



ÄLDRE PERSONERS HÄLSA OCH LIVSSITUATION

Läget i Stockholms län och utmaningar
för det fortsatta hälsoarbetet

Carin Lennartsson
Neda Agahi
Sven Erik Wånell

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2012:8 ISSN 1401-5129

FÖRORD

Det är aldrig för sent var budskapet när Statens folkhälsoinstitut i slutet av 1990-talet förde fram vikten av att främja hälsan även på äldre dar. Det budskapet är det knappast någon som längre ifrågasätter. Däremot är det inte givet att landsting och kommuner prioriterar äldre personer när knappa medel för förebyggande insatser ska fördelas. Rätt prioriteringar kräver kunskap. Denna rapport syftar till att ge uppdaterad kunskap om hälsosituationen hos länets äldre, och hur levnadsvanor av betydelse för hälsan ser ut. Det är den fjärde rapport som Äldrecentrum tar fram med ledning av landstingets folkhälsoenkäter, den första utgick från 1998 års enkät, därefter har rapporter skrivits med ledning av 2002 och 2006 års enkäter, denna rapport bygger på 2010 års enkät.

Avslutningsvis i rapporten uppmärksammas några områden och grupper som utifrån resultaten i folkhälsoenkäten, bör lyftas fram i landstingets och kommunernas förebyggande arbete. Vidare ges några exempel på pågående utvecklingsarbete i länet. Dessa exempel har tidigare presenterats i seminarier i det folkhälsonätverk som Äldrecentrum och Stockholms läns landsting ansvarar för.

Arbetet med denna rapport liksom det nätverk som syftar till att föra ut kunskap om äldre och folkhälsa har finansierats av Stockholms läns landstings folkhälsoanslag.

Rapporten har författats av forskarna vid Aging Research Center (Karolinska Institutet/Stockholms Universitet) Carin Lennartsson och Neda Agahi samt utredaren vid Äldrecentrum Sven Erik Wånell. Linda Hols-Salén och Max Lundin, Aging Research Center, har bidragit med statistiska analyser och Nils Larsson Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, SLSO har bidragit med statistik redovisad i kartform.

Stockholm december 2012

Chatrin Engbo

Direktör

Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	4
BAKGRUND.....	4
<i>Syftet med Stockholms läns folkhälsoenkät</i>	4
<i>Population och bortfall</i>	5
<i>Disposition och upplägg</i>	6
STOCKHOLMS LÄNS ÄLDERSPENSIONÄRER	7
<i>Förväntad livslängd i länet</i>	7
<i>Befolkningsstrukturen i Stockholms län</i>	10
HÄLSOLÄGET BLAND ÄLDRE PERSONER I STOCKHOLMS LÄN.....	13
SJÄLVSKATTAD HÄLSA	13
PSYKISKT VÄLBEFINNANDE	19
PSYKISK OHÄLSA	21
<i>Depression</i>	21
<i>Ihållande trötthet</i>	22
<i>Sömnsvårigheter</i>	23
<i>Ängslan, oro, ångest</i>	24
<i>Samtliga tre symtom på psykisk ohälsa</i>	24
<i>Självordstankar och självmord</i>	28
HÖRSEL, SYN OCH RÖRELSEFÖRMÅGA	28
<i>Nedsatt hörsel</i>	28
<i>Nedsatt syn</i>	29
<i>Samtidiga syn- och hörselproblem</i>	29
<i>Problem med att röra sig</i>	30
ATT KLARA SIN VARDAG.....	31
<i>Städa, handla, laga mat och tvätta</i>	32
<i>Personlig omvårdnad</i>	33
LIVSSITUATION OCH LEVNADSVANOR.....	36
EKONOMI.....	36
<i>Ekonomiska svårigheter</i>	37
BOENDEMILJÖ.....	38
<i>Tillgänglighet och utbud av service</i>	38
<i>Trygghet i boendemiljön</i>	40
FAMILJ OCH SOCIALT NÄTVERK.....	45
<i>Hjälper närstående</i>	45
<i>Sociala relationer och personligt stöd</i>	47
<i>Känsla av ensamhet</i>	51
LEVNADSVANOR	56
<i>Fysisk aktivitet</i>	57
<i>Aktiviteter tillsammans med andra</i>	60
<i>Matvanor</i>	62
<i>Alkoholkonsumtion</i>	64

<i>Rökning</i>	66
UTMANINGAR OCH UTVECKLINGSARBETE	68
ETT OJÄMLIKT ÅLDRANDE	68
PSYKISK OHÄLSA	69
GEMENSKAP OCH SOCIALA AKTIVITETER.....	69
FYSISK AKTIVITET	70
GRUPPER SOM BEHÖVER UPPMÄRKSAMMAS	71
<i>Hög ålder</i>	71
<i>Ensamboende</i>	71
<i>Låg inkomst</i>	72
<i>Äldre födda i andra länder</i>	73
<i>Anhöriga som vårdar en närstående</i>	73
EXEMPEL PÅ UTVECKLINGSARBETE.....	74
<i>VillGott i Solna</i>	75
<i>Växthuset i Vällingby</i>	78
<i>Förebyggande arbete i Enskede-Årsta-Vantör</i>	80
<i>Syriska föreningens äldregrupp</i>	82
<i>Hälsosamtal med 75-åringar</i>	83
REFERENSER	86

SAMMANFATTNING

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har sedan slutet av 1990-talet landstingets uppdrag att utifrån Stockholms läns folkhälsoenkäter rapportera om hälsa och välbefinnande bland länets befolkning över 65 år. I denna rapport redovisas resultaten i hälsa, livsvillkor och levnadsvanor från folkhälsoenkäten 2010 samt utvecklingen inom dessa områden över de senaste tio åren.

Resultaten från Stockholms läns folkhälsoenkät 2010 visar att en majoritet av länets äldre bedömer sin hälsa som god. I åldersgruppen 65 till 69 år anger två tredjedelar att de har en bra eller mycket bra hälsa. Andelen minskar dock med stigande ålder samtidigt som andelen som anger att de har en dålig eller mycket dålig självskattad hälsa ökar. Folkhälsoenkäten visar att en större andel kvinnor rapporterar bra eller mycket bra hälsa år 2010 jämfört med år 2002. Andelen bland männen har inte förändrats. Andelen kvinnor och män som anser sig ha dålig eller mycket dålig hälsa har inte förändrats över tid. Trots kvinnornas utveckling kvarstår könsskillnaderna.

Att besväras av hälsoproblem är dock vanligt i den äldre befolkningen, trots att många bedömer sin självskattade hälsa som bra eller mycket bra. Som exempel kan nämnas att i åldrarna över 65 år rapporterar cirka 30 procent att de har lätt eller svår ångslan, oro, ångest. Kvinnor rapporterar i högre utsträckning än män både lätt och svår ångslan, oro, ångest. Besvären ökar inte nämnvärt med åldern med undantag för de allra äldsta kvinnorna.

Att kunna gå och röra sig, se och höra är funktioner som påverkar individens möjligheter att ha en fungerande vardag. Att gå och röra sig någorlunda obehindrat är en förutsättning för att kunna motionera, handla, utträta ärenden, träffa släkt och vänner och aktivt delta i samhällslivet. Närmare 40 procent av äldre stockholmare i åldrarna över 65 år anger att de har svårt att promenera någorlunda raskt en kortare sträcka eller att gå i trappor. I åldrarna över 80 år har sex av tio personer sådana problem. Kvinnor har i större utsträckning svårt att gå och röra sig jämfört med männen i samma ålder.

I Stockholms län har var femte i åldrarna över 65 år svårt, även med hörapparat, att följa ett samtal. Sex procent kan inte läsa en dagstidning, trots att de har synhjälpmedel. Att samtidigt ha syn- och hörselnedsättning orsakar både svårigheter att kunna kommunicera och försvårar orienteringsförmågan och möjligheten att fungera i vardagen. I åldrarna över 80 år är det närmare sex procent som har både nedsatt hörsel och syn.

I åldersgruppen 65 till 74 år klarar de allra flesta att städa, handla, laga mat och tvätta själva. Likafullt är det, redan i de yngsta åldersgrupperna, 16 procent som behöver hjälp med minst en av sysslorna. Högre upp i åldrarna ökar problemen och i åldrarna över 85 år behöver 63 procent av männen hjälp medan kvinnornas andel uppgår till knappt 70 procent.

Problem med att bada/duscha utan hjälp ökar markant med stigande ålder och i 80-årsåldern börjar det bli vanligt att inte kunna sköta den personliga omvårdnaden på egen hand. Drygt 20 procent i åldrarna över 85 år har svårigheter att klara av att bada/duscha utan hjälp.

Att klara sin vardag är inte bara relaterat till hälsa och funktionsförmåga utan också faktorer i omgivningen – exempelvis hur väl bostaden är anpassad till funktionshinder, närhet till affärer, gatumiljö, kollektivtrafik mm. Bostaden och närmiljön har således betydelse för individens hälsa och välbefinnande, särskilt i hög ålder. Hur trygg man känner sig och tilliten till grannarna har också betydelse. I åldrarna över 65 år är det tolv procent av Stockholms läns invånare som rapporterar att de ofta avstår från att gå ut på kvällen. Det är betydligt vanligare att kvinnor avstår från att gå ut jämfört med män. Oron för att gå ut på kvällstid ökar med stigande ålder och bland kvinnor över 85 år rapporterar tre av tio att de ofta avstår från att gå ut.

En klar majoritet av länets äldre invånare träffar sina anhöriga och vänner. Ungefär åtta av tio umgås med sina närstående minst en gång i veckan. Drygt tio procent gör det dagligen. Det sociala umgänget är relativt stabilt över åldrarna. Det återfinns ingen skillnad mellan kvinnor och män.

Att hjälpa någon närstående med vardagliga sysslor och omsorg utgör en självklar del i vardagen för många äldre. I åldrarna över 65 år är det omkring 15 procent av stockholmarna som uppger att de är omsorgsgivare. Resultaten visar att både äldre kvinnor och män i nära nog lika stor utsträckning hjälper, ser till eller vårdar någon närstående.

Det finns många fördelar med fysisk aktivitet och även i hög ålder lönar det sig att vara fysiskt aktiv. Nästan fyra av tio i befolkningen 65 år och äldre i Stockholms län är fysiskt aktiva i mer än tre timmar per vecka. För många bibehålls den fysiska aktivitetsnivån långt upp i åldrarna. Med stigande ålder minskar dock nivån av fysisk aktivitet, framförallt bland kvinnor, men drygt hälften av kvinnorna över 85 år går, cyklar eller motionerar minst en timme per vecka.

Ungefär hälften av de svarande deltar regelbundet i organiserad verksamhet tillsammans med andra, kvinnor deltar i större utsträckning än män (55 respektive 49 %). I likhet med fysisk aktivitet, minskar även deltagandet i den här typen av aktiviteter med stigande ålder. Utvecklingen över tid har varit positiv för kvinnorna. Sedan 2002 har andelen äldre kvinnor mellan 65 och 84 år som regelbundet deltar i organiserad verksamhet tillsammans med andra ökat. Bland männen har andelen aktiva varit oförändrad.

Hälsa, livssituation och levnadsvanor varierar dock mycket i den äldre befolkningen. Det finns stora skillnader mellan olika grupper av äldre, kvinnor och män, ensamboende och samboende samt mellan länets kommuner och stadsdelarna i Stockholms stad. Generellt har kvinnor sämre hälsa än män och ensamboende rapporterar i större utsträckning både sämre hälsa och levnadsvanor än samboende.

Skillnader återfinns också mellan socioekonomiska grupper. Utbildning, det arbete man haft och den inkomst man har är av stor betydelse för levnadsvanor, hälsan och funktionsförmågan. Resultaten visar inte enbart på en skillnad mellan de med högst inkomst och de med lägst inkomst, utan skillnader i en mängd olika hälsoproblem och levnadsvanor återfinns mellan samtliga inkomstnivåer. En jämförelse mellan folkhälsoenkäterna 2002, 2006 och 2010 visar att hälsoskillnaderna mellan inkomstgrupperna består.

Utrikesfödda äldre individer utgör en mycket heterogen grupp och data från folkhälsoenkäten medger av olika skäl inte detaljerade analyser. Analyserna uppdelade på kommuner och stadsdelar kan dock ge en indikation om skillnader i hälsa, livssituation och levnadsvanor mellan utrikes- och svenskfödda, eftersom andelen äldre utrikesfödda personer varierar kraftigt i länets olika delar.

Stockholms län hade 2010 en högre förväntad livslängd jämfört med riket. Den förväntade livslängden varierar dock mellan länets kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Skillnaden är som högst fyra år för kvinnor och för männen är skillnaderna ännu större – drygt fem år. Resultaten visar även på betydande skillnader mellan kommunerna och stadsdelarna i hälsa, livssituation och levnadsvanor. Till exempel skiljer det upp till 30 procentenheter i andelen med god hälsa mellan de kommuner och stadsdelar med högst respektive lägst andel med god hälsa, 25 procentenheter i andelen som ofta avstått från att gå ut på kvällen samt drygt 20 procentenheter i andelen som är fysiskt aktiva.

Rapporten uppmärksammar områden som kan utgöra ett underlag för utveckling av kommunernas och landstingets förebyggande arbete för att förbättra hälsan och minska den ojämlikhet i hälsa som råder mellan olika grupper av äldre. Grupper som kan vara särskilt relevanta i uppsökande och förebyggande folkhälsoarbete är bland andra; de allra äldsta, äldre med låga inkomster samt ensamboende personer. Rapporten avslutas med några exempel på pågående utvecklingsarbete i länet. De har tidigare presenterats i seminarier i det folkhälsonätverk som Äldrecentrum och nuvarande Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin vid Stockholms läns landsting svarar för.

INLEDNING

Bakgrund

Sedan början av 1990-talet har Stockholms läns landsting följt hälsoutvecklingen i länet. Detta har bl.a. skett genom en folkhälsoenkät i början av varje ny mandatperiod. Sedan 1998 har Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum haft landstingets uppdrag att utifrån Stockholms läns folkhälsoenkät rapportera om äldre stockholmarnas hälsa, livssituation och levnadsvanor. I denna rapport redovisas äldre stockholmarnas hälsa och levnadsvanor samt utvecklingen i hälsa och levnadsvanor över de senaste tio åren.

En god hälsa är många gånger en viktig förutsättning för ett fungerande och gott liv. God hälsa är både ett resultat av och bidrar till att klara vardagen och ha goda levnadsvanor.

En majoritet av de äldre i Stockholms län har en god hälsa. I denna rapport har vi dock valt att studera hälsoproblem och levnadsvanor som utgör en ökad risk för ohälsa. Vi har valt detta angreppssätt eftersom det i ett folkhälsoperspektiv är av intresse att beskriva och lyfta fram grupper av äldre med hälsoproblem. Dessa grupper kan särskilt behöva uppmärksammas i landstingets och kommunernas förebyggande arbete. Att ha nedsatt hälsa innebär bland annat en ökad risk för att inte klara vardagen själv, samt en ökad risk för att utveckla flera hälsoproblem samtidigt. En dålig hälsa kan även innebära att möjligheten till umgänge och fysisk aktivitet minskar.

Resultaten ger landstinget och länets kommuner en del utmaningar. Rapporten vill, förutom att ge en bild över hur hälsoproblemen och levnadsvanorna fördelar sig i Stockholms län, utgöra ett underlag för arbetet med att förbättra hälsan och minska ojämlikheten i hälsa. I rapportens avslutande del uppmärksammas några angelägna aspekter kring de äldre stockholmarnas hälsa och levnadsvanor. Dessutom lyfts några grupper som kan vara särskilt relevanta i uppsökande och förebyggande folkhälsoarbete. Avslutningsvis redovisas några exempel på pågående utvecklingsarbete i länet. De har tidigare presenterats i seminarier i det folkhälsonätverk som Äldrecentrum och nuvarande Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin vid Stockholms läns landsting svarar för.

Arbetet med denna rapport liksom det nätverk som syftar till att föra ut kunskap om äldre och folkhälsa har finansierats av Stockholms läns landstings folkhälsoanslag.

Syftet med Stockholms läns folkhälsoenkät

Syftet med Stockholms läns folkhälsoenkät är att följa hälsoutvecklingen i länet och ge underlag för insatser som ska underlätta för att uppnå folkhälsomålen i länet.

Målen är:

- Goda livsvillkor – ojämlikhet i hälsa ska minska
- God miljö – den miljörelaterade hälsan ska förbättras
- Goda arbetsförhållanden – den arbetsrelaterade hälsan ska förbättras
- Hälsosamma levnadsvanor – förutsättningarna för goda levnadsvanor ska förbättras och ohälsa på grund av livsstil ska minska
- God psykisk hälsa – den psykiska ohälsan ska minska

I denna rapport är det särskilt de två sistnämnda målen som uppmärksammas.

Population och bortfall

På uppdrag av Stockholms läns landsting genomförde Statistiska centralbyrån (SCB) denna mandatperiods Folkhälsoenkät under hösten 2010. Denna rapport bygger på den särskilda enkät som sändes till personer 65 år och äldre. Utifrån samtliga folkbokförda i Stockholms län, den 31 december 2009, i åldern 65 och äldre drogs ett stratifierat urval¹ på 10 977 personer. Frågeformulären skickades ut till urvalspersonerna med post. Via informationsbrev ombads de besvara frågorna antingen via papper eller via webben. Stockholms läns landsting bestämde att enkäten skulle ges ut på sex olika språk inklusive svenska. Totalt svarade 8 128 personer vilket motsvarar en svarsfrekvens på 74 procent. Svarsfrekvensen varierar mellan länets kommuner och stadsdelar. Högst ligger Tyresö med en svarsfrekvens på 82 procent. Lägst andel svarande har Rinkeby-Kista med 56 procent. Områden med många utrikesfödda har generellt högre bortfall.

Förutom att bortfallet påverkas av urvalspersonens födelse land, varierar det även beroende på kön, ålder och socioekonomisk position. När data från folkhälsoenkäten presenteras i rapporten har vi korrigerat för olika former av felkällor, bland annat bortfallets storlek i olika grupper, med hjälp av ett viktsystem. Ambitionen med ett viktsystem är att ge samtliga individer med olika karaktäristika rätt grad av vikt i resultaten. I data från folkhälsoenkäten har en vikt räknats fram för att kunna räkna upp resultaten till populationsnivå. Vikten kompenserar för observationsbortfall men inte för det partiella bortfallet, det vill säga bortfallet på varje enskild fråga. (För mer information om datainsamlingen och viktberäkningar, se Statistiska Centralbyrån 2010). Vi redovisar samtliga resultat viktade.

¹ En urvalsmetod där studieurvalet baseras på olika grupper (strata) i populationen. Urvalet till denna undersökning består av ett obundet slumpmässigt urval (OSU) från 39 strata bestående av Stockholms läns kommuner och Stockholms stads stadsdelar. Lika många individer har dragits ur varje kommun/stadsdel (sex kommuner har dessutom valt att mot ersättning få ett större urval).

Även om olika viktsystem används går det aldrig att kompensera för att individer med till exempel sämre hälsa inte deltar i undersökningen. Sannolikt är det så att äldre med god hälsa i större utsträckning än äldre med sämre hälsa deltar i undersökningen, varför hälsosituationen sannolikt är något sämre än som redovisas i denna rapport. Vi har därför i den mån det har varit möjligt jämfört data från folkhälsoenkäten med andra datakällor för att validera våra resultat.

Tabell 1. Beskrivning av data från Stockholms läns Folkhälsoenkät, 2010.			
		Antal	Andel
Kön	Kvinnor	4339	53.4
	Män	3789	46.6
Ålder	65-69	2914	35.9
	70-74	1900	23.4
	75-79	1354	16.7
	80-84	990	12.2
	85-	970	11.9
Hushållstyp	Ensamboende	2831	35.4
	Samboende	5174	64.6
	Svar saknas	123	
Totalt		8128	

Disposition och upplägg

Denna rapport syftar till att utifrån Stockholms läns folkhälsoenkät ge en bild av äldre stockholmarnas hälsa, livssituation och levnadsvanor. Alla frågor som tas upp i folkhälsoenkäten kan inte beröras i rapporten. Avsikten har dock varit att ge en så bred bild av de äldre stockholmarnas livssituation som möjligt. Redovisningen har dock sina begränsningar, exempelvis har brist på ekvivalent data minskat vår möjlighet till nationella jämförelser och jämförelse över tid.

I redovisningen av resultaten har vi valt att i första hand fokusera på nuläget, det vill säga på data från folkhälsoenkäten 2010. I 2010 års folkhälsoenkät togs ålderstaket på 84 år bort. Vi kan därför i denna rapport redovisa resultat även för de allra äldsta. Utöver en beskrivning av nuläget görs också en jämförelse med 2002 och 2006 års folkhälsoenkäter i den mån frågorna fanns med. I dessa analyser inkluderas endast personer upp till och med 84 år. I en tidigare rapport från Äldrecentrum återfinns även en del jämförelser med folkhälsoenkäterna 1994 och 1998 (Agahi, m.fl. 2008).

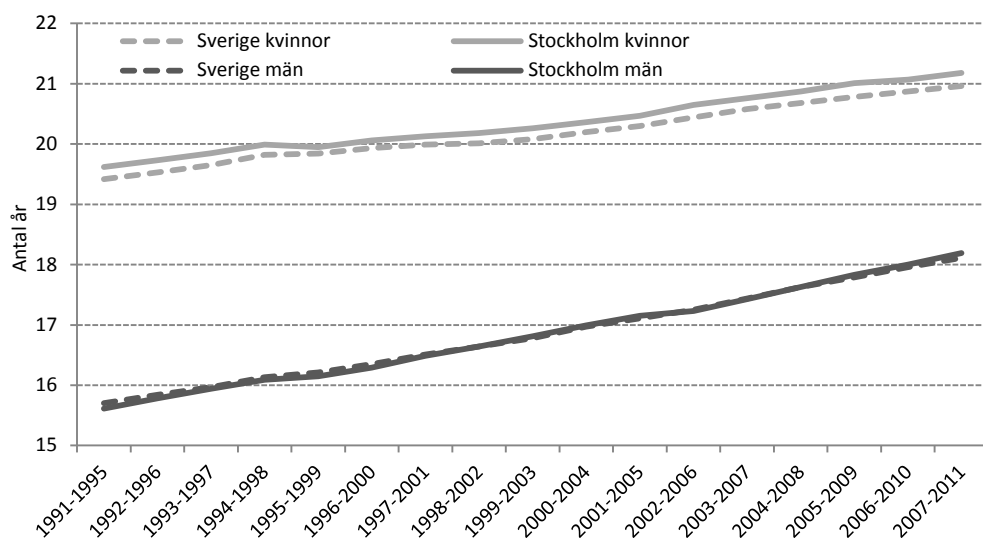
Resultaten redovisas uppdelat på kvinnor och män och i vissa fall uppdelat i olika åldersgrupper, samt enligt hushållstyp och inkomstgrupp (se tabell 1). Inkomstgrupperna används för att belysa socioekonomiska skillnader, uppdelningen har gjorts utifrån disponibel hushållsinkomst korrigerad för antalet personer i hushållet. I rapporten redovisas 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 inkomst lägre än 0 kr (så kallad negativ disponibel inkomst) har exkluderats ur analyserna. De jämförelser som görs i respektive avsnitt mellan låg- och höginkomsttagargrupperna är standardiserade för kön och ålder. Vi har även för vissa hälsoutfall, livssituation och levnadsvanor valt att redovisa prevalensen i länets kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar.

Det har inte varit möjligt att redovisa hälsa och levnadsvanor för äldre personer med utländsk bakgrund. Dessa individer utgör en mycket heterogen grupp, och det vore missvisande att gruppera ihop dem och redovisa dem som ”utrikesfödda”. Uppdelning enligt födelseland (eller snarare födelsekontinent) ger för små grupper av svarande. Utöver detta är andelen svarande i folkhälsoenkäten betydligt lägre bland utrikesfödda jämfört med äldre personer födda i Sverige. Det finns en risk för ett selektivt bortfall, varför resultaten kan bli missvisande. Vi har därför valt att enbart för hälsoindikatorn självskattad hälsa redovisa skillnader mellan svenskfödda och olika grupper av utlandsfödda. Analyserna uppdelade på kommuner och stadsdelar kan också ge en indikation om skillnader i hälsa, livssituation och levnadsvanor mellan utrikes- och svenskfödda, eftersom andelen utrikesfödda varierar kraftigt i länets olika delar.

Stockholms läns ålderspensionärer

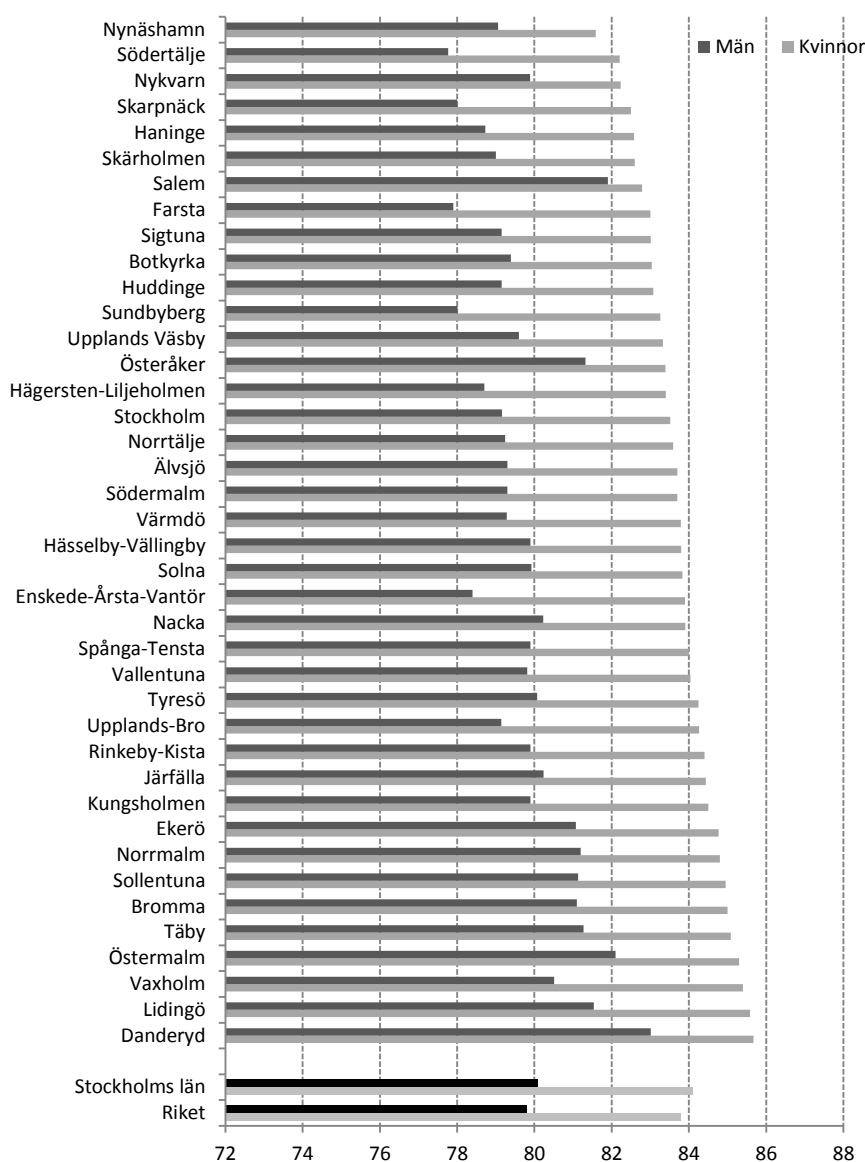
Förväntad livslängd i länet

I figur 1 redovisas genomsnittligt antal år som återstår för kvinnor och män att leva vid 65 års ålder, givet den dödlighet som förelåg i Stockholms län samt i riket vid det aktuella året. Den övre heldragna kurvan representerar den förväntade livslängden för kvinnor i Stockholms län. Den övre streckade kurvan motsvarar kvinnorna i Sverige. De nedre kurvorna representerar männens förväntade livslängd. År 2011 var den förväntade 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 något mer än i riket (se figur 1). Den förväntade medellivslängden vid 80 år ökar också. Kvinnorna i Stockholms län kan förvänta sig leva ytterligare 10 år vid sin 80 års dag och männen 8,3 år. Motsvarande siffror år 2000 var 9,4 år respektive 7,5 år. Även här återfinns en mer positiv utveckling för Stockholms län än för riket.



Figur 1. Förväntad medellivslängd vid 65 års ålder. Kvinnor och män i riket respektive Stockholms län. 1991-2011. Källa: Statistiska Centralbyrån, 2012.

Den förväntade livslängden varierar dock mellan länets olika kommuner (figur 2). För kvinnorna skiljer det närmare fyra år i förväntad medellivslängd vid födelsen mellan kommunerna med högst (Danderyd) respektive lägst (Nynäshamn) förväntad livslängd. För männen är skillnaderna ännu större – drygt fem år. Kortast medellivslängd har män i Södertälje med 77,8 år och högst medellivslängd har männen i Danderyd med 83 år. Männen i Danderyd har en längre förväntad livslängd än kvinnor i fem av Stockholms läns kommuner. 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 knappt ett år.



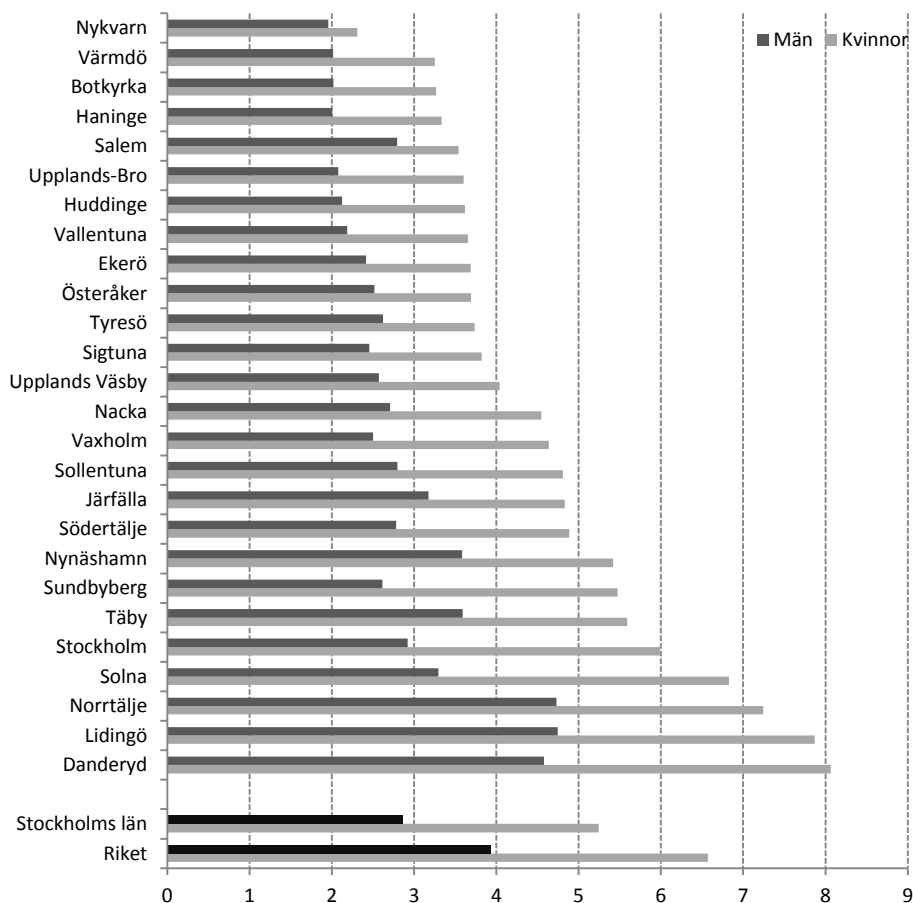
Figur 2. Förväntad livslängd vid födelsen 2007-2011 uppdelat på Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar, Stockholms län samt riket. Källa: Stockholms läns landsting (2012).

Även inom Stockholms kommun återfinns skillnader i förväntad livslängd (figur 2). I tre av de totalt 14 stadsdelarna – Norrmalm, Bromma och Östermalm – har kvinnorna en förväntad livslängd på 85 år. Det är i genomsnitt ett år längre än för riket i stort, liksom för genomsnittet i Stockholms län respektive Stockholms kommun. Det är också i genomsnitt två år längre jämfört med kvinnor boende i de fyra stadsdelarna Skarpnäck, Skärholmen, Farsta och Hägersten-Liljeholmen.

Skillnader i förväntad livslängd återfinns även bland män. Män som bor på Östermalm, Norrmalm och i Bromma har en längre livslängd än genomsnittsmannen i Stockholms kommun, Stockholms län och i Sverige. De förväntas leva ca fyra år längre jämfört med män bosatta i Skarpnäck, Farsta och i Enskede-Årsta-Vantör.

Befolkningsstrukturen i Stockholms län

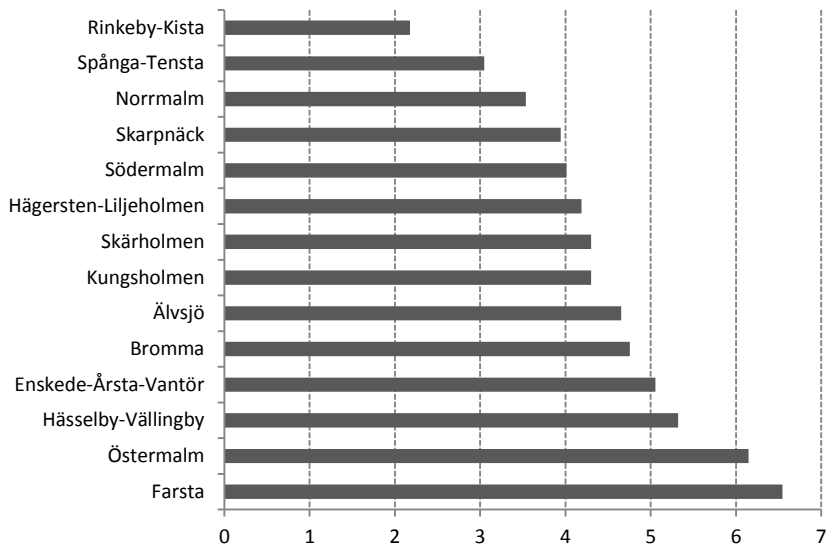
År 2010 fanns det drygt 307 000 personer över 65 år i Stockholms län, vilket motsvarar ca 15 procent av länets befolkning (motsvarande andel för riket var ca 19 %). Andelen 80 år och äldre utgjorde cirka fyra procent av länets befolkning, det vill säga närmare 85 000 personer.



Figur 3a. Andelen 80 år och äldre i Stockholms läns kommuner, Stockholms län och riket. Källa: Statistiska Centralbyrån, 2011. Procent.

Andelen 80 år och äldre varierar från två till sex procent mellan kommunerna i länet. Lägst andel har Nykvarn, både vad gäller kvinnor och män. Störst andel personer 80 år och äldre (både kvinnor och män) har Danderyd, Lidingö och Norrtälje. Noterbart är att i Danderyd är över åtta procent av kvinnorna 80 år eller äldre (figur 3a).

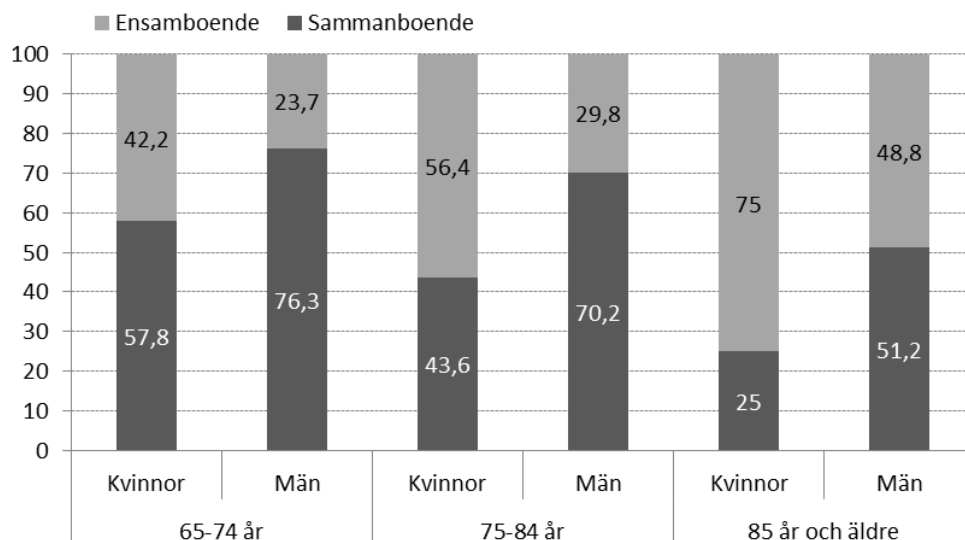
Av Stockholms stadsdelar har Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista, två stadsdelar med hög andel utrikesfödda, en relativt ung befolkning medan Östermalm och Farsta har en hög andel personer över 80 år (figur 3b).



Figur 3b. Andelen 80 år och äldre i Stockholms kommuns stadsdelar. Källa: Statistiska Centralbyrån /Sweco, 2011. Procent.

Eftersom kvinnor lever längre dominerar de högre upp i åldrarna. Idag utgör kvinnorna i Stockholms län 56 procent i åldrarna över 65 år och efter 80 år är kvinnorna närmare dubbelt så många som männen (andelen kvinnor är 65 %, män 35 %).

De äldre kvinnorna bor ofta ensamma medan männen är samboende (figur 4). Andelen ensamstående ökar med åldern och i åldrarna efter 85 år är hela 75 procent av kvinnorna ensamstående. Siffran är något lägre än i riket totalt. Bland männen är knappt hälften ensamstående. Hushållstypen har betydelse för hälsa, levnadsvanor och livssituation, eftersom ensamstående har visat sig vara en riskfaktor för sämre hälsa och levnadsvanor.



Figur 4. Andelen samboende och ensamboende bland kvinnor och män i tre åldersgrupper. Data från Stockholms läns Folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Data från Socialstyrelsen (2011) visar att de allra flesta personer över 65 år bor i ordinarie boende. I Stockholms län var det, i april 2011, endast fem procent som permanent bodde i särskilt boende, t.ex. gruppboende för personer med demenssjukdom. Bland personer 80 år och äldre var motsvarande andel 14 procent. Dessa siffror överensstämmer med siffrorna för riket. Andelen som bor permanent i särskilt boende varierar dock från 11 till 17 procent mellan länets kommuner. En del av variationen kan förklaras av en större andel kvinnor i vissa kommuner, en högre medelålder och större andel ensamboende. Personer som bor ensamma beviljas särskilt boende i större utsträckning än samboende. Dessutom påverkas andelen som bor i särskilda boendeformer av tillgången till särskilda boenden och att kraven för att beviljas permanent boende i särskilda boenden varierar.

År 2010 utgjorde utlandsfödda invånare över 65 år, 19 procent av den äldre befolkningen i Stockholms län. I befolkningen över 80 år var andelen utlandsfödda 17 procent. Vi saknar information om födelseort för personer över 65 år i Stockholms län. Generellt i alla åldrar, i Stockholms län, är dock merparten av de utlandsfödda från något av våra grannländer eller övriga Europa (Stockholm läns landsting (2010).

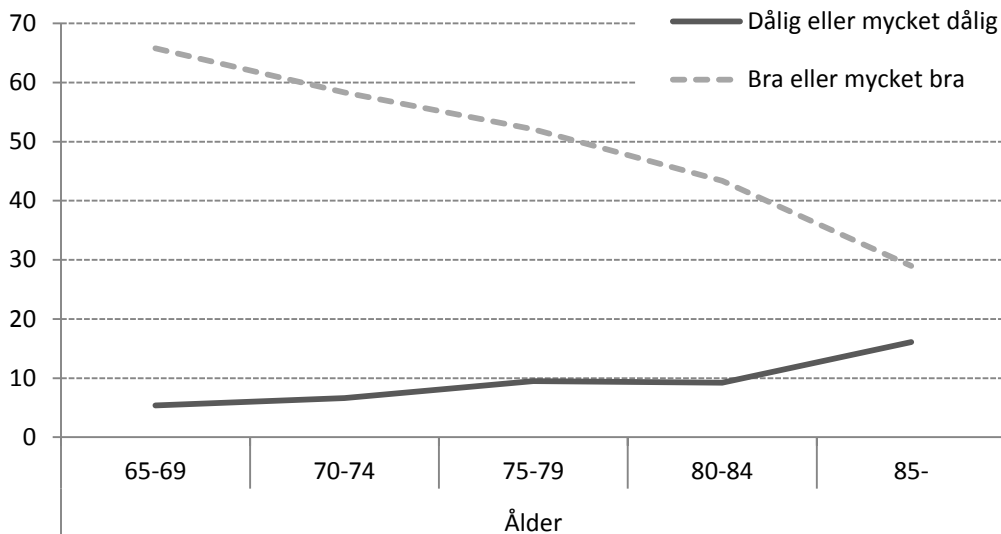
HÄLSOLÄGET BLAND ÄLDRE PERSONER I STOCKHOLMS LÄN

Vid ålderspensioneringen har de flesta av oss många friska år kvar innan sjukdomar och hälsoproblem påverkar vår vardag. Att ha hälsoproblem är ett problem i sig, och kan också innebära ett hinder för att uppnå en bra livssituation och klara av olika vardagliga aktiviteter. Att äldre personer oftare har olika hälsoproblem än yngre är inte särskilt uppseendeväckande. Däremot betyder detta inte att alla äldre har hälsoproblem eller lika mycket hälsoproblem. Hälsoskillnader mellan olika grupper – avseende kön, socioekonomisk position och hushållstyp – tycks snarast öka med åldern. Hälsoproblem yttrar sig dessutom på många olika sätt, därför kommer vi att använda oss av flera olika hälsoindikatorer för att beskriva hälsoläget bland Stockholms ålderspensionärer.

Självskattad hälsa

För att ge en bild av hälsotillståndet på ett mera generellt plan studeras ofta individens självskattade hälsa. Självskattad hälsa utgår ifrån intervjupersonens egen bedömning av sitt allmänna hälsotillstånd. I Stockholms läns Folkhälsoenkät ställs frågan om det egna hälsotillståndet är ”mycket bra, bra, dåligt, mycket dåligt eller något däremellan”. Hälsan kan upplevas som bra eller dålig oavsett om man har några sjukdomar eller inte. Den subjektiva upplevelsen av hälsan påverkas av olika inre och yttre faktorer – vilka krav man ställer på den egna hälsan och vilka referensramar man har. Forskningen kring den självupplevda hälsan har bland annat pekat på att äldre personer generellt ställer andra krav än yngre personer på vad man betraktar som god hälsa, exempelvis verkar bedömningen inte vara så relaterad till de egna sjukdomarna och fysiska funktionsförmågan, utan jämförs istället med andra i samma ålder (inklusive de som redan dött) (Manderbacka, 1998).

I figur 5 redovisas andelen som uppger att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra (streckad linje) samt andelen som rapporterar dålig eller mycket dålig generell hälsa (heldragen linje). Andelen som rapporterar sin hälsa som varken bra eller dålig redovisas således inte i figuren.



Figur 5. Andelen som rapporterar mycket bra eller bra respektive mycket dålig eller dålig självskattad hälsa i fem åldersgrupper. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Av de svarande anser sig 54 procent ha en bra eller mycket bra hälsa. Andelen minskar successivt med åldern från närmare 70 procent i åldersgruppen 65-69 år till under 30 procent i åldrarna 85 år och uppåt (figur 5). Det är fler män än kvinnor som rapporterar bra eller mycket bra självskattad hälsa i alla åldersgrupper.

Om vi istället fokuserar på andelen som upplever sin hälsa som dålig eller mycket dålig kan vi konstatera att drygt åtta procent av alla äldre över 65 år bedömer det egna hälsotillståndet som dåligt eller mycket dåligt. Andelen med dålig eller mycket dålig hälsa ökar med stigande ålder och är högst i den allra äldsta åldersgruppen. Det återfinns inte några könsskillnader i dålig eller mycket dålig självskattad hälsa – ett resultat som överensstämmer med data från Undersökningen om äldres levnadsvillkor (SWEOLD, 76 år och äldre), 2011. Det är således en större andel män än kvinnor som rapporterar bra eller mycket bra hälsa, men det är lika stor andel kvinnor som män som rapporterar dålig eller mycket dålig hälsa.

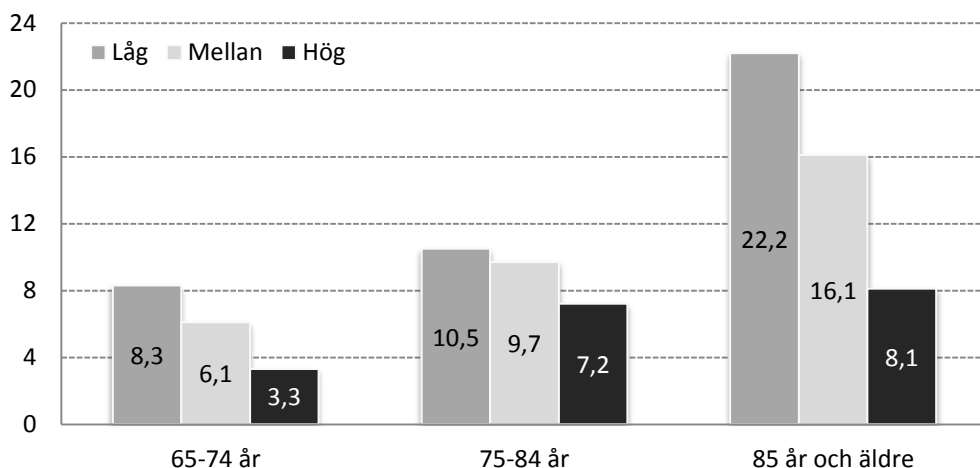
Hushållstyp och inkomst

Fler ensamboende än samboende rapporterar dålig eller mycket dålig självskattad hälsa, ett mönster som inte kan förklaras av kön, ålder eller socioekonomiska skillnader. Med andra ord, ensamboende personers sämre självskattade hälsa beror inte på att de i större utsträckning är kvinnor, äldre eller har sämre ekonomiska förhållanden än de samboende.

På motsvarande sätt finns det också tydliga skillnader i självskattad hälsa mellan olika inkomstgrupper i alla åldrar som inte kan förklaras av skillnader i kön och ålder. De jämförelser som görs nedan mellan låg- och höginkomsttagargrupperna är standardiserade för kön och ålder.

De relativa skillnaderna mellan låg- och höginkomsttagare avseende dålig och mycket dålig självskattad hälsa ökar med åldern. Noterbart är att andelen som rapporterar dålig eller mycket dålig självskattad hälsa är lika stor i den lägsta inkomstgruppen i 65-74 års ålder som den är i den högsta inkomstkvintilen bland de allra äldsta, 85 år och äldre (låg respektive hög inkomst i figur 6).

Det finns även skillnader i rapportering av bra och mycket bra självskattad hälsa mellan de olika inkomstgrupperna – skillnader som kvarstår när hänsyn tas till kön och ålder. Personer med låg inkomst rapporterar mer sällan bra eller mycket bra hälsa jämfört med personer i mellan- eller höginkomstgruppen. Bäst hälsa har de med högst inkomst.



Figur 6. Andelen som rapporterar dålig eller mycket dålig självskattad hälsa i olika inkomstgrupper och åldersgrupper; låg = de 20 % med lägst inkomst, mellan = de 60 % mellan låg och hög, hög = de 20 % med högst inkomst. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Utrikesfödda

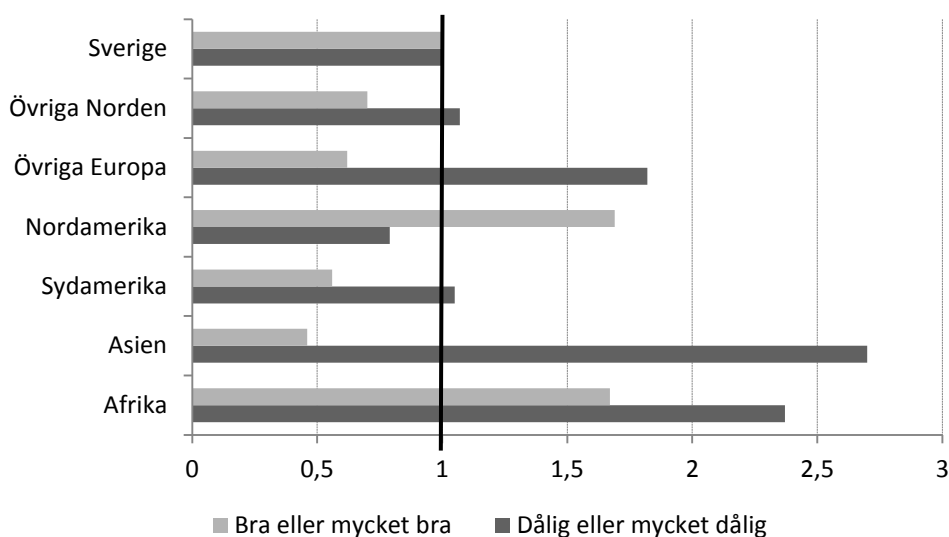
De utrikesfödda är en mycket heterogen grupp. Tidigare forskning har visat att individer med utländsk bakgrund i allmänhet rapporterar sämre hälsa än personer med svensk bakgrund (Fritzell, Lennartsson & Lundberg, 2007). En del av dessa skillnader kan förklaras av sociala faktorer såsom ekonomiska och boendeförhållanden, som skiljer sig mellan grupperna. Faktorer som varifrån man migrerat, när i livet man migrerat, varför man migrerat och hur länge man varit i Sverige påverkar också såväl hälsan som förutsättningarna för en god hälsa (Socialstyrelsen, 2009).

Analysen på Stockholms läns folkhälsoenkät bekräftar tidigare forskning om individer med utländsk bakgrund. Resultaten är uppdelade på födelseland (födelsekontinent) för att fånga upp en del av den heterogenitet som finns. Figur 7 visar sambandet mellan födelseland och bra/mycket bra respektive dålig/mycket dålig självskattad hälsa. I figuren redovisas oddset (för enkelhets skull används ordet sannolikhet i texten) för grupper födda i olika länder att skatta sin hälsa som bra/mycket bra respektive dålig/mycket dålig, jämfört med personer som är födda i Sverige (referensgruppen). Referensgruppen har fått ett värde på 1.00. Ett högre värde innebär en högre sannolikhet att rapportera dålig/mycket dålig hälsa, respektive bra/mycket bra hälsa, och ett lägre värde en lägre sannolikhet.

Staplarna visar hur personer födda i de olika världsdelarna skattar sin hälsa jämfört med personer födda i Sverige. Långa ljusa staplar (över värde 1.00) indikerar således en bättre hälsa än de svenskfödda. Långa mörka staplar indikerar en sämre hälsa. Jämförelsen tar hänsyn till skillnader i ålder, kön, inkomst och hushållstyp mellan grupperna.

Vad gäller bra och mycket bra självskattad hälsa (de ljusa staplarna) visar figuren att äldre personer födda i Nordamerika och Afrika rapporterar bra eller mycket bra självskattad hälsa i större utsträckning än svenskfödda. I och med att grupperna är små är dock skillnaderna inte statistiskt säkerställda och kan också bero på slumpen. Personer födda i Norden, övriga Europa, Sydamerika och Asien rapporterar bra eller mycket bra självskattad hälsa i signifikant mindre utsträckning än svenskfödda.

Figuren visar även att dålig eller mycket dålig självskattad hälsa är vanligare bland äldre personer födda i Europa (utanför Norden), Asien och Afrika jämfört med äldre svenskfödda personer. Övriga grupper skiljer sig inte från referensgruppen. Som nämndes ovan förklaras skillnaderna med sociala faktorer, inte heller av kön och ålder. Indelningen i världsdelar är förstås grov, en uppdelning efter födelseland skulle ha gett en mera nyanserad bild av utrikesfödda personers självskattade hälsa. Data från folkhälsoenkäten medger dock inte sådana analyser.

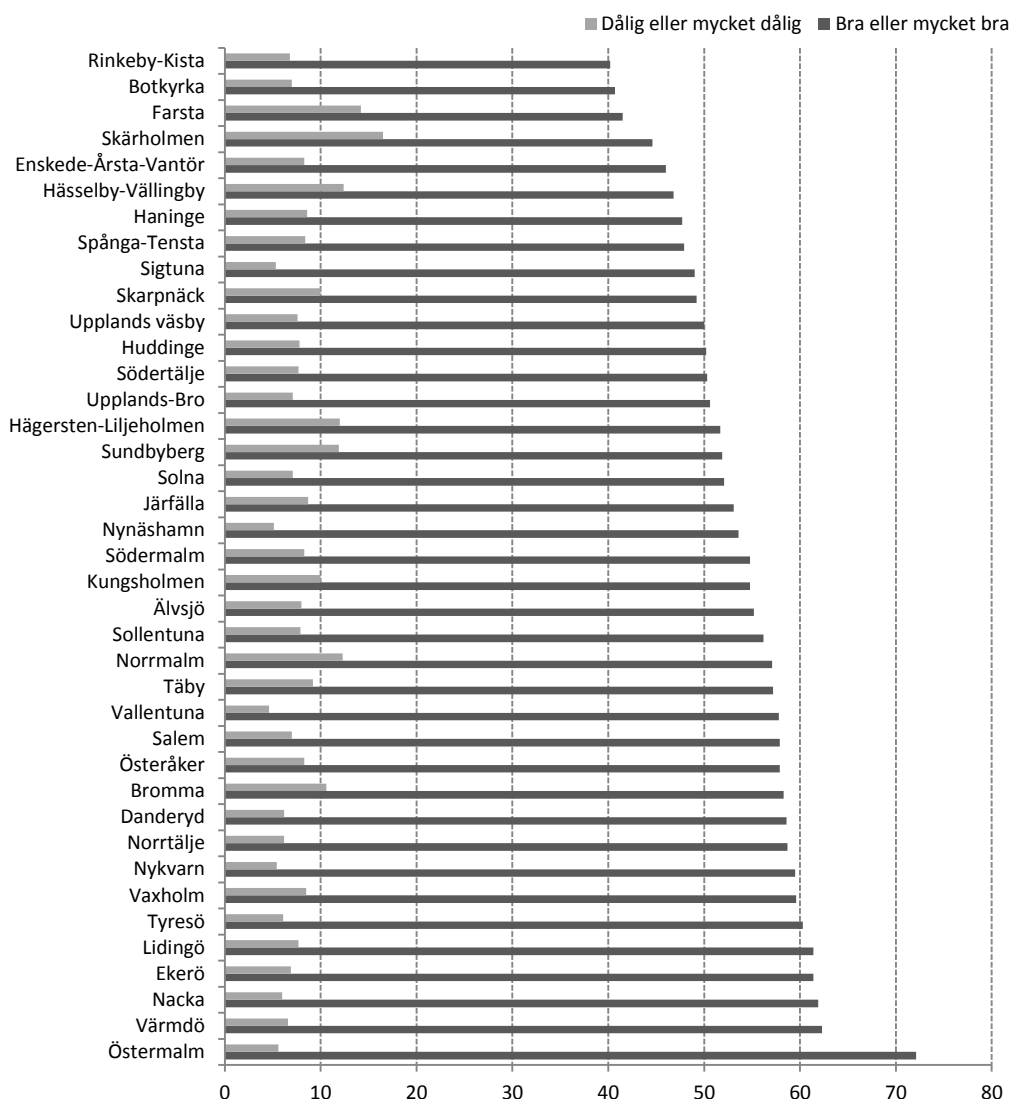


Figur 7. Andelen som rapporterar bra eller mycket bra respektive dålig eller mycket dålig självskattad hälsa i olika grupper av utrikesfödda. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Kommuner och stadsdelar

I figur 8 redovisas den självskattade hälsan för länets kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Den mörka stapeln visar andelen med bra eller mycket bra självskattad hälsa. Den ljusa stapeln visar dålig eller mycket dålig självskattad hälsa. Andelen som rapporterar sin hälsa som varken bra eller dålig redovisas således inte i figuren. Figur 8 visar att hälsan varierar över länet och stadsdelarna i Stockholms kommun. Jämförelsevis tycks invånarna på Östermalm må särskilt bra, över 70 procent av stadsdelens invånare bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Vi kan här konstatera att detta är något överraskande eftersom medelåldern på Östermalm är hög och att det i allmänhet är färre högre upp i åldrarna som rapporterar sitt allmänna hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Andra faktorer än ålder tycks här således spela en avgörande roll för hälsan.

Det skiljer 30 procentenheter i andelen som rapporterar sin hälsa som bra eller mycket bra mellan Rinkeby-Kista och Botkyrka jämfört med Östermalm. Dessa skillnader förklaras till stor del av att de svarande i de olika kommunerna och stadsdelarna skiljer sig åt med avseende på ålder, kön, andelen hög- och låginkomsttagare samt utrikesfödda. Östermalm ligger dock högre än övriga även när hänsyn tagits till dessa faktorer.



Figur 8. Andelen som rapporterar mycket bra eller bra respektive dålig eller mycket dålig självskattad hälsa i Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Utveckling över tid

Stockholms läns folkhälsoenkät gör det också möjligt att studera hälsans utveckling över tid. Eftersom det i de tidigare folkhälsoenkäterna fanns en övre åldersgräns är beskrivningen över tid begränsad till åldrarna mellan 65 och 84 år. Analyserna visar att en större andel kvinnor rapporterar bra eller mycket bra hälsa år 2010 jämfört med år 2002. Andelen bland männen har inte förändrats.

Trots kvinnornas förbättrade hälsa kvarstår könsskillnaden i bra eller mycket bra hälsa under perioden. Andelen kvinnor och män som anser sig ha dålig eller mycket dålig hälsa har inte förändrats över tid.

Ojämligheten i självskattad hälsa mellan låg-, mellan- och höginkomsttagare har förblivit oförändrad mellan 2002 och 2010. Även om andelen låginkomsttagare som rapporterar bra eller mycket bra självskattad hälsa har ökat något så består de relativa hälsoskillnaderna över tid. Inkomstskillnaderna i bra och mycket bra självskattad hälsa kvarstår även när analyserna tar hänsyn till kön och ålder.

Om vi istället inriktar oss på utvecklingen över tid i dålig eller mycket dålig hälsa kan vi konstatera att det är en mindre andel låg- och mellaninkomsttagare som anser sig ha dålig eller mycket dålig hälsa år 2010 jämfört med år 2002. Bland höginkomsttagarna återfinns ingen förändring över tid. Trots låg- och mellaninkomstgruppernas förbättrade hälsa kvarstår de socioekonomiska skillnaderna i dålig och mycket dålig självskattad hälsa över tid, även när hänsyn tas till kön och ålder.

Psykiskt välbefinnande

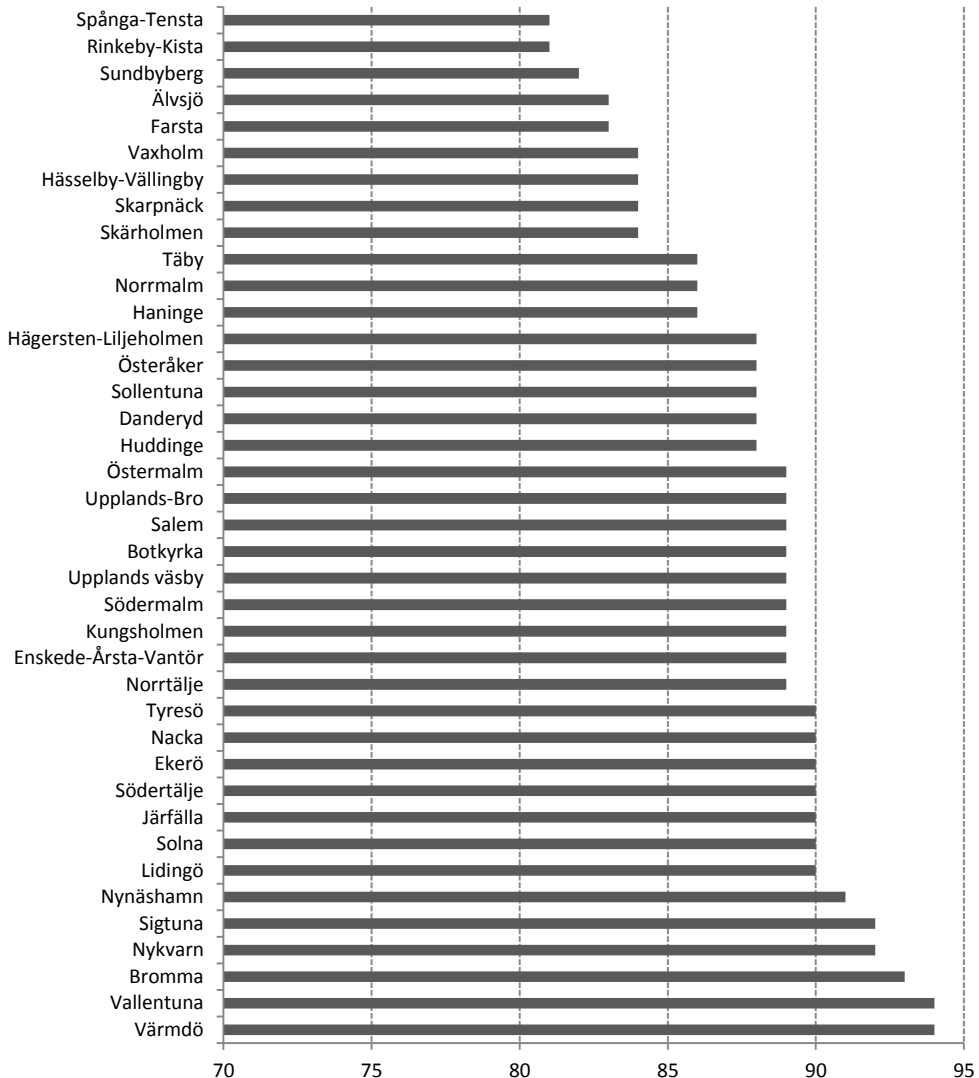
Enligt data från folkhälsoenkäten är det psykiska välbefinnandet generellt sett gott i Stockholms län. Det finns olika mått och definitioner på psykiskt välbefinnande, ett ofta använt instrument är General Health Questionnaire 12 (GHQ 12). Instrumentet består av 12 frågor som är utformade för att mäta två huvudsakliga problem: oförmåga att klara av sina ”normala” funktioner och kris- och utmattningstillstånd. För att skapa ett mått på psykiskt välbefinnande poängsätts och summeras svaren på frågorna. Poängen varierar mellan 0-12. Individer med ett värde under 3 på GHQ 12 definieras ha ett gott psykiskt välbefinnande.

Definierat på detta sätt har närmare 90 procent av invånarna över 65 år i länet ett gott psykiskt välbefinnande. Det psykiska välbefinnandet är ganska stabilt med stigande ålder, men minskar något bland de allra äldsta (85 år och äldre). Kvinnor rapporterar i mindre utsträckning än män ett gott psykiskt välbefinnande, även när hänsyn tas till ålder. Könsskillnaden försvinner dock när hänsyn tas till hushållstyp och inkomst. Med andra ord kan skillnaden mellan kvinnor och män förklaras med att kvinnor oftare är ensamboende och att de har lägre inkomster.

Samboende personer har i större utsträckning ett gott psykiskt välbefinnande än ensamboende. Sambandet kvarstår även när hänsyn tas till att ensamboende personer är äldre än samboende. Personer med höga inkomster har i större utsträckning ett gott psykiskt välbefinnande än de med låga inkomster.

Kommuner och stadsdelar

I figur 9 redovisas andelen äldre personer (65 år och äldre) med ett gott psykiskt välbefinnande enligt GHQ 12 i Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar.



Figur 9. Andelen äldre personer över 65 år med ett gott psykiskt välbefinnande enligt GHQ 12 ($GHQ < 3$) i Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Generellt sett varierar inte psykiskt välbefinnande nämnvärt över kommunerna och stadsdelarna förutom att andelen med gott psykiskt välbefinnande är något

lägre i Spånga-Tensta, Rinkeby-Kista, Sundbyberg och något högre i Värmdö och Vallentuna. Till viss del förklaras skillnaderna mellan länets kommuner och Stockholms stadsdelar vad gäller psykiskt välbefinnande av att de boende skiljer sig åt vad gäller ålder, kön, inkomst och födelseland. Skillnader mellan de kommuner och stadsdelar som har högst respektive lägst andel personer med psykiskt välbefinnande kvarstår dock även efter att hänsyn tagits till dessa skillnader.

Utveckling över tid

Det psykiska välbefinnandet har inte nämnvärt förändrats över tid. I åldrarna 65 till 84 år hade 87 procent ett gott psykiskt välbefinnande år 2002 och ungefär lika stor andel (89 %) år 2010. Skillnaderna i gott psykiskt välbefinnande mellan kvinnor och män samt mellan de olika inkomstgrupperna har likaså varit stabila under hela perioden. Vi kan således inte skönja någon köns- eller socioekonomisk utjämning i psykiskt välbefinnande under 2000-talets första decennium.

Psykisk ohälsa

Åldrandet innebär ökade risker för att drabbas av såväl fysisk som psykisk ohälsa. Den absoluta majoriteten av äldre stockholmare kan enligt GHQ 12 klassificeras ha ett gott psykiskt välbefinnande. Enligt Socialstyrelsen är dock olika symtom på psykisk ohälsa vanligt förekommande i den äldre befolkningen (Socialstyrelsen, 2008). I följande avsnitt beskrivs olika typer av psykisk ohälsa. Avsnittet inleds med en kortare allmän genomgång av depression. Psykisk sjukdom såsom psykossjukdom eller bipolär sjukdom berörs inte i denna rapport. Inte heller demenssjukdom kommer att tas upp. Därefter redovisas förekomsten av olika symtom på psykisk ohälsa – ihållande trötthet, sömnbesvär och ångslan, oro, ångest. Samtliga är eller kan vara symtom på psykisk ohälsa som alla bör uppmärksammas och leda till adekvat vård och omsorg. Slutligen i detta avsnitt diskuteras i korthet förekomsten av självmordstankar och självmord.

Depression

Av den sammanställning Socialstyrelsen gjort över äldres psykiska ohälsa framkommer att ungefär tolv procent i åldrarna över 65 år lider av depression. Socialstyrelsen bedömer därför att depression bland äldre är så omfattande att man kan prata om ett folkhälsoproblem (Socialstyrelsen, 2008).

Depression hos äldre personer kan förutom psykiska symtom såsom sömnstörningar, oro och ångest, även ge fysiska symtom som muskelsmärter, hjärtklappning och minskad aptit. Såväl den äldre själv som sjukvårdspersonal kan tolka dessa symtom som en del av åldrandet, vilket leder till att depressioner hos äldre personer ofta förblir oupptäckta, icke diagnostiserade och därmed även obehandlade (Socialstyrelsen, 2008).

Enligt folkhälsoenkäten är andelen personer 65 år och äldre som under de *senaste två åren* fått en diagnos för depression 2,5 procent av de svarande i Stockholms län. Kvinnor har i större utsträckning än män fått en depressionsdiagnos under de senaste två åren. Diagnostiserad depression ökar inte med ålder, men fler ensamboende än samboende lider av depression. Sambandet mellan ensamboende och depression föreligger även när hänsyn tas till kön, ålder och inkomst.

Den stora skillnaden i andelen med depression som redovisas i Socialstyrelsens sammanställning och Stockholms läns folkhälsoenkät 2010, visar att den sistnämnda undersökningen sannolikt underskattar förekomsten av depression. Ett skäl kan vara att folkhälsoenkäten enbart frågar efter diagnostiserad depression. En annan anledning kan vara att personer med olika psykiska hälsoproblem av olika anledningar inte vill eller har svårare att besvara ett frågeformulär.

Ihållande trötthet

Att bli fysiskt trött efter kroppslig ansträngning är fysiologiskt normalt. Eftersom kroppen är mera sliten hos äldre, är det vanligare att känna sig fysiskt trött efter kroppslig ansträngning. Ihållande trötthet, som äldre människor upplever i sin vardag och som inte avhjälpas med vila eller sömn, kan däremot vara ett symptom på kronisk sjukdom (Avlund m.fl., 1998). Dessutom har forskning visat att äldre människor som känner sig trötta i sin dagliga verksamhet har mycket högre risk att få nedsatt fysisk funktion än de som inte rapporterar trötthet (Avlund m.fl., 2002). Trötthet kan också förekomma på grund av psykisk ohälsa eller orsakas av läkemedelsbiverkningar, samt efter medicinsk behandling och kirurgiska ingrepp (Liao & Ferrell, 2000).

I folkhälsoenkäten avser frågan om ihållande trötthet *rådande* besvär eller symptom. Ihållande trötthet kan ses som ett problem i sig eller som en konsekvens av dålig hälsa. Av tabell 2 går att utläsa att drygt 35 procent av Stockholms läns invånare över 65 år rapporterar lätta eller svåra besvär av ihållande trötthet. Knappt 30 procent har lätta besvär och sex procent har svåra besvär. Ihållande trötthet är vanligare bland kvinnor än bland män och ökar med åldern för båda könen. Det återfinns dock ingen nämnvärd ökning med ålder av *svåra* besvär bland dem som lider av ihållande trötthet.

I Undersökningen om äldres levnadsvillkor (SWEOLD) rapporterar drygt 50 procent av kvinnorna och 40 procent av männen över 75 år att de har besvärats av trötthet under de senaste 12 månaderna. Siffran är något lägre bland kvinnorna i motsvarande åldersgrupp i Stockholms län, medan andelen bland männen överensstämmer mycket väl. Frågorna skiljer sig något åt då folkhälsoenkäten frågar efter nuvarande besvär och symptom medan SWEOLD-studien efterfrågar hälsoproblem under de senaste tolv månaderna. Oavsett variationen i frågeställningen kan vi konstatera att trötthet som hälsoproblem är vanligt förekommande bland äldre personer och bör uppmärksammas, då trötthet inte bara är ett problem i sig utan även kan vara en indikator på psykisk och fysisk

ohälsa eller biverkan av medicinering. Det är också relaterat till olika typer av funktionsnedsättningar.

Tabell 2. Andelen med ihållande trötthet, sömnsvårigheter, ängslan, oro, ångest samt samtliga tre symtom på psykisk ohälsa bland kvinnor och män i olika åldersgrupper. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

	Ihållande trötthet	Sömnsvårigheter	Ängslan, oro, ångest	Samtliga tre symtom
Kvinnor				
65-69	28.7	47.6	33.8	13.6
70-74	34.9	49.3	32.0	13.8
75-79	37.0	47.9	36.5	12.8
80-84	41.5	46.5	31.7	14.5
85-	54.7	54.5	41.3	21.3
Kvinnor, totalt	37.4	48.9	34.8	14.7
Män				
65-69	24.4	28.4	20.8	7.8
70-74	31.0	37.7	22.6	10.3
75-79	39.3	34.0	21.6	10.4
80-84	39.9	31.3	23.3	8.5
85-	46.8	38.1	25.3	9.9
Män, totalt	32.5	33.0	22.1	9.1
Totalt	35.2	41.9	29.2	12.2

Sömnsvårigheter

En god natts sömn kan vara avgörande för välbefinnandet. Kropp och hjärna behöver sömn för att kunna återhämta sig. Långvariga och mera allvarliga sömnproblem leder ofta till sämre livskvalitet. Dessutom visar forskning att det finns ett samband mellan sömnsvårigheter och olika hälsobesvär och även mortalitet. Sömnproblem kan även bidra till förhöjt blodtryck. Sönnen har i sig en blodtryckssänkande effekt, men för lite sömn minskar också kroppens möjligheter att reglera blodtrycket så att det hålls på en bra nivå. En god sömn kan därför ses som en värdefull resurs som ökar individens möjligheter till god hälsa och ett aktivt liv.

Orsaken till sömnsvårigheter och -besvär kan vara många. Sönnen kan påverkas negativt av olika yttre miljöfaktorer, stress och av alkohol och tobak. Sönnen kan också påverkas negativt av psykisk ohälsa. Sömnbesvär är således både en indikator och en konsekvens av psykisk ohälsa.

Att besväras av sömnproblem är relativt vanligt i den äldre befolkningen. Omkring 35 procent har lätta sömnbesvär och sju procent har svåra besvär. Liksom i yngre åldrar drabbas fler kvinnor än män. I åldrarna över 65 år drabbas

nästan varannan kvinna av sömnsvårigheter. Besvären är relativt oförändrade upp till 85 års ålder, därefter tycks sömnsvårigheter öka markant. Bland de allra äldsta kvinnorna har 42 procent lätta besvär och tolv har svåra besvär med sömnen (se tabell 2). Att jämföra med samtliga kvinnor där åtta procent besväras av svåra sömnbesvär.

Var tredje man i åldrarna över 65 år drabbas av sömnsvårigheter. Andelen är något lägre i åldrarna 65-69 år för att sedan ligga relativt konstant (se tabell 2). Prostataproblem och snarkningar kan vara orsaker till att männen drabbas av störd sömn.

I SWEOLD-studien bekräftas att sömnproblem är mycket vanligt förekommande. Omkring hälften av alla kvinnor 76 år och äldre såväl i Stockholms län som i Sverige besväras av lätta eller svåra sömnproblem. Dock tycks problem med sömnen vara något vanligare bland äldre män i Stockholm än i landet i stort.

Ängslan, oro, ångest

Ängslan, oro och ångest är för äldre personer exempel på relativt vanliga former av psykisk ohälsa. Förhållandevis enkla frågor rörande personers egen uppfattning av självupplevd nervositet, förvirring och oro har visat sig ha ett samband med psykiska sjukdomar och även självmordsförsök (Ringbäck Weitoft & Rosén, 2005). Att ha dessa problem tycks även samvariera med högre risk för dödlighet.

Folkhälsoenkäten visar att tre av tio i åldrarna över 65 år rapporterar att de har lätt eller svår ängslan, oro, ångest. Fyra procent har svår ängslan, oro, ångest. Kvinnor rapporterar i högre utsträckning än män både lätt och svår ängslan, oro, ångest i alla åldersgrupper. Besvären ökar inte nämnvärt med åldern med undantag för de allra äldsta kvinnorna. I åldrarna över 85 år har fyra av tio kvinnor ängslan, oro, ångest jämfört med var fjärde man. Svår ängslan, oro, ångest rapporteras av sju procent av kvinnorna i den åldersgruppen (se tabell 2).

Nationella data från SWEOLD-studien bekräftar dessa siffror. I åldrarna över 75 år är ängslan, oro, ångest lika vanligt förekommande i Stockholms län som totalt i den svenska befolkningen.

Samtliga tre symtom på psykisk ohälsa

Trötthet, sömnsvårigheter, ängslan, oro och ångest är både symtom på och konsekvens av psykisk ohälsa. Dessa hälsoproblem är till stor del relaterade till varandra. Till exempel kan ängslan, oro, ångest ge upphov till sömnproblem. Sömnproblem i sin tur kan orsaka ihållande trötthet. Hur många är det då i Stockholms län som drabbas av samtliga besvär? Det är närmare 15 procent av kvinnorna och 9 procent av männen som rapporterat att de har ihållande trötthet, sömnsvårigheter och ängslan, oro, ångest. I samtliga åldersgrupper rapporterar en större andel kvinnor än män alla problem samtidigt och i åldrarna över 85 år är könsskillnaden markant (tabell 2).

Däremot finns det inga åldersskillnader vad gäller att drabbas av flera symtom på psykisk ohälsa samtidigt. Det är bara de allra äldsta kvinnorna som har en ökad risk för samtliga besvär i förhållande till övriga åldersgrupper. I åldrarna över 85 är två av tio kvinnor drabbade.

Hushållstyp och inkomst

Oavsett vilket mått på psykisk ohälsa som studeras drabbas ensamboende äldre personer i högre utsträckning än samboende (tabell 3). Ensamboende har med andra ord en högre sannolikhet (ett högre värde än 1.0) att drabbas av psykisk ohälsa jämfört med samboende (som här utgör referensgrupp). Skillnaderna kvarstår när hänsyn tas till kön, ålder och inkomst. Noterbart är att skillnaden i ihållande trötthet mellan könen kan förklaras av att kvinnor har lägre inkomst och i större utsträckning är ensamboende än männen. Dessa faktorer kan inte förklara de könsskillnader som föreligger för sömnsvårigheter och ångslan, oro och ångest.

Samboende äldre har i genomsnitt bättre psykisk hälsa jämfört med ensamboende. Sambandet mellan hushållstyp och psykisk hälsa är med största sannolikhet drivet av olika faktorer. Dels kan samboendet ha en skyddande effekt på hälsan i sig, dels sker det en selektion in i äktenskapet/samboendet, där det antas att personer som har en dålig psykisk hälsa och/eller sociala problem i mindre utsträckning blir samboende än friska och socialt integrerade personer.

Tabell 3. Skillnader i psykisk ohälsa mellan kvinnor och män, hushållstyp och inkomst. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Oddsquoter.

	Ihållande trötthet	Sömnsvårigheter	Ängslan, oro, ångest	Samtliga tre symtom
Kvinnor	1.03	1.80**	1.63**	1.44**
Män (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00
Ensamboende	1.27**	1.16**	1.24**	1.42**
Samboende (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00
Låg inkomst	1.66**	1.29**	1.90**	1.95**
Mellaninkomst	1.39**	1.20**	1.36**	1.40**
Hög inkomst (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00

Samtliga modeller är kontrollerade för ålder samt kön, hushållstyp och inkomst

Det finns också ett tydligt samband mellan inkomst och psykisk ohälsa. Låginkomsttagare har sämre psykisk hälsa än mellan- och höginkomsttagare, och höginkomsttagarna har bättre psykisk hälsa än mellaninkomsttagarna. Dessa skillnader kan inte förklaras av att kvinnor har lägre inkomst än män, att yngre pensionärer har högre inkomster än äldre samt att individer som är samboende i regel har en individuell inkomst som är högre än individer som lever ensamma.

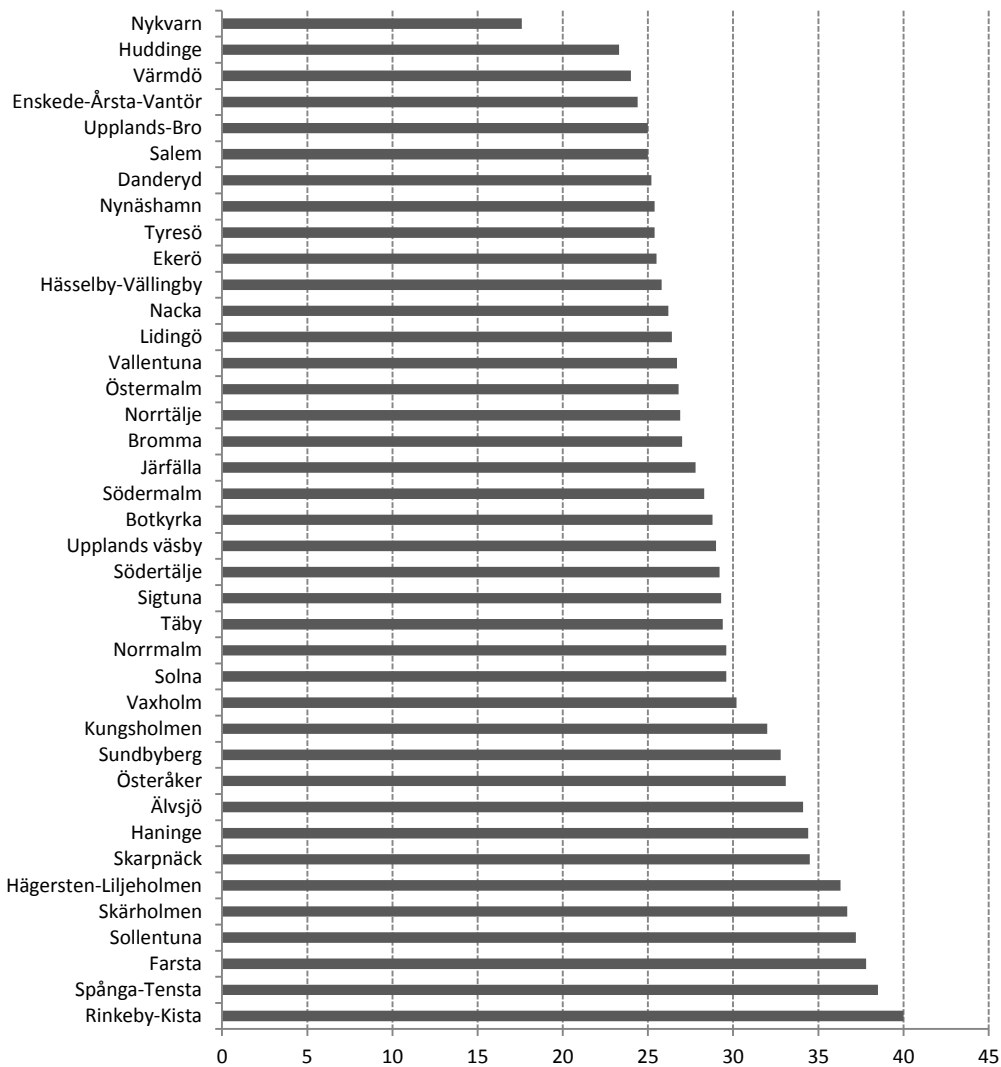
Det mest slående med resultaten redovisade i tabell 3 är det konsekventa mönstret av ojämlikhet. Det vill säga, för samtliga mått på psykisk ohälsa återfinns tydliga skillnader mellan de olika inkomstgrupperna. Äldre personer med låga inkomster har störst sannolikhet att drabbas av psykisk ohälsa, medan de med höga inkomster har lägst sannolikhet för psykisk ohälsa. Personer med en ”mellaninkomst” har en sannolikhet som ligger mellan de högre och lägre inkomstskikten. Detta mönster återfinns i flera studier av ojämlikhet i psykisk och fysisk hälsa bland äldre. Och detta oavsett om socioekonomiska skillnader mäts genom inkomst, utbildning eller yrke eller om olika hälsoproblem mäts i termer av självrapporterad hälsa eller objektiva test (Fors, 2010).

Kommuner och stadsdelar

Vi har redan tidigare visat att det psykiska välbefinnandet varierar mellan Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. För att beskriva variationen av psykisk ohälsa har vi valt indikatorn ängslan, oro, ångest. Folkhälsoenkäten 2010 visar att det finns tydliga kommunala och stadsdelskillnader i andelen som rapporterar ängslan, oro, ångest (figur 10). I Nykvarn rapporterar omkring 18 procent av befolkningen lätt eller svår ängslan, oro, ångest. I stadsdelen Rinkeby-Kista rapporterar 40 procent samma sak.

Vissa skillnader mellan kommuner och stadsdelar förklaras av köns- och ålderssammansättning men inte alla. Bland annat är andelen med ängslan, oro, ångest

högre i Österåker, Haninge, Sollentuna, Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta, Farsta, Hägersten-Liljeholmen och Skärholmen. Vissa av dessa kommuner och stadsdelar har en hög andel låginkomsttagare och utrikesfödda, men inte alla. Tar man hänsyn till inkomst och födelseland förklaras i princip alla skillnader i rapporterad ängslan, oro och ångest mellan länets kommuner och stadsdelar.



Figur 10. Andelen äldre 65 år och äldre som besväras av ängslan, oro, ångest i Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Självordstankar och självmord

I Stockholms läns folkhälsoenkät ställs det frågor om man har allvarligt övervägt, planerat eller försökt ta sitt liv. Andelen som under en 12 månaders period allvarligt övervägt, planerat eller försökt ta sitt liv ligger mellan två och fem procent i de redovisade åldersgrupperna. Enligt offentlig statistik begår män i större utsträckning självmord än kvinnor men allvarliga självmordstankar är minst lika vanliga bland kvinnor visar data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010.

Förekomsten av självmord bland äldre är högre än bland andra åldersgrupper, framför allt bland män. Data från Karolinska Institutets Folkhälsoakademi (2010:30) visar att det är mellan 300 och 400 personer över 65 år per år som begår självmord, vilket motsvarar ca 25 procent av alla självmord. Jämfört med yngre åldersgrupper har män över 65 år den högsta självmordsfrekvensen per 100 000 invånare.

Hörsel, syn och rörelseförmåga

Nedsatt fysisk funktion försvårar våra kontakter med andra människor och möjligheter för ett aktivt deltagande i samhället. God hörsel, syn och rörlighet är funktioner som påverkar individens möjligheter att ha en fungerande vardag.

Nedsatt hörsel

Nedsatt hörsel är en av de vanligast förekommande funktionsnedsättningarna. Drygt en miljon svenskar i vuxen ålder har problem med hörseln, ungefär hälften av dem är äldre än 65 år (Statistiska Centralbyrån, 2006).

I Stockholms läns folkhälsoenkät ställs frågan om individen utan svårigheter kan höra vad som sägs i samtal med flera personer. Var tredje person över 65 år har svårigheter att höra vad som sägs i samtal mellan flera personer. Svårigheter som flera löser med hjälp av en hörapparat. Trots hjälpmedel som hörapparat har idag drygt 20 procent denna typ av hörselproblem. I tabell 5 går att utläsa att för både kvinnor och män ökar hörselproblem kraftigt med åldern. Idag är problem med hörseln en av få funktionsnedsättningar som oftare drabbar män än kvinnor.

Hushållstyp och inkomst

Det finns ingen skillnad i nedsatt hörsel mellan personer som är ensamboende och samboende när hänsyn tas till inkomst, kön och ålder. Däremot är hörselproblem signifikant mindre vanligt förekommande i gruppen med de högsta inkomsterna i jämförelse med äldre med lägre inkomster. Ett resultat som inte kan förklaras av kön eller ålder.

Nedsatt syn

Problem med synen är också vanligt. De flesta som har problem med synen kan avhjälpa det med glasögon. Enligt den nationella folkhälsoenkäten behöver varannan person mellan 18 och 84 år glasögon för att ”utan svårighet se och urskilja en text i en dagstidning”. Grava synproblem ökar dock med åldern. Synnedsättningen kan orsakas av brytningsfel, skador, ögonsjukdomar eller andra sjukdomar.

Med stigande ålder svarar allt färre jakande på frågan ”kan du utan svårigheter se och urskilja vanlig text i en dagstidning”. I åldrarna över 65 år är det 14 procent av stockholmarna som utan glasögon kan läsa en dagstidning utan svårigheter, med glasögon uppgår siffran till 94 procent. Att på grund av synnedsättning inte kunna läsa en dagstidning ens med hjälp av glasögon är således ett problem för sex procent av stockholmarna över 65 år.

Kvinnor rapporterar något oftare dålig syn än män och i åldersgruppen 85 år och äldre kan 17 procent av kvinnorna och tio procent av männen inte läsa en dagstidning utan svårigheter ens med hjälp av glasögon (tabell 5). Den signifikanta könsskillnaden kvarstår när hänsyn tas till kvinnornas högre medelålder i åldersgruppen över 85 år.

Hushållstyp och inkomst

Andelen äldre med synsvårigheter är störst i den lägsta inkomstgruppen följt av inkomstgruppen med medelinkomst. Minst andel äldre med synsvårigheter återfinns i den högsta inkomstgruppen. Det är signifikant fler äldre i den lägsta inkomstgruppen som har synsvårigheter jämfört med äldre i den högsta inkomstgruppen när hänsyn tas till kön och ålder. Däremot finns ingen skillnad mellan ensamboende och samboende.

Samtidiga syn- och hörselproblem

Att både ha svårigheter att höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer och att ha svårigheter att kunna läsa en dagstidning orsakar både svårigheter att kunna kommunicera och försvårar dessutom orienteringsförmågan och möjligheten att fungera i vardagen. Tabell 5 visar att i åldrarna över 65 år är det närmare tre procent som har både nedsatt hörsel och syn enligt definitionen ovan. Att ha både syn- och hörselproblem drabbar ungefär sex procent av den äldre befolkningen över 80 år. Noterbart är att närmare en av tio kvinnor över 85 år har både nedsatt syn och hörsel. Dessa kvinnors möjlighet till en aktiv och självständig vardag är med stor sannolikhet begränsad.

Tabell 5. Andelen äldre personer med nedsatt hörsel^a, nedsatt syn^b, samtidig syn- och hörselnedsättning samt problem med rörlighet^c bland kvinnor och män i olika åldersgrupper. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

	Nedsatt hörsel	Nedsatt syn	Nedsatt hörsel och syn	Problem med rörlighet
Kvinnor				
65-69	18.6	3.8	2.4	24.7
70-74	18.2	4.5	2.0	38.6
75-79	21.0	5.0	2.8	46.3
80-84	23.6	7.7	2.9	55.9
85-	35.3	17.5	9.3	74.1
Kvinnor, totalt	22.3	6.9	3.6	44.1
Män				
65-69	18.9	1.9	0.9	20.1
70-74	22.8	3.1	0.8	24.4
75-79	25.2	3.8	1.5	35.5
80-84	27.2	9.1	5.4	47.7
85-	31.0	9.7	6.6	62.1
Män, totalt	23.1	4.1	2.1	31.1
Totalt	22.7	5.7	2.9	38.4

^a Med nedsatt hörsel avses om man inte kan höra vad som sägs i ett samtal med flera personer trots hjälpmedel.

^b Med nedsatt syn avses om man inte kan se och urskilja en vanlig text i en dagstidning trots glasögon.

^c Problem med rörlighet avser svårigheter att promenera någorlunda raskt en kortare sträcka eller att gå i trappor.

Problem med att röra sig

Förmågan att gå förutsätter bland annat muskelstyrka, balans och koordination. Att inte kunna gå upp och nedför trappor utan besvär minskar äldre personers möjligheter att röra sig obehindrat samt att komma ut. Möjligheten att lämna bostaden är viktig inte minst för att ha möjlighet att motionera, handla, uträtta ärenden, träffa släkt och vänner och aktivt delta i samhällslivet.

Närmare 40 procent av den äldre befolkningen i åldrarna över 65 år anger att de har svårt att promenera någorlunda raskt en kortare sträcka eller att gå i trappor (tabell 5). Kvinnor rapporterar oftare problem att röra sig enligt denna definition jämfört med männen i samma ålder. Högre upp i åldrarna (80 år och äldre) har sex av tio personer sådana problem.

Tabell 5 visar vidare att en stor andel äldre personer (26 %) redan före 75 års ålder har problem med att promenera någorlunda raskt utan besvär och/eller gå uppför och nedför trappor utan besvär – något som inte blir lättare med stigande ålder.

Eftersom mobilitet, det vill säga förmågan att kunna förflytta sig, är centralt för att kunna klara sig på egen hand är den höga andelen som har nedsatt mobilitetsförmåga redan i yngre åldrar ett observandum. Många äldre bor i flerfamiljshus utan hiss medan andra bor i villor med trappor både inne och ute. Bostaden och bostadsområdets utformning kan skapa barriärer för äldre personers möjligheter att på egen hand klara vardagen. Dessa yttre faktorer hindrar många i vardagen samtidigt som det för många skapar en oro inför framtiden när benen inte bär och hjärtat inte orkar.

För att underlätta förmågan att förflytta sig finns olika hjälpmedel att tillgå. I Stockholms läns folkhälsoenkät rapporterar 20 procent att de använder hjälpmedel när de tar sig fram utomhus. Högre upp i åldrarna (över 75 år), bland dem som har förmågan att gå ut, använder 40 procent hjälpmedel. Hälften av dessa använder rollator. Jämförande nationella data från SWEOLD 2011 visar att varannan person i denna åldersgrupp använder något hjälpmedel. Drygt hälften av dessa använder i första hand en rollator.

Hushållstyp och inkomst

Data från Stockholms läns folkhälsoenkät visar att det är 30 procent vanligare att ensamboende har nedsatt mobilitet jämfört med samboende, när hänsyn tas till kön och ålder. Många äldre bor således ensamma samtidigt som de har svårigheter att promenera och gå i trappor. Dessutom finns tydliga socioekonomiska skillnader i mobilitetsförmåga. Äldre med låga inkomster har sämre rörlighet än äldre med mellaninkomst vilka i sin tur har sämre rörlighet än äldre personer med hög inkomst. Denna gradient är tydlig och återfinns även när hänsyn tas till kön, ålder och hushållstyp. Poängteras bör att det är dubbelt så vanligt bland låginkomsttagare att ha nedsatt mobilitet jämfört med de som har en hög inkomst.

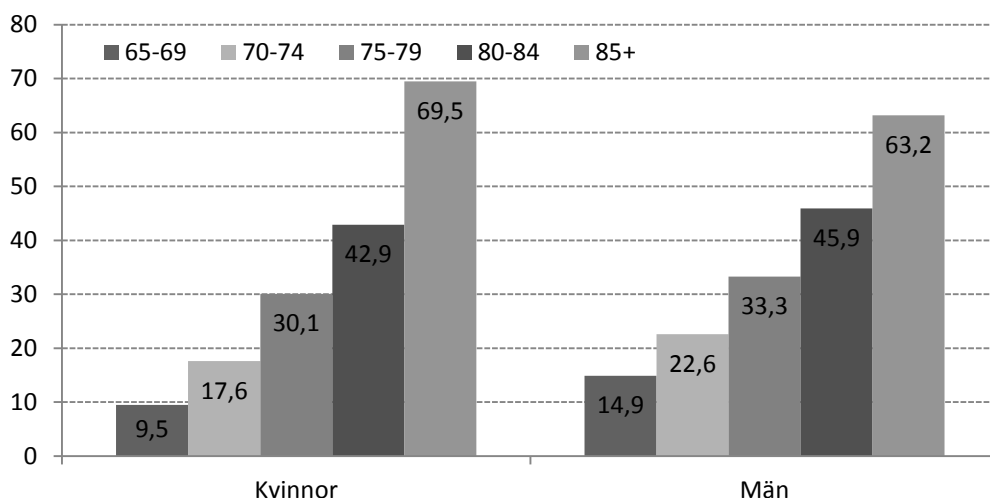
Att klara sin vardag

Att klara sin vardag, exempelvis vardagliga hushållssysslor såsom att städa och laga mat och personlig omvårdnad såsom att bada/duscha är relaterat till hälsa och funktionsförmåga. Faktorer i omgivningen – exempelvis hur väl bostaden är anpassad till funktionshinder, närhet till affärer, kompetens att sköta hushållssysslor, osv är också relaterade till hur väl man klarar sin vardag².

² Detta avgörs med hjälp av en så kallad ADL-bedömning. ADL står för Aktiviteter i det Dagliga Livet och består dels av s.k. instrumentell ADL, d.v.s. vardagliga hushållssysslor, och dels personlig ADL, d.v.s. den personliga omvårdnaden. Bedömningen görs ofta av en kommunal biståndsbedömare och utgår från individens hälsa och funktionsnivå. Den ligger ofta till grund för nybeslut eller omprövning gällande nivå av stödinsatser som en äldre person kan behöva.

Städa, handla, laga mat och tvätta

Förmågan att städa, handla, laga mat och tvätta är några av de vardagliga aktiviteter som efterfrågas när en ADL-bedömning genomförs. I figur 11 redovisas andelen kvinnor och män i olika åldersgrupper som behöver hjälp med minst en av dessa aktiviteter. I åldersgruppen 65-74 år klarar de allra flesta detta själva. Likafullt är det, redan i de yngsta åldersgrupperna, ungefär 16 procent som behöver hjälp med minst en av sysslorna. I åldrarna 65-74 år är det en större andel män än kvinnor som behöver hjälp, i åldersgruppen 75-84 år är det fortfarande en större andel män än kvinnor men skillnaden är inte signifikant. Högre upp i åldrarna ökar problemen med att på egen hand klara dessa sysslor. Bland de allra äldsta (85 år och äldre) behöver 63 procent av männen hjälp medan kvinnornas andel uppgår till knappt 70 procent.



Figur 11. Andelen som behöver hjälp med minst en av följande aktiviteter: städa, handla mat, laga mat, tvätta. Kvinnor och män i olika åldersgrupper. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Hushållstyp och inkomst

Andelen ensamboende kvinnor som behöver hjälp med vardagliga aktiviteter är något högre 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 vardagliga aktiviteter. Påpekas bör dock att eftersom kvinnorna överlever männen och därför i mycket större utsträckning är ensamboende högre upp i åldrarna är antalet ensamstående kvinnor som behöver hjälp från någon utanför hushållet betydligt större än antalet män. Många äldre kvinnor är således beroende av anhöriga och/eller formell omsorg för att klara sin vardag.

Givet kön och ålder är det fler höginkomsttagare som klarar vardagen på egen hand jämfört med låg- och mellaninkomsttagarna. Förmågan att klara vardagen följer således samma mönster som vid analyser av olika hälsoproblem. Förutom att äldre med goda ekonomiska förutsättningar har en bättre hälsa har de resurser att byta boende när behov uppstår.

Personlig omvårdnad

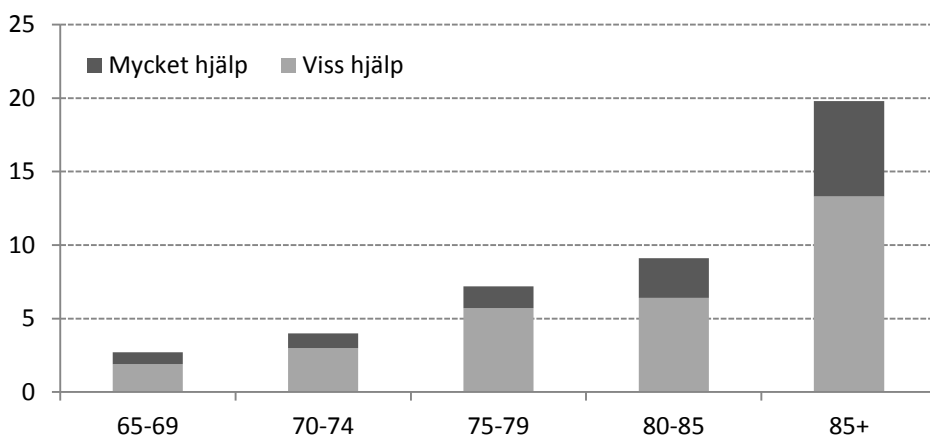
Att mäta funktionsnedsättning som förmågan att sköta den personliga omvårdnaden är vanligt inom äldreforskning och centralt vid ADL-bedömningar. För äldre personer är det vanligast med problem att bada/duscha. Förmågan att kunna bada/duscha utan hjälp speglar såväl individens fysiska och kognitiva kapacitet som hur bostaden är anpassad. Noterbart är att redan i åldrarna 65-69 år är det cirka två procent som inte på egen hand klarar av att bada/duscha. Det är signifikant fler män än kvinnor i den yngsta åldersgruppen som har problem med att sköta sin hygien.

Problem med att bada/duscha ökar markant med stigande ålder, men det är först i 80-årsåldern som det börjar bli vanligt att inte kunna sköta den personliga omvårdnaden på egen hand. 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 även när hänsyn tagits till att det är fler kvinnor i de allra högsta åldrarna. Könsskillnaden är dock inte statistiskt signifikant när hänsyn tagits till ålder, hushållstyp och inkomst (tabell 6).

Enligt folkhälsoenkäten behöver två av tio personer över 85 år hjälp med att bada/duscha. Jämförande siffror från två nationella undersökningar³ från 2005 och 2011 visar att drygt 30 respektive 43 procent behöver sådan hjälp. Att äldre i Stockholms län skulle ha så mycket bättre funktionsförmåga eller bostäderna i Stockholm så mycket mera handikappanpassade är dock svårt att tro.

I folkhälsoenkäten återfinns ytterligare en fråga om hur pass väl den svarande klarar av att sköta sin hygien och förmågan att klä sig. I figur 12 redovisas resultaten för fem åldersgrupper. Den ljusa delen av stapeln redovisar andelen som säger sig ha vissa problem att tvätta eller klä sig själv. Den mörka delen av stapeln redovisar andelen som inte kan tvätta eller klä på eller av sig själv. Problemen ökar, precis som med bada/duscha, med stigande ålder och i åldrarna över 85 år är det närmare 20 procent som inte kan eller har vissa problem med att tvätta eller klä sig själv. Även här kan vi således konstatera att andelen är lägre än vad nationella data visar. Vi kan därför anta att de med sämre funktionsförmåga är underrepresenterade i Stockholms läns folkhälsoenkät.

³ SCBs Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) samt Undersökning om äldres levnadsvillkor (SWEOLD).



Figur 12. Andelen i olika åldersgrupper som behöver viss hjälp eller mycket hjälp med att sköta sin hygien och att klä sig. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Hushållstyp och inkomst

Hur ser då sambandet ut mellan förmågan att klara den personliga omvårdnaden och kön, hushållstyp samt inkomst? Resultaten i tabell 6 visar att sambandet med kön går åt olika håll – medan kvinnorna har mindre problem än männen med att tvätta och klä på sig så finns det samtidigt en tendens till att de har mer problem med att bada/duscha än männen. Det sista sambandet är dock inte signifikant när vi kontrollerar för ålder, hushållstyp och inkomst. Hur frågan ställs och att på- och avklädning inryms i frågor om personlig hygien kan påverka resultaten.

Ensamboende har mera problem än samboende vad gäller att tvätta sig och med på/avklädning. Det finns däremot ingen skillnad mellan samboende och ensamboende att själv klara bad/dusch. Till sist kan vi konstatera att det återfinns stora skillnader mellan de olika inkomstgrupperna. Höginkomsttagarna har betydligt mindre problem med att klara den personliga omvårdnaden jämfört med mellan- och låginkomsttagarna. Resultatet är tydligt även när hänsyn har tagits till kön, ålder och hushållstyp. Detta är samma mönster som för hälsa och vardagliga aktiviteter.

Tabell 6. Skillnader i behov av hjälp rörande personlig hygien mellan kvinnor och män, hushållstyp och inkomst. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Oddskvoter.

	Hygien	Bada/duscha
Kvinnor	0.73**	1.23
Män (ref)	1.00	1.00
Ensamboende	1.28*	1.09
Samboende (ref)	1.00	1.00
Låg inkomst	2.61***	1.67**
Mellaninkomst	1.72**	1.71***
Hög inkomst (ref)	1.00	1.00

Samtliga modeller är kontrollerade för ålder samt kön, hushållstyp och inkomst

LIVSSITUATION OCH LEVNADSVANOR

I detta avsnitt redovisas ekonomiska resurser, boendemiljö, familj och sociala relationer samt levnadsvanor. Ekonomiska och sociala resurser har inte bara en betydelse för en persons nuvarande livssituation utan ekonomiska och sociala resurser har även visat sig vara av stor betydelse för både nuvarande och senare hälsa och överlevnad. Ekonomiska och sociala resurser påverkar även levnadsvanorna som vi vet har en stor betydelse för hälsa.

Ekonomi

Ålderspensionärerna som grupp har över tid fått det bättre ekonomiskt. De genomsnittliga inkomsterna har ökat och andelen monetärt fattiga⁴ bland svenska ålderspensionärer är i ett internationellt perspektiv förhållandevis mycket låg. Dessutom har ålderspensionärernas materiella tillgångar ökat sedan 1980-talet (Statistiska Centralbyrån, 2005). Inkomstspridningen är dock stor, så även om pensionärerna som kollektiv fått det bättre så innebär det inte alltid att det blivit bättre för den enskilde pensionären. Ålderspensionärernas förbättrade ekonomiska situation beror dels på den allmänna pensionsreformen (ATP) som främst gynnat de yngre kohorterna samt kvinnornas ökade förvärvsarbete. De allra äldsta kvinnorna har dock fortfarande en förhållandevis låg pensionsinkomst.

År 2010 var den genomsnittliga disponibla inkomsten per så kallad konsumtionsenhet⁵ för en person över 65 år och bosatt i Sverige 169 800 kr enligt beräkningar från Statistiska Centralbyrån. Stockholms läns ålderspensionärer har i genomsnitt en högre disponibel inkomst jämfört med ålderspensionärerna i riket, men även i Stockholm finns markanta skillnader mellan de med låga och höga inkomster.

Medianinkomsten varierar påtagligt mellan olika grupper av äldre. Såväl kön som ålder har samband med inkomstens storlek. Allmänt gäller att yngre har

⁴ Med monetär fattigdom avses hushåll vars disponibla inkomst per konsumtionsenhet understiger socialbidragsnormen inklusive bostadsschablon. För en utförligare beskrivning av äldres ekonomiska situation se exempelvis Statistiska Centralbyrån (2006)

⁵ Konsumtionsenhet: OECD:s s.k. justerade konsumtionsenhetsskala, enligt vilken den första fullvuxna hushållsmedlemmen får vikten 1, övriga personer över 13 år får vikten 0,5 och barn 13 år och yngre får vikten 0,3. Konsumtionsenhet används för att kunna jämföra hushåll med olika storlek och struktur. (http://www.stat.fi/til/tjkt/kas_sv.html)

högre inkomster än äldre, män högre inkomster än kvinnor. Lägst disponibel inkomst har ensamstående äldre kvinnor.

Ekonomiska svårigheter

Att ålderspensionärerna som grupp fått det bättre ska inte tolkas som att varje enskild individ har fått det bättre. För de allra flesta innebär pensioneringen en inkomstminskning. En viss del av denna minskning balanseras av minskade utgifter. Storleken på minskningen av dessa utgifter är dock svår att beräkna och variationen mellan individer är rimligen stor. Att inte klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar, m.m. drabbar ungefär åtta procent av Stockholms läns ålderspensionärer i åldersgruppen 65 till 79 år. Andelen över 80 år är fem procent. Siffran är något högre än i riket. Data från Undersökningen om äldres levnadsvillkor, SWEOLD, 2011 visar att drygt tre procent av svenskarna i åldrarna över 80 år har haft svårigheter att klara de löpande utgifterna under de senaste 12 månaderna.

Även när hänsyn tas till att kvinnor i genomsnitt har lägre inkomster och är generellt äldre än männen är det något fler kvinnor (8 %) än män (6 %) som har haft svårigheter att under de senaste 12 månaderna klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar, m.m. Skillnaden tycks snarare bero på att kvinnor i större utsträckning än männen är ensamboende och därför har svårare att klara de löpande utgifterna.

Knappt åtta procent av de äldre i Stockholms län avstår från tandläkarvård, sjukvård, hemtjänst och/eller läkemedel på grund av dålig ekonomi. Närmare sex procent av männen och sju procent av kvinnorna har avstått ett tandläkarbesök på grund av dålig ekonomi. Ensamboende kvinnor avstår i större utsträckning att gå till tandläkaren jämfört med män i samma situation. Bland de samboende är det männen som i större utsträckning än kvinnorna avstår från att gå till tandläkaren när hänsyn tas till ålder och inkomst. Att avstå från sjukvård, hemtjänst och/eller att hämta ut läkemedel är ovanligt.

Utveckling över tid

Sedan år 2002 och år 2006 har andelen som avstått från att gå till tandläkaren, besöka sjukvården eller hämta ut läkemedel på grund av dålig ekonomi minskat med ett par procentenheter – från dryga tio procent till ca åtta procent. Skillnaden mellan kvinnor och män att av ekonomiska skäl avstå från tandvård, sjukvård eller läkemedel har minskat något mellan åren 2002 och 2010, men är fortfarande signifikant. Tar man i analysen hänsyn till att kvinnor i genomsnitt är äldre, har lägre inkomst och i större utsträckning bor ensamma, är skillnaderna mellan kvinnor och män inte längre signifikanta, varken år 2002 eller år 2010.

Frågan om svårigheter att klara de löpande utgifterna är ändrad i 2010 års enkät och kan därför inte jämföras med tidigare år.

Boendemiljö

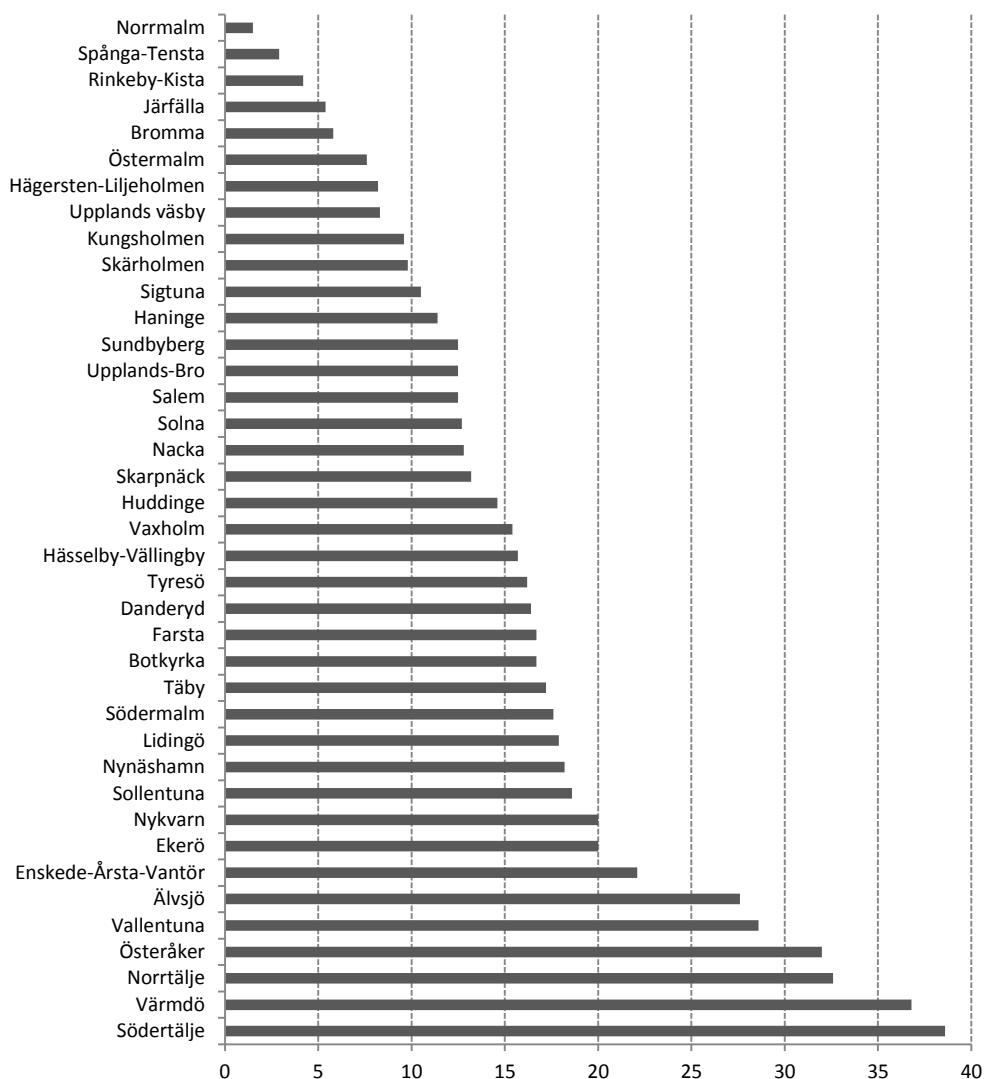
Bostaden har en betydelse för hälsa och välbefinnande, särskilt i hög ålder (Iwarsson, 2005). Bostaden är en del av ens identitet, och kan bli ett stöd för jaget vid exempelvis demenssjukdom. Bostaden och närmiljön kan främja eller hindra att man är aktiv och klarar sin vardag själv. Att kunna klara sin vardag genom ett bra fungerande boende är relaterat till ett hälsa och välbefinnande på äldre dar. När äldre flyttar är det ofta för att få något mer lättskött, man vill förenkla sin boendesituation. Trygghet, tillgänglighet liksom modernt och bekvämt är viktigt för många.

Tillgänglighet och utbud av service

Med ökande ålder blir en tillgänglig bostad och närmiljö allt viktigare för att kunna klara sig själv och kunna komma ut, liksom möjligheten att byta några ord med en granne eller i affären – om den finns kvar. Det finns ett samband mellan bostadens och närmiljöns tillgänglighet och användbarhet och oberoende och känsla av tillfredsställelse med livet (Oswald, m.fl, 2007).

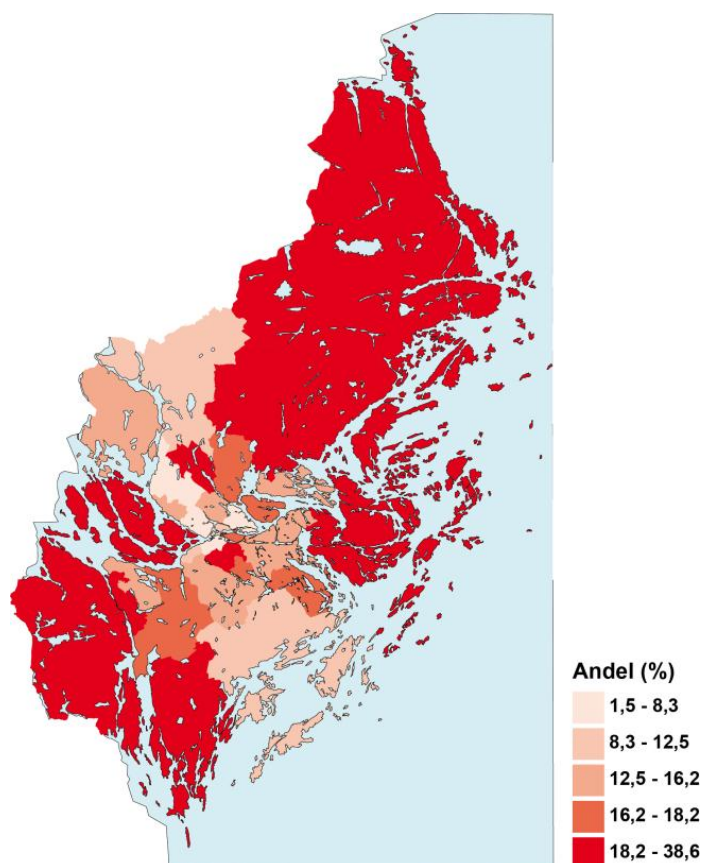
En faktor av betydelse för hur man kan klara sig själv är vilket utbud av service som finns i närheten. För yngre pensionärer med tillgång till bil kan framväxten av externa köpcentra vara en fördel, men när man sålt bilen och rörligheten minskar kan baksidan, nedläggningen av närservice, innebära att man blir beroende av andra för sina vardagsinköp, komma till apotek, bank etc.

Figur 13 och kartan (figur 14 nedan) redovisar andelen äldre personer över 80 år som rapporterar att de saknar ett utbud av service i närheten av sin bostad. Kartan är framställd så att den mörkaste färgen representerar den femtedel som rapporterar högst andel och den ljusaste färgen representerar den femtedel som rapporterar lägst andel som saknar service.



Figur 13. Andelen äldre personer över 80 år som saknar utbud av service i närheten av bostaden, till exempel bank och mataffärer. Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Inte oväntat så är tillgången till närservice sämst i regionens ytterområden. I Södertälje rapporterar nästan fyra av tio äldre att de har långt till sin närservice. Bäst upplevs den av de som bor på Norrmalm, där bara ett par procent uppger detsamma. Mer överraskande är att 18 procent på Södermalm och nästan tre av tio i Älvsjö anser sig ha långt till närservice.



Figur 14. Andelen äldre personer 80 år och äldre som saknar utbud av service i närheten av bostaden, till exempel bank och mataffärer. Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

En jämförelse med riket kan inte göras eftersom den nationella folkhälsoenkäten har ett ålderstak på 84 år. Av samma orsak kan inte en jämförelse med 2002 och 2006 göras eftersom Stockholms läns folkhälsoenkäts ålderstak på 84 år slopades först 2010.

Trygghet i boendemiljön

Trygghet lyfts ofta fram av äldre personer som särskilt viktigt för välbefinnande i vardagen. En trygghetsskapande faktor är att vara igenkänd och känna igen sina grannar. Kontakter underlättas av om det finns naturliga skäl att mötas, att det händer något mellan människor, att man träffas kring gemensamma frågor och åtaganden rörande områdets skötsel, att det finns eller skapas mötesplatser.

I det här avsnittet berörs två indikatorer på trygghet i boendemiljön, dels huruvida man avstått från att gå ut på kvällstid av oro för att bli överfallen och dels om man anser att det går att lita på folk som bor i närområdet.

Rädsla för att gå ut

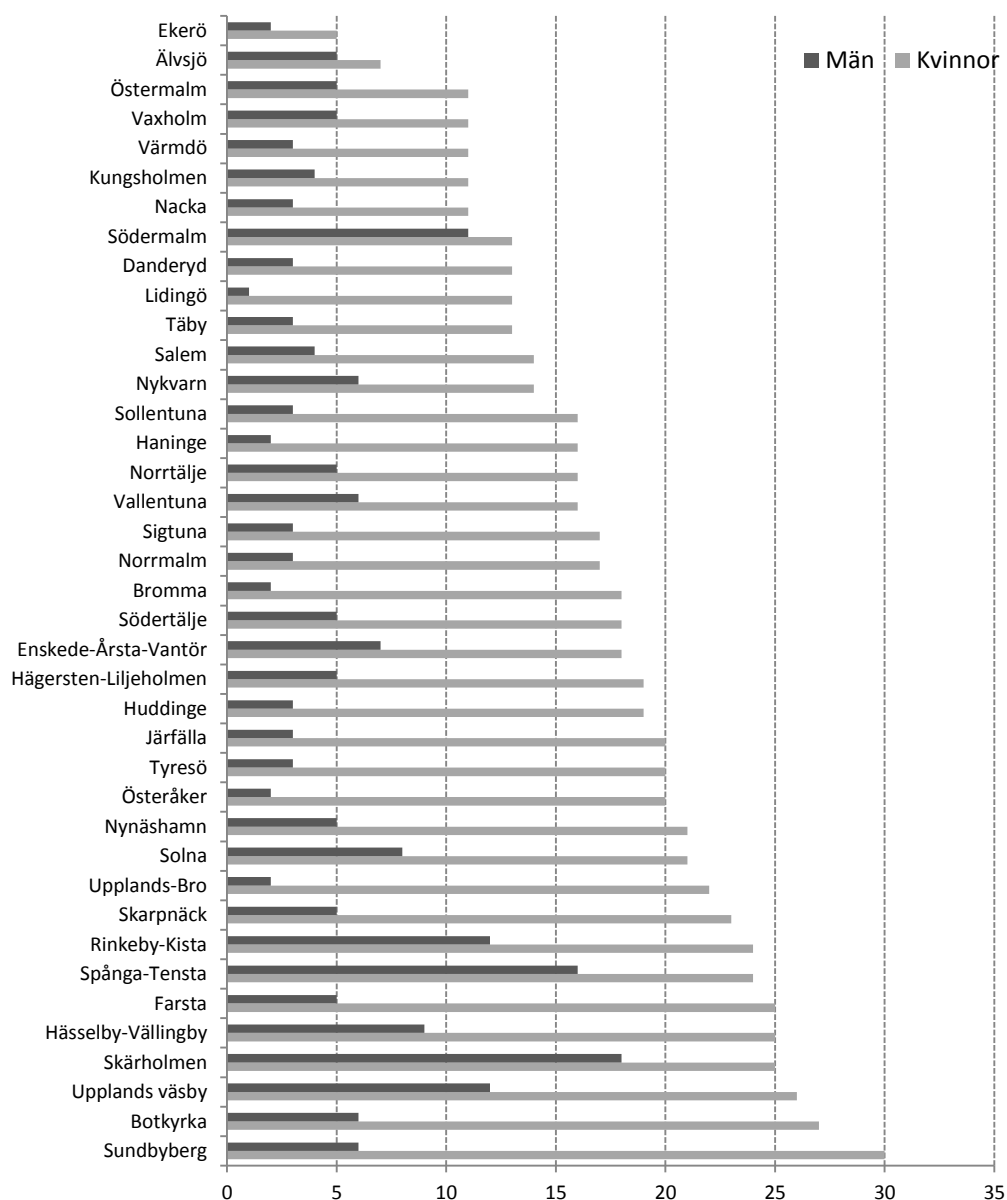
I folkhälsoenkäten finns frågan ”Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du avstått från att ge dig ut på kvällen av oro för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad?”. Tolv procent rapporterar att de ofta avstår från att gå ut. Det är betydligt vanligare att kvinnor avstår från att gå ut på kvällen jämfört med män – 18 procent av kvinnorna rapporterar att de ofta avstått från att gå ut, motsvarande siffra bland männen är fem procent. Oron för att gå ut på kvällstid ökar också med stigande ålder. Bland kvinnor över 85 år rapporterar tre av tio att de ofta avstår från att gå ut.

Det finns också skillnader mellan inkomstgrupperna, där höginkomstgruppen avstår från att gå ut i betydligt mindre utsträckning än låg- och mellaninkomstgrupperna. Att vara ensamboende bidrar också att man i större utsträckning avstår från att gå ut på kvällstid. Samtliga gruppskillnader kvarstår oberoende av varandra vid kontroll av de olika faktorerna. Det betyder bland annat att kvinnor inte avstår från att gå ut på kvällen för att de är äldre, ensamboende eller har låga inkomster. Det betyder inte heller att de med låga inkomster avstår att gå ut för att de i större utsträckning är kvinnor eller är ensamboende.

Det är betydande skillnader mellan kommunerna/stadsdelarna vad gäller att våga gå ut på kvällarna. Figur 15 visar stora skillnader både mellan kommuner och stadsdelar och mellan kvinnor och män. Tryggast är männen i Lidingö, ungefär en procent anger att de ofta avstår från att gå ut. För kvinnorna är motsvarande andel 13 procent. Otryggast är männen i Skärholmen, där 18 procent anger att de ofta avstår från att gå ut, motsvarande andel för kvinnorna är 25 procent. Tryggast är kvinnorna i Ekerö där endast fem procent anger att de ofta avstår från att gå ut. Otryggast är kvinnorna i Sundbyberg, där tre av tio anger att de ofta avstår från att gå ut. Motsvarande andel för männen i Sundbyberg är sex procent. På Södermalm är skillnaderna mellan kvinnor och män minst.

Stadsdelar med en äldre arbetarbefolkning som Sundbyberg ligger högt. Högt ligger också kommuner/stadsdelar med många äldre födda i andra länder, som Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta, Skärholmen och Botkyrka. Mer svårförklarligt är att så många som en fjärdedel av kvinnorna i stadsdelarna Hässelby-Vällingby och Farsta och Upplands-Väsby kommun anger att de ofta avstått från att gå ut.

När hänsyn tas till variationer i ålder, kön, inkomst och födelseland förklaras en del av skillnaderna mellan kommuner och stadsdelar. Det förklarar dock inte allt och många skillnader kvarstår även efter att hänsyn tagits till dessa faktorer.



Figur 15. Andelen kvinnor och män 65 år och äldre som ofta avstått från att gå ut på kvällen av oro för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad. Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Tillit till personer i närområdet

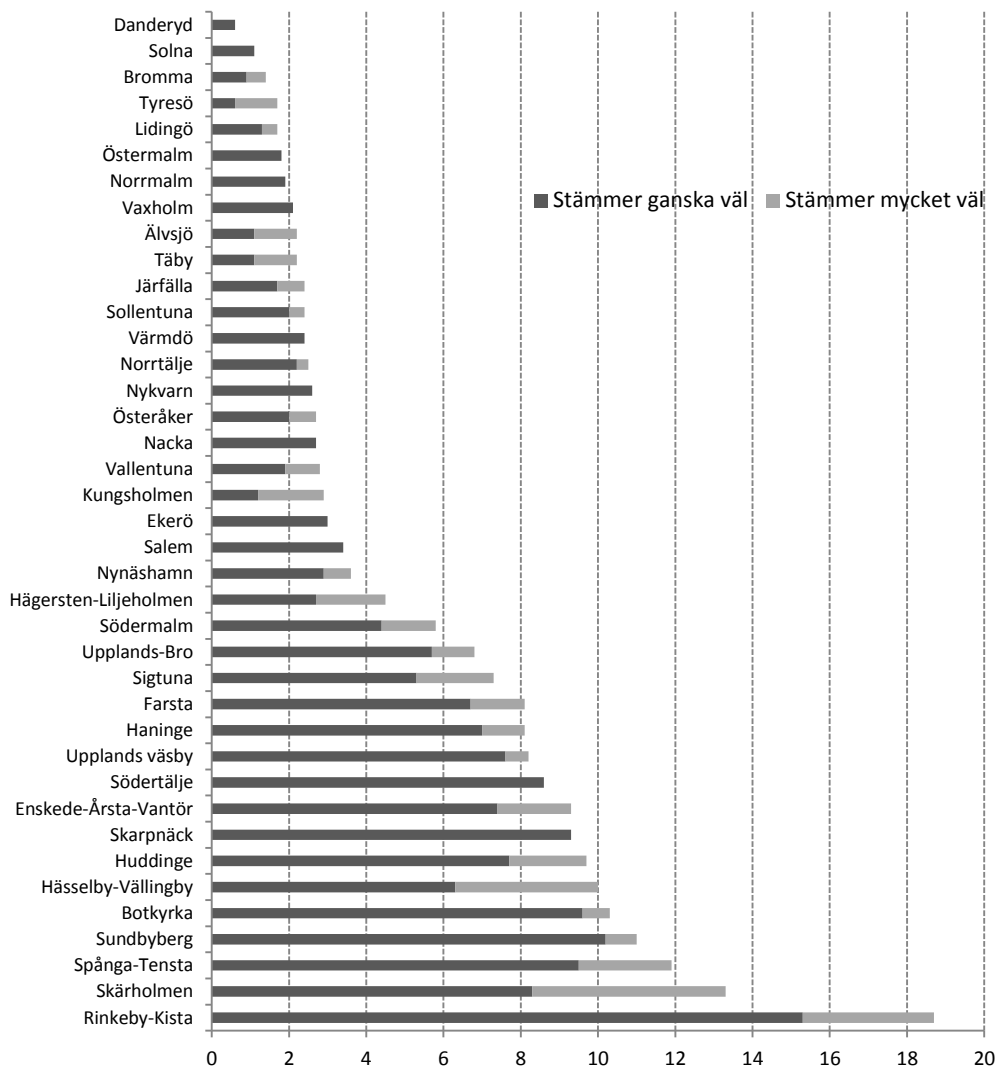
För att mäta i vilken utsträckning de svarande känner tillit till personer i närområdet får man i Stockholms läns folkhälsoenkät ta ställning till påståendet

”Man kan lita på de flesta människor som bor i det här bostadsområdet”. Drygt fem procent håller inte med om påståendet, det vill säga de känner ingen tillit till folk i sitt bostadsområde. Det är lika vanligt bland kvinnor som bland män att inte kunna lita på människor i närområdet. Med stigande ålder tycks det bland män bli vanligare att känna tillit till personer i närområdet, medan det bland kvinnor är stabilt med stigande ålder.

Däremot tycks såväl hushållstyp som inkomstgrupp ha ett samband med huruvida man litar på personer i närområdet. Ensamboende känner mindre tillit än samboende, såväl bland kvinnor som bland män. De största skillnaderna återfinns dock mellan inkomstgrupperna – det är drygt tre gånger så vanligt att personer med låga inkomster inte litar på folk i närområdet, och dubbelt så vanligt att personer i mellaninkomstgruppen inte gör det, jämfört med personer i den högsta inkomstkventilen. Dessa skillnader kvarstår när hänsyn tagits till ålder, kön och hushållstyp. Detta kan förstås vara nära förknippat med det område man bor i.

I figur 16 presenteras skillnader mellan kommuner och stadsdelar vad gäller att känna tillit till människor i det område man bor. I Danderyd är det mindre än en procent som uppger att de inte kan lita på personer som bor i området, i Rinkeby-Kista anger nästan två av tio att de inte anser sig kunna lita på folk där de bor.

Skillnaderna mellan kommuner och stadsdelar minskar något, men försvinner inte helt, när hänsyn tas till svarandegruppens köns-, ålders- och inkomstsammansättning samt fördelningen av inrikes- respektive utrikesfödda i respektive kommun och stadsdel. Det är således även andra faktorer än dessa som bidrar till bristande tillit mellan människor i ett område.



Figur 16. Andelen äldre personer 65 år och äldre som uppger att de **inte** kan lita på folk på den plats de bor. Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Utveckling över tid

Frågan om att ha avstått från att gå ut på kvällen på grund av oro att bli överfallen har funnits med i folkhälsoenkäten sedan 2006. Utvecklingen har varit positiv – andelen som rapporterar att de ofta avstår från att gå ut har minskat. Närmare analyser visar att det är kvinnorna som i mindre utsträckning

rapporterar att de avstått från att gå ut – en minskning från drygt 24 procent år 2006 till 15 procent år 2010 (vid jämförelser över tid är den övre åldersgränsen 84 år, vilket gör att siffran som rapporteras här för 2010 skiljer sig med ovan). Skillnaden mellan de olika inkomstgrupperna kvarstår, även om andelen som avstått från att gå ut på kvällstid minskat i samtliga inkomstgrupper.

I detta avseende tycks Stockholm skilja sig från riket som helhet. Jämfört med de svarande i den nationella folkhälsoenkäten tycks äldre stockholmare i något mindre utsträckning ha avstått från att gå ut. Frågorna skiljer sig dock åt. I den nationella folkhälsoenkäten avser frågan när som helst på dygnet medan Stockholms läns folkhälsoenkät specifikt frågar om individen har avstått från att gå ut på kvällen. Nationella data uppvisar inte den positiva utveckling som kan ses i Stockholm – under perioden 2004-2009 är andelen som avstått från att gå ut oförändrad (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Sedan 2002 återfinns även frågan om att kunna lita på människor på den plats man bor. Under de första åren (2002 till 2006) återfinns ingen förändring därefter har andelen som inte känner att de kan lita på människor i närområdet minskat. Minskningen återfanns både bland kvinnor och bland män.

Familj och socialt nätverk

Hjälper närstående

Många äldre hjälper närstående, det kan vara en sjuk make/maka, barn eller barnbarn. Högre upp i åldrarna minskar hjälpen till barn och barnbarn och under det sista eller de sista åren i livet ökar istället mottagandet av hjälp och stöd. Att hjälpa någon närstående med vardagliga sysslor och omsorg utgör en självklar del i vardagen för många. I en nyligen publicerad rapport från Socialstyrelsen (2012) visar resultaten från en nationell studie att omsorgsgivande är vanligt i alla åldrar men förekommer mest i åldersgruppen 45 till 64 år. Rapporten visar även att omsorgsgivandet förekommer i stor utsträckning i åldersgruppen 65 till 80 år. Närmare två av tio säger sig vara omsorgsgivare och i åldrarna över 80 år är 15 procent givare av omsorg. Vem omsorgen riktar sig till varierar med åldern. Bland personer över 65 år riktar sig omsorgen ofta till make, maka eller partner. En uppgift som med stigande ålder kan bli både ansträngande, betungande och mycket ansvarskrävande.

Rapporten visar att det i åldrarna 18 år och uppåt inte är någon större skillnad mellan kvinnors och mäns omsorgsgivande vad gäller tidsomfattning och frekvens. Män ger dock mer praktisk hjälp och oftare ekonomiskt stöd, medan kvinnor i regel svarar för tillsyn, umgänge och personlig omsorg.

Hur ser då förhållandena ut i Stockholms län enligt folkhälsoenkäten? Frågan som ställs lyder ”Har du någon närstående som du hjälper med vardagliga sysslor,

ser till eller vårdar?” I åldrarna 65-80 år är det 16 procent av stockholmarna som uppger att de är omsorgsgivare och i åldrarna över 80 år är det 14 procent. Andelen bland kvinnorna är 17 procent i den yngsta åldersgruppen och 12 procent i den äldsta åldersgruppen. Bland kvinnorna minskar således andelen omsorgsgivare med åldern men antalet timmar per vecka ökar. I genomsnitt ger en omsorgsgivande kvinna i åldern 65-80 år knappt 14 timmar per vecka och i åldrarna över 80 år har antalet genomsnittliga timmar ökat till 19 timmar per vecka.

Andelen män som säger sig vara omsorgsgivare är 14 procent i åldrarna under 80 år och 17 procent i åldrarna över 80 år. Andelen manliga omsorgsgivare tycks öka något med åldern till skillnad från andelen kvinnliga omsorgsgivare där andelen minskar. Även bland männen ökar antalet omsorgstimmar från knappt 12 timmar i åldersgruppen 65 till 80 år, till i genomsnitt 21 timmar i åldrarna över 80 år. Resultaten visar att både äldre män och äldre kvinnor i nära nog lika stor utsträckning hjälper, ser till eller vårdar någon närstående. Både äldre kvinnor och äldre män utgör således viktiga informella omsorgsgivare.

Hushållstyp och inkomst

Socialstyrelsens rapport visar att omsorgen i åldrarna över 65 år oftast riktar sig mot partner, maka eller make (Socialstyrelsen, 2012b). Det är därför inte konstigt att samboende ger omsorg till någon anhörig i mycket större utsträckning än ensamboende. Omsorgsgivande bland ensamboende förekommer dock och i Stockholms läns folkhälsoenkät har närmare nio procent av de ensamboende männen och 12 procent av kvinnorna rapporterat att de ger omsorg till någon närstående.

Det finns inte någon socioekonomisk skillnad i givandet av omsorg. Däremot är skillnaderna i antalet timmar som ges stora. En låginkomsttagare över 65 år ger i genomsnitt 18 timmar per vecka, medan äldre personer med de högsta inkomsterna ger i genomsnitt knappt 12 timmar. Skillnaden mellan inkomstgrupperna är större bland kvinnorna än bland männen. Med åldern ökar som sagt antal omsorgstimmar, samtidigt ökar också skillnaderna i antalet timmar mellan inkomstgrupperna markant. Exempelvis ger en samboende kvinna över 80 år med låg inkomst i genomsnitt 40 timmar per vecka i omsorg till någon närstående. Detta kan jämföras med 20 timmar per vecka som en samboende kvinna i samma ålder med hög inkomst ger. Detta är i linje med tidigare resultat från riket (Szebehely & Trydegård, 2007).

Många av de äldre personer som hjälper eller vårdar en närstående gör detta trots omfattande egna hälsoproblem. Daglig omsorg och vård av en närstående, framförallt om det är en partner, samt den stress och det ansvar detta medför, resulterar inte alltför sällan i försämrad hälsa (framförallt psykisk ohälsa) hos omsorgsgivaren (Johansson, 2007). Analyser av Stockholms läns folkhälsoenkät visar att kvinnor som hjälper närstående i större utsträckning än de som inte hjälper närstående rapporterar en mycket dålig eller dålig självskattad hälsa. Sambandet kvarstår även efter att hänsyn tagits till ålder i analyserna. Bland

männen finns inget samband mellan den självskattade hälsan och att hjälpa närstående. Analyser av den psykiska hälsan hos personer som hjälper närstående, visar att förekomsten av ängslan, oro och ångest, är högre bland de som hjälper närstående jämfört med de som inte hjälper. Sambandet ser likadant ut för kvinnor som för män och kvarstår när hänsyn tagits till ålder.

Dålig eller mycket dålig självskattad hälsa såväl som ängslan, oro och ångest är vanligare i gruppen som ger flest timmar hjälp till sin/sina närstående jämfört med de som ger minst antal omsorgstimmar. Sambandet med hälsa ser likadant ut bland kvinnor som bland män, och bland samboende såväl som ensamboende.

Sociala relationer och personligt stöd

Familjen har en stor betydelse för det sociala nätverket. Att vara samboende ökar individens möjlighet till sociala relationer på nära håll. Närheten till umgänge får större betydelse när rörelsefriheten påverkas av nedsatt hälsa och funktionsnedsättningar. Kvinnor lever längre än män och gifta kvinnorna är dessutom ofta några år yngre än sina män. Detta medför att merparten äldre kvinnor bor ensamma i slutet av sitt liv, medan majoriteten av männen är gifta livet ut med personligt stöd och omsorg från partnern som samboendet ofta innebär. Nationella data från SWEOLD 2011 visar att bland de allra äldsta (85 år och äldre) är nästan 90 procent av kvinnorna ensamboende, medan knappt hälften av männen lever ensamma.

Vidare har deltagandet i olika sociala sammanhang och aktiviteter och att ha tillgång till ett personligt stöd vid problem och konflikter (så kallat socialt stöd) visat sig vara starkt relaterade till välbefinnande och hälsa, även när man kommer upp i åren.

Trots att många studier visat att äldre personer i stor utsträckning deltar i olika typer av organiserad verksamhet tillsammans med andra, såväl som att umgås med anhöriga och vänner, är bilden av äldre som socialt isolerade vanlig och svår att bli av med. Siffror från Stockholms läns folkhälsoenkät bekräftar bilden av äldre som en aktiv och engagerad grupp. Det innebär dock inte att ensamhet inte finns, och är ett gissel för de som plågas av den. Ett avsnitt om känslan av ensamhet finns längre fram i rapporten.

I Stockholms län anger drygt 75 procent att de träffar sina anhöriga och nära vänner minst en gång i veckan. Drygt tio procent gör det dagligen. Det sociala umgänget är förhållandevis stabilt över åldrarna och fortfarande bland de allra äldsta personerna över 85 år träffar 72 procent sina anhöriga och vänner minst en gång varje vecka, elva procent gör det dagligen. Det återfinns ingen skillnad mellan kvinnor och män.

Vi kan inte med hjälp av folkhälsoenkäten uttala oss om fördelningen mellan anhöriga och vänner förändras med stigande ålder. Resultaten från ULF-undersökningen 2002/2003 visar att det är umgänget med vänner, bekanta och

grannar som glesnar med stigande ålder, medan umgänget med anhöriga som inte bor i hushållet är stabilt (Häll, 2006).

En annan form av umgänge är kontakter via telefon. För många äldre kan det också vara ett sätt att fortsätta att vara socialt aktiv när hälsan sätter hinder för möjligheten att träffas. Ett förhållandevis nytt sätt att umgås är via Internet. Olika sociala media gör det möjligt för oss att chatta, messa, mejla, och/eller twittra med våra vänner och anhöriga.

Nio av tio personer över 65 år har kontakt med anhöriga och nära vänner via telefon eller Internet minst en gång i veckan. Andelen som har kontakt per telefon minskar inte med åldern, däremot minskar andelen som använder Internet. I åldrarna 65 till 69 år använder 73 procent Internet. Användandet minskar dock betydligt med åldern och efter 80 års ålder är det knappt fem procent som använder internet. Troligtvis är det här en kohortfråga. Yngre ålderskohorter har lärt sig använda Internet och dess möjligheter till umgänge medan äldre kohorter fortfarande mest använder telefonen.

Internetanvändandet skiljer sig också mellan kvinnor och män. I samtliga åldersgrupper är det mera vanligt bland männen att använda Internet än bland kvinnorna, en skillnad som ökar med åldern. Resultaten i tabell 7 visar däremot att socialt umgänge och telefon/internetkontakter är mera vanligt bland kvinnorna och att socialt umgänge signifikant minskar med åldern när hänsyn tas till kön, hushållstyp och inkomst. Först efter 85 års ålder minskar kontakten med anhöriga och vänner via telefon/internet. Det återfinns ingen skillnad i sociala kontakter mellan ensamboende och samboende. Däremot tycks personer med höga inkomster umgås och ha kontakt via telefon och internet med sina vänner och anhöriga i större utsträckning jämfört med personer med lägre inkomster.

Samboende använder internet i mycket större utsträckning än ensamboende, en skillnad som inte förklaras av att ensamboende oftare är kvinnor, att de är äldre eller har lägre inkomster. Även inkomstskillnaderna i internetanvändning är markanta. Vi kan således konstatera att internetanvändning fortfarande är socialt skiktat bland ålderspensionärerna. Ekonomiska resurser och kunskap genom tidigare arbete och utbildning förklarar sannolikt en del av denna skillnad.

Tabell 7. Skillnader i umgänge, telefon- och internetkontakt samt internetanvändning mellan kvinnor och män, åldersgrupper, hushållstyp och inkomst. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Oddskvoter.

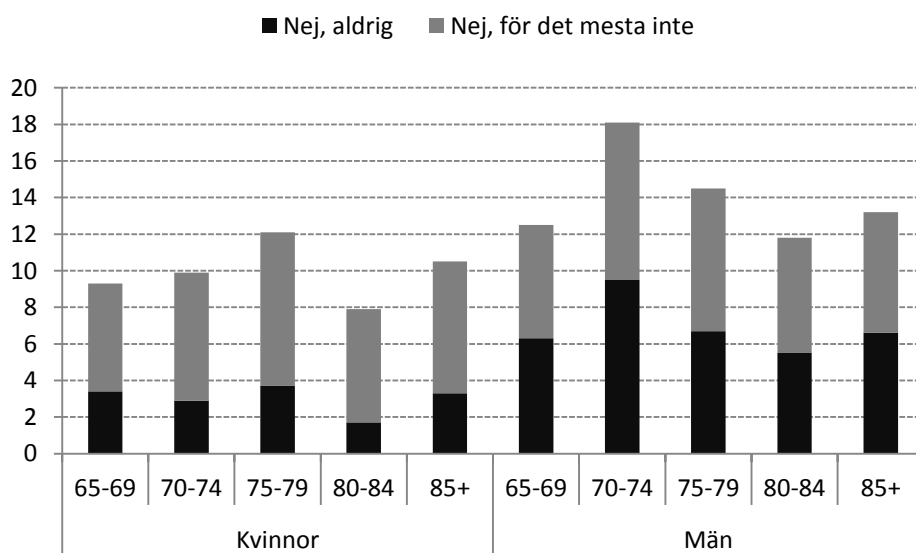
	Umgänge	Telefon/ internet	Internet- användning
Kvinnor	1.13*	2.35***	0.74***
Män (ref)	1.00	1.00	1.00
65-69 år (ref)	1.00	1.00	1.00
70-74 år	0.79**	1.00	0.56***
75-79 år	0.78**	0.86	0.23***
80-84 år	0.71***	0.91	0.11***
85+	0.62***	0.73*	0.05***
Ensamboende	1.12	1.16	0.60***
Samboende (ref)	1.00	1.00	1.00
Låg inkomst	0.86	0.77*	0.16***
Mellaninkomst	0.92**	0.67***	0.32***
Hög inkomst (ref)	1.00	1.00	1.00

I samtliga modeller är variablerna kontrollerade för varandra

Personligt stöd

En central aspekt av sociala relationer, är möjligheten att få personligt stöd av andra personer vid problem eller kriser i livet. Folkhälsoenkäten visar att ungefär 90 procent av de som är äldre än 65 år har personer i sin omgivning som kan ge ett personligt stöd vid svårigheter och kriser.

Att för det mesta sakna eller aldrig ha ett personligt stöd är vanligare bland män än bland kvinnor. Skillnaden ligger dock i att det är fler män än kvinnor som uppger att de aldrig har någon eller några personer som kan ge ett personligt stöd för att klara av personliga problem eller kriser i livet (figur 17).



Figur 17. Andelen som "för det mesta inte" eller "aldrig" har någon eller några personer som kan ge ett personligt stöd för att klara av personliga problem eller kriser i livet. Kvinnor och män i olika åldersgrupper. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

På frågan om man har någon man kan dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt visar nationella data från folkhälsoenkäten (2009) att det i åldersgruppen 65-84 år, var lika vanligt bland kvinnor som bland män att inte ha det. (Statens Folkhälsoinstitutet, 2011). Skillnaden jämfört med kvinnors och mäns svar i Stockholms läns folkhälsoenkät kan bero på hur emotionellt stöd definieras samt hur graden av emotionellt stöd mäts.

Som konstaterats finns skillnader mellan könen i frågan om man har någon/några som kan ge ett personligt stöd. Resultaten visar att kvinnor och män skiljer sig åt även när ålder, hushållstyp och inkomstförhållanden tas i beaktande. Ensamboende har i större utsträckning ett svagt personligt stöd jämfört med samboende. Skillnaden mellan ensamboende och samboende är tydlig för båda

könen. Som i fallet med socialt umgänge (beskrivet ovan) återfinns en tydlig inkomstskillnad, de med låg inkomst har ett svagare socialt stöd. Påpekas bör dock att skillnaden mellan inkomstgrupperna är tydligare bland männen än bland kvinnorna.

Social isolering

Att sakna ett socialt nätverk/vara socialt isolerad minskar en individs förutsättningar och möjligheter till en fungerande vardag. Ungefär en procent av äldre personer över 65 år i Stockholms län 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 utanför hushållet. Fler män än kvinnor är socialt isolerade enligt definitionen ovan. Intressant är att andelen isolerade inte ökar med åldern. Ensamboende män är isolerade i större utsträckning än samboende och bland männen är inkomstskillnaderna tydliga. Eftersom få kvinnor är socialt isolerade enligt definitionen ovan återfinns inte några statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor som är ensamboende och samboende, och inte heller mellan kvinnor med olika inkomster.

Vi kan utifrån ytterligare analyser konstatera att många av dem som enligt definition ovan är socialt isolerade anser sig ha tillgång till ett personligt stöd och sällan känner sig ensamma.

Utveckling över tid

Utvecklingen över tid är generellt sett positiv vad gäller umgänge med anhöriga och nära vänner och upplevd tillgång till personligt stöd. Våra analyser visar att det sociala umgänget ökat sedan 2006. En större andel träffar dagligen sina anhöriga och nära vänner 2010 jämfört med 2006. Samtidigt är det färre som endast träffar anhöriga och nära vänner månadsvis eller mer sällan. Förändringen är likartad för kvinnor och män.

Frågan om personligt stöd har funnits med i folkhälsoenkäten sedan 2002. Andelen som saknar ett personligt stöd har minskat kontinuerligt sedan 2002. Minskningen är störst bland kvinnor, vilket medfört att skillnaden mellan kvinnor och män ökad under perioden.

Frågorna rörande kontakt med anhöriga och vänner via internet samt internetanvändning generellt sett har tillkommit i folkhälsoenkäten först år 2010, varför en jämförelse över tid inte är möjlig.

Känsla av ensamhet

När vi studerar ensamhet är det viktigt att göra en åtskillnad mellan själva känslan av ensamhet och i vilken utsträckning man faktiskt är social isolerad. Folkhälsoenkäten visar som nämnts att många av dem som är socialt isolerade

sällan känner sig ensamma. Förhållandet mellan social isolering och känslan av ensamhet inte är enkel.

Känslan av ensamhet syftar på de negativa känslor man kan få av brister i de sociala relationerna – antingen för att individen upplever missnöje med antalet existerande relationer eller med en inte uppnådd grad av intimitet. Social isolering är istället ett begrepp som avser en ”objektiv” avsaknad av sociala relationer eller brister i det sociala nätverket. Socialt isolerade personer känner sig inte nödvändigtvis ensamma och personer som känner sig ensamma är inte nödvändigtvis socialt isolerade (de Jong Gierveld & Havens, 2004).

Det är inte helt oproblematiskt att mäta känslan av ensamhet. Flera internationella forskare har bland annat observerat att det kan finnas en risk för underrapportering eftersom man ogärna ens i en enkät vill ”erkänna” att man känner sig ensam, detta som en direkt följd av de gällande sociala normerna och stigmatiseringen av de ensamma (se t.ex. Victor, et al., 2000).

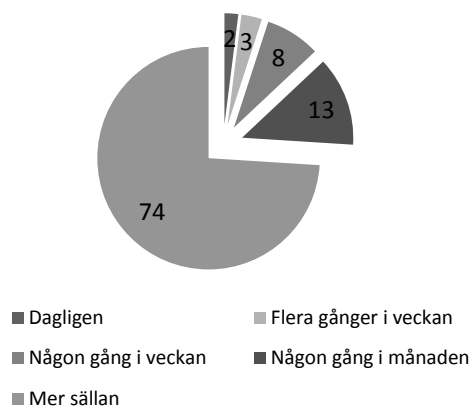
Forskning visar att andelen som rapporterar en känsla av ensamhet varierar med ålder, kön och socioekonomisk status (se bl.a. Aartsen & Jylhä, 2011). Tidigare forskning har även visat att besvär med ensamhet samvarierar med negativa känslor (Andersson, 1998) samt en mängd olika fysiska och psykiska hälsoproblem (för en översikt, se O’Luanaigh & Lawlor, 2008). Studier som har följt individer över tid har visat att förlust av partner, reducerade sociala aktiviteter, försämrad hälsa, depression och ångest samt åldrandet i sig är riskfaktorer för att besväras av ensamhet (Aartsen & Jylhä, 2011; Heikkinen & Kauppinen, 2011). Besvär med ensamhet är således inte bara ett problem i sig för dem som drabbas utan kan vara både en orsak till och en konsekvens av olika problem.

I Stockholms läns folkhälsoenkät ställdes frågan: Händer det att du besväras av ensamhet? Frågan har fem svarsalternativ (dagligen, flera gånger i veckan, någon gång i veckan, någon gång i månaden, mera sällan). Svartsalternativen redovisas som tårtbitar i figur 18. Den största tårtbiten anger de som mer sällan än någon gång i månaden besväras av ensamhet. Bland äldre stockholmare 65 till 79 år är det 74 procent som mer sällan än en gång i månaden besväras av ensamhet. I den äldre åldersgruppen är andelen lägre, 54 procent.

Figuren visar också att andelen som dagligen eller flera gånger i veckan besväras av ensamhet är två respektive tre procent i den yngre åldersgruppen och sex respektive sju procent i den äldre åldersgruppen. Även ensamhet någon gång i veckan eller någon gång i månaden är högre i den äldre åldersgruppen jämfört med den yngre.

65 till 79 år

80 år och äldre

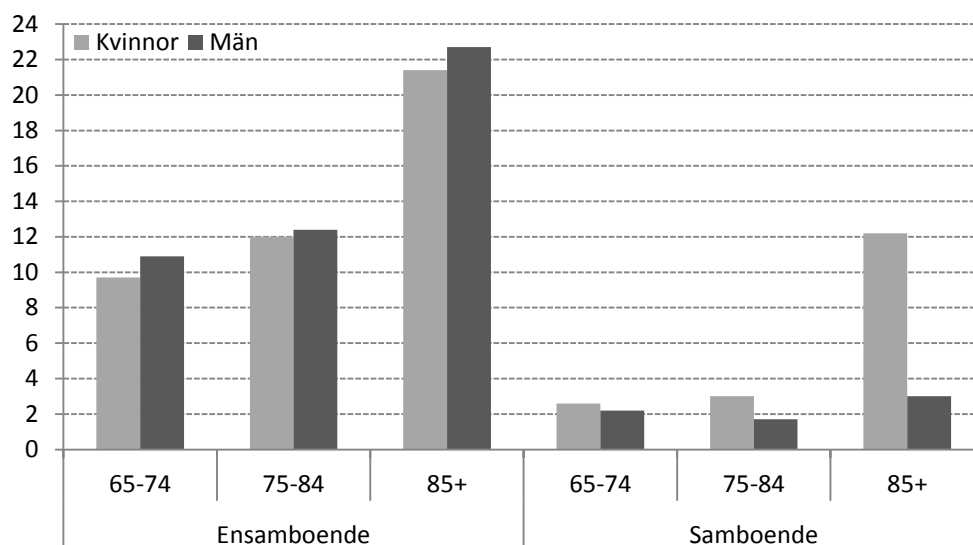


Figur 18. Andelen som besväras av ensamhet i åldersgrupperna 65 till 79 år samt 80 år och äldre. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Att besväras av ensamhet är vanligare bland kvinnor än bland män – i Stockholms län rapporterar nio procent av kvinnorna och fem procent av männen över 65 år att de besväras av ensamhet flera gånger i veckan eller oftare. Denna könsskillnad återfinns i samtliga åldersgrupper och den kvarstår även när hänsyn tagits till ålder (figur 19).

Jämför vi staplarna i figur 19 ser vi att det är fyra gånger vanligare i de två yngsta åldersgrupperna att besväras av ensamhet bland ensamboende jämfört med samboende. I den äldsta åldersgruppen är skillnaden bland männen ännu större. Skillnaden bland kvinnorna har dock minskat något. Det är också intressant att konstatera att samboförhållandet inte verkar erbjuda det skydd mot ensamhet som man kanske kan föreställa sig. Att vara gift/samboende minskar risken för att besväras av ensamhet drastiskt, men även bland de gifta/samboende rapporterar en del att de besväras av ensamhet. I gruppen gifta/samboende i åldrarna över 65 år besväras tre procent av ensamhet flera gånger i veckan eller oftare.

Det finns ingen könsskillnad mellan samboende kvinnor och män upp till en ålder av 85 år, därefter ökar könsskillnaden markant. I åldrarna över 85 år besväras 12 procent av de samboende kvinnorna av ensamhet jämfört med endast tre procent av männen. Med andra ord så ökar risken för att besväras av ensamhet för samboende kvinnor med stigande ålder men inte för samboende män.



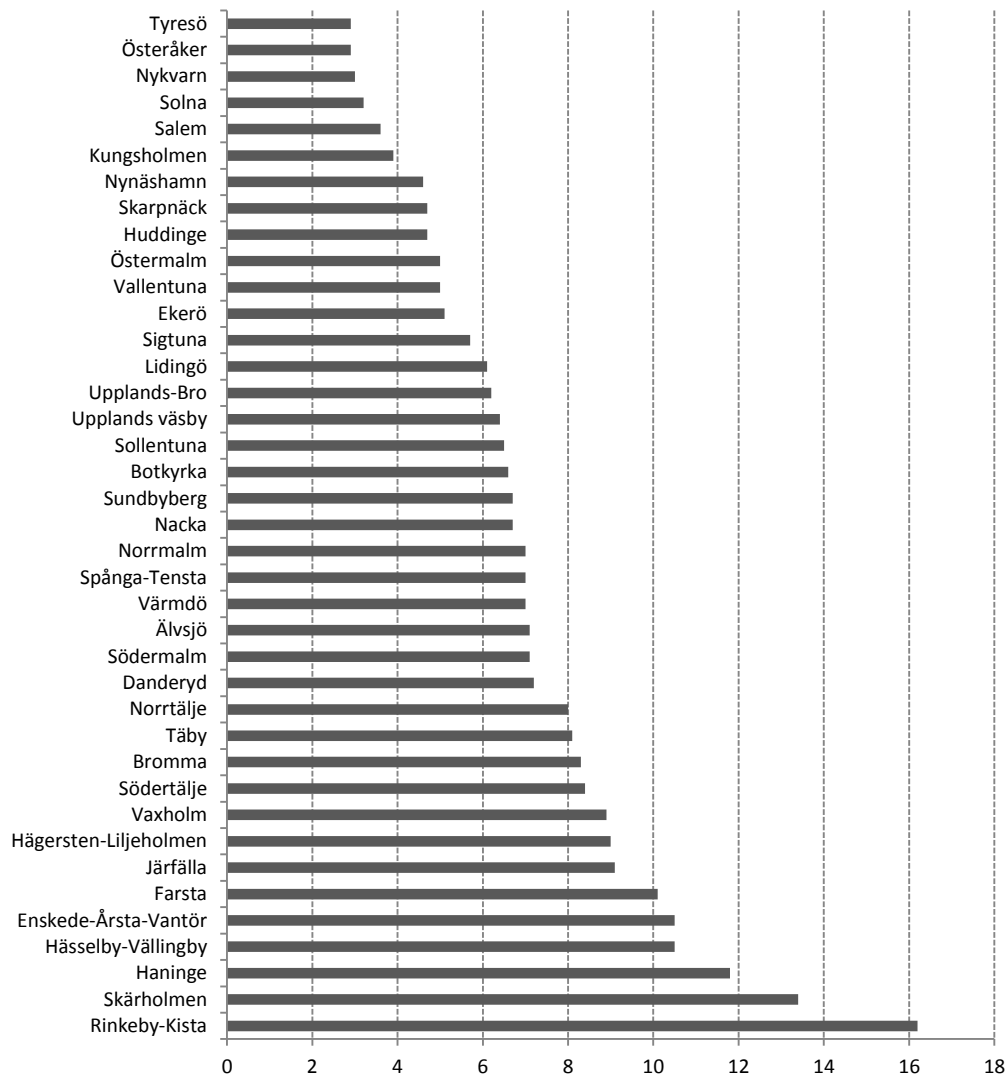
Figur 19. Andelen som besväras av ensamhet flera gånger i veckan eller dagligen. Kvinnor och män i olika åldersgrupper uppdelat på ensamboende och samboende. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Att personer besväras av ensamhet trots att de är samboende kan bero på flera faktorer. Ett skäl kan vara att förhållandet med partnern inte fyller de sociala och/eller emotionella behov man har, men det kan också peka på skillnader i hur man upplever ensamhet. Professor Bo Malmberg berättar till exempel i en artikel hur han, under en besöksintervju, frågar mannen i ett hushåll om han besväras av ensamhet varpå mannen vänder sig till sin fru och frågar: ”Anna, visst känner vi oss mer ensamma nu än vad vi gjorde förr?” (Malmberg, 1995). Detta visar att man med andra ord i ett äktenskap/samboförhållande kan uppleva att man är ”ensamma tillsammans”.

Allt annat lika – kön, hushållstyp och ålder – så besväras äldre personer med lägre inkomst av ensamhet i större utsträckning än de med högre inkomster. Minst besvär med ensamhet har äldre med höga inkomster.

Kommuner och stadsdelar

I figur 20 visas andelen som besväras av ensamhet flera gånger i veckan eller dagligen i Stockholms läns kommuner och stadsdelar. Andelen som besväras av ensamhet varierar från tre procent till över 16 procent i Rinkeby-Kista. Även i Haninge och Skärholmen rapporterar en förhållandevis hög andel att de besväras av ensamhet. Dessa tre områdens förhållandevis höga andel av äldre personer som besväras av ensamhet kvarstår när hänsyn tas till svarandegruppernas köns- och ålderssammansättning.



Figur 20. Andelen som besväras av ensamhet flera gånger i veckan eller dagligen. Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Utveckling över tid

Det finns forskning som på senare tid har talat om att känslan av ensamhet är ett problem som har ökat över tid, ökningen är dock statistiskt osäker (Victor, m.fl., 2002). Orsaken skulle kunna vara bristande förutsättningar och möjligheter till intimitet mellan människor som följd av det moderna samhället med dess

individualism, obeständighet och konstanta krav på ökad flexibilitet (se t.ex. Sennett, 2000). Data från Stockholms läns folkhälsoenkät ger oss ingen möjlighet att studera utvecklingen av ensamhet över en längre tidperiod, utan enbart mellan åren 2006 till 2010. Under denna förhållandevis korta period har besvär med ensamhet åtminstone inte generellt ökat i åldersgruppen 65 till 84 år. Data från SWEOLD-studien visar att det inte heller bland de allra äldsta (76 år och äldre) återfinns någon ökning av andelen som besväras av ensamhet mellan åren 2002 och 2011.

Konsekvenser av ensamhet

Forskning kring sambandet mellan hälsa, sociala resurser (såsom t.ex. sociala kontakter), och ensamhetsbesvär omfattar en tydlig kausalitetsproblematik. Hälsoproblem och/eller svaga sociala kontakter kan leda till besvär eller ökade besvär av ensamhet, men det skulle även kunna betyda att ensamhetsbesvär har en inverkan på den egna självbilden och personligheten på ett sätt som leder till ohälsa och att det blir svårare att skapa och upprätthålla sociala kontakter.

Analyser av data från Stockholms läns folkhälsoenkät 2010 visar att äldre personer med mycket dålig och dålig självrapporterad hälsa också upplever ensamhet i större utsträckning än äldre personer med generellt sett god hälsa. Dessutom har besvär av ängslan, oro, ångest ett starkt samband med känslan av ensamhet – ett samband som inte kan förklaras av skillnader i kön, ålder, hushållstyp, inkomst eller dålig självskattad hälsa. Resultaten visar således på ett tydligt samband mellan känsla av ensamhet och hälsa – riktningen på sambandet går dock inte att uttala sig om.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att majoriteten av länets äldre befolkning över 65 år inte besväras av ensamhet. Det bör dock väcka en del tankar att närmare 15 procent av de äldsta (80 år och äldre) faktiskt besväras av ensamhet flera gånger i veckan. Alla som någonsin, oavsett ålder, upplevt det lidande som ensamhet kan medföra om så bara för stunden kan säkert föreställa sig det lidande det kan innebära att mer eller mindre för jämnan besväras av ensamhet. Utöver detta har besvär av ensamhet en stark koppling till ohälsa och social isolering vilket ytterligare visar att det finns all anledning att på största allvar uppmärksamma ensamhetsfrågan.

Levnadsvanor

En socialt och fysiskt aktiv vardag är förenad med bättre hälsa och ett längre liv, även bland äldre personer. Hur aktiviteterna tar sig uttryck tycks vara sekundärt, forskningen har visat att det är inaktiviteten som utgör den stora riskfaktorn för ohälsa och dödlighet (Agahi, 2008). För äldre personer, liksom för yngre, är fysiska aktiviteter, sociala aktiviteter och andra levnadsvanor (såsom alkoholkonsumtion, rökning, matvanor, etc.) nära relaterade till varandra. För många kan t.ex. det sociala umgänget vara den motiverande faktorn för att delta i någon form av

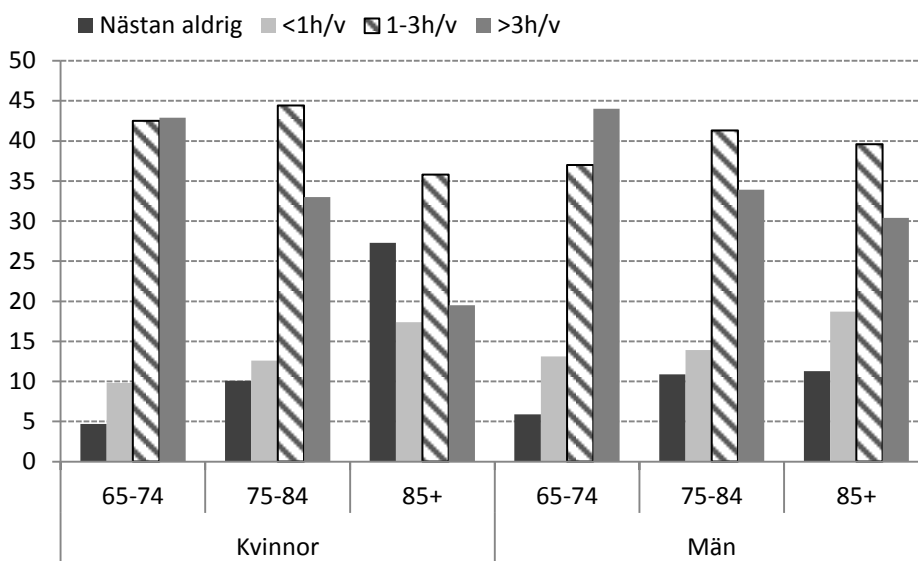
fysisk aktivitet, och bristande aptit och ensidig kost kan hänga ihop med social isolering och inaktivitet.

Fysisk aktivitet

Det finns många fördelar med fysisk aktivitet och även i hög ålder lönar det sig att vara fysiskt aktiv. Många av de funktionsnedsättningar och problem som ofta tillskrivs åldrandet beror i själva verket på fysisk inaktivitet, och kan alltså förebyggas eller åtminstone bromsas genom att vara fysiskt aktiv (Singh, 2002). Man kan t.ex. förbättra sin gångfunktion och balansförmåga och öka muskelstyrkan, vilket i sin tur bland annat leder till minskad fallrisk. Fysisk aktivitet minskar också risken för flera vanliga ålderssjukdomar som diabetes och hjärtkärlsjukdom. Med andra ord kan fysisk aktivitet vara ett relativt enkelt sätt att minska onödig sjuklighet hos individer och därmed samhällskostnader.

Det finns många sätt att mäta hur fysiskt aktiv en person är, och beroende på vilket mått man använder får man olika resultat. I Stockholms läns folkhälsoenkät 2010 finns bl.a. en fråga om hur ofta man går och/eller cyklar och hur ofta man motionerar (utöver gång/cykling). Läger man ihop dessa två frågor visar det sig att nästan fyra av tio i befolkningen 65 år och äldre i Stockholms län är fysiskt aktiva i mer än tre timmar per vecka. För många bibehålls den fysiska aktivitetsnivån långt upp i åldrarna. Figur 21 visar hur mycket äldre kvinnor och män i olika åldersgrupper går, cyklar och motionerar varje vecka. Att vara fysiskt aktiv i mer än tre timmar per vecka är vanligare bland de yngre äldre, bland män, mellan- och höginkomsttagare och bland samboende personer. Det mest avgörande för regelbunden fysisk aktivitet tycks dock vara inkomstnivån, äldre med hög inkomst är mer fysiskt aktiva. Varken kön eller hushållstyp spelar någon roll när hänsyn tagits till inkomstnivå.

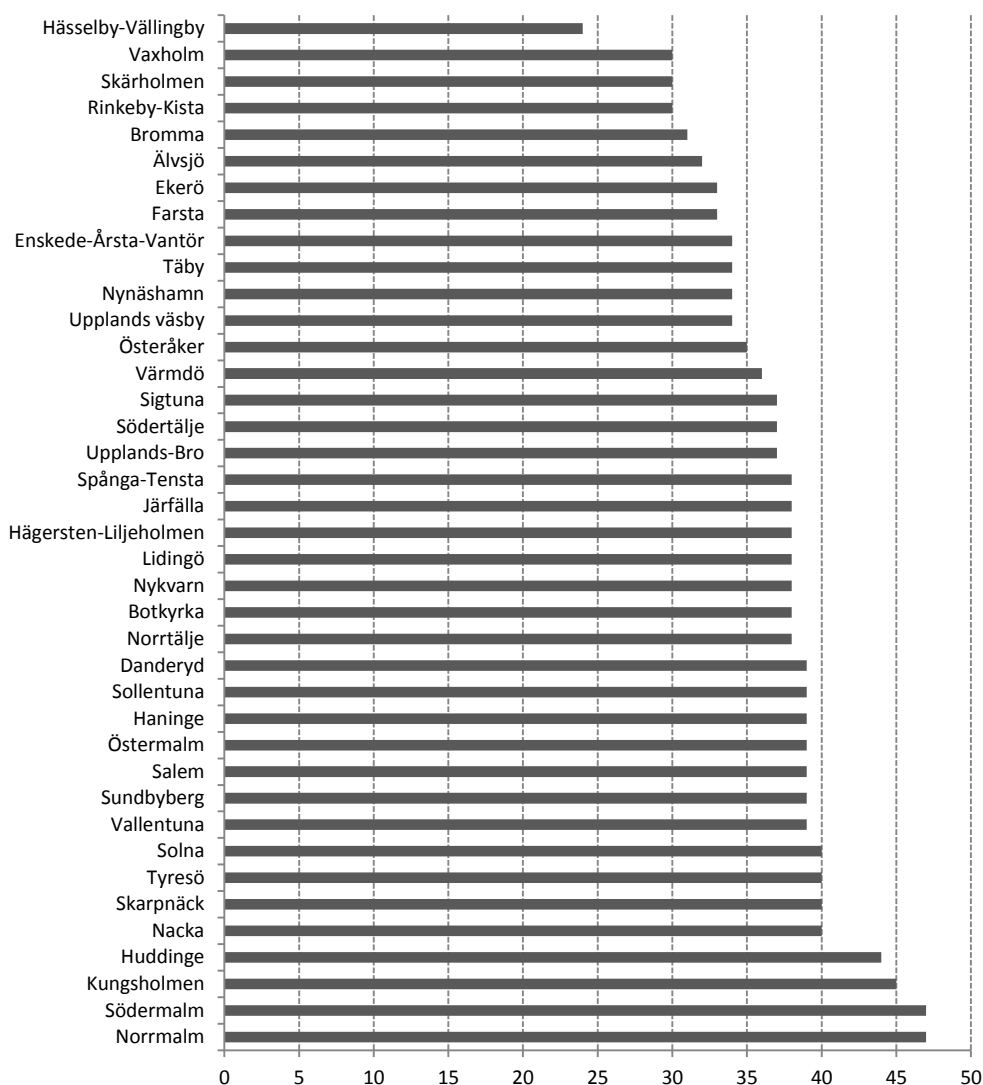
Med stigande ålder minskar nivån av fysisk aktivitet, framförallt bland kvinnor. Även i den äldsta åldersgruppen är det vanligt att vara fysiskt aktiv, om än aktiviteten består i att promenera till affären. Mer än hälften av kvinnorna över 85 år går, cyklar eller motionerar minst en timme per vecka.



Figur 21. Andelen som är fysiskt aktiva (motionerar, går och/eller cyklar), uppdelat på tid som ägnas åt fysisk aktivitet, kvinnor och män i olika åldersgrupper. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Kommuner och stadsdelar

Figur 22 visar andelen äldre personer över 65 år i Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar som motionerar, går eller cyklar i minst tre timmar varje vecka. I flertalet kommuner ligger andelen knappt under 40 procent, men vissa kommuner och stadsdelar avviker. På Södermalm och i Norrmalm är nästan hälften av de äldre personerna fysiskt aktiva i minst tre timmar varje vecka, medan knappt en fjärdedel är det i Hässelby-Vällingby. Skillnaderna kan inte förklaras med att ålder, könsfördelning och inkomstnivåer skiljer sig för svarandegruppen i de olika kommunerna och stadsdelarna, även om skillnaderna planar ut något efter att hänsyn tagits till dessa faktorer.



Figur 22. Andelen äldre personer 65 år och äldre som är fysiskt aktiva i mer än tre timmar per vecka. Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Fysisk inaktivitet

Flyttar vi istället fokus till fysisk inaktivitet (mindre än en timme per vecka), visar figur 21 inte oväntat att det med stigande ålder är vanligare att vara inaktiv. Det är framförallt bland de allra äldsta kvinnorna – de över 85 år – som ökningen ses. Det är också efter 85 år som skillnaderna mellan kvinnor och män blir tydliga,

männen i den högsta åldersgruppen är fysiskt inaktiva i mindre utsträckning än kvinnor i motsvarande ålder.

Vidare visar resultaten att inaktivitet är vanligare bland låg- och mellaninkomstagare än bland höginkomstagare och att ensamboende är mer inaktiva än samboende. Till viss del beror skillnaderna i aktivitetsnivå mellan de olika inkomstgrupperna på att låginkomsttagarna har sämre hälsa och därmed sämre förutsättningar att vara fysiskt aktiva jämfört med höginkomsttagarna. Närmare analyser av sambandet mellan att vara ensam- eller samboende och fysisk inaktivitet visar att det ser olika ut för kvinnor och män. Medan de ensamboende kvinnorna är mer fysiskt aktiva än de samboende, är de ensamboende männen istället mindre aktiva än de samboende (i analyserna har hänsyn tagits till ålder och inkomst).

Utveckling över tid

Sedan år 2002 har andelen personer över 65 år i Stockholms län som är fysiskt inaktiva (mätt som stillasittande fritid)⁶ minskat. Till skillnad från männen så har andelen fysiskt inaktiva kvinnor minskat betydligt. Oavsett ålder så var det år 2002 en större andel inaktiva kvinnor än män. År 2010 var resultatet det omvända. Det vill säga, oavsett ålder så är det en större andel män än kvinnor som är inaktiva.

Minskningen i fysisk inaktivitet kan även ses i låg- och mellaninkomstgrupperna, oberoende av ålder och kön. Andelen fysiskt inaktiva i höginkomstgruppen är i stort sett oförändrad över tid. Trots den ökade aktivitetsnivån som kan ses bland låg- och mellaninkomsttagarna så försvinner inte skillnaderna i fysisk inaktivitet mellan inkomstgrupperna under perioden. Resultaten ska dock tolkas med viss försiktighet eftersom frågorna om fysisk aktivitet förändrats i 2010 års enkät, vilket försvårar en korrekt jämförelse.

Aktiviteter tillsammans med andra

Även andra former av aktiviteter är betydelsefulla för äldre personers hälsa och välbefinnande. Utöver social integration och socialt umgänge (som diskuterats tidigare i rapporten) är sociala aktiviteter – det vill säga aktiviteter i social samvaro – viktiga för hälsan. Att delta i någon form av organiserad verksamhet (t.ex. musik/teater, religiös sammankomst, föreningsverksamhet) och befinna sig i ett socialt sammanhang är viktigt för många. Att deltagande i den här typen av

⁶ I folkhälsoenkäterna 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.

sociala aktiviteter dessutom kan vara förknippat med en högre nivå av fysisk aktivitet stärker rimligen sambandet med hälsa och välbefinnande ytterligare.

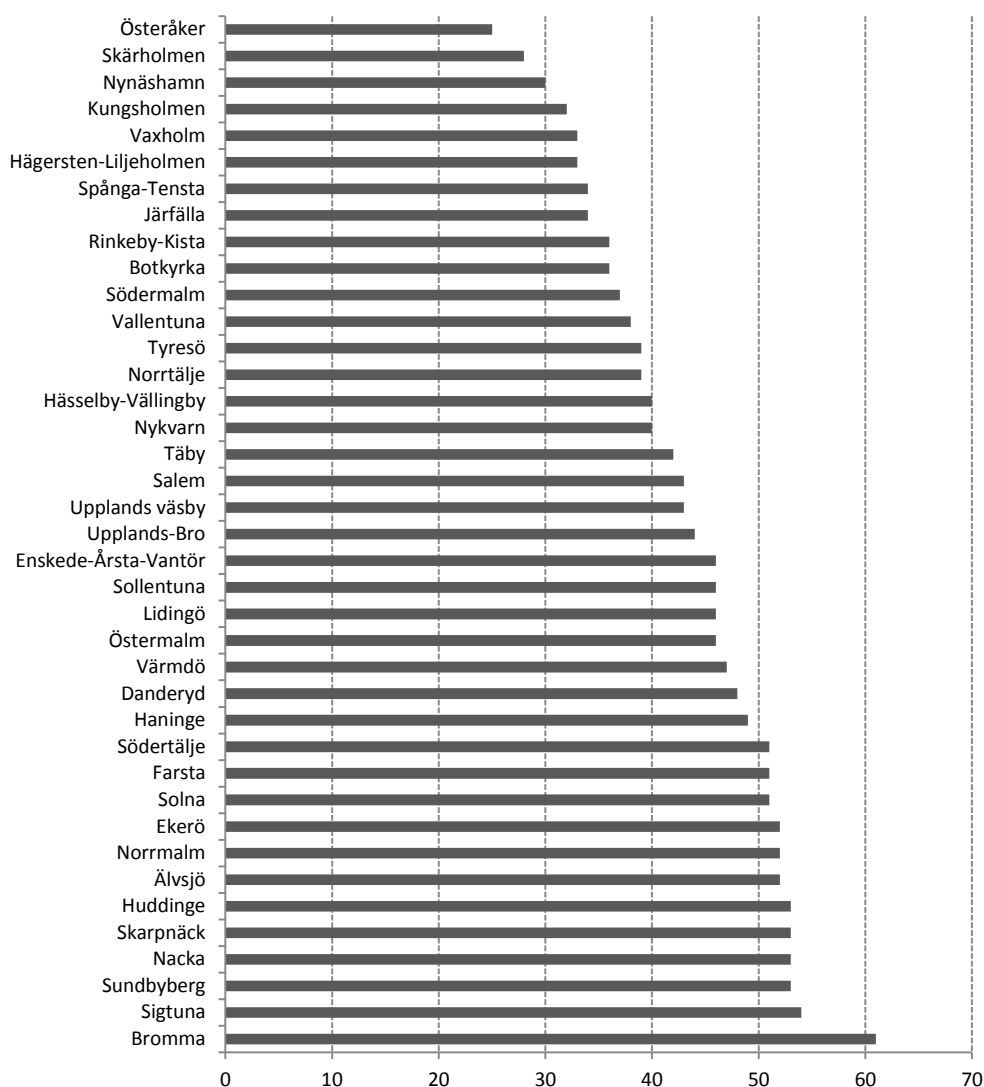
Ungefär hälften av de svarande i Stockholms läns folkhälsoenkät deltar mer eller mindre regelbundet i den här typen av aktiviteter, kvinnor deltar i större utsträckning än män (55 respektive 49 %). I likhet med fysisk aktivitet, minskar även deltagandet i den här typen av aktiviteter med stigande ålder och höginkomsttagare deltar mer än både mellan- och låginkomsttagare. Även här ser vi att ensamboendet har olika inverkan på kvinnor och män – ensamboende kvinnor deltar i aktiviteter tillsammans med andra i större utsträckning än vad samboende kvinnor gör, medan ensamboende män deltar i mindre utsträckning.

Utvecklingen över tid har varit positiv för kvinnorna. Sedan 2002 har andelen äldre kvinnor mellan 65 och 84 år som mer eller mindre regelbundet deltar i organiserad verksamhet tillsammans med andra ökat. Bland männen har andelen aktiva varit oförändrad. Utvecklingen har således medfört en ökad könsskillnad under perioden.

Tidigare studier och ytterligare analyser av data från Stockholms läns folkhälsoenkät visar inte oväntat att personer med hälsoproblem och olika typer av funktionsnedsättningar (syn och hörselnedsättningar, mobilitetsproblem etc.) deltar i mindre utsträckning i olika typer av organiserad verksamhet tillsammans med andra. Dessa funktionsnedsättningar kan således leda till minskat socialt umgänge, minskad fysisk aktivitet samt i förlängningen till social isolering och besvär av ensamhet. Att för dessa individer hitta alternativa möjligheter till aktiviteter tillsammans med andra är således en utmaning för att främja ett gott åldrande för alla.

Kommuner och stadsdelar

Möjlighet att delta i organiserad verksamhet tillsammans med andra finns i flertalet av Stockholms läns kommuner och stadsdelarna i Stockholms stad. För de allra äldsta är det framförallt de sociala mötesplatserna som är viktiga. Förutom att erbjuda och underlätta social samvaro med andra, erbjuds också kurser och olika former av fysisk aktivitet. Andelen äldre personer som faktiskt deltar i denna typ av verksamhet skiljer sig dock mellan olika kommuner och stadsdelar. Figur 23 visar att, bland de äldre över 80 år, varierar deltagandet i organiserad verksamhet tillsammans med andra mellan Stockholms kommuner och stadsdelar, från 25 procent i Österåker till drygt 60 procent i Bromma. Skillnaderna kvarstår efter att hänsyn tagits till variationer hos de som besvarat folkhälsoenkäten i ålder, könsfördelning och inkomstnivå mellan kommuner och stadsdelar.



Figur 23. Andelen äldre personer 80 år och äldre som mer eller mindre regelbundet deltar i aktiviteter tillsammans med andra. Stockholms läns kommuner och Stockholms kommuns stadsdelar. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Procent.

Matvanor

Matvanorna är viktiga för hälsan oberoende av ålder. För äldre personer är energibehovet dock lägre än för yngre, men behovet av viktiga näringsämnen är lika högt. Därför bör man ägna extra uppmärksamhet åt balansen mellan energi och näringsinnehåll. Det finns många faktorer som kan påverka matvanorna när man blir äldre: övergången till pensionärlivet eller förlust av make/maka kan

påverka aptit och rutiner och medföra en mer ensidig kost, olika typer av funktionsnedsättningar kan försvåra såväl inköp och tillagning som intag av mat.

Nedan presenteras olika aspekter av kosten – intaget av frukt och grönsaker, fisk och skaldjur samt sötsaker. Avsnittet saknar en jämförelse av matvanorna över tid eftersom frågorna om matvanor är olika i de tre enkäterna, och därmed försvårar en korrekt jämförelse över tid.

Frukt och grönsaker

Frukt- och grönsakskonsumtion är en vanlig indikator på matvanor. Enligt livsmedelsverkets rekommendationer ska man äta frukt och grönsaker fem gånger om dagen (motsvarande 400–600 g), detta minskar t.ex. risken för cancer och hjärtkärlsjukdomar. För att kunna identifiera riskgrupper har vi här valt att fokusera på låg frukt- och grönsakskonsumtion. Att äta frukt eller grönsaker mer sällan än dagligen definieras som låg konsumtion.

Kvinnor äter i regel mer frukt och grönsaker än män. Fyra av tio män och tre av tio kvinnor äter inte frukt och/eller grönsaker på daglig basis. Med stigande ålder äter man mindre frukt och grönsaker. Det är vanligare att ensamboende äter frukt och grönsaker mer sällan än varje vecka jämfört med samboende, och att låg- och mellaninkomsttagare har låg konsumtion jämfört med höginkomsttagare. Resultaten stämmer väl överens med siffror från nationella folkhälsoenkäten.

Fisk och skaldjur

Hur ofta man äter fisk och skaldjur är en annan indikator på kostvanor. Fisk och skaldjur innehåller viktiga näringsämnen som många inte får i sig tillräckligt av. Enligt livsmedelsverkets rekommendationer ska man äta fisk eller skaldjur 2-3 gånger/vecka, men bara ungefär en tredjedel av den vuxna befolkningen får i sig fisk/skaldjur enligt rekommendationerna (Livsmedelsverket, 2012).

Bland de svarande över 65 år i Stockholms läns folkhälsoenkät är intaget av fisk och skaldjur betydligt större – drygt hälften rapporterar att de äter fisk eller skaldjur minst två gånger i veckan. I tabell 8 (andra kolumnen) redovisas siffror för låg konsumtion av fisk och skaldjur, i detta fall mer sällan än två gånger per vecka, det vill säga under livsmedelsverkets rekommendationer.

Låg konsumtion är vanligare bland män än bland kvinnor – fyra av tio kvinnor och närmare fem av tio män äter fisk och skaldjur i mindre utsträckning än vad som rekommenderas. Det är dock intressant att konsumtionen ökar med stigande ålder. I högre åldrar är det en större andel som äter fisk och skaldjur enligt rekommendationerna.

Det finns också betydande skillnader mellan inkomstgrupperna – låg- och mellaninkomsttagarna äter fisk och skaldjur under den rekommenderade nivån i större utsträckning än höginkomsttagarna. Vad gäller hushållstyp så äter de ensamboende mindre fisk och skaldjur än de samboende (tabell 8).

Tabell 8. Skillnader i matvanor mellan kvinnor och män, hushållstyp och inkomst. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010. Oddskvoter.

	Lite frukt, grönsaker ^a	Lite fisk, skaldjur ^b	Choklad, godis ^c	Bullar, kakor, tårta ^d
Kvinnor	0.53***	0.66***	1.20*	1.07
Män (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00
Ensamboende	1.46***	1.14*	1.09	0.71***
Samboende (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00
Låg inkomst	1.26**	1.65***	0.81	1.29**
Mellaninkomst	1.31***	1.43***	0.75*	1.07
Hög inkomst (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00

Samtliga modeller är kontrollerade för ålder samt kön, hushållstyp och inkomst

^a Äter frukt och/eller grönsaker mer sällan än dagligen

^b Äter fisk och/eller skaldjur mer sällan än två gånger/vecka (under rekommendationen)

^c Äter choklad och/eller godis dagligen

^d Äter bullar, kakor, kex och/eller tårta dagligen

Sötsaker

Ytterligare en indikator på kostvanorna är intaget av sötsaker. I Stockholms läns folkhälsoenkät finns frågor om hur ofta man äter choklad och godis respektive bullar, kakor, kex, tårta och liknande. Drygt en av tio äldre stockholmare över 65 år äter choklad eller godis dagligen och drygt två av tio äter bullar och kakor på daglig basis. Det finns dock en del skillnader mellan grupper vad gäller vilken typ av sötsaker man äter. De som är äldre äter mer av både godis/choklad och bullar/kakor än vad de yngre gör. Tabell 8 visar att kvinnor äter mer godis/choklad, medan bullar och kakor äts i samma utsträckning bland män och kvinnor. Hushållstyp tycks inte påverka hur mycket godis och choklad man äter, däremot äter de samboende mer bullar och kakor än de ensamboende gör. Sambandet med inkomst går åt olika håll – medan höginkomsttagare äter något mer godis/choklad, äter låginkomsttagare mer bullar och kakor än såväl mellan- som höginkomsttagare.

Alkoholkonsumtion

Alkoholvanorna i befolkningen håller på att förändras, både vad gäller vad man dricker och hur ofta man dricker. De nya kohorter som nu når pensionsåldern har haft andra alkoholvanor genom livet, bland annat är det fler som dricker alkohol, vilket medför att vi börjar se förändrade alkoholvanor i den äldre befolkningen (Ahacic, Kennison & Kåreholt, 2012).

Samma mönster kan ses i Stockholm – allt fler äldre stockholmare dricker alkohol. Bland de som besvarat Stockholms läns folkhälsoenkät 2010 rapporterar åtta av tio att de någon gång under de senaste tolv månaderna druckit alkohol.⁷ Generellt sett har alkoholkonsumtion varit mycket vanligare bland äldre män än äldre kvinnor, men nya kohorter av äldre kvinnor dricker mer alkohol än tidigare kohorter. 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. Ytterligare analyser visar att det är bland kvinnor med låga inkomster som ökningen varit som störst – dubbelt så många kvinnor i låginkomstgruppen dricker alkohol 2010 jämfört med 2002. Även bland kvinnor med medelinkomster har alkoholkonsumtion ökat markant. En viktig förklaring till den stora ökningen i dessa grupper kan vara att det generellt sett blivit vanligare och mer accepterat att äldre kvinnor dricker alkohol.

Ur ett sjukdoms- och skadeförebyggande perspektiv är det dock mer relevant att undersöka riskkonsumtion av alkohol. Riskkonsumtion brukar, i den generella befolkningen, mätas som ett veckovis alkoholintag som överstiger 9 respektive 14 standardglas för kvinnor respektive män.⁸ Medan andelen riskkonsumenter minskat under perioden 1998-2010 i Stockholms läns befolkning under 65 år, har den istället ökat bland de som är över 65. I åldersgruppen 65-74 år har den ökat från 17 till 29 procent, och i åldersgruppen 75-84 år från 9 till 18 procent. De äldre kvinnornas alkoholintag är fortfarande lägre än de äldre männens, men ökningen över tid är likartad (Ahacic, Kelfve & Kennison, 2012).

Tittar man på ett annat mått på riskkonsumtion, så kallad intensivkonsumtion⁹, är andelen lägre – ungefär nio procent av äldre personer i Stockholms län intensivkonsumerade alkohol i 2010. Som väntat var det mycket vanligare bland män än bland kvinnor (13 % jämfört med 5 %) och i yngre åldrar. Att vara ensamboende hade också ett samband med intensivkonsumtion, men skiljde sig för kvinnor och män. Medan ensamboende män drack mer än samboende män, hade de ensamboende kvinnorna en lägre konsumtion än de samboende. Däremot fanns inget samband med inkomst, de tre inkomstgrupperna intensivkonsumerade alkohol i samma utsträckning. Frågan om intensivkonsumtion går inte att jämföra över tid då den har ändrats i 2010 års enkät.

Sambandet mellan alkoholkonsumtion och hälsa är komplext, och båda faktorerna påverkar rimligen varandra. Viss forskning visar på att ett måttligt

⁷ I folkhälsoenkäten 2002 exemplifierades alkoholkonsumtion med sprit, starkvin, lättvin, starköl eller folköl. 2006 och 2010 nämndes även starkcider och alkoläsk.

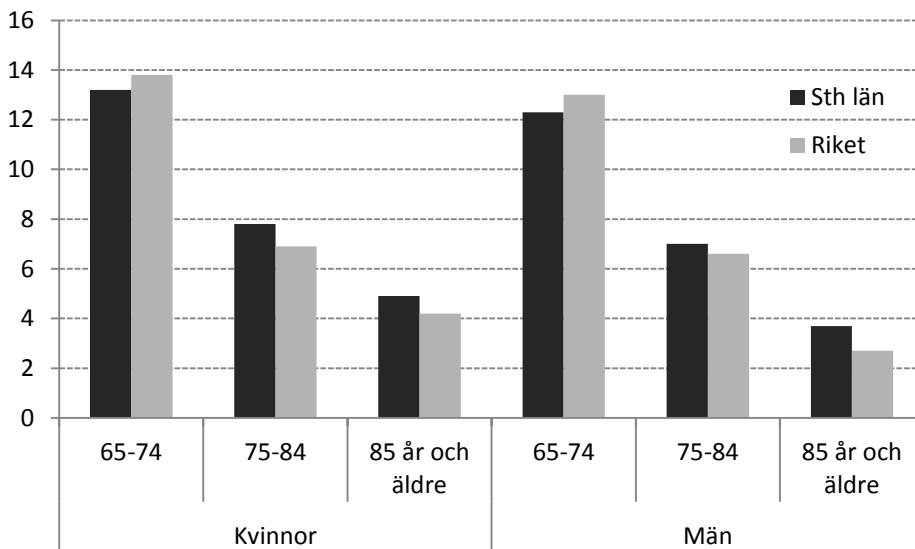
⁸ För äldre personer, där alkoholtoleransen är lägre, kan även lägre alkoholkonsumtion än 9 respektive 14 standardglas per vecka innebära en risk.

⁹ Intensivkonsumtion definieras som att minst en gång i veckan dricka minst en flaska vin eller motsvarande vid ett och samma tillfälle.

intag av alkohol kan ha goda hälsoeffekter hos friska äldre. Det finns också risker förknippade med alkoholkonsumtion bland äldre personer. Risken för fall, olyckor, läkemedelsinteraktioner och sjukdomskomplikationer är förhöjd även vid låg till måttlig alkoholkonsumtion (Heuberger, 2009).

Rökning

I Stockholms län rapporterar ca tio procent av både kvinnor och män över 65 år att de röker dagligen. Figur 24 visar att daglig rökning minskar med stigande ålder.



Figur 24. Andelen som röker dagligen. Kvinnor och män i olika åldersgrupper uppdelat på Stockholms län och riket. Data från Stockholms läns folkhälsoenkät, 2010, samt SCB, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC), 2010/2011. Procent.

Detta beror delvis på uppkomsten av sjukdom och funktionsnedsättningar som försvårar fortsatt rökning eller motiverar individen att sluta röka, men också på att rökarna dör tidigare än icke-rökarna. Andelen dagligrökare är i åldrarna 65 till 74 år omkring 13 procent, i åldersgruppen 75-84 år har andelen minskat till drygt sju procent och bland de allra äldsta över 85 år är andelen som röker drygt fyra procent. I varje enskild åldersgrupp är det en lika stor andel kvinnor som män som röker varje dag. Andelen kvinnliga och manliga dagligrökare i respektive åldersgrupp i Stockholms län skiljer sig inte nämnvärt från andelen dagligrökare i riket (figur 24).

Precis som i den yngre befolkningen finns ett samband mellan rökning och den socioekonomiska situationen – låg- och mellaninkomsttagare röker mer än hög-

inkomsttagare, framförallt bland männen. Likaså är det vanligare att personer som bor ensamma röker än att samboende personer gör det – såväl bland kvinnor som 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. Däremot fortsätter de äldre kvinnorna att röka. Tittar man närmare på utvecklingen över perioden bland kvinnor och män visar det sig att den skiljer sig åt i de olika inkomstgrupperna. Både bland kvinnor och bland män har mellaninkomsttagare en oförändrad nivå av daglig rökning över perioden, medan det minskat bland både låg- och höginkomsttagare.

UTMANINGAR OCH UTVECKLINGS- ARBETE

Allt fler människor i Sverige får nuförtiden chansen att fylla 65 år. Ungefär nio av tio överlever sin 65-årsdag. I dag kan en person som fyller 65 år förvänta sig ytterligare ca 20 år i livet. Andelen äldre ökar således i befolkningen. För individen liksom för samhället är det angeläget att det är år utan hälsoproblem och nedsatt funktionsförmåga som läggs till livet. I kunskapssammanställningen *Healthy Ageing – a Challenge for Europe* (Statens folkhälsoinstitut, 2006) beskrivs ett hälsosamt åldrande på följande sätt:

”En process där möjligheterna till fysisk, social och psykisk hälsa optimeras så att äldre människor kan ta aktiv del i samhället och åtnjuta ett självständigt liv med god livskvalitet utan att diskrimineras på grund av ålder.”

Samhället skapar förutsättningar för detta goda åldrande på olika sätt. Pensionssystemet tillsammans med olika socialförsäkringar utgör förstås en viktig del. Andra viktiga förutsättningar är trygga boendemiljöer med tillgång till närservice och lockande utemiljöer, samt stöd till olika typer av verksamhet där äldre personer kan träffas och få en social gemenskap. På så sätt underlättas såväl en hälsosam livsstil som bibehållen självständighet högt upp i åldrarna.

I detta avslutande avsnitt ska vi utifrån resultaten som rapporterats belysa områden som kan lyftas fram som utmaningar för landsting och kommuner, och ge en del exempel på insatser särskilt riktat till äldre personer som redan idag görs i Stockholms län.

Ett ojämlikt åldrande

Förutsättningarna och möjligheten till ett hälsosamt åldrande varierar både mellan individer och mellan olika befolkningsgrupper. Som beskrivits i rapporten så har män generellt sett en bättre hälsa än kvinnor i samma ålder och samboende bättre hälsa än ensamboende. Skillnader återfinns även mellan olika socioekonomiska grupper. Utbildning, det arbete man haft och den inkomst man har är av stor betydelse för hälsa, funktionsförmåga, levnadsvanor och välbefinnande. Trots att hälsa och levnadsvanor förbättrats i vissa grupper, kvarstår de socioekonomiska skillnaderna över tid.

Den största utmaningen för folkhälsoarbetet är således att minska ojämlikheten i hälsa och levnadsvanor mellan olika befolkningsgrupper. För att på sikt minska skillnaderna i hälsa och levnadsvanor bland äldre personer är det rimligt att satsa på de unga. Det betyder dock inte att äldre personers hälsa, livssituation och levnadsvanor inte går att påverka, eller att det skulle vara oviktigt att arbeta för mera jämlika förhållanden bland de som idag är äldre.

Det förebyggande folkhälsoarbetet ska främja goda levnadsvanor och en god hälsa för alla i befolkningen. Det behövs dessutom specifika insatser riktade mot mer utsatta grupper om ojämlikheten i hälsa och levnadsvanor ska utjämnas. Vi återkommer till det i avsnittet om grupper som behöver uppmärksammas.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa i den äldre befolkningen är ett betydande men ofta ouppmärksammat folkhälsoproblem. Socialstyrelsen redovisar i en rapport att cirka tolv procent i åldern 65 år och uppåt lider av depression. Tre av tio av dem som besvarat Stockholms läns folkhälsoenkät rapporterar ängslan, oro och ångest. Dessa problem är vanligare bland kvinnor än män. Även sömnproblem är vanligt – i åldrarna över 65 år drabbas nästan varannan kvinna och var tredje man av sömnproblem. Problemen ökar med stigande ålder. Dessutom anger ca 30 procent att de har lätta besvär av ihållande trötthet och sex procent har svåra besvär. Samtliga av dessa besvär och symtom på psykisk ohälsa måste lyftas fram om hälso- och sjukvården ska leva upp till att vara hälsofrämjande.

Äldre personer med psykisk ohälsa är en heterogen grupp. Några har lidit av psykisk ohälsa större delen av sitt liv, andra har drabbats på äldre dagar. Några har ett gott socialt stöd och hjälp i vardagen medan andra lever mer isolerade. Många känner oro, rädsla och har bristande initiativförmåga, vilket i sin tur kan ge upphov till svårigheter att klara de mest basala aktiviteterna i vardagen. Att åldras högre upp i åldrarna innebär såväl sociala, fysiska som kognitiva förändringar som ökar risken för psykisk ohälsa. Med förlust av nära anhöriga och vänner kan följa en ökad risk för psykisk ohälsa. Även kroppsliga förändringar såsom försämrade funktions- och kognitiv förmåga har visat sig ha ett samband med ökad risk för psykisk ohälsa. Vi vet också från annan forskning att det finns ett samband mellan ålder och hög konsumtion av läkemedel. Läkemedelskonsumtionen kan ge biverkningar, vilket även kan ge ökad risk för psykisk ohälsa.

Många gånger ses symtomen på psykisk ohälsa som en del av åldrandet och uppmärksammas varken av den äldre personen själv, av anhöriga eller av sjukvårdspersonal. Utmaningen ligger därför i att på ett tidigt stadium identifiera äldre personer som lider av eller som löper risk för att utveckla psykisk ohälsa. Utmaningen handlar också om att skapa förutsättningar för att kunna motverka negativa konsekvenser av sociala förändringar och försämrade hälsa och funktionsförmåga som är naturliga delar av att åldras.

Gemenskap och sociala aktiviteter

Sociala relationer har genom hela livet betydelse för individens hälsa, välbefinnande och överlevnad. Forskningen har visat att det även sent i livet finns flera hälsofördelar av tillgången till sociala kontakter. En majoritet av de äldre har

många sociala relationer, få saknar någon att anförtro sig åt och än färre är socialt isolerade. Dock är ensamhet något som drabbar många. I Stockholms län är det av folkhälsoenkäten att döma minst 20 000 personer som flera gånger i veckan eller oftare upplever sig ensamma (7 % av den äldre befolkningen). Andelen som upplever ensamhet ökar med stigande ålder. I åldern 80 och uppåt besväras 15 procent av ensamhet dagligen eller flera gånger i veckan.

Utmaningen i ett hälsofrämjande arbete ligger i att hitta och erbjuda äldre personer som vill förhindra eller bryta sin sociala isolering eller känslan av ensamhet en social gemenskap. Det kan vara olika former av mötesplatser organiserade av kommunen, organisationer eller privata aktörer där meningsfullhet och socialt sammanhang skapas. Mötesplatser och annat aktivt arbete beskrivs och diskuteras nedan i våra exempel på utvecklingsarbete. Forskningen har dessutom visat att bristande sociala relationer och besvär av ensamhet förekommer samtidigt som olika symtom på psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar. Det är således angeläget att identifiera dessa äldre individer, inte bara för att bryta eller förhindra social isolering och ensamhet utan även för att minska risken för olika former av ohälsa.

Fysisk aktivitet

Att fysisk aktivitet är betydelsefullt livet ut är väl känt. Många av de funktionsnedsättningar som tillskrivs åldrandet beror i själva verket på fysisk inaktivitet – nedsättningar som i många fall skulle kunna förebyggas eller lindras med hjälp av fysisk aktivitet. Bara fyra av tio som besvarat enkäten uppger att de är fysiskt aktiva mer än tre timmar per vecka. Var femte man och var sjunde kvinna i åldern 65 till 74 år anger dessutom att de är fysiskt aktiva mindre än en timme per vecka. Det finns således en inte oväsentlig andel äldre personer som rör på sig få timmar per vecka och därmed ökar risken för funktionsnedsättningar och hälsoproblem. Dessutom ökar även risken för fallskador när musklernas styrka och snabbhet inte får den träning de behöver.

Det finns ett naturligt och ömsesidigt samband mellan att vara fysiskt aktiv och att ha god rörlighet. Att vara fysiskt aktiv bidrar till att man förblir rörligare och klarar mer. Men omvänt så finns det också ett naturligt samband mellan att ha svårt att röra sig, se eller höra och att ta sig ut, och delta i aktiviteter med andra. Pigga äldre har ett stort och ökande utbud av aktiviteter att välja mellan medan de som behöver anpassad motion och kanske hjälp att ta sig till träfflokalen och pensionärgymmet inte möter samma utbud. Ändå kan det vara särskilt viktigt just för dem, både som en ljuspunkt i vardagen och som möjlighet att få den träning som behövs för att kunna behålla sina funktionsförmågor.

En stor utmaning för ett bra hälsofrämjande arbete är således att såväl ”pigga” pensionärer som de med funktionsnedsättningar, de som tidigare motionerat och de som aldrig tidigare har varit fysiskt aktiva ska få relevant kunskap, stimulans och möjligheter att hitta de motions- och aktivitetsformer som passar just dem.

Grupper som behöver uppmärksammas

När landstinget och länets kommuner gör prioriteringar av de begränsade resurserna för uppsökande och förebyggande insatser är det vissa grupper som med ledning av folkhälsoberättelsen och annan forskning synes särskilt viktiga att uppmärksamma. Vilka grupper som prioriteras beror på var tonvikten läggs. Hälsofrämjande, generella insatser riktas till hela befolkningen. De gagnar en frisk 70-åring lika väl som en frisk 40-åring. Mer riktade insatser behöver ha en tydlig fokus. Det kan till exempel vara personer som av hälsoskäl mer och mer begränsas till hemmet samtidigt som deras nätverk tunnats ut. Insatser som t.ex. förebyggande hembesök bör däremot gärna sättas in innan hälsoproblemen uppstått.

Hög ålder

Åldern i sig kan alltså vara en sådan prioriteringsgrund. Vill man nå äldre personer innan hälsoproblemen blivit allt för påtagliga kan, som fallet är med landstingets erbjudande om hälsosamtal, 75 år vara en lämplig ålder. Vill man däremot nå äldre som behöver stöd att vara socialt och fysiskt aktiva så är åldrarna 80 år och uppåt mera lämpligt.

Ju äldre personen är, desto större sannolikhet för svårigheter att röra sig och ta sig dit man vill. I åldrarna över 85 år har tre fjärdedelar nedsatt funktionsförmåga i sådan utsträckning att det påverkar mobiliteten. Nedsatt hörsel försvårar att delta i samvaron kring till exempel kaffebordet. Orken räcker inte som förr och det blir med stigande ålder allt vanligare med ihållande trötthet. Det sociala nätverket har krympt – make/maka, andra anhöriga och vänner har dött eller blivit sjuka – och möjligheten att skapa ett nytt nätverk är begränsat. Med ökande ålder rapporterar fler besvär av ensamhet och fler drar sig för att gå ut på kvällen. Närmare hälften av kvinnorna över 85 år rör på sig mindre än en timme per vecka, att jämföra med åldersgruppen 65 till 74 år där 15 procent är så lite aktiva.

Våra resultat utifrån folkhälsoenkäten visar således att de allra äldsta är en grupp som bör uppmärksammas i ett aktivt hälsoarbete.

Ensamboende

Ensamboende är en annan grupp som behöver uppmärksammas, och som till viss del sammanfaller med prioritering efter hög ålder. Det kan gälla såväl de som länge levt ensamma som de som under senare tid blivit änka eller änkeman. Personer som är ensamboende har en sämre hälsosituation än samboende. Ensamboende rapporterar i högre grad än samboende en sämre självskattad hälsa, högre grad av psykisk ohälsa och det är vanligare bland ensamboende än samboende att ha problem med att röra sig.

I samtliga åldersgrupper är det väsentligt vanligare bland ensamboende personer att besväras av ensamhet flera gånger i veckan eller oftare. Ensamboende män är

också i mindre utsträckning socialt och fysiskt aktiva jämfört med samboende män. Medan sambandet är det omvända bland kvinnor – ensamboende kvinnor är mer socialt och fysiskt aktiva än de samboende kvinnorna.

Ensamboende män röker mera och har i högre utsträckning ett riskbruk av alkohol jämfört med samboende män. Även bland ensamboende kvinnor ser vi en större andel rökare jämfört med samboende kvinnor. Det är dock de samboende kvinnorna som i större utsträckning har ett riskbruk av alkohol jämfört med ensamboende kvinnor.

Låg inkomst

Utifrån tidigare forskning och resultaten från folkhälsoenkäten vet vi att äldre personer med låga inkomster har en sämre hälsa än de med hög inkomst. De med låga inkomster har sämre hälsa än de med något högre inkomst samtidigt som dessa har sämre hälsa än de med höga inkomster. Med andra ord är det inte enbart de sämst lottade som har en sämre hälsa utan hälsoproblemen följer en tydlig skala.

Den förväntade livslängden är högst i kommunen med högst medelinkomst – Danderyd. Omvänt är den lägst i kommuner och stadsdelar med en högre andel med lägre inkomstnivåer. Det skiljer fyra år för kvinnorna och fem år för männen i förväntad levnadslängd mellan kommunen/stadsdelen med lägst respektive högst medellivslängd.

I folkhälsoenkäten anger drygt åtta procent i åldersgruppen 65 till 74 år, i den lägsta inkomstkvintilen, dålig eller mycket dålig självskattad hälsa, att jämföra med drygt tre procent i den högsta inkomstkvintilen. Det är värt att notera att bland de allra äldsta (85 år och äldre) i den högsta inkomstkvintilen är andelen med bra eller mycket bra självskattad hälsa större än i den lägsta inkomstkvintilen i den yngsta åldersgruppen (65-74 år) Låginkomsttagare rapporterar också i högre utsträckning psykisk ohälsa jämfört med mellan- och höginkomsttagare.

Personer med låga inkomster umgås i mindre utsträckning med anhöriga och nära vänner än höginkomsttagare, och de är mindre fysiskt aktiva. Det återspeglas bland annat i att stadsdelar med hög medelinkomst har en högre andel fysiskt aktiva än stadsdelar med låg medelinkomst. En positiv utveckling kan möjligtvis skönjas. Andelen fysiskt aktiva i låg- och mellaninkomstgruppen har ökat något sedan 2002. Resultaten bör dock betraktas med viss försiktighet eftersom frågorna i folkhälsoenkäten har ändrats.

Tydliga skillnader återfinns således i medellivslängd, hälsa, funktionsförmåga och levnadsvanor mellan olika socioekonomiska grupper, här redovisade med hjälp av olika inkomstgrupper. Socioekonomiska förhållanden måste således beaktas i det hälsofrämjande arbetet samt i fördelningen av resurser.

Äldre födda i andra länder

Äldre födda i andra länder är en mycket heterogen grupp. En del har kommit till Sverige som arbetskraftsinvandrare och har många år av slitsamma jobb bakom sig. Andra har kommit som flyktingar med traumatiska upplevelser i sitt bagage. Orsaken till invandringen, varifrån man invandrat och flykten/flytten i sig kan ha betydelse för hälsan. Både svenska och internationella studier visar att många invandrargrupper har högre dödlighet och sämre hälsa än den inrikesfödda befolkningen, även om det skiljer sig beroende på var i världen man är född. Detta bekräftas också av folkhälsoenkäten, äldre personer från Norden, Syd- och Nordamerika rapporterar dålig självskattad hälsa i mindre utsträckning än äldre från andra delar av världen.

Det är färre som besvarat folkhälsoenkäten i invandrartäta kommuner och stadsdelar, vilket innebär att det finns svårigheter att med folkhälsoenkäten som grund beskriva hälsa, livssituation och levnadsvanor bland utrikesfödda äldre personer. En grov jämförelse mellan stadsdelar och kommuner visar på skillnader mellan områden med många respektive få utrikesfödda äldre personer.

Andelen som rapporterar sin hälsa som bra eller mycket bra är lägst i Rinkeby-Kista och Botkyrka, högst på Östermalm och Värmdö. De äldre från Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta som besvarat enkäten har lägre psykiskt välbefinnande och en högre andel med ångslan, oro och ångest än de som bor i flertalet andra kommuner och stadsdelar. I Rinkeby-Kista är det betydligt vanligare än någon annan stadsdel/kommun frånsett Skärholmen att rapportera att man besväras av ensamhet, 16 procent i Rinkeby-Kista, att jämföra med bland annat Österåker med tre procent.

Andelen som känner sig otrygga i sin boendemiljö är betydligt högre i Rinkeby-Kista, Skärholmen, Spånga-Tensta och Botkyrka än i Danderyd, Tyresö och Bromma. Förhållanden som påverkar både hälsan och levnadsvanorna.

Oavsett vad som orsakat migrationen, är utlandsfödda ofta utsatta för diskriminering av olika slag. Social utsatthet och diskriminering har lyfts fram som de främsta orsakerna till ohälsa i den utlandsfödda befolkningen. Folkhälsoarbetet bör därför inrikta sig på att motverka dessa processer (Socialstyrelsen, 2009).

Anhöriga som vårdar en närstående

I åldrarna 65 till 80 år är det 16 procent av dem som besvarat Stockholms läns folkhälsoenkät som uppger att de hjälper, ser till eller vårdar en närstående. I åldrarna över 80 år är det 14 procent. För många rör det sig om många timmar dagligen. Genomsnittligt ger en omsorgsgivande kvinna över 80 år 19 timmar per vecka. Kvinnor som hjälper närstående rapporterar i större utsträckning än de som inte hjälper närstående en dålig eller mycket dålig självskattad hälsa. Bland männen finns inget samband mellan den självskattade hälsan och att hjälpa närstående. Förekomsten av ångslan, oro och ångest är högre bland de som

hjälp jämfört med de som inte hjälper en närstående. Sambandet ser likadant ut för kvinnor som för män oavsett ålder. Våra resultat visar dessutom tillsammans med annan forskning att hur mycket hjälp och omsorg till närstående som ges varierar mellan olika inkomstgrupper. Äldre personer med låga inkomster är i större utsträckning omsorgsgivare än äldre med högre inkomster.

Under hela 2000-talet har kommunerna, delvis med nationella stimulansmedel, utvecklat stödformer för anhöriga som vårdar närstående. Vi kan konstatera utifrån folkhälsoenkätens resultat att omsorgsgivande äldre personer är i behov av stöd och hjälp. Kommunernas arbete med olika former av stöd för anhörigvårdare kan med andra ord ses som en betydande folkhälsoinsats.

Exempel på utvecklingsarbete

Stockholms läns landsting, ursprungligen Centrum för folkhälsa, numera Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), svarar tillsammans med Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (numera huvudansvarig) för Nätverket för hälsosamt åldrande. Ett av nätverkets syften är att utifrån bland annat den kunskap som kommer fram i landstingets folkhälsoenkäter stimulera till olika former av utvecklingsarbete. I detta syfte har nätverket i genomsnitt anordnat tre seminarier varje termin. Under de nu sex åren nätverket funnits har åtskilliga exempel på utvecklingsarbete presenterats. Vi har valt att beskriva fem av dessa, VillGott i Solna, Växthuset i Vällingby, träffpunkter i Enskede-Årsta-Vantör, Syriska föreningens äldregrupp samt förebyggande hälsosamtal till de som fyller 75 år. Vi har valt att presentera dessa eftersom de representerar olika modeller för att nå till de olika målgrupper vi redovisat i föregående avsnitt om utmaningar. Exempelen erbjuder verksamheter med ett innehåll som bedöms vara hälsofrämjande för äldre.

Några av de verksamheter som beskrivs nedan har som ambition att inspirera äldre som är fysiskt inaktiva att börja träna i former som är anpassade för dem, och att skapa sociala mötespunkter för äldre som annars skulle riskera att bli socialt isolerade. Eftersom de är öppna verksamheter är det svårt att göra säkra uttalanden om i vilken mån man nått just dessa grupper, eller om man bara nått de som redan är friska, aktiva och integrerade. Två av verksamheterna i Enskede-Årsta-Vantör och Syriska föreningen, är utvärderade. Utvärderingarna visar att det finns fog för att säga att dessa verksamheter faktiskt når några av de grupper som vi pekat på som riskgrupper som bör uppmärksammas – äldre med låga inkomster respektive äldre födda i andra länder. Förebyggande hälsosamtal till 75-åringar är ett exempel på en hälsofrämjande insats som riktas till alla 75-åringar i länet, men där prioriteringar av vissa stadsdelar och grupper kan övervägas (Sherman, m.fl, 2007).

VillGott i Solna

VillGott är samlingsnamnet på olika förebyggande aktiviteter finansierade med nationella stimulansmedel i Solna. Inom ramen för det förebyggande arbetet återfinns olika aktiviteter, som nu ingår – om än bantade – i den ordinarie verksamheten. Vi kommer här att beskriva Solna stads hälsoprojekt riktat till alla som är 65 år och äldre, stadens seniorträffar, volontärverksamhet och väntjänst samt samverkan med hemtjänst och primärvård.

Solna stads hälsoprojekt

Hälsoprojektets syfte är att stimulera Solnas ålderspensionärer till fysisk aktivitet genom att de kostnadsfritt ska kunna få pröva på olika tränings- och motionsformer. Bland målen för hälsoprojektet kan nämnas att det ska bli fler aktiva ålderspensionärer i Solna, att staden ska få ett breddat utbud av friskvårdsaktiviteter och att fler äldre över 65 år ska få ha provat att göra något ihop. Ett annat syfte är att hitta volontärer till Solnas seniorträffar.

Hälsoprojektet, som är finansierat med nationella stimulansmedel, har hållit på i fem år. Alla Solnabor som är 65 år och äldre är välkomna. Fler och fler invånare deltar för varje år och till 2013 planeras 500 platser. Enligt projektledaren i Solna stad är deltagarna såväl pigga yngre pensionärer som de som har omfattande hälsobesvär.

Hälsoprojektet startar med att information skickas till samtliga boende i Solna över 65 år. Aktiviteterna som är kostnadsfria genomförs på olika gym och i kommunens olika lokaler (inklusive vissa seniorträffar). Aktiviteterna leds av studenter från Gymnastik- och Idrottshögskolan (GIH). Ledningen för GIH ser detta som värdefull praktik för sina studenter.

Ett syfte är att deltagarna ska bli intresserade och vilja fortsätta med de aktiviteter som de provat på. Några av de gymföretag som finns i Solna har följt upp med att ordna särskilda aktiviteter för äldre. Det har visat sig att många äldre som provat på aktiviteter under hälsoprojektveckorna senare löser medlemskap. Stadens projektledare för hälsoprojektet bedömer att friskvårdsaktörerna i Solna lärt sig se de äldre som en viktig och lönsam kundgrupp, som kan komma på dagtid.

GIH genomför mätningar före och efter hälsoveckorna av deltagarnas balans, handstyrka, konditionstest, mått på välbefinnande och känsla av sammanhang (KASAM). Resultaten är positiva. År 2010 gjordes också en uppföljning ett halvår efteråt. Den visade att många av de som deltagit i hälsoprojektet hade blivit mer fysiskt aktiva än innan. På kommunnivå är det svårt att via folkhälsoenkäten säkert se i vilken mån hälsoprojektet kunnat bidra till sitt syfte att få fler som är fysiskt aktiva. Solna ligger i den översta kvartilen vad gäller fysisk aktivitet av kommunerna och stadsdelarna i länet enligt folkhälsoenkäten 2010.

Seniorträffar

Solna stad har åtta kommunala seniorträffar. Till dessa är alla välkomna. Målgruppen är primärt de som har funktionsnedsättningar och hälsoproblem. Syftet är att genom social och fysisk aktivitet skjuta upp en flytt till särskilt boende. Deltagarna på flertalet av seniorträffarna kommer från det absoluta närområdet.

På alla seniorträffarna finns någon form av kafé. På några av seniorträffarna finns också möjlighet att äta lunch. Det är stor bredd på de aktiviteter som erbjuds – kurser, underhållning och friskvård.

Inflödet till Seniorträffarna sker bland annat via hälsoprojektet, t.ex. genom att deltagarna får prova på någon form av motion på träfflokalen. På varje seniorträff finns personal i varierande omfattning, på några en värdinna, på andra ett par personal, i något fall har personalen varit utbildade sjukgymnaster. Personalen har en viktig roll att uppmärksamma och stödja nya personer som kommer till seniorträffarna.

Volontärverksamhet och väntjänst

Flertalet aktiviteter på Seniorträffarna leds av volontärer, ofta yngre pensionärer. En seniorträff drivs av Röda Korset, och på en (Ankaret i Hagalund) drivs kaféet av föreningar som också får använda lokalerna för sina egna aktiviteter.

På alla Seniorträffarna har man vad man kallar VillGott-aktiviteter, ledda av VillGott-volontärer. Det kan vara stavgång, gymnastik, dans, musik, sång. Volontärerna får utbildning av en hälsopedagog. I december 2012 var det cirka 20 volontärer som ledde aktiviteter som cirklar, allsång, matlagning, sittgympa. Det har inte varit så svårt att få ledare till dessa verksamheter enligt den ansvariga i staden.

Nu när det inte längre finns några stimulansmedel måste volontärer ta mer ansvar berättar en av de verksamhetsansvariga. Det upplevs enligt henne olika på de olika Seniorträffarna. På några av dem menar man att detta är en otillständig nedskärning av en rik kommun, andra menar att det går bra. *”Vi vill inte lägga ner någon seniorträff, och då måste det bli mer frivilligarbete. Kanske det här med volontärer är för nytt för oss i Solna, vi har ju alltid servat med allt tidigare på seniorträffarna.”*

Operativt ansvarig för väntjänsten (besöksverksamhet) är Röda Korset. Det finns en styrgrupp där också Sveriges pensionärsförbund (SPF) är med. Staden stödjer ekonomiskt.

Solna Stad har anställd personal som arbetar med att rekrytera volontärer till väntjänsten och stödja frivilligorganisationerna i deras rekrytering. Det har varit svårare att få volontärer till väntjänsten än till att leda aktiviteter på seniorträffarna. Annonser ger inte så mycket menar de ansvariga i staden. Senast skickade staden ut inbjudan till alla som fyllt 70 år. *”Det kom kanske 10, och vi*

kunde rekrytera 5 av dem.” En del volontärer rekryteras via hälsoprojektet, en del kommer till Seniorträffarna. Staden har också en broschyr där olika uppgifter för volontärer presenteras, och där det anges att man kan kontakta en av stadens frivilligsamordnare.

Samverkan med hemtjänst och primärvård

För att informera och utveckla seniorträffsverksamheten har Solna stad arbetat för att få med pensionärsorganisationerna inom ramen för sina seniorträffar. Det har fungerat bra på Ankaret i Hagalund, men har inte nått lika långt ännu på de övriga. Även Husläkarmottagningarna har informerats om verksamheten genom att staden skickar dem broschyrer. Tanken är att verksamheten ska spridas till exempel vid de förebyggande hälsosamtalen med 75-åringar. Solna stad vill även sprida information om sin verksamhet via distriktsköterskorna som ofta möter äldre personer. *Vi har samverkansprojekt med dem [primärvården] inom t.ex. demens, men inte inom folkhälsa. Förhoppningsvis vet de om vårt utbud, och har broschyrerna,* berättar en av de ansvariga i staden.

En annan utmaning för kommunerna är att möjliggöra transport för äldre personer som inte längre själva så enkelt tar sig till en träfflokal. Behovet av att träffa andra upphör inte när man begränsas av att ha svårt att gå, nedsatt syn eller bristande ork.

Staden söker på två seniorträffar inrymda i seniorboenden (f.d. servicehus) utveckla samverkan med hemtjänsten i syfte att nå personer som är ensamma och/eller lider av psykisk ohälsa. Personalen får utbildning inom projektet Trygga möten som drivs tillsammans med Nordvästkommunernas FoU-miljö och nordvästpsykiatrin. Verksamheten är ännu inte utvärderad.

En annan försöksverksamhet i syfte att utveckla deltagande i verksamhet på Ankaret seniorboende bedrev Solna stad bedrev under 2012 tillsammans med Carema hemtjänst. Syftet var att utveckla former för att Caremas omsorgstagare skulle kunna delta i verksamheten på Ankaret seniorcenter. Även om det projektet inte gav de resultat staden hoppats på ger det intressant kunskap, särskilt när man också tittar på den träffverksamhet Carema hemtjänst själv bedrivit sedan fyra år för sina omsorgstagare.

Det brukar komma cirka 20-25 äldre personer varje gång. *Vi erbjuder kaffe, gemenskap och ett enkelt program* berättar verksamhetschefen. Att det nästan alltid är samma äldre man som sjunger med besökarna skapar trygghet, igenkännande berättar verksamhetschefen. Det som inspirerade verksamhetschefen på Carema hemtjänst i Solna var att hon tidigare arbetat på särskilt boende, där det var självklart att ordna gemensamma aktiviteter. Det tog hon med sig till hemtjänsten.

”Hemtjänstpersonalen bjuder in, puffar på, hjälper de som behöver ta sig till lokalen, i några fall skjutsar de med sin bil. Det ingår inte i vårt åtagande till staden, men vi ser så många värden med det, för de äldre som lever upp, även

roligt för personalen”, berättar verksamhetschefen. Många av de äldre har lärt känna varandra via denna träffpunkt.

Det försök stadens projektledare ville pröva tillsammans med Carema innebar att hemtjänstpersonalen skulle följa med sina omsorgstagare till seniorträffen i Hagalund (Ankaret). Försöket planerades noga från alla parter. Under våren blev det dock bara sju som deltog, varav två som de redan innan brukat hjälpa att ta sig till Ankaret, under hösten än färre.

Varför? Stadens ansvariga kan inte identifiera något som var tydligt ”fel”. De valde fredagar för att det då är lungnare, mer av gemenskap. *”De som är här som volontärer vill verkligen att alla ska känna sig välkomnade”* betonar hon. Hon har svårt att se varför det var svårt att locka hit omsorgstagarna.

Enligt Caremas verksamhetschef finns det en del faktorer hon tror är viktiga, främst sätter hon att det är bra att det är känd personal på träffpunkten. *Flera av omsorgstagarna behöver hjälp och då är det tryggt att ens vårdbiträde finns där, som vet vad man kan behöva ha hjälp med utan att man behöver be om det.*

Sedan, menar hon, är det viktigt med en känd miljö. Deras omsorgstagare känner till Caremas lokal, den är liten och det blir gemytlig stämning. Besökarna vill känna sig trygga med varandra. De som kommer sätter sig tillsammans med dem de redan känner, det skapar en trygghet, *”vårat gäng”*. *”Det är familjärt här. Det är inte familjärt på samma sätt på Ankaret, där är mer som café.”*

Verksamhetschefen betonar också att det är viktigt hur man hjälper de äldre med att ta sig till en träfflokal. De tar inte gärna färdtjänst, det kostar för mycket. Det är ett problem att det är svårt att beviljas ledsagning för de som behöver det. Promenader är snålt tilltagna och tiden begränsas alltmer menar hon.

Det är inte tillräckligt att bara informera framhåller hon. *”Vi informerar om Seniorträffarna, vi får fina broschyrer som vi delar ut, men det verkar som om steget är för långt.”* Det är viktigt att bjuda in aktivt framhåller hon, *”vi ’tjatar’, vi hämtar till våra egna träffar. Gruppcheferna ringer runt, och påminner. Några har vi hållit på att övertala i flera år, och till sist har de kommit hit till oss”* berättar verksamhetschefen för Carema hemtjänst.

Av detta kan man kanske dra tre slutsatser. Den ena är att det faktiskt är möjligt att få med äldre personer som har så nedsatt funktionsförmåga att de har hemtjänst. Den andra att det är viktigt för dem att få ha sådana ljuspunkter i vardagen. Den tredje är att det krävs att det är känd personal som följer med och som finns på träfflokalen för att kunna hjälpa och stödja den äldre personen.

Växthuset i Vällingby

Hässelby-Vällingby är, som framkommit ovan, den stadsdel där lägst andel av de äldre är fysiskt aktiva. Förhållandevis många besväras av ensamhet och det är många äldre kvinnor som avstår från att gå ut på kvällen.

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning har en träffpunkt, Växthuset, invid Vällingby centrum och ett friskvårdscentrum inrymt i Hässelgården (fd. Hässelby servicehus). Till dessa verksamheter är alla som fyllt 65 i stadsdelen välkomna. Syftet är att genom social- och fysisk aktivitet främja hälsa och välbefinnande.

Verksamheten har en enhetschef. På Växthuset finns värdinna, anhörigkonsulent, arbetsterapeut/ergonom, fixare/heminstruktör och en gruppleddare. På Friskvårdscentrum finns en värdinna/heminstruktör och två gruppinstruktörer/sjukgymnaster. En värdinna är alltid på plats, övrig personal har arbete både på träffpunkten och utanför.

På Växthuset finns i samverkan med bostadsanpassningsbyrån två visningsrum (ett som visar sov- och vardagsrum, ett kök). Arbetsterapeuten arbetar också med utbildning och ergonomistöd till personal i hemtjänsten.

Friskvårdscentrum har vissa sociala aktiviteter som komplement till träning, medan det är tvärtom på Växthuset, där är de sociala aktiviteterna centrum och träning (Tai Chi, sittande Qigong, balansgympa, rörelseglädje, boule) komplement. Det återspeglar sig i vilka som deltar i aktiviteterna. På Friskvårdscentrum är det fler pigga och yngre pensionärer än på Växthuset, där medelåldern är kring 85 år, med en spridning från 66 år till 102.

Växthuset startade 2008, och har öppet måndag-fredag 9.30–15 (måndagar till 12). Kl. 11 är det någon form av rörelse/träning, kl. 13 tisdag, torsdag och fredag någon form av musik, onsdagar sittande Qigong. Tisdagar är det sopplunch (föranmälan) och den dagen ger heminstruktören information om syn- och hörsel-hjälpmiddel. Kaféet är öppet när Växthuset är öppet. Växthuset är öppet för alla 65 år och äldre som bor i Hässelby-Vällingby.

Personalens ansvar är att se till att ta emot alla besökare så att de känner sig välkomnade, och då särskilt nya besökare, söka lotsa in dem så att de ska känna sig sedda och hemma. Växthuset ordnar informationsmöten, ibland utifrån besökarnas förslag vad de vill veta mer om. Det kan vara en distriktssköterska från vårdcentralen, polisen, räddningstjänsten etc. Det är uppskattad samhällsinformation och det är lätt att få föreläsarna att ställa upp, de kan se det som bra att på det här sättet nå ut till många. ”*Alla vill komma och informera*” berättar den intervjuade på Växthuset.

Personalen ser till att broschyrer om Växthuset och Friskvårdscentrum finns i biblioteket och på vårdcentralerna. Då kan också barn/barnbarn få syn på dem. Det händer så gott som varje vecka att någon anhörig ringer för att höra mer om verksamheten berättar en av de verksamhetsansvariga.

Genom att heminstruktörerna/fixarna är hemma hos de äldre så kan de berätta och lämna broschyr, ”*de hör ju hemma här på Växthuset*”. Genom att arbetsterapeuten träffar mycket personal vid ergonomiinstruktioner så händer det att ett vårdbiträde frågar henne, ”*du är ju på Växthuset, jag har en dam som...*”

Distriktssköterskorna delar ut verksamhetens informationsbroschyrer som även ligger framme på mottagningen. Flera av distriktssköterskorna har varit på Växthuset och svarat för information, och då lärt känna verksamheten. Primärvårdsrehab har också informationsmaterial och de slussar över många som tidigare har tränat hos dem men som behöver och eftersöker mer öppen träning och umgänge. Distriktsarbetsterapeuterna hänvisar till visningsmiljön, som Växthusets arbetsterapeut ansvarar för. Samarbete med dietist sker bl.a. genom att dietist kommer och informerar på Växthuset. *”Vi har inget formellt skrivet om hur samverkan ser ut men sakta men säkert börjar den ta form. Det är sällan vi blir uppringda och ombudda att ta kontakt med någon äldre för att informera om verksamheten. Det ska bli mycket spännande att se hur vi kan utveckla arbetet kring uppsökaren och samarbetet med distriktssköterskorna under nästa år”*, berättar enhetschefen.

Det finns inte heller några skriftliga rutiner för hur samarbetet med biståndsbedömarna ska ske, men en dialog pågår mellan enhetschefen och biståndsbedömarchefen. Det förekommer redan idag till och från att det kommer personer som på sitt bistånd har ledsagning till Växthuset eller Friskvårdscentrum. *”Det vi sett är att detta sker oftare nu än för något år sedan så det ligger mycket informationsarbete bakom denna form av tankeförändring. Jag försöker vara med på biståndsbedömarnas möten minst någon gång per termin och vi försöker se så alla nyanställda biståndsbedömare kommer förbi och får se verksamheten. En gång i månaden kommer de även till oss och svarar på frågor”* berättar enhetschefen.

”Så är det också så att vi börjar bli etablerade, folk vet om att vi finns. Men det som ger allra mest är ”mun till mun-metoden”. Många av våra regelbundna besökare är goda ambassadörer, de kan säga till folk de träffar i centrum att varför går inte också du till Växthuset.”

Avslutningsvis en ”solskenshistoria”: En dag stod en dam utanför Växthuset och grät, jag fick syn på henne för att jag var vid broschyrstället och skulle ordna lite där. Jag gick ut och frågade henne om hon inte ville komma in. Då berättade hon att hon för ett halvår sedan hade blivit änka, och att hon knappt kunnat ta sig ut sedan dess. Hon är helt ensam, har inga barn. Hon läste om Växthuset, och tänkte att när hon var och handlade i Vällingby centrum skulle hon ta mod till sig och gå dit. Nu hade hon flera gånger närmat sig men inte vågat. Den här dagen hade hon i alla fall gått fram till dörren. Idag är hon en av de som kommer nästan varje dag, hon är glad, har fått nya vänner, har slutat ta medicin för depression.

Förebyggande arbete i Enskede-Årsta-Vantör

Enskede-Årsta-Vantör bedriver sedan många år ett ambitiöst arbete med olika former av förebyggande insatser riktade till äldre personer. Utöver detta finns inom den förebyggande enheten fixartjänst, heminstruktör för syn- och hörselnedsatta, anhörigstöd samt trygghetsringning tillsammans med pensionärsorganisationerna. I en annan enhet inom stadsdelen finns den uppsökande

verksamheten som samverkar med den förebyggande, bland annat genom informationsmöten som förläggs till träffpunkterna.

Enheten för den förebyggande verksamheten har som målsättning att erbjuda förebyggande insatser för att främja kvarboende, förebygga ensamhet och minska antalet fallolyckor för målgruppen äldre i stadsdelen Enskede-Årsta-Vantör samt att bygga upp ett varaktigt stöd för anhöriga/anhörigvårdare. Enheten ska även aktivt arbeta med att ge stöd och erbjuda gemenskap för volontärer som vill göra en insats för äldre personer i stadsdelen.

Av Stockholms läns folkhälsoenkät 2010 framgår att det är, jämfört med andra stadsdelar och kommuner i länet, många av de äldre i Enskede-Årsta-Vantör som uppger att de besväras av ensamhet. Bara var tredje uppger att de är fysiskt aktiva minst tre timmar per vecka. Stadsdelsnämndens satsning på förebyggande insatser är således väl motiverade. Pensionärerna i åldrarna under 80 år har det lägsta deltagandet i aktiviteter i länet, medan de som är 80 år och äldre ligger över snittet i länet – kanske en effekt av stadsdelens satsningar på denna åldersgrupp?

Flertalet besökare på träffpunkterna är över 80 år. En framgångsfaktor är närheten, man kan ta sig till träffpunkten med hjälp av sin rullator, granne eller ledsagare. En annan, ännu viktigare, är personalen. Personalens betydelse för att skapa välkomnande, trygghet och stabilitet kan inte överskattas. De äldre lyfter i en studie Äldrecentrum genomfört hösten 2012 på olika sätt fram personalens roll, och vittnar också om träffpunktens betydelse för att man ska få träffa andra och få känna glädje. Det centrala är att få träffas, dricka kaffe och prata. Bingo och allsång (med sånger från ens ungdom) är populärt. Många uppskattar också sittgympa, inomhusboule och andra för denna åldersgrupp anpassade motionsaktiviteter.

På seniorgymmet i Årsta finner man något yngre pensionärer men även här är medelåldern hög. Tidigare drevs gymmet tillsammans med landstinget, och då fanns sjukgymnast på plats, men det drog landstinget in när de nationella stimulansmedlen upphörde. Stadsdelen kommer att öppna ytterligare ett gym i Rågsveds äldrecentrum, vilket kan ses som ett värdefullt komplement. I Äldrecentrums uppföljning konstateras att seniorgymmen med en större kapacitet kan vara ett värdefullt komplement för de som behöver vidmakthålla sina funktioner, t.ex. efter avslutad rehabilitering inom primärvårdsrehabiliteringen.

En utmaning enligt uppföljningen är att underlätta för de som har svårt att ta sig till träffpunkten utan ledsagning eller få bilskjuts. Det är inte givet att den äldre efterfrågar, eller beviljas, ledsagning från hemtjänsten. En viktig faktor är hur biståndshandläggarna uppmärksammar den enskildes behov av samvaro, stimulans och/eller träning och hur de aktivt kan motivera de äldre att delta i stadsdelens förebyggande aktiviteter. En annan väg är att stimulera utförarna av hemtjänst att använda kontaktpersonernas kunskap om och relation till sina omsorgstagare. Den är värdefull för att motivera de som är ensamma eller har ett

svagt socialt nätverk att delta i träffpunkter eller nyttja seniorgymmet och för att finna bra former för hur omsorgstagaren ska kunna ta sig dit.

En annan yrkesgrupp som möter många äldre med tilltagande hälsoproblem och därmed en ökad risk för ensamhet och försämrat välbefinnande är distrikts-sköterskorna. Stadsdelsförvaltningen har inom andra områden ett bra samarbete med husläkarmottagningarna, en samverkan som liksom i Solna behöver utvidgas att innefatta det förebyggande arbetet.

Kopplingen till stadsdelens uppsökande verksamhet liksom till anhörigstödet har enligt de intervjuade varit mer omfattande när stimulansmedel kunde användas för en projektledare. Det synes som att det varit svårt att behålla samverkan med uppsökande verksamhet, biståndshandläggare och hemtjänstenheter, primärvård och frivilligorganisationer utan en ”spindel i nätet”. Det är också påtagligt att den av träffpunktsledarna som på del av sin tid ska vara volontäransvarig har svårt att få tillräckligt med tid för det svåra och viktiga uppdraget att rekrytera nya volontärer. Utvärderarna jämför med Solna och Hässelby-Vällingby och noterar att spara in på ”överbyggnaden” kan medföra en risk att man inte får maximal nytta av den värdefulla resurs som träffpunkterna och seniorgymmet utgör.

Syriska föreningens äldregrupp

Syriska föreningens äldreverksamhet för arabisktalande startade med ekonomiskt stöd av Stockholms stad under 1990-talet. Syftet är att genom social gemenskap, fysisk aktivitet och samhällsinformation främja deltagarnas hälsa, och bryta ensamhet.

Det är en dagverksamhet med två heltidsanställda, öppen vardagar 9.30–17. Den ligger i Johannelund i Vällingby. På dagverksamheten kan man dricka kaffe, möta andra, träna, delta i motionsaktiviteter, få kostrådgivning och samhällsinformation. Besökarna kan också få hjälp i kontakterna med sociala myndigheter, hälso- och sjukvård, tandläkare etc. Föreningen arbetar för att underlätta äldre arabiskspråkigas integrering i samhället. Det sker bl.a. i samverkan med studieförbund, PRO, Växthuset i Vällingby, Tensta simhall och andra invandrarföreningar. Föreningen har telefonjour och familjerådgivning. De försöker inom de begränsade ramar de har att bedriva uppsökande verksamhet och rekrytering. De samarbetar med flera stadsdelsförvaltningar. Primärvården har däremot ännu inte upptäckt den resurs som finns i Syriska föreningen.

Verksamhetsledarna pekar på några framgångsfaktorer:

- att verksamheten är öppen för alla och religiöst och politiskt obunden – både kristna, muslimer och icketroende deltar,
- att det kommer arabisktalande från olika länder och områden,
- att äldreverksamheten ”i ryggen” har en stabil förening med bra organisation, den Syriska föreningen,
- att verksamhetsledarna har ett stort nätverk

I en studie (Hallgren, m.fl. 2011) om den Syriskas föreningens äldreverksamhet för arabiskspråkiga beskriver de som intervjuats bland besökarna sina upplevelser av föreningens hälsoprojekt, som föreningen fick bidrag till från Stockholms stad. Motivationen och gemenskapen som de intervjuade upplevt i föreningen tillsammans med viljan att bryta den isolering de tidigare känt har påverkat dem till att delta i hälsoprojektet. Hinder för deltagande var framför allt upplevd dålig hälsa, men det fanns också andra hinder som att pensionen/äldreförsörjningsstödet är så låg att man inte alltid har råd att åka till föreningslokalen.

De som intervjuats berättar att träningen och aktiviteterna som erbjuds har gjort att de har mindre ont och att de successivt blivit bättre både fysiskt och psykiskt. Efter att ha deltagit i hälsoprojektet upplevde de intervjuade att de blivit mer medvetna om sin hälsa samt att deras kunskaper om kroppen har ökat. De kan nu göra mer hälsosamma val, de ser skillnad på vad som är mer eller mindre nyttigt.

Rapportförfattarna gör bedömningen att Syriskas föreningens hälsoprojekt varit ett väl fungerande sätt att nå en grupp äldre som annars är svår att nå med andra metoder för att främja hälsan, som hälsosamtal/förebyggande hembesök och mer generell information. Föreningens modell att både informera om hälsofrågor och samtidigt erbjuda hälsosamma aktiviteter kan därför vara en bra modell som andra föreningar kan arbeta efter. Förutsättningarna är då att föreningen har tillräckligt många medlemmar och rätt målgrupp, samt att verksamheten är väletablerad och fungerande. Nödvändigt är också en tryggad finansiering, utarbetat nätverk och stöd från både kommun och landsting.

Rapportförfattarna konstaterar också att varken Stockholms stad eller Stockholms läns landsting på ett strukturerat sätt använder sig av den resurs som invandrarföreningar som Syriskas föreningen utgör. Detta påpekande har dock ännu inte lett till att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen sett över hur landstinget i sitt förebyggande arbete ska kunna samverka med invandrarföreningarna. Stockholms stad stödjer föreningarna ekonomiskt, och samarbetet fungerar med ett par av stadsdelsförvaltningarna. Det finns dock inga strukturer för hur samverkan ska ske t.ex. med utförare av hemtjänst med många arabiskspråkiga omsorgstagare. Detta är uppenbart ett utvecklingsområde.

Hälsosamtal med 75-åringar

Stockholms läns landsting genomförde 2005-2006 försöksverksamheter med förebyggande hembesök riktat till de som under året fyllde 75 år. Den äldre erbjöds ett samtal, som kunde följas upp av fler samtal eller besök på husläkarmottagningen. Denna verksamhet ingick som del i en kontrollerad interventionsstudie (Sherman, m.fl., 2007). På vissa områden gick det att styrka effekter i den randomiserade studien. Det gällde den äldres kunskap om kommunens utbud av äldreomsorg, hjälpmedel av olika slag och kunskap om tillgängligt utbud av fritidsaktiviteter. Det fanns även indikation på att trötthet, värk och smärta var oförändrade hos dem som fått hälsosamtal, medan de som inte fått samtal

upplevde försämringar efter ett år. På andra områden var det svårare att se effekter, som upplevd hälsa, hälsoproblem och livsstil. De äldre var överlag mycket positiva till hälsosamtalen och ansåg att de var både meningsfulla och till god nytta. Ett försök gjordes också med hälsosamtal till 65 till 69-åringar i några socioekonomiskt svaga områden.

Resultaten från denna interventionsstudie bedömdes som så positiva att landstingsfullmäktige beslöt att förebyggande hembesök skulle bli en del av det ordinära förebyggande arbetet i Stockholms län. I Regelboken för husläkarverksamheten ingår därför att husläkarmottagningarna ska erbjuda ett hälsosamtal till alla som under året fyller 75 år och som är listade hos husläkarmottagningen eller ingår i dess ansvarsområde.

Från en utvärdering genomförd ett år efter det att hälsosamtal blivit permanentat kan man läsa att införandet tar tid (Karp, m.fl. 2010). Det har varit stor skillnad på hörbarhet och beredskap hos olika husläkarmottagningar att erbjuda hälsosamtal, ofta beroende på ledningens inställning.

Få av de 75-åringar som intervjuades i den utvärderingen hade några uttalade förväntningar vad samtalet skulle innehålla, men flera av dem uttryckte att de hade sett det som bra att få information om vården och få ställa frågor och prata om sådant man undrade över. De var i regel nöjda med samtalet. De hade fått ta upp frågor som var viktiga för dem och distriktssköterskan upplevdes som lyhörd. Många ansåg att de redan hade bra kunskaper om kost, motion och andra häls faktorer, men att det var bra att få bekräftelse. Det vanligaste skälet för de 75-åringar som tackat nej var att de inte ansåg att de behövde det, eftersom de ansåg sig vara friska och välinformerade.

Ett antal av de distriktssköterskor som arbetat med förebyggande hälsosamtal intervjuades om sin bild av verksamheten. Flera av distriktssköterskorna ansåg att de fått en ökad förståelse och en helhetsbild av den äldres livssituation och hälsa. De upplevde samtalet som ett viktigt bekräftande möte som blev olika beroende på vad den äldre fokuserade på och vad den äldre hade för problem och behov. De beskrev arbetet med hälsosamtal som givande och meningsfullt och bedömde att det skulle underlätta framtida kontakter. Då äldre tackade nej till ett hälsosamtal i hemmet och istället önskade komma till mottagningen beskrev distriktssköterskorna att mycket gick förlorat, bl. a. möjligheten till helhetssyn och att ge riktade riskförebyggande råd. De intervjuade distriktssköterskorna konstaterar dock att det kan vara svårt att nå personer med missbruks- eller psykiska problem, och att det är svårt att föra hälsosamtal när det krävs tolk.

Journalgranskningen visade att hälften av alla hälsosamtal i interventionsstudien medförde någon form av vidare åtgärd. Som exempel kan nämnas utprovning av inkontinenshjälpmedel, kostinformation, utprovning av tekniska hjälpmedel och kontakt med kommunen angående hemtjänst samt läkemedelsgenomgångar. Distriktssköterskorna hade genomfört stödande samtal i omvårdnadsfrågor som rörde hälsofrämjande faktorer. Ingen av de intervjuade äldre hade dock fått något

uppföljande samtal av distriktssköterskan, så som det ursprungliga konceptet var tänkt.

Distriktssköterskorna upptäckte flera hälsoproblem och behov som inte tidigare var kända. Av de 220 granskade journalerna i interventionsstudien framkom att distriktssköterskan upptäckte 31 icke normala blodtrycksvärden och 16 förhöjda blodsockervärden. Tre blev inskrivna i hemsjukvården.

Att erbjuda alla som fyllt 75 år hälsosamtal i hemmet bedömdes av Stockholms läns landsting som omöjligt, såväl ekonomiskt som personellt (så många distriktssköterskor finns inte). Landstinget valde därför att prioritera de som under året fyller 75 år jämfört med att erbjuda alla 75 år och äldre. Det finns inga tidigare studier som visar att 75-årsåldern är den rätta, och inte heller den här refererade studien ger några säkra belägg för detta. När frågan ställts till de distriktssköterskor som deltagit i fokusgrupper menar de att 75-årsåldern kan vara rätt, innan hälsoproblemen sätter in. Har man däremot mer fokus på att upptäcka hälsorisker än att förebygga så kan det vara klokare att gå till dem som fyller 80 snarare än de som fyller 75. Om man måste prioritera synes det av intervjuerna med de äldre och distriktssköterskorna att döma klokt att erbjuda hälsosamtal i socioekonomiskt svaga områden, och då visade försöket att erbjuda 65 till 69 åringar hälsosamtal att en yngre åldersgrupp än 75-åringar kan vara befogad.

Såväl landstinget som länets kommuner bedriver i varierande omfattning uppsökande verksamhet i form av förebyggande hembesök. Att det motiverande samtalet är en bra form för att motivera till livsstilsförändringar är väl känt. Vilka former som är mest kostnadseffektiva återstår att klarlägga. Det är en fråga som bör fortsätta att följas och utvärderas.

REFERENSER

- Aartsen, M. & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31-38.
- Agahi, N., Andersson, L., Lagergren, M., Lennartsson, C., Piekut, P., Saletti, A., Thorslund, M. & Wänell, S-E. (2008). *Hälsoläget hos länets ålderspensionärer. En utgångspunkt för hälsofrämjande åtgärder*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2008:2.
- Agahi, N. (2008). *Leisure in late life: patterns of participation and relationship with health*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Ahacic, K., Kelfve, S. & Kennison R.F. (2012). *Hazardous alcohol use in Stockholm County between 1998 and 2010*. Conference abstract. November 2012; 52 (S1):70.
- Ahacic K., Kennison R.F. & Kåreholt I. (2012). Changes in sobriety in the Swedish population over three decades: Age, period, or cohort effects? *Addiction*, 107, 4, 748-55.
- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Aging & Mental Health*, 2(4), 264-274.
- Avlund, K., Schultz-Larsen, K. and Davidsen, M. (1998). "Tiredness in Daily Activities at Age 70 as a Predictor of Mortality During the Next 10 years". *J Clin Epidemiol*, Vol. 51, No 4, 323-333.
- Avlund, K., Damsgaard, M.T., Sakari-Riantala, R., Lukkanen, P. and Schroll, M. (2002). "Tiredness in daily activities among nondisabled old people as determinant of onset of disability". *Journal of Clinical Epidemiology*, No 55, 965-973.
- de Jong Gierveld, J. & Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement*, 23, 2, 109-113.
- Fors, S. (2010). *Blood on the tracks: life-course perspectives on health inequalities in later life*. Stockholm: Department of Social Work, 27. Stockholm University.

- Fritzell, J., Lennartsson, C. & Lundberg, O. (2007). Health and inequalities in Sweden: Long and short-term perspectives in J. Fritzell & O. Lundberg (eds) *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden*. Brighton. Policy Press.
- Hallgren, E., Ebrahimi, R., Karp, A. & Wånell, S-E. (2011). *Främja hälsan hos äldre med utländsk bakgrund. Arabiskspråkiga äldres upplevelser av syriska föreningens hälsoprojekt*. Äldrecentrumrapport 2011:1.
- Heikkinen, R. L., & Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), 33-39.
- Heuberger, R. A. (2009). Alcohol and the older adult: a comprehensive review. *J Nutr Elder*, 28(3):203-235.
- Häll, L. (2006). Kapitel 19 – Familj och sociala nätverk. *Äldres levnadsförhållande. Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980-2003*. Statistiska centralbyrån. Levnadsförhållanden rapport 112.
- Iwarsson, S. (2005). A long-term perspective on person-environment fit and ADL dependence among older Swedish adults. *Gerontologist*, 45, 327 – 336.
- Johansson, L. (2007). *Anhörig. Omsorg och stöd*. Lund: Studentlitteratur.
- Karolinska Institutets Folkhälsoakademi (2010). *Själv mord i Stockholms län och Sverige 1980 – 2008*. Rapport 2010:30.
- Karp, A., Wånell, S-E., Lagerin, A., Rydman, I. B., Sherman, H., Söderhielm Blid, S. & Törnkvist, L. (2010). *Förebyggande hembesök – en del av det ordinära arbetet för distriktssköterskor*, Äldrecentrumrapport 2010:11.
- Liao, S. & Ferrell, B. A. (2000). "Fatigue in an older population". *American Geriatrics Society*, 48:426-430.
- Livsmedelsverket (2012). *Råd om fisk*. <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Kostrad/Rad-om-fisk/>.
- Malmberg, B. (1995). "Är äldre ensammare än andra?" *Tidsskriften ÄldreCentrum*, vol 3, 10-13.
- Manderbacka, K. (1998). *Questions on survey questions on health*. Swedish Institute for Social Research 30. Stockholms universitet.

- O'Luanaigh, C., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213-1221.
- Oswald, F., Wahl, H-W., Schilling, O., Nygren, C., Fänge, A., Sixsmith, A., Sixsmith, J., Sze'man, Z., Tomsone, S. & Iwarsson, S. (2007). Relationships Between Housing and Healthy Aging in Very Old Age. *The Gerontologist*. Vol. 47, No. 1, 96–107.
- Ringbäck Weitoft, G. & Rosén, M. (2005). Is perceived nervousness and anxiety a predictor of premature mortality and severe morbidity? A longitudinal follow-up of the Swedish survey of living conditions. *J. Epidemiol. Community Health* 2005; 59; 794-798.
- Sennett, R. (2000). *När karaktären krackelerar*. Stockholm: Atlas.
- Sherman, H., Söderhielm Blid, S., Törnkvist, L., Karp, A. & Wånell, S-E. (2007). *Förebyggande hembesök till äldre En modell för det hälsofrämjande arbetet*. Äldrecentrumrapport 2007:20.
- Singh, M. A. (2002). Exercise comes of age: rationale and recommendations for a geriatric exercise prescription. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 57: M262–M282, 2002.
- Socialstyrelsen (2008). *Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*. Socialstyrelsen 2008-131-20.
- Socialstyrelsen (2009). Kapitel 13: Migration och hälsa. *Folkhälsorapport 2009*.
- Socialstyrelsen (2011) *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010 Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen*. Socialstyrelsen 2011-3-27
- Socialstyrelsen (2012). *Äldre – vård och omsorg den 1 april 2011. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Socialstyrelsen 2012-1-6.
- Socialstyrelsen (2012b). *Anhöriga som ger omsorg till närstående – omfattning och konsekvenser*. Socialstyrelsen 2012-8-15.
- Statens folkhälsoinstitut (2006). *Healthy ageing – a challenge for Europe*. Statens Folkhälsoinstitut rapport 2006:29.
- Statens folkhälsoinstitut (2011). *Äldres hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Statens Folkhälsoinstitut rapport 2011:12

- Statistiska Centralbyrån (2005). *Levnadsförhållanden rapport 108, Ungdomars etablering: generationsklyftan 1980-2003*.
- Statistiska Centralbyrån (2006). *Äldres levnadsförhållanden – Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980-2003*.
- Statistiska Centralbyrån (2010). *Hälsoenkät 2010. En undersökning om hälsa och levnadsförhållande i Stockholms län*. Teknisk rapport, bilaga 7.
- Stockholm läns landsting (2010). *In- och utvandring samt utrikes födda i Stockholms län 2009*. Befolkningsprognos 2010–2019. Rapport 2010:14.
- Stockholms läns landsting (2012). *Befolkningsprognos för Stockholms län 2012–2021/45*. Demografisk rapport 2012:9.
- Szebehely, M. & Trydegård, G. B. (2007). Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 14 (2-3), 197-219.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). "Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone", *Reviews in Clinical Gerontology*, vol 10, 407 – 417.
- Victor, C.R., Scambler, S.J., Shah, S., Cook, D.G., Harris, T., Rink, E. & de Wilde, S. (2002), "Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts", *Ageing and society*, 22; 585-597.

De flesta äldre stockholmare har en god hälsa. För andra är nedsatt funktionsförmåga, psykisk ohälsa, fysisk inaktivitet eller en känsla av ensamhet en del av vardagen – förhållanden som varierar med kön, socioekonomiska förhållanden, boendeförhållanden och ålder. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har sedan slutet av 1990-talet landstingets uppdrag att utifrån Stockholms läns folkhälsoenkäter rapportera om hälsa och välbefinnande bland länets befolkning över 65 år. I denna rapport redovisas resultat kring äldre stockholmares hälsa, livssituation och levnadsvanor baserat på folkhälsoenkäten 2010 samt utvecklingen inom dessa områden över de senaste tio åren.

Rapporten uppmärksammar några områden och grupper som, utifrån resultaten, bör lyftas fram i landstingets och kommunernas förebyggande arbete för att förbättra hälsan och minska den ojämlikhet i hälsa som råder mellan olika grupper av äldre. I rapporten ges också några exempel på hälsofrämjande arbete i länet.



Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings- och utvecklingscentrum.
Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg

Gävlegatan 16, 113 30 Stockholm // Vxl: 08 690 58 00 // www.aldrecentrum.se