

SNAC

Swedish National Study on Aging and Care

Äldres liv och hälsa-

Redovisning av SNAC- resultat 2001-2010



Text & layout

Jan Resebo
SNAC- Blekinge
E-post: jan.resebo@lblekinge.se
Telefon: 0768 – 539346

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte	5
Metod	6
Resultat	7
<i>Demografi</i>	7
<i>Socioekonomiska faktorer</i>	8
<i>Ensamboende</i>	8
<i>Kontakt med barn</i>	9
<i>Kontantmarginal</i>	10
<i>Livsstil</i>	11
<i>Alkohol</i>	11
<i>Rökning</i>	13
<i>BMI</i>	14
<i>Motionsvanor</i>	16
<i>Husdjur</i>	18
<i>Funktionsförmåga</i>	19
<i>ADL</i>	19
<i>Rörelsehinder</i>	22
<i>MMT</i>	23
<i>Psykologiska faktorer</i>	24
<i>Ensamhet</i>	24
<i>Nedstämdhet</i>	25
<i>Sömnsvårigheter</i>	26
<i>Vanliga sjukdomar</i>	27
<i>Hypertoni</i>	27
<i>Diabetes typ II</i>	30
<i>Informell hjälp</i>	31
<i>Livsupplevelse</i>	33
Avslutande kommentarer	36

Bakgrund och syfte

Den nationella studien av åldrandet och vården och omsorgen SNAC, Swedish National study on Aging and Care – startade år 2000 på regeringens initiativ som en del av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113). Studien syftar till att genom uppbyggnaden av longitudinella områdesdatabaser inom äldreområdet skapa förutsättningar för forskning och analys av olika frågor kring åldrandet, uppkomsten av vårdbehoven hos de äldre och hur dessa behov möts på bästa sätt.

Studien avser att ge information om vilken betydelse bland annat omgivning, livsstil och tidigare sjukdomar har för hälsa och välbefinnande på äldre dagar. Genom tvärvetenskapliga undersökningar, intervjuer och enkäter som upprepas med tre eller sex års intervall kartläggs förändringar över tiden av såväl ohälsa, funktionsförmåga, psykiskt tillstånd, upplevd livskvalitet som sociala förhållanden och kontakter med vård- och omsorgssystemet.

Följande kommuner och landsting är engagerade i SNAC-projektet:

- Region Skåne (Landstinget Skåne län) och kommunerna Eslöv, Hässleholm (endast befolkningsdelen), Malmö, Osby och Ystad
- Landstinget Blekinge och Karlskrona kommun
- Stockholms läns landsting och Stockholms stad (område: stadsdelen Kungsholmen)
- Gävleborgs läns landsting och Nordanstigs kommun

Urvalet av äldre personer i de deltagande områdena omfattar tio representativa kohorter i åldrarna 60, 66, 72, 78, 81, 84, 87, 90, 93 och 96 år. Varje person undersöks med ett omfattande frågebatteri avseende såväl sociala, medicinska som psykologiska förhållanden. Olika tester avseende fysisk och psykisk förmåga ingår också i undersökningen. För de äldre personer som inte kan komma till undersökningen görs hembesök. För personer som har svårt att orka med en hel undersökning reduceras datainsamlingen.

Den första s.k. baslinjeundersökningen sattes igång i samtliga fyra områden i mars 2001 och avslutades under åren 2003 - 2004. Sammanlagt undersöktes 8452 personer i de fyra områdena.

En återundersökning omfattande samtliga aktuella åldersgrupper sattes igång år 2007 och avslutades år 2010. Undersökningen omfattade samtliga i studien ingående, ej avlidna personer tillsammans med en ny kohort 60- resp. 81-åringar. Inför undersökningen av de nya kohorterna gjordes en mindre revidering av det nationella baslinjeprotokollet med utgångspunkt från resultaten av de tidigare undersökningarna. I denna omgång undersöktes totalt omkring 5126 tidigare undersökta personer samt 1161 nytillkomna 60- och 81-åringar.

Bortfallet i SNAC-befolkningsstudien är att betrakta som lågt vid en internationell jämförelse – särskilt med beaktande av den omfattande tidsinsats som deltagarna frivilligt ger. Analyser av bortfallet, som gjorts på data från SNAC-Kungsholmen, verkar styrka att detta inte är selektivt och att erhållna resultat alltså bör kunna generaliseras till hela den studerade befolkningen.

Denna rapport avser framför allt att spegla den utveckling som skett mellan baslinjeundersökningen (2001 – 2004) och återundersökningen (2007 – 2010), d v s skillnader mellan jämnåriga människor födda med sex års mellanrum.

Metod

Resultatredovisningen tar sin utgångspunkt i att beskriva materialet ur perspektivet: *storstad och övriga orter*. Till storstad räknas Malmö och Kungsholmens stadsdel i Stockholm. De övriga representeras av kommunerna Ystad, Hässleholm, Eslöv, Osby, Karlskrona och Nordanstig.

Av figurerna kommer att framgå de förändringar som skett mellan baslinjeundersökning och återundersökning. I de fall det finns intressanta skillnader mellan kvinnor och män samt mellan olika åldersgrupper så kommer detta att framgå i figur- eller textform.

En indelning har gjorts i åldersgrupper 60-78, 81-87 samt 90 år och äldre. Eftersom fördelning på ålder inom åldersgrupperna kan skilja mellan storstad och övriga orter respektive mellan undersökningstillfällena redovisas allt material åldersstandardiserat.

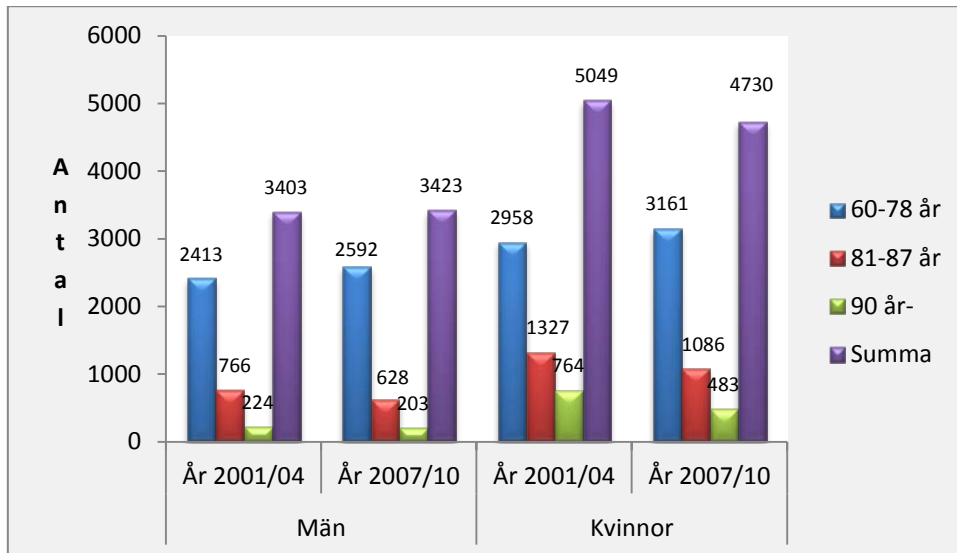
Urvalet i SNAC-undersökningen, omkring 8000 personer vid båda undersökningarna, är så pass stort att en avvikelse i andelar på någon enstaka procent är statistiskt säkerställd vid jämförelser som gäller materialet som helhet. Vid jämförelse mellan två jämnstora delgrupper som storstad vs. övriga orter eller män och kvinnor är cirka två procents avvikelse tillräckligt och ännu mindre om prevalensen är låg. Vid jämförelse mellan åldersgrupper - speciellt gruppen 90 år och äldre gentemot övriga åldersgrupper - krävs en betydligt större avvikelse för statistisk signifikans, 4-6% beroende på prevalens. I fortsättningen kommenteras särskilt om observerade skillnader inte är statistiskt säkerställda.

Bortfallet i undersökningen ligger mellan 25 och 40 %, men bedöms inte vare selektivt med avseende på ohälsa i någon högre grad. Helt klart är dock att invandrargrupper kan vara underrepresenterade och att dessa kan ha en avvikande hälso- och livsprofil. Resultaten får bedömas med hänsyn till detta. Det interna bortfallet på varje fråga varierar varför det totala antalet svarande anges i samband med varje avsnitt.

Resultat

Demografi

Figur 1 visar antal undersökta personer, fördelat på ålder och kön.

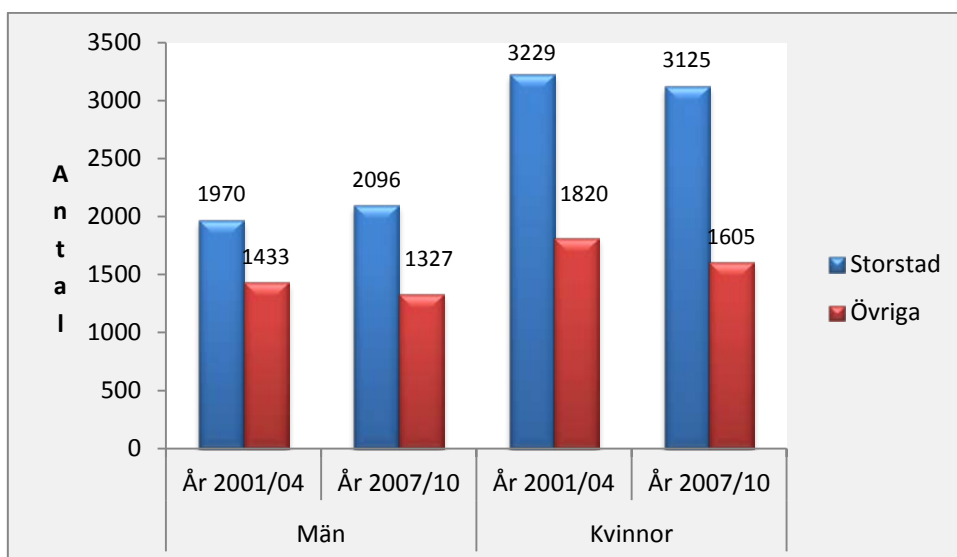


Figur 1 Fördelning på ålder och kön, år 2001/04 och 2007/10

Totalt deltog 8452 personer år 2001/04 och 8153 personer år 2007/10. Andelen män utgjorde, totalt sett, 40 procent år 2001/04 och 42 procent år 2007/10.

Även om det genomfördes ett nytt intag av 60- och 81- åringar i samband med återundersökningen år 2007/10 så har det totala antalet deltagare sjunkit, pga dödlighet och annat bortfall av tidigare undersökta personer.

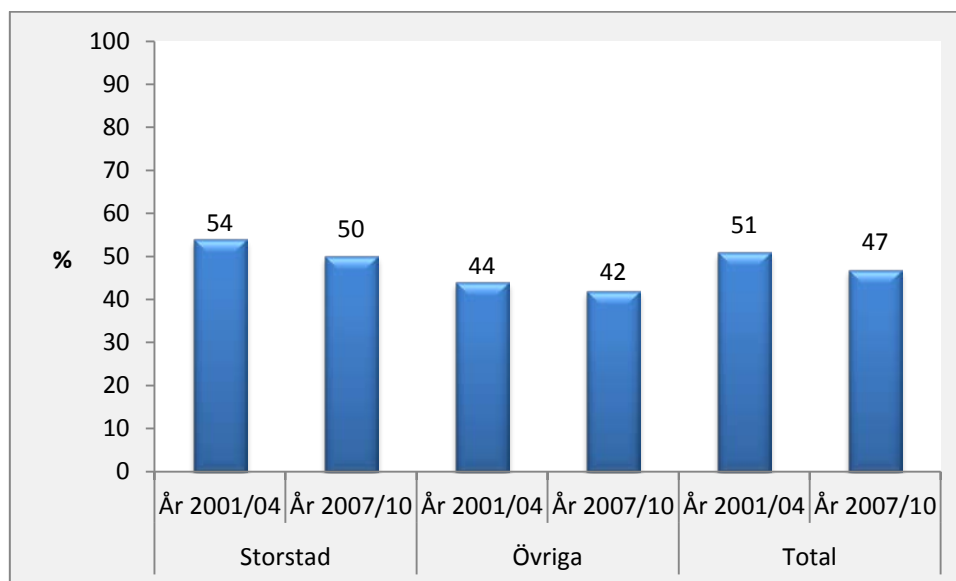
Fördelningen av deltagare med avseende på bostadsort framgår av figur 2.



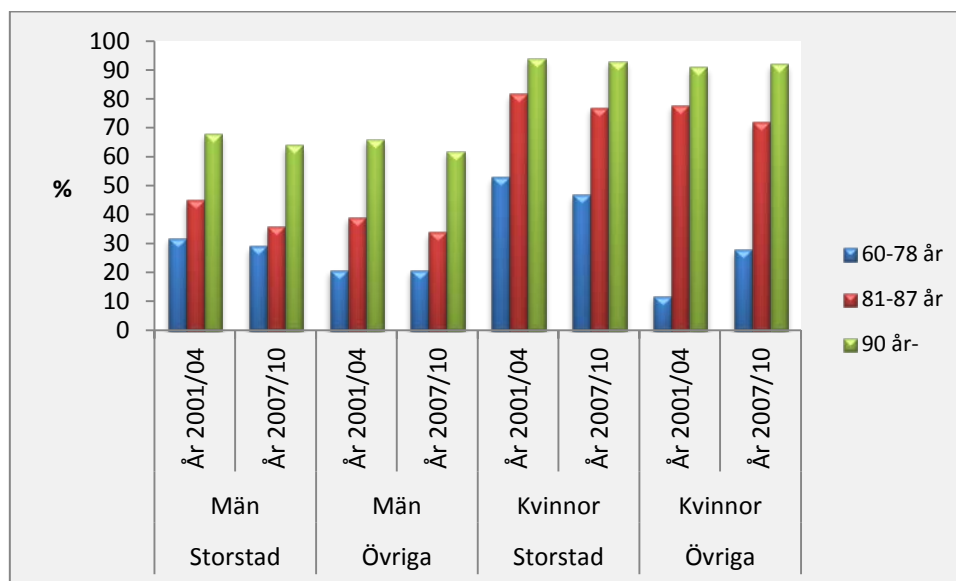
Figur 2 Antal kvinnor och män fördelat på storstad och övriga

Socioekonomiska faktorer

Ensamboende (n= 8147 år 2001/04 resp. 7811 år 2007/10)



Figur 3 Andel ensamboende fördelat på bostadsort



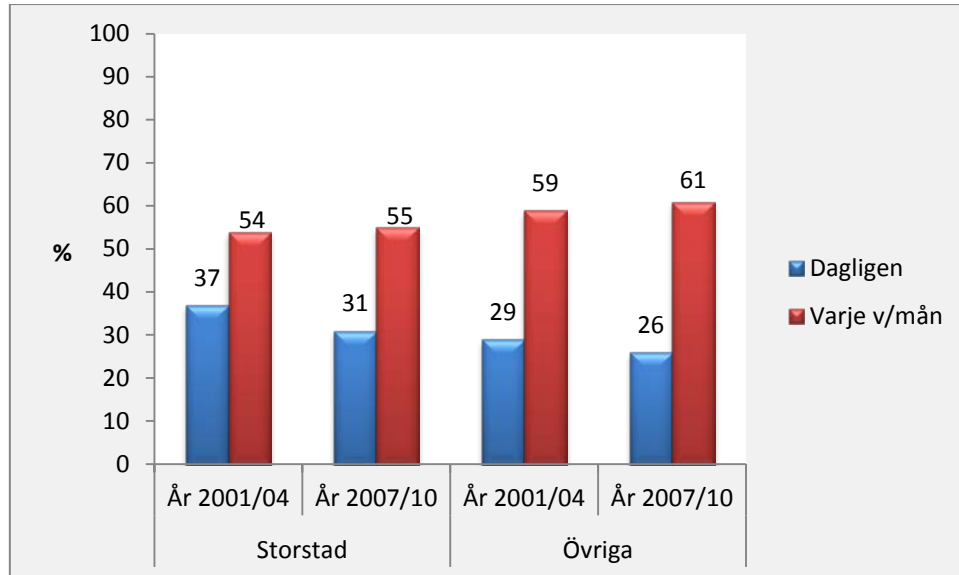
Figur 4 Andel ensamboende, köns-, ålders- och boendefördelat

En jämförelse mellan kvinnor och män, olika åldrar samt storstad och övriga orter visar att andelen ensamboende minskar fränsett kvinnor 60-78 år boende på övriga orter ($p=0,05$).

En jämförelse mellan 2007 och 2001 års 60- och 81- åringar visar att andelen ensamboende sjunker även i dessa grupper. För 60- åringar från 34 till 28 procent. Motsvarande för 81- åringar är från 57 till 53 procent.

Kontakt med barn (n= 5738 år 2001/04 resp. 5890 år 2007/10)

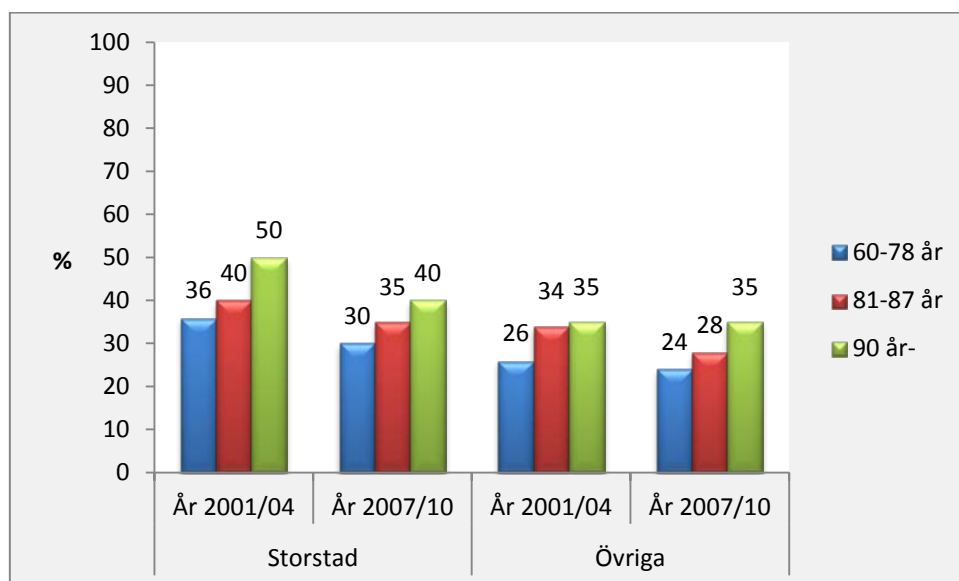
Merparten i vår population har barn och regelbundenheten i kontakten med barnen åskådliggörs i figur 5. Kontakten kan vara både personliga möten, telefonkontakt eller via internet etc.



Figur 5 Kontakt med barn

Det framkommer att 80 till 90 procent av de äldre har kontakt med sina barn dagligen eller åtminstone varje vecka/månad.

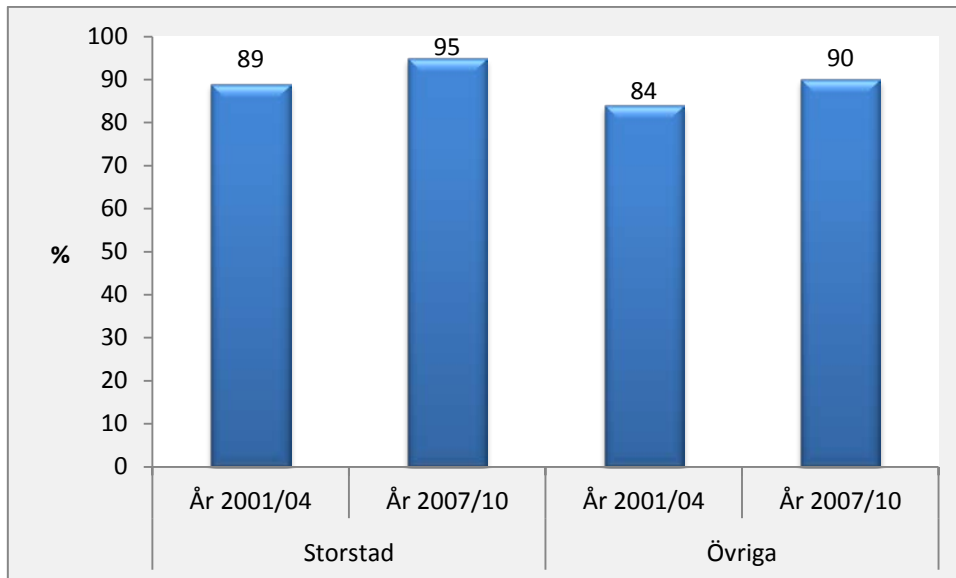
När det gäller daglig kontakt så ökar frekvensen i takt med stigande ålder men har sjunkit över tid (se figur 6). Dessutom framkommer i materialet att det är något vanligare att personer i storstäder har dagliga kontakter än de som bor på mindre orter.



Figur 6 Daglig kontakt med barn, åldersfördelat

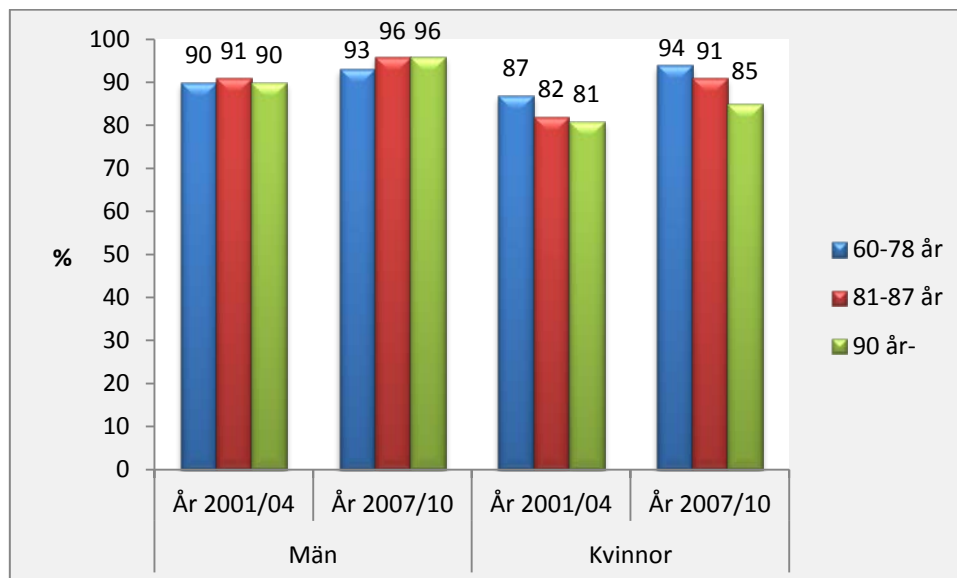
Kontantmarginal (n= 7426 år 2001/04 resp. 6001 år 2007/10)

Att inte ha en kontantmarginal, dvs. inte ha möjlighet att på en vecka kunna skaffa fram 15 000 kronor ses ibland som en indikator på ekonomisk stress och kan påverka hälsan i negativ riktning. Vår population ställdes inför frågan att ”om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15 000 kronor (14 000 år 2001), skulle du klara det?”



Figur 7 Kan få fram 15.000 kronor inom en vecka

Andelen personer med möjlighet att inom en vecka kunna få fram medel för oförutsedda utgifter motsvarande 15 000 kronor ökar. Detta är en positiv utveckling över tid. Det finns skillnader mellan kvinnor och män samt mellan de olika åldersklasserna. Detta framgår av följande figur.



Figur 8 Kan få fram 15.000 kronor inom en vecka, köns- och åldersfördelat

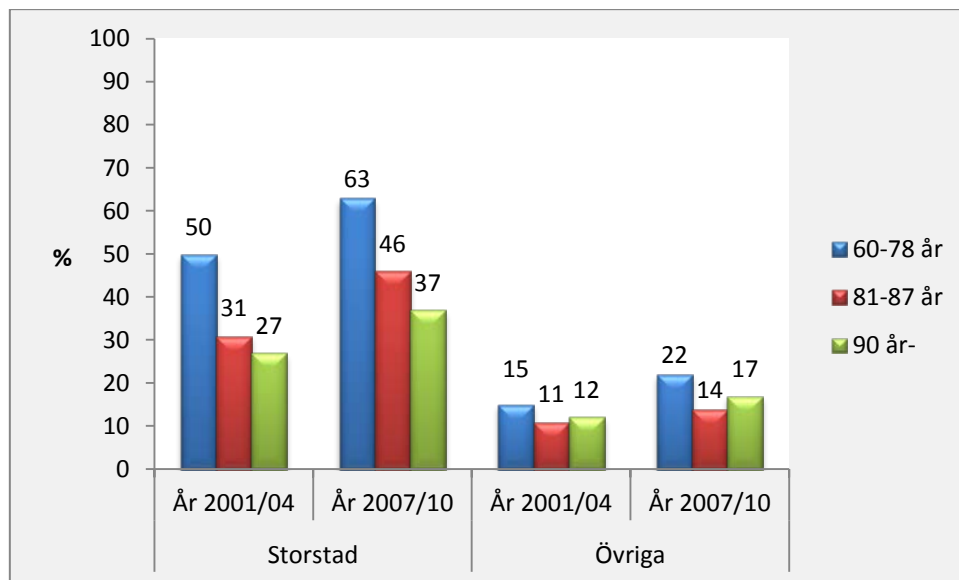
Figuren visar att kvinnor inte har kontantmarginal i samma utsträckning som män. Dessutom minskar kontantmarginalen för kvinnorna i takt med ökad ålder men över tid har det skett en positiv utveckling.

De nyintagna 60- och 81- åringarna uppvisar samma positiva utveckling som materialet i stort. Andelen med kontantmarginal hos 60- åringarna ökar från 91 till 92 procent och hos 81- åringarna från 93 till 95 procent.

Livsstil

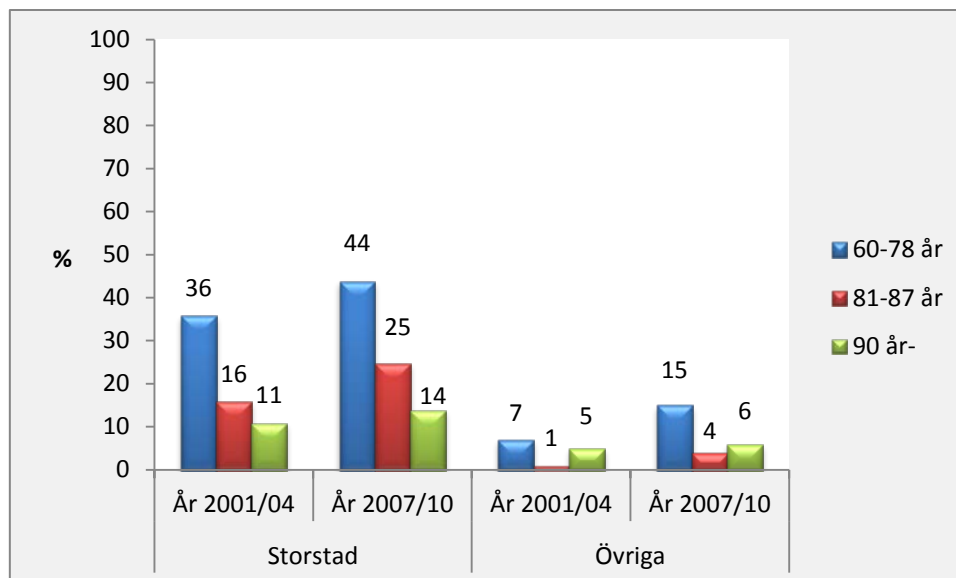
Alkohol (n= 8056 år 2001/04 resp. 7604 år 2007/10)

På frågan om i vilken omfattning alkoholintag sker så varierar svaren från aldrig till fyra gånger eller mer i veckan. Andelen som uppger att de aldrig dricker alkohol, totalt sett, uppgick år 2001/04 till 24 procent och år 2007/10 till 18 procent. Det har skett en stark ökning av andelen som intar alkohol 2-4 ggr/v och andelen är mycket högre i storstad än i övriga orter. Det bör dock kommenteras att data inte analyserats med tanke på kvantitet varför ökningen kan bero på ett glas vin då och då.



Figur 9 Andel som dricker alkohol 2-4 ggr/vecka, män

Bland männen använder den yngsta åldersgruppen alkohol oftare än de äldre. Detta oavsett om man bor i en större eller mindre ort.



Figur 10 Andel som dricker alkohol 2-4 ggr/vecka, kvinnor

Kvinnorna uppvisar samma mönster som männen nämligen, den yngsta åldersgruppen är de som förhållandevis oftare använder alkohol än de äldre.

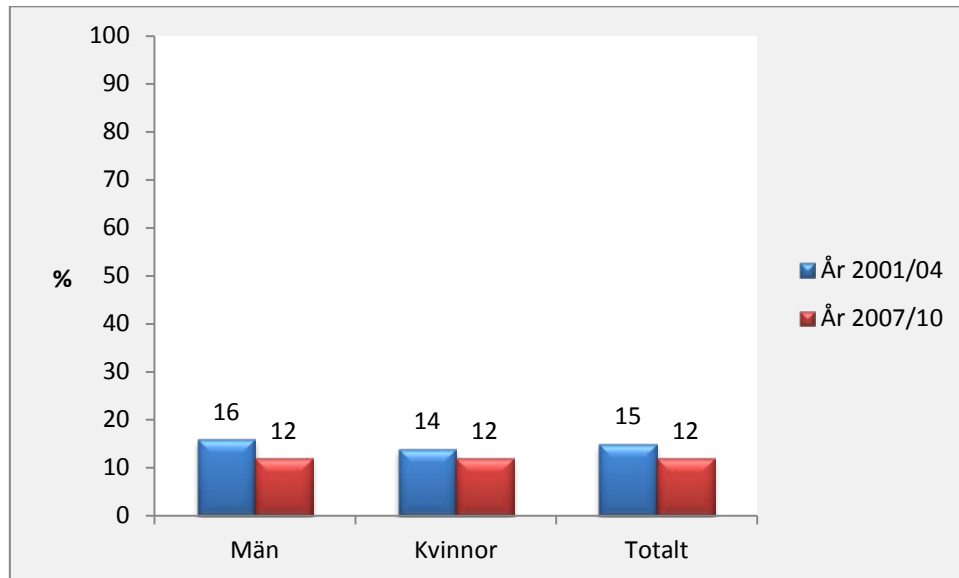
Figuren visar också att det är stor skillnad mellan dryckesvanorna om personerna bor i storstadsregioner jämfört med de som bor på mindre orter. Det är betydligt vanligare att använda alkohol bland dem som bor i storstad.

Totalt sett ökar dock alkoholkonsumtionen oavsett kön, ålder eller bostadsort.

De nya 60-åringarna år 2007/10 uppvisar samma mönster som 60-åringarna år 2001 medan 25 procent av 81-åringarna år 2007/10 uppger alkoholintag 2-4 ggr/v jämfört med tidigare 15 procent.

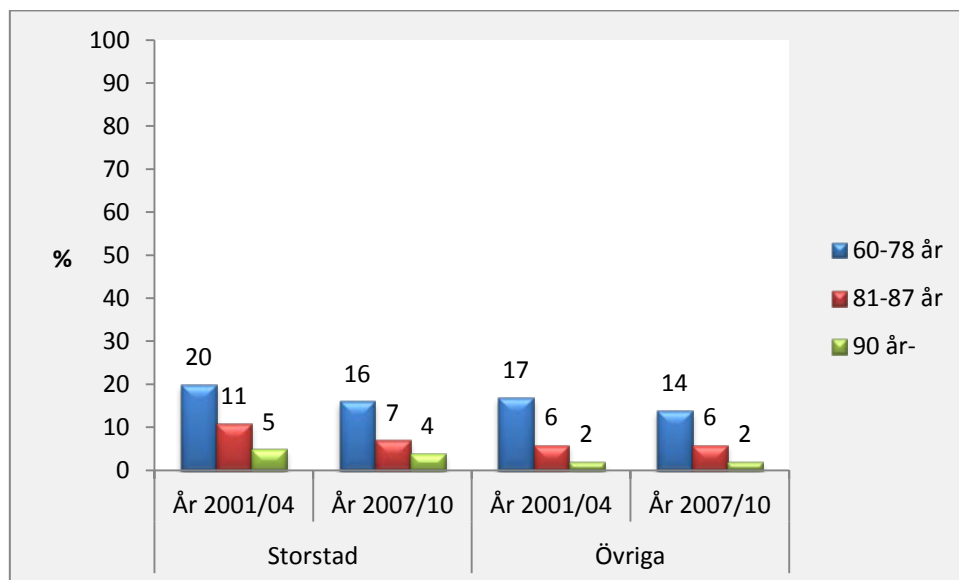
Rökning (n= 7982 år 2001/04 resp. 7771 år 2007/10)

Totalt sett utgör de som aldrig rökt eller slutat röka 85 procent år 2001/04 och 88 procent år 2007/10. Andelen rökare fördelar sig efter kön enligt nedanstående figur.



Figur 11 Andel som röker regelbundet/ibland, könsfördelat

Över tid sjunker andelen rökare i populationen.



Figur 12 Andel som röker regelbundet/ibland, ålders- och boendefördelat

Av figuren framkommer att det är något vanligare att röka bland de som bor i storstadsområdena.

År 2001/04 rökte 20 procent av 60- åringarna regelbundet medan motsvarande för de nya 60- åringarna år 2007/10 var 14 procent. Åtta respektive sex procent för 81- åringarna.

BMI (n= 7795 år 2001/04 resp. 7175 år 2007/10)

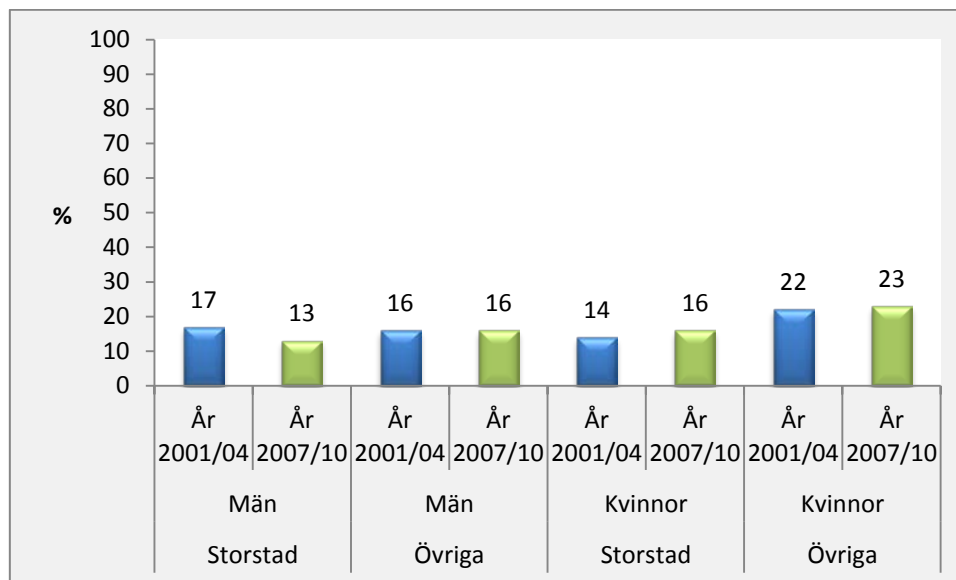
BMI är förkortning för Body Mass Index, kroppsmasseindex. BMI anger relationen mellan vikt och längd enligt beräkningen $BMI = \text{kroppsvikt (kg)} / (\text{kroppslängd} * \text{kroppslängd (m)})$. För en person med en viss längd ökar BMI med ökande vikt. Det finns i litteraturen olika gränsvärden för vad som skall räknas som övervikt.

Nedanstående tabell visar de gränsvärden WHO angav 2008 och som gäller vuxna. Numera gäller samma gränsvärden för kvinnor som för män

Tabell 1 BMI, gränsvärden

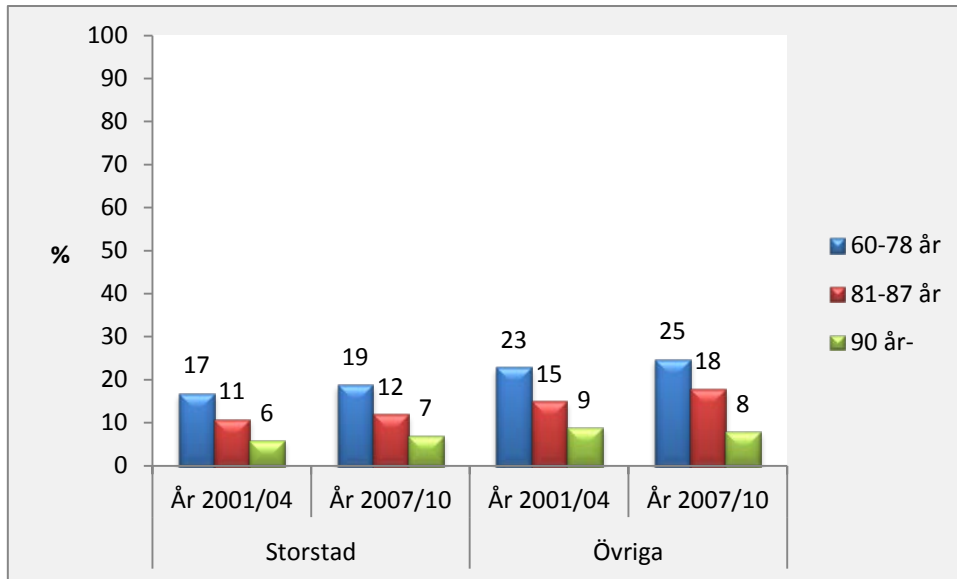
Viktclasser	
Underviktiga	<18.50
Normalviktiga	18.50 - 24.99
Överviktiga	≥25.00
Kraftigt överviktiga	≥30.00

För deltagarna i SNAC- studien har en uppdelning mellan bostadsort, män, kvinnor och åldersklasser genomförts och resultatet framgår av följande figurer.



Figur 13 Andel med BMI > 30

Andelen personer som kan klassificeras som kraftigt överviktiga, enligt WHO's definition, ligger ganska stabilt över tid och utgör, totalt sett, nästan var femte person i denna studie. Andelen är något lägre i storstadsregionerna än övriga orter, fr a när det gäller kvinnor.



Figur 14 Andel med BMI > 30, ålders- och boendefördelat

Kraftigt överviktiga återfinns inom samtliga åldersgrupper. Tydligaste skillnaden återfinns bland kvinnor 60-78 år där det mer vanligt med övervikt på de mindre orterna än i storstadsregionerna.

Andelen kraftigt överviktiga är densamma hos de nya 60- och 81- åringarna som hos dem som ingick i undersökningen år 2001/04. I materialet återfinns vi cirka fem procent underviktiga vid båda undersökningstillfällena och en stabil nivå på 77 till 78 procent normalviktiga mellan de båda undersökningstillfällena.

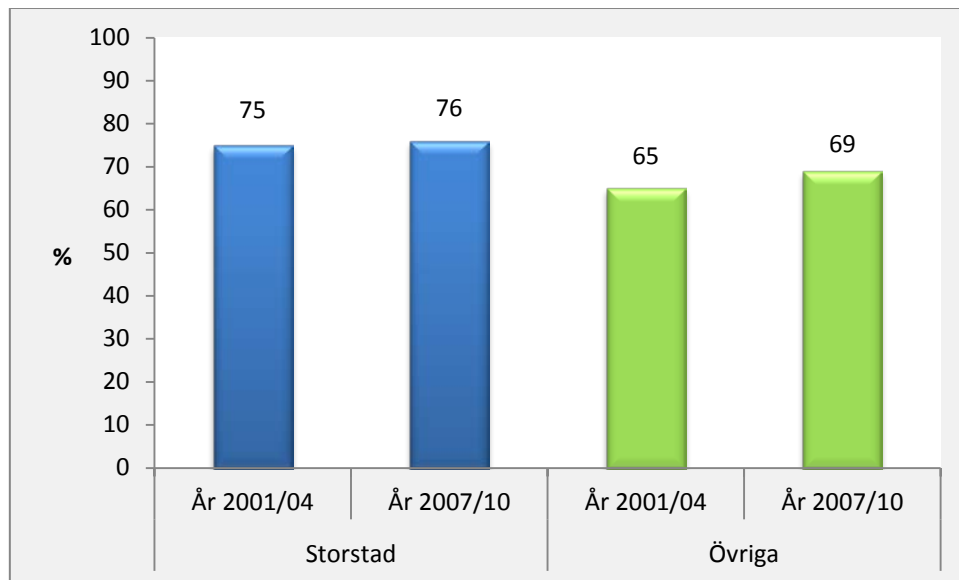
Motionsvanor (n= 7009 år 2001/04 resp. 6994 år 2007/10)

God muskelstyrka och balans behövs i vardagen. Åldrandet innebär att muskelstyrkan, rörelseförmågan, balansen och konditionen förändras. Genom regelbunden motion och träning kan man se till att behålla så mycket som möjligt av sin fysiska kapacitet. En god balans och smidighet ökar rörelseförmågan och rörelsesäkerheten och minskar på det sättet risken för fallolyckor och skador orsakade av fallolyckor.

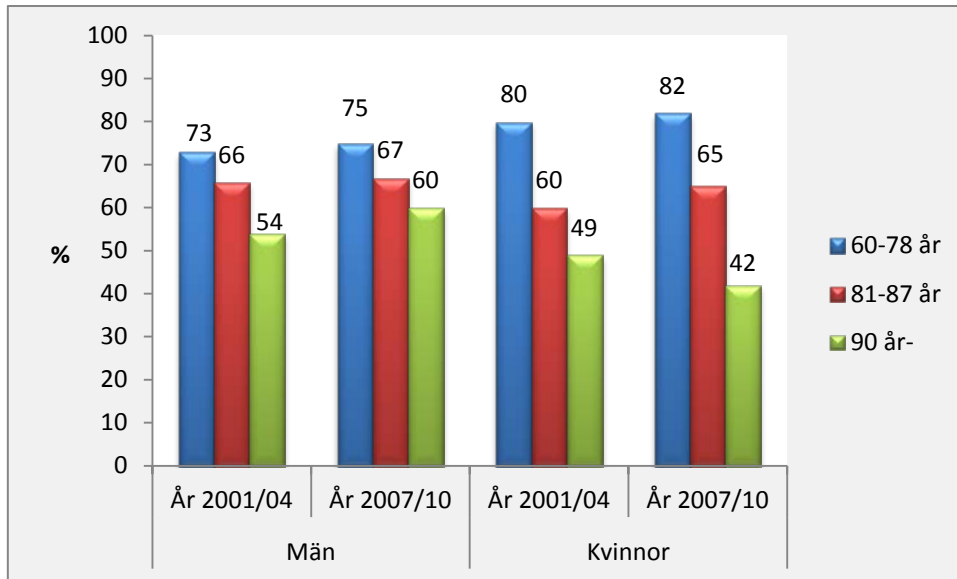
I vår studie uppger drygt 11 procent att de aldrig ägnar sig åt motion. Det finns stora skillnader mellan de olika åldersgrupperna. Exempelvis så är det enbart 6 procent bland de yngsta jämfört med 39 procent bland de allra äldsta som uppger att de aldrig motionerar.

Motionsvanorna ser ut att öka över tid men kan inte signifikant säkerställas. Utfallet ser lite olika ut bland kvinnor och män samt om man bor i en storstadsregion eller ej.

Efterföljande figurer illustrerar några exempel.

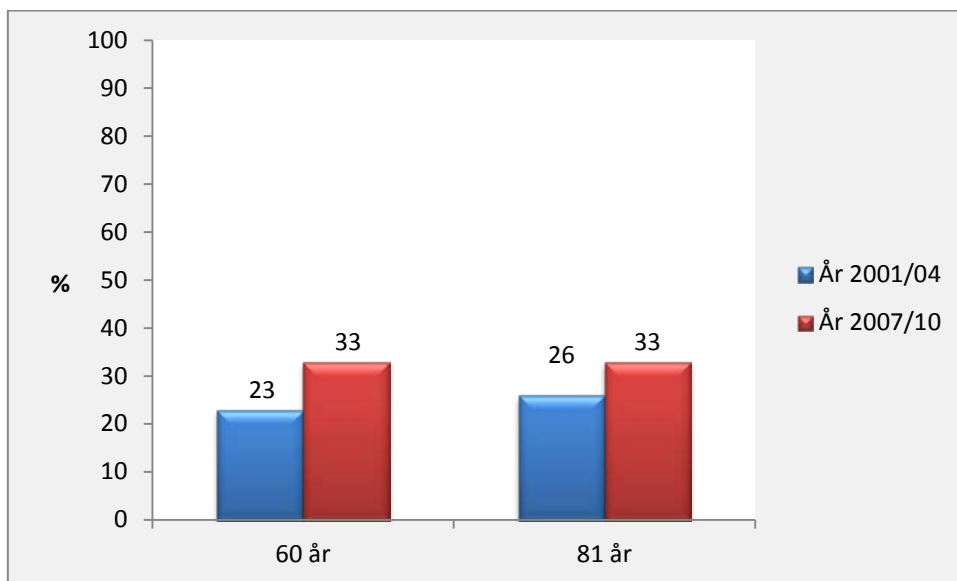


Figur 15 Andel personer som genomför lättare motion varje vecka eller dagligen



Figur 16 Lättare motion varje vecka eller dagligen, könsfördelat

Lättare regelbunden motion förekommer inom samtliga åldersgrupper men minskar i takt med stigande ålder. De äldsta männen motionerar i något högre grad än kvinnorna i motsvarande ålder.



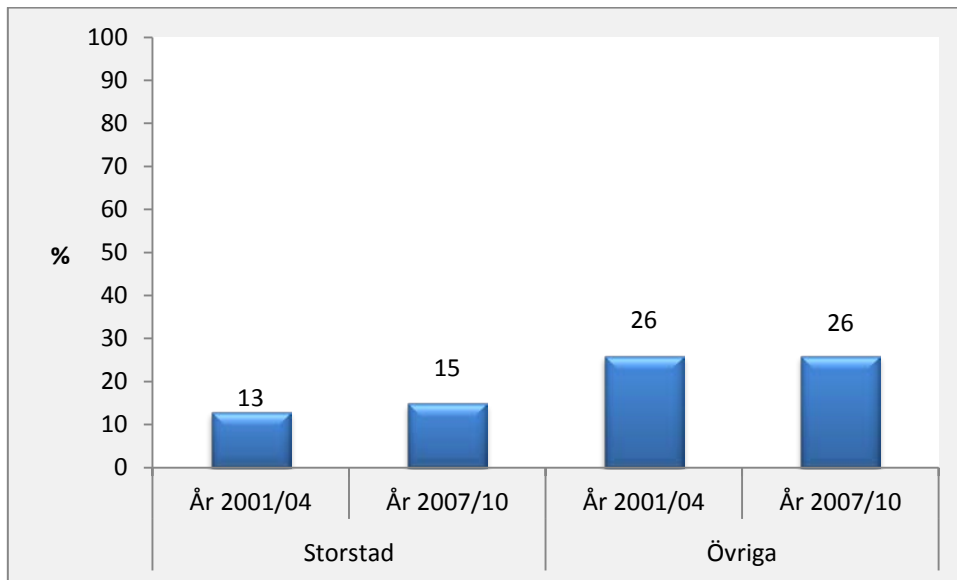
Figur 17 Daglig motion, 2001 och 2007 års 60- och 81- åringar

Den positiva utvecklingen består i att daglig motion är något vanligare hos de som tillkommit i 2007/10 år undersökning. En förändring från var fjärde till var tredje person oavsett ålder.

Husdjur (n= 7200 år 2001/04 resp. 6568 år 2007/10)

Husdjur kan fylla en social roll i äldre vuxnas liv. Ett husdjur erbjuder en möjlighet att träffa andra människor, att prata om sitt husdjur. Gå ut med hunden är motion för både personen själv och husdjuret.

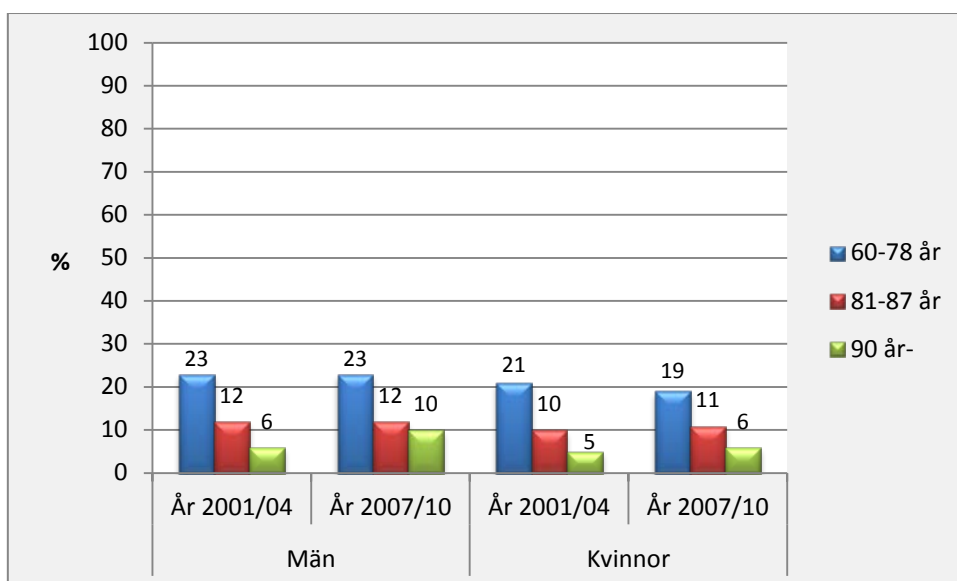
I vår redovisning har vi valt att inte ta hänsyn till vilken sorts husdjur som populationen har. Det bör även nämnas att de som bor på institution inte är medräknade i detta sammanhang.



Figur 18 Tillgång till husdjur

Det framkommer att det är betydligt vanligare att ha husdjur om man bor på mindre orter jämfört med storstäder.

Är det någon skillnad mellan mäns och kvinnors samt yngres och äldres tillgång till husdjur?



Figur 19 Tillgång till husdjur

Av figuren framkommer att det inte är någon speciell skillnad mellan kvinnor och män när det gäller tillgång till husdjur och att det inte har skett någon förändring över tid. Däremot är det mer sällsynt att ha husdjur ju äldre man blir.

Funktionsförmåga

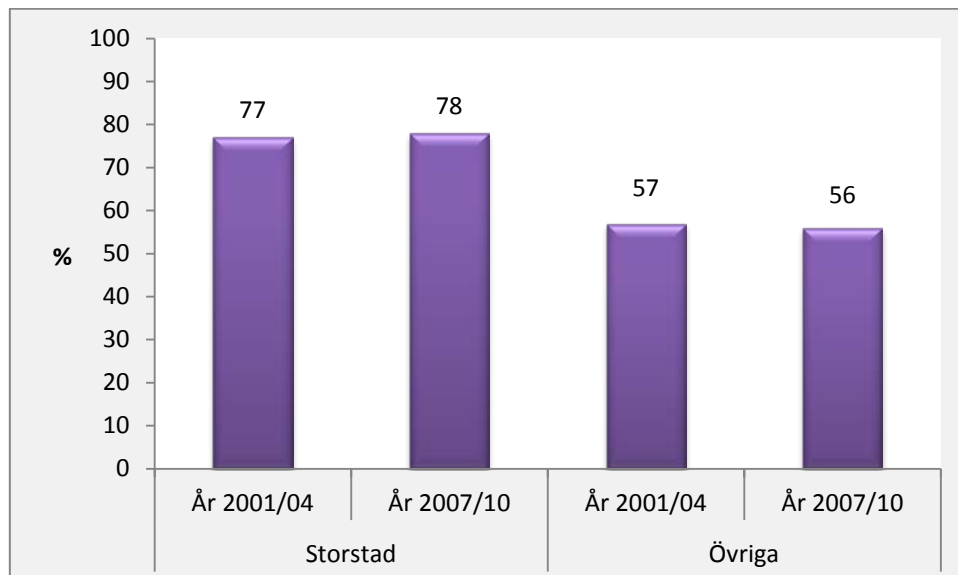
ADL

Begreppet aktiviteter i det dagliga livet (ADL) introducerades under 1960- talet av geriatikern Sidney Katz för att få ett mått på långvårdspatienters vårdtyngd (Katz et al., 1963). Med ADL menade han aktiviteter för dagligt liv som att t.ex. kunna klä på sig, äta och bada själv.

Begreppet har senare differentierats till IADL och PADL. IADL (instrumentell ADL) inbegriper förmågor som städning, matinköp, matlagning, städning samt transport (förmåga att utnyttja allmän kommunikation) medan PADL (personlig ADL) handlar om badning, på- och avklädning, toalettbesök, födointag samt förflyttningsförmåga. Funktionsmått har kommit att få en stor betydelse för att uppskatta vård- och omsorgsbehov, samt kostnaderna för dessa, såväl inom slutenvården som inom äldreomsorgen.

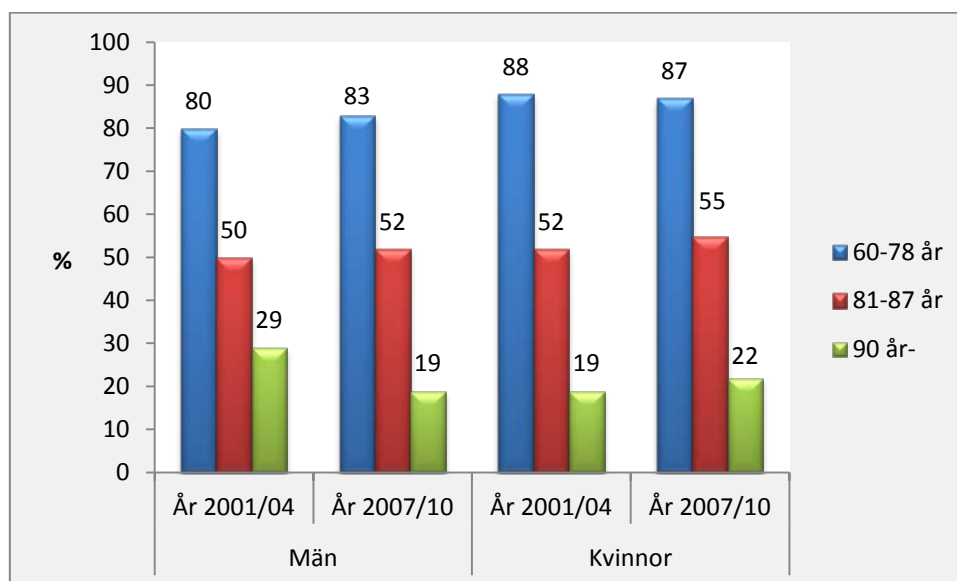
Utfallet för varje variabel är ”beroende” eller ”oberoende” och oberoende innebär att personen själv klarar uppgiften vid behov. En sammanställning av våra deltagares funktionsförmåga framgår av figurerna som följer.

IADL (n= 8051 år 2001/04 resp. 7570 år 2007/10)



Figur 20 IADL, andel helt oberoende

Som framgår av figuren är merparten i vår population helt oberoende när det gäller instrumentella dagliga aktiviteter. Bäst resultat återfinns i storstadsregionerna.

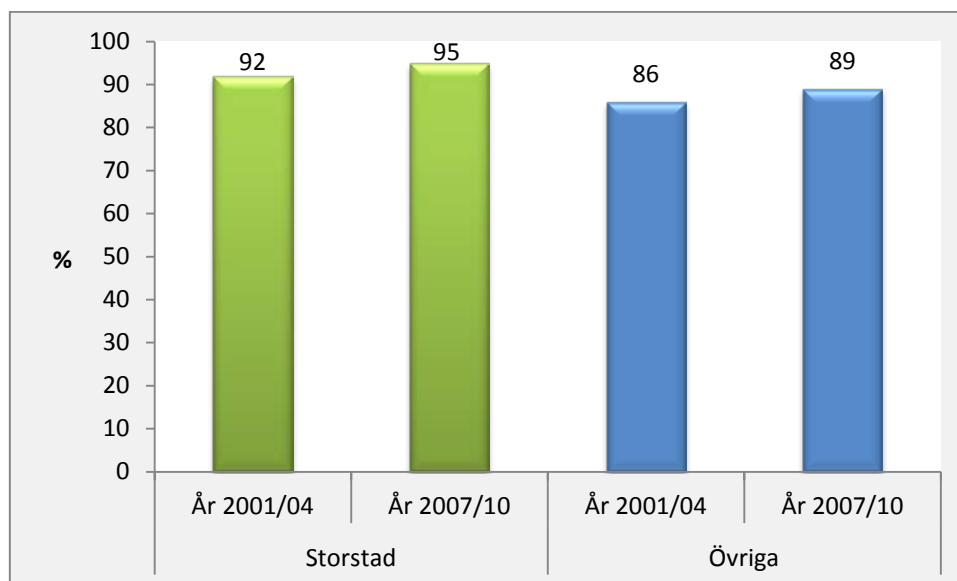


Figur 21 IADL, andel helt oberoende, ålders- och könsfördelat

Andelen helt oberoende sjunker i takt med stigande ålder och bland de som är 90 år eller äldre är det enbart cirka var femte person, oavsett kön, som anser sig helt oberoende för IADL-aktiviteter.

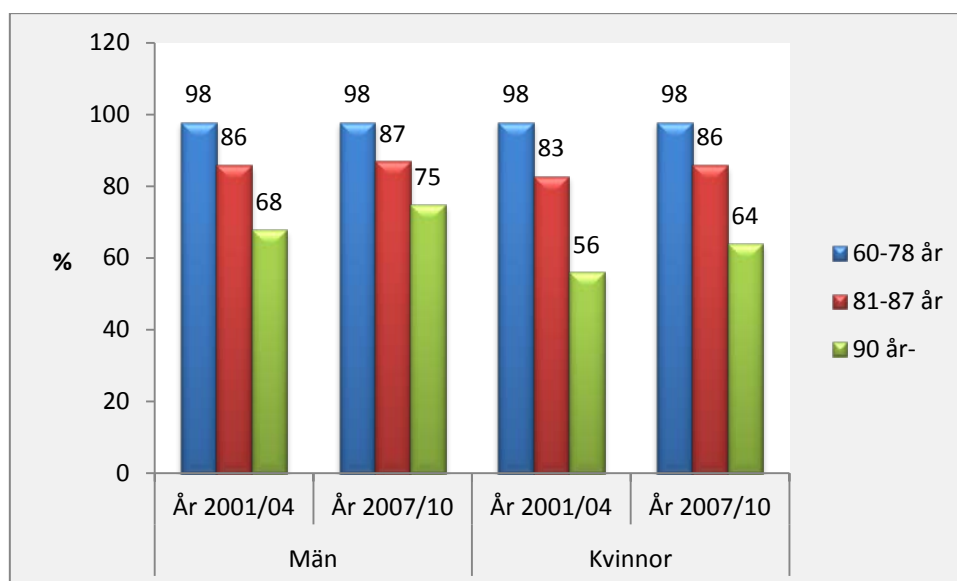
PADL (n= 8230 år 2001/04 resp. 7671 år 2007/10)

När det gäller personliga dagliga aktiviteter framkommer följande resultat.



Figur 22 PADL, andel helt oberoende

Som framgår anser de flesta att de är helt oberoende när det gäller personliga aktiviteter.

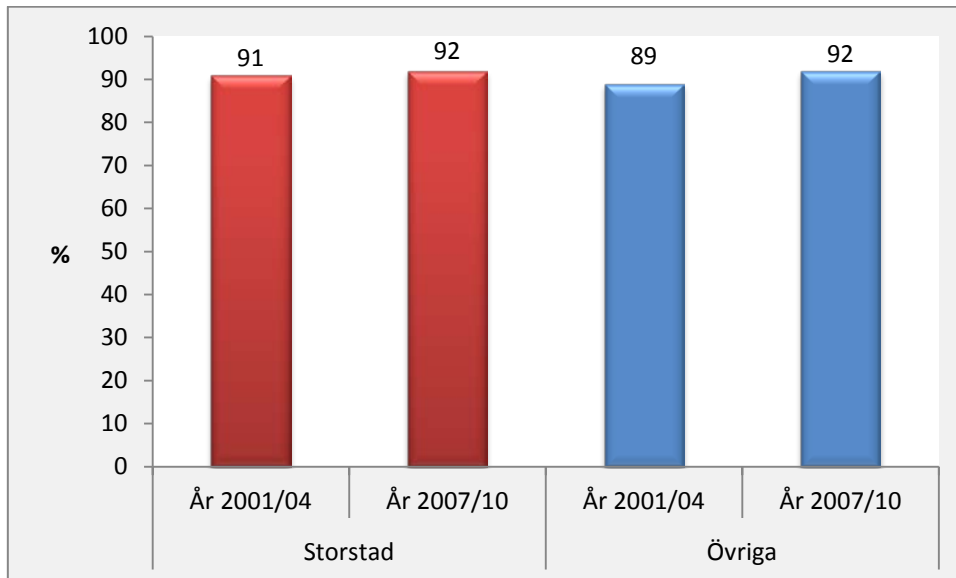


Figur 23 PADL, andel helt oberoende, ålders- och könsfördelat

Andelen helt oberoende sjunker visserligen i takt med stigande ålder men inte i samma omfattning som de instrumentella aktiviteterna. Vi ser även att det skett en förbättring över tid. Det är inte heller någon större skillnad mellan män och kvinnor, frånsett den allra äldsta åldersgruppen, men andelen ADL-oberoende är högre i storstaden än i övriga orter.

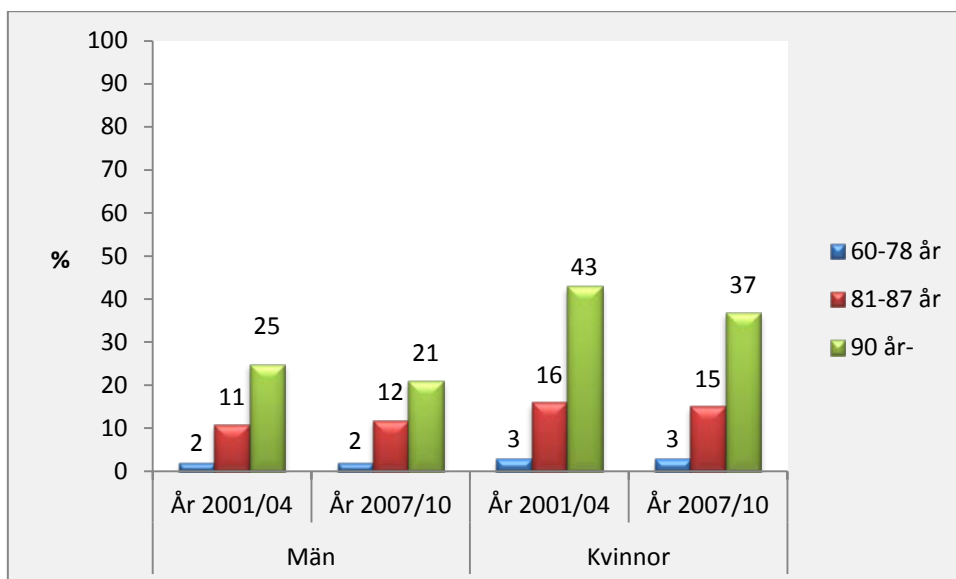
Rörelsehinder (n= 8356 år 2001/04 resp. 7779 år 2007/10)

Olika grader av rörelsehinder avser huruvida personen kan gå utan svårigheter (inga rörelsehinder), kan gå utomhus med hjälpmedel och klarar mindre trappor (lätta rörelsehinder), kan röra sig inomhus med hjälpmedel men klarar inte trappor eller förflyttning utomhus (svåra rörelsehinder) eller om personen är beroende av levande stöd, är rullstolsburen eller sängbunden (mycket svåra rörelsehinder).



Figur 24 Andel med inga eller lätta rörelsehinder

Totalt sett framkommer att förmågan att röra sig inte heller är nedsatt hos de flesta.



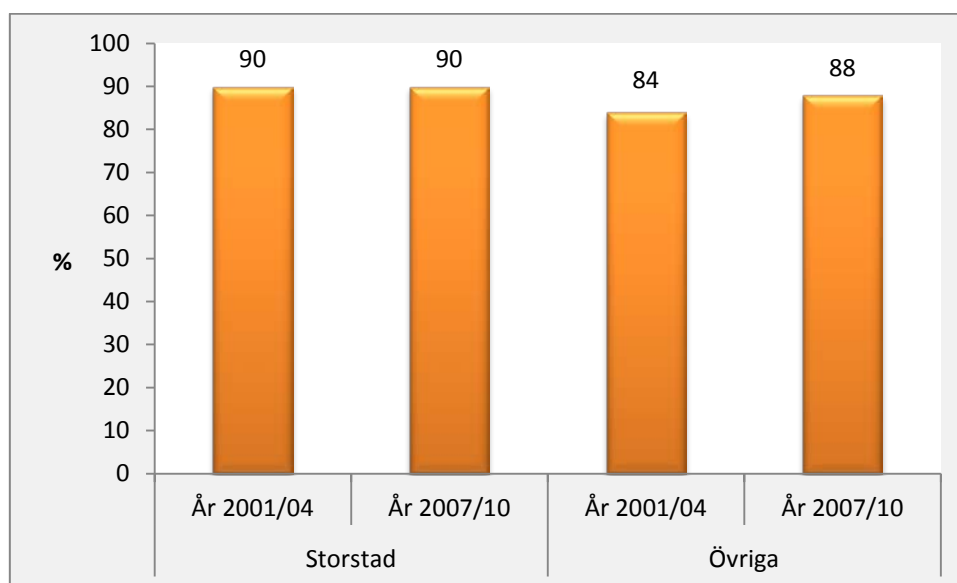
Figur 25 Andel med svåra eller mycket svåra rörelsehinder

Rörelseförmågan begränsas i takt med stigande ålder och en jämförelse mellan kvinnor och män visar att kvinnor i något högre grad har begränsad rörelseförmåga. Den minskade andelen med svåra rörelsehinder som återfinns i gruppen 90 år eller äldre är inte statistiskt signifikant. Totalt sett är det dock nio av tio äldre som inte har en svårt begränsad förmåga.

MMT (Mini Mental Test), kognition (n= 7939 år 2001/04 resp. 6969 år 2007/10)

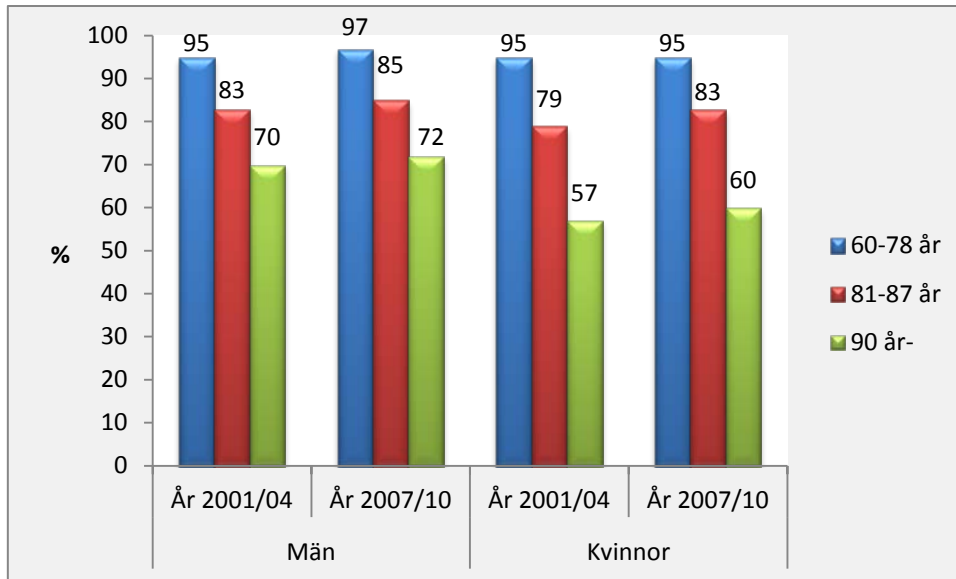
Kognition är en psykologisk term och kan kort förklaras som en samlingsterm för de mentala processer, normalt viljestyrda, som handlar om kunskap, tänkande och information. I våra undersökningar används MMT. Detta är ett enkelt och ofta använt test som ger en grov uppskattning av den kognitiva förmågan (minne, inlärning etc). Testpersonen ombeds bl a besvara frågor, rita enkla figurer och upprepa några ord som testledaren säger. Resultatet anges i poäng med 30 som maxpoäng. Ju högre poäng desto bättre men det bör betonas att MMT inte är något diagnosinstrument utan ett test som mäter kognitiva funktioner och förändringar i dessa.

En person som har ≥ 24 poäng klassificeras som en person med ej nedsatt kognitiv förmåga och i figur 27 framkommer hur det ser ut i vårt material.



Figur 26 Andel med MMT ≥ 24 poäng

Som framgår har merparten i vår studie ingen nedsatt kognitiv förmåga och inte heller är det någon skillnad beroende på om man bor i storstad eller på mindre orter.



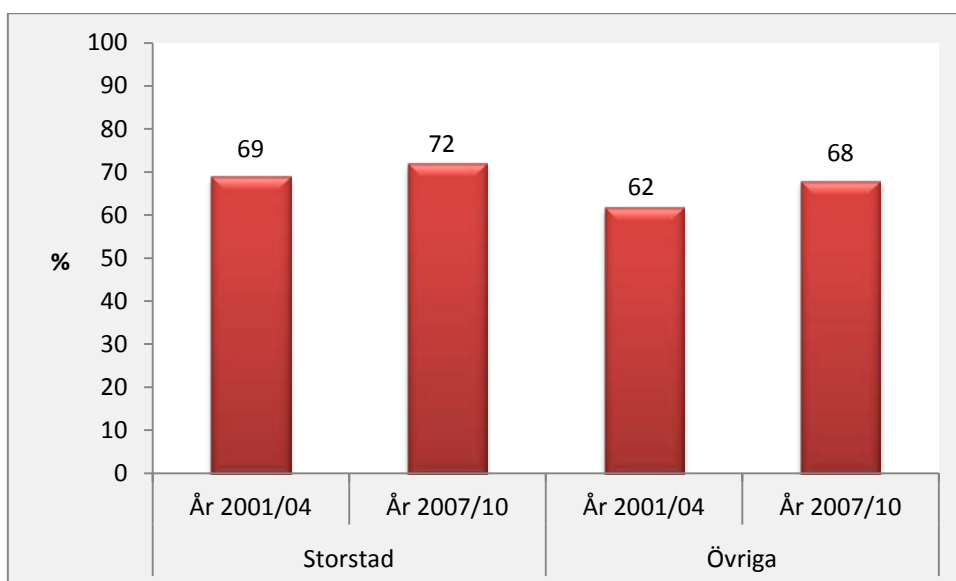
Figur 27 Andel med MMT \geq 24 poäng, köns- och åldersfördelat

Vi kan konstatera att den kognitiva förmågan avtar i takt med stigande ålder. De till synes positiva förändringar som skett mellan de olika undersökningstillfällena är dock inte signifikant säkerställda.

Psykologiska faktorer

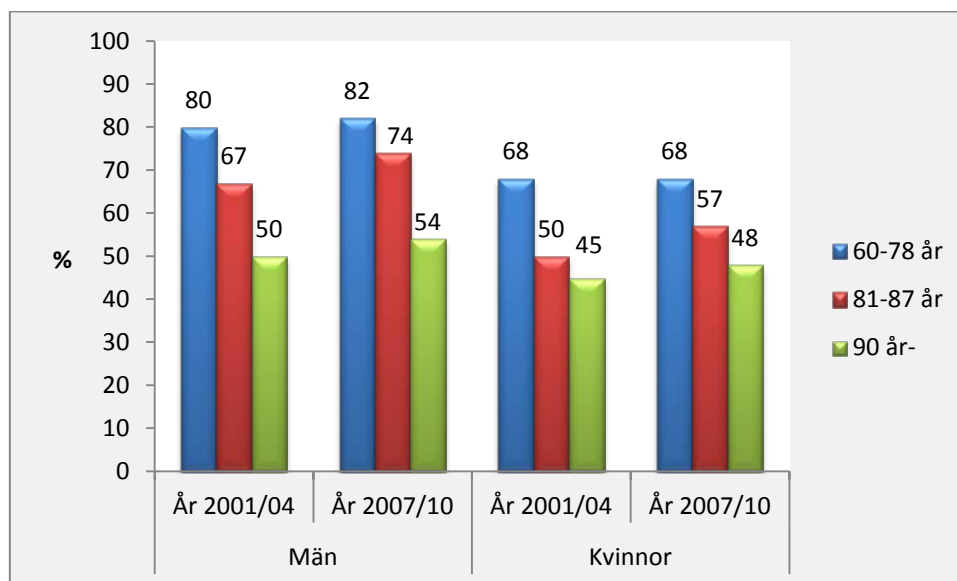
Ensamhet (n= 7989 år 2001/04 resp. 7658 år 2007/10)

Ensamhet är ett vitt begrepp. Ensamhet kan vara avskildhet, att frivilligt dra sig undan och att njuta av det. Man kan vara ensam i den bemärkelsen att man är singel. Men för den skull behöver man inte känna sig ensam. Ensamhet kan vara underbart när man väljer det själv, men den kan vara påträngande och smärtsam när den är påtvingad.



Figur 28 Andel som sällan eller aldrig upplever ensamhet

Flertalet, sju av tio, i vår population känner sig sällan eller aldrig ensamma och dessutom tenderar känslan av ensamhet att avta över tid.



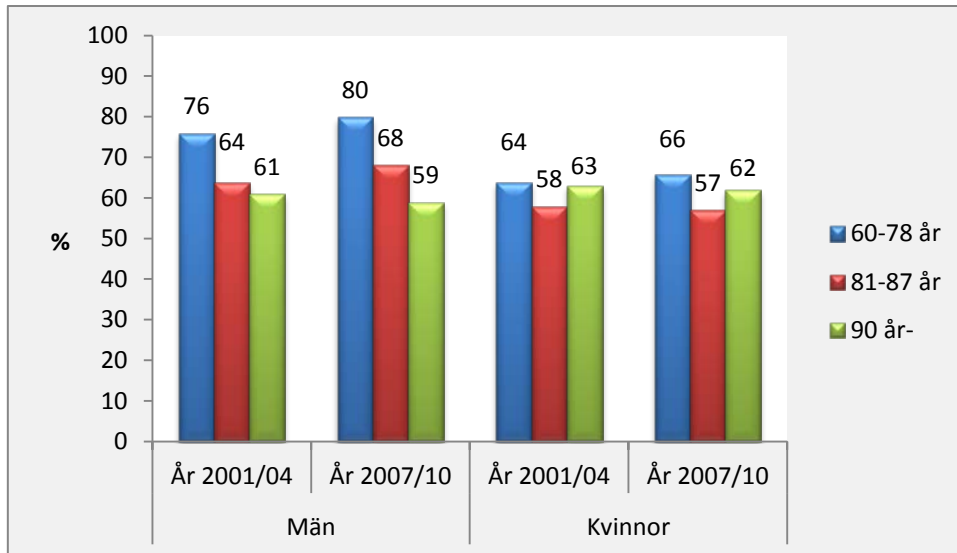
Figur 29 Andel som sällan eller aldrig upplever ensamhet, köns- och åldersfördelat

Upplevelse av ensamhet ökar i takt med stigande ålder och kvinnor upplever ensamhet i något högre grad är män. I materialet framkommer även att de nyintagna 60- och 81- åringarna inte skiljer sig från motsvarande grupp år 2001/04.

Nedstämdhet (n= 7978 år 2001/04 resp. 7665 år 2007/10)

Vi drabbas alla någon gång av nedstämdhet och oro. Nedstämdhet är en normal reaktion på tillfälliga påfrestningar, övergångsfaser i livet och svåra livssituationer. Vissa kan känna sig nedstämda när de misslyckats med en prestation, har genomgått en separation eller har förlorat en nära vän. Övergångsfaser i livet och livskriser kan också orsaka nedstämdhet. Andra kan känna sig nedstämda under vissa delar av året. Nedstämdhet är inte samma sak som depression. Man kan vara nedstämd och ledsen utan att för den skull ha diagnosen depression.

I vårt material återfinns enbart två till tre procent som uppger att de känner sig svårt eller mycket svårt nedstämda. Lätt nedstämdhet förekommer i cirka 30 procent.

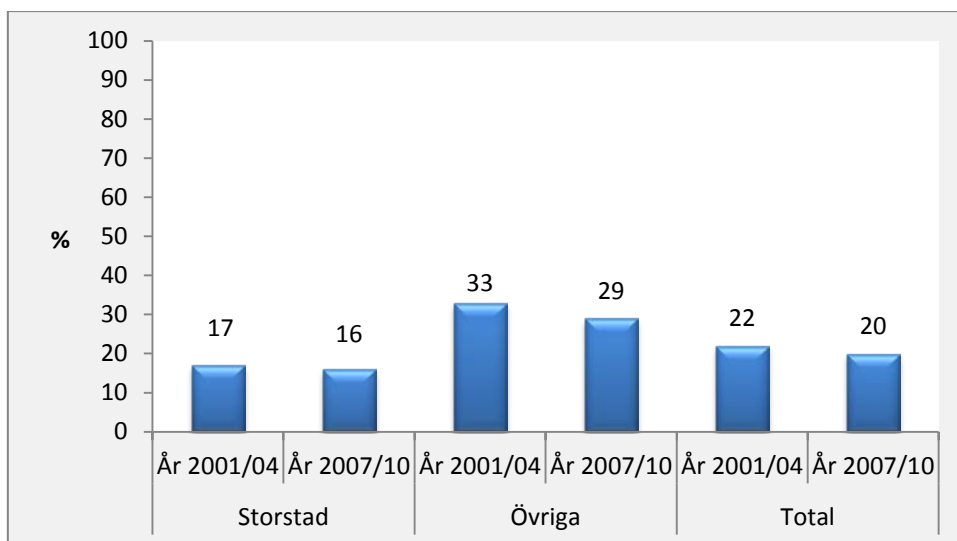


Figur 30 Andel ej nedstämnda, köns- och åldersfördelat

Figur 31 visar att nedstämdheten ökar i takt med stigande ålder hos männen men även att det sker en viss förbättring över tid, framför allt i de båda yngsta åldersgrupperna. Förhållandet för kvinnorna är mer stabilt. Totalt sett framkommer i vårt material att ungefär sju/åtta av tio i vår population inte känner sig nedstämnda oavsett kön. Däremot finns det en skillnad beroende på om personerna bor i storstad eller i mindre orter. Andelen, i storstad, som inte känner sig nedstämnda uppgår till 86 procent jämfört med 68 procent hos de som bor på mindre orter (år 2007/10).

Sömnsvårigheter (n= 7545 år 2001/04 resp. 7302 år 2007/10)

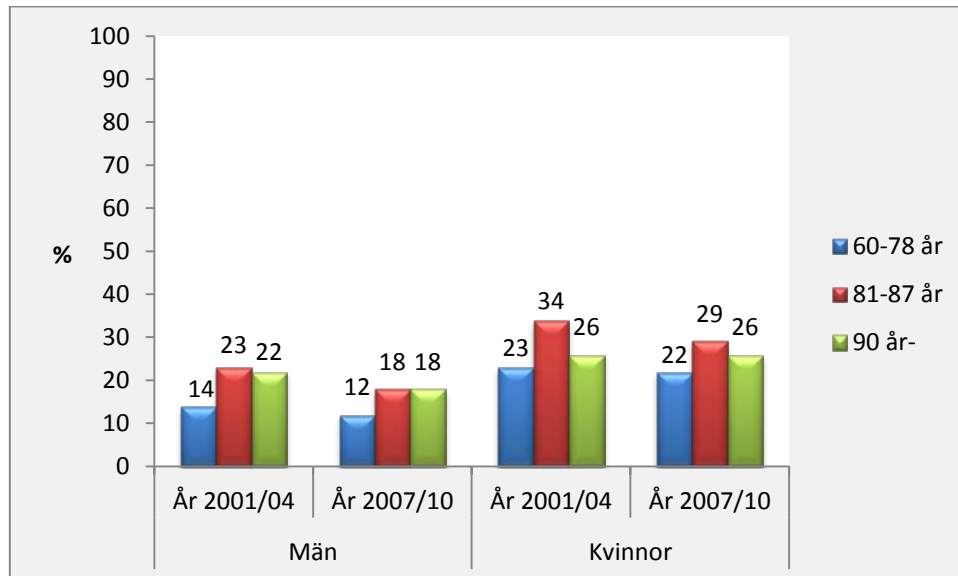
Förekomsten av bestående sömnbesvär ökar som regel med åldern. Sömnens karaktär ändras så att den blir ytligare och mer lättstörd och det är vanligt med nattliga uppvakningar och tidig uppvakning på morgonen. Varför man har sömnproblem varierar. Det kan till exempel handla om stress, dålig sovmiljö eller olämpliga mat- och dryckesvanor. Materialet är inte kontrollerat för om personerna i vår studie tar sömntabletter eller ej.



Figur 31 Andel med sömnsvårigheter

Totalt sett är det ungefär var femte person som uppger insomningssvårigheter. Det framkommer även att problemet är vanligare på de mindre orterna jämfört med storstadsmiljö. Dock verkar det ske en viss förbättring över tid (ej säkerställd).

Eftersom problemet som regel ökar med stigande ålder analyserades vårt material med avseende på denna faktor och resultatet framkommer av figur 32.



Figur 32 Andel med sömnsvårigheter, köns- och åldersfördelat

Problemet är vanligare hos kvinnor och vi kan konstatera en ökning i takt med stigande ålder, framför allt mellan den yngsta åldersgruppen till 80-årsåldern. När en person hamnar i den situationen upprepade gånger under en längre period kan det ställa till med problem i vardagen. Naturligt är att bli trött på dagarna och en "eftermiddagslur" påverkar givetvis insomandet kvällstid. Bristen på sömn kan innebära att orkeslösheten tilltar. Detta i sin tur kan leda till att olika aktiviteter, kanske i onödan ställs in.

Vanliga sjukdomar

Vi har valt att titta närmare på hypertoni och diabetes typ II då detta är vanliga kroniska sjukdomar som kan leda till allvarlig sjuklighet/multisjuklighet.

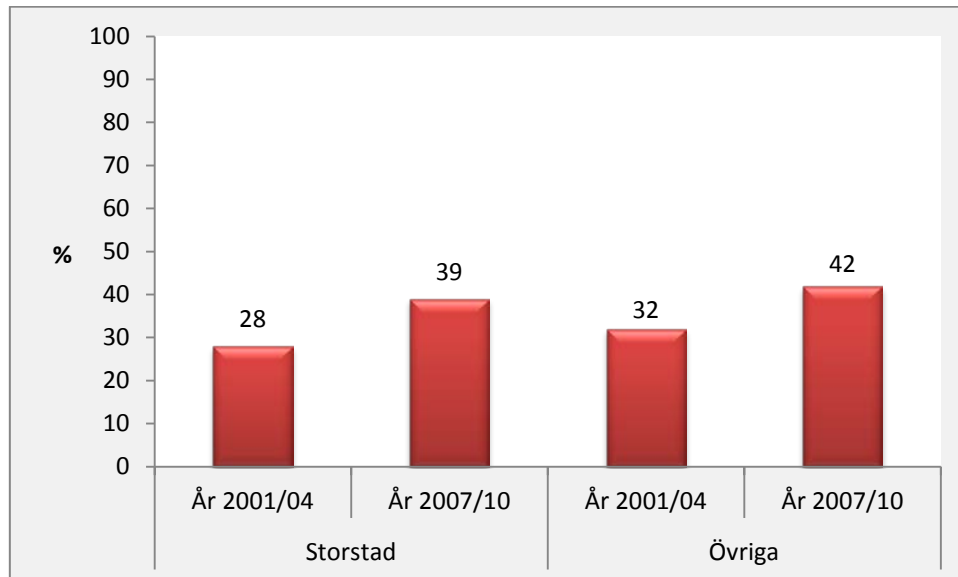
Hypertoni (>140/90) (n= 8085 år 2001/04 resp. 7537 år 2007/10)

Blodtrycket beror på hur stor kraft hjärtat arbetar med. Högt blodtryck (hypertoni) uppstår när blodet pumpas ut genom artärerna med högre tryck än normalt. Blodtrycket anges med två siffror: t.ex. 120/80 varav den första siffran anger övertrycket. Det är det tryck som uppstår i artärerna när hjärtat drar ihop sig och pressar ut blodet i kroppen. Den andra siffran anger undertrycket som är det tryck som finns i artärerna när hjärtat slappnar av mellan två slag och fylls med blod igen.

Ett för högt blodtryck anses vanligen vara ett övertryck högre än 140 (mm Hg), och ett undertryck högre än 90, (140/90), och omkring en miljon svenskar beräknas ha förhöjt

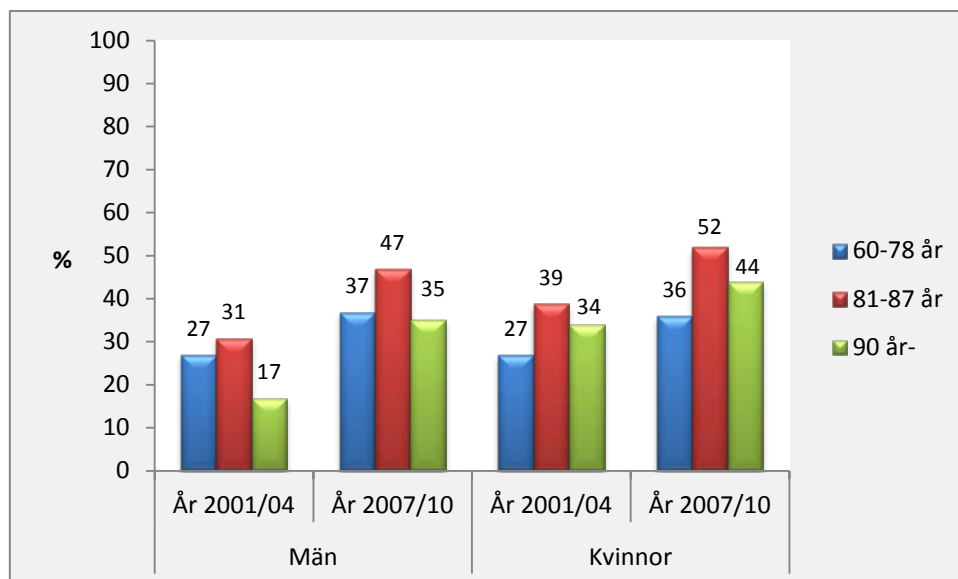
blodtryck. De flesta som har måttligt förhöjt blodtryck känner sig fullt friska. Ofta upptäcks det höga blodtrycket mer eller mindre av en slump, som under en vanlig hälsokontroll.

Hur ser då förhållandena ut för deltagarna i SNAC- studien? Med utgångspunkt från att fler och fler idag vet om att de har ett högt blodtryck eller ej så har vi valt att här utgå från ett självrapporterat högt blodtryck. Nästkommande figurer åskådliggör självrapporterat högt blodtryck fördelat på både bostadsort samt kön och ålder.



Figur 33 Andel personer med självrapporterat högt blodtryck

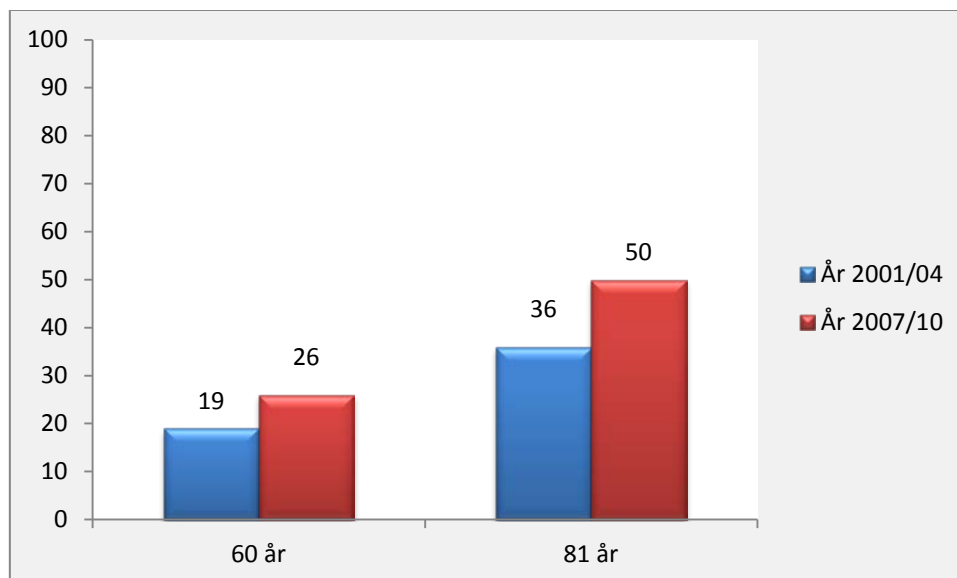
Av figuren kan konstateras att andelen med förhöjt blodtryck ökar både bland dem som bor i storstad eller på mindre orter,



Figur 34 Andel personer med självrapporterat högt blodtryck, köns- och åldersfördelat

Vi kan konstatera att andelen med förhöjt blodtryck ökar bland både kvinnor och män samt inom alla åldersgrupperna.

Andelen med förhöjt blodtryck skiljer sig även åt när det gäller de nya och de gamla 60- och 81- åringarna (se figur 35)



Figur 35 Andel personer med självrapporterat högt blodtryck, 60- och 81-åringar vid två tillfällen

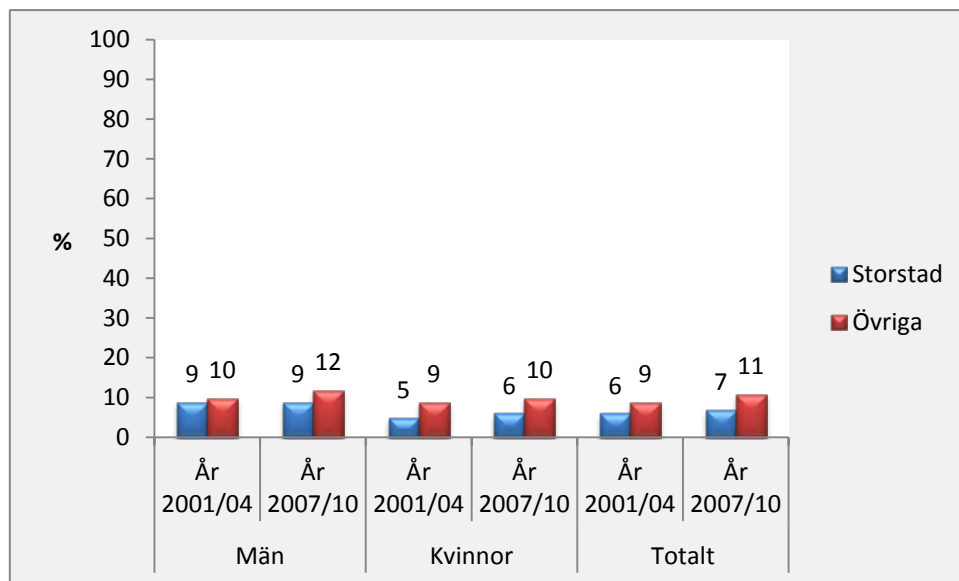
Av figur 34 framgår att det skett en negativ förändring. Andelen som uppger ett blodtryck överstigande 140/90 har ökat från var femte till var fjärde 60-åring och från var tredje till varannan 81-åring.

Diabetes (n= 8280 år 2001/04 resp. 7680 år 2007/10)

I Sverige har minst 400 000 människor diagnosen diabetes. Dessutom lever många med en sockeromsättning som sviktar och har därmed anlag för att få för högt blodsocker.

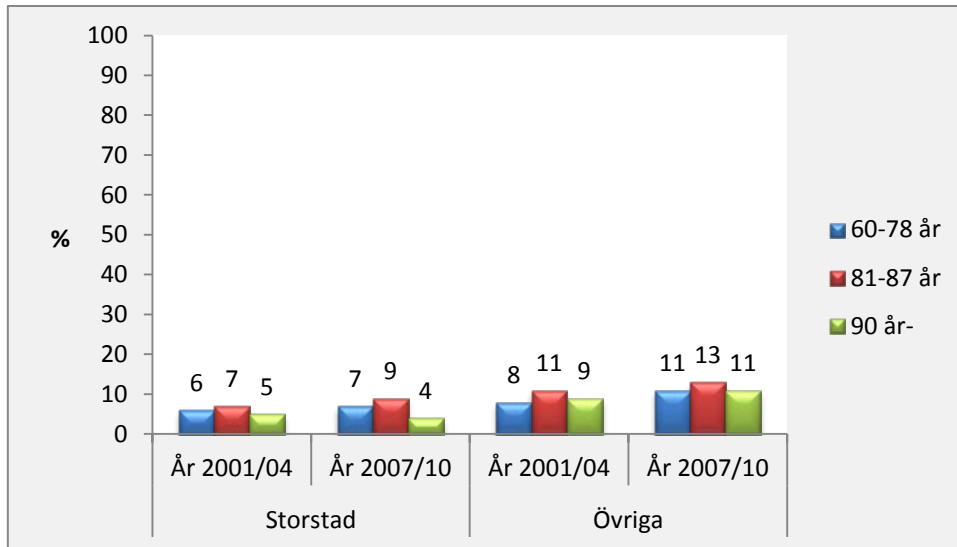
Diabetes är ett samlingsnamn för flera sjukdomar som har olika orsaker. De två mest kända och vanligaste formerna av diabetes är Typ 1 och Typ 2 (som ibland kallas "åldersdiabetes"). Vid Typ 1 diabetes har kroppens egen insulinproduktion helt eller nästan helt upphört. Vid Typ 2 diabetes är förmågan att producera insulin inte helt borta men mängden insulin räcker inte för kroppens behov.

Hur ser andelen med diabetes typ 2 ut i vår population (figur 36)?



Figur 36 Andel personer med diabetes typ 2, könsfördelat

De skillnader mellan storstad och övriga orter man kan se totalt och per kön är statistiskt signifikanta båda åren med undantag för män 2001/04.



Figur 37 Andel personer med diabetes typ 2, åldersfördelat

Skillnaderna mellan åldersgrupperna i storstad 2007/10 är signifikanta – i övrigt inte.

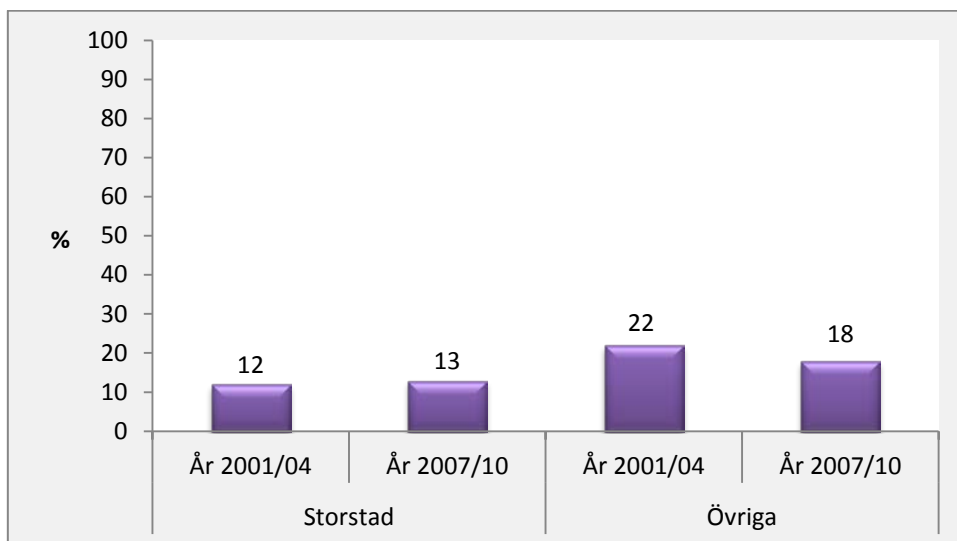
Informell hjälp

Får informell hjälp (n= 6492 år 2001/04 resp. 6314 år 2007/10)

samt ger informell hjälp (n= 6825 år 2001/04 resp. 5316 år 2007/10)

Närståendes insatser i vård och omsorg, sk. informell hjälp, är ett viktigt komplement till den formella vården. För att ge underlag för framtida planering av vård och omsorg till äldre är det av betydelse att få kunskaper om sambandet mellan vård från kommuner, landsting och informella vårdgivare.

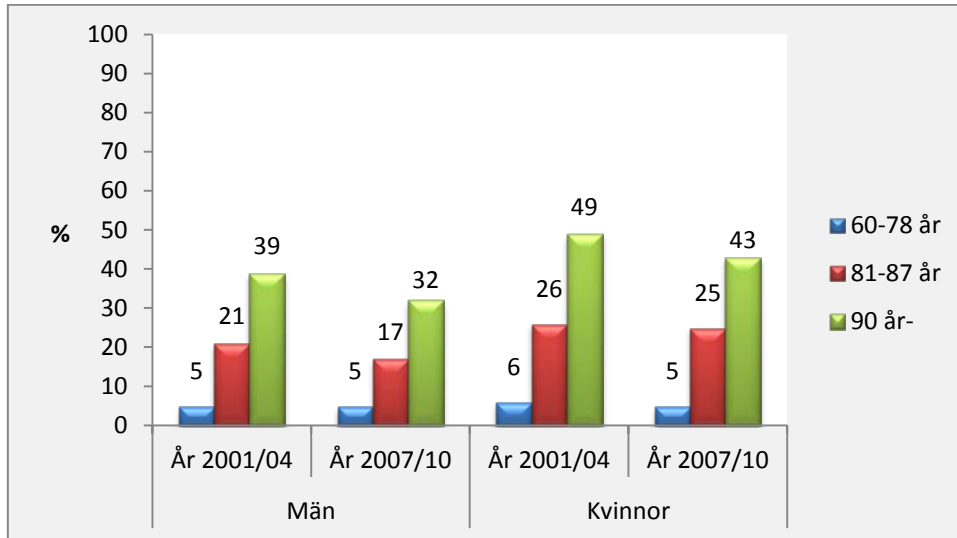
I denna studie har deltagarna både fått ange i vilken omfattning de får informell hjälp samt om de aktivt ger informell hjälp. Resultatet framkommer i efterföljande figurer.



Figur 38 Andel som får informell hjälp med service

Det är vanligare att få informell hjälp på de mindre orterna än i storstadsregionerna.

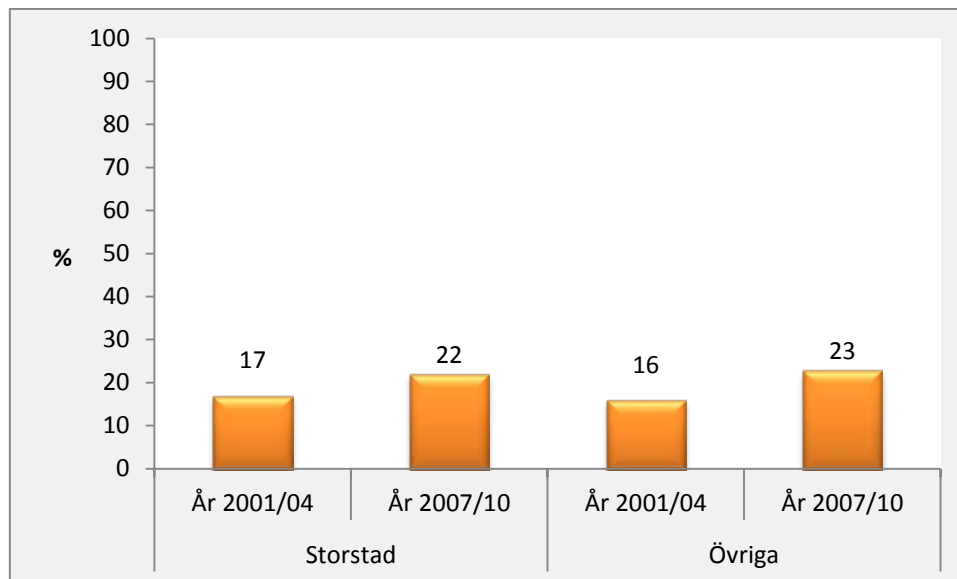
Hur ser det då ut vid en jämförelse mellan de olika könen och åldersgrupperna?



Figur 39 Andel som får informell hjälp med service, köns- och åldersfördelat

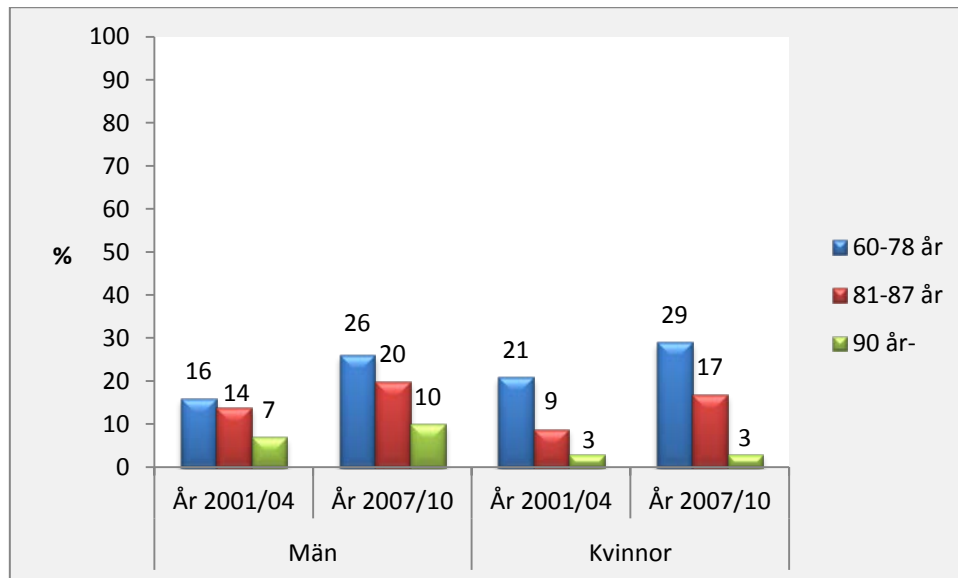
Behovet av hjälp med service ökar i takt med stigande ålder och i åldersgruppen 90 år och äldre är det nästan varannan deltagare, på de mindre orterna, som får någon form av hjälp jämfört med en tredjedel i storstäderna. Det framkommer även att de informella insatserna har minskat något över tid samt att det är vanligare bland kvinnor än män att få informell hjälp i de äldsta åldersgrupperna.

I vilken omfattning ger vår population informell hjälp till någon?



Figur 40 Andel som ger informell hjälp

Ungefär var femte deltagare ger någon form av informell hjälp. Här återfinns det omvända förhållandet mot att få service, nämligen att ju äldre personerna är desto mer osannolikt att ge omsorg (figur 41).



Figur 41 Andel som ger informell hjälp, köns- och åldersfördelat

Förhållandet att ge omsorg till andra tenderar att öka över tid utom för de allra äldsta kvinnorna.

Livsupplevelse

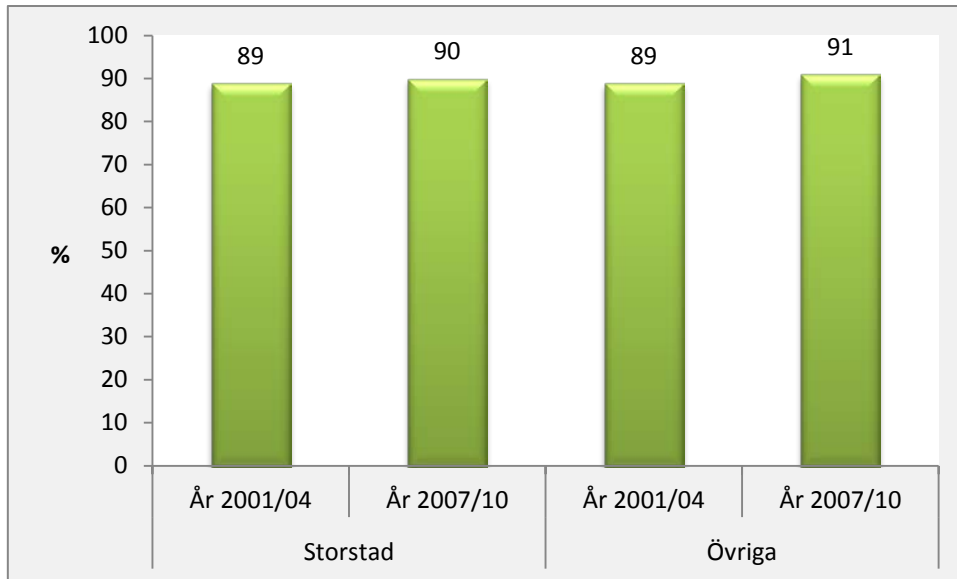
Hur har livet varit (n= 6781 år 2001/04 resp. 6655 år 2007/10)

och hur är livet just nu (n= 6781 år 2001/04 resp. 6850 år 2007/10)

Vi lever allt längre och åren som läggs till livet ska vara fyllda av innehåll. I takt med att man avslutar sitt yrkesverksamma liv, åldras och människor i ens närmaste omgivning blir sjuka och avlider, så ökar risken att det sociala nätverket successivt minskar.

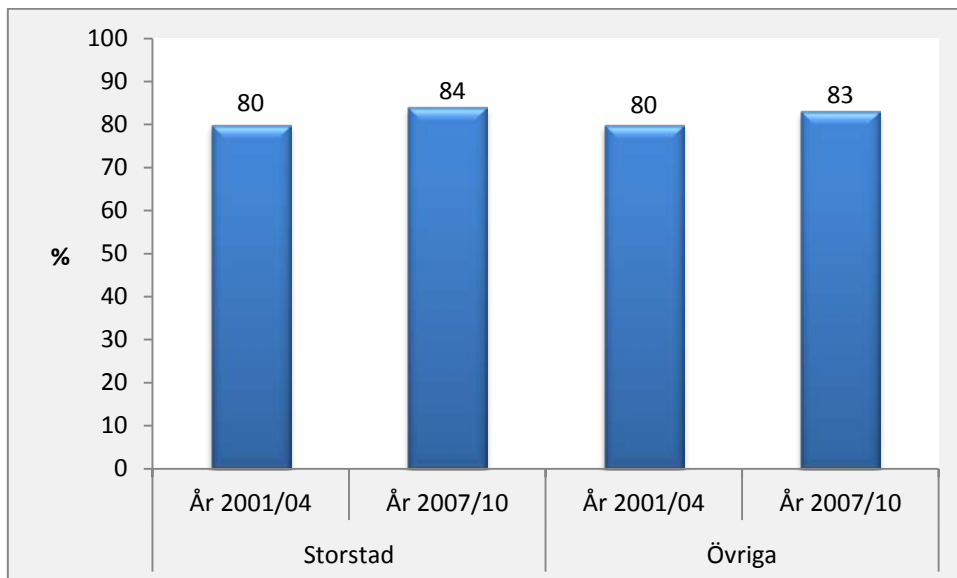
Livskvalitet är ett begrepp med många innebörder som för de flesta ger positiva associationer. Det handlar om det värde vi människor upplever att tillvaron kan ge oss. Det kan förknippas med fysiskt och psykiskt välbefinnande. Livskvalitet kanske framförallt handlar om en inre upplevelse av mening och livsglädje.

Avslutningsvis redovisas hur vår population upplever att deras liv har varit och hur det är just nu (figur 42 - 44)



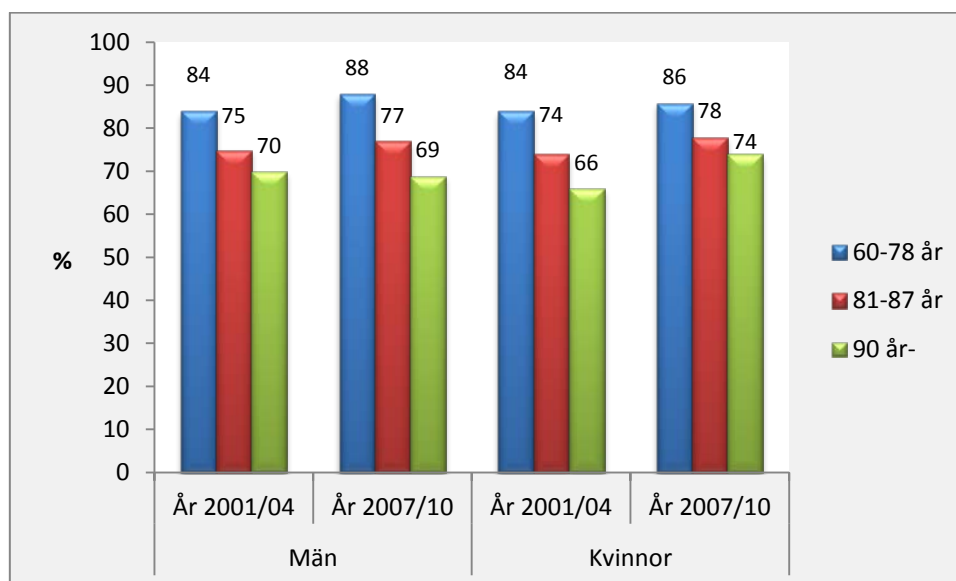
Figur 42 Andel som anser att livet tidigare varit mycket eller ganska bra

En genomgång av materialet visar att det inte är någon skillnad i uppfattning oavsett kön eller ålder. Cirka 90 procent oavsett ålder, kön och bostadsort uppger att livet varit mycket eller ganska bra. En viss försiktighet, när det gäller det positiva resultatet, måste dock påtalas med anledning av bortfallet på denna fråga. Det kan tänkas att de allra sjukaste och svagaste inte har svarat på denna fråga. Detta bör dock inte påverka skillnaderna mellan storstad och övriga eller över tiden.



Figur 43 Andel som anser att livet just nu är mycket eller ganska bra

Jämfört med hur livet har varit så anser något färre att livet just nu är mycket eller ganska bra. En viss förbättring över tid har dock skett. På denna fråga skiljer sig dock uppfattningen mellan män och kvinnor och de olika åldersgrupperna åt.



Figur 44 Andel som anser att livet just nu är mycket eller ganska bra, köns- och åldersfördelat

Helt klart sjunker andelen som tycker att livet just nu är mycket eller ganska bra i takt med stigande ålder även om vi ser en viss förbättring både bland kvinnor som män.

Totalt sett kan vi konstatera att merparten av vår population tycker att de både har ett bra liv just nu likväl som tidigare.

Avslutande kommentarer

Avsikten med denna skrift var att ge en bild av livsituation och hälsa hos de äldre i Sverige i början av 2000-talet med utnyttjande av SNAC-studien och den rika tillgången till data som denna erbjuder. Presentationen har omfattat en beskrivning per åldersgrupper och kön, en uppdelning på storstad och övriga orter och en bild av utvecklingen över tiden genom jämförelse mellan åren 2001/04 och 2007/10.

Resultaten pekar på att de äldre i Sverige, som helhet betraktat, lever ett bra liv. Trots att en stor andel är ensamboende är man inte isolerad. De som har barn, vilket är de flesta, har nästan alltid god kontakt med dem, de allra flesta har tillfredsställande ekonomiska marginaler, ganska få röker eller missbrukar alkohol, många motionerar regelbundet. De allra flesta klarar sitt dagliga liv på egen hand och har inga svårare rörelsehinder. Den kognitiva förmågan är i allmänhet god. Man känner sig inte ensam eller nedstämd. De allra flesta anser att deras liv har varit bra och är bra just nu.

Men denna övervägande ljusa bild har naturligtvis också mörka sidor. Med växande ålder växer i allmänhet problemen. Bland de äldsta är en betydligt större andel ensamboende – speciellt kvinnor – och fler känner sig ensamma och är nedstämda. Också tillgången på husdjur för att lätta upp ensamheten minskar med åldern. Ekonomin är sämre, man motionerar mindre, funktionsförmågan avtar, allt fler är beroende av hjälp i sitt dagliga liv. Även den kognitiva förmågan avtar. Fler är mindre nöjda med livet som det är just nu, men lika många är dock nöjda med livet som det varit.

Allt blir dock inte sämre när man åldras. Fler av de allra äldsta har daglig kontakt med sina barn, man röker mindre och färre konsumerar mycket alkohol, färre är överviktiga, andelen med högt blodtryck växer inte med åldern, inte heller andelen med åldersdiabetes (diabetes typ 2). Det är fler av de äldsta som får informell omsorg, däremot är det färre som ger.

Skillnader mellan könen ser man framförallt i andelen ensamboende, där kvinnorna ligger betydligt högre än männen beroende på skillnader i livslängd och åldersskillnaden i parrelationer. Färre kvinnor än män i samma åldersgrupp upplever sällan eller aldrig ensamhet – utom de allra äldsta där skillnaderna utjämnats. De äldre kvinnorna har också sämre ekonomiska marginaler än de äldre männen. De utnyttjar mindre ofta alkohol, men röker ungefär lika mycket. Det är fler kvinnor 80 år och äldre som har högt blodtryck, för diabetes typ 2 gäller det omvända.

Motionsvanorna är också ungefär desamma för män och kvinnor, liksom förmågan att klara sitt dagliga liv på egen hand. Andelen med rörelsehinder är dock betydligt högre bland de äldre och äldsta kvinnorna än för männen i samma ålder. Den kognitiva förmågan, givet ålder, är densamma utom för de äldsta kvinnorna, som är nedsatta i högre utsträckning. De yngre kvinnorna uppger i större utsträckning än de yngre männen att de är nedstämda. För de 80 år och äldre har dock dessa skillnader utjämnats. En högre andel av kvinnorna har sömnproblem. Fler kvinnor tar emot informell omsorg, men betydligt fler ger också! När det gäller hur livet är eller har varit finns det inga könsskillnader.

En jämförelse mellan storstad och övriga orter visar intressanta skillnader i vissa avseenden, skillnader som kan gå tillbaka till socio-ekonomiska eller kulturella skillnader. Daglig kontakt med barnen är något mindre vanligt i storstaden, men kontakterna totalt sett skiljer

inte, de är bara något mer sällan förekommande. Kontantmarginalen är något bättre i storstad än i övriga orter. En större andel i storstaden är ensamboende men färre upplever ensamhet och färre är nedstämda. Förekomster av sömnproblem är också lägre. Tillgång till husdjur skiljer markant mellan storstad och övriga orter. Omkring dubbelt så många i övriga orter än i storstaden har något husdjur, vilket dock inte tycks påverka ensamhetskänslan.

Alkoholvanorna skiljer i hög grad – speciellt för kvinnorna. År 2001/04 var andelen äldre kvinnor som drack alkohol två-fyra gånger per vecka mer än fem gånger högre i storstaden än i de övriga orterna! Rökvanorna skiljer inte för männen, men kvinnorna i storstaden röker mer än kvinnorna i övriga orter. Å andra sidan är övervikt vanligare i övriga orter – speciellt för kvinnorna. Motionsvanorna är något mer frekventa hos dem som bor i storstad än i övriga orter. Förekomsten av högt blodtryck ligger lite högre i övriga orter än i storstaden. För diabetes typ 2 är skillnaden påtaglig.

Kanske något överraskande skiljer andelen av de äldre som är ”beroende” i aktiviteter för dagligt liv, s.k. ADL. Storstaden har en betydligt högre andel helt oberoende för s.k. instrumentell ADL, d v s beroende av hjälp för tvätt, städning etc. än övriga orter. Även när det gäller oberoende för personlig ADL, d v s bad och dusch, på- och avklädning etc. ligger storstaden högre. Förekomsten av rörelsehinder är dock ganska lika. Den kognitiva förmågan, mätt i MMT-skalan, ligger högre i storstaden, vilket kan avspegla socio-ekonomiska skillnader. Allt sammantaget verkar hälsotillståndet hos de äldre bättre i storstaden än i övriga orter.

Tillgången till informell hjälp från anhöriga och andra närstående är andra sidan betydligt bättre i övriga orter än i storstaden. Däremot är det inte vanligare att man ger omsorg, vilket kan synas paradoxalt, men kan förklaras av att det rör sig om olika åldersgrupper som får resp. ger omsorg.

Trots de skillnader som kan konstateras mellan storstad och övriga orter i olika faktorer som beskriver livssituationen är det lika stor andel av de äldre som anser livet varit resp. är mycket eller ganska bra – år 2007/10 i båda fallen 90 % resp. 84 %.

Jämförelsen över tid mellan åren 2001/04 och 2007/10 visar på en övervägande positiv utveckling, men med vissa undantag. Andelen ensamboende äldre har minskat, vilket kan sammanhålla med utjämningen i livslängd mellan män och kvinnor. Andelen med dagliga kontakter med barnen minskat. Alkoholkonsumtionen hos de äldre verkar ha ökat både i storstad och övriga orter, för män liksom för kvinnor och i alla åldersgrupper, men rökningen är på tillbakagång. I stället ökar andelen överviktiga, dock inte på något dramatiskt sätt. Man motionerar mer – särskilt i storstaden. En starkt negativ utveckling visar andelen med högt blodtryck. Det är dock oklart om detta är en faktisk förändring eller om det beror på att man i större utsträckning än tidigare låter mäta sitt blodtryck. För diabetes typ2 kan man se en liknande negativ utveckling - dock inte i storstaden, endast i övriga orter.

Funktionsförmågan mätt som IADL- resp. ADL-beroende är i stort sett oförändrad mellan undersökningsåren. Dock kan en förbättring ses avseende ADL för de äldsta männen och kvinnorna. Detsamma gäller förekomsten av rörelsehinder. Förekomsten av kognitiv nedsättning verkar också minska något.

Det är en mindre andel av de äldre år 2007/10 än år 2001 som upplever ensamhet. Detsamma gäller nedstämdhet för männen, men ej för kvinnorna. Andra indikatorer på en förbättrad

livssituation för de äldre är att något färre uppger sömnproblem och att fler anser att livet just nu är mycket eller ganska bra. Andelen som uppger att livet tidigare varit mycket eller ganska bra är dock oförändrat.

De ovan presenterade resultaten är baserade på två undersökningar genomförda åren 2001-2004 resp. 2007-2010 i de områden som omfattas av SNAC-projektet – sammanlagt sju kommuner i södra och mellan-Sverige samt stadsdelen Kungsholmen i Stockholm. Det kan givetvis diskuteras hur representativa de är för hela Sverige. Befolkningen 65 år och äldre i SNAC-områdena uppgår tillsammans till ca 100 000, vilket utgör ca 6 % av Sveriges befolkning i åldersgruppen.

Urvalet i SNAC-undersökningen är så pass stort att en avvikelse i andelar på någon procent är statistiskt säkerställd. Bortfallet i undersökningen ligger mellan 25 och 40 %, men bedöms inte vare selektivt med avseende på ohälsa. Helt klart är dock att invandrargrupper kan vara underrepresenterade och att dessa kan ha en avvikande hälso- och livsprofil. Resultaten får bedömas med hänsyn till detta.

Den sammantagna bilden av de äldres liv och hälsa i Sverige måste – med de begränsningar som finns i studien – betraktas som positiv och verkar också utvecklas i en positiv riktning. Växande ålder ger dock växande problem. Äldre kvinnor har i många avseenden en sämre situation än äldre män. Att åldras i storstaden verkar vara förenat med något mindre negativa aspekter än i övriga orter.

SNAC-studien fortsätter nu och åren 2013 -2015 genomförs en tredje undersökning som omfattar samtliga åldersgrupper 60 år och äldre. En mycket intressant fråga är här om den positiva hälsoutvecklingen fortsätter räknat per åldersgrupp och kön. SNAC-studien ger genom sin longitudinella uppläggnings och sin stora omfattning unika möjligheter att belysa denna fråga, som är av största betydelse för möjligheterna att i framtiden bedriva en högkvalitativ äldreomsorg mot bakgrund av den väntade, stora tillväxten av antalet äldre personer.



Den nationella forskningsstudien
Swedish National Study on Aging and Care (SNAC) är en långsiktig nationell
studie av åldrandet samt vården och
omsorgen för de äldre.

Projektet startade undersökningarna år 2001. Studien har initierats
och stöds ekonomiskt av Socialdepartementet samt av kommunerna och
landstingen i de fyra SNAC-områdena: fem kommuner i Skåne – Eslöv,
Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad; en kommun i Blekinge – Karlskrona;
stadsdelen Kungsholmen i Stockholms stad samt Nordanstigs kommun i
Hälsingland.

Huvudansvariga för SNAC är:
Samordnare: Docent Mårten Lagergren
Kungsholmen: Professor Laura Fratiglioni
Blekinge: Professor Johan Berglund
Skåne: Professor Sölve Elmståhl
Nordanstig: Professor Anders Wimo

Mer information finns på den gemensamma hemsidan www.snac.org.

