

Äldres hälsa i Skåne

Resultat från Skånes
folkhälsoundersökning 2022



Kortrapport / Äldres hälsa i Skåne

Text: Region Skåne

<https://utveckling.skane.se /regional-utveckling/statistik-och-analys/analysomraden/folkhalsoanalys/alla-folkhalsorapporter/>

Innehåll

SAMMANFATTNING	1
INTRODUKTION	2
EN ÅLDRADE BEFOLKNING	3
Förändrad befolkningsstruktur	3
Skånes befolkningsstruktur	3
Medellivslängd	5
ÄLDRE HÄLSA OCH LIVSSITUATION I SKÅNE	6
Funktion	6
Trötthet, yrsel och sömnbesvär	10
Smärta	12
Sociala relationer	13
Psykiskt mående	16
Trygghet och kränkning	17
Metabola syndromet	18
Vistelse i grönområden	19
Alkohol, snus och tobak	20
Inkontinens och mag/tarmproblem	20
Ekonomi	21
FYRA HÖRNPELARE FÖR GOTT ÅLDRADE	22
Social gemenskap	22
Meningsfullhet	23
Fysisk aktivitet	24
Goda matvanor	24
FRISKA RESPEKTIVE SJUKA ÅR	26
DISKUSSION	28
REFERENSER	29
APPENDIX	30
Index över social gemenskap	30
Index över meningsfullhet	31

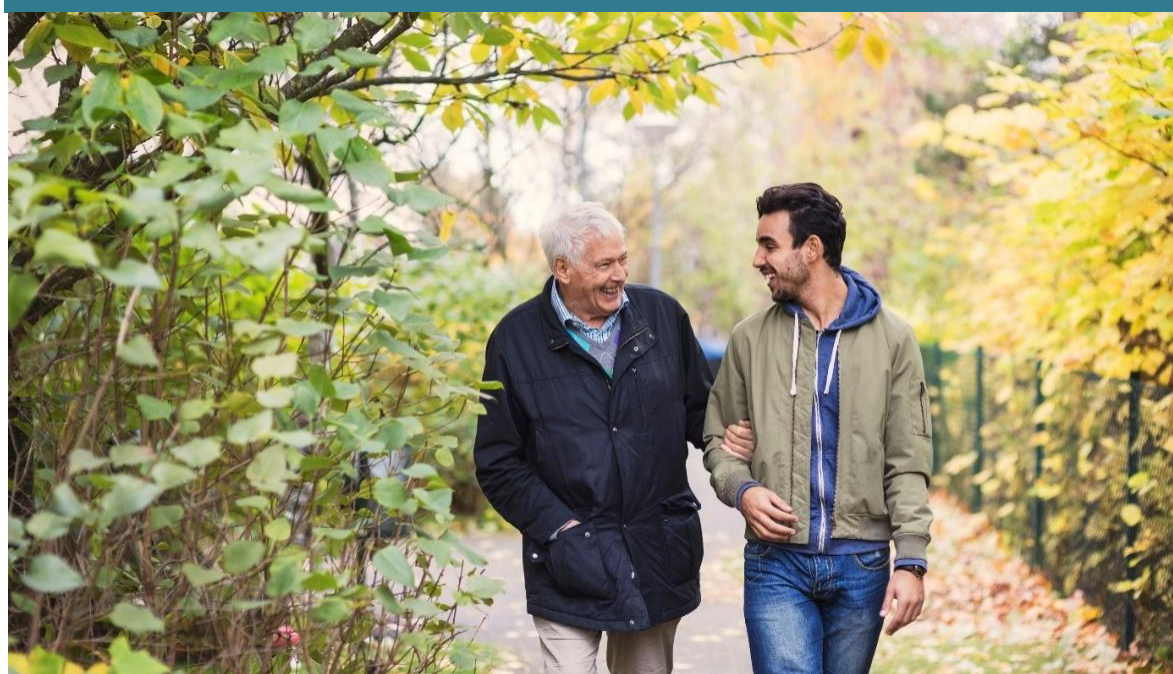
Sammanfattning

Den här rapporten belyser äldres hälsa i Skåne och är baserad på data från folkhälsoundersökningen år 2022, vilket var första gången som det övre åldertaket slopades i undersökningen. Rapporten visar tydliga skillnader i hälsa och funktion inom gruppen som är 65 år och äldre. Rapporten visar bland annat att det är dubbelt så vanligt att ha svår smärta bland kvinnor i åldersgruppen 80+ år jämfört med män i åldersgruppen 65–79 år. Andelen ensamboende är högre bland kvinnor, framför allt kvinnor som är 80 år eller äldre där 63 procent är ensamboende. Nästan hälften av kvinnorna i åldersgruppen 80+ år uppger besvär med ångslan, oro eller ångest det och en av fyra har det i kombination med ensamhet och isolering. Det syns ett genomgående mönster där kvinnor har sämre funktionsförmåga, mer smärta och större problematik av ångslan, oro eller ångest, och att dessa ökar påtagligt med stigande ålder.

Rapporten tittar även närmare på de fyra hörnarna för gott åldrande: social gemenskap, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor, vilket följer samma mönster som ovan. Till exempel har majoriteten av män i 65–79 år har en stark social gemenskap, för kvinnorna i åldersgruppen 80+ år är det en av tre.

Rapporten visar även att vid 65 års ålder så kan man förvänta sig att cirka 60 procent av den återstående medellivslängden består av år utan långvariga hälsoproblem som påverkar dagliga sysslor. Vid 80-års ålder har andelen förväntade friska år dock minskat till cirka hälften av den återstående medellivslängden. Kvinnor kan förvänta sig leva fler år utan funktionsnedsättning än män, men också fler år med, vilket gör att en större andel av kvinnors återstående medellivslängd spenderas med funktionsnedsättning, jämfört med mäns.

Introduktion



Hälsan i den äldre befolkningen är betydligt mer heterogen än i andra åldersgrupper. Under våra första levnadsår är hälsan tämligen lik mellan människor, men ju äldre vi blir desto mer blir vår hälsa präglad av våra levnadsförhållanden och levnadsvanor. Dagens äldre har idag en bättre hälsa än tidigare generationer och vi lever också längre än tidigare generationer. I den här kortrapporten lyfter vi äldre personers hälsa i Skåne. Med äldre avses personer som är 65 år eller äldre. Vid Region Skånes senaste folkhälsoundersökning, vilken genomfördes år 2022, slopades det tidigare åldertaket och det är första gången som personer äldre än 85 år är inkluderade i undersökningen. Att inkludera de äldsta i befolkningen är viktigt eftersom hög ålder är en av de främsta riskfaktorerna för att drabbas av sjukdom och ohälsa. Det är av samma anledning viktigt att kunna följa hälsoutvecklingen för denna grupp, speciellt givet de pågående demografiska förändringarna med en åldrande befolkning.

Kortrapporten utgår från samma frågor som finns i den stora folkhälsorapporten ”Folkhälsorapport Skåne 2023” men vi har valt att fokusera på färre indikatorer och att kombinera vissa indikatorer för att ge en mer nyanserad bild. Till exempel presenteras hur vanligt det är att vara ensamboende och sakna stöd, samt andelen som har svår smärta i flera områden. Därutöver belyses de fyra hörnpelarna för ett gott åldrande och avslutningsvis tittar vi på antalet ”sjuka”- respektive ”friska” år. Syftet med denna kortrapport är att komplettera vår ordinarie stora folkhälsorapport och ge en mer nyanserad bild av äldres hälsa och livssituation. För utökad information om de variabler som använts hänvisar vi till den ordinarie folkhälsorapporten och enkäten: [Alla folkhälsorapporter - Utveckling Skåne \(skane.se\)](https://www.skane.se/utveckling-folkhalsa)

I denna rapport skiljer vi systematiskt mellan yngre-äldre, 65–79 år, och äldre-äldre, 80+ år, samt mellan män och kvinnor. Inledningsvis berör vi dock den demografiska utvecklingen som gör att vi idag talar om en ”åldrande befolkning”.

En åldrande befolkning

Förändrad befolkningsstruktur

Demografin, det vill säga befolkningens fördelning, storlek och sammansättning, har stor betydelse för planering och fördelning av samhällsresurser. Hälsan skiljer sig stort mellan åldersgrupper, vilket gör att demografin spelar en betydande roll för folkhälsan i ett land. Idag har vi en åldrande befolkning. Åldrande i bemärkelsen av ett stort antal och andel äldre i befolkningen men också att medellivslängden är hög. Tack vare omfattande samhällsutveckling och breda folkhälsoinsatser har medellivslängden i Sverige fördubblats under de senaste två århundradena[2], främst som ett resultat av minskad barnadödlighet. Idag, när barnadödligheten är låg, lever de flesta i Sverige till hög ålder. År 2022 var den vanligaste åldern för dödsfall 85 år och 60 procent av alla dödsfall inträffade vid 80-års ålder eller senare[3]. Nedan tittar vi lite närmare på den åldrande befolkningen för Skåne specifikt.

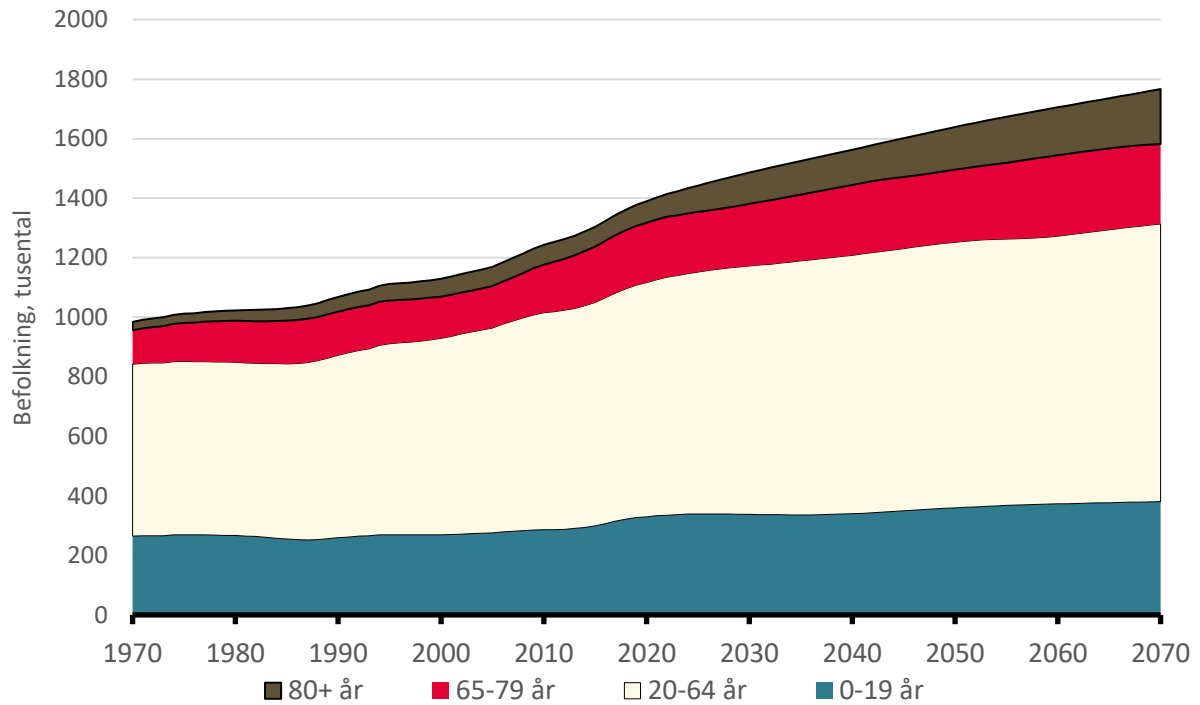
Skånes befolkningsstruktur

Figur 1 visar Skånes befolkningsstruktur mellan åren 1970 och 2070, med prognos från år 2023[1, 4]. Sedan 1970 har Skåne haft en folkökning med cirka 430 000 individer. Ökningen är dock inte jämnt fördelad mellan åldersgrupperna vilket gör att åldersstrukturen i befolkningen har förändrats. Anden yngre i befolkningen (0–19 år) har minskat från 27 till 24 procent och andelen 20–64-åringar har minskat från 59 till 57 procent. Däremot har andelen äldre ökat. Åldersgruppen 65–79 år har ökat från 12 till 14 procent och de som är 80 år eller äldre, från 2,8 till 5,4 procent. Prognosen från år 2023 och framåt visar på än större förändringar där andelen 65–79 år spås utgöra 15 procent av befolkningen år 2070 och de som är 80 år eller äldre 10,5 procent. I faktiska siffror motsvarar det en ökning med 66 000 respektive 108 000 individer.

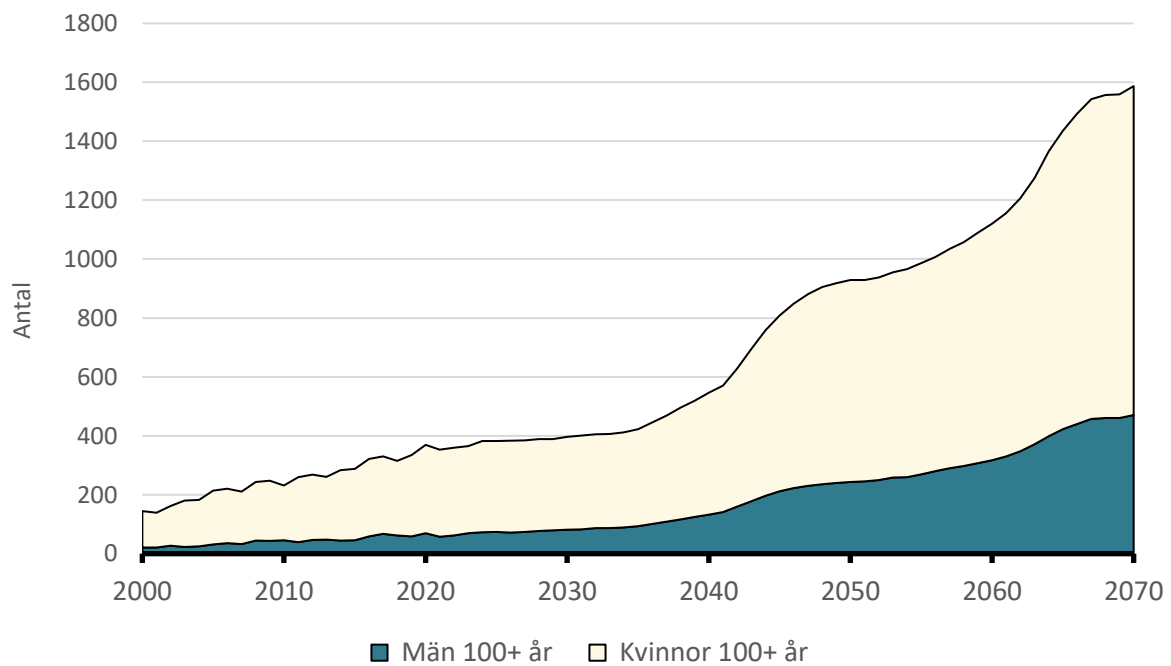
Antalet som når riktig hög ålder

Det har också skett en omfattande förändring av de som når en riktigt hög ålder. Figur 2 visar antalet hundraåringar i Skåne från år 2000 till år 2070, med prognos från år 2023. Tidigare har hundraåringar varit något av en raritet, och sett till andelen är det fortfarande så. Antalet som blir hundra år eller äldre har dock blivit betydligt vanligare, både som ett resultat av åldrande kohorter och för att det är en större andel av äldre personer som blir hundra år eller äldre. De senaste 20 åren har antalet hundraåringar i Skåne fördubblats och uppgick till cirka 360 personer år 2022. Prognosen 50 år framåt spår dock en 440-procentig ökning till cirka 1600 personer och merparten (70 procent) av dessa kommer att vara kvinnor[1, 4].

Figur 1. Skånes befolkningsutveckling år 1970–2070, med prognos från 2023 och framåt.



Figur 2. Antalet 100-åringar i Skåne år 2000–2070, med prognos från 2023 och framåt.

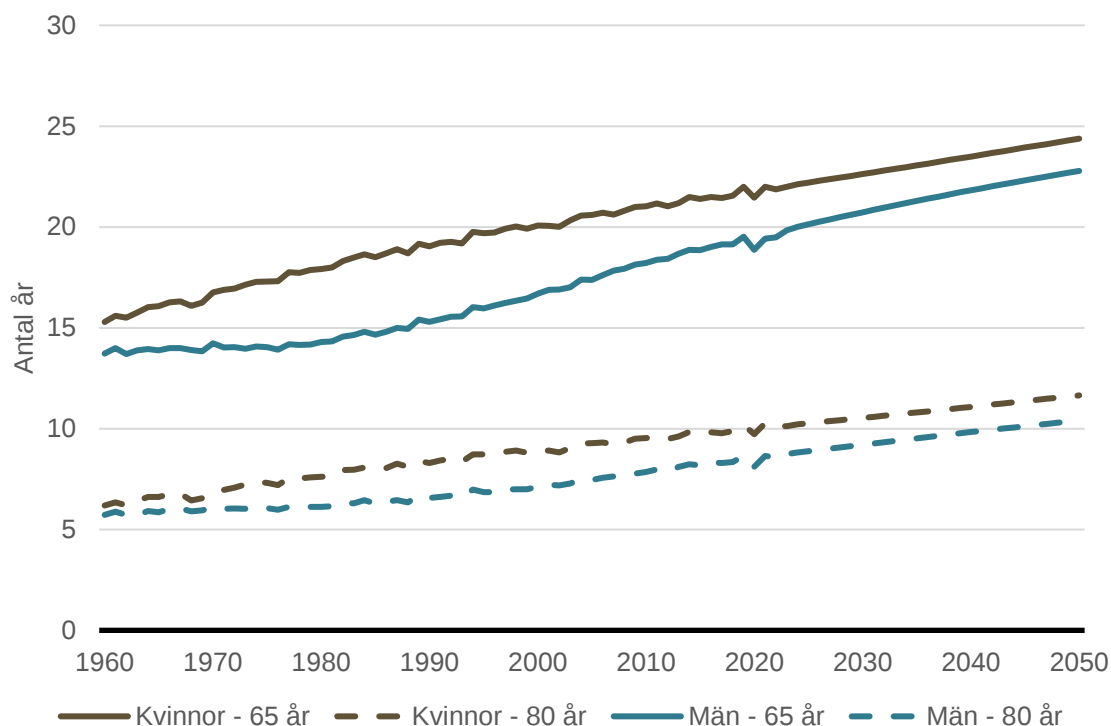


Medellivslängd

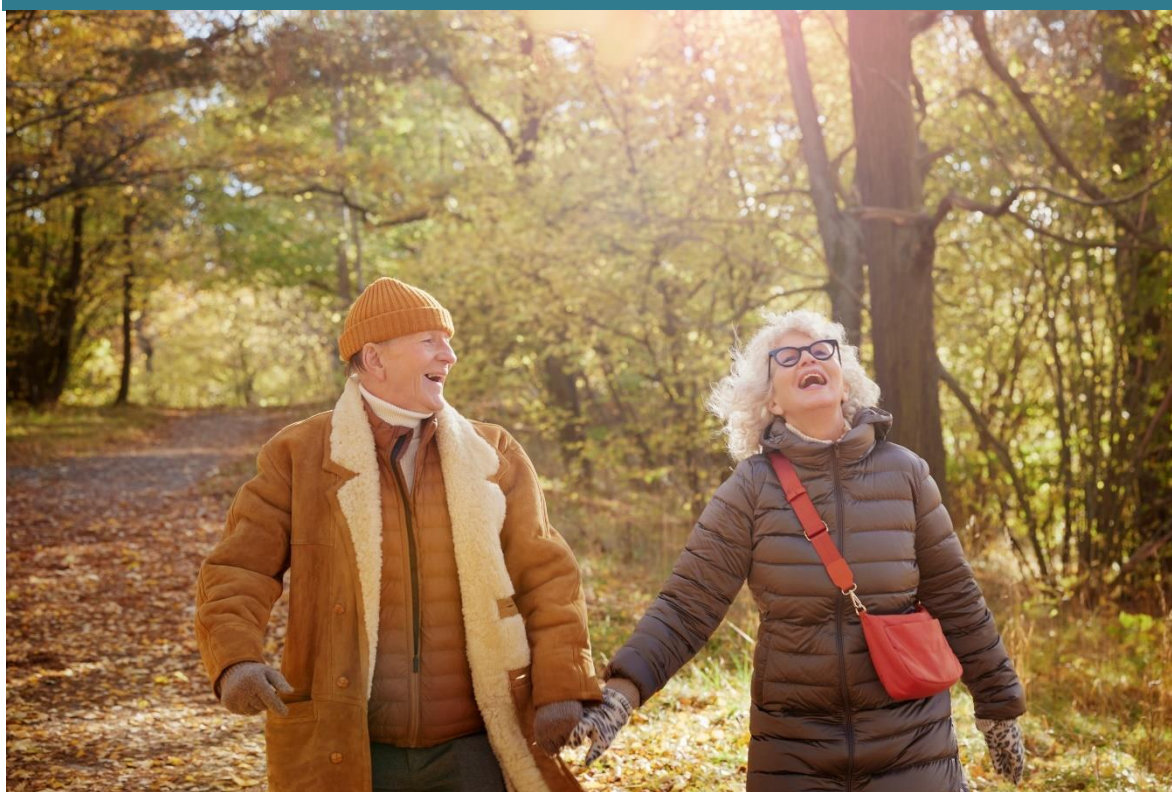
Till skillnad från tidigare decennier är nutida ökning av medellivslängd främst ett resultat av ökad överlevnad i redan hög ålder. Vanligast rapporteras medellivslängd vid födelsen, vilket år 2022 var 81,3 år för män och 84,7 år för kvinnor i Sverige. Eftersom vi har ett fokus på den åldrande befolkningen, belyser vi återstående medellivslängd vid 65- respektive 80-års ålder. Siffrorna som visas är för Sverige som helhet, men en jämförelse mellan Skåne och Sverige visar inga eller mycket små skillnader under det senaste decenniet. Figur 3 visar antal återstående år under perioden 1960–2050 i Sverige med prognos från år 2023. År 1960 kunde en 65-årig kvinna och man förvänta sig leva 15 respektive 14 år till. Idag är motsvarande siffror 22 respektive 19 år och prognosen för 2050 visar 24 respektive 23 år, det vill säga en ökning på nästan 10 år under denna period.

Men vi lever också längre vid redan hög ålder. År 1960 kunde en 80-åring förvänta sig leva 6 år till (både män och kvinnor) medan prognosen för 2050 visar på en fördubbling för kvinnor, 12 år, samt 10 år för män. Även om ökande medellivslängd är en framgångssaga, leder kombinationen av längre liv och ökat antal och andel äldre i befolkningen till utmaningar för samhället, inte minst vad det gäller insatser inom omsorg och hälso- och sjukvård.

Figur 3. Återstående medellivslängd för kvinnor respektive män vid 65- respektive 80-års ålder i Sverige, år 1960–2050 med prognos från år 2023



Äldre hälsa och livssituation i Skåne



Funktion

Med hög ålder ökar risken för funktionsnedsättningar vilket kan försvåra en individs möjlighet att utföra dagliga aktiviteter och sysslor vilket ökar behovet av stöd från omgivningen. I det här avsnittet redovisas andelen som har nedsatt rörelseförmåga, andelen med syn och/eller hörselnedsättning som inte kan korrigeras med hjälpmedel, samt andelen som har långvariga hälsoproblem med/utan nedsatt arbetsförmåga eller besvär vid dagliga sysslor.

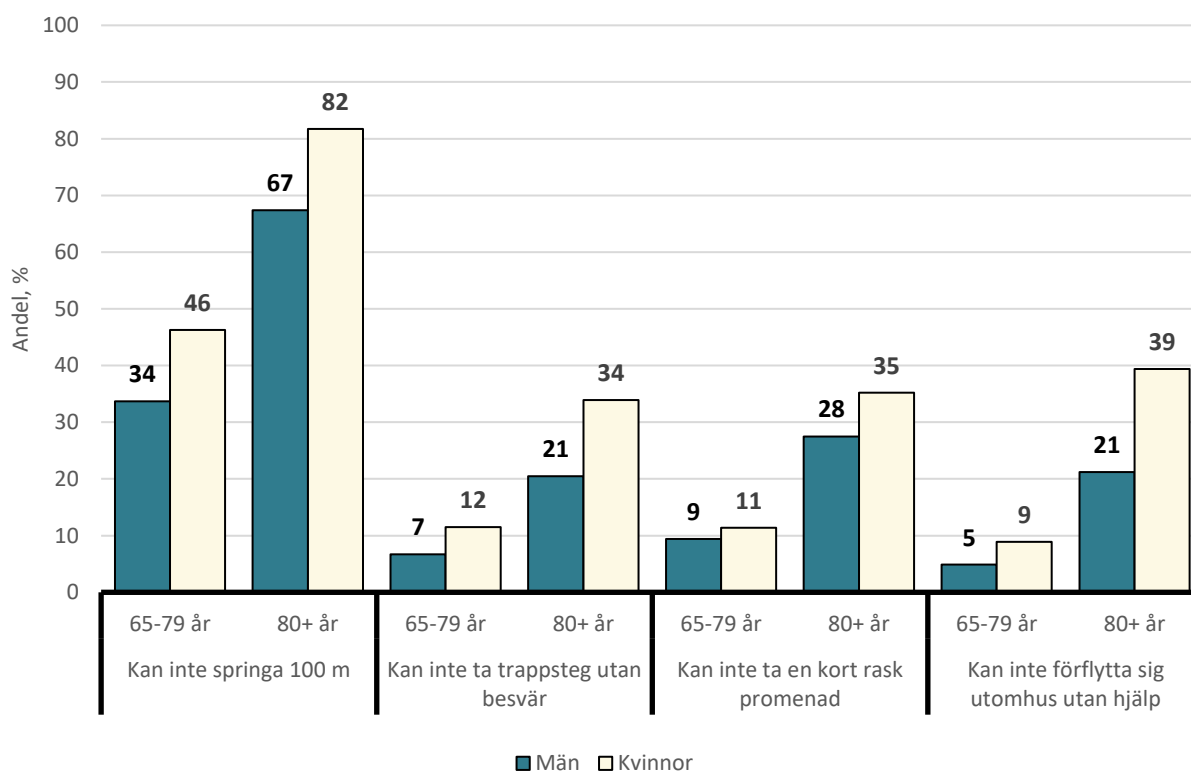
Nedsatt rörelseförmåga

Att springa 100 meter är inte en nödvändighet för dagliga sysslor, men det ger en indikation om funktionsförmåga. En majoritet av alla 65–79-åringar klarar att springa 100 meter, det var endast 34 procent av männen och 46 procent av kvinnorna som uppgav att de inte kunde det. Bland de som är 80 år och äldre är det en betydligt högre andel som inte klarar av att springa 100 meter, 67 procent bland männen och 82 procent av kvinnorna.

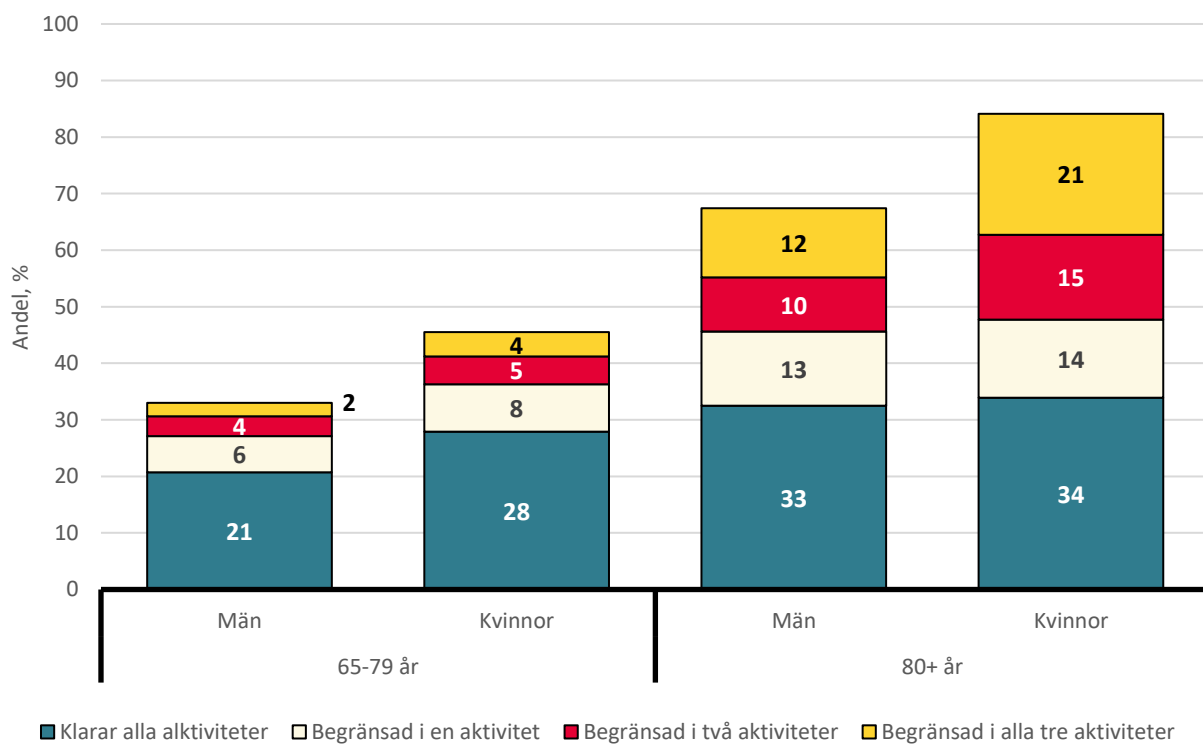
De som inte kunde springa 100 meter fick följdfrågor om de kunde ta ett trappsteg utan besvär, ta en kort rask promenad, samt om de kunde förflytta sig utomhus utan hjälp. Precis som för 100 meter är det tydliga köns- och åldersskillnader för dessa utfall. Kvinnor har sämre funktionsförmåga än män och i åldersgruppen 80+ år är det tre gånger så vanligt att inte kunna ta ett trappsteg eller ta en kort rask promenad medan det är fyra gånger så vanligt att inte kunna förflytta sig utomhus utan hjälp, i jämförelse med gruppen 65–79 år. Jämförs män i åldersgruppen 65–79 år med kvinnor i åldersgruppen 80+ år, är det 8 gånger så vanligt för kvinnorna att inte kunna förflytta sig utomhus utan hjälp. Sett till hela gruppen äldre är det dock över lag förhållandevis få som har svårt att ta ett trappsteg, ta en kort rask promenad och förflytta sig utomhus, 5–10 procent i gruppen 65–79 år och 20–40 procent i gruppen 80+ år (se figur 4).

Det är också informativt att titta närmare på hur många av de med nedsatt funktion som är nedsatta i en eller flera aktiviteter. Figur 5 utgår från andelen som inte kan springa 100 meter och hur många av ovanstående tre nedsättningar de har. För männen i åldersgruppen 65–79 år som uppgav att de inte kunde springa 100 meter (34 procent), klarade 21 procent av de övriga tre aktiviteterna. Totalt 6 procent av männen i åldersgruppen 65–79 år var begränsade i en av aktiviteterna, 4 procent var begränsade i två av aktiviteterna och 2 procent var begränsade i alla tre aktiviteterna. Tittar man på kvinnorna i åldersgruppen 80+ år, där 82 procent inte kunde springa 100 meter, klarade 34 procent av alla aktiviteterna. Dock är hälften (50 procent) av alla kvinnor begränsade i en-, två-, eller tre aktiviteter, där det är vanligast (21 procent) att vara begränsad i alla tre aktiviteterna.

Figur 4. Andelen med nedsatt rörelseförmåga.



Figur 5. Andelen med nedsatt rörelseförmåga och antalet aktiviteter med begränsningar.



”Närapå dubbelt så många kvinnor än män i åldersgruppen 80+ är begränsad i alla tre aktiviteter”

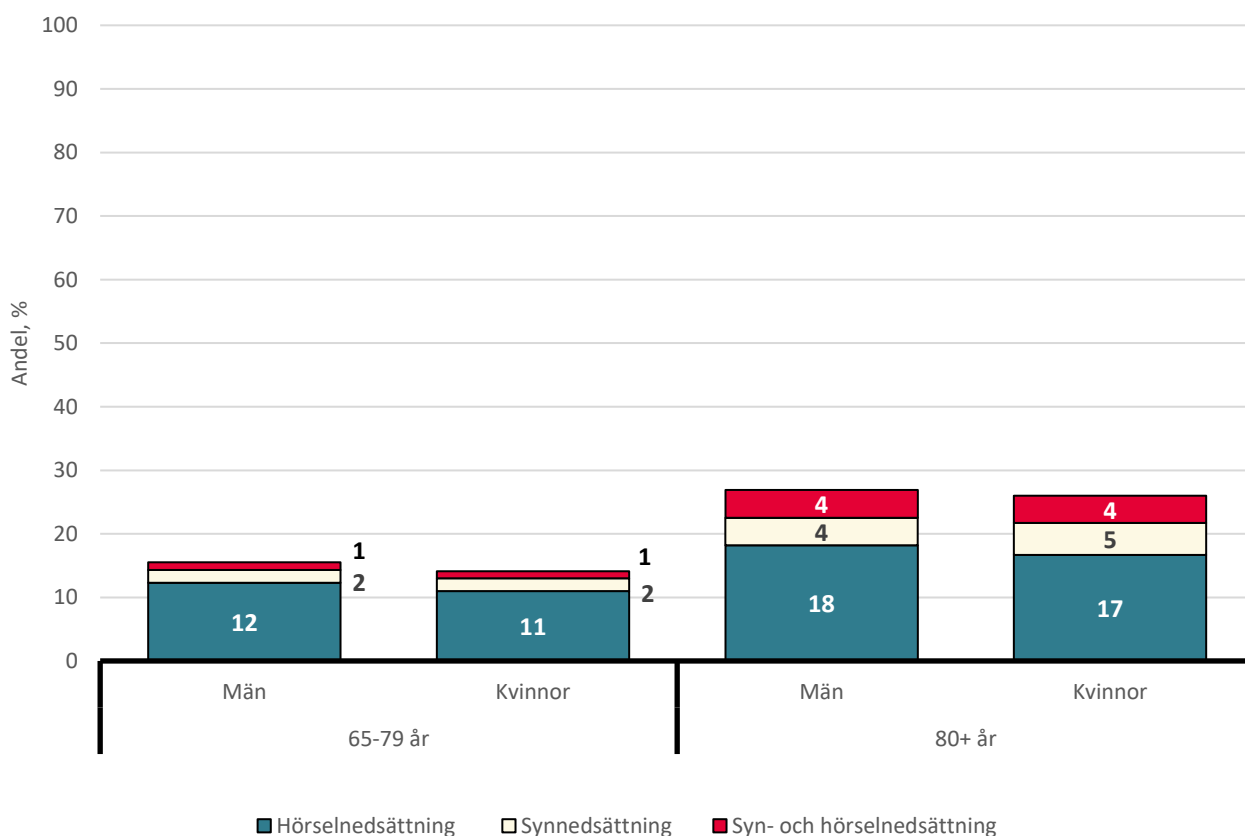
En bidragande orsak till att siffrorna är högre bland kvinnorna är att kvinnor blir äldre än män. För gruppen 80+ år (Skåne, år 2022) så var 17 procent av kvinnorna 90 år eller äldre, för männen var det 10 procent som var 90 år eller äldre [1].

Syn- och hörselnedsättningar

Syn- och hörselnedsättning ökar också med stigande ålder och påverkar en individs förmåga att kommunicera med omgivningen. Förlust av syn eller hörsel, som inte kan korrigeras med hjälpmedel har ofta en negativ inverkan på livskvaliteten och påverkar förmågan att delta i sociala sammanhang. I figur 6 nedan presenteras andelen som uppgett att de har en hörselnedsättning, synnedsättning eller både syn- och hörselnedsättning som inte kan korrigeras med hjälpmedel.

I åldersgruppen 65–79 år uppger cirka 15 procent av såväl män som kvinnor att de har en hörsel- och/eller synnedsättning som inte kan korrigeras med hjälpmedel. Vanligast är hörselnedsättning, vilket 11–12 procent har medan 2 procent har en synnedsättning och 1 procent har *både* syn- och hörselnedsättning. Andelen stiger till 26 procent i åldersgruppen 80+ år där 17–18 procent uppger en hörselnedsättning, 4–5 procent en synnedsättning och 4 procent *både* syn- och hörselnedsättning.

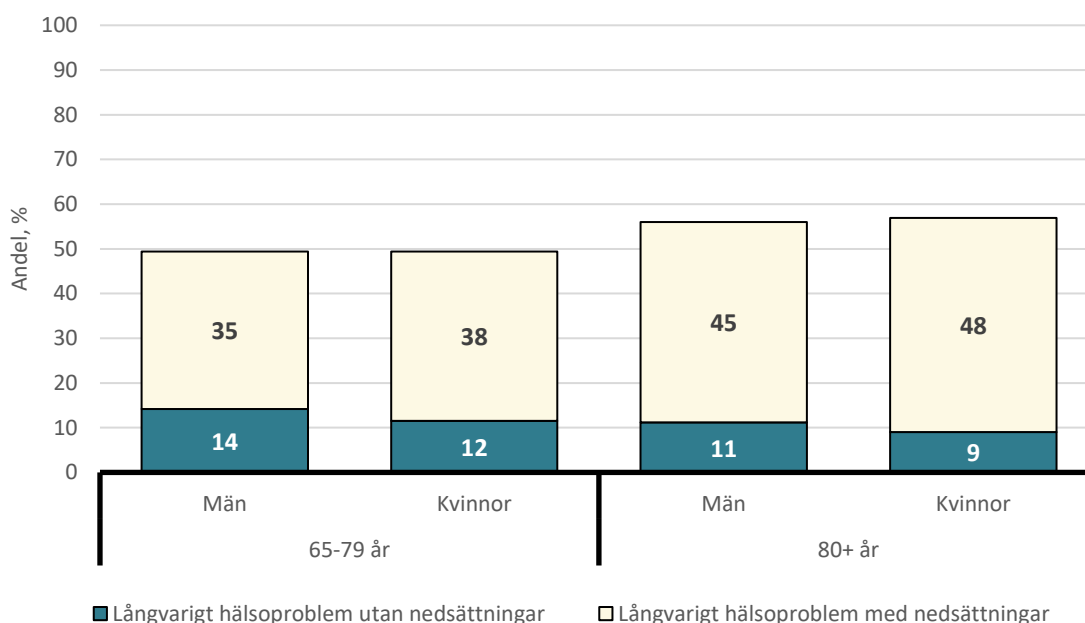
Figur 6. Andelen med syn- och/eller hörselnedsättningar som ej kan korrigeras med hjälpmedel.



Långvarigt hälsopproblem

Hälften av alla 65–79-åringar uppger att de har ett långvarigt hälsopproblem (Figur 7). För gruppen 80+ år ligger det några procentenheter högre. Andelen som uppger att deras långvariga hälsopproblem ger upphov till nedsatt arbetsförmåga eller besvär med dagliga sysslor var lägst för män i åldersgruppen 65–79 år med 35 procent och motsvarande siffra för kvinnorna i samma åldersgrupp var 38 procent. För åldersgruppen 85+ år så är andelarna 10 procentenheter högre för såväl männen som kvinnorna, dvs Samma siffra för män i 45 respektive 48 procent.

Figur 7. Andelen med långvariga hälsopproblem/nedsättningar, med eller utan nedsättningar.



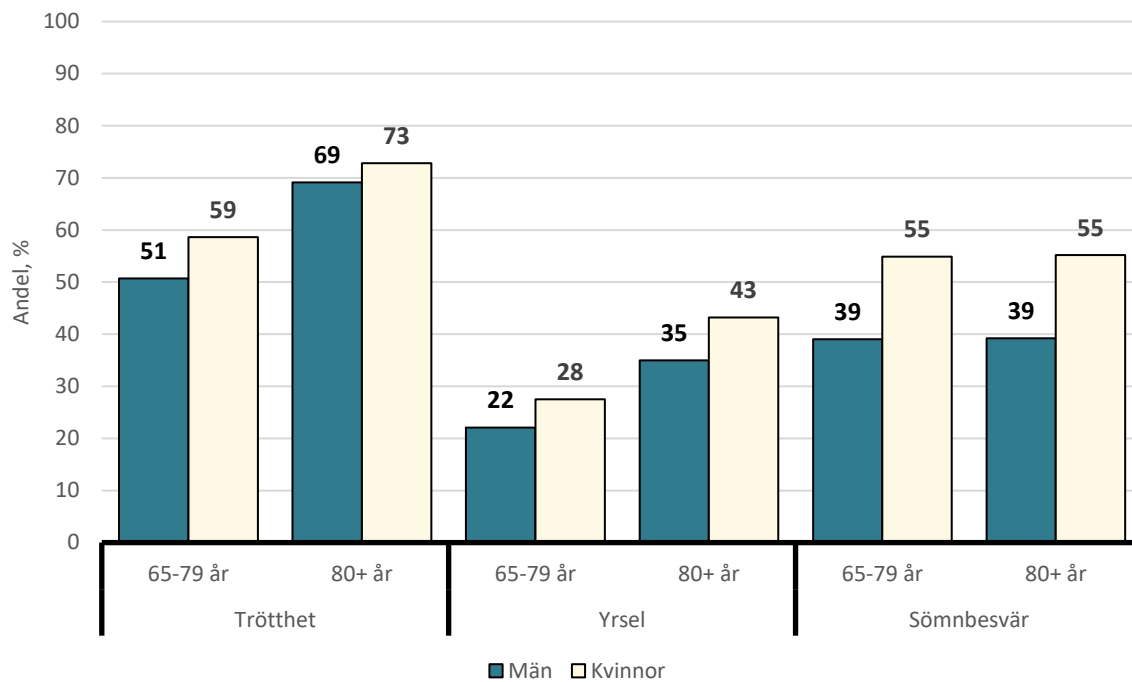
Trötthet, yrsel och sömnbesvär

Andelen äldre som upplever lätta eller svåra besvär av trötthet, yrsel eller sömnbesvär syns i figur 8 nedan. En klar majoritet upplever trötthet bland såväl män som kvinnor och i båda åldersgrupperna, från 51 procent för män i åldersgruppen 65–79 år till 73 procent för kvinnorna i åldersgruppen 80+ år. Yrsel ligger lägst bland männen i åldersgruppen 65–79 år med 22 procent medan det är dubbelt så vanligt bland kvinnorna i åldersgruppen 80+ år med 43 procent. För sömnbesvär syns däremot ingen skillnad mellan åldersgrupperna men tydliga könsskillnader förekommer då 39 procent av männen uppger lätta eller svåra besvär medan motsvarande siffra för kvinnorna är 55 procent.

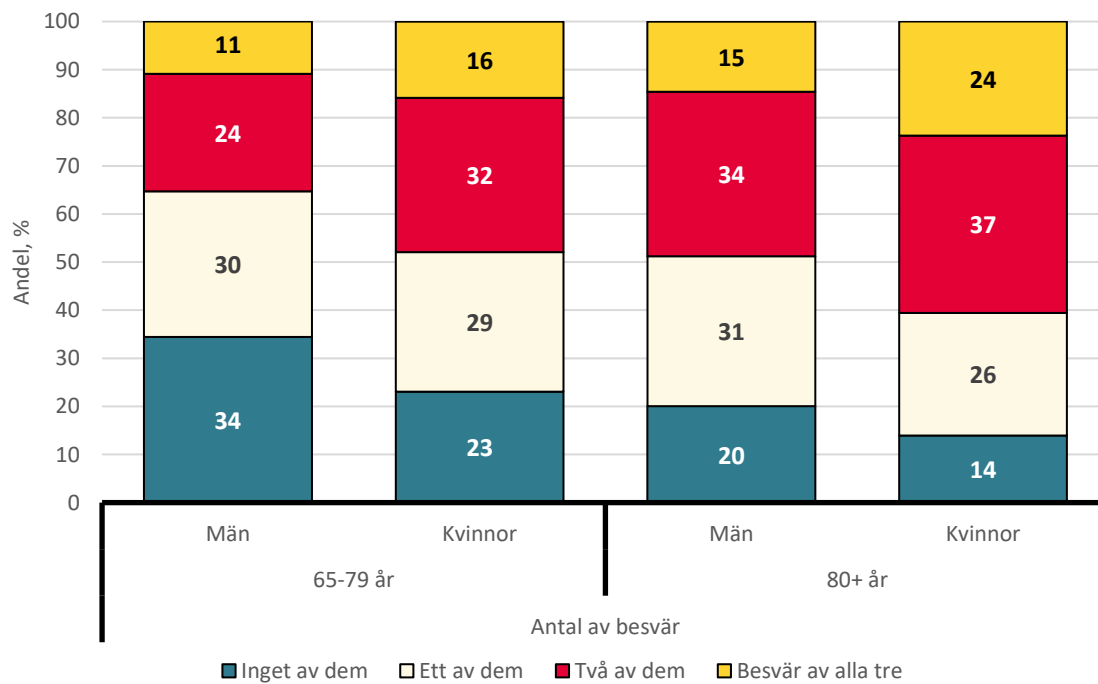
Samvariation av trötthet, yrsel och sömnbesvär

Det är också vanligt att yrsel, trötthet och sömnbesvär samvarierar. Andelen som inte upplever något av dessa besvär ligger i snitt på 27 procent, men varierar mellan åldersgrupper och kön (från 14 till 34 procent). Andelen som har *ett* besvär ligger i snitt på 30 procent och det är ganska likt mellan åldersgrupper och kön där skillnaden inte är mer än fem procentenheter (26–31 procent). Att ha *två* av besvärerna är i snitt lika vanligt som att ha ett besvär (30 procent), däremot är variationen större, som lägst på 24 procent för män i åldersgruppen 65–79 år och som högst för kvinnor 80+ år med 37 procent. I snitt har 14 procent besvär av alla *tre*, men även där är variationen stor med lägst andelar för män i åldersgruppen 65–79 år (11 procent) medan det är mer än dubbelt så vanligt bland kvinnor i åldersgruppen 80+ år (24 procent).

Figur 8. Andel med trötthet, yrsel och sömnbesvär.



Figur 9. Andel och antalet besvär av trötthet, yrsel och/eller sömnbesvär.



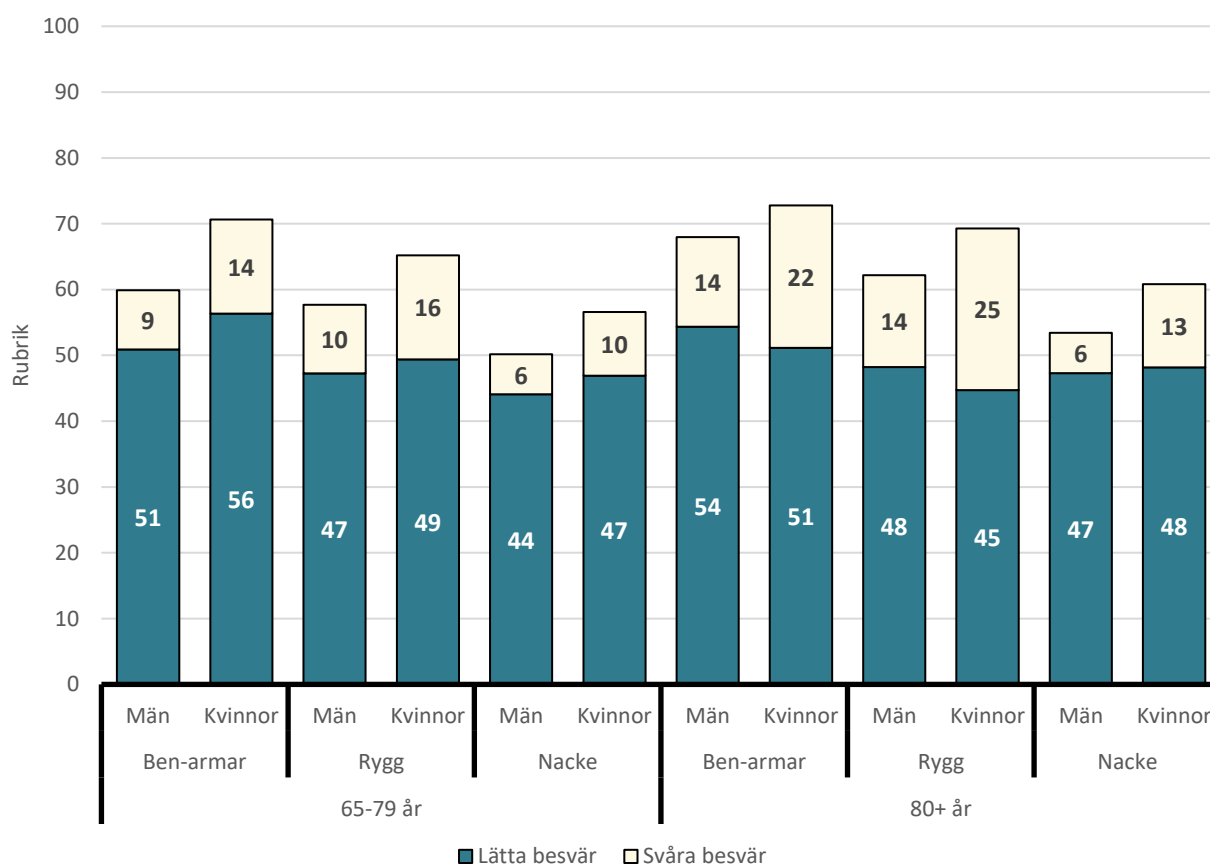
Smärta

Enkäten inkluderar tre frågor om smärta, vilka berör huruvida man har i) värk i skuldror nacke eller axlar; ii) värk eller smärtor i händer, armbågar, ben eller knän; iii) ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias. I figur 10 nedan ser vi dem som svarat ja, lätta besvär respektive ja, svåra besvär. Mellan 44–56 procent svarar att de har lätta besvär i något av de tre områdena medan 6–25 procent svarar att de har svåra besvär. Vanligast är smärta i ben-axlar. Andelarna med antingen lätt eller svår smärta ligger ganska stabilt över åldersgrupperna. Däremot ser vi att det framför allt är högre andelar med svårt smärta i åldersgruppen 80+ år.

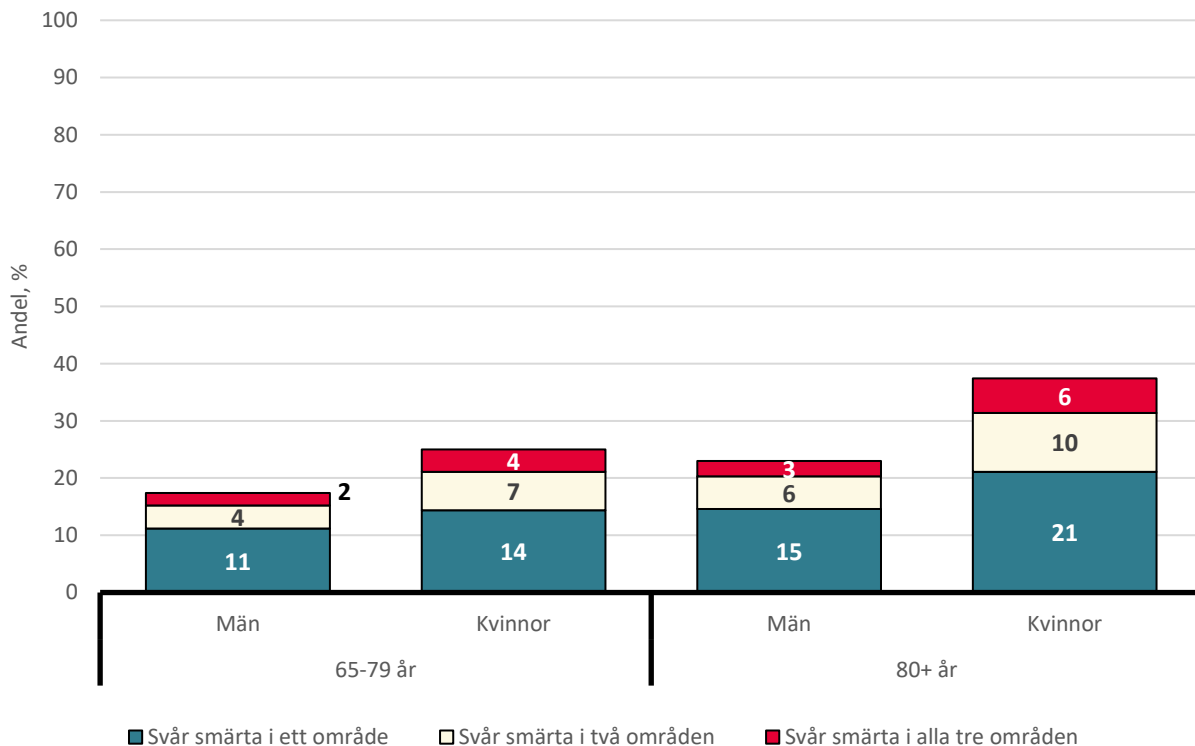
Svår smärta

Det är också informativt att titta på hur vanligt förekommande det är att ha smärta i en, två eller alla tre av ovanstående områden. I figur 11 syns andelarna som uppgett att de har *svår* smärta i ett eller flera av områdena. Vanligast är att ha svår smärta i ett av områdena (11–21 procent) men vi ser också att 4–10 procent har svår smärta i två områden och att 2–6 procent har svår smärta i alla tre områden. En högre andel kvinnor än män rapporterar svår smärta och svår smärta är också vanligast i den äldsta åldersgruppen.

Figur 10. Andel med lätta respektive svåra besvär av smärta.



Figur 11. Andel med svår smärta i ett, två eller alla tre områden.



Sociala relationer

Sociala relationer har stor betydelse för människors psykiska välmående men påverkar också andra aspekter av tillvaron, bland annat kognition[5], vilket i sin tur inverkar på funktionsförmågan[6]. För äldre personer, som lämnat arbetslivet, kan betydelsen av sociala relationer vara av särskilt stor vikt.

Ensamboende med eller utan stöd

I figur 12 presenteras andelen som bor ensamma i kombination med att ha eller sakna stöd. Att ha stöd innebär att man uppgett att man har såväl emotionellt som praktiskt stöd. Att sakna stöd innebär således att man antingen saknar både emotionellt och praktiskt stöd eller ett av dem. För män i åldersgruppen 65–79 år uppges 23 procent att de bor ensamma men en majoritet av dessa uppges att de har stöd. Dock är 8 procent av alla män i åldersgruppen ensamboende och saknar stöd. För kvinnor i samma ålder uppges 34 procent att de bor ensamma och 6 procent att de bor ensamma och saknar stöd.

För män i åldersgruppen 80+ år ökar andelen ensamboende endast marginellt till 27 procent och andelen som bor ensamma och saknar stöd är i stort sett oförändrat, eller till och med minskar något. För kvinnor 80+ år sker i stället en markant ökning av ensamboende, närapå en fördubbling, vilket också gäller andelen som är ensamboende utan stöd, vilket ökar från 6 till 12 procent. Jämför vi siffrorna ensamboende med officiell statistik så ligger andelarna något lägre i enkätsvaren, mellan 3-8 procentenheter [7].

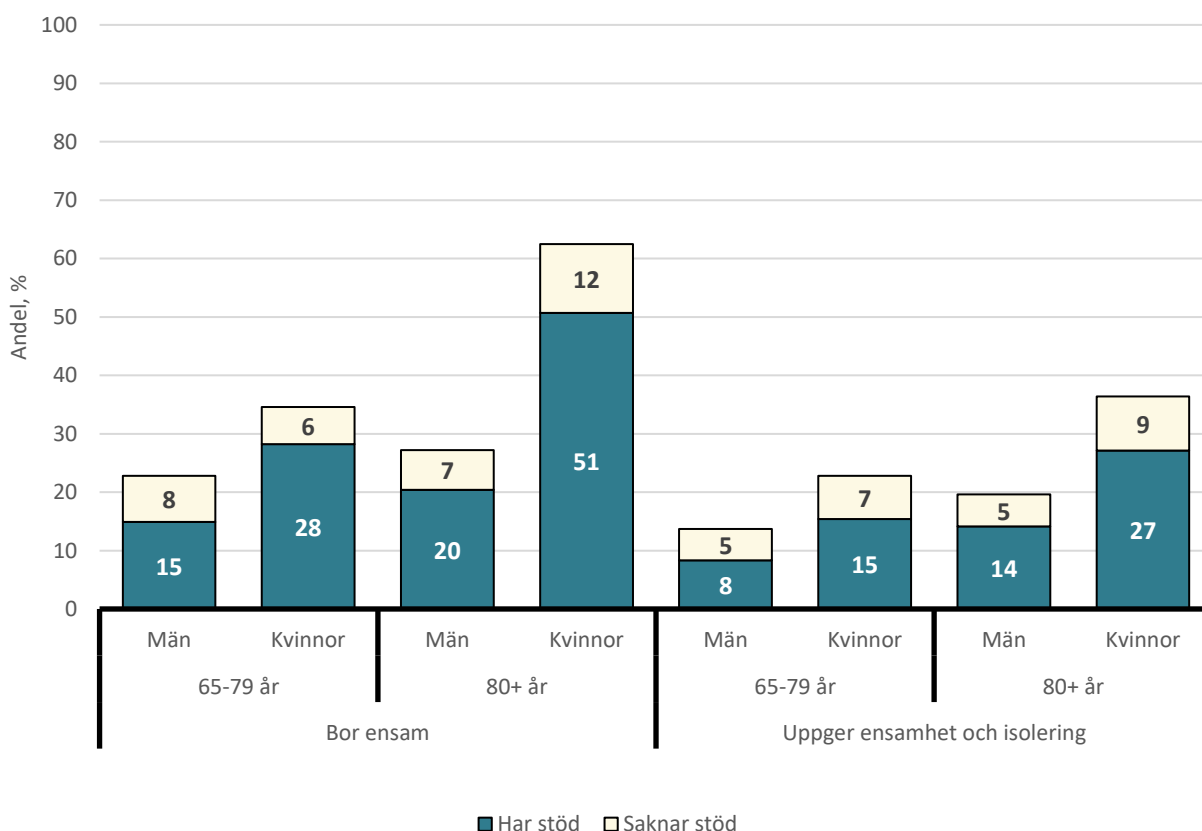
Ensamhet med eller utan stöd

Precis som för ensamboende ovan så visas kombinationen av ensamhet och isolering tillsammans med att de har eller saknar stöd (Figur 12) För män i åldersgruppen 65–79 år uppger 13 procent ensamhet och isolering och 5 procent i kombination med att de också saknar stöd. För kvinnor i samma åldersgrupp är motsvarande siffror 22 respektive 7 procent.

För män i åldersgruppen 80+ år är andelen som uppger ensamhet och isolering utan stöd oförändrad medan andelen med ensamhet och isolering med stöd, ökar till 14 procent. För kvinnorna syns en mer markant ökning i åldersgrupp 80+ år där 36 procent uppger ensamhet och isolering och 9 procent i kombination med att sakna stöd.

För hela gruppen äldre (65+ år, båda könen) så uppgav 34 procent att de bor ensamma och 22 procent uppgav att de upplevt besvär av ensamhet och isolering. 14 procent uppger båda: de är ensamboende och upplever besvär av ensamhet och isolering (resultat visas ej).

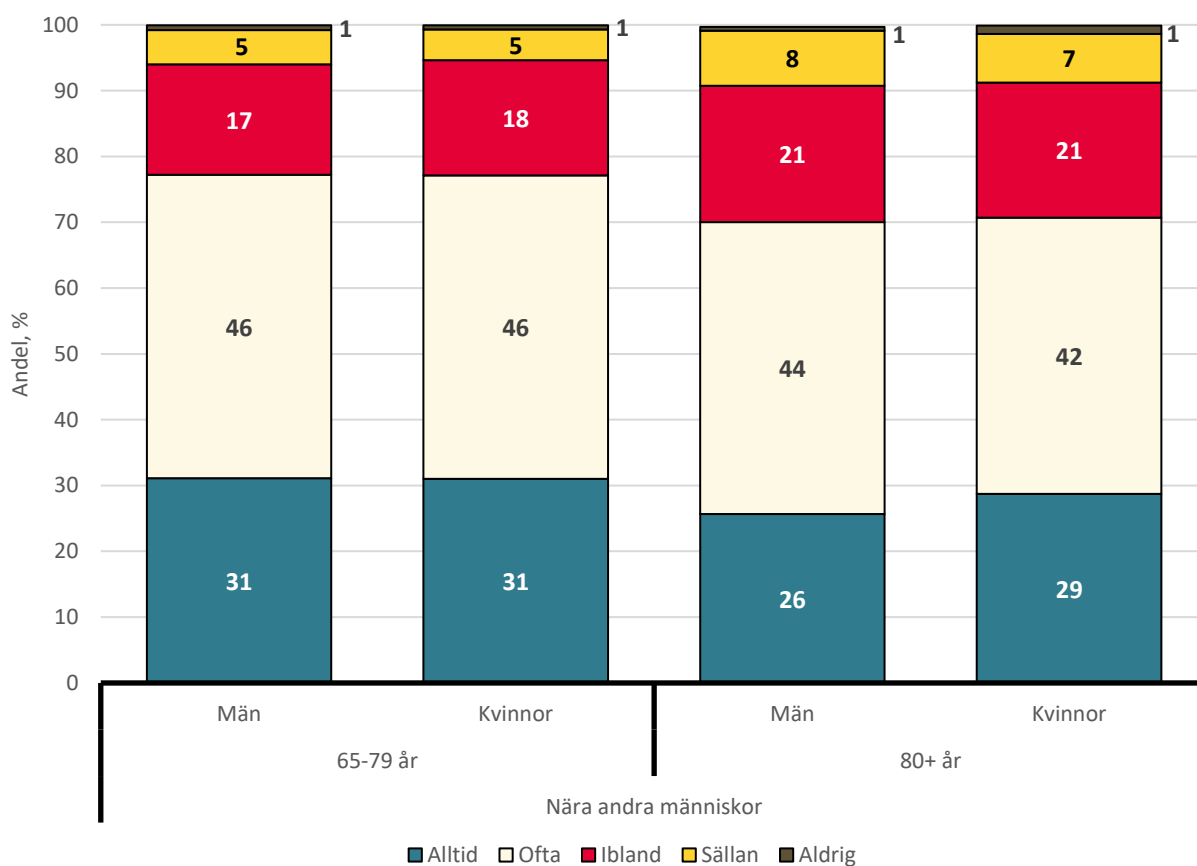
Figur 12. Andel ensamboende med eller utan stöd samt andelen som uppger ensamhet och isolering med eller utan stöd.



Känna sig nära andra människor

En annan del av sociala relationer handlar om att känna att man är nära andra människor. I figur 13 nedan visas, i vilken omfattning man känner sig nära andra människor. En klar majoritet känner sig ofta eller alltid nära andra människor, 77 procent för de i åldersgruppen 65–79 år och 70 procent för de i åldersgruppen 80+ år. Det är få som sällan eller aldrig känner sig nära andra människor (6–9 procent).

Figur 13. Andel som känner sig nära andra människor alltid-, ofta-, ibland- eller aldrig.

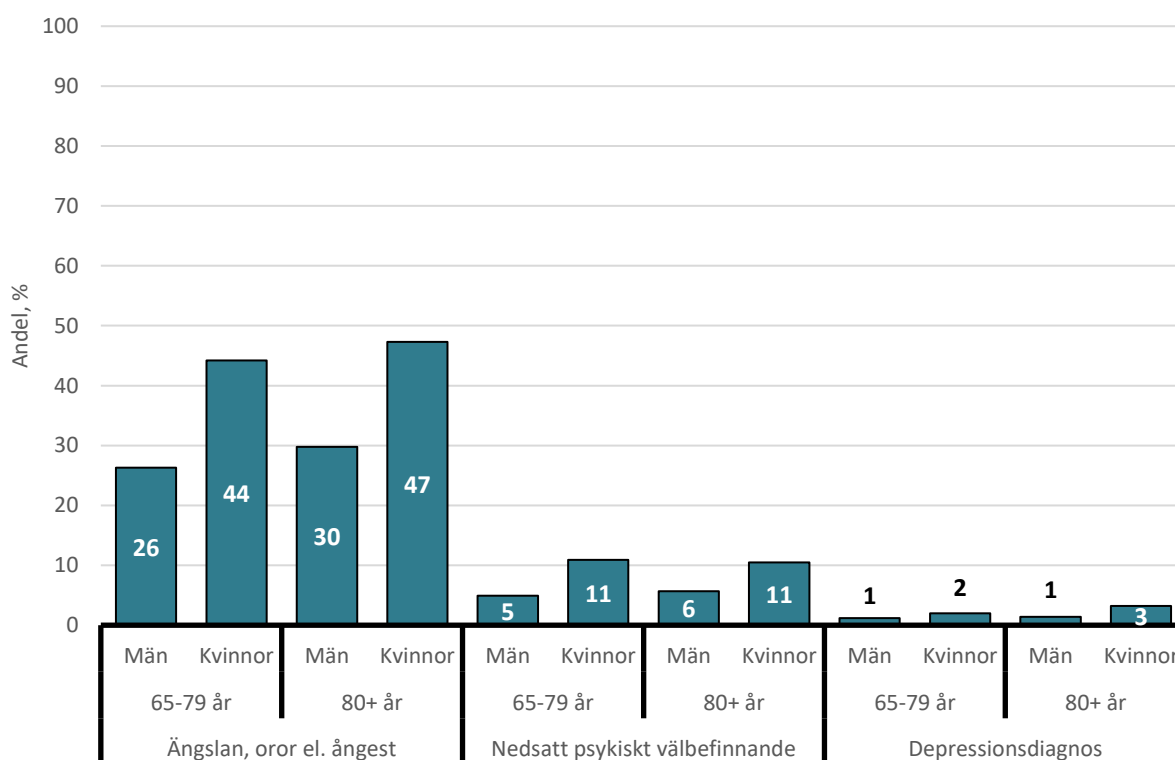


Psyiskt mående

Figur 14 visar andelarna med lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest; de med nedsatt psykiskt välbefinnande¹ samt de som uppgett att de fått en depressionsdiagnos av läkare under det senaste året. Ängslan, oro eller ångest är vanligast förekommande och varierar mellan 26 och 47 procent med tydliga könsskillnader och stigande andelar med högre ålder. Att ha nedsatt psykiskt välbefinnande ligger mellan 5–11 procent med tydliga könsskillnader, men frånvaro av åldersskillnader. Att ha en depressionsdiagnos är ovanligt och ligger mellan 1–3 procent.

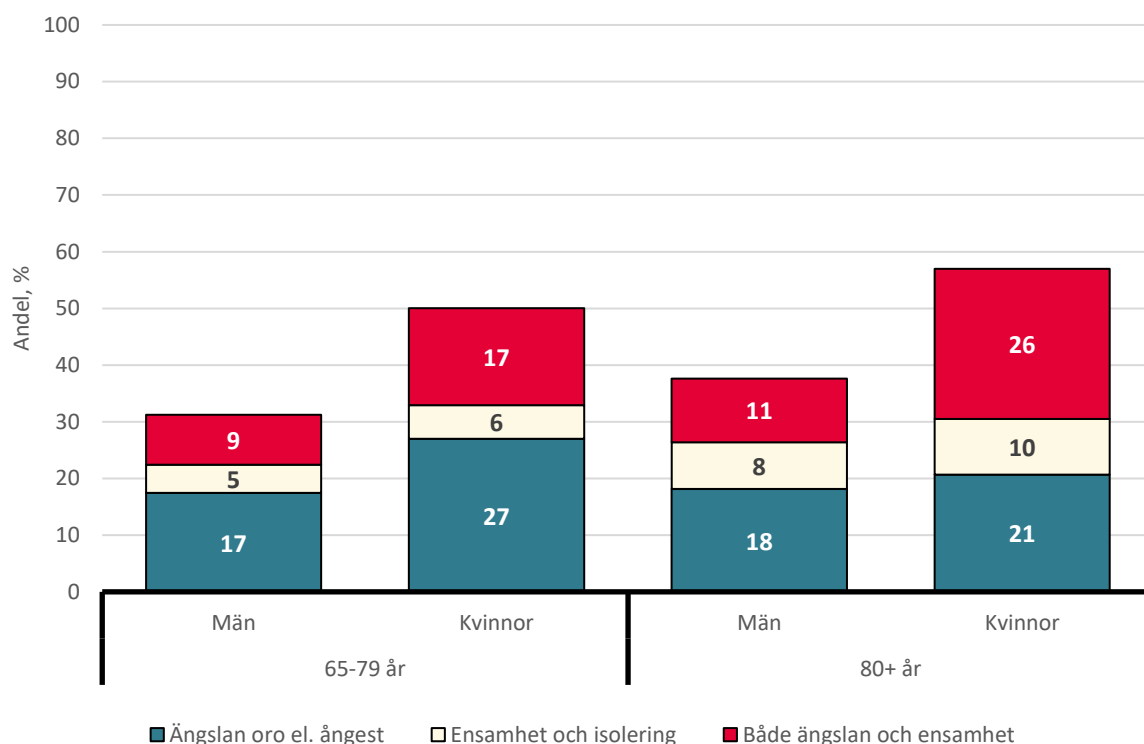
Figur 15 nedan visar kombinationen av ängslan, oro eller ångest, tillsammans med ensamhet och isolering. Vanligast är att ängslan, oro eller ångest uppträder enskilt (17–27 procent) medan det är mindre förekommande att bara uppleva ensamhet och isolering utan ängslan, oro eller ångest (5–10 procent). Det är också vanligt att dessa uppträder tillsammans (9–26 procent), speciellt bland kvinnor som är 80+ år eller äldre.

Figur 14. Andel som uppger ängslan, oro eller ångest; nedsatt psykiskt välbefinnande; depressionsdiagnos.



¹ Enligt mätinstrumentet General Health Questionnaire (GHQ), se Folkhälsorapport 2023 för mer information.

Figur 15. Andel som uppger ängslan, oro eller ångest i kombination med ensamhet och isolering.



Trygghet och kränkning

Andelen som upplevt sig kränkt någon gång under de senaste tre månaderna varierar mellan 7–11 procent. Att uppleva att man blivit kränkt på grund av sin ålder är generellt lågt (1–4 procent) (Tabell 1).

Andelen som uppger att de avstår från att gå ut ensam på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt bli ofredad, var dubbelt så hög bland kvinnor som bland män. Andelen var något högre bland äldre än yngre-äldre män (26 procent jämfört med 21 procent) medan de var likvärdiga för kvinnorna i de båda åldersgrupperna, där nästan hälften avstått från att gå ut på grund av rädsla (Tabell 2).

Tabell 1. Andel som upplevt kränkning de senaste tre månaderna

	Kränt	Pga. ålder
Män 65–79 år	6 %	1%
Kvinnor 65–79 år	9%	2%
Män 80+ år	5%	2%
Kvinnor 80+ år	5%	4%

Tabell 2. Andel som uppgett att de avstått från att gå ut ensamma pga. rädsla

	Avstått pga. rädsla
Män 65–79 år	21 %
Kvinnor 65–79 år	47%
Män 80+ år	26%
Kvinnor 80+ år	48%

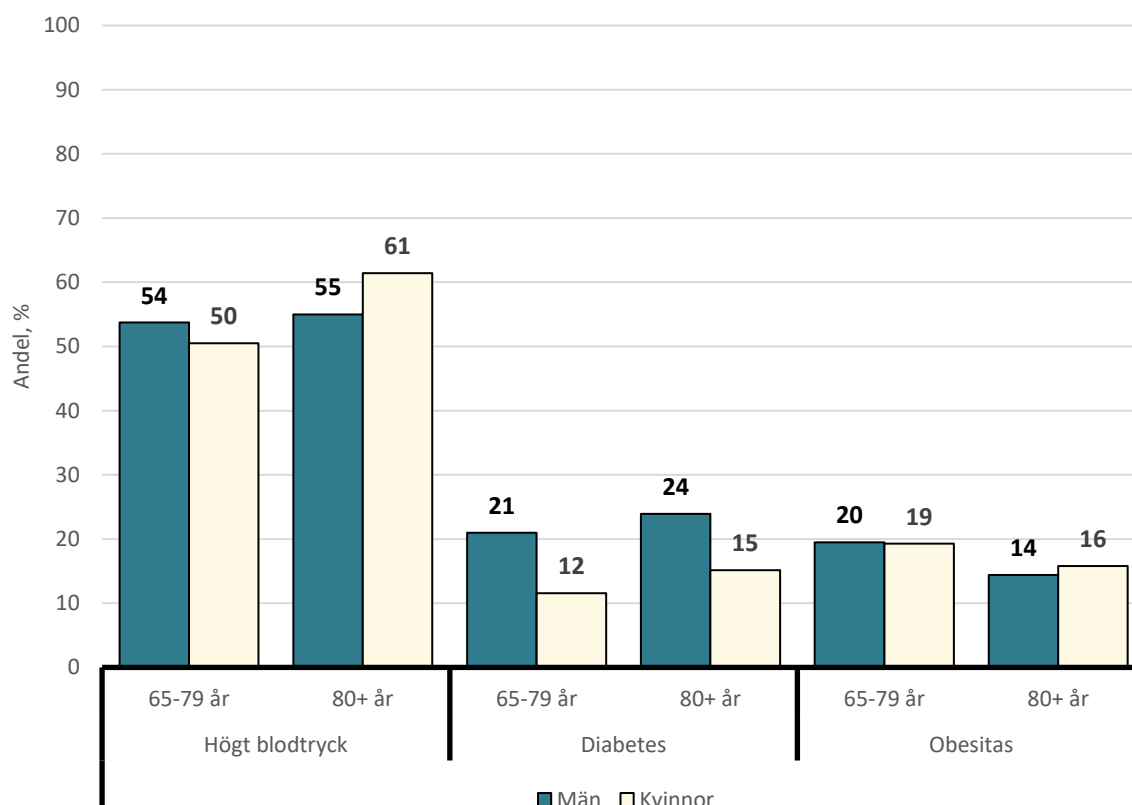
Metabola syndromet

I figur 16 nedan presenteras andelen som uppgett att de har högt blodtryck, diabetes eller obesitas. Dessa utfall omnämns ofta i samband med ”metabola syndromet”, vilket beskriver en rubbning eller påverkan av kroppens ämnesomsättning. Att ha rubbningar i det metabola systemet ökar risken för flera folksjukdomar. Brist på fysisk aktivitet, felaktiga matvanor med högt energiintag, stress och andra belastande psykosociala faktorer ökar risken att drabbas[8, 9].

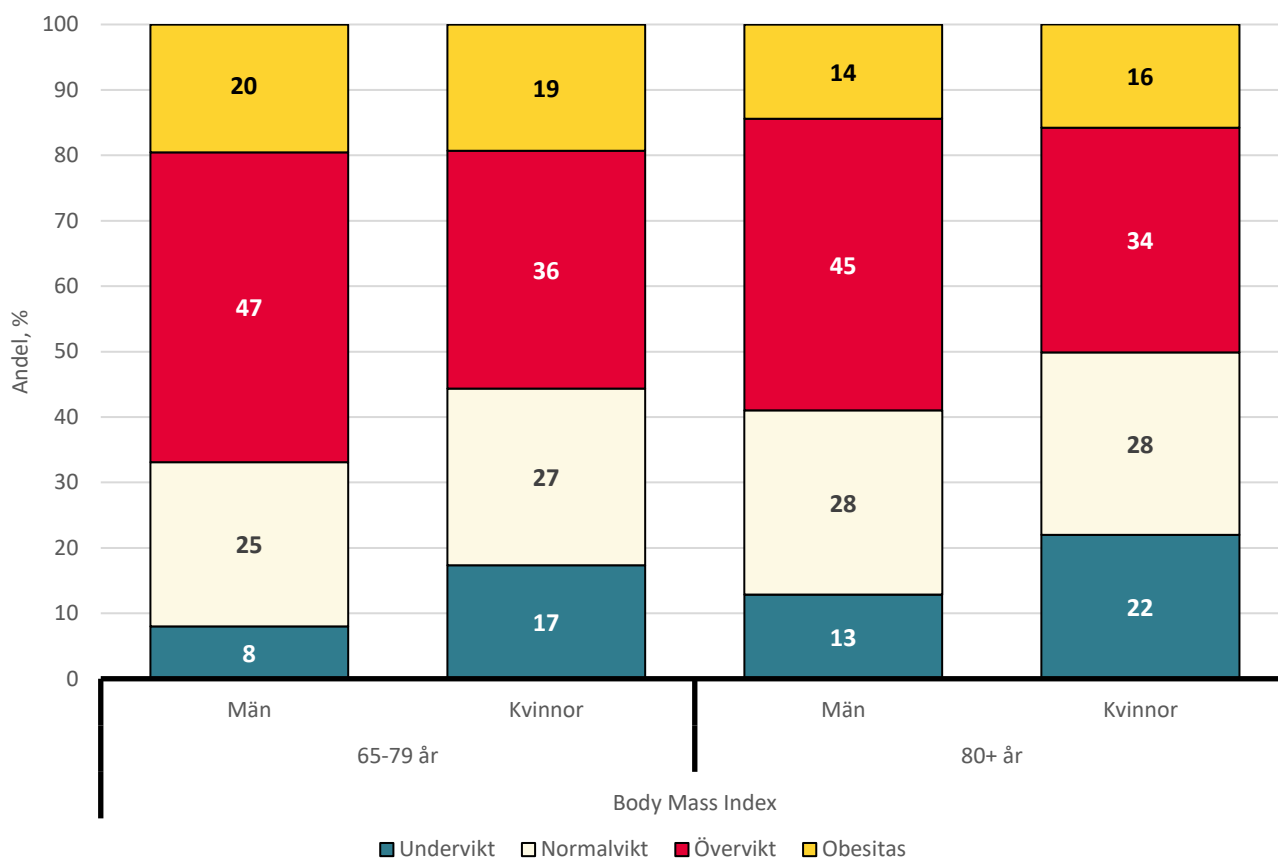
Body Mass Index (BMI)

Även om övervikt och obesitas kan ha en negativ inverkan på hälsa och funktionsförmåga, finns också ett omvänt samband bland äldre personer, där övervikt och obesitas kan vara skyddande[10, 11]. Likväl är undernäring ett påtagligt problem bland äldre personer. Figur 17 visar hur BMI är fördelat mellan undervikt (BMI <22 kg/m², undervikt för befolkningen som är 70 år och äldre), normalvikt (BMI 22–24,9), övervikt (BMI 25–29,9) och obesitas (BMI>30)[12]. Bland män i åldersgruppen 65–79 år är 8 procent underviktiga medan 20 procent har obesitas. Undervikt är dubbelt så vanligt bland kvinnor i samma åldersgrupp (17 procent), medan obesitas ligger på samma nivå som hos männen. I åldersgruppen 80+ år är andelen män med undervikt respektive obesitas i stort sett densamma, 13 respektive 14 procent. Bland de äldsta kvinnorna är undervikt dock vanligare än obesitas (22 respektive 16 procent).

Figur 16. Andel som uppgett högt blodtryck, diabetes eller har ett Body Mass Index (BMI) som motsvarar obesitas.



Figur 17. Andel med undervikt, normalvikt, övervikt respektive obesitas enligt BMI.



Vistelse i grönområden

Andelen som vistas i grönområden ofta, dvs. dagligen eller några gånger i veckan, är hög, 78–89 procent. För andelen som sällan eller aldrig vistades ute i grönområde (11–22 procent) har fler än hälften (52 procent) nedsatt rörelseförmåga (kan inte ta ett trappsteg utan besvär, inte ta en kort rask promenad eller inte förflytta sig utomhus utan hjälp). För de som ofta vistas ute i grönområde var andelen med nedsatt rörelseförmåga lägre, 17 procent (resultat som inkluderar rörelseförmåga visas ej).

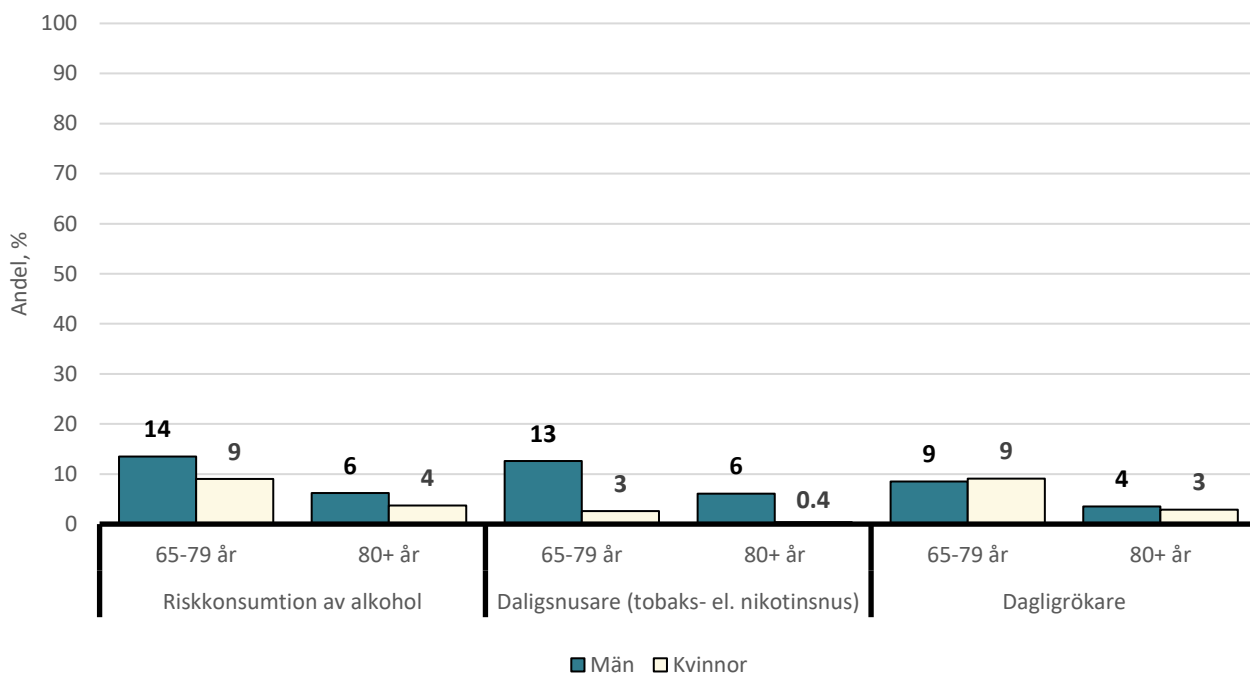
Tabell 3. Andel som vistas i grönområden ofta respektive sällan

	Ofta	Sällan
Män 65–79 år	85%	15%
Kvinnor 65–79 år	89%	11%
Män 80+ år	78%	22%
Kvinnor 80+ år	78%	22%

Alkohol, snus och tobak

För riskkonsumtion av alkohol, dagligsnusare samt dagligrökare är siffrorna generellt sett låga. För riskkonsumtion av alkohol ligger män i åldersgruppen 65–79 år högst (14 %) följt av kvinnor i samma åldersgrupp (9%). För dessa utfall är överlapp ovanliga, dvs det är ytterst få som har en riskkonsumtion av alkohol som samtidigt är dagligrökare eller dagligsnusare (resultat visar ej).

Figur 14. Andel med riskkonsumtion av alkohol, dagligsnusare och dagligrökare



Inkontinens och mag/tarmproblem

Andelen med lätta eller svåra besvär av inkontinens respektive återkommande lätta eller svåra mag- eller tarmbesvär syns i tabell 4 nedan. Inkontinensbesvär är ungefär dubbelt så vanligt bland dem 80+ år i jämförelse med de i åldern 65–79 år och det finns uttalade könsskillnader med högre andelar för kvinnor än män. Motsvarande könsskillnader ses även tydligt för mag- eller tarmbesvär. Åldersskillnader förekommer också men inte i samma utsträckning som för inkontinens.

Tabell 4. Andel med inkontinens respektive mag/tarmproblem

	Inkontinens	Mag/tarmproblem
Män 65–79 år	21%	26%
Kvinnor 65–79 år	34%	41%
Män 80+ år	40%	36%
Kvinnor 80+ år	60%	45%

Ekonomi

Andelen som uppgett att hushållet inte klarar en oväntad utgift på 13 000 kronor inom en månad utan att ta lån eller be om hjälp, samt de som uppgett att de haft svårt att klara sina löpande utgifter det senaste året, syns i tabell 4 nedan. Mellan 13–19 procent uppger att de inte klarar en oväntad utgift, medan 3–7 procent som uppger att de har svårt att klara sina löpande utgifter (tabell 5). Det finns en tydlig överlappning mellan dessa två utfall, de flesta som har svårt att klara löpande utgifter har också svårt att klara en oväntad utgift (resultat för överlapp visas ej).

Tabell 4. Andel som inte klarar en oväntad utgift

Män 65–79 år	13 %
Kvinnor 65–79 år	16%
Män 80+ år	13%
Kvinnor 80+ år	19%

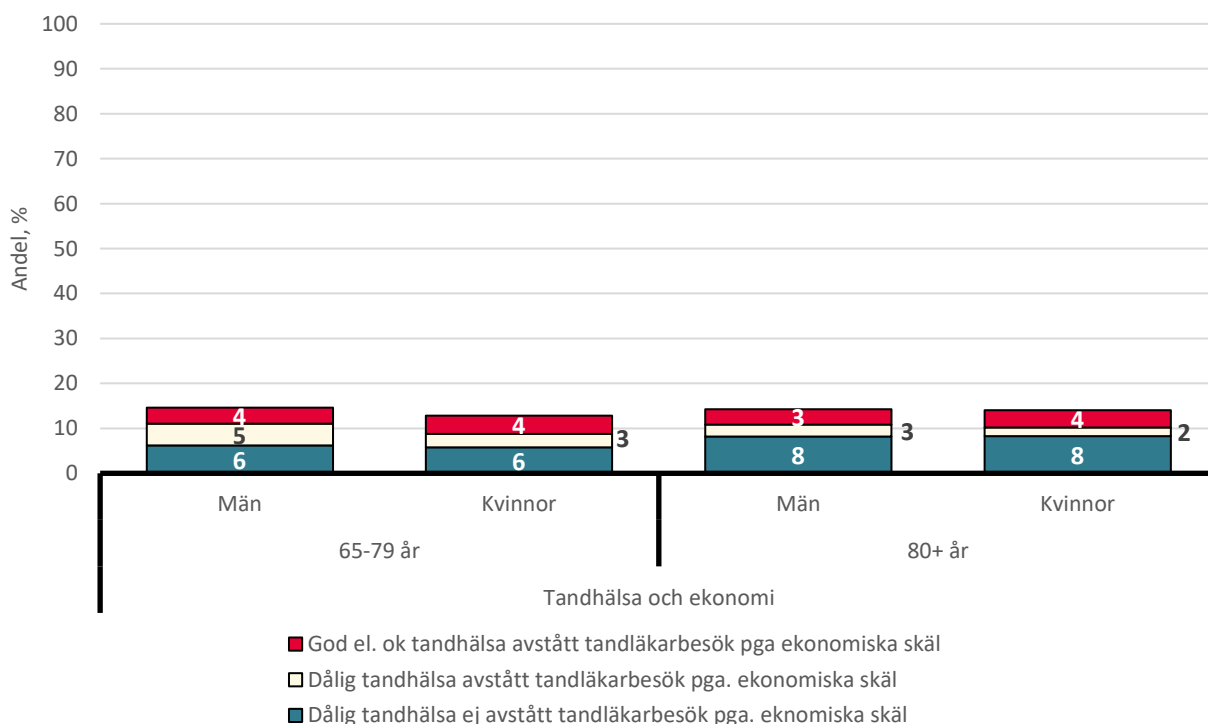
Tabell 5. Andel som haft svårt att klara löpande utgifter senaste året.

Män 65–79 år	6 %
Kvinnor 65–79 år	7%
Män 80+ år	4%
Kvinnor 80+ år	3%

Avstått tandläkarbesök på grund av ekonomiska skäl

En annan ekonomisk variabel berör huruvida man avstått tandläkarbesök av ekonomiska skäl (Figur 19). Totalt uppger cirka 10 procent att de har en dålig tandhälsa och av dessa har cirka 1 av 3 avstått tandläkarbesök på grund av ekonomiska skäl (3 procent av den totala populationen). Men även de som *inte* uppger en dålig tandhälsa (dvs de med mycket bra, bra eller varken bra eller dålig tandhälsa, vilket utgör 90 procent av totala populationen, resultat ej med i figuren) har några få uppgett att de avstått tandläkarbesök på grund av ekonomiska skäl (4 procent).

Figur 15. Andel som avstått tandläkarbesök på grund av ekonomiska skäl



Fyra hörnpelare för gott åldrande



Det pratas ofta om fyra hörnstenar för ett gott åldrande: social gemenskap, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor

Många faktorer har betydelse för ett gott åldrande men framförallt har fyra faktorer av särskild betydelse identifierats: social gemenskap, meningsfullhet, bra matvanor samt fysisk aktivitet [13-15]. I Region Skånes folkhälsoenkäter finns frågor som *relaterar* till alla dessa områden, dock ger de inte en heltäckande bild. Nedan ges dock en beskrivning av de fyra hörnpelarna utifrån de variablerna som finns tillgängliga i enkäten.

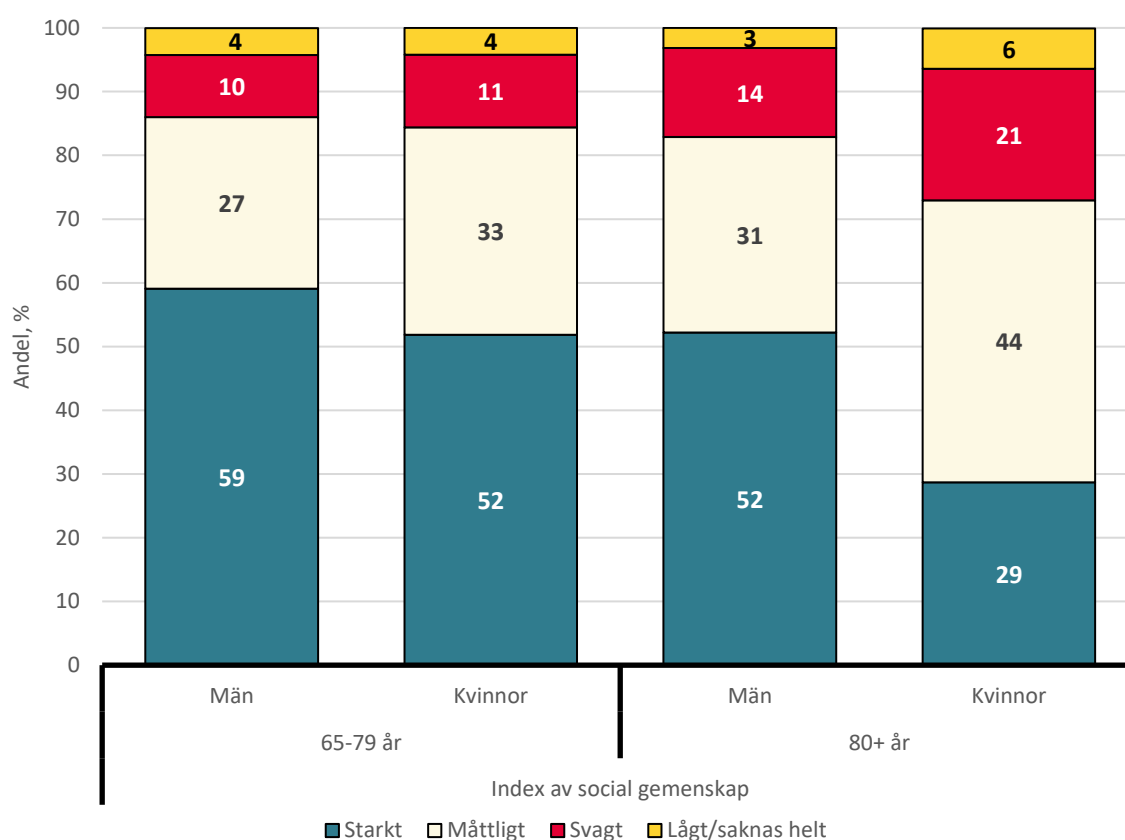
Social gemenskap

Social gemenskap kan beskrivas på många olika sätt. Baserat på de frågor som finns i Region Skånes folkhälsoenkät har ett index skapats utifrån huruvida man i) är ensam- eller samboende, ii) har emotionellt och praktiskt stöd samt iii) ofta eller alltid känner sig nära andra människor. Figur 20 visar det samlade indexet för social gemenskap. För en närmare beskrivning av indexet, se bilaga

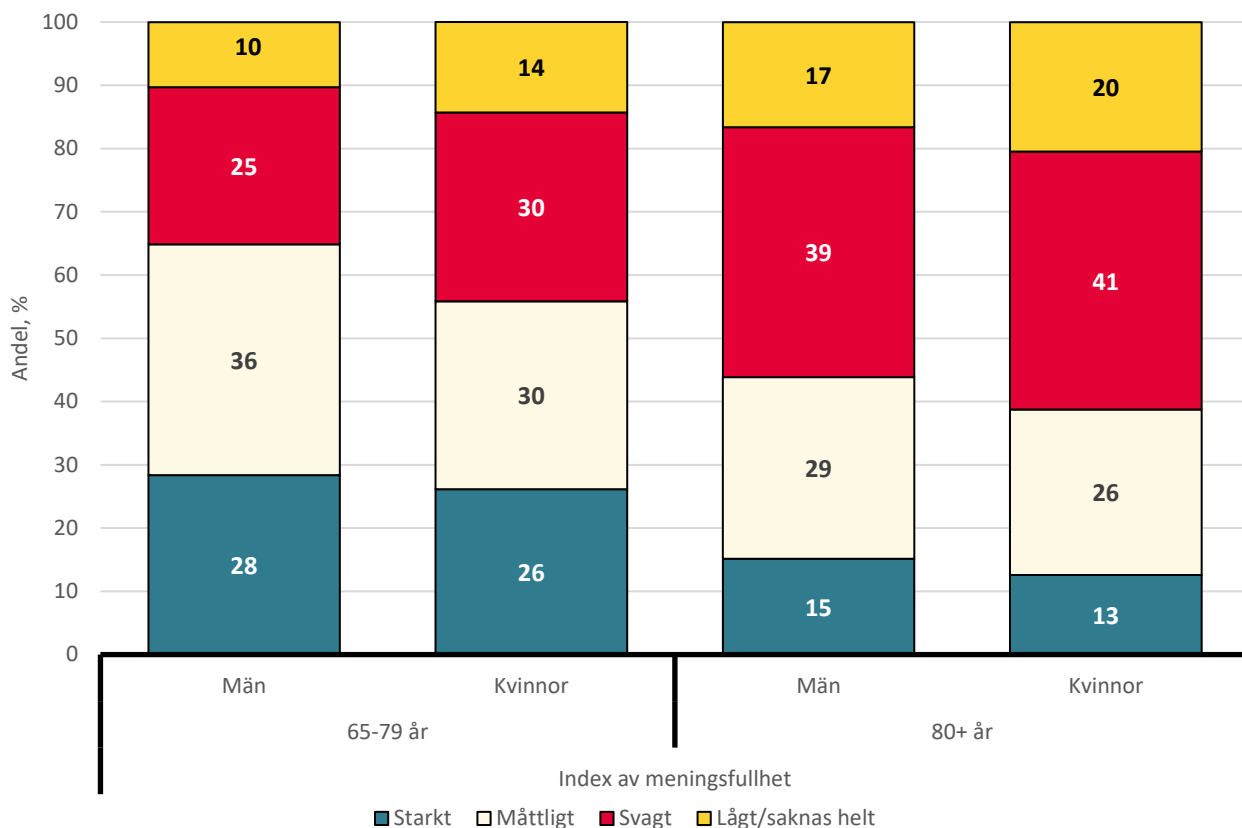
Meningsfullhet

Folkhälsoenkäten innehåller ingen fråga som berör meningsfullhet direkt. Vad som upplevs som meningsfullt är individuellt men att i) känna att tillvaron är hanterbar och begriplig; ii) att ha en optimistisk/positiv inställning och gott humör; iii) att vara en del av ett socialt sammanhang är viktiga komponenter [16, 17]. Figur 21 presenterar ett index som är baserat på variabler relaterade till dessa komponenter: om man i) tänkt och/eller hanterat problem på ett bra sätt; ii) känt sig glad och lycklig och/eller lugn och harmonisk och/eller ser just på sin framtid; iii) känt sig nära andra människor och/eller känt sig vara till nytta och/eller deltagit i aktiviteter. För en närmare beskrivning av indexet, se bilaga.

Figur 20. Andel som har ett starkt-, måttligt-, svagt- respektive lågt värde av social gemenskap.



Figur 21. Andel som har ett starkt-, måttligt-, svagt- respektive lågt värde av meningsfullhet



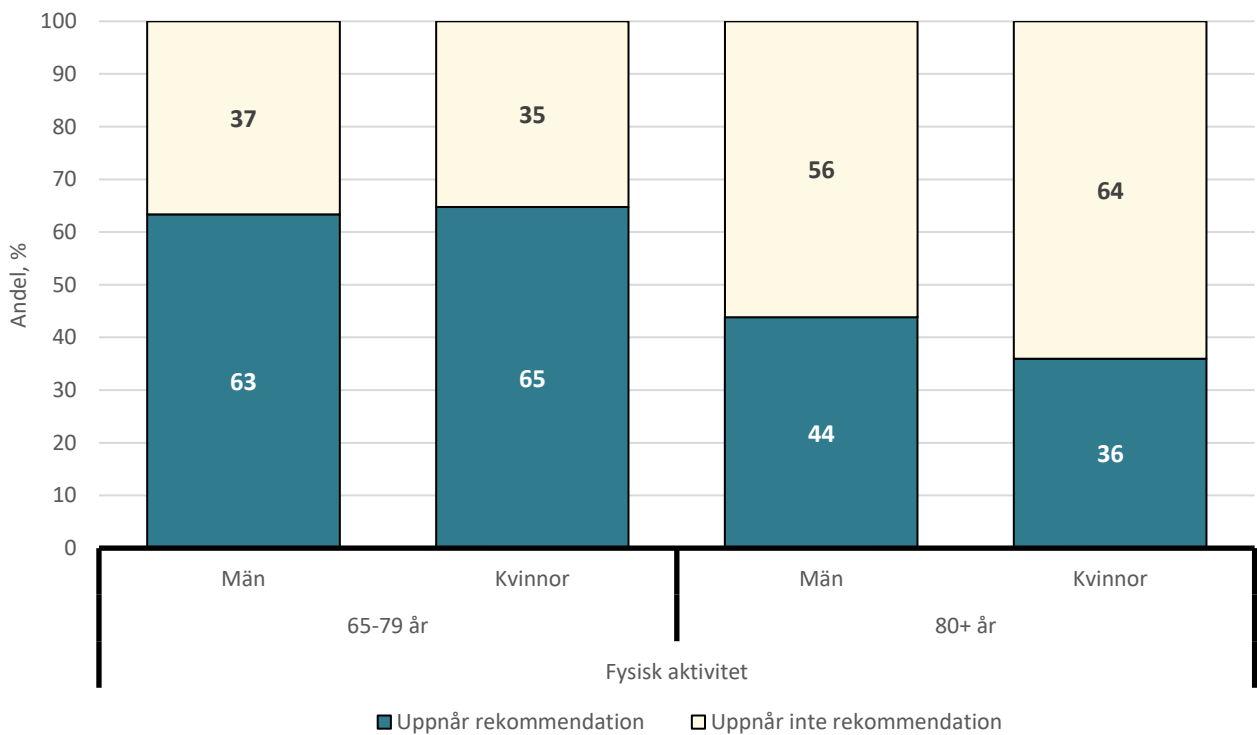
Fysisk aktivitet

Vuxna, oavsett ålder, bör varje vecka vara fysiskt aktiva minst 150–300 minuter på måttlig intensitet eller minst 75–150 minuter på hög intensitet, alternativt en motsvarande kombination av dessa. Fysisk aktivitet på måttlig intensitet ger en ökad puls och andning, medan hög intensitet ger en markant ökning av puls och andning[18]. Figur 22 visar att en klar majoritet av de i åldersgruppen 65–79 år når upp till rekommendationerna och det föreligger små könsskillnader. I åldersgruppen 80+ år är det dock endast 44 procent av männen och 36 procent av kvinnorna som når upp till rekommendationerna.

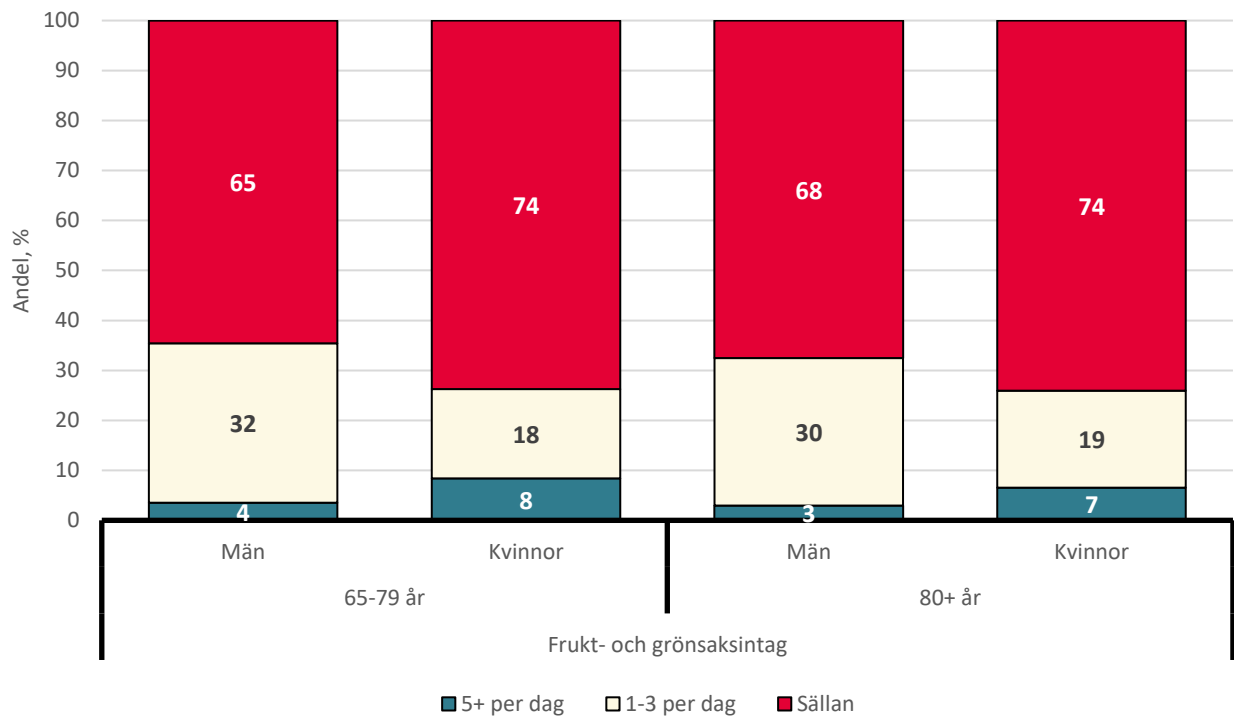
Goda matvanor

Livsmedelsverkets rekommendation är att vuxna, oavsett ålder, bör äta 500 gram grönsaker och frukt om dagen, ungefär två frukter och tre rejäla nävar grönsaker[19]. Figur 23 presenterar de som äter frukt och grönt minst 5 gånger per dag, 1–3 gånger per dag samt de som gör det sällan, vilket gäller för en klar majoritet, oavsett kön och åldersgrupp (65–74 procent).

Figur 23. Andel som uppnår rekommendationerna av fysisk aktivitet.



Figur 24. Andelar utefter frukt- och grönsaksintag.



Friska respektive sjuka år

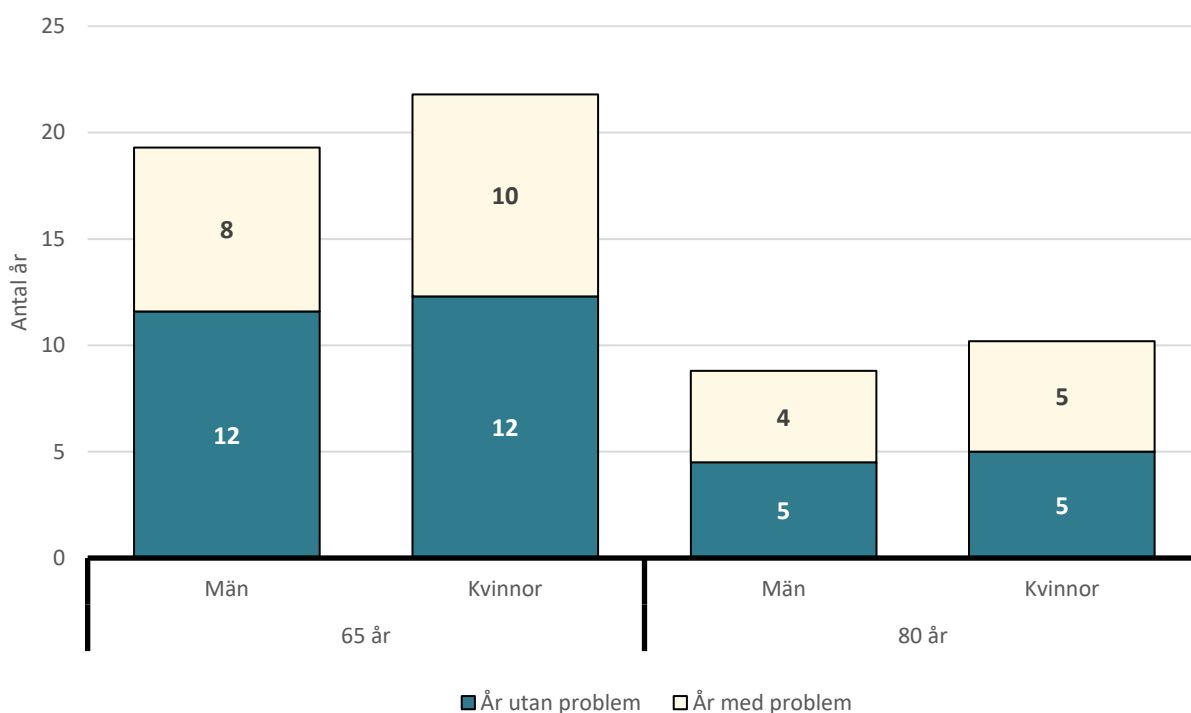


Medellivslängden i Sverige är hög, men hög medellivslängd innebär inte per automatik att vi är friska. Genom att kombinera medellivslängden med hälsoläget i en befolkning kan återstående medellivslängd visas uppdelat på ”friska” respektive ”sjuka” år. Eftersom man kan ha sjukdomar utan att för den delen vara påverkad av dem är det dock mer angeläget att undersöka huruvida man har långvariga hälsoproblem som resulterar i att man har svårt att utföra sina vardagliga sysslor/ har nedsatt arbetsförmåga. I figur 29 nedan ser vi återstående medellivslängd för män respektive kvinnor vid 65-års ålder samt vid 80-års ålder utifrån detta kriterium.

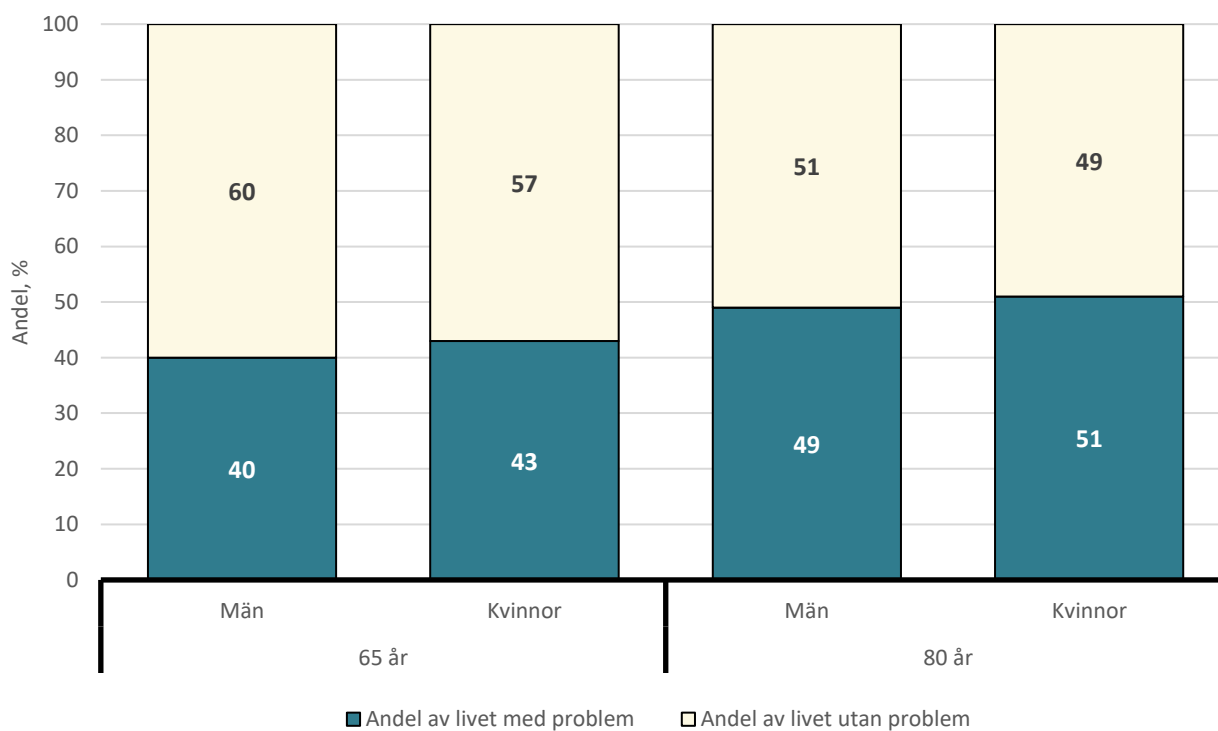
Vid 65-års ålder är mäns återstående medellivslängd strax över 19 år och kvinnors strax under 22 år. Antalet ”friska år” (utan hälsoproblem som påverkar vardagssysslor eller arbetsförmåga) ligger kvinnorna lite högre än männen 12,3 år jämfört med 11,6 år. Antalet ”sjuka år” (hälsoproblem som påverkar vardagssysslor eller arbetsförmåga) är också högre hos kvinnorna än hos männen, men skillnaden är betydligt större än för år utan problem, nästan två år (9,5 respektive 7,7 år). Samma trend ses vid 80-års ålder. Kvinnor lever längre än män och kan förvänta sig att leva fler år utan problem än män, men också desto fler år med problem (figur 25).

Figur 26 visar *andel* av livet som kan förväntas leva ”friska” eller ”sjuka” (med/utan långvariga hälsoproblem som resulterar i att man har svårt att utföra sina vardagliga sysslor eller ha nedsatt arbetsförmåga). För 65-åriga män, vilka kunde förvänta sig 11,6 år utan sådana problem och 7,7 år med dessa, innebär det att 60 procent av deras återstående medellivslängd kan förväntas leva utan problem. Motsvarande för kvinnor i samma ålder är något lägre, 57 procent. Så även om kvinnor förväntas ha fler ”friska år” än männen (12,3 i jämförelse med 11,6) så förväntas män spendera en större andel av sina liv ”friska”. Samma mönster syns vid 80-års ålder men vi ser också att en högre andel av den återstående tiden kan förväntas leva med problem, cirka 50 procent.

Figur 25. Återstående medellivslängd vid 65- respektive 80 års ålder, uppdelat på antal år med/utan långvariga hälsoproblem som påverkar dagliga livet.



Figur 26. Andel av livet vid 65- respektive 80 års ålder, med/utan långvariga hälsoproblem som påverkar dagliga livet.



Diskussion

Det finns många aspekter av äldres hälsa och livssituation som är aktuella att belysa med en åldrande befolkning, den här rapporten lyfter några av dem. Eftersom rapporten endast utgår från en mätpunkt, år 2022, kan vi inte visa förändringen över tid. Hade vi haft fler mätpunkter kunde vi sannolikt peka på en positiv utveckling för flera utfall, vilket många andra undersökningar visar. Även om en åldrande befolkning ofta problematiseras utifrån ett samhällsperspektiv så finns det självfallet positiva aspekter också, som att vi faktiskt lever längre och att vi bibehåller hälsan längre upp i åldrarna, vilket skapar möjligheter för såväl den enskilda individen som för samhället.

Detta till trots kommer den åldrande befolkningen med många utmaningar. Funktionsförmåga är en viktig aspekt för såväl den enskilda individen som för samhället. Att ha en funktionsnedsättning som påverkar det dagliga livet inverkar på den enskilda individens självständighet och ökar behovet av informell eller formell omsorg. Andelen som uppgett att de har ett långvarigt hälsoproblem som antingen ger nedsatt arbetsförmåga eller är hindrande i dagliga sysselsättningar uppgå till 40 procent för gruppen 65+ år som helhet, med en variation mellan 35 till 48 procent, beroende på ålder och kön. Högst andelar återfinns i gruppen 80+ år, vilket också är den åldersgrupp som kommer öka mest under de kommande åren. I kombination med de demografiska förändringarna så skapar det påtagliga utmaningar, inte minst för organiseringen av vård- och omsorg.

Ensamhet är också en viktig aspekt eftersom det har en negativ inverkan på såväl den psykiska som fysiska hälsan. Under pandemin blev detta påtagligt, inte minst för den äldre befolkningen. Många av de äldre som uppger att de bor i ensamhushåll har emellertid stöd att inhämta från omgivningen. Detsamma gäller de som uppgett ensamhet och isolering, en klar majoritet har stöd. Dock uppger 6–12 procent av de äldre att de både bor ensamma och saknar stöd och mellan 5–9 procent att de upplever ensamhet och isolering i kombination med att de saknar stöd. Kombinationen av funktionsnedsättning och avsaknad av stöd eller ensamhet och isolering skapar en särskild komplexitet för vissa grupper av äldre.

Gruppen ”äldre” är en extremt heterogen grupp och nuvarande kohorter är friskare än tidigare, samtidigt har vi en växande grupp som når mycket hög ålder där funktionsnedsättning är vanligt, vilket skapar både möjligheter och utmaningar att förhålla sig till.

Referenser

1. Myndigheten Statistiska Centralbyrån. *Statistikdatabasen - Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968 - 2022*. 2023 230914]; Available from: <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/>.
2. University of California, B.U., and Max Planck Institute for Demographic Research., *Human Mortality Database*. [cited 2023 230914]; Available from: <https://mortality.org/>.
3. Myndigheten Statistiska Centralbyrån, *Statistikdatabasen - Döda efter region, ålder (uppnådd under året) och kön*. 2023.
4. Myndigheten Statistiska Centralbyrån. *Statistikdatabasen - Folkmängd efter region, inrikes/utrikes född, ålder och kön. År 2022 - 2070*. 2023 230912]; Available from: <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/>.
5. Piolatto, M., et al., *The effect of social relationships on cognitive decline in older adults: an updated systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies*. BMC Public Health, 2022. 22(1): p. 278.
6. Lindbergh, C.A., R.K. Dishman, and L.S. Miller, *Functional disability in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis*. Neuropsychology review, 2016. 26: p. 129-159.
7. Myndigheten Statistiska Centralbyrån. *Statistikdatabasen - Antal personer efter region, hushållsställning, ålder, år och kön*. 2024 240222]; Available from: <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/>.
8. Hellénus, M.-L. and R. Rainer, *Metabola syndromet hotar folkhälsan*. Läkartidningen, 2007. 51.
9. Mai-Lis Hellénus, *Metabola syndromet in FYSS 2008*. 2008, Statens folkhälsoinstitut.
10. Burman, M., et al., *Obesity may increase survival, regardless of nutritional status: a Swedish cohort study in nursing homes*. BMC geriatrics, 2022. 22(1): p. 1-9.
11. Burman, M., et al., *Body mass index, Mini Nutritional Assessment, and their association with five-year mortality in very old people*. The journal of nutrition, health & aging, 2015. 19: p. 461-467.
12. Livsmedelsverket. *Övervikt och fetma*. 2023; Available from: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/sjukdomar-allergier-och-halsa/overvikt-och-fetma>.
13. Statens folkhälsoinstitut, *Liv till åren – om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre*. 2003.
14. Haglund, B.J., *Hälsosamt åldrande–kräver aktivt ansvar av många aktörer*. Socialmedicinsk tidskrift, 2010. 87(3): p. 140-141.
15. Karp, A., et al., *Kunskapsöversikt över forskning 2005-2012 om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas på individnivå*. Äldrecentrum,, 2013. 2013.
16. Heintzelman, S.J. and L.A. King, *Life is pretty meaningful*. American psychologist, 2014. 69(6): p. 561.
17. Shuv-Ami, A. and L. Bareket-Bojmel, *What indicates your life is meaningful? A new measure for the indicators of meaning in life (3IML)*. Journal of Happiness Studies, 2021. 22: p. 625-644.
18. Folkhälsomyndigheten. *Rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande*. 2023; Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-fetma/fysisk-aktivitet-och-stillasittande/riktlinjer-och-rekommendationer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/>.
19. Livsmedelsverket. *Bra matvanor för äldre*. 2023; Available from: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/aldre---rad-om-bra-mat/bra-matvanor-for-aldre>.

Appendix

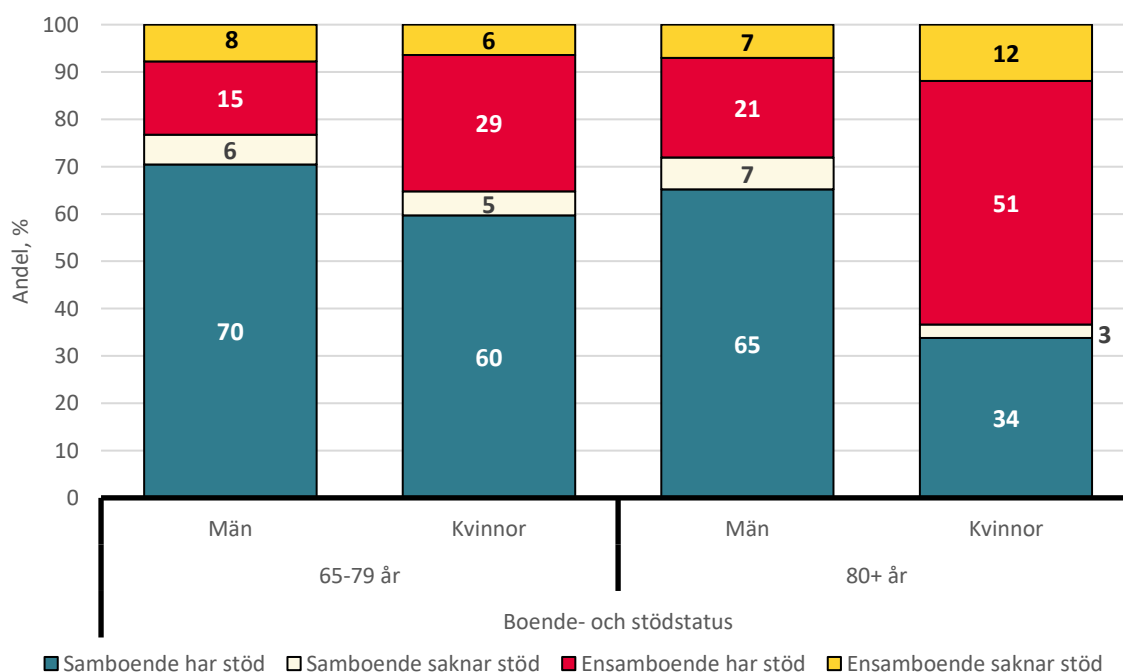
Index över social gemenskap

Index över social gemenskap (en av hörnpelarna för gott åldrande) skapades utifrån fyra variabler: 1) att ha emotionellt stöd (Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtra dig åt?); 2) att ha praktiskt stöd (Kan du få hjälp av någon eller några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?). De som svarat *ja* på att de har emotionellt stöd och samtidigt svarat *ja*, *alltid* eller *ja, för det mesta* för praktiskt stöd har kategoriserats som att de har stöd, vilket ger 1 poäng; 3) att känna sig nära andra människor (Jag har *alltid* eller *ofta* känt mig nära andra människor), vilket ger 1 poäng, samt 4) boendestatus. Att vara *samboende* med någon ger 1 poäng.

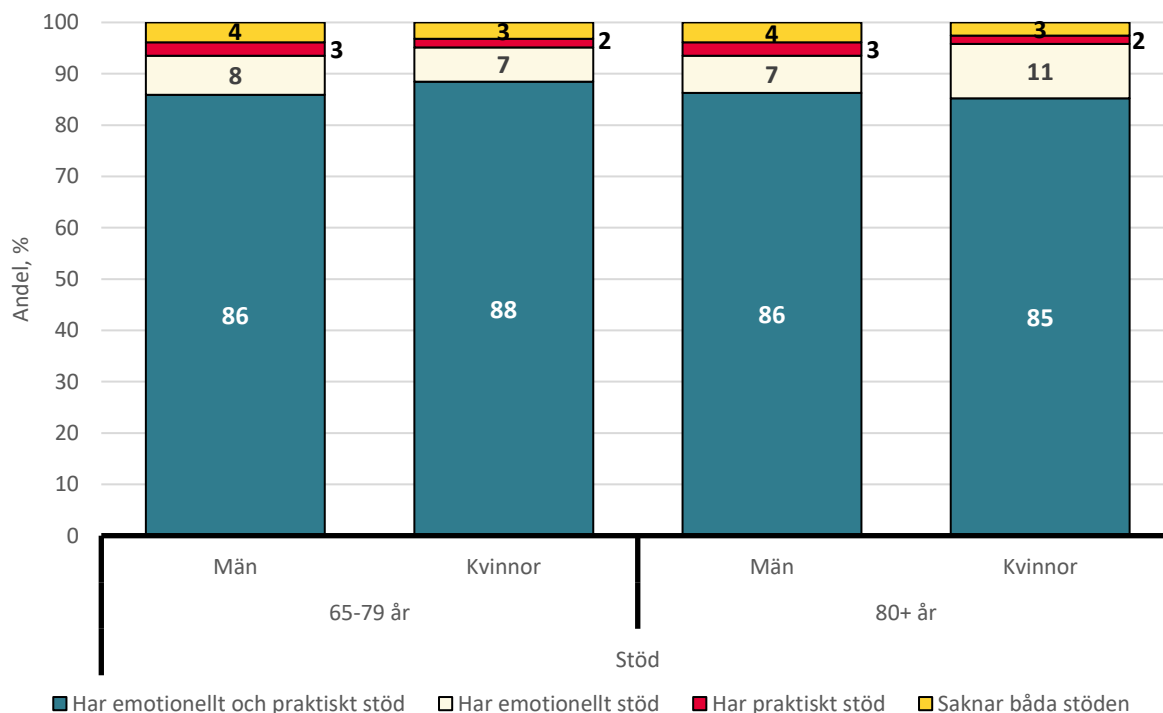
Uppfyller man alla tre kriterierna (har emotionellt och praktiskt stöd, ofta eller alltid känner sig nära andra människor och är samboende) ger det 3 poäng och man kategoriseras som att ha stark social gemenskap (se figur 25 i rapporten). Uppfyller man två kriterier (2 poäng) kategoriseras man ha måttlig social gemenskap. Uppfyller man ett kriterium (1 poäng) kategoriseras man ha svag social gemenskap. Uppfyller man inte några kriterier (0 poäng) kategoriseras man ha lågt/sakna social gemenskap, dvs man saknar både emotionellt och praktiskt stöd, man känner sig ibland/sällan/aldrig nära andra människor och man är ensamboende.

Figur 27 och 28 nedan visar de delkomponenter som utgör figur 20 i rapporten (index över social gemenskap).

Figur 27. Boende- och stödstatus.



Figur 28. Emotionellt och praktiskt stöd.



Index över meningsfullhet

Index över meningsfullhet skapades utifrån kriterierna att i) känna att tillvaron är hanterbar och begriplig; ii) att ha en optimistisk/positiv inställning och gott humör; iii) och vara en del av ett socialt sammanhang. Varje kriterier består av två till tre frågor från enkäten och totalt åtta variabler användes. Se figur 26 i rapporten för det samlade indexet över meningsfullhet.

För det första kriteriet i) att känna att tillvaron är hanterbar och begriplig, användes två påståenden med de *jakande* svaren: 1) Jag har hanterat problem på ett bra sätt (*ja, alltid* eller *ja, oftast*) samt 2) Jag har tänkt på ett bra sätt (*ja, alltid* eller *ja, oftast*). Om personen svarade *ja, alltid* eller *ja, ofta* på båda frågorna (2 poäng) kategoriserades denna som inneha en *stark* hanterbar och begriplig tillvaro. Om man svarade *ja, alltid* eller *ja, ofta* på en av frågorna (1 poäng) kategoriserades detta som *måttligt*. Avsaknad av något *jakande* svar (0 poäng) kategoriserades som *långt/saknas helt*. Se figur 29.

För det andra kriteriet ii) att ha en optimistisk/positiv inställning och gott humör användes följande tre frågor med de *jakande/positiva* svaren: 3) Hur stor del av tiden du känt dig glad och lycklig (*hela tiden* eller *största delen av tiden*); 4) Hur stor del av tiden du känt dig lugn och harmonisk (*hela tiden* eller *största delen av tiden*); 5) Hur ser du på framtiden för din personliga del? (*mycket ljus* eller *ganska ljus*). Om personen svarade *jakande/positivt* på samtliga tre frågor (3 poäng) kategoriserades denna ha en *stark* optimistisk/positiv inställning., medan två *jakande/positiva* svar (2 poäng) kategoriserades som *måttlig* optimistisk/positiv

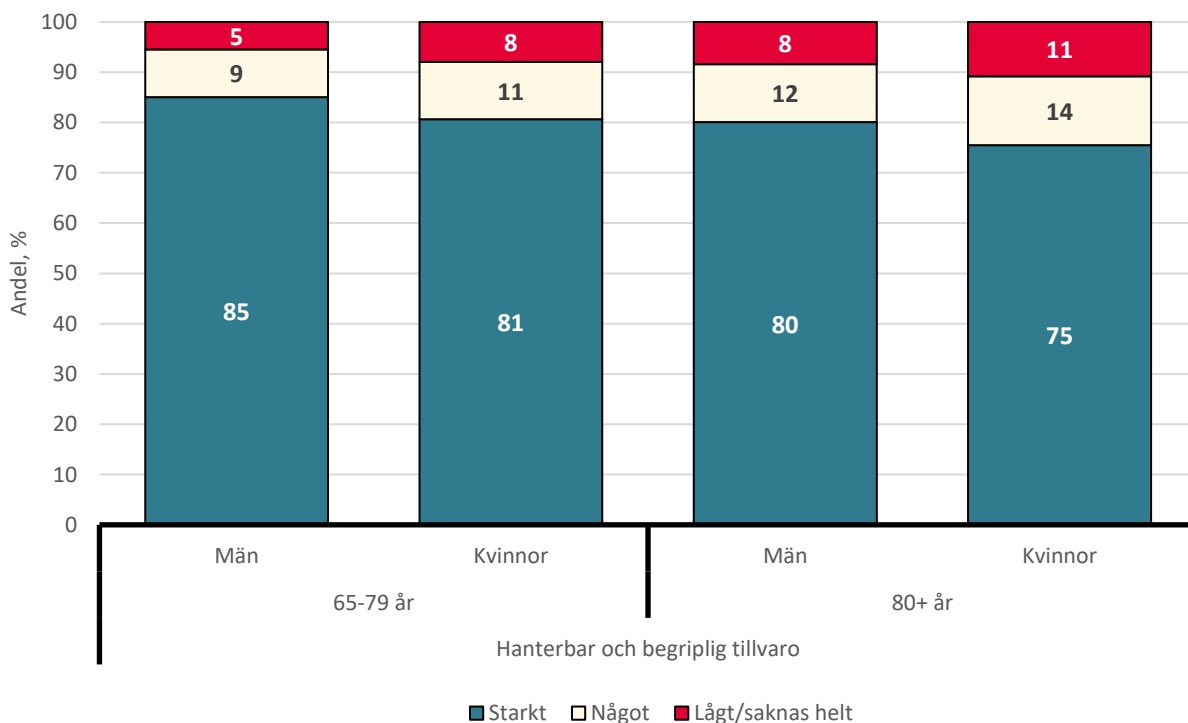
inställning och ett jakande/positivt svar (1 poäng) kategoriserades som *svag*. Helt avsaknad av jakande svar (0 poäng) kategoriserades som *låg/saknas helt* optimistisk/positiv inställning, se figur 30.

För tredje kriteriet iii) vara en del av ett socialt sammanhang användes följande tre frågor/påståenden med de *jakande/positiva* svaren: 6) Jag känt mig nära andra människor (*ja, alltid* eller *ja, ofta*); 7) Jag har känt att jag har varit till nytta (*ja, alltid* eller *ja, ofta*); 8) Har deltagit i någon av följande aktiviteter [12 listade] under de senaste 12 månaderna (har deltagit i *minst två*). Om personen svarat jakande/positivt på samtliga tre frågor (3 poäng) kategoriserades denna ha ett *starkt* socialt sammanhang, medan två jakande/positiva svar (2 poäng) kategoriserades som *måttligt*, ett jakande/positivt svar (1 poäng) kategoriserades som *svagt* och avsaknad av jakande svar (0 poäng) kategoriserades som *låg/saknas helt*, se figur 31.

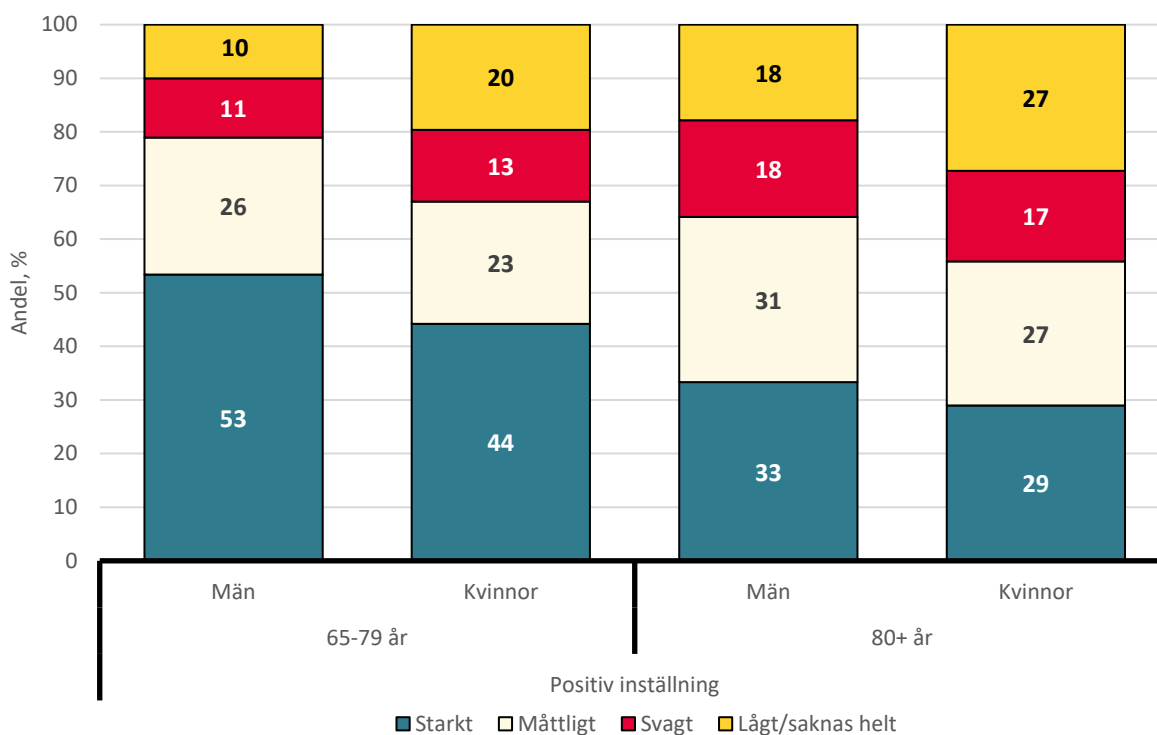
Då alla kriterierna uppfyllts, dvs att utfallet är starkt för samtliga tre, att i) känna att tillvaron är hanterbar och begriplig; ii) att ha en optimistisk/positiv inställning och gott humör; och iii) vara en del av ett socialt sammanhang, ger det 3 poäng och man kategoriseras som att ha en *stark* meningsfullhet. (se figur 26 i rapporten). Uppfyller man två kriterier, det vill säga att ha starkt på två av kriterierna (2 poäng) kategoriseras man ha en *måttlig* meningsfullhet. Uppfyller man ett kriterium, det vill säga att ha starkt på ett av kriterierna (1 poäng) kategoriseras man ha en *svag* meningsfullhet. Uppfyller man inte några kriterier, det vill säga man har inte svarat starkt på något av kriterierna (0 poäng) kategoriseras man ha *låg/saknas helt* meningsfullhet (se figur 21 i rapporten)

Figur 29-31: De tre delkomponenter som utgör figur 21 i rapporten (index över meningsfullhet).

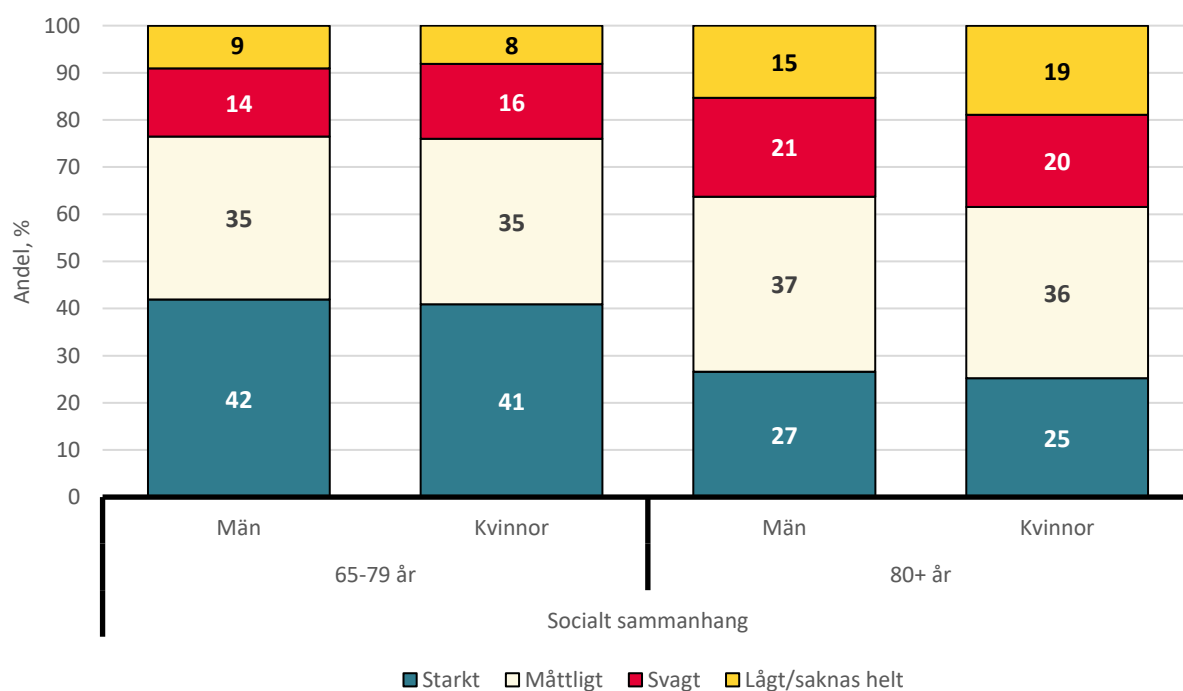
Figur 29: Hanterbar och begriplig tillvaro



Figur 30. Positiv inställning



Figur 31. Socialt sammanhang



Region Skåne
291 89 Kristianstad
Telefon: 044-309 30 00
utveckling.skane.se

