

Äldres liv & hälsa i Mellansverige 2017

Resultat från en undersökning om livsvillkor, levnadsvanor och hälsa bland personer 70 år eller äldre

Regionerna i Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro län har regelbundet genomfört befolkningsundersökningar inom ramen för det länsövergripande samarbetet. Undersökningarna har genomförts 2000, 2004, 2008, 2012 och 2017. Undersökningarna är ett unikt underlag för kunskapsspridning, planering och styrning. Resultaten presenteras i olika former och sammanhang, från muntliga redovisningar och rapporter till vetenskapliga artiklar.

Rapporten är sammanställd av:

Marina Arkkukangas, Region Sörmland
Anna Björk, Region Sörmland
Susann Ericsson, Region Sörmland
Jim Lindström, Region Västmanland

Marina Kalander Blomqvist, Region Värmland
Anu Molarius, Region Värmland
Erik J. Nilsson, Region Värmland
Cecilia Nyberg, Region Värmland
Carina Persson, Region Örebro län

Innehåll

Sammanfattning	4
Bakgrund	6
Demografi.....	6
Jämlig hälsa.....	6
Att åldras.....	6
Fyra hörpelare för ett gott åldrande.....	6
Social gemenskap.....	6
Meningsfullhet.....	6
Fysisk aktivitet.....	7
Goda matvanor.....	7
Hälsa, levnadsvanor och livsvillkor.....	7
Material och metod	8
Liv & hälsa 2017.....	8
Bakgrundsdata.....	9
Hälsa	10
Självskattat allmänt hälsotillstånd.....	10
Självrapporterade diagnostiserade sjukdomar.....	12
Högt blodtryck.....	12
Diabetes.....	12
Depression.....	12
Astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).....	12
Smärta och värk.....	13
Mag-/tarmbesvär och inkontinens.....	13
Tinnitus, syn- och hörselnedsättning.....	14
Psykisk hälsa.....	15
Gott psykiskt välbefinnande.....	15
Psykiska besvär.....	16
Tandhälsa.....	17
Fallskador.....	18
Vårdkontakter och läkemedel	19
Besökt vården.....	19
Diskuterat levnadsvanor.....	20
Avstått nödvändig vård.....	20
Användning av receptbelagda läkemedel.....	21
Använder fem eller fler receptbelagda läkemedel.....	21
Levnadsvanor	22
Alkoholkonsumtion.....	22
Tobakskonsumtion.....	24
Stillasittande och fysisk aktivitet.....	25
Matvanor.....	26
Övervikt och fetma.....	27
Livsvillkor	29
Ekonomi.....	29
Löpande utgifter och kontantmarginal.....	29
Boende.....	30
Nöjd med livet.....	30
Tillit till andra.....	30
Trygghet.....	31
Sociala relationer.....	31
Deltar i aktiviteter.....	32
Nedlåtande behandling och våld.....	32
Hjälp, stöd samt omvårdnad av anhörig.....	32
Förtroende för institutioner och politiker.....	33
Skydds- och riskfaktorer för hälsa	34
Generella åtgärder och insatser	36
Diagram- och tabellbilaga	38
Hälsa.....	38
Vårdkontakter och läkemedel.....	40
Levnadsvanor.....	41
Livsvillkor.....	44
Skyddsfaktorer, riskfaktorer och bakgrundsfaktorer.....	49
Kommunkarta	50

Sammanfattning

Sverige har, liksom andra europeiska länder, en åldrande befolkning. För att kunna planera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser till äldre är det viktigt att ha kunskap om hur befolkningens hälsa, levnadsvanor och livsvillkor ser ut och vilka faktorer som samvarierar med hälsan bland äldre.

Denna rapport baseras på enkätundersökningen Liv & hälsa 2017 i Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro län (CDUST-regionen). I åldersgruppen 70 år eller äldre svarade drygt 13 000 personer, svarsfrekvensen var 65 procent.

Drygt hälften av de äldre uppskattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott. Andelen med god hälsa är högre bland män (57 %) än bland kvinnor (51 %) och minskar med stigande ålder. Äldre med eftergymnasial utbildning har bättre hälsa än äldre med förgymnasial eller gymnasial utbildning. Den vanligaste långvariga sjukdomen är högt blodtryck vilket drabbar varannan man och kvinna. Två av tio anger att de har diabetes. Även värk i rörelseorganen är vanligt. Däremot är den psykiska hälsan relativt god, åtta av tio bedöms ha gott psykiskt välbefinnande. Denna andel är högst i gruppen 70–74 år och minskar med stigande ålder. Besvär som trötthet, sömnsvårigheter samt ångslan, oro eller ångest är dock vanliga och drabbar fler kvinnor än män.

Bland äldre är hörselnedsättning en ofta förekommande funktionsnedsättning, sex av tio män och fem av tio kvinnor har lätta eller svåra besvär av hörselnedsättning. Totalt 13 procent i åldern 70–84 år har råkat ut för fall med skada som följt det senaste året, vilket kan jämföras med 27 procent i åldern 85 år eller äldre. Fall är vanligare bland kvinnor än bland män. Sju av tio äldre anger att de har god tandhälsa. Även tandhälsan är bättre bland dem med eftergymnasial utbildning jämfört med dem med förgymnasial eller gymnasial utbildning. De regionala skillnaderna i äldres

hälsa och tandhälsa är oftast små. Däremot finns det betydande skillnader mellan kommuner i regionen.

Vårdbesök är vanliga, fem av tio har besökt vårdcentral eller liknande de senaste tre månaderna och tre av tio har besökt sjukhus. En av tre har diskuterat sina levnadsvanor vid sitt/sina besök. Få har fått avstå från vård eller läkemedel av ekonomiska skäl, men denna andel är större bland dem som är födda utanför Norden. Läkemedelsbruket är högt bland äldre, nio av tio använder receptbelagda läkemedel. I åldern 70–84 år är det tre av tio och i gruppen 85 år eller äldre är det fem av tio som använder fem eller flera receptbelagda läkemedel.

Äldre har i genomsnitt hälsosammare levnadsvanor än yngre vuxna. De röker och dricker alkohol i mindre utsträckning än yngre åldersgrupper. Andelen riskkonsumenter av alkohol bland äldre har dock ökat de senaste åren. Totalt 55 procent i åldersgruppen 70–84 år är fysiskt aktiva minst 150 minuter i veckan, medan motsvarande andel i gruppen 85 år eller äldre är 23 procent. Stillasittande är också vanligt i den äldsta åldersgruppen. Två av tre har regelbundna matvanor även om få äter frukt och grönsaker minst fem gånger om dagen. Sju procent anger att de sällan har god aptit, denna andel är högre i åldern 85 år eller äldre. Nästan en av fem har fetma och andelen med fetma har ökat sedan 2004.

Närmare två av tre äldre bor tillsammans med make, maka, partner eller sambo. Äldre kvinnor bor i större utsträckning ensamma än män. De flesta (95 %) har under det senaste året inte haft svårt att klara sina löpande utgifter för till exempel mat, hyra och räkningar. Ekonomiska svårigheter förekommer dock i större utsträckning bland personer födda utanför Norden. Majoriteten uppger att de har någon eller några personer i sin omgivning som kan ge dem personligt stöd.

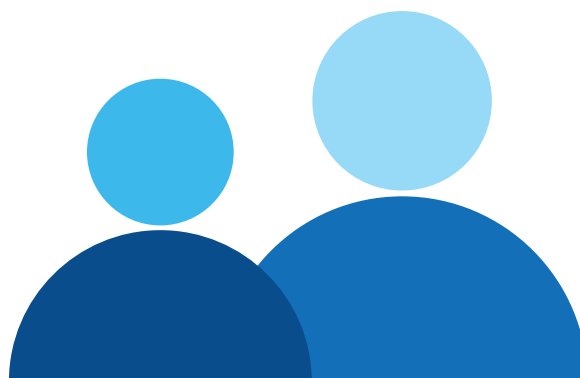
Två av tio kvinnor och en av tio män besväras av ensamhet någon gång i veckan eller oftare. Detta är vanligare bland ensamboende än bland dem som bor med partner. I åldersgruppen 70–84 år är det 27 procent som får hjälp av till exempel anhöriga, hemtjänst eller hemsjukvård för att klara sin vardag, i gruppen 85 år eller äldre är andelen 63 procent.

En hög andel (84 %) anger att man i allmänhet kan lita på de flesta människor. Nio av tio känner sig trygga i sitt bostadsområde. Många äldre, i synnerhet kvinnor, anger dock att det händer att de avstår från att gå ut ensamma på grund av rädsla av att bli rånad, överfallen eller på annat sätt ofredad. Mycket få har blivit utsatta för våld. Förtroendet för hälso- och sjukvården är högt bland de äldre.

Livsvillkor och levnadsvanor samvarierar med hälsan hos äldre. Den faktor som har starkast samband med att ha gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd är att ha god aptit. Andra faktorer som har en stark positiv koppling till en god hälsa är att vara fysiskt aktiv minst 150 minuter per vecka, att känna sig säker och trygg i

området där man bor, att tycka att man i allmänhet kan lita på de flesta människor samt att ha någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt. Faktorer som har en stark negativ koppling till hälsa är att behöva hjälp att klara sin vardag, att besväras av ensamhet, att ha blivit nedlåtande behandlad, att ha problem med löpande utgifter samt att ha fetma.

Resultaten av denna rapport överensstämmer väl med de tidigare identifierade fyra hörnpelarna för ett gott åldrande: social gemenskap, delaktighet/meningsfullhet, fysisk aktivitet samt goda matvanor. För kommuner, regioner och intresseorganisationer är det viktigt att erbjuda olika aktiviteter för att främja social gemenskap och goda levnadsvanor hos äldre. Fysisk aktivitet, balansträning samt läkemedelsgenomgångar bland äldre, är exempel på åtgärder som har visat sig ha effekt för att förebygga skador. Att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa innebär att man behöver arbeta med olika strategier och insatser för att alla äldre ska kunna få del av den goda hälsan och välfärden.



Bakgrund

Demografi

Cirka 2 miljoner (20 %) av Sveriges 10,1 miljoner invånare är idag 65 år eller äldre och andelen äldre ökar. En förklaring till denna ökning är den socioekonomiska utvecklingen som följts av minskat barnafödande och en ökning av medellivslängd. I EU är Sverige det land som har en av de högsta medellivslängderna. Under det senaste seklet har den förväntade medellivslängden i Sverige mer än fördubblats till att idag motsvara 84 år för kvinnor och strax över 80 år för män, och beräknas enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) öka till 89,1 år för kvinnor och 86,7 år för män år 2060, med en fortsatt minskad skillnad mellan könen. Enligt den senaste befolkningsprognosen 2018 från SCB förväntas inom en 10 års period (2018–2028) åldersgruppen 65–79 år att öka minst, medan 80-åringar och äldre beräknas att öka med 50 procent.

Jämlik hälsa

Jämlik hälsa handlar främst om att åtgärda en ojämlig fördelning av hälsa i befolkningen som kan bero på olika faktorer så som förhållanden där människor föds, lever, arbetar och åldras, liksom de system som skapats för att hantera sjukdom och ohälsa. Riksdagen antog i juni 2018 ett nytt övergripande mål och en ny målstruktur för folkhälsopolitiken med syftet att bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Regeringen har 2018 tagit fram en handlingsplan där man redogör för en politik för omställningen mot en hållbar utveckling "Agenda 2030". Handlingsplanen består av 17 globala mål där mål 3 är att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar. I detta arbete spelar befolkningsstudier en betydande roll. Vinster med befolkningsstudier är både att mäta och förstå hälsotillståndet hos befolkningen, men även att identifiera och se samband mellan olika riskfaktorer för att främja hälsa och förebygga ohälsa, en förutsättning för att åstadkomma jämlik hälsa.

Att åldras

Ålderdom som ett fenomen innebär både positiva och negativa egenskaper. Att åldras är förenat med att fysiska och mentala funktioner successivt avtar, samtidigt som risken att drabbas av funktionsnedsättning och sjukdom ökar, exempelvis nedsatt hörsel, syn och rörelseförmåga, ökad risk för hjärtkärlsjukdom, stroke, diabetes, demens, artros, osteoporos samt ökad risk för fall och fallskada. Genom att engagera sig i olika hälsosamma beteenden så som att äta hälsosamt och vara fysiskt aktiv i vardagen högt upp i åldern kan de hälsoproblem som drabbar äldre fördröjas eller förhindras. Äldre personer uppger själva att de vill bibehålla sin fysiska och psykiska hälsa och minimera effekterna av åldersrelaterade förändringar.

Fyra hörnpelare för ett gott åldrande

Att vi lever längre innebär stora utmaningar för både individen, samhället och för hälso- och sjukvården. Därför är det viktigt att ta tillvara på förutsättningar som finns för ett gott åldrande. Fyra områden har identifierats som viktiga:

- Social gemenskap
- Meningsfullhet
- Fysisk aktivitet
- Matvanor

Social gemenskap

Social gemenskap och att delta i olika aktiviteter har stor betydelse för välbefinnande. Socialt stöd och relationer med familj och vänner är också betydelsefullt. Dessutom behövs mötesplatser där äldre i en stödjande miljö kan känna socialt deltagande och meningsfullhet.

Meningsfullhet

En äldre person som känner meningsfullhet i områden som är viktiga och som man känner starkt för ger livsmod, livsglädje och en känsla av sammanhang. Att känna meningsfullhet tiden efter pensionering är av stor vikt för hälsan.

Fysisk aktivitet

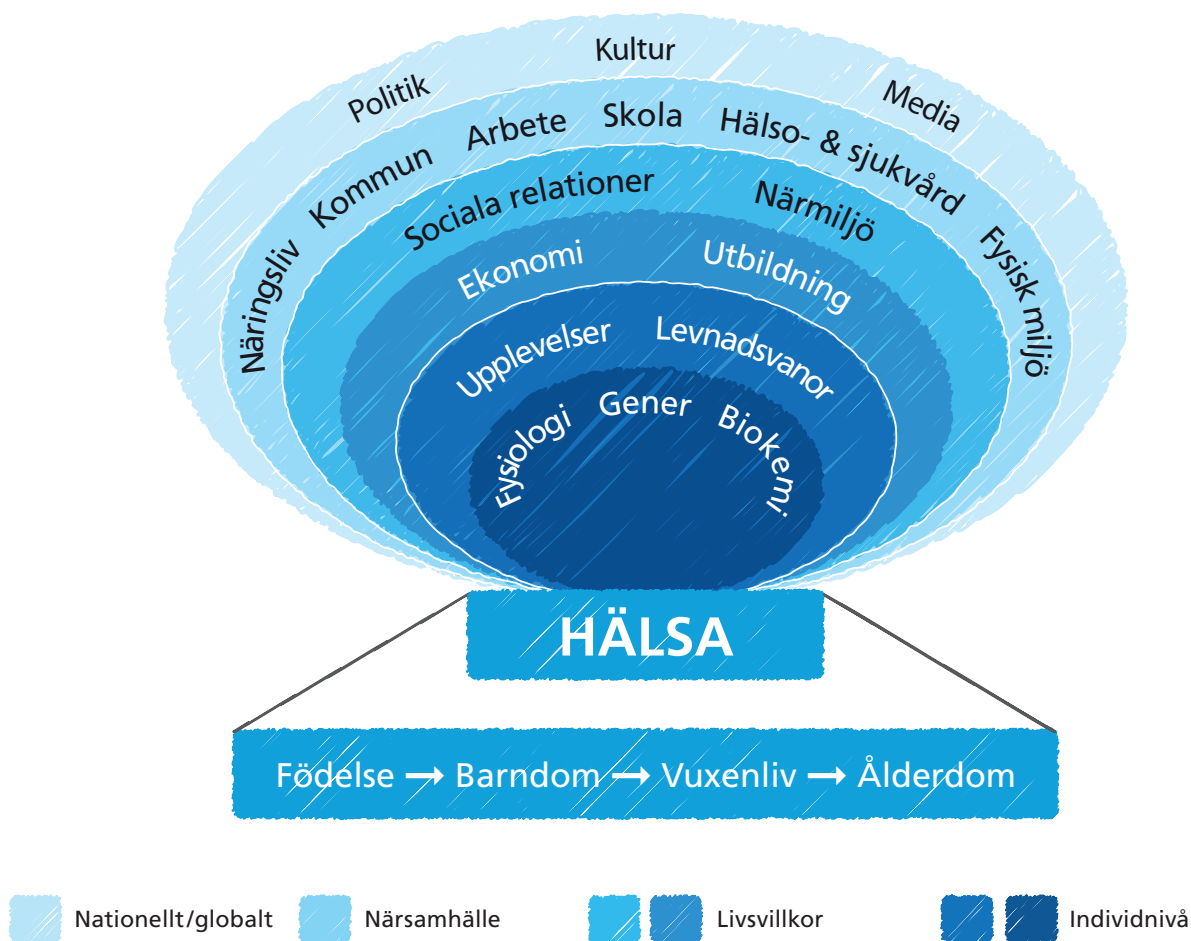
Att åldras är förknippad med förändringar i både livsstil och fysisk aktivitetsnivå, faktorer som är viktiga vid planering av hälsofrämjande insatser. Att vara fysisk aktiv kan minska ohälsa och ge många hälsovinster om det utförs regelbundet. Med stigande ålder ökar stillasittande beteende, vilket kan medföra en ökad risk att drabbas av ohälsa.

Goda matvanor

Goda matvanor bidrar till välbefinnande och god hälsa. Åldrandet innebär förändringar av bland annat näringsbehov, immunförsvar, smak, aptit och förmågan att äta. Äldre behöver regelbundna och varierande måltider som innehåller till exempel frukt, bär, grönsaker, fisk och fiberrika livsmedel. Men matvanor handlar inte bara om näring och energi utan även om social samvaro, vilket är en bidragande faktor till välbefinnande.

Hälsa, levnadsvanor och livsvillkor

Hur vi mår och agerar som individer kan vi till viss mån påverka. Levnadsvanor så som rökning, matvanor, alkoholkonsumtion och fysisk aktivitet är lättare för individen att påverka och är av stor betydelse för hälsan. Livsvillkor så som ålder och kön kan vi inte påverka. Andra viktiga livsvillkor som sociala relationer och boendeförhållanden går att påverka. Ur ett samhällsperspektiv är livsvillkor som välfärdssystem och lagstiftning av betydelse för befolkningens hälsa (se figur 1).



Figur 1. En socialekologisk modell för hälsoutveckling.

Material och metod

Liv & hälsa 2017

Befolkningsundersökningen Liv & hälsa 2017 genomfördes i samarbete mellan regionerna i Uppsala, Sörmland, Västmanland, Värmland och Örebro län (CDUST-regionen). Enkäten skickades ut till 78 000 slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 år och äldre i CDUST-regionen. Dessa personer representerar befolkningen i 55 kommuner som tillsammans har drygt 1,2 miljoner invånare. Liv & hälsa-materialet bygger på att över 34 000 personer har kommit till tals. Mot-svarande undersökningar har gjorts åren 2000, 2004, 2008 och 2012. År 2000 var den studerade åldersgruppen 18–79 år, åren 2004, 2008 och 2012 18–84 år. År 2017 var första gången då även åldersgruppen 85 år och äldre ingick i undersökningen.

Frågorna som ställdes var avsedda att samla in kunskap om befolkningens hälsa, livsvillkor, levnadsvanor och kontakter med vården. De är antingen vedertagna och validerade frågor som tidigare använts i liknande undersökningar eller egna konstruktioner framtagna av arbetsgruppen inom de samverkande regionerna. Då undersökningen genomförts tidigare år finns möjlighet att göra jämförelser över tid.

För att öka intresset för att delta i studien och för att den skulle kännas relevant för respondenterna åldersanpassades enkäten innehållsmässigt till tre grupper: 18–29 år, 30–69 år respektive 70 år eller äldre. Exempelvis ställdes mer hälso- och sjukvårdsfrågor till äldregruppen och mer arbetsrelaterade frågor till 30–69-åringarna. Möjlighet fanns att svara på antingen pappers- eller webb-enkät. På webben fanns även en engelsk version av frågorna och där kunde frågorna också läsas upp med hjälp av talsyntes.

I åldersgruppen 70 år eller äldre skickades enkäten till 20 228 personer. Av dessa svarade 13 151 (65 %), varav 6 388 kvinnor och 6 783 män. I åldersgruppen 70–84 år svarade totalt 10 096 personer och i gruppen 85 år eller äldre 3 055 personer.

Antalet svarande varierade mellan länen, från 2 239 i Västmanland till 3 410 i Örebro beroende på storleken av urvalet (se tabell 1). Resultaten i denna rapport har viktats upp för att motsvara populationen i åldersgruppen 70 år eller äldre i de olika länen. En etablerad statistisk kalibreringsmetod har använts för att korrigera eventuella skevheter i bortfallet.

Tabell 1. Antal svarande och antal i urvalet samt svars-frekvens, 70 år eller äldre uppdelat på län.

Län	Antal svarande	Antal i urvalet	Svarsfrekvens (%)
Uppsala	2 510	3 932	64
Sörmland	2 278	3 474	66
Västmanland	2 239	3 280	68
Värmland	2 714	4 322	63
Örebro	3 410	5 220	65
CDUST	13 151	20 228	65

Enkäten till åldersgruppen 70 år eller äldre innehöll totalt 55 frågor. Det fanns även möjlighet att ge egna kommentarer i slutet av enkäten. Av respondenterna hade 91 procent själv svarat på enkäten medan 9 procent hade fått hjälp. Andelen som hade fått hjälp var större i gruppen 85 år eller äldre (26 %) än i gruppen 70–84 år (4 %).

Observera att:

- Skalorna i diagrammen är antingen upp till 25, 50, 75 eller 100 procent.
- Kartorna i rapporten ger möjlighet till översiktlig jämförelse mellan kommunerna. Ljusare färger betyder gynnsammare förhållanden.

Bakgrundsdata

I den här rapporten undersöker vi hälsa, levnadsvanor och livsvillkor hos äldre genom att presentera resultat fördelat på kön, ålder (70–84 år och 85+ år), utbildningsnivå, födelse-land och hushållstyp. Valet av dessa bakgrunds-faktorer baseras på kunskapen om att hälsan skiljer sig mellan dessa grupper.

Utbildning är indelat i tre nivåer. Omkring fyra av tio har förgymnasial utbildning och nästan lika vanligt är det att ha gymnasial utbildning, medan drygt två av tio har eftergymnasial utbildning (se tabell 2).

Födelse-land är uppdelat i tre grupper. Största gruppen är de som är födda i Sverige, 90 procent. En mindre andel svarande är födda i övriga Norden (6 %) samt i övriga världen, det vill säga utanför Norden (4 %).

Hushållstyp speglar familjeförhållanden. De som klassificeras som ensamboende innefattar även en liten grupp (2,5 %) personer som bor med någon annan vuxen än make, maka, partner eller sambo, till exempel syskon eller vuxna barn. Majoriteten av de äldre bor med en partner (make, maka, partner eller sambo) (63 %). Denna andel är större i gruppen 70–84 år (69 %) än i gruppen 85 år eller äldre (42 %). Det finns även stora skillnader mellan könen, tre av fyra män (73 %) och hälften av kvinnorna (52 %) bor tillsammans med någon under större delen av veckan.



Tabell 2. Antal och andel svarande fördelat på kön, ålder, utbildningsnivå, födelse-land och hushållstyp.

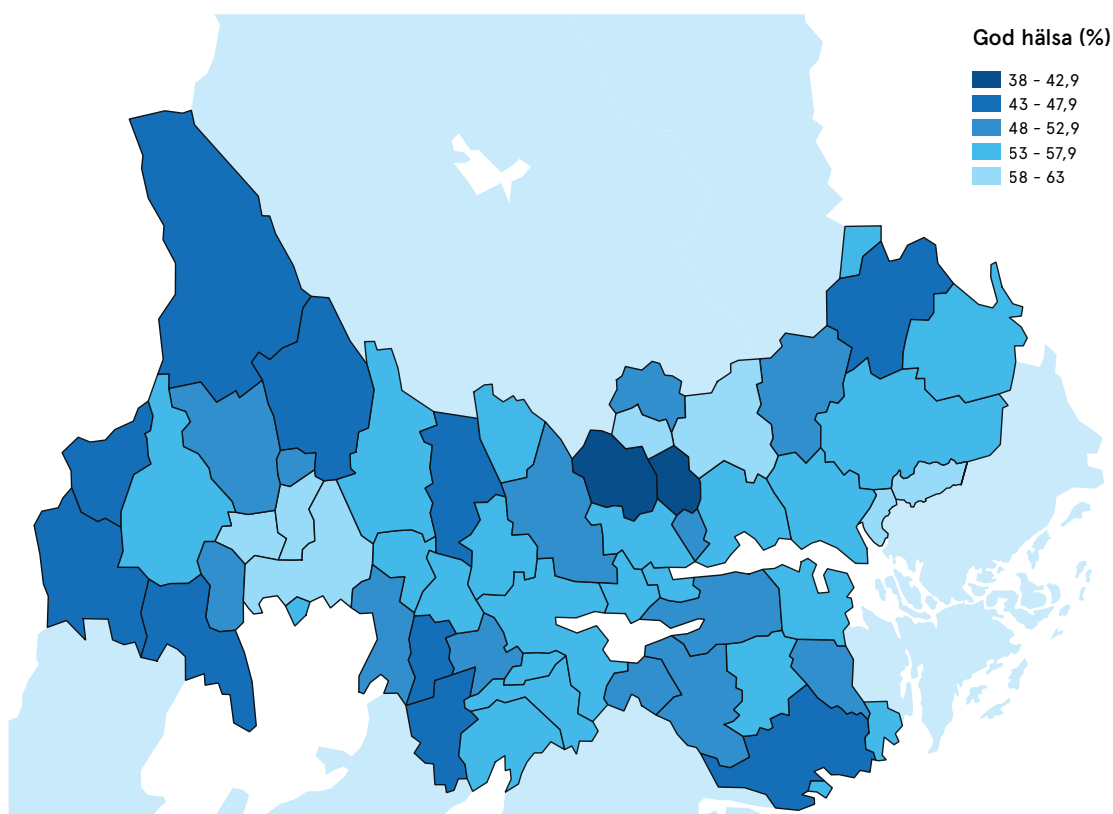
		Antal	Procent
Kön	Män	6 763	51,4
	Kvinnor	6 388	48,6
Ålder	70–84 år	10 096	76,7
	85+ år	3 055	23,3
Utbildningsnivå	Förgymnasial utbildning	5 163	39,6
	Gymnasial utbildning	4 965	38,1
	Eftergymnasial utbildning	2 913	22,3
Födelse-land	Sverige	11 846	90,1
	Övriga Norden	838	6,4
	Övriga världen	467	3,6
Hushållstyp	Ensamboende	4 561	37,2
	Bor med partner	7 712	62,8

Hälsa

Självskattat allmänt hälsotillstånd

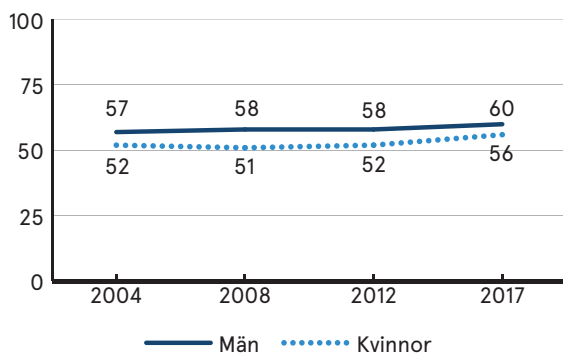
Självskattat allmänt hälsotillstånd är ett mått för att bedöma en individ, grupp eller befolknings generella hälsa nu och över tid. Allmänt hälsotillstånd har i en mängd studier visat sig ha ett starkt samband med långvarig sjukdom, vårdbehov och dödlighet.

I CDUST-regionen uppger hälften av alla 70 år eller äldre att de har god hälsa (gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd). Andelen med god hälsa varierar mellan kommunerna i regionen, från 38 till 63 procent (se figur 2).



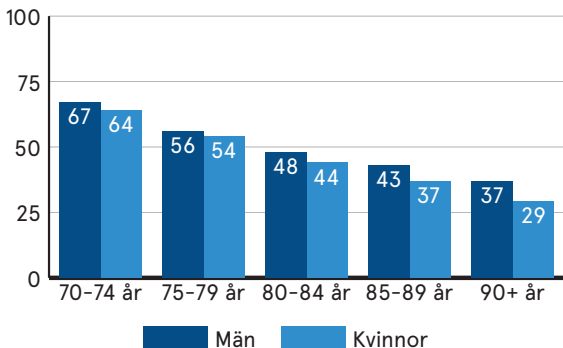
Figur 2. Andel (%) med god hälsa (gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd) efter kommun, 70 år eller äldre.

God hälsa är vanligare bland män än bland kvinnor. I åldersgruppen 70–84 år har andelen med god hälsa ökat både bland män och kvinnor sedan 2004 års undersökning (se figur 3).



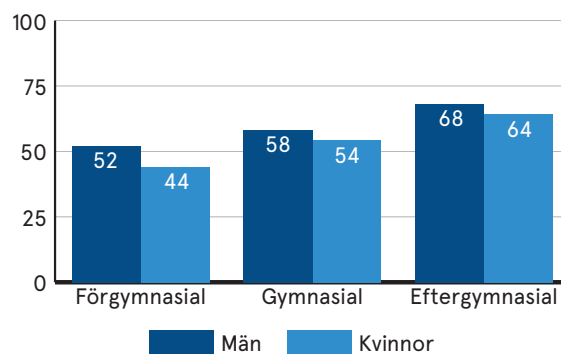
Figur 3. Andel (%) med god hälsa (gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd) efter kön och undersökningsår, 70–84 år.

Andelen med god hälsa minskar gradvis med stigande ålder (se figur 4). I samtliga åldersgrupper är god hälsa vanligare bland män än bland kvinnor.



Figur 4. Andel (%) med god hälsa (gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd) efter kön och ålder.

Individens socioekonomiska situation har samband med hälsan. Högst andel med god hälsa återfinns bland män med eftergymnasial utbildning (68 %) och lägst andel bland kvinnor med förgymnasial utbildning (44 %), en skillnad på 24 procentenheter mellan grupperna (se figur 5).



Figur 5. Andel (%) med god hälsa (gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd) efter kön och utbildningsnivå, 70 år eller äldre.

Även ekonomisk utsatthet har samband med hälsa. I gruppen som vid ett flertal tillfällen har haft problem att klara löpande utgifter, upplever tre av tio god hälsa jämfört med hälften i gruppen som inte har haft problem att klara löpande utgifter. Sett till födelseland har de som kommer från övriga Norden angett god hälsa i lägre utsträckning än övriga.

God hälsa är vanligare bland män än bland kvinnor.

Självrapporterade diagnostiserade sjukdomar

Sjukdomar och skador som är vanligt förekommande i befolkningen benämns folksjukdomar. Folksjukdomar har stor betydelse för befolkningens samlade hälsotillstånd och tar stora resurser i anspråk.

Högt blodtryck

Av de diagnostiserade sjukdomar som angetts i Liv & hälsa 2017 är högt blodtryck vanligast. Ungefär hälften av alla i åldersgruppen 70 år eller äldre har högt blodtryck och det är vanligare bland kvinnor än bland män (se figur 6). Utbildningsnivå och högt blodtryck samvarierar. Bland personer med förgymnasial utbildning har 53 procent högt blodtryck jämfört med 45 procent bland dem med eftergymnasial utbildning. Bland personer födda i övriga Norden är andelen med högt blodtryck högre jämfört med dem som är födda i Sverige eller i övriga världen. Högt blodtryck ökar risken för bland annat hjärt-kärlsjukdom och stroke.

Diabetes

Cirka 20 procent av männen och 15 procent av kvinnorna 70 år eller äldre anger att de har diabetes (se figur 6). Diabetes är vanligare bland personer med förgymnasial utbildning än bland dem med eftergymnasial utbildning. Sambandet mellan svårigheter att klara löpande utgifter och diabetes är tydligt. Nästan dubbelt så många i gruppen med ekonomiska problem har diabetes (32 %) i förhållande till dem utan ekonomiska problem (17 %). Vid jämförelser utifrån födelse-land förekommer den lägsta andelen med diabetes hos personer födda i Sverige (17 %) jämfört med födda i övriga Norden och i övriga världen,

20 respektive 23 procent.

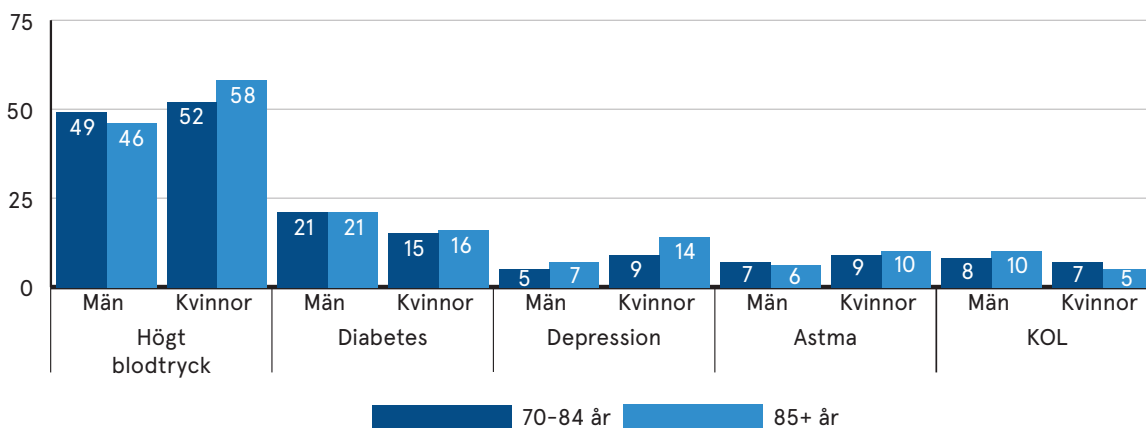
Depression

Totalt åtta procent av befolkningen 70 år eller äldre anger att de har en diagnostiserad depression. Depression är dubbelt så vanligt bland kvinnor jämfört med män (se figur 6). Med stigande ålder ökar andelen med depression framförallt bland kvinnor. För kvinnor ses även ett samband mellan utbildningsnivå och depression. Kvinnor med förgymnasial utbildning uppger i högre grad depression än kvinnor med eftergymnasial utbildning. Bland män ses inga skillnader i andel med depression efter utbildningsnivå. Även ekonomisk utsatthet, mätt som svårigheter att klara av sina löpande utgifter, samvarierar med depression. Dubbelt så många med svårigheter att klara löpande utgifter uppger att de har en diagnostiserad depression jämfört med dem utan ekonomiska svårigheter. Bland utlandsfödda, personer födda i övriga Norden eller födda i övriga världen, är andelen med depression dubbelt så hög jämfört med svenskfödda.

Astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Färre än en av tio har astma respektive KOL. Astma är vanligare bland kvinnor och KOL är vanligare bland män (se figur 6).

Det förekommer inga stora skillnader av andelen med astma i förhållande till födelse-land eller utbildningsnivå. KOL är däremot vanligare bland personer med förgymnasial utbildning än bland personer med eftergymnasial utbildning. Sambandet mellan KOL och födelse-land är marginellt.



Figur 6. Andel med (%) självrapporterade diagnostiserade sjukdomar, efter kön och ålder.

Smärta och värk

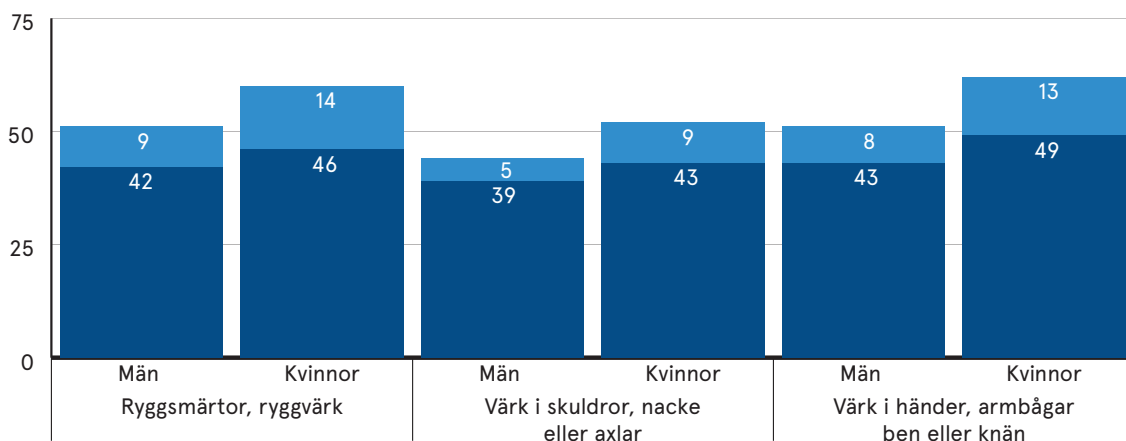
Smärta och värk i rörelseorganen är vanligt bland äldre. Smärta i rygg, nacke och ben försämrar ofta funktionsförmågan och påverkar därmed möjligheten att klara av eller delta i olika vardagliga aktiviteter.

Drygt hälften av alla kvinnor och män 70 år eller äldre har lätta eller svåra besvär av smärta eller värk i rygg, axlar, händer eller knän (se figur 7). Värkproblematik är något vanligare bland kvinnor, men för både kvinnor och män samvarierar värk med ålder, ju äldre, desto vanligare med värk.

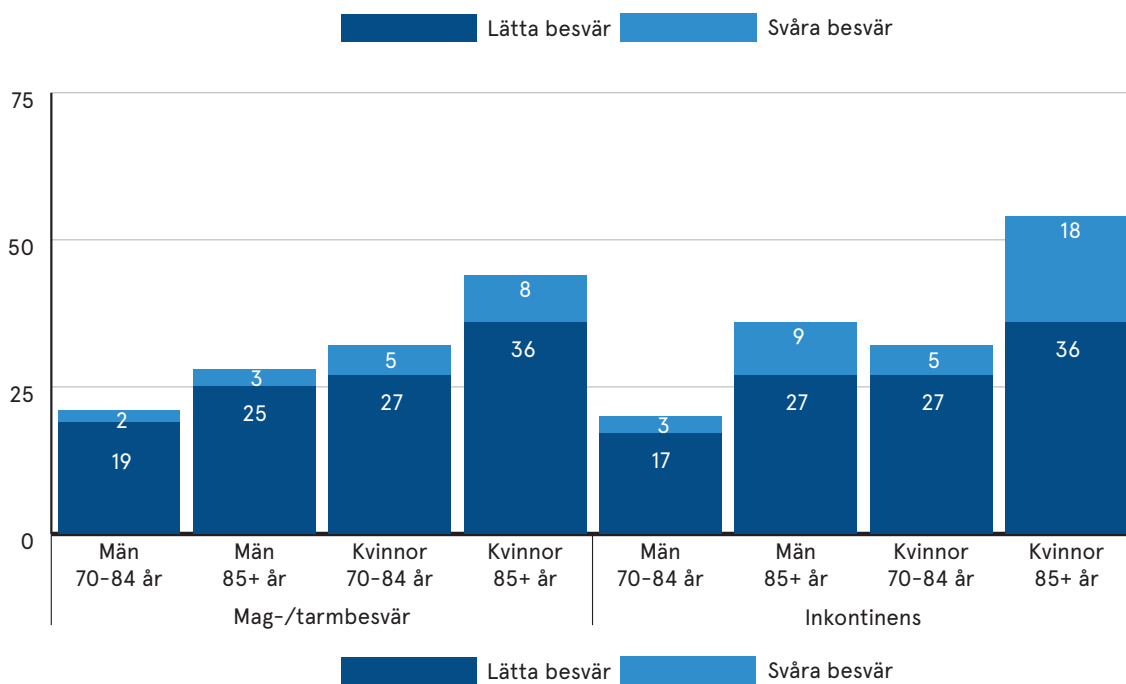
Mag-/tarmbesvär och inkontinens

Återkommande mag-/tarmbesvär drabbar var tredje kvinna och var femte man i åldern 70 till 84 år (se figur 8). Besvären ökar med stigande ålder för både kvinnor och män.

Kvinnor upplever i större utsträckning besvär av inkontinens än män. Hälften av alla kvinnor 85 år eller äldre besväras av inkontinens och en tredjedel av kvinnorna uppger att besvären är svåra (figur 8).



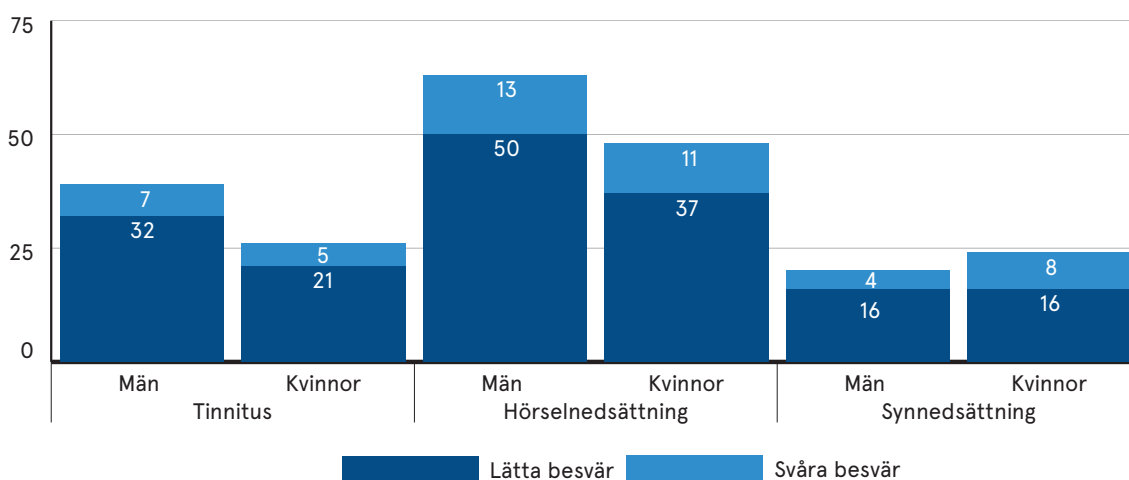
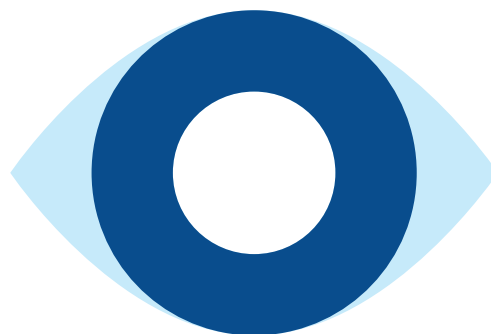
Figur 7. Andel (%) med lätta eller svåra besvär av ryggsmärta eller ryggvärk, värk i skuldror, nacke, axlar respektive värk i händer, ben eller knän efter kön, 70 år eller äldre.



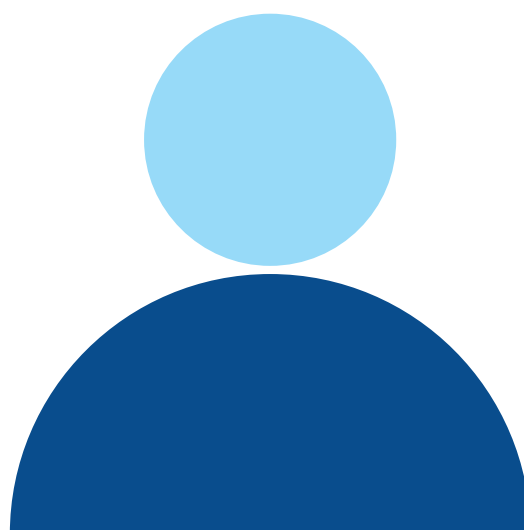
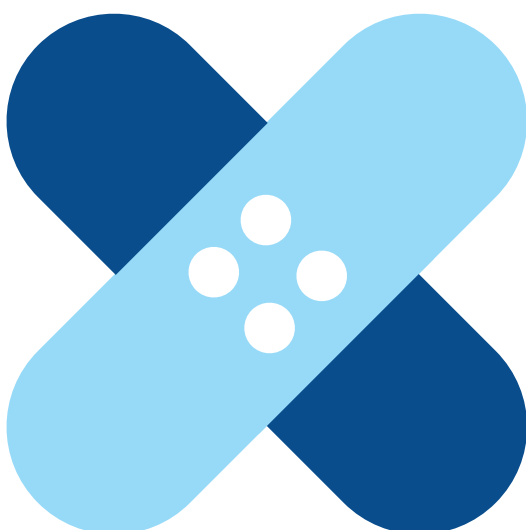
Figur 8. Andel (%) med lätta eller svåra mag-/tarmbesvär respektive inkontinens efter kön och ålder.

Tinnitus, syn- och hörselnedsättning

Frågorna om syn och hörsel mäter funktionsförmåga. Besvär av syn- eller hörselnedsättning är vanligt bland äldre och ökar med stigande ålder. Drygt 60 procent av männen och hälften av kvinnorna upplever besvär av sin hörselnedsättning. Utöver hörselnedsättning besväras 39 procent män och 26 procent kvinnor av tinnitus. Omkring en av fem män och en av fyra kvinnor besväras av synnedsättning som inte kan korrigeras med glasögon eller linser (se figur 9).



Figur 9. Andel (%) med lätta eller svåra besvär av tinnitus, hörselnedsättning respektive synnedsättning som inte kan korrigeras med glasögon eller linser efter kön, 70 år eller äldre.



Psykisk hälsa

Psykisk hälsa handlar bland annat om att människor upplever sin tillvaro meningsfull, att de kan använda sina resurser, vara delaktiga i samhället och uppleva att de har förmåga att hantera livets motgångar. Psykisk hälsa är mer än bara frånvaron av psykisk ohälsa, vilket i dag ofta används som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Psykisk ohälsa är en av vår tids stora folksjukdomar och kan medföra omfattande sociala och ekonomiska konsekvenser för individen och är resurskrävande för hälso- och sjukvården.

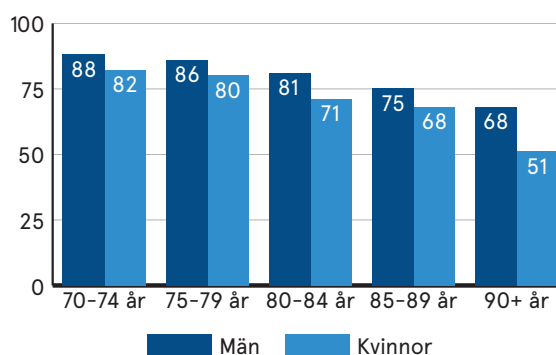
Gott psykiskt välbefinnande

I CDUST-regionen upplever åtta av tio personer i åldern 70 år eller äldre gott psykiskt välbefinnande (se faktaruta), fler män (84 %) än kvinnor (75 %). Gott psykiskt välbefinnande varierar mellan kommunerna i regionen (se figur 10).

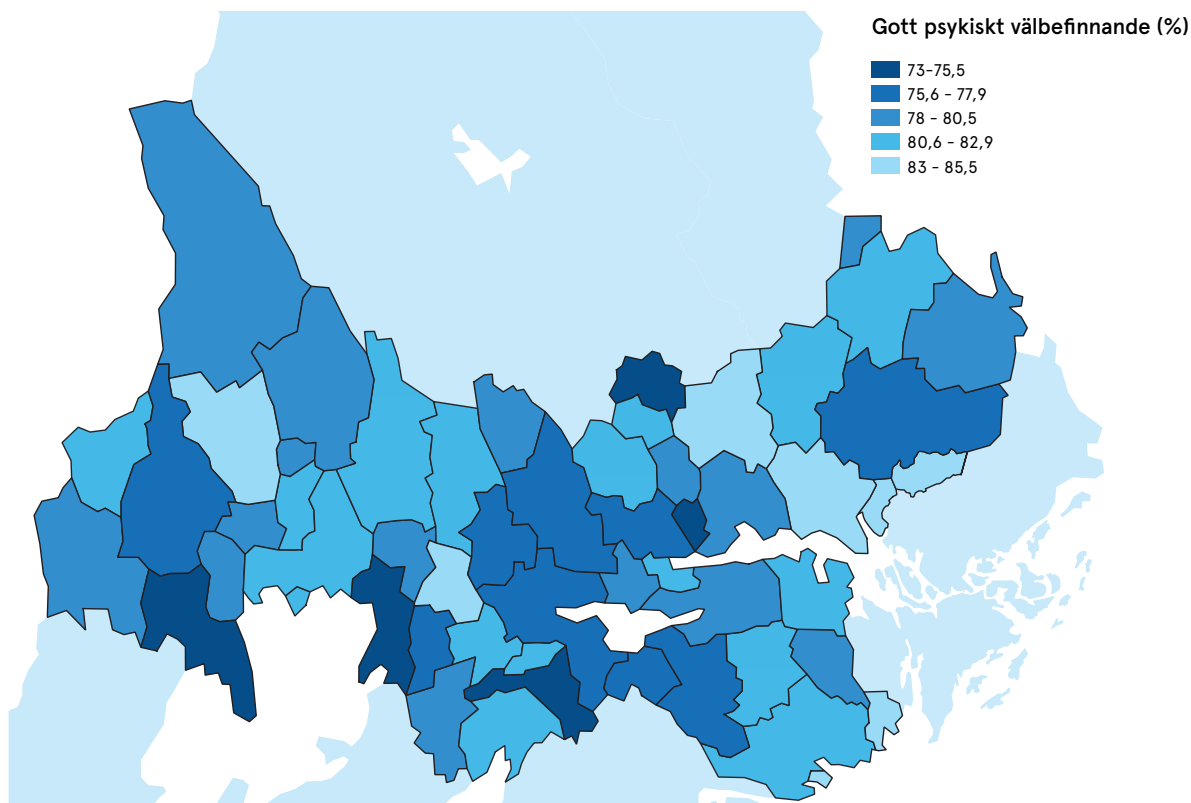
Det psykiska välbefinnandet är som bäst i åldern 70–74 år bland vuxna, där närmare nio av tio män och lite fler än åtta av tio kvinnor har gott psykiskt välbefinnande. Därefter sjunker andelen med gott psykiskt välbefinnande gradvis med stigande ålder (se figur 11).

Gott psykiskt välbefinnande (WHO-5)

Den psykiska hälsan i en befolkning mäts oftast genom enkät- eller intervjuundersökningar. Frågeinstrumentet WHO-5, (World Health Organisation Well-Being index), är ett frågebatteri på fem frågor som mäter psykiskt välbefinnande. WHO-5 är ett validerat frågeformulär för att mäta psykisk hälsa nationellt och globalt. Summaindex > 50 bland alla som svarat på samtliga fem frågor definieras som gott psykiskt välbefinnande.



Figur 11. Andel (%) med gott psykiskt välbefinnande efter kön och ålder.



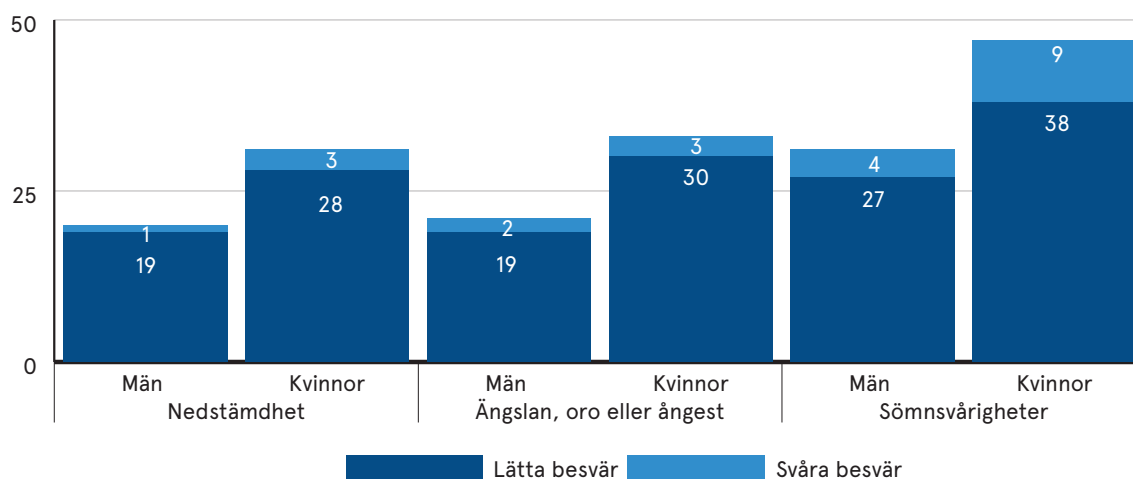
Figur 10. Andel (%) med gott psykiskt välbefinnande efter kommun, 70 år eller äldre.

Psykiska besvär

Psykiska besvär är tillstånd då människor visar tecken på symtom som nedstämdhet, ängslan, ångest eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan i olika grad påverka funktionsförmågan. Andelen med lättare psykiska besvär har ökat sedan början av 1990-talet.

En tredjedel av kvinnorna och en femtedel av männen besvärar av nedstämdhet (se figur 12). Ungefär lika stor andel anser att de har lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Nästan hälften av kvinnorna och en tredjedel av männen besvärar av sömnsvårigheter. Sömnsvårigheter kan vara en bidragande faktor till trötthet och en riskfaktor för psykisk ohälsa såväl som ett symptom på psykisk ohälsa.

Psykiska besvär är vanligare bland kvinnor än bland män och besvären ökar med stigande ålder, för att vara som högst bland de allra äldsta. Generellt har ensamboende i större utsträckning psykiska besvär än de som är sammanboende. Andelen med psykiska besvär är högre bland dem som är födda i övriga världen jämfört med dem som är födda i Sverige.



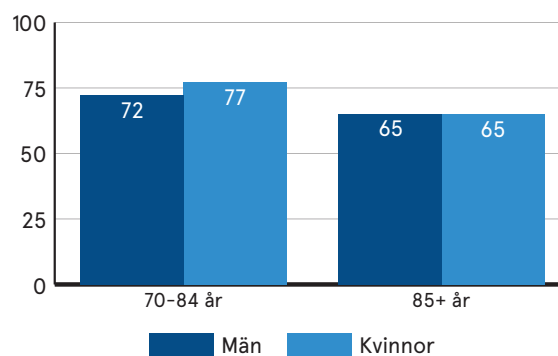
Figur 12. Andel (%) med lätta eller svåra besvär av nedstämdhet, ängslan, oro, ångest respektive sömnsvårigheter efter kön 70 år eller äldre.

Tandhälsa

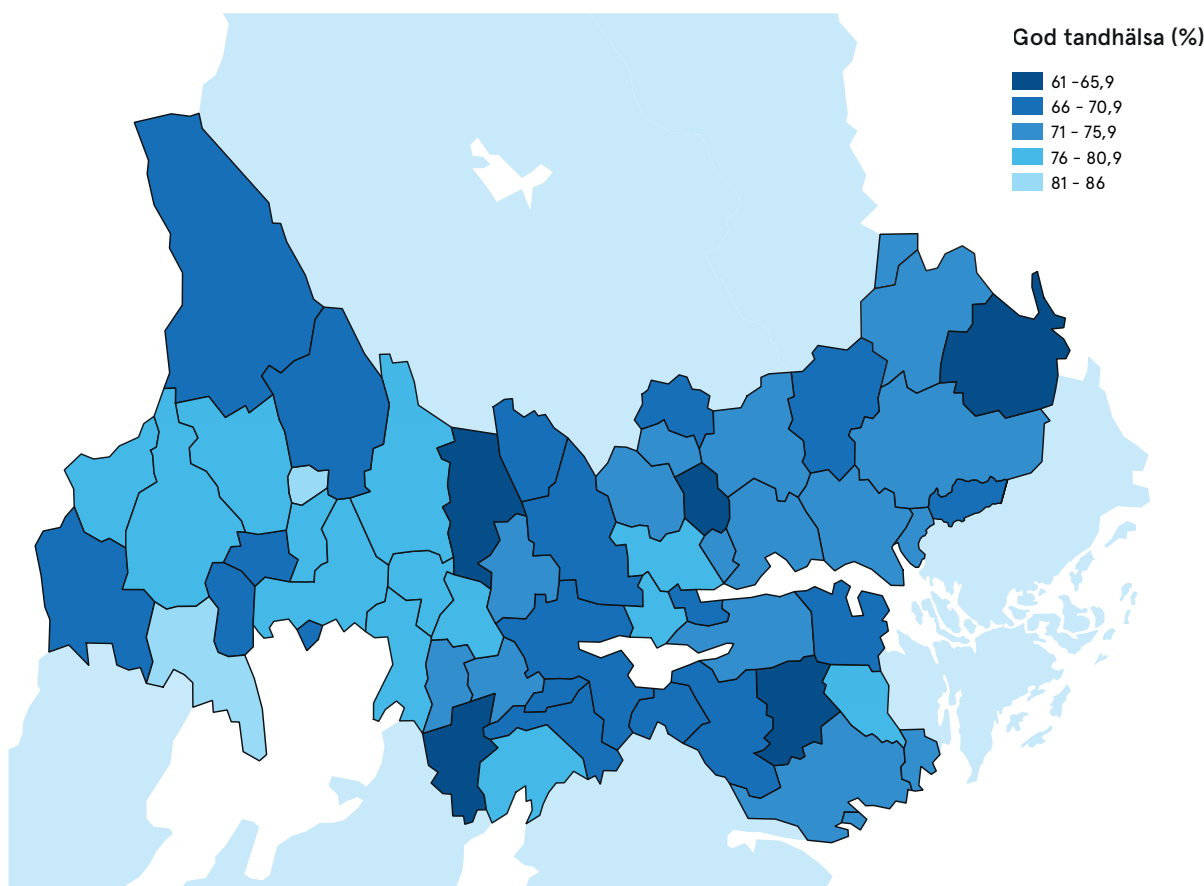
Sju av tio (73 %) i åldersgruppen 70 år eller äldre anger mycket god eller ganska god tandhälsa. Det är generellt fler kvinnor än män som tycker att de har god tandhälsa. God tandhälsa minskar med stigande ålder hos både kvinnor och män (se figur 13).

Det finns en stor variation i andel som har god tandhälsa mellan kommunerna i CDUST-regionen (se figur 14). Värmland är det län som har högst andel med god tandhälsa i den äldre befolkningen.

Utbildningsnivå är en faktor som har betydelse för tandhälsan bland äldre. Gruppen med förgymnasial utbildning har lägst andel med god tandhälsa och högst andel har gruppen med eftergymnasial utbildning. Vad gäller födelse land så har gruppen som är födda utomlands lägst andel med god tandhälsa och inrikes födda har högst andel med god tandhälsa.



Figur 13. Andel (%) med mycket god eller ganska god tandhälsa efter kön och ålder.



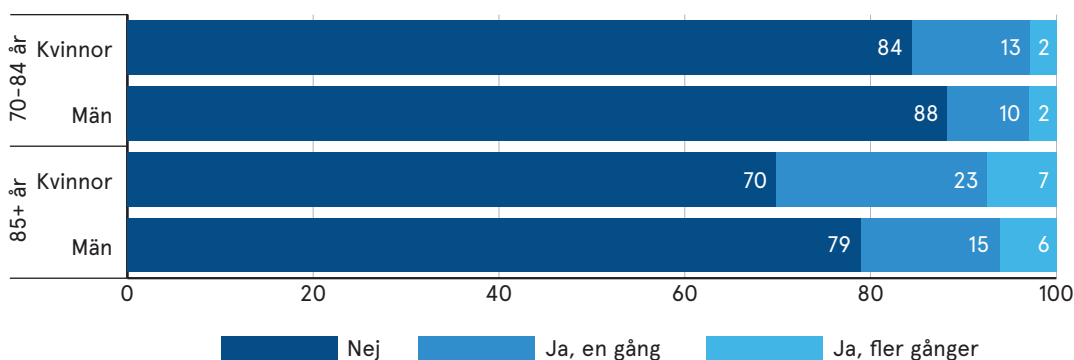
Figur 14. Andel (%) med mycket god eller ganska god tandhälsa, efter kommun 70 år eller äldre.

Fallskador

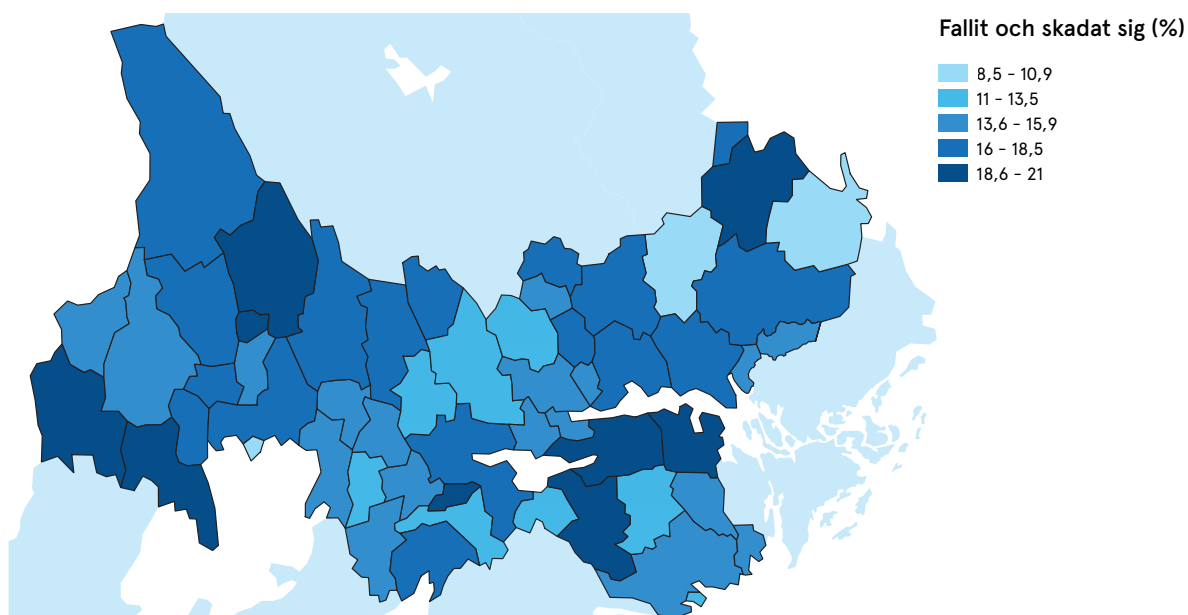
Varje dag dör fyra äldre personer i Sverige på grund av fallolycka, vilket gör fall till ett av det största hotet mot äldres hälsa. Enligt Socialstyrelsens beräkningar kostar fallolyckor kommuner och regioner 11,1 miljarder årligen. En fallolycka medför stort lidande för den enskilde och cirka 25 procent av de som skrivs ut från sjukhus på grund av fallolycka återvänder inte till sitt ordinarie boende igen. Forskning visar att med stigande ålder ökar fallrisken. Vid 65 års ålder beräknas var tredje person falla varje år och vid 80 års ålder varannan person. Fler kvinnor än män faller och skadar sig medan fler män dör av fallolyckor. Forskning visar även att den starkaste oberoende riskfaktorn för fall är tidigare fallolycka, med upp till tre gånger så hög risk, vilket gör identifiering av tidigare fall till en viktig fråga i det fallförebyggande arbetet. Att vara ensamboende har också i tidigare studier visat sig vara en riskfaktor för fall.

Andelen som råkat ut för fall med skada som följd det senaste året ökar med stigande ålder oavsett kön, från 13 procent vid åldern 70–84 år till 27 procent i åldern 85 år eller äldre. Undersökningen visar att fall är vanligast bland kvinnor i åldersgruppen 85 år eller äldre (se figur 15). Bland ensamboende har 21 procent råkat ut för fall jämfört med 13 procent bland personer som bor med partner.

Bland dem i åldern 70 år eller äldre i CDUST-regionen finns en viss variation i andelen som fallit och skadat sig det senaste året (se figur 16). I åldersgruppen 85 år eller äldre är andelen som har fallit och skadat sig det senaste året störst i Värmland (31 %) följt av Sörmland (30 %), Västmanland (26 %), Uppsala (25 %) och Örebro län (21 %).



Figur 15. Andel (%) som fallit och skadat sig efter kön och ålder.



Figur 16. Andel (%) som fallit och skadat sig under senaste 12 månaderna, efter kommun 70 år eller äldre.

Vårdkontakter och läkemedel

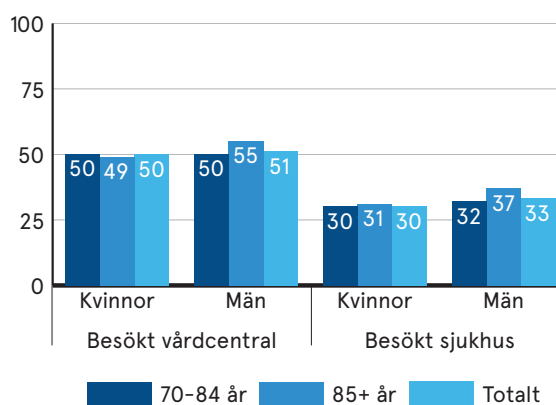
Besökt vården

En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av de åtta folkhälsopolitiska målområdena som riksdagen antog i juni 2018. Hälso- och sjukvården har en särskild roll utifrån att de kan påverka hälsa och överlevnad genom förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser.

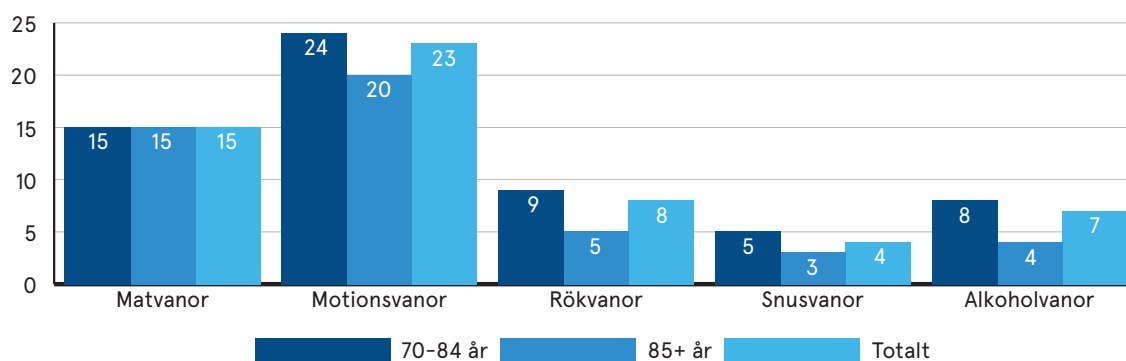
Att ha lika möjligheter att besöka vården samt att kunna ta del av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är centralt för att nå målet vård på lika villkor. Det är därför viktigt att mäta och följa upp befolkningens upplevelse och kontakter med vården.

Varannan person som är 70 år eller äldre anger att de har besökt vårdcentral eller liknande för egna besvär de senaste tre månaderna och var tredje har besökt sjukhus (se figur 17). Bland män är andelen som besökt vårdcentral eller sjukhus något högre i åldern 85 år eller äldre än i åldern 70-84 år, bland kvinnor finns ingen skillnad mellan åldersgrupperna.

Andelen som besökt vårdcentral är lägst i Värmland (48 %) och högst i Uppsala och Örebro län (52 %). Personer som är födda i övriga världen har besökt vårdcentral i större utsträckning (56 %) än personer som är födda i Sverige och övriga Norden (50 %). Det finns inga större skillnader i andel som besökt sjukhus.



Figur 17. Andel (%) som besökt vårdcentral eller sjukhus för egna besvär eller sjukdom de senaste tre månaderna efter kön och ålder.



Figur 18. Andel (%) av dem som besökt vårdcentral eller sjukhus de senaste tre månaderna som angett att de diskuterat sina levnadsvanor vid sitt/sina besök, 70 år eller äldre.

Diskuterat levnadsvanor

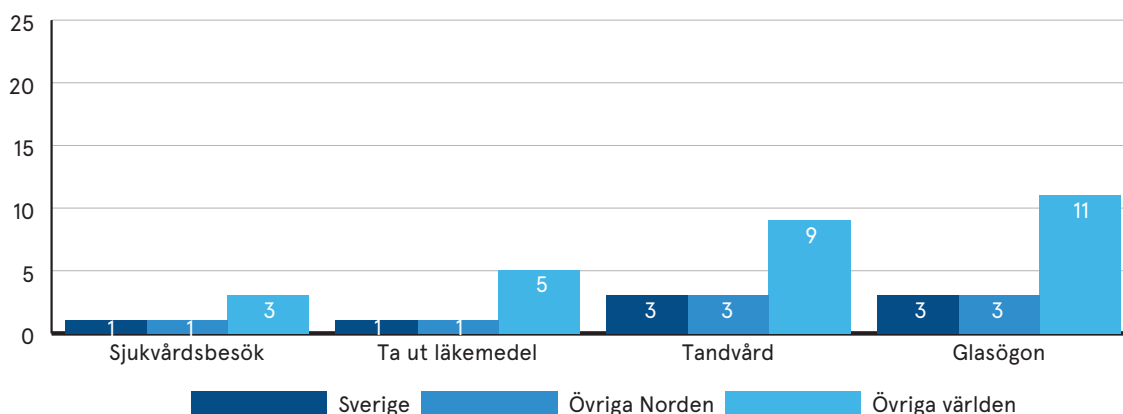
Cirka tre av tio äldre som besökt vården de senaste tre månaderna anger att de diskuterat sina levnadsvanor. Andelen äldre som anger att de diskuterat sina levnadsvanor vid vårdbesök är lägst (25 %) i Värmland och högst (33 %) i Sörmland.

Män anger i större uträkning än kvinnor att de diskuterat sina levnadsvanor, detta gäller speciellt rök-, snus- och alkoholvanor. För samtliga levnadsvanor, förutom matvanor, gäller att andelen som diskuterat levnadsvanor är lägre i åldersgruppen 85 år eller äldre än i gruppen 70-84 år. Motionsvanor är den levnadsvana man oftast diskuterar, närmare en av fyra anger att de har diskuterat detta (se figur 18).

Personer som är födda i övriga världen anger i större utsträckning (40 %) att de diskuterat sina levnadsvanor än personer födda i Sverige (29 %) och övriga Norden (28 %).

Avstått nödvändig vård

Den ekonomiska situationen borde inte inverka på en individs förutsättningar för att söka vård eller tandvård, ändå förekommer det att man tvingas avstå av ekonomiska skäl. Det vanligaste är att avstå från tandvårdsbesök eller glasögon. Bland personer som är födda i övriga världen är andelen som avstått tandvårdsbesök (9 %) och glasögon (11 %) högre jämfört med personer födda i Sverige eller övriga Norden (3 %) (se figur 19). Att avstå från att ta ut läkemedel är också vanligast bland personer som är födda i övriga världen. I åldersgruppen 70-84 år är andelen som avstått från att ta ut läkemedel, tandvård eller glasögon högre bland dem som bor ensamma jämfört med dem som bor med partner. Skillnaderna mellan ensamboende och boende med partner i gruppen 85 år eller äldre är mindre.



Figur 19. Andel (%) som svarat att de avstått från sjukvård, att ta ut läkemedel, tandvård eller glasögon av ekonomiska skäl under de senaste tre månaderna efter födelseland, 70 år eller äldre.

Användning av receptbelagda läkemedel

Andelen äldre i befolkningen ökar vilket medför att andelen personer med kroniska sjukdomar ökar. Idag finns fler farmakologiska behandlingsalternativ tillgängliga för att lindra symtom, förebygga och bota sjukdomar. Vi är friskare längre upp i åldrarna, samtidigt får vi fler multisyka äldre med stort behov av omsorg, sjukvård och mediciner. Det kallas äldreparadoxen. Åldrandeprocessen medför även naturliga fysiologiska förändringar som ofta behandlas som sjukdomsymtom, med läkemedel.

De allra flesta äldre använder receptbelagda läkemedel. I åldersgruppen 70–84 år är det 84 procent som använder receptbelagda läkemedel att jämföras med 95 procent i gruppen 85 år eller äldre. Det förekommer inga större skillnader mellan könen (se figur 20).

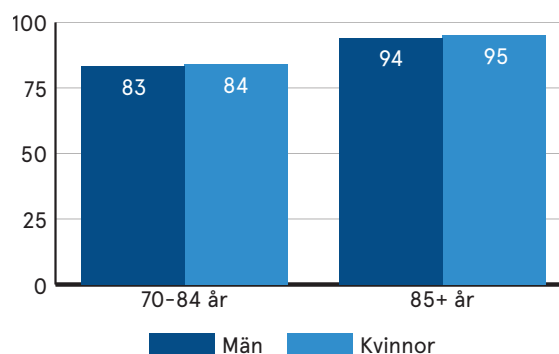
Andelen som använder receptbelagda läkemedel är högre bland dem med förgymnasial utbildning, 88 procent i jämförelse med 82 procent bland dem med eftergymnasial utbildning (se figur 21).

Personer födda i övriga Norden använder receptbelagda läkemedel (90 %) i större utsträckning jämfört med födda i Sverige (86 %) och övriga världen (83 %). Drygt 90 procent av dem som vid flera tillfällen de senaste tolv månaderna haft svårt att klara sina löpande utgifter använder receptbelagda läkemedel, vilket kan jämföras med 85 procent i gruppen som svarat att de inte haft några svårigheter.

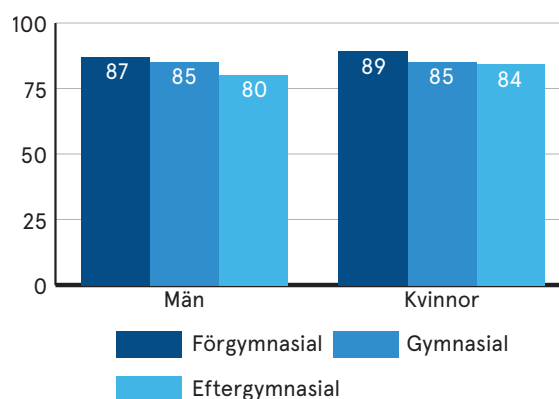
Använder fem eller fler receptbelagda läkemedel

Enligt Socialstyrelsen använder personer som är 75 år eller äldre i genomsnitt fem olika sorters läkemedel. Äldre som bor i särskilt boende och personer som är multisyka använder i genomsnitt närmare tio olika sorters läkemedel.

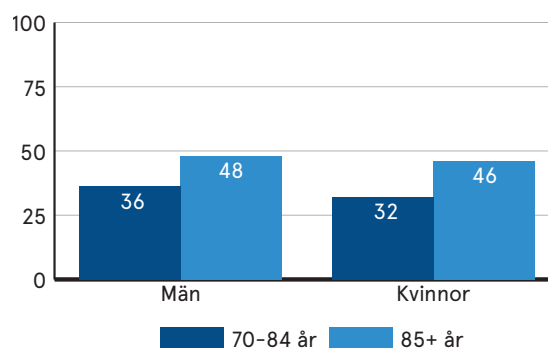
Resultatet visar att bland 70–84 åringar använder totalt 34 procent fem eller fler receptbelagda läkemedel. I gruppen 85 år eller äldre är motsvarande andel 47 procent. Det är något vanligare att män än kvinnor använder fem eller fler receptbelagda läkemedel (se figur 22). Det finns ett samband mellan utbildningsnivå och användning av fem eller flera receptbelagda läkemedel. Ju högre utbildningsnivå desto färre som använder fem eller fler receptbelagda läkemedel, sambandet är särskilt tydligt bland kvinnor.



Figur 20. Andel (%) som använder receptbelagda läkemedel efter kön och ålder.



Figur 21. Andel (%) som använder receptbelagda läkemedel efter kön och utbildningsnivå, 70 år eller äldre.



Figur 22. Andel (%) som använder fem eller fler receptbelagda läkemedel efter kön och ålder.

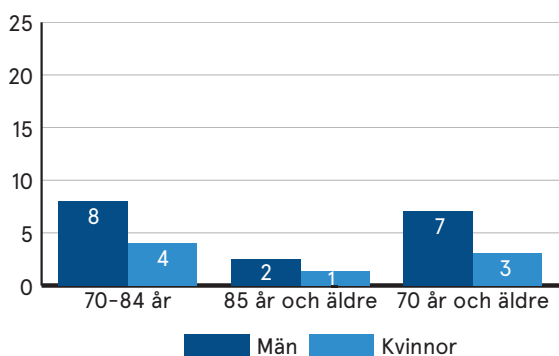
Levnadsvanor

Alkoholkonsumtion

Även om forskningen visar samband mellan en måttlig alkoholkonsumtion, god hälsa och minskad förekomst av vissa sjukdomstillstånd är det ibland svårt att avgöra riktningen på sambanden. Riskkonsumtion av alkohol kan däremot leda till skador på kroppens organ, ökar risken för olyckor och psykisk ohälsa och även risken för en mängd sjukdomar som till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, cancersjukdomar och diabetes. Alkoholens effekt på hälsan påverkas av ålder, eftersom kroppssammansättning och metabolism förändras med stigande ålder och gör kroppen mer mottaglig för alkoholens toxiska egenskaper.

I CDUST-regionen är det 5 procent som bedöms ha en riskkonsumtion av alkohol (se faktaruta). Högst andel äldre med riskkonsumtion av alkohol finns i Uppsala län (6 %) och lägst andel i Sörmland (4 %).

Förekomsten av riskkonsumtion minskar med stigande ålder bland både män och kvinnor. Andelen riskkonsumenter är fyra gånger så stor i åldersgruppen 70–84 år jämfört med de som är 85 år eller äldre. Det finns också skillnader mellan män och kvinnor, det är dubbelt så stor andel riskkonsumenter bland män jämfört med kvinnor i båda åldersgrupperna (se figur 23).

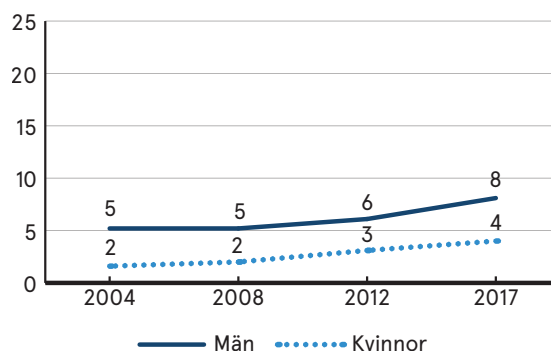


Figur 23. Andel (%) riskkonsumenter av alkohol efter kön och ålder.

Riskkonsumtion av alkohol (AUDIT-C)

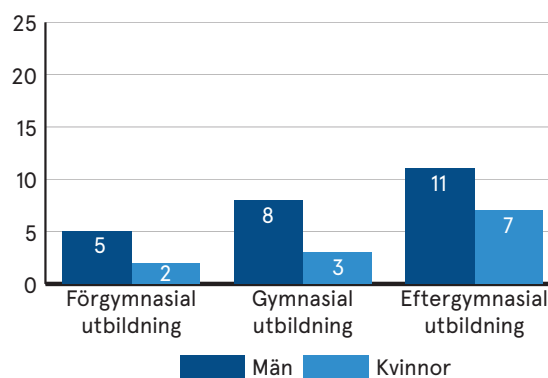
Informationen kring riskkonsumtion baseras på tre frågor från frågebatteriet "AUDIT-C". Sammanräkningen av frågorna kan ge ett värde mellan 0 och 12, gränsen för riskkonsumtion för kvinnor är 5–12 och för män 6–12. "AUDIT-C" utvecklades av WHO för att tidigt upptäcka personer med en skadlig konsumtion av alkohol.

I åldersgruppen 70–84 år har andelen riskkonsumenter ökat sedan 2004 års mätning (se figur 24). Andelen med riskkonsumtion bland män har ökat med nästan 3 procentenheter sedan 2004 och bland kvinnor har andelen fördubblats under samma tidsperiod.



Figur 24. Andel (%) riskkonsumenter av alkohol efter kön och undersökningsår, 70–84 år.

Andel äldre med riskkonsumtion av alkohol varierar mellan olika grupper. Det är något vanligare med riskkonsumtion bland dem som bor med en partner jämfört med de som är ensamboende, 6 procent respektive 4 procent. Dessutom skiljer sig andelen riskkonsumenter utifrån utbildningsnivå. Det är 2–3 gånger så stor andel riskkonsumenter bland de som har en eftergymnasial utbildning jämfört med de som har en förgymnasial utbildning (se figur 25).



Figur 25. Andel (%) riskkonsumenter efter kön och utbildningsnivå, 70 år eller äldre.

Tobakskonsumtion

Rökning är en av de största hälsoriskerna som går att förebygga. Den orsakar och förvärrar en mängd olika sjukdomar i hjärta och kärl, cancer-sjukdomar och kan leda till kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Varannan rökare dör i förtid och rökare förlorar i genomsnitt tio år av sin förväntade livslängd. Snusning är en hälsorisk som har samband med ett antal sjukdomar som cancer, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar.

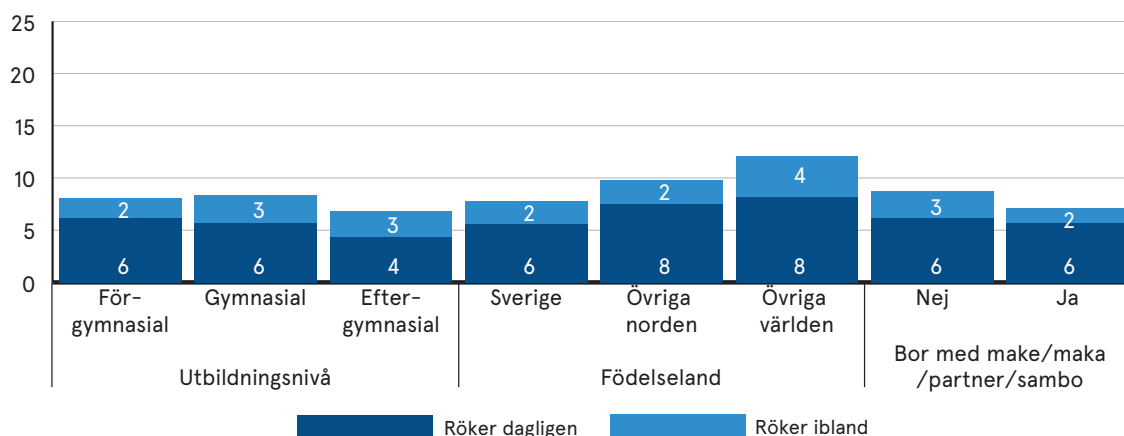
I CDUST-regionen är det 6 procent i åldersgruppen 70 år eller äldre som röker dagligen. Det är vanligare med daglig rökning i åldersgruppen 70–84 år jämfört med gruppen 85 år eller äldre, 7 respektive 2 procent. Sedan 2004 års mätning har andelen dagligrökare inte minskat nämnvärt i åldersgruppen 70–84 år.

Andel dagligrökare i den äldre befolkningen varierar utifrån utbildningsnivå, födelseland och, bland män, om man bor med en partner eller ej (se

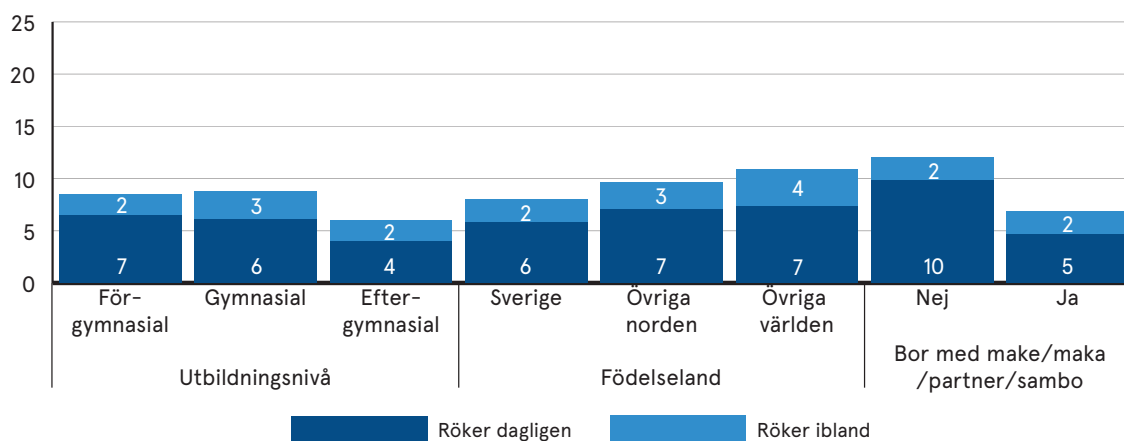
figur 26–27). Det är vanligare med dagligrökning i grupperna med förgymnasial eller gymnasial utbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning samt bland utlandsfödda jämfört med svenskfödda. Det är dubbelt så vanligt att röka dagligen bland män som inte bor med någon partner jämfört med dem som bor med en partner.

I CDUST-regionen är det totalt 9 procent av männen och 1 procent av kvinnorna som snusar. Bland män är det dubbelt så stor andel som snusar dagligen i gruppen 70–84 år jämfört med gruppen 85 år eller äldre, 10 respektive 5 procent.

Det finns vissa skillnader i andel dagligsnusare mellan länen. Högst andel finns i Uppsala län (6 %) och lägst andel i Sörmland (3 %). Personer födda i Sverige (5 %) eller övriga Norden (4 %) snusar i större utsträckning jämfört med de som är födda i övriga världen (2 %).



Figur 26. Andel (%) kvinnor som röker dagligen/ibland efter utbildning, födelseland och hushållstyp, 70 år eller äldre .



Figur 27. Andel (%) män som röker dagligen/ibland efter utbildning, födelseland och hushållstyp, 70 år eller äldre.

Stillasittande och fysisk aktivitet

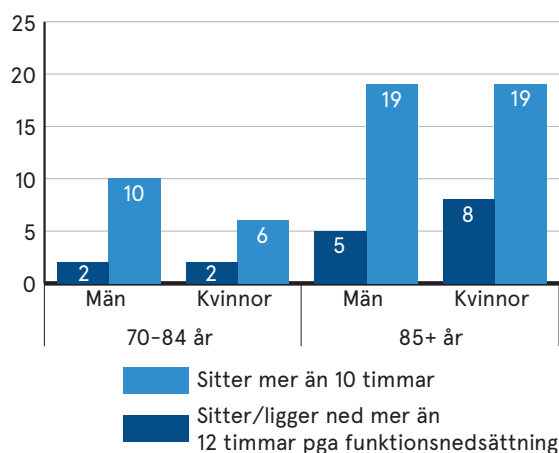
Fysisk aktivitet och minskat stillasittande är två levnadsvanor som är viktiga för att minska många hälsorisker och förtida död i en åldrande befolkning. Det har visat sig att om man sitter mer än 10 timmar under den vakna tiden på dygnet krävs det en betydande beteendeförändring av den enskilde individen att bryta det stillasittande mönstret jämfört med de som har en mer rörlig vardag.

Resultatet av undersökningen visar att andelen som sitter minst 10 timmar dagligen ökar med stigande ålder. Bland 85 år eller äldre är totalt 19 procent stillasittande minst 10 timmar per dygn, 7 procent är stillasittande på grund av funktionsnedsättning. Detta kan jämföras med 8 procent i åldern 70–84 år, 2 procent är stillasittande på grund av funktionsnedsättning (se figur 28). Det är vanligare att de som bor ensamma är stillasittande minst 10 timmar per dag jämfört med sammanboende.

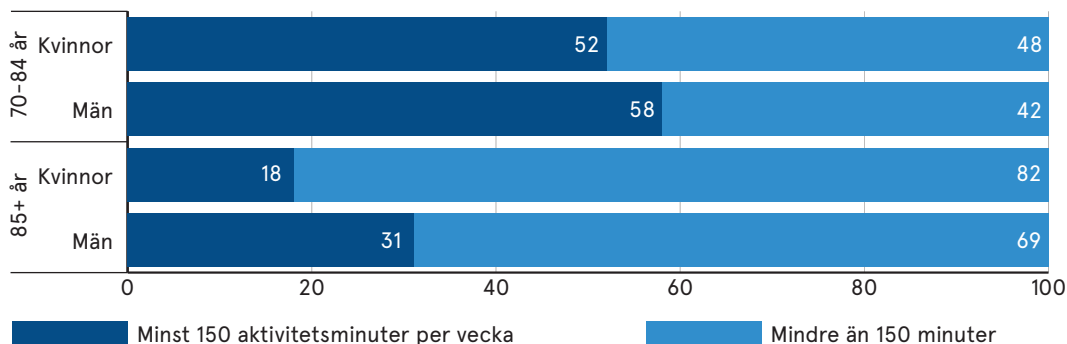
Den nationella rekommendationen för vuxna över 65 år är fysisk aktivitet om minst 150 minuter sammanlagt per vecka. Den fysiska aktiviteten bör vara av minst måttlig karaktär där en viss pulsökning sker. Som fysisk aktivitet räknas både fysisk träning och vardagsmotion, till exempel promenader, cykling och trädgårdsarbete. Personer över 65 år behöver också utöva balansträning tre gånger i veckan och styrketräning för kroppens stora muskelgrupper ett par gånger veckan. Bibehållen fysisk aktivitet genom livet bidrar till att människor kan leva ett oberoende liv långt upp i åldern.

Det finns skillnader mellan könen i andelen som är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka, 54 procent av männen och 44 procent av kvinnorna är fysiskt aktiva. Det är en betydligt större andel av 70–84 åringar som är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka jämfört med dem som är 85 år eller äldre, 55 respektive 23 procent (se figur 29). Fysisk aktivitet är också vanligare bland dem med eftergymnasial utbildning (64 %) jämfört med förgymnasial utbildning (40 %). En större andel sammanboende är fysiskt aktiva minst 150 minuter om dagen jämfört med ensamboende.

Rekommenderad fysisk aktivitet och antal stillasittande timmar ska särskiljas. Det handlar om att bryta den sammantagna stillasittande tiden och de negativa hälsoriskerna den medför. Personer som är mycket stillasittande behöver resa på sig regelbundet eller på andra sätt öka rörligheten för att minska mängden stillasittande i det dagliga livet.



Figur 28. Andel (%) som sitter 10 timmar eller mer under ett normalt dygn efter kön och ålder.



Figur 29. Andel (%) fysiskt aktiva/inaktiva efter kön och ålder.

Matvanor

Goda matvanor är en av de fyra hörnpelarna för ett gott åldrande. Energiförbehovet minskar oftast med åldern, vilket gör det ännu viktigare med en god balans mellan energi och näringsämnen. Åldrandet innebär också förändringar av bland annat smak, aptit och förmåga att äta. Precis som för befolkningen i stort är det viktigt för äldre personer med regelbundna och varierade måltider. Vinster med goda matvanor är bland annat att välbefinnandet och den allmänna hälsan ökar, benskörhet kan förebyggas och risken för hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och högt blodtryck minskar.

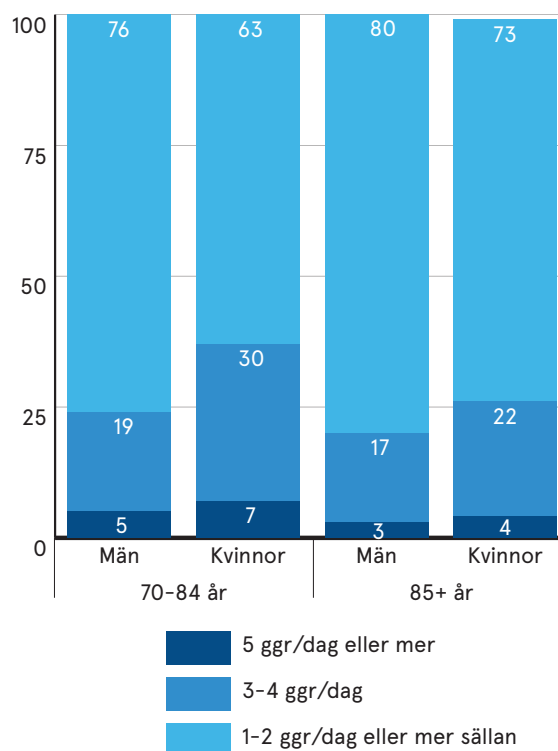
Två av tre äldre har regelbundna måltidsvanor (äter lagad måltid minst tre gånger om dagen). Denna andel är högre bland personer som bor med make, maka, partner eller sambo (65 %) jämfört med dem som bor ensamma (52 %). Skillnader mellan män och kvinnor samt åldersgrupper är mindre.

Endast 5 procent av äldre äter frukt och grönsaker minst fem gånger om dagen. Ytterligare 24 procent äter frukt och grönsaker 3 till 4 gånger om dagen (se figur 30). Andelen som äter frukt eller grönsaker är något högre bland kvinnor, personer med eftergymnasial utbildning och personer födda i övriga världen.

Totalt 51 procent svarade att de alltid har god aptit medan 42 procent svarade att de ofta har god aptit. En mindre andel, sju procent, svarade att de sällan eller aldrig har god aptit. Denna andel var dubbelt så hög i gruppen 85 år eller äldre (13 %) än i gruppen 70–84 år (6 %). Kvinnor rapporterade sämre aptit än män oavsett ålder (se tabell 3).

Tabell 3. Andel (%) som svarat att de alltid, ofta eller mer sällan har god aptit, efter kön och ålder.

		Alltid	Ofta	Sällan eller aldrig
Kvinnor	70–84 år	49	45	7
	85+ år	34	49	16
	Totalt	46	46	9
Män	70–84 år	59	37	4
	85+ år	52	40	9
	Totalt	58	37	5

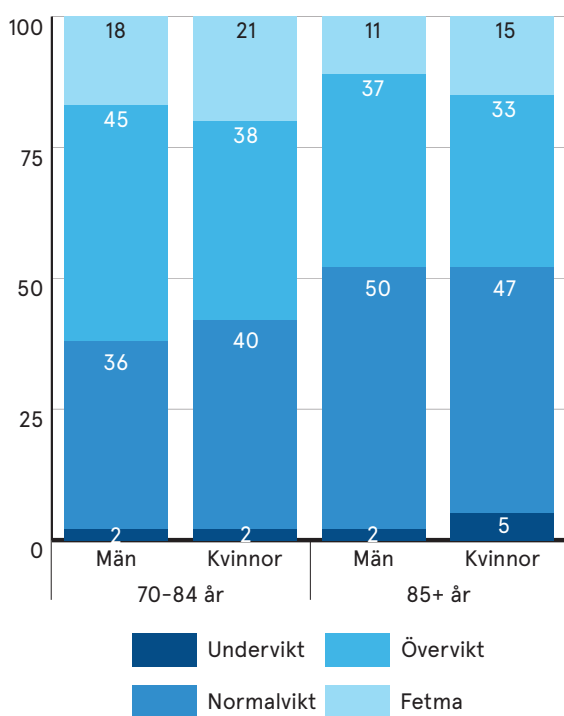


Figur 30. Andel (%) som äter frukt och grönsaker minst 5 gånger per dag eller mer sällan, efter kön och ålder.

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma har länge varit ett växande folkhälsoproblem, såväl i Sverige som i många andra länder. Mer än hälften av de vuxna i CDUST-regionen har antingen övervikt eller fetma (se faktaruta).

Totalt har 21 procent av kvinnorna och 18 procent männen i åldersgruppen 70–84 år fetma (se figur 31). I gruppen 85 år eller äldre har 15 procent av kvinnorna respektive 11 procent av männen fetma. Fetma är vanligare bland personer med förgymnasial utbildning jämfört med eftergymnasial utbildning och bland personer födda i övriga världen än bland personer födda i Norden.



Figur 31. Andel (%) med undervikt, normalvikt, övervikt och fetma efter kön och ålder.

BMI = Body Mass Index

Beräknas med följande formel:

$$\text{BMI} = \text{vikt (kg)} / (\text{längd (m)} * \text{längd (m)})$$

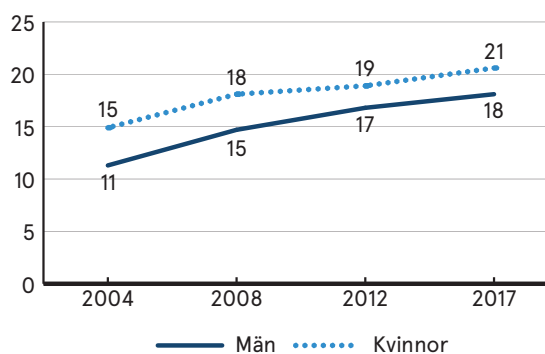
Undervikt = BMI under 18,5

Normalvikt = BMI mellan 18,5 och 24,9

Övervikt = BMI mellan 25 och 29,9

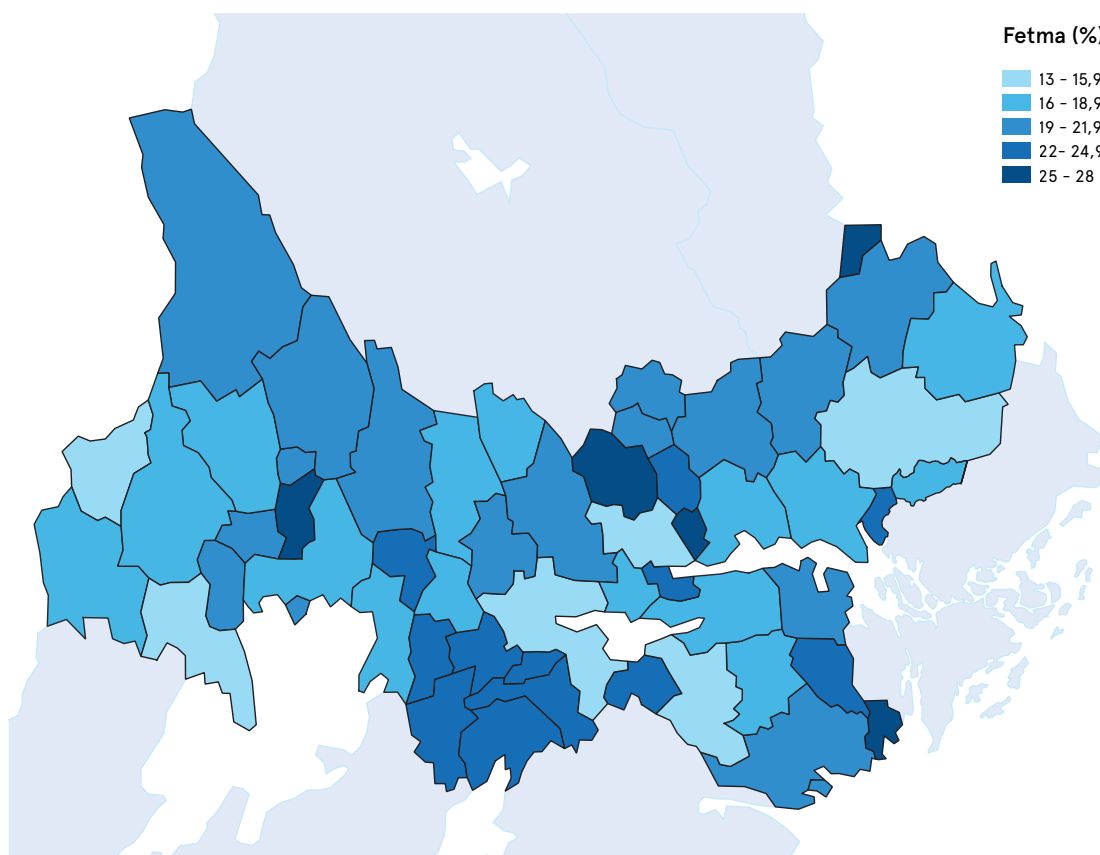
Fetma = BMI 30 eller högre

Totalt ökade andelen med fetma från 13 procent till 18 procent i åldern 18–84 år i CDUST-regionen mellan åren 2004 och 2017. I åldersgruppen 70–84 år var andelen med fetma 13 procent år 2004 jämfört med 19 procent år 2017. Fetman ökade bland både män och kvinnor (se figur 32).



Figur 32. Andel (%) med fetma efter kön och undersökningsår, 70-84 år.

Undervikt (BMI <18,5) kan betraktas som indikator av kronisk brist på energi i kroppen. Undervikt är ovanligt i åldersgruppen 70–84 år (se figur 31). I åldersgruppen 85 år eller äldre har 5 procent av kvinnorna och 2 procent av männen undervikt.



Figur 33. Andel (%) med fetma efter kommun, 70 år eller äldre.

Det finns relativt stora skillnader i andelen med fetma vid jämförelser mellan kommuner i CDUST-regionen (se figur 33). Andelen varierar mellan 13 och 28 procent.

Livsvillkor

Livsvillkoren kan kort beskrivas som förhållanden i individers närmiljö och det samhälle som omger dem. Människors livsvillkor är olika och de påverkar individens hälsa och utvecklingen av folkhälsan. Exempel på livsvillkor är ekonomiska förutsättningar, bostadsförhållanden, sociala relationer, utbildning och lagstiftning.

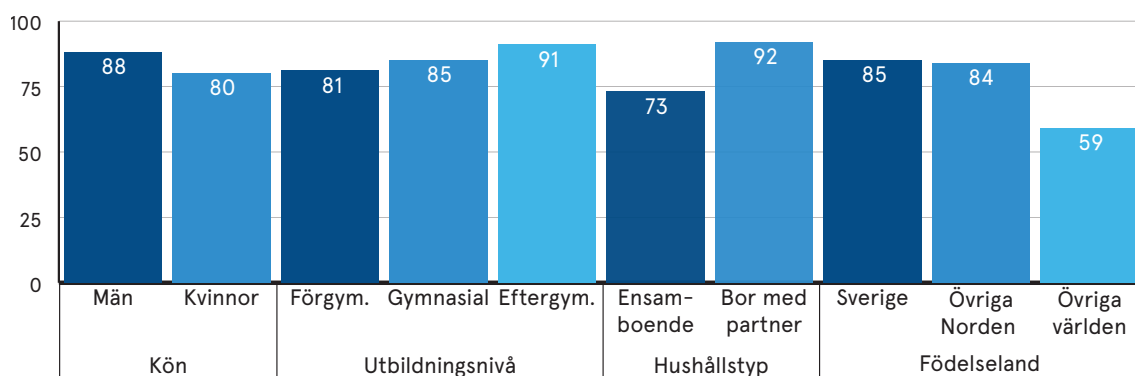
Ekonomi

Personer med låg inkomst och individer i ekonomisk utsatthet har en högre risk att drabbas av ohälsa, sjukdom och förtida död jämfört med andra. Men sambanden mellan livsvillkor och hälsa är komplexa. Många äldre har fått en bättre ekonomisk situation medan andra har fått det sämre. Låg inkomst eller låg disponibel inkomst kan påverka levnadsstandarden och även minska möjligheter till social delaktighet. Därför är inkomst och försörjning ett centralt område för att uppnå jämlik hälsa.

Löpande utgifter och kontantmarginal

De flesta (95 %) äldre har under det senaste året inte haft svårt att klara sina löpande utgifter för till exempel mat, hyra och räkningar, men det finns skillnader inom gruppen. Bland ensamboende kvinnor har 8 procent vid ett eller flera tillfällen haft svårt att klara de löpande utgifterna och hos personer födda utanför Norden är motsvarande andel 13 procent. Resultatet visar också att 6 procent av kvinnorna och 4 procent av männen haft ekonomiska svårigheter.

Drygt åtta av tio har en kontantmarginal för att klara av att betala en oförutsedd utgift på 11 000 kronor inom en månad. Förutsättningarna skiljer sig dock åt. Personer som bor med en partner, personer med eftergymnasial utbildning och män uppger i högst utsträckning att de skulle klara av att betala denna oförutsedda utgift (se figur 34).



Figur 34. Andel (%) som inom en månad skulle klarar av att betala en oväntad utgift på 11 000 kr utan att låna eller be om hjälp efter kön, utbildningsnivå, hushållstyp och födelseland, 70 år eller äldre.

Boende

En varierande bostadsbebyggelse med en blandning av äganderätter, bostadsrätter och hyresrätter, är betydelsefullt för att tillgodose människors behov av hälsofrämjande och trygg boendemiljö.

De flesta äldre bor i eget boende högt upp i åldern. I åldersgruppen 70 år eller äldre bor närmare 70 procent i egenägd villa, radhus, bostads- eller andelsrätt.

Boendeformerna skiljer sig dock åt inom gruppen. Störst andel som bor i egenägt boende finns i gruppen sammanboende, 82 procent, motsvarande andel bland de ensamboende är 53 procent. Det är också en större andel män (75 %) jämfört med kvinnor (65 %) som bor i egenägt boende. Bland dem som är födda utanför Norden bor 43 procent i hyresrätt, motsvarande andel för födda i Sverige är 23 procent.

Nöjd med livet

Subjektivt välbefinnande, såsom hur nöjd en person är med det liv som den lever, kan vara en indikator för att mäta hur tillväxt och välfärd utvecklas i ett samhälle.

Undersökningen visar att 92 procent av de äldre är nöjda eller mycket nöjda med det liv som de lever. Yngre äldre (70–84 år) är mer nöjda med sitt liv än de som är 85 år eller äldre. Skillnaderna mellan könen är små.

Tillit till andra

Utifrån ett internationellt perspektiv har Sverige en hög andel som tycker att de kan lita på de flesta människor. Tillit till andra människor är centralt för sammanhållningen i ett samhälle. Länder där befolkningen har hög social tillit kännetecknas ofta av en god folkhälsa, hög nivå av jämlikhet och jämställdhet, stabil demokrati samt låg korruption och brottslighet.

Resultaten från undersökningen visar att 84 procent av de äldre i allmänhet litar på de flesta människor. Personer som är födda i övriga världen (72 %) eller i övriga Norden (77 %) har lägre tillit till andra än personer födda i Sverige (86 %) (se tabell 4).

Tabell 4. Andel % som tycker att de kan lita på de flesta människorefter hushållstyp, utbildningsnivå och födelseland, 70 år eller äldre.

Hushållstyp	Ensamboende	83 %
	Bor med partner	86 %
Utbildningsnivå	Förgymnasial utbildning	82 %
	Gymnasial utbildning	85 %
	Eftergymnasial utbildning	90 %
Födelseland	Född i övriga världen	72 %
	Född i övriga Norden	77 %
	Född i Sverige	86 %

Trygghet

En stor del av återhämtning, fritid och deltagande i sociala aktiviteter sker i eller i närheten till det område människor bor, samtidigt är viljan och lusten att vistas utomhus i närområdet förknippat med upplevelsen av trygghet.

Majoriteten av de äldre (94 %) känner sig säkra och trygga för att inte bli angripna eller utsatta för hot i sitt bostadsområde. Lägst andel säkra och trygga finns inom gruppen som är födda i övriga världen (88 %). Högst andel trygga finns bland svenskfödda (95 %), samboende (96 %) och hos personer med eftergymnasial utbildning (97 %).

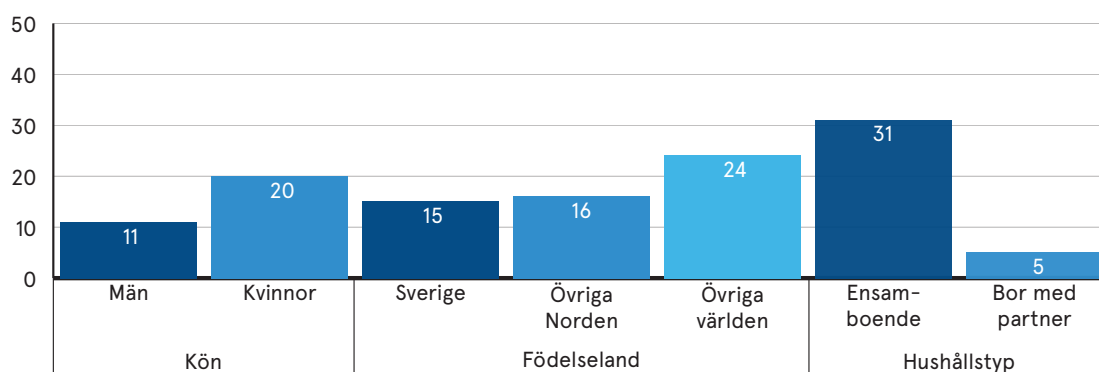
Undersökningen visar också att många äldre avstår från att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt bli ofredad. Kvinnor avstår i betydligt högre utsträckning än män från att gå ut på grund av rädsla, 30 respektive 15 procent. Resultaten visar också att en högre andel ensamboende (30 %) ofta eller ibland avstår från att gå ut på grund av rädsla jämfört med personer som bor med en partner (19 %). En större andel individer som bor i hyresrätt (30 %) jämfört med personer som bor i egen villa/radhus (18 %) avstår ofta eller ibland från att gå ut på grund av rädsla.

Sociala relationer

Social gemenskap och stöd är en av de fyra hörnpelarna som lyfts fram som viktig för ett gott åldrande. Sociala relationer är ett grundläggande mänskligt behov och fungerar som en skyddsfaktor för den fysiska och psykiska hälsan. Socialt stöd innefattar bland annat praktiskt och känslomässigt stöd. Äldre som har tillgång till socialt stöd har goda förutsättningar att klara vardagen.

Närmare nio av tio har någon att anförtro sig åt och att dela sina innersta känslor med. Skillnaderna är små mellan könen och mellan olika utbildningsnivåer. Andelen som inte har någon att dela sina innersta känslor med är högst i gruppen ensamboende (21 %).

Äldre drabbas ofta av ofrivillig ensamhet, främst i samband med att livskamrater och vänner går bort. Två av tio kvinnor och en av tio män besväras av ensamhet någon gång i veckan eller oftare (se figur 35). Bland de ensamboende besväras mer än var tredje av ensamhet, vilket är en betydligt högre andel än personer som bor med partner. Personer som är födda i Sverige besväras i lägre utsträckning av ensamhet jämfört med personer som är födda i övriga världen.



Figur 35. Andel (%) som besväras av ensamhet en gång i veckan eller oftare efter kön, födelseland och hushållstyp, 70 år eller äldre.

Deltar i aktiviteter

Att engagera sig i samhället och föreningslivet är bra för hälsan och ger meningsfullhet i vardagen. Drygt hälften (54 %) av dem som är 70 år eller äldre deltar regelbundet i aktiviteter tillsammans med andra (exempelvis sport, musik, teater, studiecirkel, religiös sammankomst, sångkör, politisk/ideologisk förening, pensionärsförening eller annan föreningsverksamhet).

Individens ålder verkar vara en faktor som påverkar deltagandet i aktiviteter. Resultaten visar att en högre andel 70–84 åringar (56 %) regelbundet deltar i aktiviteter jämfört med dem som är 85 år eller äldre (45 %). Det verkar också finnas ett samband mellan att delta i aktiviteter och utbildningsnivå, ju högre utbildning desto högre andel som regelbundet deltar i aktiviteter (se tabell 5).

Tabell 5. Andel (%) som regelbundet deltar i aktiviteter efter utbildningsnivå, 70 år eller äldre.

Utbildningsnivå	Andel %
Förgymnasial	45
Gymnasial	56
Eftergymnasial	70

Nedlåtande behandling och våld

Andelen som upplevt att de en eller flera gånger blivit behandlade på ett nedlåtande sätt under de senaste tre månaderna är 11 procent. En större andel kvinnor (14 %) än män (9 %) rapporterar att de blivit nedlåtande behandlade. Personer födda i övriga världen (18 %) upplever i högre utsträckning att de blir nedlåtande behandlade jämfört med personer födda i Sverige (10 %). Skillnaderna mellan åldersgrupperna är små.

Andelen äldre som uppger att de utsatts för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna är mycket låg, under 1 procent.

Hjälp, stöd samt omvårdnad av anhörig

Drygt nio av tio uppger att de har någon i sin omgivning som de kan få hjälp av om de blir sjuka eller får praktiska problem. Bland kvinnor som är 85 år eller äldre uppger 95 procent att de kan få stöd av någon, motsvarande andel för män i samma åldersgrupp är 91 procent. Yngre äldre (70–84 år) som är födda i övriga världen har i lägre utsträckning (85 %) tillgång till stöd vid sjukdom eller praktiska problem jämfört med svenskfödda (92 %). I åldersgruppen 85 år eller äldre är dessa skillnader små.

Totalt är det 35 procent som får hjälp av till exempel anhöriga, hemtjänst eller hemsjukvård för att klara sin vardag. Det är vanligare att de som är 85 år eller äldre (63 %) får hjälp att klara sin vardag jämfört med åldersgruppen 70–84 år (27 %). Resultaten visar också att en något högre andel kvinnor (37 %) än män (34 %) får hjälp.

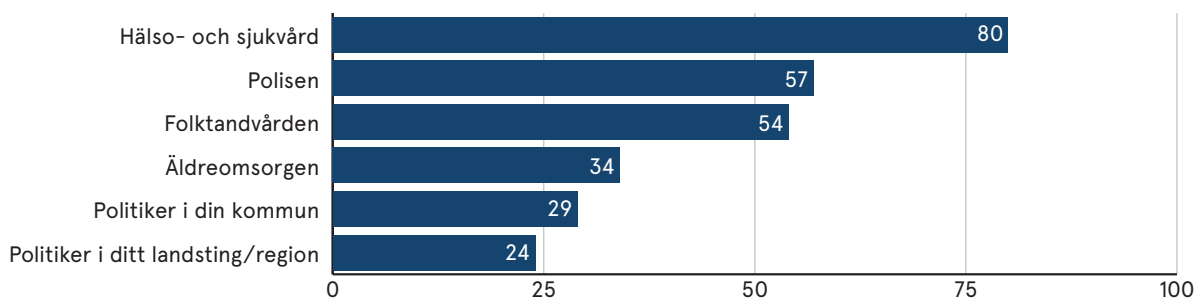
Av de äldre är det 7 procent som har omvårdnad av någon närstående. Skillnader mellan könen liksom mellan olika utbildningsnivåer är små. Störst andel som har omvårdnad av någon anhörig eller vän finns inom gruppen födda i övriga världen (12 %). Motsvarande andel för personer födda i Sverige är 7 procent och bland födda i övriga Norden är det 9 procent.

Förtroende för institutioner och politiker

Svenskar har generellt stor social tillit och stort förtroende till politiker och olika institutioner. Ett högt förtroende för offentliga institutioner och politiker är centralt för ett demokratiskt och välfungerande samhälle.

Äldre har högst förtroende för hälso- och sjukvården. Åtta av tio i åldersgruppen 70 år eller äldre har mycket eller ganska stort förtroende för denna institution. Näst högst förtroende har de äldre för polisen följt av folktandvården (se figur 36).

Förtroendet för institutioner skiljer sig mellan olika grupper i befolkningen. Som exempel kan nämnas att en större andel svenskfödda har mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården (81 %) jämfört med personer födda i Norden (73 %) och födda i övriga världen (72 %). Bland kvinnor uppger 83 procent att de har stort eller mycket stort förtroende för denna institution. Motsvarande andel för män är 79 procent.



Figur 36. Andel (%) med mycket stort och ganska stort förtroende för olika institutioner, 70 år eller äldre.

Skydds- och riskfaktorer för hälsa

För att studera sambandet mellan skydds- och riskfaktorer för hälsa bland äldre har ett antal indikatorer valts ut som, i denna rapport såväl som i tidigare analyser, visat sig vara av betydelse för den allmänna hälsan. För att studera sambandet har så kallade logistiska regressionsanalyser genomförts (se faktaruta).

I figur 37 illustreras sambanden mellan de olika faktorerna och den goda hälsan med hänsyn tagen till kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå och hushållstyp. Faktorerna är rangordnade efter hur starkt sambandet är. Ju högre upp i trädet desto starkare är det statistiska sambandet mellan faktorn och att ha god hälsa. Riskfaktorerna har ett negativt samband och skyddsfaktorerna har ett positivt samband. Se även tabell B1 i diagram- och tabellbilagan.

Den faktor som har starkast samband med att ha gott eller mycket gott självskattat allmänt hälsotillstånd är att ha god aptit. Andra faktorer som har en positiv koppling till en god hälsa är att vara fysiskt aktiv minst 150 minuter per vecka, att känna sig säker och trygg i området där man bor, att tycka att man i allmänhet kan lita på de flesta människor, att ha någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt, att regelbundet delta i aktiviteter med andra samt att ha tillgång till praktiskt stöd.

Faktorer med en negativ koppling till god hälsa är: behov av hjälp att klara sin vardag, besvär av ensamhet, stillasittande, nedlåtande behandling, fetma, problem med löpande utgifter, undervikt, dagligrökning, omvårdnad av släkting eller anhörig som är långvarigt sjuk eller har nedsatta funktioner, rädsla för att bli överfallen, rånad, eller på annat sätt ofredad, snusa dagligen samt övervikt.

Logistisk regression och oddskvoter (OR)

Resultatet från en logistisk regression visar sambandet mellan ett utfallsmått och en studerad faktor, med hänsyn tagen till de andra faktorerna i modellen. I detta avsnitt är utfallsmåttet att ha gott eller mycket gott självskattat allmänt hälsotillstånd. Sambandet mellan hälsan och varje skydds- och riskfaktor har studerats separat med kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå och hushållstyp som kontrollerade bakgrundsfaktorer.

Samtliga bakgrundsfaktorer har statistiskt säkerställda samband med att ha gott allmänt hälsotillstånd. Starkast är sambandet för ålder och utbildningsnivå, där de som är 85 år eller äldre respektive de som har förgymnasial utbildning har omkring hälften så högt odds att ha god hälsa än de som är 70–84 år respektive har eftergymnasial utbildning. Även kvinnor, de som har gymnasial utbildning, ensamboende och utlandsfödda har lägre sannolikhet att ha god hälsa (se tabell B2 i diagram- och tabellbilagan).



Ej signifikant:

Riskkonsument av alkohol

Äter grönsaker, rotfrukter, frukt eller bär minst 5 ggr/dag

Figur 37. Illustration av sambandet mellan skyddsfaktorer och riskfaktorer och att ha gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd för personer 70 år eller äldre. Justerat för kön, ålder, födelseland (född i Sverige eller ej), utbildningsnivå samt hushållstyp (om man bor med en partner eller ej).

De faktorer som har ett negativt samband är markerade med (-) och de som har ett positivt samband med att må bra är markerade med (+).

Ju högre upp en faktor finns desto starkare är det statistiska sambandet.

Generella åtgärder och insatser

Det är ofrånkomligt att det biologiska åldrandet påverkar hälsan. Samtidigt går det inte att sätta ett likhetstecken mellan att bli äldre med försämrad livskvalitet och försämrad hälsa. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser kan bidra till att behålla, förlänga och förbättra hälsan och livskvaliteten högt upp i åldern. Av den anledningen är hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser av central betydelse för att minska ohälsan i befolkningen och för att minska kostnaderna för samhället. För att skapa bestående insatser som kan bidra till ett gott åldrande, krävs en bred samverkan mellan olika aktörer och samhällsfunktioner. Som nämnts tidigare har forskning identifierat fyra områden för ett gott åldrande: social gemenskap, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor.

Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser kan bidra till att behålla, förlänga och förbättra hälsan och livskvaliteten högt upp i åldrarna.

Social gemenskap och meningsfullhet

Med ökad ålder minskar ofta äldres sociala nätverk. Gemenskap och sociala relationer har stor betydelse för hälsan och livskvalitet, mötesplatser blir därför betydelsefulla för att äldre ska känna delaktighet och meningsfullhet i tillvaron. För att mötesplatser ska fungera bra är det särskilt viktigt att det finns en samverkan och samordning mellan och inom den offentliga sektorn och ideella organisationer. Kommunens roll som nätverksbyggare och samordnande funktion, är särskilt viktig, för att skapa goda förutsättningar för frivilliga krafter och för ett breddat utbud. Det är särskilt viktigt att nå ut till dem som av olika skäl inte redan är aktiva, till exempel de som har svagt socialt nätverk¹ och att locka yngre äldre som kan ha andra krav än tidigare generation av äldregrupper².

Förslag på insatser

- Ett ökat utbud och utveckling av antalet fysiska mötesplatser kan bidra till att bättre tillgodose äldres sociala behov.
- Ökad fysisk, ekonomisk och geografisk tillgänglighet till mötesplatser, till exempel att erbjuda transport och ledsagare till och från mötesplatsen kan möjliggöra att fler äldre kan delta i aktiviteter som erbjuds.
- Utveckla befintliga och nya generationsöverskridande mötesplatser i samverkan mellan olika aktörer som offentliga och privata aktörer och ideella sektorn.
- Verka för att äldres kompetenser och erfarenheter tas tillvara på arbetsmarknaden.
- Ekonomiska bidrag till föreningar med syfte att främja äldres hälsa.
- Större valfrihet i boende med särskild uppmärksamhet på äldre i ekonomiskt utsatta situationer.
- Utveckla insatser för att motverka ofrivillig ensamhet.

Fysisk aktivitet, stillasittande och fallskador

Fysisk aktivitet i tredje åldern är fallpre-ventivt, motverkar muskelsvaghet, främjar hjärt- och kärlhälsa och motverkar fysisk funktionsnedsättning. Fysisk aktivitet har dessutom en positiv effekt på den psykiska hälsan, till exempel kan fysisk aktivitet bevara minnesfunktioner samt minska depressiva symtom och ångest⁵.

Med stigande ålder kan en begränsad rörlighet påverka den fysiska aktiviteten. Riktade insatser till individer och grupper. För att engagera deltagare i fysisk aktivitet som samtidigt bidrar till attityder och kognitiva processer är bland annat hälsoutbildning, gruppdiskussioner och motiverande samtal (MI)⁴. Ordinerade aktiviteter är mer effektivt än enbart hälsoinformation. När det gäller hälsoinformation har det visat sig ge mer effekt om den ges direkt till mottagaren, ansikte mot ansikte¹. Fysisk aktivitet påverkas även av tillgänglighet till miljöer som uppmuntrar till rörelse som grönområden, mötesplatser och trygga och säkra gång- och cykelvägar.

Förslag på insatser

- Mötesplatser som verkar för en aktiv livsstil ska vara fysiskt, geografiskt och ekonomiskt tillgängliga.
- Allmänna platser ska vara tillgängliga och säkra för äldre att vistas i, till exempel tillräcklig belysning, sandning och snöröjning av cykel- och gångvägar på vintern.
- Hälsocentraler och äldrecentraler ska ha ett utvecklat stöd till äldre för att främja fysisk aktivitet.
- Minska risker för fall i hemmet och på platser där äldre vistas genom att ta bort mattor, trösklar och liknande hinder samt ha god belysning.
- Se över vilka mediciner eller kombinationer av mediciner äldre använder som kan öka risken för fall.

Kost, matvanor och aptit

Det finns inga generella kostrekommendationer för äldre, utan som för den övriga vuxna befolkningen handlar det om att äta regelbundet och varierat⁵. Vid stigande ålder minskar dock energibehovet samtidigt som behovet av näringsämnen är lika högt, därför är bra sammansättning av kosten av större betydelse för äldre¹. Näringsbehoven hos äldre kan dock variera mycket, därför kan det vara bra med individanpassade råd. Särskilt viktigt kan det vara då tidigare matvanor kan ha samband med vissa sjukdomar och besvär, till exempel diabetes typ 2, hjärt-kärlsjukdomar, vissa cancertyper och benskörhet⁵. Med stigande ålder minskar de sociala nätverken för många äldre och den påtvingade ensamheten riskerar att påverka individens ätande negativt. Risk för minskad aptit är högre bland äldre som äter ensamma, vilket gör att de i större utsträckning riskerar att drabbas av undernäring och undervikt. Aptitlöshet är en vanlig orsak till undervikt och kan bero på sjukdomar, hälsotillstånd, mediciner eller brist på sociala kontakter⁵. Att åldras kan innebära minskad självständighet. Eftersom matvanor och måltider är nära kopplat till identitet, kultur-tillhörighet, livsåskådning och tro är det viktigt att få vara med och bestämma inköp, tillagning och former för måltider. Även inom äldreomsorgen är de viktiga att äldre känner sig delaktiga i planering och genomförande av måltiden för att öka aptiten⁶.

Förslag på insatser

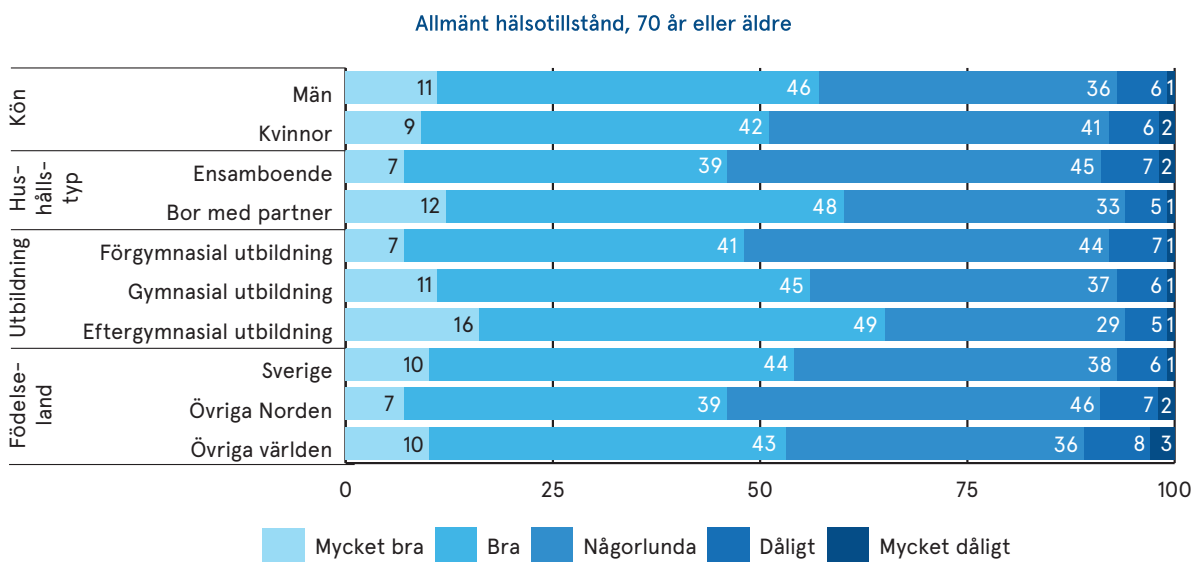
- Matskola med kostutbildning och rådgivning för äldre med betoning på aktivt deltagande och social gemenskap.
- Dietister med inriktning mot äldres matvanor (särskilt och ordinärt boende).
- Självbestämmande kring måltidernas innehåll och utformning inom äldreomsorg.
- Större möjligheter för äldre som bor ensamma att äta tillsammans med andra.

1. Ett hälsosamt åldrande: Kunskapsöversikt över forskning 2005–2012 om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas på individnivå. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2013.
2. Fallolyckor bland äldre: En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Folkhälsostitutet, 2009.
3. Det är aldrig för sent! Ett utbildningsmaterial om hälsosamt åldrande med fokus på möten, mat och aktivitet. Folkhälsostitutet, 2009.
4. Bergström H et al. Insatser för att främja hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet: En kartläggande litteraturoversikt. Karolinska institutet, 2017.
5. Äldres hälsa: Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010. Folkhälsomyndigheten, 2010.
6. Bra måltider i äldreomsorgen: Råd för ordinära och särskilda boenden – hemtjänst och äldreboenden. Livsmedelsverket, 2018.

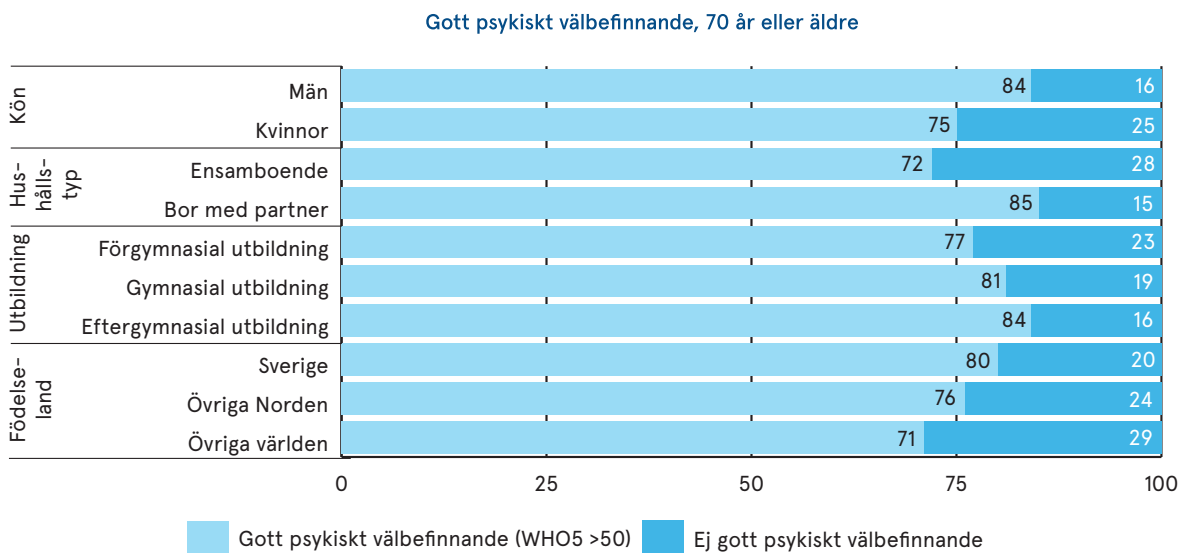
Diagram- och tabellbilaga

Hälsa

Andel som svarat olika på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?"



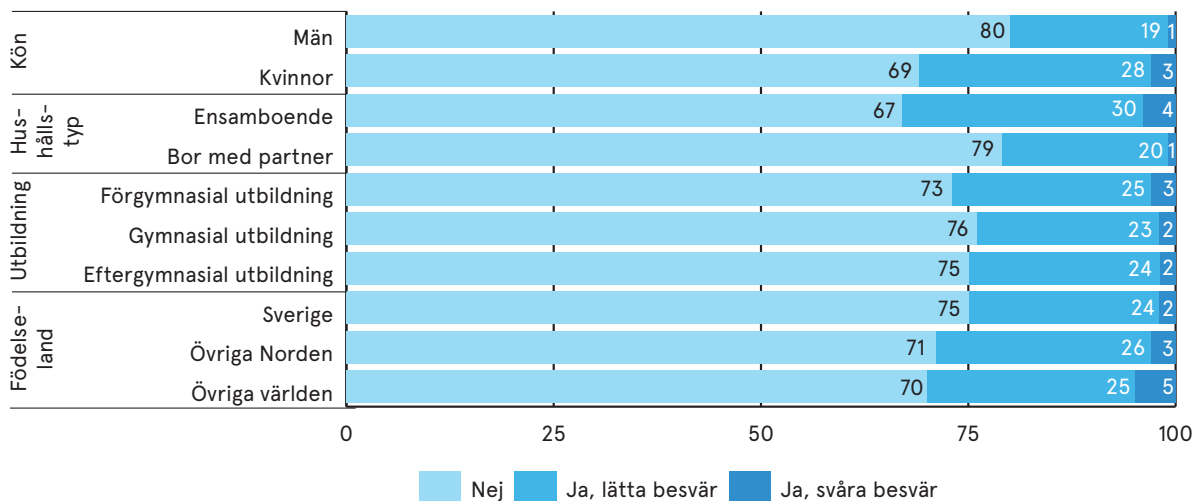
Psykiskt välbefinnande - Summaindex WHO5 (0-100) beräknat på dem som svarat på alla 5 frågorna. Gott psykiskt välbefinnande (>50)



Andel som svarat olika på frågan

”Har du något/några av följande besvär eller symtom: Nedstämdhet?”

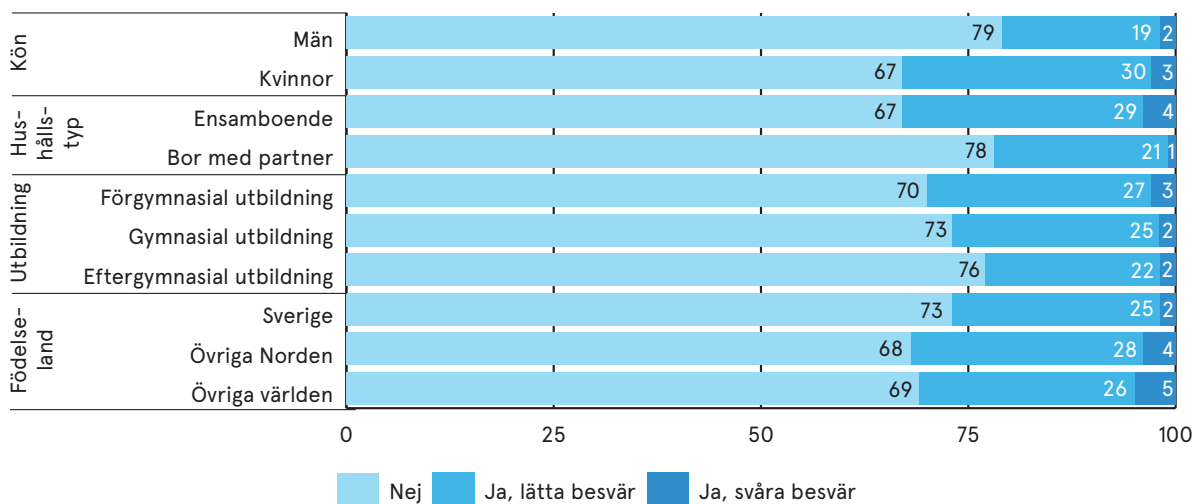
Nedstämdhet, 70 år eller äldre



Andel som svarat olika på frågan

”Har du något/några av följande besvär eller symtom: Ängslan, oro eller ångest?”

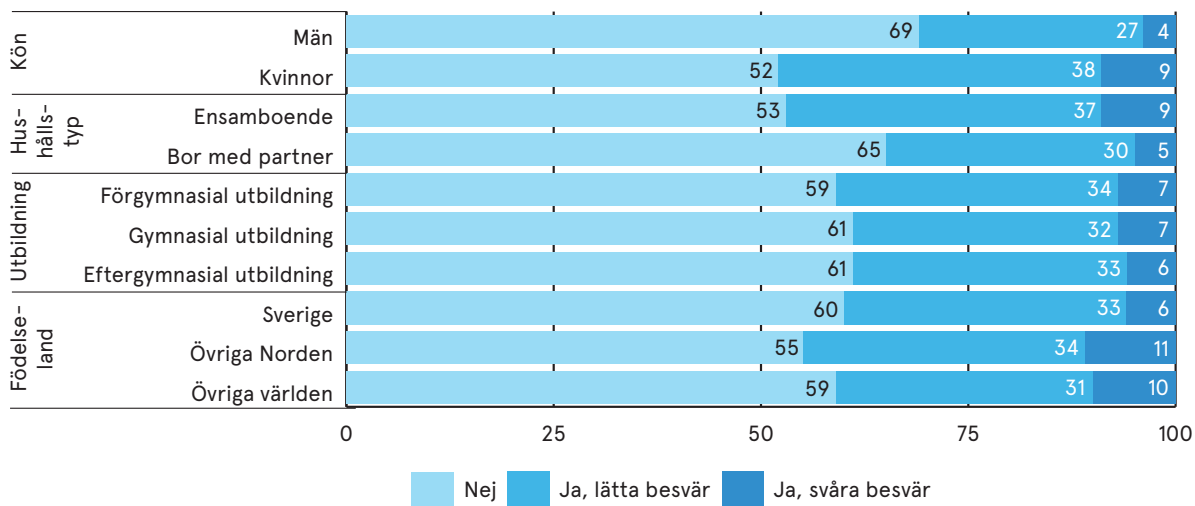
Ängslan, oro eller ångest, 70 år eller äldre



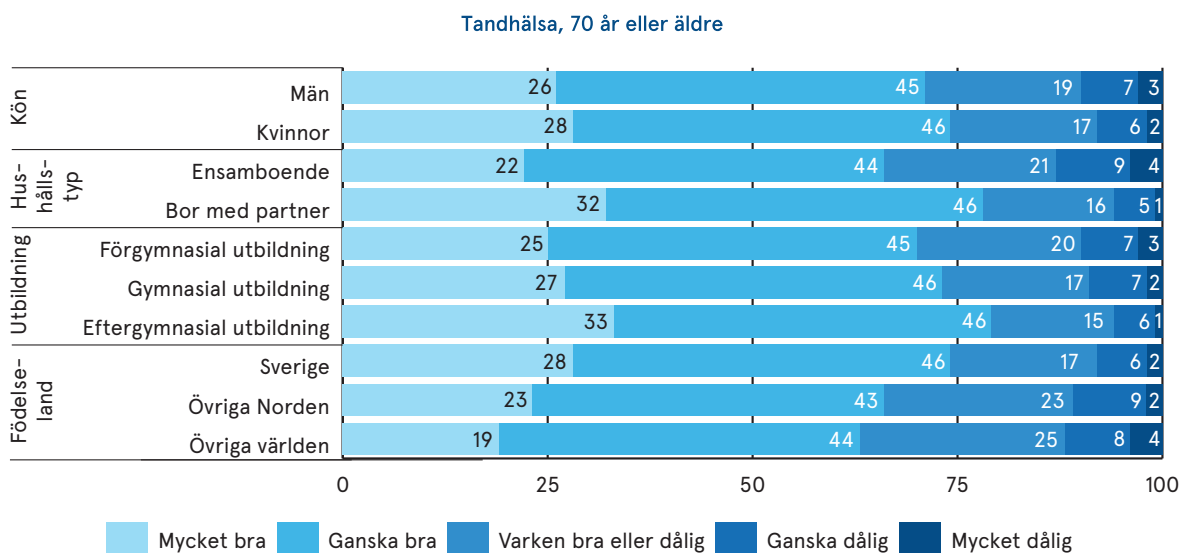
Andel som svarat olika på frågan

”Har du något/några av följande besvär eller symtom: Sömnsvårigheter?”

Sömnsvårigheter, 70 år eller äldre

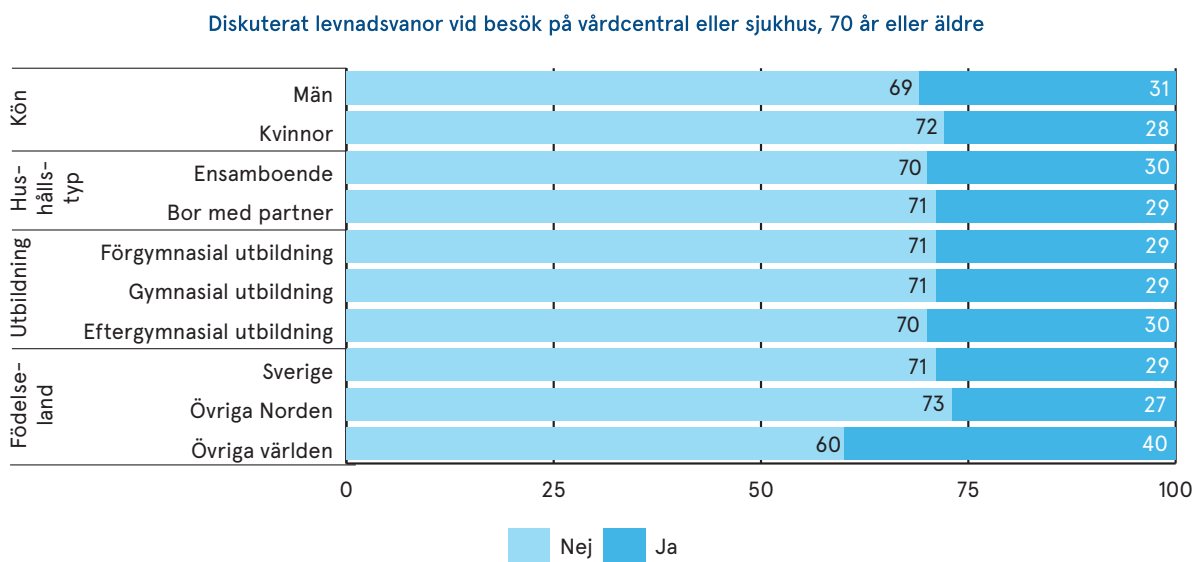


Andel som svarat olika på frågan "Hur tycker du att din tandhälsa är?"

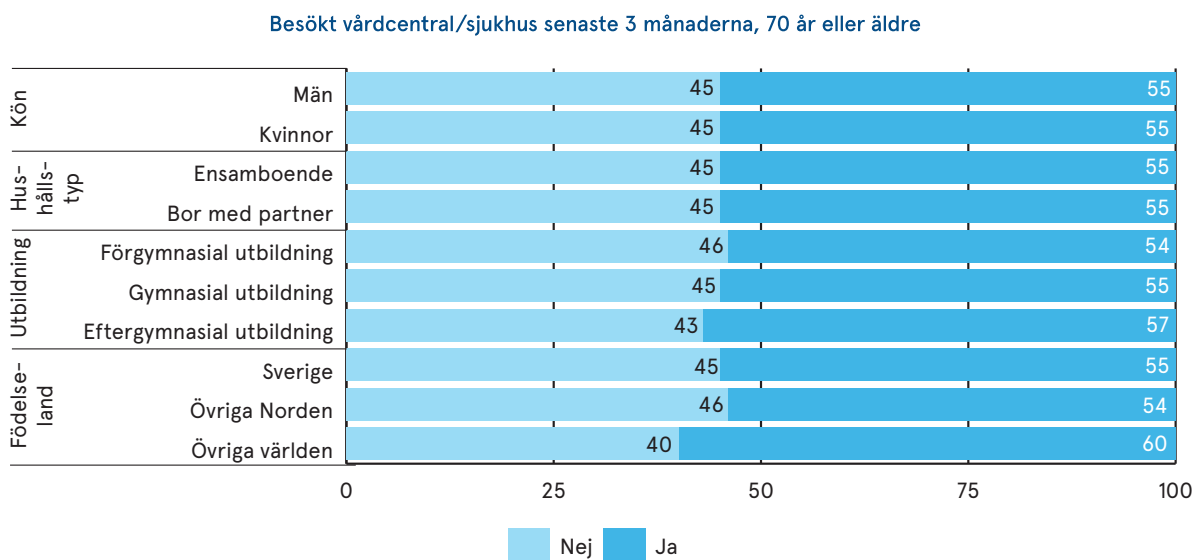


Vårdkontakter och läkemedel

Sammanslagning av frågorna "Vid ditt/dina besök på vårdcentral eller motsvarande, diskuterade ni:" "Vid ditt/dina besök på sjukhus diskuterade ni:" (matvanor, rökvanor, snusvanor, motionsvanor eller alkoholvanor)?"

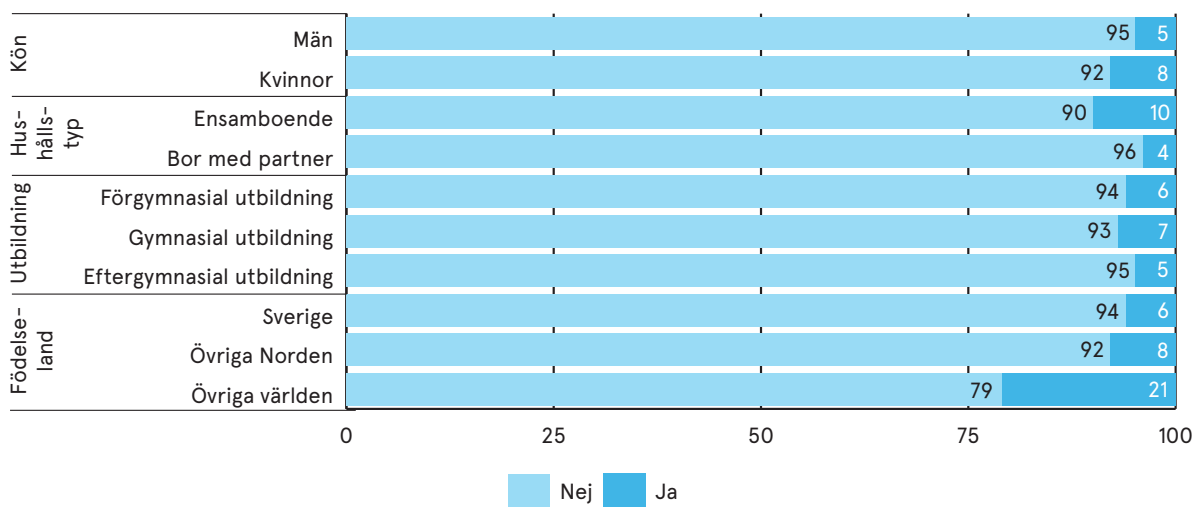


Andel som svarat olika på frågan "Har du under de senaste 3 månaderna besökt vårdcentral eller motsvarande för egna besvär eller sjukdom?"



Andel som svarat olika på frågan "Har det under de senaste 3 månaderna hänt att du tvingats begränsa eller avstå något av följande av ekonomiska skäl? (Sjukvårdsbesök, läkemedelsuttag, tandvårdsbesök, hemtjänst, glasögon, hörapparat)"

Avstått eller begränsat vård pga ekonomi, 70 år eller äldre



Levnadsvanor

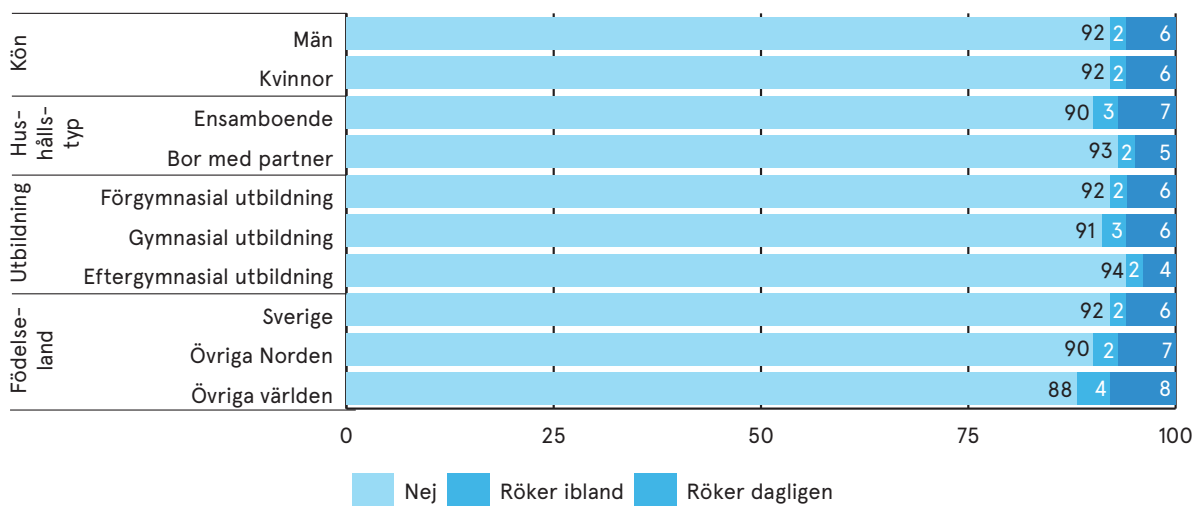
Risikkonsument av alkohol (Enligt AUDIT-C index 0-12, Riskkonsument kvinnor 5-12, män 6-12) för dem som svarat på alla tre frågor eller ej druckit alkohol senaste 12 månaderna.

Risikkonsumtion, 70 år eller äldre

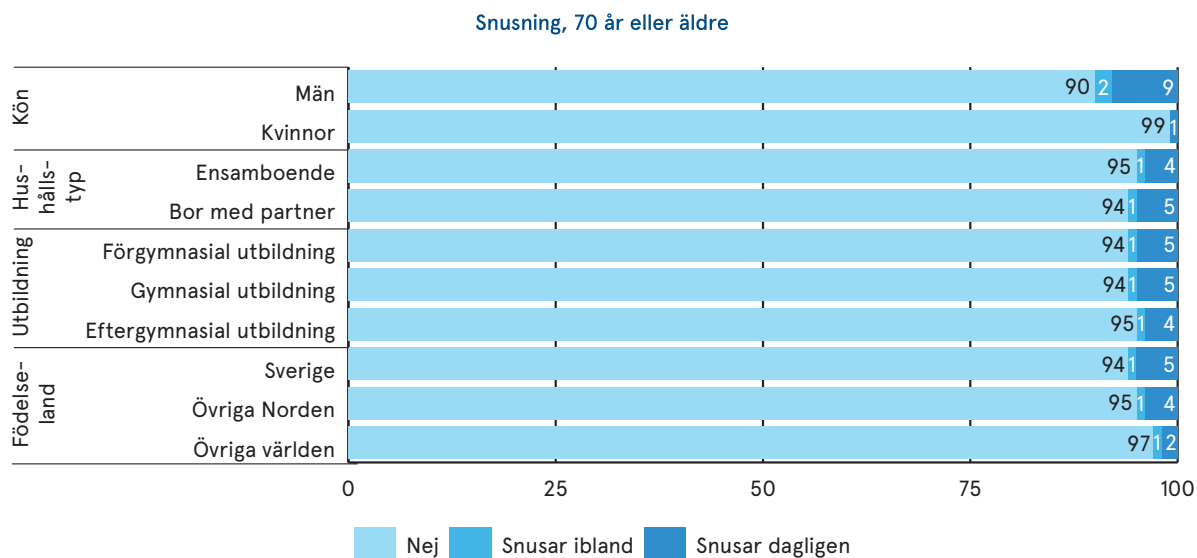


Andel som svarat olika på frågan "Röker du?"

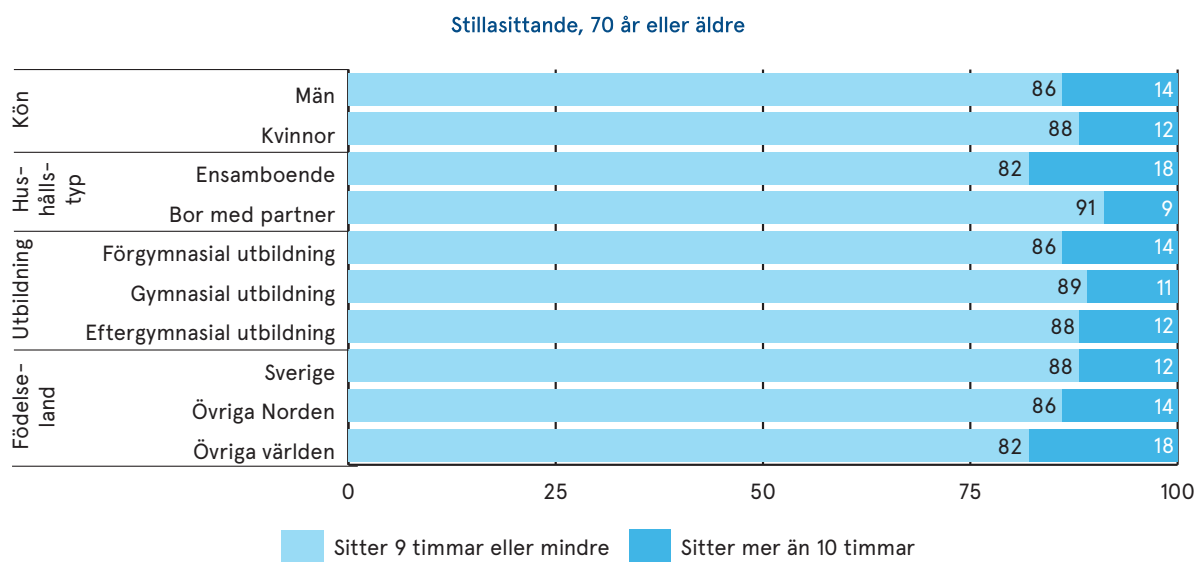
Rökning, 70 år eller äldre



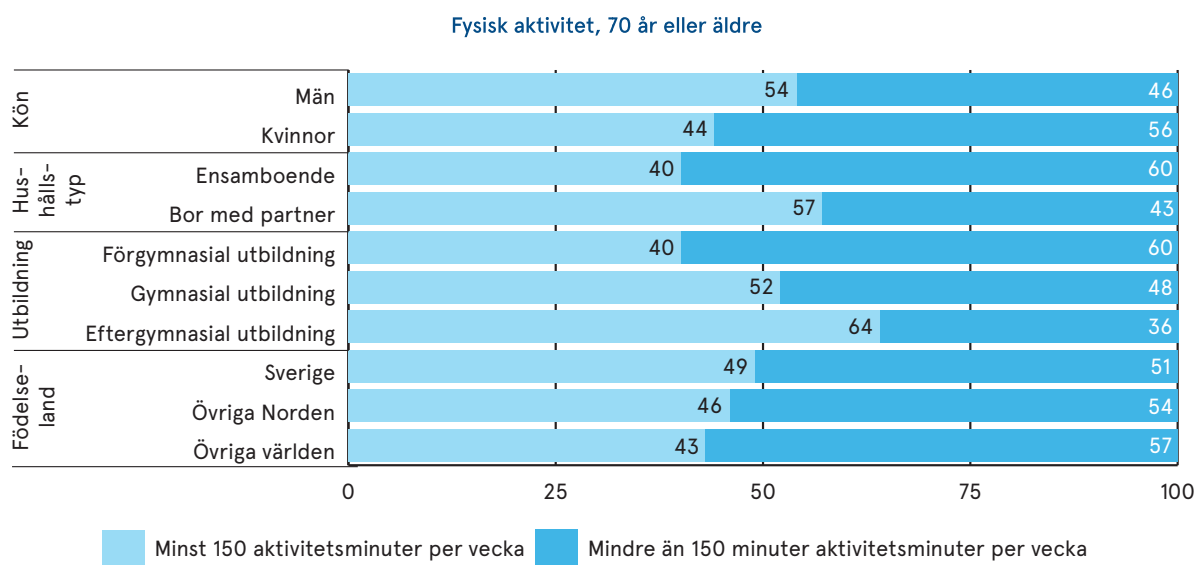
Andel som svarat olika på frågan "Snusar du?!"



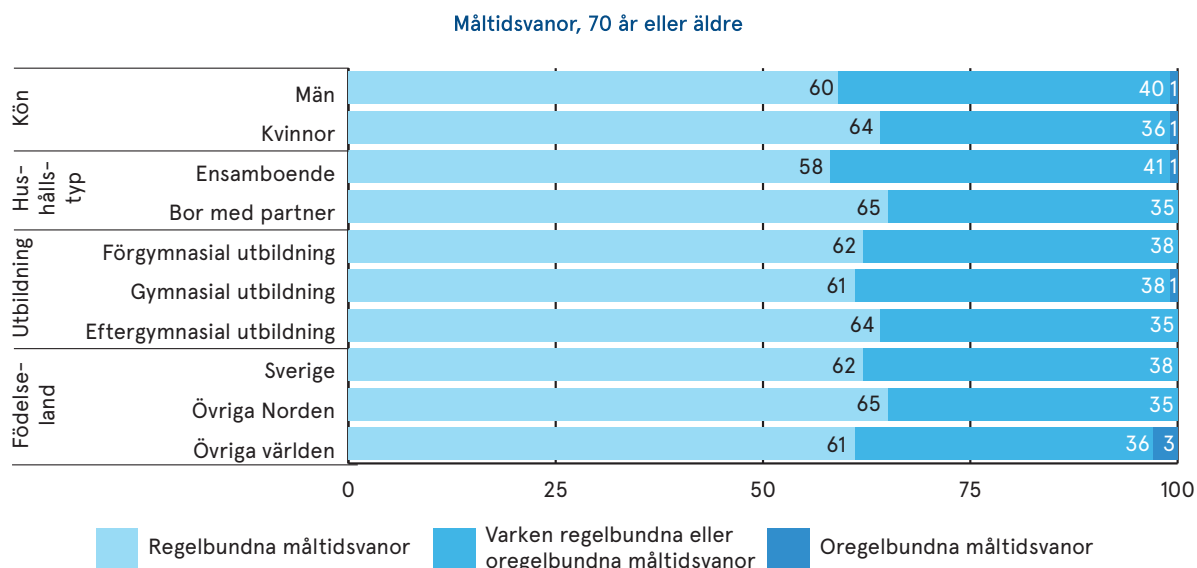
Andel som svarat olika på frågan "Hur mycket sitter du under ett normalt dygn?"



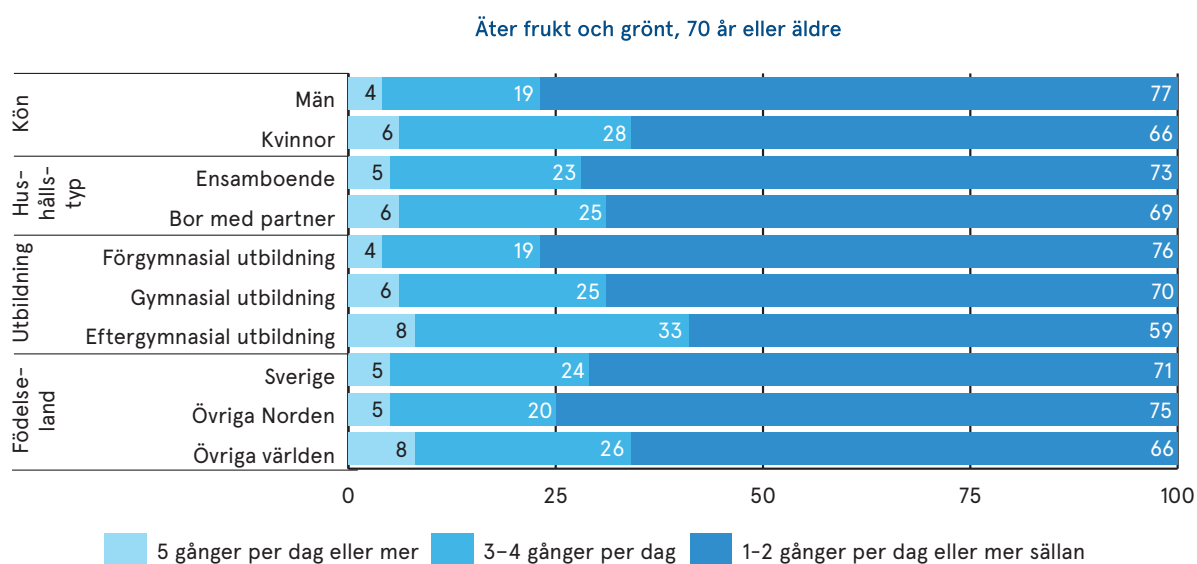
Aktivitetsminuter minst 150 minuter per vecka (beräknat på två frågor om fysisk aktivitet och träning).



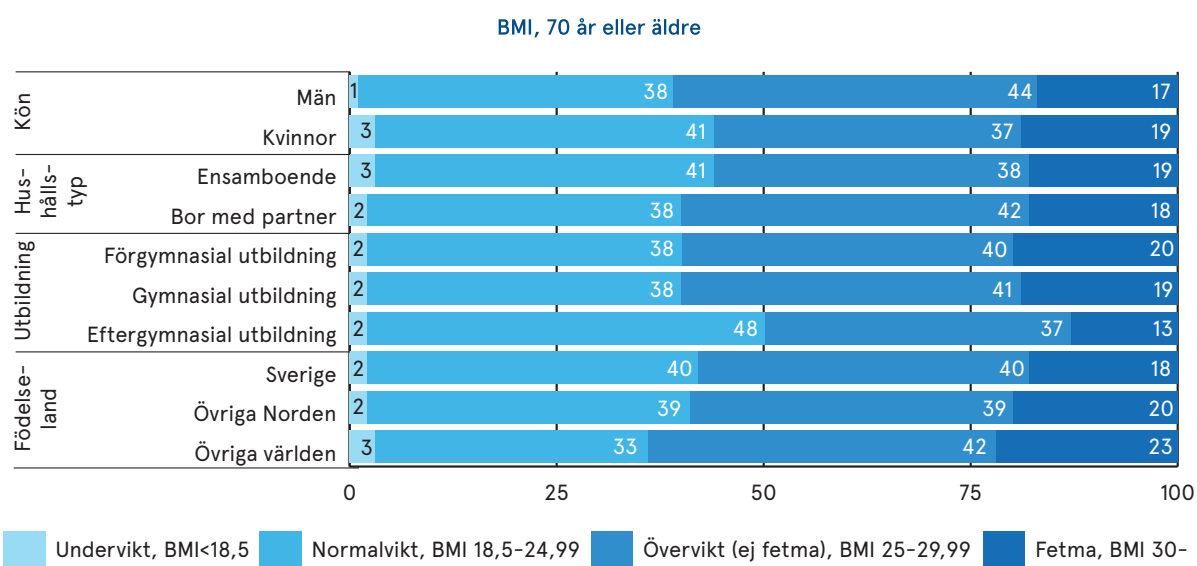
Andel som svarat olika på frågan "Hur ofta äter du frukost, lunch, middag och kvällsmål?"
(Regelbundna måltidsvanor 3 mål per dag)



Andel som svarat olika på frågan "Hur ofta äter du grönsaker, rotfrukter, frukter eller bär?"



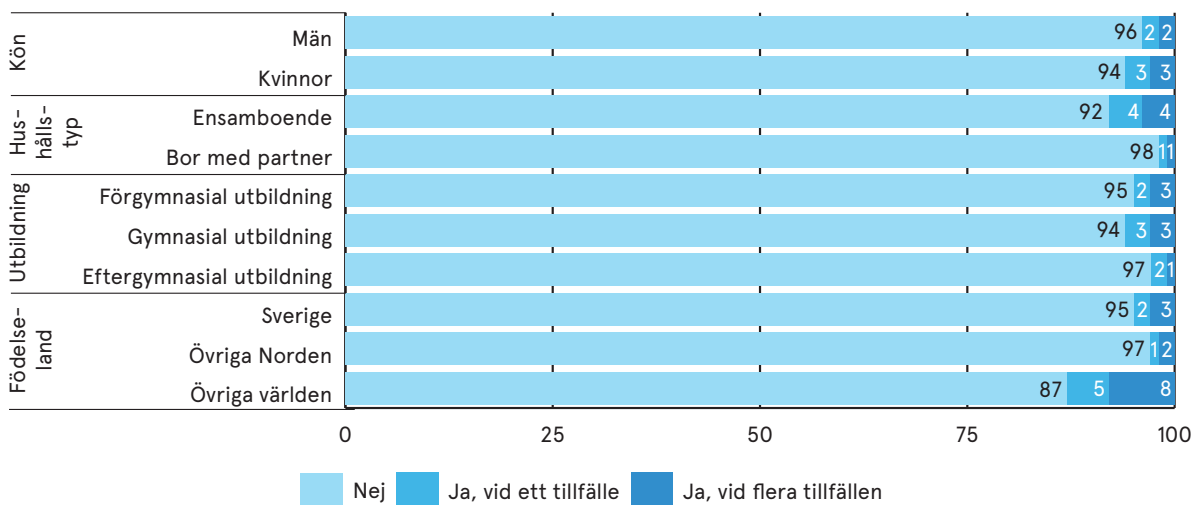
Body-mass-index beräknas genom vikt (i kg) dividerat med längd (m²) i kvadrat
(undervikt <18,5, normalvikt 18,5-24,99, övervikt 25-29,99, fetma 30-)



Livsvillkor

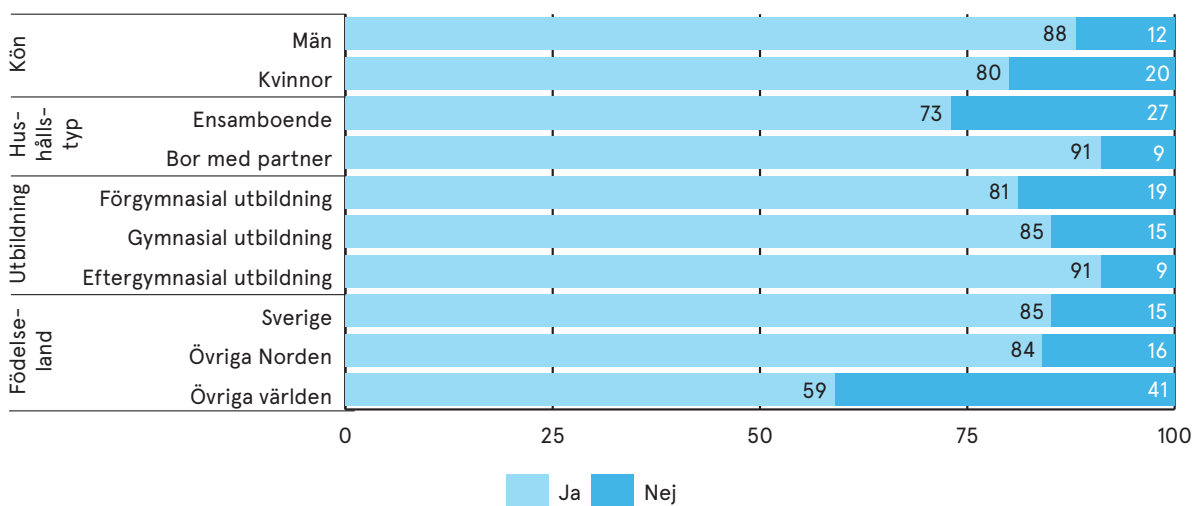
Andel som svarat olika på frågan "Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar med mera?"

Problem med löpande utgifter, 70 år eller äldre



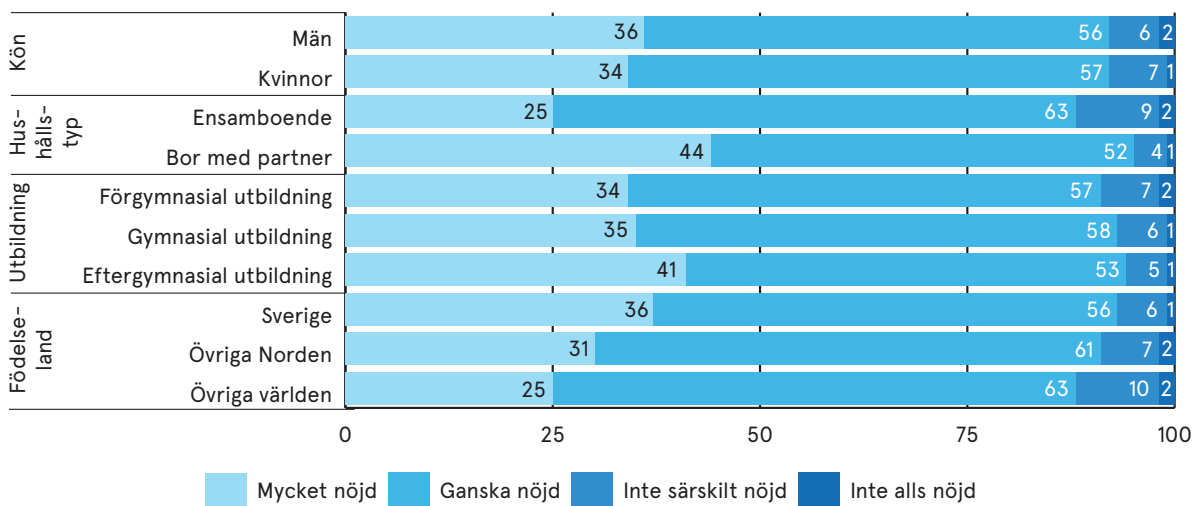
Andel som svarat olika på frågan "Skulle du/ditt hushåll inom en månad klara av att betala en oväntad utgift på 11 000 kronor utan att låna eller be om hjälp?"

Kontantmarginal, 70 år eller äldre

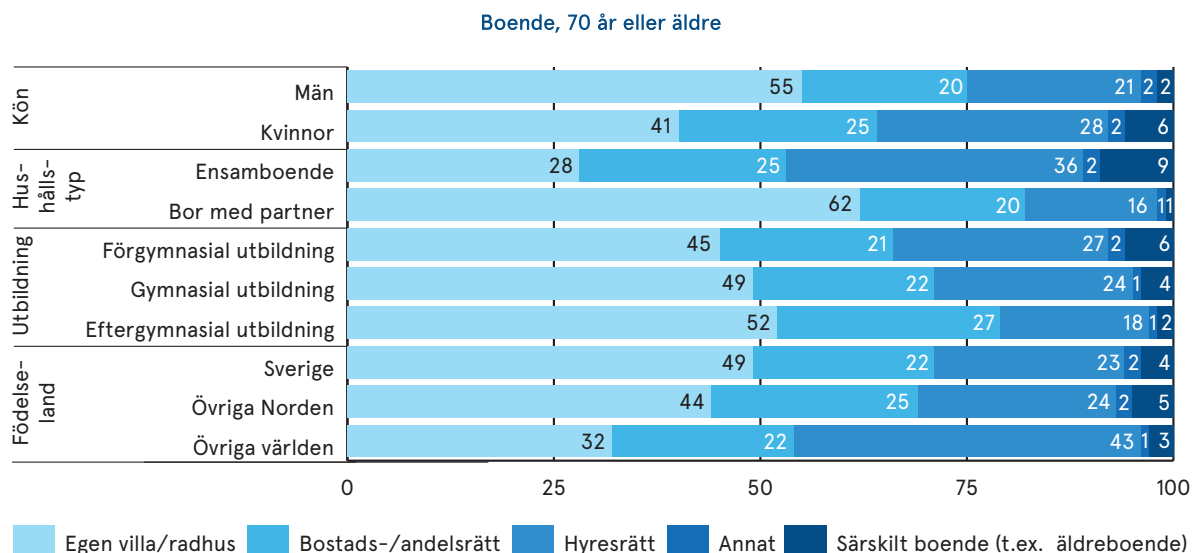


Andel som svarat olika på frågan "Hur nöjd är du på det hela taget med det liv du lever?"

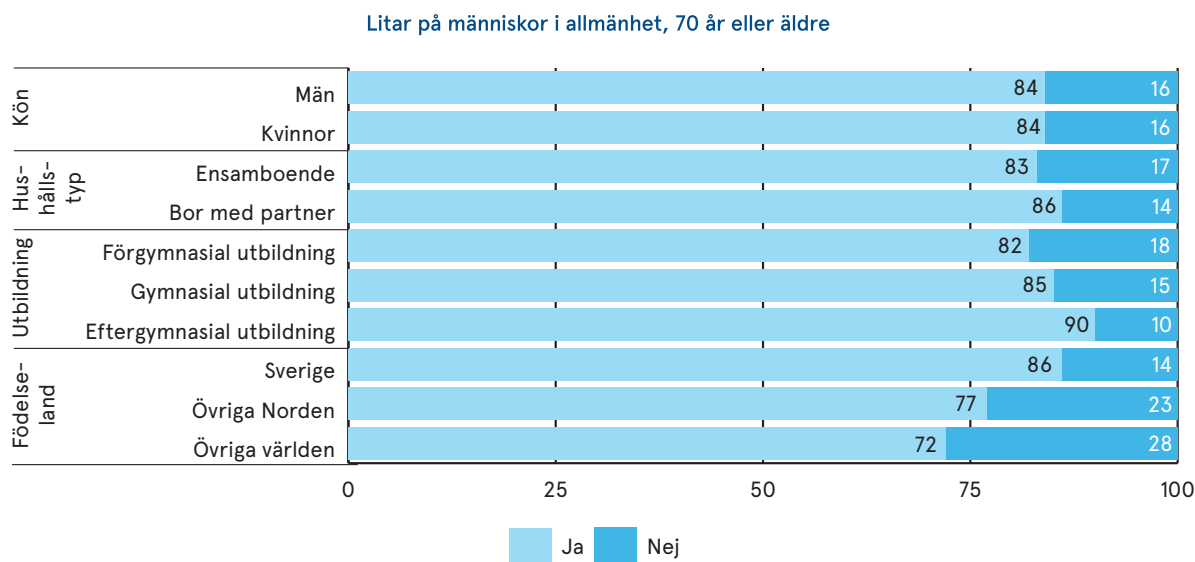
Nöjd med livet, 70 år eller äldre



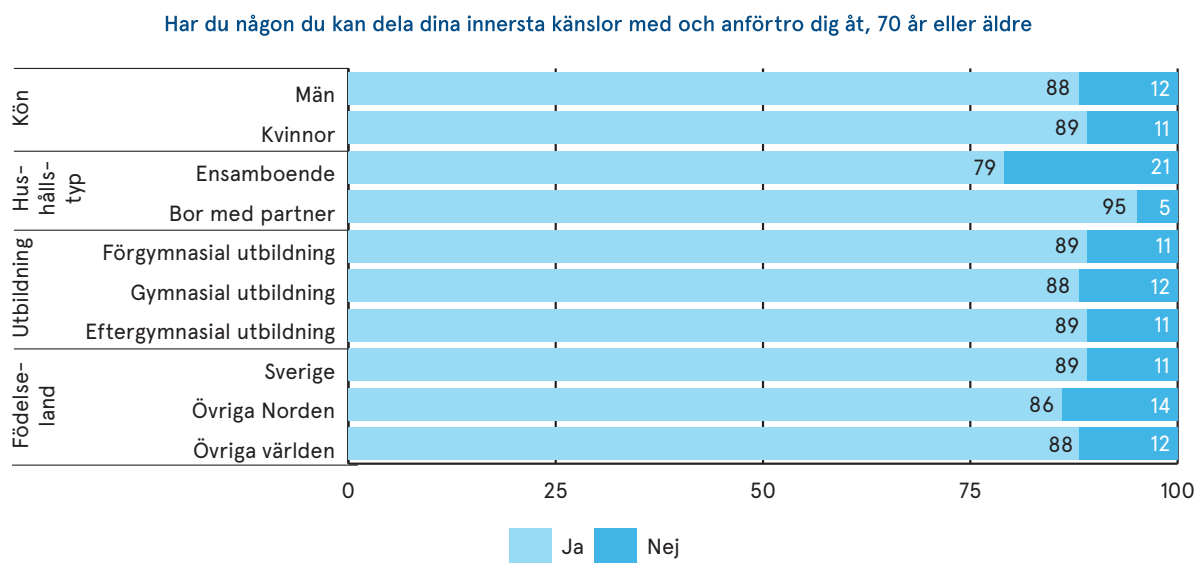
Andel som svarat olika på frågan "Hur bor du?"



Andel som svarat olika på frågan "Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?"

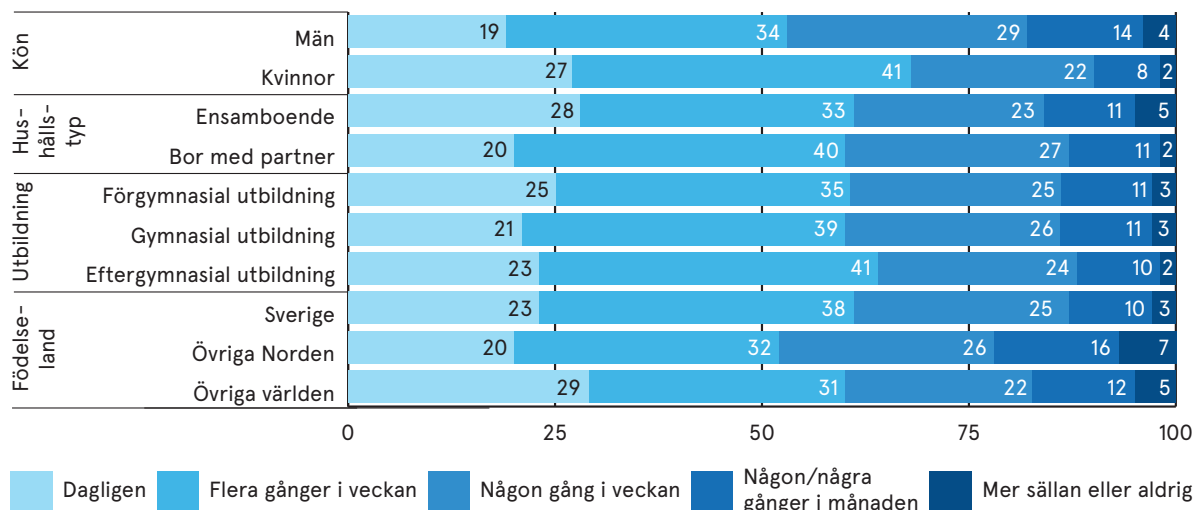


Andel som svarat olika på frågan "Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?"



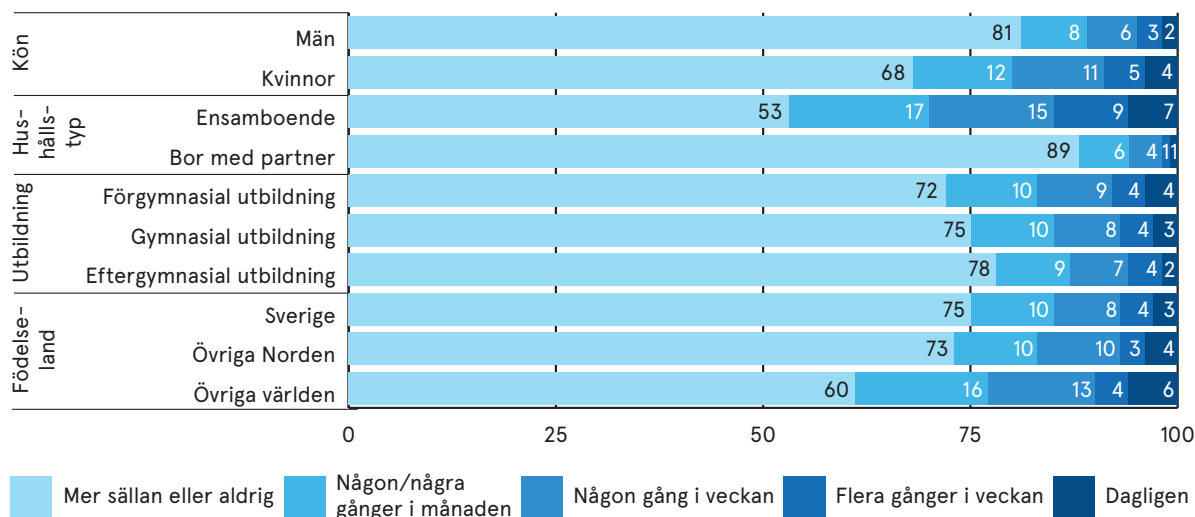
Andel som svarat olika på frågan "Hur ofta har du kontakt med barn, barnbarn, syskon, andra släktingar eller vänner?"

Kontakt med släktingar eller vänner, 70 år eller äldre



Andel som svarat olika på frågan "Hur ofta händer det att du besväras av ensamhet?"

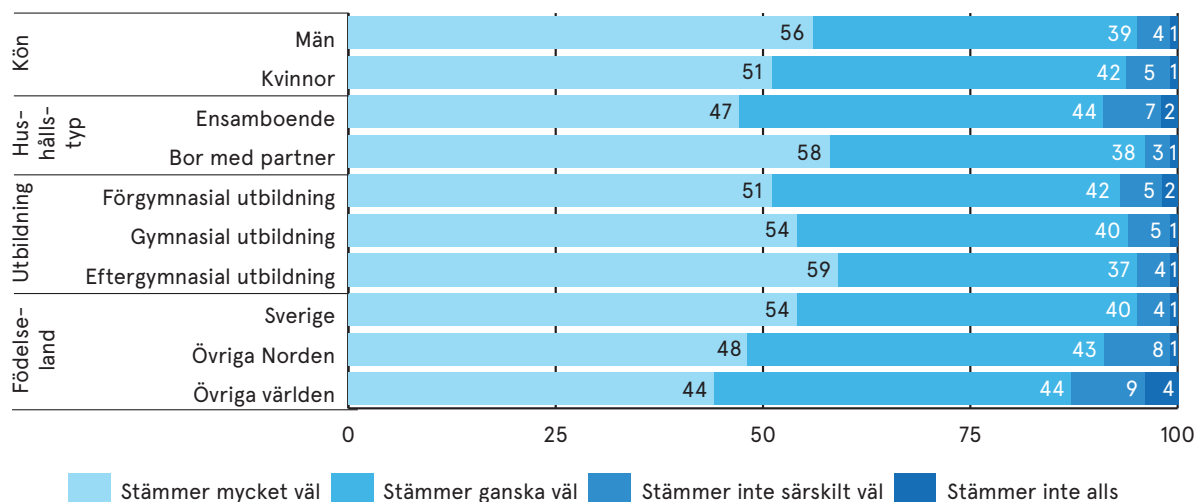
Besvärad av ensamhet, 70 år och äldre



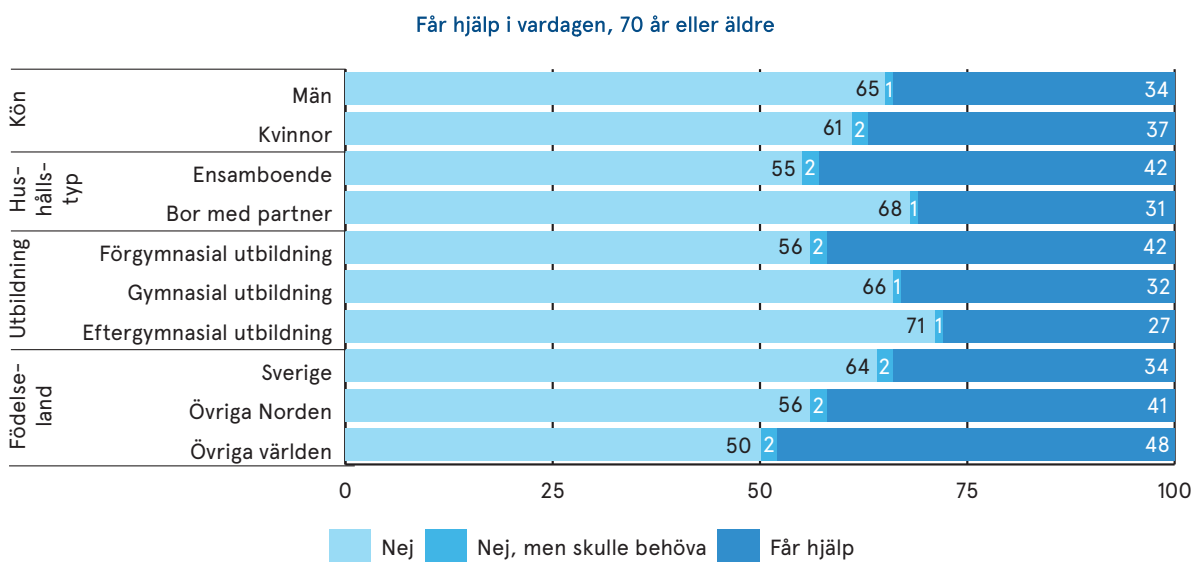
Andel som instämmer olika på påståendet

"I det här området kan man känna sig säker och trygg för att inte bli angripen eller utsatt för hot"

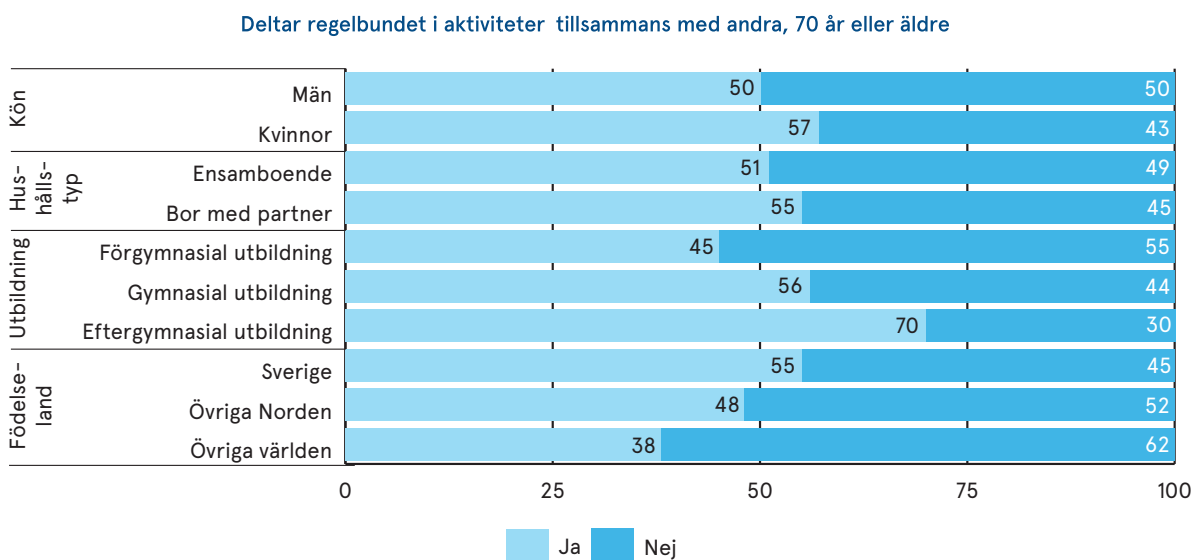
Känner sig trygg och säker i bostadsområdet, 70 år eller äldre



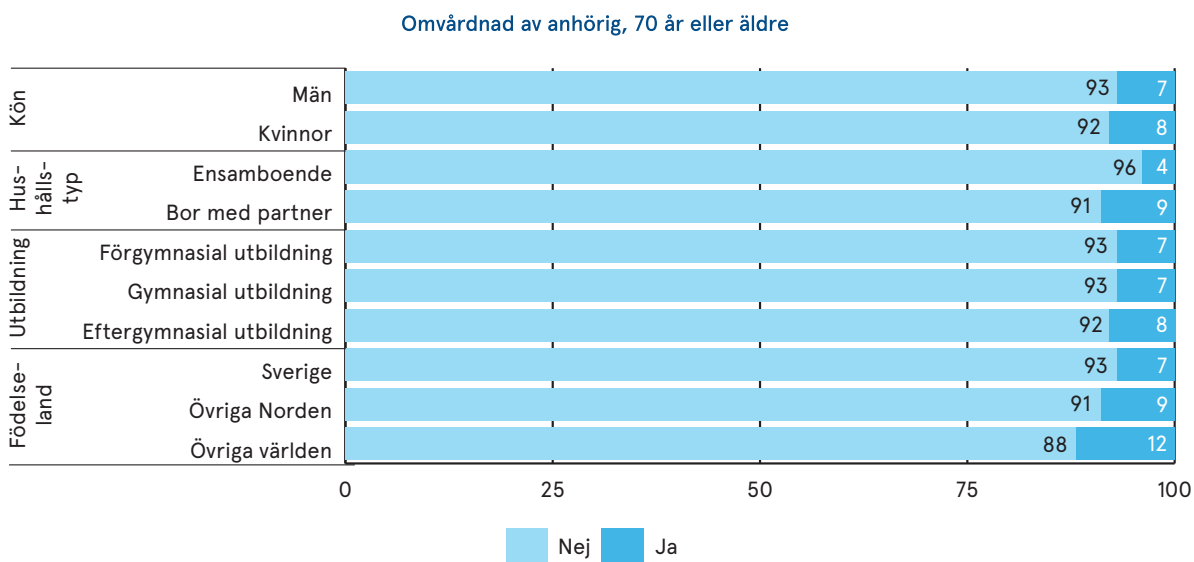
Andel som svarat olika på frågan "Får du hjälp av någon för att klara din vardag?"
(från anhöriga/nära vän/ annan, hemsjukvård, privat utförare, frivilligorganisation)



Andel som svarat olika på frågan "Har du under de senaste 12 månaderna regelbundet deltagit i aktiviteter tillsammans med andra?"

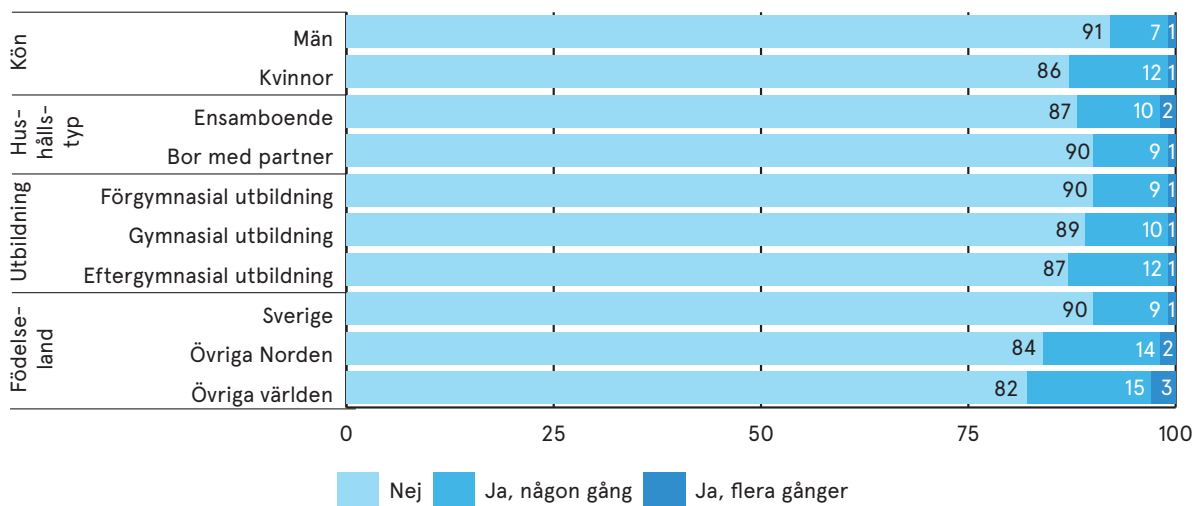


Andel som svarat olika på frågan "Har du omvårdnad av någon anhörig eller vän som är långvarigt sjuk eller har andra nedsatta funktioner?"



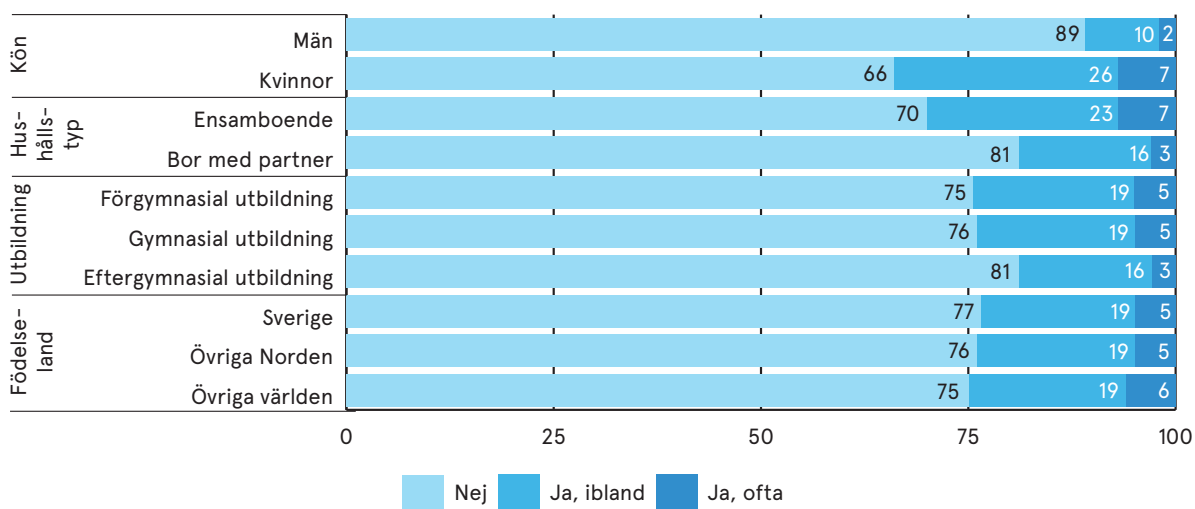
Andel som svarat olika på frågan "Har du under de senaste 3 månaderna upplevt att någon behandlat dig på ett nedlåtande sätt?"

Nedlåtande behandlad, 70 år eller äldre



Andel som svarat olika på frågan "Händer det att du avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?"

Avstått från att gå ut ensam av rädsla/oro, 70 år eller äldre



Skyddsfaktorer, riskfaktorer och bakgrundsfaktorer

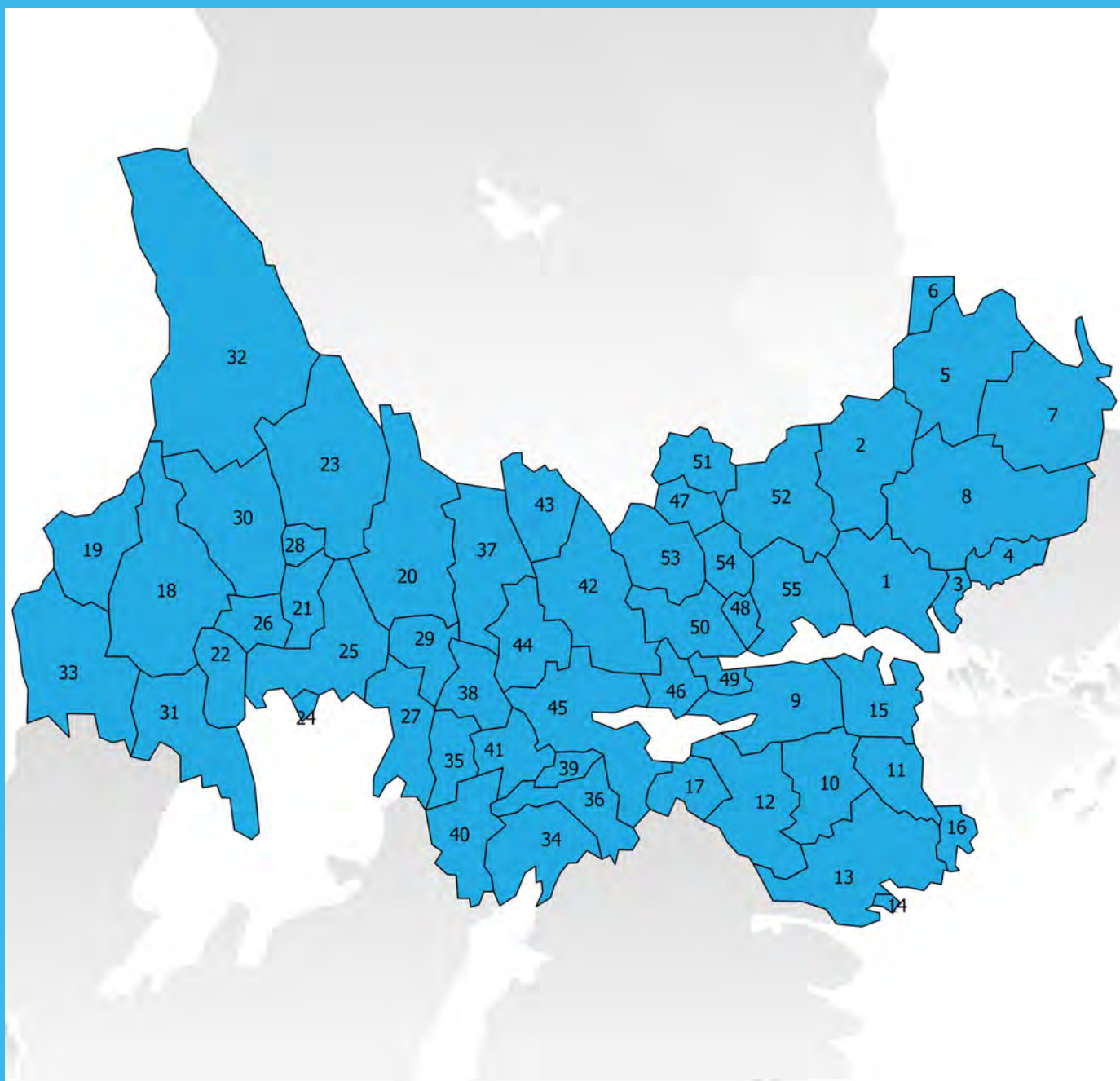
Tabell B1. Signifikanta oddskvoter (OR) samt inverterade oddskvoter (1/OR) för olika skydds- och riskfaktorer för att ha gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd för personer 70 år eller äldre. Varje faktors OR är justerad för kön, ålder, födelseland (född i Sverige eller ej), utbildningsnivå samt hushållstyp (om man bor med en partner eller ej). Ju högre upp en faktor finns desto starkare är det statistiska sambandet.

Skyddsfaktorer (+) och riskfaktorer (-)	OR	1/OR
Ofta/alltid god aptit (+)	7,7	0,1
Behöver hjälp att klara sin vardag (-)	0,3	3,7
Fysiskt aktiv minst 150 minuter/vecka (+)	3,2	0,3
Besväras av ensamhet minst en gång i månaden (-)	0,3	3,0
Sitter 10 timmar eller mer (exklusive på grund av funktionsnedsättning) (-)	0,4	2,7
Tycker att man kan känna sig säker och trygg i området där man bor (+)	2,3	0,4
Nedlåtande behandlad de tre senaste månaderna (-)	0,5	2,2
Fetma (BMI ≥ 30) (-)	0,5	2,2
Problem med löpande utgifter de senaste 12 månaderna (-)	0,5	1,9
Tycker att man i allmänhet kan lita på de flesta människor (+)	1,9	0,5
Har någon att dela sina innersta känslor med och anförtra sig åt (+)	1,9	0,5
Undervikt (BMI $< 18,5$) (-)	0,5	1,9
Har regelbundet de senaste 12 månaderna deltagit i aktiviteter tillsammans med andra (+)	1,8	0,5
Röker dagligen (-)	0,6	1,6
Kan få hjälp av någon vid praktiska problem eller sjukdom (+)	1,5	0,6
Har omvårdnad av anhörig eller vän som är långvarigt sjuk eller har nedsatta funktioner (-)	0,7	1,4
Avstår ofta/ibland från att gå ut på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller ofredad (-)	0,7	1,4
Snusar dagligen (-)	0,8	1,3
Övervikt ($25 \leq \text{BMI} < 30$) (-)	0,9	1,2

Tabell B2 Signifikanta oddskvoter (OR) samt inverterade oddskvoter (1/OR) för att ha gott eller mycket gott allmänt hälsotillstånd för personer 70 år eller äldre. Oddskvoterna är justerade för kön, ålder, födelseland (född i Sverige eller ej), utbildningsnivå samt hushållstyp (om man bor med en partner eller ej). Ju högre upp en faktor finns desto starkare är det statistiska sambandet.

Bakgrundsfaktorer	OR	1/OR
85 år eller äldre (-)	0,5	2,1
Förgymnasial utbildning (-)	0,5	1,9
Gymnasial utbildning (-)	0,7	1,5
Bor med make/maka, sambo eller partner (+)	1,4	0,7
Född utanför Sverige (-)	0,8	1,3
Kvinna (-)	0,9	1,1

Kommunkarta





Region Uppsala
018-611 00 00
www.region uppsala.se/folkhalsa



**REGION
SÖRMLAND**

Region Sörmland
0155-24 50 00
livohalsa@regionsormland.se
<https://samverkan.regionsormland.se/>



Region Västmanland
Kompetenscentrum för hälsa
021-17 30 00
livohalsa@regionvastmanland.se
www.regionvastmanland.se



Region Värmland
054-61 50 00
www.regionvarmland.se



Region Örebro län
Regionkansliet
019-602 10 00
livohalsa@regionorebrolan.se
www.regionorebrolan.se/livohalsa