



Hälsa och levnadsvanor

– bland äldre personer i Stockholms län

Carin Lennartsson, Neda Agahi
och Sven-Erik Wånell

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Besök: Hantverkargatan 11 B
Tfn 08-123 132 00


**Stockholms läns
landsting**


**Karolinska
Institutet**


äldrecentrum
FORSKNING & UTVECKLING


ARC
AGING RESEARCH CENTER

Förord

Stockholms läns landsting gör vart fjärde år en omfattande uppföljning av hälsoläget i länet. En folkhälsoenkät genomförs i befolkningen och ett omfattande arbete läggs ner på att värdera de studier och rapporter med information om hälsoläge, livsstil och levnadsvanor som tagits fram under den gångna perioden. Sammantaget utgör dessa källor basen för den folkhälsorapportering som får sitt främsta uttryck i den sk Folkhälsorapporten.

Folkhälsorapporten 2011 baseras till stora delar på 12 delrapporter. Delrapporterna utgår från de seminarier som genomfördes våren/hösten 2011 i samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Karolinska Institutet samt i ett fall Äldrecentrum. Varje seminarium behandlade en viss folkhälsofråga. Delrapporterna är författade dokument där författarna själva står för fakta och framförda tolkningar och förslag till åtgärder.

Carin Lennartsson, KI-SU/ARC och Äldrecentrum
Neda Agahi, KI-SU/ARC och Äldrecentrum
Sven Erik Wånell, Äldrecentrum

ISBN: 978-91-979698-8-8
Omslagsillustration: Erica Jacobson
Design: Alenäs Grafisk Form

Sammanfattning

Positiv hälsoutveckling, men inte för alla

Hälsoutvecklingen för äldre har varit positiv under många decennier, livslängden har ökat under hela 1900-talet och inget tyder på annat än att vi fortsätter att leva längre, och att det i huvudsak är friska år vi lägger till livet. Det finns dock tydliga hälsoskillnader mellan hög- och låginkomsttagare. Skillnader som syns också när man studerar vad som främjar hälsan – som fysisk och social aktivitet och goda kostvanor – och det som är hälsorisker – som rökning och alkohol.

En klar majoritet av länets äldre har, ur ett hälsofrämjande perspektiv, goda levnadsvanor. Men det finns grupper där många är fysiskt inaktiva, deltar mindre i olika kulturella och föreningsaktiviteter och mer sällan äter frukt och grönt. De är få bland höginkomsttagare men förhållandevis många bland låginkomsttagare. En särskild riskgrupp verkar vara ensamboende män med låga inkomster.

Resultat från Folkhälsoenkäten i Stockholms län 2010 visar att tre av tio i ålderna över 65 år rapporterar att de har lätt eller svår ångslan, oro och/eller ångest. Fler kvinnor än män lider av detta, och problemen ökar med stigande ålder. Med stigande ålder får man också allt svårare att klara sin vardag, Bland de som fyllt 85 behöver mer än två tredjedelar hjälp av andra med sina hushållssysslor.

Många blir mindre aktiva med stigande ålder, vilket i sig kan vara naturligt och visar på behovet av stöd och anpassade aktiviteter i hög ålder. Personer med låga inkomster är mindre fysiskt aktiva än äldre med medel- och höga inkomster.

Allt fler rapporterar att de har ett socialt nätverk, deltar i olika aktiviteter och har tillgång till personligt stöd. Dock rapporterar förhållandevis många en upplevd ensamhet. Var femte kvinna 65 år och äldre besväras av ensamhet minst en gång i veckan, bland ensamboende 85 år och äldre upplever mer än hälften ensamhet. Att leva med ensamhet har konsekvenser för individens hälsa, livskvalitet och levnadsvanor.

Landstingets och kommunernas förebyggande arbete riktat till äldre bör innehålla såväl uppsökande verksamhet i form av t.ex. förebyggande hembesök till låginkomsttagare och ensamboende och aktiviteter anpassade särskilt för personer som behöver stöd för att kunna ta sig till träfflokaler och friskvårdscenter.

Bakgrund

Syftet med Stockholms läns folkhälsoenkät är att följa hälsoutvecklingen i länet och ge underlag för insatser som ska främja policyn för folkhälsan i länet. År 2006 skapades en folkhälsoenkät för personer 65 år och äldre samt en för yngre personer. Syftet var att öka kunskaperna om äldre personers (65–84 år) hälsa och levnadsvanor med hjälp av frågor anpassade för en äldre målgrupp. I 2010 års folkhälsoenkät togs även det ålderstak som tidigare fanns vid 84 år bort. Andelen som svarat på folkhälsoenkäten 2010 är 74 procent, vilket motsvarar 8128 personer.

Andelen som har fått hjälp med att besvara folkhälsoenkäten (av någon anhörig eller vän) ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 65–74 år har 4 procent fått hjälp, en siffra som stiger till 32 procent i åldrarna över 85 år.

Stockholms läns ålderspensionärer

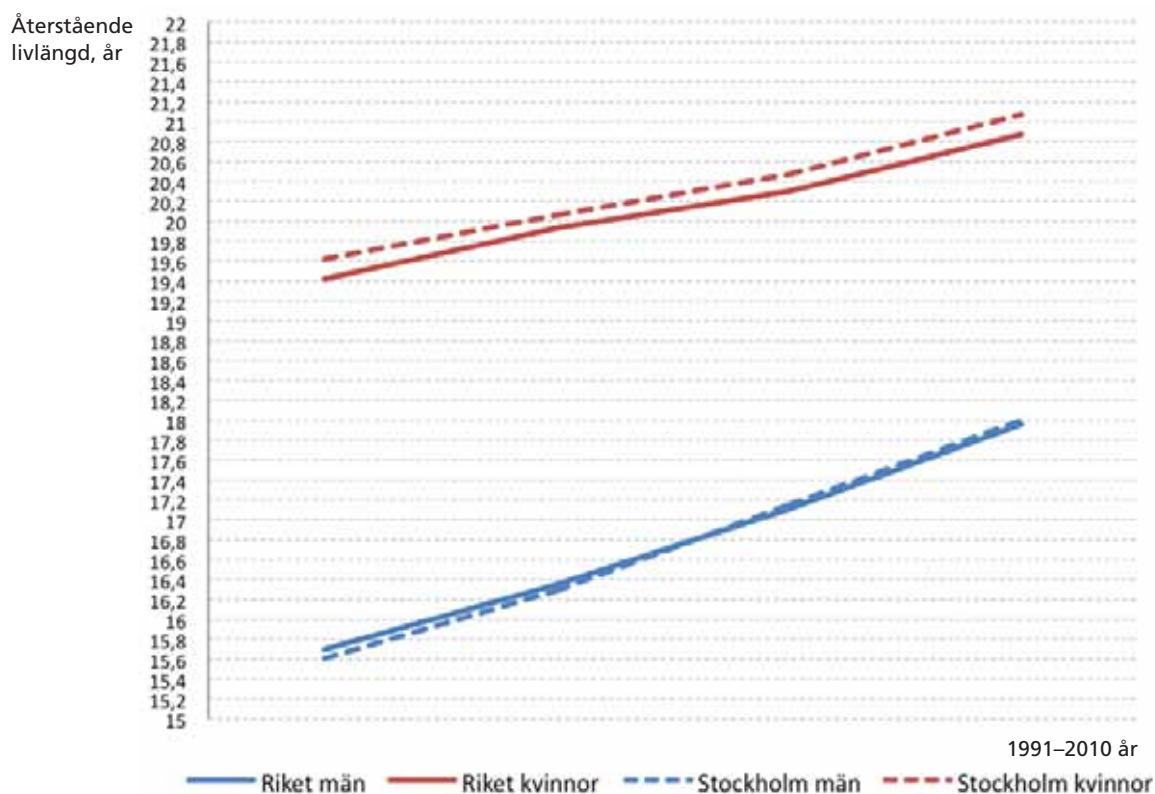
Befolkningen i Stockholms län är ung i förhållande till riket. År 2009 var andelen 80 år och äldre 5,3 procent i riket och 4,2 procent i Stockholms län. Antalet över 80 år varierar dock mellan 2 procent till över 6 procent mellan kommunerna i länet och stadsdelarna i Stockholms stad.

År 2009 var den förväntade återstående livslängden i länet vid 65 år 21,6 år för kvinnorna och 18,6 år för männen. På senare år har den förväntade livslängden vid 65 år i Stockholms län ökat mer än i riket – framförallt för männen. Den förväntade medellivslängden vid 80 år ökar också. Kvinnorna i Stockholms län kan idag förvänta sig leva 10 år till vid sin 80 års dag och männen 8,3 år¹. Motsvarande siffror 2000 var 9,4 år och 7,5 år. Även här återfinns en mer positiv utveckling för Stockholms läns män än för männen i riket (se figur 1).

Hur länge man får leva varierar kraftigt mellan länets olika kommuner. För kvinnorna skiljer det närmare fyra år i förväntad medellivslängd vid födelsen mellan kommunerna med högst (Ekerö) respektive lägst (Södertälje) förväntad livslängd. För männen är skillnaderna ännu större – drygt 5 år. Kortast medellivslängd har män i Sundbyberg med 77,6 år och högst medellivslängd har männen i Danderyd med 83 år.

Samtidigt har de socioekonomiska skillnaderna betydelse för könsskillnaderna i förväntad livslängd. Männen i Danderyd har en längre förväntad livslängd än kvinnor i Södertälje, Sigtuna och Haninge. Könsskillnaderna inom en kommun varierar också – störst skillnad mellan kvinnor och män återfinns i Sundbyberg och Upplands-Bro. Där är skillnaden mer än fem år till kvinnornas fördel. I Salems kommun är skillnaden mellan könen endast drygt ett år.

¹ Det vill säga, givet den dödlighet som förelåg 2009 i Stockholms län kan kvinnor på 80-årsdagen förvänta sig att i genomsnitt leva till 90-årsdagen.



Figur 1. Förväntad livslängd vid 65 års ålder. Kvinnor och män i riket respektive Stockholms län. 1991–2010. Källa: Statistiska Centralbyrån, 2011.

Bland länets ålderspensionärer finns det betydligt fler kvinnor än män. De äldre kvinnorna bor ofta ensamma medan männen är sammanboende. I åldrarna efter 65 år är 48 procent av kvinnorna ensamboende medan männens andel uppgår till 28 procent. I åldrarna efter 85 år är hela 75 procent av kvinnorna ensamboende. Bland männen är knappt hälften ensamboende. Detta är av betydelse för äldres levnadsvillkor. Bland annat har ensamboende visat sig vara av stor betydelse för levnadsvanor och hälsa.

Länets ålderspensionärer har det relativt gott ställt jämfört med ålderspensionärerna i riket. Naturligtvis är skillnaderna stora mellan olika sociala grupper men även mellan kvinnor och män. Den disponibla hushållsinkomsten korrigerad för antalet personer i hushållet bland äldre personer med de högsta inkomsterna är närmare sex gånger så hög som bland dem med de lägsta inkomsterna. Den disponibla hushållsinkomsten korrigerad för antalet personer i hushållet är högre för män än för kvinnor i alla åldrar över 65 år.

Det är något fler kvinnor (8 procent) än män (6 procent) som har haft svårigheter att under de senaste 12 månaderna klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar, m.m. Även när hänsyn tas till att kvinnor har längre inkomster och är i genomsnitt äldre än männen kvarstår denna könsskillnad. Skillnaden mellan kvinnor och män kan dock förklaras med att kvinnor i större utsträckning än männen är ensamboende och därför har svårare att klara de löpande utgifterna.

Kvinnor har också i större utsträckning än män avstått från hemtjänst, tandläkare, sjukvård och/eller hämta ut läkemedel på grund av dålig ekonomi. Att

behöva avstå från något av ovanstående drabbar knappt 8 procent av befolkningen i Stockholms län. Det är mest vanligt att avstå ett tandläkarbesök på grund av dålig ekonomi. Närmare 6 procent av männen har avstått ett tandläkarbesök och 7 procent av kvinnorna. Ensamboende kvinnor avstår i större utsträckning att gå till tandläkaren jämfört med män i samma situation. Bland sammanboende äldre är det männen som avstår från att gå till tandläkaren när hänsyn tas till ålder och inkomst.

Frågeställningar och angreppssätt

I redovisningen över hälsoläget och levnadsvanor bland Stockholms läns äldre har vi valt att beskriva nuläget och utvecklingen mellan åren 2002 och 2010. I 2010 års enkät togs den övre åldersgränsen bort, vilket möjliggör analyser även av de allra äldsta. Resultaten redovisas uppdelat på kvinnor och män och i vissa fall tre olika åldersgrupper, 65–74 år, 75–84 år och 85 år och äldre, samt inkomstgrupper. Uppdelning har, för att belysa socioekonomiska skillnader, gjorts efter disponibel hushållsinkomst korrigerad för antalet personer i hushållet. Vi har valt att ha tre inkomstgrupper: de 20 procent med lägst inkomst, de 20 procent med de högsta inkomsterna samt en mellaninkomstgrupp (de övriga 60 procenten). Personer med en negativ disponibel inkomst har exkluderats ur analyserna. Boendesituation redovisas som ensamboende eller samboende. I jämförelserna över tid har endast de som är 65–84 år inkluderats, på grund av ålderstaket på 84 år som fanns i 2002 och 2006 års folkhälsoenkäter.

Hälsoläget bland Stockholms läns äldre

Livet efter 65 år bestäms i hög utsträckning av den samlade effekten av levnadsvillkoren under livsloppet, det vill säga av de skilda ekonomiska, sociala och hälsomässiga förhållandena. Hälsoproblem yttrar sig dessutom på olika många sätt, därför använder vi oss av flera olika hälsoindikatorer för att beskriva hälsoläget bland Stockholms ålderspensionärer. Att ha hälsoproblem är i första hand ett problem i sig, men kan också medföra hinder för att uppnå en bra livssituation och klara av olika vardagliga aktiviteter. Att äldre oftare har olika hälsoproblem än yngre är inte särskilt uppseendeväckande. Däremot betyder detta inte att alla äldre har lika mycket hälsoproblem. Tvärtom tycks skillnader mellan olika socioekonomiska grupper öka med åldern.

Självskattad hälsa

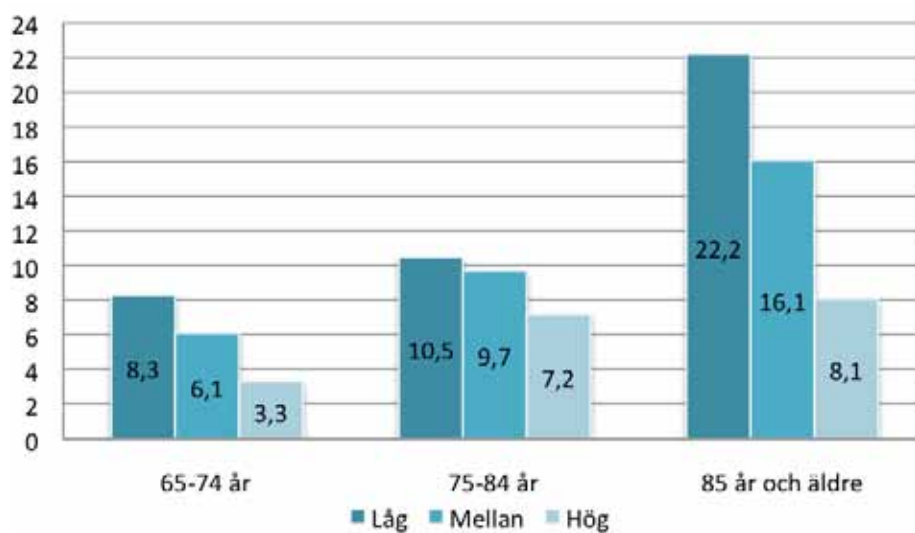
För att fånga hälsotillståndet på ett mera övergripande plan studeras ofta individens självskattade hälsa. Självskattad hälsa utgår ifrån den svarandes egen bedömning av hälsotillståndet. I folkhälsoenkäten ställs frågan om huruvida det egna hälsotillståndet är ”mycket bra, bra, dåligt, mycket dåligt eller något däremellan”.

Drygt 8 procent av alla äldre över 65 år bedömer det egna hälsotillståndet som dåligt eller mycket dåligt. Andelen med dålig hälsa ökar markant med åldern. Det finns inga könsskillnader i självskattad hälsa – ett resultat som överensstämmer med data från den svenska undersökningen om äldres levnadsvillkor (SWEOLD), 2004.

Däremot finns det en tydlig inkomstgradient i självskattad hälsa i alla åldersgrupper. De relativa skillnaderna mellan låg och höginkomsttagare ökar med

åldern. Noterbart är att andelen som rapporterar dålig självskattad hälsa är lika stor i den lägsta inkomstgruppen i 65–74 års ålder som den är i den högsta inkomstgruppen bland de allra äldsta, det vill säga de över 85 år.

Generellt bland länets äldre har den självskattade hälsan inte förändrats nämnvärt sedan 2002.



Figur 2. Andelen med dålig självskattad hälsa i olika inkomstgrupper och åldersgrupperna 65–74 år, 75–84 år och 85 år. Procent. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät 2010.

Psykiskt välbefinnande

Ängslan, oro, ångest är exempel på för äldre personer förhållandevis vanliga former av psykisk ohälsa. Data från folkhälsoenkäten 2010 visar att tre av tio i åldrarna över 65 år rapporterar att de har lätt eller svår ängslan, oro och/eller ångest. Problemet ökar med ålder och kvinnor rapporterar i högre utsträckning än män svår ängslan, oro, ångest i alla åldersgrupper. I åldrarna över 85 år har var fjärde man ängslan, oro eller ångest jämfört med fyra av tio kvinnor (40 procent). Drygt fyra procent rapporterar svår ängslan, oro och/eller ångest. I den äldsta åldersgruppen är andelen sju procent.

Även för ängslan, oro och ångest återfinns en skillnad mellan de olika inkomstgrupperna. Låginkomsttagare rapporterar i högre utsträckning ängslan, oro eller ångest jämfört med mellan- och höginkomsttagare, och de med de högsta inkomsterna har mindre besvär med ängslan, oro och ångest än mellaninkomsttagarna.

Fler ensamboende äldre kvinnor och män rapporterar ängslan, oro, ångest än sammanboende. Skillnaderna kvarstår även när hänsyn tas till ålder och inkomst. Idag vill många äldre vårdas hemma så länge som möjligt. För andra, särskilt de ensamstående, kan det vara förknippat med mycket oro och ångest att inte få möjlighet till tillsyn dygnet runt när de känner att de inte klarar sig själva längre. Kommunerna ska enligt nya riktlinjer och instrument vid biståndsbedömningar ta hänsyn till otrygghetskänslor i form av ängslan, oro, ångest. Därmed försöker kommunerna vid biståndsbedömningen arbeta för att ta hänsyn till hela människan, inte bara eller i första hand den äldre personens fysiska funktionsförmåga och därmed de fysiska behoven samt kommunens

möjligheter att ge hemtjänst. Hur detta fungerar i praktiken är dock för tidigt att uttala sig om.

Det är möjligt att vi underskattar förekomsten av psykisk ohälsa i folkhälsoenkäten. Personer med olika psykiska hälsoproblem kan av olika anledningar inte vilja eller ha svårare att besvara en hälsoenkät jämfört med personer med ett gott psykiskt välbefinnande. Andelen personer som under de senaste två åren fått en diagnos för depression uppgår till 2,5 procent av de svarande över 65 år. I den nationella Folkhälsorapporten från 2009, rapporteras att i åldrarna över 65 år beräknas ungefär 10–15 procent besväras av depression, varav ungefär 5 procent lider av en svår depression. I en sammanställning över äldres psykiska ohälsa beräknas förekomsten av depression uppgå till 12 procent. Rapporten beskriver förekomsten av depression bland äldre så omfattande att man kan prata om ett folkhälsoproblem². Även om folkhälsoenkäten enbart frågar efter diagnostiserad depression så är det svårt att tro att stockholmarna skulle i så mycket mindre grad lida av en depression än äldre i övriga Sverige.

Klarar sin vardag

Att klara sin vardag har ett samband med hälsan, men förmågan att klara sin vardag är också en funktion av faktorer i omgivningen – hur väl bostaden är anpassad till funktionshinder, närhet till affärer, kompetens att sköta hushållssysslor, osv. I åldersgruppen 65–74 år klarar de allra flesta att städa, handla mat, laga mat och tvätta själva. Likafullt är det ungefär 16 procent som behöver hjälp med minst en av sysslorna, redan i den här åldern. Högre upp i åldrarna ökar problemen med att på egen hand klara dessa sysslor. Bland de allra äldsta (85+) behöver knappt 65 procent av männen hjälp medan kvinnornas andel uppgår till drygt 70 procent. Andelen ensamboende kvinnor som behöver hjälp är något fler än andelen ensamboende män. Tar man hänsyn till kvinnornas högre ålder i den äldsta åldersgruppen finns det inte längre några skillnader mellan kvinnor och män vad gäller behovet av hjälp för att klara av hushållssysslor. Påpekas bör dock att eftersom kvinnorna i mycket större utsträckning är ensamboende högre upp i åldrarna är antalet ensamstående kvinnor som behöver hjälp från någon utanför hushållet betydligt fler än männen. Många äldre kvinnor är således beroende av anhöriga och/eller formell omsorg för att klara sin vardag.

Att mäta funktionsnedsättning med förmågan att sköta den personliga omvårdnaden är vanligt inom äldreforskningsområdet. Bland äldre personer brukar först och främst problem med att bada/duscha uppkomma. Förmågan att kunna bada/duscha utan hjälp speglar såväl individens fysiska och kognitiva kapacitet som boendemiljöns utformning. Problem med att bada/duscha ökar markant med stigande ålder. Först i 80 års ålder börjar det bli vanligt att inte kunna på egen hand sköta den personliga omvårdnaden och i åldrarna 85 år och äldre har drygt 20 procent svårighet att klara av att bada/duscha utan hjälp. Det finns en tendens till att kvinnorna i större utsträckning än männen behöver hjälp med att bada/duscha trots att hänsyn tagits till deras högre ålder. Höginkomsttagare tycks ha bättre förutsättningar att klara den personliga omvårdnaden än övriga inkomstgrupper.

² Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Socialstyrelsen, 2008

Noterbart är att endast två av tio personer över 85 år rapporterar att de behöver hjälp med att bada/duscha. Jämförande siffra från två nationella undersökningar³ från 2004 och 2005 visar att drygt 30 respektive 45 procent behöver motsvarande hjälp. Att det på sex år skulle ha skett en sådan förbättring eller att äldre i Stockholms län skulle vara så mycket piggare eller bostäderna i Stockholm så mycket mera handikappanpassade är svårt att tro. Däremot kan vi misstänka att de med sämre funktionsförmåga är underrepresenterade i undersökningen.

Levnadsvanor bland äldre personer i Stockholms län

Det finns idag god kunskap om att bra levnadsvanor kan bidra till oberoende och god hälsa även för de allra äldsta. Dagens äldre personer i Stockholms län har över lag hälsosamma levnadsvanor. Nästan åtta av tio är fysiskt aktiva minst en timme i veckan, två tredjedelar äter frukt och grönsaker dagligen, drygt tre fjärdedelar träffar personligen anhöriga och nära vänner varje vecka och ungefär hälften deltar mer eller mindre regelbundet i någon form av organiserad verksamhet tillsammans med andra.

De hälsosamma levnadsvanorna för länets äldre bekräftas också av rök- och alkoholvanorna. En på tio röker och ännu färre intensivkonsumerar alkohol.⁴

Hälsosamma levnadsvanor är dock inte lika vanliga i alla samhällsgrupper. Det finns i alla åldrar stora skillnader beroende på ålder, kön, olika inkomstgrupper och beroende på boendesituation (sam- eller ensamboende). Dessa skillnader återfinns även bland äldre personer. Hur ser då levnadsvanorna ut bland äldre personer i Stockholms län år 2010?

I detta avsnitt kommer vi bland annat att fokusera på de fyra hörnpelare för ett gott åldrande som Statens folkhälsoinstitut tidigare lyft fram: social gemenskap och socialt stöd, meningsfullhet (vilket inte kan studeras här), fysisk aktivitet och bra matvanor, samt rökning och alkoholvanor.

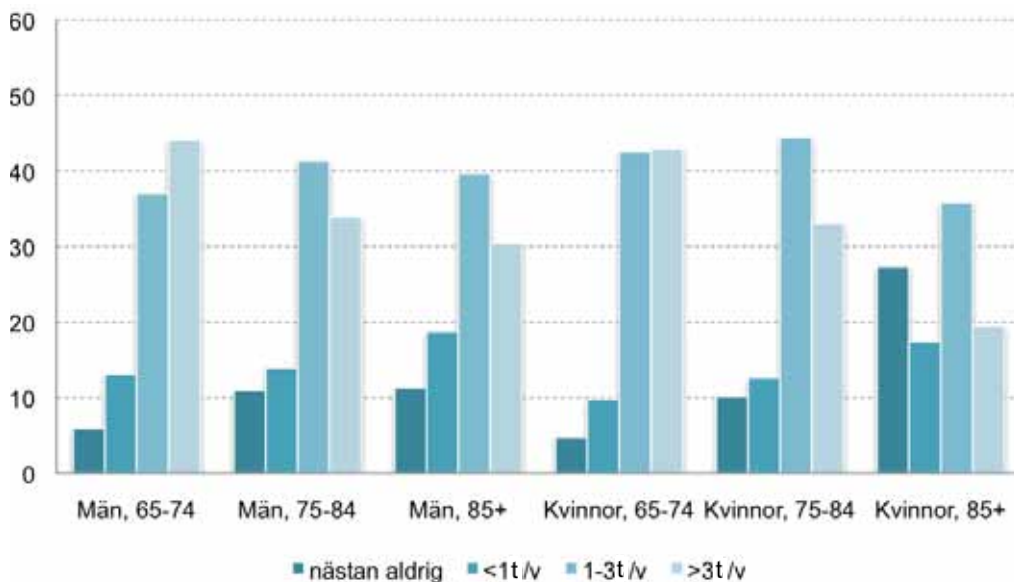
Fysisk aktivitet

Fördelarna med fysisk aktivitet är många och även i hög ålder lönar det sig att vara fysiskt aktiv. En stor del av de funktionsnedsättningar som ofta tillskrivs åldrandet beror i själva verket på fysisk inaktivitet. Funktionsnedsättningarna hade alltså kunnat förebyggas eller åtminstone bromsas med fysisk aktivitet. Genom att vara fysiskt aktiv kan man förbättra sin gångfunktion och balansförmåga och öka muskelstyrkan, vilket i sin tur bland annat leder till minskad fallrisk. Fallskador medför stora samhällskostnader i form av slutenvård och rehabilitering, men också ett stort lidande för individen. Många gånger sätter en fallskada igång en negativ spiral av inaktivitet och beroende. Att med fysisk aktivitet kunna förhindra några av dessa fallskador skulle med andra ord på ett enkelt sätt kunna minska såväl samhällskostnader som individuellt lidande. Fysisk aktivitet minskar också risken för flera vanliga ålderssjukdomar som diabetes och hjärtkärlsjukdom.

³ SCBs undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) samt ARC/CHESS undersökning om äldres levnadsvillkor (SWEOLD)

⁴ Intensivkonsumtion definieras som konsumtion av minst en flaska vin eller motsvarande vid samma tillfälle minst en gång i veckan

Nivån av fysisk aktivitet, mätt som ”gång och cykling” och ”motion”, varierar i olika grupper av äldre. Figur 1 visar hur mycket tid kvinnor och män i olika åldersgrupper ägnar sig åt fysisk aktivitet per vecka. Det är positivt att se att det även i den äldsta åldersgruppen är ganska vanligt att vara fysiskt aktiv, om än aktiviteten består i att promenera till affären. Med stigande ålder minskar dock nivån av fysisk aktivitet, framförallt bland kvinnor.



Figur 3. Nivå av fysisk aktivitet bland män och kvinnor i olika åldersgrupper. Procent. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät 2010.

Fysisk inaktivitet (mindre än en timme per vecka) ökar med stigande ålder och är vanligare bland låginkomsttagare än mellan- och höginkomsttagare. Fysisk inaktivitet är också vanligare bland de ensamboende än bland samboende. Tittar vi närmare på betydelsen av ensam/samboende visar det sig att effekten är olika för kvinnor och män. Ensamboende kvinnor är mer fysiskt aktiva än de samboende, medan ensamboende män istället är mindre aktiva än de samboende (hänsyn tagen till ålder och inkomst).

Att vara fysiskt aktiv mer än tre timmar per vecka är vanligare i yngre åldrar, bland män, bland mellan- och höginkomsttagare och bland samboende personer. Det mest avgörande för regelbunden fysisk aktivitet tycks dock vara inkomstnivån, varken kön eller hushållstyp spelar någon roll när hänsyn tagits till inkomstnivån.

Utvecklingen sedan 2002 vad gäller fysisk inaktivitet – mätt som stillasittande fritid⁵ – visar att andelen inaktiva minskat, framförallt i låg- och mellaninkomstgrupperna, oberoende av ålder och kön. Andelen inaktiva bland män och kvinnor i höginkomstgruppen är i stort sett oförändrad över tid. Inkomsten, och det den representerar, tycks vara mer avgörande för fysisk aktivitet än kön.

⁵ I 2002 och 2006 beskrevs ”stillasittande fritid” som ”Du ägnar dig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning. Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan”. I 2010 efterfrågades istället aktivitetsgrupperna var för sig. Detta försvårar en korrekt jämförelse över tid.

En möjlig förklaring är att låginkomsttagare har sämre hälsa och därför sämre förutsättningar att vara fysiskt aktiva.

Social gemenskap, socialt stöd och upplevelse av ensamhet

Sociala aktiviteter och tillgången till ett personligt stöd vid problem och konflikter (socialt stöd) har också visat sig vara starkt relaterade till välbefinnande och hälsa, även när man kommer upp i åren. För äldre personer går dessutom fysisk och social aktivitet många gånger hand i hand. För många är den sociala samvaron den motiverande faktorn för att delta i någon form av fysisk aktivitet. Att ha ett socialt nätverk kan främja hälsan genom att det uppmuntrar hälsosamma beteenden, att söka vård vid behov och kan underlätta vardagen för den äldre individen med hjälp och stöd i vardagliga aktiviteter.

Bilden av äldre som socialt isolerade är väldigt vanlig och svår att bli av med, trots att många studier visar på motsatsen. Tidigare studier har visat på att äldre personer både har täta kontakter med anhöriga och vänner och ett ganska omfattande deltagande i olika typer av aktiviteter. Siffror från Stockholms län bekräftar den här positiva bilden. Både män och kvinnor träffar anhöriga och nära vänner ofta, tre av fyra träffas minst en gång i veckan. Könsskillnaderna är små, men däremot minskar umgänget med stigande ålder och låginkomsttagare umgås mindre med sina anhöriga och nära vänner än höginkomsttagare (framförallt männen). Att bo ensam har olika inverkan på aktivitetsgraden för kvinnor och män även vad gäller sociala aktiviteter: ensamboende kvinnor umgås mer än samboende kvinnor medan det bland sam- och ensamboende män inte finns någon statistiskt säkerställd skillnad.

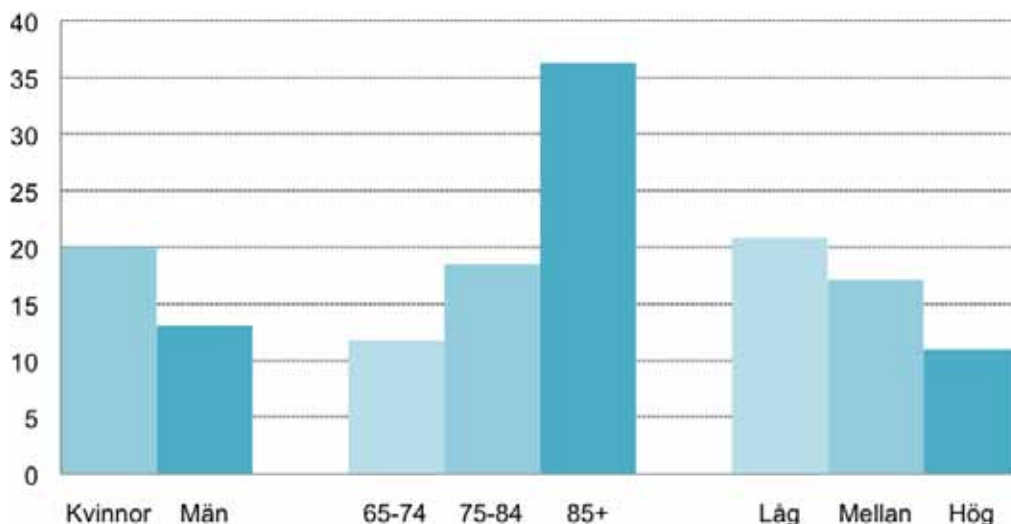
Närmare 90 procent av de äldre i Stockholms län har människor i sin omgivning som kan ge ett personligt stöd vid svårigheter och kriser har. Närmare analyser visar dock på skillnader mellan kvinnor och män. Medan kvinnor verkar ha ett personligt stöd oavsett ålder och inkomstgrupp, är de ”yngre” männen och låginkomsttagarna bland männen en mer utsatt grupp i detta avseende, liksom ensamboende.

Närmare 16 procent av äldre personer mellan 65 och 84 år rapporterar att de besväras av ensamhet minst en gång i veckan. Bland de allra äldsta (85 år och äldre) upplever fler än var tredje ensamhetskänslor och närmare hälften av alla ensamboende äldre över 85 år känner sig ensamma minst en gång i veckan. Det finns en tydlig könsskillnad i rapporteringen av upplevd ensamhet. Enligt folkhälsoenkäten rapporterar 20 procent av kvinnorna och 13 procent av männen att de besväras av ensamhet minst en gång i veckan. Skillnaden mellan kvinnor och män kvarstår även när hänsyn tas till ålder. Äldre personer med låga inkomster upplever mer ensamhetskänslor än övriga inkomstgrupper (Figur 4).

Att besväras av ensamhet är inte detsamma som att vara socialt isolerad. Social isolering är ett begrepp som avser en faktisk avsaknad av sociala relationer eller brister i det sociala nätverket, något som vi tidigare redovisat. Begreppet ensamhet syftar på negativa känslor av brister i de sociala relationerna. Relationen mellan social isolering och känslan av ensamhet är komplex. Tidigare forskning har också visat att socialt isolerade personer inte nödvändigtvis behöver känna sig ensamma och ensamma personer är inte nödvändigtvis isolerade.

Ungefär en procent av de äldre kan definieras som socialt isolerade. De träffar eller har telefon- och internetkontakt med anhöriga och nära vänner mer sällan

än en gång i månaden och deltar inte heller i aktiviteter med andra personer. Det är här intressant att notera att en stor andel av dessa personer är samboende. De anser sig också ha tillgång till ett personligt stöd och de känner sig sällan ensamma. Det är framförallt personer som är ofrivilligt isolerade, t.ex. de som av hälsoskäl mer och mer begränsas till hemmet, som måste uppmärksammas.



Figur 4. Andelen som rapporterar besvär av ensamhet minst en gång i veckan bland kvinnor och män, olika åldersgrupper och inkomstgrupper. Procent. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät 2010.

Känsla av ensamhet är fyra gånger vanligare bland ensamboende jämfört med samboende när hänsyn tas till kön och ålder. Könsskillnaderna i upplevd ensamhet kan till stor del förklaras av att många äldre kvinnor bor ensamma. Det är också intressant att konstatera att samboendeförhållandet inte verkar erbjuda det skydd mot ensamhet som man kanske kan föreställa sig. Att vara gift/sammanboende minskar risken för att besvär av ensamhet drastiskt, men även bland de gifta/sammanboende rapporterar närmare 8 procent att de besvär av ensamhet minst en gång i veckan. Det är fler kvinnor än män bland de samboende som upplever ensamhet.

Under perioden 2006–2010 har det inte hänt så mycket vad gäller rapporterad ensamhet. Den enda grupp där en förändring kan påvisas är bland de ensamboende männen, där vi ser en ökning i rapporteringen av ensamhet.

Att känna sig ensam är något som drabbar många äldre. Känslan av ensamhet kan vara något tillfälligt eller en mer eller mindre konstant känsla. Att leva med en känsla av ensamhet har ett samband med individens hälsa, livskvalitet och levnadsvanor. Våra resultat visar bland annat att äldre personer med dålig självrapporterad hälsa upplever ensamhet i större utsträckning än äldre personer med god hälsa. Dessutom har besvär av ångslan, oro, ångest ett starkt samband med känslan av ensamhet – ett samband som inte kan förklaras av kön, ålder, boendeförhållanden, inkomst eller dålig självskattad hälsa. Flera forskningsstudier om ensamhet har dessutom föreslagit att känslan av ensamhet kan vara underskattad i befolkningen som följd av den skam och stigmatisering som ensamheten innebär. Det finns därmed all anledning att ta ensamhetsfrågan på största allvar.

Deltagande i aktiviteter

Att delta i någon form av organiserad verksamhet med andra (t.ex. musik/teater, religiös sammankomst, föreningsverksamhet) är något vanligare bland kvinnor än bland män (55 respektive 49 procent). Som väntat minskar deltagandet med stigande ålder. Inkomstnivån hänger nära samman med deltagande i den här typen av aktiviteter, höginkomsttagare deltar mer än både mellan- och låginkomsttagare. Även här ser vi att ensamboendet har olika inverkan på kvinnor och män – ensamboende kvinnor deltar mer i aktiviteter med andra, medan ensamboende män deltar mindre.

Utvecklingen över tid är i huvudsak positiv vad gäller sociala aktiviteter och socialt stöd. Sedan 2002 har andelen som rapporterar att de saknar ett personligt stöd minskat och deltagandet i aktiviteter med andra har ökat – huvudsakligen bland kvinnor – och sedan 2006 har det sociala umgänget med anhöriga och vänner ökat. Tabell 1 visar förekomsten av socialt umgänge, deltagande i organiserad verksamhet med andra och upplevd tillgång till personligt stöd. Hänsyn har inte tagits till ålder och socioekonomisk grupp i tabellen.

Tabell 1. Socialt umgänge, deltagande i organiserad verksamhet med andra och upplevd tillgång till personligt stöd. Kvinnor och män, 2002–2010. Procent. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät.

	Kvinnor			Män		
	2002	2006	2010	2002	2006	2010
Lågt socialt umgänge ¹	–	26.5	22.4***	–	28.1	23.9***
Deltar inte i aktiviteter med andra	48.7	46.9	42.1***	51.1	49.1	49.7
Lågt personligt stöd	14.1	10.5	9.8***	16.6	15.2	14.4

¹ Träffar anhöriga och nära vänner mindre än veckovis

Matvanor – frukt- och grönsakskonsumtion

Även matvanorna lyfts fram som en viktig hälsofrämjande faktor i de fyra hörnparerna för ett gott åldrande. Frukt- och grönsakskonsumtion är en vanlig indikator på matvanor. Enligt rekommendationerna ska man äta frukt och grönsaker fem gånger om dagen (motsvarande 400–600g) för att på så sätt minska risken för t.ex. cancer och hjärtkärlsjukdomar. När det gäller äldre personer kan det vara mer relevant att titta på låg konsumtion, vilket troligen också indikerar en i övrigt bristfällig kost.

Frukt- och grönsakskonsumtionen visar ett väntat mönster. Det är vanligare att män inte äter frukt och grönsaker på daglig basis än kvinnor, 40 procent jämfört med 29 procent. Konsumtionen minskar med stigande ålder och är lägre bland ensamboende och bland låg- och mellaninkomsttagare. Resultaten stämmer väl överens med siffror från nationella folkhälsoenkäten.

Förändrat frågeupplägg i de olika enkäterna vad gäller frukt- och grönsakskonsumtion försvårar en jämförelse över tid, men data från nationella folkhälsoenkäten visar i princip ingen förändring över tid. Med andra ord kvarstår skillnaderna i frukt och grönsakskonsumtion mellan olika grupper

Daglig rökning

Tio procent av både kvinnor och män röker dagligen. Rökningen tenderar att minska med stigande ålder. Låg- och mellaninkomsttagare röker mer än höginkomsttagare, detta samband syns framförallt bland männen. Likaså är ensamboende relaterat till rökning. Både bland kvinnor och bland män är det dubbelt så vanligt att röka om man är ensamboende jämfört med samboende.

Under perioden 2002–2010 har rökning bland äldre män minskat, medan äldre kvinnor fortsätter att röka. Utvecklingen över perioden skiljer sig också åt i olika inkomstgrupper. Mellaninkomsttagare, både män och kvinnor, har en oförändrad nivå av daglig rökning över perioden, medan det minskar bland låg- och höginkomsttagare. En minskad andel rökare beror dels på att individer slutar röka, men också på att dödligheten är högre bland rökare.

Alkoholkonsumtion

Allt fler äldre stockholmare dricker alkohol.⁶ Under perioden 2002–2010 har andelen som någon gång under det senaste året druckit ett glas alkohol ökat från ca 77 procent till 83 procent. Den verkliga ökningen kan vara ännu större eftersom den självskattade alkoholkonsumtionen brukar vara lägre än den faktiska. Ökningen drivs framförallt av det är vanligare att äldre kvinnor dricker alkohol. Ytterligare analyser visar att alkoholkonsumtion är dubbelt så vanligt 2010 jämfört med 2002 bland kvinnor med låga inkomster, men även bland medelinkomstkvinnorna har det ökat markant.

Ur ett folkhälsoperspektiv är det dock mest relevant att undersöka riskkonsumtion av alkohol. Ungefär 9 procent av äldre personer i Stockholms län intensivkonsumerar alkohol.⁷ Som väntat är det mycket vanligare bland män än bland kvinnor (13 jämfört med 5 procent) och ju yngre man är, däremot finns inget samband med inkomst. Att vara ensamboende har ett samband med intensivkonsumtion bland män men inte bland kvinnor.

⁶ I 2002 exemplifierades alkoholkonsumtion med sprit, starkvin, lättvin, starköl eller folköl. I 2006 och 2010 nämndes även starkcider och alkoholisk.

⁷ Intensivkonsumtion definieras som konsumtion av minst en flaska vin eller motsvarande vid ett och samma tillfälle, minst en gång i veckan. Frågan har ändrats i 2010 års enkät och går därför inte att jämföra med tidigare år.

Sammanfattning och rekommendationer

Positiv hälsoutveckling

Hälsoutvecklingen för äldre har varit positiv under många decennier, levnads-längden har ökat under hela 1900-talet och inget tyder på annat än att vi fortsätter att leva längre, och att det i huvudsak är friska år vi lägger till livet. Det finns många faktorer som bidragit till denna positiva utveckling. Från att ha handlat om faktorer som bättre hygien och bostadsmiljöer har faktorer som utbildning och levnadsvanor fått en allt större betydelse. Detta torde också vara orsaken till de hälsoskillnader folkhälsoenkäten visar mellan olika grupper av länets befolkning. Detta är ingen ny kunskap, men bekräftas åter igen i denna studie. Det finns tydliga hälsoskillnader, mellan hög- och låginkomsttagare. Skillnaderna syns också när man studerar både vad som främjar hälsan – som fysisk och social aktivitet och goda kostvanor – och det som är hälsorisker – som rökning och alkohol.

Prioritera i det förebyggande arbetet

En klar majoritet av länets äldre har, ur ett hälsofrämjande perspektiv, goda levnadsvanor. Men det finns grupper där många är fysiskt inaktiva, deltar mindre i olika kulturella och föreningsaktiviteter och mer sällan äter frukt och grönt. De är få bland höginkomsttagare, förhållandevis många bland låginkomsttagare. En särskild riskgrupp är ensamboende män med låga inkomster.

Utmaningen i det förebyggande arbetet är att nå dessa grupper med ett positivt hälsobudskap och att underlätta livsstilsförändringar. Traditionella sätt som information via webben (t.ex. folkhälsoguiden), tidningsartiklar och annan skriven information når främst de som redan har god kunskap. Inget fel i det eftersom det kan stärka dem att behålla bra levnadsvanor även när orken tryter med ökande ålder och kroppen inte vill vad man själv vill. Men vi når på de sätten inte ut till de som bäst behöver information och inspiration.

Det motiverande samtalet är en form. Husläkarmottagningarnas uppdrag att erbjuda hälsosamtal till alla som under året fyller 75 år är en sådan möjlighet. Erfarenheterna från utvärderingarna av hälsosamtalen visar att de har en god potential, men att det kan finnas skäl att prioritera områden och målgrupper. Det samma gäller för de förebyggande hembesök och annan informativ och uppsökande verksamhet som kommunerna svarar för.

Andelen som upplever sig ensamma, och som uttrycker att man ofta är orolig, är klart högre bland ensamboende än bland sammanboende. Inte oväntat, men trots att kunskapen finns sker sällan riktad uppsökande verksamhet till äldre personer som t.ex. är eller nyligen blivit änkor/änkemän.

Regeringen prövar nu genom Statens folkhälsoinstitut att i fyra landsting/re-gioner ha hälsocoacher riktad främst till yngre pensionärer. Inspirationen har hämtats från Finland. Hälsocoachning ska i försöksverksamheten vara en del av vårdcentralens uppdrag och rikta sig till personer som vårdcentralen ser har en risk att få en dålig hälsa, dvs. komma in i ett tidigt skede innan sjukdomarna utvecklats. Den ska utföras av distriktssköterskor och sjukgymnaster som fått särskild utbildning i motiverande samtal. Vi bör i vårt län följa försöksverksamheten med intresse.

Sociala mötesplatser

I regeringsuppdraget ingår också försöksverksamheter med sociala mötesplatser för äldre. Deras betydelse för välbefinnandet torde öka ju äldre personen blir. Yngre pensionärer har vanligen ett bra socialt nätverk, är aktiva och upplever mindre ofta än äldre pensionärer ensamhet. Åldrandet innebär både att man får svårare att ta sig dit man vill, göra det man gillat och att ha kontakt med släkt och vänner. Det sistnämnda ofta helt enkelt för att man överlevt dem. Då kan en mötesplats dit man får hjälp att komma betyda mycket för ens hälsa och upplevelse av att man fortfarande lever och betyder något. Det finns i vårt län många goda exempel. Ett sådant lyfts fram i Folkhälsoinstitutets kartläggning, Friskvårdscentret i Hässelby. I stadsdelsområdet finns också träffpunkten Växthuset. Liknande verksamheter finner vi på flera håll i Stockholm, t.ex. i Enskede-Årsta-Vantör, liksom i länets kommuner. VillGott i Solna är ett sådant exempel.

För kommunerna är det viktigt med ett bra samspel med föreningslivet. Många av länets kommuner, t.ex. Stockholms stad, följer nu upp överenskommelsen från 2008 mellan regeringen, Sveriges kommuner och landsting och idéburna organisationer genom att träffa lokala överenskommelser om hur samspelet ska ske. Rekrytering av volontärer och samverkan kring träffpunkter är ett par exempel på vad samverkan kan handla om.

Äldre från andra länder

En grupp som ofta har sämre hälsa är äldre invandrare, såväl arbetskraftsinvandrare som flyktingar och anhöriga. Av arbetskraftsinvandrarna är det många som har haft slitsamma arbeten. Många har främst haft kontakter med landsmän, har inte så goda kunskaper i svenska och är inte så förankrade i Sverige trots att de bott här i decennier. Andra har kommit hit under de senaste decennierna, på flykt eller som anhängare. För äldre personer med invandrarbakgrund med bristande förankring i det svenska samhället, kan föreningslivet vara av stor vikt. Ett gott exempel är syriska föreningen som genom samarbete med Stockholms stad har kunnat genomföra riktade satsningar på information och aktiviteter för sina medlemmar.

Samhällsplaneringens roll

Samhällsplaneringen har en viktig roll när det gäller att underlätta för personer med ett skört socialt nätverk att få kontakt med andra. De informella mötena, att byta några ord med någon, ska inte underskattas. Närbutikerna, träfflokaler i bostadsområdet och parkbänken är några exempel. Vi måste vårda våra offentliga och halvprivata rum.

Vi kan se att samhällsförändringar och ökad kunskap har lett till betydande hälsoförbättringar bland de äldre. Vi kan också se att vi inte är i mål. Riksdagens målsättning om jämlik hälsa är inte uppnådd, snarare tenderar hälsoskillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper att öka. För att uppnå förändringar behöver landstinget, länets kommuner och föreningslivet gemensamt söka modeller för hur man lokalt ska nå de grupper som har störst risk att få sämre hälsa och välbefinnande på äldre dar.

Stödja välbefinnandet hela livet

Hur den enskildes framtid som äldre kommer att se ut är naturligtvis svårt att förutspå. Kvinnor och män, ensamboende och samboende, personer med olika socioekonomisk och etnisk bakgrund har alla olika livshistorier och uppvisar olika hälsomönster – något som påverkar hälsan på äldre dar. Ett sunt och aktivt liv bidrar sannolikt till fler goda år som ålderspensionär, men det är ingen garanti för att man som äldre inte ska bli beroende av andra för att klara vardagen. Den moderna sjukvården har lett till att även mycket gamla personer får möjlighet till medicinsk hjälp. En hjälp som paradoxalt nog medför att fler äldre får fler år till livet med nedsatt hälsa. Förebyggande folkhälsopolitiska program är av stort intresse och kan minska antalet äldre med hälso- och omsorgsbehov i framtiden. Däremot kommer med stor sannolikhet antalet som faktiskt behöver hjälp i framtiden att vara lika stor som idag då antalet mycket gamla i befolkningen kommer att öka. Behovet av insatser för att främja välbefinnandet i den del av livet när vi är beroende av andra för att klara oss kommer inte att minska, och kommer inte att vara mindre viktigt i en framtid. Men självklart är förebyggande insatser som senarelägger denna fas i livet viktigt. Det är aldrig för sent, och vi vet från t.ex. det stora EU-projektet Healthy Ageing att bra förebyggande insatser är lönsamma.

Lästips

Agahi, N., Andersson, L., Lagergren, M., Lennartsson, C., Piekut, D., Saletti, A., Thorslund, M. & Wånell, SE. 2008. Hälsoläget hos länets ålderspensionärer en grund för hälsofrämjande åtgärder, Rapport 2008:2. Stockholm, Äldrecentrum

Lennartsson, C. & Heimerson, I. 2009. Äldres hälsa. I Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen.

Karp, A., Lagerin, A., Rydman, I-B., Sherman, H., Söderhielm Blid, S., Törnkvist, L., Wånell SE, 2010. Förebyggande hembesök, Rapport 2010:11. Stockholm, Äldrecentrum

Socialmedicinsk Tidskrift, 2010:87, 3 Hälsosamt åldrande – en mänsklig rättighet

Ebrahimi, R., Hallgren, E., Karp, A., Wånell, SE., 2011. Främja hälsan hos äldre med utländsk bakgrund, Rapport 2011:1, Stockholm, Äldrecentrum



Stockholms läns landsting
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Telefon: 08-123 132 00 vx

Beställning av rapporten:
informationsmaterial.lsf@sll.se
Tfn 08-123 132 99

