



Socioekonomiska förhållanden och delaktighet i arbetslivet 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 2013:7



ISBN 978-91-87691-03-4

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

Stockholm december 2013

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Människor med rörelsehinder är en stor och viktig grupp som förtjänar samhällets uppmärksamhet och stöd. Även om Stockholms läns landsting och Sverige generellt ligger långt framme i utvecklingen när det gäller att anpassa samhället till rörelsehindrade människors behov och möjliggöra delaktighet, visar resultaten i denna rapport att mycket återstår att göra.

Författarna har använt ett stort material från Stockholms läns landstings hälsoenkät 2010. Med epidemiologiska metoder jämförs personer med och utan rörelsehinder avseende socioekonomiska förhållanden, delaktighet i arbetslivet och ensamboende. Deras analyser visar att det finns betydande ojämlikheter som torde kunna förebyggas. Vi hoppas att rapporten ska stimulera till debatt och insatser ägnade att öka rörelsehindrade människors delaktighet i arbetslivet och samhället i stort.

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
Utbildning och socioekonomisk grupp.....	11
Ekonomiska marginaler.....	13
Delaktighet i arbetsliv	14
Ensamboende	16
Diskussion	18
Referenser	20
Bilagor	21
Bilaga 1.....	22
Bilaga 2	23

Sammanfattning

Beroende på val av definition har mellan sju och tretton procent av den vuxna svenska befolkningen ett rörelsehinder. Människor med rörelsehinder har enligt tidigare undersökningar oftare sämre hälsa, både fysiskt och psykiskt, och oftast också sämre socioekonomiska förhållanden än dem utan rörelsehinder. Personer med rörelsehinder är en stor grupp människor som i flera avseenden är beroende av god samhällsplanering, samt stöd, vård och omsorg för att uppnå god livskvalitet och delaktighet i samhällslivet.

Ett av politikens viktigaste mål är att skapa goda förutsättningar till delaktighet i arbetslivet samt jämlika förutsättningar inom andra centrala områden av människors vardagsliv. Rapportens syfte var att kartlägga skillnader i socioekonomiska förhållanden, delaktighet i arbetsliv samt ensamboende mellan vuxna personer med och utan rörelsehinder.

Rapporten baseras på data från Stockholms läns landstings hälsoenkät 2010, en tvärsnittsstudie genomförd i den vuxna befolkningen i Stockholms län. Rörelsehinder definierades genom en enkätfråga om rörlighet. 30 317 besvarade frågan och utgjorde studiepopulationen i denna rapport. Vissa arbetslivsrelaterade frågor i enkäten ställdes enbart till individer 64 år eller yngre. Individer som endast kunde gå men med viss svårighet eller var sängliggande klassificerades som personer med rörelsehinder.

Det vanligaste rörelsehindret var att personerna kunde gå men med viss svårighet. Jämfört med personer utan rörelsehinder var de med rörelsehinder oftare kvinnor och äldre. Personer med rörelsehinder hade i genomsnitt en lägre utbildningsnivå. Det var också vanligare med små ekonomiska marginaler. Vidare var sjukfrånvaro, sjuk- eller aktivitetsersättning samt arbetslöshet vanligare bland dem med rörelsehinder. En större andel bodde ensamma och färre personer med rörelsehinder bodde med en partner eller barn.

Rapportens huvudfynd är att personer med rörelsehinder är mer socioekonomiskt utsatta och har mindre delaktighet i arbetslivet än personer utan rörelsehinder, även efter att hänsyn tagits till ålder, kön och utbildning. Sjukförsäkringen utnyttjades i högre utsträckning av människor med rörelsehinder. Oavsett om skillnaderna beror på rörelsehindret per se, stigmatisering eller andra faktorer, behövs stödjande och hälsofrämjande insatser för att motverka ojämlikhet i hälsa samt öka delaktigheten i samhället hos personer med rörelsehinder inom Stockholms län.

Resultaten visar att ett helhetsperspektiv är viktigt. Bristande stöd inom ett område, till exempel arbetslivet, kan få konsekvenser inom andra områden, bland annat i termer av sämre hälsa och sämre socioekonomiska förhållanden. Ett större tvärsektoriellt samarbete mellan myndigheter där man inte bara ser till egna stödmekanismer utan till helhetslösningar skulle sannolikt kunna bidra till bättre livskvalitet för människor med rörelsehinder.

Introduktion

I Sverige lever ungefär 1,5 miljoner människor mellan 16 och 84 år med en funktionsnedsättning. Detta motsvarar ungefär en fjärdedel av den vuxna befolkningen (1, 2). En funktionsnedsättning kan vara av fysisk, psykisk eller kognitiv natur (2). Jämfört med befolkningen som helhet är ohälsa tio gånger vanligare hos människor med en funktionsnedsättning (3). Människor med en funktionsnedsättning är dessutom mer utsatta ur ett socioekonomiskt perspektiv; de har till exempel i genomsnitt lägre inkomster och sämre kontantmarginaler än personer utan funktionsnedsättning (1). Utbildningsnivån är i genomsnitt lägre hos personer med funktionsnedsättning (1) och det finns ofta synliga och osynliga hinder för deras delaktighet i arbetslivet och samhällslivet i övrigt (2, 4). Exempel på funktionsnedsättning är rörelsehinder av olika slag. Personer med rörelsehinder utgör en stor kategori av människor med funktionsnedsättning som kan drabbas svårt, sett ur ett socialt perspektiv (1, 2). Vidare är rörelsehinder den vanligaste funktionsnedsättningen hos personer med nedsatt arbetsförmåga och utgör nästan hälften av alla fall (4).

De sociala förhållandena har stor betydelse för hälsan. Det är välkänt att lågutbildade personer har högre risk för sjuklighet samt mortalitet och därmed kortare medellivslängd jämfört med högutbildade (5, 6). Kränkande behandling och dåligt bemötande, till exempel i samband med kontakter med myndigheter och institutioner, är vanligt förekommande och rapporteras av nästan en tredjedel av personer med funktionsnedsättning. Motsvarande nivå i övriga befolkningen är en femtedel (1).

Socialt stöd är en viktig aspekt som kan påverka både fysisk och psykisk hälsa likväl som mortalitet (7). Det har tidigare visats att personer med funktionsnedsättning har ett svagare socialt och emotionellt stöd från omgivningen. Avsaknad av känslomässigt stöd rapporterades hos 16 procent av dem med funktionsnedsättning medan motsvarande siffra var tio procent i övriga befolkningen (1).

Faktorer inom områden, såsom arbetsliv, socialt deltagande och ekonomi, samspelar och förstärker ohälsan hos personer med funktionsnedsättning. Ohälsosamma levnadsvanor är exempel på sådana faktorer. Bättre ekonomiska och sociala förhållanden, högre grad av delaktighet i arbetsliv och samhällsliv i övrigt samt minskad negativ särbehandling är faktorer som tros kunna motverka ohälsan (3). Spridning av kunskap om skillnader i hälsa, stigmatisering och bristande delaktighet för personer med funktionsnedsättning kan förväntas motverka ohälsa (8).

Ett av socialpolitikens viktigaste mål vid insatser riktade till personer med funktionsnedsättning är främjande av delaktighet i arbetslivet och andra domäner av människors vardag (2, 9). För att främja detta mål är det viktigt att förstå vilka förhållanden som främjar respektive hindrar delaktigheten i arbetslivet. Denna rapport beskriver och analyserar skillnader i socioekonomiska förhållanden, delaktighet i arbetsliv och ensamboende bland människor med och utan rörelsehinder i Stockholms län. En annan rapport, som publiceras samtidigt, fokuserar på levnadsvanor samt fysisk och psykisk ohälsa. Rapporterna ska bidra till att tydliggöra vilka områden som kan prioriteras för att främja hälsa, livskvalitet och delaktighet bland människor med rörelsehinder.

Syfte

Rapportens syfte är att kartlägga skillnader mellan personer med och utan rörelsehinder i Stockholms län med avseende på socioekonomiska förhållanden, delaktighet i arbetsliv samt ensamboende.

Metod

Undersökningen Hälsoenkät 2010

Rapporten utgår från data insamlat i Stockholms läns landstings hälsoenkät 2010 (10, 11). Populationen utgjordes av ett slumpmässigt urval av vuxna individer (≥ 18 år) skrivna i Stockholms län vid tidpunkten för datainsamlingen. Deltagarna fick besvara en enkät med frågor rörande bland annat hälsa, levnadsvanor, delaktighet i arbetsliv samt boende. Två enkäter med delvis skilda frågor skickades ut; en enkät skickades till personer i åldrarna 18–64 år och en till personer 65 år eller äldre. De yngre individerna fick utförligare frågor om psykosocial och fysisk arbetsmiljö. De äldre individerna fick istället frågor om bland annat syn- och hörsselförsämring samt ensamhet.

För att möjliggöra redovisningar på kommun- och stadsdelsnivå (inom Stockholms stad) utgjorde det slumpmässiga urvalet olika stora andelar av befolkningen i olika kommuner/stadsdelar. Stockholms läns landsting var huvudman för studien och Statistiska Centralbyrån (SCB) genomförde själva datainsamlingen.

Studiepopulation

Av 55 341 tillfrågade män och kvinnor valde 30 767 att delta, vilket innebär en svarsfrekvens på 56 procent (10). De som valde att delta var oftare kvinnor, äldre och födda i Sverige. Jämfört med bortfallet hade deltagarna en högre utbildningsnivå samt en högre inkomst (11). Rörelsehinder definierades genom en enkätfråga där deltagaren fick besvara hur han eller hon bäst skulle beskriva sin rörlighet i nuläget. Följande svarsalternativ var möjliga: "Jag går utan svårigheter", "Jag kan gå men med viss svårighet" och "Jag är sängliggande". De som svarade "Jag kan gå men med viss svårighet" eller "Jag är sängliggande" klassificerades som personer med rörelsehinder. Svarsalternativet "Jag går utan svårigheter" definierades som personer utan rörelsehinder. Frågan om rörlighet besvarades av 30 317 av de 30 767 deltagarna, vilka därför utgjorde studiepopulationen i denna rapport. De 1,5 procent ($N=450$) som inte besvarat frågan exkluderades från rapportens samtliga analyser.

Vissa frågor i enkäten ställdes enbart till individer 64 år eller yngre ($N=22\ 410$). Dessa var framförallt arbetsrelaterade frågor.

Variabler

Variablerna i Hälsoenkät 2010 har beskrivits tidigare (10). Socioekonomiska förhållanden studerades i denna rapport genom utbildning, socioekonomisk grupp och ekonomiska marginaler. Utbildningsnivå baserades på registerdata och klassificerades enligt grundskola, gymnasium, universitet kortare än tre år samt universitet minst tre år. Socioekonomisk grupp betecknades av SCB utifrån det yrke deltagaren angivit. Följande kategorier användes; egenföretagare, ej facklärdd arbetare, facklärdd arbetare, tjänsteman på lägre, mellan respektive högre nivå samt övriga. Ekonomiska marginaler studerades genom att fråga deltagarna om de hade haft svårigheter att klara löpande utgifter för mat, hyra, räkningar och dylikt samt om de hade avstått från läkemedel eller tand-, sjuk- eller hemvård på grund av dålig ekonomi de senaste 12 månaderna.

Delaktighet i arbetslivet undersöktes med hjälp av frågor om nuvarande huvudsaklig sysselsättning, arbetsledande befattning, antal timmar i förvärvsarbete samt sjukfrånvaro. Dessa ställdes endast till personer 64 år eller yngre. Sjuk- eller aktivitetsersättning ("förtidspension") undersöktes genom att fråga om huvudsaklig sysselsättning och jämfördes med dem med tillsvidareanställning, tidsbegränsad anställning eller eget företag. Andra sysselsättningskategorier såsom studerande eller tjänste-/föräldraledig inkluderades inte i denna analys. Arbetslöshet undersöktes genom att fråga om man hade varit arbetslös någon gång under de senaste två åren. Arbetsledande befattning (N=17 440), timmar i förvärvsarbete (N=17 112), sjukfrånvarotillfällen (N=16 897) samt sjukfrånvarodagar (N=17 205) besvarades bara om man hade förvärvsarbetat under de senaste 12 månaderna. Antal timmar i förvärvsarbete i genomsnitt per vecka kategoriserades enligt följande; mer än 45 timmar, 36–45 timmar, 20–35 timmar, 1–19 timmar samt annan arbetstid. Sjukfrånvaro studerades genom två frågor; dels antal tillfällen med sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna och dels totalt antal sjukfrånvarodagar under de senaste 12 månaderna.

Ensamboende undersöktes genom att deltagarna tillfrågades om de bodde med någon annan större delen av veckan och i så fall med vem enligt följande kategorier; make/maka/sambo/partner, barn, föräldrar/syskon eller andra vuxna.

Statistiska analyser

Alla deltagare besvarade inte enkätens alla frågor. Det förekommer därför en mindre variation i antalet personer som inkluderats i de individuella statistiska analyserna. Skillnader mellan personer med och utan rörelsehinder undersöktes genom att studera prevalenser. Prevalens är andelen individer i en population med ett visst tillstånd vid en specifik tidpunkt. Om inget annat anges presenteras rapportens prevalenser med hänsyn tagen till urvalsdesign och bortfall. Korrigeringen gjordes genom kalibreringsvikter erhållna från SCB. Kalibreringen innebär att hänsyn tas till större bortfall i vissa grupper i befolkningen, till exempel yngre män. Detta torde innebära att resultaten blir mer generaliserbara till populationen från vilken urvalen drogs.

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 vs 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 eventuella skillnader mellan grupper av personer med och utan rörelsehinder avseende studerade faktorer inte skulle snedvridas på grund av skillnader i variabler såsom ålder, kön och utbildning gjordes justeringar för dessa variabler då RR beräknades. Hänsyn togs även till urvalsdesign och bortfall. Vidare gjordes könsstratifierade analyser för ekonomiska marginaler, delaktighet i arbetsliv och ensamboende.

Orsaker till rörelsehinder kan vara många och kan tänkas variera med ålder. Därför undersöktes riskskillnaderna mellan personer med och utan rörelsehinder för de aktuella variablerna även uppdelat på ålderskategorier. Bilaga 1–2 visar RR för att ha små ekonomiska marginaler, arbetslöshet och ensamboende uppdelat på

ålderskategorierna 18–40 år, 41–64 år, 65–74 år samt 75 år eller äldre. Antalet deltagare i vissa av de åldersstratifierade subgrupperna är lågt, vilket medför att resultaten blir mer osäkra och bör tolkas med försiktighet. Då deltagarantalet understiger 50 har man valt att markera dessa subgrupper genom kursivering och grå färg.

Resultat

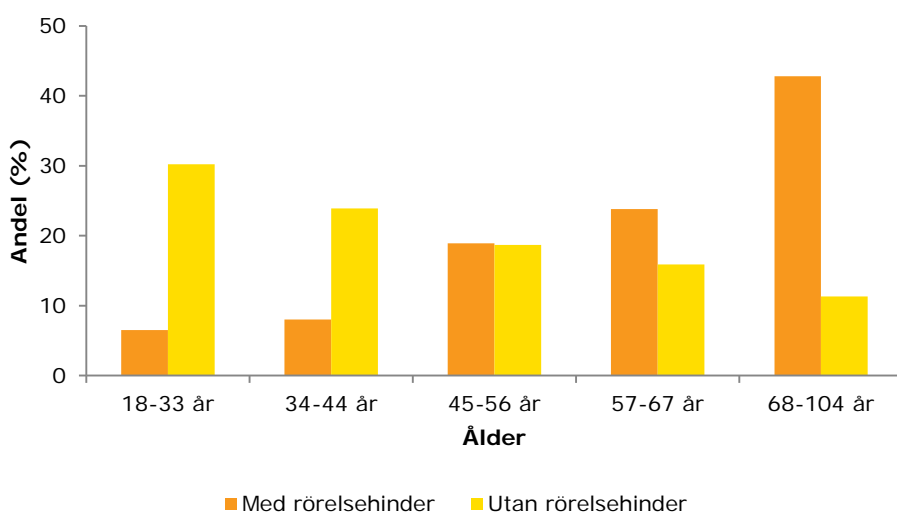
Av de 30 317 individer som besvarade Hälsoenkät 2010 uppgav 13 procent (N=3 986) att de hade ett rörelsehinder. Fler kvinnor (N=2 344) än män (N=1 642) rapporterade förekomst av rörelsehinder. Det vanligaste rörelsehindret var att personerna kunde gå men med viss svårighet (98 procent, N=3 918). Övriga två procent (N=68) var sängliggande. Av de 22 410 deltagare som besvarade enkäten riktad till personer 64 år eller yngre hade åtta procent (N=1 811) rörelsehinder.

Personer med rörelsehinder var oftare kvinnor (Tabell 1). Populationen med rörelsehinder var också äldre (Figur 1). Medelåldern var högre (Tabell 1) och 57 procent av dem med rörelsehinder var över 64 år.

Tabell 1: Kön och ålder bland personer 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

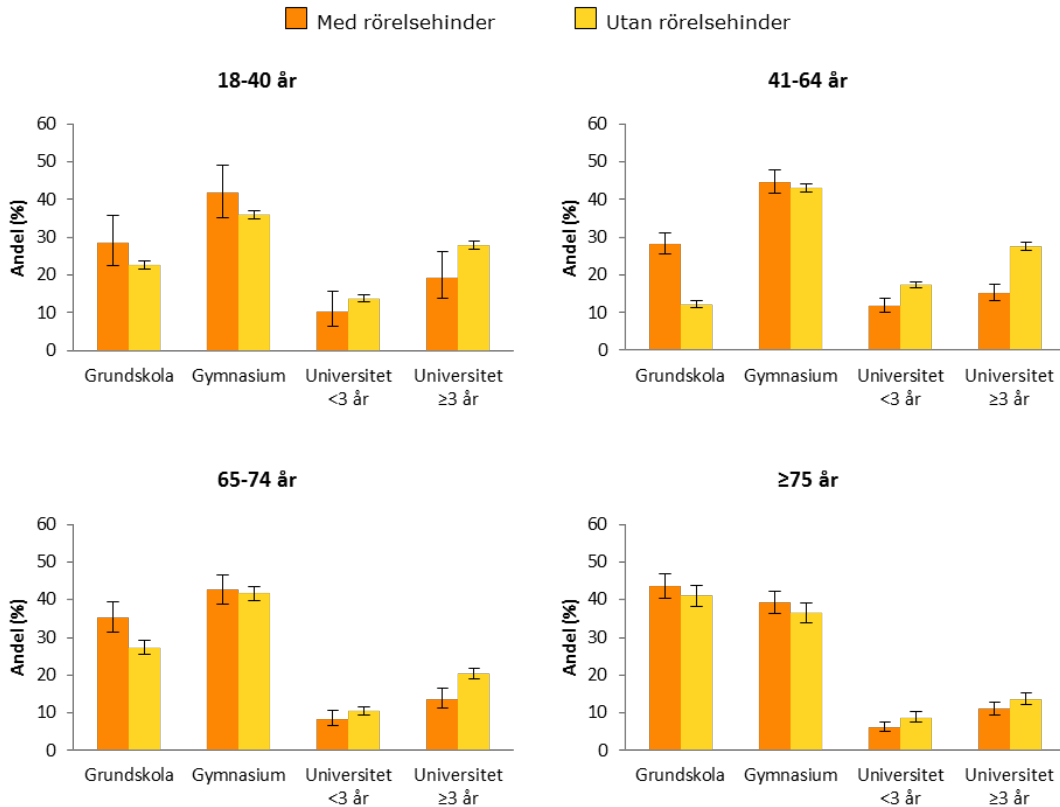
Siffrorna har korrigerats för studiedesign och bortfall.



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

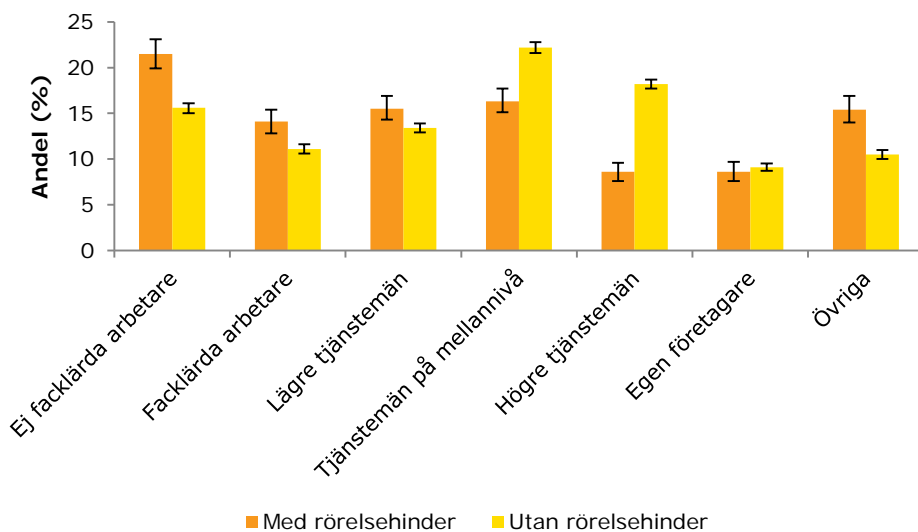
Utbildning och socioekonomisk grupp

Personer med rörelsehinder hade lägre utbildningsnivå än personer utan rörelsehinder, vilket även sågs inom de olika åldersgrupperna (Figur 2). I hela studiepopulationen hade 24 procent av dem med rörelsehinder en universitetsutbildning medan motsvarande andel hos personer utan rörelsehinder var 41 procent. Vidare hade en tredjedel av personerna med rörelsehinder enbart grundskoleutbildning eller lägre medan detsamma gällde för en femtedel av dem utan rörelsehinder.



Figur 2: Utbildningsnivåer hos personer med och utan rörelsehinder uppdelat på ålderskategorier. Prevalenserna (med 95 % konfidensintervall) har korrigerats för studiedesign och bortfall men är inte justerade för ålder och kön.

En större andel av personerna utan rörelsehinder tillhörde de socioekonomiska grupperna "tjänstemän på mellannivå" och "högre tjänstemän". Personer med rörelsehinder var istället oftare i andra socioekonomiska grupper såsom ej facklärd arbetare, facklärd arbetare, lägre tjänstemän eller övriga (Figur 3).

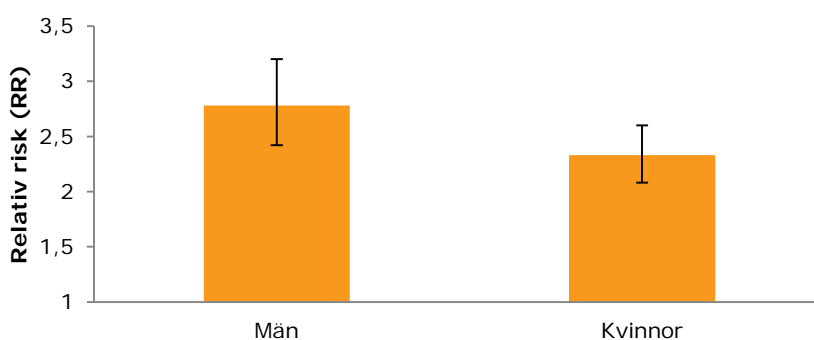


Figur 3: Socioekonomiska grupper bland personer med och utan rörelsehinder. Prevalenserna (med 95 % konfidensintervall) har korrigerats för studiedesign och bortfall men är inte justerade för ålder, kön och utbildning.

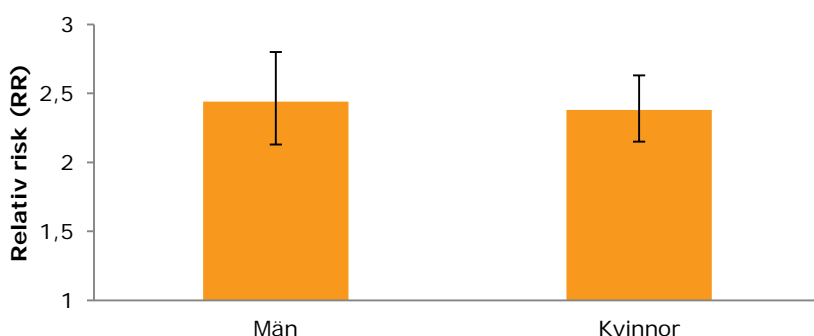
Ekonomiska marginaler

Personer med rörelsehinder hade oftare haft svårigheter att klara löpande utgifter (till exempel mat, hyra, räkningar) de senaste tolv månaderna. I hela populationen hade 16 procent av dem med rörelsehinder och 9,4 procent av dem utan rörelsehinder haft dessa svårigheter upprepade gånger. Skillnaden mellan män med och utan rörelsehinder vad gäller svårigheter att klara löpande utgifter var större än skillnaden mellan kvinnor med och utan rörelsehinder (Figur 4). Däremot var det inga riskskillnader mellan olika åldersgrupper (Bilaga 1).

Det var också vanligare att personer med rörelsehinder på grund av dålig ekonomi avstått från att gå till tandläkare, sjukvård eller hämta ut läkemedel de senaste tolv månaderna. Av personer med rörelsehinder hade 15 procent avstått tandläkarbesök, 1,0 procent avstått sjukvård och 2,0 procent avstått från att hämta ut läkemedel de senaste tolv månaderna. Motsvarande siffror för personer utan rörelsehinder var 11 procent, 0,7 procent och 0,7 procent. Skillnaderna mellan personer med och utan rörelsehinder var likartade för män och kvinnor (Figur 5). Däremot var riskskillnaden mindre hos den yngsta åldersgruppen (18–40 år) jämfört med de äldre åldersgrupperna (Bilaga 1).



Figur 4: Samband mellan rörelsehinder och svårigheter att klara löpande utgifter de senaste 12 månaderna. Staplarna illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder och utbildning.

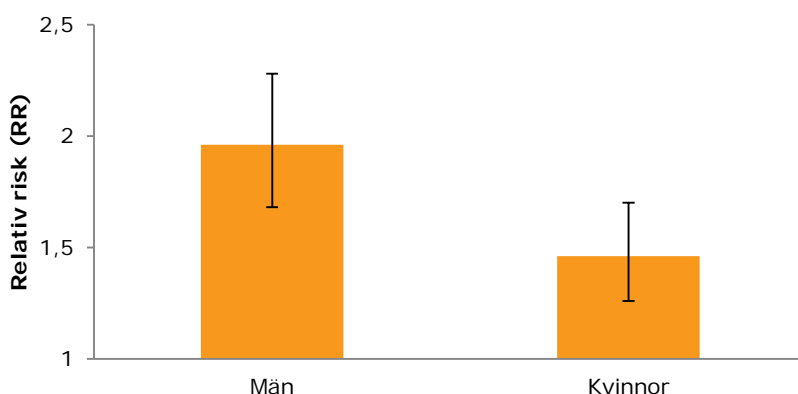


Figur 5: Samband mellan rörelsehinder och att ha avstått från tandvård, sjukvård eller att hämta ut läkemedel de senaste 12 månaderna på grund av dålig ekonomi. Staplarna illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder och utbildning.

Delaktighet i arbetsliv

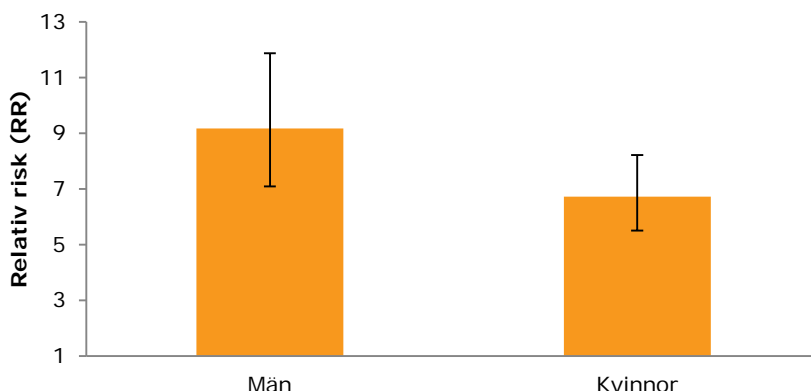
Personer med rörelsehinder hade i något lägre grad en ledande befattning i arbetslivet jämfört med personer utan rörelsehinder. Den relativa risken var 0,86 (95-procentigt konfidensintervall: 0,77–0,96).

Hos individer 64 år eller yngre var det vanligare att de med rörelsehinder hade varit arbetslösa någon gång under de senaste två åren. Tjugoåtta procent av individerna med rörelsehinder och 21 procent av dem utan rörelsehinder hade varit arbetslösa någon gång under den perioden. Skillnaderna i arbetslöshet mellan personer med och utan rörelsehinder var större hos män än hos kvinnor (Figur 6). Däremot var riskskillnaderna i arbetslöshet mellan personer med och utan rörelsehinder likartade för olika åldersgrupper (Bilaga 1).



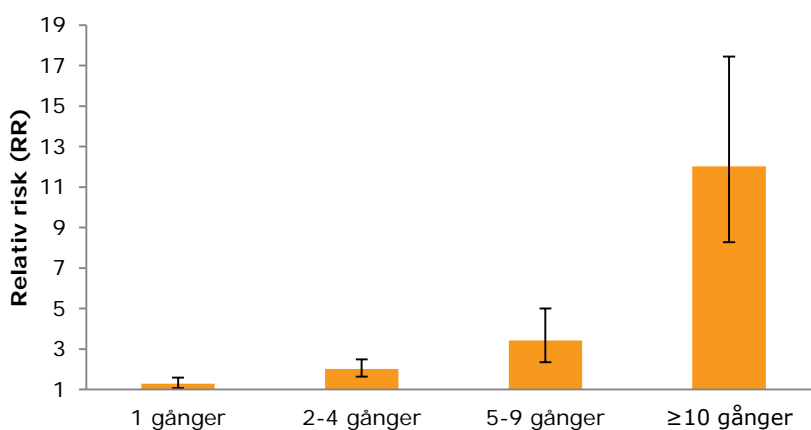
Figur 6: Samband mellan rörelsehinder och arbetslöshet under de senaste två åren. Staplarna illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder och utbildning.

Det var vanligare att personer med rörelsehinder innehade sjuk- eller aktivitetsersättning jämfört med personer utan rörelsehinder. Skillnaden mellan män med och utan rörelsehinder var större än skillnaden mellan kvinnor med och utan rörelsehinder (Figur 7). Däremot var riskskillnaderna i ersättning mellan personer med och utan rörelsehinder likartade för olika åldersgrupper.

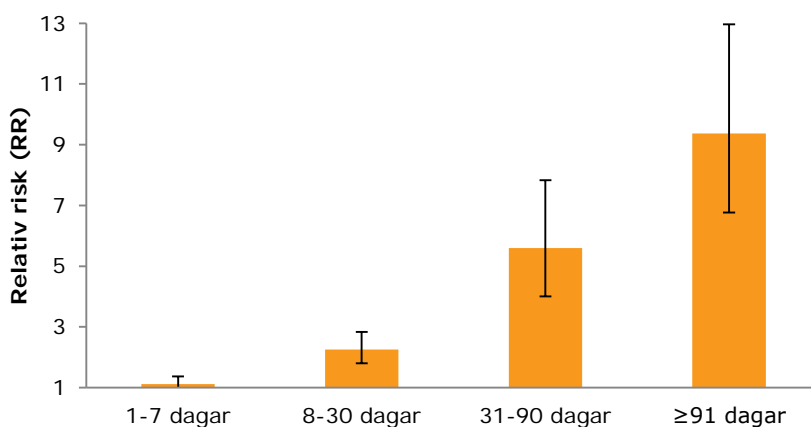


Figur 7: Samband mellan rörelsehinder och sjuk- eller aktivitetsersättning. Staplarna illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder och utbildning.

Frågorna om antal timmar i förvärsarbete samt sjukfrånvaro besvarades av cirka 1 000 individer med rörelsehinder och ca 16 000 individer utan rörelsehinder. Fler personer utan rörelsehinder förvärsarbetade i genomsnitt 36–45 timmar per vecka medan de med rörelsehinder oftare hade kortare eller längre arbetsveckor. Antal tillfällen med frånvaro från arbetet på grund av sjukdom de senaste tolv månaderna var högre bland personer med rörelsehinder jämfört med dem utan (Figur 8). Även totalt antal sjukfrånvarodagar det senaste året var högre hos personer med rörelsehinder (Figur 9). Skillnaderna mellan personer med och utan rörelsehinder vad gäller antalet timmar i förvärsarbete samt sjukfrånvaroepisoder var likartade för män och kvinnor. Däremot var skillnaden i antal sjukfrånvarodagar mellan män med och utan rörelsehinder större än skillnaden mellan kvinnor med och utan rörelsehinder. De relativa riskerna för åtta eller fler sjukfrånvarodagar var bland rörelsehindrade män 2,7 och bland rörelsehindrade kvinnor 2,2.



Figur 8: Samband mellan rörelsehinder och sjukfrånvarotillfällen de senaste 12 månaderna. Staplarna illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder, kön och utbildning.

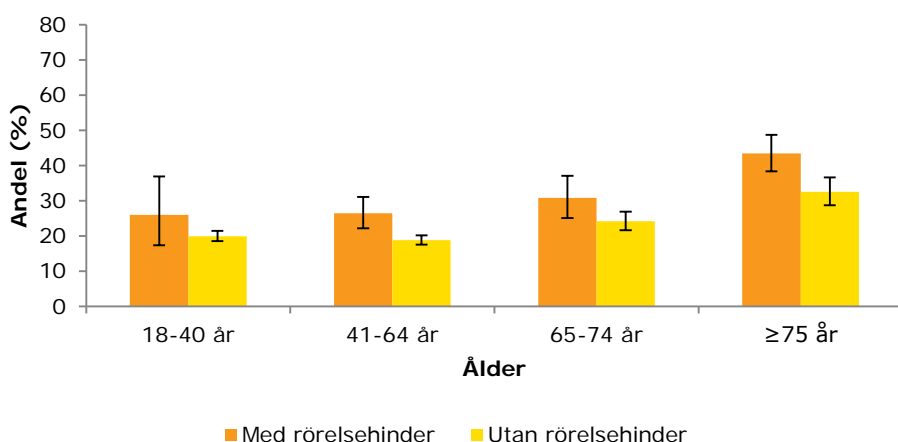


Figur 9: Samband mellan rörelsehinder och sjukfrånvarodagar de senaste 12 månaderna. Staplarna illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder, kön och utbildning.

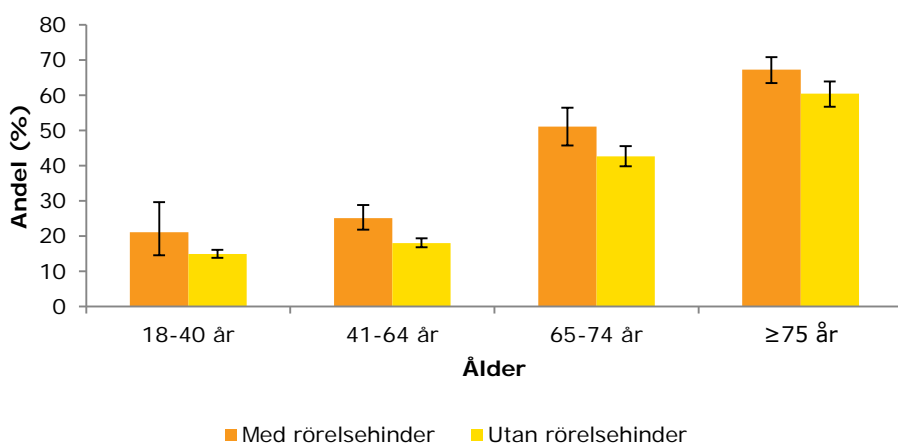
Ensamboende

Det var vanligare att personer med rörelsehinder bodde ensamma (Figur 10 och 11 samt Bilaga 2). Andelen ensamboende var 38 procent hos personer med rörelsehinder och 21 procent hos personer utan rörelsehinder. Den relativa risken för ensamboende bland personer med rörelsehinder jämfört med dem utan var marginellt högre hos män än kvinnor. Efter justering för ålder och utbildning hade män med rörelsehinder 10 procent högre risk att bo ensamma jämfört med män utan rörelsehinder. För kvinnor med rörelsehinder var motsvarande siffra 7 procent.

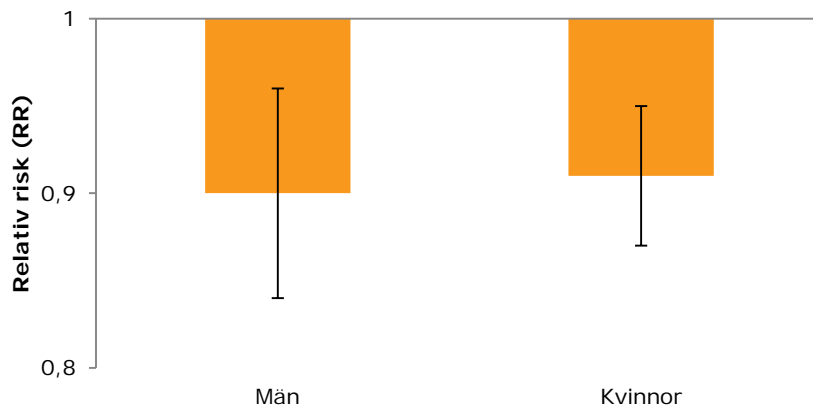
Personer med rörelsehinder bodde mer sällan med en partner och/eller barn (Figur 12 och Bilaga 2). Andelen som bodde med andra (föräldrar, syskon eller andra vuxna) skiljde sig däremot inte mellan personer med och utan rörelsehinder.



Figur 10: Ensamboende bland män med och utan rörelsehinder uppdelat på ålderskategorier. Prevalenserna (med 95 % konfidensintervall) har korrigerats för studiedesign och bortfall men är inte justerade för ålder och utbildning.



Figur 11: Ensamboende bland kvinnor med och utan rörelsehinder uppdelat på ålderskategorier. Prevalenserna (med 95 % konfidensintervall) har korrigerats för studiedesign och bortfall men är inte justerade för ålder och utbildning.



Figur 12: Samband mellan rörelsehinder och att bo med partner och/eller barn. Staplarna illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall för personer med rörelsehinder jämfört med personer utan rörelsehinder, justerade för ålder och utbildning.

Diskussion

Rapporten visar att personer med rörelsehinder är mer socioekonomiskt utsatta och mindre delaktiga i arbetslivet än personer utan rörelsehinder. De hade en lägre genomsnittlig utbildningsnivå, en högre andel drabbade av arbetslöshet, högre sjukskrivningsrisk och fler med mindre ekonomiska marginaler. Vidare bodde färre med en partner eller barn medan fler bodde ensamma. Många av dessa faktorer är sammanflätade och studiens tvärsnittsdesign gör det omöjligt att uttala sig om kausalitetsriktning. Det går därför inte att avgöra om personer med rörelsehinder till exempel oftare har sämre ekonomisk marginal orsakad av sjukskrivning, oförmåga att arbeta eller på grund av diskriminering. Alternativa tolkningar kan vara att många personer med rörelsehinder har högre utgifter för sjukvårdsbesök och läkemedelsuttag eller att en lägre utbildning oftast innebär en lägre lön.

Det var vanligare att personer med rörelsehinder hade haft svårt att betala löpande utgifter samt avstått från sjukvård, tandvård eller läkemedel på grund av dålig ekonomi. Inkomstnivån liksom kontantmarginalen är i genomsnitt lägre hos individer med rörelsehinder (2). Troligen är också omkostnaderna högre; vård- och läkemedelskostnader kan vara större, extrahjälp med praktiska sysslor samt anpassning av bostad och bil kan behövas (2) och upplevs inte kompenseras fullt ut av nuvarande ersättningar och bidrag från Försäkringskassan eller andra myndigheter (12).

Sämre ekonomiska förhållanden bland personer med rörelsehinder kan också delvis bero på att de med rörelsehinder i större utsträckning var ensamstående. Jämfört med samboskap får till exempel hela hyran betalas på basen av en inkomst i ensamhushåll. Den högre risken för att ha avstått vård eller läkemedel på grund av dålig ekonomi hos personer med rörelsehinder jämfört med dem utan sågs i alla åldersgrupper. Dock var skillnaden mellan personer med och utan rörelsehinder mindre bland dem som var 40 år eller yngre. En förklaring kan vara att rörelsehindret hos yngre är av en annan natur än hos äldre och att bidrag då erhålls i större utsträckning. En annan förklaring kan vara att man prioriterar sina utgifter olika beroende på ålder.

Man har tidigare sett att nästan varannan person med funktionsnedsättning som är sysselsatt på arbetsmarknaden har nedsatt arbetsförmåga. Detta innebär att var nionde person i hela befolkningen 16–64 år har en nedsatt arbetsförmåga (4). Både antalet sjukfrånvarotillfällen och sjukfrånvarodagar var i genomsnitt högre hos personer med rörelsehinder. Vidare var risken för långvarig sjuk- eller aktivitetsersättning högre, vilket aktualiserar frågan om tillräcklig anpassning i arbetslivet för att personer med rörelsehinder ska klara av att vara kvar i arbete så långt det är möjligt. Enligt tidigare data har ungefär 72 procent av personer med funktionsnedsättning som uppgett särskilda behov för att kunna klara sitt arbete, också fått dessa tillgodosedda. Vanliga åtgärder är anpassad arbetstid, arbetstempo, arbetsuppgifter eller hjälpmedel (4).

Rapporten visar att personer med rörelsehinder i högre grad är ensamboende och att färre bor med en partner eller barn. Social kontext är en viktig faktor för hälsan (7). Tidigare studier visar att personer med rörelsehinder i högre grad saknar socialt och praktiskt stöd, vilket medför ökad utsatthet (1). Rörelsehinder är starkt kopplat till ålder (1, 4, 13), varför en rimlig förklaring till den större andelen ensamboende kan tänkas vara en högre ålder inom denna grupp. Dock är det inte hela förklaringen i detta fall då kopplingen kvarstod efter åldersjustering. Hos de 65 år eller äldre bodde en större andel av kvinnorna än männen ensamma, båda bland dem med och utan rörelsehinder. Detta förklaras troligen av att kvinnor har en längre livslängd (14) och därför oftare blir

ensamstående senare i livet. Skillnaderna mellan dem med och utan rörelsehinder vad gäller ensamboende var emellertid något större bland män än kvinnor.

Data från hela Stockholms län ingår i denna rapport. I urvalsdragningen valdes en relativt större andel av den vuxna befolkningen från vissa kommuner än från andra kommuner inom länet (för att möjliggöra lokala beskrivningar). Befolkningen i Stockholms län är heterogen och det finns stora socioekonomiska skillnader mellan olika kommuner och stadsdelar inom Stockholms stad. Denna heterogenitet återfinns även i studiepopulationen, vilket är en tillgång eftersom det tydliggör variationen i hindrande och faciliterande faktorer för rörelsehindrade personers delaktighet i samhällslivet.

Svarsfrekvensen i denna rapport var endast drygt 50 procent. Deltagarna var i högre utsträckning kvinnor, äldre, svenskfödda och hade högre utbildning (11). Viktningsfaktorer ("kalibrering"), som i viss mån kompenserar för urvalsdesign och större bortfall i vissa befolkningsgrupper, användes för att minimera skevheter i materialet och erhålla befolkningsrepresentativa resultat. Dessutom justerades sambandsanalyser i förekommande fall *ad hoc* för kön, ålder och utbildningsnivå. Det kan inte heller uteslutas att bortfallet var större bland personer med rörelsehinder, vilket också skulle kunna påverka resultatens generaliserbarhet för hela populationen av rörelsehindrade personer. Detta torde dock inte ha någon nämnvärd inverkan vid sambandsanalyser.

En annan begränsning med studien är att närmare specifikation av rörelsehindrets natur och svårighetsgrad saknades. Troligen varierar fördelningen av olika former och svårighetsgrader av rörelsehinder med individernas ålder. För att undersöka om riskerna för studerade faktorer skiljde sig i olika åldrar grupperades deltagarna i ålderskategorier (18–40 år, 41–64 år, 65–74 år och ≥75 år). I vissa subgrupper blev dock deltagarantalet lågt och dessa resultat bör därför tolkas med försiktighet.

Enligt Nationella folkhälsoenkäten 2005–2007 (1) och Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) 2010–2011 (13) var befolkningsandelen med rörelsehinder åtta respektive sju procent. Enligt Hälsoenkät 2010, som användes i denna studie, hade 13 procent av Stockholms läns befolkning ett rörelsehinder. Skillnaderna beror troligen på olika definitioner. Medan rörelsehinder i denna rapport innebär att kunna gå med viss svårighet eller att vara sängliggande inkluderade definitionen i Nationella folkhälsoenkäten och ULF/SILC bland annat att personen inte skulle kunna ta en kortare promenad i rask takt eller ha svårigheter att gå uppför ett trappsteg. En annan orsak till prevalensskillnaden kan vara att olika åldersavgränsningar användes.

Rapportens huvudfynd är att personer med rörelsehinder är mer socioekonomiskt utsatta och har mindre delaktighet i arbetslivet än personer utan rörelsehinder i Stockholms län, även efter att hänsyn tagits till ålder, kön och utbildning. Detta är i linje med nationella data om personer med funktionsnedsättning (4). Oavsett om skillnaderna beror på rörelsehindret per se, stigmatisering eller andra faktorer, behövs stödjande och hälsofrämjande insatser för att motverka ojämlikhet i hälsa samt öka delaktigheten i samhällslivet bland människor med rörelsehinder. Förbättrade möjligheter att anpassa arbetslivet efter rörelsehindret kan förväntas minska risken för sjukskrivning och därmed öka delaktigheten i arbetslivet. Resultaten visar att ett helhetsperspektiv är viktigt. Bristande stöd inom ett område, såsom arbetsliv, kan få konsekvenser inom andra områden, till exempel i termer av sämre hälsa och sämre socioekonomiska förhållanden. Ett större tvärsektoriellt samarbete mellan myndigheter där man inte bara ser till egna stödmekanismer utan till helhetslösningar skulle sannolikt kunna bidra till bättre livskvalitet för människor med 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*. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Stockholms läns landsting.
4. Statistiska centralbyrån (2009). *Funktionsnedsattas situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 2008*. Information om utbildning och arbetsmarknad 2009:3.
5. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut (2012). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2012*.
6. Linnarsjö A, Ahlbom A, Alfredsson L, et al. (2011). *Folkhälsa ur ett epidemiologiskt perspektiv – sjuklighet och dödlighet i Stockholms län*. Stockholms läns landsting.
7. Marmot M, Wilkinson R. (2006). *Social Determinants of Health*. 2nd ed. Oxford, Storbritannien: Oxford University Press.
8. Stockholms läns landsting (2011). *Handling för hälsa 2012–2014. Handlingsplan för SLL:s folkhälsopolicy*.
9. Stockholms läns landsting (2010). *Mer än bara trösklar. Stockholms läns landstings program 2011–2015 för delaktighet för personer med funktionsnedsättning*.
10. Svensson A, Magnusson C, Fredlund P (2011). *Hälsoenkät 2010 – teknisk rapport (2011:9)*. Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Rapport 2011:9.
11. Svensson AC, Fredlund P, Laflamme L, et al. Cohort Profile: The Stockholm Public Health Cohort. *Int J Epidemiol*. 2013;42(5):1263–1272.
12. Försäkringskassan (2007). *Nöjd med Försäkringskassan? Hur personer som ansökt om handikappersättning och vårdbidrag uppfattat Försäkringskassan*. Analyserar 2007:9.
13. 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/ [senast uppdaterad 2013-11-18; tillgänglig 2013-11-29].
14. Statistiska centralbyrån (2012). *Sveriges framtida befolkning 2012–2060*. Demografiska rapporter 2012:2.

Bilagor

Bilaga 1. Samband mellan rörelsehinder, ekonomiska marginaler och arbetslöshet uppdelat på ålderskategorier.

Bilaga 2. Samband mellan rörelsehinder och boende uppdelat på ålderskategorier.

Bilaga 1

Samband mellan rörelsehinder, ekonomiska marginaler och arbetslöshet uppdelat på ålderskategorier. Värdena illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI) hos 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 _{med} N _{utan}	RR (95 % KI)	RR (95 % KI)	N _{med} N _{utan}	RR (95 % KI)	RR (95 % KI)	N _{med} N _{utan}	RR (95 % KI)	RR (95 % KI)	N _{med} N _{utan}
Svårt klara löpande utgifter												
≥1 gång	2,52 (2,31–2,75)	2,02 (1,67–2,44)	98 1550	2,77 (2,47–3,11)	2,94 (2,24–3,86)	405 1137	2,94 (2,24–3,86)	2,13 (1,42–3,21)	118 169	2,13 (1,42–3,21)	2,13 (1,42–3,21)	91 53
Avstått tandvård, sjukvård eller läkemedel												
≥1 av dessa	2,40 (2,21–2,60)	1,79 (1,48–2,16)	102 1767	2,65 (2,39–2,94)	2,64 (2,04–3,41)	465 1287	2,64 (2,04–3,41)	2,18 (1,46–3,25)	118 185	2,18 (1,46–3,25)	2,18 (1,46–3,25)	70 56
Arbetslöshet de senaste två åren												
Ja	1,69 (1,52–1,88)	1,56 (1,30–1,87)	87 2179	1,81 (1,57–2,07)	N.A.	289 1161	N.A.	N.A.	289 1161	N.A.	N.A.	0,28

¹P-värde för en ålderskillnad.

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_{med}, antal individer med rörelsehinder; N_{utan}, antal individer utan rörelsehinder.

Bilaga 2

Samband mellan rörelsehinder och boende uppdelat på ålderskategorier. Värdena illustrerar relativa risker (RR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI) hos 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		P ¹
	RR (95 % KI)	N _{med} N _{utan}	RR (95 % KI)	N _{med} N _{utan}	RR (95 % KI)	N _{med} N _{utan}	RR (95 % KI)	N _{med} N _{utan}	
Totalt									
Ja	1,09 (1,06–1,12)	47 1392	1,24 (1,10–1,40)	320 1681	1,21 (1,08–1,35)	296 958	1,09 (1,01–1,18)	704 720	0,19
Ensamboende									
Ja	0,91 (0,87–0,94)	160 5904	0,93 (0,89–0,97)	1002 8958	0,88 (0,81–0,95)	482 2450	0,87 (0,79–0,95)	507 925	0,41
Boende med partner och/eller barn									
Ja	0,91 (0,87–0,94)	160 5904	0,93 (0,89–0,97)	1002 8958	0,88 (0,81–0,95)	482 2450	0,87 (0,79–0,95)	507 925	0,41

¹P-värde för en åldersskillnad.

Antal individer med rörelsehinder inom respektive grupp: 18–40 år (n=282), 41–64 år (n=1 445), 65–74 år (n=872), ≥75 år (n=1 387).

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_{med}, antal individer med rörelsehinder; N_{utan}, antal individer utan rörelsehinder.

Kursiva, ljusgrå siffror indikerar att resultaten är osäkra och bör tolkas med försiktighet då antalet individer i subgruppen är få.

ISBN 978-91-87691-03-4



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING