

# Äldre personers hälsa, levnadsvanor och livsvillkor



## Liv & hälsa 2008 Södermanlands och Örebro län

**Text: Karin Josefsson (red.) Hans-G. Eriksson**

**Foto: Friköpt bild från Johnér Bildbyrå AB**

**Oktober 2011**

# INNEHÅLL

Förord.....	5
Författarpresentation.....	6
Sammanfattning .....	7
Rapportens syfte och mål .....	8
Syfte .....	8
Mål.....	8
DEL 1. BAKGRUND.....	9
Demografi.....	9
Definitioner av ”äldre”.....	10
Åldrandet och dess villkor.....	11
Hälsans bestämningsfaktorer .....	11
Äldre personers hälsa .....	12
Hälsoutveckling i den äldre befolkningen .....	14
DEL 2. METOD .....	17
Befolkningsundersökningen Liv & hälsa.....	17
Enkäten .....	17
Deltagare och svarsfrekvens.....	17
Analys .....	18
DEL 3. RESULTAT .....	19
Äldre personers hälsa .....	19
Allmän hälsa.....	19
Psykisk hälsa.....	22
Tandhälsa.....	23
Långvariga sjukdomar och besvär.....	24
Besvär och symtom.....	28
Receptbelagda läkemedel.....	30
Kontakter med vården.....	34
Tillgänglighet till vården .....	38
Avstått vård .....	40
Äldre personers levnadsvanor.....	41
Fysisk aktivitet.....	41
Mat.....	42
Vikt .....	44
Alkohol .....	44
Tobak .....	45
Sömn .....	45
Fritid.....	45
Äldre personers livsvillkor.....	48
Behov av stöd och hjälp .....	48
Trygghet och sociala relationer.....	50
Hem och hushåll.....	54
Ekonomi .....	55
Boende och boendemiljö .....	56
Förtroende för institutioner i samhället.....	58
Förtroende för politiker .....	62
Trender mellan år 2000, 2004 och 2008 .....	63

DEL 4. DISKUSSION.....	68
Metoddiskussion.....	68
Resultatdiskussion.....	68
Äldre personers hälsa .....	69
Allmän hälsa.....	69
Psykisk hälsa.....	70
Tandhälsa.....	71
Långvariga sjukdomar, besvär och symtom .....	71
Receptbelagda läkemedel.....	72
Kontakter med vården.....	72
Tillgänglighet till vården.....	73
Äldre personers levnadsvanor.....	73
Fysisk aktivitet.....	73
Mat och vikt .....	74
Alkohol och tobak.....	75
Sömn .....	75
Fritid.....	75
Äldre personers livsvillkor.....	76
Behov av stöd och hjälp.....	76
Trygghet och sociala relationer.....	77
Boende, hushåll och ekonomi .....	77
Förtroende för institutioner i samhället.....	78
Förtroende för politiker .....	78
Avslutande diskussion .....	78
Litteraturlista.....	80

## FÖRORD

Den här rapporten handlar om äldre personer, i åldern 65–84 år, som bor i Södermanlands län och i Örebro län. Det är en rapport av flera som utgår från befolkningsenkäten Liv & hälsa 2008. Rapportens syfte är att beskriva äldre personers hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Ett andra syfte är att jämföra och beskriva utvecklingen av deras hälsa, levnadsvanor och livsvillkor mellan åren 2000, 2004 och år 2008.

Rapporten har i avsikt att vara ett samlat kunskapsunderlag om äldre personers särskilda situation och behov, i arbetet för att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för befolkningen. Förhoppningen är att rapporten ska vara ett underlag för analys, diskussion och bred samverkan mellan olika aktörer kring möjliga åtgärder för en bra och jämlik hälsa, med utgångspunkt från resultaten. Rapporten kan också utgöra en baslinje för senare uppföljningar av effekter av insatta åtgärder.

Rapporten har skrivits av Karin Josefsson (redaktör) och Hans Eriksson har analyserat data och skrivit metoden, på uppdrag av FoU i Sörmland, Folkhälsocentrum Landstinget Sörmland, Samhällsmediciniska enheten, Örebro läns landsting och Social Vålfärd, Regionförbundet Örebro. Utifrån den här rapporten publiceras en kortare version med förslag till åtgärder.

Juni 2011

Carina Forsman Björkman  
FoU i Sörmland

Monica Pärus  
Folkhälsocentrum  
Landstinget Sörmland

Thomas Falk  
Samhällsmediciniska enheten  
Örebro läns landsting

Christer Lenke  
Social Vålfärd  
Regionförbundet  
Örebro

## FÖRFATTARPRESENTATION

*Karin Josefsson* är legitimerad sjuksköterska, lärarutbildad och medicine doktor i klinisk äldreforskning. Hon disputerade i klinisk äldreforskning 2006 vid Karolinska Institutet. Karin arbetar som universitetslektor vid Mälardalens högskola. Karin bedriver också egen forskning i äldrevård och äldreomsorg. Hon är författare till flera vetenskapliga och populärvetenskapliga artiklar samt böcker om sjuksköterskan i kommunens äldrevård och äldreomsorg samt hemsjukvård.

Karin har en lång klinisk erfarenhet av att arbeta praktiskt i äldrevård och äldreomsorg. Hon arbetade som sjuksköterska när Ädelreformen infördes. Hon är pedagogiskt utbildad både på avancerad nivå och på forskarnivå, samt har under flera år undervisat vid sjuksköterskeprogram och olika specialistsjuksköterskeprogram. Hon har också ingått i flera nationella och internationella projekt inom området.

*Hans-G. Eriksson* arbetar som utredningssekreterare/statistiker vid FoU-centrum i Landstinget Sörmland. Han har en filosofie kandidatexamen i biologi, kemi och matematik från Uppsala universitet. Han har arbetat i Landstinget Sörmland sedan 1993.

Vid sidan av det ordinarie arbetet bidrar han med metodstöd, undervisning i statistik och enkätkonstruktion vid FoU i Sörmland.

Hans-G. är en av dem som arbetat med konstruktionen av enkäten Liv & hälsa som alltsedan år 2000 varit ett viktigt instrument för kartläggning av befolkningens hälsa i CDUST-landstingen (Landstinget i Uppsala län, Landstinget Sörmland, Landstinget Västmanland, Landstinget i Värmland, Örebro läns landsting). Han har varit medförfattare till flera av de många rapporter och artiklar som bygger på data från Liv & hälsa.

# SAMMANFATTNING

**Syfte.** Syftet var att beskriva äldre personers, 65 – 84 år, uppfattningar av deras hälsa, levnadsvanor och livsvillkor i Södermanlands län och i Örebro län år 2008. Ett andra syfte var att jämföra skillnader mellan åldersgrupper och kön i länen Södermanlands län och i Örebro län. Ett tredje syfte var att jämföra och beskriva trenden över tid, från år 2000, av deras hälsa, levnadsvanor och livsvillkor.

**Metod.** Denna rapport är en del av befolkningsundersökningen Liv & hälsa. Deltagarna var äldre personer, 65-84 år, i Södermanlands län ( $n = 2123$ ) och Örebro län ( $n = 3937$ ). En enkät konstruerades som täckte områdena hälsa, levnadsvanor och livsvillkor med slutna svarsalternativ. Enkäten skickades till slumpmässigt utvalda personer. Svarefrekvens var 80 procent i åldersgruppen 65-79 år och 75 procent i åldersgruppen 80-84 år i Södermanlands län. Svarefrekvens i Örebro län var 78 procent i åldersgruppen 65-79 år och 71 procent i åldersgruppen 80-84 år. Enkätsvaren analyserades i statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

**Resultat.** Hälften av de i åldersgruppen 65-79 år bedömde sin hälsa som bra eller mycket bra. Få hade ohälsosamma alkohol- och tobaksvanor. Flera hade ohälsosamma matvanor och motionsvanor. En större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år bedömde sin hälsa, levnadsvanor (inte mat, rökning och alkohol) och livsvillkor sämre. Förtroendet var relativt lågt för folktandvården, socialtjänsten och försäkringskassan. Förtroendet för socialtjänsten och försäkringskassan hade, från redan låga nivåer, minskat signifikant sedan år 2000. Mindre än hälften hade förtroende för äldreomsorgen. Andelen, i åldersgruppen 65-79 år, som åt lunch, middag, kvällsmål varje dag hade signifikant minskat över tid. Det var få skillnader mellan länen och även få trender mellan år 2000 - 2008.

**Diskussion och slutsatser.** Folkhälsoarbete och hälso- och sjukvårdsarbete bör, utifrån rapportens resultat, arbeta med de bestämningsfaktorer som påverkar hälsan, genom att förebygga risker, behandla ohälsa och skapa stödjande miljöer. Att bryta ohälsosamma levnadsvanor är något som bör in i hela sjukvården och samhället. De äldre bör mötas av personal med kompetens om åldrandet. Strategiska satsningar för evidensbaserade förebyggande insatser är nödvändigt. Det är avgörande att de äldre har kunskap om hälsosamma levnadsvanor och livsvillkor för att främja sin hälsa. Livsvillkor har inte alltid de äldre möjlighet att påverka själva. Här har samhället ett ansvar för att skapa stödjande strukturer som underlättar de äldres egenmakt.

# RAPPORTENS SYFTE OCH MÅL

## Syfte

Den här rapporten syftar till att beskriva äldre personers hälsa, 65 – 84 år, deras levnadsvanor och livsvillkor i Södermanlands län och i Örebro län år 2008. Ett andra syfte är jämföra skillnader mellan åldersgrupper och kön och mellan de två länen. Ett tredje syfte är att jämföra och beskriva trenden av deras hälsa, levnadsvanor och livsvillkor, mellan åren 2000, 2004 och år 2008. Sammanfattningsvis, rapportens beskriver de äldres hälsa, deras levnadsvanor och livsvillkor utifrån fyra perspektiv: kön, ålder, geografi och trender över tid.

## Mål

Rapportens mål är att vara ett samlat kunskapsunderlag om äldre personers särskilda situation och behov för att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för befolkningen. Rapporten kan vara ett underlag för analys, diskussion och bred samverkan mellan olika aktörer kring åtgärder för en bra och jämlik hälsa. Rapporten kan också utgöra en baslinje för senare uppföljningar av effekter av insatta åtgärder.

## DEL 1. BAKGRUND

Samhället står inför utmaningar och möjligheter i och med ökningen av antalet äldre personer som kommer att ske inom en snar framtid. Det är hög tid att utveckla hållbara strategier för att möta utmaningarna och möjligheterna. Äldre personers hälsa står därför allt mer i fokus. Hälsa kan ses som en resurs för individen, medan folkhälsa är ett mål för samhället. Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Folkhälsa handlar om allt från individens egna val och vanor till strukturella faktorer som yttre miljöer och demokratiska rättigheter i samhället (Svensson & Hallberg, 2010). Utgångspunkten för folkhälsoarbetet i Sverige är det övergripande målet för folkhälsopolitiken, som innebär att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Statens folkhälsoinstitut, 2010a).

Socialstyrelsen (2010b) poängterar i sina nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder att de med kort utbildning och ekonomiska problem har sämre matvanor och motionerar mindre. Rökning är fyra gånger vanligare bland lågutbildade kvinnor, jämfört med högutbildade kvinnor. Tjugo procent av alla för tidiga dödsfall och funktionsnedsättningar i Sveriges befolkning beror på en ohälsosam livsstil när det gäller rökning, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor. Ohälsosamma levnadsvanor och socioekonomiska faktorer är viktiga orsaker till skillnader i befolkningens hälsa. Insatser som hjälper de äldre att leva hälsosammare kan därför också minska ojämlikheten i de äldres hälsa (Socialstyrelsen, 2010b).

Förebyggande och hälsofrämjande insatser behövs för att de äldre ska ha ett gott liv. Vad ett gott liv och ett gott åldrande är diskuterades redan på antiken, som när romaren Cicero (106-43 fKr) skrev om gott åldrande. Vad som anses vara ett gott åldrande är sociokulturellt betingat. Därför är det viktigt att se de äldres hälsa, levnadsvanor och livsvillkor utifrån flera perspektiv, som folkhälsa, kulturellt, medicinskt, omvårdnad och socialt. Idag beskriver Statens folkhälsoinstitut (2010b) särskilt följande fyra områden som är speciellt viktiga för att de äldre ska må bra och för ett gott åldrande:

- Social gemenskap
- Delaktighet, meningsfullhet och att känna sig behövd
- Fysisk aktivitet
- Bra matvanor

### Demografi

Sverige har världens äldsta befolkning, sett till andelen personer som är 80 år och äldre, totalt 500 000 personer (Statistiska centralbyrån, 2010). I Södermanlands län, år 2009, fanns det 7 482 personer som var 80 år och äldre och motsvarande antal i Örebro län är ungefär 7 877 personer, se tabell 1. Majoriteten är kvinnor som bor ensamma och som bor kvar i sin bostad. Trots att hälsan och funktioner avtar märkbart från 75–80 års ålder (Akner, 2004), är det viktigt att understryka att de flesta äldre har en god funktionsförmåga och klarar sig själva i sin bostad. De flesta som är 80 år och äldre är också friska (Akner, 2004; SKL, 2008; Josefsson, 2009).

**Tabell 1.** Befolkningen, 65-84 år, fördelat på kön i Södermanlands län och Örebro län år 31 december, 2009.

Befolkning	Södermanlands län		Örebro län	
	Kvinnor <i>n</i>	Män <i>n</i>	Kvinnor <i>n</i>	Män <i>n</i>
65-79 år	19 893	18 828	19 520	18 290
80-84 år	4 430	3 052	4 756	3 121
Samtliga	46 203		45 687	

Idag är drygt 1,2 miljoner personer 65 år och äldre i Sverige. I Södermanlands län finns det totalt 270 170 invånare, varav ungefär 46 203 är 65-84 år (Tabell 1). I Örebro län är det totalt 278 882 invånare, varav ungefär 45 687 är 65-84 år, se Tabell 1 (Statistiska centralbyrån, 2010). Antalet äldre förväntas öka markant och framför allt de som är 80 år och över. Om befolkningsprognoserna från Statistiska centralbyrån slår in för år 2050, kommer nästan en tiondel av Sveriges befolkning vara 80 år och äldre år (Statistiska centralbyrån, 2010). Samtidigt förväntas det finnas allt färre arbetsverksamma personer. I EU kommer det till exempel år 2050 att gå två arbetsverksamma personer mellan 15 och 64 år på varje 65-åring och över, jämfört med fyra arbetsverksamma personer i dag (Vårdalinstitutet, 2008). Därför är den åldrande befolkningen en viktig fråga, globalt, nationellt, regionalt och lokalt (Baumann & Söderhamn, 2005).

## Definitioner av ”äldre”

Det finns olika sätt att mäta ålder, som kronologisk, social, psykologisk, biologisk och upplevd ålder (Dehlin m.fl., 2000; Grimby & Grimby, 2001; Thorslund & Larsson, 2002; Tornstam, 2005; Josefsson, 2009; Larsson & Rundgren, 2010). Den upplevda åldern behöver inte vara den samma som dessa olika mått på ålder.

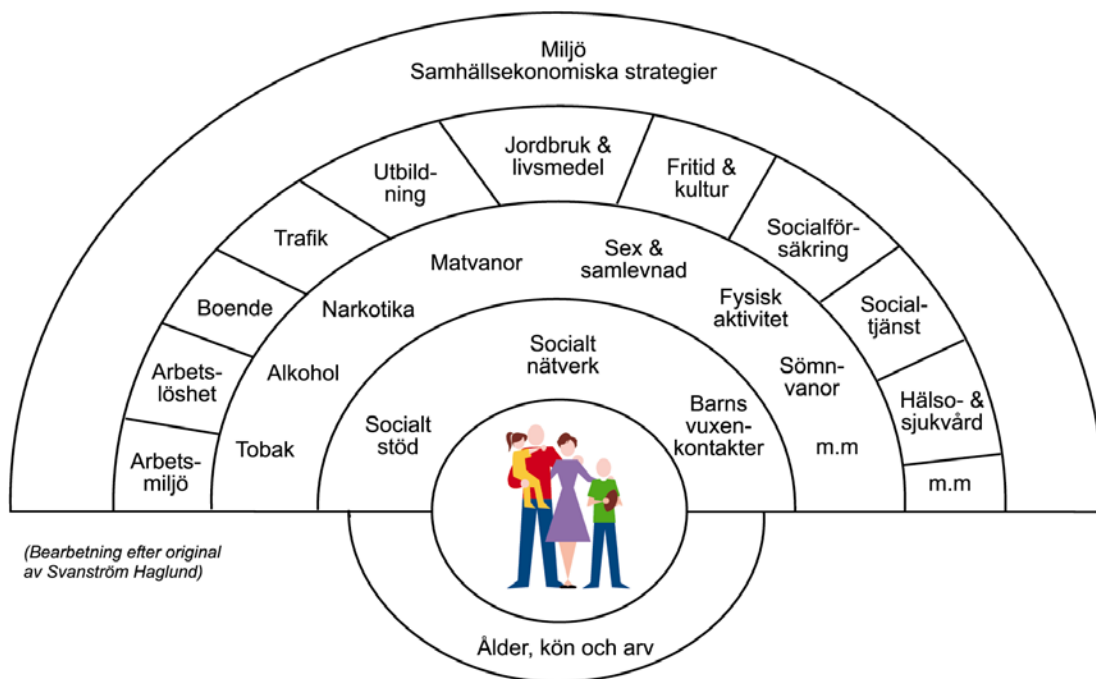
Kronologisk ålder är avståndet från födseln, vilket är lätt att mäta. I Sverige finns en stark betoning på kronologisk ålder. Den lagstadgade pensionsåldern, som varit 65 år sedan året 1976, representerar samhällets uppfattning om när utträdet från arbetsmarknaden ska ske. I många sammanhang används därför 65-årsgränsen som en definition av att bli ”äldre”. Den reella pensionsåldern ligger dock flera år lägre för många, då Sverige har rörlig pensionsålder, i nuläget från 61 år till 67 år. Utifrån kronologisk ålder talas det också, enligt Statistiska centralbyrån, om ”yngre äldre” 65–79 år och ”äldre äldre” 80 år och mer. I många studier delas åldersgrupperna upp i undergrupper, som till exempel kan bestå av ”unga äldre”, ”medel äldre”, ”gamla gamla” och ”mycket gamla”. Den sociala åldern utgår från en persons funktion i de sociala systemen – att vara skolbarn, vuxen, arbetande eller pensionär. Den sociala åldern anger hur roller och positioner förändras med åren. Psykologisk ålder anger en persons anpassningsförmåga till yttre krav – intelligens, minne, personlighet och inlärningsförmåga. Den biologiska åldern har som utgångspunkt en persons prestation eller funktionsförmåga i relation till livslängden. Organens enskilda funktion är ett mått på den biologiska åldern (Dehlin m.fl., 2000; Grimby & Grimby, 2001; Thorslund & Larsson, 2002; Tornstam, 2005; Jönsson & Lundin, 2007; Josefsson, 2009).

## **Åldrandet och dess villkor**

Det är naturligt att åldras och åldrandet innebär en naturlig förlust av funktionsförmågor (Josefsson, 2009). Åldrandet kan delas upp i det primära och det sekundära åldrandet (Dehlin m.fl., 2000). Det primära åldrandet går inte att påverka. Medan mycket talar för att det sekundära åldrandet kan påverkas av yttre faktorer (Dehlin m.fl, 2000), vilket ger möjlighet till att påverka de äldres hälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2010b). Det primära åldrandet tilltar på ett lagbundet och opåverkbart sätt och är något vi alla får försöka leva med. Det primära åldrandet innebär en ofrånkomlig process som följer ett bestämt mönster, som att håret blir grått och att njurarnas funktion avtar. Det sekundära åldrandet däremot kan med ökade kunskaper om åldrandet påverkas genom vårt sätt att leva, till exempel tobaks- och motionsvanor (Dehlin m.fl, 2000). Hälsöfrämjande och förebyggande insatser genom hela livet, även hos de äldre, kan därför ha positiva effekter på deras hälsa och livskvalitet. Det är med andra ord i stort sett aldrig för sent för hälsöfrämjande och förebyggande insatser (Statens folkhälsoinstitut, 2010b).

## **Hälsans bestämningsfaktorer**

Faktorer som påverkar folkhälsan varierar över tid i takt med samhällsutvecklingen (Haglund & Svanström, 1992). Dessa faktorer kallas hälsans bestämningsfaktorer, som dels är påverkbara och dels opåverkbara faktorer. Bestämningsfaktorer som inte kan påverkas är arv, kön och ålder, se Figur 1. Exempel på påverkbara bestämningsfaktorer är utbildning, materiell välfärd, sociala relationer, arbets- och vardagsliv. De är exempel på hälsöfrämjande faktorer som kan förändras för att hjälpa de äldre att stå emot risker. Livsstil och levnadsvanor kan vara både frisk- eller riskfaktorer, som mat-, motions- och tobaksvanor. De äldre kan antingen ha hälsosamma eller ohälsosamma mat-, motions- och tobaksvanor. Strukturella faktorer i samhället som samhällsekonomi, fysisk och social miljö, politiska beslut påverkar lokalsamhället och därmed också boende, arbete, trafik och utbildning samt påverkar äldre personers hälsa. En bestämningsfaktor kan verka både som en frisk-, skydds- och hälsöfrämjande faktor eller som en riskfaktor. Hälsans bestämningsfaktorer kan beskrivas översiktligt, se Figur 1. Den yttersta halvcirkeln står för omgivningsfaktorer, sedan följer livsvillkor, levnadsvanor/livsstil, sociala nätverk, individen samt de opåverkbara individuella faktorerna ålder, kön och arv (Haglund & Svanström, 1992).



Figur 1. Hälsans bestämningfaktorer.

Det går inte att blunda för att nästan alla sjukdomar är åldersrelaterade (Dehlin m.fl., 2000; Akner, 2004; Larsson & Rundgren, 2010). Vanliga sjukdomar som är relaterade till ålder är demens, hjärtsvikt, hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. Vanliga åldersrelaterade skador är stroke, fraktur och trycksår. Ofta förekommande diagnoser hos äldre personer är demens, stroke, kronisk hjärtsvikt, diabetes mellitus, cancer och höftfraktur. Vanliga kirurgiska ingrepp i ålderdomen är hjärtoperationen by-pass, operation av höftfraktur och grå starr. Detta leder till att äldre personer kan bli sköra och ha flera hälsoproblem samtidigt, något som leder till att äldre människor kan få stora vårdbehov (Rundgren & Dehlin, 2004; Akner, 2010). Dessa vanliga åldersrelaterade sjukdomar, skador, diagnoser och kirurgiska ingrepp ger en bild av att levnadsvanor både kan vara frisk- eller riskfaktorer, som att inte röka är en friskfaktor medan rökning är en riskfaktor (se Figur 1). Det ger också en tydlig indikation på vilka framtida utmaningar samhället står inför, med tanke på antalet äldre förväntas öka.

## Äldre personers hälsa

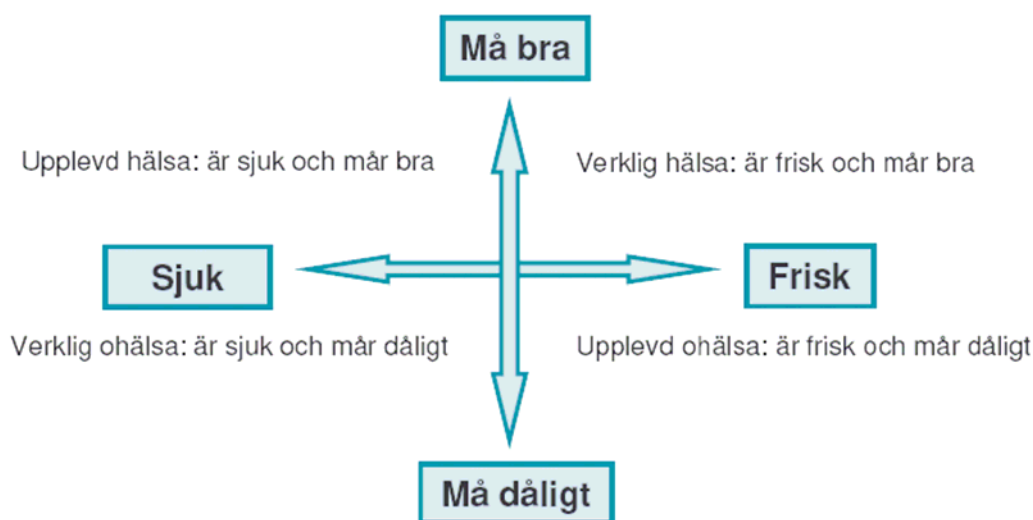
Hälsa och ohälsa är mångfasetterade och inte helt enkla begrepp. Innebörden av begreppen har också växlat utifrån ett historiskt perspektiv. Redan de gamla grekerna, som Hippokrates (ca 460-370 fKr) och Platon (427-347 fKr), diskuterade hälsobegreppet. De såg hälsa utifrån ett helhetsperspektiv där både kropp och själ ingick.

Hälsobegreppet kan definieras på många olika sätt och ses utifrån olika synsätt, som: avsaknad av sjukdom; (funktions-) förmåga eller kapacitet; välbefinnande, och avsaknad av lidande; balans eller anpassning; och en kombination av alla dessa. Hälsa som avsaknad av sjukdom, är som det låter, att äldre personer har hälsa vid avsaknad av sjukdom. Synsättet att hälsa är kopplat till (funktions-) förmåga eller kapacitet, är när äldre personer har förmågan att göra saker. Hälsa ses då som en relation mellan den äldre personens förmåga, mål och den miljö

där målen ska uppnås. Att se hälsa som välbefinnande, och avsaknad av lidande. Det innebär att när den äldre personen mår fysiskt och psykiskt bra, så finns hälsan. Exempel på när hälsa ses som en balans eller anpassning är Yin och Yang samt psykoanalysens teori om psykisk hälsa som en balans mellan jaget, detet och överjaget. Emellertid, den mest kända hälsodefinitionen torde vara Världshälsoorganisationens som fastställdes år 1946:

*”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning.”*

Ett sätt att se på de äldres hälsa är utifrån 'Hälsokorset', se Figur 2 (Eriksson, 1988). Hälsokorset illustrerar hur en persons hälsa kan röra sig mellan polerna *frisk* och *sjuk* och mellan polerna *må dåligt* och *må bra*. Med andra ord kan äldre personer må bra trots att medicinska undersökningar bedömer att de är sjuka. Motsatt kan de må dåligt, men utifrån medicinska undersökningar ses som friska. Den äldre personen kan också förflytta sig mellan polerna i hälsokorset. Först kan det vara så att en äldre person är sig i det nedre högra hörnet, det vill säga är frisk men upplever någon form av ohälsa. Sen kan den äldre personen efter att under lång tid uppleva ohälsa, förflytta sig till den nedre vänstra rutan där den äldre verkligen är sjuk (Eriksson, 1988).



Figur 2. Hälsokorset (Innehållet från Eriksson, 1988).

Ett vanligt sätt att se på hälsa och ohälsa är känsla av sammanhang (KASAM), ett begrepp myntat av Antonovsky (2005). KASAM-begreppet består av de tre delkomponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Vilket betyder att en grundläggande upplevelse av att det som sker i och utanför en person är förutsägbara, begripliga och strukturerade (begriplighet) och att de resurser dessa skeenden kräver finns tillgängliga (hanterbarhet) samt att livets utmaningar är värda att investera sitt engagemang i (meningsfullhet). Antonovsky betonade att delbegreppen inte får ses som självständiga enheter utan att de står i relation till varandra.

Antonovsky (2005) menade att en person aldrig är antingen helt frisk eller helt sjuk, utan rör sig hela tiden mellan de två polerna *frisk* och *sjuk*. Antonovsky utvecklade ett formulär som mäter graden av KASAM. Enligt Antonovsky är det graden av KASAM som ligger till grund för var en person befinner sig mellan de två polerna frisk och sjuk. En hög KASAM ger bättre

förutsättning för att möta livets utmaningar och att se dem ur ett meningsfullt, begripligt och hanterbart perspektiv. Antonovsky (2005) intresserade sig också för vad det är som gör att människor blir och förblir friska, det vill säga de hälsobringande faktorernas ursprung, salutogenes. Antonovskys svar på den salutogena frågeställningen var KASAM.

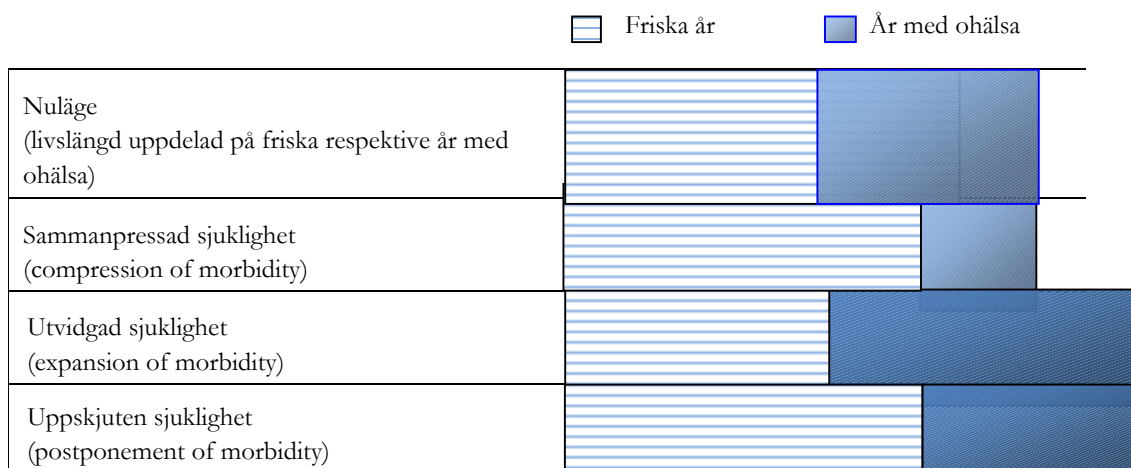
From (2007) har i sin forskning studerat hur äldre personer beskriver sin hälsa med egna ord. De beskrev sin hälsa som att vara oberoende, att uppleva gemenskap, trygghet och lugn och ro. Medan ohälsa beskrevs i termer av att vara beroende, uppleva utanförskap, otrygghet och att omgivning är störande och orolig. Med andra ord beskrev de sin upplevelse av hälsa respektive ohälsa i motsatsförhållanden, som negativa och positiva poler: autonomi kontra beroende, gemenskap kontra utanförskap, trygghet kontra otrygghet och lugn och ro kontra en störande och orolig omgivning. Utöver att vara oberoende, uppleva gemenskap, trygghet och lugn och ro, var de äldres egna förmågor att anpassa sig till och kompensera för sin oförmåga också betydelsefulla för upplevelsen av deras hälsa. Dessa förmågor var till viss del beroende av vårdarnas attityder och bemötande av de äldre. Därför är, enligt From (2007), äldre personers egna upplevelser av hälsa och välbefinnande starkt beroende av hur personalen bemöter de äldre vid kontakter med vård- och omsorgskontakter.

Vardagliga föreställningar av hälsa hos allmänheten har studerats och beskrivits av Medin och Alexandersson (2000). De identifierade framför allt tre övergripande områden i allmänhetens föreställningar av vad hälsa innebär för dem och deras föreställningar går i linje med tidigare beskrivna definitioner av hälsobegreppet: 1. Hälsa som frånvaro av sjukdom; 2. Hälsa som en resurs, styrka; och 3. Hälsa som att vara i jämvikt, i form.

## **Hälsoutveckling i den äldre befolkningen**

Äldre personers hälsotillstånd har till stor del samband med det naturliga åldrandet (Dehlin m.fl., 2000). Men även levnadsvanor påverkar hälsan, som motionsvanor, stillasittande matvanor, övervikt, tobaksbruk och alkoholbruk (SKL, 2008; Socialstyrelsen, 2010b). Under åren 1980–2003 minskade ålderskillnaderna i hälsa och de äldres hälsoutveckling har varit klart bättre än i den yngre befolkningen (SKL, 2008). Däremot finns det en vanlig föreställning i Sverige att nya generationer pensionärer är friskare än tidigare generationer. Men det stämmer inte. Tvärtom har andelen mycket sköra personer i åldern 77 år och äldre i Sverige ökat markant mellan 1992 och 2002 (Schyllander & Rosenberg, 2009). Av dem som dör årligen i Sverige är ungefär 60 procent äldre än 80 år. Att många personer uppnår en hög ålder innebär även en ökad risk för ohälsa, som multisjuklighet (Ternstedt, 2009).

Det är fortfarande oklart om utvecklingen går mot en förbättrad hälsa i den äldre befolkningen eller mot en förlängd tid med ohälsa (Thorslund & Parker, 2005). Ett tydligt könsmonster finns där kvinnor har en längre period i livets slut med sjukdom och funktionsnedsättning, jämfört med män (Socialstyrelsen, 2010a). När det gäller utvecklingen av antalet år med hälsa och funktionsförmåga i förhållande till det totala antalet levnadsår, finns det tre hypoteser (Agahi m.fl., 2005; Thorslund & Parker, 2005), se Figur 3.



**Figur 3.** Tre hypoteser om utveckling av antalet år med hälsa och funktionsförmåga i förhållande till totalt antal levnadsår (Innehåll från Agahi m.fl., 2005; Thorslund & Parker, 2005).

Med *sammanpressad sjuklighet* menas att ohälsa och funktionshinder förskjuts till en högre ålder samtidigt som livslängden förblir oförändrad. Det innebär att den äldre får fler ”friska år”, medan antalet ”sjuka år” minskar. Med *utvidgad sjuklighet* menas att den äldre lever fler år, men fler år fylls av ohälsa och nedsatt funktionsförmåga. Medicinska insatser kan minska dödligheten i många sjukdomar, men återställer inte alltid den äldres hälsa fullt ut. Ett konkret exempel är när den äldre opererar hjärtats kranskärl, det vill säga en by-pas operation. Operationen och andra hälso- och sjukvårdsinsatser kan återställa blodcirkulationen till hjärtmuskeln, men insatserna ger inte alltid den äldre hälsa och funktionsförmåga fullt ut. Däremot kan den äldre få leva längre, åren fylls av ohälsa och nedsatt funktion. Den tredje hypotesen, *uppskjuten sjuklighet*, innebär att den äldre, med den förväntade ökade medellivslängden, ökar antalet levnadsår. De ökade levnadsår kommer då att bestå av fler ”friska år” än ”sjuka år”. Sjukligheten vid livets slut blir då oförändrad, men skjuts istället upp till högre ålder. För att kunna ta ställning till vilken hypotes som bäst motsvarar verkligheten, är det nödvändigt att bättre förstå inverkan av de olika faktorer som styr äldre personers dödlighet och sjuklighet (Agahi m.fl., 2005; Thorslund & Parker, 2005).

De skiftande resultaten från studier av de äldres hälsoutveckling i olika länder kan förklaras utifrån demografiska utgångslägen (Robine Michel, 2004; Thorslund & Parker 2005). Förklaringen kan vara att länder i olika utvecklingsstadiet genomgår en successiv demografisk förändring. Den demografiska förändringen utmärks av ökad överlevnad hos barn och yngre och av minskande dödlighet även för de äldre. I början kan detta leda till ökad ohälsa genom att sjukare personer överlever (utvidgad sjuklighet, se Figur 3). Därefter förbättras hälsan hos de som överlever på grund av bättre levnadsförhållanden under uppväxt och fortsatt liv (sammanpressad sjuklighet, se Figur 3). Genom fortsatt sjunkande dödlighet hos de äldre på grund av förbättrad omvårdnad och medicinska insatser kommer till slut en sista demografisk fas, där antalet mycket gamla och också starkt funktionsnedsatta ökar i snabb takt (Robine & Michel, 2004; Thorslund & Parker 2005).

En översikt av internationella och svenska studier av hälsotrender i den äldre befolkningen har gjorts av Thorslund och Parker (2005). Författarna visade att olika studier kommer till olika slutsatser när det gäller hälsoutvecklingen hos äldre personer. Oavsett skillnader i metoder och statistisk representativitet finns dock en ökad trend med dålig hälsa hos äldre personer. Den negativa trenden gäller främst sjukdomar och självskattad fysisk funktionsförmåga, inte den

självskattade förmågan att klara aktiviteter i det dagliga livet. Därmed verkar äldre personers förmåga att klara av vardagliga sysslor ha förbättrats. Om trenden håller i sig så kommer det i framtiden att bli fler äldre personer med självskattad förmåga att klara aktiviteter i det dagliga livet än i aktuella beräkningar av befolkningsutvecklingen. Däremot förväntas behoven av medicinsk vård öka beroende på ökningen av behandlingsbara kroniska sjukdomar som inte kan botas (Thorslund & Parker, 2005).

Avslutningsvis, hälsa kan ses som en resurs för individen medan folkhälsa är ett mål för samhället. Befolkningens hälsa påverkas av flera faktorer, som välfärdsutvecklingen i samhället, levnadsvanor och livsvillkor. Hälsa skapas nära människor där vi bor och lever, som i bostadsområdet, på arbetsplatsen, på fritiden, i familjen och bland släkt och vänner. Folkhälsoarbete och hälso- och sjukvårdsarbete är att arbeta med de bestämningsfaktorer som påverkar hälsan, genom att skapa stödjande miljöer, förebygga risker och behandla ohälsa.

## **DEL 2. METOD**

### **Befolkningsundersökningen Liv & hälsa**

Liv & hälsa var en befolkningsundersökning, i form av en postenkät till slumpmässigt utvalda individer, som genomfördes för att spegla hälsa, levnadsvanor och livsvillkor samt kontakter med vården, hos befolkningen i fem län i Svealand. Det var och är ett samarbete mellan landstingen i Uppsala län, Södermanlands län, Värmlands län, Västmanlands län och Örebro län. I denna rapport redovisas resultat rörande åldersgruppen 65-84 år i Södermanlands län och Örebro län.

Enkätundersökningen genomfördes åren 2000, 2004, 2008. Det ger möjlighet att förutom att beskriva nuläget också kunna göra jämförelser över tid. Begränsningar i möjligheten att göra jämförelser fanns i det att alla frågor inte användes vid alla tre tillfällena samt att undersökningen år 2000 inte omfattade dem från 80 år och uppåt. Det fanns andra hälsoundersökningar som genomfördes i Sverige gentemot vilka resultaten i Liv & hälsa 2008 kan jämföras. Ett exempel är den nationella folkhälsoundersökning 'Hälsa på lika villkor' som statistiska centralbyrån genomfört på uppdrag av Folkhälsoinstitutet (Statens folkhälsoinstitut 2010c). Mer än 50 vetenskapliga artiklar och rapporter har hittills skrivits med utgångspunkt i undersökningarna i Liv & hälsa. Två rapporter med äldrefokus har publicerats av samhällsmedicinska enheten i Örebro (Ydreborg, 2001; Fahlström m.fl., 2008).

### **Enkäten**

Enkäten utvecklades i samarbetet mellan de fem landstingen i Uppsala län, Södermanlands län, Värmlands län, Västmanlands län och Örebro län. Enkäten täckte områdena hälsa, levnadsvanor, livsvillkor och vårdkonsumtion. Svartalternativen var slutna. Enkäten innehöll slutna svarsalternativ med möjlighet att ge egna kommentarer i slutet av enkäten. Enkäten i sin helhet finns att hämta från respektive landstings hemsida.

### **Deltagare och svarsfrekvens**

Antal äldre personer som deltog i enkätstudien år 2008 var totalt 2123 personer i Södermanlands län och totalt 3937 personer i Örebro län, se Tabell 2. År 2004 deltog totalt 2050 personer i Södermanlands län, medan 3760 personer deltog enkäten i Örebro län. År 2000 deltog totalt 1496 personer enkäten i Södermanlands län, medan 2769 personer deltog i enkätundersökningen i Örebro län, se Tabell 2.

**Tabell 2.** Antal deltagare år 2008, 2004 och 2000 i Södermanlans län (D-län) och Örebro län (T-län).

År	Ålder	Kvinnor		Män		Samtliga	
		D-län <i>n</i>	T-län <i>n</i>	D-län <i>n</i>	T-län <i>n</i>	D-län <i>n</i>	T-län <i>n</i>
2008	65-79	867	1651	899	1658	1766	3309
	80-84	199	335	158	293	357	628
2004	65-79	902	1464	760	1577	1662	3041
	80-84	241	371	147	348	388	719
2000	65-79	789	1388	707	1381	1496	2769

Andelen som svarade på enkäten i Liv & hälsa undersökningarna var god i åldrarna från 65 år, men var något lägre i åldrarna över 80, se tabell 3. Antalet som svarade var, trots den något lägre andelen svarande, större i Örebro län beroende på att det där gjordes ett större urval. Detaljinformation saknas om andel svarande fördelat på kvinnor och män år 2000.

Svarsfrekvens var år 2008 i Södermanlans län, 80 procent i åldersgruppen 65-79 år och 75 procent i åldersgruppen 80-84 år, se Tabell 3. Motsvarande svarsfrekvens i Örebro län var år 2008, 78 procent i åldersgruppen 65-79 år och 71 procent i åldersgruppen 80-84 år.

**Tabell 3.** Svarsfrekvens år 2008, 2004 och 2000 i Södermanlans län (D-län) och Örebro län (T-län).

År	Ålder	Kvinnor		Män		Samtliga	
		D-län <i>n</i> (%)	T-län <i>n</i> (%)	D-län <i>n</i> (%)	T-län <i>n</i> (%)	D-län <i>n</i> (%)	T-län <i>n</i> (%)
2008	65-79	867 (78)	1651 (79)	899 (81)	1658 (77)	1766 (80)	3309 (78)
	80-84	199 (73)	335 (68)	158 (77)	293 (73)	357 (75)	628 (71)
2004	65-79	902 (80)	1464 (74)	760 (77)	1577 (77)	1662 (79)	3041 (75)
	80-84	241 (66)	371 (59)	147 (73)	348 (69)	388 (69)	719 (63)
2000	65-79	-	-	-	-	1496 (78)	2769 (73)

## Analys

Enkätsvaren analyserades i statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) för Windows version 17.0 (SPSS Inc., Chigago, IL, USA). Vid jämförelser mellan redovisningsgrupperna i rapporten har p-värden mindre än 0,05 ansetts visa statistiskt signifikanta skillnader. Det innebär att skillnaden som fastställts statistiskt mellan kön, åldersgrupper och län inte avgjorts av slumpen med 95 procent säkerhet.

## DEL 3. RESULTAT

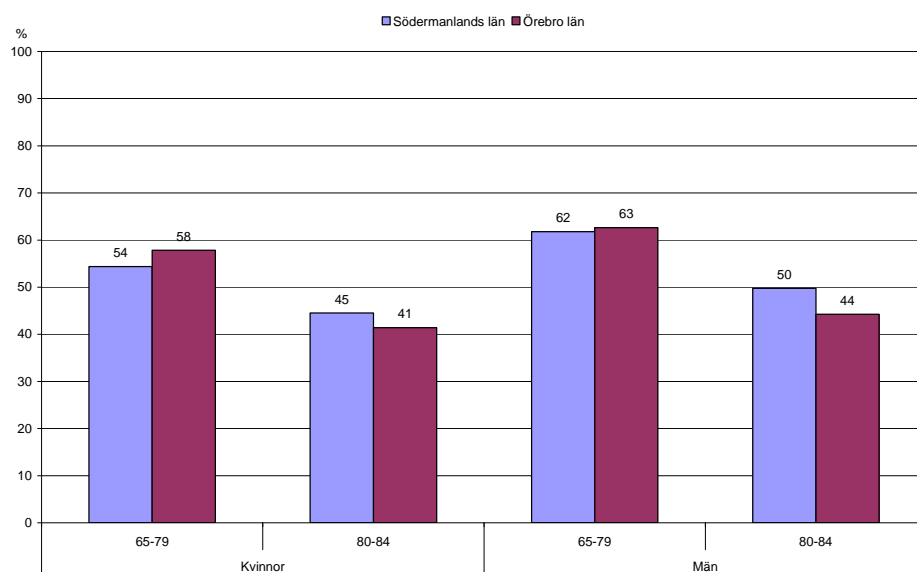
Resultatet beskriver äldre personers uppfattningar om deras hälsa, livsvillkor, levnadsvanor i Södermanlands län och i Örebro län, år 2008. Resultatet beskrivs utifrån kön, åldersgrupperna 65-79 år och 80-84 år samt län. Jämförelser beskrivs mellan kön, åldersgrupper och de två länen. Statistisk skillnad nämns som ”signifikant”. Därefter beskrivs också trender mellan åren 2000, 2004 och 2008. Resultatet struktureras utifrån hälsa, levnadsvanor och livsvillkor, se hälsans bestämningsfaktorer (Figur 1).

### Äldre personers hälsa

Att en person upplever hälsa eller ohälsa beror på såväl livsvillkor som levnadsvanor, se hälsans bestämningsfaktorer (Figur 1). I det här avsnittet beskrivs äldre personers egna bedömningar av deras allmänna hälsa, psykiska hälsa, tandhälsa, långvariga sjukdomar och besvär, besvär och symtom under tre månader, receptbelagda läkemedel, kontakter med vården och tillgängligheten till vården samt andel som avstått från vård och varför de avstått.

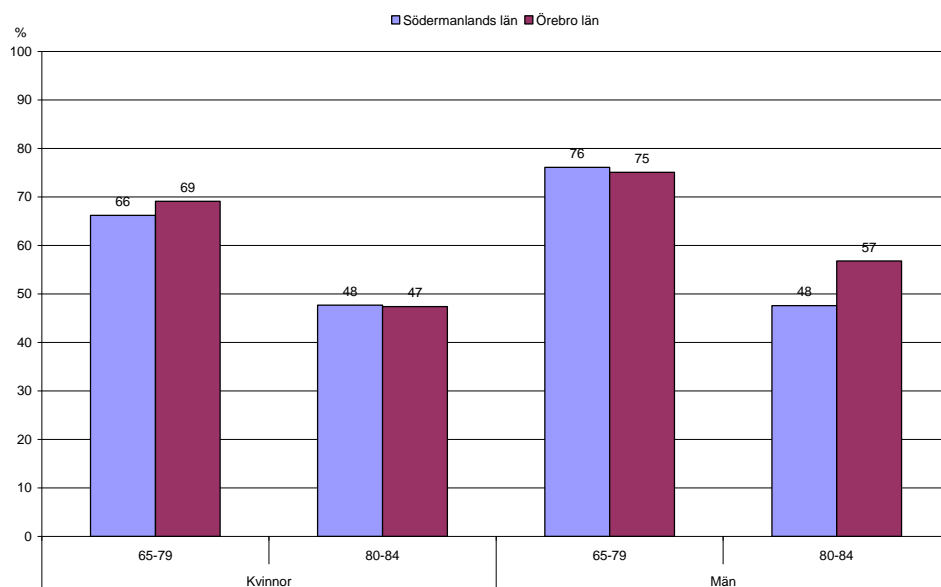
#### Allmän hälsa

Över hälften av de i åldersgruppen 65-79 år bedömde sin hälsa som bra eller mycket bra, se Figur 4. Andelen med bra hälsa eller mycket bra hälsa var något lägre i åldersgruppen 80-84 år. Kvinnor bedömde signifikant sin hälsa sämre än männen oavsett åldersgrupp, se Figur 4.



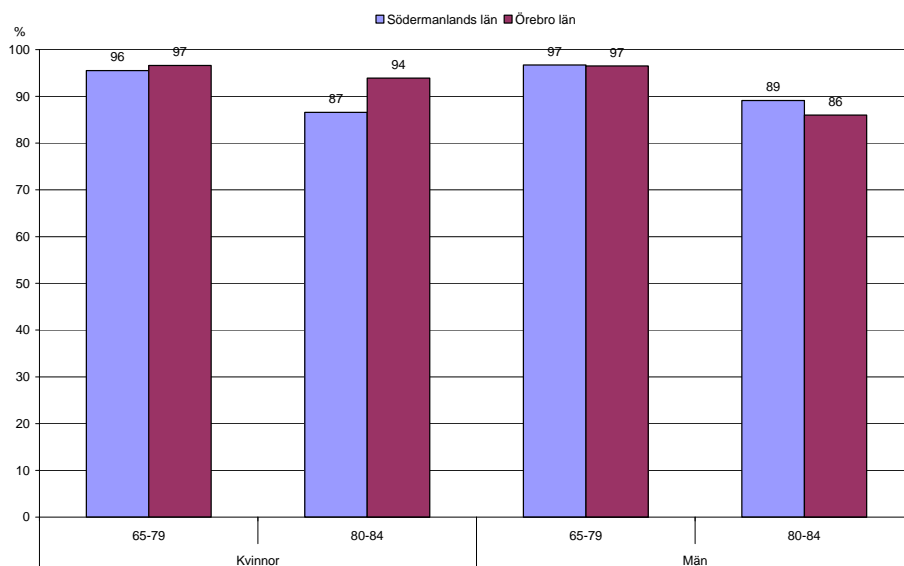
**Figur 4.** Andel som bedömer sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra.

De flesta i åldersgruppen 65-79 år gick utan svårigheter, se Figur 5. Däremot var det färre, ungefär hälften i åldersgruppen 80-84 år, som gick utan svårigheter. I åldersgruppen 65-79 år var det en signifikant större andel män än kvinnor, som gick utan svårigheter (Figur 5).

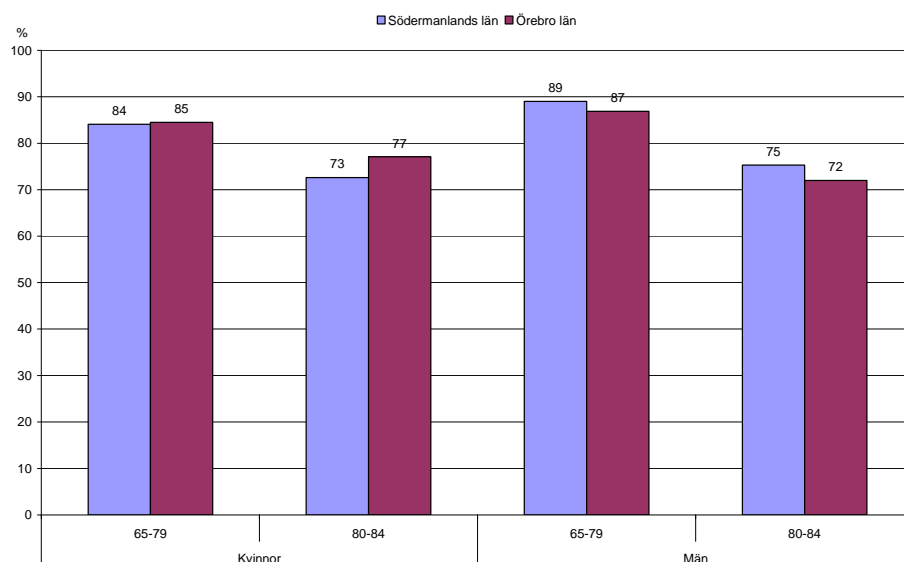


**Figur 5.** Andel som går utan svårigheter.

De flesta, oavsett åldersgrupp och kön, behövde inte hjälp med daglig hygien, mat och påklädning, se Figur 6. Majoriteten av de äldre bedömde att de klarade sina huvudsakliga aktiviteter, som arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter, se Figur 7.

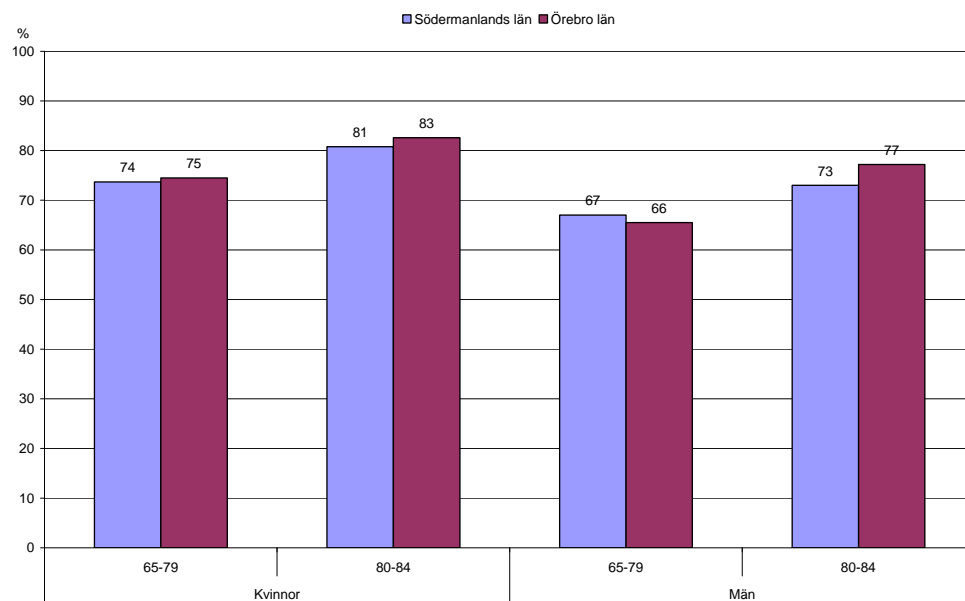


**Figur 6.** Andel som inte behöver hjälp med daglig hygien, mat och påklädning.



**Figur 7.** Andel som klarar sina huvudsakliga aktiviteter, som arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter.

Resultatet visade att en stor andel hade måttliga eller svåra smärtor/besvär, se Figur 8. I åldersgruppen 65-79 år var det ungefär sju av tio personer som hade måttliga eller svåra smärtor/besvär. Denna andel var något större i åldersgruppen 80-84 år. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade måttliga eller svåra smärtor/ besvär (Figur 8).



**Figur 8.** Andel som har måttliga eller svåra smärtor/besvär.

## Psykisk hälsa

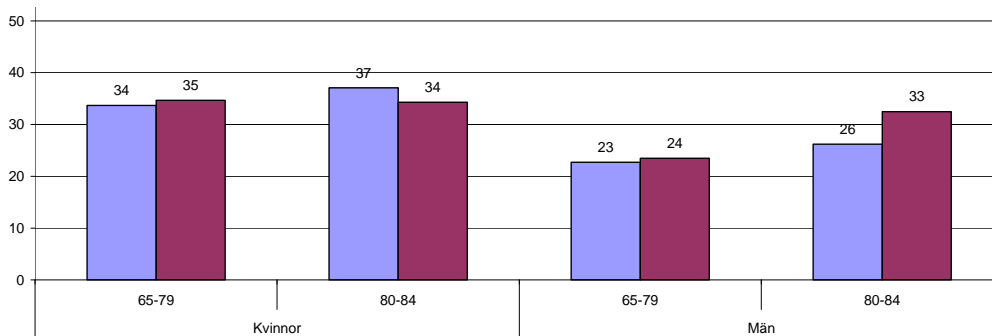
Ungefär var tionde person bedömde sitt psykiska välbefinnande som nedsatt. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år med nedsatt psykiskt välbefinnande (Tabell 4). Ungefär hälften av de äldre hade en hög känsla av sammanhang, det vill säga KASAM. För att få en hög KASAM krävs att den äldre har en hög känsla av meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet i sammanhanget de befinner sig i (läs om KASAM i bakgrunden). Andelen med låg KASAM var ungefär två till tre av tio personer, se Tabell 4.

Färre än var tionde person bedömde att de hade eller hade haft psykisk funktionsnedsättning under det senaste året, se Tabell 4. Ungefär var tionde person bedömde att de hade eller hade haft utmattningssyndrom under det senaste året. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år i Södermanlands län, som hade eller hade haft utmattningssyndrom under det senaste året. Ungefär var tionde person hade eller hade haft depression under det senaste året, bortsett från en signifikant lägre andel bland män i åldersgruppen 65-79 år. Ungefär var tionde person hade varit ängslig och orolig vid flera tillfällen under de senaste tre månaderna (Tabell 4). Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år som hade varit ängsliga eller oroliga.

Tabell 4. Andel som hade problem med psykiska hälsan.

Psykisk hälsa	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
<i>Ålder</i>	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84
	%	%	%	%	%	%	%	%
Nedsatt psykiskt välbefinnande	14	14	8	11	11	13	8	14
Låg känsla av sammanhang (KASAM)	22	15	16	24	19	16	15	21
Psykisk funktionsnedsättning senaste året	4	7	3	5	4	5	3	6
Utmattningssyndrom senaste året	8	5	4	8	6	6	4	9
Depression senaste året	12	10	4	7	9	11	6	9
Ängslig/orolig senaste tre månader	15	18	6	6	13	16	7	13

Drygt var tredje kvinna kände sig orolig eller nedstämd, se Figur 9. Det var en signifikant större andel kvinnor i åldersgruppen 65-79 år som kände sig oroliga eller nedstämda.

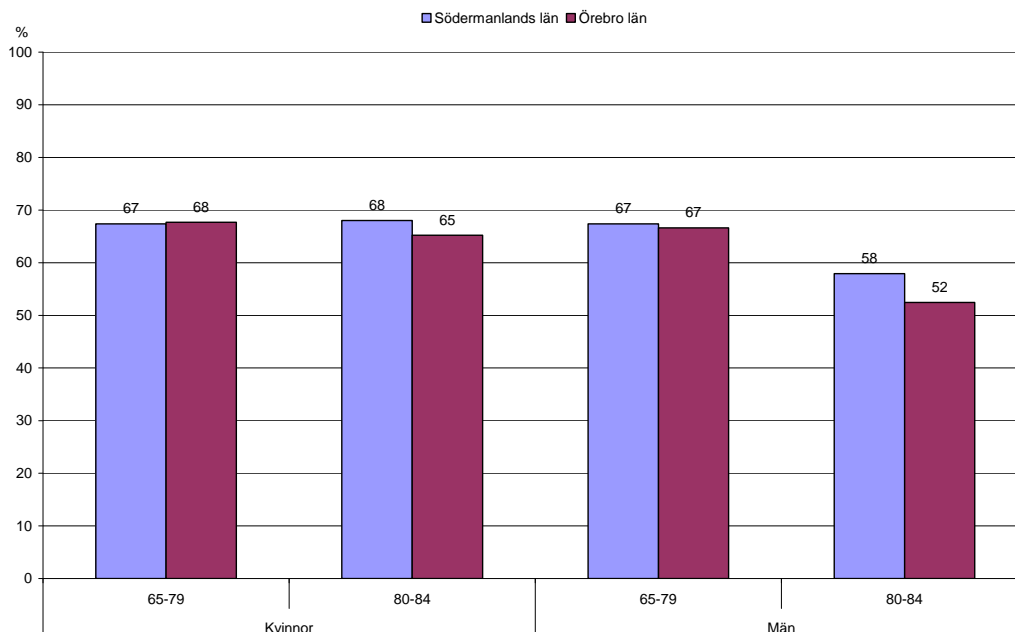


**Figur 9.** Andel som i viss utsträckning eller i högsta grad varit orolig eller nedstämd.

Drygt hälften i åldersgruppen 65-79 år hade en ganska eller mycket optimistisk syn på framtiden för sin personliga del. Den framtidssynen delades av färre personer i åldersgruppen 80-84 år (Kvinnor: D-län, 65-79 år = 54%, 80-84 år = 38%; T-län, 65-79 år = 55%, 80-84 år = 40%. Män: D-län, 65-79 år = 59%, 80-84 år = 43%; T-län, 65-79 år = 57%, 80-84 år = 32%).

### Tandhälsa

Resultatet visade att över hälften av de äldre bedömde sin tandhälsa som mycket bra eller bra, se Figur 10. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 80-84 år i Örebro län, som bedömde sin tandhälsa som mycket bra eller bra.



**Figur 10.** Andel som bedömer sin tandhälsa som mycket bra eller bra.

Knappt två av tio personer hade karies, se Tabell 5. Ungefär var tionde person eller något färre hade blödande tandkött. Likaså, hade ungefär en av tio personer tandlossning. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade känsliga tandhalsar.

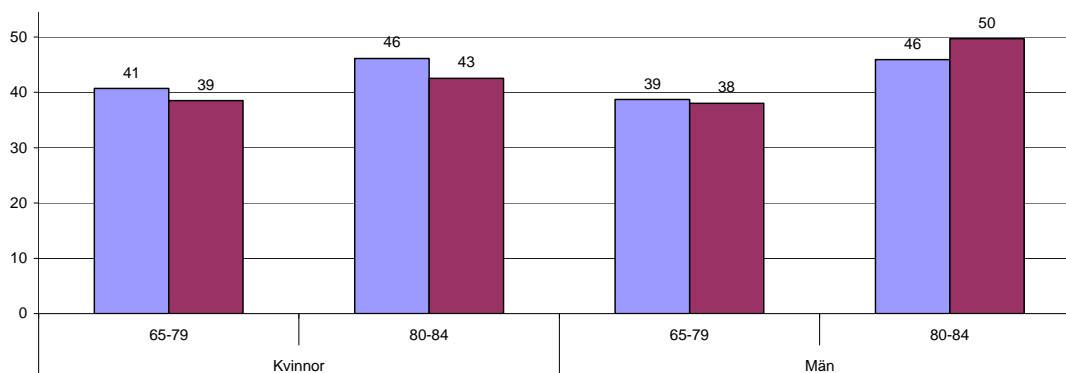
Likaså var det en signifikant större andel kvinnor än män som hade tuggsvårigheter i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län, se Tabell 5.

**Tabell 5.** Andel som hade problem med tandhälsan.

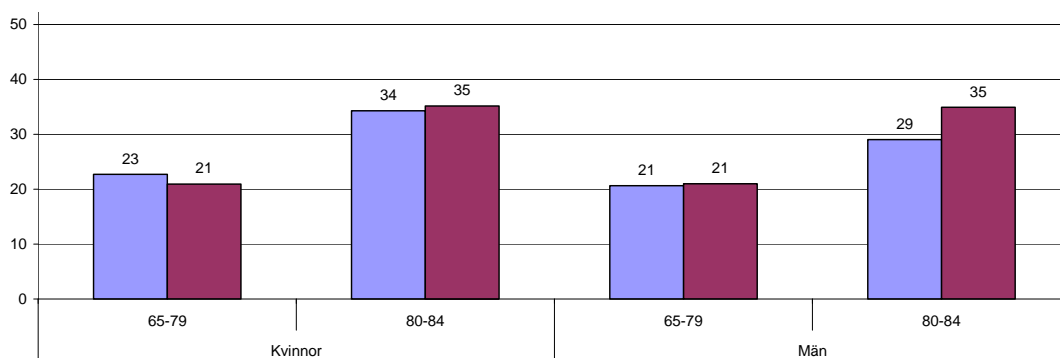
Tandhälsa	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
Ålder	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84
	%	%	%	%	%	%	%	%
Karies	16	13	20	13	19	18	19	18
Blödande tandkött	9	6	11	4	10	6	9	4
Tandlossning	10	16	10	16	10	7	9	11
Känsliga tandhalsar	24	18	15	9	26	19	14	12
Tuggsvårigheter	8	8	8	17	10	10	7	17

### Långvariga sjukdomar och besvär

Nästan hälften av de äldre bedömde att de hade någon långvarig sjukdom, bestående besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem, som varade längre än sex månader, se Figur 11. Var femte person bedömde att de hade eller hade haft fysisk funktionsnedsättning under senaste året, se Figur 12. Andelen var större i åldersgruppen 80-84 år.

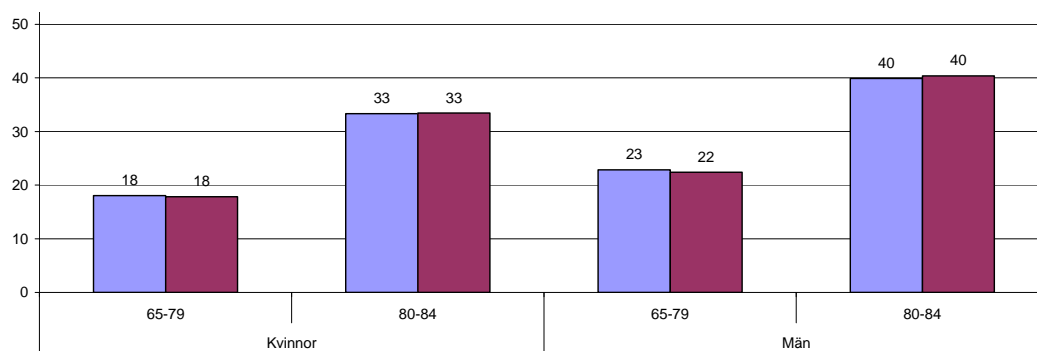


**Figur 11.** Andel med långvarig sjukdom, bestående besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem, som varade längre än sex månader.



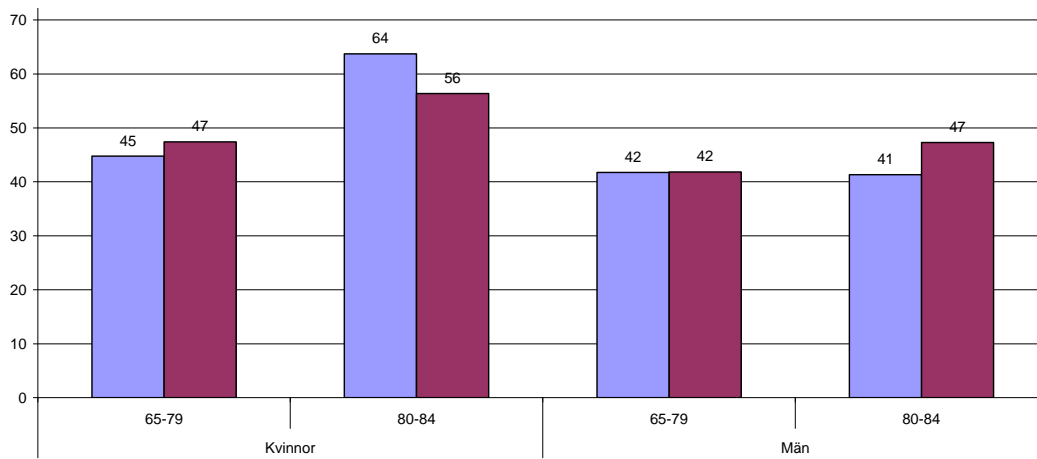
**Figur 12.** Andel som har/har haft fysisk funktionsnedsättning senaste året.

Nedan beskrivs hur de äldre bedömde om de hade eller hade haft olika långvariga sjukdomar och besvär under det *senaste året*. De långvariga sjukdomarna och besvären som beskrivs är hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes typ 2, ofrivilligt urinläckage samt synnedsättning, hörselnedsättning och öronsus/tinnitus.



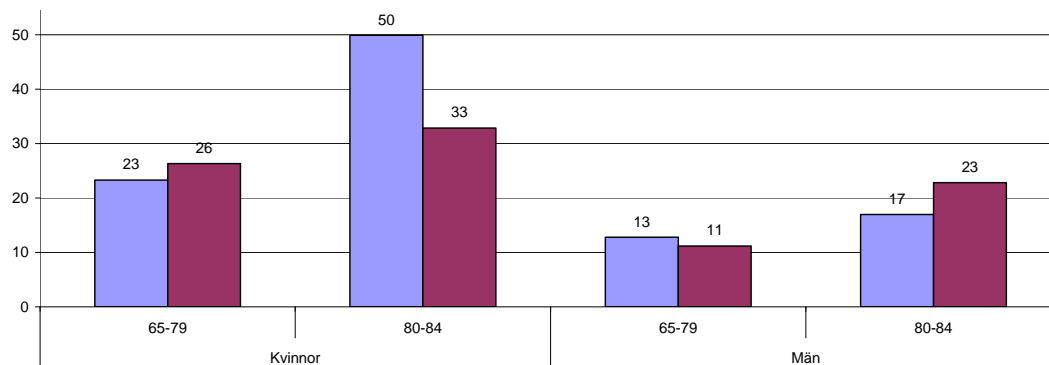
**Figur 13.** Andel som har/har haft hjärt- och kärlsjukdom senaste året.

Ungefär var femte person i åldersgruppen 65-79 år hade eller hade haft hjärt- och kärlsjukdom senaste året, se Figur 13. Andelen var större i åldersgruppen 80-84 år. Det var en signifikant större andel kvinnor, än män, som hade eller hade haft högt blodtryck i åldersgruppen 80-84 år i Södermanland (Figur 14).



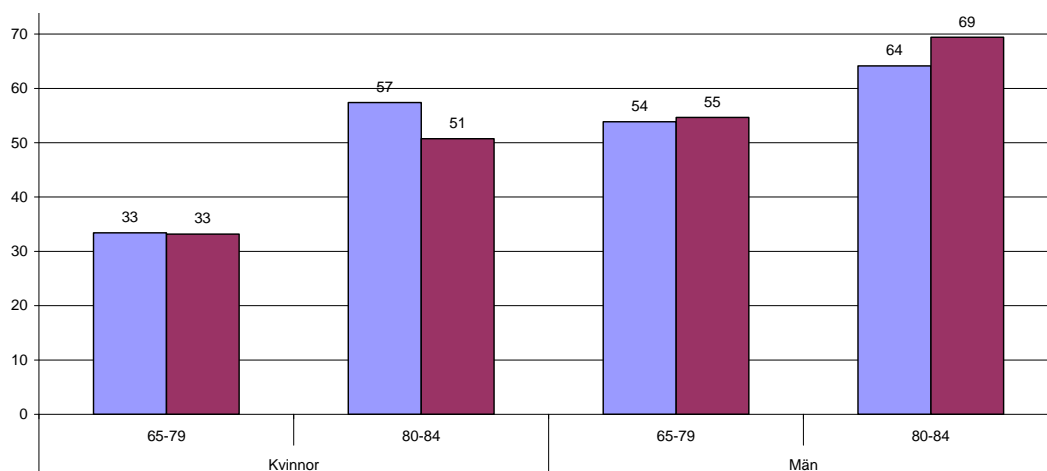
**Figur 14.** Andel som har/har haft högt blodtryck senaste året.

Resultatet visade flera signifikanta skillnader i andel som hade eller hade haft ofrivilligt urinläckage under det senaste året (Figur 15). Det var en större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år som hade eller hade haft ofrivilligt urinläckage. En större andel kvinnor än män i åldersgruppen 80-84 år i hade eller hade haft ofrivilligt urinläckage i Södermanlands län. Dessutom hade en signifikant högre andel kvinnor i Sörmland urinläckage i åldersgruppen 80-84 år, jämfört med Örebro län.

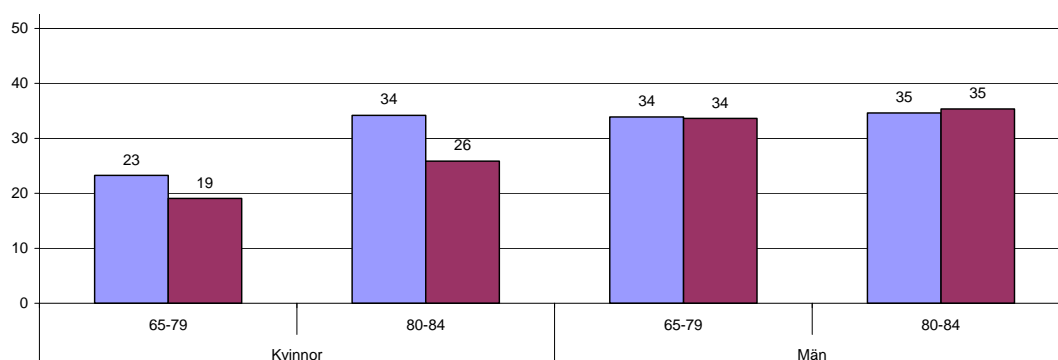


**Figur 15.** Andel som har/har haft ofrivilligt urinläckage senaste året.

Det var en signifikant större andel män än kvinnor som hade eller hade haft hörselnedsättning i åldersgruppen 65-79 år (Figur 16). Därtill var det en signifikant större andel män än kvinnor i åldersgruppen 80-84 år i Örebro län, som hade eller hade haft hörselnedsättning. En större andel män än kvinnor hade eller hade haft öronsus/tinnitus i åldersgruppen 65-79 år (Figur 17).



**Figur 16.** Andel som har/har haft hörselnedsättning senaste året.



**Figur 17.** Andel som har/har haft öronsus (tinnitus) senaste året.

Nedan beskrivs om de äldre bedömde att de, under det senaste året, hade eller hade haft allergi, astma, cancer, diabetes typ 2, eksem, kronisk obstruktiv lungsjukdom, ledgångsreumatism, neurologisk sjukdom, sjukdomar i tarm eller mage, sköldkörtelsjukdom, synnedsättning och sömnapné (se översikt, Tabell 6).

En signifikant större andel kvinnor, än män, i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län hade eller hade haft allergiska ögon- eller näsbesvär, se Tabell 6. En signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år hade eller hade haft födoämnesallergi, se Tabell 6. Det var färre personer än var tionde, som hade eller hade haft nickelallergi. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år som hade eller hade haft nickelallergi. Det var en större andel kvinnor än män i åldersgruppen 80-84 år i Södermanlands län, som hade eller hade haft nickelallergi, se Tabell 6.

En signifikant större andel kvinnor, än män, i åldersgruppen 65-79 år hade eller hade haft astma (Tabell 6). En signifikant större andel män, än kvinnor, hade eller hade haft cancer i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län (Tabell 6). En till två av tio personer hade diabetes typ 2, se Tabell 6.

Ungefär var tionde av de äldre hade eller hade haft eksem, se Tabell 6. Var tionde person och färre hade kronisk obstruktiv lungsjukdom, se Tabell 6. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år som hade ledgångsreumatism, se Tabell 6. Få personer hade eller hade haft neurologisk sjukdom. Nästan var åttonde person hade eller hade haft

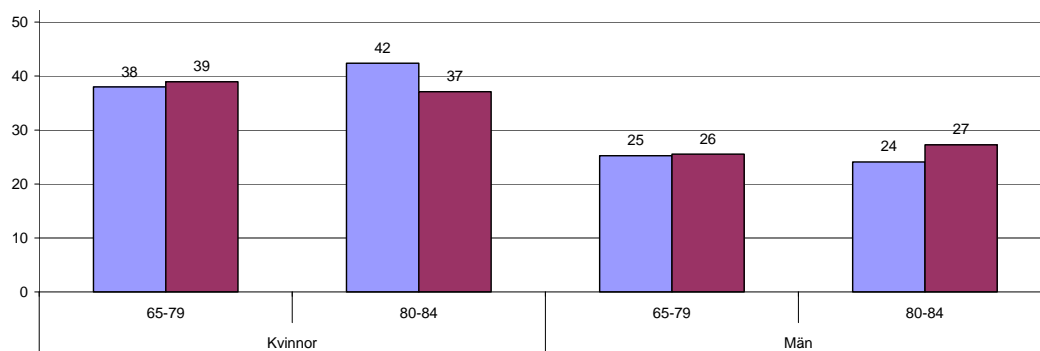
sjukdom i tarm eller mage, se Tabell 6. Sköldkörtelsjukdom eller annan ämnesomsättningsrubbing hade en signifikant större andel kvinnor haft jämfört med män (Tabell 6). Ungefär var tionde person i åldersgruppen 65-79 år och drygt två av tio i åldersgruppen 80-84 år hade eller hade haft synnedsättning under det senaste året, som inte kunde korrigeras med glasögon (Tabell 6). Var tionde person och något färre hade eller hade haft sömnapné, se Tabell 6.

**Tabell 6.** Andel som hade haft långvariga sjukdomar och besvär det senaste året.

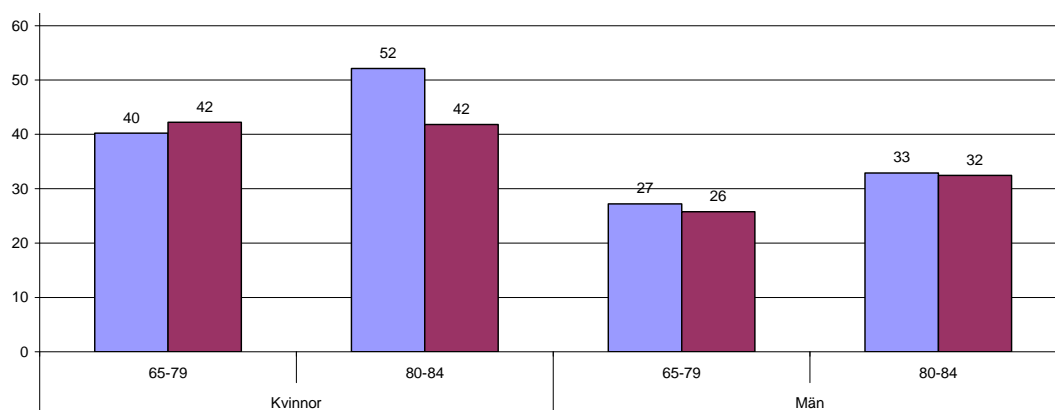
Långvariga sjukdomar och besvär	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %
Allergiska ögon- eller näsbesvär	18	22	15	16	16	16	11	18
Astma	10	10	5	5	10	10	5	9
Cancer	6	2	11	9	5	7	8	14
Diabetes typ 2	13	17	16	19	15	16	16	21
Eksem	11	8	10	11	12	9	10	17
Födoämnesallergi	8	4	3	3	6	7	2	1
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	5	6	5	4	4	5	5	11
Ledgångsreumatism	9	13	4	7	10	13	5	7
Neurologisk sjukdom	3	4	3	3	5	4	4	9
Nickelallergi	9	9	1	1	9	4	1	2
Sjukdom i mage eller tarm	16	19	13	13	14	13	11	12
Sköldkörtelsjukdom	16	16	4	4	16	21	3	6
Synnedsättning	10	27	12	29	13	25	12	18
Sömnapné	6	8	9	3	7	8	10	8

### **Besvär och symtom**

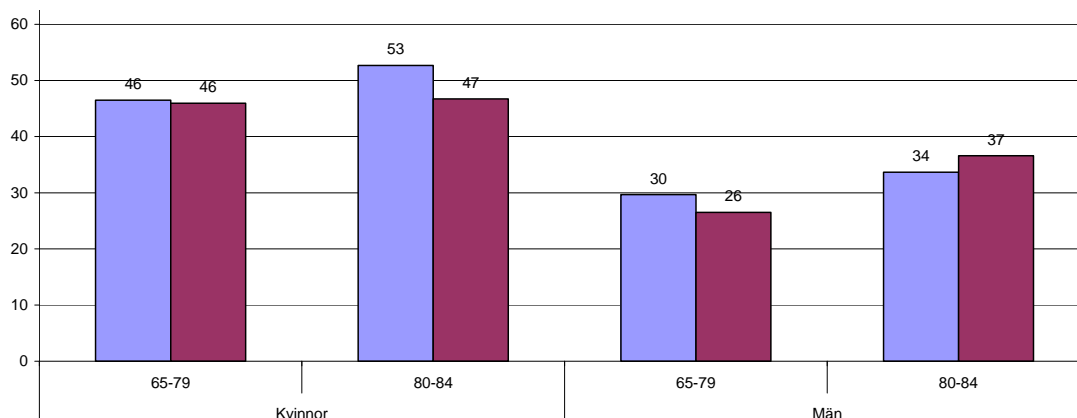
Här beskrivs hur de äldre bedömde olika besvär och symtom de hade haft under de senaste tre månaderna och de senaste två veckorna. Resultatet visade att det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade haft värk i rörelseapparaten under de senaste tre månaderna, se Figur 18, 19, 20. Det var även en signifikant större andel kvinnor som hade haft värk i rörelseapparaten i åldersgruppen samt en större andel i Södermanlands län, jämfört med Örebro län.



**Figur 18.** Andel som haft värk i skuldror, nacke eller axlar senaste tre månaderna.



**Figur 19.** Andel som haft värk i rygg eller höfter senaste tre månaderna.



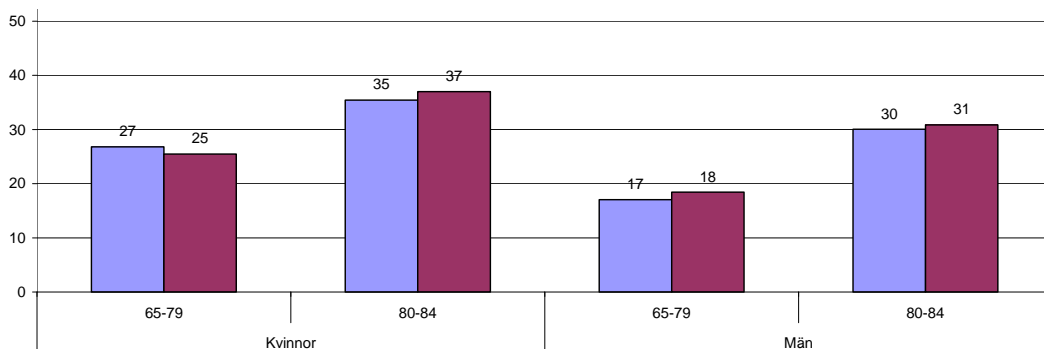
**Figur 20.** Andel som haft värk i händer, armar, ben, knän eller fötter senaste tre månaderna.

Ungefär var tionde person och färre hade haft värk i magen under de senaste tre månaderna. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade haft värk i magen (4 - 10%).

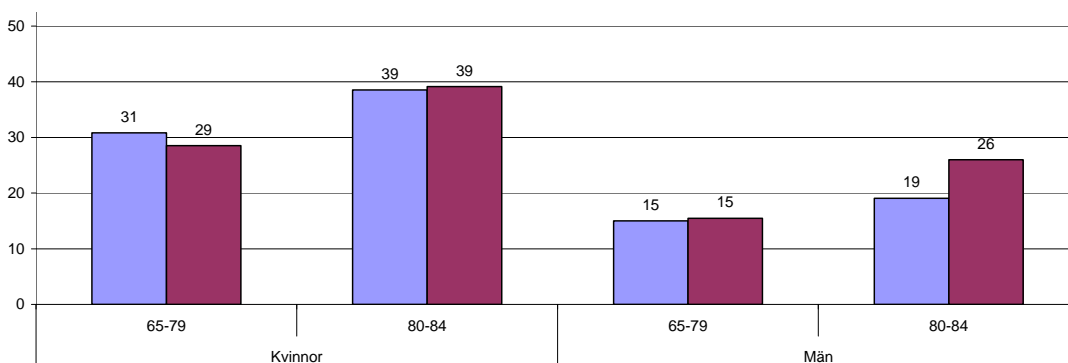
Mindre än var tionde person hade haft huvudvärk eller migrän under de senaste tre månaderna. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län, som hade haft huvudvärk eller migrän (4 - 9%).

Ungefär var tionde av de äldre i åldersgruppen 65-79 år hade haft yrsel under de senaste tre månaderna. Det var något större andel i åldersgruppen 80-84 år som hade haft yrsel. Det var en signifikant större andel kvinnor, än män, som hade haft yrsel i åldersgruppen 65-79 år i Södermanland (Kvinnor: D-län, 65-79 år = 11%, 80-84 år = 24%; T-län, 65-79 år = 12%, 80-84 år = 19%. Män: D-län, 65-79 år = 6%, 80-84 år = 20%; T-län, 65-79 år = 8%, 80-84 år = 14%).

Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade varit trötta och kraftlösa vid flera tillfällen under de senaste tre månaderna, se Figur 21. Var tredje till var fjärde kvinna hade haft sömnproblem under de senaste tre månaderna, se Figur 22. Det var en signifikant större andel kvinnor än män med sömnproblem, oavsett åldersgrupp.



**Figur 21.** Andel som hade känt trötthet och kraftlöshet vid flera tillfällen senaste tre månaderna

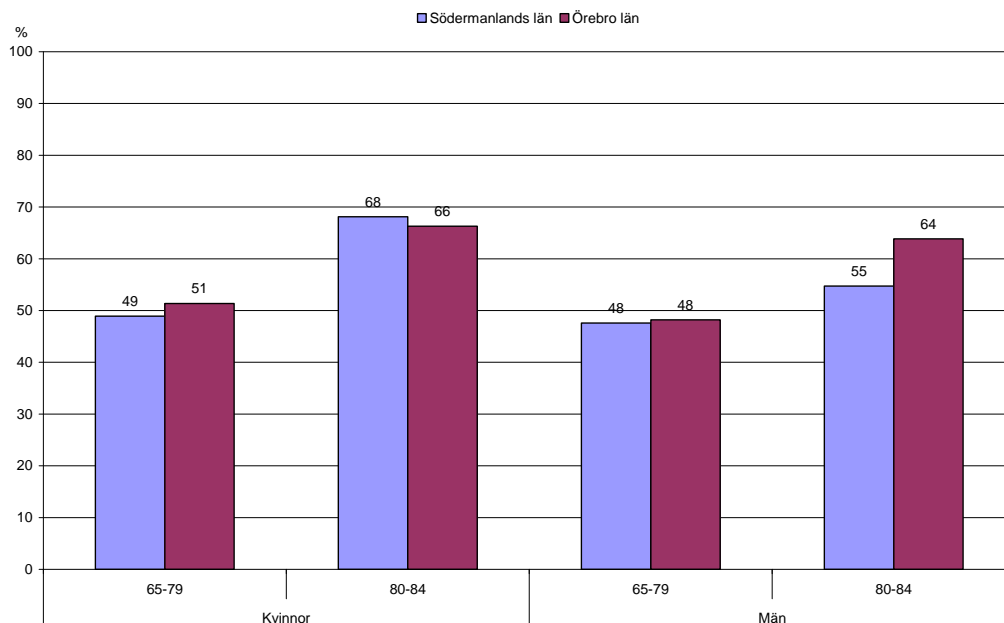


**Figur 22.** Andel som haft sömnproblem senaste tre månaderna.

### **Receptbelagda läkemedel**

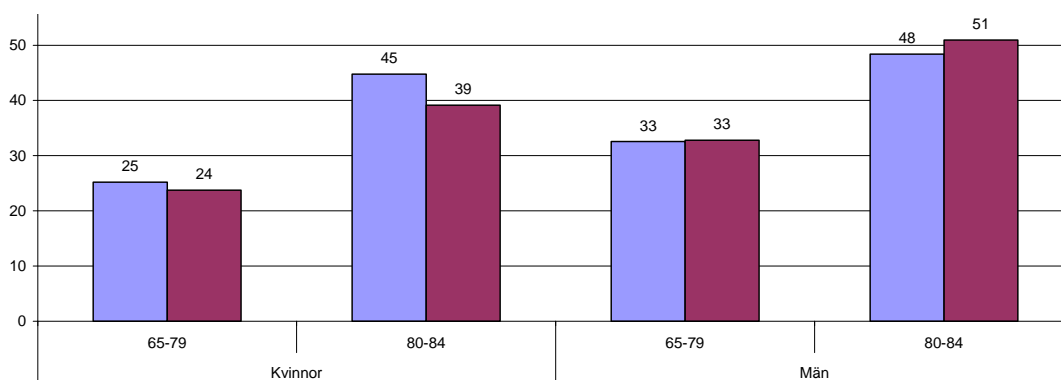
I det här avsnittet beskrivs hur stor andel av de äldre som hade använt olika receptbelagda läkemedel under de senaste tre månaderna. Avsnittet avslutas med en sammanfattande tabell innehållande alla receptbelagda läkemedel som de äldre använde, se Tabell 7.

Varannan person i åldersgruppen 65-79 år och två av tre i åldersgruppen 80-84 år hade använt blodtrycksläkemedel, se Figur 23. Ungefär en till tre av tio personer hade använt läkemedel mot kärlkramp under de senaste två veckorna. Det var en större andel i åldersgruppen 80-84 år.

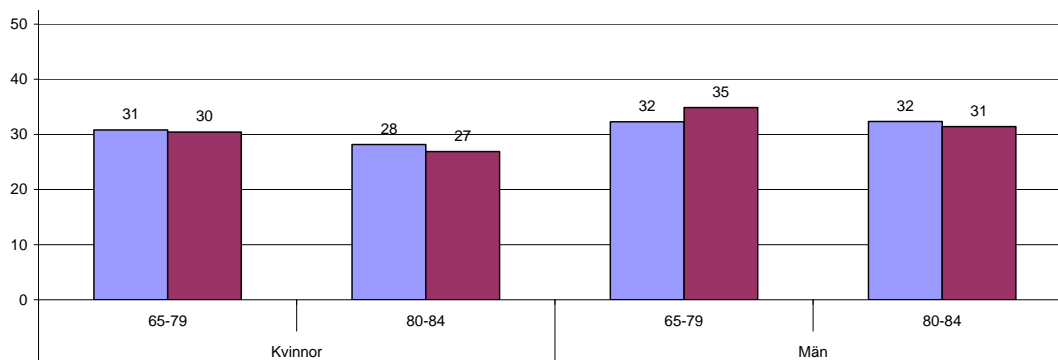


**Figur 23.** Andel som använt blodtrycksläkemedel senaste två veckorna.

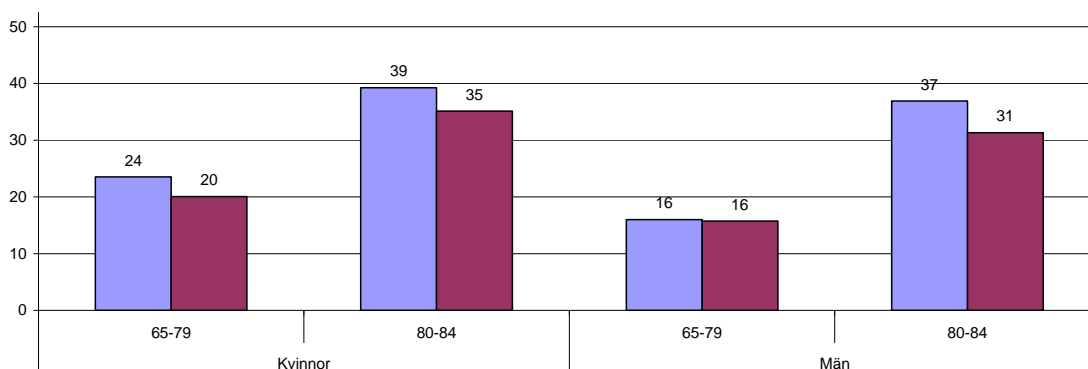
Det var en signifikant större andel män än kvinnor i åldersgruppen 65-79 år, som hade använt blodproppshämmande läkemedel under de senaste två veckorna, se Figur 24. Ungefär var tredje person oavsett åldersgrupp hade använt blodfettssänkande läkemedel under de senaste två veckorna, se Figur 25. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade använt vätskedrivande läkemedel under de senaste två veckorna, se Figur 26. Ungefär en till två av tio personer, oavsett kön och åldersgrupp, hade använt läkemedel mot diabetes under de senaste två veckorna.



**Figur 24.** Andel som använt blodproppshämmande läkemedel senaste två veckorna.



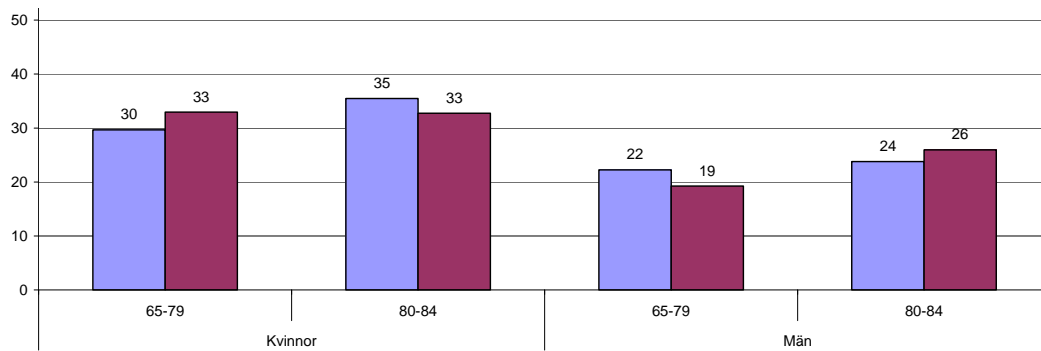
**Figur 25.** Andel som använt blodfettssänkande läkemedel senaste två veckorna.



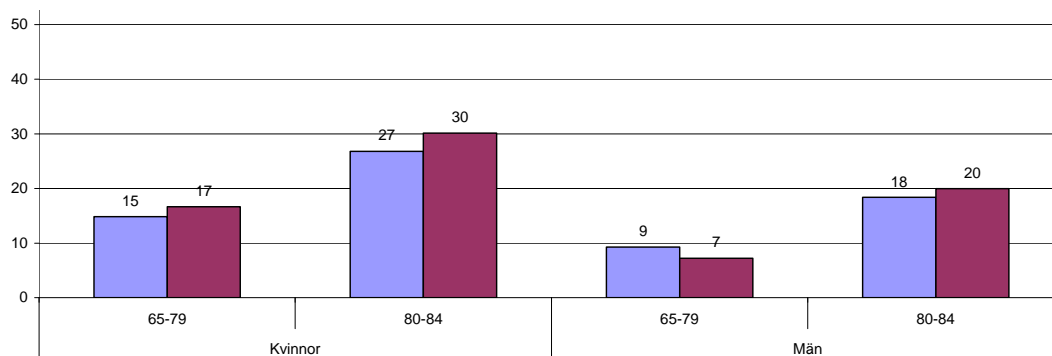
**Figur 26.** Andel som använt vätskedrivande läkemedel senaste två veckorna.

Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade använt smärtstillande eller antiinflammatoriska läkemedel under de senaste två veckorna, se Figur 27. Det var en större andel i åldersgruppen 80-84 år som hade använt sömnmedel under de senaste två veckorna, se Figur 28. Den var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade använt sömnmedel under de senaste två veckorna.

Det var en signifikant större andel kvinnor än män åldersgruppen 65-79 år, som hade använt lugnande läkemedel under de senaste två veckorna. I Sörmlands län var det en större andel kvinnor än män i åldersgruppen 80-84 år som hade använt lugnande läkemedel under de senaste två veckorna. Det var en signifikant större andel kvinnor än män åldersgruppen 65-79 år som hade använt antidepressiva läkemedel under de senaste två veckorna.



**Figur 27.** Andel som använt smärtstillande eller antiinflammatoriska läkemedel senaste två veckorna.



**Figur 28.** Andel som använt sömnmedel senaste två veckorna.

Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län, som hade använt läkemedel mot astma under de senaste två veckorna. Ungefär en till två av tio personer hade använt kortisonsalva mot eksem under de senaste två veckorna. Ungefär var tionde person hade använt magsårsmedicin under de senaste två veckorna. Drygt en av tio kvinnor, oavsett åldersgrupp, hade använt östrogen under de senaste två veckorna.

Avslutningsvis, se nedan, en sammanfattande beskrivningen av hur stor andel av del äldre som hade använt vilka receptbelagda läkemedel under de senaste två veckorna (Tabell 7).

**Tabell 7.** Andel som använt receptbelagda läkemedel för olika sjukdomar och besvär under senaste två veckorna.

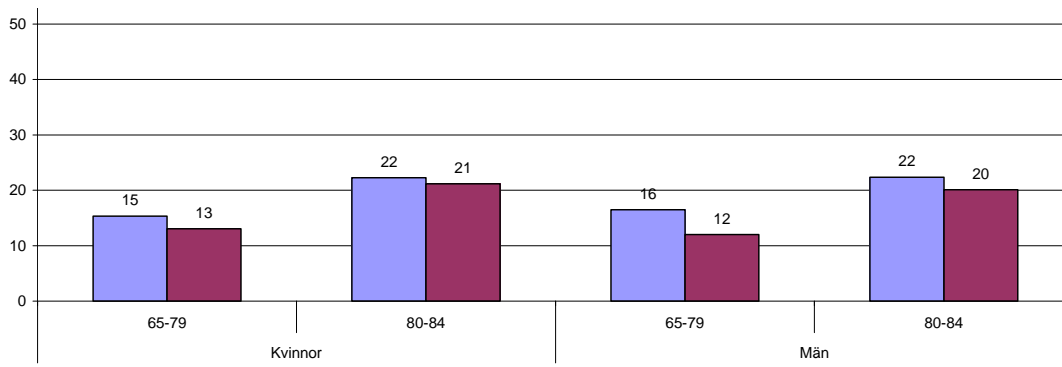
Receptbelagda läkemedel	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84
	%	%	%	%	%	%	%	%
Blodtryck	49	68	48	55	51	66	48	64
Kärlkramp	11	27	14	30	11	24	14	26
Blodproppshämmande	25	45	33	48	24	39	33	51
Blodfettssänkande	31	28	32	32	30	27	35	31
Vätskedrivande	24	39	16	37	20	35	16	31
Diabetes	10	14	12	13	11	14	13	16
Smärtstillande eller antiinflammatoriska	30	35	22	24	33	33	19	26
Sömn	15	27	9	18	17	30	7	20
Lugnande	9	15	4	4	8	13	5	12
Antidepressiva	8	10	4	4	7	7	4	6
Astma	9	12	6	4	10	9	5	11
Kortisonsalva mot eksem	11	11	13	16	11	12	10	20
Magsår	10	8	8	13	9	11	8	10
Östrogen	14	10	1	2	15	13	0	1

### **Kontakter med vården**

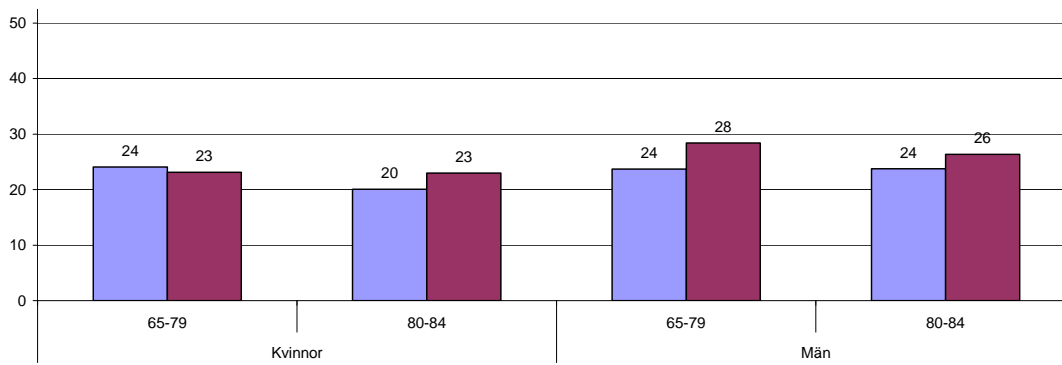
Här nedan beskrivs de äldres kontakter som de haft med olika vårdinrättningar, på grund av egna besvär eller sjukdom, under de senaste tre månaderna. Andelen som vid besöken på sjukhus och vårdcentral hade fått frågor om levnadsvanor och råd om att förändra dem beskrivs också.

De flesta bedömde behandlingen eller undersökningen vid deras senaste besök på vårdcentralen och sjukhuset som bra eller mycket bra. Ungefär en av tio personer, oavsett åldersgrupp, hade varit inlagda på sjukhus under de senaste tre månaderna (*Kvinnor*: D-län, 65-79 år = 9%, 65-84 år = 9%; T-län, 65-79 år = 8%, 80-84 år = 12%. *Män*: D-län, 65-79 år = 8%, 80-84 år = 17%; T-län, 65-79 år = 8%, 80-84 år = 10%). I åldersgruppen 80-84 år var kontakter i allmänhet med vårdinrättningar något vanligare och då främst med vårdcentralen och distriktssköterska (Figur 29-32). Vanligast var att de äldre hade besökt läkare på vårdcentralen, vilket fyra till fem av tio personer hade gjort (Figur 31). Det var en signifikant större andel män än kvinnor i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län, som hade besökt läkare på sjukhus (ej akut) under de senaste tre månaderna (Figur 30). En av tio personer och färre hade besökt privatläkare senaste tre månaderna.

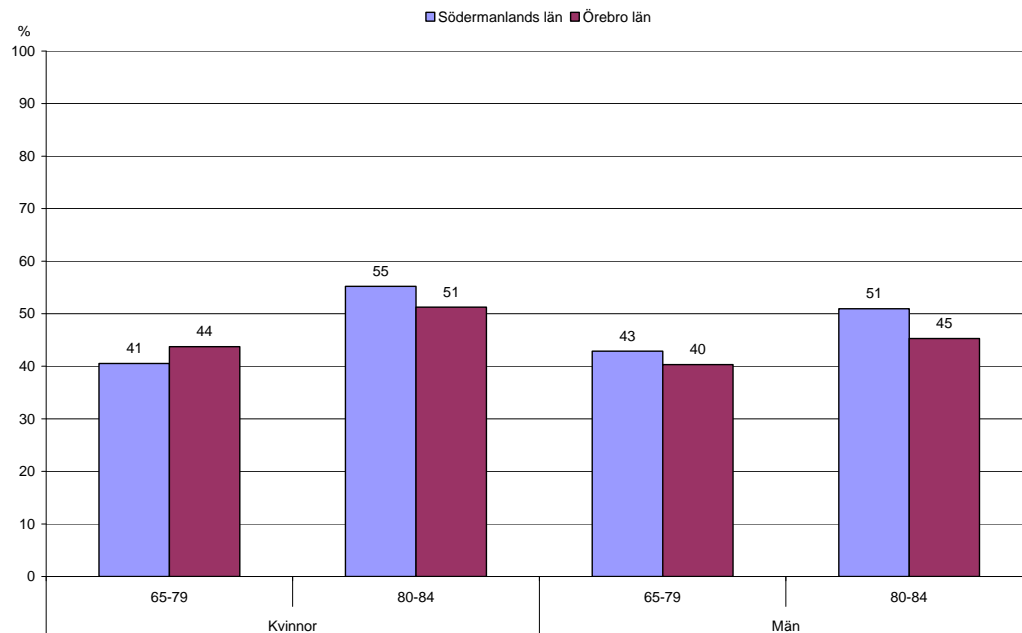
De yrkesgrupper som de äldre främst hade haft kontakt med under de senaste tre månaderna var, i följande ordning: läkare, distriktssköterskor, tandläkare, tandhygienist, sjukgymnast och arbetsterapeuter. Det var ett fåtal som hade besökt psykolog och kurator under de senaste tre månaderna.



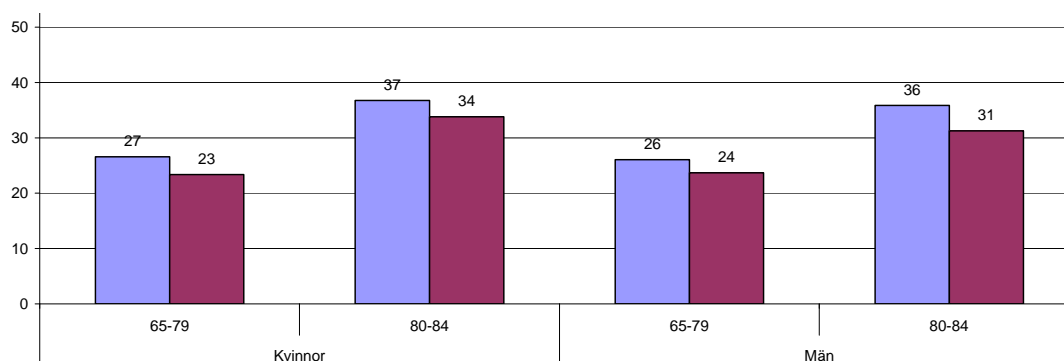
**Figur 29.** Andel som besökt läkare på akutmottagning senaste tre månaderna.



**Figur 30.** Andel som besökt läkare på sjukhus (ej akut) senaste tre månaderna.



**Figur 31.** Andel som besökt läkare på vårdcentral senaste tre månaderna.



**Figur 32.** Andel som besökt eller besökts av distriktssköterska senaste tre månaderna.

Tabell 8 visar om de äldre, som hade besökt vårdcentral under de senaste tre månaderna, hade fått frågor om levnadsvanor. De hade främst fått frågor om deras motionsvanor. Tabell 9 visar om de äldre, som hade besökt vårdcentral under de senaste tre månaderna, hade fått råd om att förändra sina levnadsvanor.

**Tabell 8.** Andel som fick *frågor* om levnadsvanor vid senaste besöket på vårdcentral.

Frågor om levnadsvanor	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %
<i>Ålder</i>								
Matvanor	14	11	16	17	16	10	19	14
Motionsvanor	22	16	28	17	21	14	25	22
Rökvanor	16	9	21	11	16	4	26	18
Snusvanor	3	2	13	5	4	1	14	7
Alkoholvanor	6	4	15	5	5	2	15	8

**Tabell 9.** Andel som fick *råd* om att ändra levnadsvanor vid senaste besöket på vårdcentral.

Råd att förändra vanor	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %
<i>Ålder</i>								
Matvanor	6	4	10	9	12	9	13	11
Motionsvanor	11	9	13	9	13	9	15	11
Rökvanor	7	2	5	8	7	1	8	5
Snusvanor	1	0	1	2	2	0	4	2
Alkoholvanor	2	2	4	4	2	1	5	3

De äldre hade fått frågor om levnadsvanor när det besökt sjukhus under de senaste tre månaderna (Tabell 10). De hade främst fått frågor om sina motions-, rök- och kostvanor. De äldre, som hade besökt sjukhus under de senaste tre månaderna, hade fått råd om att förändra sina levnadsvanor (Tabell 11). De hade främst fått råd om att ändra motions- och kostvanor.

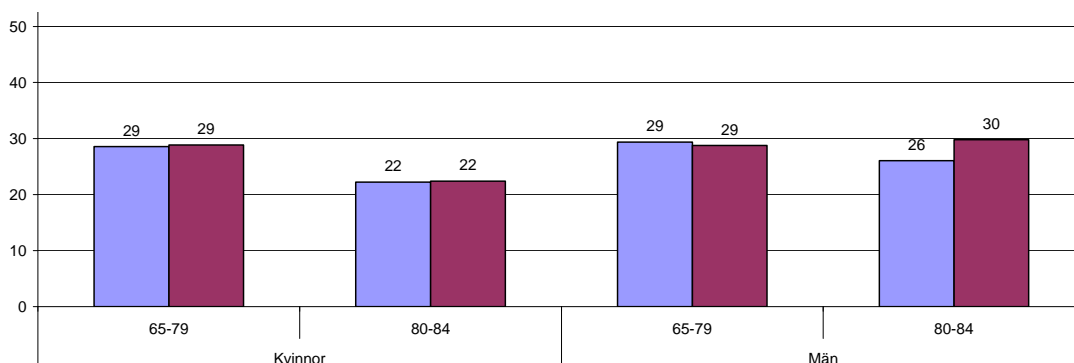
**Tabell 10.** Andel som fick *frågor* om sina levnadsvanor vid senaste besöket på sjukhus.

Levnadsvanor	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %
<i>Ålder</i>								
Matvanor	13	10	15	9	12	9	17	6
Motionsvanor	14	11	21	12	14	5	20	9
Rökvanor	13	8	21	14	15	8	22	13
Snusvanor	3	3	9	11	5	4	11	5
Alkoholvanor	6	3	14	12	7	4	13	8

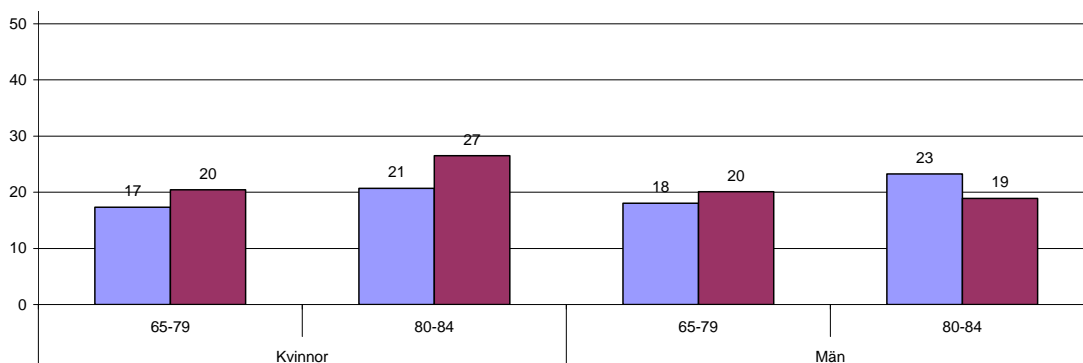
**Tabell 11.** Andel som fick *råd* om att ändra levnadsvanor vid senaste besöket på sjukhus.

Råd att förändra vanor	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %
<i>Ålder</i>								
Matvanor	11	6	9	2	7	2	10	5
Motionsvanor	7	8	11	7	8	2	11	5
Rökvanor	6	1	6	5	5	1	6	7
Snusvanor	1	0	2	3	1	0	2	1
Alkoholvanor	1	0	3	3	1	0	3	2

Ungefär två av tio personer hade besökt tandläkare under de senaste tre månaderna. De äldre hade i allmänhet oftare besökt privattandläkare (Figur 33), jämfört med folktandvården (Figur 34). Ungefär två till tre av tio personer hade besökt tandhygienist under de senaste tre månaderna.



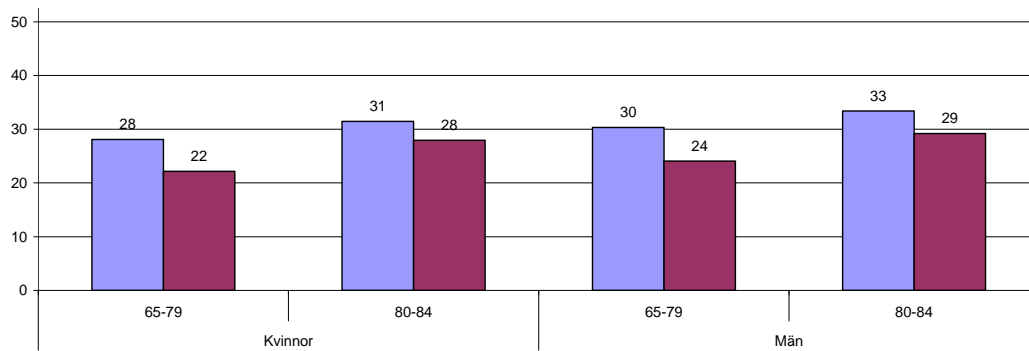
**Figur 33.** Andel som besökt privattandläkare senaste tre månaderna.



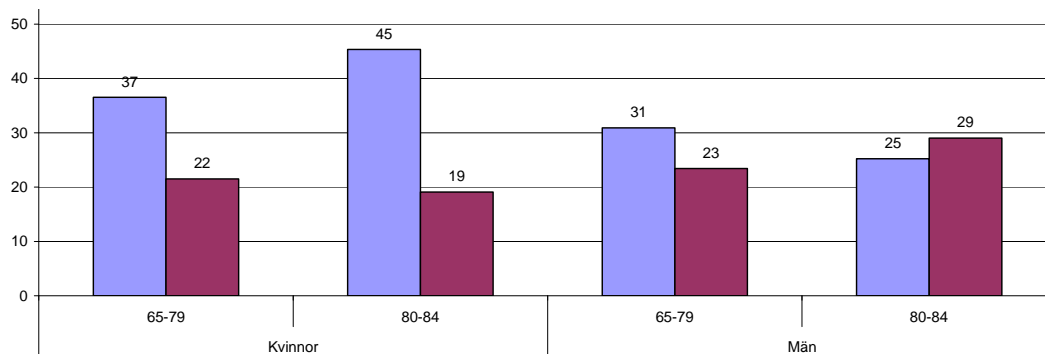
**Figur 34.** Andel som besökt tandläkare i folktandvården senaste tre månaderna.

### ***Tillgänglighet till vården***

Ungefär tre av tio av dem som försökt ringa, oavsett kön och ålder, hade haft svårt att komma fram på telefon till vårdcentralen under de senaste tre månaderna, se Figur 35. En större andel kvinnor i Södermanlands län och särskilt de i åldersgruppen 80-84 år, hade haft svårt att komma fram på telefon till sjukhus (Figur 36). Det var färre än var tionde person som hade haft svårt att komma fram på telefon till privat tandvård under de senaste tre månaderna. Det var däremot en större andel som hade haft svårt att komma fram på telefon till folktandvården. Det var en signifikant större andel kvinnor i åldern 80-84 år i Södermanlands län, än i Örebro län, som hade haft svårt att komma fram på telefon till folktandvården (*Kvinnor*: D-län, 65-79 år = 12%, 80-84 år = 41%.; T-län, 65-79 år = 16%, 80-84 år = 6%. *Män*: D-län, 65-79 år = 13%, 80-84 år = 5%; T-län, 65-79 år = 12%, 80-84 år = 19%).

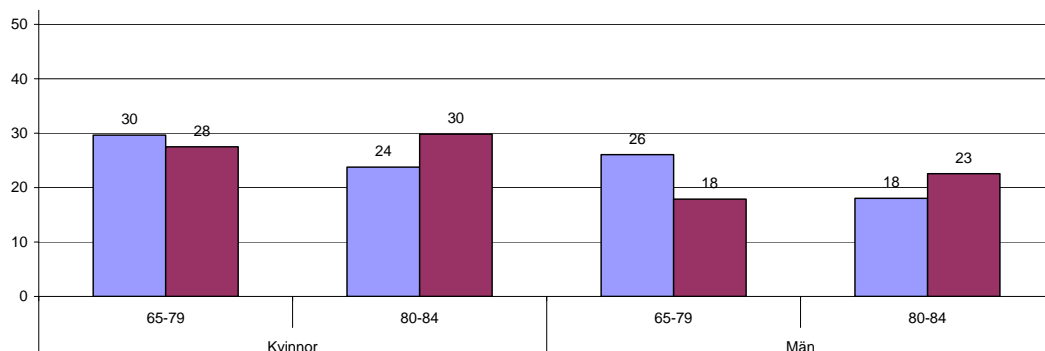


**Figur 35.** Andel som hade svårt att komma fram på telefon till vårdcentral senaste tre månaderna.

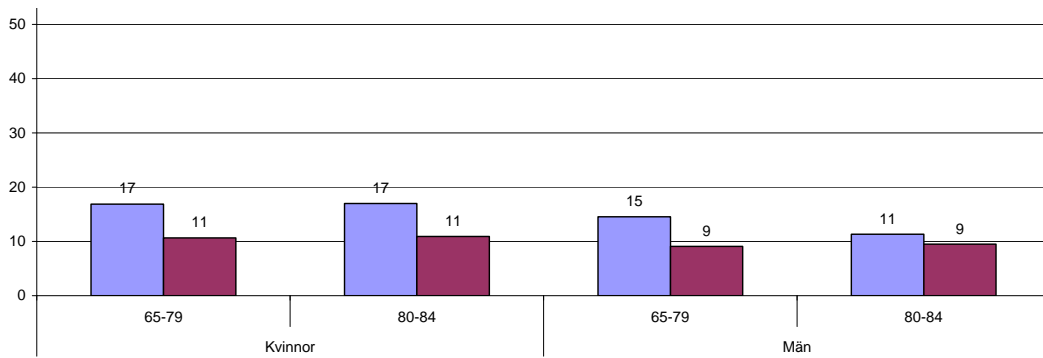


**Figur 36.** Andel som hade svårt att komma fram på telefon till sjukhus senaste tre månaderna.

Ungefär var fjärde person bedömde att väntetiden hade varit lång för att komma på besök till sjukhus under senaste tre månaderna (Figur 37). Det var en lägre andel som bedömde att väntetiden hade varit lång för att komma på besök till vårdcentral (Figur 38) och folktandvård. Det var nästan ingen som bedömde att väntetiden hade varit lång för att komma på besök till privat tandvård, under senaste tre månaderna.



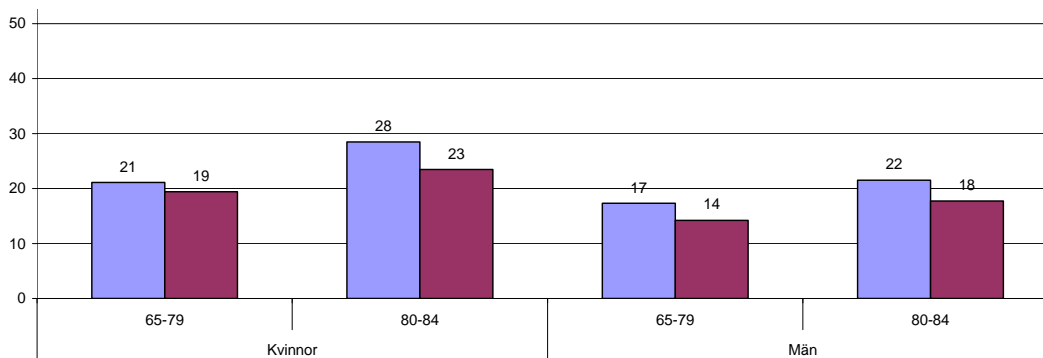
**Figur 37.** Andel som bedömde väntetiden som lång att komma till sjukhus senaste tre månaderna.



**Figur 38.** Andel som bedömde väntetiden som lång att komma till vårdcentral senaste tre månaderna.

### **Avstått vård**

Ungefär två av tio personer hade inte sökt läkarvård senaste tre månaderna, trots att de ansåg sig behöva läkarvård, se Figur 39. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län, som hade avstått läkarvård trots att de behövde läkarvård. De fyra främsta anledningarna till att de äldre (färre än var tionde) avstod läkarvård, trots att de behövde läkarvård, var att besvären gick över, väntetiderna var för långa, det var svårt att komma fram på telefonen och de ansåg att de ändå inte kunde få den hjälp de behövde. Att avstå från receptbelagda läkemedel, sjukvårdsbesök, tandvårdsbesök, läkarvård eller annan vård på grund av ekonomiska skäl var mycket ovanligt.



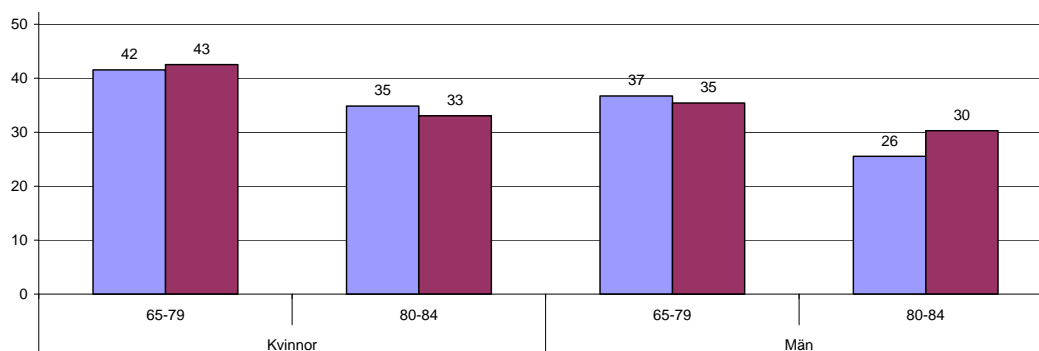
**Figur 39.** Andel som varit i behov av läkarvård senaste tre månaderna, men ej sökt.

## Äldre personers levnadsvanor

Med levnadsvanor menas det som är inuti ramen av omgivningsfaktorer och livsvillkor, se vidare hälsans bestämningsfaktorer Figur 1. Levnadsvanor handlar om allt ifrån fysisk aktivitet, sömnvanor, kostvanor, vikt, alkohol- och tobaksvanor till stillasittande fritidssysselsättning och socialt umgänge. Levnadsvanor handlar om vilka val en enskild person gör, som hur livet väljs att leva helt enkelt. Levnadsvanor handlar om de vanor som har stor betydelse för hälsan. Att ha många ohälsosamma levnadsvanor medför en ökad risk för att utveckla ohälsa.

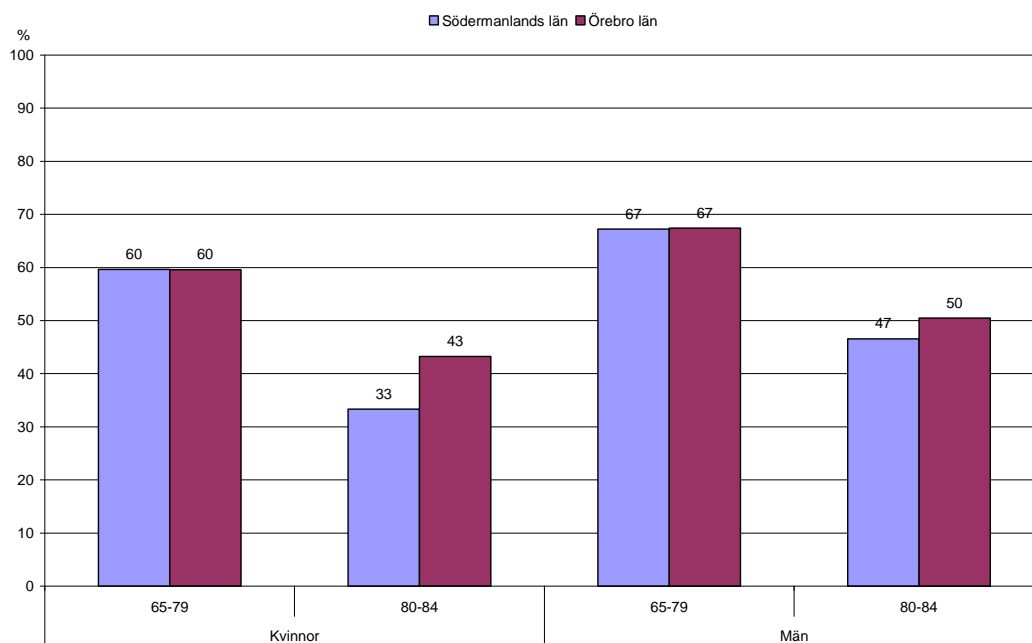
### Fysisk aktivitet

Resultatet visade att ungefär var tredje i åldersgruppen 80-84 år, ville delta i aktivitet för att förbättra sina levnadsvanor, se Figur 40. Det var en signifikant större andel kvinnor i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län som ville delta i aktivitet för att förbättra sina levnadsvanor.



Figur 40. Andel som vill vara med i aktivitet för att förbättra sina levnadsvanor.

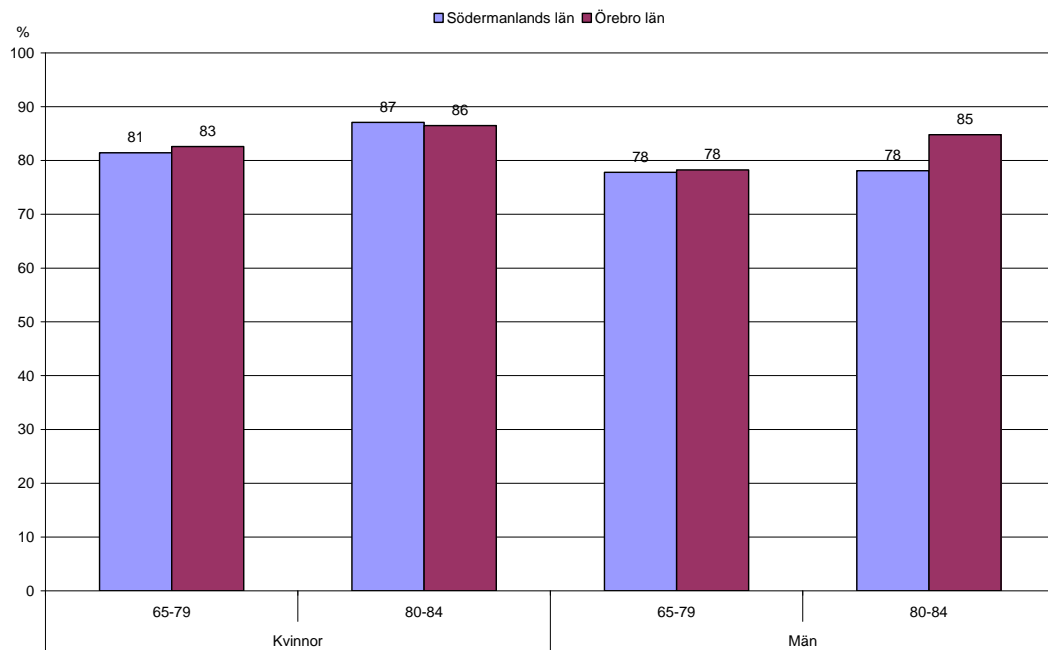
Ungefär två till tre av tio personer hade deltagit i aktivitet för att förbättra sina levnadsvanor senaste året. Det var en signifikant större andel kvinnor i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län som hade deltagit i aktivitet för att förbättra sina levnadsvanor senaste året (*Kvinnor*: D-län, 65-79 år = 32%, 80-84 år = 18%.; T-län, 65-79 år = 30%, 80-84 år = 21%. *Män*: D-län, 65-79 år = 29%, 80-84 år = 25%; T-län, 65-79 år = 25%, 80-84 år = 15%). Det fanns en tendens till att de i åldersgruppen 65-79 år i högre grad, än de i åldersgruppen 80-84 år, hade deltagit i aktivitet för att förbättra sina levnadsvanor. En av tio personer och något färre hade motionerat regelbundet, minst 30 minuter tre gånger i veckan, under det senaste året. Det var en större andel i åldern 65-79 år, än 80-84 år, som hade ägnat sig åt måttligt ansträngande aktiviteter i mer än tre timmar per vecka, se Figur 41.



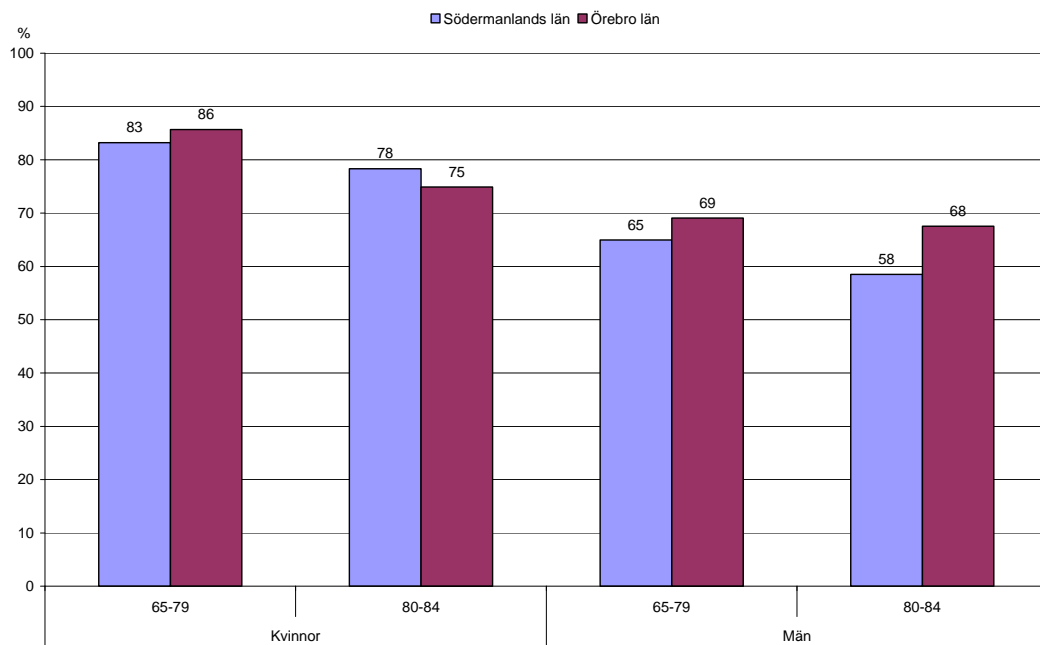
**Figur 41.** Andel som ägnar sig åt måttligt ansträngande aktiviteter mer än tre timmar per vecka.

## **Mat**

De flesta åt minst tre huvudmål dagligen eller i stort sett dagligen, se Figur 42. Samtidigt visade resultatet omvänt att så stor andel som ungefär två av tio inte åt minst tre huvudmål, dagligen eller i stort sett dagligen. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år som var ganska eller mycket måna om att undvika fet mat, se Figur 43. Det var också en signifikant större andel kvinnor än i åldersgruppen 80-84 år i Södermanlands län, som var ganska eller mycket måna om att undvika fet mat. En låg andel av de äldre åt grönsaker eller rotfrukter respektive frukt eller bär minst tre gånger per dag. Matvanorna kommenteras i diskussionen.



**Figur 42.** Andel som dagligen eller i stort sett dagligen äter minst tre huvudmål.



**Figur 43.** Andel som är ganska eller mycket mån om att undvika fet mat.

## Vikt

Body Mass Index (BMI) är ett mått som har tagits fram för att bedöma prognos för sjuklighet och dödlighet för personer med hjärtkärlsjukdom (Akner, 2006). Senare har BMI kommit att användas i bedömningar av nutritionstillstånd och risken för att utveckla ohälsosamma tillstånd. Den lägsta risken finns inom BMI-intervallet 20-25. Övervikt brukar definieras som BMI 25–30 och fetma som BMI över 30. Det är dock inte kartlagt exakt var "äldre-intervallet" för BMI ligger, då det beror på vilka utfallsmått som studeras (Akner, 2006). Men BMI 22-27 anges ofta som hälsosamt för äldre personer. BMI 18,4 och lägre kan betraktas som en indikator på undervikt eller kronisk brist på energi i kroppen.

Det var en låg andel, från noll till tre procent, som hade BMI 18,4 och lägre, vilket indikerade undervikt. Det var något lägre än 40 procent som hade BMI 20-25, se Tabell 12. Det var ungefär hälften som hade BMI 22-27, inom det "äldre-intervall" som ofta anges vara hälsosamt för BMI för äldre personer, vilket kommenteras i diskussionen. Över hälften av de äldre hade BMI 25 och högre. Ungefär en till två av tio personer hade BMI 30 och högre. Det var en signifikant större andel kvinnor, än män, i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län, som hade BMI 30 och högre, se Tabell 12.

**Tabell 12.** Fördelningen av Body Mass Index (BMI) bland de äldre.

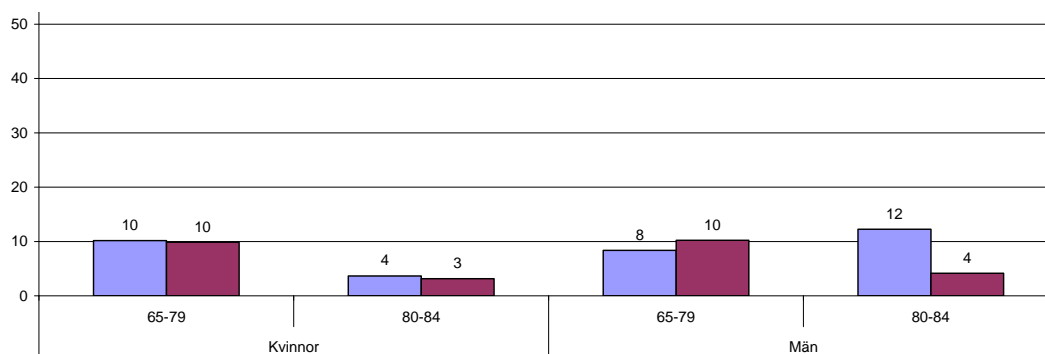
BMI	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
Ålder	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %
BMI								
<20	5	8	2	3	5	7	2	3
<22	13	20	8	11	14	16	9	13
20-25	34	34	35	37	36	39	33	41
22-27	46	40	51	56	45	45	48	57
≥25	61	58	63	61	60	53	66	56
≥27	41	40	42	34	41	39	44	30
≥30	21	16	16	11	21	14	18	11

## Alkohol

Alkoholvanor beskrivs här ur två synvinklar. En synvinkel är att vara riskkonsument, det vill säga ett drickande som kan ge alkoholskador enligt ett index utifrån hur ofta och hur mycket en person dricker vid varje tillfälle. Det var en liten andel som bedömde sig själva som riskkonsumenter i åldersgruppen 65-79 år och nästan inga alls i åldersgruppen 80-84 år synvinkeln är att beskriva alkoholvanor utifrån de som varit berusade under senaste året. Resultatet visade att andelen var låg som varit berusad minst en gång per månad under senaste året. Det var en större andel män än kvinnor i åldersgruppen 65-79 år som varit berusade under senaste året.

## Tobak

Tobaksvanor omfattar rökning och snusning. I åldersgruppen 65–79 år rökte var tionde man och kvinna, se Figur 44. En signifikant större andel män än kvinnor rökte dagligen i åldersgruppen 80-84 år i Sörmlands län. Det var en signifikant större andel män än kvinnor som snusade dagligen i åldersgruppen 65-79 år. Det en signifikant större andel män i åldersgruppen 80-84 år i Örebro län som snusade dagligen.



Figur 44. Andel som röker dagligen.

## Sömn

De äldre sov i genomsnitt sju timmar per natt. Män i åldersgruppen 65-79 år sov signifikant fler timmar än kvinnor. I åldersgruppen 80-84 år var det en signifikant större andel män i Örebro län som sov fler timmar än kvinnorna.

## Fritid

Nedan beskrivs översiktligt vilka fritidsaktiviteter de äldre hade ägnat sig åt minst en gång per vecka, utifrån bestämda svarsalternativ, se Tabell 13.

**Tabell 13.** Andel som ägnat sig åt fritidsaktiviteter minst en gång per vecka.

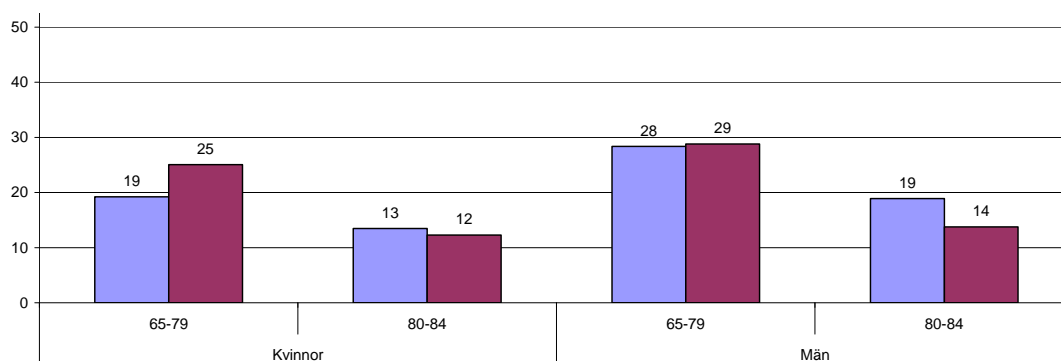
Fritidsaktiviteter	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84
<i>Ålder</i>	%	%	%	%	%	%	%	%
Besöker sportevenemang	2	0	3	4	1	0	5	2
Besöker teater	0	0	0	0	0	0	0	0
Besöker utställning/museum	0	0	1	0	0	1	0	0
Besöker konsert	0	0	0	0	0	2	0	0
Besöker bibliotek	7	9	9	6	9	5	8	10
Besöker bio	0	0	1	0	0	0	0	0
Deltar i studiecirkel/kurs	13	14	6	10	14	12	5	6
Spelar bingo	7	10	3	3	8	10	6	8
Trädgårdsarbete	37	20	48	36	39	26	48	30
Sköter om husdjur	21	12	29	20	26	13	30	14
Vistas i naturen, fiskar, jagar, gör båturer eller liknande	35	14	40	24	34	13	36	25
Sjunger, spelar, dansar, målar, syr eller annan skapande verksamhet	33	32	16	16	36	25	17	15
Använder dator	26	11	43	15	28	9	44	11
Tittar på TV	97	96	97	96	97	96	97	96
Umgås med släkt och vänner	69	63	57	62	70	71	65	60
Läser tidningar/böcker	97	96	97	95	97	97	97	96

Tabell 13 visade att de fritidsaktiviteter som de äldre främst hade ägnat sig åt minst en gång per vecka var att läsa tidningar och böcker, att titta på TV och att umgås med släkt och vänner.

Nästan alla de äldre hade ägnat sig åt att titta på TV minst en gång per vecka, se Tabell 13. De äldre ägnade i genomsnitt knappt fyra timmar av sin fritid vid TV/dator. En signifikant större andel män, än kvinnor, i åldersgruppen 65-79 år använde dator (Tabell 13). Vidare, se tabell 13, i Örebro län jämfört med Södermanlands län umgicks en signifikant större andel män i åldersgruppen 65-79 år med släkt och vänner. I Södermanlands län var det en signifikant större andel kvinnor, än män i åldersgruppen 65-79 år, som umgicks med släkt och vänner minst en gång per vecka.

En signifikant större andel män i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län hade, jämfört med Södermanlands län, besökt sportevenemang. I Örebro län var det också en signifikant större andel män än kvinnor som besökt sportevenemang. Drygt var tionde person i åldersgruppen 65-79 år ägnade sig åt studiecirkel/kurs minst en gång per vecka. En signifikant större andel kvinnor i åldersgruppen 65-79 år, hade deltagit i studiecirkel/kurs.

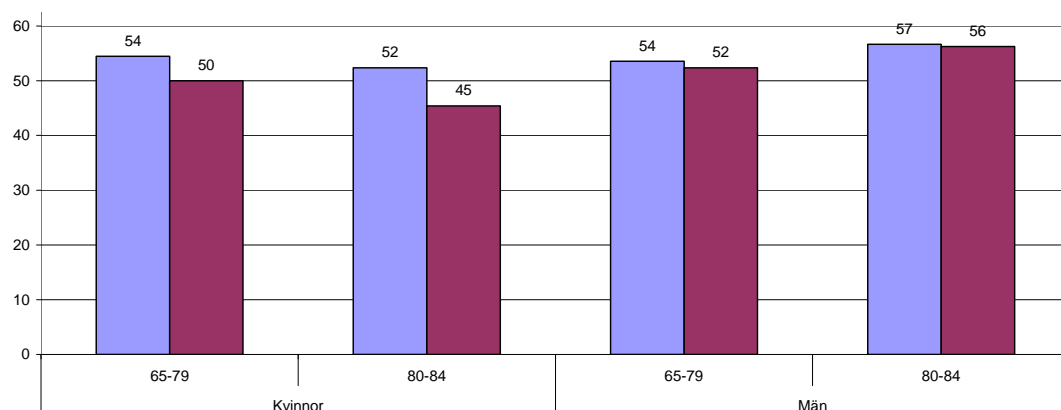
I Örebro län, jämfört med Södermanlands län, hade en signifikant större andel män i åldersgruppen 65-79 år, spelat bingo minst en gång per vecka. I Södermanlands län hade en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år spelat bingo minst en gång i veckan. Det var en signifikant större andel män, än kvinnor, åldersgruppen 65-79 år, som hade ägnat sig åt trädgårdsarbete minst en gång per vecka. Det var en större andel män i åldersgruppen 80-84 år i Södermanlands län som hade ägnat sig åt trädgårdsarbete. Ungefär var fjärde person skötte om husdjur, se Tabell 13. Med stigande ålder var trenden att allt färre hade husdjur, se Figur 45.



**Figur 45.** Andel som har husdjur.

I Södermanlands län var det en signifikant större andel män, än kvinnor, i åldersgruppen 65-79 år som skötte om husdjur, minst en gång per vecka (se ovan Tabell 13). I Örebro län fanns det, jämfört med Södermanlands län, en större andel kvinnor i åldersgruppen 65-79 år som skötte om husdjur minst en gång per vecka.

En signifikant större andel män, än kvinnor, i åldersgruppen 80-84 år hade strövat i naturen, fiskat, jagat, gjort båtturer eller liknande, minst en gång per vecka. Andelen som sjöng, spelade, dansade, målade, sydde eller ägnade sig annan skapande verksamhet, var signifikant större bland kvinnor i åldersgruppen 65-79 år samt i Södermanlands län bland kvinnor i åldersgruppen 80-84 år. Resultat visade också att ungefär hälften av de äldre var aktiva i någon grupp, organisation, förening eller samfund (Figur 46).



**Figur 46.** Andel som var aktiva i någon grupp, organisation, förening eller samfund.

Den typ av grupp, organisation, förening eller samfund som de flesta äldre var aktiva i var i pensionärsförening, följt av ett religiöst samfund eller församling, se nedan Tabell 14.

**Tabell 14.** Andel som var aktiva i olika grupper, organisationer, föreningar eller samfund.

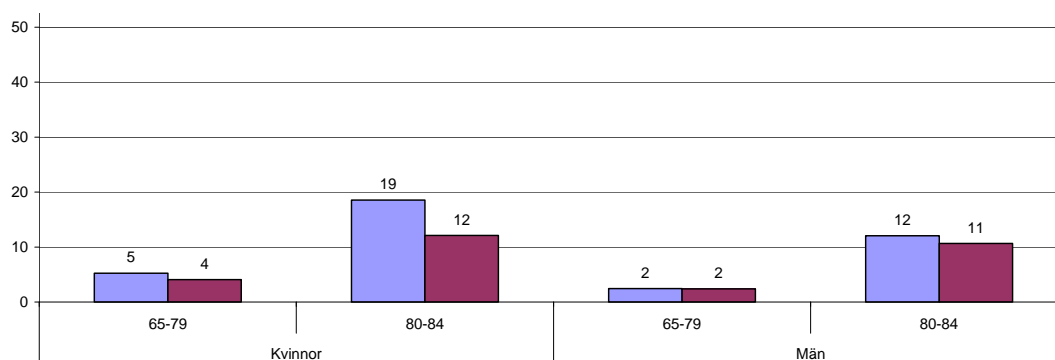
Grupp, organisation, förening, samfund	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %
Politiskt parti	2	2	4	5	4	4	4	4
Natur-/miljöorganisation	1	1	2	1	2	1	3	4
Idrottsförening	3	1	8	3	3	2	9	6
Hjälorganisation	5	3	2	1	7	7	4	5
Handikapp-/patientförening	3	3	2	2	4	4	3	2
Pensionärsförening	23	28	17	23	26	32	15	24
Religiöst samfund eller församling	7	11	6	7	11	16	7	7
Kör, orkester, teatergrupp eller annat kulturellt sällskap	7	5	5	4	7	5	7	7
Bostadsrätts-/villaförening	8	10	10	11	7	6	7	10
Bygdeförening	5	4	5	6	6	6	6	8

## Äldre personers livsvillkor

Med livsvillkor menas de förutsättningar en person föds in i och lever i, se vidare om hälsans bestämningsfaktor (Figur 1). Livsvillkor kan liknas med den ram en person har för sitt liv. Livsvillkoren beror bland annat på samhällsstrukturen, hur hemmet ser ut och var boendet är. Livsvillkoren beror också på kultur, religion, normer och värderingar. Livsvillkoren är svårare, än levnadsvanor, men dock inte omöjliga att påverka. I det här avsnittet beskrivs de äldres egna bedömningar av behov av och tillgång till stöd och hjälp, trygghet och sociala relationer samt deras förtroende för institutioner i samhället och politiker.

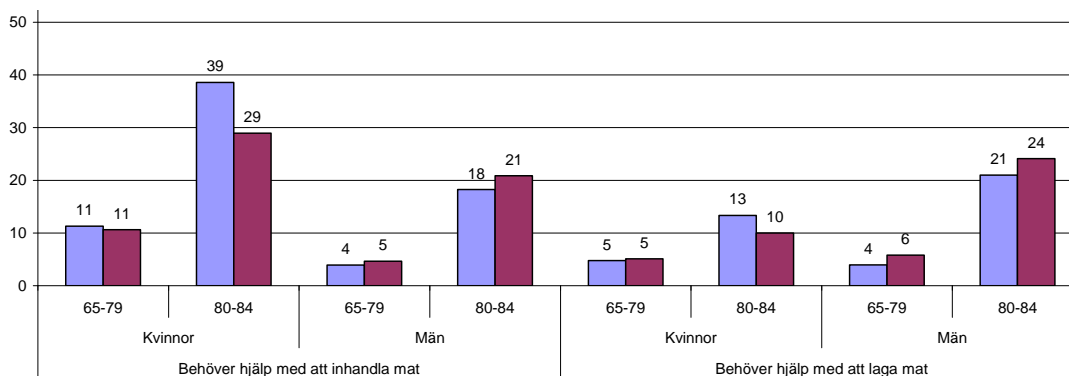
### Behov av stöd och hjälp

Under senaste året hade en större andel i åldersgruppen 80-84, än i åldersgruppen 65-79 år, ansökt om stöd och hjälp hos kommunen, se Figur 47. Med stöd och hjälp avses hemtjänst, särskilt boende och personlig assistent. Det var en större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år i Sörmlands län som hade ansökt om stöd och hjälp hos kommunen.



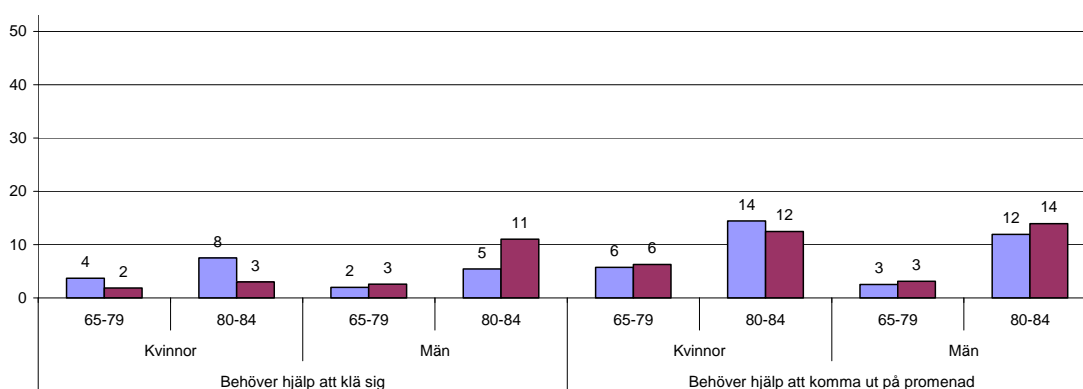
**Figur 47.** Andel som hos kommunen ansökt om stöd och hjälp senaste året.

Det var ungefär två till fyra av tio personer i åldersgruppen 80-84 år som på grund av nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom hade fått hjälp med att handla mat. Det var en större andel som hade fått hjälp i åldersgruppen 80-84 år, än i åldersgruppen 65-79 år. Det var en större andel kvinnor än män, i åldersgruppen 65-79 år, som på grund av nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom hade fått hjälp med att handla mat, se Figur 56. Det var en signifikant större andel män än kvinnor i åldersgruppen 80-84 år i Örebro län, som på grund av nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom hade fått hjälp med att laga mat, se Figur 48.



**Figur 48.** Andel som på grund av nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom behöver hjälp med att handla mat respektive att laga mat.

Det var ungefär var tionde person och ännu färre som på grund av nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom hade fått hjälp med att klä sig (Figur 49). Det var en signifikant större andel män än kvinnor i åldersgruppen 80-84 år i Örebro län som hade fått hjälp med att klä sig. Det var en större andel i åldersgruppen 80-84 år, än i åldersgruppen 65-79 år, som på grund av nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom hade fått hjälp att komma ut på promenad (Figur 49). Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år som hade fått hjälp att komma ut på promenad.

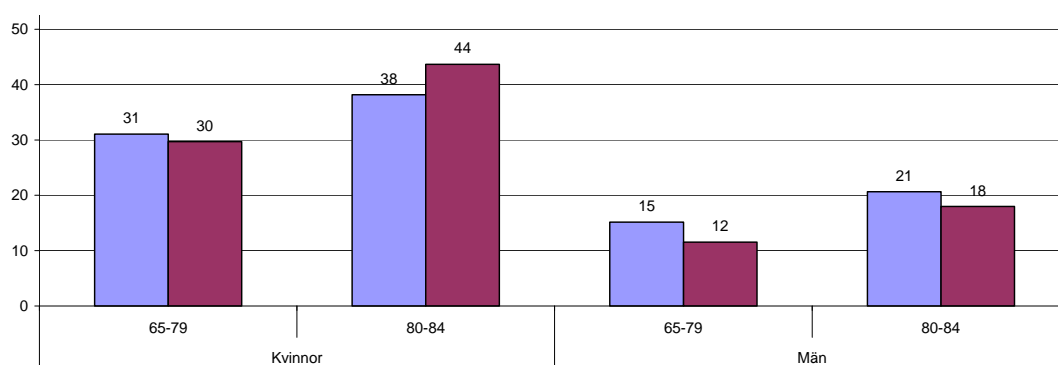


**Figur 49.** Andel som på grund av nedsatt funktionsförmåga behöver hjälp med att klä sig respektive hjälp med att komma ut på promenad.

## Trygghet och sociala relationer

Här beskrivs de äldres bedömning av trygghet och sociala relationer, som att råka ut för olyckor, vara stolt, uppskattad, rädd, kränkt och ignorerad samt andel som har någon som kan ge dem stöd och hjälpa när det behövs.

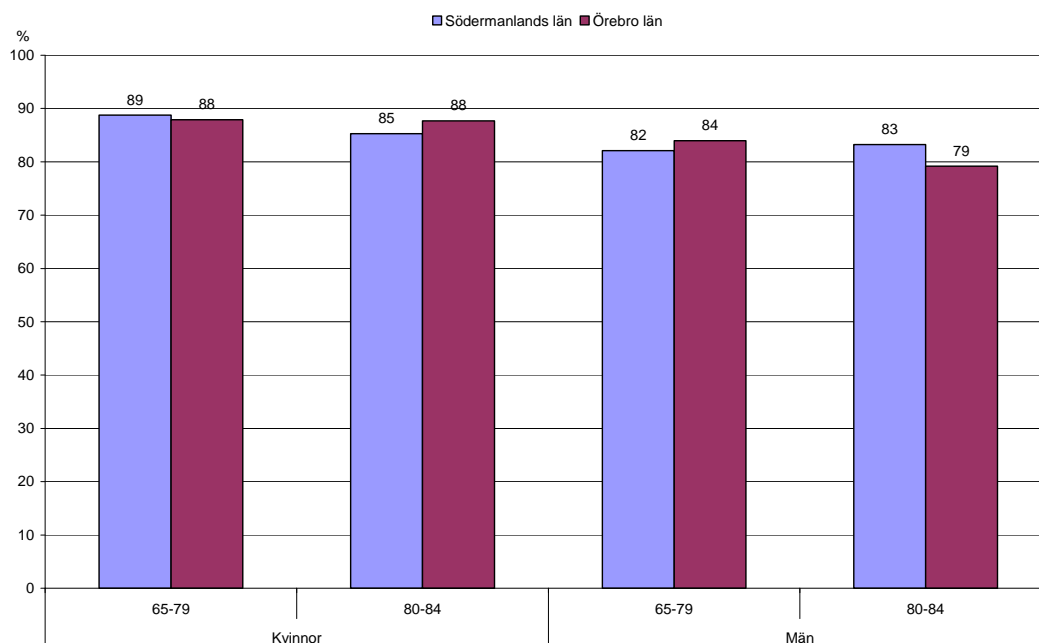
Det var ungefär tre till fyra av tio kvinnor som ibland eller ofta avstod från att gå ut av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad (Figur 50). Det var en signifikant större andel kvinnor än män. Rädslan var högre i den äldre åldersgruppen 80-84 år.



**Figur 50.** Andel som ibland eller ofta avstår från att gå ut av rädsla för att bli överfallen, rånad eller ofredad.

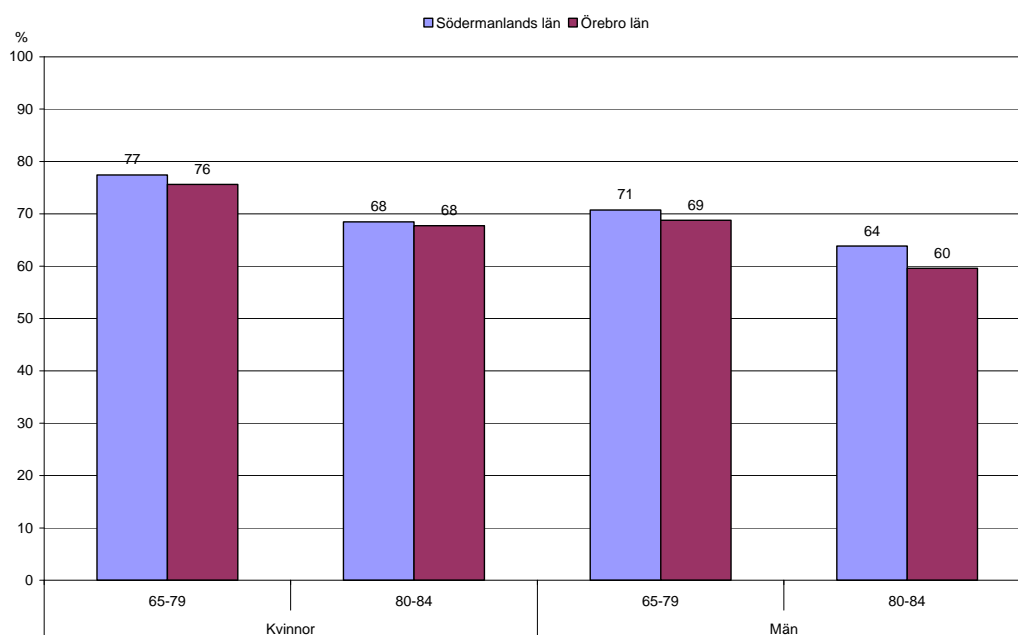
En övertygande majoritet hade inte råkat ut för olycksfall som hade lett till att de sökte vård eller tandvård, under senaste året. Det var ungefär var tionde person som hade råkat ut för olycksfall som ledde till att de sökte vård eller tandvård, under senaste året. (Kvinnor: D-län, 65-79 år = 7%, 80-84 år = 12%; T-län, 65-79 år = 8%, 80-84 år = 11%. Män: D-län, 65-79 år = 8%, 80-84 år = 9%; T-län, 65-79 år = 6%, 80-84 år = 6%). Olyckan hade främst hänt i hemmet, trädgården eller under promenad.

De flesta hade varit med om positiva erfarenheter, genom att de hade blivit uppskattade under de senaste tre månaderna (Figur 51). Det var en signifikant större andel kvinnor, än män, i åldersgruppen 65-79 år, som hade blivit uppskattade. De som främst hade visat dem uppskattning var en familjemedlem, släkting, nära bekant, en granne eller någon annan i bostadsområdet. Det var en signifikant större andel kvinnor, än män, i åldersgruppen 65-79 år, som hade blivit uppskattade av en familjemedlem eller en släkting (Kvinnor: D-län, 65-79 år = 64%, 80-84 år = 54%; T-län, 65-79 år = 67%, 80-84 år = 51%. Män: D-län, 65-79 år = 56%, 80-84 år = 53%; T-län, 65-79 år = 60%, 80-84 år = 56%).



Figur 51. Andel som fått uppskattning under senaste tre månaderna.

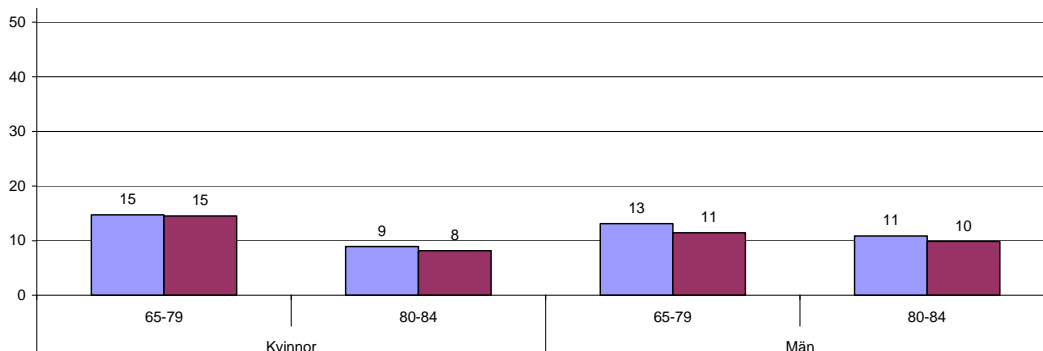
Det var ungefär sju av tio personer som på grund av någon annan hade känt sig stolt under de senaste tre månaderna, se Figur 52. Det var en signifikant större andel kvinnor, än män, i åldersgruppen 65-79 år, som hade känt sig stolta. %: *Män*: D-län, 65-79 år = 79%, 80-84 år = 76%; T-län, 65-79 år = 79%, 80-84 år = 78%).



Figur 52. Andel som känt sig stolta senaste tre månaderna (beroende av hur någon annan varit/sagt)

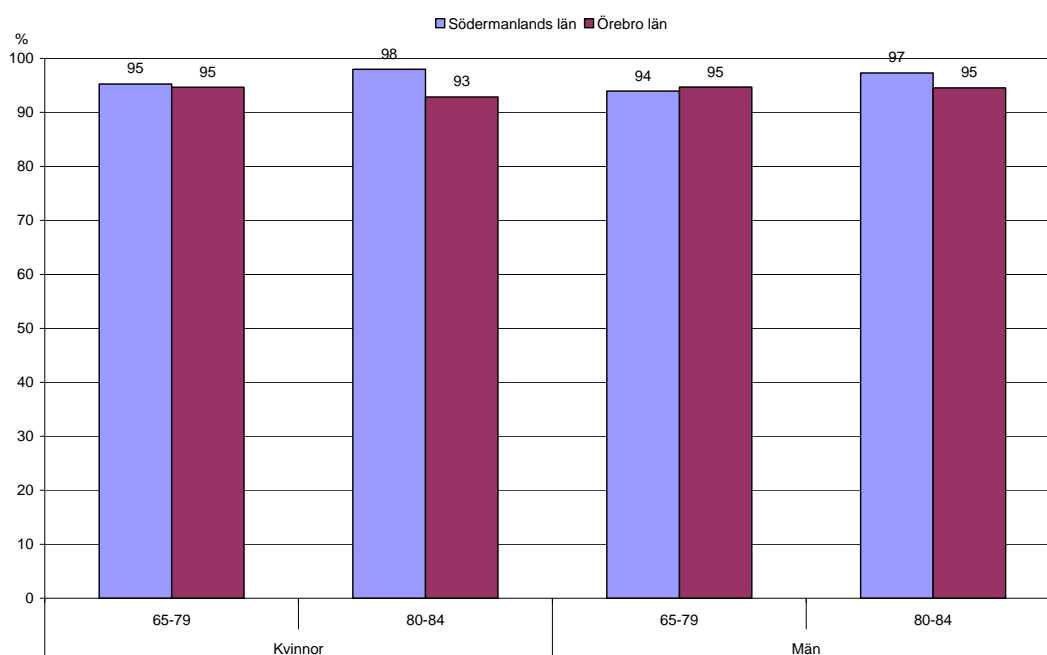
Ungefär en av tio personer hade blivit nedlåtande behandlad under de senaste tre månaderna. Det var en signifikant större andel kvinnor, än män, i åldersgruppen 65-79 år, som hade blivit nedlåtande behandlad de senaste tre månaderna. De som främst hade varit nedlåtande var

familjemedlem eller släkting, vårdpersonal, granne eller annan i bostadsområdet och butiks- eller servicepersonal. Den nedlåtande behandlingen bedömdes främst ha samband med åldersdiskriminering (0 - 3%). Var tionde person och färre angav att någon hade uttryckt sig nedsättande om dem. Det var en större andel som hade blivit ignorerade av någon i omgivningen senaste tre månaderna, se Figur 53.

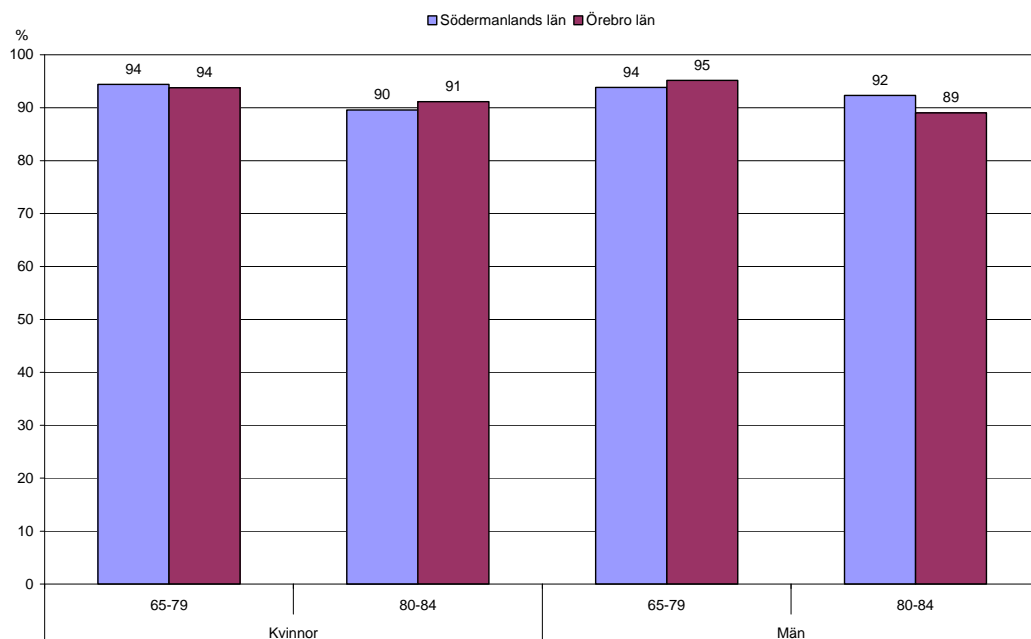


**Figur 53.** Andel som blivit ignorerade av någon i omgivningen senaste tre månaderna.

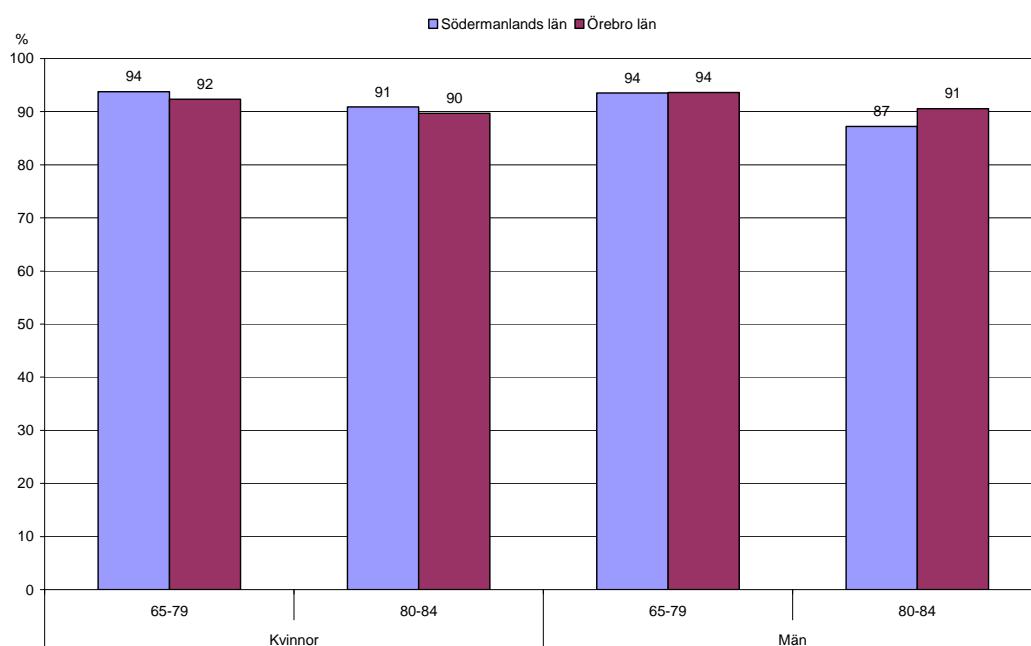
De flesta äldre hade någon som kunde stödja dem vid personliga problem/kriser (Figur 54), hjälpa dem med inköp och matlagning vid sjukdom (Figur 55) och hjälpa dem med flyttning till en annan bostad (Figur 56).



**Figur 54.** Andel som har någon som kan ge personligt stöd vid personliga problem eller kriser.



**Figur 55.** Andel som har någon som kan hjälpa till med inköp och matlagning.



**Figur 56.** Andel som har någon som kan hjälpa till vid flyttning till annan bostad .

Ungefär hälften av de äldre hade varit med om en smärtsam eller kritiskt händelse under de senaste två åren, se Tabell 15. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade varit med om en smärtsam eller kritisk händelse. De tre vanligaste händelserna var att ha de hade förlorat en nära anhörig genom dödsfall, de själva eller anhörig hade fått en allvarlig sjukdom eller varit med om en svår olycka. Det var en signifikant större andel män, än kvinnor, i åldersgruppen 65-79 som inte varit med en smärtsam eller kritisk

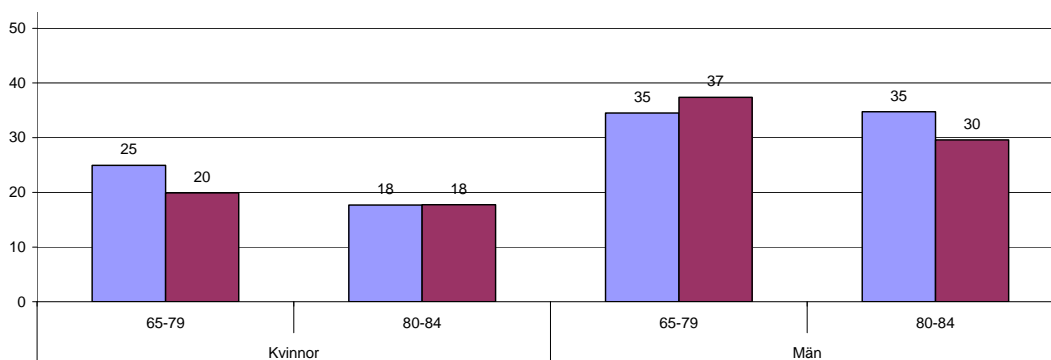
händelse de senaste två åren. Det var en signifikant större andel kvinnor i åldersgruppen 65-79 år som varit med om att de själva eller anhörig hade fått en allvarlig sjukdom eller varit med om en svår olycka.

**Tabell 15.** Andel som varit med om en smärtsam eller kristik händelse under senaste två åren.

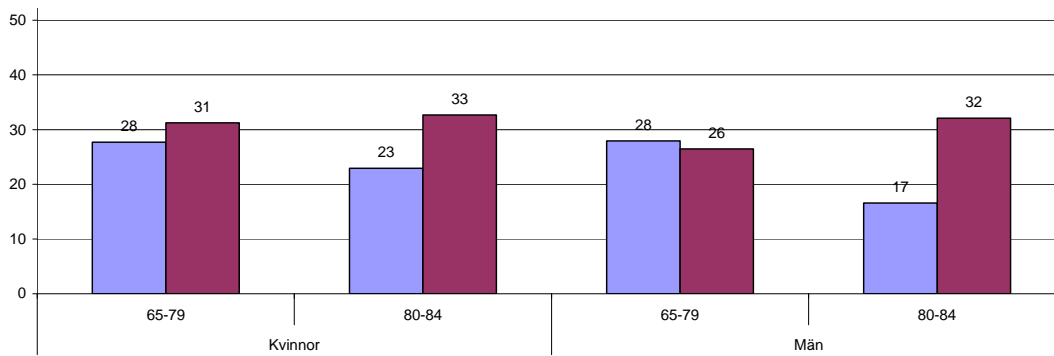
Smärtsam eller kritisk händelse	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %	65-79 %	80-84 %
Förlorat nära anhörig genom dödsfall	30	32	26	30	28	35	24	23
Egen eller anhörigs allvarliga sjukdom eller svåra olycka	24	21	17	25	22	18	16	18
Separerat från make, maka, partner eller sambo	1	3	2	2	1	3	2	2
Blivit uppsagd eller avskedad från arbetet	1	2	1	1	1	1	1	1
Annan smärtsam eller kritisk händelse	11	10	7	5	12	5	7	7
Nej, inget av ovanstående	46	43	55	45	46	47	57	51

### Hem och hushåll

Färre än var tionde person ansåg att hemarbetet för det mesta eller alltid var betungande (3 - 10%). En signifikant större andel män, än kvinnor, hade för det mesta eller alltid möjlighet att avlastas från betungande hemarbete (Figur 57). Upp till tre av tio personer hade aldrig möjlighet att få avlastning från det betungande hemarbetet, se Figur 58.

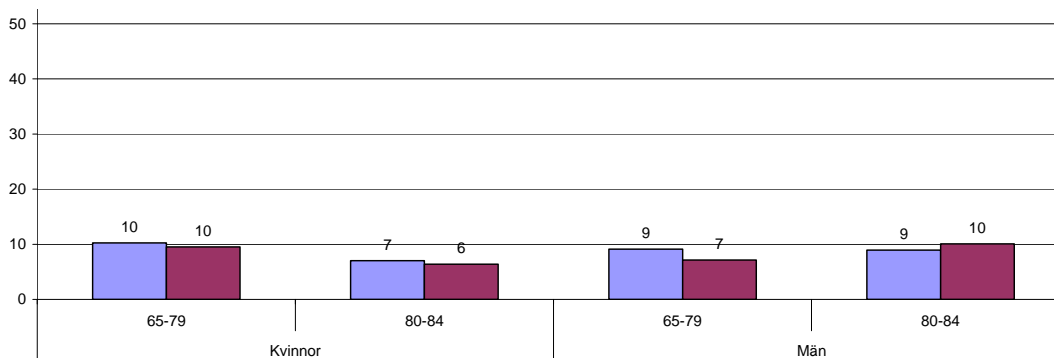


**Figur 57.** Andel som för det mesta eller alltid har möjlighet att avlastas från betungande hemarbete.



**Figur 58.** Andel som aldrig har möjlighet att få avlastning från betungande hemarbete.

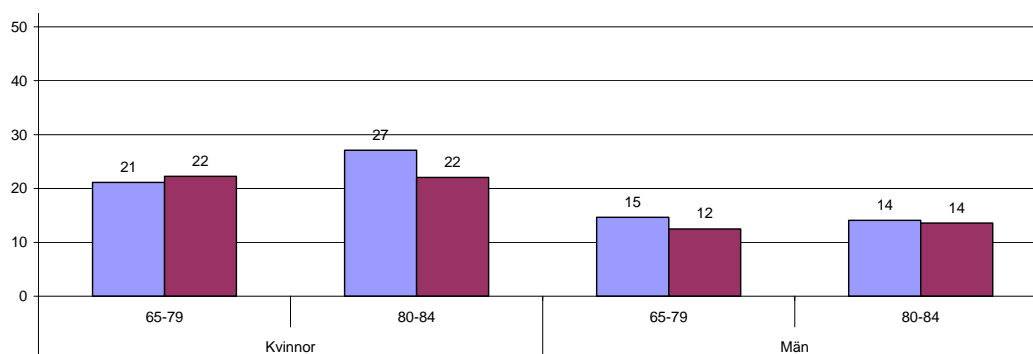
Ungefär var tionde person hade hand om omvårdnaden för anhörig eller vän som var långvarigt sjuk eller hade nedsatta funktioner, se Figur 59.



**Figur 59.** Andel som har hand om omvårdnad för anhörig eller vän som är sjuk eller har nedsatta funktioner.

## **Ekonomi**

De flesta av de äldre, ungefär 95 procent, hade klarat av de löpande utgifterna utan svårigheter under det senaste året. Endast femton personer av alla, i den här studien, hade fått socialbidrag senaste året. Ungefär tre av tio personer hade växt upp under ekonomiska svårigheter (27 - 35%). Det var signifikant en större andel kvinnor, än män, som inom en vecka inte klarade av att skaffa fram 20 000 kronor, en summa motsvarande ett halvt basbelopp, se Figur 60. Likaså var det en större andel kvinnor i åldersgruppen 80-84 år i Södermanlands län som inte klarade av det.



Figur 60. Andel som inom en vecka inte kunde klara av att skaffa fram 20 000 kronor (1/2 basbelopp).

## Boende och boendemiljö

Det var en signifikant större andel kvinnor som bodde ensamma, se Tabell 16. Andelen ensam-boende kvinnor ökade tydligt med ökad ålder, vilket det inte gjorde för männen. De flesta äldre bodde tillsammans med make, maka, partner eller sambo. Det var en signifikant större andel män än kvinnor, som bodde tillsammans med make, maka, partner eller sambo, se Tabell 16.

Tabell 16. Andel som bodde tillsammans med någon och med vem.

Boende med	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
<i>Ålder</i>	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84
	%	%	%	%	%	%	%	%
Ingen	37	59	16	16	37	61	17	23
Föräldrar/syskon	1	0	1	1	1	0,2	0,1	0
Make/maka/partner/samb o	57	31	80	72	56	30	78	70
Barn 0-6 år	0	0	0,3	1	0,3	0	0,2	0
Barn 7-12 år	0,1	0	1	1	0,2	0	0,3	0
Barn 13-17 år	0,4	0	1	1	1	0	1	0
Barn 18- år	2	2	3	2	3	2	2	1
Annan vuxen	1	2	2	4	2	3	2	4

Det var en signifikant större andel kvinnor än män, som bodde i flerfamiljshus eller lägenhet, se Tabell 17. De flesta, ungefär 95 procent, trivdes ganska eller mycket bra med sin bostad. Majoriteten hade bott i tio år och mer i sitt nuvarande bostadsområde, se Tabell 18.

**Tabell 17.** Andel procentuellt som bodde i vilken bostadstyp.

Typ av boende	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
<i>Ålder</i>	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84
	%	%	%	%	%	%	%	%
Flerfamiljshus/lägenhet	48	59	36	52	43	58	31	49
Radhus	9	8	10	10	9	5	10	6
Villa	40	21	51	30	43	28	55	40
Servicehus/servicelägenhet	1	9	1	1	1	4	1	3
Annat boende	3	3	3	7	4	5	3	2

**Tabell 18.** Hur länge de äldre hade bott i nuvarande bostadsområde.

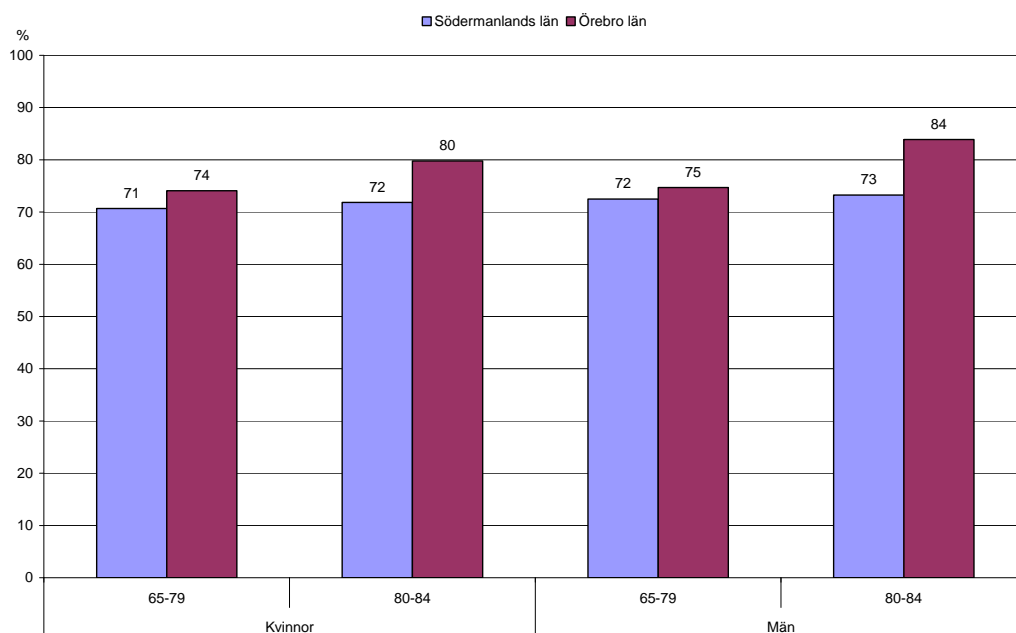
Bott i nuvarande bostadsområdet	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
<i>Ålder</i>	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84
	%	%	%	%	%	%	%	%
< 1 år	3	7	5	4	3	6	5	4
1-2 år	8	6	5	5	6	7	5	4
3-5 år	12	10	11	13	10	6	10	8
6-9 år	10	10	10	8	11	12	8	9
≥ 10 år	67	68	68	71	70	70	73	75

De flesta trivdes ganska eller mycket bra med den omgivande miljön där de bodde (93 – 96%). Färre än var tionde person angav att de stördes i och runt sin bostad. De vanligaste störningarna var buller och avgaser utifrån. Det var en signifikant större andel kvinnor i åldersgruppen 80-84 år i Örebro län, som stördes av avgaser (2 – 9%).

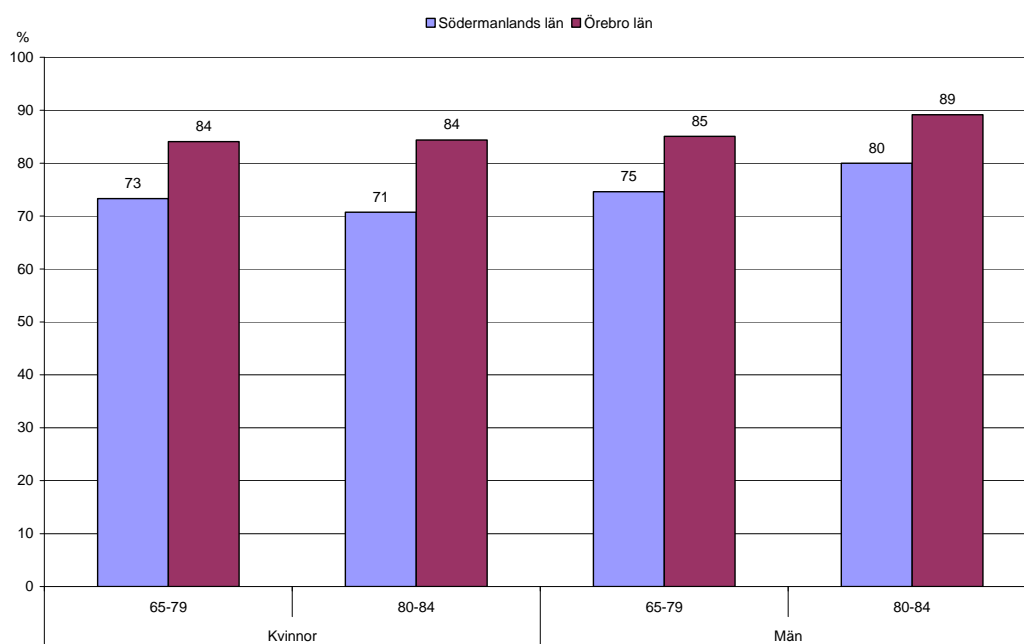
Majoriteten, ungefär 95 procent, oavsett kön, ålder och län, ansåg att de kunde lita på människorna som bodde i deras bostadsområde. Detsamma, ungefär 95 procent, ansåg att de kände sig säkra och trygga i sitt bostadsområde. Däremot ansåg färre personer att de boende i bostadsområdet kände varandra väl (74 - 84%). Ungefär två till tre av tio personer ansåg att de boende i bostadsområdet inte brydde sig om varandra (17 - 28%).

## Förtroende för institutioner i samhället

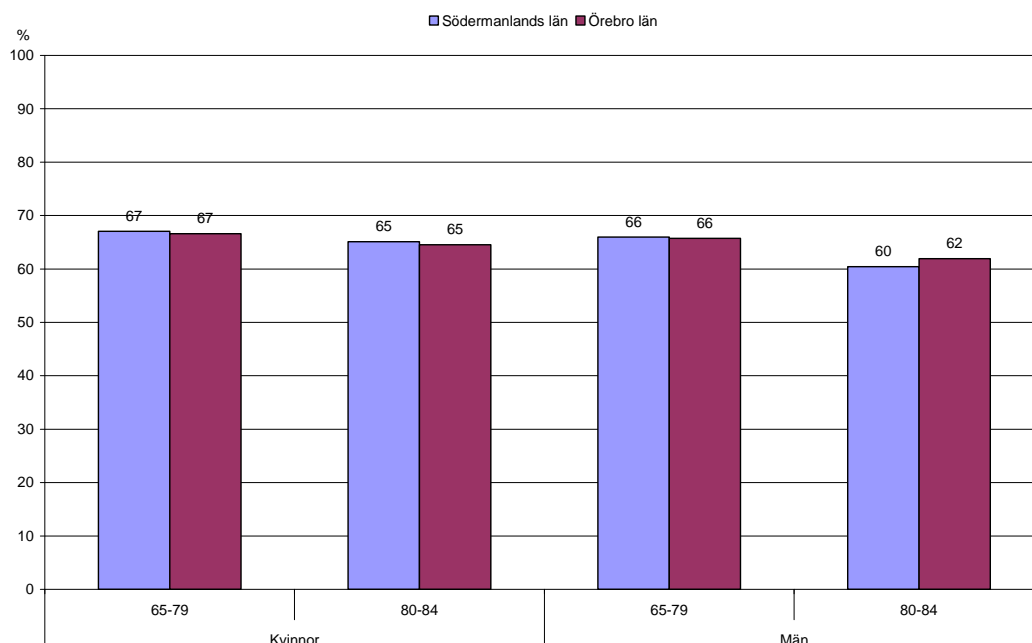
De flesta äldre hade förtroende för primärvården, sjukhusvården och privattandvården i sitt län (Figur 61, 62, 63). Däremot hade mindre än hälften förtroende för folktandvården, se Figur 64. Ungefär sju till åtta av tio hade högt eller mycket högt förtroende för primärvården, sjukhusvården och privattandvården i sitt län. Det fanns en tendens att förtroendet var högre i åldersgruppen 80-84 år.



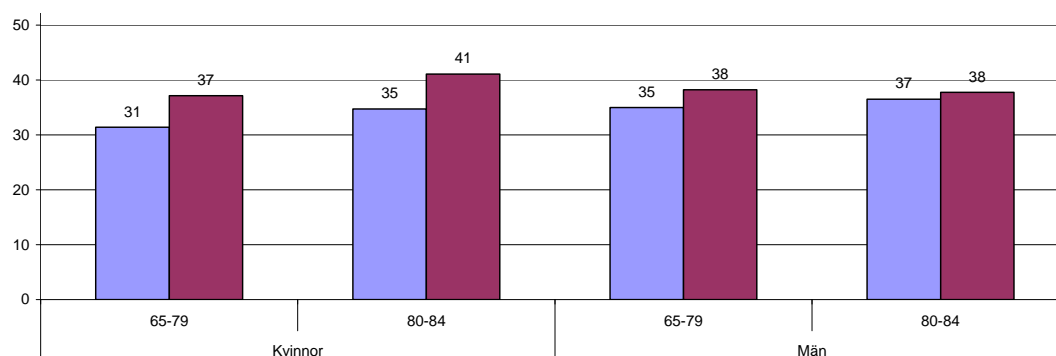
Figur 61. Andel som har ganska stort eller mycket stort förtroende för primärvården i sitt län.



Figur 62. Andel som har ganska stort eller mycket stort förtroende för sjukhusvården i sitt län.

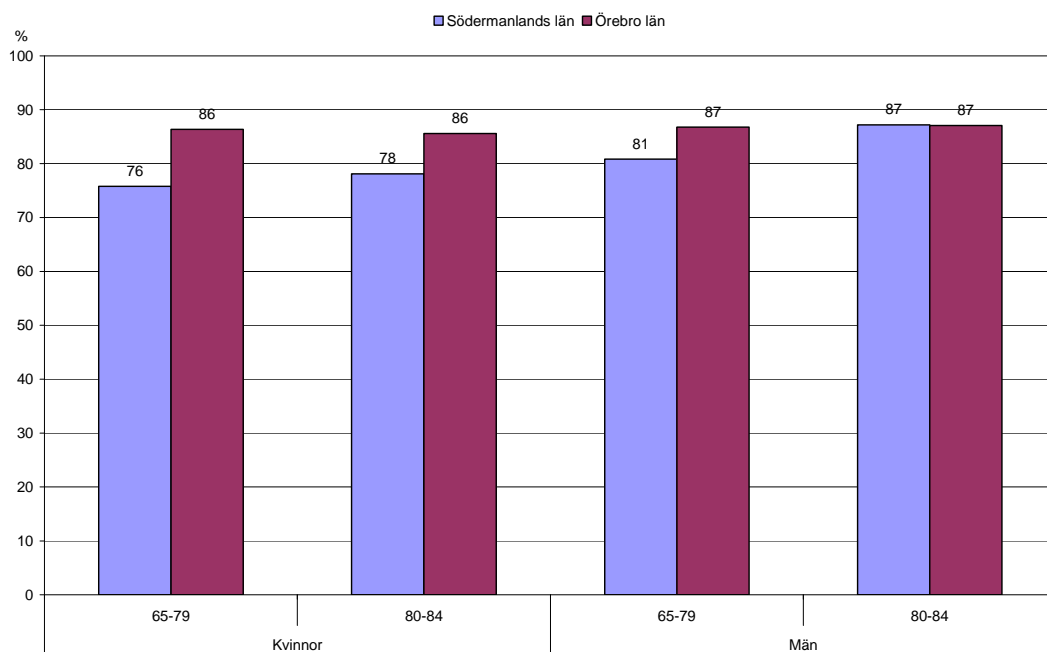


**Figur 63.** Andel som har ganska stort eller mycket stort förtroende för privattandvården i sitt län.

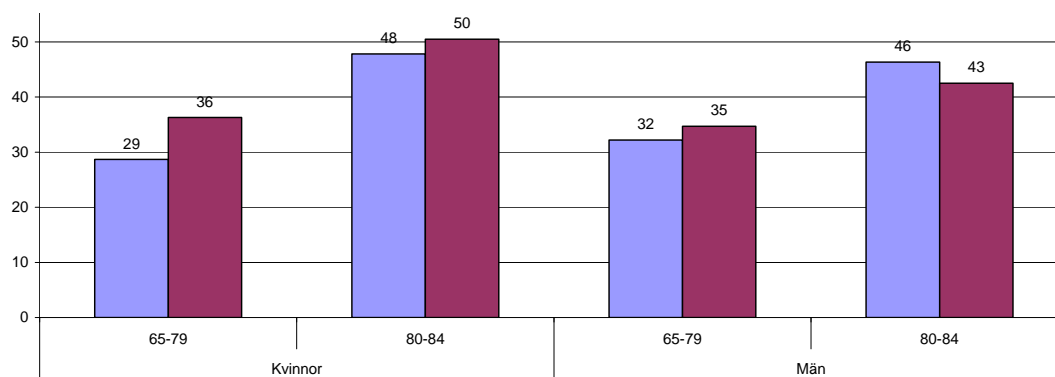


**Figur 64.** Andel som har ganska stort eller mycket stort förtroende för folktandvården i sitt län.

Majoriteten hade ett stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården, se Figur 65. I Örebro län, jämfört med Södermanlands län, var förtroendet signifikant högre i åldersgruppen 65-79 år. Däremot var förtroende för äldreomsorgen lägre, se Figur 66. Det fanns en tydlig tendens till att förtroendet i åldersgruppen 65-79 var lägre, jämfört med i åldersgruppen 80-84 år. I Örebro län, jämfört med Södermanlands län, hade en signifikant större andel kvinnor i åldersgruppen 65-79 år, förtroende för äldreomsorgen.

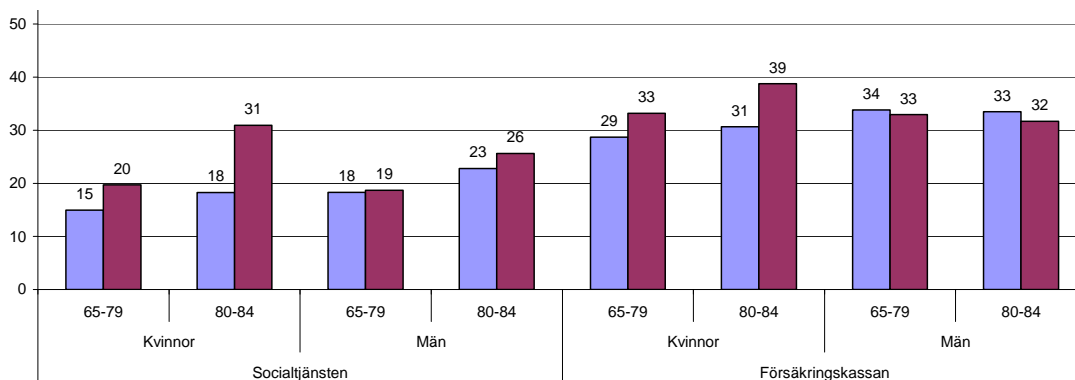


**Figur 65.** Andel som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården.



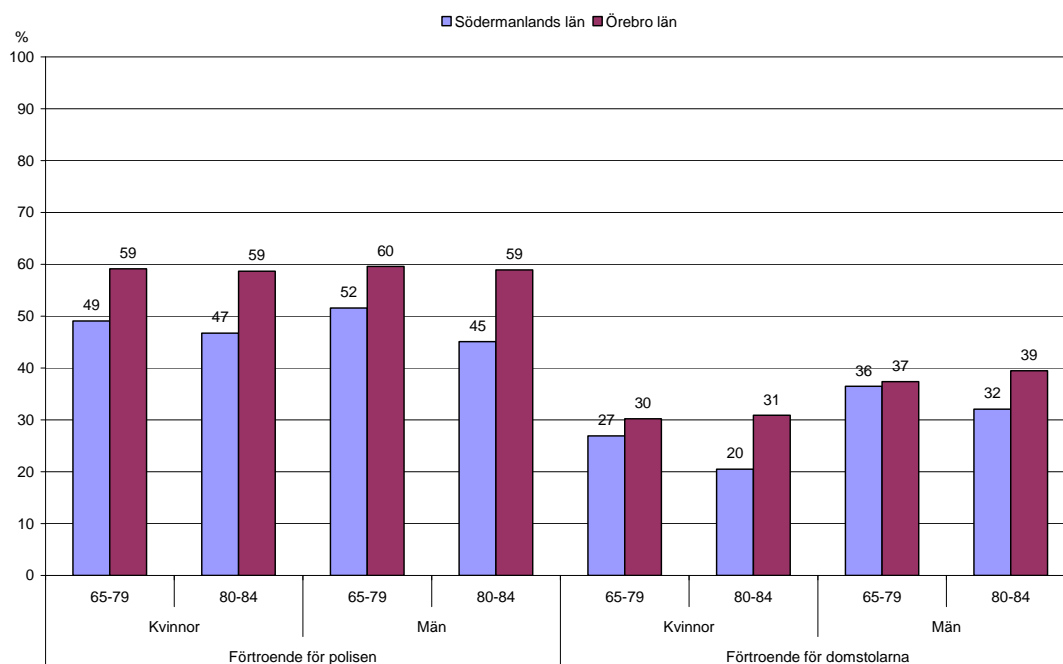
**Figur 66.** Andel som har stort eller mycket stort förtroende för äldreomsorgen.

Det var ungefär två av tio personer som hade stort eller mycket stort förtroende för socialtjänsten, Figur 67. Ungefär tre av tio personer hade stort eller mycket stort förtroende för försäkringskassan, se Figur 67.



Figur 67. Andel som har stort eller mycket stort förtroende för socialtjänsten respektive försäkringskassan.

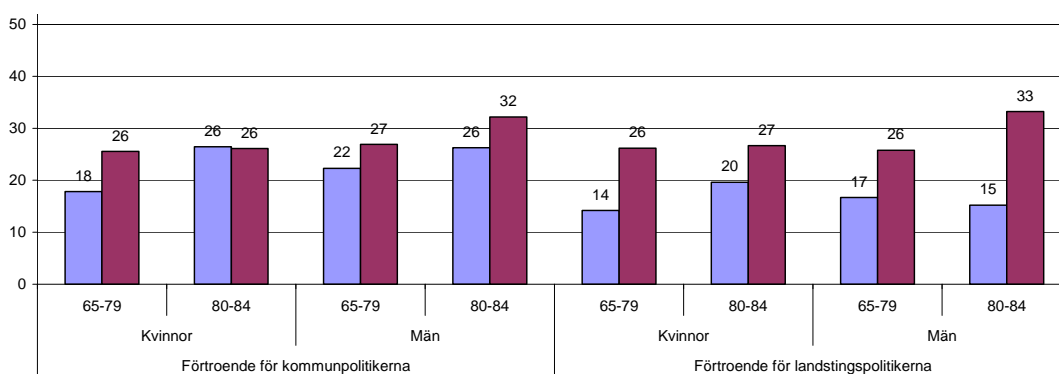
Det var en signifikant större andel män än kvinnor, i åldersgruppen 65-79 år, som hade stort eller mycket stort förtroende för fackföreningar (Kvinnor: D-län, 65-79 år = 16%, 80-84 år = 15%; T-län, 65-79 år = 20%, 80-84 år = 14%. Män: D-län, 65-79 år = 22%, 80-84 år = 23%; T-län, 65-79 år = 27%, 80-84 år = 21%). Det var ungefär hälften av de äldre som hade stort eller mycket stort förtroende för polisen, Figur 68. I Örebro län, jämfört med Södermanlands län, hade en signifikant större andel, i åldersgruppen 65-79 år, förtroende för polisen. En signifikant större andel män än kvinnor, i åldersgruppen 65-79 år, hade stort eller mycket stort förtroende för domstolarna, se Figur 68.



Figur 68. Andel som har stort eller mycket stort förtroende för polisen respektive domstolarna.

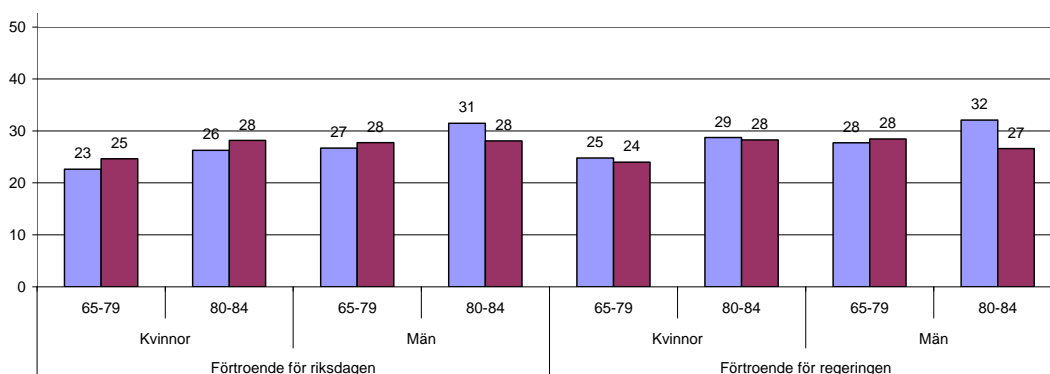
## Förtroende för politiker

I det här avsnittet beskrivs de äldres förtroende för politiker i sin kommun, sitt landsting, i riksdagen, regeringen och EU-parlamentet samt om de äldre hade röstat i senaste valet. Generellt sett hade maximalt tre av tio personer och färre, ett stort eller mycket stort förtroende för politiker, se Figur 69. I Örebro län, jämfört med Södermanlands län, hade en signifikant större andel kvinnor, i åldersgruppen 65-79 år, stort eller mycket stort förtroende för politiker i sin kommun, se Figur 69. Likaså hade en större andel i åldersgruppen 65-79 år i Örebro län, jämfört med Södermanlands län, förtroende för politiker i sitt landsting. Det var likaså en större andel män i åldersgruppen 80-84 år i Örebro län, som hade stort eller mycket stort förtroende för politiker i sitt landsting, se Figur 69.



**Figur 69.** Andel som har stort eller mycket stort förtroende för politikerna i sin kommun respektive politiker i sitt landsting.

Ungefär tre av tio personer hade stort eller mycket stort förtroende för riksdagen och för regeringen, se Figur 70. Två av tio personer och färre hade stort eller mycket stort förtroende för politiker i EU-parlamentet. I Södermanland hade en signifikant större andel män, än kvinnor, i åldersgruppen 65-79 år stort eller mycket stort förtroende för politiker i EU-parlamentet.



**Figur 70.** Andel som har stort eller mycket stort förtroende för riksdagen respektive regeringen.

Majoriteten av de äldre hade röstat i senaste kommunvalet, landstingsvalet och riksdagsvalet, se Tabell 19. I Örebro län var det en signifikant större andel män i åldersgruppen 80-84 år som hade röstat i kommunvalet.

**Tabell 19.** Andel som röstat i valet år 2006.

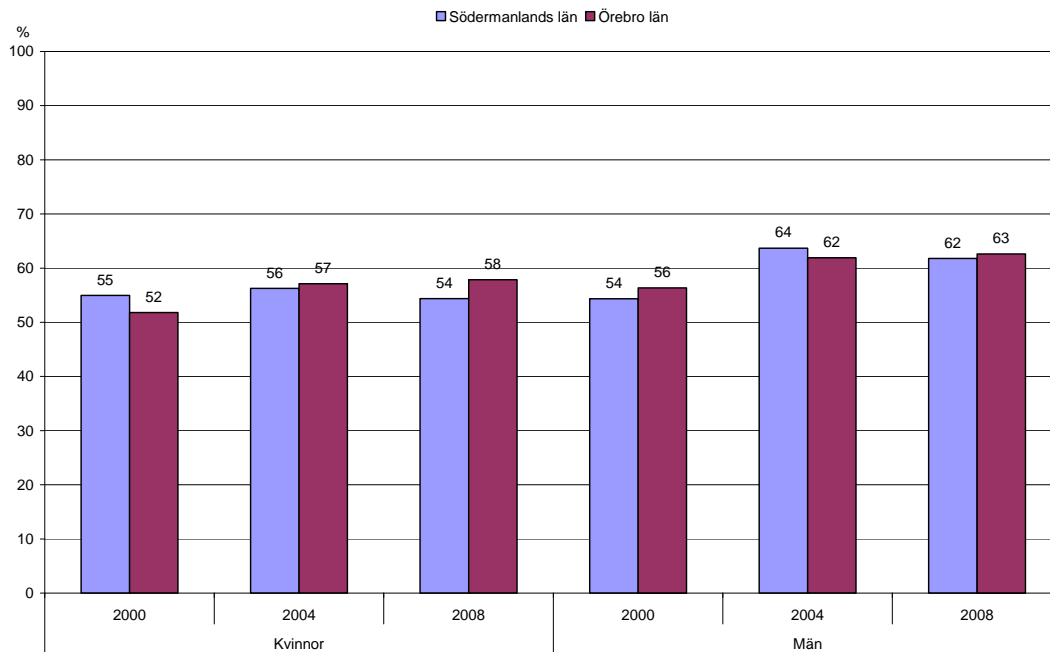
Val	Södermanlands län				Örebro län			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
<i>Ålder</i>	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84	65-79	80-84
	%	%	%	%	%	%	%	%
Kommunalvalet	87	87	90	85	87	82	90	91
Landstingsvalet	85	86	88	84	86	82	89	89
Riksdagsvalet	90	90	91	86	90	87	92	93

### **Trender mellan år 2000, 2004 och 2008**

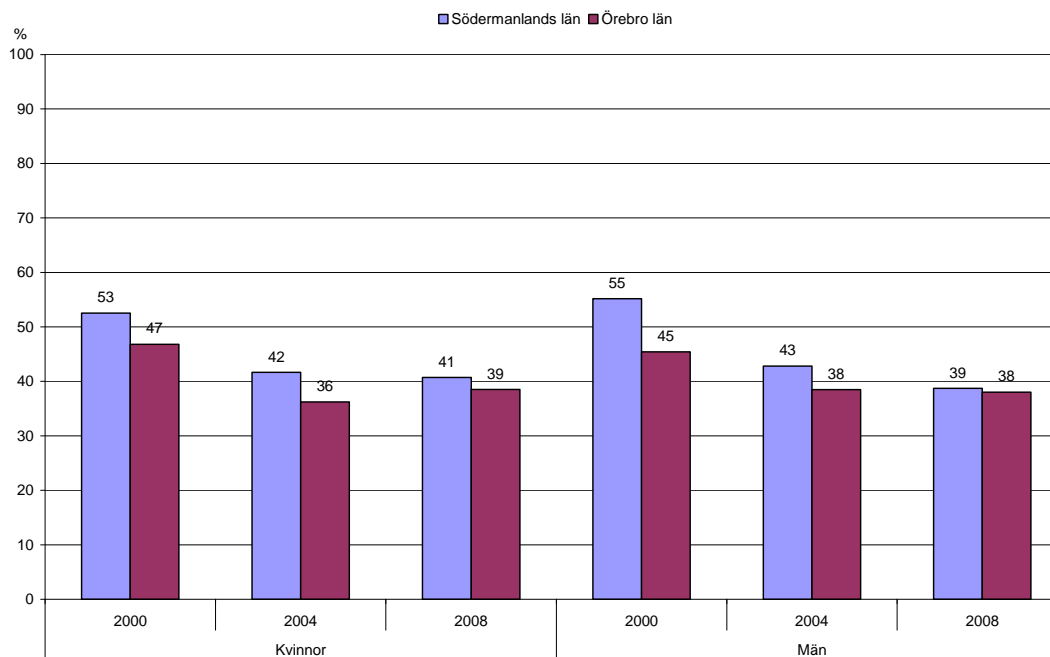
Resultatet visade att många variabler som studerades inte hade förändrats över tid, mellan år 2000, 2004 och 2008. Det fanns dock några trender värda att nämnas. Trenderna omfattar endast åldersgruppen 65-79 år, eftersom åldersgruppen 80-84 inte fanns med i enkäten år 2000.

Det mest intressanta resultatet var kanske att andelen som åt lunch, middag, kvällsmål i stort sett varje dag hade signifikant minskat över tid. Frukostvanorna hade dock inte genomgått denna förändring. Samtidigt är det viktigt att ha i minnet att en majoritet av de äldre åt lunch, middag, kvällsmål i stort sett varje dag.

Andelen som skattade sin hälsa som bra eller mycket bra hade ökat bland de äldre, se figur 71. Förbättrad hälsa indikerades också genom att andelen med långvarig sjukdom, bestående besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem hade sjunkit sedan år 2000, se Figur 72. Andelen som bedömde sitt psykiska välbefinnande som lågt, var dock stabilt mellan åren. Däremot hade andelen som såg optimistiskt på framtiden för sin egen del ökat.

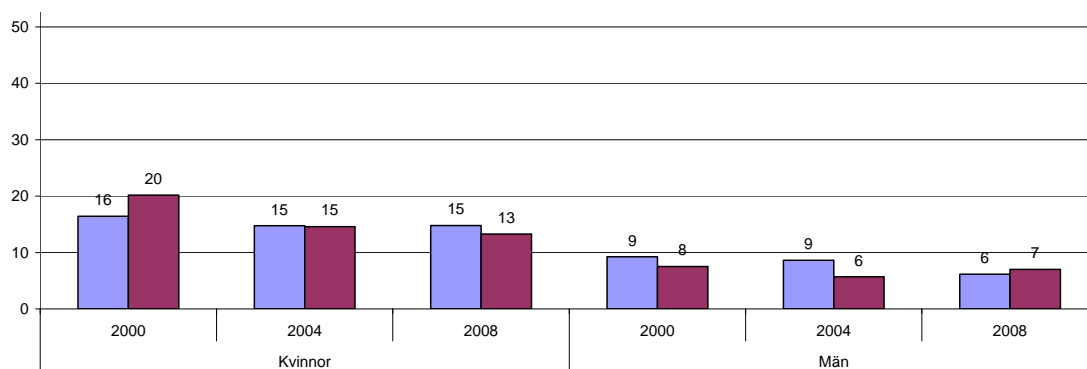


Figur 71. Andel som bedömer sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra.

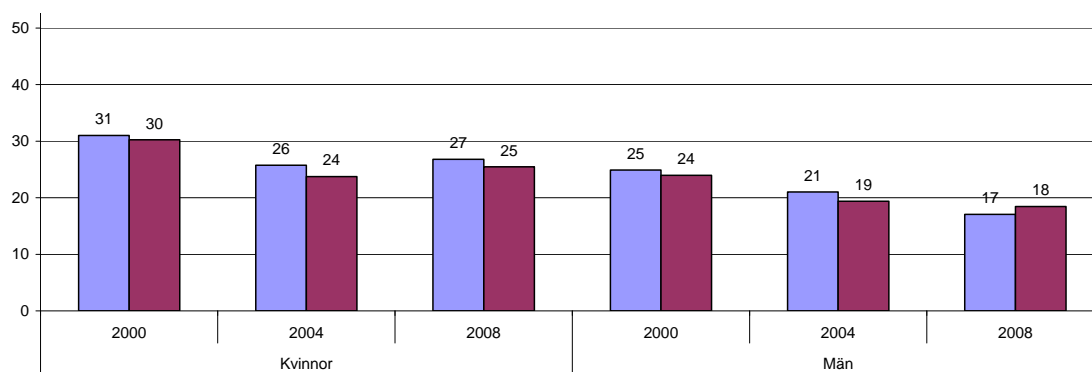


Figur 72. Andel med långvarig sjukdom, bestående besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem, som varat längre än sex månader.

Andelen som kände ängslan eller oro vid flera tillfällen (Figur 73) och andelen som var trötta och kraftlösa vid flera tillfällen tenderade att ha sjunkit (Figur 74). Trenden för värk, utifrån frågan: ”Andel som har måttliga eller svåra smärtor/besvär”, går inte att analysera då den frågan inte var med år 2000. Däremot ställdes samma frågor om värk i rörelseapparaten och det visade att andelen med värk är konstant, förutom bland män där värk sjunkit över tid.

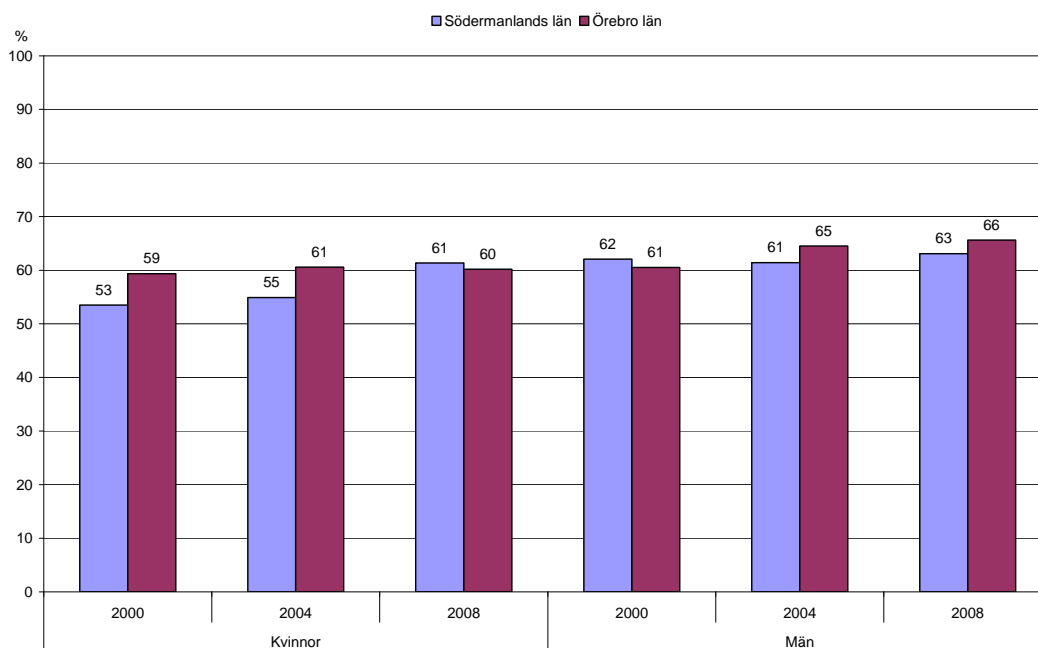


**Figur 73.** Andel som hade känt ängslan och oro vid flera tillfällen senaste tre månaderna.



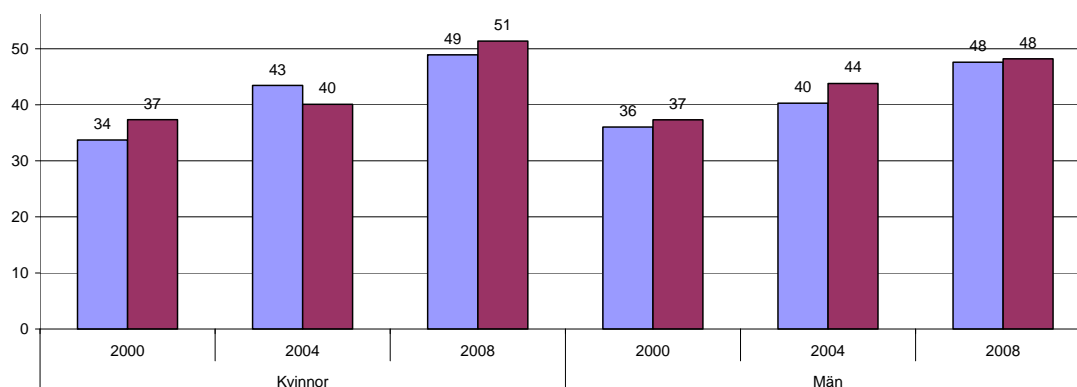
**Figur 74.** Andel som hade känt trötthet och kraftlöshet vid flera tillfällen senaste tre månaderna.

Andelen med BMI 25 och högre hade ökat, dock inte signifikant i alla grupper, se Figur 75.

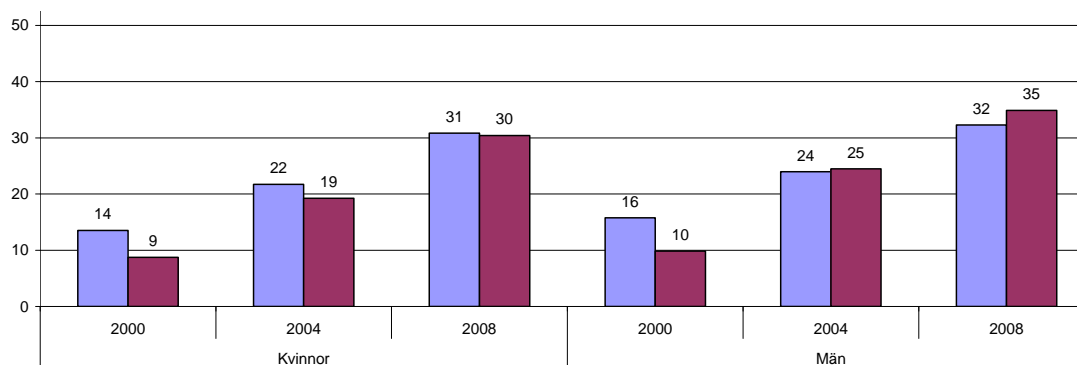


Figur 75. Andel med Body Mass Index (BMI) 25 och högre.

Andelen som använde blodtrycksläkemedel hade ökat signifikant bland de äldre, se Figur 76, vilket kommenteras i diskussionen. Ökningen var signifikant i alla grupper. Samma trend fanns också vad gällde blodfettsänkande läkemedel, se Figur 77.



Figur 76. Andel som använt blodtrycksläkemedel under senaste två veckorna.



Figur 77. Andel som använt blodfettssänkande läkemedel under senaste två veckorna.

I Örebro län hade det skett en signifikant sänkning av andelen kvinnor i åldrarna 65-79 år som hade besökt akutmottagning, sjukhus och vårdcentralen under de senaste tre månaderna. Resultatet visade speciellt en tydlig sänkning år 2004, vilket kan förklaras med att enkäten det året sändes ut på hösten då tidsperioden omfattar sommaren som har en lägre blastning på vården. Även bland männen i Örebro län fanns en trend mot en sänkning, dock inte en statistiskt säkerställd sänkning.

Inga skillnader, fanns över tid, i andelen som motionerade litet. Andelen som rökte och andelen som snusade hade inte förändrats signifikant bland de äldre. Det var fortsatt ungefär var tionde person i åldersgruppen 65–79 år som rökte. Det var fortsatt en större andel män än kvinnor som snusade dagligen i åldersgruppen 65-79 år.

Andelen som avstod att gå ut av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad hade inte förändrats mellan åren. Det var över tid fortsatt ungefär tre till fyra av tio kvinnor som ibland eller ofta avstod från att gå ut av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Det var fortsatt en större andel kvinnor än män. Rädslan var fortsatt högre i den äldre åldersgruppen 80-84 år. Inga värden finns för den åldersgruppen år 2000. Andelen var oförändrat hög mellan åren, bland de som kunde få personligt stöd vid kriser, vid behov av hjälp med inköp och matlagning samt hjälp vid en eventuell flytt.

Andelen föreningsaktiva var ganska konstant över tid, ungefär hälften av de äldre.

Andelen som på en vecka kunde skaffa fram en summa motsvarande ett halvt basbelopp (20 000 kronor år 2008), tenderade att öka något och i Örebro län hade en signifikant ökning skett. Trots detta var det över tid fortsatt två av tio kvinnor som inte klarade av att skaffa fram 20 000 kronor inom en vecka.

Andelen som trivdes med sitt boende var stadigt högt över tid. Allt lägre andel, från redan låg andel, hade problem med att avgaser utifrån kom in i bostaden. Andelen som stördes av dåligt dricksvatten liksom andelen som stördes av dålig luft i bostaden tenderade att sjunka från redan låga nivåer. Andelen som kände sig säkra och trygga i sitt bostadsområde hade ökat signifikant från redan höga nivåer. Denna ökning gällde båda könen och båda länen, Södermanlands län och Örebro län.

Förtroendet för hälso- och sjukvården hade ökat signifikant i Örebro län, från redan ganska höga nivåer. Förtroendet för socialtjänsten hade minskat signifikant, från redan låga nivåer. Förtroendet för försäkringskassan hade minskat signifikant, från redan relativt låg andel bland de äldre. Förtroendet för politiker var i stort sett oförändrat ganska lågt bland de äldre.

## **DEL 4. DISKUSSION**

### ***Metoddiskussion***

Resultaten presenterades fördelat på kön, två åldersgrupper och de två länen. Åldersgrupperna, 65-79 år och 80-84 år, var valda för att resultatet skall vara jämförbar med andra rapporter som utgår från Liv och hälsa och speciellt för att den skall vara jämförbar med den rapport för Örebro län som gjordes på 2004 års material (Fahlström m.fl., 2008). Avsnittet om trender omfattar endast åldersgruppen 65-79 år eftersom undersökningen år 2000 endast riktades till åldrarna mellan 18 och 79 år.

Ju större grupperna är desto troligare är det att resultaten motsvarar de svar som man skulle få om hela populationen svarade på frågorna. Det innebär att kombinationen män 80-84 år i Södermanlands län, producerar de mest osäkra resultaten medan kombinationen kvinnor 65-79 år i Örebro län ger tämligen säkra resultat. Detta betyder också att statistiskt signifikanta skillnader mellan olika grupper lättare uppstår om grupperna är stora. Därför är det, i denna rapport, vanligare med signifikanta skillnader bland dem i åldrarna 65-79 år.

I resultatet definierades signifikanta skillnader mellan grupper som att skillnaderna är så stora att de med 95 procents sannolikhet inte beror på slumpen. Eftersom ett stort antal variabler beskrivs finns dock en risk att någon eller några av de funna skillnaderna kan bero på slumpen.

Andel svarande bland de äldre var de högsta i "Liv och hälsa"-undersökningen och närmar sig 80 procent i åldersgruppen 65-79 år. Svartsbortfallet på de enskilda frågorna, det vill säga det interna bortfallet, var lågt och varierade i allmänhet mellan två och fem procent. Båda dessa faktorer borgar för att resultaten väl överensstämmer med den verkliga situationen i den äldre delen av befolkningen. För att göra resultaten ytterligare säkrare har kalibrerade vikter använts för att parera för bortfallet. Samtidigt bör det uppmärksammas att de svårast sjuka och de med demens knappast svarar på en så omfattande enkät som Liv och hälsa.

Två indexvariabler skapades, GHQ-12, som mätte nedsatt psykiskt välbefinnande och KASAM, som mätte känsla av sammanhang. För GHQ-12 användes tre negativa svar på de 12 frågorna som gräns för nedsatt psykiskt välbefinnande. För KASAM användes 75 poäng av 91 möjliga på de 13 frågorna som gräns för att definiera hög känsla av sammanhang. Ett område som saknades i enkäten var frågor om de äldres sexualitet och samliv. Det är många överväganden som görs när en befolkningsenkät gemomförs och en god svarsfrekvens är väldigt viktig. För att inte svarsfrekvensen skulle riskera att minska, valdes att inte ställa känsliga frågor om sexualitet och samliv.

### ***Resultatdiskussion***

Resultatet är ett kunskapsunderlag om de äldres särskilda situation och behov i Södermanlands län och i Örebro län. Resultatet är omfattande för att ge kunskapsunderlag åt många olika målgrupper. Resultatet kan vara ett underlag för analys, diskussion och bred samverkan mellan olika aktörer kring åtgärder för att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för befolkningen hos de äldre.

Resultatet visade att hälften av de i åldersgruppen 65-79 år bedömde sin hälsa som bra eller mycket bra. En låg andel hade ohälsosamma alkohol- och tobaksvanor. Desto högre andel hade ohälsosamma matvanor och motionsvanor. En större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år bedömde sin hälsa, levnadsvanor (inte mat, rökning och alkohol) och livsvillkor sämre.

Förtroendet var relativt lågt för folktandvården, äldreomsorgen, socialtjänsten och försäkringskassan. Mindre än hälften av de äldre hade förtroende för äldreomsorgen. Förtroendet för socialtjänsten och försäkringskassan hade, från redan låga nivåer, minskat signifikant sedan år 2000. Den mest intressanta skillnaden över tid var att andelen, i åldersgruppen 65-79 år, som åt lunch, middag, kvällsmål varje dag hade signifikant minskat över tid. Frukostvanorna hade dock inte genomgått denna förändring. I övrigt var det få skillnader mellan länen och även få trender mellan år 2000 - 2008. Resultatet diskuteras mer i detalj i diskussionen nedan.

## Äldre personers hälsa

### *Allmän hälsa*

Resultatet visade att mer än hälften av de i åldersgruppen 65-79 år bedömde sin hälsa som bra eller mycket bra. Andelen med bra hälsa eller mycket bra hälsa var något lägre i åldersgruppen 80-84 år. Resultatet synliggjorde att det finns mer att önska, genom att hälsan bör förbättras hos fler av de äldre. Resultatet indikerade en trend att hälsan hade förbättrades över tid från år 2000, vilket stämde överens med Socialstyrelsens folkhälsorapport (2010a). Däremot överensstämde inte resultatet med Thorslunds och Parkers (2005) översikt av internationella och svenska studier av hälsotrender i den äldre befolkningen. Författarna menade att finns en ökad trend med dålig hälsa hos äldre personer, som gäller främst sjukdomar och en nedsatt självskattad fysisk funktionsförmåga.

Resultatet visade att en större andel kvinnor bedömde sin hälsa sämre än männen oavsett åldersgrupp. På ett sätt går resultatet i linje med Socialstyrelsens senaste folkhälsorapport (2010a) gällande det tydliga könsmonstret, där kvinnor jämfört med män har en längre period i livets slut med sjukdom och funktionsnedsättning. På ett annat sätt överensstämmer inte resultatet med Socialstyrelsen (2010a), som rapporterade att hälsan främst hade ökat bland kvinnor i de yngre åldersgrupperna. En svaghet i Socialstyrelsens folkhälsorapport (2010a) är det stora totala bortfallet på 48 procent, det vill säga nästan hälften av de som ingick i studien valde att inte svara. Ett sådant stort bortfall kan påverka folkhälsorapportens trovärdighet .

I resultatet framkom att de flesta i åldersgruppen 65-79 år gick utan svårigheter. De flesta behövde inte hjälp med daglig hygien, mat och påklädning samt klarade av sina huvudsakliga aktiviteter. Resultatet överensstämde med Thorslund och Parker (2005), som menade att de äldres förmåga att klara av vardagliga sysslor verkar ha förbättrats. Om den trenden håller i sig så kommer andelen äldre personer öka med självskattad förmåga att klara aktiviteter i det dagliga livet än i aktuella beräkningar av befolkningsutvecklingen.

Ett nedslående resultatet var den stora andelen hade måttliga eller svåra smärtor/besvär och det var en signifikant större andel bland kvinnor jämfört med män i åldersgruppen 65-79 år. Det var en signifikant större andel bland kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år som hade haft värk i rörelseapparaten, under de senaste tre månaderna. Det var även en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade haft värk i magen vid flera tillfällen under de senaste tre månaderna. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade använt smärtstillande eller antiinflammatoriska läkemedel under de senaste två veckorna. Trenden för värk, utifrån frågan: ”Andel som har måttliga eller svåra smärtor/besvär”, gick inte att analysera då den frågan inte var med år 2000. Däremot visade

resultatet att andelen med värk i rörelseapparaten varit konstant sedan år 2000, förutom bland män där värk sjunkit över tid.

Smärta hos de äldre är ett område där okunnigheten är stor (Hægerstam, 2007; Josefsson, 2009; Larsson & Rundgren, 2010). Det finns till exempel myter om att de äldre lider mindre av smärtan än vad de yngre gör. I högre åldrar är smärta från rörelseapparaten vanligare. Neurogen smärta efter stroke och bältros är också vanligt. Det finns också ett samband mellan smärta och depression, då de upplever högre smärtintensitet. Medan akuta tillstånd som hjärtinfarkt och blindtarmsinflammation, kan förlöpa med låg eller ingen smärta alls. Att bedöma och åtgärda smärta kräver ett extra mått av uppmärksamhet och professionell kompetens. Därför är det viktigt att de äldre har en enkel tillgång till specialistutbildade sjuksköterskor och geriatriner, det vill säga läkare specialiserade i åldrandet (Josefsson, 2009). Smärta är ett subjektivt symptom och utgångspunkten är att all smärta är verklig och ska hanteras därefter. Smärta kan vara existentiell, det vill säga social eller andlig i form av känslor av exempelvis övergivenhet, trötthet, ångest, tomhet, bitterhet och sorg (Hægerstam, 2007; Josefsson, 2009; BraVå, 2011). Existentiella problem kan ligga latenta under livet för att bli mycket påtagliga vid livskriser. En livskris kan vara att åldras, förlora sina funktioner och vänner samt att bli beroende av andra för att klara av det dagliga livet. Rätt åtgärd kan i vissa fall vara att den äldre får prata med någon, som en kurator eller en präst. I andra fall behövs smärtlindring genom läkemedel (Hægerstam, 2007; Josefsson, 2009; BraVå, 2011).

### **Psykisk hälsa**

Resultatet visade att var tionde person bedömde sitt psykiska välbefinnande som nedsatt. Andelen som bedömde sitt psykiska välbefinnande som lågt, var stabilt över tid från år 2000. Andelen som kände ängslan eller oro tenderade att ha sjunkit från år 2000. Trots att äldre, enligt Dehlin m.fl. (2000) har svårare att ”stänga av” svaret från stresspåverkan – kortisolnivåerna sjunker inte lika fort som hos de yngre. Kvinnor, jämfört med män i åldersgruppen 65-79 år, hade en signifikant sämre psykisk hälsa och nedsatt psykiskt välbefinnande. Hälften av de äldre hade hög KASAM, vilket ger bättre förutsättningar för de äldre att möta livets utmaningar och att se utmaningarna ur ett meningsfullt, begripligt och hanterbart perspektiv (Antonovsky, 2005).

De äldres psykiska hälsa bör uppmärksammas och tas på största allvar. Inte minst med grund av att 25 procent av alla självmord i Sverige begås av de äldre (Socialstyrelsen, 2010a). Ett faktum som inte indikerar ett gott åldrande. De äldres psykiska hälsa hänger ihop med deras personlighet, funktionella och psykologiska åldrande (Dehlin m.fl., 2000). Ålderdom innebär bland annat nedsättningar och förluster av funktioner. Därför blir de äldres förmåga att anpassa sig till åldrandet och dess förändringar avgörande för deras psykiska hälsa. Psykiska och fysiska funktioner samspelar och hur fysiska besvär yttrar sig kan bero på den äldres läggning, det vill säga att det beror mer på hur den äldre 'tar det' än hur den äldre 'har det'. Anpassningsförmågan blir då en tung faktor för de äldres psykiska hälsa (Dehlin m.fl., 2000; From, 2007; Larsson & Rundgren, 2010). Bemötande påverkar också de äldres upplevelse av hälsan (From, 2007).

Drygt hälften av de äldre i åldersgruppen 65-79 år hade en ganska eller mycket optimistisk syn för sin personliga del och andelen hade ökat från år 2000. Det är positivt för de äldre som hade en optimistisk syn, då de äldres livssituation många gånger bestäms av förväntningar på framtiden (Dehlin m.fl., 2000).

### ***Tandhälsa***

Resultatet visade att över hälften av de äldre bedömde sin tandhälsa som mycket bra eller bra. Det synliggjorde att det finns mer att önska, att tandhälsan bör förbättras hos de som inte hade bra tandhälsa. Det var en signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, som hade känsliga tandhalsar. Tandhälsa är en 'klassfråga'. Tandhälsa är också en del av den allmänna hälsan, som ger de äldre möjlighet att äta, tugga och svälja utan besvär (Folke & Paulsson, 2010). Dålig tandhälsa påverkar allmäntillståndet, näringsintag och välbefinnande. En extra belastning blir det för de som har sviktande allmän hälsa, kronisk sjukdom eller funktionshinder hos vilka riskerna för försämrad tandhälsa ökar. Det är därför av stor vikt att genom utbildning och information höja medvetenhet och kompetens, för att öka förståelsen för vad friska tänder betyder för de äldres hälsa och välbefinnande. Därför gäller strategier för hälsofrämjande insatser även främjandet av tandhälsa. Muntorrhet utgör här ett viktigt inslag (Folke & Paulsson, 2010), inte minst utifrån att de äldre ofta äter många läkemedel och i princip alla leder till muntorrhet (Larsson & Rundgren, 2010).

### ***Långvariga sjukdomar, besvär och symtom***

Resultatet visade att nästan hälften av de äldre bedömde att de hade någon långvarig sjukdom och besvär som varade längre än sex månader. Var femte person bedömde att de hade eller hade haft fysisk funktionsnedsättning under senaste året. Andelen med långvarig sjukdom, bestående besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem hade sjunkit sedan år 2000. Resultatet både överensstämmer och inte med Socialstyrelsen folkhälsorapport (2010a) och Thorslunds och Parkers (2005) översikt av internationella och svenska studier av hälsotrender i den äldre befolkningen. Socialstyrelsen (2010a) menade att andelen äldre med någon långvarig sjukdom hade ökat, medan denna rapport visade en sjunkande trend. Däremot går denna rapport i linje med Socialstyrelsen (2010a), som också påvisade att andelen med nedsatt rörelseförmåga hade sjunkit över tid. Thorslund och Parker (2005) menade att finns en ökad trend med dålig hälsa hos äldre personer, som gäller främst sjukdomar och en nedsatt självskattad fysisk funktionsförmåga, vilket inte denna rapport visade.

Naturliga åldersförändringar kan leda till sjukdom (Dehlin m.fl, 2000). Många sjukdomar är åldersrelaterade, som demens, hjärtsvikt, cancer, hjärt- och kärsjukdomar som stroke, fraktur, trycksår och multisjuklighet (Akner, 2004). Resultatet visade att de vanligaste långvariga sjukdomarna och besvären under senaste året var högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdom, ofrivilligt urinläckage bland kvinnor, allergiska ögon- eller näsbesvär, diabetes typ 2, sjukdomar i mage eller tarm och sköldkörtelsjukdom. Detta återspeglade den vanligaste sjukdomen bland de äldre, som är hjärt-kärlsjukdomar (Agahi m.fl., 2005) och som också är en de vanligaste dödsorsakerna bland de äldre (Larsson & Rundgren, 2010; Socialstyrelsen, 2010a). Resultatet visade även att över hälften hade använt blodtrycksläkemedel under de senaste två veckorna och andelen hade ökat signifikant från år 2000. Andelen som använde blodfettsänkande hade också ökat signifikant bland de äldre sedan år 2000. Referensvärdena för blodtrycksgränserna har ändrats. År 2003 rekommenderade American Heart Association (AHA) att undre gränsen för högt blodtryck är 140/90, tidigare var det 160/95. År 2007 tog WHO in de nya gränserna i sina

riktlinjer. Nu vill AHA sänka ytterligare till 120/85, något som experter i Sverige tycker är alldeles för lågt.

Resultatet visade ännu en gång att en högre andel kvinnor, främst i åldersgruppen 65-79 år hade långvariga sjukdomar och besvär, jämfört med män. Däremot visade resultatet att det var en signifikant större andel män, än kvinnor i åldersgruppen 65-79 år, som hade eller hade haft hörselnedsättning och öronsus/tinnitus. Det var även en ganska betydande andel oavsett kön och ålder som hade hörselnedsättning och synnedsättning. När hörsel och syn förändras naturligt med åldern kan omgivningen misstolkas, vilket kan leda till att världen uppfattas på ett annorlunda sätt än tidigare (Dehlin, m.fl., 2000). Den äldre kan också misstolkas av omgivningen. Nedsatta funktioner behöver, då det går, kompenseras genom funktionsstödjande och funktionshöjande åtgärder (Josefsson, 2010). Att kompensera en nedsatt funktion kan vara att se till att de äldre har välfungerande glasögon och hörapparat som underlättar deras dagliga liv. Det krävs att de äldre har tillgång till personal med en hög kompetens i att känna till friskt och sjukt åldrande samt hur förluster kompenseras. Olika faktorer som påverkar åldrandet, som nedsatt hörsel, nedsatt fysisk och psykisk kapacitet, bidrar till minskat självbestämmande. Kompetens behövs i samhället för att kunna se kopplingen mellan funktion och autonomi samt vikten av att arbeta funktionsstödjande och funktionshöjande med ett hälsofrämjande perspektiv (Josefsson, 2010).

### ***Receptbelagda läkemedel***

De äldres hälsa kan återspeglas i deras användning av receptbelagda läkemedel, vilket de använde och främst för blodtrycket, blodfettssänkande, blodproppshämmande, vätskedrivande och smärtstillande eller antiinflammatoriska. Det är känt att läkemedelsförbrukningen ökar med åldern och läkemedel är den vanligaste behandlingsformen för äldre människor (Fastbom, 2006; Josefsson, 2009). Enligt Larsson & Rundgren (2010) ökar läkemedelsförbrukningen så kraftigt med stigande äldre, så att åldersgruppen 65 år och äldre idag konsumerar 50 procent av alla läkemedel som förskrivs i landet. Åldersförändringar påverkar läkemedlens omsättning och ger en ökad känslighet för läkemedlens verkan. Vanliga läkemedelsbiverkningar bland äldre är hjärtsvikt, blodtrycksfall, njurpåverkan, blödningar, magblödning, muntorrhet, förvirring, yrsel och att den äldre människan faller (Fastbom, 2006). Det finns rapporter som redovisade att orsaken till att 15 till 22 procent bland de äldre skrevs in akut på medicinkliniker berodde på läkemedelsbiverkningar, som dessutom är den fjärde till sjätte vanligaste dödsorsaken (Midlöv, 2006). För att undvika läkemedelsfel behövs en god uppföljning av insatt läkemedel helst av geriatriker (specialistbildad läkare i sjukligt åldrande) och specialistutbildad sjuksköterska (Josefsson, 2010). Många gånger behövs en god samverkan och dokumentation mellan olika vårdformer (Josefsson, 2010).

### ***Kontakter med vården***

Resultatet visade att de flesta var nöjda med behandlingen eller undersökningen vid deras senaste besök på vårdcentralen och sjukhuset. Vårdcentralen var den vanligaste vårdinrättningen som de äldre hade besökt läkare. De äldre hade under de senaste tre månaderna främst, i följande ordning, haft kontakt med läkare, distriktssköterskor, tandläkare, tandhygienist, sjukgymnast och arbetsterapeuter. De äldre hade i allmänhet oftare besökt privattandläkare, jämfört med folktandvården. Det var nästan ingen som hade besökt psykolog och kurator, trots att resultatet visade problem med psykiska hälsan främst bland kvinnor i åldersgruppen 65-79 år.

Det är viktigt att det finns system och samverkan så att de äldre möter rätt kompetens vid sina kontakter med vården. Tyvärr är det så idag att vårdcentralerna, den vanligaste vårdkontakten för de äldre, inte har specialistutbildade personal i naturligt och sjukligt åldrande. Detta är bara att beklaga, därför att vården ska präglas av hög säkerhet och kvalitet – jämlikt för alla – genom att alltid använda bästa metod, undersöka risker och vidta åtgärder för att förebygga. Vården ska heller aldrig skada och ska följa effekten av insatta resurser både på individ- och på systemnivå. För det krävs specialkompetens om de äldres särskilda situation och speciella behov (Josefsson, 2010).

De var ett nedslående resultatet att en så liten andel av de äldre hade fått frågor om levnadsvanor när de besökte sjukhus och vårdcentral. Ännu lägre andel hade fått råd om att förändra sina levnadsvanor, som mat-, motions- och rökvanor. Det är avgörande att se den äldres hälsa utifrån dennes levnadsvanor och livsvillkor (Haglund & Svanström, 1992). Det behövs förebyggande och hälsofrämjande insatser för att äldre personer ska ha ett gott liv. Hälsa kan ses som en resurs för de äldre, medan folkhälsa är ett mål för samhället. Folkhälsa handlar om allt från individens egna val och vanor till strukturella faktorer som yttre miljöer och demokratiska rättigheter i samhället (Svensson & Hallberg, 2010). Därför bör de äldre vid kontakter med vården, mötas av att personalen har ett förhållningssätt som utgår från de områden som är speciellt viktiga för att de äldre ska må bra (Statens folkhälsoinstitut, 2010b). Dessa områden är bland annat bra matvanor och fysisk aktivitet som ingår i ett gott åldrande.

### ***Tillgänglighet till vården***

Resultatet visade att tre av tio av dem som hade försökt ringa till vårdcentralen, hade haft svårt att komma fram på telefon. En större andel kvinnor och särskilt de i åldersgruppen 80-84 år, hade haft svårt att komma fram på telefon till sjukhus. Tillgängligheten till sjukhus bedömdes vara sämre än till vårdcentral och folktandvård. Det var lättare att komma fram på telefonen till den privata tandvården, jämfört med folktandvården. Följaktligen var i stort sett alla nöjda med tillgängligheten i form av besök till privat tandvård.

Resultatet visade tyvärr, att 20 procent inte hade sökt läkarvård, trots att de behövde läkarvård. De främsta anledningarna var bland annat att väntetiderna var för långa, det var svårt att komma fram på telefonen och de ansåg att de ändå inte kunde få den hjälp de behövde. Att det finns äldre som avstår vård på grund av att dålig tillgänglighet är givetvis inte acceptabelt. De äldre bör inte heller acceptera att inte ha tillgång till specialistkompetens - varför skulle det – då vården enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vara på lika villkor för hela befolkningen (SFS, 1982:763). De äldre kan inte överklaga när de inte kommer fram i vårdkön eller inte får den läkare de vill ha. Men däremot är det sjukvårdshuvudmännens uppgift att efter förmåga och vilja försöka verkställa det hälso- och sjukvårdslagen är till för – alla.

## **Äldre personers levnadsvanor**

### ***Fysisk aktivitet***

Resultatet visade att en låg andel av de äldre motionerade regelbundet. Det fanns inga skillnader över tid från 2000, i andelen som motionerade litet. Fysisk aktivitet är ett område som Statens folkhälsoinstitut (2010b) beskriver som speciellt viktigt för att de äldre ska må bra och för ett

gott åldrande. Otillräcklig fysisk aktivitet ingår i de levnadsvanor som mest bidrar till den samlade sjukdomsördan i Sveriges befolkning (Socialstyrelsen, 2010b).

Ett resultat som är värt att noteras, var att andelen äldre som åt lunch, middag, kvällsmål varje dag, hade signifikant minskat över tid. En låg andel av de äldre åt grönsaker eller rotfrukter respektive frukt eller bär minst tre gånger per dag. Fysisk aktivitet och bra matvanor är områden som Statens folkhälsoinstitut (2010b) beskriver som speciellt viktiga för att äldre personer ska må bra och för ett gott åldrande. Trots det är fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor de levnadsvanor som mest bidrar till den sjukdomsördan (Socialstyrelsen, 2010b).

Det är extra viktigt att hälso- och sjukvården satsar på att få de äldre att röra på sig oftare. Sjukhusen och vårdcentralerna kan medverka till goda levnadsvanor genom att fråga de äldre oftare, än vad som gjordes i den här studien, om deras vanor. Socialstyrelsen (2010b) rekommenderar att de som rör sig ohälsosamt lite bör erbjudas rådgivning med fysisk aktivitet recept eller stegräknare och även särskild uppföljning.

### **Mat och vikt**

Ett resultat som är värt att noteras, var att andelen äldre som åt lunch, middag, kvällsmål varje dag, hade signifikant minskat över tid. En låg andel av de äldre åt grönsaker eller rotfrukter respektive frukt eller bär minst tre gånger per dag. Bra matvanor är ett område som är speciellt viktigt för att äldre personer ska må bra och för ett gott åldrande (Statens folkhälsoinstitut, 2010b). Ohälsosamma matvanor ingår i de levnadsvanor som mest bidrar till den samlade sjukdomsördan i Sveriges befolkning (Socialstyrelsen, 2010b).

Sjukhusen och vårdcentralerna kan medverka till goda levnadsvanor genom att fråga de äldre oftare, än vad som gjordes i den här studien, om deras vanor. För de som har ohälsosamma matvanor räcker det inte med vanlig rådgivning. Socialstyrelsen (2010b) rekommenderar att vården erbjuder kvalificerad rådgivning. De svenska näringsrekommendationerna om intag av kostens är att totala fettinnehåll inte bör ge mer än cirka trettio procent av energin (Livsmedelsverket, 2003). Fettkvaliteten betonas starkt, att det mättade fett bör begränsas till högst tio procent och halten fleromättat fett bör ligga mellan fem och tio av energiintaget. Kolhydrater bör bidra med 50-60 procent av energiintaget och protein bör med tio till tjugo procent. Livsmedelsverket rekommenderar ½ kg frukt och grönsaker per dag (Livsmedelsverket, 2003).

Livsmedelsverket (2011) poängterar att näringsrekommendationerna gäller den yngre och medelålders befolkningen med avseende på protein, fett och kolhydrat inte gäller de sköra och sjuka äldre. För dem är det viktigt att proteinets och fettets andel av de det totala energiintaget ligger högre och andelen kolhydrat lägre för att volymen på maten inte ska bli för stor (Livsmedelsverket, 2011). Därför kan inte referensvärdena användas fullt ut för enskilda personer, utan energibehovet måste uppskattas för varje person med hänsyn till ålder, kön, kroppsvikt, kroppssammansättning och fysisk aktivitet. För att nå en någorlunda säkerhet om kostintag är tillfredsställande, kan göras olika kliniska och biokemiska undersökningar av nutritionstatus. En grov kost- och näringsbedömning kan till exempel göras med hjälp av en mat- och vätskeregistering/kostdagbok (Livsmedelsverket, 2011).

Resultatet visade att hälften av de äldre hade ett BMI 22-27, som ofta anges som hälsosamt för de äldre (Akner, 2006). Ett hälsosamt BMI hos de äldre ligger med andra ord något över normalvärdet hos vuxna, som är BMI 20-25. Det innebär att vården bör se upp med att införa

mätningar som inte är anpassat för de äldre, genom att felaktigt definiera de äldre med BMI 25-27, som att vara överviktiga (Akner, 2006).

### **Alkohol och tobak**

Ett positivt resultat var den låga andelen med riskbruk av alkohol och att förhållandevis få rökte och snusade. Andelen som rökte och snusade hade inte förändrats signifikant sedan år 2000. Trots det så bör insatser göras för de som röker dagligen (Socialstyrelsen, 2010b). Det gäller bland annat inför operationer, då rökare riskerar ett sämre resultat av operationen och större problem i eftervården. Rökare bör erbjudas kvalificerad individuell rådgivning eller förebyggande telefonrådgivning. Webbaserad rådgivning kan erbjudas men är inte lika effektiv. Att fånga upp de äldre med riskbruk av alkohol förutsätter kunskap och en medvetenhet om riskbruk. Män som dricker mer än 14 standardglas i veckan och kvinnor som dricker mer än nio glas har en riskkonsumtion av alkohol. Det gäller att känna till de mest effektiva metoderna för att förebygga sjukdom och Socialstyrelsen (2010b) rekommenderar att de med riskbruk bör erbjudas rådgivning. Webbaserad rådgivning har också visat sig ha stor effekt (Socialstyrelsen, 2010b).

### **Sömn**

Vidare, resultatet visade att var tredje till var fjärde kvinna hade haft sömnproblem under de senaste tre månaderna. Det var också en signifikant större andel kvinnor än män med sömnproblem, oavsett åldersgrupp. En signifikant större andel kvinnor, jämfört med män åldersgruppen 65-79 år, som hade använt sömnmedel, lugnande läkemedel och antidepressiva läkemedel under de senaste två veckorna. Dehlin m.fl. (2000) menade att kvinnor använder sömnmedel oftare än män. Sömnstörningar, liksom konsumtion av sömnmedel ökar starkt med ålder (Larsson & Rundgren, 2010). I ett naturligt åldrande kan sömnen förändras, som exempel med kortare total sömntid, förlängd insomningstid (15-60 min), lite eller ingen djupsömn, ökade vakentillfällen (ca 10 sek), svårare att somna om, vaknar tidigare och färre spontana rörelser (tryckavlastningen påverkas) (Dehlin m.fl., 2000). En signifikant större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65-79 år, hade varit trötta och kraftlösa vid flera tillfällen under de senaste tre månaderna. Det fanns en positiv trend genom att andelen trötta och kraftlösa tenderade att ha minskat från år 2000. Att ha sömnproblem kan leda till en känsla av att inte vara utsövd och känna sig trött (Dehlin m.fl., 2000). Även val av sömnmedel kan påverka grad av trötthet och andelen äldre som vid val av läkemedel ges det rekommenderar sömnmedlet är lågt och bör kunna öka, enligt SKL och Socialstyrelsen (2010).

### **Fritid**

Resultat visade att hälften av de äldre var aktiva i någon grupp, organisation, förening eller samfund. Andelen var ganska konstant över tid, från år 2000. Den fritidsaktivitet som de äldre ägnade sig mest åt var att de tittade på TV/dator (fyra timmar per dag), läste tidningar/böcker och umgicks med släkt och vänner. Det är negativt att röra sig för lite (Socialstyrelsen, 2010b), som vid tittande på TV/dator. Men å andra sidan bör aktivitet givetvis vara anpassad till de äldres förmågor och intressen. Det var positivt att en stor andel deltog i social gemenskap, då social gemenskap är ett område som Statens folkhälsoinstitut (2010b) beskriver som speciellt viktigt för att äldre personer ska må bra och för ett gott åldrande.

Resultatet visade att en signifikant större andel kvinnor, än män i åldersgruppen 65-79 år ägnade sig mer åt inomhusaktiviteter. De var också signifikant mer rädda för att gå ut, än män,

på grund av rädsla att bli överfallen, rånad eller ofredad. Männen däremot ägnade sig i signifikant högre grad än kvinnor åldersgruppen 80-84 år, mer åt utomhusaktiviteter. Den största risken för sjukdom är att röra sig för lite (Nordstrand, 2010). Därför kan kvinnorna som ägnade sig mer åt inomhusaktiviteter befinna sig i riskzonen för en ogynnsam hälsoutveckling.

Var fjärde person hade hand om husdjur och med stigande ålder var trenden att allt färre hade husdjur. Att ha sällskapsdjur kan ha positiv effekt på hälsan och skänka glädje. Det hävdar inte bara djurvänner utan även allt fler forskare, som Müllersdorf m.fl. (2010) och Uvnäs Moberg och Pettersson (2004). De flesta forskningsstudier studerar främst hundars påverkan på människor, genom närheten mellan hund och hundägare. Det handlar både om den taktila beröringen hundägaren har med sin hund, men även den nära känslomässiga relationen som sänker stressnivån och får halterna av hormonet oxytocin att stiga. Oxytocin är ett hormon som skapar lugn, sänker blodtrycket, motverkar inflammationer och stimulerar läkande processer (Uvnäs-Moberg & Petersson, 2004). Hundar kan även ge hundägaren bättre kondition och bättre hjärtfunktioner. Därför att hundägare är, jämfört med de som inte är hundägare, oftare är ute och promenerar överstigande den rekommenderad miniminivå för fysisk aktivitet. Djur kan också vara ett medel till att få regelbundet socialt stöd, då promenader med en hund är ett effektivt sätt att träffa människor och att utöka sitt sociala nätverk (Norling, 2002). Dagens viskningar blir ofta framtidens rop, så kanske att 'hund på recept' blir en verklighet i framtiden (Höök, 2010).

Att bryta ohälsosamma levnadsvanor är något som bör in i hela sjukvården och samhället. Ändå är det, enligt Nordstrand (2010), få landsting som har gjort strategiska satsningar för förebyggande insatser. Men det finns stora skillnader i praxis. I flera studier har det visat sig att de landsting som hade tydliga verksamhetsplaner som tog upp vikten av förebyggande rådgivning hade också vårdcentralerna fler förebyggande program. De som är i farozonen för ohälsosamma levnadsvanor bör identifieras och här kommer sjuksköterskor att ha en central roll och naturligtvis läkarna. Distriktssköterskor har utbildning i folkhälsovetenskap som nu kommer till användning, inte minst att sköta de motiverande samtalen (Nordstrand, 2010). Men för att bryta ohälsosamma levnadsvanor är det viktigt att se det och agera utifrån flera perspektiv, som folkhälsa, kulturellt, medicinskt, omvårdnad och socialt.

## **Äldre personers livsvillkor**

### ***Behov av stöd och hjälp***

Här nedan diskuteras de äldres livsvillkor. Livsvillkoren går att påverka, men det är oftast svårare att påverka dem jämfört med levnadsvanor

Resultatet visade att de flesta äldre hade någon som kunde stödja dem vid personliga problem/hjälpa dem med inköp och matlagning vid sjukdom och hjälpa dem med flyttning till en annan bostad. Att ha tillgång till någon om det behövs torde vara positiva mått, dels på graden av tryggheten (Maslow, 1943) och dels graden på social gemenskap, som är särskilt viktigt för ett gott åldrande (Statens folkhälsoinstitut, 2010b). Det var en större andel kvinnor än män, i åldersgruppen 65-79 år, som på grund av nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom hade fått hjälp med att handla mat och som hade fått hjälp att komma ut på promenad. Den högre andelen kvinnor som fick hjälp, kan helt enkelt bero på slutsatsen att "kvinnor hjälper männen, för att sen som änkor bli hjälpta".

## **Trygghet och sociala relationer**

Ett nedslående resultat var att äldre avstod att gå ut av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Det var en signifikant större andel kvinnor än män som avstod att gå ut av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Rädslan var högre i den äldre åldersgruppen 80-84 år. Andelen som avstod att gå ut av hade inte förändrats från år 2000. Att de äldre och framför allt kvinnor är rädda att gå ur, är något som borde tas på största allvar genom att förbättringsinsatser sätts in skyndsamt. Därför att det har negativa konsekvenser för hälsan och välbefinnandet, inte minst i form av låg fysisk aktivitet, låg stimulans och ett begränsat liv.

Resultatet visade att en ganska stor andel uppgav att någon uttryckt sig positivt om dem, blivit uppskattade och som på grund av någon hade känt sig stolt under de senaste tre månaderna. Det var en signifikant större andel kvinnor, än män, i åldersgruppen 65-79 år som på grund av någon hade känt sig stolt och blivit uppskattade. Däremot hade en av tio nyligen blivit behandlad på ett nedlåtande sätt. Ännu en gång synliggjorde resultatet att kvinnor hade det sämre, genom att det var en signifikant större andel kvinnor, än män, i åldersgruppen 65-79 år, som nyligen hade blivit nedlåtande behandlad. Värt att notera är att den nedlåtande behandlingen främst hade samband med åldersdiskriminering. Det är av största betydelse att förhindra åldersdiskriminering. En systematisk, stereotyp och nedvärderande bild av äldre människor är inte acceptabel. Detta bekräftas också i EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna, där det slås fast att EU-medborgare har rätt till skydd mot diskriminering på grund av sin ålder. I skrivande stund är Sverige är det enda landet i EU som saknar en lagstiftning mot åldersdiskriminering överallt i samhället.

Resultatet visade att hälften av de äldre hade varit med om en smärtsam eller kritiskt händelse under de senaste två åren och det var en signifikant större andel män, än kvinnor, i åldersgruppen 65-79 som inte varit med om det. Resultatet visade kvinnors sämre situation igen i åldersgruppen 65-79 år, jämfört med män, genom att det var en signifikant större andel som varit med om att de själva eller anhörig hade fått en allvarlig sjukdom eller varit med om en svår olycka. Detta kan ge existentiell smärta, i form av känslor av övergivenhet, trötthet, ångest, tomhet, bitterhet och sorg (Hægerstam, 2007; Josefsson, 2009; BraVå, 2011). Det är avgörande för de äldre att vidta rätt åtgärd – trösta eller lindra eller behandla eller en kombination av dessa (Josefsson, 2009).

Resultatet visade att var tionde person hade hand om omvårdnaden för anhörig eller vän som var långvarigt sjuk eller hade nedsatta funktioner. Nästan var fjärde person i Sverige som är över 55 år hjälper äldre, sjuka eller personer med funktionsnedsättning i eller utanför sitt hem. Det är 650 000 personer. Det är avgörande att bemöta dem väl och erbjuda stöd så att de känner sig trygga och klarar av sin situation (SFS, 2001:453). De som har hand om omvårdnaden för andra ska därmed genom stöd få en förbättrad livssituation och minskad risk att drabbas av ohälsa. All vårdpersonal ska uppmärksamma deras situation och behov av stöd i ett tidigt skede. Om de anhöriga inte orkar med sin situation, torde hälso- och sjukvården i Sverige stå inför ett sammanbrott.

## **Boende, hushåll och ekonomi**

Resultatet visade att en signifikant större andel kvinnor inte kunde skaffa fram 20 000 kronor inom vecka. Detta visade att kvinnor är en mer utsatt grupp än män, liksom att det var en signifikant större andel kvinnor som bodde ensamma. Ett resultat som inte överraskade, var att

andelen ensamboende kvinnor ökade tydligt med ökad ålder, vilket det inte gjorde för männen. Resultatet överensstämde med Statistiska centralbyrån (2010), som rapporterat att majoriteten som bor ensamma är kvinnor. Anledningen till det är att kvinnor helt enkelt lever längre än män (Statistiska centralbyrån (2010). År 2009 var medelåldern 83,1 för kvinnor och 78,9 för män.

Resultatet visade att de flesta var nöjda med sitt boende och boendemiljön samt kände sig trygga i sitt bostadsområde. Andelen som kände sig säkra och trygga i sitt bostadsområde hade ökat signifikant från redan höga nivåer. Däremot var det färre som ansåg att de boende i bostadsområdet inte brydde sig om varandra. Att vara trygg är ett grundläggande behov för alla, bland annat beskrivet i en modell av den amerikanske psykologen Maslow (1943). Det är en förklaringsmodell för hur personer prioriterar sina behov. I korthet innebär det att behoven på en lägre nivå, som trygghet, måste vara tillfredsställda innan högre mål, som självförverkligande, blir viktiga för personen. De äldres trygghet är en politisk fråga som behöver stor uppmärksamhet. Det ska vara självklart för de äldre att känna sig säkra och ohotade i sitt hem och i bostadsområdet.

### ***Förtroende för institutioner i samhället***

Resultatet visade att en relativt låg andel av de äldre hade förtroende för folktandvården, äldreomsorgen, socialtjänsten och försäkringskassan i sitt län. Däremot var förtroende högt för primärvården (vårdcentraler) och sjukhusvården i länet. Förtroendet var högre i jämförelse med hela befolkningen i riket och hela befolkningen i Södermanlands och Örebro län (SKL & Socialstyrelsen, 2010). Att notera särskilt var att mindre än hälften av de äldre hade förtroende för äldreomsorgen. Att inte ha förtroende för äldreomsorgen och samtidigt vara äldre är – mild uttryckt - definitivt ingen lyckad kombination. Att vara trygg är ett grundläggande behov för alla (Maslow, 1943). Därför är äldre personers trygghet och låga förtroende för äldreomsorgen en politisk fråga som behöver större uppmärksamhet (Josefsson, 2010). Förtroendet för socialtjänsten och försäkringskassan hade, från redan låga nivåer, minskat signifikant sedan år 2000. Det var hälften av de äldre som hade stort eller mycket stort förtroende för polisen och en lägre andel hade förtroende för domstolarna.

### ***Förtroende för politiker***

Resultatet visade att andelen som hade förtroende för politiker var relativt låg. Förtroendet för politiker var i stort sett oförändrat sedan år 2000. Tre av tio personer hade stort eller mycket stort förtroende för riksdagen och för regeringen. Trots det låga förtroendet för politiker hade de flesta av de äldre röstat i senaste kommunvalet, landstingsvalet och riksdagsvalet. En anledning kan vara att det är viktigt att känna delaktighet, något som enligt Statens folkhälsoinstitut (2010b), är speciellt viktigt för att äldre personer ska må bra och delaktighet ingår i ett gott åldrande.

### ***Avslutande diskussion***

Folkhälsoarbete och hälso- och sjukvårdsarbete bör, utifrån rapportens resultat, arbeta med de bestämningsfaktorer som påverkar hälsan, genom att förebygga risker, behandla ohälsa och skapa stödjande miljöer. Att bryta ohälsosamma levnadsvanor är något som bör in i hela sjukvården och samhället. De äldre bör mötas av personal med specialistkompetens i naturligt och sjukligt åldrande och vad det innebär att åldras. Strategiska satsningar för evidensbaserade förebyggande insatser är nödvändigt, det vill säga insatser som bevisligen har effekt. Det gäller

att känna till de mest effektiva metoderna för att behålla eller höja hälsan och förebygga sjukdom.

Det är avgörande att de äldre har kunskap och får kvalificerad rådgivning, som motiverande samtal, om hälsosamma levnadsvanor och livsvillkor för att främja sin hälsa –även i tidigare åldrar. Kunskapen kan de äldre söka själv och/eller få genom information, rådgivning och utbildning. Vid vårdkontakter har de äldre rätt till information om sitt hälsotillstånd samt bedömning och rådgivning om sina vanor. Då är det viktigt att informationen och rådgivning är anpassad till den äldre. Att ha kontroll över sitt liv och egenmakt är nyckelbegrepp när hälsa och ohälsa ska förklaras. Självbestämmande har sin grund i humanistiska och demokratiska värderingar. Alla har rätt att besluta i frågor som gäller sitt eget liv, men egenmakt är endast förunnat den som har adekvat kunskap. Med andra ord, för att de äldre ska kunna välja ett hälsosamt liv - krävs att de har adekvat kunskap om hälsosamma levnadsvanor och livsvillkor. Livsvillkoren har inte alltid de äldre möjlighet att påverka själv. Detta gör att egenmakt även handlar om individens möjlighet att kunna utöva egenmakt. Här har samhället ett ansvar för att skapa stödjande strukturer som underlättar de äldres egenmakt och insatser inom de fyra områden som är speciellt viktiga för att de äldre ska må bra och för ett gott åldrande:

- Social gemenskap
- Delaktighet, meningsfullhet och att känna sig behövd
- Fysisk aktivitet
- Bra matvanor.

# LITTERATURLISTA

- Agahi, N., Lagergren M., Thorslund, M. & Wänell, S-E. (2005). *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar. En kunskaps-sammanställning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Akner, G. (2010). Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler. Fokus måste flyttas från isolerade sjukdomar till komplexa hälsoproblem. *Läkartidningen* 44, 2707-2711.
- Akner, G. (2006). Bedömning och behandling av nutritions- och undernutritionstillstånd inom äldre vården. I: Socialstyrelsen. *Mat för äldre inom vård och omsorg* (ss. 1-17). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Akner, G. (2004) *Multisjuklighet hos äldre: Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral*. Stockholm: Liber.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Baumann, S L. & Söderhamn, O. (2005). Considering and enjoying tomorrow: Global aging through a human becoming lens. *Nursing Science Quarterly* 18, 353–358.
- BraVå, Bra vård för äldre (2011). *Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre*. Tillgänglig 1 juni, 2011, från <http://www.bravard.nu>
- Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G. & Sjöbeck, B. (2000). *Gerontologi. Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv* Stockholm: Natur och kultur.
- Eriksson, K. (1988). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber.
- Fahlström, G. Hagberg, L. Lindén-Boström, M. & Ydreborg, B. (2008). *Äldres liv och hälsa*. Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting och Regionförbundet Örebro. Tillgänglig 1 juni, 2011, från <http://www.regionorebro.se>
- Fastbom, J. (2006). *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Liber.
- Folke, S. & Paulsson, G. (2010). Oral hälsa för välbefinnande och livskvalitet. I: Lillemor R-M Hallberg (Red.). *Hälsa & livsstil. Forskning och praktisk tillämpningar* (ss. 53-69). Lund: Studentlitteratur
- From, I. (2007). *Experiences of health and care when being old and dependent on community care*. Licavhandling, Avdelningen för omvårdnad, Karlstads universitet, Karlstad.
- Grimby, A. & Grimby, G. (2001). *Åldrandets villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Hägerstam, G. (2007). *Smärta hos äldre*. Lund: Studentlitteratur.

- Haglund, B. & Svanström, L. (1992). *Folkhälsovetenskap: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Höök, I. (2010). *Hund på recept. Den professionella vårdhund*. Gothia Förlag.
- Josefsson, K. (2010). *Tio punkter för en god och säker hemsjukvård för äldre personer*. Tillgänglig 1 juni, 2011, från <http://www.swenurse.se>
- Josefsson, K. (2009). *Sjuksköterskan i kommunens äldreomsorg*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Statens livsmedelsverk. (2011). *Vetenskapligt underlag till råd om bra mat i äldreomsorgen*. Stockholm: Statens livsmedelsverk.
- Statens livsmedelsverk. (2003). *De svenska näringsrekommendationerna översatta till livsmedel. Underlag till generella råd på livsmedels- och måltidsnivå för friska vuxna*. Stockholm: Statens livsmedelsverk.
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review* 50, 370-396.
- Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). Begreppen hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur.
- Midlöv, P. (2006). *Drug-related problems in the elderly. Interventions to improve the quality of pharmacotherapy*. Tillgänglig 1 juni, 2011, från [www.lup.lub.lu.se](http://www.lup.lub.lu.se)
- Müllersdorf, M., Granström, F., Sahlqvist, L. & Tillgren, P. (2010). Aspects of health, physical/leisure activities, work and socio-demographics associated with pet ownership in Sweden *Scandinavian Journal of Public Health* 38, 53-63.
- Nordstrand, K. (2010). Nationella riktlinjer ställer stora krav på förebyggande insatser. *Omvårdnadsmagasinet* 5, 26-28.
- Norling, I. (2002). *Djur i vården*. Tillgänglig 1 juni, 2011, från [http://www.halsansnatur.se/images/media/norling\\_djur.pdf](http://www.halsansnatur.se/images/media/norling_djur.pdf)
- Robine, J.M. & Michel, J.P. (2004). Looking forward to a general theory on population aging, *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 59, 590-597.
- Rundgren, Å & Dehlin, O. (2004). *Äldresjukvård: medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Stockholm: Studentlitteratur.
- SCB, Statistiska centralbyrån. (2010). *Befolkningsstatistik*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Schyllander, J. & Rosenberg, T. (2009). *Skador bland äldre i Sverige*. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Kunskapscentrum för äldres säkerhet.
- SFS, 2001:453. *Socialtjänstlag*. Tillgänglig 1 juni, 2011, från <http://www.riksdagen.se>.

- SFS, 1982:763. *Hälsa- och sjukvårdslagen*. Tillgänglig 1 juni, 2011, från <http://www.riksdagen.se>
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. & Socialstyrelsen. (2010). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. (2008). *Aktuellt på äldreområdet 2008*. Tillgänglig 1 juni, 2011, från <http://www.skl.se>
- Socialstyrelsens (2010a). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens (2010b). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010a). *Folkhälsans målområden*. Tillgänglig 1 juni, 2011, från <http://www.fhi.se>
- Statens folkhälsoinstitut. (2010b). *Äldres hälsa*. Tillgänglig 1 juni, 2011, från <http://www.fhi.se>
- Statens folkhälsoinstitut. (2010c). *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*. Tillgänglig 1 juni, 2011, från <http://www.fhi.se>
- Svensson, O. & Hallberg, L. R-M. (2010). Jakten på hälsa, välbefinnande och livskvalitet I: Hallberg, R-M L (Red) *Hälsa & livsstil Forskning & praktiska tillämpningar* (ss. 35–51) Lund: Studentlitteratur
- Ternstedt, B-M. (2009). *Vård och omsorg av äldre vid livets slut. I: Omvårdnad för äldre. Rapport från Hearing år 2009* (ss. 10-12). Tillgänglig 23 juli, 2010 från [www.swenurse.se](http://www.swenurse.se) eller [www.vardforbundet.se](http://www.vardforbundet.se)
- Thorslund, M. & Larsson, K. (2002). *Äldres behov. En kunskapsöversikt och diskussion om framtiden*. Stockholm: Stiftelsen Stockholm läns Äldrecentrum. Thorslund, M. & Parker, M.G. (2005). Hur mår egentligen de äldre? *Läkartidningen* 102, 3119–3124.
- Tornstam, L. (2005). *Äldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.
- Uvnäs-Moberg, K. & Petersson, M. (2004). Oxytocin - biokemisk länk för mänskliga relationer. Mediator av antistress, välmående social interaktion, tillväxt, läkning. *Läkartidningen* 101, 2634-2639.
- Vårdalinstitutet. (2008). *Äldres hälsa – en utmaning för Europa*. EUprojektet Healthy Ageing. Tillgänglig 1 juni, 2011, från <http://www.vardalinstitutet.net>
- Ydreborg, B. (2001). *Den pigge pensionären*. Örebro: Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.



