligt BMI (27,1 kg/m<sup>2</sup>) jämfört med personer utan rörelsehinder (24,7 kg/m<sup>2</sup>). Drygt en tredjedel av dem med rörelsehinder hade övervikt och en fjärdedel hade fetma. Motsvarande siffror för personer utan rörelsehinder var en tredjedel respektive en tiondel. Även uppdelat på ålderskategorier sågs en tydlig skillnad i fetmaprevalens mellan dem med och utan rörelsehinder (Figur 5). Risken för fetma var 3,8 gånger högre hos personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder (Tabell 2) och den var högre för kvinnor än för män (4,8 respektive 2,8). Skillnaderna i fetma mellan dem med och utan rörelsehinder var likartade för de olika åldersgrupperna. Även riskerna för att ha under- eller övervikt var högre bland personer med rörelsehinder jämfört med dem utan rörelsehinder (Tabell 2).



**Figur 5: Fetma bland personer med och utan rörelsehinder uppdelat på ålderskategorier.** Prevalenserna (med 95 % konfidensintervall) har korrigerats för studiedesign och bortfall men är inte justerade för ålder, kön och utbildning.

**Tabell 2: Samband mellan rörelsehinder och BMI-kategorier.**

	Relativ risk <sup>1</sup> (95 % konfidensintervall)
Undervikt (<18,5 kg/m <sup>2</sup> )	1,56 (1,13–2,15)
Övervikt (25,0–29,9 kg/m <sup>2</sup> )	1,61 (1,44–1,79)
Fetma (≥30,0 kg/m <sup>2</sup> )	3,83 (3,37–4,36)

<sup>1</sup>Jämfört med normalvikt (18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>).  
Värdena illustrerar relativa risker med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder, kön och utbildning.

### Sjukdomsdiagnoser

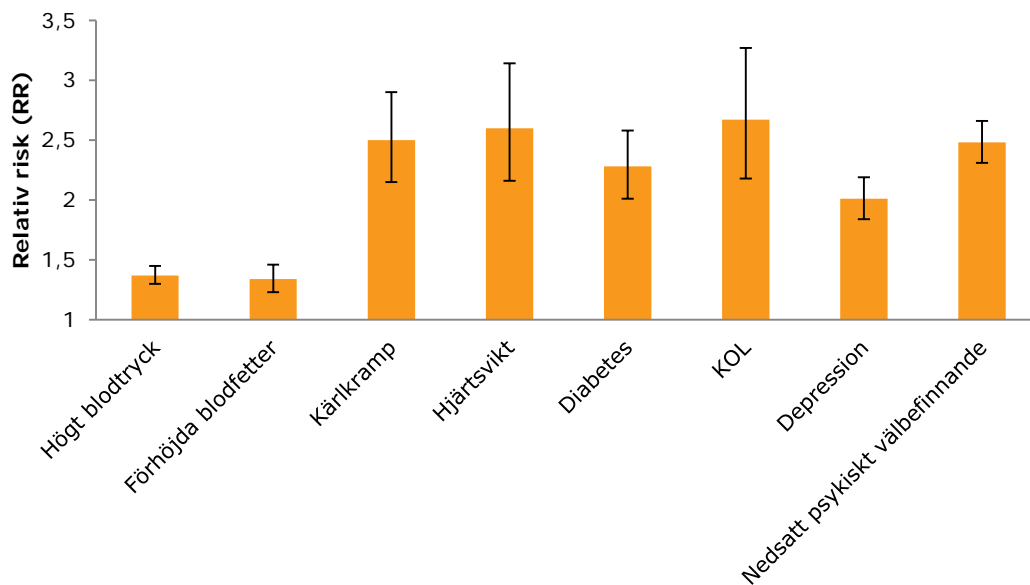
Självrapporterat högt blodtryck, förhöjda blodfetter, kärlkramp, hjärtsvikt, diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och depression var mer förekommande bland personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder (Figur 6). Vanligast var högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Drygt 40 procent av dem med

rörelsehinder behandlades för högt blodtryck och drygt en femtedel hade förhöjda blodfetter. Risken för depression bland personer med rörelsehinder jämfört med dem utan var högre för män än för kvinnor (2,3 respektive 1,9) medan riskerna för övriga sjukdomar inte skiljde sig signifikant mellan könen (Bilaga 4).

Personer med rörelsehinder hade även högre risk för att drabbas av flera av ovanstående tillstånd (samsjuklighet). Risken att ha två av dessa sjukdomar var 2,8 gånger så hög för dem med rörelsehinder jämfört med dem utan. Risken för dem med rörelsehinder blev högre med antalet sjukdomar som tillkom. Personer med rörelsehinder hade 6,4 gånger högre risk att ha fem eller fler av dessa sjukdomar samtidigt jämfört med personer utan rörelsehinder.

### Psykiskt välbefinnande

Nästan en tredjedel av dem med rörelsehinder rapporterade att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande medan detsamma gällde för mindre än en femtedel av dem utan rörelsehinder. Personer med rörelsehinder hade 2,5 gånger högre risk för nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med personer utan rörelsehinder (Figur 6). Skillnaderna mellan personer med och utan rörelsehinder var större för män än för kvinnor (Bilaga 4).



**Figur 6: Samband mellan rörelsehinder och sjukdomsdiagnoser samt psykiskt välbefinnande.** Staplarna illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder, kön och utbildning.



# Diskussion

Rapporten visar att personer med rörelsehinder har en större ohälsa jämfört med personer utan rörelsehinder i Stockholms län. För det första är deras självskattade allmänna hälsotillstånd betydligt sämre och fler har besvär med sin psykiska hälsa. Vidare förekom rökning och fetma i högre grad medan färre var fysiskt aktiva. Personer med rörelsehinder hade dessutom högre risk för en rad sjukdomar med koppling till fetma och ohälsosamma levnadsvanor.

Det var vanligare att personer med rörelsehinder rökte, hade en låg fysisk aktivitet och var mycket stillasittande. Andelen snusare var däremot lägre bland personer med rörelsehinder. En lägre grad av fysisk aktivitet kan tyckas förväntad vid förekomst av rörelsehinder. En ung person som har varit med om en olycka, en person med rörelsehinder på grund av fetma och en äldre person som får en åldersbetingad funktionsnedsättning kan inte förväntas ha samma behov av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser vad gäller fysisk aktivitet och rökvanor. Insatser för att öka den fysiska aktiviteten och minska rökning bland människor med rörelsehinder behöver individanpassas. Här finns en utmaning för hälso- och sjukvården i det "paradigmskifte" som pågår med växande fokus på evidensbaserade hälsofrämjande insatser på alla vårdnivåer (9). I denna förändringsprocess är det viktigt att rörelsehindrade människors behov av kompetenta hälsofrämjande insatser inte åsidosätts.

Personer med rörelsehinder var oftare lågkonsumenter av alkohol. Statens Folkhälsoinstituts undersökning har tidigare visat att "riskabla" alkoholvanor var ungefär lika vanliga hos personer med funktionsnedsättning som hos övriga befolkningen (1). En möjlig förklaring till skillnaderna i resultat är att olika enkätfrågor och definitioner använts för att beskriva "riskabla" alkoholvanor respektive hög alkoholkonsumtion. En annan möjlig förklaring är att rörelsehinder definierats olika i dessa två undersökningar.

De observerade skillnaderna i kostvanor mellan personer med och utan rörelsehinder var marginella och differensen mellan grupperna var ofta bara någon procent. Personer med rörelsehinder rapporterade en något lägre frukt- och grönsakskonsumtion, vilket även har setts tidigare (1). Vid jämförelse med nationella data på den vuxna svenska befolkningen (Riksmaten 2010-11) var andelen med en daglig fruktkonsumtion likvärdig medan den dagliga grönsakskonsumtionen var högre i Riksmaten 2010-11 (10). Skillnaderna i fisk- och skaldjurskonsumtion mellan personer med och utan rörelsehinder var små. Ändå sågs en lägre konsumtion hos dem med rörelsehinder när hänsyn togs till ålder, kön och utbildning. Eftersom fiskkonsumtionen är högre hos äldre (10) förklaras troligen detta av den högre medelåldern bland personer med rörelsehinder. Enligt Riksmaten 2010-11 äter endast drygt 30 procent av den svenska befolkningen fisk eller skaldjur minst två gånger per vecka, vilket är rekommendationen (10). Den högre fisk- och skaldjurskonsumtion i denna rapport (cirka 50 procent) skulle kunna bero på hur frågan är ställd. I Hälsoenkät 2010 hade frågan fler svarsalternativ och den ställdes inte tillsammans med hur ofta man åt olika typer av köttsorter som huvudrätt, vilket var fallet i Riksmaten 2010-11 (10). Detta kan ha lett till en överskattning av intaget av fisk och skaldjur i denna rapport.

Rapporterat rörelsehinder var vanligare bland kvinnor än män, vilket överensstämmer med tidigare data (11). Däremot var skillnaderna i undersökta hälsofaktorer mellan personer med och utan rörelsehinder oftast likartade för kvinnor och män. Ett undantag

var risken för fetma där skillnaderna mellan dem med och utan rörelsehinder var större för kvinnor än män. Denna könsskillnad har även setts tidigare (1). Förekomsten av fetma bland personer med rörelsehinder var 27 procent hos kvinnorna och 23 procent hos männen. Som jämförelse hade tio procent av männen och åtta procent av kvinnorna utan rörelsehinder fetma. Både högre och lägre prevalenser än dessa har observerats i andra studier. I Statens Folkhälsoinstituts undersökning rapporterade drygt 30 procent av kvinnorna med rörelsehinder fetma 2005–2007 (1), medan andelen fetma hos kvinnor och män med nedsatt rörelseförmåga var 24 och 20 procent i Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) 2008–2011 (12). Liksom i många andra enkätstudier var vikt och längd självrapporterad. Detta kan innebära en underskattning av andelen med fetma eftersom personer med ett högre BMI tenderar att underrapportera sin vikt i större utsträckning jämfört med normalviktiga individer (13, 14). Även om risken för övervikt var 61 procent högre hos personer med rörelsehinder verkade det framförallt vara fetma som var kopplad till förekomst av rörelsehinder. Fetma ökar risken för rörelsehinder (15) genom exempelvis artros och belastningssmärta (16). Dock går troligen sambandet mellan fetma och rörelsehinder i båda riktningarna, det vill säga personer med rörelsehinder har sannolikt också en ökad risk för fetma.

Personer med rörelsehinder hade ett betydligt sämre självskattat allmänt hälsotillstånd. I jämförelse med tidigare studier (Statens Folkhälsoinstituts undersökning och ULF/SILC) var andelen personer med rörelsehinder som uppgav en god eller mycket god hälsa likvärdig (1, 12). Däremot uppgav 32–43 procent av personerna med rörelsehinder i dessa studier att de hade ett dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd (1, 12) medan motsvarande siffra i denna rapport var 26 procent. Olika definitioner på rörelsehinder förklarar troligen denna diskrepans. Vidare jämförs undersökningar på nationell nivå med denna studie som är genomförd i Stockholms län, vilket också skulle kunna ha ett inflytande på skillnaderna.

Liksom i Statens Folkhälsoinstituts undersökning (1) var förekomsten av flera vanliga folksjukdomar (diabetes, depression, hjärtsvikt, kronisk obstruktiv lungsjukdom) samt nedsatt psykiskt välbefinnande högre hos personer med rörelsehinder. Nedsatt psykiskt välbefinnande rapporterades hos 29 procent av männen och 32 procent av kvinnorna, vilket kan jämföras med 34 procent av männen och 44 procent av kvinnorna i Statens Folkhälsoinstituts undersökning (1). Även självmordstankar har tidigare visats vara vanligare bland personer med rörelsehinder (1). Funktionsnedsättning har vidare kopplats till användning av flera läkemedel (till exempel magsårs-, blodfettssänkande-, insomnings-, ångstdämpande och smärtstillande medicin) (1). I Statens Folkhälsoinstituts undersökning (1) rapporterade endast 22 procent användning av blodtryckssänkande medicin medan drygt 40 procent uppgav detta i denna rapport. Detta kan troligen förklaras av att föregående studies deltagare hade olika former av funktionsnedsättning medan specifikt rörelsehinder användes i denna. Dessutom användes olika ålderskriterier.

Det bör påpekas att svarsfrekvensen endast var drygt 50 procent. Det kan inte uteslutas att personer med rörelsehinder i större utsträckning valt att avstå från att delta. Bland de rörelsehindrade personerna kanske de med svåra rörelsehinder avstod i högre grad. Detta skulle kunna ha en inverkan på hur representativ studien är för hela populationen av personer med rörelsehinder.

Rapporten baseras på data från hela Stockholms län. Vid urvalsdragningen stratifierades Stockholms län i kommuner och stadsdelar inom Stockholms stad. Genom att vikta

resultaten för varierande urvalsandelar i olika kommuner/stadsdelar blev resultaten så representativa som möjligt för hela landstinget.

Studiepopulationen har en socioekonomisk mångfald och tros spegla variationerna (heterogeniteten) i befolkningen inom Stockholms län. Dock var kvinnor, äldre, svenskfödda och personer med hög socioekonomisk status överrepresenterade bland dem som besvarade Hälsoenkät 2010 (8). För att ta hänsyn till detta och öka generaliserbarheten användes kalibreringsviktningen enligt beskrivningen ovan. Viktningen hade således dubbla syften.

Studien är en tvärsnittsstudie, vilket innebär att man inte kan uttala sig om kausalitet, det vill säga vilken exponering eller vilket tillstånd som är en nödvändig eller tillräcklig förutsättning för utveckling av det andra. Detta innebär till exempel att man i denna studie inte kan klarlägga om fetma är en bidragande orsak till ett rörelsehinder eller tvärtom, eller om kausala mekanismer går i båda riktningar.

Rörelsehinder är ett brett begrepp som inte bara handlar om individens funktionsnedsättningar, utan i hög grad också om samhällets och medmänniskors vilja och förmåga att underlätta delaktighet genom att anpassa stadsmiljön, kommunikationer, bostäder, arbetsplatser, föreningslokaler med mera. Fördelningen av typ och svårighetsgrad av rörelsehinder varierar sannolikt med ålder. Till exempel kan rörelsehinder på grund av olyckor utgöra en större andel bland yngre individer medan rörelsehinder orsakat av artros är vanligare bland äldre. Studiedeltagarna grupperades i ålderskategorier (18–40 år, 41–64 år, 65–74 år,  $\geq 75$  år) för att få en indikation om betydelsen av rörelsehindrets typ och svårighetsgrad för de undersökta aspekterna av hälsa och ohälsa. Bland annat sågs störst skillnader mellan personer med och utan rörelsehinder vad gäller självskattat allmänt hälsotillstånd i åldrarna 41–64 år.

Enligt Hälsoenkät 2010 hade 13 procent av befolkningen i Stockholms län rörelsehinder. Detta innebar att de kunde gå med viss svårighet eller att de var sängliggande. Som jämförelse uppgav cirka åtta procent av den vuxna svenska befolkningen (18–84 år) rörelsehinder i Statens Folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät 2005–2007 (1). Andelen med rörelsehinder i ULF/SILC 2010–2011 var 7,2 procent och en hög grad av nedsatt rörelseförmåga definierades hos 4,3 procent av befolkningen (11). Definitionen för rörelsehinder i dessa två studier inkluderade bland annat att ej kunna ta en kortare promenad i rask takt eller svårigheter att gå upp ett trappsteg. Skillnader i prevalens mellan studierna kan bero på olika definitioner av rörelsehinder och olika åldersavgränsningar.

Sammanfattningsvis har personer med rörelsehinder en större ohälsa jämfört med personer utan rörelsehinder i Stockholms län. Dessa fynd visar tydligt att det behövs utökade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för denna grupp. Stockholms läns landsting arbetar med evidens och implementering av Socialstyrelsens nya riktlinjer *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* (9). Det är viktigt att detta arbete även kommer att omfatta människor med rörelsehinder och att nya arbetssätt och metoder anpassas för gruppens delvis skilda behov. Denna rapport beskriver ohälsan hos den generella populationen med rörelsehinder i Stockholms län. För att vidare anpassa det hälsofrämjande arbetet till specifika rörelsehinder behöver levnadsvanor och ohälsa studeras för olika typer av rörelsehinder.

# Referenser

1. Boström G (2008). Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning. Statens folkhälsoinstitut. R 2008:17.
2. Arnhof Y (2008). *Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning*. Statens folkhälsoinstitut. R 2008:13.
3. Forsberg B, Westling K, Lenhoff H (2011). *Folkhälsorapport 2011. Folkhälsan i Stockholm – Idag och imorgon*. Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen. Stockholms läns landsting.
4. Stockholms läns landsting (2010). *Mer än bara trösklar. Stockholms läns landstings program 2011–2015 för delaktighet för personer med funktionsnedsättning*.
5. Stockholms läns landsting (2011). *Handling för hälsa 2012–2014. Handlingsplan för SLL:s folkhälsopolicy*.
6. Statistiska centralbyrån (2009). *Funktionsnedsattas situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 2008*. Information om utbildning och arbetsmarknad 2009:3.
7. Svensson A, Magnusson C, Fredlund P (2011). *Hälsoenkät 2010 – teknisk rapport (2011:9)*. Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Rapport 2011:9.
8. Svensson AC, Fredlund P, Laflamme L, et al. Cohort Profile: The Stockholm Public Health Cohort. *Int J Epidemiol*. 2013;42(5):1263–1272.
9. Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*.
10. Amcoff E, Edberg A, Enghardt Barbieri H, et al. (2012). *Riksmaten – vuxna 2010–11. Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige*. Livsmedelsverket.
11. Statistiska centralbyrån. *Statistik om personer med funktionsnedsättning. Om statistiken. 2008–2011 Skattat antal och antal intervjuer för olika redovisningsgrupper*. [http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/12202/2012A02B/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/12202/2012A02B/) [senast uppdaterad 2013-11-18; tillgänglig 2013-11-29].
12. Statistiska centralbyrån. *Statistik om personer med funktionsnedsättning. Tabeller 2008–2011. Hälsa*. [http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/12202/2012A02B/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/12202/2012A02B/) [senast uppdaterad 2013-11-18; tillgänglig 2013-12-04].
13. Nyholm M, Gullberg B, Merlo J, Lundqvist-Persson C, Rastam L, Lindblad U. The validity of obesity based on self-reported weight and height: Implications for population studies. *Obesity (Silver Spring)*. 2007;15(1):197–208.
14. Visscher TL, Viet AL, Kroesbergen IH, Seidell JC. Underreporting of BMI in adults and its effect on obesity prevalence estimations in the period 1998 to 2001. *Obesity (Silver Spring)*. 2006;14(11):2054–2063.
15. Garipey G, Wang J, Lesage A, Schmitz N. Obesity and the risk of disability in a 12-year cohort study: the role of psychological distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(11):1173–1179.
16. Tucker A, Visscher TL, Picavet HS. Overweight and health problems of the lower extremities: osteoarthritis, pain and disability. *Public Health Nutr*. 2009;12(3):359–368.

# Bilagor

- Bilaga 1. Samband mellan rörelsehinder, självskattat allmänt hälsotillstånd och långvarigt hälsoproblem uppdelat på ålderskategorier.
- Bilaga 2. Samband mellan rörelsehinder och matvanor uppdelat på ålderskategorier.
- Bilaga 3. Samband mellan rörelsehinder och levnadsvanor uppdelat på ålderskategorier.
- Bilaga 4. Samband mellan rörelsehinder, sjukdomsdiagnoser och psykiskt välbefinnande bland män och kvinnor.

# Bilaga 1

Samband mellan rörelsehinder, självskattat allmänt hälsotillstånd och långvarigt hälsoproblem uppdelat på ålderskategorier. Värdena illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI) för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder, kön och utbildning.

	18–40 år			41–64 år			65–74 år			≥75 år			
	RR (95 % KI)	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub> N <sub>utan</sub>	RR (95 % KI)	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub> N <sub>utan</sub>	RR (95 % KI)	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub> N <sub>utan</sub>	RR (95 % KI)	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub> N <sub>utan</sub>	
<b><u>Självskattat allmänt hälsotillstånd</u></b>													
Någorlunda, dåligt	3,00	2,94	142	1453	3,45	1074	2139	2,88	644	893	2,21	1061	582
eller mycket dåligt	(2,88–3,13)	(2,51–3,45)			(3,25–3,66)			(2,66–3,12)			(2,03–2,40)		<0,001
<b><u>Långvarigt hälsoproblem</u></b>													
Ja	2,69	3,63	182	1638	2,83	1181	2994	2,41	706	1330	2,19	1000	632
	(2,60–2,79)	(3,23–4,08)			(2,69–2,97)			(2,27–2,56)			(2,02–2,37)		<0,001

<sup>1</sup>p-värde för en åldersskillnad.

Antal individer med rörelsehinder inom respektive grupp: 18–40 år (n=282), 41–64 år (n=1445), 65–74 år (n=872), ≥75 år (n=1387).

Antal individer utan rörelsehinder inom respektive grupp: 18–40 år (n=9 437), 41–64 år (n=11 246), 65–74 år (n=3 840), ≥75 år (n=3 195).

N<sub>med</sub>, antal individer med rörelsehinder; N<sub>utan</sub>, antal individer utan rörelsehinder.

## Bilaga 2

Samband mellan rörelsehinder och matvanor uppdelat på ålderskategorier. Värdena illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI) för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder, kön och utbildning.

	18–40 år			41–64 år			65–74 år			≥75 år					
	RR (95 % KI)	RR (95 % KI)	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub>	N <sub>utan</sub>	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub>	N <sub>utan</sub>	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub>	N <sub>utan</sub>	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub>	N <sub>utan</sub>	P <sup>1</sup>
<b>Frukt eller bär</b>															
≥1 gång/dag	0,92 (0,88–0,96)	1,02 (0,88–1,19)		132	4793	0,91 (0,85–0,97)	771	6627	0,83 (0,76–0,91)	463	2383	0,99 (0,92–1,08)	800	1082	0,03
<b>Grönsaker</b>															
≥1 gång/dag	0,91 (0,88–0,95)	0,92 (0,80–1,07)		134	5207	0,89 (0,84–0,95)	747	6957	0,88 (0,80–0,97)	403	2138	0,99 (0,91–1,07)	686	931	0,08
<b>Sötad läsk eller saft</b>															
≥1 gång/dag	1,73 (1,47–2,02)	1,71 (1,17–2,49)		34	671	1,76 (1,36–2,27)	91	380	1,42 (0,93–2,16)	37	135	1,71 (1,26–2,32)	122	96	0,46
<b>Fisk eller skaldjur (huvudrätt)</b>															
≥2 gånger/v	0,93 (0,88–0,97)	1,00 (0,83–1,19)		95	3809	0,90 (0,84–0,97)	625	5745	0,91 (0,84–0,99)	415	2093	0,98 (0,91–1,06)	701	989	0,28
<b>Korv (huvudrätt)</b>															
≥2 gånger/v	1,25 (1,14–1,37)	1,21 (0,89–1,66)		46	1511	1,31 (1,14–1,52)	259	1535	1,18 (0,98–1,43)	160	563	1,15 (0,97–1,36)	305	322	0,97

<sup>1</sup>P-värde för en åldersskillnad.

Antal individer med rörelsehinder inom respektive grupp: 18–40 år (n=282), 41–64 år (n=1445), 65–74 år (n=872), ≥75 år (n=1387).

Antal individer utan rörelsehinder inom respektive grupp: 18–40 år (n=9 437), 41–64 år (n=11 246), 65–74 år (n=3 840), ≥75 år (n=3 195).

N<sub>med</sub>, antal individer med rörelsehinder; N<sub>utan</sub>, antal individer utan rörelsehinder.

Kursiva, ljusgråa siffror indikerar att resultatet är osäkra och bör därför tolkas med försiktighet då antalet individer i subgruppen är få.

## Bilaga 3

Samband mellan rörelsehinder och levnadsvanor uppdelat på ålderskategorier. Värdena illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI) för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder, kön och utbildning.

	18–40 år			41–64 år			65–74 år			≥75 år			
	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub>	N <sub>utan</sub>	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub>	N <sub>utan</sub>	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub>	N <sub>utan</sub>	RR (95 % KI)	N <sub>med</sub>	N <sub>utan</sub>	P <sup>1</sup>
<b>Alkoholkonsumtion</b>													
Medel vs låg	0,50 (0,45–0,56)	66	3001	0,42 (0,36–0,50)	358	3940	0,67 (0,53–0,85)	228	1190	0,54 (0,44–0,68)	284	549	0,01
Hög vs låg	0,48 (0,43–0,53)	50	2759	0,39 (0,33–0,46)	369	4082	0,74 (0,59–0,93)	307	1592	0,63 (0,50–0,79)	275	507	
<b>Rökning</b>													
Ja	1,50 (1,36–1,66)	152	6401	1,50 (1,32–1,70)	594	5960	1,55 (1,26–1,91)	319	1649	1,41 (1,00–2,00)	713	982	0,57
<b>Eysisk aktivitet</b>													
Låg	1,67 (1,59–1,77)	110	3417	1,23 (1,12–1,34)	493	3614	2,93 (2,58–3,32)	353	561	3,11 (2,67–3,61)	616	256	<0,001
<b>Stillasittande</b>													
Ja	1,14 (1,10–1,18)	146	4353	1,31 (1,24–1,39)	833	4374	1,08 (1,03–1,13)	649	2600	1,06 (1,01–1,11)	983	1270	<0,001
<b>Klustring av riskfaktorer</b>													
≥2 riskfaktorer	2,42 (2,11–2,78)	35	577	2,09 (1,72–2,54)	158	547	3,20 (2,32–4,41)	84	111	3,18 (2,10–4,81)	119	49	0,06

<sup>1</sup>P-värde för en åldersskillnad.

Antal individer med rörelsehinder inom respektive grupp: 18–40 år (n=282), 41–64 år (n=1445), 65–74 år (n=872), ≥75 år (n=1387).

Antal individer utan rörelsehinder inom respektive grupp: 18–40 år (n=9 437), 41–64 år (n=11 246), 65–74 år (n=3 840), ≥75 år (n=3 195).

N<sub>med</sub>, antal individer med rörelsehinder; N<sub>utan</sub>, antal individer utan rörelsehinder.

Kursiva, ljusgråa siffror indikerar att resultatet är osäkra och bör därför tolkas med försiktighet då antalet individer i subgruppen är få.



## Bilaga 4

**Samband mellan rörelsehinder, sjukdomsdiagnoser och psykiskt välbefinnande bland män och kvinnor. Värdena illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI) för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder, kön och utbildning.**

	<b>Totalt RR (95 % KI)</b>	<b>Män RR (95 % KI)</b>	<b>Kvinnor RR (95 % KI)</b>	<b>P<sup>1</sup></b>
Högt blodtryck	1,37 (1,30–1,44)	1,41 (1,30–1,52)	1,33 (1,24–1,43)	0,49
Förhöjda blodfetter	1,34 (1,23–1,45)	1,37 (1,21–1,54)	1,30 (1,15–1,46)	0,14
Kärlkramp	2,50 (2,15–2,90)	2,49 (2,07–3,00)	2,55 (1,98–3,28)	0,90
Hjärtsvikt	2,60 (2,15–3,13)	2,73 (2,13–3,49)	2,45 (1,83–3,27)	0,77
Diabetes	2,28 (2,01–2,58)	2,14 (1,82–2,52)	2,50 (2,06–3,04)	0,63
KOL	2,67 (2,18–3,27)	2,61 (1,93–3,52)	2,72 (2,07–3,57)	0,37
Depression	2,01 (1,84–2,19)	2,33 (1,98–2,74)	1,88 (1,70–2,07)	0,002
Nedsatt psykiskt välbefinnande	2,48 (2,31–2,67)	2,72 (2,41–3,07)	2,35 (2,15–2,56)	0,02

<sup>1</sup>P-värde för en könsskillnad.

KOL, kronisk obstruktiv lungsjukdom.





ISBN 978-91-87691-04-1



**Centrum för epidemiologi  
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING