



Folkhälsomyndigheten

Delrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011– 2016"

Dnr 00599/2014

13 mars 2015



Delrapportering av
regeringsuppdrag inom ramen för
"En strategi för genomförande av
funktionshinderspolitiken 2011–
2016"

Förord

Det övergripande målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Personer med funktionsnedsättning är en grupp som i många avseenden rapporterar sämre hälsa och sämre förutsättningar för hälsa än övriga befolkningen och det finns därför behov av att se över vilka insatser som går att göra inom olika politikområden för att förbättra dessa förutsättningar. Regeringen lanserade 2011 en strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken med genomförandeperiod 2011–2016. Folkhälsomyndigheten har sedan 1 januari 2014 tagit över ansvaret för uppdraget att arbeta med strategin med utgångspunkt i folkhälsopolitiken på motsvarande sätt som ett tjugotal andra myndigheter inom ytterligare nio prioriterade områden. Varje år i mars lämnas en delrapport till regeringen, liksom till Myndigheten för delaktighet, som har ett övergripande samordningsansvar för myndigheternas strategiarbete. Rapporten innehåller resultat dels kring Folkhälsomyndighetens uppföljningsarbete om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa hos personer med funktionsnedsättning, dels en beskrivning av hur kommunerna inkluderar personer med funktionsnedsättning i sina styrdokument och i sitt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande folkhälsoarbete. Detta är den fjärde delrapporten i uppdraget, som avslutas med en slutrapport i mars 2016.

Rapporten har skrivits av projektledare Chatrine Höckertin och Malin Kark. Karin Junehag Källman och Eva Flygare Wallén, vilka också ingår i projektgruppen, har bidragit med synpunkter. Sylvia Olofsson har genomfört de statistiska analyserna. Ylva Arnhof och Magnus Wimmercraz har bidragit med sakkunskap inom området. Ansvarig chef har varit enhetschef Saman Rashid.

Folkhälsomyndigheten 13 mars 2015

Johan Carlson

Generaldirektör

Innehåll

Ordlista	10
Sammanfattning	11
Uppdraget	11
Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa hos personer med funktionsnedsättning	11
Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa hos vårdnadshavare till barn och unga med funktionsnedsättning	12
Fördjupad analys kring åtgärdbar ohälsa	12
Pilotundersökning kring livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland personer med utvecklingsstörning	13
Uppföljning av kommunenkät	13
Inledning	14
Folkhälsomyndighetens uppdrag	14
Samråd	15
Rapportens syfte	15
Rapportens disposition	15
Delmål 1: uppföljning av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer.....	17
Enkät inklusive urval	17
Indikatorer	17
Funktionsnedsättning	17
Livsvillkor.....	18
Levnadsvanor.....	18
Hälsa.....	19
Statistiska analyser	19
Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa hos personer med respektive utan funktionsnedsättning	21
Livsvillkor.....	22
Levnadsvanor.....	23
Hälsa.....	23
Dålig självskattad hälsa.....	24
Vuxna med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn ..	25

Hälsa bland vårdnadshavare till hemmaboende barn med respektive utan funktionsnedsättning	27
Självskattad hälsa.....	28
Fördjupad analys åtgärdbar ohälsa.....	31
Diskussion och metodologiska aspekter delmål ett.....	34
Pilotundersökning av livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland personer med utvecklingsstörning.....	37
Delmål 2: uppföljning av hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoinsatser nationellt, regionalt och lokalt.....	39
Referenser	40
Bilaga A. Kommenterad resultatredovisning av livsvillkor, levnadsvanor och hälsa	42
Livsvillkor.....	42
Förvärsarbete	42
Oro att förlora arbetet.....	44
Ekonomiska villkor	46
Socialt deltagande	48
Praktiskt stöd	50
Kränkande behandling	52
Rädsla att gå ut ensam	54
Våld eller hot om våld	56
Levnadsvanor.....	58
Stillasittande	59
Daglig rökning.....	59
Fetma	60
Lågt intag av frukt och grönt	60
Riskabla alkoholvanor	61
Hälsa.....	62
God självskattad hälsa	62
Psykiskt välbefinnande.....	64
Tandhälsa.....	66
Huvudvärk	68
Värk i skuldror, nacke eller axlar	69

Värk i rygg, höft eller ischias	69
Trötthet.....	71
Sömnbesvär	71
Stress.....	72
Ängslan, oro eller ångest.....	72
Bilaga B. Tabellverk livsvillkor, levnadsvanor och hälsa	73
Bilaga C. Indikatorer och enkätfrågor som använts i undersökningen	78

Ordlista

Logistisk regressionsanalys

En matematisk metod med vilken man kan analysera om det finns ett samband mellan en responsvariabel (Y), som endast kan anta två möjliga värden, och en förklarande variabel (X). Med en sådan modell kan man testa vilken effekt en viss oberoende variabel, till exempel funktionsnedsättning, har på ett visst hälsoutfall, till exempel bra eller dålig självskattad hälsa. Med en regressionsanalys kan man lägga in ett antal variabler i analysen som man vet har betydelse för upplevelsen av bra eller dålig hälsa. Det kan till exempel vara att man vill veta hur upplevelsen av hälsa är oberoende av vilken ålder man har. Detta brukar man kalla för att man justerar för ålder. Andra synonymer är att man kontrollerar för ålder eller att man konstanthåller ålder som variabel.

Oddsquot

De värden man tittar på i en regressionsanalys är oddsquoter, vilka ger en uppfattning om hur starkt sambandet är mellan exempelvis funktionsnedsättning och dålig hälsa. När oddsquoten bland personer med funktionsnedsättning respektive utan funktionsnedsättning är lika med 1 finns det ingen skillnad i dålig hälsa mellan de två grupperna. Om oddsquoten däremot är större än 1 finns det en överrisk och ju högre oddsquoten är desto större är överrisken. Om oddsquoten däremot skulle vara mindre än 1 skulle det i detta fall betyda att det är mindre vanligt att skatta sin hälsa som dålig bland personer med funktionsnedsättning.

Sammanfattning

Uppdraget

Regeringens strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016 identifierar folkhälsopolitiken som ett av flera centrala och prioriterade områden för att uppnå de funktionshinderspolitiska målen¹. I strategin arbetar Folkhälsomyndigheten med ett delmål kring att årligen följa upp hur hälsan och förutsättningar för hälsan ser ut bland personer med funktionsnedsättning jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Ett andra delmål i uppdraget är att följa hur kommunerna inkluderar personer med funktionsnedsättning i styrdokument och i sitt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete.

Denna delrapport, som är den fjärde i ordningen, syftar till att ge en aktuell lägesbeskrivning av hälsoläget och förutsättningar för hälsa hos personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Här redovisas resultat om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa från den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor. Resultaten redovisas för personer med respektive utan funktionsnedsättning, för kvinnor respektive män, efter olika åldersgrupper samt för vuxna med respektive utan funktionsnedsättning som delar bostad med barn under 18 år. Ytterligare en särskild redovisningsgrupp är vårdnadshavare till hemmaboende barn med respektive utan funktionsnedsättning.

Som en uppföljning från en tidigare undersökning från 2008 redovisas även en analys av ohälsan hos personer med funktionsnedsättning som kan åtgärdas genom samhälleliga insatser. Till sist sammanfattas aktuellt läge för dels den pilotundersökning riktad till personer med utvecklingsstörning som avses att genomföras under 2015 och dels uppföljningen av en tidigare enkät 2013 till landets kommuner som beskriver deras folkhälsoarbete bland personer med funktionsnedsättning. Resultat från dessa två sista delstudier kommer att presenteras i den slutrapport som avslutar uppdraget i mars 2016.

Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa hos personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning rapporterar att de förvärvsarbetar i mindre utsträckning än personer utan funktionsnedsättning och det är också en högre andel som uppger oro att förlora arbetet. De anger också i större utsträckning att de saknar kontantmarginal och har låg inkomst. Personer med funktionsnedsättning rapporterar också att de har ett lågt socialt

¹De funktionshinderspolitiska målen är en samhällsgemenskap med mångfald som grund; att samhället utformas så att människor med funktionsnedsättning i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet samt jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionsnedsättning.

deltagande, saknar praktiskt stöd, har utsatts för kränkande behandling och har blivit utsatta för våld eller hot om våld i större utsträckning än personer utan funktionsnedsättning.

När det gäller levnadsvanor uppger personer med funktionsnedsättning i större utsträckning att de är stillasittande, att en större andel har övervikt eller fetma och att det finns fler dagligrökare jämfört med de som inte har funktionsnedsättning.

Personer med funktionsnedsättning rapporterar dessutom att de har dålig hälsa i betydligt högre utsträckning jämfört med övrig befolkning och detta gäller även för nedsatt psykisk hälsa. Symtom på ohälsa såsom värk i kroppen, trötthet, stress och ångslan, oro och ångest anges i större utsträckning bland personer med funktionsnedsättning.

Vuxna med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn uppvisar i stort sett samma mönster som bland den totala gruppen vuxna med respektive utan funktionsnedsättning.

Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa hos vårdnadshavare till barn och unga med funktionsnedsättning

I myndighetens uppdrag ligger även att redovisa hälsa och förutsättningar för hälsa bland vårdnadshavare till hemmaboende barn under 18 år med funktionsnedsättning. För detta ändamål inkluderades nya frågor i den nationella folkhälsoenkäten år 2013. Dataunderlaget för denna delredovisning är därmed fortfarande begränsat varför vi i denna delrapport inte redovisar ett fullständigt resultat. Årets resultat visar att kvinnor som är vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning i högre utsträckning skattar sin hälsa som dålig jämfört med kvinnor som är vårdnadshavare till barn utan funktionsnedsättning. Fullständiga resultat kommer att redovisas i slutrapporten 2016.

Fördjupad analys kring åtgärdbar ohälsa

Det är vanligt att personer med funktionsnedsättning i många avseenden upplever att de har en nedsatt hälsa och det är därför viktigt att identifiera vad som går att påverka för att hälsan ska upplevas så bra som möjligt. Utifrån resultaten i basredovisningen har vi därför i en fördjupad regressionsanalys studerat vilka faktorer, kopplade till både livsvillkor och levnadsvanor, som påverkar upplevelsen av dålig hälsa oberoende av funktionsnedsättningen i sig. Med en regressionsanalys kan man testa vilken effekt en viss oberoende variabel, till exempel kända riskfaktorer för ohälsa, har på ett visst hälsoutfall, till exempel självskattad dålig hälsa.

I regressionsanalysen ser man att sannolikheten (oddskvoten) hos personer med funktionsnedsättning att skatta sin hälsa som dålig, sjunker för både kvinnor och män när hänsyn tagits till ålder och ett antal indikatorer som har betydelse för upplevelsen av dålig hälsa.

Dessa resultat visar att den sämre hälsan hos personer med funktionsnedsättning skulle kunna förbättras genom samhälleliga insatser såsom att förbättra ekonomiska villkor genom till exempel att skapa bättre förutsättningar för ökad deltagande på arbetsmarknaden, främja tillgänglighet och stöd för fysisk aktivitet och socialt deltagande samt genom förebyggande arbete mot kränkande bemötande.

Pilotundersökning kring livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland personer med utvecklingsstörning

Folkhälsomyndigheten har i tidigare delredovisningar beskrivit arbetet med att förbereda en pilotundersökning kring hälsa och förutsättningar till bra hälsa bland personer med utvecklingsstörning. Under 2015 kommer vi att genomföra undersökningen med cirka 1 000 personer ur LSS-registret inom personkrets 1. Undersökningens resultat ska till så stor del som möjligt gå att jämföra med ordinarie resultat från den nationella folkhälsoenkäten, och därför använder vi samma enkät i en förkortad och förenklad version. Enkäten kommer att kompletteras med en informationsfilm för att tydliggöra vilka juridiska aspekter som gäller kring att fylla i en enkät. Resultaten kommer att presenteras under senare delen av 2015.

Uppföljning av kommunenkät

Under 2015 kommer Folkhälsomyndigheten att göra en enkätundersökning för att följa upp tidigare resultat kring hur landets kommuner inkluderar personer med funktionsnedsättning i styrdokument och i sitt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete. Enkätens innehåll har tagits fram i samråd med Myndigheten för delaktighet och Sveriges Kommuner och Landsting. Resultaten från kommunundersökningen redovisas i slutrapporten 2016.

Inledning

Denna rapport utgör en delredovisning av det regeringsuppdrag inom ramen för ”En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken” som dåvarande regering tog fram 2011, med genomförandeperiod 2011–2016. Syftet med strategin är att presentera inriktning för politiken med konkreta mål för samhällets insatser, liksom hur arbetet mot målen ska följas upp under strategiperioden. I strategin identifieras folkhälsopolitiken som ett av flera centrala områden där åtgärder behöver vidtas för att inriktningsmålen ska uppnås (1). Uppdraget tilldelades Statens folkhälsoinstitut och det överfördes den 1 januari 2014 till den då nybildade Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndighetens uppdrag

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag (2) att inom ramen för strategin arbeta utifrån två delmål.

- 1) Att kontinuerligt följa upp hälsans bestämningsfaktorer med avseende på personer med funktionsnedsättning. Uppföljningen ska omfatta tillgång till arbete, oro att förlora arbetet, ekonomiska villkor, socialt deltagande, stillasittande fritid, övervikt och rökning samt självskattad hälsa.

I delmål ett ingår även att följa upp hälsan och dess bestämningsfaktorer bland föräldrar med funktionsnedsättning och bland föräldrar till barn med funktionsnedsättning².

- 2) I delmål två ska Folkhälsomyndigheten följa upp hälsofrämjande och förebyggande insatser nationellt, regionalt och lokalt. Mer konkret handlar det om att följa upp hur kommunerna i sina styrdokument och i sitt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete inkluderar personer med funktionsnedsättning.

Folkhälsomyndighetens uppdrag delredovisas den 15 mars årligen (tidigare gjort 2012, 2013 och 2014) till regeringen (Socialdepartementet). Redovisningen görs även till Myndigheten för delaktighet som har ett särskilt samordningsansvar inom ramen för strategin. Detta är den fjärde delrapporten som myndigheten lämnar och i mars 2016 lämnas en slutredovisning av hela uppdraget.

²I den nationella folkhälsoenkäten, som vi använder för samtliga resultat i årets redovisning som rör delmål ett, vet vi inte om respondenten är förälder. Däremot kan vi särskilja den grupp som lever med hemmaboende barn; de *kan* vara föräldrar men behöver inte nödvändigtvis vara det.

Samråd

En ytterligare del i Folkhälsomyndighetens uppdrag är att samråda med funktionshinderorganisationerna och andra relevanta aktörer. Samråd har skett med Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, Autism- och Aspergerförbundet samt Svenska Downföreningen. Samrådet rörde här specifikt den pilotundersökning kring hälsan hos personer med utvecklingsstörning som vi avser att genomföra under 2015. Dialog fördes kring det praktiska genomförandet men också om utformning och innehåll i den enkät som kommer att användas. I arbetet har också ett löpande samråd skett med Myndigheten för delaktighet.

Den externa referensgrupp som har varit knuten till uppdraget sedan 2012 finns fortsatt kvar och där ingår följande personer: Lars Berge-Kleber, vice ordförande i Handikappförbunden; Johanna Alfredsson, sociolog och utredare, Region Gävleborg; Malin Broberg, professor vid psykologiska institutionen, Göteborgs universitet; Mats Granlund, professor i handikappvetenskap, Högskolan i Jönköping; Anna Lindgren, universitetslektor vid avdelningen för matematisk statistik, Matematikcentrum, Lunds universitet; Öie Umb Carlsson, forskare och gästlektor vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Funktionshinder och habilitering, Uppsala universitet; Ylva Arnhof, tidigare avdelningschef vid Statens folkhälsoinstitut.

I arbetet kring delmål två, där vi under 2015 kommer att följa upp den kommunundersökning som genomfördes 2013, har myndigheten en pågående dialog med Myndigheten för delaktighet och samråd har också inletts med Sveriges Kommuner och Landsting.

Rapportens syfte

Denna rapport syftar till att ge en aktuell lägesbeskrivning av hälsoläget och förutsättningar för hälsan hos personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Ett särskilt avsnitt fokuserar på vårdnadshavare till barn med respektive utan funktionsnedsättning. Ett ytterligare syfte är att avrapportera myndighetens pågående arbete inom ramen för delmål två, uppföljning av kommunernas arbete när det gäller hur de beaktar personer med funktionsnedsättning i sitt ordinarie folkhälsoarbete.

Rapportens disposition

Rapporten sammanfattar det arbete som gjorts och de resultat som tagits fram inom de två delmål som ingår i Folkhälsomyndighetens uppdrag.

Delmål 1: uppföljning av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer. Kapitlet inleds med ett metodavsnitt som beskriver datamaterial och tillvägagångssätt. Därefter följer nedanstående avsnitt:

- En komprimerad redovisning av resultat för livsvillkor, levnadsvanor och hälsa för personer med respektive utan funktionsnedsättning. Resultaten redovisas främst i text medan en fullständig resultatredovisning återfinns i bilaga A (se vidare nedan).
- Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa hos vårdnadshavare 16–64 år till hemmaboende barn upp till 18 år med respektive utan funktionsnedsättning. Resultaten redovisas för god respektive dålig självskattad hälsa och uppdelat på kvinnor respektive män.
- Fördjupad regressionsanalys av åtgärdbar ohälsa hos personer med funktionsnedsättning. Avsnittet redovisar en analys av skillnader i självskattad hälsa bland kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning när hänsyn tagits till ålder och ett antal centrala indikatorer som mäter livsvillkor och levnadsvanor. Analysen bygger på den studie kring onödig ohälsa som gjordes 2008 (3-4).
- Sammanfattande diskussion kring delmål ett.
- Pilotundersökning av livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland personer med utvecklingsstörning. Här beskrivs aktuellt arbete med att förbereda en pilotundersökning kring livsvillkor, levnadsvanor och hälsa hos personer med utvecklingsstörning, då det är svårt att inkludera dessa personer i datainsamlingen med den ordinarie folkhälsoenkäten.

Delmål 2: uppföljning av hur kommunerna inkluderar personer med funktionsnedsättning i sina styrdokument och i sitt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete.

- Inför 2013 års delredovisning gjordes en enkätundersökning riktad till landets kommuner för att se hur de beaktar personer med funktionsnedsättning i sitt ordinarie folkhälsoarbete. Enkätundersökningen kompletterades året därpå med en fördjupad intervjustudie till ett mindre urval av kommuner. I detta avsnitt beskrivs det pågående arbetet med att förbereda för en uppföljning av 2013 års kommunenkät.

Bilagor

- Bilaga A. En resultatredovisning med kommenterade diagram uppdelat på kvinnor respektive män i olika åldersgrupper och för indikatorer inom områdena livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. En särskild redovisningsgrupp är kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn.
- Bilaga B. En fullständig resultatredovisning i tabellverk.
- Bilaga C. De enkätfrågor som använts för respektive indikator.

Delmål 1: uppföljning av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer

Enkät inklusive urval

Folkhälsomyndighetens uppdrag att kontinuerligt följa upp hälsan och hälsans bestämningsfaktorer i delmål ett har årligen sedan 2012 (5-7) redovisats med data baserat på den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Enkäten genomförs av Statistiska centralbyrån (SCB) på uppdrag av Folkhälsomyndigheten och skickas årligen ut i februari–juni till ett nationellt, slumpmässigt, obundet urval om 20 000 individer i Sveriges befolkning i åldrarna 16–84 år. Enkäten omfattar cirka 90 frågor om fysisk och psykisk hälsa, tandhälsa, läkemedelsanvändning, vårdkontakter, levnadsvanor, ekonomiska villkor, sysselsättning, sociala relationer, med mera. I materialet som årets redovisning baseras på är den totala andelen personer med funktionsnedsättning omkring 20 procent.

Bortfallet i 2014 års enkät var 51 procent. Bortfallet har ökat sedan datainsamlingen startade 2004. Bortfallet var år 2004 omkring 39 procent. För åren 2012, 2013 och 2014, som vi baserar analyserna på i denna rapport, har bortfallet legat omkring 50 procent. För att få ett tillräckligt stort underlag och därmed tillförlitliga data har vi slagit ihop data för de tre senaste åren, 2012–2014, och för dessa tre år beräknat ett årsmedelvärde. Användandet av treårsmedelvärden gör att skillnaderna från föregående års redovisningar blir betydligt mindre än de eventuellt skulle ha blivit om man bara redovisar data från ett enskilt år. Tre sammanslagna år som man beräknar ett medelvärde på skiljer sig inte särskilt mycket från kommande år då det endast är nya data för ett av de tre åren som tillkommer. Det kan vara bra att ha detta i åtanke då man läser och tolkar resultaten. De indikatorer som används i rapporten beskrivs i det följande.

Indikatorer

Här ges en översiktlig beskrivning av de indikatorer som använts för att mäta funktionsnedsättning, livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. För en mer detaljerad redovisning av frågebakgrund och hur respektive indikator har mätts i den nationella folkhälsoenkäten hänvisar vi till en separat rapport (8).

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning definieras som nedsättning av en fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd, eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.

Personer med funktionsnedsättning upplever ofta ett funktionshinder vilket definieras som den begränsning som funktionsnedsättningen innebär för en person i relation till omgivningen. Exempel på begränsningar kan vara svårigheter att klara sig själv i det dagliga livet och bristande delaktighet i arbetsliv, sociala relationer, fritids- och kulturaktiviteter, utbildning och demokratiska processer (9).

I den här rapporten använder vi uttrycket funktionsnedsättning och vi använder nedanstående frågor i enkäten för att mäta funktionsnedsättning.

- ”Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?” De som svarat ”Ja” på den frågan och också svarat ”Ja, i hög grad” på följdfrågan ”Medför dessa besvär att din arbetsförmåga är nedsatt *eller* hindrar dig i dina andra dagliga sysselsättningar?”
- ”Kan du utan svårighet se och urskilja vanlig text i en dagstidning?” De som svarat ”Nej” (inte ens med glasögon) på den frågan.
- ”Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer?” De som svarat ”Nej” (inte ens med hörapparat) på den frågan.
- Personer med rörelsehinder. De som inte kan gå upp ett trappsteg utan besvär eller inte kan ta en kortare promenad (cirka 5 minuter) i någorlunda rask takt eller behöver hjälpmedel eller hjälp av någon annan person för att förflytta sig utomhus.

De personer som tillhör en eller flera av dessa fyra kategorier definieras i denna redovisning ha funktionsnedsättning. De fyra underliggande kategorifrågorna härrör alla från SCB:s ULF-undersökning (Undersökningarna av levnadsförhållanden).

Frågorna mäter fysisk funktionsnedsättning medan psykisk och intellektuell funktionsnedsättning inte fångas lika väl med dessa frågor. Det är en begränsning som vi återkommer till i diskussionen längre fram i rapporten.

Livsvillkor

De indikatorer som hör till livsvillkor beskriver de omgivande förutsättningar som omfattar individen och återfinns på en samhälls nivå. Hit hör kontantmarginal, ekonomisk kris, inkomst, tillgång till arbete, oro att förlora arbetet, socialt deltagande, praktiskt stöd, kränkande behandling, rädsla att gå ut ensam och utsatt för våld eller hot om våld. De personer som svarat på frågor om förvärvsarbete och oro att förlora arbetet är de som förvärvsarbetar och är 16–64 år, det vill säga de som arbetar eller är sjukskrivna, föräldralediga eller tjänstlediga. De enkätfrågor som använts för respektive indikator redovisas i bilaga C.

Levnadsvanor

Till levnadsvanor hör de faktorer som ligger nära individen själv och som individen har en möjlighet att påverka men där det många gånger kan behövas stöd utifrån då förutsättningarna att ändra sina vanor ser olika ut för olika individer. De levnadsvanor som

ingår i denna undersökning är stillasittande fritid, daglig rökning, fetma ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$); övervikt inklusive fetma ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$), lågt intag av frukt och grönt (mindre än eller lika med 1,3 gånger per dag) samt riskabla alkoholvanor (8). Vi har i denna delredovisning inte inkluderat information om riskabla spelvanor då det skett ett metodbyte mellan åren 2013 och 2014 vilket gör att dataunderlaget blir för litet. Till nästa års slutrapport ska denna information förhoppningsvis finnas med, då två års data finns tillgängligt. Frågorna återfinns i bilaga C.

Hälsa

I denna undersökning har vi använt ett antal utfall för att mäta både den psykiska och fysiska hälsan, och därutöver ett antal indikatorer som hänger ihop med hälsoutfall. Dessa är bra respektive dålig självskattad hälsa, tandhälsa, huvudvärk, värk i skuldror, nacke eller axlar, besvär av ryggsmärtor, höftsmärtor eller ischias, ängslan, oro och ångest, nedsatt psykiskt välbefinnande, stress, sömnbesvär och trötthet. Även dessa frågor återfinns i sin helhet i bilaga C.

Statistiska analyser

Resultaten redovisas i andelar (procent) och dubbelsidiga konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent. Konfidensintervallet (KI) anger det mest troliga värdet för respektive beräknat mått. Detta kan illustreras med följande exempel: Enligt rapporten (se figur A26 i bilaga A) är andelen med god självskattad hälsa 46 procent bland män med funktionsnedsättning och konfidensintervallet för denna andel är mellan 44,5 procent och 48,3 procent. Detta innebär att det var 46 procent bland männen med funktionsnedsättning som besvarade enkäten som ansåg att de hade bra hälsa, men att andelen med bra hälsa bland alla män med funktionsnedsättning i riket troligtvis finns någonstans i intervallet 44,5 till 48,3 procent. Denna osäkerhet beror på att endast en mindre del av befolkningen har tillfrågats. Bland män utan funktionsnedsättning ansåg 82 procent att de hade bra hälsa och konfidensintervallet är 81,0 procent till 82,5 procent, vilket är ett snävare konfidensintervall på grund av ett större urval.

Skiljer sig då andelen med bra hälsa bland män med funktionsnedsättning från andelen med bra hälsa bland män utan funktionsnedsättning? Eftersom den övre gränsen för konfidensintervallet är 48,3 procent bland dem med funktionsnedsättning och den nedre gränsen är 81,0 procent bland män utan funktionsnedsättning så överlappar konfidensintervallen inte varandra. Det finns därför en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. Hade däremot den nedre gränsen i konfidensintervallet bland män utan funktionsnedsättning varit lägre än 48,3 procent hade skillnaden inte varit statistiskt säkerställd.

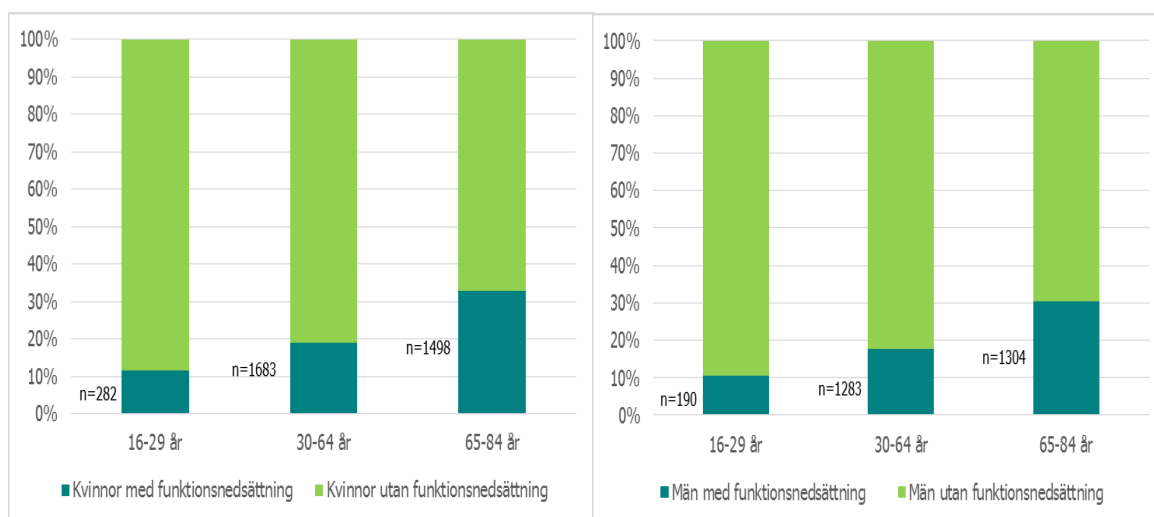
För att ta reda på vad, förutom funktionsnedsättningen i sig, som påverkar hälsan analyserades materialet med en logistisk regressionsanalys (se ordlista). Med en sådan kan man testa vilken effekt en viss oberoende variabel, till exempel kända riskfaktorer för ohälsa, har på ett visst hälsoutfall, till exempel självskattad dålig hälsa. En modell som innehåller flera variabler med utfallet dålig hälsa testades. De förklarande variablerna i modellen var följande (se tabell 1): ålder, utbildning, födelseland, ekonomi, fetma, stillasittande, rökning, intag av frukt och grönt, alkoholkonsumtion, socialt deltagande, kränkning, praktiskt stöd, våld eller hot om våld och funktionsnedsättning.

Dessa variabler användes då de både i tidigare studie (3-4) och i denna rapports basresultat visat skillnader i utfallen för personer med respektive utan funktionsnedsättning. Även en enklare modell med bara ålder och funktionsnedsättning testades. De värden man tittar på i en regressionsanalys är oddskvoter (se ordlista), vilka ger en uppfattning om hur starkt sambandet är mellan exempelvis funktionsnedsättning och dålig hälsa. När oddskvoten för de med funktionsnedsättning respektive utan funktionsnedsättning är lika med 1 finns det ingen skillnad i dålig hälsa mellan de två grupperna. Om däremot oddskvoten bland män som i vårt fall är 13 (modell 1, se tabell 1) betyder det att det är vanligare bland män med funktionsnedsättning att skatta sin hälsa som dålig hälsa jämfört med övriga män. Denna oddskvot kan tolkas som att det finns 13 gånger fler personer med dålig hälsa jämfört med personer som inte har dålig hälsa bland män med funktionsnedsättning jämfört med män utan funktionsnedsättning. Ju högre oddskvoten är desto större är överrisken. Om oddskvoten däremot skulle vara mindre än 1 skulle det betyda att det är mindre vanligt att skatta sin hälsa som dålig bland män med funktionsnedsättning. Oddskvoten presenteras tillsammans med dess dubbelsidiga konfidensintervall (KI). I de fall där konfidensintervallet täcker värdet 1 finns ingen statistiskt säkerställd skillnad i oddsen mellan de grupper man jämför.

Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa hos personer med respektive utan funktionsnedsättning

Ett återkommande uppdrag för Folkhälsomyndigheten är att kontinuerligt följa upp hälsan och hälsans bestämningsfaktorer. I det följande avsnittet presenterar vi en kort beskrivning av hälsoläget och förutsättningar för hälsan hos personer med respektive utan funktionsnedsättning. De områden som beskrivs är livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Redovisningen är komprimerad och innehåller främst text som beskriver resultaten. För en fullständig resultatredovisning hänvisar vi till bilaga A. Där redovisas resultaten efter kvinnor respektive män i olika åldersgrupper. I bilagan visas också resultat från en särskild redovisningsgrupp av kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn.

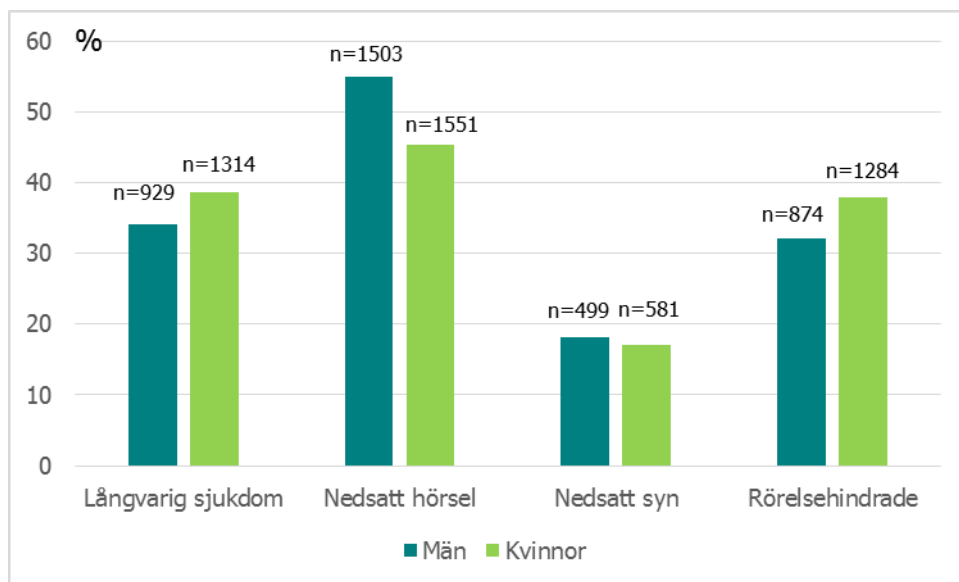
Följande diagram visar andel och antal personer med funktionsnedsättning efter ålder och kön bland de personer som besvarat enkäten 2012–2014. Här ser man som förväntat att andelen personer med funktionsnedsättning ökar med stigande ålder. Inga större könsskillnader förekommer. Den totala andelen personer med funktionsnedsättning i materialet ligger på omkring 20 procent. Denna siffra överensstämmer med skattningar som gjordes av SCB 2012 där de i en undersökning fann att cirka 26 procent av de svarande uppgav att de hade någon form av funktionsnedsättning (10). Vidare visar materialet att omkring 14 procent av vuxna kvinnor som bor med barn under 18 år har funktionsnedsättning och motsvarande siffra bland män är 12 procent.



Figur 1. Andel kvinnor och män i procent med respektive utan funktionsnedsättning, efter ålder 16–84 år, 2012–2014.

Nedanstående figur visar att kraftig nedsatt hörsel är den vanligaste funktionsnedsättningen bland svarande personer med funktionsnedsättning i undersökningen, följt av långvarig

sjukdom eller rörelsehinder. Därefter kommer kraftigt nedsatt syn. Det finns en statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män när det gäller typ av funktionsnedsättning. Fler kvinnor anger att de har en långvarig sjukdom och fler uppger att de är rörelsehindrade, medan män i större utsträckning har nedsatt hörsel och nedsatt syn.



Figur 2. Antal (n) och andel i procent bland svarande personer med funktionsnedsättning uppdelat efter typ av funktionsnedsättning och kön, 2012–2014.

Livsvillkor

Liksom tidigare års redovisningar visar även årets resultat att personer 16–84 år med funktionsnedsättning rapporterar genomgående sämre livsvillkor än övriga befolkningen. De förvärvsarbetar i betydligt lägre utsträckning och de som arbetar är mer oroliga för att förlora arbetet än befolkningen i övrigt. En mycket lägre andel kvinnor med funktionsnedsättning arbetar jämfört med män med funktionsnedsättning, medan motsvarande könsskillnad inte alls är lika uttalad bland personer utan funktionsnedsättning. En betydligt större andel personer saknar också kontantmarginal bland dem med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning, och bland personer med funktionsnedsättning är det betydligt fler kvinnor än män som saknar kontantmarginal. Motsvarande skillnad finns även bland personer utan funktionsnedsättning men i betydligt mindre utsträckning. Vidare uppger nästan hälften av de svarande unga kvinnorna med funktionsnedsättning att de blivit kränkta, vilket är betydligt fler än i övriga befolkningen. Det finns dock inte någon statistiskt säkerställd skillnad bland unga män med respektive utan funktionsnedsättning när det gäller kränkande behandling.

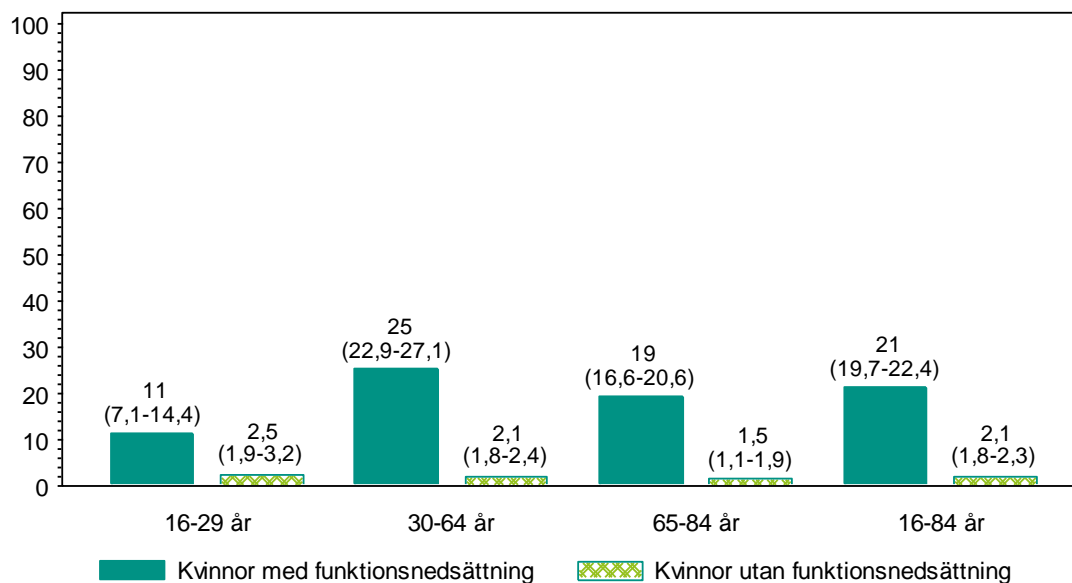
Levnadsvanor

Det finns även skillnader i levnadsvanor mellan dem som har respektive inte har funktionsnedsättning. Stillasittande fritid, fetma, daglig rökning och låg konsumtion av frukt och grönt är vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med personer utan funktionsnedsättning.

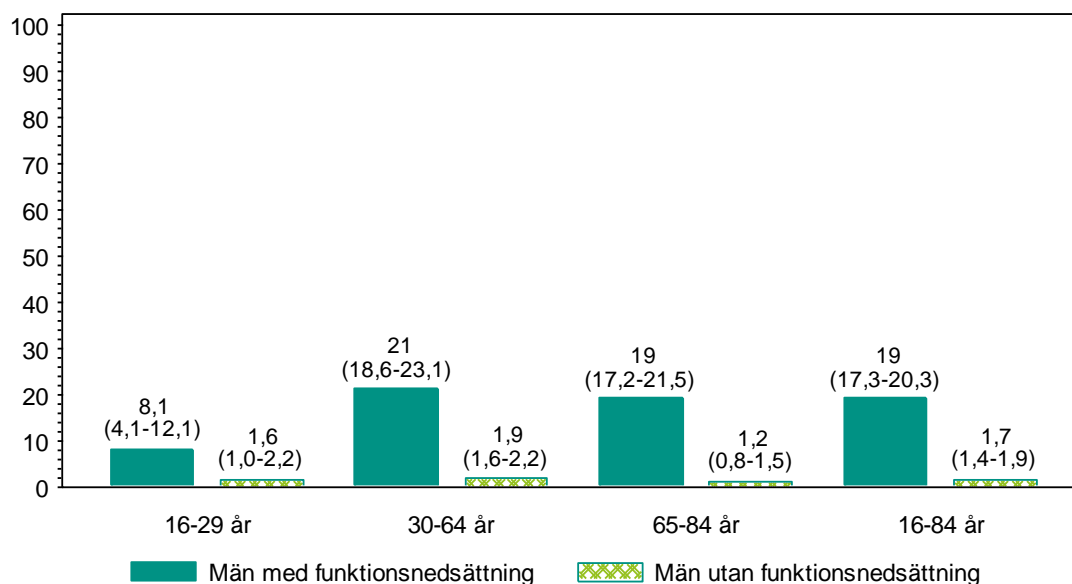
Hälsa

Betydligt fler personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som dålig jämfört med dem utan funktionsnedsättning. I nedanstående diagram ser man att omkring 20 procent av alla med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som dålig, jämfört med cirka 2 procent av övriga befolkningen. I vissa fall finns sannolikt ett samband mellan funktionsnedsättningen och den självrapporterade ohälsan, vilket bör beaktas vid tolkning av resultaten. Även tandhälsan skattas sämre bland personer 30–84 år med funktionsnedsättning. Unga kvinnor med funktionsnedsättning upplever vidare att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande i större utsträckning än unga kvinnor utan funktionsnedsättning. Bland unga män fanns ingen motsvarande statistiskt säkerställd skillnad. I enkäten ingår även frågor som är nära besläktade med hälsoutfall, och även där uppvisar personer med funktionsnedsättning genomgående sämre värden än övrig befolkning. Det är till exempel betydligt vanligare att rapportera svår huvudvärk, värk i skuldror, nacke, axlar, rygg och höft samt ischias bland personer med funktionsnedsättning. Personer med funktionsnedsättning uppger också att de i betydligt större utsträckning är trötta, har sömnbesvär, känner stress och har ångslan, oro och ångest jämfört med befolkningen i övrigt.

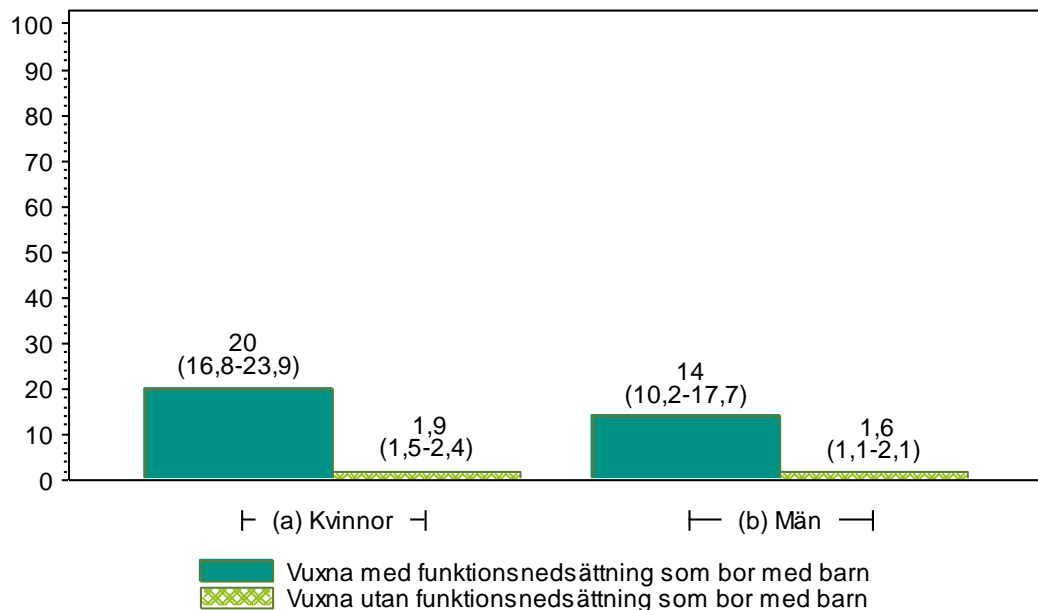
Dålig självskattad hälsa



Figur 3. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger dålig eller mycket dålig självskattad hälsa bland kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur 4. Andel män i procent (95 % KI) som uppger dålig eller mycket dålig självskattad hälsa bland män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur 5. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger dålig eller mycket dålig självskattad hälsa (16–64 år) med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

Kvinnor och män 16–84 år med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som dålig i betydligt högre utsträckning än övrig befolkning. Inga statistiskt säkerställda könsskillnader förekommer varken bland personer med respektive utan funktionsnedsättning.

Vuxna med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som dålig jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Inte heller i denna grupp finns några statistiskt säkerställda könsskillnader när man jämför kvinnor respektive män med respektive utan funktionsnedsättning.

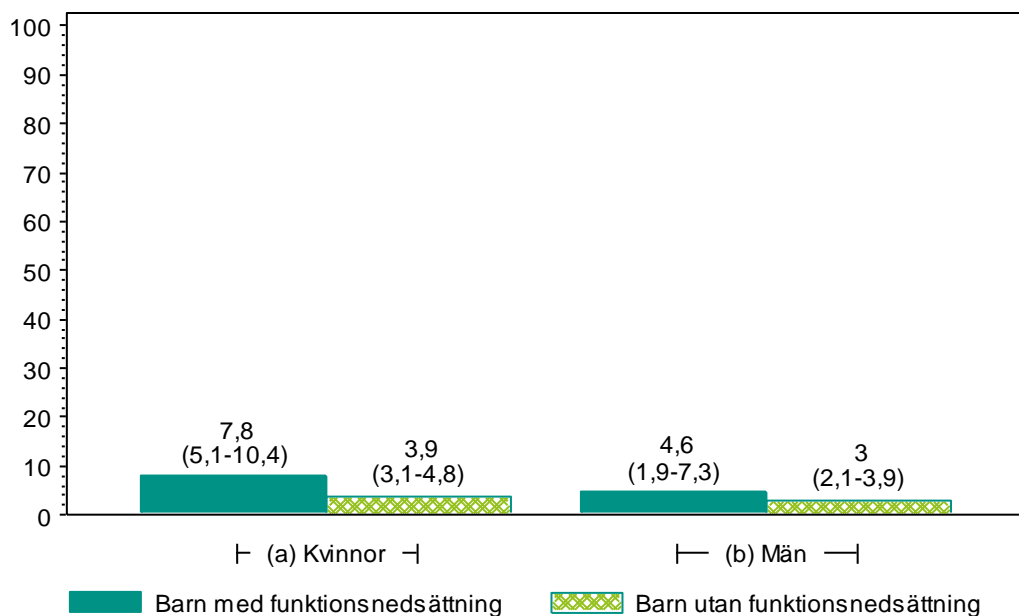
Även för övriga resultat, som återfinns i bilaga A, syns samma mönster; Vuxna med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn uppvisar i stort sett samma resultat som bland den totala gruppen vuxna med respektive utan funktionsnedsättning.

Hälsa bland vårdnadshavare till hemmaboende barn med respektive utan funktionsnedsättning

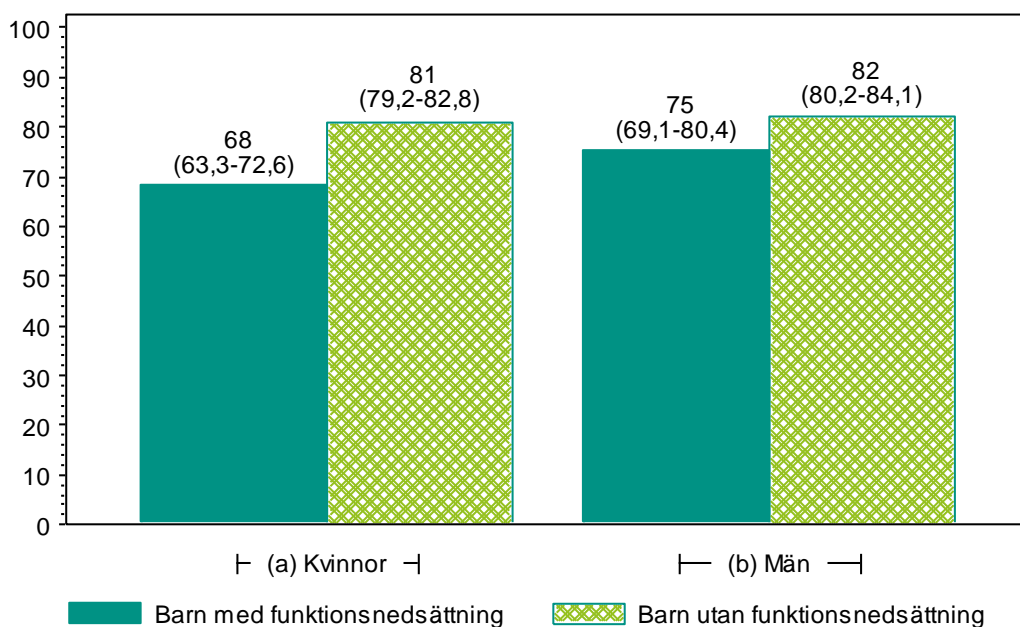
Ett särskilt avsnitt i Folkhälsomyndighetens uppdrag handlar om uppföljning av hälsa bland vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning. Under 2013 infördes några nya frågor i den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor för att fånga just detta. Sedan tidigare fanns en fråga om man delar bostad med hemmaboende barn och en följdfråga kring barnets ålder. För dem som svarat att de delar bostad med hemmaboende barn kommer därefter en följdfråga som endast ska besvaras av dem som är vårdnadshavare till hemmaboende barn under 18 år. Frågan är formulerad så här: Har något eller några av dessa barn någon långvarig sjukdom, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem? Bland de drygt 4 000 svarande vårdnadshavarna till hemmaboende barn under 18 år angav 15 procent att de bodde med ett barn med funktionsnedsättning (kvinnor 17 % och män 13 %).

Då frågorna endast har funnits i enkäten sedan 2013 är dataunderlaget begränsat. Vi har därför valt att endast kommentera och lyfta resultaten om bra eller dålig självskattad hälsa för att ge en överskådlig bild om hur hälsan uppfattas bland vårdnadshavare till barn med respektive utan funktionsnedsättning. Vi avser att till slutredovisningen 2016 återkomma med en mer fullödig bild av datamaterialet.

Självskattad hälsa



Figur 6. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger dålig eller mycket dålig hälsa (16–64 år), som lever med hemmaboende barn under 18 år med respektive utan funktionsnedsättning.



Figur 7. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger bra eller mycket bra hälsa (16–64 år), som lever med hemmaboende barn under 18 år med respektive utan funktionsnedsättning.

Kvinnor som lever med barn med funktionsnedsättning anger i högre utsträckning dålig självskattad hälsa jämfört med kvinnor som lever med barn utan funktionsnedsättning. På motsvarande sätt anger kvinnor med barn med funktionsnedsättning mindre god hälsa än kvinnor som lever med barn utan funktionsnedsättning. Däremot finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan män som lever med barn med respektive utan funktionsnedsättning, varken när det gäller upplevelsen av dålig eller god hälsa. Inga statistiskt säkerställda könsskillnader förekommer bland personer med respektive utan funktionsnedsättning som lever med barn, varken när det gäller upplevelsen av dålig eller god hälsa.

Fördjupad analys åtgärdbar ohälsa

Som en särskild del i uppdraget har Folkhälsomyndigheten valt att närmare undersöka möjliga orsaker till ohälsan hos personer med funktionsnedsättning. Mot bakgrund av en tidigare rapport från 2008 (4) är det av intresse att följa upp frågeställningen om det finns skillnader i ohälsa mellan personer med respektive utan funktionsnedsättning som är åtgärdbara. Inför rapporten 2008 genomfördes en logistisk regressionsanalys (se ordlista) för att ta reda på vilka faktorer, förutom funktionsnedsättningen, som påverkar hälsan (4). När hänsyn togs till dessa förklaringsfaktorer sjönk sannolikheten hos personer med funktionsnedsättning att skatta sin hälsa som dålig (oddskvot 18,2 till 12,9 för kvinnor och från 13,3 till 8,4 för män). I analysen användes data från den nationella folkhälsoenkäten för åren 2005–2007. Detta skulle kunna betyda att det inte är funktionsnedsättningen i sig som orsakar ohälsan utan andra faktorer som kan påverka hälsan i gruppen med funktionsnedsättning.

I denna delredovisning har vi gjort en ny fördjupad analys. Utgångspunkten har varit att utgå från den tidigare regressionsanalysens ingående förklaringsvariabler men med tillägg av ytterligare några aspekter såsom praktiskt stöd, om man blivit utsatt för våld eller hot om våld, lågt intag av frukt och grönt och riskabla alkoholvanor.

Tabell 1. Logistisk regression med oddskvoter (95 % KI) för dålig hälsa under åren 2012–2014, bland kvinnor och män 16–84 år.

	Kvinnor		Män	
	Modell 1 ¹ (95 % KI ²) (n ³ =15 497)	Modell 2 ¹ (95 % KI ²) (n ³ =13 785)	Modell 1 ¹ (95 % KI ²) (n ³ =13 195)	Modell 2 ¹ (95 % KI ²) (n ³ =11 902)
Utan funktionsnedsättning	1,0	1,0	1,0	1,0
Funktionsnedsättning	12,5 (10,6–14,8)	8,7 (7,1–10,6)	12,8 (10,5–15,5)	10,0 (8,0–12,5)
16–29 år	0,9 (0,7–1,2)	1,1 (0,8–1,5)	0,6 (0,4–0,9)	0,6 (0,4–1,0)
30–44 år	1,2 (1,0–1,5)	1,3 (1,0–1,7)	1,0 (0,8–1,3)	1,1 (0,8–1,5)
45–64 år	1,5 (1,3–1,8)	1,5 (1,2–1,9)	1,2 (1,0–1,5)	1,2 (0,9–1,5)
65–84 år	1,0	1,0	1,0	1,0
Eftergymnasial		1,0		1,0
Gymnasial		1,1 (0,9–1,4)		1,1 (0,9–1,5)
Förgymnasial		1,3 (1,0–1,7)		1,2 (0,9–1,6)
Svenskfödd		1,0		1,0
Utlandsfödd		1,0 (0,8–1,3)		1,3 (1,0–1,7)
Har kontantmarginal		1,0		1,0
Saknar kontantmarginal		1,6 (1,3–2,0)		1,5 (1,2–2,0)
Ej fetma		1,0		1,0
Fetma		1,2 (1,0–1,5)		1,4 (1,1–1,8)
Ej stillasittande		1,0		1,0
Stillasittande		2,5 (2,0–3,1)		1,9 (1,5–2,4)
Ej daglig rökning		1,0		1,0
Daglig rökning		1,3 (1,0–1,6)		1,3 (1,0–1,8)
Högt intag frukt och grönt		1,0		1,0
Lågt intag frukt och grönt		1,1 (0,9–1,4)		1,2 (0,9–1,5)
Ej riskabla alkoholvanor		1,0		1,0
Riskabla alkoholvanor		1,0 (0,8–1,3)		1,0 (0,7–1,3)
Ej lågt socialt deltagande		1,0		1,0
Lågt socialt deltagande		1,7 (1,4–2,1)		1,8 (1,4–2,3)
Ej utsatt för kränkning		1,0		1,0
Utsatt för kränkning		2,1 (1,7–2,6)		2,0 (1,6–2,6)
Saknar inte praktiskt stöd		1,0		1,0
Saknar praktiskt stöd		2,1 (1,5–2,9)		1,4 (1,0–1,9)
Ej våld eller hot om våld		1,0		1,0
Våld eller hot om våld		0,9 (0,6–1,3)		1,0 (0,6–1,5)

¹Både modell 1 och modell 2 justeras för ålder.

²KI = konfidensintervall

³n = antal

Tabellen redovisar en logistisk regressionsmodell (Modell 1) med enbart justering av ålder och en regressionsmodell (Modell 2) justerad för ålder, olika livsvillkor och levnadsvanor. I modellen används dålig hälsa (ja/nej) som utfallsvariabel och modellen kontrollerar för ett flertal variabler såsom ålder, utbildningsnivå, födelseland, avsaknad av kontantmarginal,

fetma, stillasittande, daglig rökning, lågt frukt och grönsaksintag, riskabla alkoholvanor, lågt socialt deltagande, kränkande behandling, avsaknad av praktiskt stöd samt utsatt för våld eller hot om våld. Dessa faktorer har tidigare visats ha betydelse för upplevelsen av en dålig hälsa. Man ser i den fullt justerade modellen att oddskvoten för dålig hälsa bland personer med funktionsnedsättning jämfört med personer utan funktionsnedsättning minskade från 12,5 till 8,7 för kvinnor och från 12,8 till 10,0 för män. Den justerade oddskvoten är större för män än för kvinnor. Att ha en oddskvot på 10 kan tolkas som att det finns 10 gånger fler personer med dålig hälsa jämfört med personer utan dålig hälsa bland män med funktionsnedsättning jämfört med män utan funktionsnedsättning.

Utöver ålder fanns följande faktorer som gav statistiskt säkerställda högre oddskvoter, bland både kvinnor och män: avsaknad av kontantmarginal, stillasittande, lågt socialt deltagande och utsatt för kränkande behandling. Därutöver har män en statistiskt säkerställd högre oddskvot för fetma och kvinnor har på motsvarande sätt en högre oddskvot för att sakna praktiskt stöd. De här faktorerna påverkar personer med funktionsnedsättning så att de skattar sin hälsa sämre än personer utan funktionsnedsättning.

Analysen visar att den sämre hälsan hos personer med funktionsnedsättning inte skulle behöva vara så dålig som den är. Det finns områden som skulle kunna belysas och mer insatser skulle kunna göras, till exempel att förbättra ekonomiska villkor genom att skapa bättre förutsättningar för ökad deltagande på arbetsmarknaden, främja tillgänglighet och stöd för fysisk aktivitet och socialt deltagande samt genom förebyggande arbete mot kränkande bemötande.

Diskussion och metodologiska aspekter delmål ett

Det övergripande folkhälsomålet handlar om att skapa samhällsliga förutsättningar för hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Resultaten i denna delredovisning visar tydligt att personer med funktionsnedsättning genomgående rapporterar sämre livsvillkor, levnadsvanor och hälsa jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Skillnaderna är större än de behöver vara.

Att ha ett arbete kan skapa förutsättningar till en god hälsa och det har också betydelse för privatekonomin. Samtidigt visar resultaten i årets redovisning, liksom tidigare år, att både kvinnor och män med funktionsnedsättning förvärvsarbetar i betydligt mindre utsträckning jämfört med personer utan funktionsnedsättning, och detta är särskilt utmärkande bland kvinnor. Fler kvinnor än män med funktionsnedsättning har också låg inkomst, rapporterar att de saknar kontantmarginall och upplever oftare ekonomisk kris. Att förändra sina vanor är många gånger svårt och förutsättningarna att lyckas försvåras om man också är utsatt för sämre livsvillkor. Att uppleva en sämre hälsa kan också försvåra förändring av levnadsvanor vilket kan skapa en negativ spiral som kan kräva hjälp att ta sig ur. Bristande tillgänglighet i närmiljön är också ett hinder för många med funktionsnedsättning att utöva fysisk aktivitet och därmed ökar risken att bli stillasittande (11). Med data från 2013 års folkhälsoenkät analyserades frågan om man önskade hjälp med att förändra sina levnadsvanor. Personer med funktionsnedsättning angav i betydligt större utsträckning än övriga befolkningen att de önskade stöd till att öka sin fysiska aktivitet, stöd att sluta röka och stöd att äta mer frukt och grönt. Samhället kan här fylla en viktig funktion i att nå ut till personer med funktionsnedsättning och att skapa förutsättningar för en bättre hälsa i gruppen.

Årets undersökning visade att det är betydligt fler personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning som upplever att de är rädda för att gå ut ensamma, betydligt fler uppger att de har blivit kränkta och betydligt fler att de har blivit utsatta för våld eller hot om våld. Detta kan negativt påverka förutsättningarna att öka sin fysiska aktivitet och minska sitt stillasittande. Det finns därmed sannolikt mycket att vinna på att förebygga rädslan att gå ut, minska risken för kränkningar och minska risken för att utsättas för våld eller hot om våld.

Årets resultat visar också att trötthet är betydligt vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övriga befolkningen. Att leva med funktionsnedsättning kan innebära en ökad belastning, både fysiskt och psykiskt. Det kan därmed vara mer energikrävande och trötthet kan vara en naturlig konsekvens av detta. Tröttheten kan också mycket väl ha en negativ inverkan på vissa livsvillkor, till exempel möjligheten att delta i sociala aktiviteter och förutsättningar att förändra sina levnadsvanor. Att vara ständigt trött påverkar sannolikt också hur man skattar sin egen hälsa.

Resultaten visar att det är stora skillnader i andel personer med dålig självskattad hälsa, 21 procent respektive 2 procent för kvinnor 16–84 år med respektive utan funktionsnedsättning. Motsvarande siffror för män är 19 respektive 2 procent (se figur 3 och 4).

Utifrån det övergripande folkhälsomålet om samhälleliga förutsättningar för hälsa på lika villkor för hela befolkningen finns det anledning att öka kunskapen om vilka faktorer, förutom funktionsnedsättningen i sig, som påverkar upplevelsen av hälsa respektive ohälsa. Som ett led i detta gjordes år 2008 en regressionsanalys av dålig hälsa bland personer med respektive utan funktionsnedsättning för att se vilka faktorer, förutom själva funktionsnedsättningen, som bidrar till den dåliga hälsan (3-4). Genom att identifiera dessa faktorer kan man också se vad som kan gå att åtgärda. Resultaten från den tidigare analysen visade att oddskvoten för dålig hälsa bland personer med funktionsnedsättning minskade i relation till övrig befolkning när hänsyn tagits till ett urval faktorer som rörde både livsvillkor och levnadsvanor. Till årets delredovisning gjordes en uppföljning med en något modifierad logistisk regressionsmodell (tillägg av bland annat praktiskt stöd och utsatthet för våld eller hot om våld), där resultaten är likvärdiga de från 2008. Här sjunker oddskvoten från 12,5 till 8,7 bland kvinnor och från 12,8 till 10,0 bland män. För kvinnor innebär det en minskning i oddskvot med nästan fyra enheter när variabler kring livsvillkor och levnadsvanor lagts in i modellen, vilket motsvarar den betydelse som dessa variabler har för upplevelsen av dålig hälsa bland kvinnorna med funktionsnedsättning i undersökningen. Det faktum att oddskvoten sjunker mer för kvinnor än för män när hänsyn tagits till variablerna ovan antyder att det finns skillnader mellan kön i upplevelsen av vilka faktorer som bidrar till en dålig hälsa. För att utreda detta krävs mer djupgående analyser vilket inte har varit möjligt inom ramen för denna delredovisning.

Resultaten visar att det finns faktorer i både livsvillkoren och i levnadsvanorna bland personer med funktionsnedsättning som går att ändra på för att minska den självskattade ohälsan. Detta synliggör återigen behovet av insatser på en samhällelig nivå för att utjämna skillnader i livsvillkor och levnadsvanor för att skapa bättre förutsättningar för en god hälsa på lika villkor.

Folkhälsoenkäten för 2013 kompletterades med ett antal frågor för att kunna beskriva förutsättningar för hälsa och hälsoutfall bland vårdnadshavare till barn under 18 år med funktionsnedsättning. Vi har i denna rapport enkätsvar för två år där dessa frågor ingår vilket innebär att det fortfarande är ett begränsat dataunderlag för analys och av den anledningen görs endast en sparsam redovisning av resultat detta år. Samtidigt är det en viktig grupp att synliggöra i vårt uppdrag och vi kommer därför att göra en fullständig beskrivning till 2016 års slutrapport. Där kommer vi även att dela upp analysen utifrån vilken grad av funktionsnedsättning respondentens barn har. När det gäller vald ålderskategori för vårdnadshavare, 16–64 år, kan det finnas skäl att argumentera för att det är ytterst ovanligt att vara förälder vid så ung ålder som 16 år samtidigt som vi kanske missar en del föräldrar som faktiskt är äldre än 64 år. Till slutredovisningen kommer vi att välja ett åldersspann för

redovisning så att det inkluderar så många respondenter med hemmavarande barn under 18 år som möjligt.

Den nationella folkhälsoenkätens utformning och omfattning leder troligen till att det blir ett stort och selektivt bortfall av svar från personer med vissa funktionsnedsättningar. Detta gäller bland annat personer med intellektuell funktionsnedsättning. Folkhälsomyndigheten kommer därför under år 2015 genomföra en pilotundersökning riktad till personer med utvecklingsstörning som vi planerat för under en längre tid. Detta tillägg täcker inte in alla typer av funktionsnedsättningar men är ett steg i rätt riktning.

För varje år som går blir en större mängd datamaterial tillgängligt från den Nationella folkhälsoenkäten. Sedan starten år 2004 ökas möjligheten att analysera en längre tidsserie, vilket skapar större möjligheter till intressanta jämförelser över tid. Detta är något vi planerar för till slutrapporten nästa år. Andra begränsningar kvarstår i materialet på grund av det förhållandevis lilla underlaget (med ett stort bortfall på 50 %), vilket gör att treårsmedelvärden används för att få en tillräckligt stor grupp att bryta ner på funktionsnedsättning, kön och ålder. Det stora bortfallet är inte något unikt med denna studie, det är ett problem för de flesta enkätinsamlingar som görs i dag. Med ett större datamaterial framöver ökar möjligheten att bryta ner data på fler redovisningsgrupper och kanske främst då utbildningsnivå. Det ser vi som en positiv utveckling, även för fortsatt uppföljning av livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland personer med funktionsnedsättning.

Pilotundersökning av livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland personer med utvecklingsstörning

I 2013 års delrapport (6) redovisades en förstudie som beskrev förutsättningarna för att undersöka hälsa och förutsättningar för hälsa bland personer med utvecklingsstörning. Delrapporten presenterade hur personer med utvecklingsstörning skulle kunna identifieras för att möjliggöra datainsamling och vilka anpassningar som skulle behöva göras avseende undersökningsmetodik. Förstudien gav också en översiktlig beskrivning av kända levnadsförhållanden och livsvillkor för målgruppen. I 2014 års delrapport (7) redovisades ett konkret förslag på hur personer med utvecklingsstörning skulle kunna identifieras för att möjliggöra deltagande i en pilotundersökning kring folkhälsa. I rapporten redovisades också ett förslag till undersökningsmetod och en första skiss på en för målgruppen anpassad version av folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV)³.

Nu fortgår det praktiska arbetet med att förbereda för den planerade pilotundersökningen. Tillvägagångssättet kring hur man på bästa sätt kan identifiera personer med utvecklingsstörning utifrån register, för att använda till ett enkätutskick, kräver överväganden för att förhindra att målgruppen lider någon form av men. Detta har resulterat i att den anpassade enkäten endast kommer att skickas ut till individer som har någon form av insats utifrån LSS-lagstiftningen och som därmed har identifierats i detta register. Registret har tidigare använts för liknande enkätutskick och omfattar sannolikt inte alla men en majoritet av Sveriges befolkning med någon grad av utvecklingsstörning (7).

Den externa referensgrupp som är knuten till Folkhälsomyndighetens arbete kring uppföljning av funktionshinderpolitiken (se under rubriken Samråd i rapportens inledning) har bidragit med värdefulla synpunkter som lett till förändringar och förbättringar av enkäten. Även intresseorganisationerna Föreningen för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna, Autism- & Aspergerförbundet samt Svenska Downföreningen har bidragit med konkreta råd kring både enkätinnehåll och tillvägagångssätt som varit till stor nytta. Möjligheterna att förändra enkäten är dock till viss del begränsade av målsättningen att fortsatt behålla en jämförbarhet med den ordinarie HLV-undersökningen 2015.

³En utförligare beskrivning av den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor ges under rubriken Enkät inklusive urval tidigare i denna rapport.

Folkhälsomyndigheten avser att genomföra pilotundersökningen under 2015 med ett utskick till cirka 1 000 individer. Beroende på hur det testet faller ut är avsikten sedan att, efter eventuella justeringar, gå ut med den anpassade enkäten i full skala till ett nationellt urval. Målsättningen är då att kunna jämföra resultatet med data ur den ordinarie HLV-undersökningen för befolkningen i allmänhet.

Delmål 2: uppföljning av hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoinsatser nationellt, regionalt och lokalt

Ett andra delmål i Folkhälsomyndighetens uppdrag under strategiperioden handlar om uppföljning av hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoinsatser nationellt, regionalt och lokalt. Då en avsevärd del av folkhälsoarbetet görs lokalt har uppföljningen fokuserat på att följa upp hur kommunerna inkluderar personer med funktionsnedsättning i sina styrdokument och i sitt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete.

För att få ökad kunskap om detta genomförde Folkhälsomyndigheten inför 2013 års delredovisning (6) en webbenkät riktad till Sveriges kommuner. Enkäten, med en svarsfrekvens på 53 procent, innehöll frågor kring styrdokument för folkhälsoarbetet, kring hälsofrämjande och förebyggande insatser för personer med funktionsnedsättning och om det genomförs någon uppföljning av hälsan hos personer med funktionsnedsättning. Resultaten visade att de allra flesta kommunerna inkluderar personer med funktionsnedsättning i sitt ordinarie folkhälsoarbete samt att flertalet av kommunerna arbetar med att förbättra tillgängligheten i vid mening. Samtidigt är det få kommuner som arbetar aktivt med att följa hälsoutvecklingen hos personer med funktionsnedsättning och enkäten visade också att det finns en osäkerhet i kommunerna avseende hur många kommuninvånare som har funktionsnedsättning.

Den delrapport som lämnades i mars 2014 (7) innehöll en redovisning av en intervjuundersökning riktad till ett tiotal kommuner, i syfte att få en fördjupad bild av de resultat som framkommit i enkätundersökningen föregående år. Ett ytterligare syfte var att skapa underlag för den uppföljande kommunundersökningen, som kommer att genomföras under hösten 2015 – se mer om detta nedan. Resultaten av intervjuundersökningen bekräftade i många avseenden enkätundersökningens slutsatser. Många kommuner efterfrågar stöd och riktlinjer i arbetet med personer med funktionsnedsättning men också inom folkhälsoarbete generellt. Det framkom också att många kommuner efterfrågar organisatoriska förutsättningar för att bättre kunna samverka över administrativa gränser, till exempel inom och mellan olika förvaltningar som ansvarar för funktionshinderfrågor respektive folkhälsa.

Under hösten 2015 kommer Folkhälsomyndigheten att skicka ut en ny enkät till kommunerna med det övergripande syftet att följa upp resultaten från 2013 kring hur kommunerna inkluderar personer med funktionsnedsättning i sina styrdokument och i sitt hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbete. Samråd kring enkätinnehåll och upplägg har påbörjats med Sveriges Kommuner och Landsting och vi har också en löpande dialog med Myndigheten för delaktighet.

Referenser

1. Socialdepartementet. En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016. Promemoria 2011-06-20. [Internet] Stockholm: Regeringskansliet; 2011. Hämtad 2014-09-15 från: <http://www.regeringen.se/sb/d/14025/a/171269>
2. Socialdepartementet. Uppdrag om delmål, uppföljning och redovisning inom ramen för En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016. Regeringsbeslut 2011-10-06, S2011/8810/FST. [Internet] Stockholm: Regeringskansliet; 2011. Hämtad 2014-06-15 från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/livsvillkor-levnadsvanor/funktionsnedsattning/ru-funktionshinder.pdf>
3. Arnhof Y. Onödig ohälsa: hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. [Internet] Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008. Rapport R, 1651-8624; 2008:13. Hämtad 2014-10-02 från: http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12157/R200813_Onodig_ohalsa0807.pdf
4. Boström G. Hälsa på lika villkor?: hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning. [Internet] Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008. Rapport R, 1651-8624; 2008:17. Hämtad 2014-10-02 från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Halsa-pa-lika-villkor-Halsa-och-livsvillkor-bland-personer-med-funktionsnedsattning/>
5. Statens folkhälsoinstitut. Redovisning av regeringsuppdraget om delmål m.m. inom ramen för ”En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016”. [Internet] Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012. Hämtad 2015-01-09 från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/livsvillkor-levnadsvanor/funktionsnedsattning/redovisning-strategi-funktionshinderspolitiken-2012.pdf>
6. Statens folkhälsoinstitut. Uppdrag om delmål m.m. inom ramen för ”En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016”: delrapportering av regeringsuppdrag. [Internet] Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2013. Hämtad 2015-01-09 från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/livsvillkor-levnadsvanor/funktionsnedsattning/redovisning-strategi-funktionshinderspolitiken-2013.pdf>
7. Folkhälsomyndigheten. Uppdrag om delmål m.m. inom ramen för ”En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016”: delrapportering av regeringsuppdrag. [Internet] Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014. Hämtad 2014-06-15 från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/livsvillkor-levnadsvanor/funktionsnedsattning/delrapportering-regeringsuppdrag-funktionshinderspolitiken-2014.pdf>
8. Folkhälsomyndigheten. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor. [Internet] Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014. Hämtad 2014-01-20 från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat->

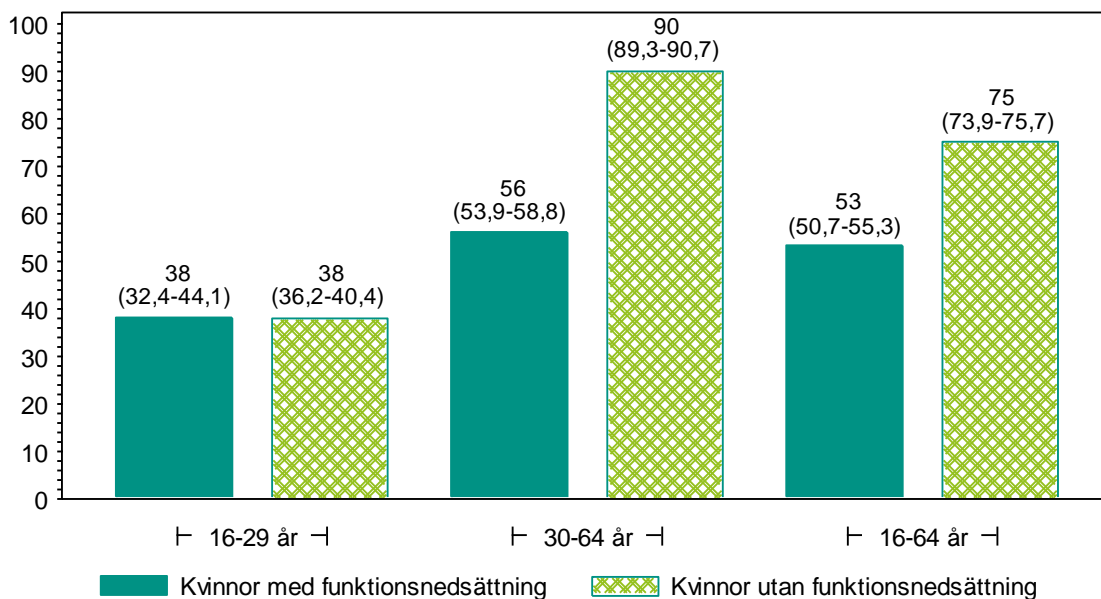
material/publikationer/Syfte-och-bakgrund-till-fragorna-i-nationella-folkhalsoenkaten/

9. Socialstyrelsens termbank. [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2003-. Hämtad 2015-02-02 från: <http://socialstyrelsen.iterm.se/>
10. Statistiska centralbyrån. Förutsättningar i arbetslivet - en undersökning om diskriminering på arbetsmarknaden och arbetsituationen för personer med funktionsnedsättning. [Internet] Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2013. Hämtad 2015-02-25 från: http://www.scb.se/Statistik/AM/AM0503/_dokument/Forutsattningar_i_arbetslivet1.pdf
11. Statens folkhälsoinstitut. Funktionsnedsättning, fysisk aktivitet och byggd miljö: den byggda miljöns betydelse för fysisk aktivitet för personer med vissa former av funktionsnedsättning. [Internet] Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. Rapport R, 1651-8624; 2011:05. Hämtad 2014-08-26 från: [http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Funktionsnedsattning-fysisk-aktivitet-och-byggd-miljo-/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Funktionsnedsattning-fysisk-aktivitet-och-byggd-miljo/)

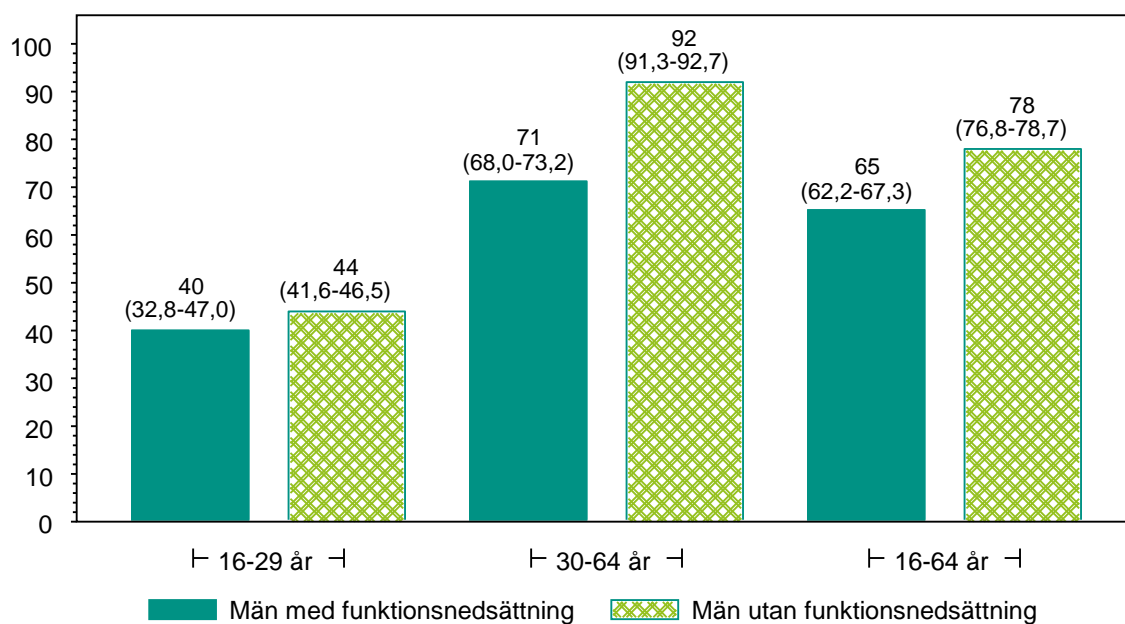
Bilaga A. Kommenterad resultatredovisning av livsvillkor, levnadsvanor och hälsa

Livsvillkor

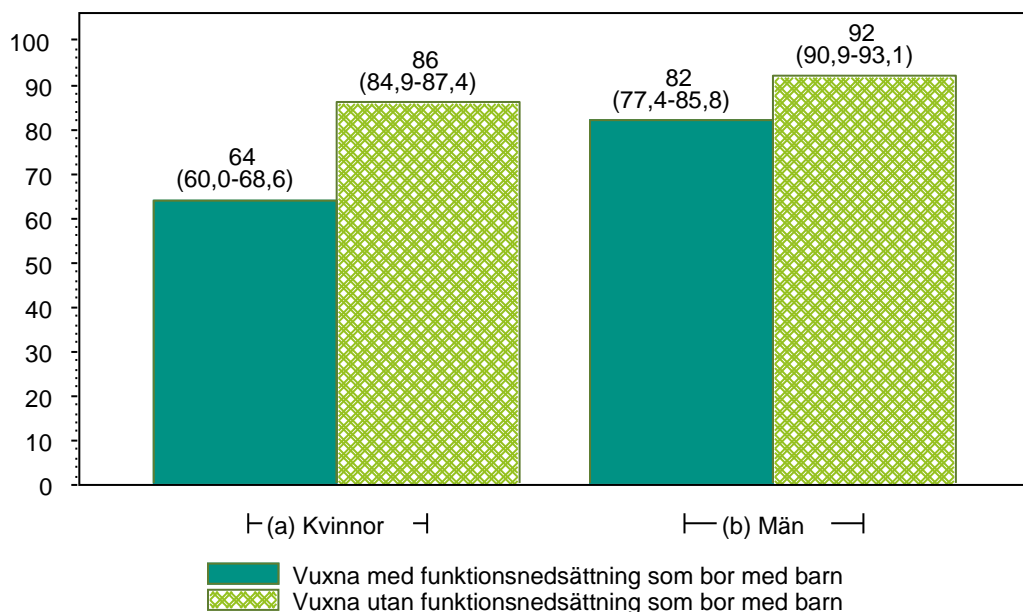
Förvärsarbete



Figur A1. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger förvärsarbete bland kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A2. Andel män i procent (95 % KI) som uppger förvärsarbete bland män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.

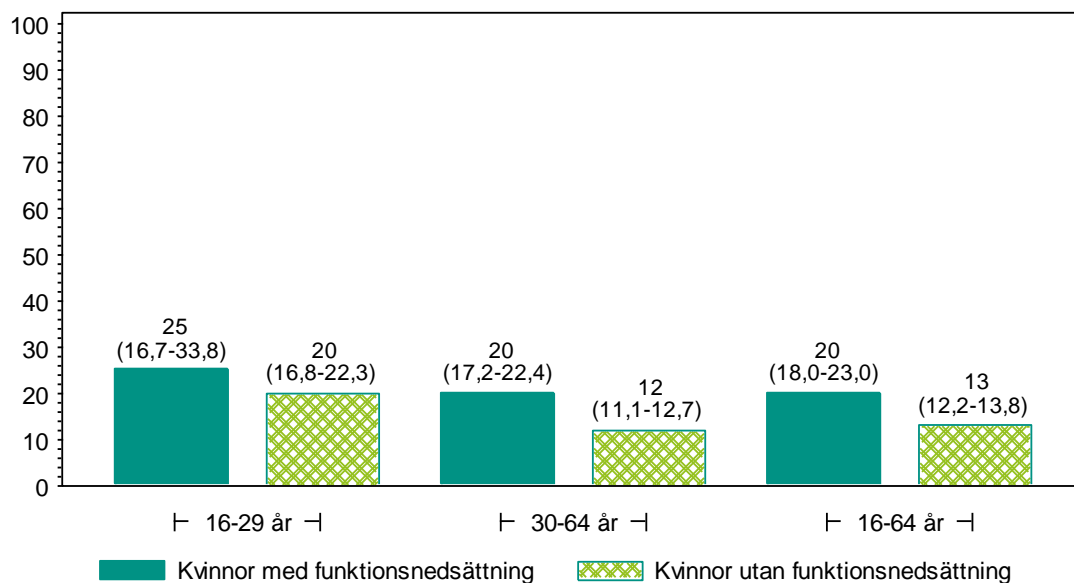


Figur A3. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger förvärvsarbete (16–64 år) med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

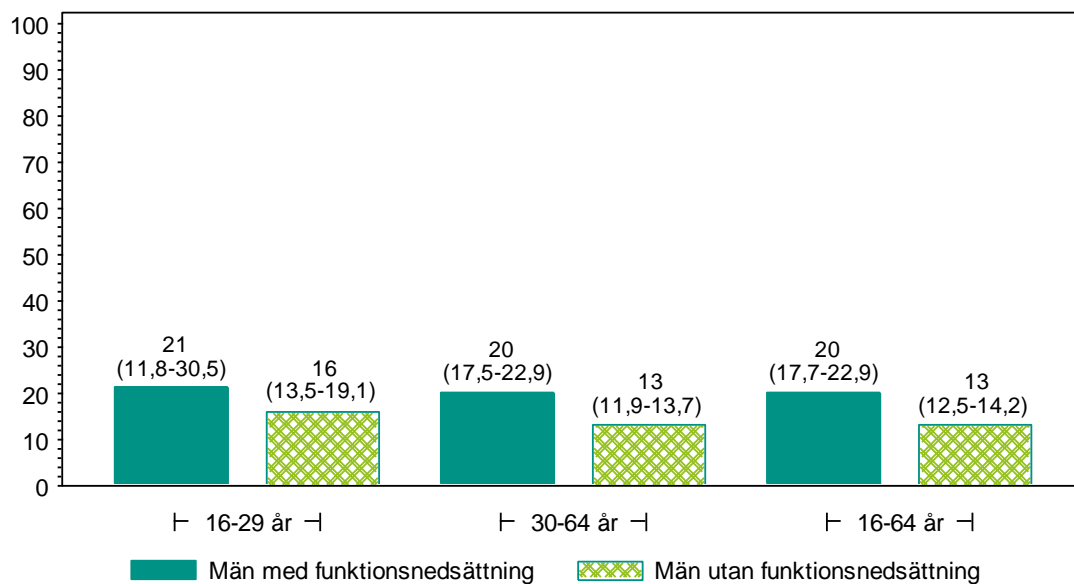
Kvinnor och män 30–64 år med funktionsnedsättning uppger att de förvärvsarbetar i betydligt mindre utsträckning än övrig befolkning. Det är också betydligt färre kvinnor med funktionsnedsättning som anger att de arbetar jämfört med män med funktionsnedsättning. Motsvarande könsskillnad finns även i övrig befolkning men skillnaden är där inte lika uttalad.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en lägre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger att de förvärvsarbetar jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser också att kvinnor med funktionsnedsättning uppger att de arbetar i betydligt lägre utsträckning än män med funktionsnedsättning. Motsvarande skillnad finns även mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn men i betydligt mindre utsträckning.

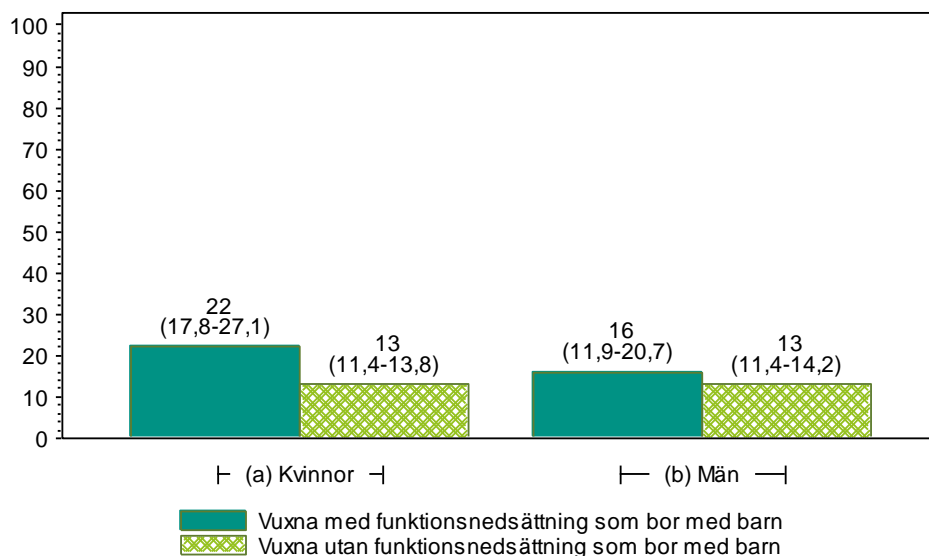
Oro att förlora arbetet



Figur A4. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger en oro att förlora sitt arbete bland förvärsarbetande kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A5. Andel män i procent (95 % KI) som uppger en oro att förlora sitt arbete bland förvärsarbetande män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



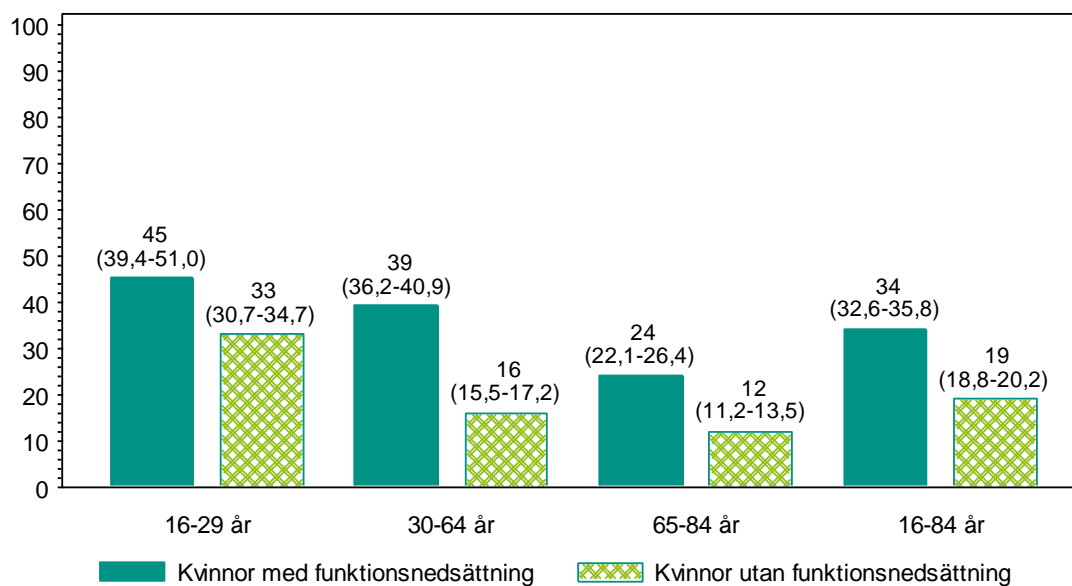
Figur A6. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger oro att förlora sitt arbete bland förvärvsarbetande (16–64 år) med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

Kvinnor och män 30–64 år som förvärvsarbetar och har funktionsnedsättning uppger i betydligt högre utsträckning en oro att förlora arbetet än övrig befolkning⁴. Inga statistiskt säkerställda skillnader i oro förekommer mellan kvinnor och män, varken bland personer med eller utan funktionsnedsättning.

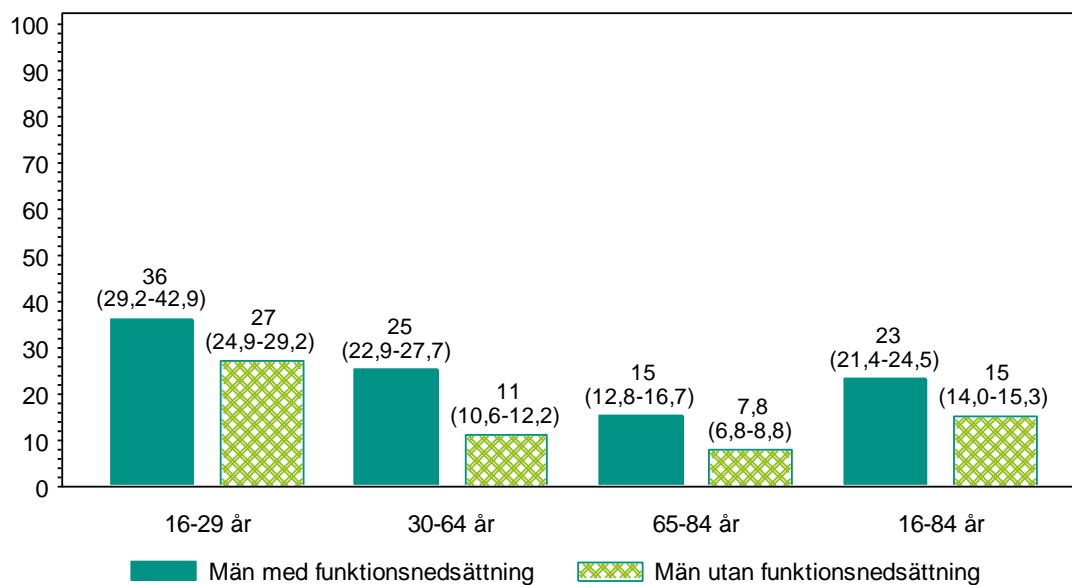
Bland vuxna som lever med hemmaboende barn upplever kvinnor med funktionsnedsättning en större oro att förlora arbetet jämfört med kvinnor som inte har funktionsnedsättning. Inga statistiskt säkerställda skillnader finns mellan män med respektive utan funktionsnedsättning.

⁴De som svarat på frågor om oro att förlora arbetet är de som förvärvsarbetar, det vill säga de som arbetar, är sjukskrivna, föräldralediga eller tjänstlediga.

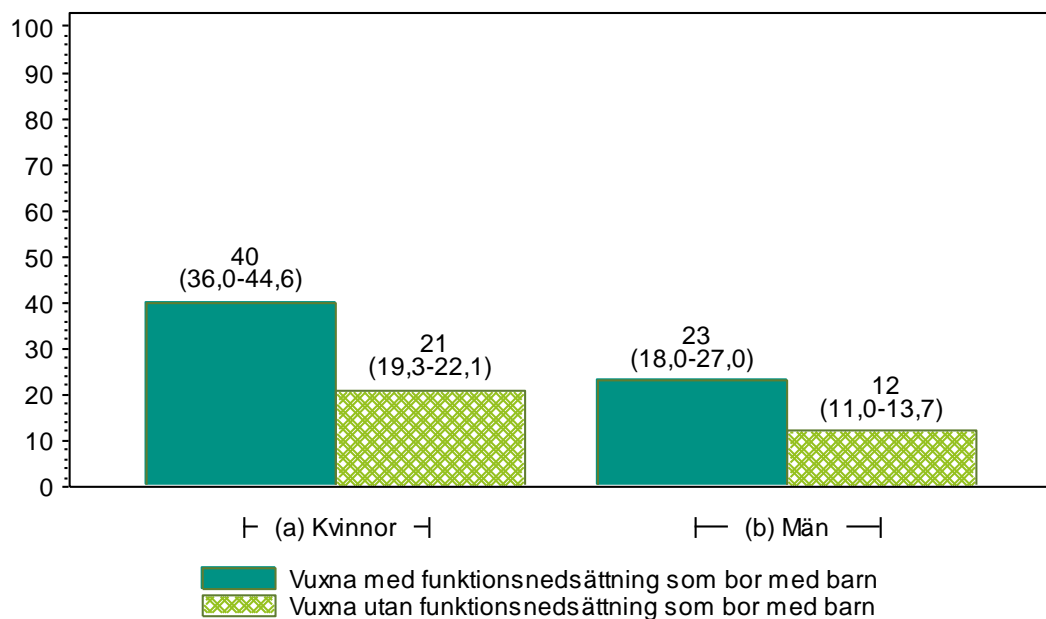
Ekonomiska villkor



Figur A7. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger att de saknar kontantmarginal bland kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A8. Andel män i procent (95 % KI) som uppger att de saknar kontantmarginal bland män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



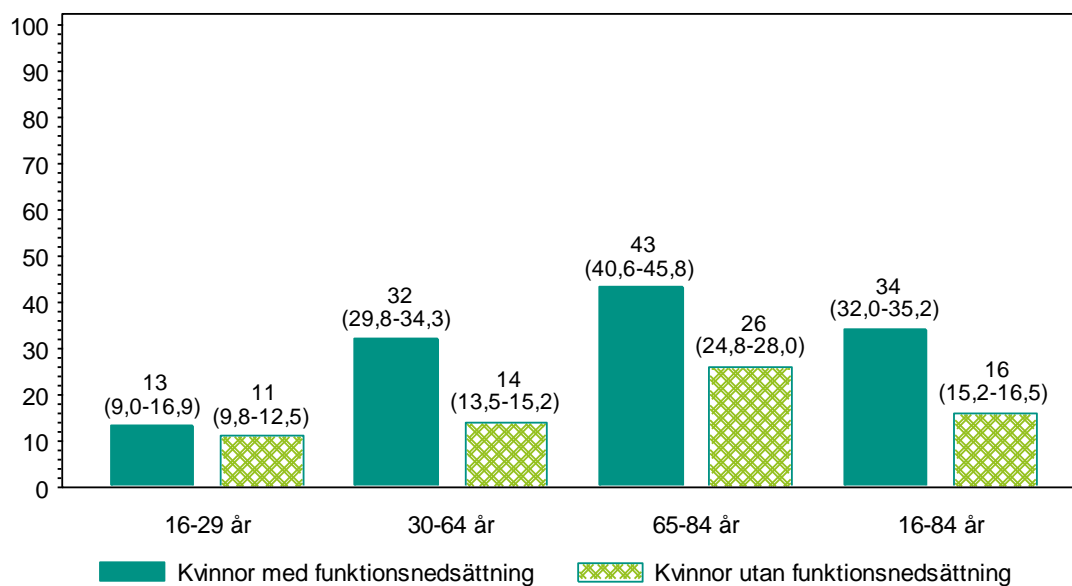
Figur A9. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger att de saknar kontantmarginal (16–64 år) med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

Kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger i betydligt högre utsträckning att de saknar kontantmarginal jämfört med övriga befolkningen. Detta gäller i alla åldrar. Det är också betydligt fler kvinnor med funktionsnedsättning som anger att de saknar kontantmarginal jämfört med män med funktionsnedsättning. Motsvarande könsskillnad finns även i övrig befolkning men skillnaden är där inte lika uttalad.

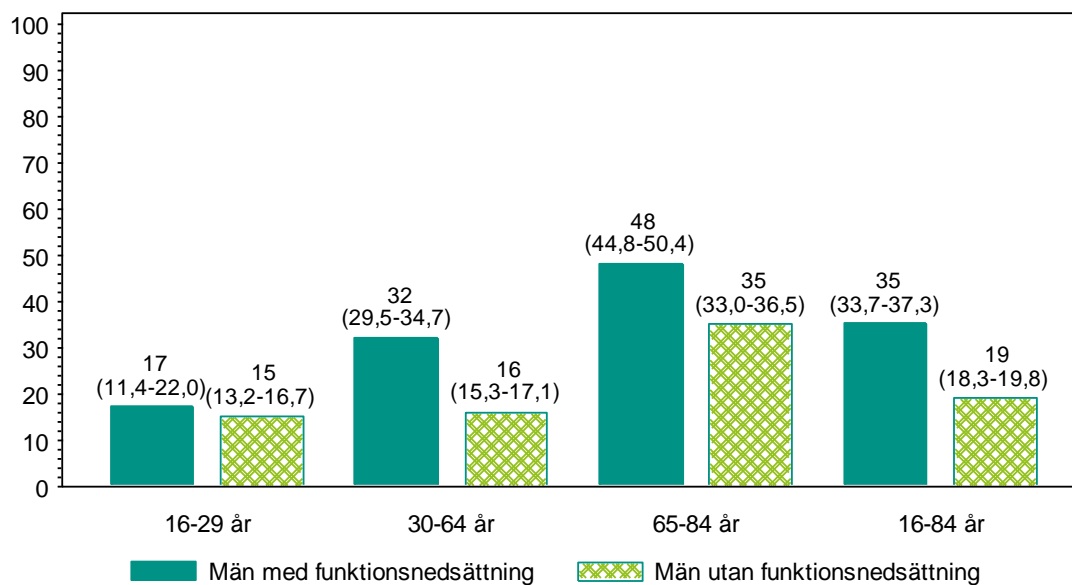
För två andra mått på ekonomiska villkor syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning upplever ekonomisk kris och har låg inkomst (åldrarna 30–84 år) jämfört med övrig befolkning. En tydlig könsskillnad förekommer också bland personer med funktionsnedsättning, där en högre andel kvinnor uppger ekonomisk kris respektive har låg inkomst. Motsvarande könsskillnad finns även i övrig befolkning men skillnaden är där inte lika uttalad.

Bland vuxna med hemmaboende barn anger betydligt fler med funktionsnedsättning att de saknar kontantmarginal jämfört med de utan funktionsnedsättning. Kvinnor med funktionsnedsättning uppger att de saknar kontantmarginal i högre utsträckning än män med funktionsnedsättning. Motsvarande könsskillnad finns även bland övrig befolkning som lever med barn, men i mindre utsträckning. Vidare syns statistiskt säkerställda skillnader för ekonomisk kris och låg inkomst mellan kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning som lever med barn. Även mellan män med respektive utan funktionsnedsättning som lever med barn finns statistiskt säkerställda skillnader för ekonomisk kris men inte för låg inkomst.

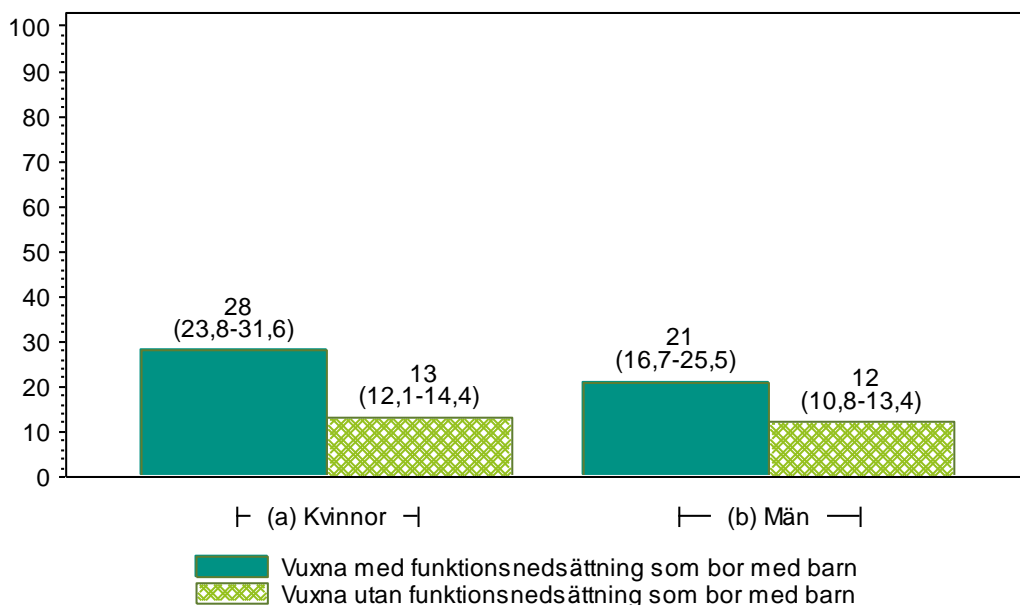
Socialt deltagande



Figur A10. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger lågt socialt deltagande bland kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A11. Andel män i procent (95 % KI) som uppger lågt socialt deltagande bland män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.

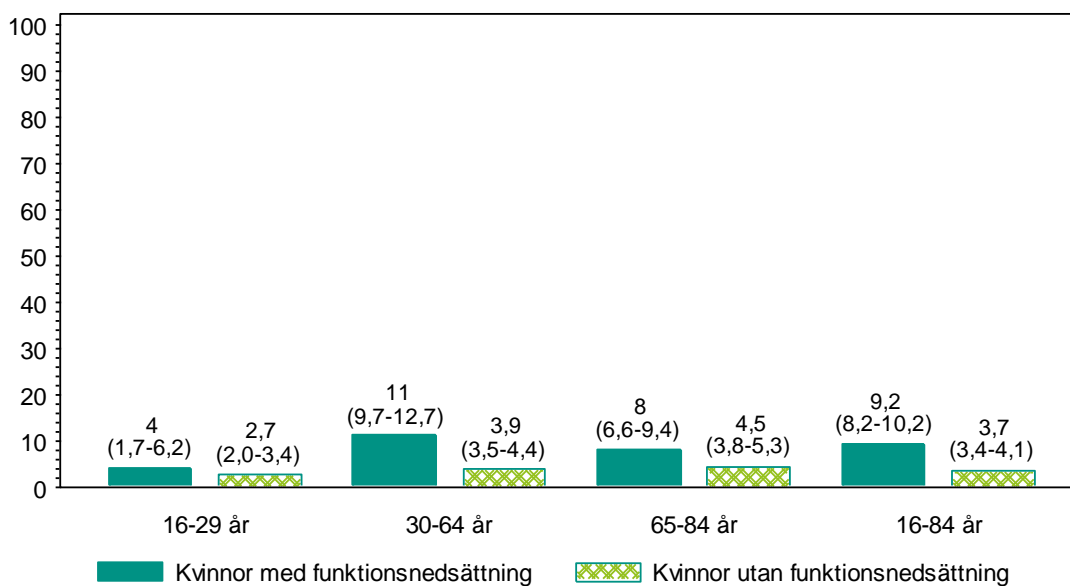


Figur A12. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger lågt socialt deltagande (16–64 år) med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

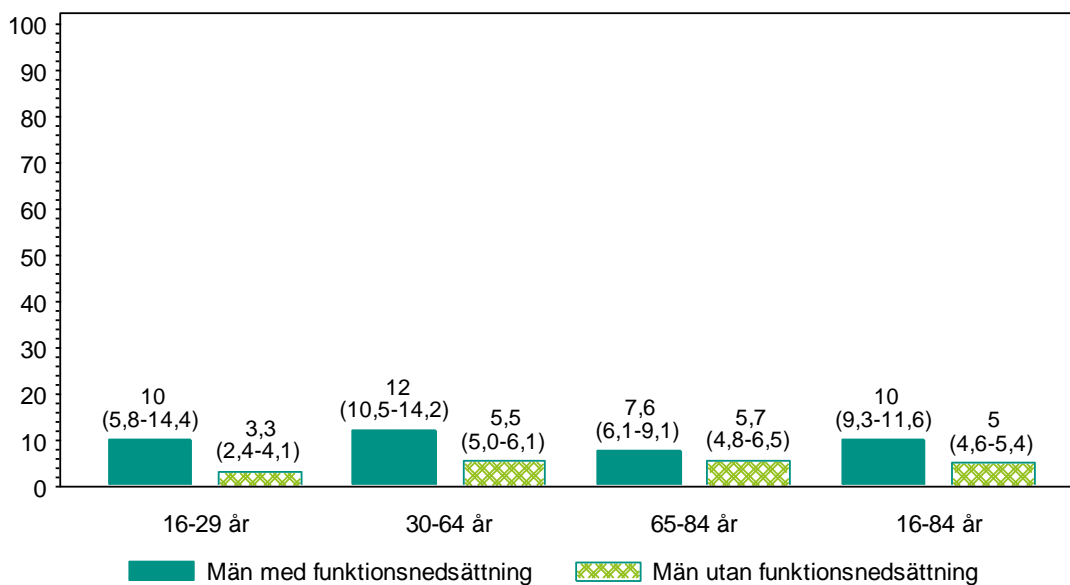
Bland kvinnor och män 30–84 år med funktionsnedsättning uppger fler att de har ett lågt socialt deltagande än övrig befolkning. Ingen statistiskt säkerställd skillnad i lågt socialt deltagande förekommer mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning. När det däremot gäller personer utan funktionsnedsättning anger en större andel män att de har ett lågt socialt deltagande jämfört med kvinnor.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger att de har ett lågt socialt deltagande jämfört med övrig befolkning som bor med barn. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader avseende lågt socialt deltagande mellan kvinnor och män, varken med eller utan funktionsnedsättning som lever med barn.

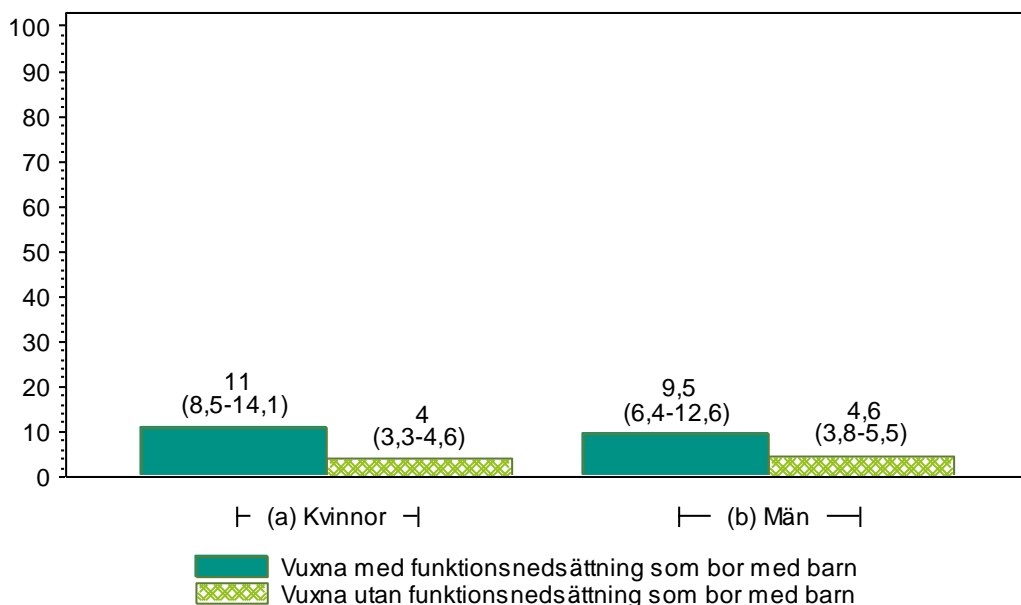
Praktiskt stöd



Figur A13. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger att de saknar praktiskt stöd bland kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A14. Andel män i procent (95 % KI) som uppger att de saknar praktiskt stöd bland män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.

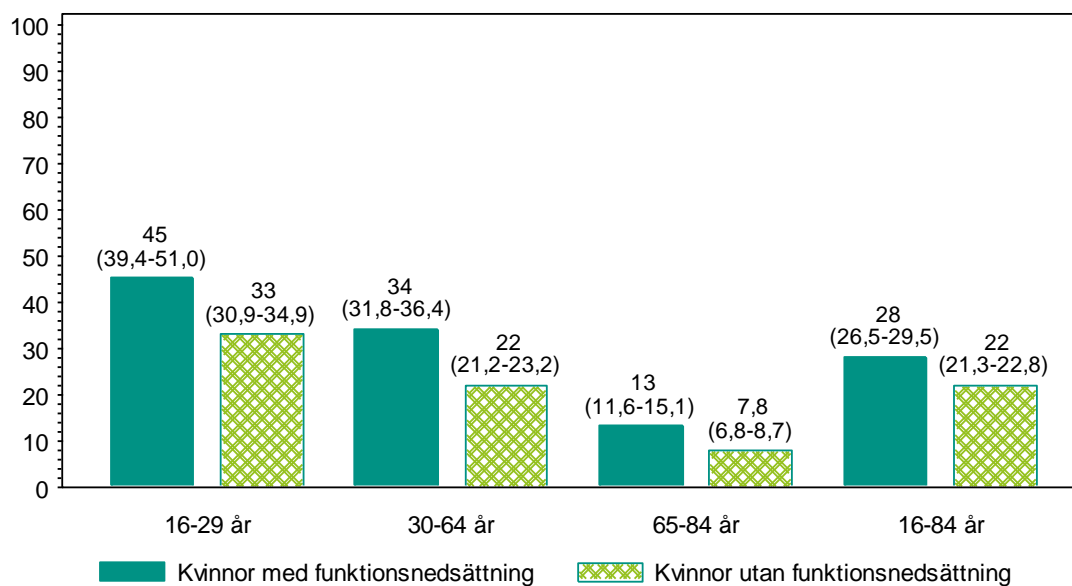


Figur A15. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger att de saknar praktiskt stöd (16–64 år) med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

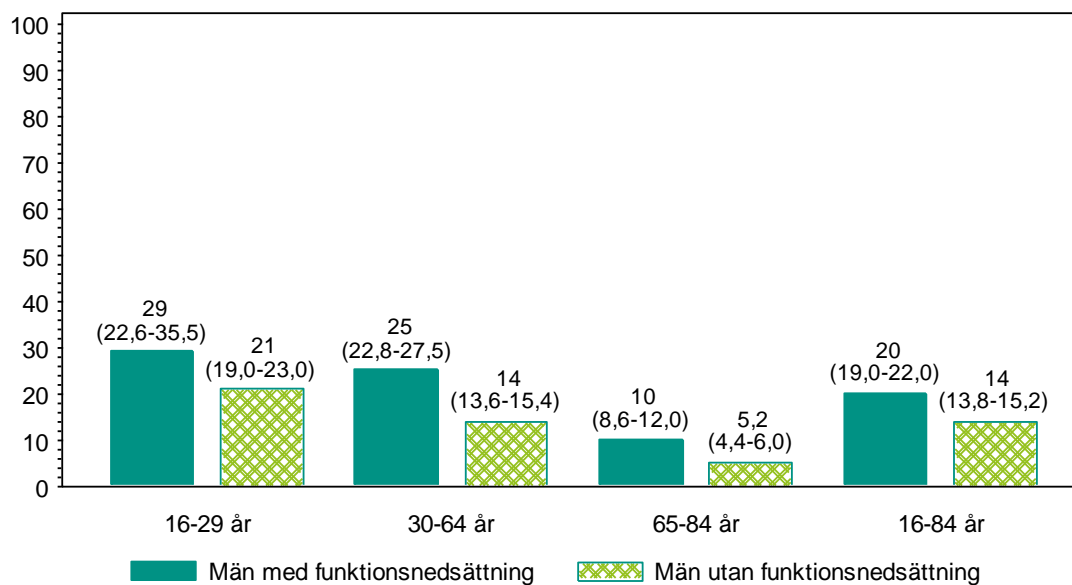
Kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger att de saknar praktiskt stöd i betydligt större utsträckning än övrig befolkning. För kvinnor gäller detta särskilt åldrarna 30–84 år medan det för män är mer vanligt i åldrarna 16–64 år. Ingen statistiskt säkerställd skillnad i praktiskt stöd förekommer mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning. När det däremot gäller personer utan funktionsnedsättning är det en större andel män i åldrarna 30–64 år som uppger att de saknar praktiskt stöd jämfört med kvinnor.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger att de saknar praktiskt stöd jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader avseende lågt socialt deltagande mellan kvinnor och män, varken med eller utan funktionsnedsättning som lever med barn.

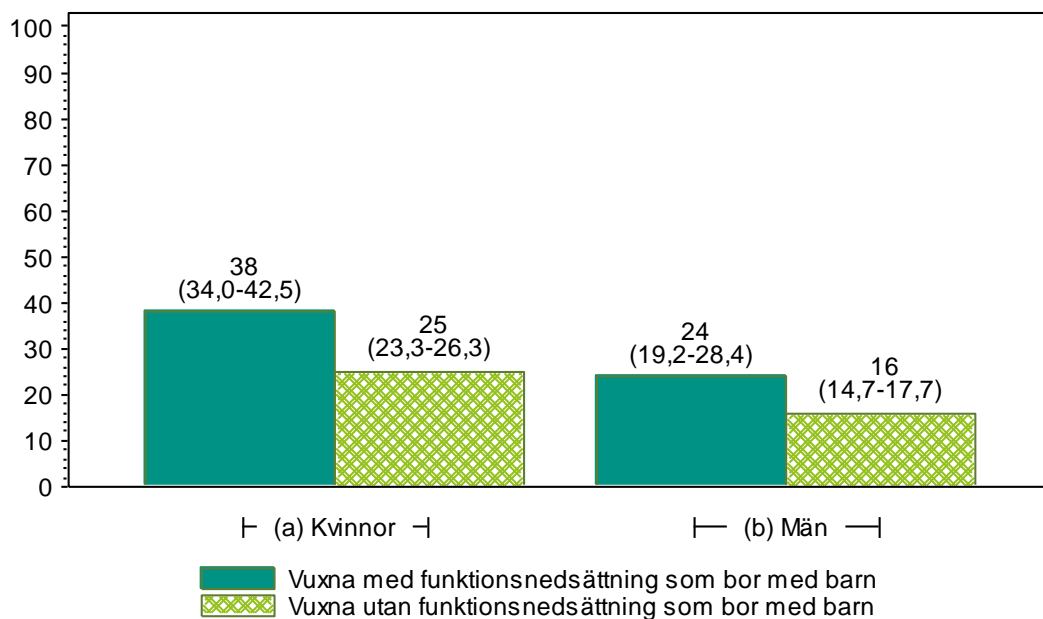
Kränkande behandling



Figur A16. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling bland kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A17. Andel män i procent (95 % KI) som uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling bland män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.

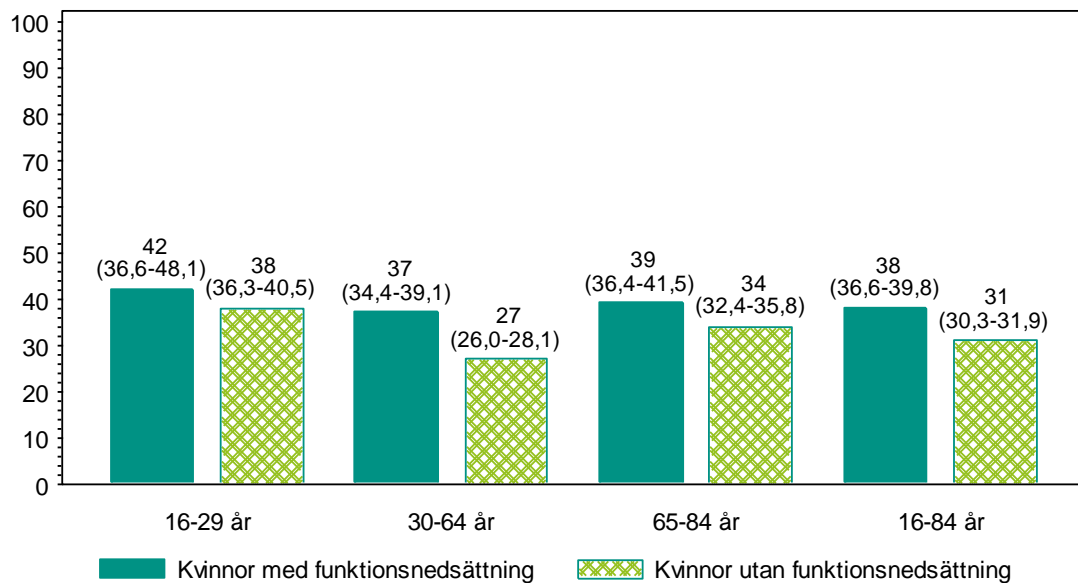


Figur A18. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling (16–64 år) med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

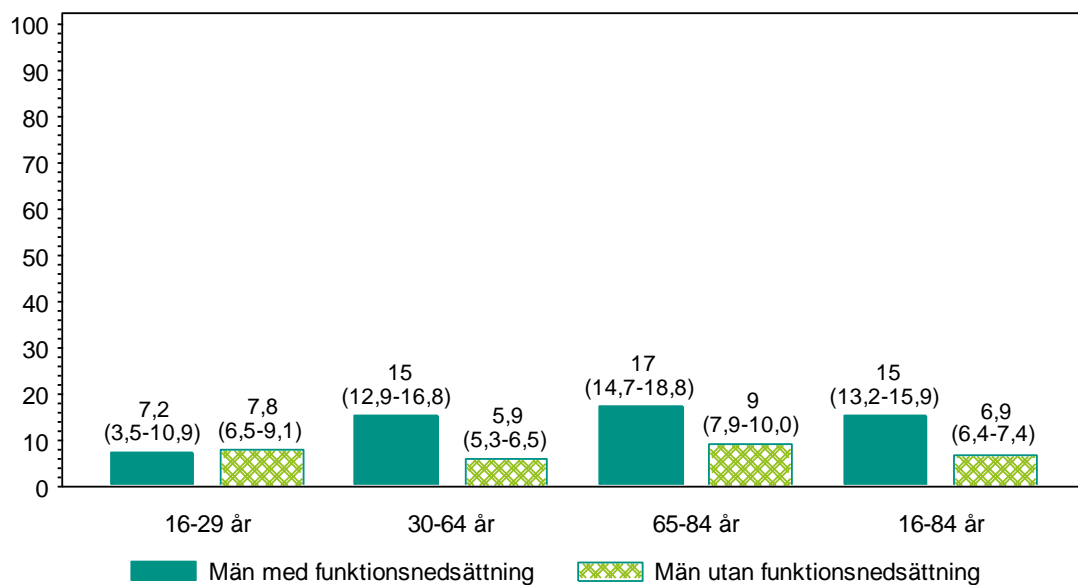
Kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling i betydligt större utsträckning än övrig befolkning. Det är också betydligt fler kvinnor med funktionsnedsättning som anger att de blivit utsatta för kränkande behandling jämfört med män med funktionsnedsättning. Motsvarande könsskillnad finns även i övrig befolkning.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser också att kvinnor med funktionsnedsättning uppger att de blivit utsatta för kränkande behandling i betydligt högre utsträckning än män med funktionsnedsättning. Motsvarande skillnad finns även mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn men i betydligt mindre utsträckning.

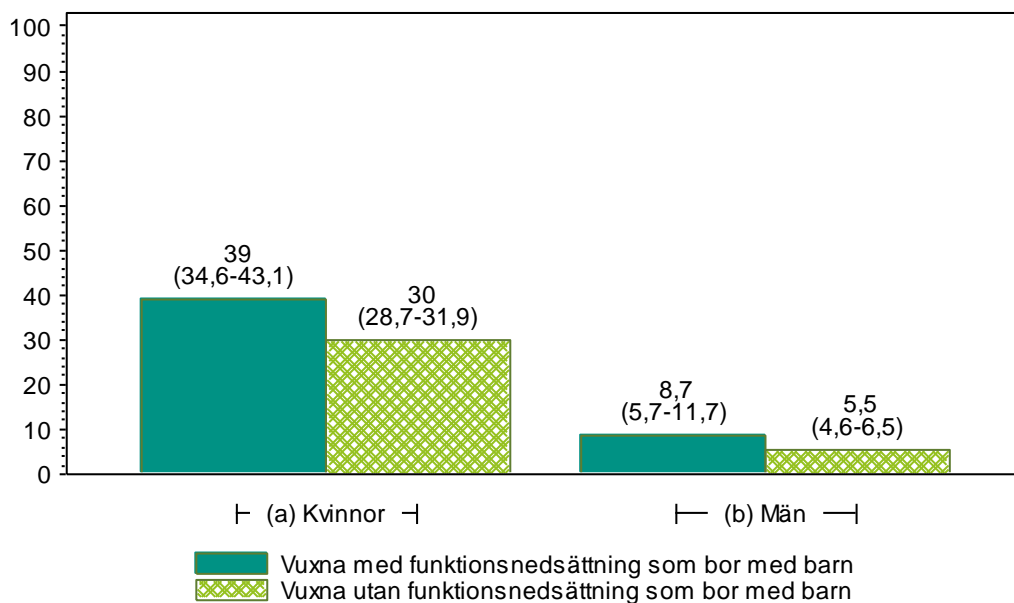
Rädsla att gå ut ensam



Figur A19. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger att de är rädda för att gå ut ensamma bland kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A20. Andel män i procent (95 % KI) som uppger att de är rädda för att gå ut ensamma bland män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.

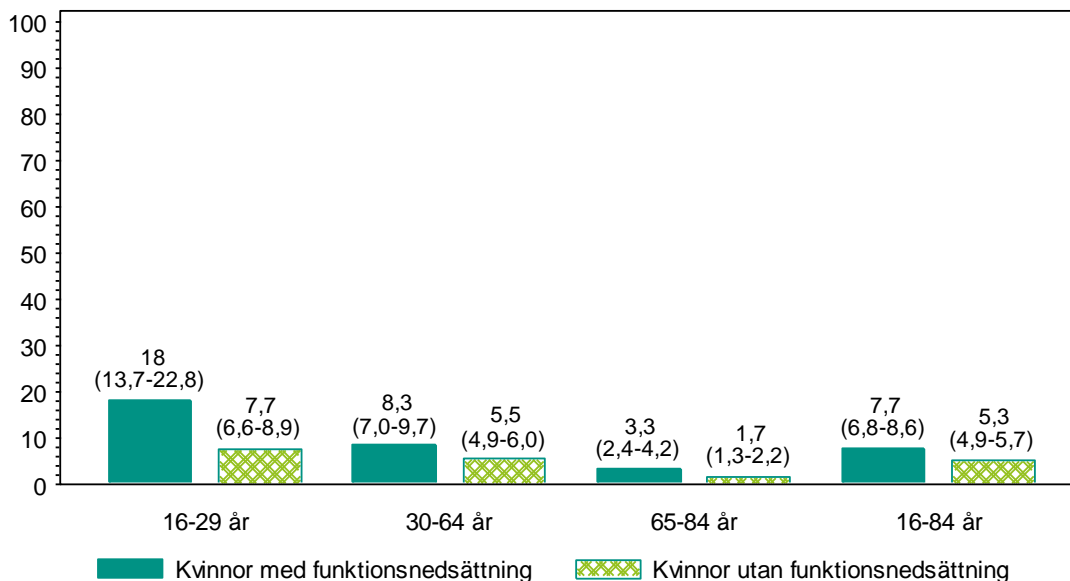


Figur A21. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger att de är rädda att gå ut (16–64 år) ensamma med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

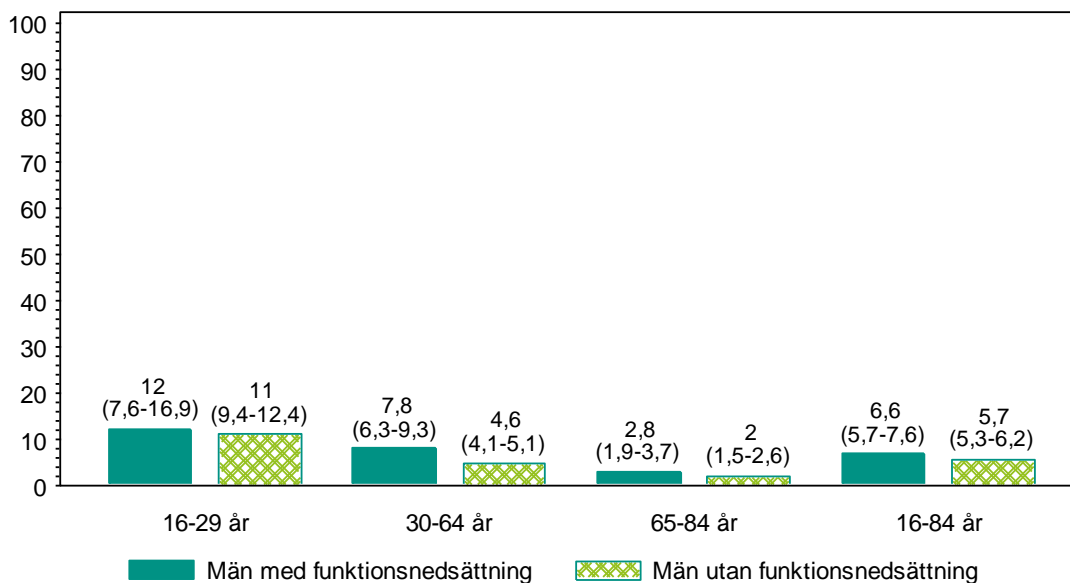
Kvinnor och män 30–84 år med funktionsnedsättning uppger att de är rädda för att gå ut ensamma i betydligt större utsträckning än övrig befolkning. I den yngre gruppen, 16–29 år, finns ingen motsvarande statistiskt säkerställd skillnad bland varken kvinnor eller män med funktionsnedsättning jämfört med de utan funktionsnedsättning. Det är också betydligt fler kvinnor med funktionsnedsättning som anger rädsla att gå ut ensamma jämfört med män med funktionsnedsättning. Motsvarande könsskillnad finns även i övrig befolkning.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor med funktionsnedsättning uppger att de är rädda för att gå ut ensamma jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser också att kvinnor med funktionsnedsättning uppger att de är rädda att gå ut ensamma i betydligt högre utsträckning än män med funktionsnedsättning. Motsvarande skillnad finns även mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn.

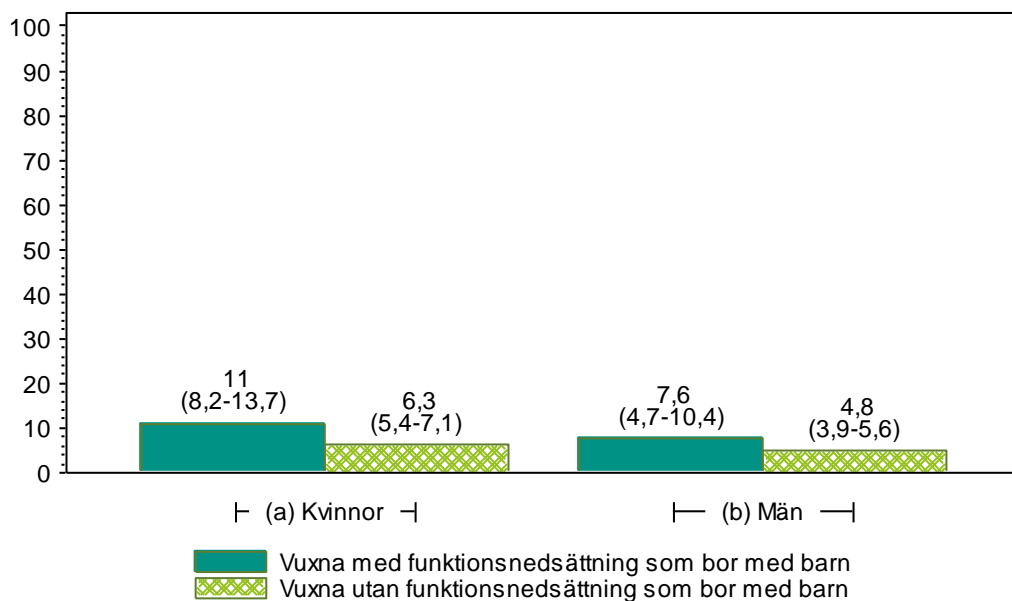
Våld eller hot om våld



Figur A22. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger att de utsatts för våld eller hot om våld bland kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A23. Andel män i procent (95 % KI) som uppger att de utsatts för våld eller hot om våld bland män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A24. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger att de utsatts för våld eller hot om våld (16–64 år) med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

Kvinnor 16–84 år med funktionsnedsättning uppger att de har utsatts för våld eller hot om våld i större utsträckning jämfört med kvinnor utan funktionsnedsättning. Bland män gäller detta endast åldrarna 30–64 år. Inga statistiskt säkerställda skillnader i att ha utsatts för våld eller hot om våld förekommer mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning i åldrarna 16–84 år. Däremot förekommer en statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning i åldrarna 16–29 år. Värt att nämna är att kvinnor 16–29 år med funktionsnedsättning i större utsträckning än män uppger att de är utsatta för våld eller hot om våld (dock ej statistiskt säkerställt). Förhållandet är däremot det omvända för de som inte har funktionsnedsättning; män 16–29 år uppger i större utsträckning än kvinnor att de utsatts för våld eller hot om våld och de resultaten är statistiskt säkerställda.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn uppger kvinnor med funktionsnedsättning att de har utsatts för våld eller hot om våld i högre utsträckning jämfört med kvinnor utan funktionsnedsättning. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader avseende våld eller hot om våld mellan kvinnor och män, varken bland de med eller utan funktionsnedsättning som lever med barn.

Levnadsvanor

Tabell A1. Andel i procent (95 % KI) kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning uppdelat efter olika levnadsvanor och ålder.

Levnadsvana	Kvinnor			Män		
	16–29 år	30–64 år	65–84 år	16–29 år	30–64 år	65–84 år
Stillasittande						
Utan funktionsnedsättning	9,3 (8,0–10,5)	10 (9,5–10,9)	7,9 (7,0–8,9)	12 (10,1–13,2)	13 (12,2–13,9)	8,8 (7,7–9,8)
Med funktionsnedsättning	12 (8,2–15,8)	23 (21,1–25,2)	32 (29,4–34,2)	20 (14,2–25,7)	24 (21,2–25,9)	27 (24,9–29,8)
Daglig rökning						
Utan funktionsnedsättning	10 (8,8–11,4)	10 (9,8–11,2)	10 (8,9–11,0)	6,9 (5,7–8,2)	10 (9,4–11,0)	9 (8,0–10,0)
Med funktionsnedsättning	17 (12,3–21,0)	19 (16,8–20,5)	14 (12,4–16,0)	10 (5,8–14,4)	17 (15,4–19,5)	11 (8,9–12,3)
Fetma						
Utan funktionsnedsättning	5,8 (4,8–6,8)	13 (11,8–13,3)	14 (12,4–14,9)	7,4 (6,1–8,7)	15 (13,7–15,5)	14 (12,9–15,5)
Med funktionsnedsättning	9 (5,6–12,3)	24 (21,7–25,9)	25 (22,6–27,1)	8,5 (4,5–12,5)	23 (21,1–25,8)	22 (19,3–23,9)
Lågt intag av frukt och grönt						
Utan funktionsnedsättning	23 (20,8–24,3)	13 (12,0–13,6)	14 (12,3–14,8)	40 (37,8–42,5)	32 (31,1–33,4)	27 (25,3–28,5)
Med funktionsnedsättning	30 (24,6–35,3)	21 (18,7–22,5)	21 (19,0–23,1)	47 (39,5–53,8)	40 (36,9–42,2)	30 (27,7–32,7)
Riskabla alkoholvanor						
Utan funktionsnedsättning	27 (25,0–28,8)	10 (9,4–10,8)	5,2 (4,4–5,9)	28 (25,8–30,2)	19 (18,2–20,2)	10 (9,3–11,4)
Med funktionsnedsättning	29 (23,4–33,9)	11 (9,9–12,9)	4,8 (3,7–5,9)	37 (30,2–43,9)	19 (17,2–21,5)	9,7 (8,1–11,3)

Tabell A2. Andel i procent (95 % KI) kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning (16–64 år) som lever med hemmaboende barn under 18 år uppdelat efter olika levnadsvanor.

Levnadsvana	Kvinnor med hemmaboende barn	Män med hemmaboende barn
Stillasittande		
Utan funktionsnedsättning	11 (9,6–11,8)	13 (12,1–14,8)
Med funktionsnedsättning	20 (16,1–23,1)	19 (15,2–23,7)
Daglig rökning		
Utan funktionsnedsättning	7,2 (6,3–8,1)	7,5 (6,4–8,5)
Med funktionsnedsättning	14 (11,2–17,3)	9,3 (6,2–12,4)
Fetma		
Utan funktionsnedsättning	11 (10,1–12,3)	12 (11,0–13,6)
Med funktionsnedsättning	19 (15,3–22,1)	19 (14,9–23,4)
Lågt intag av frukt och grönt		
Utan funktionsnedsättning	15 (13,7–16,2)	30 (28,3–31,9)
Med funktionsnedsättning	22 (18,5–25,7)	36 (30,5–40,8)
Riskabla alkoholvanor		
Utan funktionsnedsättning	8,4 (7,5–9,4)	16 (14,2–17,1)
Med funktionsnedsättning	11 (7,9–13,2)	22 (17,4–26,3)

Stillasittande

Kvinnor och män 30–84 år med funktionsnedsättning uppger att de är mer stillasittande jämfört med övriga befolkningen. Bland män gäller detta också åldrarna 16–29 år. För unga kvinnor (16–29 år) däremot finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan de med respektive utan funktionsnedsättning. Inga statistiskt säkerställda skillnader i stillasittande förekommer mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning i alla åldrar. Det finns däremot en statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män i åldrarna 30–64 år utan funktionsnedsättning men inga könsskillnader visas i övriga åldrar.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn uppger kvinnor och män med funktionsnedsättning att de är mer stillasittande jämfört med övriga befolkningen. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader avseende stillasittande mellan kvinnor och män, varken med eller utan funktionsnedsättning som lever med barn.

Daglig rökning

Kvinnor 16–84 år med funktionsnedsättning uppger att de röker dagligen i högre utsträckning jämfört med kvinnor utan funktionsnedsättning. Bland män gäller detta endast i åldrarna 30–64 år. Inga statistiskt säkerställda skillnader i daglig rökning förekommer mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning i åldrarna 16–64 år, däremot förekommer en statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män i åldrarna 65–84 år, kvinnor uppger att de röker dagligen i något högre

utsträckning. Det finns även en statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män i åldrarna 16–29 år utan funktionsnedsättning, kvinnor uppger mer daglig rökning än män, men inga könsskillnader visas i övriga åldrar.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn uppger kvinnor med funktionsnedsättning att de röker dagligen i högre utsträckning jämfört med kvinnor utan funktionsnedsättning. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader avseende daglig rökning mellan kvinnor och män, varken med eller utan funktionsnedsättning som lever med barn.

Fetma

Kvinnor och män 30–84 år med funktionsnedsättning uppger fetma i högre utsträckning jämfört med övriga befolkningen. Inga statistiskt säkerställda skillnader i fetma förekommer mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning, däremot förekommer en statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning i åldrarna 30–64 år, där kvinnor uppger något lägre andel fetma än män. Kvinnor och män 30–64 år med funktionsnedsättning rapporterar övervikt (inklusive de som uppger fetma) i högre utsträckning än de som inte har funktionsnedsättning. Vidare anger kvinnor med funktionsnedsättning i åldrarna 65–84 år övervikt (inklusive de som uppger fetma) i högre utsträckning än de utan funktionsnedsättning. Statistiskt säkerställda könsskillnader förekommer också mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning, 30–84 år, där män anger högre andel övervikt (inklusive de som uppger fetma). Det finns även en statistiskt säkerställd könsskillnad i övervikt (inklusive de som uppger fetma) bland personer utan funktionsnedsättning.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn uppger kvinnor och män med funktionsnedsättning fetma i högre utsträckning jämfört med kvinnor och män utan funktionsnedsättning. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader avseende fetma mellan kvinnor och män, varken bland personer med eller utan funktionsnedsättning som lever med barn. Samma mönster förekommer för övervikt (inklusive de som uppger fetma) med högre andelar för kvinnor och män med funktionsnedsättning jämfört med de utan funktionsnedsättning. Även här uppger män med funktionsnedsättning högre andel övervikt (inklusive de som uppger fetma) än kvinnor.

Lågt intag av frukt och grönt

Kvinnor 16–84 år med funktionsnedsättning uppger att de har ett lägre intag av frukt och grönt jämfört med kvinnor utan funktionsnedsättning. Bland män med funktionsnedsättning uppnås en statistiskt säkerställd skillnad i åldrarna 30–64 år. Det är också betydligt färre kvinnor med funktionsnedsättning som anger att de har ett lågt intag av frukt och grönt jämfört med män med funktionsnedsättning. Motsvarande könsskillnad finns även i övrig befolkning.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn uppger kvinnor med funktionsnedsättning att de har ett lägre intag av frukt och grönt jämfört med

kvinnor utan funktionsnedsättning. Det finns också statistiskt säkerställda skillnader avseende lågt intag av frukt och grönt mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning, där män uppger lägre intag av frukt och grönt än kvinnor. Motsvarande skillnad finns även mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn.

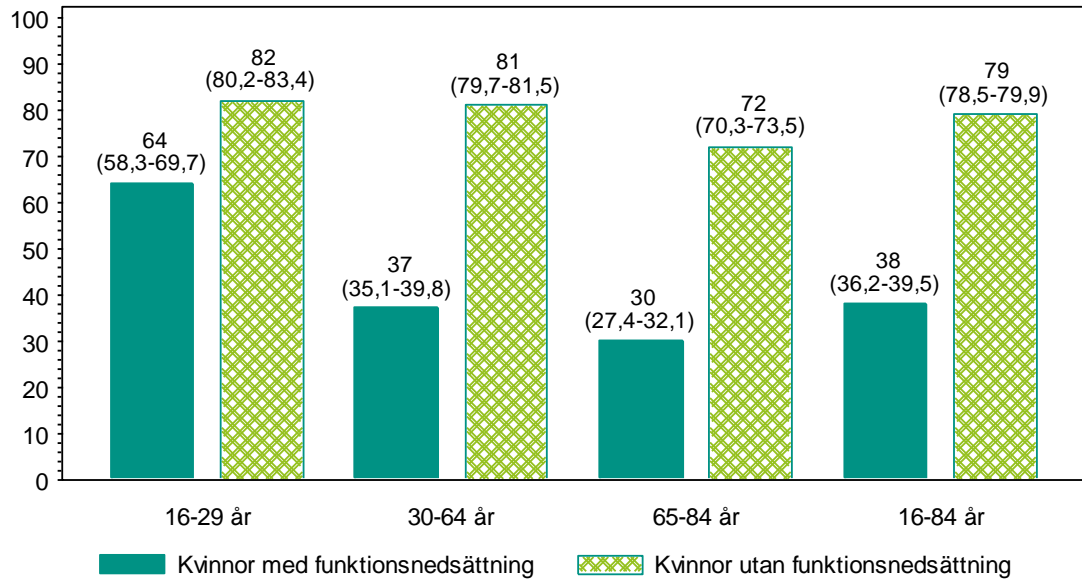
Riskabla alkoholvanor

Inga statistiskt säkerställda skillnader i riskabla alkoholvanor förekommer bland kvinnor och män med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning, förutom bland unga män i åldrarna 16–29 år. I denna åldersgrupp finns en statistiskt säkerställd skillnad där män med funktionsnedsättning uppger något högre andel riskabla alkoholvanor än män utan funktionsnedsättning. Det är också betydligt färre kvinnor (30–84 år) med funktionsnedsättning som anger att de har riskabla alkoholvanor jämfört med män med funktionsnedsättning. Motsvarande könsskillnad finns även i övrig befolkning. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män i åldrarna 16–29 år, varken med eller utan funktionsnedsättning.

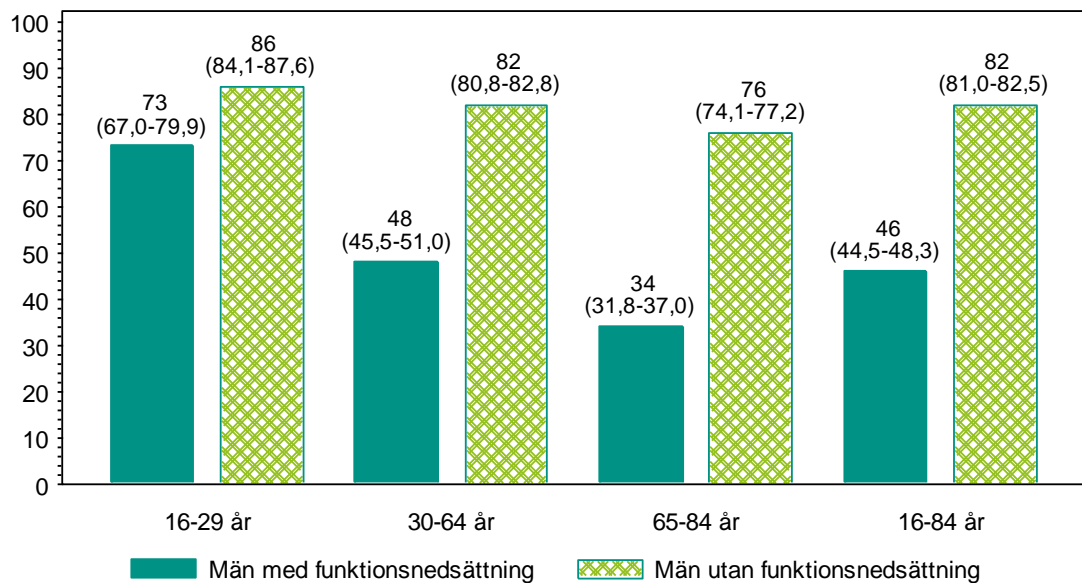
Bland vuxna som lever med hemmaboende barn uppger män med funktionsnedsättning att de har mer riskabla alkoholvanor jämfört med män utan funktionsnedsättning. Det finns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor med och utan funktionsnedsättning som lever med barn. Det finns statistiskt säkerställda skillnader avseende riskabla alkoholvanor mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning, där män uppger högre riskabla alkoholvanor än kvinnor. Motsvarande skillnad finns även mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn.

Hälsa

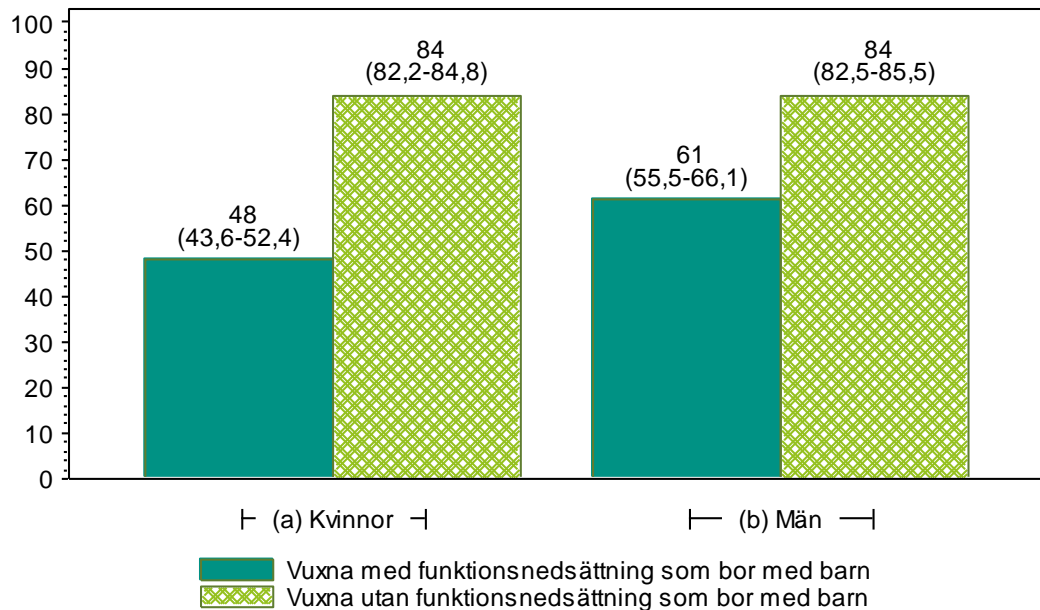
God självskattad hälsa



Figur A25. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger bra eller mycket bra självskattad hälsa bland kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A26. Andel män i procent (95 % KI) som uppger bra eller mycket bra självskattad hälsa bland män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.

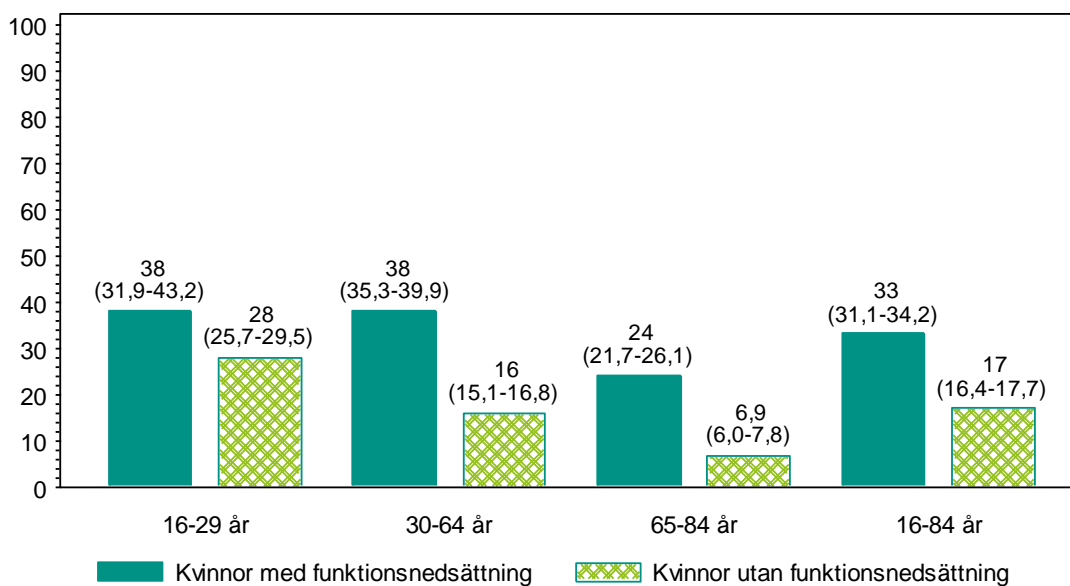


Figur A27. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger bra eller mycket bra självskattad hälsa (16–64 år) med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

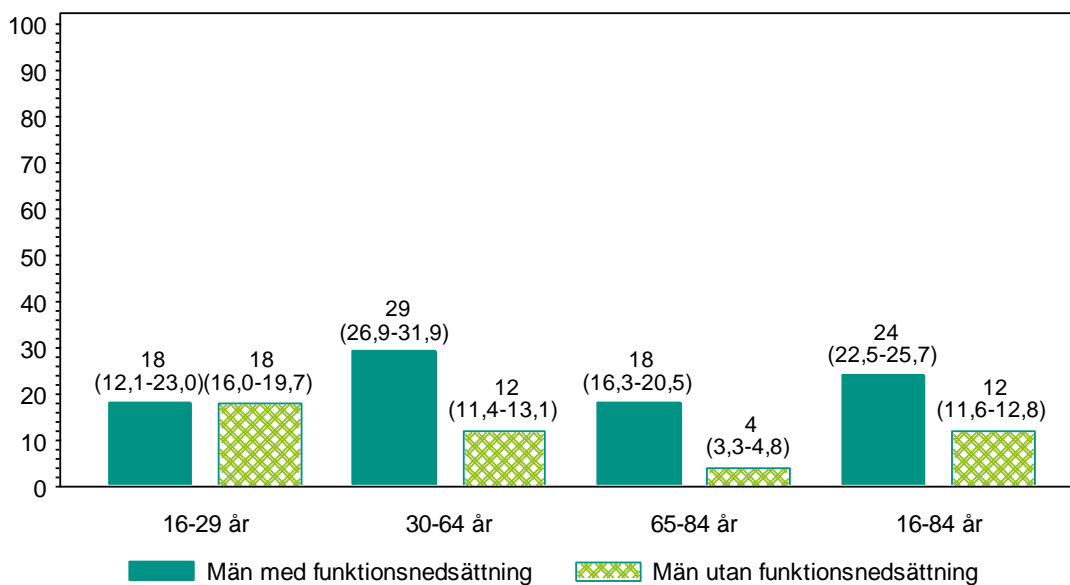
Kvinnor och män 16–84 år med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som god i betydligt lägre utsträckning än övrig befolkning. Det är också statistisk säkerställt en lägre andel kvinnor med funktionsnedsättning i åldrarna 30–64 år som anger att de har en god hälsa jämfört med män med funktionsnedsättning. Motsvarande statistiskt säkerställda könsskillnad finns även bland åldrarna 16–29 år och 65–84 år i övrig befolkning.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en lägre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som god jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser också att kvinnor med funktionsnedsättning uppger en mindre god hälsa än män med funktionsnedsättning. Motsvarande statistiskt säkerställda skillnad finns inte mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn.

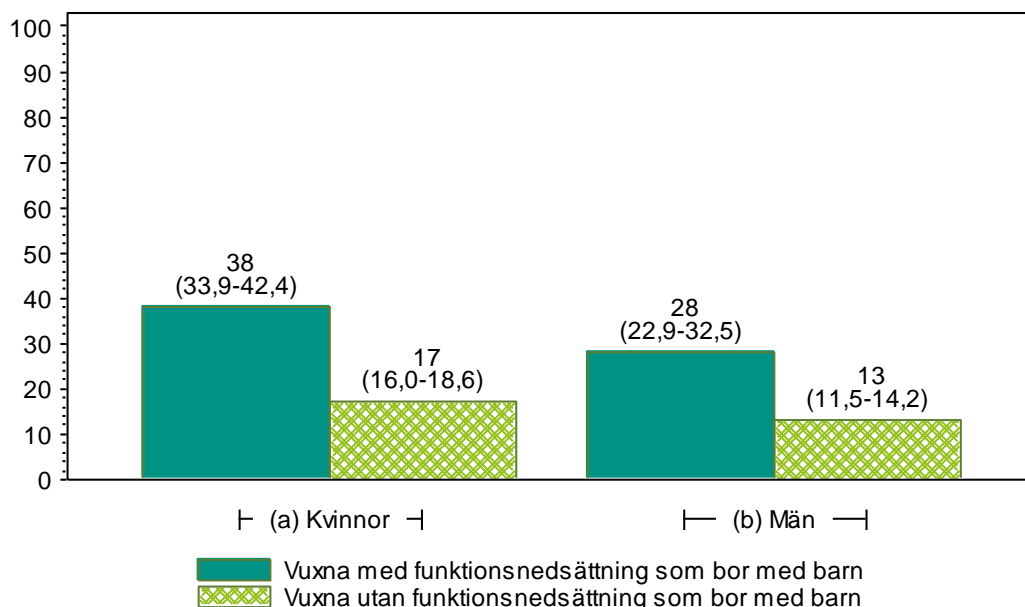
Psykiskt välbefinnande



Figur A28. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande bland kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A29. Andel män i procent (95 % KI) som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande bland män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.

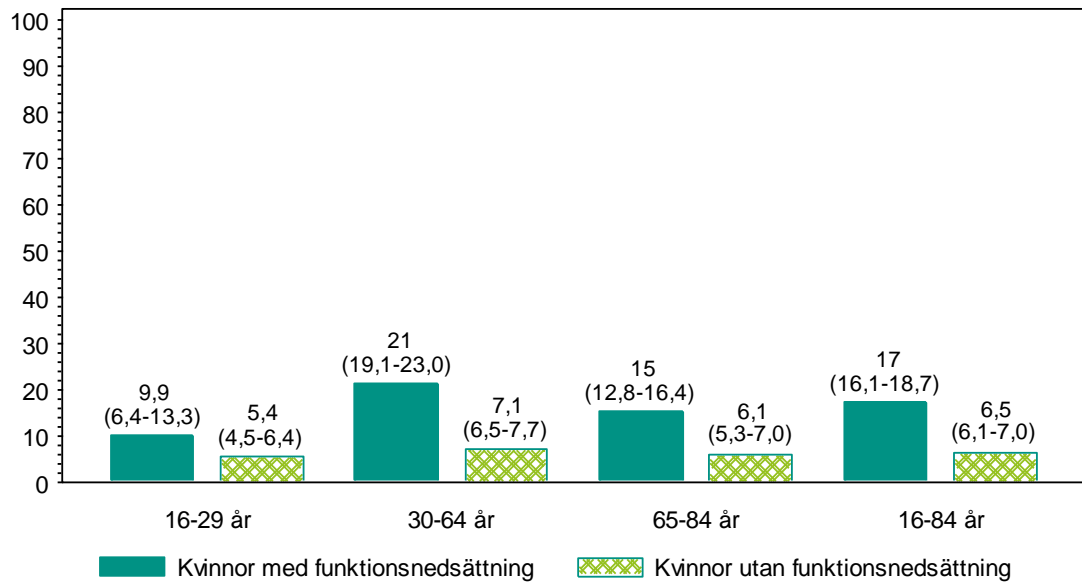


Figur A30. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande (16–64 år) med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

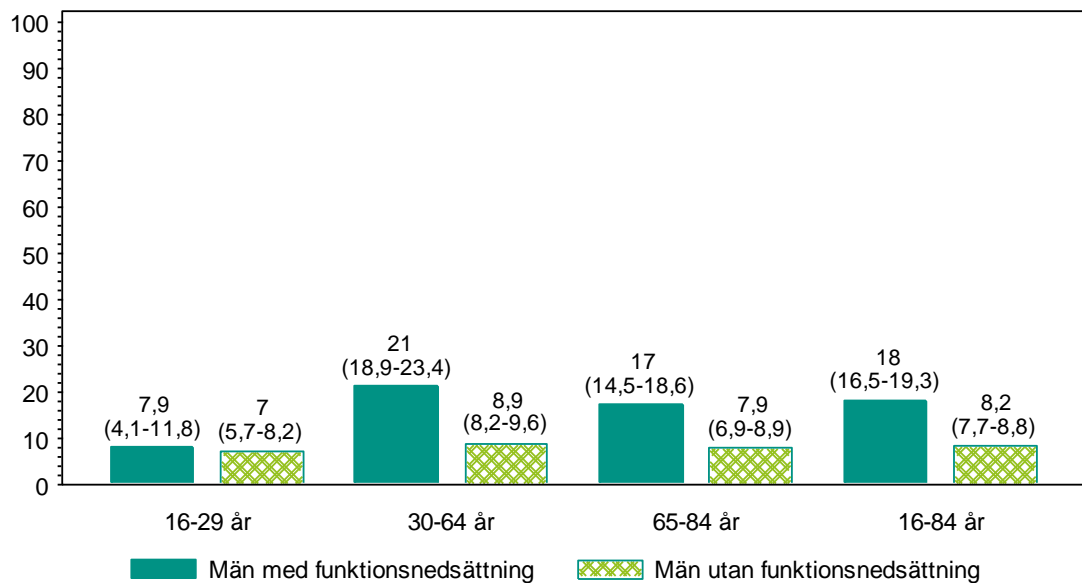
Kvinnor 16–84 år med funktionsnedsättning uppger nedsatt psykisk hälsa i betydligt högre utsträckning än kvinnor utan funktionsnedsättning. Bland män gäller detta också i åldrarna 30–84 år, däremot finns ingen statistiskt säkerställd skillnad för unga män (16–29 år) mellan de med respektive utan funktionsnedsättning. Det är också statistiskt säkerställt att en högre andel kvinnor med funktionsnedsättning anger att de har en nedsatt psykisk hälsa jämfört med män med funktionsnedsättning. Motsvarande statistiskt säkerställda könsskillnad finns även bland övrig befolkning.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger nedsatt psykisk hälsa jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser också att en högre andel kvinnor med funktionsnedsättning uppger nedsatt psykiskt välbefinnande än män med funktionsnedsättning. Motsvarande statistiskt säkerställda skillnad finns också mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn.

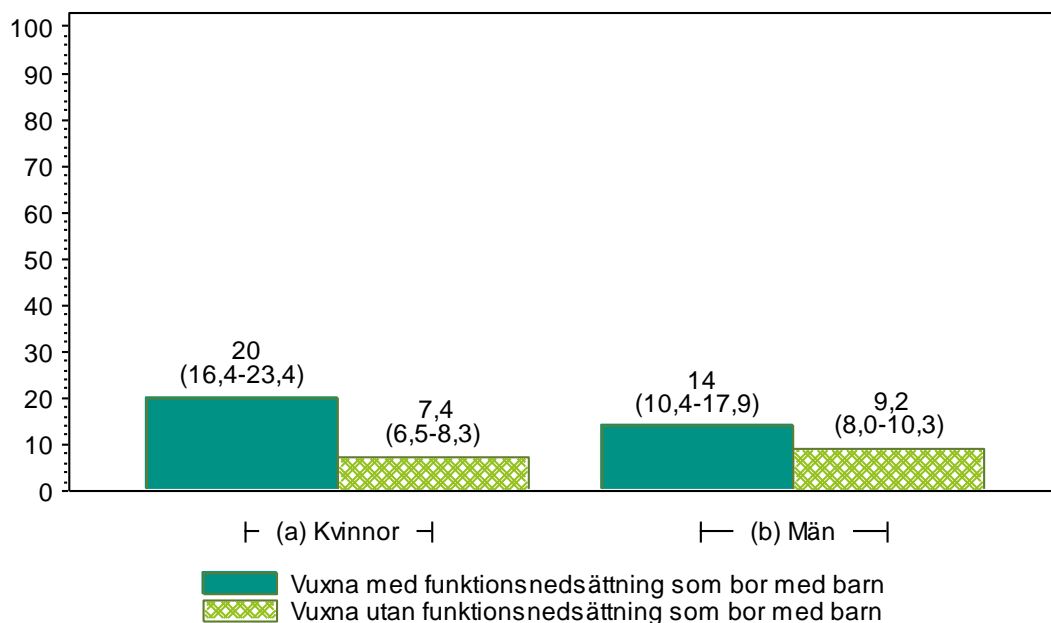
Tandhälsa



Figur A31. Andel kvinnor i procent (95 % KI) som uppger dålig eller mycket dålig tandhälsa bland kvinnor med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A32. Andel män i procent (95 % KI) som uppger dålig eller mycket dålig tandhälsa bland män med respektive utan funktionsnedsättning efter ålder.



Figur A33. Andel i procent (95 % KI) kvinnor respektive män som uppger dålig tandhälsa (16–64 år) med respektive utan funktionsnedsättning som lever med hemmaboende barn under 18 år.

Kvinnor och män 30–84 år med funktionsnedsättning uppger dålig tandhälsa i betydligt högre utsträckning än övrig befolkning, detta gäller också unga kvinnor i åldrarna 16–29 år. Däremot finns ingen statistiskt säkerställd skillnad för unga män (16–29 år) mellan de med respektive utan funktionsnedsättning. Inga statistiskt säkerställda könsskillnader förekommer bland personer varken med eller utan funktionsnedsättning förutom mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning i åldrarna 30–64 år där män uppger en något sämre tandhälsa.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger dålig tandhälsa jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser inga statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män varken bland de med eller utan funktionsnedsättning som lever med barn.

Tabell A3. Andel i procent (95 % KI) kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning uppdelat efter olika hälsostatus och ålder.

Hälsostatus	Kvinnor			Män		
	16–29 år	30–64 år	65–84 år	16–29 år	30–64 år	65–84 år
Svår huvudvärk						
Utan funktionsnedsättning	5,5 (4,5–6,5)	4,6 (4,1–5,1)	1 (0,6–1,3)	1,9 (1,2–2,6)	1,4 (1,1–1,7)	0,3 (0,1–0,5)
Med funktionsnedsättning	8,7 (5,4–11,9)	14 (12,6–15,9)	3,7 (2,7–4,6)	7 (3,4–10,7)	5,5 (4,3–6,8)	1,7 (1,0–2,4)
Svår värk i skuldror, nacke eller axlar						
Utan funktionsnedsättning	3,7 (2,9–4,5)	6,8 (6,2–7,4)	4,4 (3,7–5,2)	1,9 (1,2–2,6)	3,4 (2,9–3,8)	2,9 (2,3–3,5)
Med funktionsnedsättning	9,4 (6,0–12,9)	29 (27,1–31,5)	19 (17,0–21,0)	4,8 (1,7–7,8)	15 (13,5–17,5)	12 (10,2–13,8)
Svår värk i rygg, höft eller ischias						
Utan funktionsnedsättning	3,3 (2,5–4,1)	5 (4,5–5,5)	5,6 (4,7–6,4)	1,7 (1,0–2,3)	3,9 (3,4–4,3)	3,7 (3,0–4,3)
Med funktionsnedsättning	14 (9,7–17,8)	26 (24,4–28,6)	29 (26,9–31,5)	4,6 (1,6–7,6)	18 (15,6–19,8)	20 (17,8–22,2)

Tabell A4. Andel i procent (95 % KI) kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning (16–64 år) som lever med hemmaboende barn under 18 år uppdelat efter olika hälsostatus.

Hälsostatus	Kvinnor med hemmaboende barn	Män med hemmaboende barn
Svår huvudvärk		
Utan funktionsnedsättning	5,7 (4,8–6,5)	1,8 (1,3–2,3)
Med funktionsnedsättning	14 (11,4–17,6)	5,2 (2,8–7,5)
Svår värk i skuldror, nacke eller axlar		
Utan funktionsnedsättning	5,2 (4,5–6,0)	3,1 (2,4–3,8)
Med funktionsnedsättning	24 (19,8–27,3)	12 (8,8–15,8)
Svår värk i rygg, höft eller ischias		
Utan funktionsnedsättning	4,3 (3,6–5,0)	3,7 (2,9–4,4)
Med funktionsnedsättning	24 (20,1–27,5)	13 (9,0–16,2)

Huvudvärk

Kvinnor och män 30–84 år med funktionsnedsättning uppger att de har svår huvudvärk i högre utsträckning än övrig befolkning, detta gäller också unga män i åldrarna 16–29 år. Däremot finns ingen statistiskt säkerställd skillnad för unga kvinnor (16–29 år) mellan de med respektive utan funktionsnedsättning. Statistiskt

säkerställda könsskillnader förekommer bland personer med funktionsnedsättning i åldrarna 30–84 år där kvinnor uppger mer huvudvärk. Det finns även statistiskt säkerställda könsskillnader i alla åldrar för övrig befolkning, kvinnor uppger högre andel huvudvärk än män.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger svår huvudvärk jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser också att kvinnor med funktionsnedsättning uppger en högre andel huvudvärk än män med funktionsnedsättning. Motsvarande statistiskt säkerställda skillnad finns också mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn.

Värk i skuldror, nacke eller axlar

Kvinnor och män 30–84 år med funktionsnedsättning uppger att de har svår värk i skuldror, nacke eller axlar i högre utsträckning än övrig befolkning, detta gäller också unga kvinnor i åldrarna 16–29 år. Däremot finns ingen statistiskt säkerställd skillnad för unga män (16–29 år) mellan de med respektive utan funktionsnedsättning. Statistiskt säkerställda könsskillnader förekommer bland personer med funktionsnedsättning i åldrarna 30–84 år, där kvinnor uppger mer värk i skuldror, nacke eller axlar. Det finns även statistiskt säkerställda könsskillnader i alla åldrar för övrig befolkning, kvinnor uppger högre andel värk i skuldror, nacke eller axlar än män.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger svår värk i skuldror, nacke eller axlar jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser också att kvinnor med funktionsnedsättning uppger en högre andel värk i skuldror, nacke eller axlar än män med funktionsnedsättning. Motsvarande statistiskt säkerställda skillnad finns också mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn.

Värk i rygg, höft eller ischias

Kvinnor och män 30–84 år med funktionsnedsättning uppger att de har svår värk i rygg, höft eller ischias i högre utsträckning än övrig befolkning, detta gäller också unga kvinnor i åldrarna 16–29 år. Däremot finns ingen statistiskt säkerställd skillnad för unga män (16–29 år) mellan de med respektive utan funktionsnedsättning. Statistiskt säkerställda könsskillnader förekommer bland personer med funktionsnedsättning i alla åldrar, där kvinnor uppger mer värk i rygg, höft eller ischias. Det finns även statistiskt säkerställda könsskillnader i alla åldrar för övrig befolkning, kvinnor uppger något högre andel värk i rygg, höft eller ischias än män.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger svår värk i rygg, höft eller ischias jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser också att kvinnor med funktionsnedsättning uppger en betydligt högre andel värk i rygg, höft

eller ischias än män med funktionsnedsättning. Motsvarande statistiskt säkerställda skillnad finns inte mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn.

Tabell A5. Andel i procent (95 % KI) kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning uppdelat efter olika symtom och ålder.

Symtom	Kvinnor			Män		
	16–29 år	30–64 år	65–84 år	16–29 år	30–64 år	65–84 år
Trötthet						
Utan funktionsnedsättning	7,3 (6,2–8,4)	4,5 (4,0–5,0)	2,4 (1,9–3,0)	3,5 (2,6–4,4)	2,5 (2,1–2,9)	1,2 (0,8–1,6)
Med funktionsnedsättning	19 (14,3–23,5)	27 (24,6–28,9)	15 (13,5–17,2)	12 (7,2–16,4)	16 (13,5–17,5)	10 (8,7–12,0)
Sömnbesvär						
Utan funktionsnedsättning	4,3 (3,4–5,2)	4,1 (3,6–4,5)	4,9 (4,1–5,7)	3,8 (2,9–4,8)	2,8 (2,4–3,2)	1,7 (1,2–2,2)
Med funktionsnedsättning	14 (10,1–18,2)	20 (18,4–22,3)	14 (11,8–15,3)	9,8 (5,6–14,1)	15 (12,6–16,5)	8,3 (6,8–9,8)
Stress						
Utan funktionsnedsättning	6,9 (5,8–8,0)	2,8 (2,4–3,2)	0,4 (0,2–0,6)	1,8 (1,2–2,5)	1,5 (1,2–1,8)	0 (0,0–0,0)
Med funktionsnedsättning	12 (8,1–15,7)	9,6 (8,2–11,0)	2,7 (1,9–3,5)	4,9 (1,8–8,0)	6,8 (5,4–8,2)	1 (0,4–1,5)
Ängslan, oro och ångest						
Utan funktionsnedsättning	8,9 (7,7–10,1)	3,2 (2,8–3,6)	1,5 (1,0–1,9)	4,7 (3,7–5,8)	1,9 (1,6–2,2)	0,5 (0,3–0,8)
Med funktionsnedsättning	18 (13,8–22,9)	15 (13,6–17,1)	6,2 (5,0–7,4)	13 (8,1–17,6)	11 (9,3–12,8)	3 (2,1–4,0)

Tabell A6. Andel i procent (95 % KI) kvinnor och män med respektive utan funktionsnedsättning (16–64 år) som lever med hemmaboende barn under 18 år uppdelat efter olika symtom.

Symtom	Kvinnor med hemmaboende barn	Män med hemmaboende barn
Trötthet		
Utan funktionsnedsättning	5,5 (4,7–6,3)	2,1 (1,5–2,7)
Med funktionsnedsättning	23 (18,9–26,2)	14 (10,6–18,1)
Sömnbesvär		
Utan funktionsnedsättning	3,2 (2,5–3,7)	2,1 (1,5–2,7)
Med funktionsnedsättning	17 (13,9–20,5)	12 (8,5–15,5)
Stress		
Utan funktionsnedsättning	3,4 (2,7–4,0)	1,4 (1,0–1,9)
Med funktionsnedsättning	9,4 (6,9–12,0)	4,7 (2,4–6,9)
Ängslan, oro och ångest		
Utan funktionsnedsättning	3,9 (3,2–4,5)	1,7 (1,1–2,2)
Med funktionsnedsättning	15 (12,3–18,7)	8 (5,1–10,9)

Trötthet

Kvinnor och män 16–84 år med funktionsnedsättning uppger att de är trötta i högre utsträckning än övrig befolkning. Statistiskt säkerställda könsskillnader förekommer mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning i åldrarna 30–84 år, där kvinnor uppger mer trötthet. Ingen statistiskt säkerställd skillnad finns mellan unga kvinnor och män med funktionsnedsättning i åldrarna 16–29 år. Det finns även statistiskt säkerställda könsskillnader i alla åldrar för övrig befolkning, kvinnor uppger något högre trötthet än män.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger trötthet jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser också att kvinnor med funktionsnedsättning uppger en betydligt högre andel trötthet än män med funktionsnedsättning. Motsvarande statistiskt säkerställda skillnad finns mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn men i lägre utsträckning.

Sömnbesvär

Kvinnor och män 16–84 år med funktionsnedsättning uppger att de har sömnbesvär i högre utsträckning än övrig befolkning. Statistiskt säkerställda könsskillnader förekommer bland personer med funktionsnedsättning i åldrarna 30–84 år, där en större andel kvinnor uppger sömnbesvär. Ingen statistiskt säkerställd skillnad i sömnbesvär finns mellan unga kvinnor och män med funktionsnedsättning i åldrarna 16–29 år. Motsvarande statistiskt säkerställda könsskillnader finns även bland övrig befolkning.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger sömnbesvär jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser däremot inga statistiskt säkerställda skillnader i sömnbesvär mellan kvinnor och män varken med eller utan funktionsnedsättning som lever med barn.

Stress

Kvinnor och män 30–84 år med funktionsnedsättning uppger att de känner sig stressade i högre utsträckning än övrig befolkning, detta gäller också unga kvinnor i åldrarna 16–29 år. Däremot finns ingen statistiskt säkerställd skillnad för unga män (16–29 år) mellan de med respektive utan funktionsnedsättning. Statistiskt säkerställda könsskillnader förekommer bland personer med funktionsnedsättning i alla åldrar, där kvinnor uppger mer stress. Motsvarande statistiskt säkerställda könsskillnader finns även bland övrig befolkning.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger stress jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser också att kvinnor med funktionsnedsättning uppger en betydligt högre andel stress än män med funktionsnedsättning. Motsvarande statistiskt säkerställda skillnad finns mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn men i lägre utsträckning.

Ängslan, oro eller ångest

Kvinnor och män 16–84 år med funktionsnedsättning uppger ängslan, oro eller ångest i högre utsträckning än övrig befolkning. Statistiskt säkerställda könsskillnader förekommer bland personer med funktionsnedsättning i åldrarna 30–84 år, där kvinnor uppger mer ängslan, oro eller ångest. Motsvarande statistiskt säkerställda könsskillnader finns även i alla åldrar bland övrig befolkning.

Bland vuxna som lever med hemmaboende barn syns samma mönster, där en högre andel kvinnor och män med funktionsnedsättning uppger ängslan, oro eller ångest jämfört med personer utan funktionsnedsättning. Man ser också att kvinnor med funktionsnedsättning uppger en betydligt högre andel ängslan, oro eller ångest än män med funktionsnedsättning. Motsvarande statistiskt säkerställda skillnad finns mellan kvinnor och män utan funktionsnedsättning som lever med barn men i lägre utsträckning.

Bilaga C. Indikatorer och enkätfrågor som använts i undersökningen

Nedan beskrivs de enkätfrågor som använts för att mäta livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland personer med respektive utan funktionsnedsättning. En mer detaljerad beskrivning hur respektive fråga har mätts finns redovisad i en av Folkhälsomyndighetens rapporter (8).

Livsvillkor

Tillgång till arbete

Vilken är din nuvarande sysselsättning?

Flera alternativ kan anges.

- Arbetar som anställd % av heltid
- Egen företagare
- Tjänstledig eller föräldraledig
- Studerar, praktiserar
- Arbetsmarknadsåtgärd
- Arbetslös
- Ålderspensionär
- Sjuk-/aktivitetsersättning (förtids-, sjukpensionerad)
- Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)
- Sköter eget hushåll
- Annat, skriv i rutan:

Oro att förlora arbetet

Är du orolig för att förlora ditt arbete inom det närmaste året?

- Ja
- Nej

Saknar kontantmarginal

Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på *en vecka* måste skaffa fram 15 000 kronor, skulle du klara det?

- Ja
- Nej

Ekonomisk kris

Har det under *de senaste 12 månaderna* hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m.?

- Nej
- Ja, vid ett tillfälle
- Ja, vid flera tillfällen

Låg inkomst

Denna variabel hämtas från registeruppgifter ur Inkomst- och förmögenhetsregistret. Till låg inkomst räknas de 20 procent med lägst inkomst av de svarande i undersökningen.

Socialt deltagande

Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under *de senaste 12 månaderna*:

Flera alternativ kan anges.

- Studiecirkel/kurs på din arbetsplats
- Studiecirkel/kurs på din fritid
- Fackföreningsmöte
- I annat föreningsmöte
- Teater/bio
- Konstutställning
- Religiös sammankomst
- Sportutställning
- Skrivit insändare i tidning/tidskrift
- Demonstration av något slag
- Offentlig utställning *t.ex. nattklubb, danstillställning eller liknande*
- Större släktsammankomst

Praktiskt stöd

Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem *eller* är sjuk?

- Ja, alltid
- Ja, för det mesta
- Nej, för det mesta inte
- Nej, aldrig

Kränkande behandling

Har du under *de senaste tre månaderna* blivit behandlad/bemött så att du känt dig kränkt?

- Nej *gå vidare till fråga*
- Ja, någon gång
- Ja, flera gånger

Rädsla att gå ut ensam

Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, ofta

Utsatt för våld eller hot om våld

Har du under *de senaste 12 månaderna* blivit utsatt för fysiskt våld?

- Ja
- Nej *gå till fråga*

Har du under *de senaste 12 månaderna* blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blev rädd?

- Ja
- Nej

Levnadsvanor

Stillasittande fritid

Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna? *Om din aktivitet varierar mellan t.ex. sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt. Obs! Kryssa endast i ett alternativ!*

- Stillasittande fritid (*Du ägnar dig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.*)

Daglig rökning

Röker du dagligen?

- Ja *gå till fråga*
- Nej

Övervikt och fetma

Med hjälp av självskattad längd och vikt beräknas mått för BMI (body mass index) enligt vikt/längd², där värde över 25 anger övervikt och värde över 30 anger fetma.

Intag av frukt och grönt

Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter? *Gäller alla typer av grönsaker, baljväxter och rotfrukter (färska, frysta, konserverade, stuvade, grönsaksjuicer, grönsakssoppor mm). Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt!*

Ange ett alternativ!

- 3 gånger per dag eller oftare
- 2 gånger per dag
- 1 gång per dag
- 5–6 gånger per vecka
- 3–4 gånger per vecka

Hur ofta äter du frukt och bär? *Gäller alla typer av frukt och bär (färska, frysta, konserverade, juicer, kompott, mm). Det kanske varierar under året, men försök ta något slags genomsnitt.*

Samma svarsalternativ som ovan.

Riskabla alkoholvanor

Hur ofta har du druckit alkohol under *de senaste 12 månaderna*?

- 4 gånger/vecka eller mer
- 2–3 gånger/vecka
- 2–4 gånger/månad
- 1 gång/månad eller mer sällan
- Aldrig gå till fråga

Hur många ”glas” (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

- 1–2
- 3–4
- 5–6
- 7–9
- 10 eller fler
- Vet inte

Hur ofta dricker du *sex* ”glas” eller fler vid samma tillfälle?

- Dagligen eller nästan varje dag
- Varje vecka
- Varje månad
- Mer sällan än en gång i månaden
- Aldrig

Hälsa

Självskattad hälsa

Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt

Tandhälsa

Hur tycker du att din tandhälsa är?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dålig
- Ganska dålig
- Mycket dålig

Frågor om värk

Har du något/några av följande besvär eller symtom?

Huvudvärk eller migrän?

Värk i skuldror, nacke eller axlar?

Besvär av ryggsmärter, ryggvärk, höftsmärter eller ischias?

Ängslan, oro eller ångest?

Samtliga frågor besvaras med något av följande svarsalternativ;

- Nej
- Ja, lätta besvär
- Ja, svåra besvär

Psykiskt välbefinnande, GHQ12

Har du *de senaste veckorna* kunnat koncentrera dig på allt du gjort?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

Har du *de senaste veckorna* känt att du kunnat uppskatta det du gjort om dagarna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

Har du haft svårt att sova på grund av oro *de senaste veckorna*?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Har du *de senaste veckorna* kunnat ta itu med dina problem?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

Upplever du att du har gjort nytta *de senaste veckorna*?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

Har du ständigt *de senaste veckorna* känt dig olycklig och nedstämd?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Har du *de senaste veckorna* kunnat fatta beslut i olika frågor?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

Har du *de senaste veckorna* förlorat tron på dig själv?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Har du ständigt känt dig spänd *de senaste veckorna*?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Har du tyckt att du varit värdelös *de senaste veckorna*?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Har du *de senaste veckorna* känt att du inte kunnat klara dina problem?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

Har du på det hela taget känt dig någorlunda lycklig *de senaste veckorna*?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

Stress

Känner du dig för närvarande stressad?

Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad

- Inte alls
- I viss mån
- Ganska mycket
- Väldigt mycket

Sömnbesvär

Har du något/några av följande besvär eller symtom?

Sömnsvårigheter?

- Nej
- Ja, lätta besvär
- Ja, svåra besvär

Trötthet

Har du något/några av följande besvär eller symtom?

Sömnsvårigheter?

- Nej
- Ja, lätta besvär
- Ja, svåra besvär

Denna rapport utgör en årligt återkommande delredovisning av Folkhälsomyndighetens arbete inom ramen för regeringens strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016. Fokus i rapporten är aktuella resultat från den nationella folkhälsoenkäten kring livsvillkor, levnadsvanor och hälsa för personer med funktionsnedsättning jämfört med befolkningen i övrigt. Resultaten bidrar till att ge en samlad bild kring hur arbetet inom funktionshinderstrategin utvecklas. Målgrupp är i första hand regeringen, Myndigheten för delaktighet (som har ett samordningsansvar i strategin), intresseorganisationer inom funktionshinderrörelsen och andra med intresse för frågorna.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se