



HUR MÅR STOCKHOLMARNÄ EFTER 65?

Beskrivning av hälsa och levnadsvanor 2002–2018

Charlotta Nilsen
Neda Agahi
Isabelle von Saenger
Jenny Österman
Åsa Hedberg Rundgren
Carin Lennartsson

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2019:3 ISSN 1401-5129

Förord

Vart fjärde år genomförs en enkätundersökning i Stockholms län med syfte att kartlägga hälsoläget hos länets invånare. Information från denna som rör hälsa och levnadsvanor kan ligga till grund för planering av vård, omsorg och förebyggande insatser. Med tanke på den demografiska utvecklingen med en allt större andel äldre personer i befolkningen, har Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum fått i uppdrag av Region Stockholm, Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES), att tillsammans med Aging Research Center (ARC, Karolinska Institutet/-Stockholms universitet) sammanställa en rapport som beskriver hälsoläget och levnadsvanor, fördelningen av dessa faktorer i olika befolkningsgrupper i åldrarna 65 år och äldre samt utvecklingen av dessa faktorer över tid (2002–2018).

Ojämlighet i hälsa och levnadsvanor återfinns även i den äldre befolkningen. Skillnader i hälsoläge och levnadsvanor skiljer sig mellan kommuner och stadsdelar, liksom mellan kvinnor och män och mellan socioekonomiska grupper. Dessvärre är detta inga överraskande nyheter. Vår förhoppning är att rapporten kan fungera som ett underlag i planeringen av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete riktat mot äldre personer samt i planering av hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen vilket därmed bland annat kan bidra till arbetet med ökad jämlikhet på hälsoområdet.

Rapporten är även ett viktigt underlag för det kontinuerliga arbetet med att bevaka den äldre befolkningens hälsa och levnadsvanor i webbverket Folkhälsokollen (www.folkhalsokollen.se) som CES gör tillsammans med Äldrecentrum och ARC. Dessutom hoppas vi att rapporten kan vara av intresse för den hälso- och samhällsengagerade allmänheten.

Vi, teamet bakom rapporten, Charlotta Nilsen, Neda Agahi, Isabelle von Saenger, Jenny Österman, Åsa Hedberg Rundgren och Carin Lennartsson vill tacka Anton Lager vid CES för uppdraget att lyfta fram folkhälsoperspektivet för den åldrande befolkningen i Stockholms län. Vi vill också ta tillfället i akt att tacka Peeter Fredlund vid CES för tålmodigt arbete med våra beställningar av data samt Janne Agerholm vid ARC och CES som delat med sig av sin erfarenhet av att arbeta med Stockholms läns folkhälsoenkäter.

Stockholm november 2019

Åsa Hedberg Rundgren

Direktör, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
HÄLSA.....	1
ATT KLARA SIN VARDAG	2
LEVNADSVANOR OCH DELAKTIGHET	2
SOCIOEKONOMISK OJÄMLIKHET	3
ORDLISTA OCH FÖRKORTNINGAR	4
INLEDNING.....	5
BEFOLKNINGSSTRUKTUR OCH FÖRVÄNTAD LIVSLÄNGD I STOCKHOLMS LÄN	6
<i>Befolkningen 65 år och äldre i Stockholms län.....</i>	<i>6</i>
<i>Befolkningen 80 år och äldre i Stockholms län.....</i>	<i>8</i>
<i>Förväntad livslängd i Stockholms län</i>	<i>10</i>
POPULATION OCH BORTFALL.....	11
<i>Bortfall och vikter</i>	<i>12</i>
<i>En mångkulturell befolkning</i>	<i>13</i>
SJÄLVSKATTAD HÄLSA.....	14
SJUKDOMSBÖRDAN.....	17
SMÄRTA I RYGG OCH NACKE	17
HJÄRTINFARKT OCH STROKE	21
<i>Hjärtinfarkt</i>	<i>21</i>
<i>Stroke.....</i>	<i>22</i>
DIABETES	24
NEDSATT HÖRSEL.....	26
KRONISK OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM (KOL).....	28
PSYKISK OHÄLSA.....	30
<i>Psykisk ohälsa – GHQ-12.....</i>	<i>30</i>
<i>Depression.....</i>	<i>31</i>
<i>Ängslan, oro, ångest.....</i>	<i>33</i>
FALLSKADOR	35
DEMENS SJUKDOM (KOGNITIV SJUKDOM)	38
CANCER.....	39
LEVNADSVANOR	42
RÖKVANOR.....	42
ALKOHOLKONSUMTION	43
FYSISK AKTIVITET	47
<i>Fysisk träning.....</i>	<i>47</i>
<i>Vardagsmotion</i>	<i>49</i>
<i>Stillasittande</i>	<i>51</i>
MATVANOR	52

<i>Frukt och grönsaker</i>	<i>52</i>
<i>Fisk och skaldjur</i>	<i>55</i>
SOCIALA RELATIONER OCH ENSAMHET	57
<i>Socialt umgänge</i>	<i>57</i>
<i>Internetanvändande och kontakt via internet eller telefon</i>	<i>58</i>
<i>Socialt stöd</i>	<i>60</i>
<i>Ensamhet</i>	<i>61</i>
ATT KLARA SIN VARDAG	64
<i>Behov av hjälp med hushållssysslor</i>	<i>65</i>
<i>Att klara sina huvudsakliga aktiviteter</i>	<i>66</i>
<i>Hjälp med personlig omvårdnad</i>	<i>66</i>
<i>Nedsatt mobilitet – problem med att röra sig</i>	<i>68</i>
UTMANINGAR FÖR FOLKHÄLSAN I STOCKHOLMS LÄN	71
PSYKISK OHÄLSA – ETT STORT FOLKHÄLSOPROBLEM.....	71
DELAKTIGHET UR OLIKA PERSPEKTIV	72
<i>Sociala relationer och ensamhet</i>	<i>73</i>
<i>Att klara vardagen</i>	<i>74</i>
LEVNADSVANOR	75
OJÄMLIKHETEN I HÄLSA BESTÅR.....	76
AVSLUTNING	77
REFERENSER.....	78
BILAGOR	83

SAMMANFATTNING

Personer som är äldre än 65 år utgör en ökande andel av befolkningen totalt sett i såväl Sverige som i Stockholms län. Anledningen till den demografiska förändringen beror delvis på att vi lever allt längre och att det genomsnittliga antalet år som en person lever i hög ålder har ökat över tid. Livet efter 65 år utgör idag omkring en tredjedel av en vuxen persons liv.

Rapporten, som bygger på data från folkhälsoenkäterna i Stockholms län, syftar till att beskriva befolkningens hälsotillstånd, hur hälsan och levnadsvanor fördelar sig mellan olika grupper bland personer 65 år och äldre i Stockholms län 2018, samt utvecklingen av dessa faktorer över tid (2002–2018). Undersökningen 2002, 2006 och 2018 har dock ett ålderstak på 84 år, vilket begränsar möjligheten att beskriva hälsoläget och levnadsvanor för de allra äldsta (85 år och äldre) dessa år. Beskrivningen av hälsoläget och levnadsvanor för de allra äldsta fokuserar därför på åren 2010 och 2014.

Hälsa

Resultaten visar bland annat att den självskattade hälsan är god bland stockholmarna. Dryga 60 procent uppger att de har en god eller mycket god hälsa. Detta är en ökning sedan 2002 då 53 procent uppger en god hälsa. Den goda självskattade hälsan minskar dock med stigande ålder och bland de allra äldsta (85 år och äldre, 2014) rapporterar endast 32 procent en god hälsa. I samtliga åldersgrupper är det fler män än kvinnor som skattar sin hälsa som god eller mycket god.

Värk och smärta är ett hälsoproblem som är vanligt förekommande bland personer över 65 år. Nästan 70 procent besvärar sig av antingen lätta eller svåra besvär i rygg eller nacke. I åldrarna 65 till 84 år rapporterar sju procent svår smärta i övre delen av ryggen och tolv procent i nedre delen av ryggen. Förekomsten av svår smärta ökar med stigande ålder. Bland de allra äldsta uppger 23 procent svåra besvär i övre delen av ryggen och 33 procent i nedre delen av ryggen (2014).

Samlingsbegreppet psykisk ohälsa kan omfatta både diagnostiserad depression och psykisk sjukdom, men även till exempel icke diagnostiserade tillstånd av depression, ångslan, oro och ångest. Resultaten visar att psykisk ohälsa i form av ångslan, oro och ångest upplevs av 33 procent i åldrarna 65 till 84 år (2018) och bland de allra äldsta (85 år och äldre) rapporterar 45 procent oro eller nedstämdhet (2014). Fler kvinnor än män har psykisk ohälsa. Resultaten visar även att psykisk ohälsa tenderar att öka över tid.

Att klara sin vardag

Hälsoproblem och funktionsnedsättningar minskar möjligheten att på egen hand klara vardagen. Viktiga förutsättningar för delaktighet och för att leva ett självständigt liv är anpassat stöd från vård och omsorg och anhörigas möjligheter att stödja och hjälpa samt en fungerande bostadssituation. Hälsoproblem och funktionsnedsättningar påverkar vår möjlighet att bland annat kunna uträtta ärenden, motionera, besöka vänner, eller delta i aktiviteter och samhällslivet. Resultat visar att redan i 75 till 79 års ålder är det närmare 30 procent som har problem med att gå i trappor och nio procent har svårt att ta sig fram utomhus. Dessa problem ökar kraftigt med ålder och i gruppen 85 år eller äldre är det 70 procent av kvinnor som inte kan gå i trappor utan besvär, bland männen är det drygt 50 procent.

Behovet av hjälp med hushållssysslor börjar redan vid 75 års ålder, omkring var tionde person i åldern 75 till 79 år anser sig behöva hjälp. Behovet ökar sedan för att i åldersgruppen 85 år och äldre vara över 40 procent. Att behöva hjälp med hygien, bad och dusch blir också vanligare från 85 års ålder, men behovet förekommer även i yngre åldersgrupper. År 2014 var andelen som behövde hjälp med personlig omvårdnad ca 30 procent bland de allra äldsta medan motsvarande siffra i åldersgruppen 80 till 84 år var nio procent. Fler kvinnor än män är i behov av hjälp, en skillnad som i den äldsta åldersgruppen till stor del kan förklaras av att kvinnorna är äldre och oftare ensamboende jämfört med männen.

Levnadsvanor och delaktighet

I alla åldrar påverkas hälsan av våra levnadsvanor, samtidigt som en god hälsa ibland är en förutsättning för att ha det liv och de levnadsvanor vi önskar. Resultaten visar att många äldre stockholmare rör sig för lite, både vad gäller fysisk träning och vardagsmotion. Även stillasittandet är utbrett.

Alkoholvanorna har förändrats under de senaste decennierna. Dagens äldre personer dricker både oftare och större mängder alkohol än tidigare generationer äldre personer och stockholmarna utgör inget undantag. Poängteras bör dock att ökningen sker från väldigt låga siffror – den äldre befolkningen dricker fortfarande mindre än vad yngre åldersgrupper gör. Andelen som dricker alkohol någon gång är 86 procent i gruppen 65 till 84 år. Knappt hälften av dem som dricker alkohol gör det flera gånger i veckan. Jämfört med kvinnor så dricker män alkohol både i större utsträckning och oftare.

Sociala relationer har genom hela livet ett samband med hälsa och välbefinnande. Tre fjärdedelar av befolkningen över 65 år träffar anhöriga eller nära vänner åtminstone någon gång i veckan och få personer saknar någon att anförtro sig åt.

Det är omkring 14 procent av befolkningen i åldersgruppen 65 till 84 år som besväras av ensamhet en gång i veckan eller oftare och det är mer förekommande bland kvinnor än bland män. Förekomsten av ensamhet har ökat något över tid.

Andelen som besväras av ensamhet flera gånger i veckan eller oftare i samma åldersgrupp har dock varit relativt stabil över tid. Högre upp i åldrarna ökar andelen och i åldrarna över 85 år är det drygt 30 procent som besväras av ensamhet. Mellan åren 2010 och 2014 kan en viss minskning av ensamheten bland de allra äldsta skönjas och det är bland kvinnorna som minskningen sker. De allra äldsta männen rapporterar däremot en ökning av ensamhet. Denna utveckling har lett till att könsskillnaderna i känsla av ensamhet i det närmaste är borta bland de allra äldsta.

En klar majoritet av befolkningen 65 till 84 år i Stockholms län använder internet i någon form (80%). En högre andel män än kvinnor använder internet och med stigande ålder sjunker användandet från 91 procent i den yngsta åldersgruppen till 59 procent i åldrarna 80 till 84 år. Vi kan även se att internetanvändandet ökar starkt i gruppen 75 till 84 år, från 32 procent (2010) till 69 procent (2018). Ur ett delaktighetsperspektiv är det positivt att internetanvändandet ökat, men de allra äldsta hänger inte med i samma utsträckning.

Socioekonomisk ojämlikhet

I Stockholms län är ojämlikheten i dödlighet och hälsa tydlig och bestående över tid. Fler individer med hög socioekonomisk position överlever till hög ålder och deras hälsa är generellt sett bättre oavsett typ av ohälsa och funktionsnedsättningar som studeras. Konsekvenserna av att drabbas av ohälsa har dessutom visat sig vara svårare bland personer med låg socioekonomisk position. Vi kan konstatera att levnadsvanorna och de sociala förhållanden som framkommit i folkhälsoenkäterna följer samma mönster och utveckling.

Stockholms län är segregerat, både utifrån ett socioekonomiskt perspektiv men även beroende på befolkningens sammansättning utifrån födelseland. Generellt sett så bor utrikesfödda personer och personer med låg socioekonomisk position i områden med sämre resurser. Detta innebär att länet har mycket tydliga geografiska skillnader i hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Geografiska skillnader återfinns även i tillgången och nivån på omsorg och hälso- och sjukvård.

ORDLISTA OCH FÖRKORTNINGAR

DALY – funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Life Years), en kombination av YLL och YLD.

GBD – globala sjukdomsbördeprojektet (Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study).

GHQ-12 – General Health Questionnaire, ett frågebatteri med 12 frågor som används för att mäta självskattad, generell psykologisk hälsa. En hög poäng innebär en potentiell risk för psykiatrisk problematik.

Incidens – antalet nya fall av en sjukdom i en population under en avgränsad tid, anges ofta per 100 000 invånare och år.

KOL – Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom.

LISA – Longitudinella Integrationsdatabasen för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier.

Medellivslängd – den genomsnittliga ålder som en människa vid födseln beräknas uppnå.

Prevalens – andel (procent) individer i en population som har en sjukdom vid en viss tidpunkt.

SBU – Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering.

Sjukdomsbörda – ett begrepp som används för att beskriva effekter av hälsoproblem mätt i bland annat finansiella kostnader, dödlighet och sjuklighet.

VAL-databasen – en vårddatabas där individers vårdhändelser i Stockholms läns landsting kan följas.

YLD – år levda med sjukdom och funktionsnedsättning (Years Lived with Disability).

YLL – förlorade levnadsår (Years of Life Lost).

INLEDNING

Livet efter 65 år är idag en förhållandevis lång period och utgör omkring en tredjedel av en vuxen persons liv. De flesta har då många år framför sig i god hälsa. Hälsan har blivit så pass mycket bättre att allt fler överlever till hög ålder och idag sker över 60 procent av alla dödsfall i åldrarna mellan 80 och 99 år. Trots att livslängden är ett övergripande och sammanfattande mått på dödsriskerna i olika grupper, så ger det oss bara en del av den hälsobild som vi med denna rapport vill förmedla.

Folkhälsa handlar både om befolkningens hälsotillstånd och om hur hälsan fördelar sig i olika grupper i befolkningen. Folkhälsopolicyn för Region Stockholm har visionen att genom aktivt hälsofrämjande arbete skapa förutsättningar för en god, jämställd och jämlik hälsa för alla invånare i länet. Hela länets befolkning har rätt till en god hälsa oavsett kön, bostadsort, födelseland och socioekonomiska resurser, såsom utbildningsnivå, ekonomi och arbete.

För att skapa förutsättningar för ett bra folkhälsoarbete behövs tillförlitliga, uppdaterade och aktuella underlag om befolkningens hälsotillstånd och om hur hälsan fördelar sig i olika grupper i befolkningen. Resultaten som presenteras i denna rapport bygger på data från folkhälsoenkäterna i Stockholms län, från 2002 fram till 2018. Undersökningen som regelbundet genomförs medför att resultaten, i den mån som frågorna är desamma, kan redovisa hur hälsan och olika levnadsförhållanden förändras över tid.

I samtliga undersökningsomgångar har folkhälsoenkäten skickats ut till personer 65 år och äldre boende i Stockholms län. I undersökningen 2002, 2006 och 2018 skickades inte enkäten till personer i åldrarna över 84 år, vilket har förhindrat möjligheten att för dessa år beskriva hälsotillståndet och hur hälsan fördelar sig i gruppen 85 år och äldre. Kunskapen om den åldersgruppen bygger istället på data från 2010 och 2014. Den kunskap som genereras från undersökningen är således inte heltäckande för samtliga åldersgrupper och år.

Rapporten syftar till att vara ett underlag i planeringen av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete riktat mot äldre personer i Stockholms län samt planering av hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen, genom en beskrivning av: (1) hälsoläget och levnadsvanor, (2) fördelningen i olika befolkningsgrupper (3), samt utvecklingen av dessa faktorer över tid (2002–2018). Dessutom hoppas vi att rapporten kan vara av intresse för den hälso- och samhällsengagerade allmänheten.

Befolkningsstruktur och förväntad livslängd i Stockholms län

I dag når en majoritet av den svenska befolkningen en ålder av 65 år¹ (Statistiska centralbyrån SCB, 2010) och många gör det i god hälsa, med bra funktionsförmåga och ett socialt aktivt liv. Samtidigt kan vi konstatera att överlevnaden till högre åldrar är selektiv. Många av de sjukaste och svagaste individerna avlider innan hög ålder uppnås. Dödligheten är dessutom ojämlikt fördelad och fler individer från socialt privilegierade grupper med goda resurser överlever till hög ålder medan mindre resursstarka individer avlider i tidigare åldrar.

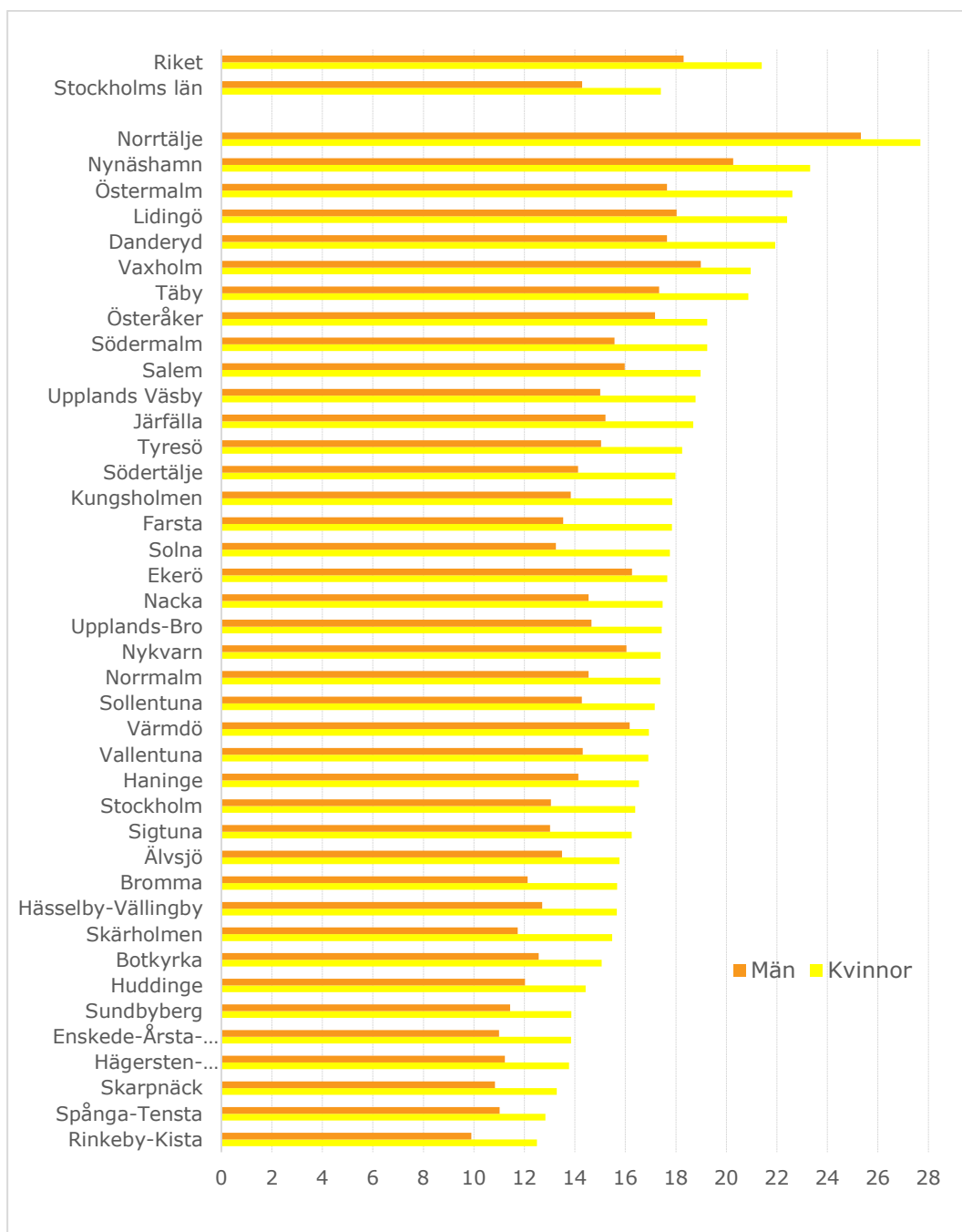
Befolkningen 65 år och äldre i Stockholms län

I slutet av 2017 fanns det i Stockholms län närmare 260 000 invånare i åldrarna över 65 år. Det motsvarar en andel på 16 procent av länets befolkning. År 2002 var antalet invånare 65 år och äldre strax över 259 000, vilket motsvarade cirka 14 procent av länets befolkning. Ökningen av antalet äldre personer och andelen av den totala befolkningen i länet är sedan i början av 2000-talet än så länge relativt låg. Andelen äldre personer i Stockholms län är också något lägre än i Sverige totalt, där personer över 65 år motsvarar närmare 20 procent av den totala befolkningen. Befolkningsstrukturen i Stockholms län är därmed relativt ung jämfört med landet.

Folkmängden i Stockholms län har under en lång tid ökat och kommer att fortsätta att öka. Störst beräknas ökningen vara i de äldre åldersgrupperna. Befolkningsprognosen i Stockholms län fram till år 2060 visar att antalet personer 65 år och äldre beräknas öka med 395 900, vilket motsvarar en ökning med 106 procent. I åldersgruppen 65 till 79 år förväntas antalet äldre personer öka med 211 800 personer, vilket motsvarar en ökning med 75 procent. I åldersgruppen 80 år och äldre väntas antalet personer öka med 184 100 personer, en ökning med 204 procent (Region Stockholm, 2019).

I figur 1.1 beskrivs andelen 65 år och äldre i befolkningen i Sverige, Stockholms läns kommuner samt Stockholm kommuns stadsdelar, år 2017. Andelen över 65 år varierar tydligt mellan kommunerna och kvinnorna utgör en något större andel än männen både totalt i länet (54%) och i länets samtliga kommuner och stadsdelar. Andelen kvinnor i åldersgruppen har dock minskat. År 2002 var andelen kvinnor i Stockholms län 69 procent av den totala befolkningen över 65 år. Den kraftiga ökningen av andelen män över 65 år beror främst på den minskade dödligheten bland medelålders män.

¹ Av 1945 års födelsekohort var andelen kvarlevande vid 60 års ålder 91 procent bland kvinnorna och 86 procent bland männen.



Figur 1.1 Andel (procent) 65 år och äldre i riket, Stockholms län, Stockholms läns kommuner samt Stockholm kommuns stadsdelar, uppdelat på kön, 2017. Data från Statistikmyndigheten SCB.

I Stockholms län utgör andelen utrikesfödda i åldrarna över 65 år cirka 22 procent av befolkningen. Andelen har ökat sedan år 2002 då andelen var 18 procent.

Andelen utrikesfödda i åldrarna över 65 år är högre i Stockholms län jämfört med landet i stort.

Befolkningen 80 år och äldre i Stockholms län

År 2017 var antalet personer över 80 år drygt 88 000, vilket motsvarar 8 procent av länets totala befolkning. Antalet och andelen har ökat sedan 2002, från knappt 81 600, eller 4 procent. Kvinnorna är andelsmässigt fler än männen i denna åldersgrupp och bland personer 80 år och äldre består den totala befolkningen av 62 procent kvinnor. Även i denna åldersgrupp återfinns en minskning av andelen kvinnor².

Vid årets slut 2017 var 67 procent av länets samtliga kvinnor 80 år och äldre ensamboende, bland männen var motsvarande andel 34 procent³. I samma åldersgrupp var 21 procent födda i något annat land än Sverige, motsvarande andel var 11 procent år 2002. Andelen utrikesfödda har således fördubblats på 15 år. En jämförlig ökning återfinns för befolkningen i Sverige, men på en andelsmässigt lägre nivå⁴.

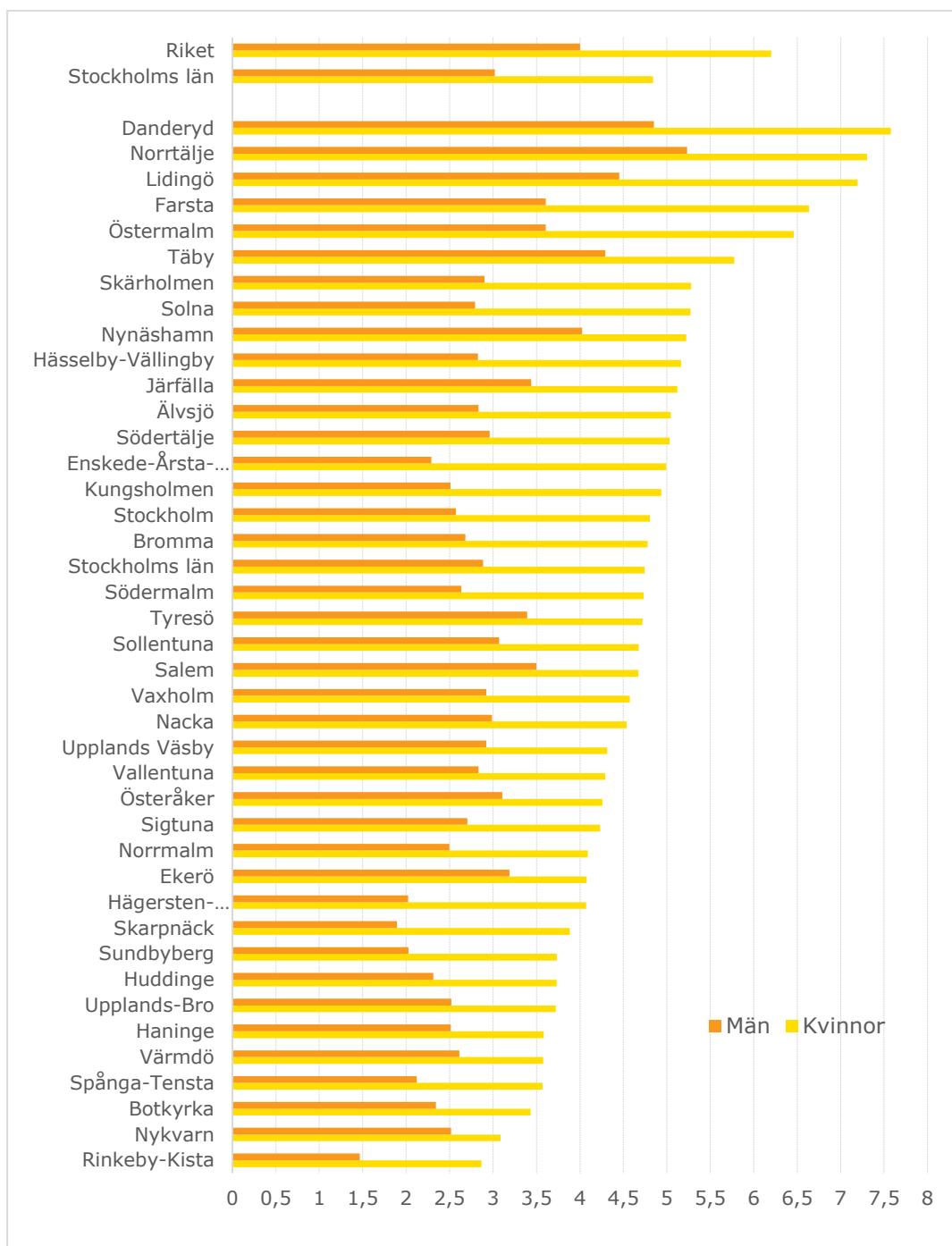
I Stockholms län varierar andelen 80 år och äldre mellan länets kommuner och stadsdelar mellan två och sex procent. Av figur 1.2 kan vi också notera att andelen kvinnor 80 år och äldre varierar mellan knappt 3 procent och drygt 7 procent i länet. Andelen män över 80 år är något lägre och varierar mellan 1,5 procent och drygt 5 procent.

Om vi slår ihop kvinnor och män och ser till den totala andelen personer över 80 år, så har Nykvarn, Sundbyberg och Botkyrka den lägsta andelen personer över 80 år och högst andel har Norrtälje, Danderyd och Lidingö. I Stockholms kommun är andelen över 80 år lägst i Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta och högst andel har Östermalm och Farsta.

² År 2002 var 67 procent av samtliga över 80 år kvinnor

³ Uppgifter från 2002 saknas

⁴ I Sverige har andelen utrikesfödda ökat från 6 procent år 2002 till 11,9 procent år 2017

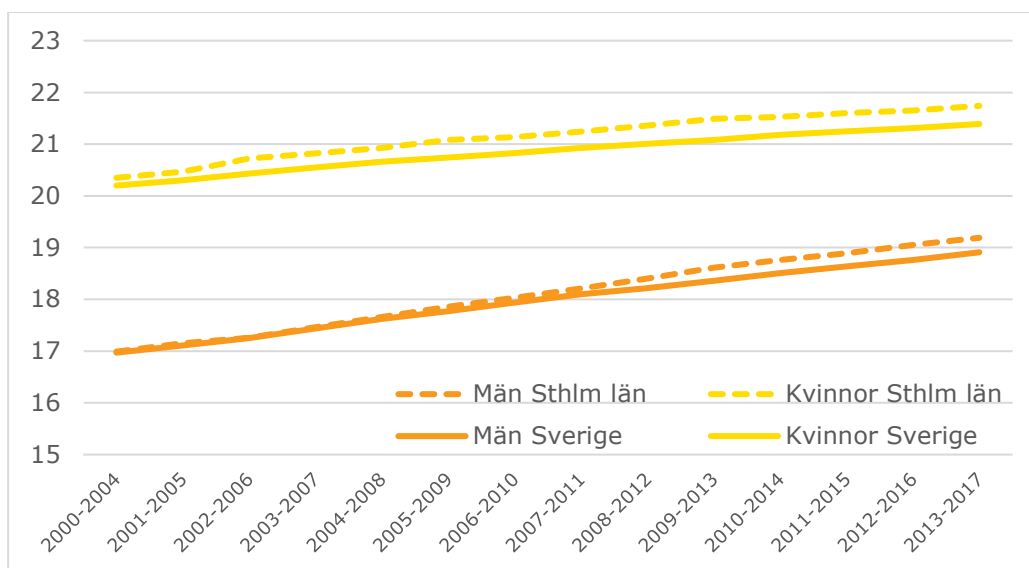


Figur 1.2 Andel (procent) 80 år och äldre i Stockholms läns kommuner samt Stockholm kommuns stadsdelar, uppdelat på kön, 2017. Data från Statistikmyndigheten SCB.

Förväntad livslängd i Stockholms län

Medellivslängden i Stockholms län, såväl som i Sverige och globalt, ökar kontinuerligt och har så gjort under mer än 200 år. Fram till och med 1950-talet var det den minskade dödligheten bland barn och ungdomar som drev utvecklingen, men sedan mitten av 1950-talet har även dödligheten bland medelålders och äldre personer minskat och generellt sett kan idag en person som fyllt 65 år förvänta sig att leva i drygt 20 år till. Sannolikheten att leva till hög ålder är dock inte jämnt fördelad i befolkningen. Det finns t.ex. stora variationer mellan kvinnor och män, mellan olika geografiska områden och mellan olika socioekonomiska grupper.

I figur 1.3 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 Sverige vid det aktuella året. I början av 2000-talet var den förväntade livslängden i länet, vid 65 år, 20,4 år för kvinnorna och 17 år för männen. På senare år har den förväntade livslängden vid 65 år ökat till 21,7 år för kvinnorna och 18,9 år för männen. Ökningen har varit större i Stockholms län jämfört med Sverige och ökningen har varit något större för männen än för kvinnorna.



Figur 1.3 Förväntad medellivslängd (år) vid 65 års ålder. Kvinnor och män i Sverige respektive Stockholms län. 2000 – 2017. Data från Statistikmyndigheten SCB.

Även mellan länets kommuner och stadsdelar varierar den förväntade livslängden vid 65 år. För kvinnornas del är skillnaderna närmare 2,5 år mellan kommunen/stadsdelen med högst (Östermalm/Danderyd) respektive lägst (Nykvarn) förväntad livslängd vid 65 år. Bland männen är skillnaderna större, där uppgår skillnaderna till 3,6 år, mellan Danderyd som ligger högst och Enskede-Årsta-Vantör som ligger lägst.

Den förväntade livslängden ger oss relativt god information om en befolknings hälsostatus, med andra ord är kortare medellivslängd i ett land eller i en grupp en tydlig indikator på att landet/gruppen är missgynnad i olika avseenden. Däremot säger den förväntade livslängden i en befolkningsgrupp ganska lite om de nivåer av sjukdomar och funktionsnedsättningar som återfinns i befolkningen.

Population och bortfall

Denna rapport bygger på data från folkhälsoenkäterna i Stockholms län. Populationen består i samtliga undersökningsomgångar av personer 65 år och äldre boende i Stockholms län. Undersökningen 2002, 2006 och 2018 har ett ålderstak på 84 år, vilket begränsar möjligheten att beskriva hälsoläget och levnadsvanor för de allra äldsta. I analyserna av personer 85 år och äldre har vi därför enbart använt 2010 och 2014 års data. Utöver en redogörelse av läget år 2018 har utvecklingen sedan 2002 beskrivits.

Tabell 1.1 Beskrivning av folkhälsoenkäterna 2002–2018.

Kategori	2018		2014		2010		2006		2002	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Analytiskt urval*	6155		6142		8128		6713		5772	
Svarsfrekvens		64.0		60.1**		74.0		74.5		74.0**
Ålder	65-84		65-103		65-104		65-84		65-84	
Kön										
Kvinnor	3266	53.1	3414	55.6	4339	53.4	3670	54.7	3137	54.4
Män	2889	46.9	2728	44.4	3789	46.6	3043	45.3	2635	45.7
Ålder										
65-74	3841	62.4	3836	62.5	4814	59.2	4161	62.0	3354	58.1
75-84	2314	37.6	1698	27.7	2344	28.8	2552	38.0	2418	41.9
85+			608	9.9	969	11.9				
Boende										
Ensamboende	1344	22.0	2028	33.8	2831	35.4	2387	35.9	-	-
Samboende	4760	78.0	3968	66.2	5174	64.6	4268	64.1	-	-
Inkomst										
1 kvintilen	1231	20.0	1230	20.0	1622	20.0	1313	20.0	1163	20.0
2-4 kvintilen	3689	60.0	3670	60.0	4842	60.0	3935	60.0	3452	60.0
5 kvintilen	1231	20.0	1225	20.0	1618	20.0	1313	20.0	1156	20.0

* Analytiskt urval är det totala antalet som dataanalyserna utgår ifrån respektive år.

** Svarsfrekvensen för 2002 baseras på åldersgruppen 66 år och äldre och 2014 på 67 år och äldre.

Till data från enkäten har information från olika register över totalbefolkningen länkats. I denna rapport används registret över inkomster hämtad från den longitudinella integrationsdatabasen för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA). Vi har även använt data från Statistikdatabasen som tillhandahålls av Socialstyrelsen för att belysa förekomsten över tid av cancer, hjärt- och kärlsjukdomar och fallolyckor som resulterat i vård, samt data från SBU för att belysa uppskattad förekomst av demenssjukdom. Statistik för kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är hämtad från VAL-databasen, en vårddatabas där individers vårdhändelser kan följas.

Resultaten redovisas uppdelat på kvinnor och män, olika åldersgrupper, samt enligt boendesituation och inkomstgrupp (se tabell 1.1). 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 högst inkomst samt en medelinkomstgrupp (de mellanliggande 60%). Personer med en inkomst lägre än 0 kr (så kallad negativ disponibel inkomst) har exkluderats ur analyserna. Vi har valt att behålla denna inkomstfördelning, som bygger på alla svarande 65 år och äldre, även när separata analyser har gjorts för de allra äldsta (85 år och äldre) och för kvinnor och män.

Vi beskriver endast personers självskattade hälsa separat för varje kommun och stadsdel. För övriga hälsomått och levnadsvanor uppdelat på kommun och stadsdel hänvisas istället till Folkhälsokollen (www.folkhalsokollen.se).

Bortfall och vikter

Bortfallet har under de olika undersökningsåren varierat mellan ungefär 26 och 40 procent. Bortfallet är inte slumpmässigt, utan påverkas bland annat av urvals-personens födelseland, kön, ålder och socioekonomiska position. Svarsfrekvensen varierar också mellan länets kommuner och stadsdelar.

Ett högt bortfall påverkar representativiteten. För att undersökningen ska kunna vara representativ och spegla till exempel äldre personer över 65 år i Stockholms län, behöver så många som möjligt svara. Bortfallet får inte vara för stort och/eller för snedfördelat, det vill säga svaren kan inte enbart komma från personer med hög inkomst, från mer socioekonomiskt starka områden och/eller med god hälsa. Om det till exempel är övervägande friska personer som svarar på enkäten kommer vi att underskatta hälsoproblemen i den äldre befolkningen. Resultaten kan således visa att gruppen äldre personer är friskare och mera funktionsduglig än vad som faktiskt är fallet.

När data från folkhälsoenkäterna presenteras i rapporten för respektive år, är siffrorna korrigerade med hjälp av ett viktsystem för olika former av felkällor, bland annat bortfallets storlek i olika grupper. Ambitionen med ett viktsystem är att ge samtliga individer med olika karaktäristika rätt grad av vikt i resultaten. I data

från folkhälsoenkäterna har en vikt räknats fram för att kunna räkna upp resultaten till populationsnivå. Vikten kompenserar delvis för de snedvridande effekter som observationsbortfallet utgör men inte för det partiella bortfallet, det vill säga bortfallet på varje enskild fråga. I rapporten redovisas samtliga resultat viktade. (För mer information om datainsamlingen och viktberäkningar, se Tekniska rapporter för respektive år). Vi kan dock redan här göra läsaren uppmärksam på att äldre personer med god hälsa i större utsträckning än äldre personer med sämre hälsa deltar i enkätundersökningar, vilket innebär att bortfallsviktning inte helt kompenserar för icke slumpmässigt bortfall (Kelfve m.fl., 2015).

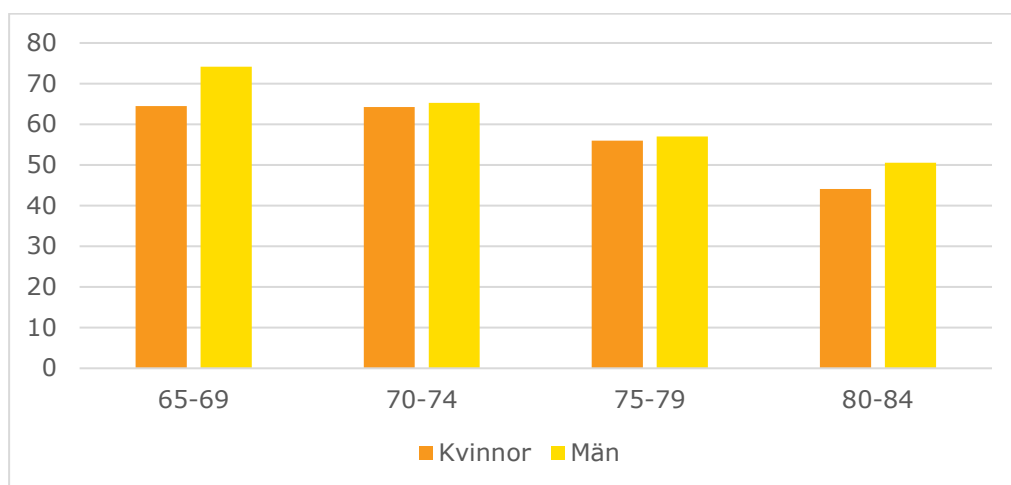
En mångkulturell befolkning

I gruppen utrikesfödda personer som idag är 65 år och äldre är många arbetskraftsmigranter från framförallt södra Europa och Turkiet som kom till Sverige och Stockholm under 1960- och 1970-talet. Under de påföljande årtiondena ökade antalet flyktingar och asylsökande från Latinamerika, Balkan och Mellanöstern. Sverige har också haft stor invandring från övriga nordiska länder, USA, tidigare Sovjetstater och Polen (Abramsson m.fl., 2015). Med andra ord har Sverige och Stockholm idag en äldre befolkning med varierande mångfald och kategorin ”utrikesfödda” är således mycket heterogen. Det gruppen har gemensamt är just att man inte är född i Sverige. Att presentera en mera specifik uppdelning enligt födelseland eller födelsekontinent skapar dock för små grupper av svarande. Utöver detta är svarsfrekvensen i folkhälsoenkäterna betydligt lägre bland utrikesfödda jämfört med äldre personer födda i Sverige. Vi har därför inte kunnat redovisa dessa grupper separat i rapporten utan presenterar den totala befolkningen som är 65 år och äldre boende i Stockholms län vid tiden för undersökningarna.

SJÄLVSKATTAD HÄLSA

Att mäta självskattad hälsa är ett generellt sätt att beskriva individens egen bedömning av sitt allmänna hälsotillstånd. Självskattad hälsa är också en mycket god indikator för individens framtida hälsoutveckling (Lindström m.fl., 2012). Bland många äldre personer är hälsa ett relativt mått – det vill säga man kan uppleva en god hälsa i jämförelse med andra jämnåriga (till och med bekanta som redan dött) även om man har diverse sjukdomar och funktionsnedsättningar.

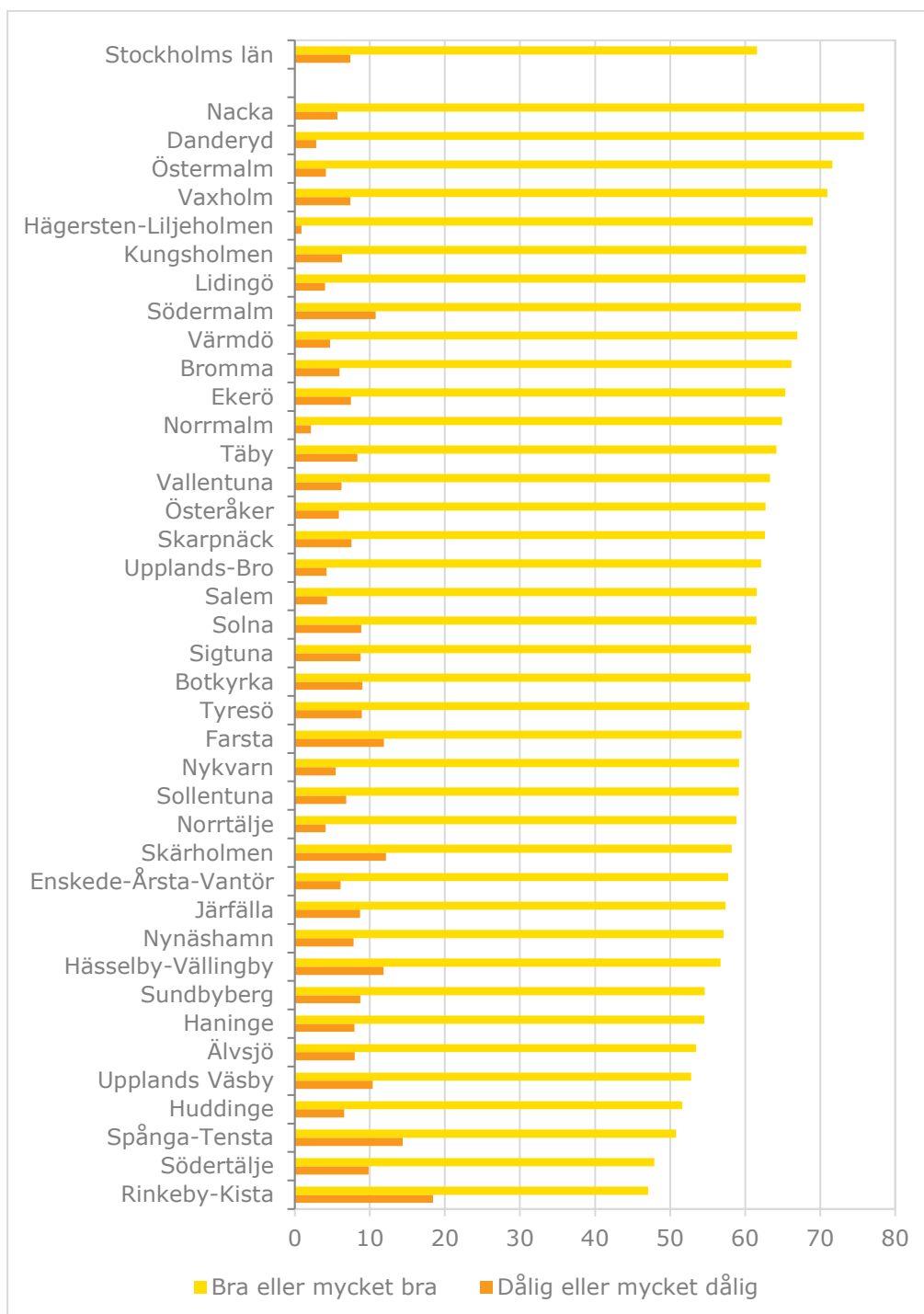
År 2018 uppger 62 procent i åldrarna 65–84 år att de har en bra eller mycket bra självskattad hälsa, varav fler män (64%) än kvinnor (59%). Andelen som rapporterar en bra eller mycket bra självskattad hälsa minskar successivt med åldern från 69 procent i åldersgruppen 65–69 år till 47 procent i åldersgruppen 80–84 år.



Figur 2.1 Andel (procent) som rapporterar mycket bra eller bra självskattad hälsa, uppdelat på kön och åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Bland kvinnor sker en minskning från 65 procent i åldersgruppen 65–69 år till 44 procent i åldersgruppen 80–84 år (figur 2.1). Bland män sker en minskning från 74 procent i åldersgruppen 65–69 år till 51 procent i åldersgruppen 80–84 år.

I figur 2.2 redovisas andelen som uppger att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra och andelen som uppger att den är dålig eller mycket dålig för länets kommuner och stadsdelar. Det skiljer nästan 30 procentenheter i andelen som rapporterar sin hälsa som bra/mycket bra mellan Rinkeby-Kista (47%) och Södertälje (48%) och Nacka (76%) och Danderyd (76%).

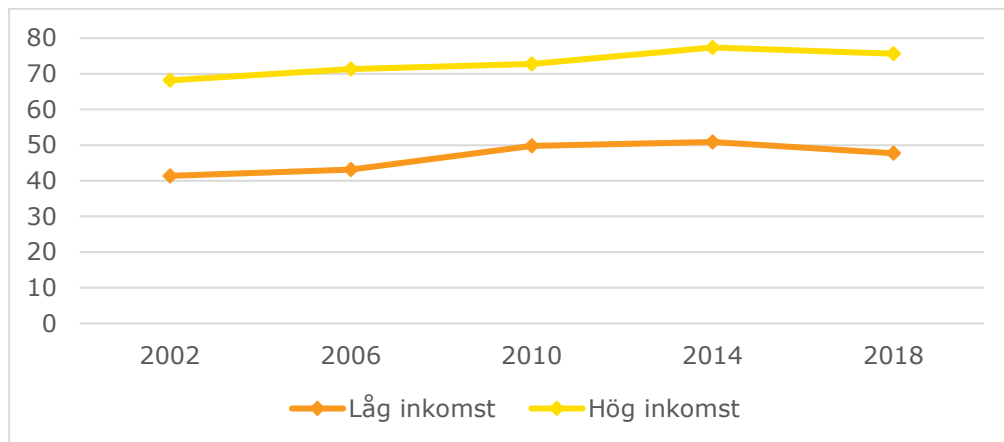


Figur 2.2 Andel (procent) som rapporterar bra eller mycket bra respektive dålig eller mycket dålig självskattad hälsa i Stockholms län. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Förändring över tid (65-84 år)

De svarande som anser sig ha en bra eller mycket bra hälsa har successivt ökat sedan 2002, från 53 procent till dagens 62 procent. Både bland kvinnor och män samt i alla åldersgrupper ses denna ökning.

Det finns tydliga mönster över tid som visar att det är vanligare att skatta sin hälsa som sämre bland personer med lägre inkomst, en skillnad som återfinns under hela perioden (figur 2.3).



Figur 2.3 Andel (procent) som rapporterar bra eller mycket bra självskattad hälsa, uppdelat på inkomstgrupper och år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter, 2002, 2006, 2010, 2014 och 2018.

De allra äldsta (85 år och äldre)

Som tidigare påpekats så har undersökningen 2018 ett ålderstak på 84 år, vilket begränsar möjligheten att beskriva hälsoläget och levnadsvanor för de allra äldsta. I analyserna av personer 85 år och äldre har vi därför utgått från 2010 och 2014 års data. Resultaten från 2014 års undersökning visar att i åldrarna 85 år och äldre anser 32 procent att de har en bra eller mycket bra självskattad hälsa. Detta skiljer sig markant från åldersgruppen 65 till 84 år där 62 procent uppger en bra eller mycket bra hälsa. Bland de allra äldsta är det fler män (42%) än kvinnor (27%) som uppger att de har en bra eller mycket bra självskattad hälsa. Det är även vanligare att skatta sin hälsa som bra eller mycket bra bland samboende än bland ensamboende i de här åldrarna.

Även bland de allra äldsta är det vanligare att skatta sin hälsa som sämre bland personer i den lägsta inkomstgruppen. Andelen som rapporterar bra eller mycket bra hälsa ökar med inkomstnivå från 24 procent i den lägsta inkomstgruppen till 58 procent i den högsta inkomstgruppen. Dessa skillnader återfanns även 2010.

När man samtidigt tar hänsyn till boendesituation, inkomst, kön och ålder i analyser av de allra äldstas självskattade hälsa, visar resultaten att det framförallt är skillnaderna mellan inkomstgrupper och kön som framträder.

SJUKDOMSBÖRDAN

Enligt det globala sjukdomsbördeprojektet, the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD), kan ett begränsat antal folksjukdomar och skador förklara merparten av sjukdomsbördan i Sverige.

Sjukdomsbörda är ett begrepp som används för att beskriva effekter av hälsoproblem mätt i bland annat finansiella kostnader, dödlighet och sjuklighet. Genom att beskriva hur en sjukdomstyp påverkar den totala sjukdomsbördan för en viss population eller åldersgrupp, kan vi förstå vilken betydelse just den sjukdomstypen har på både kostnader och problem för den gruppen. På så vis kan GBD ge en fingervisning om vad som bör satsas på inom hälsofrämjande åtgärder.

I det interaktiva verktyget GBD Compare redovisas nedsatt funktion och dödlighet från 315 folksjukdomar och skador samt 79 riskfaktorer (metabola risker, levnadsvanor och den fysiska miljön)⁵. Vi kan dock inte redovisa de allra äldsta (85 år och äldre) som en separat grupp utan endast visa siffror på sjukdomsbördan uppdelat på gruppen 70 år och äldre eller 80 år och äldre.

Sjukdomsbördan beräknas med funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Life Years – DALY), där hänsyn tas till år levda med sjukdom och funktionsnedsättning (Years Lived with Disability – YLD) samt förtida död (Years of Life Lost – YLL). Exempelvis låg nio sjukdomar, funktionsnedsättningar och skador bakom mer än halva sjukdomsbördan i åldersgruppen 70 år och äldre i Stockholms län år 2017. Dessa är ischemisk hjärtsjukdom, demenssjukdom, ischemisk stroke, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), lungcancer, diabetes, fallskador, ländryggssmärta och kolorektal cancer⁵.

I den äldre befolkningen bidrar främst YLD till sjukdomsbördan. Vi kommer därför i detta avsnitt beskriva de sjukdomar, funktionsnedsättningar och skador som främst bidrar till YLD i åldersgruppen 70 år och äldre i Stockholms län år 2017⁵. Dessa är smärta i rygg och nacke, hjärtinfarkt och stroke, diabetes, nedsatt hörsel, KOL, psykisk ohälsa, fallskador, demenssjukdom och cancer. För jämförelse nämns även DALY i Stockholm för respektive åldersgrupp.

Smärta i rygg och nacke

Smärta i rygg och nacke står för 12,8 procent av sjukdomsbördan mätt med YLD, i Stockholms län i åldersgruppen 70 år och äldre och för 10,2 procent i åldersgruppen 80 år och äldre. Motsvarande siffror gällande DALY i Stockholm är 4,4 procent (70+) och 3,0 procent (80+).

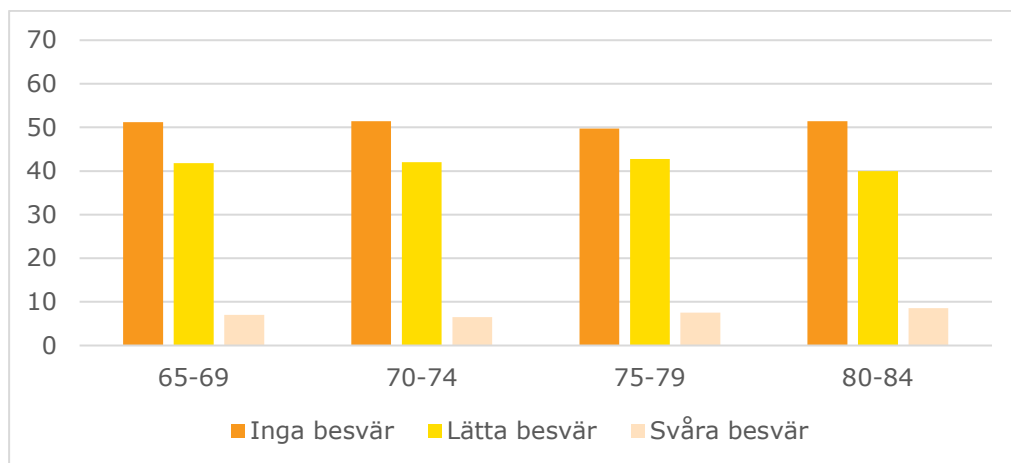
5 Information hämtad april 2019 från <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Smärta är ett hälsoproblem som förorsakar lidande och påverkar vår funktionsförmåga. Smärta i ländrygg och nacke drabbar 70–80 procent av befolkningen (Horvath m.fl., 2018) och är ofta arbetsrelaterad. Risken att denna typ av smärta blir funktionsnedsättande ökar dock med stigande ålder (Skillgate, 2015). Enligt tidigare forskning ökar ryggsmärta fram till 60-årsåldern för att därefter minska. Däremot fortsätter svår smärta att öka med stigande ålder (Dionne m.fl., 2006). Det finns också en påfallande samvariation med andra hälsoutfall.

Smärta i ländrygg eller nacke påverkar funktionsförmågan och kan ge upphov till ängslan, oro och nedstämdhet. Det finns även vetenskapligt belägg för att psykologiska faktorer, till exempel stress, oro och ängslan, kan påverka smärta i ländrygg och nacke negativt (SBU, 2002) och för att minskad smärta medför en ökad livskvalitet (SBU, 2006).

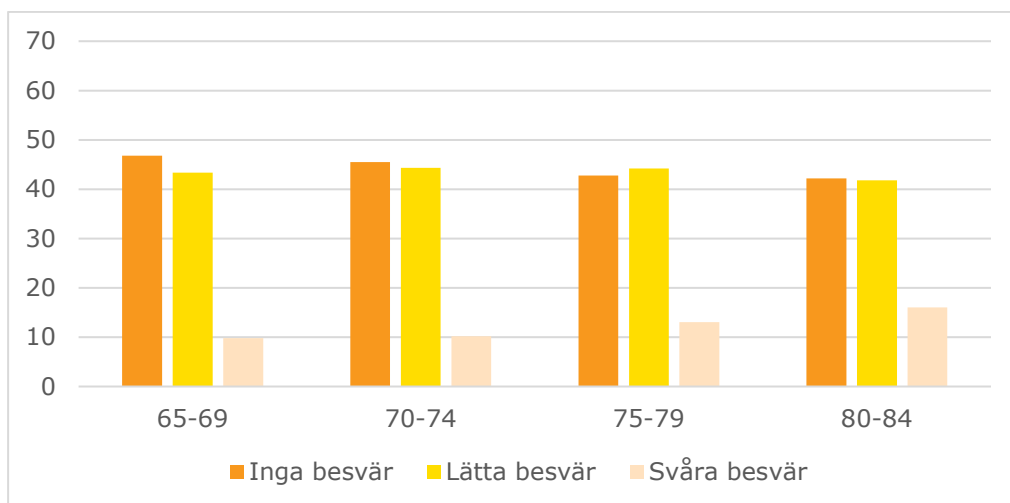
År 2018 anser sig 68 procent av 65–84-åringarna (73% bland kvinnor och 62% bland män) besväras av någon typ av ryggsmärta i nedre delen (ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias) och/eller övre delen (skuldror, nacke eller axlar) av ryggen.

Sju procent rapporterar svåra besvär av smärta i *övre* delen av ryggen, varav fler kvinnor (9%) än män (5%). I figur 3.1 redovisas förekomsten av smärta i övre delen av ryggen i fyra åldersgrupper. Mönstret ser likadant ut i de olika åldersgrupperna.



Figur 3.1 Andel (procent) som rapporterar inga, lätta eller svåra besvär av smärta i övre delen av ryggen, uppdelat på åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Tolv procent rapporterar svåra besvär av smärta i *nedre* delen av ryggen, varav fler kvinnor (14%) än män (9%). I figur 3.2 redovisas förekomsten av smärta i nedre delen av ryggen, i fyra åldersgrupper. Andelen som uppger svåra besvär ökar med stigande ålder från 10 procent i åldersgruppen 65–69 år till 16 procent i åldersgruppen 80–84 år.



Figur 3.2 Andel (procent) som uppger inga, lätta eller svåra besvär av smärta i nedre delen av ryggen, uppdelat på åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

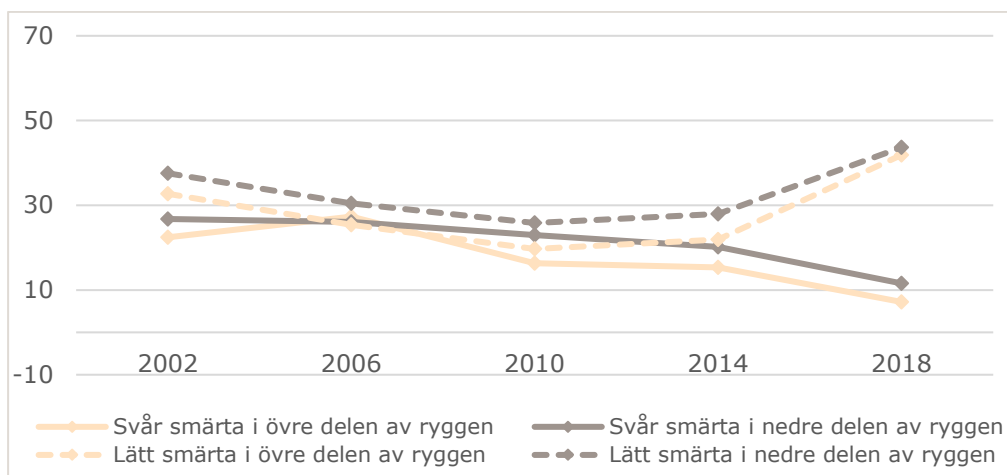
Det finns tydliga skillnader mellan olika inkomstgrupper som visar att det är vanligare med svår ryggsmärta bland personer med lägre inkomst. Andelen som uppger svår smärta i nedre delen av ryggen minskar med stigande inkomst, från 18 procent i den lägsta inkomstgruppen till sex procent i den högsta inkomstgruppen, och svår smärta i övre delen av ryggen från 12 procent till fem procent. Ett liknande mönster går att finna hos både kvinnor och män.

Andelen som uppger svår smärta i övre och nedre delen av ryggen skiljer sig mellan regionens kommuner och stadsdelar. Högst ligger Rinkeby-Kista (26% besväras av svår smärta i nedre delen av ryggen och 19% i övre delen av ryggen), men även Skärholmen (23% nedre och 14% övre) och Spånga-Tensta (21% nedre och 19% övre) ligger högt. Detta i jämförelse med Kungsholmen (5% respektive 2%) och Danderyd (6% respektive 2%) som ligger lågt.

Förändring över tid (65-84 år)

Frågor angående smärta i rygg och nacke har ställts lite annorlunda i de olika intervjuomgångarna av folkhälsoenkäten⁶, vilket delvis kan påverka resultaten. I figur 3.3 redovisas förändringen över tid i andelen som uppger att de har lätta respektive svåra besvär i övre och nedre delen av ryggen.

6 Undersökningsår 2002, 2010 och 2014 ställdes frågan "Har du under de senaste 6 månaderna haft ont i övre delen av ryggen eller nacken?" och i undersökningsår 2006 ställdes frågan "Har du under de senaste 6 månaderna haft ont i nacke, axlar eller armar?" Undersökningsår 2002, 2006, 2010 och 2014 ställdes frågan "Har du under de senaste 6 månaderna haft ont i nedre delen av ryggen?"



Figur 3.3 Andel (procent) som rapporterar lätta respektive svåra besvär av smärta i övre eller nedre delen av ryggen, uppdelat på år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter, 2002, 2006, 2010, 2014 och 2018.

Trots höga nivåer har en minskning skett av svår smärta i rygg och nacke sedan 2002 från 32 procent till 15 procent. För svår smärta i övre delen av ryggen har förekomsten minskat från 22 procent till sju procent och från 27 procent till 12 procent (nedre delen av ryggen). Förekomsten av lätta besvär av smärta har ökat sedan 2002, från 33 procent till 42 procent (övre delen av ryggen) och från 38 procent till 44 procent (nedre delen av ryggen). Andelen som inte anser sig ha smärta i varken övre eller nedre delen av ryggen har också ökat över tid.

Både frågans utformning och svarsalternativen har dock ändrats, så om det faktiskt föreligger någon verklig förändring efter år 2014 i svåra respektive lättare besvär av smärta är därmed svårt att utröna. Svår smärta i övre och nedre delen av ryggen ökar med stigande ålder och är vanligare bland kvinnor än män vid alla undersökningsår.

Skillnaderna i rapporterad ryggsmärta mellan låg- och höginkomsttagare har inte förändrats mellan 2002 och 2018. Även om andelen som har svår smärta i övre eller nedre delen av ryggen i den lägsta inkomstgruppen har minskat sedan 2002, kvarstår skillnaderna mellan låg- och höginkomsttagare över tid.

När hänsyn tas till boendesituation, inkomst, kön och ålder i analyserna, visar resultaten att skillnaderna i svår smärta i nedre och övre delen av ryggen kvarstår mellan inkomstgrupperna och mellan kvinnor och män.

De allra äldsta (85 år och äldre)

Bland de allra äldsta är andelen som uppger svåra besvär i övre delen av ryggen 23 procent (2014). Detta är en svag ökning sedan 2010 på två procentenheter. Andelen som uppger att de har svåra besvär i nedre delen av ryggen är 33 procent (oförändrat sedan 2010). Detta skiljer sig från åldersgruppen 65–84 år där 15

procent uppger svår smärta i övre delen av ryggen och 20 procent svår smärta i nedre delen av ryggen (2014). Lätta besvär av smärta verkar däremot vara lägre bland de allra äldsta – 17 procent rapporterade lätta besvär av smärta i nedre delen av ryggen jämfört med 28 procent i åldersgruppen 65–84 år. Samma mönster finns vad gäller övre delen av ryggen. Även bland de allra äldsta är det fler kvinnor (26%) än män (15%) som uppger svår smärta i övre delen av ryggen och fler kvinnor (37%) än män (25%) som uppger svår smärta i nedre delen av ryggen.

Bland de allra äldsta finns också tydliga skillnader mellan inkomstgrupperna vad gäller svår smärta, det är vanligare bland personer med lägre inkomst. Även om andelen låginkomsttagare som uppger svår smärta i nedre delen av ryggen minskat mellan 2010 och 2014, och andelen som uppger svår smärta i övre delen av ryggen är oförändrad, kvarstår de relativa skillnaderna mellan låg- och höginkomsttagare över tid.

När boendesituation, inkomst, kön och ålder analyseras samtidigt, visar resultaten att det främst är könsskillnaden i svår smärta som framträder bland de allra äldsta.

Hjärtinfarkt och stroke

Hjärtkärlsjukdomar står för 7,5 procent av sjukdomsburden mätt med YLD, (hjärtinfarkt för 2,4% och stroke för 5,1%) i åldersgruppen 70 år och äldre i Stockholms län och 9,1 procent i åldersgruppen 80 år och äldre (hjärtinfarkt för 2,6% och stroke för 6,5%). Motsvarande siffror gällande DALY för hjärtinfarkt och stroke sammantaget i Stockholm är 19,8 procent (70+) och 23,9 procent (80+).”

Data gällande hjärtinfarkt och stroke är hämtad från Socialstyrelsens statistikdatabas⁷. Vi har valt att redovisa siffror kring hjärtinfarkt och stroke för perioden 2002 till och med 2016 eftersom det finns en eftersläpning i inrapporteringen till registren över dessa sjukdomar. I siffrorna för år 2017 och 2018 saknas ännu fullständig information om antalet fall av hjärtinfarkt och stroke. Detta avsnitt följer därmed inte samma struktur som de avsnitt som baserats på folkhälsoenkäten.

Hjärtinfarkt

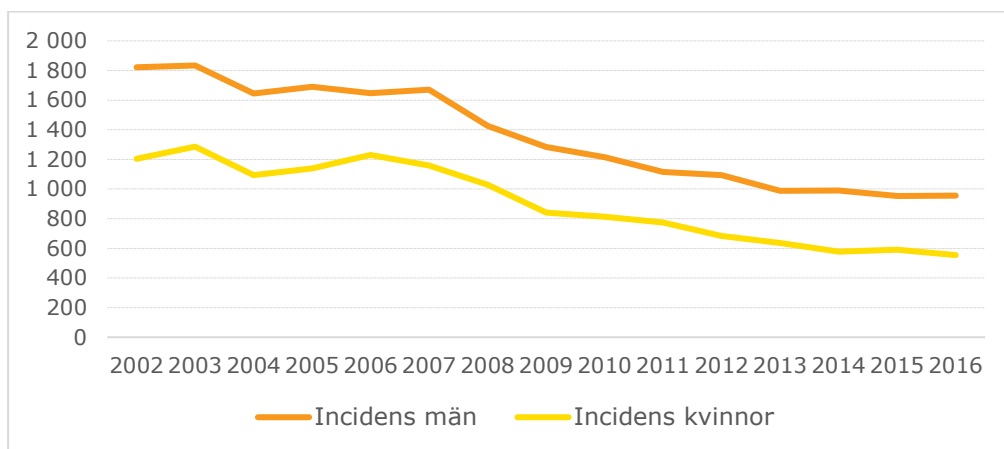
En hjärtinfarkt är oftast följden av en blodpropp som bildats och täppt igen hjärtats kranskärl så att blodet inte kan passera. Det leder till syrebrist i den del av hjärtat som skulle ha tagit emot blodet från detta kärl. En hjärtinfarkt medför nästan alltid att hjärtat inte orkar arbeta lika bra som förut. Hjärtinfarkt kan vara en livshotande sjukdom och kräver omedelbar vård (Kunskapsguiden, 2019a).

Risken att insjukna (incidensen) i hjärtinfarkt ökar mycket kraftigt med stigande ålder. I åldersgruppen 65 till 69 år drabbades drygt en procent av hjärtinfarkt i

7 Information hämtad mars 2019 från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/hjartinfarkter>

Stockholms län år 2016, motsvarande siffra i åldrarna över 85 år var närmare fem procent.

I figur 3.4 kan vi se en minskning av incidensen i Stockholms län mellan 2002 och 2016, det vill säga antalet förstagångsfall per 100 000 av hjärtinfarkt efter sju infarktfria år. Över hela perioden kan vi konstatera att incidensen per 100 000 är högre bland män än bland kvinnor.



Figur 3.4 Förstagångsinsjuknande i hjärtinfarkt. Incidenta fall av akut hjärtinfarkt efter sju infarktfria år per 100 000 invånare, åldersgruppen 65 år och äldre i Stockholms län. Socialstyrelsens statistikdatabas, 2016.

Samtidigt som vi kan konstatera att förstagångsfallen av akut hjärtinfarkt har minskat över perioden har även dödligheten i akut hjärtinfarkt (förstagångsfall) minskat under perioden. År 2016 var dödligheten i hjärtinfarkt inom 28 dagar cirka 30 procent.

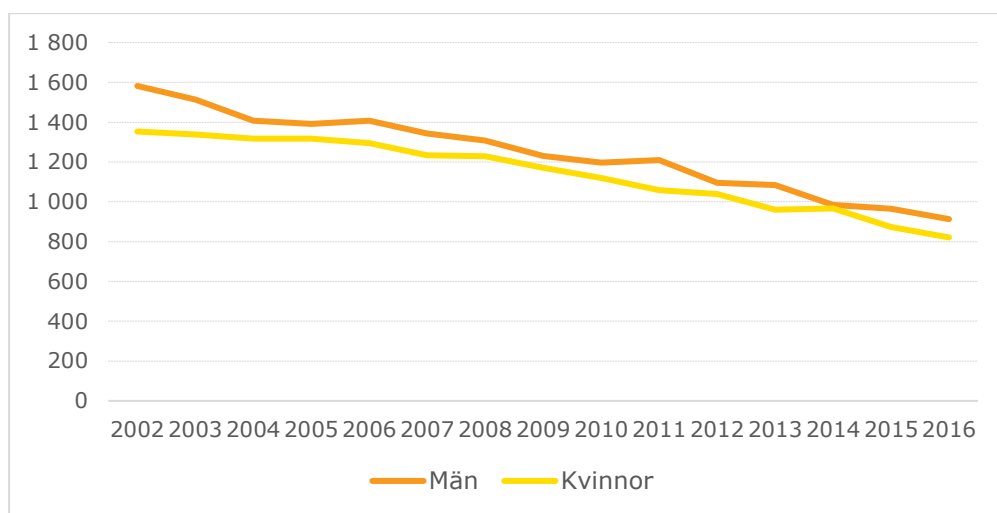
I Socialstyrelsens statistikdatabas ingår inte uppgifter om socioekonomisk position, men utifrån andra studier kan vi se att trenderna för insjuknande och dödlighet i hjärtinfarkt varit nedåtgående för samtliga socioekonomiska grupper (kategoriserad efter utbildningsnivå) och minskningen har varit störst bland män. Trots detta kvarstår de socioekonomiska skillnaderna och i gruppen som för första gången insjuknar i en hjärtinfarkt är det nära nog dubbelt så vanligt att ha kort utbildning (9 år eller mindre) jämfört med lång utbildning (eftergymnasial). Detta mönster återfinns både hos kvinnor och män (Burström m.fl., 2015).

Stroke

Stroke är en infarkt eller blödning i hjärnan. Det är ett mycket allvarligt tillstånd som kräver omedelbar behandling på sjukhus. Även om dödligheten av stroke har minskat, är fortfarande möjligheten att bli helt återställd efter en stroke begränsad. Behovet av vård och omsorg är därför mycket omfattande och långvarig efter en stroke. Stroke ökar markant med stigande ålder och fyra femtedelar av de drabbade är över 65 år. I Sverige är medelåldern för insjuknande i stroke 77 år för kvinnor

och 73 år för män. Anledningen är främst att äldre personer oftare än yngre personer har utbredd åderförkalkning eller hjärtsjukdom (Kunskapsguiden, 2019a). År 2016 förstagångsinsjuknade över 1 734 personer per 100 000 av befolkningen i Stockholms län över 65 år i stroke.

Incidensen i förstagångsstroke per 100 000 invånare har minskat under en längre tidsperiod, vilket vi kan se i figur 3.5. Incidensen hos män är fortfarande högre än hos kvinnor men skillnaden har minskat något. I början av perioden insjuknade 2 935 personer per 100 000 invånare i stroke. Vid periodens slut var motsvarande antal fall 1 734, vilket motsvarar en minskning på 41 procent. Utifrån strokestatistiken i Socialstyrelsens statistikdatabas (2016) kan vi konstatera att invånarna i Stockholms län uppvisar ett något lägre incidenstal per 100 000 jämfört med Sverige som helhet.



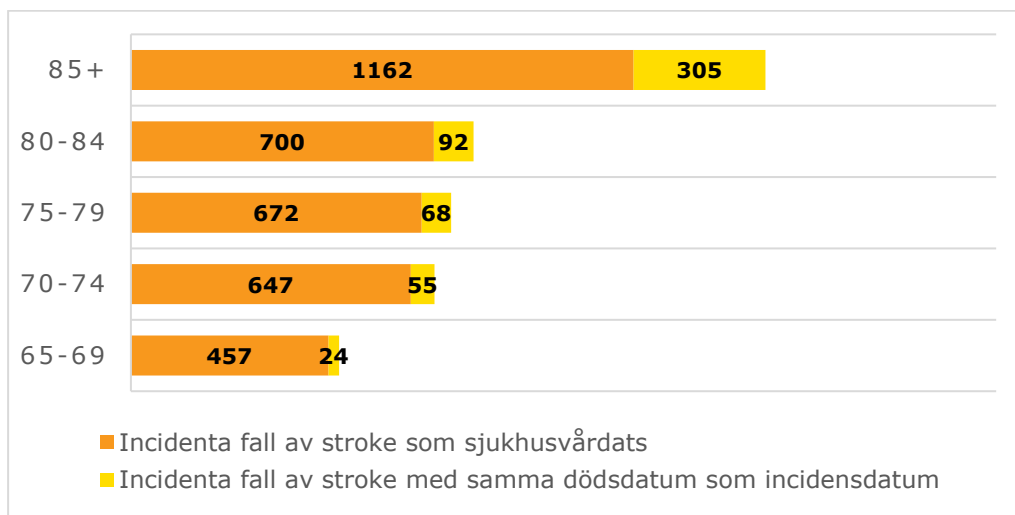
Figur 3.5 Förstagångsinsjuknande i stroke. Incidenta fall av stroke efter sju strokefria år per 100 000 invånare, åldersgruppen 65 år och äldre i Stockholms län. Socialstyrelsens statistikdatabas, 2016.

Dödligheten i stroke per 100 000 invånare visar också en nedåtgående trend under perioden. Det är inte några nämnvärda dödlighetsskillnader mellan kvinnor och män.

Tidigare studier visar att insjuknandet i både hjärtinfarkt och stroke är högst bland personer med enbart grundskoleutbildning och minskar med högre utbildning. Insjuknandet i stroke är högst i de lägre socioekonomiska grupperna och minskar med högre socioekonomisk position. Andelen som avlider av stroke följer samma mönster. De minskande fallen av insjuknande och dödlighet i stroke återfinns i alla socioekonomiska grupper (Burström m.fl., 2015).

I figur 3.6 redovisas incidenta fall av stroke som sjukhusvårdats samt incidenta fall av stroke med samma dödsdatum som incidensdatum. Figuren visar som tidigare påpekats att risken att drabbas av stroke ökar med stigande ålder och att för de

allra flesta innebär det en efterföljande sjukhusvistelse. Av samtliga fall vårdas närmare 80 procent minst en dag på sjukhus. Vi kan också se att dödligheten ökar med ökad ålder.



Figur 3.6 Incidenta fall av stroke i olika åldersgrupper över 65 år i Stockholms län. Socialstyrelsens statistikdatabas, 2016.

Diabetes

Diabetes står för 7,5 procent av sjukdomsbördan mätt med YLD i åldersgruppen 70 år och äldre i Stockholms län och 7,0 procent i ålderskategorin 80 år och äldre. Motsvarande siffror gällande DALY i Stockholm är 3,6 procent (70+) och 3,0 procent (80+).”

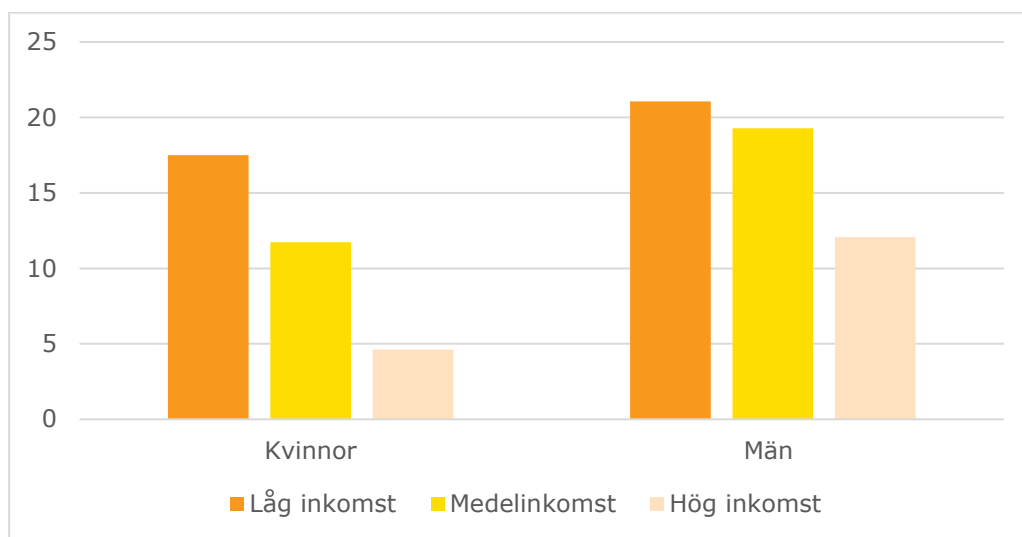
Diabetes är en kronisk sjukdom med förhöjda blodsockervärden som följd av relativ eller absolut brist på insulin. Insulinet behövs för att kontrollera blodsockret. Typ 2-diabetes är den vanligaste formen av diabetes i Sverige och utgör 85–90 procent av all diabetes. Förekomsten ökar med stigande ålder, där cirka 10–20 procent av personer över 65 år drabbas (Diabetesförbundet, 2018).

Diabetes är ett stort och växande folkhälsoproblem både i Sverige och globalt (Cho m.fl., 2018; NCD Risk Factor Collaboration, 2016). Kända riskfaktorer för diabetes är bl.a., hög ålder, högt blodtryck, prediabetes (förstadium till typ 2-diabetes) och ärftlighet. Andra riskfaktorer är fysisk inaktivitet, övervikt, ohälsosamma kostvanor, tobaksbruk och stress som kan bidra till nedsatt insulinkänslighet (SBU, 2010). Diabetes ökar risken för att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar och även komplikationer från njurar, nerver och ögon är vanligt förekommande (Harding m.fl., 2015).

År 2018 uppger 85 procent av 65–84-åringarna i Stockholms län att de inte har diabetes, åtta procent att de har diabetes men inga besvär, sex procent att de har

lätta besvär och en procent att de har svåra besvär av sin diabetes. Andelen som uppger att de har diabetes är därmed 15 procent, varav en större andel bland män (18%) än kvinnor (12%). När hänsyn tas till boendesituation, inkomst, kön och ålder, visar resultaten att det främst är köns- och inkomstskillnader som framträder.

Det finns tydliga skillnader mellan olika inkomstgrupper som visar att det är vanligare med diabetes bland personer i lägre inkomstgrupper. Andelen som rapporterar diabetes uppgår till 19 procent i den lägsta inkomstgruppen och åtta procent i den högsta inkomstgruppen. I figur 3.7 redovisas andelen som rapporterar diabetes i de olika inkomstgrupperna bland kvinnor och män.

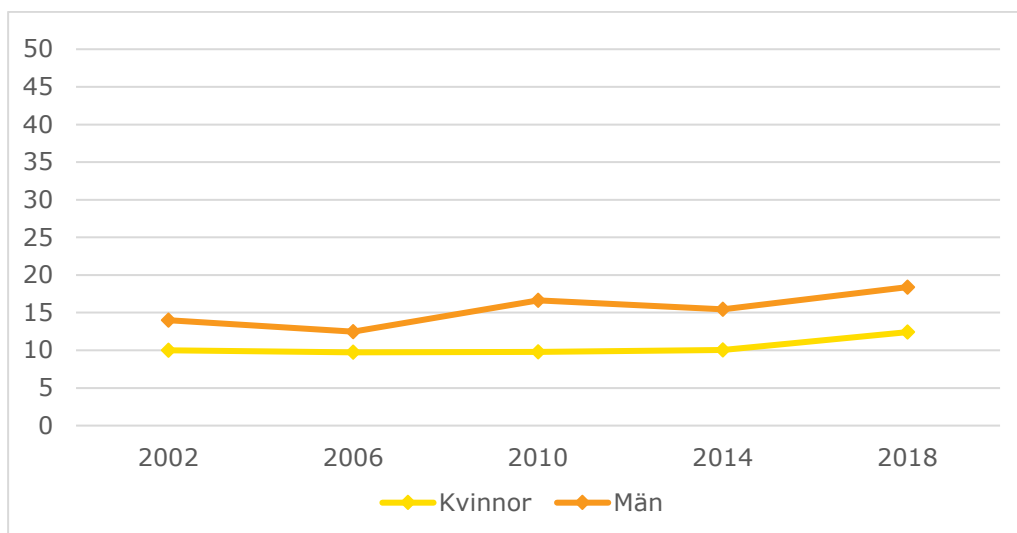


Figur 3.7 Andel (procent) som rapporterar diabetes, uppdelat på kön och inkomstgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Andelen som uppger diabetes skiljer sig mellan regionens kommuner och stadsdelar. Högst ligger Rinkeby-Kista (27%) och Spånga-Tensta (26%). Detta i jämförelse med Östermalm (6%) och Skarpnäck (6%), som ligger lägst.

Förändring över tid (65-84 år)

Andelen som uppger att de har diabetes har varit relativt stabil sedan 2002 (figur 3.8). Den svaga ökning av andelen som har diabetes som skett förklaras främst av att allt fler i hög ålder överlever med diabetes. Även skillnaderna mellan inkomstgrupper består över tid.



Figur 3.8 Andel (procent) som rapporterar diabetes, uppdelat på kön och år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter, 2002, 2006, 2010, 2014 och 2018.

De allra äldsta (85 år och äldre)

År 2014 var andelen som rapporterade diabetes 12 procent bland de allra äldsta. Förekomsten av diabetes är således något lägre bland de allra äldsta jämfört med yngre åldersgrupper (65–84), ett mönster som återfinns både 2010 och 2014. Att förekomsten av diabetes minskar högre upp i åldrarna beror på att dödligheten är förhöjd bland personer med diabetes, så de överlever i mindre utsträckning till högre åldrar.

I den allra äldsta åldersgruppen är den socioekonomiska gradienten omvänd vad gäller förekomst av diabetes – diabetes är vanligare i högre inkomstgrupper. I den lägsta inkomstgruppen rapporterar 12 procent diabetes, att jämföra med 20 procent i den högsta inkomstgruppen.

Nedsatt hörsel

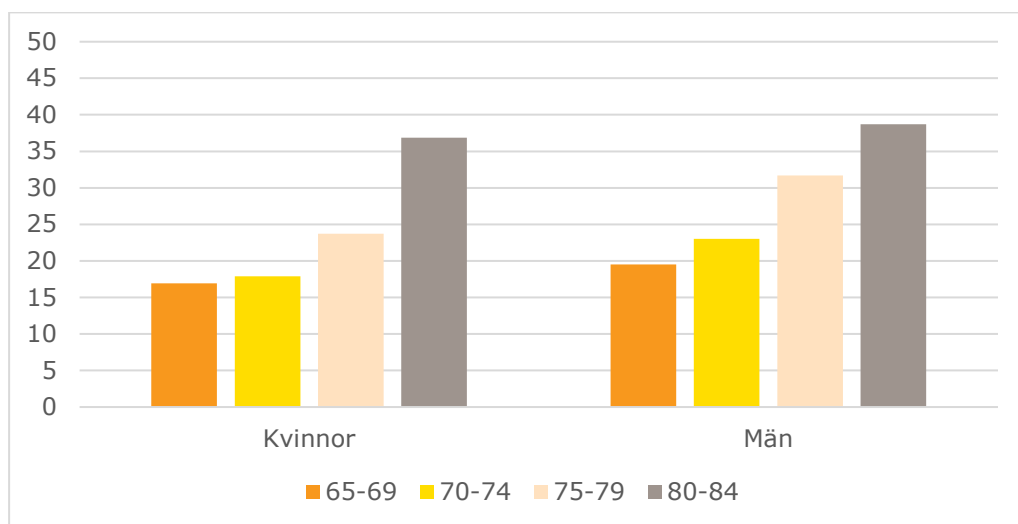
Avsnittet om nedsatt hörsel har placerats här, istället för i kapitlet ”Att klara sin vardag”, då nedsatt hörsel starkt bidrar till sjukdomsburden mätt med YLD i Stockholms län. Nedsatt hörsel står för 7 procent av sjukdomsburden mätt med YLD i åldersgruppen 70 år och äldre i Stockholms län och upp emot 9 procent i åldersgruppen 80 år och äldre. Motsvarande siffror gällande DALY i Stockholm är 2,4 procent (70+) och 2,5 procent (80+).

Nedsatt hörsel kan vara medfödd eller utvecklas med åren. Förekomsten av hörselnedsättning ökar dock starkt med stigande ålder. Det påverkar funktionsförmågan och försvårar för äldre personer att klara sin vardag (Strawbridge m.fl., 2000). Hörselnedsättningen kan även ge upphov till psykisk ohälsa. Får man hjälp kan

kommunikation med andra öka, och så även delaktighet och självständighet. I förlängningen bidrar detta till bättre hälsa (Hajek m.fl., 2015).

Vad gäller förekomsten av hörselnedsättning i Stockholms län rapporterar 24 procent att de har svårt att höra vad som sägs i ett samtal med flera personer. Dessa svårigheter löser ungefär hälften med hjälp av hörapparat. En större andel män än kvinnor uppger att de har nedsatt hörsel.

Andelen med hörselnedsättning ökar med stigande ålder, från 18 procent i åldersgruppen 65–69 år till 38 procent i åldersgruppen 80–84 år. Denna ökning återfinns både bland kvinnor (från 17 till 37%) och bland män (från 20 till 39%) (figur 3.9).



Figur 3.9 Andel (procent) som rapporterar nedsatt hörsel, uppdelat på kön och åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Nedsatt hörsel är mindre vanligt i den högsta inkomstgruppen jämfört med de lägre. Andelen som uppger nedsatt hörsel minskar med inkomstnivå från 25 procent i den lägsta inkomstgruppen till 20 procent i den högsta inkomstgruppen. Ett liknande mönster går att finna hos både kvinnor och män.

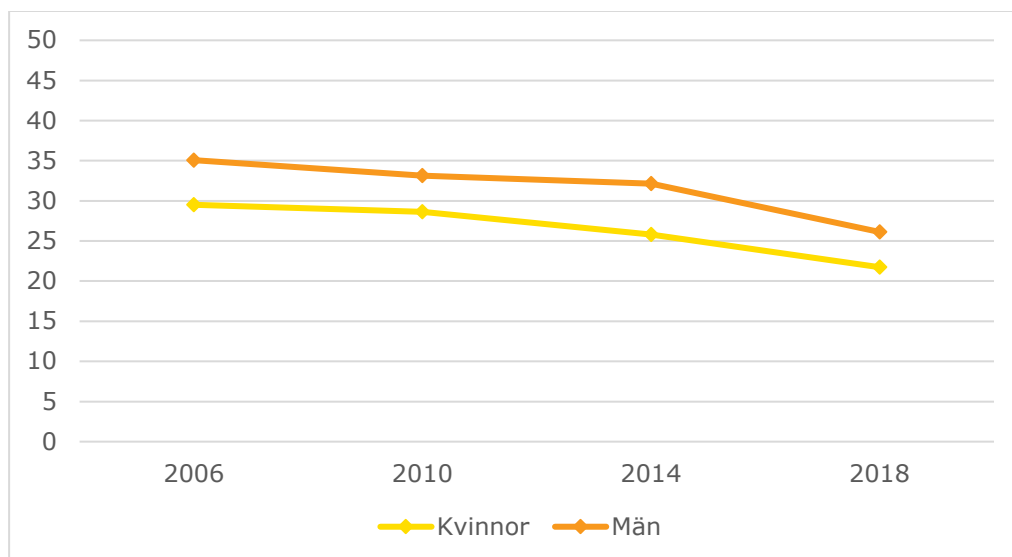
När man samtidigt tar hänsyn till boendesituation, inkomst, kön och ålder i analyserna, visar resultaten att det framförallt är skillnaderna i ålder och mellan kvinnor och män som framträder – andelen som uppger nedsatt hörsel är högre bland män och med stigande ålder.

Andelen som uppger nedsatt hörsel skiljer sig mellan länets kommuner och stadsdelar. Högst ligger Rinkeby-Kista (34%). Detta i jämförelse med Botkyrka (11%) som ligger lägst.

Förändring över tid (65-84 år)

År 2002 ställdes ingen fråga om hörsel så vi redovisar därför nedsatt hörsel från 2006 till 2018. Förekomsten av nedsatt hörsel har minskat sedan 2006, från 32

procent till 24 procent. Denna minskning har skett bland både kvinnor och män, se figur 3.10. Män rapporterar genomgående mer hörselnedsättning än kvinnor. Att andelen som har hörselproblem ökar med ålder och skillnaden mellan inkomstgrupper återfinns genomgående alla undersökningsår.



Figur 3.10 Andel (procent) som uppger att de har nedsatt hörsel, uppdelat på kön och år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter, 2006, 2010, 2014 och 2018.

De allra äldsta (85 år och äldre)

Andelen som uppger att de har nedsatt hörsel ökar successivt med ålder alla undersökningsår. Bland de allra äldsta är andelen som rapporterar nedsatt hörsel 57 procent (2014). Detta skiljer sig markant från åldersgruppen 65–84 år där 29 procent uppger nedsatt hörsel (2014).

Större andel män (63%) än kvinnor (54%) uppger nedsatt hörsel bland de allra äldsta (2014), men det finns ingen större skillnad mellan låg- och höginkomsttagare. I åldersgruppen över 85 år är det ålder i sig som är starkast relaterat till hörselproblem.

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)

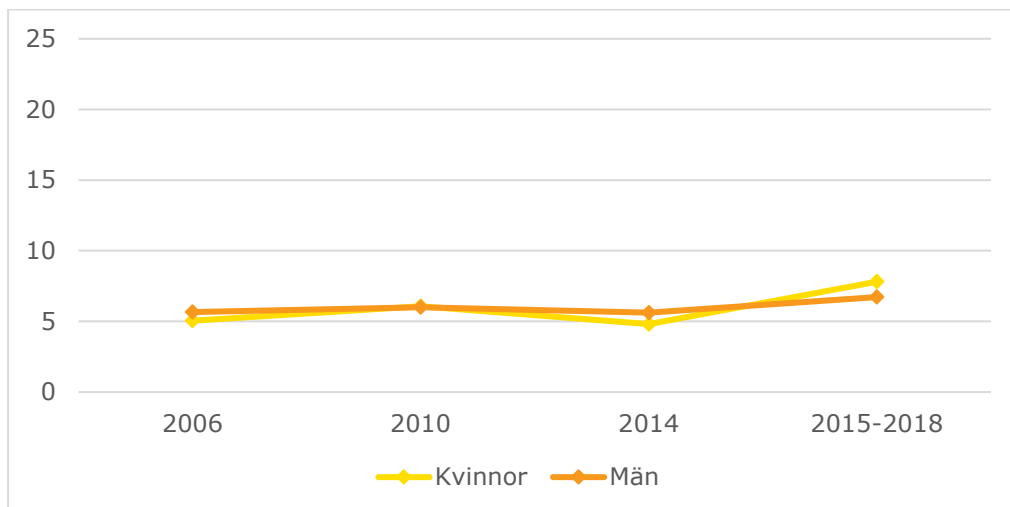
KOL står för 6,8 procent av sjukdoms bördan mätt med YLD i åldersgruppen 70 år och äldre i Stockholms län och 7,0 procent i ålderskategorin 80 år och äldre. Motsvarande siffror gällande DALY i Stockholm är 5,7 procent (70+) och 5,5 procent (80+).

KOL är en kronisk inflammation i lungor och luftvägar som medför att lungblåsorna och lungvävnaden förstörs, vilket leder till en ökad slemproduktion, andningsproblem och hosta. Detta sker under många års tid och andnöden utvecklas långsamt (Socialstyrelsen, 2014). Förekomsten ökar med stigande ålder och innebär ofta nedsatt fysisk kapacitet som kan bidra till begränsningar i det dagliga livet. KOL drabbar främst personer som är eller har varit rökare (Boldemann, 2015), men kan även uppkomma hos icke-rökare.

Förändring över tid

Då ingen information finns gällande KOL i folkhälsoenkäten 2018 presenteras i detta avsnitt data från folkhälsoenkäten från 2006, 2010 och 2014 (om man av läkare fått diagnosen KOL) samt KOL-diagnoser från sjukvårdsregister för perioden 2015–2018.

Mellan åren 2006 och 2010 är förekomst av KOL relativt stabil. Vi kan däremot se en ökning mellan 2014 och 2018. Under perioden 2015–2018 har totalt 7 procent av 65–84-åringarna i Stockholms län en KOL-diagnos, varav något fler kvinnor än män (figur 3.11). Då data för 2018 baseras på registerdata i jämförelse med enkätdata (2006–2014) är det svårt att uttala sig om denna ökning är en verklig ökning eller om den beror på att mätmetoden är ändrad.



Figur 3.11 Förekomst (procent) av KOL-diagnoser i Stockholms län bland personer 65 till 84 år. Data för 2006, 2010 och 2014 baseras på Region Stockholms folkhälsoenkäter. Data för 2015–2018 baseras på VAL-databasen.

De allra äldsta (85 år och äldre)

Utifrån registerdata 2015–2018, är förekomsten av KOL 9 procent bland de allra äldsta. År 2014 är andelen som uppger att de har KOL 5 procent. Ingen större skillnad återfinns mellan kvinnor och män. Förekomsten av KOL är lägre bland de allra äldsta jämfört med åldersgruppen 75–84 år. Det beror med stor sannolikhet på att dödligheten i KOL är stor i samtliga åldersgrupper.

Enligt Folkhälsoenkäten 2014 är det vanligare med KOL i gruppen med lägst inkomst jämfört med dem med högst inkomst, även om denna skillnad är ytterst liten. Andelen som uppger KOL minskar från 3 procent i den lägsta inkomstgruppen till 2 procent i den högsta inkomstgruppen. Förekomsten av KOL är högre bland ensamboende (7%) än bland samboende (3%). När hänsyn tas till kön, ålder, boendesituation och inkomst i analyserna är det framförallt skillnader i boendesituation som framträder.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa (till exempel depression, ångestsyndrom, schizofreni, bipolär sjukdom och andra psykiska problem) står för 6,6 procent av sjukdomsburden mätt med YLD i åldersgruppen 70 år och äldre i Stockholms län och 5,1 procent i åldersgruppen 80 år och äldre. Motsvarande siffror gällande DALY i Stockholm är 2,3 procent (70+) och 1,5 procent (80+).

Samlingsbegreppet ”psykisk ohälsa” inkluderar både diagnostiserade och icke diagnostiserade tillstånd. Det är dock svårt att studera förekomsten av psykisk ohälsa, då skattningarna varierar i olika studier bland annat på grund av variation i vilka symptom som inkluderas och vilka mätinstrument som används (Folkhälsomyndigheten, 2019).

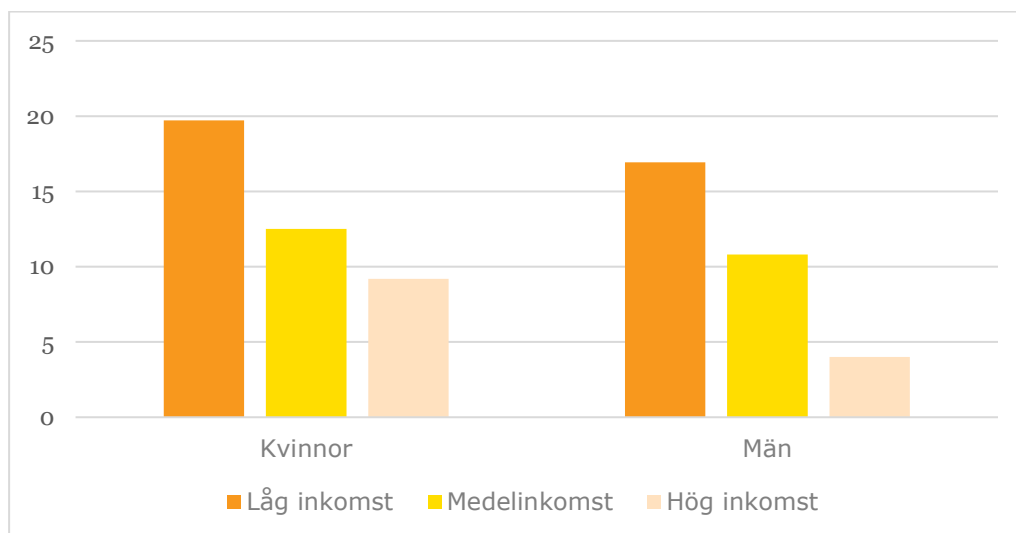
Det kan även vara svårt att identifiera psykisk ohälsa hos äldre personer (Socialstyrelsen, 2008). Symptom skiljer sig mellan yngre och äldre personer och det är vanligt att äldre personer uttrycker kroppsliga besvär (såsom trötthet, sömnbesvär, vikttnedgång och minskad koncentrationsförmåga) istället för psykiska besvär (Hegeman m.fl., 2012). Det finns även komplexa samband mellan depression och demenssjukdomar där symptom såsom ångest och depression kan klassas som en del av demensdiagnosen (Sparring Björkstén, 2005). Detta, tillsammans med en diagnostisk rangordning där demens sätts som primär diagnos och depression som sekundär, kan bidra till en underskattning av psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Psykisk ohälsa - GHQ-12

Ett sätt att upptäcka och mäta psykisk ohälsa är att använda frågeinstrumentet General Health Questionnaire (GHQ). De tolv frågorna berör upplevda förändringar i tankar, känslor och beteenden den senaste tiden (McDowell, 2006). Tre eller fler besvär används som indikator på psykisk ohälsa (Dalman m.fl., 2015).

År 2018 rapporterar 13 procent psykisk ohälsa. Det är något mer förekommande bland kvinnor (14%) än bland män (11%). Psykisk ohälsa är också vanligare bland ensamboende (15%) än samboende (12%), men skillnaden försvinner när hänsyn tas till kön och inkomst.

Andelen med psykisk ohälsa minskar med inkomstnivå från 19 procent i den lägsta inkomstgruppen till sju procent i den högsta inkomstgruppen. Ett liknande mönster går att finna hos både kvinnor och män (figur 3.12). När man samtidigt tar hänsyn till boendesituation, inkomst, kön och ålder i analyserna visar resultaten att det framförallt är skillnader mellan kvinnor och män samt mellan inkomstgrupper som framträder.



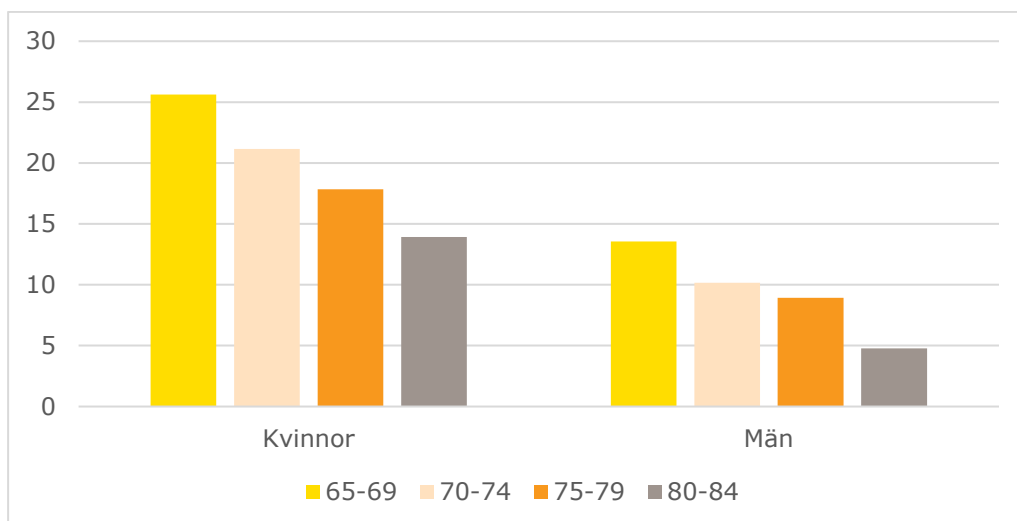
Figur 3.12 Andel (procent) som rapporterar psykisk ohälsa enligt GHQ-12, uppdelat på kön och inkomstgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Andelen med psykisk ohälsa skiljer sig mellan kommuner och stadsdelar i Stockholms län. Välbefinnandet är relativt gott i Salem (5%), likaså i Österåker och Kungsholmen (7%) där andelen med psykisk ohälsa är låg. Den högsta andelen med psykisk ohälsa återfinns i Rinkeby-Kista (28%), Skärholmen (21%) och Upplands Väsby (20%).

Depression

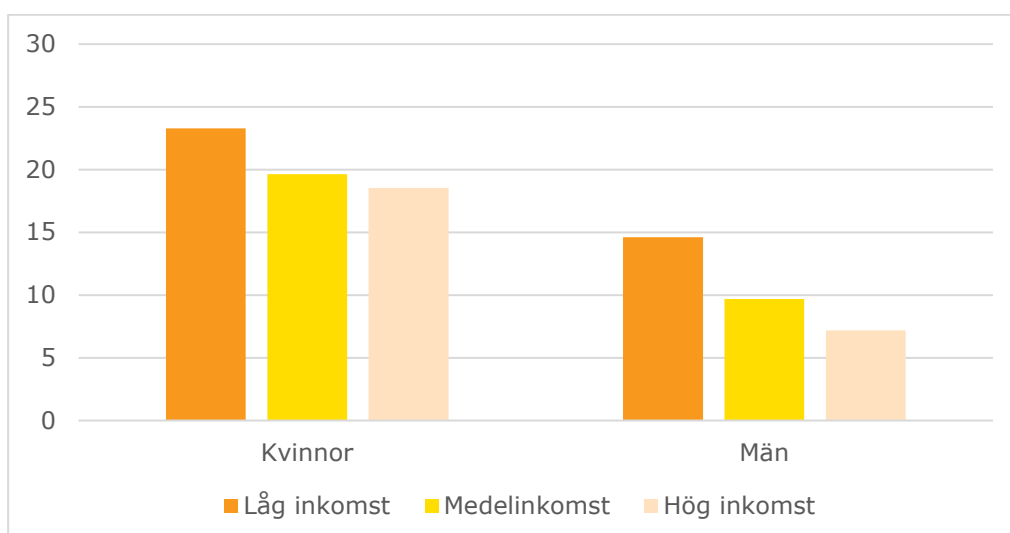
År 2018 rapporterar två procent av 65 till 84-åringarna att de har fått diagnosen depression under de senaste 12 månaderna och 14 procent att de fått diagnosen för mer än 12 månader sedan. Det är fler kvinnor (21%) än män (10%) som uppger att de har eller har haft depression.

I figur 3.13 redovisas andelen som uppger att de har eller har haft diagnosen depression, i fyra åldersgrupper. Andelen minskar med åldern från 20 procent i åldersgruppen 65–69 år till 10 procent i åldersgruppen 80–84 år. Denna minskning återfinns både bland kvinnor och bland män.



Figur 3.13 Andel (procent) som uppger att de har eller har haft diagnosen depression, uppdelat på kön och åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Depression är vanligare bland ensamboende (19%) än samboende (15%), men skillnaden försvinner när hänsyn tas till kön och inkomst. Det finns också tydliga skillnader i depression mellan olika inkomstgrupper som inte kan förklaras av skillnader i kön eller ålder. Depression är mindre vanligt i den högsta inkomstgruppen i jämförelse med personer med lägre inkomster. Andelen som uppger att de har eller har haft depression minskar med inkomstnivå från 20 procent i den lägsta inkomstgruppen till 13 procent i den högsta inkomstgruppen. Ett liknande mönster går att finna hos både kvinnor och män (figur 3.14).



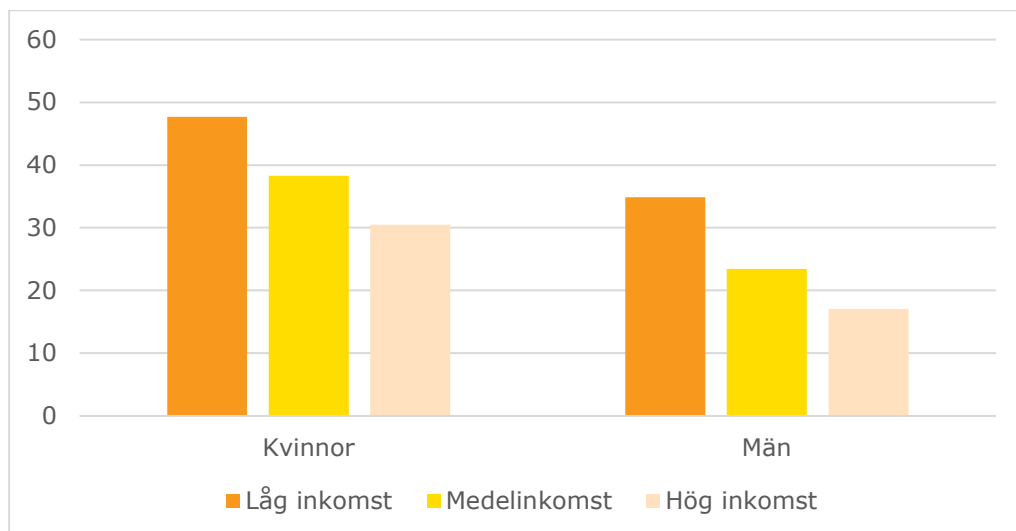
Figur 3.14 Andel (procent) som uppger att de har eller har haft diagnosen depression, uppdelat på kön och inkomstgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Andelen som rapporterar att de har eller haft depression skiljer sig mellan länets kommuner och stadsdelar. Lägst ligger Enskede-Årsta-Vantör (7%) jämfört med Hägersten-Liljeholmen och Skärholmen (24%). Även Upplands Väsby (23%), Skarpnäck (23%) och Norrmalm (23%) ligger högt.

Ängslan, oro, ångest

År 2018 anger 30 procent att de har lätta besvär av ängslan, oro eller ångest och 3 procent att de har svåra besvär. Det är fler kvinnor (40%) än män (25%) som uppger att de har besvär av ängslan, oro eller ångest. Förekomsten av ängslan, oro eller ångest förändras inte med stigande ålder (65-84 år).

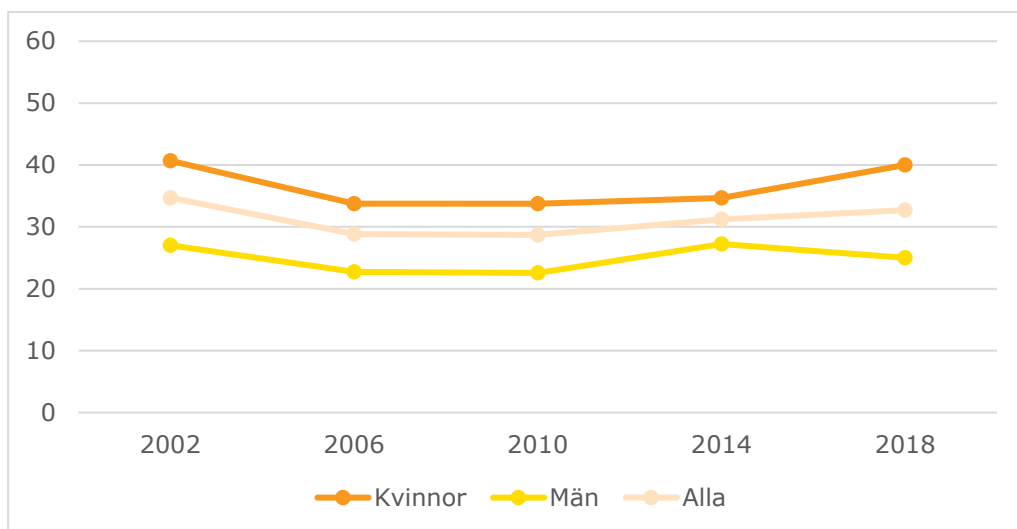
Det finns tydliga skillnader i ängslan, oro eller ångest mellan olika inkomstgrupper, både bland kvinnor och bland män (figur 3.15). Andelen som uppger att de har besvär av ängslan, oro eller ångest minskar med inkomstnivå från 43 procent i den lägsta inkomstgruppen till 24 procent i den högsta inkomstgruppen.



Figur 3.15 Andel (procent) som uppger att de har besvär av ängslan, oro eller ångest, uppdelat på kön och inkomstgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Förändring över tid (65-84 år)

För att göra en jämförelse över tid gällande den psykiska ohälsan används både GHQ-12 och frågan om man upplever oro eller nedstämdhet idag. I figur 3.16 redovisas andelen som rapporterar oro eller nedstämdhet. Andelen har minskat från 35 procent till drygt 29 procent mellan 2002 och 2006/2010, för att sedan öka igen till 31 procent år 2014. Sätter vi detta i relation till ängslan, oro och ångest från 2018 (cirka 33%) finns en tendens till en fortsatt ökning. Enligt GHQ-12 har andelen med psykisk ohälsa varit stabil mellan 2002 och 2018.



Figur 3.16 Andel (procent) som rapporterar oro eller nedstämdhet, uppdelat på kön och år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter, 2002, 2006, 2010, 2014 och 2018.

Den psykiska ohälsan har konstant varit mera utbredd bland kvinnor än bland män. Bland kvinnor minskar upplevelsen av oro eller nedstämdhet från 41 procent till 35 procent mellan 2002 och 2014. Även om frågan om oro och nedstämdhet inte ställs exakt på samma sätt 2018 så kan vi ändå skönja en ökning. År 2018 var det 40 procent som rapporterade ängslan, oro och ångest vilket indikerar att psykisk ohälsa bland äldre kvinnor är på samma andelsmässiga nivå som 2002. Oavsett hur frågan ställs, kvarstår ojämlikheten i psykisk ohälsa mellan låg- och höginkomsttagare, samt mellan kvinnor och män under hela perioden.

De allra äldsta (85 år och äldre)

Bland de allra äldsta är andelen som uppger att de besväras av oro eller nedstämdhet 45 procent år 2014 (49% bland kvinnor och 38% bland män).

Bland de allra äldsta är andelen med psykisk ohälsa enligt GHQ12 20 procent år 2014, varav fler kvinnor (23%) än män (14%). Detta skiljer sig från åldersgruppen 65–84 år där tolv procent har psykisk ohälsa enligt GHQ12 (2014). Även stigande ålder inom den allra äldsta åldersgruppen (85+) visar på en ökad förekomst av psykisk ohälsa.

Även bland de allra äldsta är det vanligare med oro/nedstämdhet bland personer med lägre inkomst. Andelen som uppger oro eller nedstämdhet minskar med inkomstnivå från 49 procent i den lägsta inkomstgruppen till 34 procent i den högsta inkomstgruppen. Även om andelen låginkomsttagare som uppgett oro/nedstämdhet minskat mellan 2010 och 2014 (från 53% till 49%), kvarstår skillnaderna mellan låg- och höginkomsttagare över tid.

Det finns också en stor skillnad mellan samboende och ensamboende, där en större andel uppger oro eller nedstämdhet bland samboende (52%) än ensamboende (41%). Detta mönster går främst att se bland kvinnor. Andelen samboende kvinnor som uppger oro/nedstämdhet är 63 procent och andelen ensamboende kvinnor som uppger oro eller nedstämdhet är 42 procent. Detta kan vara ett resultat av att vården och omsorgen allt mer har blivit en ansvarsfråga för familjen. Bland män skiljer det endast en procentenhet mellan ensamboende och samboende i andelen som uppger oro/nedstämdhet.

När man samtidigt tar hänsyn till boendesituation, inkomst, kön och ålder i analyserna, visar resultaten att det framförallt är skillnaderna i kön, ålder och boendesituation som kvarstår – kvinnor som är samboende har psykisk ohälsa i större utsträckning och psykisk ohälsa ökar med stigande ålder – inom den allra äldsta åldersgruppen.

Fallskador

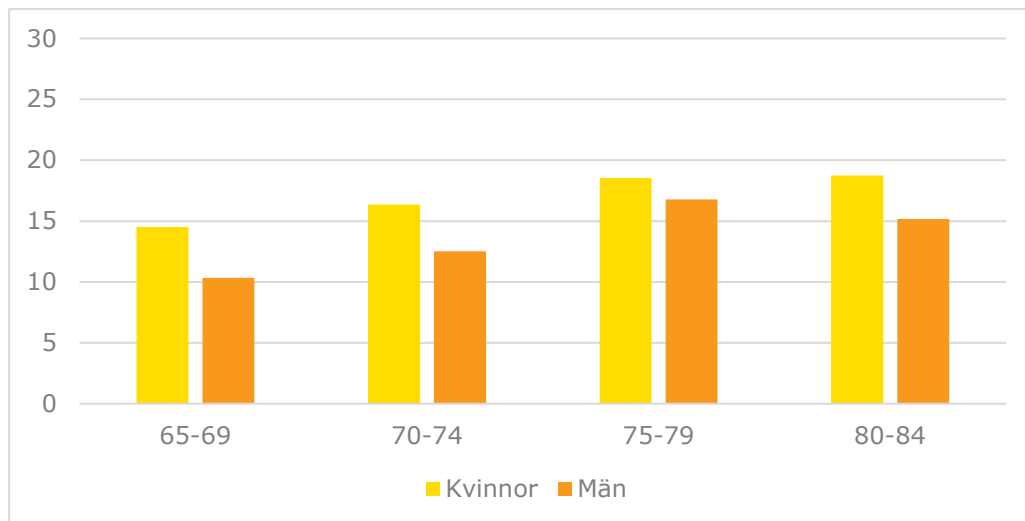
Fallskador står för 6,6 procent av sjukdomsbördan mätt med YLD i åldersgruppen 70 år och äldre i Stockholms län och 8,5 procent i ålderskategorin 80 år och äldre. Motsvarande siffror gällande DALY i Stockholm är 3,4 procent (70+) och 4,1 procent (80+).

Risken att ramla ökar med stigande ålder. Siffror från 2016 visar att drygt 900 äldre personer (65 år och äldre) dör varje år i Sverige till följd av fallskador och över 48 000 får slutenvård på grund av fallolyckor. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen (2018) är fallolyckor den olyckstyp som leder till flest dödsfall och sjukhusinläggningar per år. Sju av tio som vårdades på sjukhus efter ett fall var över 65 år. Riskfaktorer för att drabbas av ett första, skadligt fall är att leva ensam, hög ålder, nedsatt balans och behov av hjälp vid dagliga aktiviteter (Ek m.fl., 2019).

Orsak till fall finns både hos individen, i aktiviteten som utförs och i omgivningen. Hög ålder kan innebära en försämring av motoriska faktorer såsom gång- och balansförmåga, och sensoriska faktorer såsom syn och kognitiv förmåga, som kan öka risken för fallolyckor. Även läkemedelsanvändning och kroniska sjukdomar är vanligt förekommande bland äldre personer och kan öka risken för fall. Kroniska sjukdomar som till exempel osteoporos kan dessutom bidra till komplikationer vid fall. Den främsta riskfaktorn för att ramla är att man ramlat tidigare. Förutom den fysiska skada som fall orsakar kan fallet även påverka den psykiska hälsan. Rädsla för att ramla igen kan påverka hälsa, aktivitetsnivå och livskvalitet (Deandrea m.fl., 2010; Gillespie m.fl., 2012; SBU, 2003).

Tidigare forskning har visat att en stor andel fallolyckor sker inomhus och ökar med ålder. Fler kvinnor än män skadas av fall som sker inomhus, oftast i köket och i samband med hushållsaktiviteter. Högre upp i åldrarna ökar även rapporteringen av nedsatt förmåga att utföra vardagsaktiviteter efter fallolyckan (Welmer, 2015).

År 2018 rapporterar 13 procent att de har fallit omkull och skadat sig en gång och två procent att det skett flera gånger under de senaste sex månaderna. Fler kvinnor (17%) än män (13%) har skadat sig någon gång under de senaste sex månaderna. Av de som fallit och skadat sig anser 63 procent att skadorna har påverkat deras vardagsaktiviteter. Det är en något större andel kvinnor än män som anser att skadorna påverkat deras vardagsaktiviteter. I figur 3.17 redovisas andelen som uppger att de har fallit omkull och skadat sig under de senaste sex månaderna i fyra åldersgrupper.



Figur 3.17 Andel (procent) som uppger att de har fallit omkull och skadat sig någon gång under de senaste sex månaderna, uppdelat på kön och åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

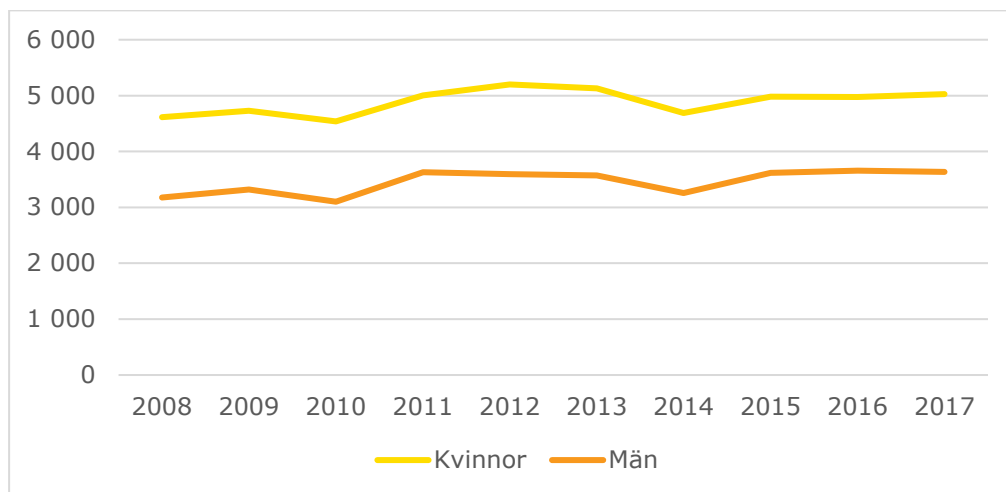
Andelen som har fallit och skadat sig någon gång under de senaste sex månaderna ökar successivt med åldern från 12 procent i åldersgruppen 65–69 år till 18 procent i åldersgruppen 75–79 år. Denna ökning ses både bland kvinnor och bland män. Bland kvinnor är andelen som fallit och skadat sig lika hög i åldersgruppen 80–84 år, medan den minskar något bland männen.

Det finns tydliga inkomstskillnader i fallskador som inte kan förklaras av skillnader i kön eller ålder mellan inkomstgrupperna. Fallskador är mindre vanligt i de högre inkomstgrupperna i jämförelse med grupper med lägre inkomster. Andelen som uppger fallskador minskar med inkomstnivå från 20 procent i den lägsta inkomstgruppen till 12 procent i den högsta. Ett liknande mönster går att finna hos både kvinnor och män.

Andelen som uppger fallskador skiljer sig mellan länets kommuner och stadsdelar. Lägst ligger Salem (8%) och Östermalm (8%) jämfört med Farsta (21%). Även Hässelby-Vällingby (20%), Upplands Väsby (20%) och Nacka (19%) ligger högt.

Förändring över tid (65-84 år)

Frågor om fallskador har förändrats över tid i folkhälsoenkäterna för Stockholms län och vi kommer därför inte att kunna göra en jämförelse över tid. Nedanstående uppgifter avseende fall inkluderar endast fallolyckor som resulterat i vård inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård från Socialstyrelsens statistikdatabas. Detta är således en underskattning av antalet fall bland äldre personer då många inte söker vård efter ett fall.



Figur 3.18. Fallolyckor som resulterar i vård inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård bland kvinnor och män i Stockholms län. Antal patienter per 100 000 invånare i åldrarna 65 till 84 år. Socialstyrelsens statistikdatabas.

Det har inte skett några dramatiska förändringar avseende förekomsten av fallolyckor som resulterat i slutenvård bland personer mellan 65–84 år mellan 2008-2017. Fler kvinnor än män vårdas på sjukhus efter en fallolycka (figur 3.18).

De allra äldsta (85 år och äldre)

Bland de yngre äldre är det relativt få som vårdas på sjukhus till följd av en fallolycka. Bland de allra äldsta ökar dock frekvensen markant, enligt Socialstyrelsens statistikdatabas⁸. Mellan 20-30 procent av de allra äldsta (85+) vårdas på sjukhus efter ett fall.

Bland de allra äldsta är andelen som uppger fallskador 31 procent. Detta skiljer sig från åldersgruppen 65–84 år, där 15 procent uppgav fallskador (2014). Ingen större skillnad finns mellan kvinnor och män. Bland de allra äldsta är det en något större andel som uppger fallskador bland samboende (33 procent) jämfört med ensamboende (30 procent). När man samtidigt tar hänsyn till boendesituation, inkomst, kön och ålder i analyser av de allra äldsta, visar resultaten att det framförallt är

⁸ Information hämtad mars 2019 från Socialstyrelsens statistikdatabas

skillnaderna i ålder som framträder – fallskador blir vanligare med stigande ålder, även inom gruppen över 85 år.

Demenssjukdom (Kognitiv sjukdom)

Demenssjukdomar står för 5,3 procent av sjukdomsburden mätt med YLD i åldersgruppen 70 år och äldre i Stockholms län och 9,6 procent i ålderskategorin 80 år och äldre. Motsvarande siffror gällande DALY i Stockholm är 9,0 procent (70+) och 14,0 procent (80+).

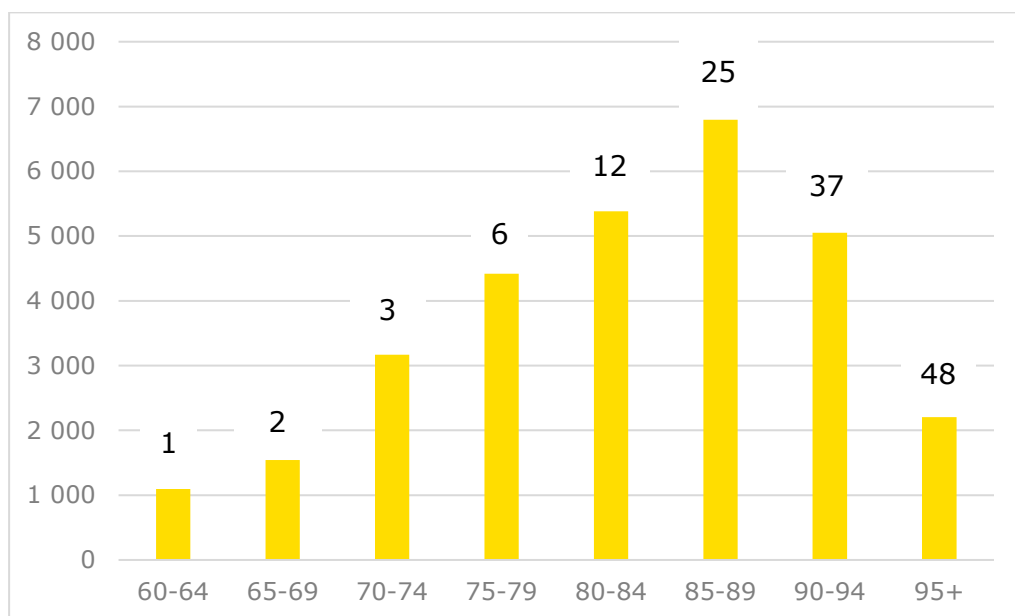
Det finns ingen information om demens i folkhälsoenkäten, detta avsnitt följer därför inte samma struktur som de avsnitt som baserats på folkhälsoenkäten. Siffrorna är hämtade från Socialstyrelsen eller beräkningar av SBU.

Demenssjukdom är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna hos personer över 65 år. Demenssjukdom är också en av de mest kostnadskrävande kroniska sjukdomstillstånden i samhället idag. Enligt Socialstyrelsen beräkningar 2012 uppgick kostnaden till drygt 60 miljarder årligen (Socialstyrelsen 2014). Demens är ett samlingsnamn för förändrade eller försvagade funktioner i människors sätt att ta in och bearbeta intryck till följd av sjukliga förändringar eller skador i centrala nervsystemet som leder till funktionsnedsättning som påverkar det dagliga livet. Hur det yttrar sig beror bland annat på vilka delar av hjärnan som drabbas. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Andra kognitiva förmågor som kan påverkas negativt av sjukdomen är språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga. Oro, nedstämdhet och beteendeförändringar kan också tillhöra sjukdomsbilden. Symptomen bidrar till att personen har svårt att klara sin tillvaro utan stöd från omgivningen (Svenskt Demenscentrum, 2019). Den vanligaste demensdiagnosen är Alzheimers sjukdom, den står för mellan 60-70 procent av fallen. Andra vanliga exempel är vaskulär demens, Lewy body demens, frontallobsdemens, Parkinsons sjukdom med demens samt alkoholdemens. Det finns fler än 80 kända orsaker till demenssyndromet. Demenssjukdomar beror på en mängd faktorer som tillsammans påverkar risken att insjukna – genetisk predisposition, biologiska faktorer och miljöfaktorer sett över hela livet. Ålder är den starkaste riskfaktorn för att utveckla en demenssjukdom. Att insjukna i en demenssjukdom är också vanligare bland personer med lägre utbildningsnivåer (Fratiglioni & Santoni, 2015).

Forskning visar dock att det går att minska risken eller förskjuta demenssjukdomar framåt i tiden genom ett aktivt liv som stimulerar hjärnan (Fratiglioni m.fl., 2017; Qiu m.fl., 2015). Den kognitiva reserven byggs upp under hela livet genom utbildning, arbete, sociala kontakter och mental stimulans (Wang m.fl., 2017). En hälsosam livsstil, med goda matvanor, regelbunden fysisk aktivitet, måttfull alkoholkonsumtion, samt att undvika rökning (Rizzuto & Fratiglioni, 2014). God kontroll över vaskulära riskfaktorer, som högt blodtryck, övervikt, höga blodfetter

och nedsatt glukostolerans kan också minska risken att utveckla en demenssjukdom (Wu m.fl., 2016).

Andelen i befolkningen med demenssjukdom ökar markant med stigande ålder (figur 3.19). Omkring 70 procent av samtliga fall inträffar efter 75 års ålder (Qiu & Fratiglioni, 2015). För personer över 95 år antas 48 procent ha en demenssjukdom. Sammanlagt är cirka 130 000-150 000 personer drabbade (Socialstyrelsen, 2017). Varje år insjuknar runt 20 000-25 000 personer i någon form av demenssjukdom i Sverige, ungefär lika många dör. Antalet personer med demenssjukdom förväntas dock öka i och med det ökande antalet äldre personer.



Figur 3.19 Skattad andel (%) och antal med demenssjukdom per åldersgrupp i Stockholms län 2018. Skattningen baseras på beräkningar av SBU⁹.

Kvinnor drabbas i högre grad av demenssjukdom jämfört med män. Prevalensen för demens har varit oförändrad sedan 1980-talet. Men överlevnaden bland personer med demens har ökat, vilket kan tyda på en minskad incidens (Qiu m.fl., 2013).

Cancer

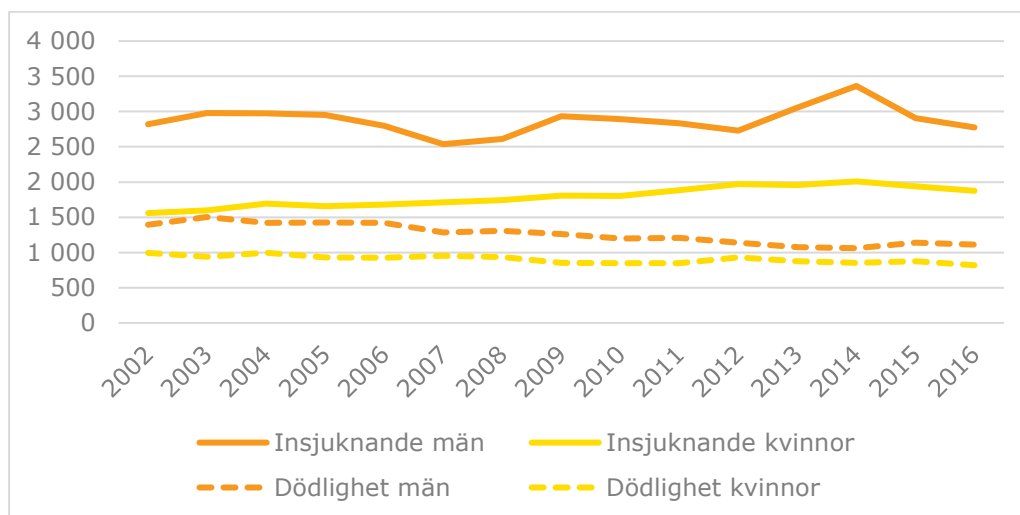
Cancer står för 4,5 procent av sjukdomsburden mätt med YLD i åldersgruppen 70 år och äldre i Stockholms län. I ålderskategorin 80 år och äldre är motsvarande siffror 3,8 procent. Motsvarande siffror gällande DALY i Stockholm är 21,1 procent (70+) och 14,9 procent (80+).

⁹ Information hämtad från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/demenssjukdomar/>

Det finns ingen information om cancer i folkhälsoenkäten så detta avsnitt följer inte samma struktur som de avsnitt som baserats på folkhälsoenkäten. Data är hämtade från Socialstyrelsens statistikdatabas. Enbart elakartade tumörer samt primära tumören ingår i statistiken. Data avser perioden 2002 till och med 2016. Data från 2017 och 2018 är till dags dato inte tillförlitliga då det sker en eftersläpning av inrapporteringen av antalet fall.

Cancer består av ungefär 200 olika sjukdomar och är vanligt förekommande. Socialstyrelsen har beräknat att minst var tredje person kommer att få en cancerdiagnos under sin livstid. Cancerfallen förekommer något oftare hos män än hos kvinnor och sjukdomsmönstret ser olika ut för könen (Cancerfonden & Socialstyrelsen, 2018). Den vanligaste cancerformen hos män är prostatacancer. Prostatacancer växer ofta långsamt och idag är medianåldern vid insjuknandet 70 år. Det är ovanligt att prostatacancer förkortar livet, men aggressivare former förekommer med sämre prognos. Vanligaste cancerformen bland kvinnor är bröstcancer. Medianålder för insjuknande är 66 år. Överlevnaden är god och ju tidigare bröstcancer upptäcks desto bättre är prognosen. Alla kvinnor i åldrarna 40–74 år kallas till screeningsprogrammet för bröstcancer (Cancerfonden & Socialstyrelsen, 2018).

I figur 3.20 beskrivs förekomsten av nya fall av tumörsjukdom (incidens) per 100 000 i åldersgruppen 65 år och äldre, oavsett tumörtyp, mellan åren 2002 och 2016. Det är således inte antalet personer som redovisas, utan antal diagnoser (fall). Att insjukna i cancer är relaterat till ålder och det är mera vanligt att nya fall upptäcks hos äldre personer än hos yngre personer. Anledningen är främst att åldrandet i sig påverkar våra celler och att det tar lång tid för en cellförändring att utvecklas till en tumör. Två tredjedelar av dem som drabbas är över 65 år (Kunskapsguiden, 2019b).



Figur 3.20 Antal nya fall av tumörer (oavsett tumörtyp, C00-D48) per 100 000 personer, samt antal döda per 100 000, i åldersgruppen 65 år och äldre. Stockholms län, 2002-2016. Socialstyrelsens statistikdatabas.

Mellan åren 2002 till 2016 upptäcktes i genomsnitt per år drygt 4 600 nya fall av någon form av cancer per 100 000 invånare i Stockholms län i åldrarna över 65 år. År 2016 motsvarade det drygt 8 100 nya fall av diagnostiserad cancer, vilket motsvarar två procent av befolkningen. Det är fler män än kvinnor som insjuknar i cancer. Insjuknandet bland männen har fluktuerat över perioden men någon större förändring har inte skett. Hos kvinnorna är insjuknandet mera stabilt sett till antalet fall per år och under perioden tycks antalet fall ha ökat något.

I figur 3.20 återges även utvecklingen av antal döda i cancersjukdom per 100 000, i åldersgruppen 65 år och äldre under perioden 2002 till 2016. Hos både kvinnor och män har dödligheten i olika cancerformer minskat under perioden. Störst minskning återfinns bland männen. Utvecklingen följer i stort sett samma mönster som i övriga Sverige, där insjuknandet har varit i det närmaste oförändrad de senaste 20 åren, men med en svag ökning för kvinnor och en minskning för män (Kunskapsguiden, 2019b). Sett till alla åldersgrupper beror den mera positiva nedgången i cancerrelaterad dödlighet bland männen till stor del på att antalet fall av lungcancer, som är en cancerform med förhållandevis svag överlevnadsprognos, minskat under de senaste decennierna (Magnusson, 2015).

För samtliga, oavsett ålder, återfinns inte några socioekonomiska skillnader i det totala insjuknandet i cancer oavsett cancerform, men dödligheten är något högre i grupper med låg socioekonomisk position. Det beror dels på att personer med låg socioekonomisk position i högre utsträckning drabbas av allvarliga, tobaksrelaterade tumörformer och dels på vissa skillnader i överlevnad efter diagnos (Magnusson, 2015).

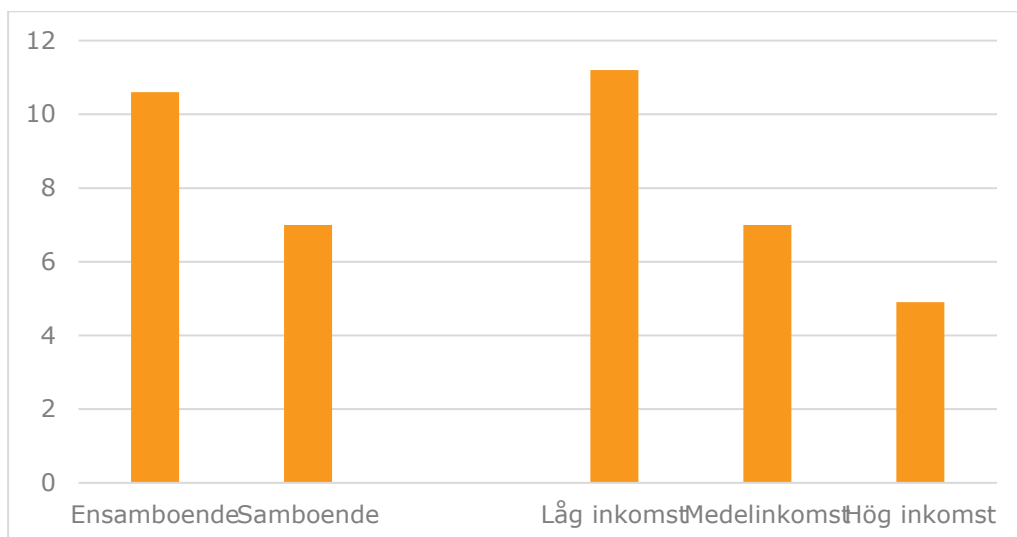
LEVNADSVANOR

Många av de hälsoindikatorer som tagits upp i tidigare avsnitt påverkas av våra tidigare och nuvarande levnadsvanor. I det här avsnittet kommer vi att titta närmare på några av de vanligaste hälsorelaterade levnadsvanorna.

Rökvanor

Rökning är en central riskfaktor för många av våra vanligaste folksjukdomar. Hela kroppen påverkas av de många giftiga ämnena som finns i röken och som transporteras vidare från lungorna till hela kroppen. Varje år dör cirka 14 000 personer i Sverige på grund av rökning.

År 2018 röker ungefär åtta procent av både kvinnorna och männen dagligen. Andelen rökare minskar med stigande ålder. Det beror dels på att rökare dör i större utsträckning än icke-rökare i de här åldrarna, men också på att vissa hälso-tillstånd försvårar fortsatt rökning. De grupper som röker mest är de ensamboende och låginkomstgruppen (se figur 4.1), både bland kvinnor och bland män. Särskilt vanligt är det i den yngsta åldersgruppen. Bland ensamboende män och kvinnor i åldersgruppen 65-69 år röker 17 procent respektive 15 procent dagligen, jämfört med 10 procent och åtta procent bland de samboende. I den lägsta inkomstgruppen röker 21 procent av männen och 18 procent av kvinnorna i åldersgruppen 65-69 år, jämfört med sju procent/fyra procent bland män respektive kvinnor i den högsta inkomstgruppen.



Figur 4.1 Andel (procent) som rapporterar att de röker dagligen, uppdelat på boendesituation och inkomstgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Boendesituation, inkomst, kön och ålder är relaterade till varandra och tar man hänsyn till det i analyserna visar resultaten att skillnaderna i rökvanor framförallt

återfinns mellan inkomstgrupperna och mellan de yngre och äldre åldersgrupperna. Bland kvinnor är boendesituationen också viktig – ensamboende kvinnor röker mer än samboende kvinnor.

Skillnaderna är stora mellan kommuner och stadsdelar. Högst andel dagligrökare har Hässelby-Vällingby (14%) och lägst andel har Nykvarn (5%).

Förändring över tid (65-84 år)

Under många år har andelen rökare bland äldre kvinnor i Stockholm ökat eller legat stabilt, medan den minskat bland de äldre männen (Lennartsson, Agahi & Wånell, 2012). Under de senaste åren ser vi dock en minskning i andelen dagligrökare både bland de äldre kvinnorna och bland de äldre männen i Stockholm. Liknande trender av minskad dagligrökning ses också i samtliga åldersgrupper, bland ensamboende och samboende och i mellan- och höginkomstgrupperna. Den enda gruppen som inte uppvisar en minskad trend i andel dagligrökare är låginkomstgruppen som ligger kvar på samma nivå.

De allra äldsta (85 år och äldre)

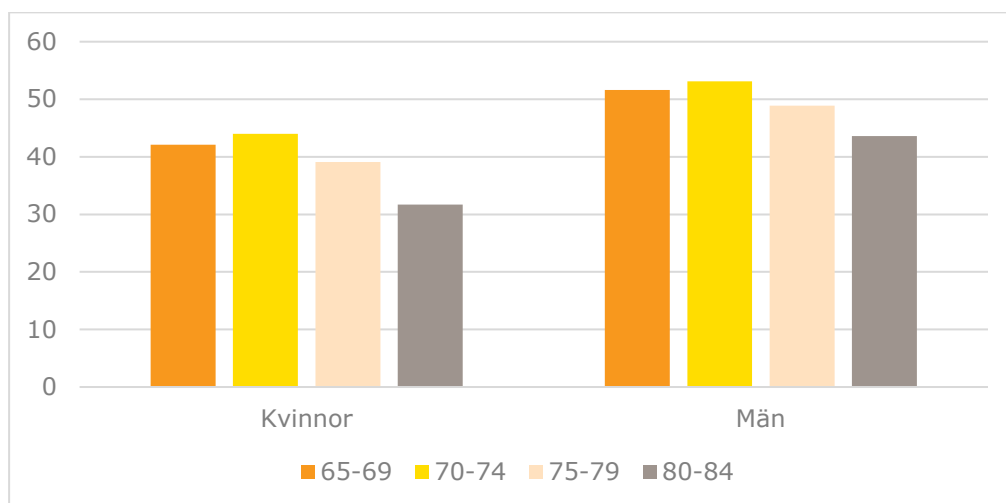
I åldrarna över 85 år rapporterade åtta procent av männen och fyra procent av kvinnorna att de rökte så gott som dagligen år 2014. För de äldre männen såg det ungefär likadant ut fyra år tidigare, medan det för kvinnorna var närmare 13 procent som rapporterade så gott som daglig rökning år 2010.

Alkoholkonsumtion

Alkoholvanorna i den äldre befolkningen har förändrats under de senaste årtiondena – äldre personer dricker både oftare och större mängder, det gäller både kvinnor och män, och alla åldersgrupper (Kelfve m.fl., 2014; Raninen & Agahi, kommande). Även intensivkonsumtion, det vill säga konsumtion av sex glas eller fler vid ett och samma tillfälle, har ökat i den äldre befolkningen i Sverige (Raninen & Agahi, kommande). Detta kan bland annat förklaras med att dagens äldre personer har en bättre hälsa och bättre ekonomiska resurser som möjliggör alkoholkonsumtion i större utsträckning än vad tidigare generationer av äldre personer hade. Dessa födelsekohorter har också haft en högre alkoholkonsumtion tidigare i livet, vilket fortsätter in i höga åldrar (Ahacic m.fl., 2012). Samtidigt har normerna kring alkoholkonsumtion förändrats och tillgängligheten ökat, vilket också bidrar till den ökade konsumtionen.

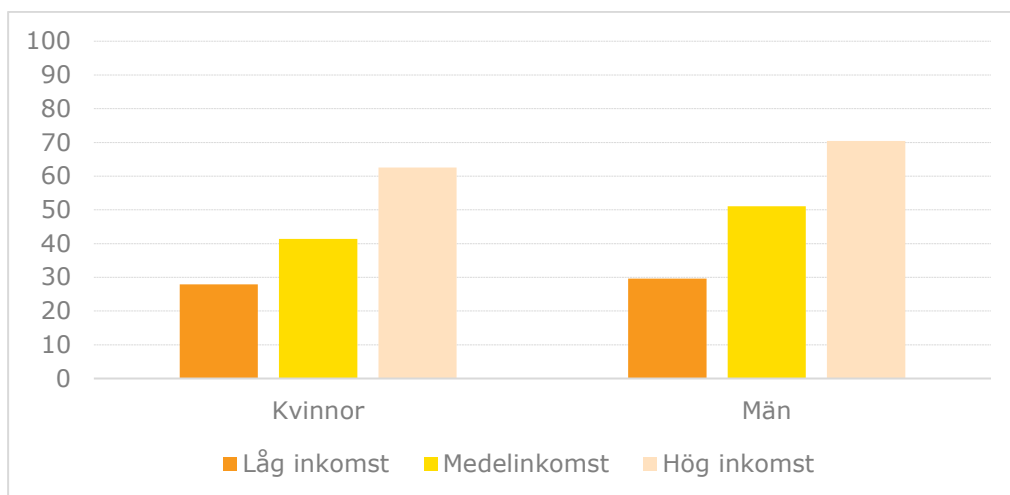
År 2018 rapporterar cirka 86 procent av 65–84 åringarna i Stockholms län att de någon gång dricker alkohol. Andelen är något högre bland män än bland kvinnor – 89 procent jämfört med 84 procent. Tittar vi vidare på konsumtionsfrekvensen visar resultaten att män dricker oftare än kvinnor. Hälften av männen rapporterar att de dricker alkohol flera gånger i veckan, medan motsvarande siffra bland kvinnorna är 41 procent. Även intensivkonsumtion åtminstone månadsvis är högre bland män än bland kvinnor – drygt 19 procent jämfört med cirka åtta procent.

Bland männen är andelen alkoholkonsumenter ungefär densamma i samtliga åldersgrupper mellan 65 och 84 år, medan den minskar med stigande ålder bland kvinnorna, från dryga 86 procent i gruppen 65–69 år till cirka 79 procent bland 80–84-åringarna. Tittar vi på konsumtionsfrekvensen i olika åldersgrupper, visar figur 4.2 att andelen som dricker alkohol flera gånger i veckan är något högre i åldersgruppen 70–74 år för att sedan gå ner igen. Mönstret återfinns både hos kvinnor och hos män. Även intensivkonsumtion minst en gång per månad minskar med stigande ålder, från cirka 17 procent bland 65–69-åringar till cirka fem procent bland 80–84-åringarna.



Figur 4.2 Andel (procent) som rapporterar att de dricker alkohol flera gånger i veckan, uppdelat på kön och åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

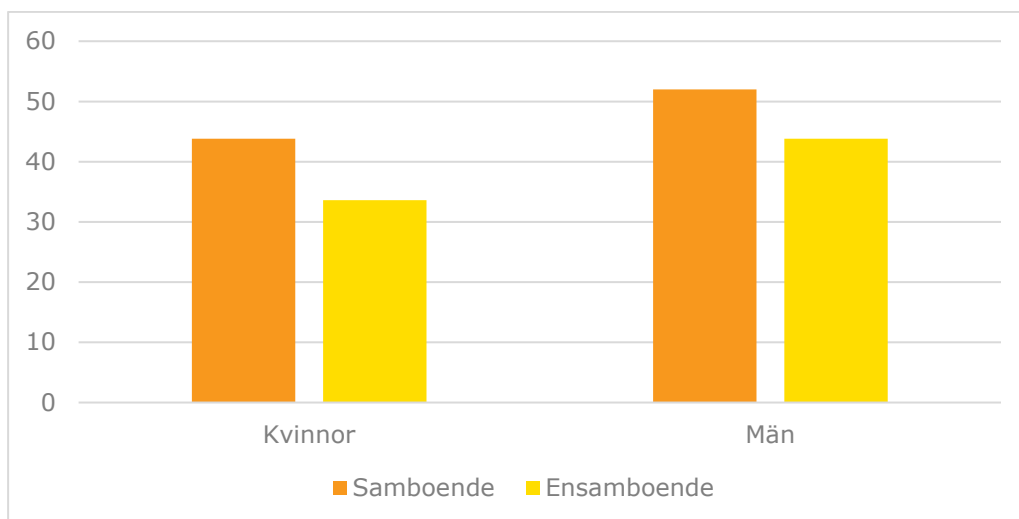
De största skillnaderna i andel alkoholkonsumenter återfinns mellan inkomstgrupperna, där andelen som rapporterar att de dricker alkohol är klart högre i de högre inkomstgrupperna. I den lägsta inkomstgruppen rapporterar 73 procent att de druckit alkohol under det senaste året, medan motsvarande siffror är 90 procent i mellaninkomstgruppen och 95 procent i höginkomstgruppen. Figur 4.3 visar att konsumtionsfrekvensen varierar på ett liknande sätt mellan inkomstgrupperna – det är vanligare att dricka alkohol flera gånger i veckan i de högre inkomstgrupperna.



Figur 4.3 Andel (procent) som rapporterar att de dricker alkohol flera gånger i veckan, uppdelat på kön och inkomstgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Andelen som rapporterar intensivkonsumtion minst månadsvis visar ett liknande mönster, men skillnaderna är mindre. I låginkomstgruppen rapporterar 13 procent intensivkonsumtion på månadsbasis, i medelinkomstgruppen 13 procent och i höginkomstgruppen 15 procent. De socioekonomiska skillnaderna i alkoholkonsumtion återfinns även i andra studier (t.ex. Ramstedt m.fl., 2014) och kan vara en återspeglning av bättre hälsa och större sociala och ekonomiska resurser i de mer privilegierade socioekonomiska grupperna.

Vad gäller alkoholkonsumtion bland samboende och ensamboende visar resultaten att det bland samboende personer, framförallt männen, finns en högre andel alkoholkonsumenter än bland de ensamboende. Samboende personer rapporterar också att de dricker oftare än ensamboende personer. Figur 4.4 visar hur vanligt det är att dricka alkohol flera gånger i veckan utifrån boendesituation bland kvinnor och män. Månadsvis intensivkonsumtion rapporteras av 14 procent bland de samboende och 12 procent bland de ensamboende. Detta är i linje med en ny studie som visade att alkoholkonsumtion i den äldre befolkningen är nära förknippat med deltagande i sociala aktiviteter (Agahi m.fl., 2019).



Figur 4.4 Andel (procent) som rapporterar att de dricker alkohol flera gånger i veckan, uppdelat på kön och boendesituation. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

När man samtidigt tar hänsyn till boendesituation, inkomst, kön och ålder i analyserna, visar resultaten att det framförallt är skillnaderna mellan inkomstgrupper och kön som framträder – män dricker alkohol i större utsträckning än kvinnor, och mellan- och höginkomstgrupperna dricker i större utsträckning än låginkomstgruppen. Dessutom visar resultaten att gruppen 70–74-åringar har en högre andel konsumenter än 65–69-åringarna, men att 75+arna har samma konsumtionsnivåer. Åldersmönstret framkommer främst för männen. Åldersmönstret kan vara en indikation på att alkoholkonsumtionen ökar under åren efter pensioneringen (Halonen m.fl., 2017) för att sedan minska igen när hälsoproblemen blir vanligare med stigande ålder.

Skillnaderna mellan kommuner och stadsdelar i andelen som dricker alkohol eller inte är ganska stora och varierar mellan 57 procent i Rinkeby-Kista till 94 procent i Danderyd.

Förändring över tid (65-84 år)

I likhet med tidigare studier om alkoholkonsumtionen i den äldre befolkningen i Sverige, ser vi en ökning i andelen alkoholkonsumenter i Stockholms län mellan 2002 och 2018. Ökningen ses i samtliga grupper: bland män, kvinnor, i samtliga åldersgrupper, samtliga inkomstgrupper och bland samboende såväl som ensamboende.

Andelen som rapporterar intensivkonsumtion åtminstone månadsvis i den äldre befolkningen som helhet har också ökat under den här perioden. Däremot skiljer sig trenderna åt i olika subgrupper. Ökningen ses framförallt bland män, bland 65–69-åringarna och i mellan- och höginkomstgrupperna. Samtidigt ses en minskning bland kvinnor och bland 80–84-åringarna.

De allra äldsta (85 år och äldre)

Även bland de allra äldsta är det en förhållandevis stor andel som rapporterar alkoholkonsumtion under det senaste året – 74 procent av männen och 51 procent av kvinnorna (2014). Intensivkonsumtion på månadsbasis rapporteras av nio procent av de allra äldsta år 2014, vilket är relativt högt men lägre än de yngre åldersgrupperna (65–84) det året.

Fyra år tidigare rapporterade ungefär samma andel alkoholkonsumtion bland männen (76 procent), medan 57 procent av kvinnorna rapporterade att de någon gång druckit alkohol under året. Andelen alkoholkonsumenter tycks således ha minskat bland de allra äldsta kvinnorna. Intensivkonsumtionen låg på ungefär samma nivå, nio procent.

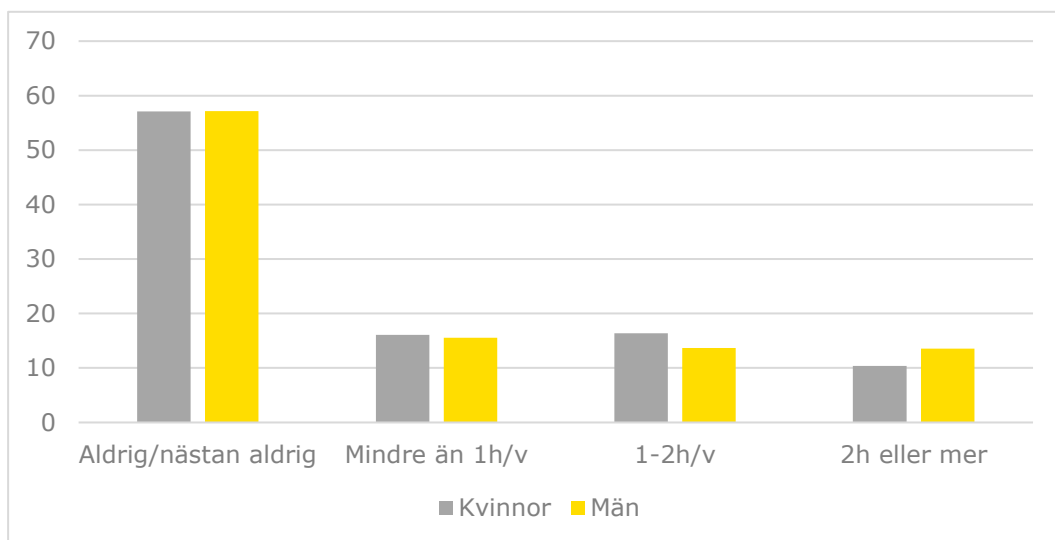
Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har stor inverkan på god hälsa och funktion och är en förutsättning för att upprätthålla självständighet och oberoende i vardagslivet. Fysisk aktivitet har visat sig ha flera goda effekter, som ökat välbefinnande, minskad fallrisk och minska risken för en rad åldersrelaterade sjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, diabetes typ-2 och cancer. Fysisk aktivitet kan också motverka fysisk funktionsnedsättning (Frändin & Helbostad, 2016; Karp m.fl., 2013; SBU, 2014). Allt fler studier visar att träning även kan ge hälsovinster hos de allra äldsta personerna (Frändin & Helbostad, 2016).

De svenska rekommendationerna för fysisk aktivitet följer dem från WHO, som bland annat innebär att alla vuxna rekommenderas att vara fysiskt aktiva sammanlagt minst 150 minuter per vecka av minst måttlig intensitet (vid hög intensitet rekommenderas 75 minuter per vecka). Den rekommenderade aeroba fysiska aktiviteten för äldre kan översättas till 7 000 steg per dag. Det är även viktigt att motverka långa perioder av stillasittande, eftersom stillasittande i sig är en riskfaktor för ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2018; Frändin & Helbostad 2016).

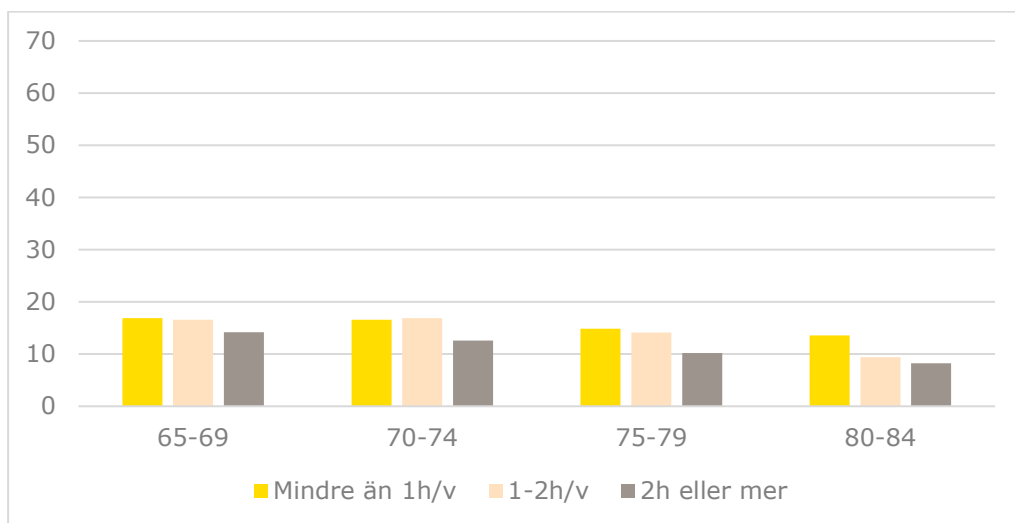
Fysisk träning

År 2018 rapporterar ungefär 40 procent av 65 till 84-åringarna i Stockholms län att de gör någon form av fysisk träning, exempelvis löpning, motionsgymnastik eller bollsport, varje vecka. Tolv procent uppger att de tränar mer än två timmar per vecka. En något lägre andel kvinnor tränar mer än två timmar per vecka jämfört med männen, 10 respektive 13 procent (figur 4.5).



Figur 4.5 Andel (procent) som ägnar sig åt fysisk träning, som löpning, motionsgymnastik eller bollsport, uppdelat på kön. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

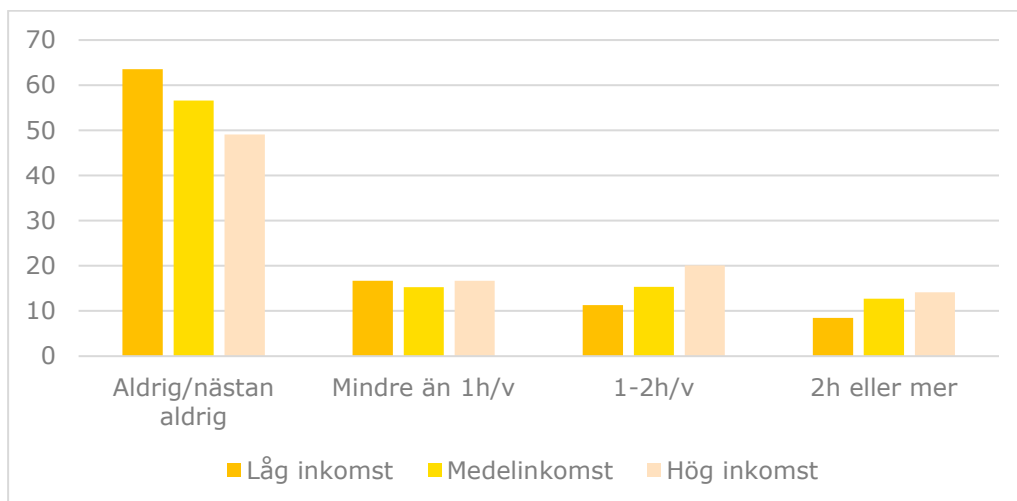
Likt tidigare studier visar resultaten att mängden fysisk träning minskar med stigande ålder. I gruppen 65–69 år uppger 14 procent att de tränar två timmar eller mer per vecka, motsvarande siffra för personer mellan 80–84 år är åtta procent. I gruppen 80–84 år uppger nästan 70 procent att de aldrig eller nästan aldrig tränar (se figur 4.6).



Figur 4.6 Andel (procent) som ägnar sig åt fysisk träning, som löpning, motionsgymnastik eller bollsport, uppdelat på åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Det finns ingen skillnad mellan ensam- och samboende äldre personer i fråga om fysisk träning. Inkomsten inverkar dock på mängden fysisk träning, personer med hög inkomst tränar mer än personer med lägre inkomst (figur 4.7). Skillnaderna

mellan inkomstgrupperna kvarstår när hänsyn tas till kön, ålder och boendesituation. Två tredjedelar av dem med låg inkomst har uppgivit att de aldrig eller nästan aldrig tränar. Motsvarande siffra för höginkomsttagare är 50 procent.

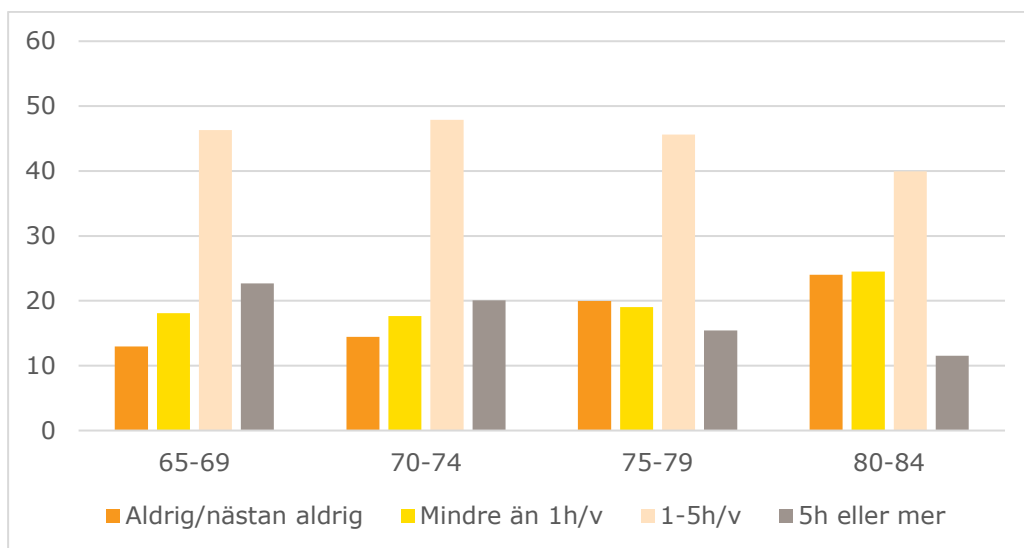


Figur 4.7 Andel (procent) som ägnar sig åt fysisk träning, som löpning, motionsgymnastik eller bollsport, uppdelat på inkomstgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Andelen som uppger att de aldrig eller nästan aldrig ägnar sig åt fysisk träning i form av löpning, motionsgymnastik eller bollsport skiljer sig mellan länets kommuner och stadsdelarna i Stockholms stad. Lägst ligger Danderyd, Bromma och Skarpnäck (47%) jämfört med Rinkeby-Kista (71%). Även Nynäshamn (64%), Tyresö och Botkyrka (63%) har en hög andel som aldrig eller nästan aldrig ägnar sig åt fysisk träning. I Rinkeby-Kista uppger fyra procent att de tränar mer än två timmar per vecka jämfört med 20 procent i Solna.

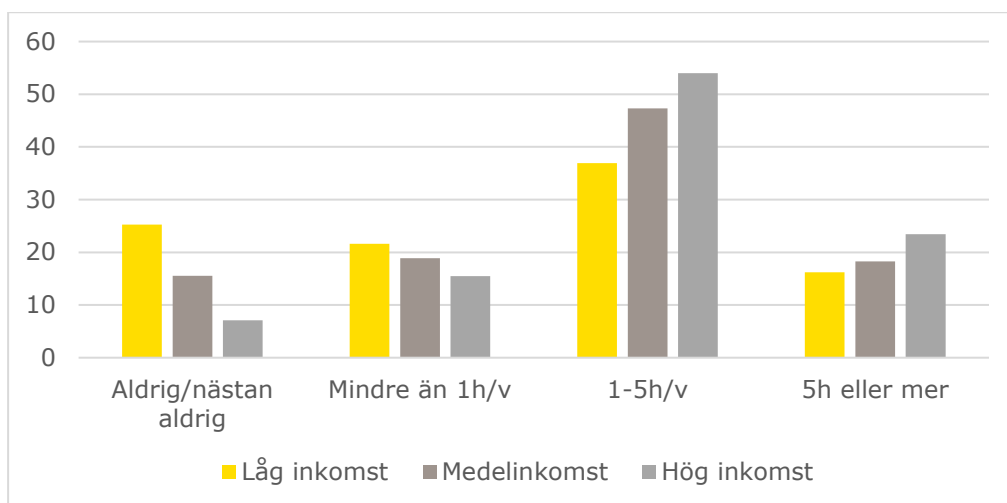
Vardagsmotion

Över 80 procent av 65 till 84-åringarna rapporterar att de varje vecka ägnar sig åt någon form av vardagsaktivitet med låg till måttlig intensitet, t.ex. promenader, cykling eller trädgårdarbete. Drygt 17 procent rapporterar att de aldrig eller nästan aldrig ägnar sig åt sådana aktiviteter. Vanligast är att utöva vardagsaktiviteter mellan 1-5 timmar per vecka. Det är endast en marginell skillnad mellan könen. Precis som fysisk träning minskar även mängden vardagsmotion med ökad ålder. Knappt 12 procent lägger fem timmar eller mer per vecka på vardagsmotion bland personer mellan 80 och 84 år, motsvarande andel för personer mellan 65 och 69 år är 23 procent (figur 4.8).



Figur 4.8 Andel (procent) som ägnar sig åt vardagsmotion, t ex promenader, cykling eller trädgårdsarbete, uppdelat på åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Det finns inga skillnader mellan personer som är ensam- eller samboende vad gäller omfattningen av vardagsmotion. Däremot finns det skillnader mellan inkomstgrupperna. I gruppen med hög inkomst ägnar sig 23 procent åt vardagsmotion fem timmar eller mer per vecka. Motsvarande andel bland låginkomsttagarna är 16 procent. Förhållandet är det omvända om vi ser till dem som aldrig eller nästan aldrig vardagsmotionerar (figur 4.9).



Figur 4.9 Andel (procent) som ägnar sig åt vardagsmotion, t ex promenader, cykling eller trädgårdsarbete, uppdelat på inkomstgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Statistiken från 2018 visar också på skillnader mellan kommuner och stadsdelar avseende andelen som ägnar fem timmar eller mer per vecka åt vardagsaktiviteter. Lägst andel har Rinkeby-Kista (7%), högst andel har Sigtuna (29%).

Stillasittande

Det är inte bara aktivitetsnivån som har en betydelse för hälsan, även tiden då vi är stillasittande påverkar vår hälsa. År 2018 uppger cirka 38 procent av 65 till 84-åringarna att de är stillasittande mer än sju timmar av den vakna tiden per dygn. Andelen som är stillasittande ökar med stigande ålder, vilket är en konsekvens av försämrad funktionsförmåga och ork.

Andelen stillasittande är högre bland män (44%) än bland kvinnor (31%) och de som är ensamboende tenderar att vara stillasittande i högre utsträckning än samboende.

Som rapporterats ovan, är personer i högre inkomstgrupper generellt sett mer aktiva än personer i lägre inkomstgrupper. Denna skillnad syns också vad gäller stillasittande mer än sju timmar per dygn. År 2018 var 43 procent av personerna i den lägsta inkomstgruppen stillasittande mer än sju timmar per dygn, jämfört med 39 procent bland medelinkomsttagare och 34 procent av personer i gruppen med hög inkomst. En bidragande orsak är att låginkomsttagare generellt sett har en sämre hälsa och därmed sämre förutsättningar för att vara fysiskt aktiva.

När hänsyn tas till kön, ålder, boendesituation och inkomst i analyserna visar resultaten att det framförallt är skillnader mellan kvinnor och män och mellan inkomstgrupper som framträder.

Förändring över tid (65-84 år)

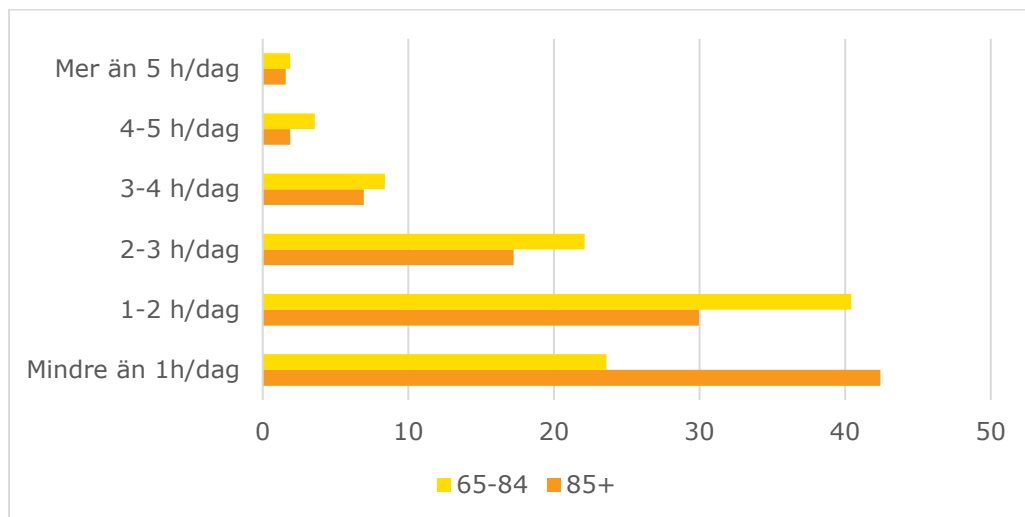
Frågor avseende fysiska aktiviteter i folkhälsoenkäten i Region Stockholm har förändrats mellan de olika mätperioderna, vilket innebär att vi inte kommer att kunna göra några jämförelser över tid.

De allra äldsta (85 år och äldre)

Fysisk aktivitet minskar tydligt med stigande ålder. Kvinnor tenderar att ägna sig åt motion i mindre utsträckning än män. Det har även skett en minskning i andelen som ägnar sig åt fysisk aktivitet mer än tre timmar per vecka mellan 2010 (54%) och 2014 (48%) bland de allra äldsta i befolkningen.

Flertalet bland de allra äldsta lägger 1 till 2 timmar per dag eller mindre på vardagsmotion i form av hem-, hushålls- och trädgårdsarbete, fyra procent uppger att de ägnar fyra timmar eller mer per dag åt vardagsmotion, andelarna gäller för både 2010 och 2014. I likhet med fysisk aktivitet minskar omfattningen av vardagsmotion med stigande ålder. I åldersgruppen över 85 år stiger dramatiskt andelen som ägnar sig åt vardagsmotion mindre än en timme per dag jämfört med den

yngre åldersgruppen (figur 4.10). Bland dem som är aktiva mer än 5 h/dag ses dock ingen större skillnad mellan åldersgrupperna.



Figur 4.10 Andel (procent) som ägnar sig åt hem-, hushålls- och trädgårdsarbete per dag, uppdelat på åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2014.

Matvanor

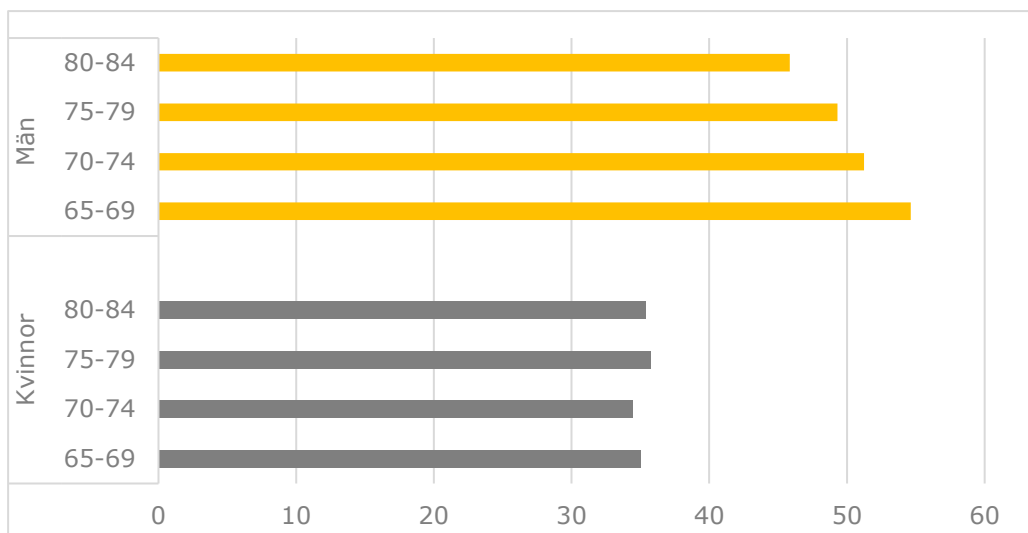
Matvanorna är viktiga för hälsan oberoende av ålder. Frukt- och grönsaks-konsumtion samt hur ofta en person äter fisk och skaldjur är vanliga indikatorer för matvanor och används här för att beskriva matvanor. Äldre personer har ett lägre energibehov än yngre på grund av förändrad kroppssammansättning och minskad fysisk aktivitet, men behovet av viktiga näringsämnen är lika högt som för yngre personer (Stockholms stad, 2011; Blücher m.fl, 2018). Extra uppmärksamhet bör därför ägnas åt balansen mellan energi- och näringsinnehåll. Vid sjukdom kan matens sammansättning och måltidsordning vara avgörande för ett gott och snabbt tillfrisknande. Brister i kosten kan leda till undernäring. Bland äldre personer ökar undernäring risken för bland annat infektioner, depression, försämrad organfunktion, nedsatt sårhäkning och muskelsvaghet (Stockholms stad, 2011). Det finns många faktorer som kan påverka matvanorna när vi uppnår högre åldrar: övergången till pensionärlivet eller förlust av make/maka kan påverka aptit och rutiner och medföra en mer ensidig kost. Olika typer av funktionsnedsättningar kan även försvåra såväl inköp och tillagning som intag av mat.

Frukt och grönsaker

Frukt och grönsaker är viktiga komponenter i en sund kosthållning oavsett ålder. Enligt Livsmedelsverkets rekommendationer ska frukt och grönsaker ingå i alla måltider, även frukost och mellanmål. En hög konsumtion av grönsaker och frukt minskar risken för bland annat fetma, hjärt- och kärlsjukdom och vissa typer av cancer. Enligt Livsmedelsverkets rekommendationer är det bra att äta minst 500

gram om dagen. Det motsvarar ungefär två frukter och två generösa nävar grönsaker, rotfrukter och baljväxter per dag.

Drygt 42 procent mellan 65 till 84 år äter inte frukt eller grönsaker varje dag. En högre andel av männen har låg frukt- och grönsakskonsumtion jämfört med kvinnorna, 51 procent respektive 35 procent. Bland männen minskar andelen som äter mindre än en frukt eller grönsak om dagen med ökad ålder, 55 procent bland 65 till 69-åringar, jämfört med 46 procent i gruppen 80 till 84 år. För kvinnor ses inga skillnader i konsumtion av frukt och grönsaker med stigande ålder (figur 4.11).



Figur 4.11 Andel (procent) som äter frukt och grönsaker mindre än en gång per dag, uppdelat på kön och åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Ensamboende män är den grupp som tenderar att äta minst frukt och grönsaker, 63 procent av ensamboende män uppger att de inte äter frukt och grönsaker dagligen, motsvarande siffra bland samboende män är 49 procent. Även ensamboende kvinnor tenderar att äta frukt i mindre utsträckning än samboende, skillnaderna är dock inte lika stora som för männen. Inkomst är också relaterat till konsumtion av frukt och grönsaker. Personer med låg inkomst tenderar att konsumera frukt och grönsaker i mindre utsträckning än personer med hög inkomst.

När man samtidigt tar hänsyn till kön, ålder, boendesituation och inkomst i analyserna visar resultaten att det framförallt är skillnaderna mellan könen och inkomstgrupperna som framträder. Kvinnor med hög inkomst är den grupp som i störst utsträckning konsumerar frukt och grönsaker dagligen. På grund av förändringar i frågorna avseende konsumtion av frukt och grönsaker kan vi inte uttala oss om skillnader över tid.

Förändring över tid (65-84 år)

Frågor avseende matvanor i Region Stockholms folkhälsoenkät har förändrats mellan de olika mätperioderna, det innebär att vi inte kommer att kunna göra några jämförelser över tid.

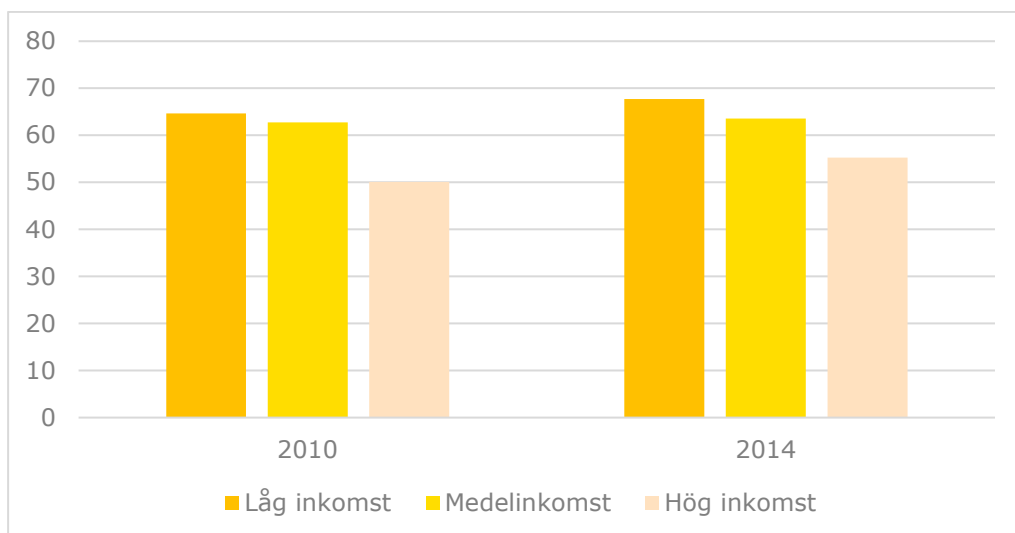
De allra äldsta (85 år och äldre)

Mer än hälften av de allra äldsta rapporterar att de inte äter frukt och grönsaker dagligen, 2014 uppgav 64 procent att de åt frukt och grönsaker mindre än en gång per dag, 2010 var motsvarande siffra 63 procent.

Även bland de allra äldsta skiljer sig kvinnor och män åt vad gäller daglig frukt- och grönsakskonsumtion, drygt 70 procent bland männen och cirka 60 procent bland kvinnorna rapporterar låg konsumtion.

Vid 2014 års undersökning var det 65 procent av de samboende som inte åt frukt och grönsaker dagligen, en ökning sedan 2010 (59%). Bland ensamboende var skillnaden endast marginell mellan undersökningsåren, cirka 64 procent av de ensamboende åt frukt och grönsaker mindre än en gång per dag vid båda undersökningstillfällena.

Det återfinns en tydlig inkomstgradient i daglig konsumtionen av frukt och grönsaker. Höginkomsttagare äter dagligen frukt och grönsaker i större utsträckning än övriga inkomstgrupper. År 2014 uppgav 68 procent bland dem med lägst inkomst att de åt frukt och grönsaker mindre än en gång per dag. Motsvarande siffra för den mellersta och högsta inkomstgruppen är 64 procent respektive 55 procent. Det är en tydlig skillnad i konsumtionen av frukt och grönsaker mellan inkomstgrupperna både 2010 och 2014. (figur 4.12).



Figur 4.12 Andel (procent) i åldersgruppen 85 år och äldre som äter frukt och grönsaker mindre än en gång per dag, uppdelat på inkomstgrupper och år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter, 2010 och 2014.

Kvinnorna i den allra äldsta åldersgruppen äter mer frukt och grönsaker än vad männen gör och det oavsett ålder, boendesituation och inkomst.

Fisk och skaldjur

Fisk och skaldjur innehåller viktiga näringsämnen. I fisk finns till exempel D-vitamin, jod och selen. Genom att äta fisk och skaldjur minskar risken för flera olika folksjukdomar. Feta fiskar, som lax, sill och makrill, som är rika på omega-3-fetter, kan bland annat minska risken för hjärt- och kärlsjukdom och de är även viktiga för hjärnans utveckling och funktion. Enligt Livsmedelsverkets rekommendationer ska en person äta fisk eller skaldjur 2–3 gånger/vecka¹⁰.

Drygt hälften uppger 2018 att de äter fisk mindre än två gånger per vecka, det vill säga under den rekommenderade mängden. I den yngre åldersgruppen (65-69 år) uppger 60 procent att de äter fisk i mindre utsträckning än den rekommenderade mängden, motsvarande siffra i gruppen 80 till 84 år är 54 procent.

Det finns också en skillnad i konsumtion av fisk och skaldjur mellan ensam- och samboende. Samboende äter fisk och skaldjur i högre utsträckning än ensamboende. Vanligast är det att ensamboende män äter fisk och skaldjur i mindre utsträckning än den rekommenderade mängden, två till tre gånger per vecka.

Låginkomsttagare följer i mindre utsträckning det rekommenderade intaget av fisk och skaldjur jämfört med övriga inkomstgrupper. Andelen som inte kommer upp

¹⁰ Hämtad mars 2019 från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/rad-om-bra-mat-hitta-ditt-satt/fisk>

till det föreslagna intaget är 64 procent jämfört med 46 procent i höginkomstgruppen.

Det finns även skillnader mellan kommuner och stadsdelar i konsumtionen av fisk och skaldjur. Rinkeby-Kista är den stadsdel som har lägst konsumtion av fisk och skaldjur, 79 procent äter fisk och skaldjur färre än två gånger per vecka, vilket kan jämföras med Lidingö, där motsvarande andel är 42 procent.

De allra äldsta (85 år och äldre)

Bland de allra äldsta uppgav 77 procent att de åt fisk och skaldjur mindre än två gånger per vecka, 23 procent åt fisk/skaldjur tre gånger per vecka eller mer. En högre andel kvinnor än män följer den rekommenderade nivån av intag av fisk och skaldjur per vecka.

Det är vanligare att de med låg inkomst jämfört med de med hög inkomst inte kommer upp i den rekommenderade mängden fisk och skaldjur per vecka. Bland låginkomsttagarna är det 8 av 10 som enbart äter fisk och skaldjur två gånger per vecka, vilket kan jämföras med drygt hälften i gruppen med hög inkomst. När hänsyn tas till kön, boendesituation, och ålder kvarstår skillnader i konsumtion av fisk och skaldjur mellan inkomstgrupperna.

Det återfinns inga större skillnader i konsumtion av fisk och skaldjur mellan år 2010 och 2014.

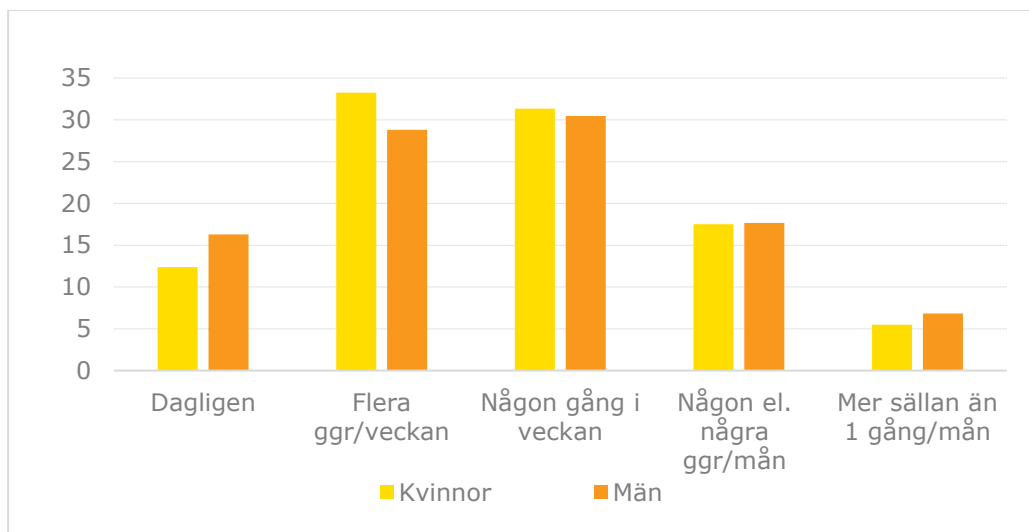
SOCIALA RELATIONER OCH ENSAMHET

Sociala relationers betydelse för hälsa och välmående i alla åldrar är välkänt. På samma sätt är bristen på sociala relationer förknippad med sämre hälsa och ökad dödlighet (Berkman m.fl., 2000). Att känna sig ensam är i sig självt ett problem och ökar risken för psykisk och fysisk ohälsa samt dödlighet (Holt-Lunstad m.fl., 2015).

Det sociala nätverket utgörs ofta av familjemedlemmar, släktingar, arbetskamrater och vänner. Det kan också röra sig om deltagande i organiserad verksamhet och föreningsliv. Med stigande ålder blir det sociala deltagandet mer begränsat. Förklaringar kan vara att det yrkesverksamma livet försvinner och organisationslivet blir mer svåråtkomligt, men också att funktionsnedsättningar och sämre hälsa begränsar individens möjligheter till sociala relationer.

Socialt umgänge

Majoriteten av befolkningen (76%) över 65 år i Stockholms län träffar anhöriga eller nära vänner åtminstone någon gång i veckan. Som redovisas i figur 5.1 är det en lägre andel kvinnor än män som träffar anhöriga och vänner dagligen medan fördelningen är motsatt när det kommer till att träffas flera gånger i veckan. Det är en något större andel män än kvinnor som träffar anhöriga eller vänner mer sällan än en gång i månaden. Ser man till boendeform rapporterar de ensamboende mindre socialt umgänge än de samboende.



Figur 5.1 Andel (procent) som rapporterar olika nivåer av socialt umgänge uppdelat på kön. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

I fortsatta analyser har svarsalternativen slagits ihop till de som träffar anhöriga eller nära vänner minst en gång i veckan (76%) och de som inte gör det (24%)

fortsättningsvis refererat till "långt socialt umgänge". Långt socialt umgänge är särskilt vanligt i lägre inkomstgrupper. Bland dem med längst inkomst har 28 procent långt socialt umgänge medan motsvarande siffra för den mellersta och högsta inkomstgruppen är 23 respektive 18 procent. Med stigande ålder ökar sannolikheten något för socialt umgänge oavsett kön, boendesituation och inkomst. Det kan förklaras av att man träffar barn och anhöriga oftare när hälsan sviktar och hjälpbehovet ökar.

Vid en jämförelse mellan kommunerna och stadsdelarna ser vi att ett långt socialt umgänge är vanligast i Rinkeby-Kista (36%), Huddinge och Solna (30%) medan det är mindre vanligt med ett långt socialt umgänge i Lidingö (15%) och i Danderyd, Nykvarn och Nacka (17%).

Förändring över tid (65-84 år)

Det har skett en försiktig ökning av socialt umgänge över tid. Det veckovisa umgänget har ökat sedan år 2006. Ökningen ses framförallt bland kvinnor, i åldersgruppen 75 till 84 år samt bland samboende och bland personer i den mellersta inkomstgruppen. Skillnaden mellan inkomstgrupperna i socialt umgänge består under hela perioden.

De allra äldsta (85 år och äldre)

Bland de allra äldsta 2014 hade 27 procent långt socialt umgänge, vilket inte skilde sig nämnvärt från 2010 då motsvarande siffra var 29 procent. Långt socialt umgänge var vanligare bland männen (34%) än bland kvinnorna (24%). När man samtidigt analyserar ålder, kön, inkomst och boendesituation är det framförallt inkomstskillnaderna som har betydelse vid långt socialt umgänge. Det innebär att personer i den lägsta inkomstgruppen har högre sannolikhet att uppleva långt socialt umgänge jämfört med personer i den mellersta och högsta inkomstgruppen.

Internetanvändande och kontakt via internet eller telefon

Internetanvändandet är generellt mindre vanligt i högre åldrar. I jämförelse med andra länder är internetanvändandet i Sverige bland äldre personer över 65 år högt (Niehaves & Plattfaut, 2014), men fortfarande råder stora skillnader mellan åldersgrupper inom Sverige.

En klar majoritet av befolkningen 65 till 84 år i Stockholms län använder internet i någon form (80%). En högre andel män än kvinnor använder internet och med stigande ålder sjunker användandet från 91 procent i den lägsta åldersgruppen till 59 procent i åldrarna 80 till 84 år. Högre inkomstgrupper och ensamboende använder internet i högre utsträckning än de med lägre inkomst och samboende.

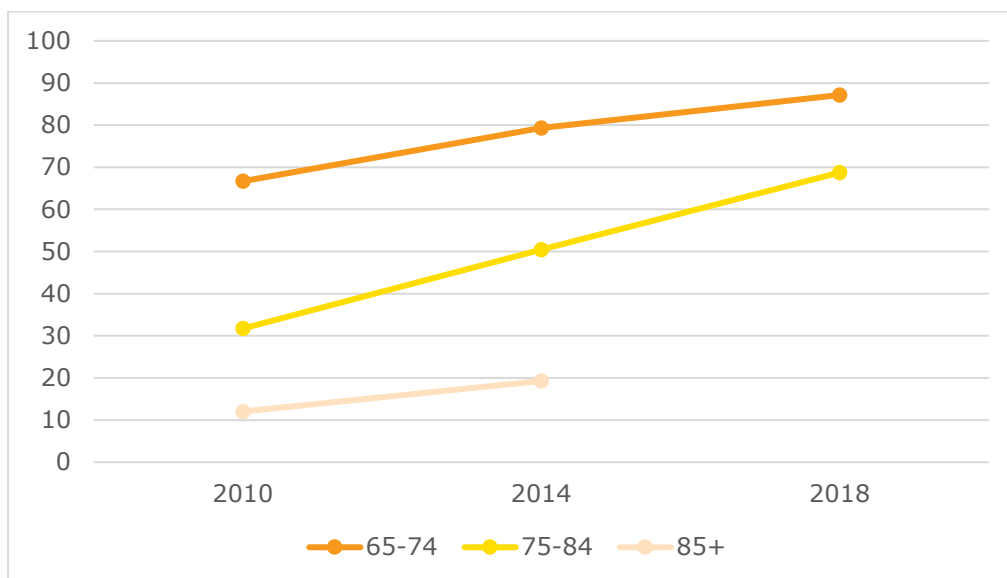
Ser vi till kommuner och stadsdelar har Södertälje lägst andel internetanvändare (58%), följt av Rinkeby-Kista (63%) och Skärholmen (66%). Danderyd har högst andel internetanvändare (91%), följt av Norrmalm och Lidingö (88%).

Nio av tio har kontakt med anhöriga och vänner via telefon eller internet minst en gång i veckan. Det är vanligare bland kvinnor (93%) än bland män (84%) och med stigande inkomst ökar även andelen som har kontakt. Till skillnad från att träffas fysiskt är det vanligare för kvinnor att ha kontakt via telefon eller internet dagligen (34%) jämfört med män (23%).

Vad gäller fördelningen över kommuner och stadsdelar är andelen som har kontakt med anhöriga eller vänner via telefon och internet minst en gång i veckan som lägst i Skärholmen (79%), följt av Rinkeby-Kista (82%) och Botkyrka (83%). Högst andel personer som har kontakt återfinns i Hässelby-Vällingby och Hägersten-Liljeholmen (95%) samt i Österåker (94%).

Förändring över tid (65-84 år)

Internetanvändandet har ökat över tid för åldersgrupperna 65 till 84 år, vilket går att utläsa av figur 5.2. Ökningen gäller för både kvinnor och män. År 2010 var andelen användare i åldrarna 65 till 74 år, 67 procent och 2018 hade andelen ökat till 87 procent. För de något äldre personerna, 75–84 år, var ökningen ännu större, från 32 procent år 2010 till 69 procent år 2018. De allra äldsta (85+) kommenteras i kommande avsnitt. Ökningen återfinns i alla inkomstgrupper och bland både samboende och ensamboende. Tidigare år var det samboende som använde internet i större utsträckning än ensamboende medan det idag är tvärtom.



Figur 5.2 Andel (procent) internetanvändare, uppdelat på åldersgrupper och år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter, 2010, 2014 och 2018.

Kontakten med anhöriga eller vänner via telefon eller internet har inte förändrats i någon större utsträckning mellan åren 2006 till 2018. Kön- och inkomstskillnaderna kvarstår under perioden.

De allra äldsta (85 år och äldre)

Som går att utläsa i figur 5.2 är andelen som använder internet lägre bland de allra äldsta, men även i denna åldersgrupp har internetanvändandet ökat mellan åren 2010 och 2014. År 2014 är det 37 procent av männen och 11 procent av kvinnorna som använder sig av internet. Fler samboende (29%) jämfört med ensamboende (14%) använder sig av internetbaserade tjänster. Det är främst ensamboende kvinnor i hög ålder som inte använder internet.

Det är andelsmässigt något färre som har kontakt med anhöriga via telefon och internet minst en gång i veckan 2014 (86%) jämfört med 2010 (89%). Det är vanligare att kvinnor (89%) har kontakt än männen (81%) och det är vanligare bland ensamboende (90%) än bland samboende (80%).

Socialt stöd

Socialt stöd kan ta sig uttryck på olika sätt, involvera en varierande mängd relationer och ha olika slags funktioner. Ett av dessa sociala stöd är det s.k. emotionella stödet som ofta, men inte alltid, förses av en eller flera personer i en nära relation. Här värderas bl.a. möjligheten att kunna anförtro sig och upplevelsen av att någon bryr sig om en (Berkman m.fl., 2000).

Nästan 9 av 10 personer svarar ja på frågan om man har någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt. De 13 procent som svarar nej, refereras fortsättningsvis till personer med "svagt socialt stöd". Svagt socialt stöd är vanligare bland ensamboende (23%) än bland samboende (9%) och det är framförallt ensamboende män som har svagt socialt stöd. Även gruppen med lägst inkomst (21%) har svagare socialt stöd än övriga inkomstgrupper (~10%). Det återfinns ingen skillnad mellan åldersgrupper.

Andelen med svagt socialt stöd är som högst i Rinkeby-Kista (29%), Skärholmen (27%) och Botkyrka (24%). I Enskede-Årsta stadsdel och Lidingö kommun är andelen med svagt socialt stöd som lägst (7%).

Förändring över tid (65-84 år)

Åren 2002 till 2014 mäts socialt stöd bland annat med frågan ”Har du någon eller några personer som kan ge dig personligt stöd för att klara av personliga problem eller kriser i ditt liv?”, vilket skiljer sig något från frågan 2018. Därför görs jämförelsen över tid bara fram till år 2014. Andelen som har svagt socialt stöd i Stockholms län har minskat något i den totala gruppen från 15 procent 2002 till 13 procent 2014 och det är bland männen som minskningen sker.

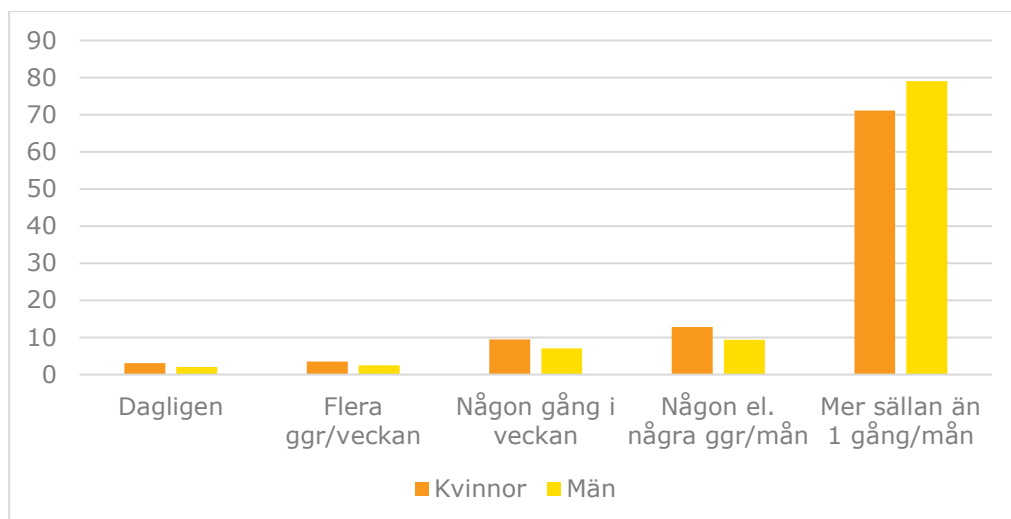
De allra äldsta (85 år och äldre)

I den allra äldsta åldersgruppen är det 10 procent som har svagt socialt stöd 2014 (motsvarande andel var 11 procent 2010). Bland de allra äldsta syns inga skillnader mellan kvinnor och män, boendesituation, inkomst eller ålder.

Ensamhet

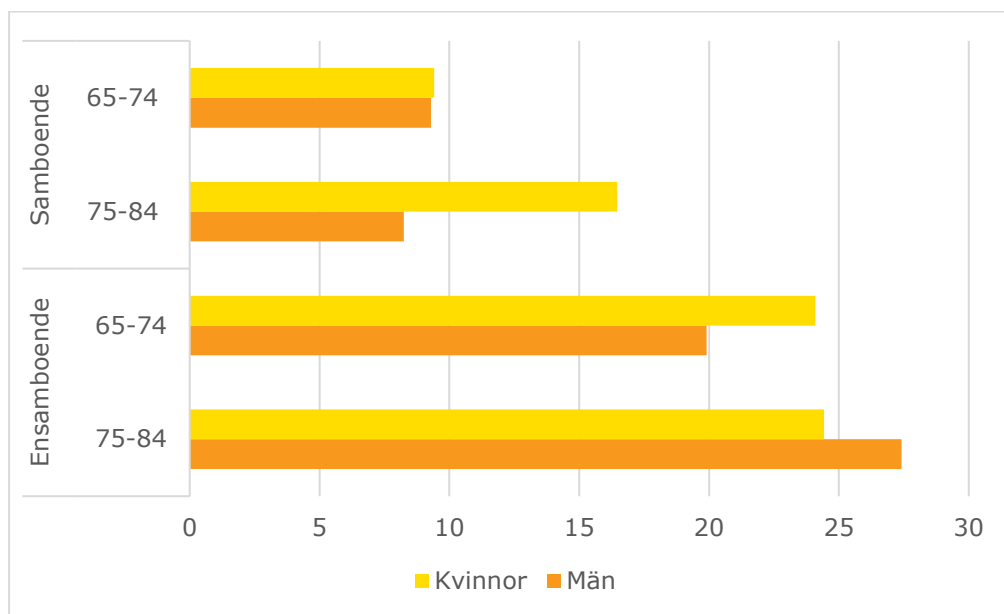
Ensamhet kan förstås som en konsekvens av skillnaden som uppstår mellan den egna önskan om sociala relationer och de faktiska sociala relationerna man har eller inte har. Diskrepansen kan handla om antalet relationer eller kvaliteten på relationerna (Fokkema, De Jong Gierveld & Dykstra, 2012). Förlust av partner, minskat antal sociala relationer och aktiviteter, sämre fysisk och psykisk hälsa är faktorer som är relaterade till känslan av ensamhet (Aartsen & Jylhä, 2011; Dahlberg m.fl., 2018).

År 2018 är det sammanlagt 14 procent som känner sig ensamma en gång i veckan eller oftare i åldersgruppen 65 till 84 år. Andelen är överlag högre bland kvinnor än bland män. Resultaten visar även att ungefär tre fjärdedelar av befolkningen i den åldersgruppen mera sällan känner sig ensamma (figur 5.3).



Figur 5.3 Andel (procent) som rapporterar en känsla av ensamhet, uppdelat på kön. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Känslan av ensamhet är vanligare bland ensamboende än bland samboende (figur 5.4). Bland de samboende i åldersgruppen 75 till 84 år upplever dubbelt så många kvinnor som män att de besväras av ensamhet. Bland de ensamboende i åldersgruppen 75 till 84 år är det däremot något fler män än kvinnor. De med lägst inkomster har nästan tredubbelt så hög sannolikhet att känna sig ensamma jämfört med dem som har de högsta inkomsterna.

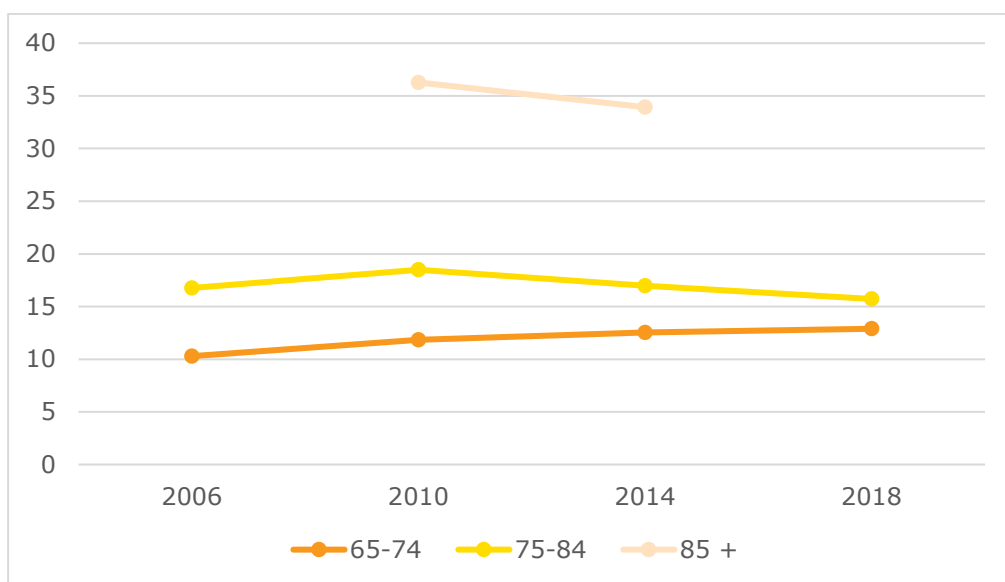


Figur 5.4 Andel (procent) som rapporterar en känsla av ensamhet en gång i veckan eller mer, uppdelat på kön, åldersgrupper och boendesituation. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2018.

Andelen som känner sig ensamma en gång i veckan eller oftare är störst i Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta (22%). Andelen är lägst i Nynäshamn (8%) och Danderyd och Vaxholm (9%).

Förändring över tid

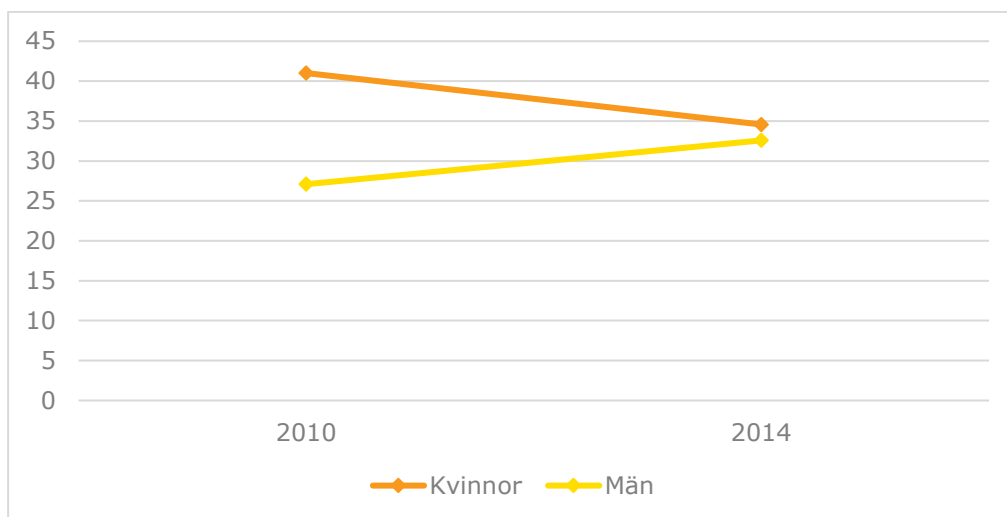
Den totala andelen (65–84 år) som besväras av ensamhet en gång i veckan eller oftare har ökat något över tid. Könsskillnaden i ensamhet, dvs. att kvinnor besväras i högre utsträckning än män, är konstant under alla år. Andelen som ofta besväras av ensamhet, det vill säga flera gånger i veckan eller dagligen har dock varit relativt stabil över tid. Enligt figur 5.5 är förekomsten av känslan av ensamhet högre i åldrarna 75 till 84 år jämfört med de yngre, en skillnad som består över tid. En ökning i känsla av ensamhet en gång i veckan eller oftare återfinns i den yngre åldersgruppen och bland både kvinnor och män. En ökning har också skett i gruppen med låga och medelinkomster samt bland samboende.



Figur 5.5 Andel (procent) som rapporterar en känsla av ensamhet en gång i veckan eller oftare, uppdelat på åldersgrupper och år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter, 2006, 2010, 2014 och 2018.

De allra äldsta (85 år och äldre)

År 2014 var andelen som rapporterade känsla av ensamhet minst en gång i veckan 34 procent. Skillnaden i upplevd ensamhet mellan den allra äldsta åldersgruppen och övriga åldersgrupper är tydliga och har så varit under både 2010 och 2014. Totalt sett tycks en minskning i andelen som upplever ensamhet skönjas mellan åren 2010 och 2014 (figur 5.5). I figur 5.6 kan vi dock se att utvecklingen ser olika ut för kvinnor och män. Andelen kvinnor som rapporterar ensamhet har minskat från 41 procent till 35 procent samtidigt som andelen bland männen har ökat från 27 procent till 33 procent. Denna utveckling har lett till att könsskillnaderna i känslan av ensamhet i det närmaste är borta i den allra äldsta åldersgruppen. Vid båda undersökningstillfällena är känslan av ensamhet vanligare bland ensamboende än bland samboende.



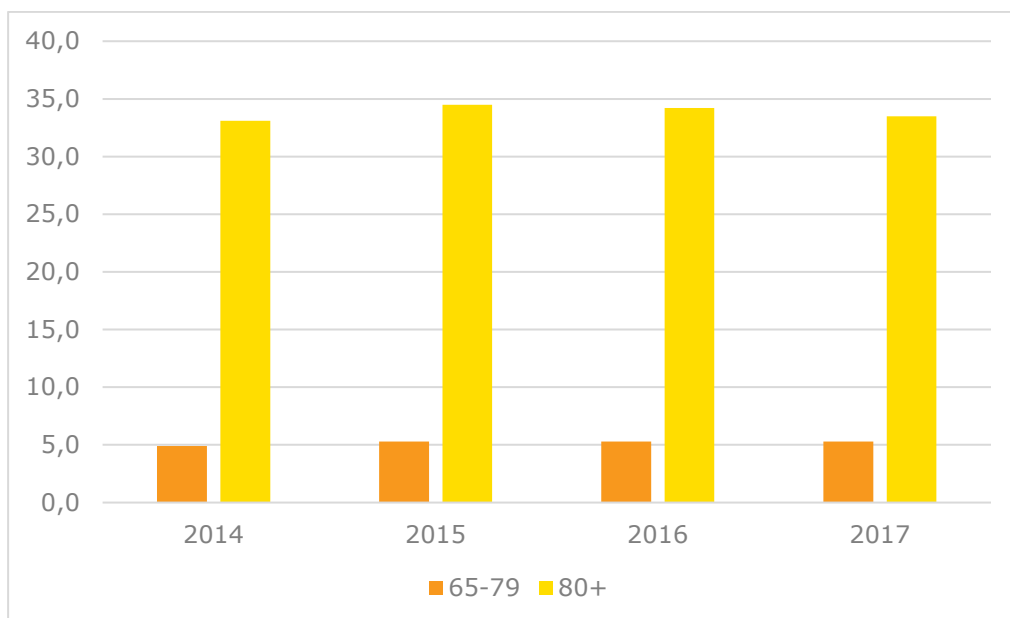
Figur 5.6 Andel (procent) i åldersgruppen 85 år och äldre som rapporterar en känsla av ensamhet en gång i veckan eller oftare, uppdelat på kön och år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter, 2010 och 2014.

ATT KLARA SIN VARDAG

En god funktion och funktionsförmåga är en förutsättning för att klara vardagen. Funktionsförmågan beskrivs enklast som avståndet mellan en individs kapacitet – fysisk, psykisk, kognitiv – och de krav som ställs av den fysiska och sociala miljön. Det kan vara hur väl bostaden är anpassad till personer med funktionsnedsättning, närhet till affärer, kompetens med mera. Om vi inte klarar de krav som vår omgivande miljö ställer har vi nedsatt funktionsförmåga. Att klara vardagen, såsom vardagliga hushållssysslor eller personlig omvårdnad, är starkt relaterat till funktionsförmåga.

Nedsatt funktionsförmåga kan i många fall påverka individens möjlighet att leva det liv man vill leva och blir då ett hinder. Hälsofrämjande insatser, anpassade utifrån individen, kan öka funktionsförmågan och minska risken för sjukdomar och tiden av oberoende kan skjutas högre upp i åldern.

Nedsatt funktionsförmåga är inte ovanligt bland personer över 85 år. Äldreomsorg i form av hemtjänst är i många fall avgörande för hur individen klarar sin vardag. En utbyggd hemtjänst, hemsjukvård och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) har sammantaget ökat möjligheterna för äldre att bo kvar hemma även om man har omfattande vård- och omsorgsbehov. Andelen med insatser från hemtjänsten ökar med ålder. I gruppen 65 till 79 år är det fem procent som har insatser från hemtjänst, motsvarande siffra för personer över 80 år cirka en tredjedel. Det var inga större skillnader mellan 2014 till 2017 (figur 6.1).



Figur 6.1 Andel (procent) som har beslut om hemtjänst i ordinärt boende i Stockholms län, uppdelat på åldersgrupper och år. Socialstyrelsens statistikdatabas.

Då behov av hjälp med dagliga aktiviteter oftast uppstår efter att man fyllt 80 år har vi valt att särskilt lyfta de allra äldsta i avsnittet som handlar om hur personer i Stockholms län klarar sin vardag.

Behov av hjälp med hushållssysslor

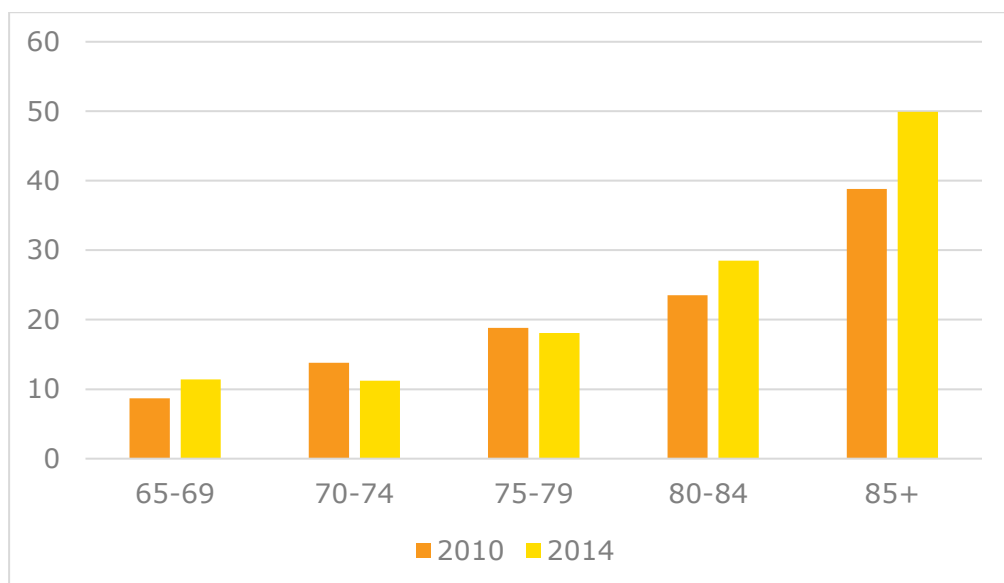
Analyserna från folkhälsoenkäten bekräftar tidigare studier att det inte är förrän i de högre åldrarna som behovet av hjälp med hushållssysslor uppstår. År 2014 var det 20 procent i gruppen 80 till 84 år och 40 procent av personer över 85 år som hade behov av hjälp med hushållssysslor. Andelen kvinnor som är i behov av hjälp med hushållssysslor är högre än för männen i samma åldersgrupp (85+). Ensamboende behöver i större utsträckning hjälp med hushållssysslor än samboende. En högre andel i gruppen med låg inkomst tenderar att vara i behov av hjälp med hushållssysslor. Detta kan med stor sannolikhet förklaras av en högre förekomst av nedsatt funktionsförmåga i dessa grupper.

Det finns stora regionala skillnader i Stockholms län avseende behov av hjälp med hushållssysslor i åldersgruppen 85 år och äldre. Skillnaderna beror på skillnader i åldersstruktur och socioekonomi. Till skillnad från de allra äldsta, behöver färre personer mellan 65–84 år (2018) hjälp med hushållssysslor. I Rinkeby-Kista är det högst andel som uppgivit att de behöver hjälp med hushållssysslor (24%), lägst andel är det i Vaxholm och Hägersten-Liljeholmen (4%).

Att klara sina huvudsakliga aktiviteter

I folkhälsoenkäten 2010 och 2014 fick respondenten besvara frågor som bäst beskriver det aktuella hälsotillståndet i syftet att försöka fånga grader av beroende. En av frågorna var hur man upplever att man klarar sina huvudsakliga aktiviteter, t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter. Av analyserna framgår det tydligt att de allra flesta anser att de klarar sina sysslor själva. Men nära 50 procent uppger att de inte klarar det i åldern 85 år och äldre. Frågan är dock lite problematisk, då vi inte vet vad respondenten definierar som sin huvudsakliga aktivitet.

I figur 6.2 framgår att nästan en femtedel i åldersgruppen 75 till 79 år är beroende av hjälp för att klara sysslor i vardagen. Det sker en successiv ökning och i den högsta åldersgruppen var nästan hälften beroende av andra. Andelen var lägre 2010 (39%), jämfört med 2014 (50%).

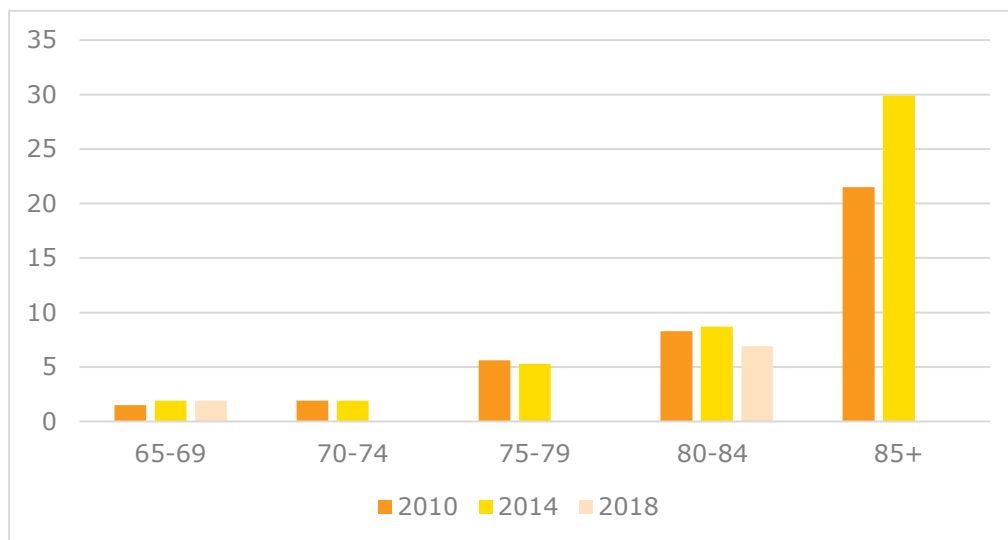


Figur 6.2 Andel (procent) som inte klarar sina huvudsakliga aktiviteter själva, t.ex. arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter, uppdelat på åldersgrupper och år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter, 2010 och 2014.

Hjälp med personlig omvårdnad

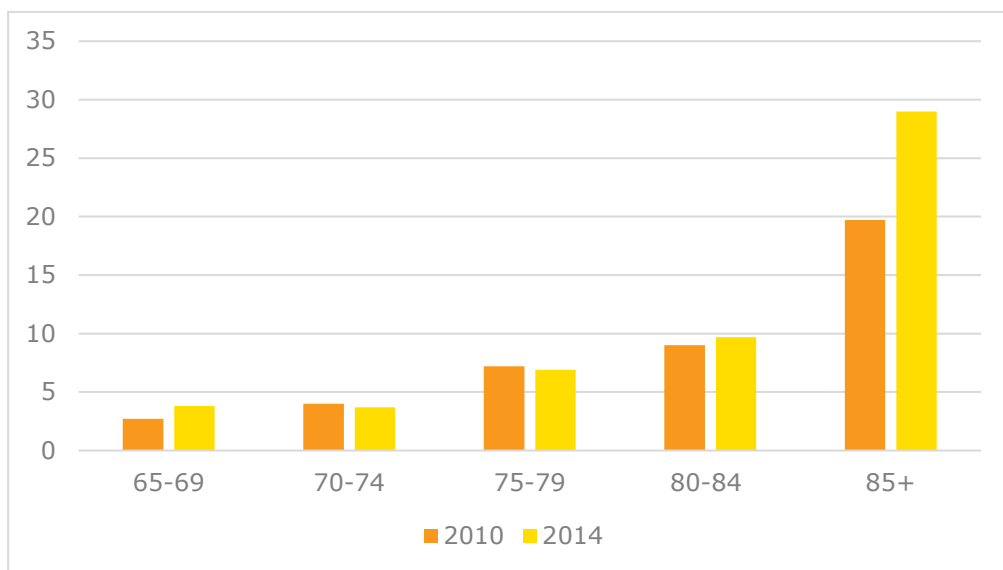
Behovet av hjälp för att sköta den personliga omvårdnaden är en viktig parameter när bedömning av behov av hjälp från äldreomsorgen görs. I folkhälsoenkäten finns två frågor för att fånga behovet av hjälp med personlig hygien, mathållning och att klä på sig. Behovet av hjälp med bad, dusch och den personliga hygien speglar inte enbart individens fysiska funktionsförmåga och kognition. Det speglar också bostadens tillgänglighet. Redan i åldern 65 till 74 år är två procent i behov av hjälp med bad och dusch. Andelen som behöver hjälp stiger med ålder och i gruppen 80 till 84 år är det 7 procent som behöver hjälp.

Resultaten visar att det är vid 85 års ålder som det sker en dramatisk förändring i funktionsnedsättningen och en hög andel är då i behov av hjälp för att sköta den personliga omvårdnaden (figur 6.3). År 2014 var det nio procent bland personer mellan 80 till 84 år och 30 procent bland de allra äldsta som behövde hjälp med den personliga omvårdnaden. Precis som i 2010 års undersökning fanns det en tendens till att kvinnor oftare behövde hjälp med bad och dusch bland de allra äldsta, 85 år och äldre.



Figur 6.3 Andel (procent) som behöver hjälp med bad och dusch, uppdelat på åldersgrupper och år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter 2010, 2014 och 2018.

I figur 6.4 framgår det att en högre andel i gruppen 85 år och äldre behöver hjälp med hygien, mat och påklädning, jämfört med yngre, år 2014. Behoven finns även i de yngre åldersgrupperna men i betydligt lägre grad. Samma tydliga åldersmönster har även påvisats i andra studier.



Figur 6.4 Andel (procent) som behöver hjälp med daglig hygien, mat eller påklädning, uppdelat på åldersgrupper och år. Data från Region Stockholms folkhälsoenkäter, 2010 och 2014.

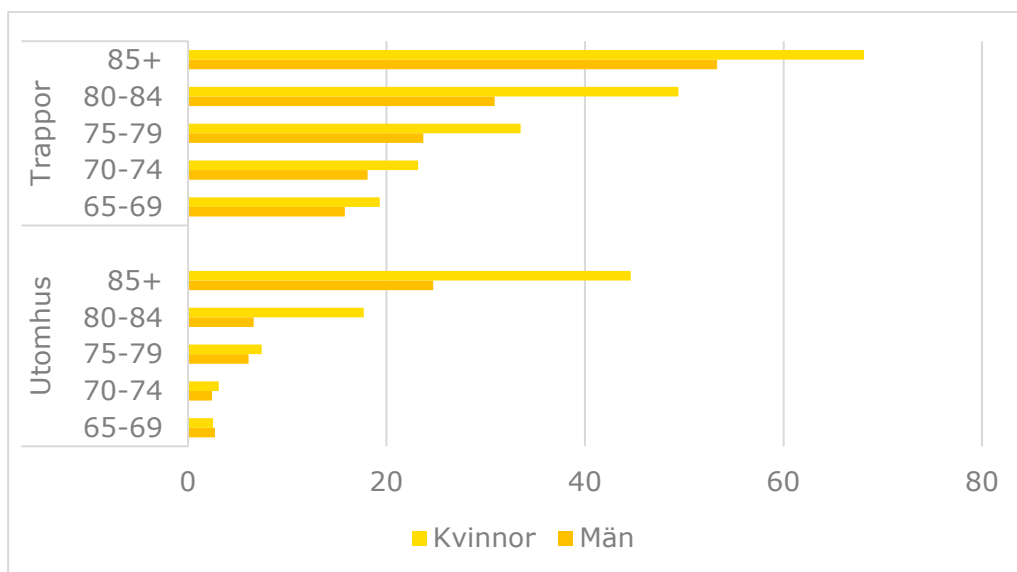
Kvinnor behöver hjälp med sin hygien, mat och påklädning i större utsträckning än män. Med stigande ålder ökar behovet av hjälp. Könsskillnaderna kan dock förklaras av att kvinnorna är äldre och ensamboende i större utsträckning än männen. Kvinnor behöver också i större utsträckning än män hjälp med bad och dusch, ett samband som bara delvis förklaras av till exempel ålder.

Ensamboende behöver mera hjälp med dessa aktiviteter än samboende. Det finns tydliga inkomstskillnader i behovet av hjälp med hygien, mat och påklädning, där personer med lägre inkomster är i större behov av hjälp.

Nedsatt mobilitet - problem med att röra sig

Möjligheten att kunna ta sig ut utomhus på egen hand är en viktig faktor för att undvika ofrivillig isolering och att kunna delta i ett socialt sammanhang. Problem med att ta sig ut minskar möjligheten till ett socialt aktivt liv och fysisk aktivitet (Hjalmarson & Österman, 2017). Att kunna ta sig ut på egen hand är centralt för individens välbefinnande och bör därför uppmärksammas inom gruppen äldre personer.

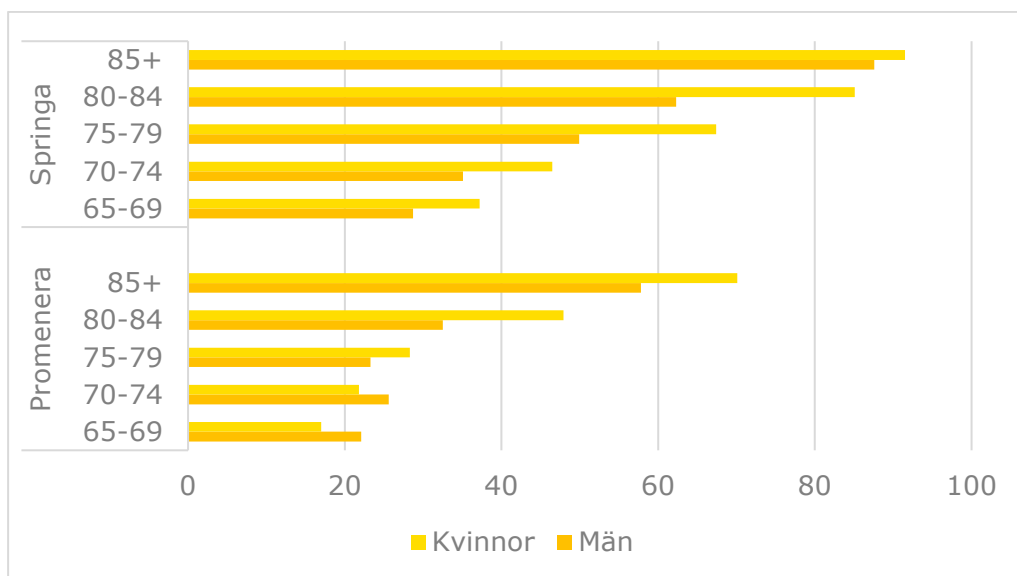
År 2014 framkom att upp till en ålder av 75 år klarar de flesta att ta sig fram utomhus och att gå i trappor utan besvär, därefter sker en liten försämring av mobiliteten. Den stora förändringen sker efter 85 år, då 45 procent av kvinnorna och 25 procent av männen har uppgivit att de har besvär (figur 6.5).



Figur 6.5 Andel (procent) som behöver hjälp att ta sig fram utomhus och som inte kan gå i trappor utan besvär, uppdelat på kön och åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2014.

Närmare 30 procent i gruppen 75 till 79 år har angivit att de har problem med att gå i trappor och nio procent hade svårt att ta sig fram utomhus. Besvären ökar med ålder. Kvinnor rapporterar i högre utsträckning än män att de har problem med rörligheten. I gruppen 85 år och äldre har sju av tio kvinnor uppgivit att de inte kan gå i trappor utan besvär, bland män var det drygt 50 procent (figur 6.5). Ett liknande åldersmönster återfinns 2010 och i åldrarna upp till 84 år, år 2018.

I figur 6.6 kan vi se att runt 20 procent redan vid 65 års ålder hade problem med att promenera raskt utan besvär. En ännu högre andel hade uppgivit att de inte kunde springa 100 meter. Besvären ökar med stigande ålder. En större andel kvinnor tenderar att ha svårigheter. Även i åldrarna upp till 84 år återfinns samma mönster. För mer detaljerad information, se bilaga 1.



Figur 6.6 Andel (procent) som inte kan promenera raskt (100 meter) eller springa 100 meter utan besvär, uppdelat på kön och åldersgrupper. Data från Region Stockholms folkhälsoenkät, 2014.

Det finns socioekonomiska skillnader i andelen som har besvär med rörligheten. En högre andel äldre personer med låg inkomst tenderar att ha mer problem med att ta sig fram utomhus och gå i trappor. Oavsett inkomst ökar problemen med ålder. Det återfinns inga förändringar i rörlighet mellan åren 2010 och 2014.

UTMANINGAR FÖR FOLKHÄLSAN I STOCKHOLMS LÄN

En god, jämställd och jämlik folkhälsa är förutsättningar för en långsiktig och hållbar utveckling av ett samhälle. Generellt så innebär ett folkhälsoarbete systematiska insatser för att förbättra människors livsvillkor och uppnå god och jämlikt fördelad hälsa. Arbetet handlar dels om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och utformning dels om miljöns utformning sett ur ett tillgänglighets- och trygghetsperspektiv samt möjlighet för alla att kunna delta i samhället. Ett systematiskt folkhälsoarbete utförs därmed både lokalt, regionalt och nationellt.

Antalet invånare i länet ökar stadigt, samtidigt ökar också både antalet och andelen personer över 65 år i befolkningen. Idag utgör andelen över 65 år 16 procent och andelen över 80 år åtta procent av Stockholms läns befolkning. I vissa av Stockholms läns kommuner är andelen äldre personer ännu större. För att uppnå de strategiska folkhälsomålen är det således viktigt att arbetet även fokuseras på den äldre delen av befolkningen utifrån aktuell och uppdaterad kunskap om befolkningens livsvillkor och hälsa.

I Stockholms län år 2018 var det nästan 4 av 10 personer i åldern 65 till och med 84 år som ansåg sig inte ha en bra eller mycket bra självskattad hälsa. Andelen med dålig hälsa har minskat något sedan 2002. Hur de allra äldstas (85 år och äldre) självskattade hälsa har förändrats mellan år 2002 och 2018 saknar vi information om. Resultat från folkhälsoenkäten 2014 visar däremot att 68 procent ansåg sin hälsa som sämre än bra i åldersgruppen över 85 år. Vi kan således slå fast att många äldre redan i 65-årsåldern inte har en god hälsa. Samtidigt vet vi att många hälsoproblem och sjukdomar ökar med stigande ålder och med stigande ålder ökar också risken att ha flera samtidiga hälsoproblem, sjukdomar och funktionsnedsättningar, så kallad multisjuklighet. Internationell och nationell forskning har visat att både antalet och andelen äldre personer med flera samtidiga sjukdomar och funktionsnedsättningar har ökat under de senaste decennierna, vilket ökar behovet av hälso- och sjukvård samt social omsorg.

Psykisk ohälsa - ett stort folkhälsoproblem

Psykisk ohälsa är vanligare hos äldre personer som är över 65 år än hos yngre vuxna personer. Var tredje person i åldern 65 till 84 år uppger att de känner ångslan, oro eller ångest och 13 procent uppger psykisk ohälsa enligt GHQ-12. Dessa besvär ökar med stigande ålder och i åldersgruppen 85 år och äldre är prevalenserna 45 procent för ångslan, oro eller ångest och 20 procent för psykisk ohälsa enligt GHQ-12. Sedan början av seklet är förekomsten av psykisk ohälsa i länet förhållandevis stabil.

Andelen som har diagnostiserats för en depression under de senaste 12 månaderna är lägre (2% i åldern 65–84 år). En av anledningarna är att det både i Sverige och internationellt har påvisats att det finns en del svårigheter i att upptäcka psykiska hälsobesvär hos äldre personer (Socialstyrelsen, 2008; Yasamy m.fl., 2013). Bland annat är det vanligare bland äldre personer att depression tar sig uttryck i form av fysiska symptom, såsom viktnedgång, trötthet och sömnbesvär, samt i form av minskad kognitiv förmåga (Hegeman m.fl., 2012). Utifrån en mängd olika tvärsnittsstudier bedöms dock alla typer av depression att uppgå till mellan fem och 15 procent i befolkningen över 65 år. Det innebär att depression och demens är ungefär lika vanliga i den äldre befolkningen (Socialstyrelsen, 2017).

En svensk studie visar att personer som rapporterat ångestproblem tidigare i livet har en högre sannolikhet för att rapportera ångest och depressiva symptom sent i livet (Folkhälsomyndigheten, 2019). Det konstateras även att vissa grupper av äldre personer i större utsträckning än andra grupper rapporterar psykisk ohälsa och bör därför speciellt uppmärksammas i arbetet med psykisk ohälsa. Det är kvinnor, ensamboende, personer med låg socioekonomisk position, personer som har bristande sociala kontakter samt personer med fysisk ohälsa och funktionsnedsättningar (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Bland de allra äldsta kvinnorna (85 år och äldre) var förekomsten av oro och nedstämdhet betydligt vanligare bland samboende kvinnor jämfört med ensamboende kvinnor (2014). En förklaring till denna skillnad kan vara att allt fler sjuka och svaga personer med stora vårdbehov idag vårdas i hemmet av nära anhöriga och då ofta av en maka. Ett sådant ansvar och tungt arbete kan påverka den psykiska hälsan i form av både oro och nedstämdhet. Forskning har också visat att den belastning som anhörigvård ger ofta yttrar sig i olika former av psykisk ohälsa (Mossberg Sand, 2000). Samboende kvinnor i den allra äldsta åldersgruppen bör därför uppmärksammas i arbetet med att minska psykisk ohälsa.

För att skapa förutsättningar för en god psykisk hälsa är det inte bara viktigt att kartlägga i vilka grupper psykisk ohälsa är vanligt, det är också centralt att arbeta med att öka tillgänglighet till det offentliga rummet för att underlätta delaktighet för alla.

Delaktighet ur olika perspektiv

Arbetet med att uppnå folkhälsomålen i Stockholm omfattas även av det strategiska arbetet för ett tillgängligt och inkluderande samhälle för alla. Inom ramen för detta arbetar bland annat Stockholms stad med ”strategi äldrevänlig stad”.

Målet är således att Stockholms stad ska bli en tillgänglig och inkluderande stad med en miljö som främjar ett aktivt liv – hela livet. Såväl fysiska som sociala faktorer i omgivningen ska omfattas av detta arbete för att tillgodose behovet hos stadens äldre invånare och för att nå de uppsatta målen.

Sociala relationer och ensamhet

Sociala relationer är förutsättningar för socialt stöd och deltagande i samhällslivet, men är även en viktig resurs för att klara vardagen. Sociala relationer är grundläggande för de allra flesta, inte minst för att kunna känna sig behövd och älskad av andra. Sociala relationer innebär ömsesidiga utbyten, skyldigheter och möjligheter som är viktiga för oss. En stor mängd forskning har visat att värdet av sociala relationer är omfattande och livslångt med positiva egenskaper för hälsa och välmående (Berkman m.fl., 2000).

Umgänget med anhöriga och vänner är betydande och frekvent. Drygt 75 procent av stockholmarna (både kvinnor och män) i åldern 65 till 84 år har veckovist umgänge med anhöriga och vänner och få saknar socialt stöd. I åldrarna över 85 år (2014) var andelen med frekvent umgänge ungefär lika stor, samtidigt som skillnaden mellan kvinnor och män ökat något till kvinnornas fördel. Även bland de allra äldsta är det få som saknar ett socialt stöd.

Den generella bilden av att åldrandet skulle vara starkt förenat med social isolering och ökad ensamhet är inte självklar. Visserligen är känslan av ensamhet vanligare bland äldre personer än bland personer i medelåldern, men forskningen har också visat att ensamhet är lika vanligt bland unga vuxna som bland äldre personer (Nicolaisen & Thorsen, 2017). I åldrarna 65 till 84 år är det ungefär fjorton procent som besvärar sig av ensamhetskänslor en gång i veckan eller oftare och det är vanligare bland kvinnor än bland män. Andelen har ökat något sedan början av 2000-talet. Andelen som besvärar sig av ensamhetskänslor flera gånger i veckan eller oftare har dock varit relativt stabil över tid. I den äldsta åldersgruppen är det omkring 34 procent som känner sig ensamma och det har skett en minskning över tid, framförallt bland de allra äldsta kvinnorna. Däremot är trenden motsatt för de allra äldsta männen. Att en större andel av de allra äldsta jämfört med yngre åldersgrupper upplever ensamhet beror inte på åldern i sig, utan har att göra med förhållanden som en ökad ålder för med sig, inte minst förlusten av make/maka, nedsatt funktionsförmåga och ökad sjuklighet. Även om känslan av ensamhet inte är så utbredd bland äldre personer som många tycks tro så är det en viktig fråga. Ensamhet har stor betydelse för människors livskvalitet och hälsa.

I och med utvecklingen inom kommunikation via internet har nya möjligheter till sociala kontakter öppnats. Internetanvändandet är generellt mindre vanligt i högre åldrar, men i jämförelse med andra länder är internetanvändandet i Sverige bland äldre personer över 65 år högt (Niehaves & Plattfaut, 2014). Förutom att internet blir allt viktigare för människors dagliga liv är det således ett kompletterande alternativ till sociala kontakter. Det är även en möjlighet till fortsatt deltagande i sociala sammanhang trots eventuella hälsoproblem eller funktionsnedsättningar. Att ha ett socialt nätverk ökar sannolikheten att ha tillgång till internet och att nyttja de möjligheter som internet erbjuder (Olsson m.fl., 2019; Olsson & Viscovi, 2018). Internetanvändandet har ökat betydligt över tid för alla åldersgrupper. Idag

använder 80 procent av personer i åldrarna 65 till 84 år internet. Ur ett delaktighetsperspektiv är det positivt att internetanvändandet ökat, men dessvärre hänger inte de allra äldsta (+85 år) med i samma utsträckning som de yngre äldre.

Att klara vardagen

Hälsoproblem kan sätta hinder för möjligheten att på egen hand klara vardagen. Hur väl bostaden är utformad och anpassad, anhörigas möjligheter att stödja och hjälpa samt samhällets resurser skapar dock viktiga förutsättningar för delaktighet. Bostadens tillgänglighet och närheten till service och aktiviteter skapar förutsättningar för äldre personers möjligheter att på egen hand klara vardagen och möjligheten att delta i samhället. En illa anpassad bostad samt otillgänglig och otrygg närmiljö kan i värsta fall leda till isolering och ensamhet (Hjalmarson & Österman, 2017).

Att ha besvär med att gå, att gå i trappor eller att ta sig fram utomhus minskar äldre personers möjlighet att lämna bostaden och att kunna uträtta ärenden, motionera, besöka vänner, eller delta i aktiviteter och samhällslivet. Resultaten visar att redan i 75 till 79 års ålder är det närmare 30 procent som har problem med att gå i trappor och nio procent har svårt att ta sig fram utomhus. Dessa problem ökar med ålder och i gruppen 85 år och äldre har 70 procent av kvinnorna och drygt hälften av männen problem med att gå i trappor.

Behov av hjälp med dagliga aktiviteter och personlig hygien ökar med stigande ålder. Resultaten visar att i 75-årsåldern börjar behovet av hjälp att öka och omkring var tionde person i åldern 75 till 79 år anser sig behöva hjälp med hushållssysslor och fem procent behöver hjälp med bad och dusch. I åldersgruppen 85 år och äldre är det över 40 procent som behöver hjälp med hushållssysslor och 30 procent behöver hjälp med bad och dusch. Andelen är större bland kvinnor än bland män. Det beror bland annat på att kvinnorna uppnår en högre ålder och har sämre hälsa än männen.

Att äldre personer ska bo kvar hemma i eget boende i så stor utsträckning som möjligt har varit den styrande principen sedan 1990-talet. Trots den ökande andelen äldre personer i befolkningen har det skett nedskärningar i de offentligt finansierade välfärdstjänsterna. Denna utveckling har lett till att äldreomsorg idag till stor del ges till personer med stora vård- och omsorgsbehov. Äldreomsorgens insatser har därmed gått från hushållsaktiviteter till en allt mer avancerad hemsjukvård.

Merparten av all vård och omsorg till äldre personer ges av anhöriga, oftast är det maka, make eller vuxna barn som hjälper med betydande vårdinsatser (Socialstyrelsen, 2012). För vissa är dock äldreomsorgen i många fall helt avgörande för hur individen ska klara sig. Många saknar anhöriga och finns anhöriga behöver de avlastning. Ofta är också partnern i hög ålder och själv i behov av omsorg. För vissa som inte kan gå ut, trots stöd av äldreomsorgen eller hjälpmedel, blir kanske

personalen inom äldreomsorgen den enda sociala kontakten, vilket visar att äldreomsorgen inte bara fyller en praktisk utan även en social funktion. Hur tilldelningen av insatser sker varierar dock mellan kommuner och stadsdelar (Lagergren, 2017).

Levnadsvanor

Våra levnadsvanor är bland de största bidragande faktorerna till sjukdomsördan. Att främja hälsosamma levnadsvanor i den äldre befolkningen kan leda till bättre förutsättningar när det gäller till exempel diabetes, KOL, hjärt- och kärlsjukdomar, vissa cancerformer, demenssjukdom och smärtproblematik. Samtidigt som en god hälsa ibland är en förutsättning för att ha det liv och de levnadsvanor vi önskar. Levnadsvanorna är dessutom relaterade till varandra, t.ex. går fysiska och sociala aktiviteter ofta hand i hand – underlättas den ena så följer ofta den andra. Metabola faktorer som fysisk inaktivitet och övervikt, det vill säga riskfaktorer som kan leda till diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar – sjukdomar som bidrar stort till sjukdomsördan – är faktorer som även återfinns i den äldre populationen. Att arbeta förebyggande med hälsofrämjande levnadsvanor är således av vikt i alla åldersgrupper.

Det är vidare viktigt att bibehålla aktiviteter även i högre åldrar. Utifrån dessa resultat kan vi dock konstatera att många äldre stockholmare, utifrån de svenska rekommendationerna för fysisk aktivitet, rör sig för lite, både vad gäller fysisk träning och vardagsmotion. Till detta kan läggas att stillasittandet är utbrett. Vilka aktiviteter vi utför som innebär fysisk träning eller vardagsmotion samvarierar med sociala, ekonomiska och miljömässiga faktorer. Dessutom påverkas förutsättningarna för ett aktivt liv av hälsoproblem och funktionsnedsättningar. Tillgängligheten i omgivningen påverkar också möjligheten till vardagsmotion, fysisk träning och social delaktighet.

I likhet med tidigare studier ser vi att alkoholkonsumtionen ökar i den äldre befolkningen. Idag rapporterar en större andel att de dricker alkohol, och bland alkoholkonsumenterna dricker man i allmänhet oftare än vad tidigare födelsekohorter gjorde. Framförallt är detta en reflektion av bättre hälsa och större sociala och ekonomiska resurser i dagens äldre befolkning. Det är viktigt att komma ihåg att ökningen sker från väldigt låga siffror – den äldre befolkningen dricker fortfarande mindre än vad yngre åldersgrupper gör och kvinnor dricker mindre än män. Samtidigt är det angeläget att uppmärksamma potentiella hälsokonsekvenser av att dricka alkohol i hög ålder; alkoholen bryts ner långsammare med stigande ålder, och samma mängd alkohol ger därför en högre alkoholkoncentration i blodet jämfört med yngre åldersgrupper. Därtill tillkommer att många äldre personer har en eller flera sjukdomar, äter läkemedel och kan ha problem med balansen, vilket kan få konsekvenser vid bibehållen alkoholkonsumtion upp i hög ålder. Alkoholrelaterade skador kan därför komma att öka.

En positiv utveckling är att rökning minskar i den äldre befolkningen. Denna minskning ses i princip i alla grupper. Även bland de äldre kvinnorna som tidigare fortsatt att röka, minskar andelen dagligrökare. I gruppen låginkomsttagare är dock utvecklingen oförändrad, vilket kan leda till att hälsoskillnaderna ökar ytterligare över tid.

Alla människors lika möjlighet till att göra hälsosamma val är central för en god hälsa samt för att motverka de socioekonomiska klyftor vi ser i hälsa och överlevnad, även i den äldre befolkningen.

Ojämligheten i hälsa består

I Stockholms län är ojämlikheten i dödlighet och hälsa tydlig och bestående över tid. Fler individer med hög socioekonomisk position överlever till hög ålder. Konsekvenserna av att drabbas av ohälsa är dessutom svårare i de lägre socioekonomiska grupperna. Vi kan konstatera att levnadsvanorna och de sociala förhållanden som framkommit i folkhälsoenkäterna följer samma mönster och utveckling.

Stockholms län är också segregat, både utifrån ett socioekonomiskt perspektiv och beroende på vilket födelseland personen har. Utrikesfödda personer och personer med låg socioekonomisk position bor vanligtvis i områden med sämre resurser. Det innebär att länet har mycket tydliga geografiska skillnader i hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Geografiska skillnader återfinns även i tillgången och nivån på omsorg och hälso- och sjukvård.

Vi kan, utifrån resultaten i denna rapport och genom den forskning som har bedrivits och bedrivs, konstatera att ojämlikhet i hälsa består upp i hög ålder. Förutom skillnader i livslängd återfinns stora skillnader i så gott som alla sjukdomar och hälsoproblem mellan olika socioekonomiska grupper. Utbildning, det arbete man haft och den inkomst man har är av stor betydelse för hälsa, funktionsförmåga och levnadsvanor.

När hälsoläget beskrivs som i denna rapport är det viktigt att komma ihåg att ojämlikheten i hälsa beskriver genomsnittsskillnader i befolkningen, vilka har en stor betydelse för folkhälsa. Men resultaten säger inte så mycket om enskilda personers förutsättningar att leva ett långt, friskt och delaktigt liv. På den individuella nivån formas hälsan av en brokig blandning av olika faktorer som på olika sätt påverkar hälsan. Det finns inte heller något enkelt svar på frågan vad ojämlikheter i hälsa beror på. Till stor del är hälsoojämlikhet i den äldre befolkningen en konsekvens och förlängning av livslånga processer där skillnader i livssituation, exponeringar för skadliga miljöer, social rörlighet och en mängd andra faktorer har format förutsättningar för en god hälsa och ålderdom. Kvinnor och män från olika socioekonomiska grupper åldras med andra ord med olika förutsättningar och resurser. Bra och effektiva åtgärder för att motverka ojämlikheter i hälsa bland äldre personer kräver således insatser under hela livsloppet. I hög ålder återfinns

bl.a. skillnader i medicinsk behandling som kan bidra till att bibehålla eller till och med öka ojämlikheten i hälsa. Flera studier har visat betydande socioekonomiska skillnader i de medicinska behandlingar som äldre personer genomgår (se t.ex. Wastesson, 2014). Dessutom finns det brister i hälso- och sjukvården samt i äldreomsorgen som påverkar förutsättningarna för att alla, oavsett socioekonomisk bakgrund, bostadsområde eller kön, ska kunna erbjudas en vård och social omsorg som är tillräckligt bra, attraktiv och tillgänglig.

Avslutning

I Sverige och internationellt har det under senare decennier bedrivits arbete för att öka kunskapen kring ojämlikhet i hälsa både vad gäller kön och socioekonomisk position. Riksdagen har också antagit ett övergripande mål för den nationella folkhälspolitikerna ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” (Regeringen, 2018). Det finns således ett fokus på att skapa förutsättningar för en jämlik hälsa både på nationell och på regional nivå.

Ett första steg för ett strategiskt folkhälsoarbete som syftar till att utjämna hälsoklyftorna i alla åldersgrupper och att skapa ett tillgängligt och inkluderande samhälle för alla, är att kartlägga hälsans och levnadsvanors enskilda och samtida förekomst och utveckling. För att denna ambition även ska inkludera de allra äldsta i samhället behöver kunskap byggas på tillförlitliga och aktuella data om de förhållanden som nu råder för samtliga åldersgrupper. Folkhälsoenkäterna är en bra och övergripande undersökning som möjliggör detta. Ett naturligt steg är därför att redan i nästa folkhälsoenkät inkludera den allra äldsta åldersgruppen och anpassa studien därefter.

I Stockholms län utgör idag åldersgruppen 85 år och äldre 12 procent av befolkningen över 65 år. Det är i denna grupp som hälsoproblemen och funktionsnedsättningarna är som störst och efterfrågan av hälso- och sjukvård samt äldreomsorg är mycket hög. Under de närmaste åren kommer antalet mycket gamla personer att öka kraftigt. Det kommer att leda till stora utmaningar vad gäller att tillgodose behoven av vård och omsorg i den åldersgruppen. Kartläggning och kännedom om hur vård- och omsorgssystemet fungerar är därför viktigt ur ett jämlikhets- och planeringsperspektiv. Bland annat behövs mera kunskap kring hur vårdssystemet är anpassat och tillgängligt för personer som har ett flertal sjukdomar och funktionsnedsättningar, något som är vanligt i gruppen över 85 år.

REFERENSER

- Aartsen M & Jylhä M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *Eur J Ageing* 8(1), 31-38.
- Abramsson, M., Hydén, L-C. & Motel-Klingebiel, A. (red.), Vem är den äldre? Äldrebilder i ett åldrande Sverige. Publicerad på uppdrag av utredningen nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S2015:03).
- Agahi N, Dahlberg L, Lennartsson C. (2019). Social integration and alcohol consumption among older people: A four-year follow-up of a Swedish national sample. *Drug and Alcohol Dependence* 196:40-45.
- Ahacic K, Kennison RF, Kåreholt I. (2012). Changes in sobriety in the Swedish population over three decades: age, period or cohort effects? *Addiction* 107(4):748-55
- Bergmann N, Gyntelberg F, Faber J. The appraisal of chronic stress and the development of the metabolic syndrome: a systematic review of prospective cohort studies. *Endocr Connect.* 2014 Jun;3(2):R5580.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*, 51(6), 843-857.
- Blücher, A., Borgenstierna, C., Lindborg, A. L., Lindén, M., Nyberg, M., Olsson, V. & Westergren, A. (2018). Mat och måltidsteknik för ett hälsosamt och oberoende åldrande. Kristianstad University Press.
- Boldemann C. Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). I Backhans M, Stjernschantz Forsberg J, Lager A (redaktörer). *Folkhälsorapport 2015*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015. s. 55-59.
- Burström B, Bruce D, Halldin J, Hollander A-C, Lönnroth K. Sociala skillnader i hälsa. I: Backhans M, Stjernschantz Forsberg J, Lager A (redaktörer). *Folkhälsorapport 2015*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015. s. 161-179.
- Cancerförden & Socialstyrelsen (2018). Cancer i siffror 2018. Populärvetenskapliga fakta om cancer. Stockholm. ISBN: 978-91-88161-18-5
- Cho, N. H., Shaw, J. E., Karuranga, S., Huang, Y., da Rocha Fernandes, J. D., Ohlrogge, A. W., & Malanda, B. (2018). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes research and clinical practice*, 138, 271-281.
- Dahlberg, L., Andersson, L. & Lennartsson, C. (2018). Long-term predictors of loneliness in old age: results of a 20-year national study. *Ageing & Mental Health*, 22:190-96
- Dalman C., Lundin A., Forsell Y., Jörgensen L., Kosidou K., Wicks S., Jablonska B. Depression och ångest I: Backhans M, Stjernschantz Forsberg J, Lager A (redaktörer). *Folkhälsorapport 2015*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015.s. 45-53.
- Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2010 Sep; 21(5):658-68.

- Diabetesförbundet. (2018) Diabetes i siffror. Hämtad 2018-12-04 från:
<https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/diabetes-i-siffror/>
- Dionne, C. E., Dunn, K. M., & Croft, P. R. (2006). Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. *Age and ageing*, 35(3), 229-234.
- Ek S, Rizzuto D, Calderón-Larrañaga A, Franzén E, Xu W, Welmer A-K. (2019) Predicting First-Time Injurious Falls in Older Men and Women Living in the Community: Development of the First Injurious Fall Screening Tool. *Journal of the American Medical Directors Association*, Volume 20, Issue 9, 1163 - 1168.e3.
- Falkstedt D, Stjernschantz Forsberg J. Hjärtinfarkt och stroke. I: Backhans M, Stjernschantz Forsberg J, Lager A (redaktörer). *Folkhälsorapport 2015*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015. s. 15-20.
- Fokkema, T., De Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. J. T. J. o. p. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. 146(1-2), 201-228.
- Folkhälsomyndigheten. (2018). Daglig fysisk aktivitet kan minska hälsoriskerna med stillasittande. Hämtad 2019-04-29 från
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/daglig-fysisk-aktivitet-kan-minska-halsoriskerna-med-stillasittande/>
- Folkhälsomyndigheten. (2019). Skillnader i psykisk ohälsa bland äldre personer: en genomgång av vetenskaplig litteratur samt en epidemiologisk studie..
- Fratiglioni L, Santoni G, Demens. I: Backhans M, Stjernschantz Forsberg J, Lager A (redaktörer). *Folkhälsorapport 2015*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015. s. 67-72
- Frändin K & Helbostad JL (2016). FYSS-kapitel Fysisk aktivitet för äldre. På uppdrag av Yrkesföreningar Fysisk Aktivitet (YFA).
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane database of systematic reviews*, (9).
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., ... & Stein, J. (2015). Longitudinal predictors of institutionalization in old age. *PLoS One*, 10(12), e0144203.
- Halonen JI, Stenholm S, Pulakka A, Kawachi I, Aalto V, Pentti J., ... & Kivimäki M. (2017). Trajectories of risky drinking around the time of statutory retirement: a longitudinal latent class analysis. *Addiction*, 112(7), 1163-1170.
- Harding JL, Shaw JE, Peeters A, Cartensen B, Magliano DJ. Cancer risk among people with type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2015;38(2):264-70.
- Hegeman J, Kok R, Van der Mast R, Giltay E. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;200(4):275-81.
- Hjalmarson I., Österman J. (2017). Bostäder anpassade för äldre. Önskemål om boende för äldre och utformningen av trygghetsboende med aktivitetscentra i Stockholms stad. I Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrums rapportserie.

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227-237.
- Horvath, A., Westin, O., Samuelsson, K., & Brisby, H. (2018). ABC om-Smärta i nacke och rygg, del 1-Orsaker, symtom och utredning. *Läkartidningen*, 115.
- Karp A, Agahi N, Lennartsson C, Lagergren M, Wånell SE. (2013). Ett hälsosamt åldrande. Kunskapsöversikt över forskning 2005-2012 om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas på individnivå. Stockholm. Äldrecentrum, rapport 2013:05
- Kelfve S, Agahi N, Darin Mattsson A, Lennartsson C. (2014). Increased alcohol use over the past 20 years among the oldest old in Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(3), 245-260
- Kelfve, S, Lennartsson, C, Agahi, N & Modig, K (2015). Do postal health surveys capture morbidity and mortality in respondents aged 65 years and older? A register-based validation study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(4), 348-355.
- Kunskapsguiden. (2019a). Hjärt- och kärlsjukdomar. Hämtat 190429 från <https://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/hjart-karlsjukdomar/Sidor/default.aspx>
- Kunskapsguiden. (2019b). Cancer. Hämtat 190429 från <https://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/cancer/Sidor/default.aspx>
- Lagergren M. (2018). Äldreomsorgens debutanter. En uppföljande rapport över perioden 2003-2015. I Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrums rapportserie 2018.
- Lennartsson C, Agahi N, Wånell S.E. (2012) Äldre personers hälsa och livssituation. Läget i Stockholms län och utmaningar för det fortsatta hälsoarbetet. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2012:8.
- Lindström, M., Modén, B., Grahn, M., Fridh, M., & Rosvall, M. (2012). Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Malmö. Rapport i Malmökommissionens rapportserie.
- Magnusson C. Cancer. I: Backhans M, Stjernschantz Forsberg J, Lager A (redaktörer). *Folkhälsorapport 2015*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015. s. 23-33
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*: Oxford University Press, USA.
- Mossberg Sand A-B (2000) *Ansvar, kärlek och försörjning. Om anställda anhängigvårdare i Sverige*. Diss. Monografi 76. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet
- NCD Risk Factor Collaboration. (2016). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4· 4 million participants. *The Lancet*, 387(10027), 1513-1530.
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2017). What Are Friends for? Friendships and Loneliness Over the Lifespan From 18 to 79 Years. *International Journal of Aging & Human Development*, 84(2), 126-158. doi:10.1177/0091415016655166
- Niehaves, B., & Plattfaut, R. J. E. J. o. I. S. (2014). Internet adoption by the elderly: employing IS technology acceptance theories for understanding the age-related digital divide. 23(6), 708-726.

- Olsson, T., Samuelsson, U., & Viscovi, D. (2019). Resources and repertoires: Elderly online practices. *European Journal of Communication*, 34(1), 38-56.
- Qiu C, Fratiglioni L. (2015) A major role for cardiovascular burden in age-related cognitive decline. *Nat Rev Cardiol*. 2015;12(5):267-77.
- Qiu, C., von Strauss, E., Bäckman, L., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2013). Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. *Neurology*, 80(20), 1888-1894.
- Olsson, T., & Viscovi, D. (2018). Warm experts for elderly users: who are they and what do they do?. *Human Technology*, 14(3).
- Rahm-Hallberg, I. (2008). Äldres boende ur ett vård- och omsorgsperspektiv. I SOU 2008:113, *Bo bra hela livet*. Stockholm. Slutbetänkandet av äldreboendedelegationen S 2006:03. Stockholm.
- Ramstedt M, Sundin E, Landberg J, Raninen J. (2014). ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 - en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak. STADs rapportserie, nr 55, 2014.
- Raninen J & Agahi N. Country report: Trends in older people's drinking habits, Sweden 2004-2017. Kommande.
- Regeringen. (2018). God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. (Prop. 2017/18:249). Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2018/04/prop.-201718249/>
- Region Stockholm (2019). Stockholms läns prognos. Huvudrapport. Befolkningsprognos 2019–2028/60, Stockholms län demografirapport 2019:10. <https://www.sll.se/globalassets/4.-regional-utveckling/alla-projekt-inom-regional-utveckling/demografidagen2019/lansprognosrapporten-2019.pdf>. 2019-11-14.
- Skillgate E. Smärta i Rörelseapparaten. *Folkhälsorapport 2015*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015. s. 35–42.
- Socialstyrelsen. (2008). Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamhet och insatser.
- Socialstyrelsen. (2012). Anhöriga som ger omsorg till närstående – omfattning och konsekvenser.
- Socialstyrelsen. (2014). Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL – Stöd för styrning och ledning.
- Socialstyrelsen. (2014) Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012.
- Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning.
- Socialstyrelsen. (2018). Fallskador och dödsfall orsakade av fallolyckor för personer 65 år och äldre samt för samtliga åldrar. Hämtat 2018-12-06: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/01procent20Stockholm.pdf>
- Sparring Björkstén, K. (2005). Äldrepsykiatri i SLL utom demenssjukdomar. Stockholm: FORUM för kunskap och gemensam utveckling, Stockholms läns landsting.
- Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (2002). Ont i ryggen, ont i nacken. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning

- för medicinsk utvärdering (SBU); 2000. SBU-rapport nr 145/1. ISBN 91-87890-60-7.
- Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (2003). Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003.
- Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (2006). Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. SBU-rapport nr 177/1. ISBN 91-85413-08-9.
- Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (2010). Mat vid diabetes. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 201. ISBN 978-91-85413-37-9.
- Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (2014). SBU kommenterar. Åtgärder för att förhindra fall och frakturer hos äldre. Kommenterad rapport: Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD007146.
- Statistiska centralbyrån SCB. (2010). Kohortdödligheten i Sverige. Dödlighetsutvecklingen sedan 1861.
- Stockholms stad (2011). Mat för äldre. råd och rekommendationer för Stockholms stads äldreomsorg. Upplaga 3. Äldreförvaltningen Stockholms stad.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (2000). Negative consequences of hearing impairment in old age: a longitudinal analysis. *The Gerontologist*, 40(3), 320-326.
- Svenskt demenscentrum (2019). <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vad-ar-demens/>. 2019-10-17.
- Wastesson, J. Unequal drug treatment: age and educational differences among older adults [PhD thesis]. Stockholm: Department of neurobiology and care sciences an society, Karolinska Institutet; 2014.
- Welmer, A-K. Fallolyckor bland äldre. I: Backhans M, Stjernschantz Forsberg J, Lager A (redaktörer). *Folkhälsorapport 2015*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2015. s. 61-65.
- Wang H-X, McDonald SWS, Dekhtyar S, Fratiglioni L. (2017). Association of lifelong exposure to cognitive reserveenhancing factors with dementia risk: A communitybased cohort study. *PLoS Med* 2017;14:e1002251.
- Wu Y-T, Fratiglioni LE, Matthews FE, Lobo A, Breteler MB, Skoog I, et al. Dementia in western Europe: epidemiological evidence and policymaking. *Lancet Neurol* 2016;15:116-24.
- Yasamy M, Dua T, Harper M, Saxena S. Mental health of older adults, addressing a growing concern. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. 2013;10:4-9.

BILAGOR

Bilaga 1. Andel med nedsatt mobilitet

Tabell 1.2 Andel som behöver hjälp att ta sig fram utomhus, som inte kan gå i trappor utan besvär, inte kan promenera raskt (100 meter) utan besvär samt inte kan springa 100 meter. Region Stockholms folkhälsoenkäter 2010, 2014 och 2018*.

	Ta sig fram utomhus			Trappor			Promenera			Springa		
	2010	2014	2018	2010	2014	2018	2010	2014	2018	2010	2014	2018
Kvinnor												
65-69	2,5	2,5	2,9	22,6	19,3		12,3	17,0		36,8	37,2	34,0
70-74	6,4	3,1	4,2	37,2	23,2		22,2	21,8		54,5	46,5	42,2
75-79	10,0	7,4	11,3	42,9	33,5		29,0	28,3		66,8	67,4	60,9
80-84	15,4	17,7	13,4	50,4	49,4		40,9	47,9		77,4	85,1	71,1
85-	33,4	44,6		68,6	68,1		59,0	70,1		91,8	91,5	
Kvinnor totalt	11,4	11,9		40,9	34,8		29,1	36,1		60,9	60,4	
Män												
65-69	2,1	2,7	1,5	18,6	15,8		10,2	22,1		25,7	28,7	21,2
70-74	3,1	2,4	3,4	22,5	18,1		15,1	25,6		38,3	35,1	29,5
75-79	5,9	6,1	4,0	34,6	23,7		23,9	23,3		53,2	49,9	40,2
80-84	10,8	6,6	7,9	44,2	30,9		34,0	32,5		63,6	62,3	61,4
85-	15,0	24,7		58,6	53,5		43,7	57,8		79,1	87,6	
Män totalt	5,3	5,7		29,2	23,4		19,9	29,8		43,2	44,4	
Totalt	8,7	9,1		35,8	29,7		25,0	33,6		53,1	53,2	

* För 2018 saknas uppgifter för åldersgruppen 85 år och äldre för alla variabler. Uppgifter om trappor och promenera 2018 är inte jämförbara med 2010 och 2014 och har därför inte tagits med i analyserna.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har på uppdrag av Region Stockholm, Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES), tillsammans med Aging Research Center (Karolinska Institutet/Stockholms universitet) sammanställt en rapport över hälso-
läget och dess utveckling över tid med fokus på äldre personer.

Studien bygger på en enkätundersökning som genomförs vart fjärde år i Stockholms län som syftar till att kartlägga stockholmarnas hälsa och levnadsvanor.

Resultaten pekar på att det finns ojämlikhet i hälsa och levnadsvanor i den äldre befolkningen. Hälsoläge och levnadsvanor skiljer sig mellan kommuner och stadsdelar, liksom mellan kvinnor och män och olika socioekonomiska grupper.

Rapporten kan utgöra ett planeringsunderlag för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete riktat mot äldre personer och kan också användas vid planering av hälso- och sjukvården och social omsorg.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings- och utvecklingscentrum.

Vxl: 08 690 58 00 // www.aldrecentrum.se

