



LUNDS UNIVERSITET



SNAC-Skåne

Upplevd hälsa och funktionsförmåga bland män och kvinnor, 60 till 93 år i Skåne.

Rapport 2010:1

**Sölve Elmståhl
Ghassan Salameh
Henrik Ekström**

Innehållsförteckning

Bakgrund	2
Resultat	3
Boendeförhållanden	3
Sömn	3
Tandhälsa	6
Besvär och symtom	7
Värk/smärta	11
Aktiviteter i dagligt liv	13
pADL	14
iADL	17
Funktionstester	19
Balans	19
Handstyrka	21
Behov av hjälp i framtiden	24
Socialt nätverk	25
Avslutande kommentarer	27

Bakgrund

Skåne har med kommunerna Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad deltagit i det nationella forskningsprojektet Swedish National Study on Aging and Care (SNAC). SNAC-studien har initierats av Socialdepartementet och genomförs med ett gemensamt utarbetat undersökningsformulär inom fyra områden i Sverige vilka representerar både stad och landsbygd. Förutom Skåne, deltar Karlskrona kommun i Blekinge län, Nordanstigs kommun i Gävleborgs län och stadsdelen Kungsholmen i Stockholms stad.

Projektet som startade 2001 är en longitudinell nationell undersökning med syfte att studera åldrandet samt hur vården och omsorgen av de äldre ser ut. Avsikten är dessutom att få svar på framtida vård- och omsorgsbehov och att få ökad kunskap om vilken betydelse omgivning, livsstil samt tidigare sjukdomar har för äldres hälsa och välbefinnande. Vidare att identifiera riskfaktorer för sjukdom i avsikt att bättre relatera äldres behov i förhållande till vård och omsorgsinsatser. Insamlade uppgifter kommer dels att användas av forskare inom olika studier kring äldres hälsa och dels av deltagande kommuner och landsting för bl.a. utvärdering, uppföljning och planering av äldrevården. (mer information finns på den gemensamma hemsidan www.snac.org).

Deltagarna i SNAC-Skåne, "Gott Åldrande i Skåne (GÅS) utgörs av män och kvinnor slumpvis utvalda ur åldersgrupperna 60, 66, 72, 78, 81, 84, 87, 90 och 93 år. Uppföljning sker för de tre yngsta grupperna vart 6:e år medan deltagare som är 78 år och äldre återkallas vart 3:e år. Undersökningarna görs på plats i Eslöv, Hässleholm, Ystad och vid Skånes universitetssjukhus i Malmö. Projektet genomförs av Geriatriskt utvecklingscentrum och ansvarig projektledare är professor Sölve Elmståhl.

Deltagarna genomgår en läkarundersökning, intervjuas av psykolog, utför olika funktionstester samt svarar på enkätfrågor om livsstil och hälsa. För dem som har svårt att komma till forskningsstationerna erbjuds hembesök.

Föreliggande rapport är en sammanställning av data från 2931 deltagare under åren 2001-2004. Deltagandet vid denna första undersökning, basundersökningen, var drygt 60 % för hela gruppen och varierade mellan 51-65 % mellan de olika åldersgrupperna. Yngre deltog i högre grad än äldre och något fler män (64 %) än kvinnor (57 %) deltog. Avsikten med rapporten har varit att ge en övergripande redovisning av hur deltagarna klarade vardagliga aktiviteter (ADL), vilka symtom på ohälsa som var vanligast och att presentera några resultat från funktionstesterna.

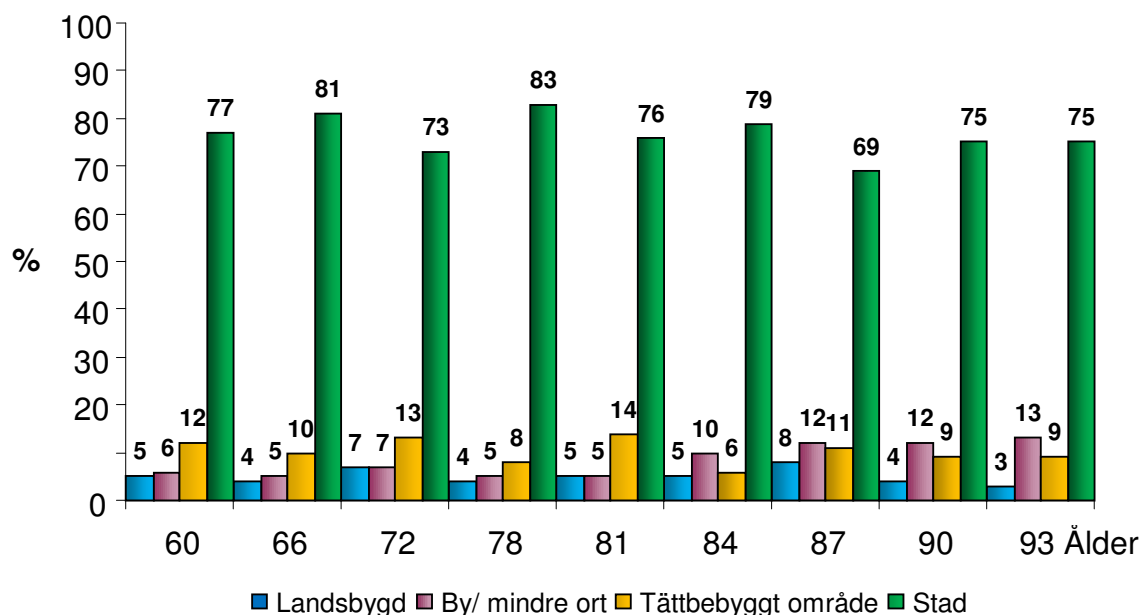
Resultat

Boendeförhållanden

Att bo i en tätort eller på landsbygden kan ha betydelse för tillgången till kvalificerad hälso- och sjukvård eller för att snabbt få hjälp om man skulle bli akut sjuk.

På frågan om var man bor svarar de flesta av deltagarna (78 %) att de bor centralt i någon av städerna Malmö, Eslöv, Osby, Hässleholm eller Ystad. Tio procent svarar att de bor i ett tätbebyggt område, 7 % i en by eller mindre ort och 5 % att de bor på landsbygden. Om man jämför de olika åldersgrupperna är det ingen större skillnad på var man bor, (figur 1).

Skillnaden är också liten, mellan män och kvinnor. Åttionio procent av kvinnorna och 86 % av männen uppger att de bor i ett tätbebyggt område eller i en stad.



Figur 1. Boendeförhållanden i de olika åldersgrupperna.

Sömn

Sömnen är en viktig återhämtningsperiod då kroppen kan vila och läka medan hjärnan bearbetar intryck från den föregående vakenhetsperioden.

Sömnen delas upp i olika perioder. En viktig åtskillnad görs mellan REM-sömn och NREM-sömn. REM står för engelska "rapid eye movements", och betecknar de snabba ögonrörelser som ses under REM-sömnen. NREM står för "non-REM", alltså "icke-REM". NREM-sömnen delas vidare in i fyra stadier, stadium I till IV, där stadium I är den ytligaste formen av sömn och stadium III och IV olika nivåer av djupsömn. Det är framför allt under djupsömnen som kroppen återhämtar sig och gör att man känner sig utvilad. Den sovande växlar flera gånger mellan olika nivåer av djup sömn, dessa sömncykler varierar med en genomsnittlig längd på 1,5 till 2 timmar. En sömncykel inleds med att man gradvis går ner i en allt djupare sömn, från stadium I till stadium III eller IV. Därefter går man vanligen upp i ytligare sömn innan man går in i en episod av REM-sömn. Under livet varierar sömnbehovet,

äldre sover mindre än yngre och har mer REM-sömn. Äldre sover med andra ord lättare och ytligare än yngre och har kortare perioder av djupsömn. Hur många timmar man bör sova för att känna sig utvilad varierar från person till person men de allra flesta har en sammanlagd sömntid mellan sex till nio timmar och en insomningstid mellan fem till tjugo minuter.

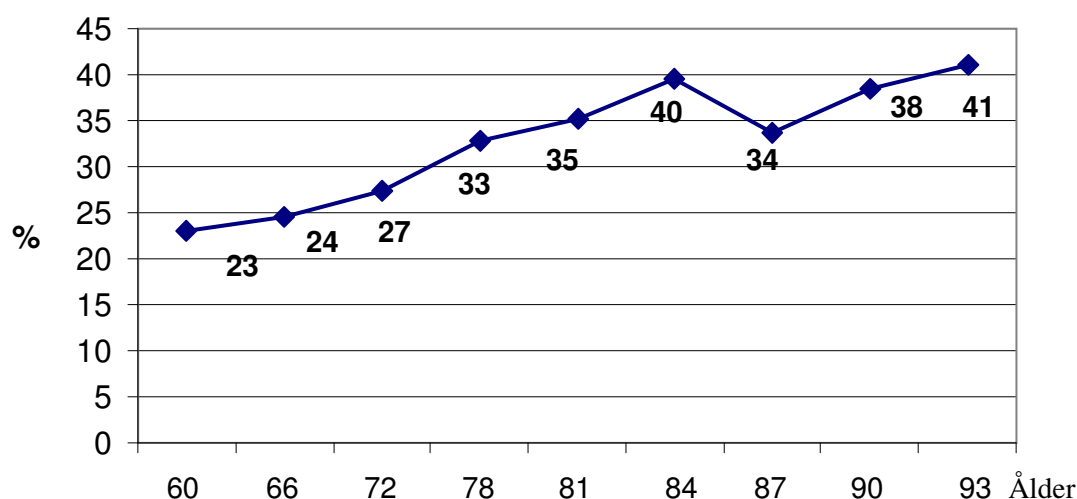
Viktigare än den totala sömntiden är dock att sova utan uppvaknanden.

Sömnproblem är vanligt hos äldre. I Statistiska Centralbyråns (SCB:s) undersökningar om äldres levnadsförhållanden i Sverige¹ anges för åren 2000-2003 (ungefär motsvarande datatinsamlingsperioden i SNAC-Skåne) att bland 60–84-åringar hade 20-25 % av männen och 35-40 % av kvinnorna sömnbesvär.

I SNAC-Skåne svarar deltagarna på hur länge de normalt sover, om de har insomningssvårigheter, om de använder eller är beroende av läkemedel för att sova, om man vaknar under natten och om man känner sig trött och sover mer än två timmar under dagen. De flesta (64 %) sover 7 till 9 timmar per natt. Bland dem som är 90 år och äldre svarar dock samtliga att de sover 6 timmar eller mindre under natten.

Totalt anger 29 % att de har problem med att somna på kvällen, 21 % bland männen och 36 % bland kvinnorna. Andelen som anger svårigheter att somna in är högst bland de äldsta.

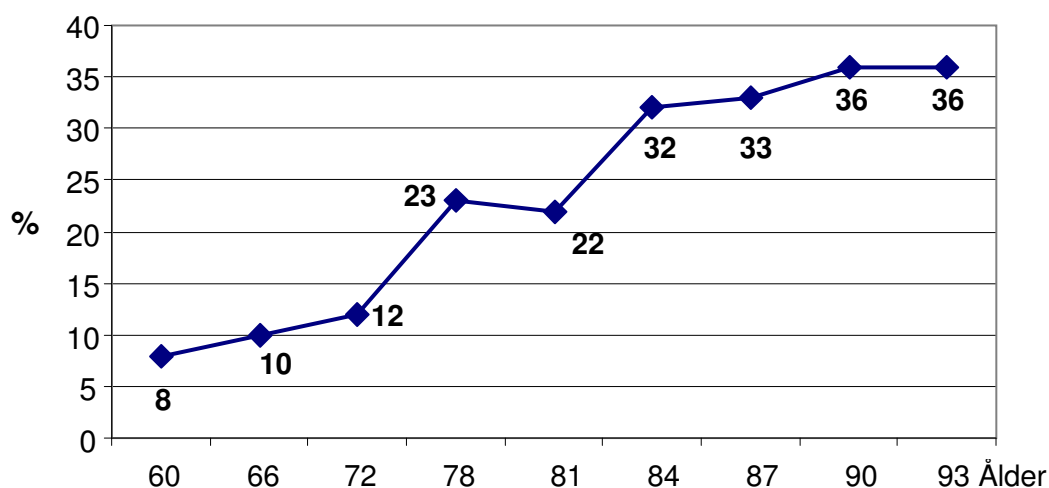
Sambandet mellan insomningssvårigheter och stigande ålder visas i figur 2.



Figur 2. Andel (procent) med insomningssvårigheter utifrån ålder.

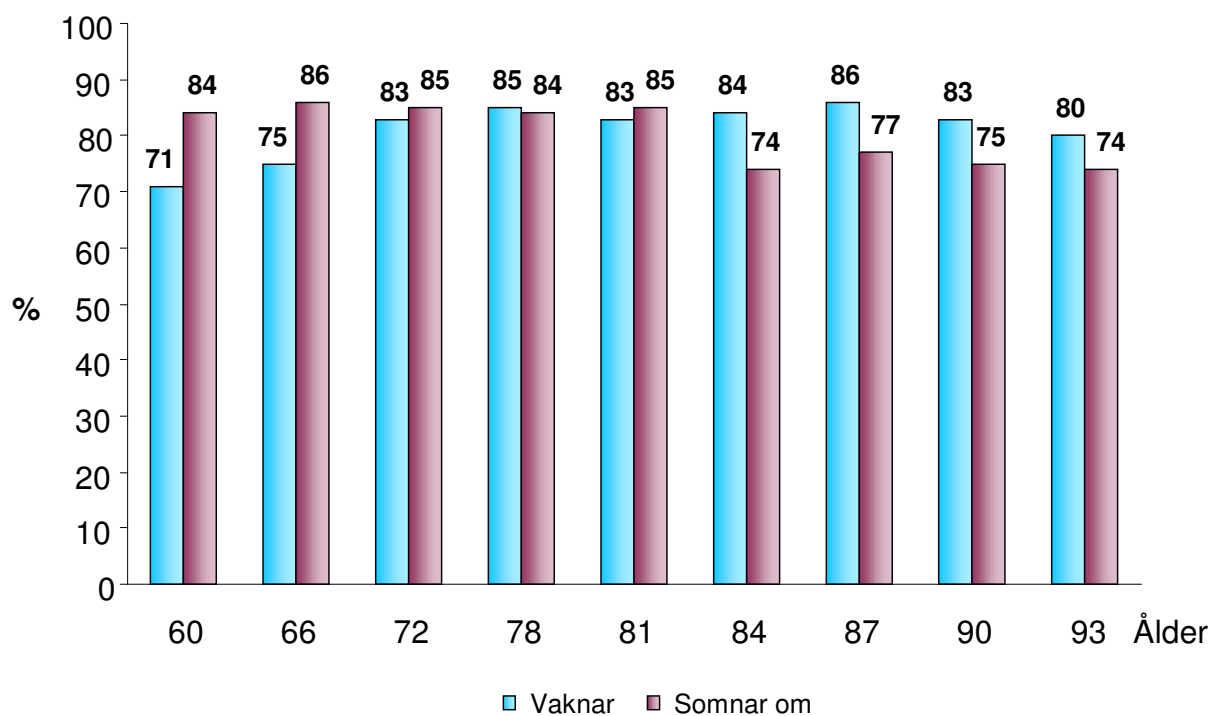
Av samtliga deltagare uppger 17 % att de antingen tar eller är beroende av sömnmedel för att sova. Kvinnor använder sömnmedel i högre grad (22 %) jämfört med männen (12 %). En tydlig trend är också att sömnmedelsförbrukning blir vanligare med stigande ålder, (figur 3). Elva procent anger att de tar sömnmedel varje natt och bland dessa utgör kvinnorna 76 %. De allra flesta (74 %), säger sig dock inte behöva medicin för att somna och 15 % tar sömnmedel endast någon enstaka gång i månaden

¹ SCB, Äldres levnadsförhållanden- Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980-2003, sid. 293-297.



Figur 3. Andel (procent) som använder eller är beroende av sömnmedel utifrån ålder.

Ett eller flera uppvaknande under natten kan också bidra till en sämre sömn. Oavsett ålder är det vanligt att vakna under natten men de allra flesta klarar att somna om, (figur 4).

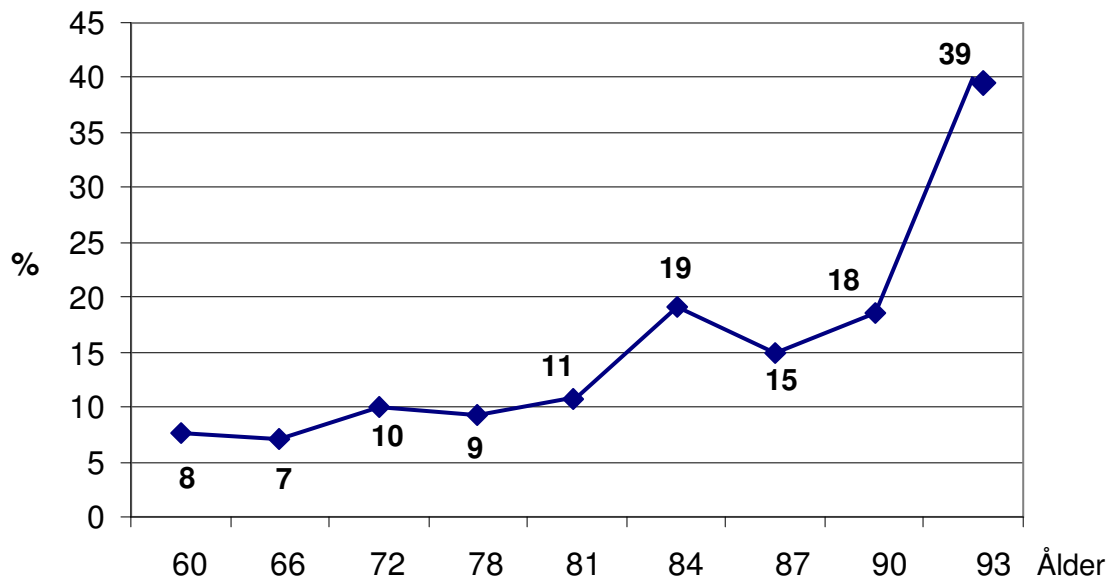


Figur 4. Andel (procent) som vaknar under natten och andel av dessa som klarar att somna om.

Sjuttiofem procent av männen och 81 % kvinnor vaknar en eller flera gånger under natten, men en större andel bland männen (89 %) har lättare för att somna om jämfört med kvinnorna (78 %).

Flera faktorer kan försvåra insomnandet eller att förbli sovande. Vanligt är att sinnestämning (olustkänslor), spänningar, smärta eller klåda stör nattsömmen. Av samtliga deltagare anger 40 % att de har svårt att sova p.g.a. ett eller flera av dessa problem. Kvinnor i högre grad (46 %) jämfört med männen (31 %). Tidigt uppvaknande är ett annat problem som kan bidra till en störd nattsömn, totalt svarar 59 % att de vaknar tidigt, problemet är något vanligare hos männen (61 %) än hos kvinnorna (57 %).

Elva procent uppger att de känner sig trötta och tar en ”tupplur” på 2 timmar eller längre under dagen. Att sova ett par timmar dagtid är nästan lika vanligt hos både män och kvinnor. Däremot som figur 5 visar är det ålderskillnader i vanan att ta en tupplur. Bland dem som är 90 år och äldre sover nästan 40 % ett par timmar under dagen.



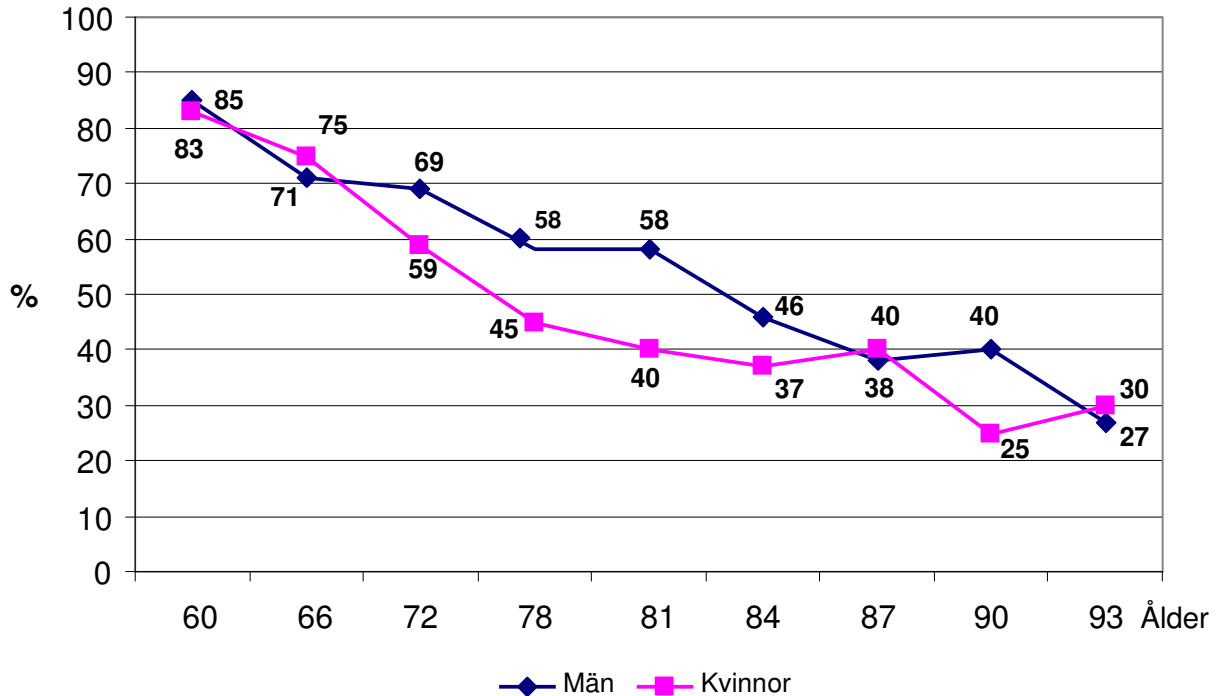
Figur 5. Andel (procent) som känner sig trötta och tar en tupplur 2 timmar eller längre under dagen.

Tandhälsa

Att behålla tuggförmågan påverkar individens hela hälsa och bra tänder hör ihop med ett sunt kostval och en god livskvalitet. Dåliga eller få kvarvarande tänder däremot, leder ofta till en försämrad tuggförmåga med svårigheter att tugga mat med tuggmotstånd så som äpplen, hårt bröd och råa grönsaker, vilket i sin tur kan leda till näringsbrist. Svårigheter att tugga bidrar också till att maten blir kvar längre i munnen vilket ökar risken för karies och infektioner i munhålan, något som kan vara extra belastande för personer med en redan sviktande hälsa. Dålig tandstatus och försämrade kostvanor är dessutom förknippat med ett för tidigt åldrande.

Bland de deltagare som är 80 år eller äldre är det endast 64 % som svarar att de utan problem kan tugga något med tuggmotstånd som hårt bröd eller hårda frukter, något som är viktigt att tänka på i vård- och omsorgsarbetet vid val av kost, oavsett om vårdtagaren bor hemma eller i särskilt boende.

Av samtliga deltagare anger 61 % att de har enbart egna tänder, 20 % har egna tänder och protes och 12 % är helt tandlösa med helprotes i en eller båda käkarna. I figur 6 nedan återges för de olika åldersgrupperna andelen män och kvinnor med enbart egna tänder. En tydlig trend hos båda könen är att det blir allt ovanligare med enbart egna tänder högre upp i åren .

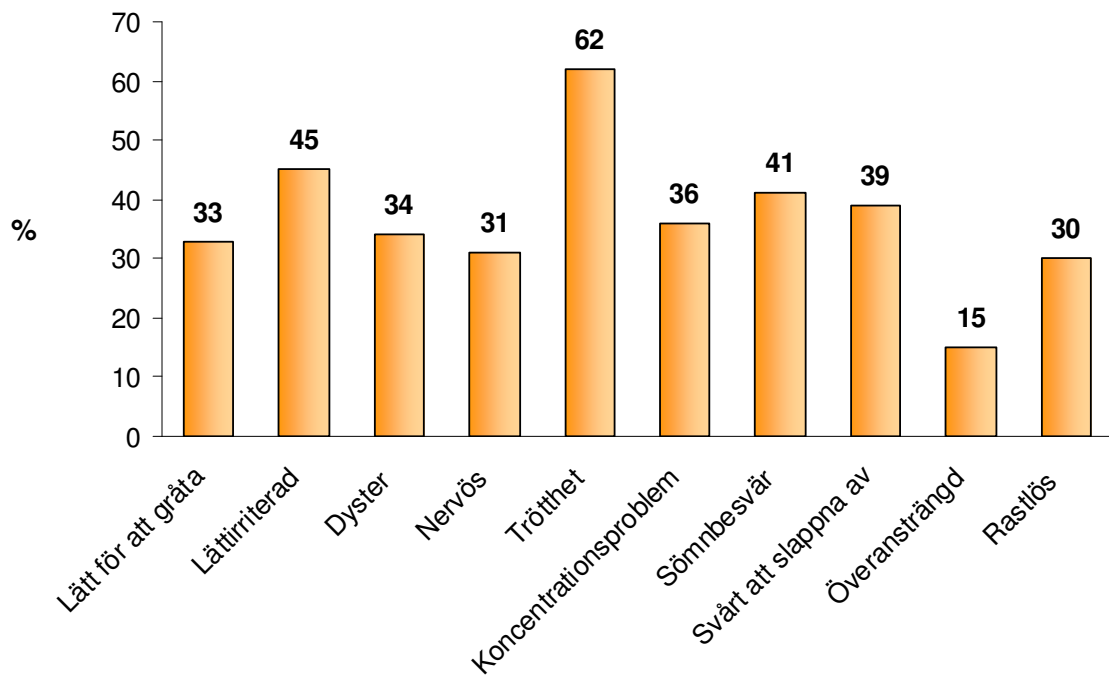


Figur 6. Andel (procent) med enbart egna tänder utifrån ålder och kön.

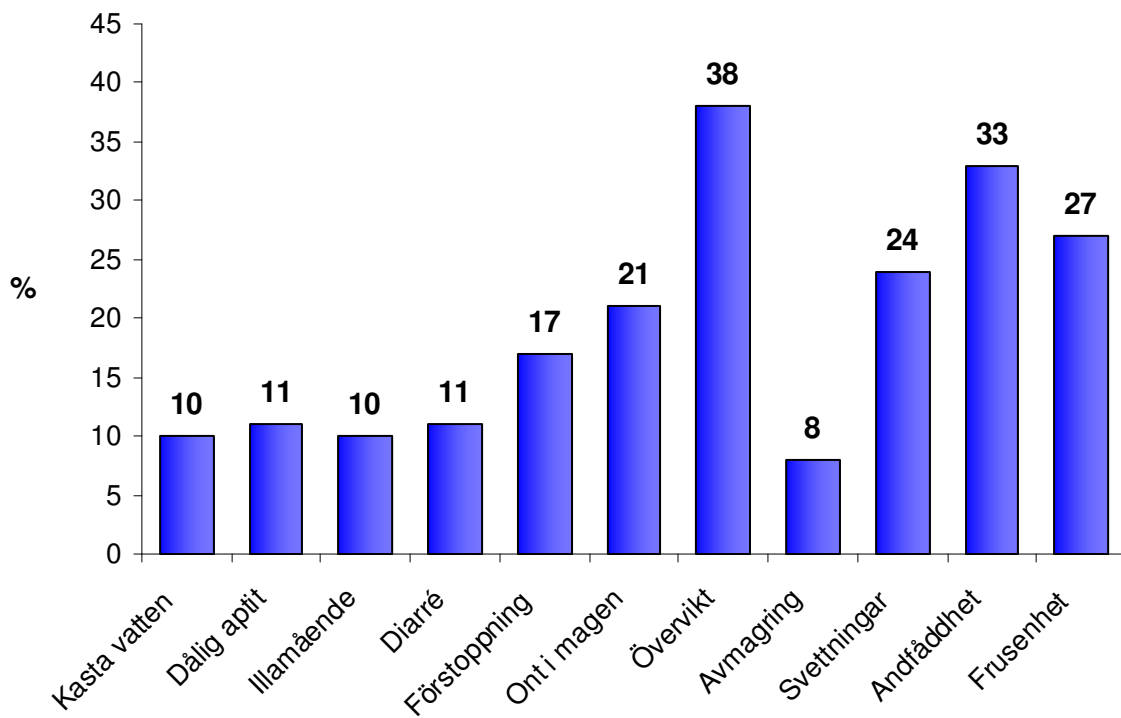
Besvär och symtom

Flera av enkätfrågorna handlar om man under det senaste kvartalet haft några kroppsliga eller psykiska besvär eller symtom (figur 7, 8, 9), samt hur man uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd, (figur 10).

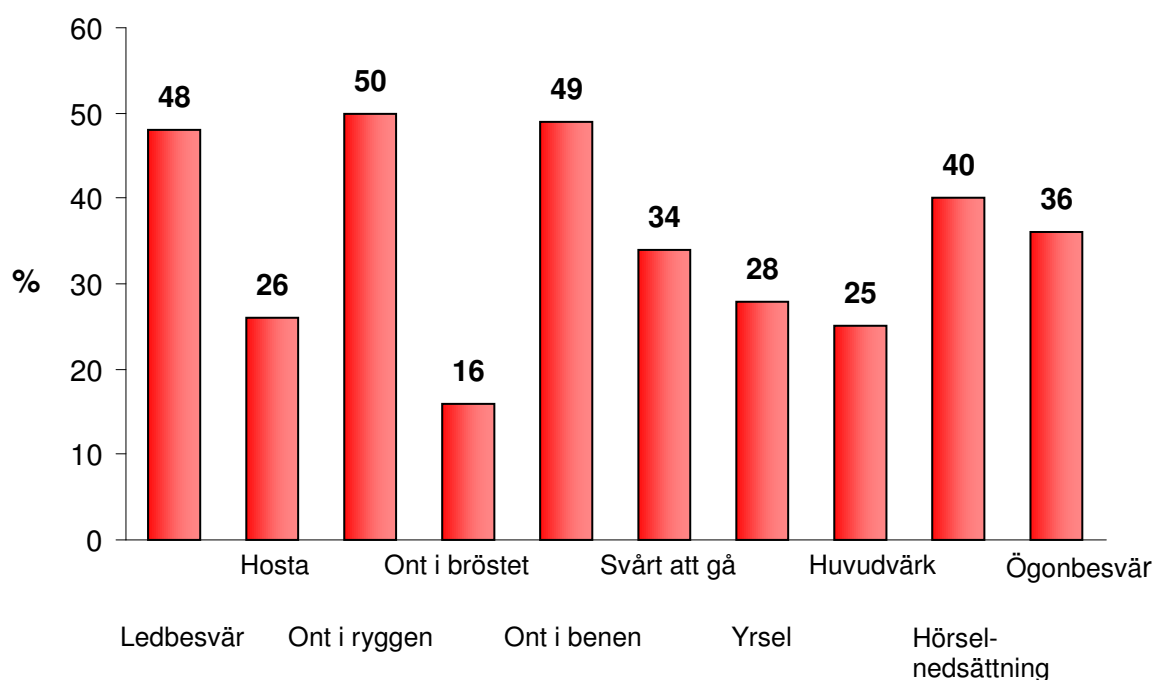
De flesta anger trötthet som besvär (figur 7), vilket troligen kan förklaras av problem med att sova. Som figur 8 visar är övervikt (38 %) och andfåddhet (33 %) andra vanliga besvär.



Figur 7. Andel (procent) som anger olika känslomässiga besvär.



Figur 8. Andel (procent) som anger olika kroppsliga besvär



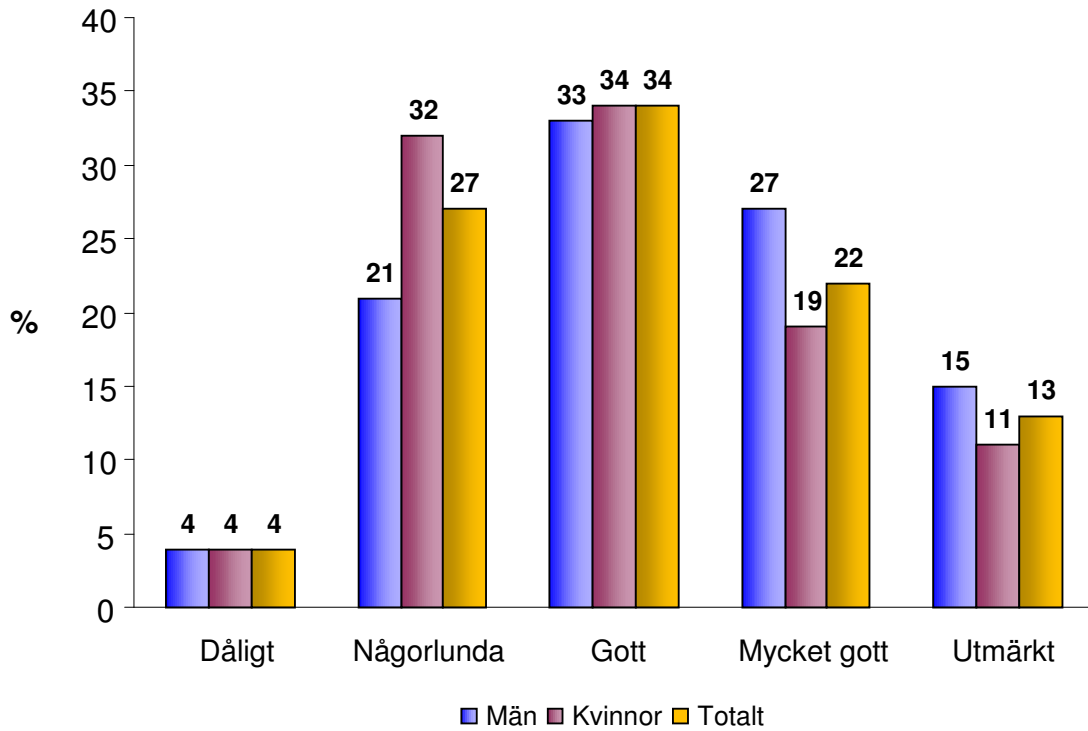
Figur 9. Andel (procent) som anger olika kroppsliga besvär

Vanligt är också att ha ont i leder, rygg och ben, vilket kan vara en orsak till att så stor andel som en tredjedel säger sig ha svårt att gå, (figur 9).

Försämrad syn och hörsel blir naturligt allt vanligare med stigande ålder. Även om dessa problem till viss del återfinns redan i de yngre åldersklasserna är det främst bland dem som är 80 år och äldre som besväras av sådana problem.

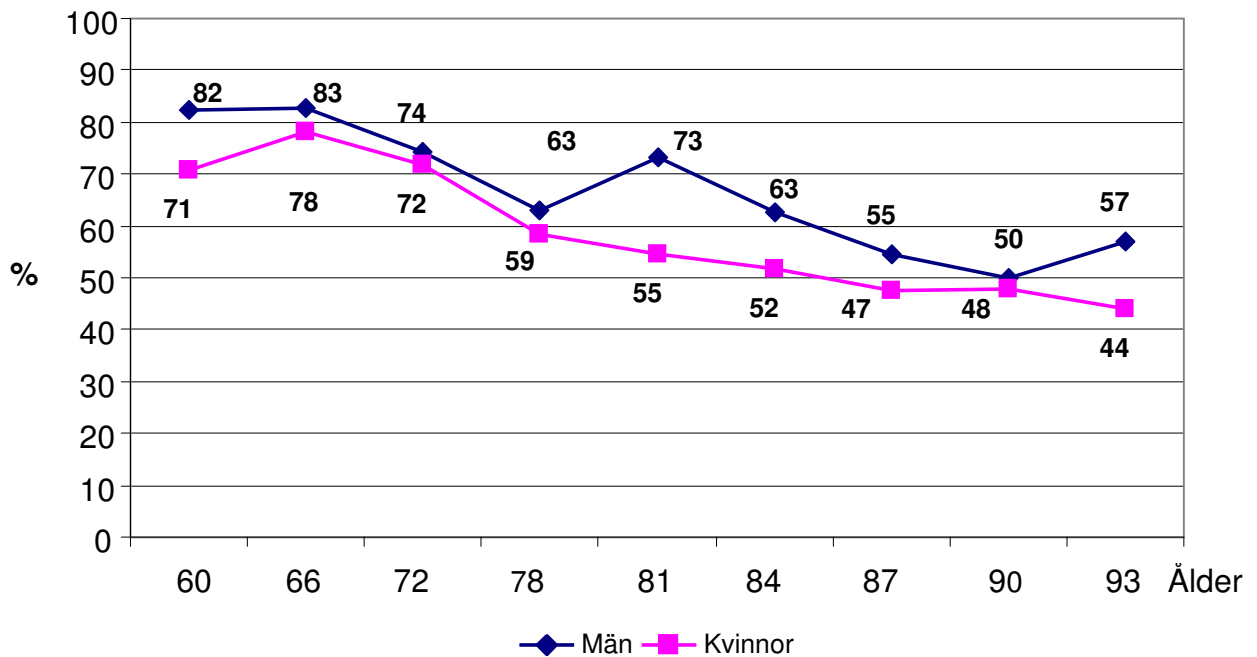
Trots att 40 % anger att de har en hörselnedsättning och 36 % säger sig ha ögonbesvär (figur 9), så upplever något färre, ca en tredjedel, att de har problem av försämrad hörsel eller syn, och de allra flesta klarar att utan större svårigheter föra samtal enskilt eller i grupp samt att läsa dagstidningar eller se text-TV, (jämför figur 19, sid. 17).

På frågan om hur man bedömer sitt allmänna hälsotillstånd skattar 69 % av deltagarna sitt hälsotillstånd som gott, mycket gott eller utmärkt. Männerna upplever sin hälsa något bättre jämfört med kvinnorna, (figur 10).



Figur 10. Upplevt hälsotillstånd utifrån kön och totalt.

Bland dem som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som gott, mycket gott eller utmärkt ses också en ålderstrend. Inte överraskande bedömer yngre sitt hälsotillstånd bättre än äldre, (figur 11).



Figur 11. Andel (procent) som upplever sitt hälsotillstånd som gott, mycket gott eller utmärkt utifrån ålder och kön.

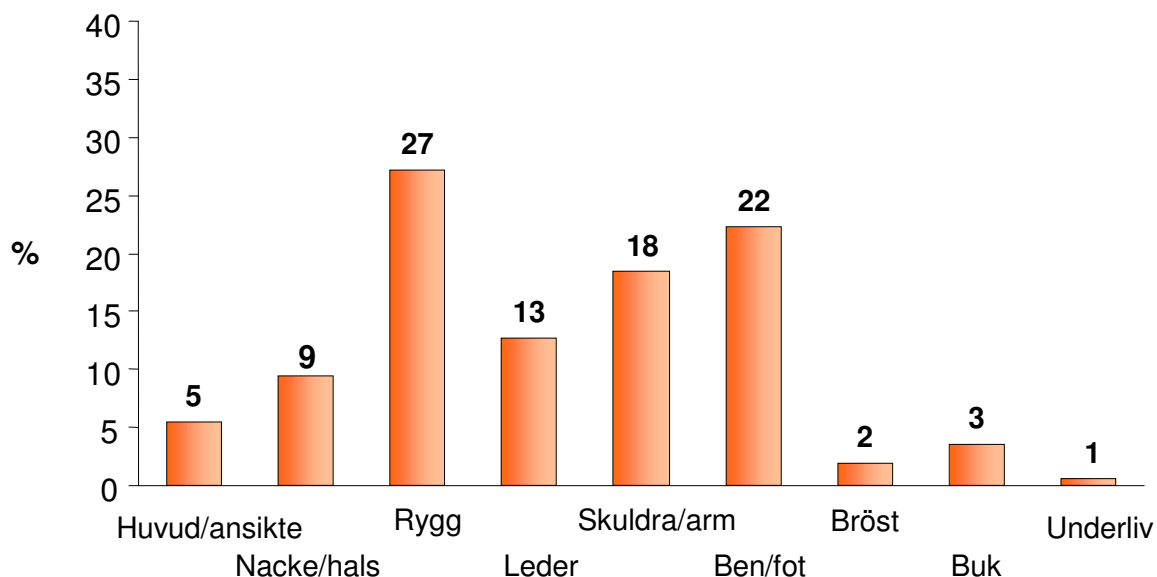
Det kan här vara intressant att jämföra med Statistiska Centralbyråns (SCB:s) undersökningar om äldres levnadsförhållanden i Sverige¹. I SCB:s rapport för individer äldre än 55 år bedömer 91 % av männen och 87 % av kvinnorna sitt hälsotillstånd som ”någorlunda” eller bättre. Motsvarande andelar i SNAC-Skåne är 96 % för både män och kvinnor. Och vid en jämförelse med andra i samma ålder, svarar 85 % av deltagarna att de anser sig vara vid bättre hälsa än jämnåriga.

Värk och smärta

Smärta eller värk är vanligt förekommande och kan vara symtom på ohälsa. Av samtliga deltagare svarar 55 % ja på frågan om man har haft värk eller smärta under de senaste fyra veckorna, 59 % bland kvinnorna och 50 % bland männen.

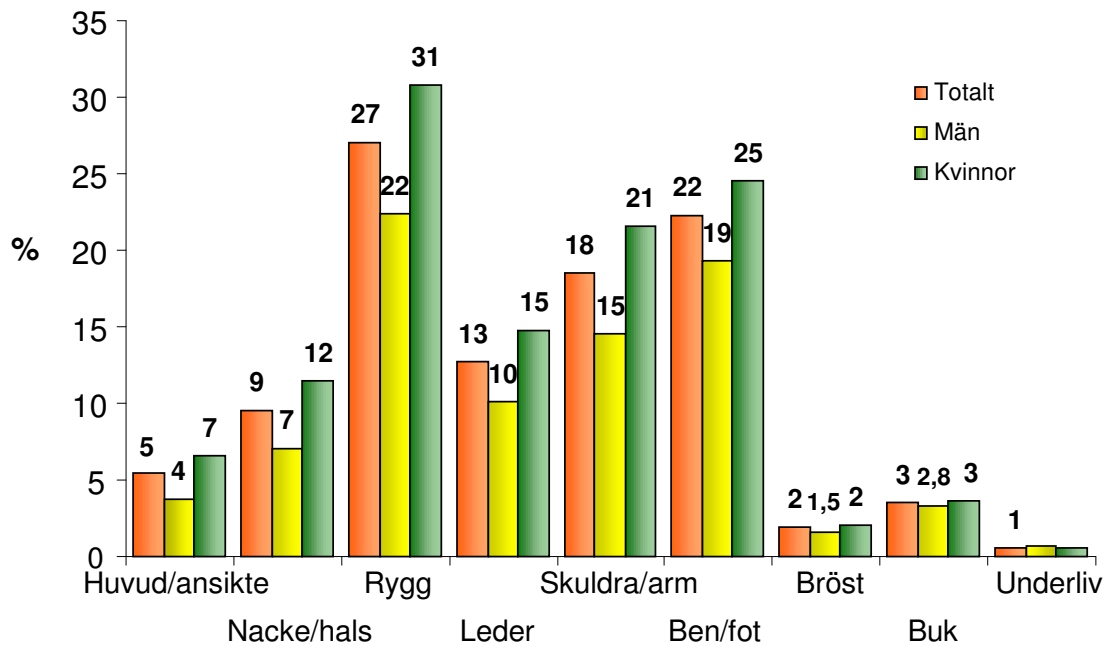
Figur 12 visar var smärtan är som *mest* uttalad, av figuren framgår att de flesta upplever värk eller smärta från det muskuloskelettalet där rygg, skuldror/armar/händer och ben/fot är de allra vanligaste smärtlokalerna. Vid en jämförelse mellan kön och olika smärtlokaler visar det sig att andelen kvinnor är större i nästan samtliga fall, (figur 13). Något överraskande är det inte några större skillnader om man jämför andel med smärta utifrån ålder, (figur 14).

Av samtliga deltagare är det ungefär en fjärdedel (27 %) som anger att värken inverkat negativt på de vardagliga aktiviteterna under minst 2 veckor senaste månaden och hela 18 % anger att vardagen påverkats varje dag. Av dessa har endast drygt hälften har någon form av smärtbehandling, antingen med läkemedel eller annan behandling som fysioterapi, ultraljud eller TENS (Transkutan Elektrisk Nervstimulering).

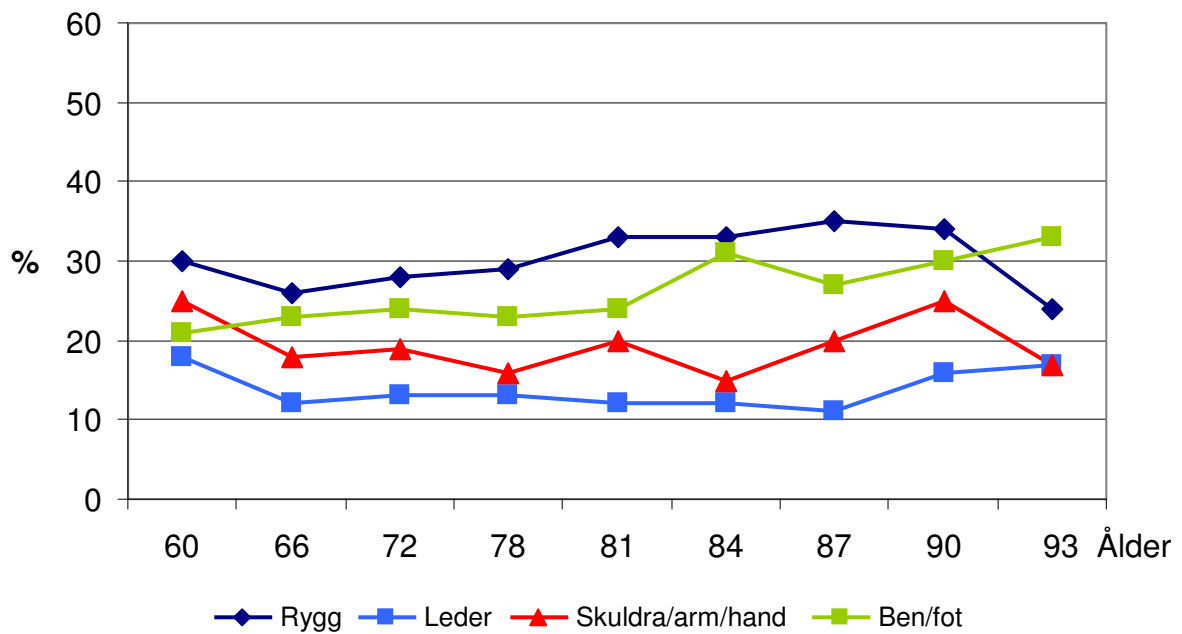


Figur 12. Vanliga platser för smärta.

¹ SCB, Äldres levnadsförhållanden- Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980-2003, sid. 312.



Figur 13. Vanliga smärtlokaler utifrån kön och totalt.



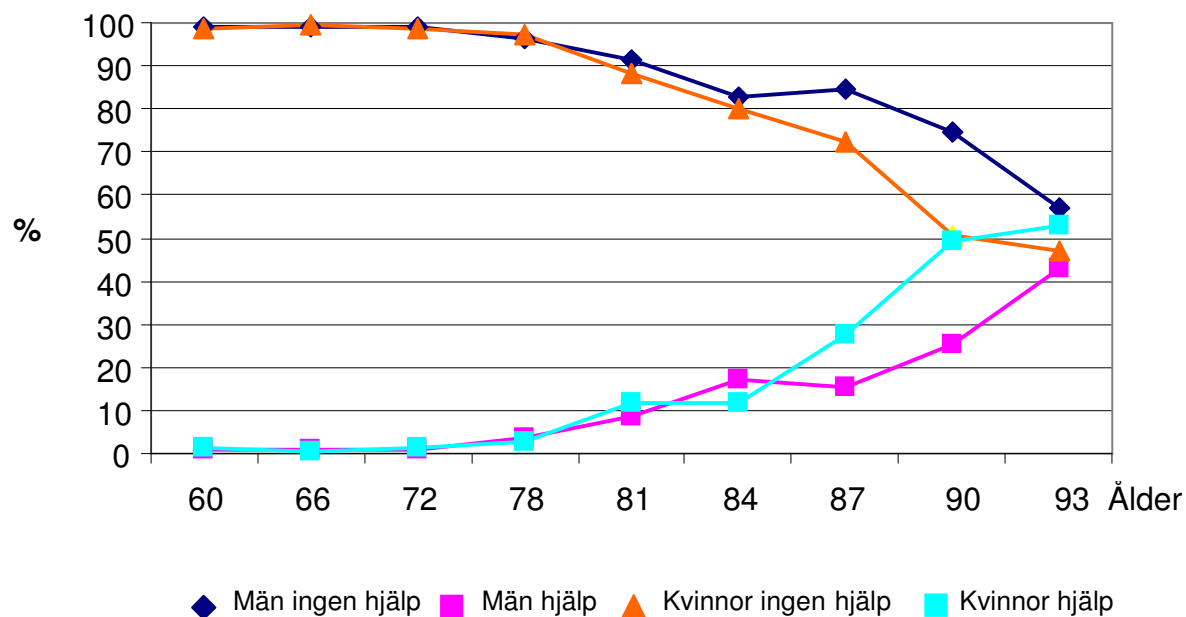
Figur 14. Andel (procent) med värk/smärta i rygg, leder, skuldra/arm/hand, ben/fot, utifrån ålder.

Aktiviteter i dagligt liv

Att studera den äldre befolkningens funktionsförmåga är avgörande i planeringen av vård och omsorgsinsatser för att därigenom kunna ge den hjälp som behövs för en fungerande vardag. Funktion kan enkelt uttryckas som skillnaden mellan en individs fysiska, psykiska samt kognitiva förmåga och de krav som ställs utifrån den fysiska och sociala miljön individen befinner sig i. Om individen klarar dessa krav finns det ingen skillnad och funktionsförmågan kan betraktas som god. Om det däremot finns en skillnad mellan individens kapacitet och de krav som miljön ställer uppstår ett funktionshinder. Ett grundläggande antagande i detta synsätt är alltså att den enskildes möjligheter och resurser i samspel med miljöns krav avgör om ett funktionshinder föreligger eller inte. Att den äldres funktionsförmåga har försämrats är inte det samma som att dennes hälsa också har förändrats, många fler faktorer måste vägas in för att göra en rättvisande bedömning.

Aktiviteter i Dagligt Liv (ADL) omfattar aktiviteter som är gemensamma för nästan alla människor och som vi måste utföra om vi vill leva ett självständigt liv. Dessa aktiviteter indelas vanligen i två olika aktivitetsområden. Personligt ADL (pADL), vilket omfattar aktiviteter kring den egna personen, t ex födointag, toalettbesök och badning, samt instrumentell ADL (iADL) vilket omfattar aktiviteter som rör boendet eller fritiden t ex. olika hushållsgöromål som matlagning, inköp och städning. Med ADL-förmåga avses hur väl man klarar att självständigt utföra dessa aktiviteter och ett vårdbehov uppkommer när man ofrivilligt blir beroende av hjälp för att klara en eller flera aktiviteter. ADL som funktionsmått har stor betydelse för att bedöma vård- och omsorgsbehov såväl inom slutenvården som inom äldreomsorgen i stort.

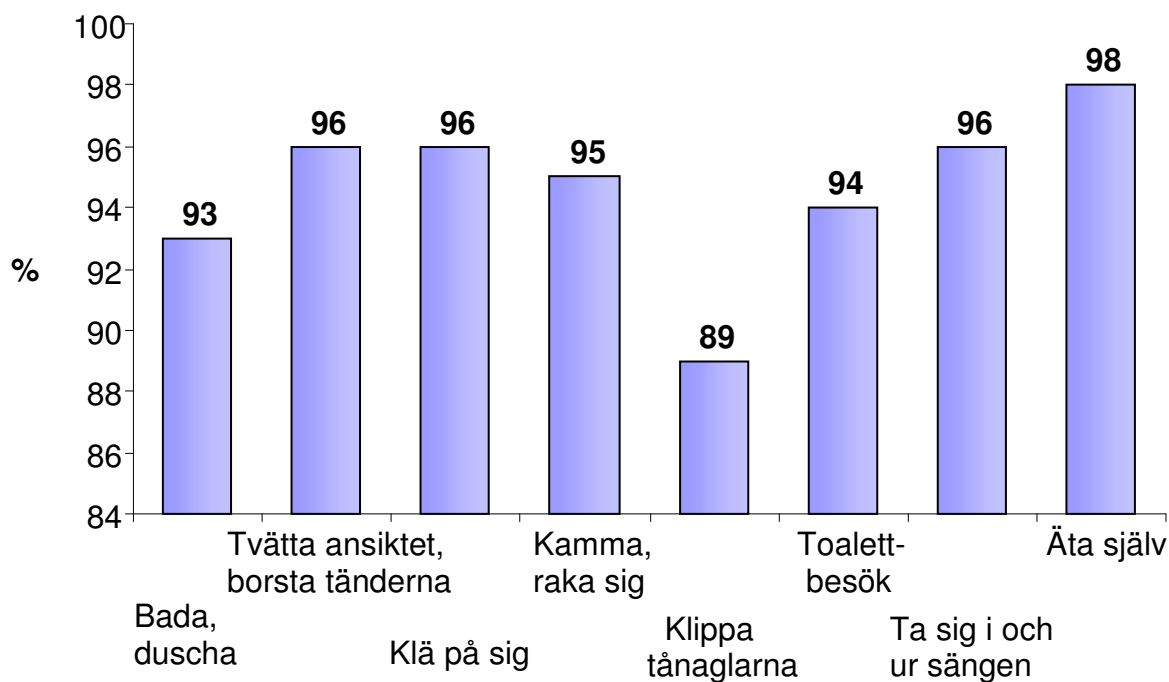
I SNAC-Skåne har deltagarna i samband med intervjuer och genom enkätfrågor svarat på om man behöver hjälp med vardagliga sysslor (iADL) eller med den personliga omvårdnaden (pADL). De flesta av deltagarna behöver inte hjälp med sådana aktiviteter, men ett mindre antal anser sig behöva hjälp varje dag. Något större andel kvinnor än män säger sig vara i behov av hjälp. Ser man på behovet av hjälp i relation till ålder finner man inte oväntat ett större hjälpbehov bland de allra äldsta deltagarna, oavsett om det gäller vardagssysslor (iADL) eller hjälp med den personliga omvårdnaden (pADL), (figur 15).



Figur 15. Andel (procent) som behöver hjälp med vardagssysslor (iADL) och/ eller personlig omvårdnad (pADL) utifrån ålder och kön.

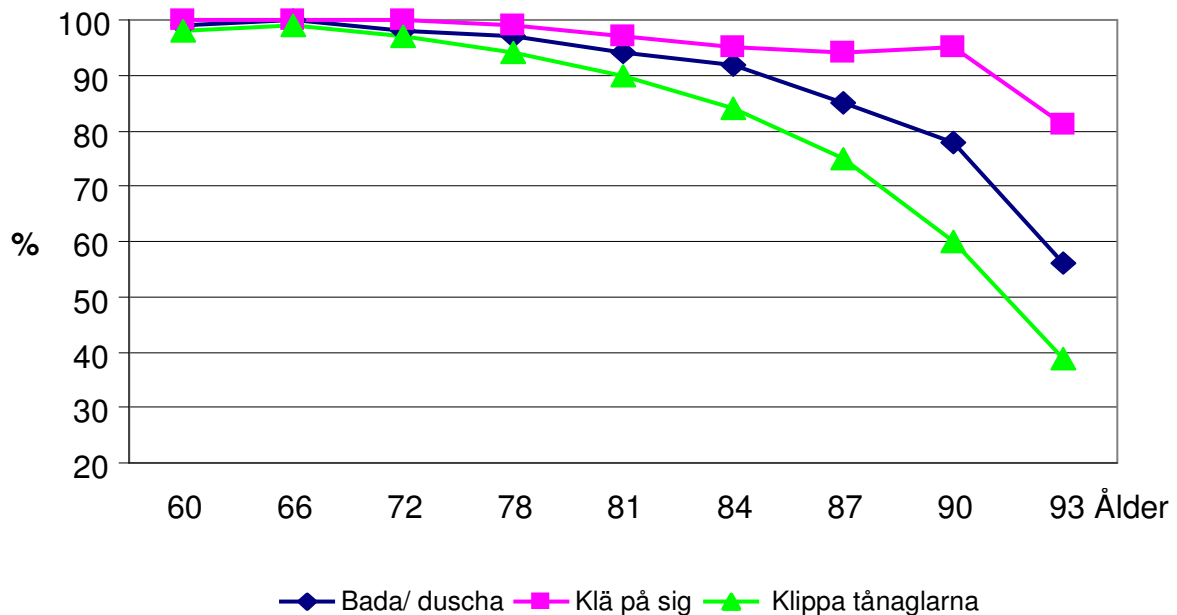
pADL

En sammanställning av deltagarnas pADL-förmåga redovisas i figur 16. Som framgår av figuren så är de flesta oberoende i att klara sina personliga aktiviteter. För samtliga aktiviteter är det något fler kvinnor som behöver hjälp men skillnaderna är små mellan könen.



Figur 16. Andel (procent) som är oberoende i personliga aktiviteter.

Däremot, som ses i figur 17, är det större skillnader vid jämförelse mellan de äldre- och yngre åldersgrupperna. Dessutom visar sig änklingar vara i större behov av personlig omvårdnad än de som är gifta, frånskilda eller ogifta.



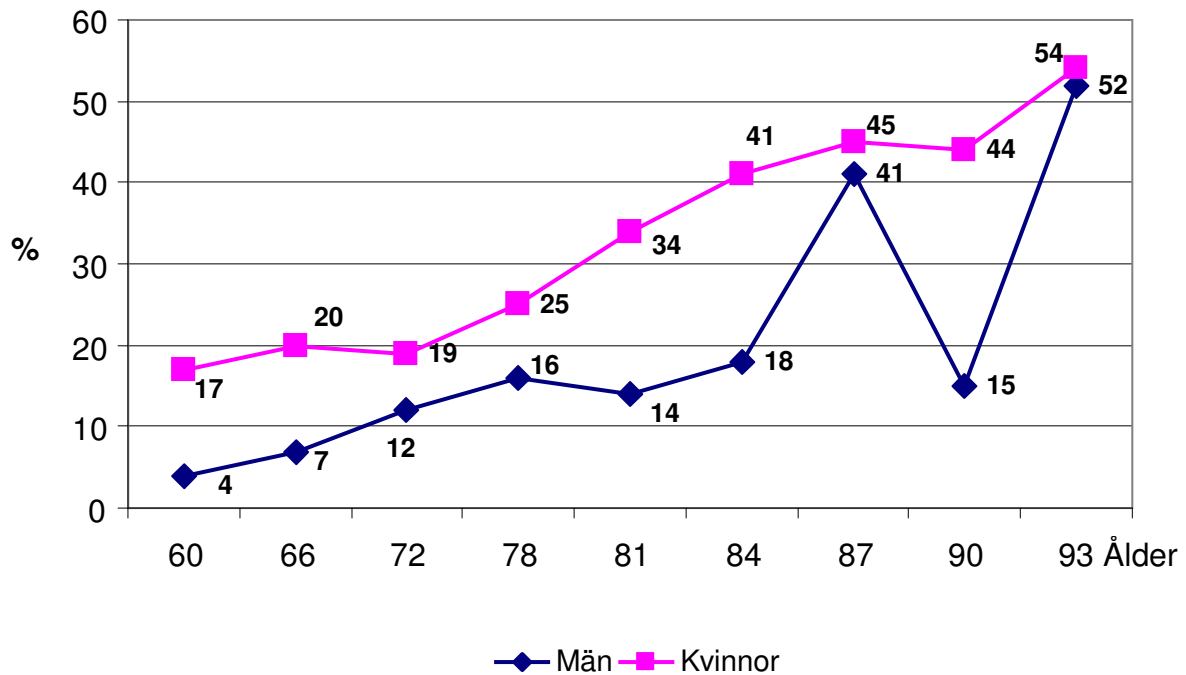
Figur 17. Andel (procent) som är oberoende i att bada, klä sig och klippa tånaglarna

Att inte kunna hålla urin eller avföring är problem som ingår i bedömning av pADL. Urininkontinens drabbar framför allt kvinnor, ca 30 % av alla postmenopausala kvinnor har problem med att kontrollera urinblåsan och problemet är vanligare hos kvinnor som har fött många barn, är rökare eller har kraftig övervikt.

Män löper mindre risk att drabbas av urininkontinens då de har ett längre urinrör, en prostatakörtel som sluter till om urinröret samt en starkare bäckenbotten. Godartad prostataförstoring är å andra sidan en vanlig orsak till så kallad överrinningsinkontinens, något som besväras allt fler män med ökande ålder.

Bland deltagarna uppger 27 % av kvinnorna och 10 % av männen problem med att hålla urinen. Problemet är vanligare hos kvinnorna i samtliga åldersgrupper, (figur 18). I figur 18 ses också hur urininkontinens blir vanligare med stigande ålder och för både män och kvinnor över 90 år har mer än hälften problem med urinläckage.

Problem med att hålla avföringen är inte lika vanligt som urininkontinens. Elva procent uppger att de ibland eller ofta har problem med läckande avföring. Det kan inte uteslutas att här finns ett mörkertal, våra tarmvanor är ett känsligt ämne och många känner sig generade och därför ovilliga att tala om sådana besvär. Avföringsinkontinens förekommer dessutom inte sällan som ett delproblem tillsammans med andra sjukdomar och tas därför inte upp som ett enskilt besvär. Särskilt hos äldre kan problem med att hålla urin eller avföring orsakas av vissa neurologiska sjukdomar som demens, multipel skleros, Parkinsons sjukdom eller stroke då signalerna mellan urinblåsa, tarm och hjärna eller ryggmärg fungerar sämre.



Figur 18. Urininkontinens hos män och kvinnor utifrån ålder.

Förstoppning eller trög mage är ett annat problem som inte är ovanligt bland äldre. Att vara förstoppad, liksom urin och avföringsinkontinens, är vanligare hos kvinnor än hos män. Totalt uppger 17 % att de har problem med trög mage, 21 % bland kvinnorna och 12 % bland männen.

Läkemedelsbehandling, fiberfattig kost, lågt vätskeintag, för lite motion och sjukdomar som bidrar till förstoppning är vanligare i de äldsta åldersgrupperna, liksom användningen av laxermedel.

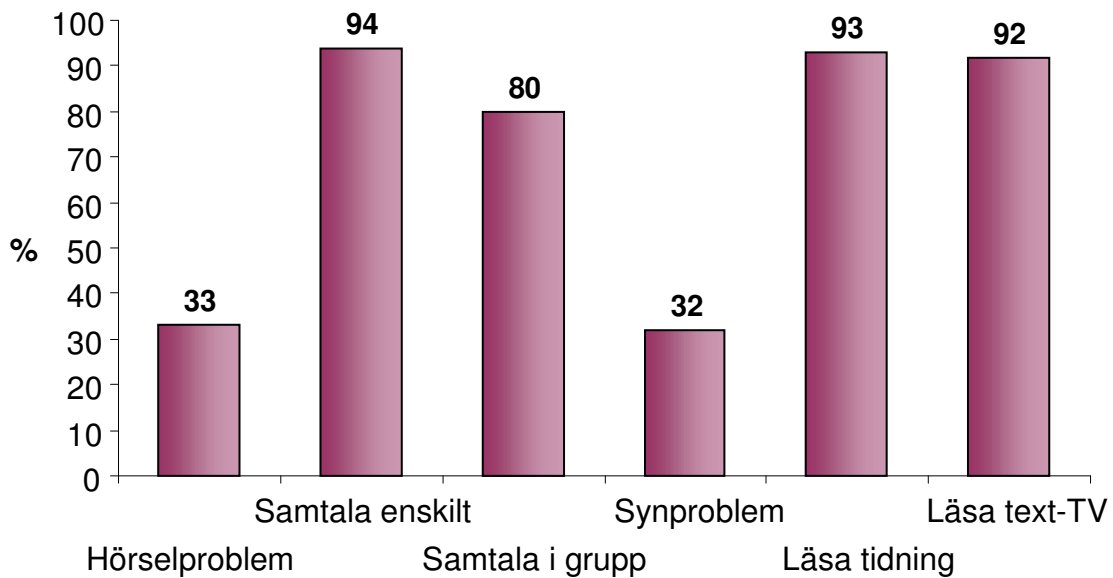
Syn och hörsel

Syn och hörsel förändras med tilltagande ålder. I ögat minskar linsens förmåga att ändra sin form, den blir grumlig och släpper igenom mindre ljus. En 70-åring behöver t.ex. tre gånger mer ljus än en ung person för en fullgod syn.

Försämrad hörsel i sin tur, kan bero på tappade hårceller i örat men sannolikt också förändringar längre in i hörselbanorna. Det blir svårare att uppfatta höga toner och att urskilja tal i en bullrig miljö.

Även om en tredjedel av deltagarna säger sig ha hörsel- eller synproblem så klarar mer än 90 % att föra ett enskilt samtal eller att läsa dagstidningar och se text-TV, (figur19).

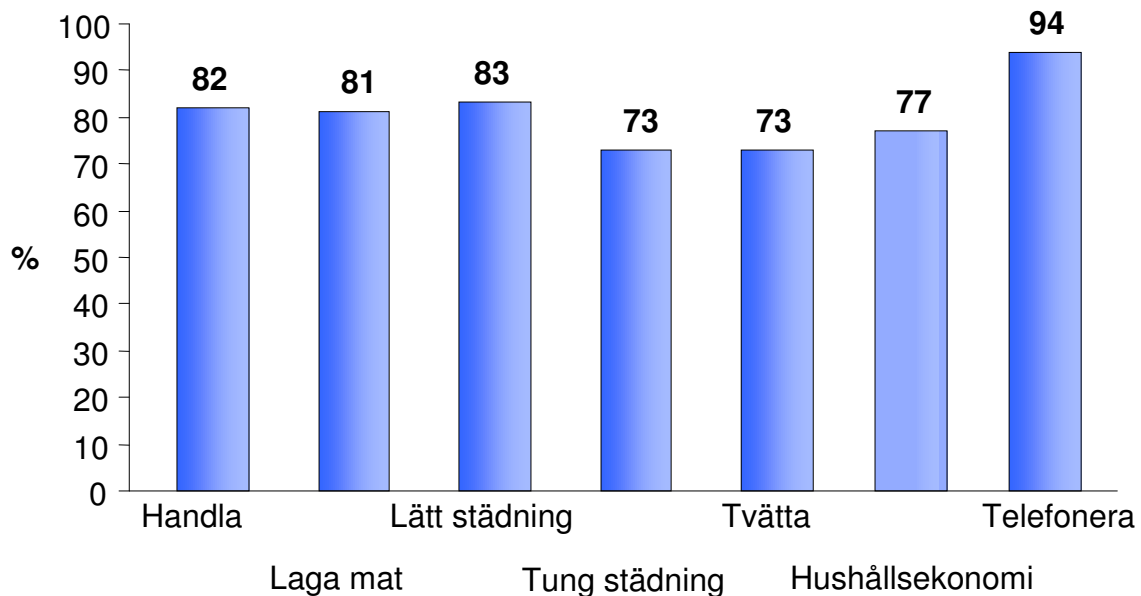
Hörselproblem är vanligare hos männen (35 %), jämfört med kvinnorna (30 %), medan synproblem är vanligare bland kvinnorna (37 %) jämfört med männen (24 %). När det gäller förmågan att samtala enskilt eller i grupp och att läsa en dagstidning eller text-TV är det dock ingen skillnad mellan könen, däremot ser man som förväntat en mindre andel som klarar detta med stigande ålder, (figur 22).



Figur 19. Andel (procent) som klarar samtal i grupp/ enskilt och att läsa tidning/ text-TV.

iADL

En sammanställning av resultaten avseende instrumentella dagliga aktiviteter (iADL) visas i de tre följande figurerna 20, 21, 22. Merparten, ca 80 %, klarar av de allra vanligaste aktiviteterna som att handla, laga mat, städa, tvätta, sköta ekonomin, (figur 20).

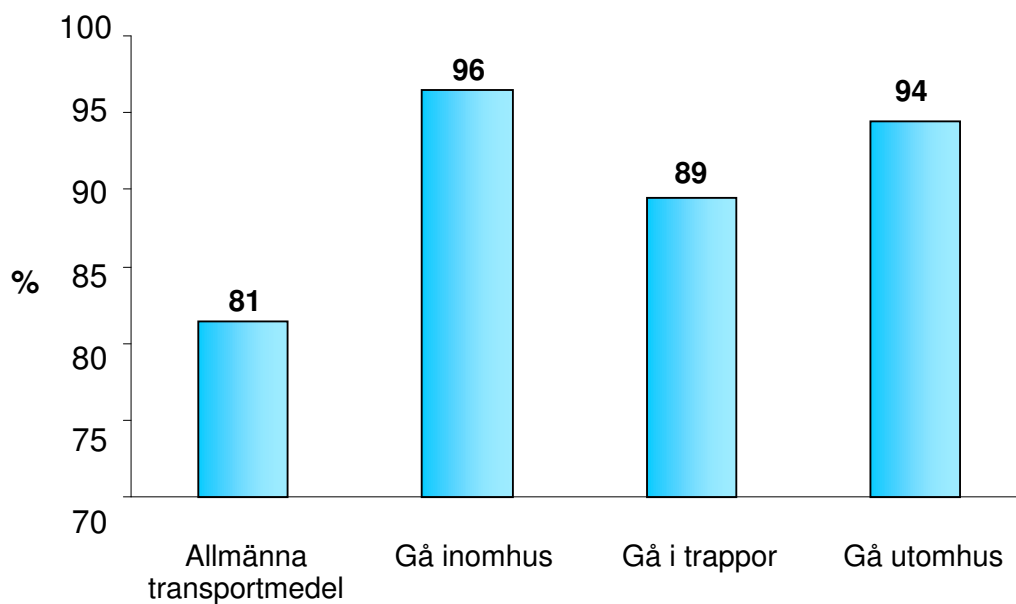


Figur 20. Andel (procent) som utan hjälp klarar vanliga vardagssysslor.

Kvinnorna sköter i högre utsträckning än männen hushållsarbetet med matlagning och tvätt medan männen är de som oftare tar sig an ekonomin och tyngre mer fysiskt krävande sysslor som städning.

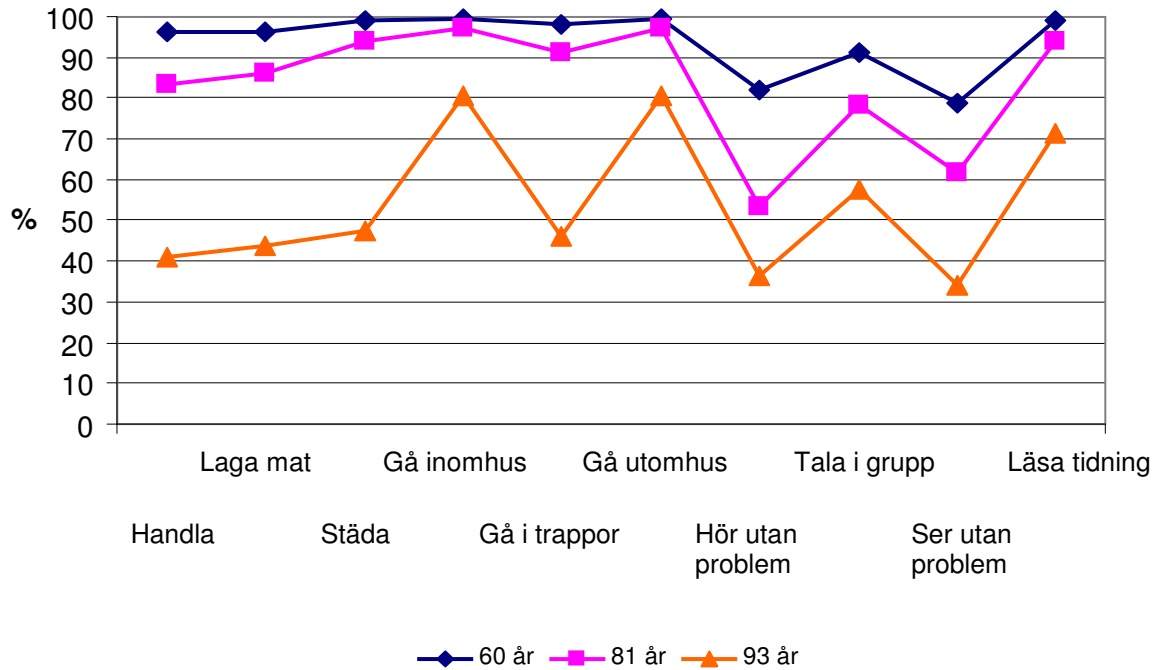
En daglig promenad kan vara tillräckligt för att man ska må bättre. Folkhälsorapporter från Socialstyrelsen visar dessutom att regelbunden motion förebygger hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, diabetes och benskörhet.

Att gå inom- och utomhus klarar över 90 %, (figur 21). Och på frågan om man klarar att promenera utomhus mellan ½ - 1 timme i fint väder utan att det tar för mycket på krafterna svarar de flesta av deltagarna (84 %) att de klarar det. Andelen bland männen är något högre (87 %) jämfört med kvinnorna (81 %).



Figur 21. Andel (procent) som klarar att använda allmänna transportmedel, gå inom- och utomhus och att gå i trappor.

Funktionsförmågan förändras i takt med stigande ålder. För vissa funktioner sker en påtaglig förändring och för andra en mindre. Exempel på detta redovisas i figur 22. I figuren ser man att funktionsförmågan inte skiljer sig nämnvärt mellan 60- och 80 åringar och att gå inom- och utomhus, är den aktivitet som skiljer sig minst mellan åldersgrupperna.



Figur 22. Andel (%) i åldersgrupperna 60-, 81-, och 93 år som klarar att handla, laga mat, städa, gå inom- och utomhus, hör eller ser utan problem och kan föra samtal i grupp eller läsa en dagstidning.

I samband med läkarundersökningen görs även en bedömning av deltagarnas förmåga att kommunicera i tal. För de allra flesta (94 %) är det inte några problem att delta i ett vanligt samtal kring hälsa och vardagliga händelser. Någon skillnad mellan kvinnor och män föreligger inte, däremot ses en något nedsatt förmåga med ökande ålder.

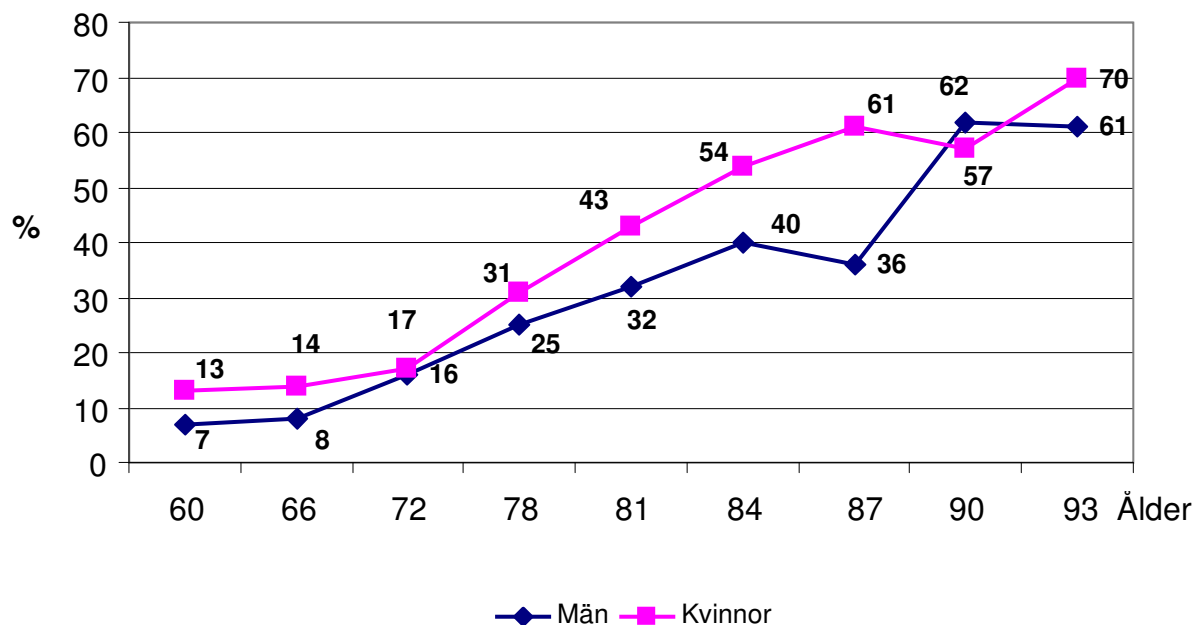
Funktionstester

Vid undersökningarna genomför deltagarna flera olika funktionstester där bland annat handstyrka, balans, koordinationsförmåga och rörlighet prövas. Några av resultaten från balansproven och testet för handstyrka presenteras i följande avsnitt.

Balans

För att man skall kunna upprätthålla en viss kroppsställning och röra sig obehindrat krävs god balans. En försämrad balans däremot, kan påverka både förmågan och viljan att röra sig. En dålig balans kan också bidra till svårigheter i att klara sig själv och är dessutom en orsak till fall och fallskador, till exempel frakturer. Tilltagande problem med balansen tillhör det normala åldrandet även om man i övrigt är frisk.

Tjugofem procent anger att de har balansproblem. Balansproblem är vanligare hos kvinnor än hos män och ett tydligt samband ses mellan sämre balans och stigande ålder (figur 23).



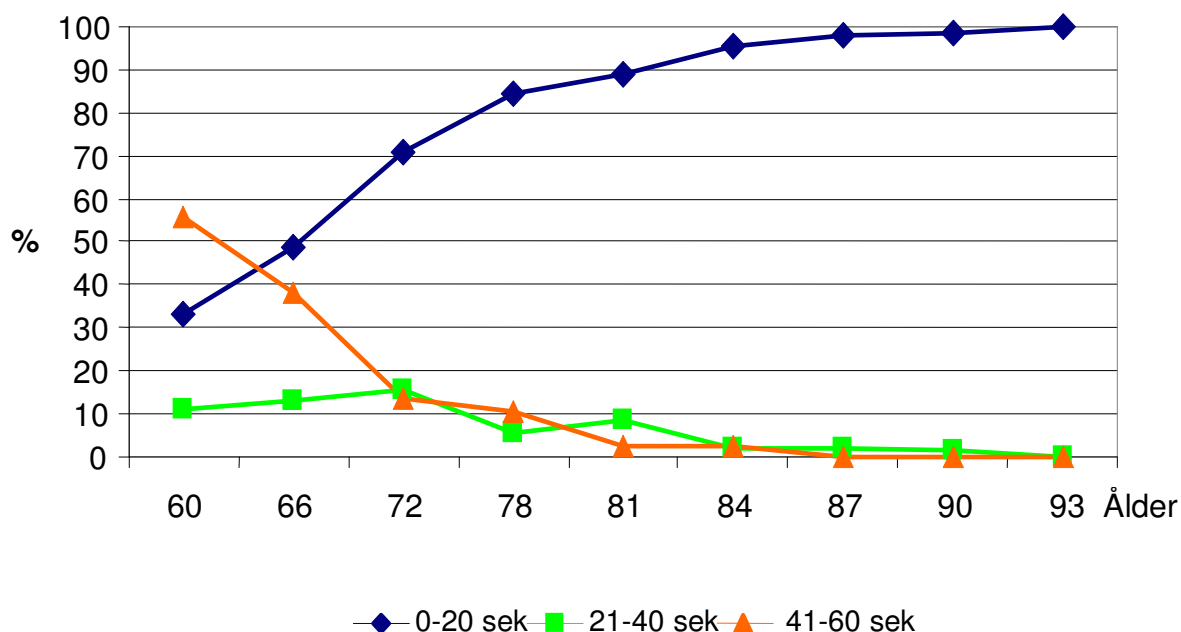
Figur 23. Andel (procent) med balansproblem utifrån ålder och kön.

Nitton procent bland männen och 30 % bland kvinnorna anger problem med balansen och för dem med balansproblem har 21 % av männen och 25 % av kvinnorna ramlat omkull en eller flera gånger senaste halvåret dvs. större andel kvinnor upplever både sämre balans och faller oftare jämfört med männen.

För samtliga deltagare, oavsett om man upplever balansproblem eller inte, svarar 10 % att de fallit en till två gånger och 2 % att de fallit fler än tre gånger det senaste halvåret. Fall är även här vanligare i de äldsta grupperna och bland kvinnorna.

Ett vanligt balansprov som även används i SNAC-Skåne, är "enbensstående" vilket som namnet anger prövar hur länge man kan stå på ett ben. Klarar man att stå 60 sekunder bryts försöket. Testet genomförs för både höger och vänster ben. Maxtiden 60 sek för höger ben klarar 28 % av samtliga deltagare, 34 % av männen och 24 % av kvinnorna och maxtiden för vänster ben klarar 27 % av samtliga deltagare, 34 % av männen och 21 % av kvinnorna.

Som redan nämnts ses ett samband mellan upplevd obalans och ålder. Figur 24 visar en jämförelse mellan enbensstående på höger ben och stigande ålder. Redan vid 66 år klarar knappt 40 % i åldersgruppen att stå mer än 40 sekunder och bland 90-åringarna är det endast ett fåtal som kan stå på ett ben (höger) längre än 20 sekunder (figur 24).



Figur 24. Andel (procent) som klarar enbensstående höger ben i 0-20, 21-40 eller 41-60 sekunder utifrån ålder.

Ett enkelt test på balansförmågan som samtidigt har stor betydelse i vardagen är om man kan plocka upp tappade föremål. För de allra flesta är inte detta något problem, 95 % av männen och 90 % av kvinnorna svarar att de helt själva utan att använda hjälpmedel klarar detta. Lite svårare blir det för de äldsta, i gruppen 87 år och äldre är det ca 70 % som kan plocka upp något man tappat.

Ett annat test där god balans har betydelse är om man kan resa sig från en stol utan att använda armarna. Majoritet ca 84 % klarar det utan problem. Det är ingen större skillnad mellan män och kvinnor men för båda könen är andelen som klarar detta mindre bland de allra äldsta

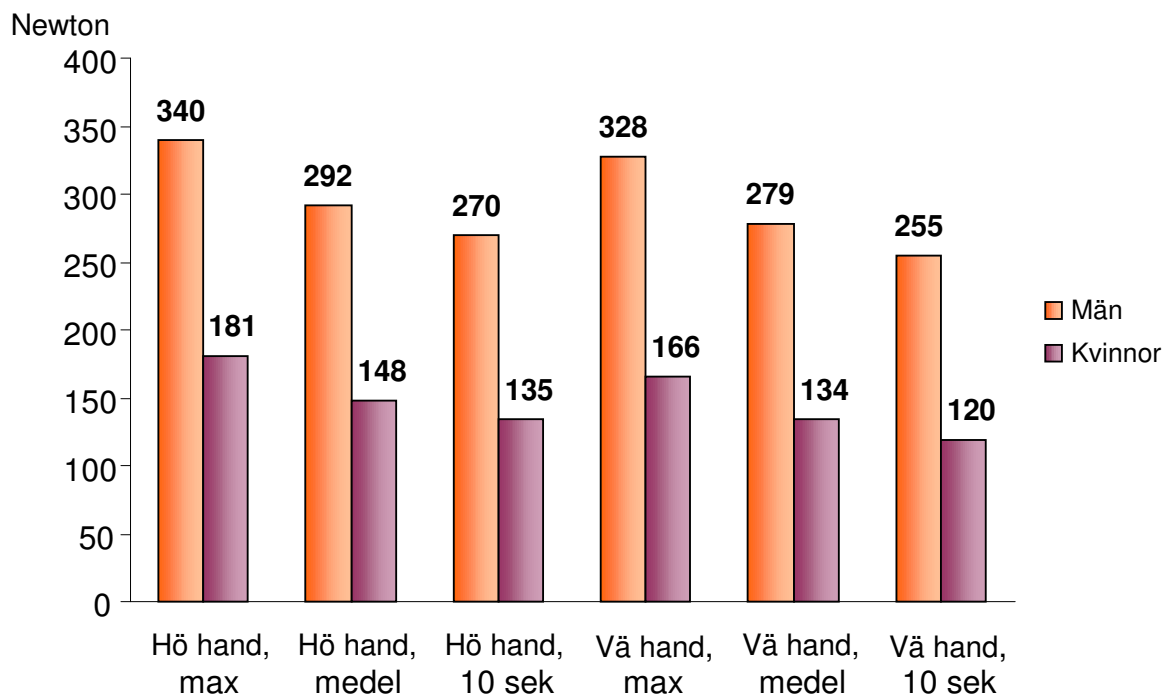
Handstyrka

För att mäta muskelstyrkan i händerna används "Grippit". "Grippit" är ett lättanvänt instrument som elektronisk registrerar handstyrkan i enheten Newton (N). Deltagarna greppar med maximal kraft ett handtag under 10 sekunder, både vänster och höger hand testas.

Resultatet redovisas som maxvärde, medelvärde under 10 sekunder samt slutvärde efter 10 sekunder. Medelvärdet och slutvärdet ger en uppfattning om uthållighet.

Normalt ligger medelvärdet för män 20 till 69 år på 400 N och för kvinnor i motsvarande ålder på 220 N. Referensvärde för individer över 69 år saknas och det är därför svårt utifrån testerna med "Grippit" bedöma om deltagarna generellt eller utifrån kön och ålder har en normal eller avvikande handstyrka.

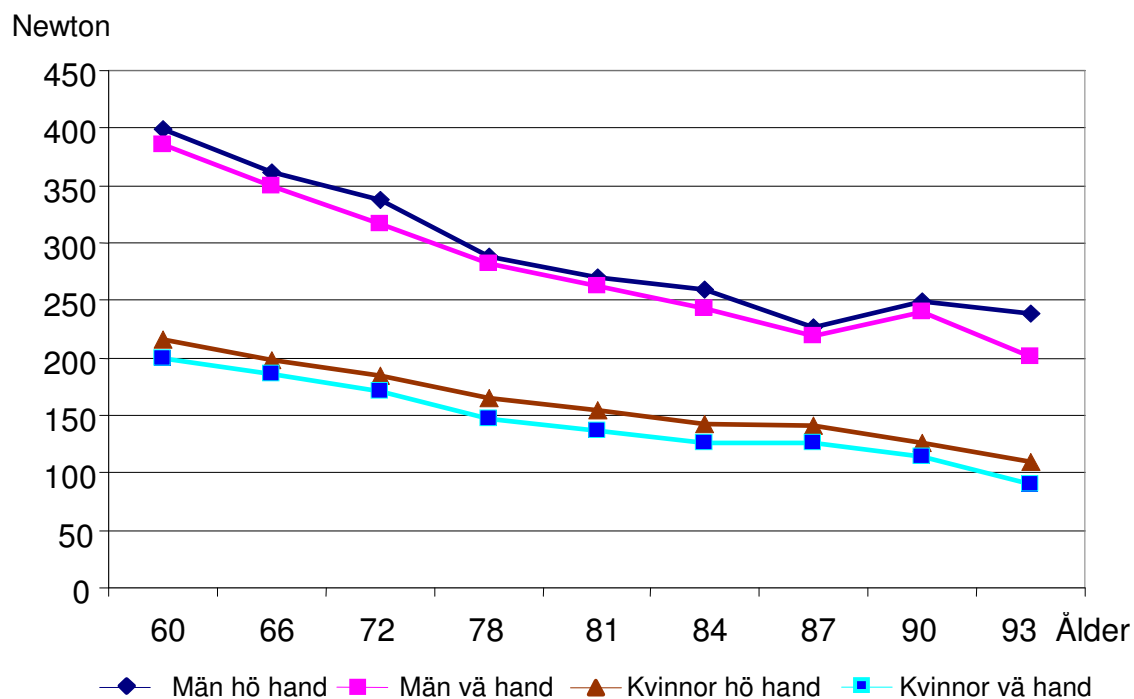
I SNAC-Skåne har drygt 2550 personer testats med "Grippit" vilket utgör ett betydande underlag för att ta fram nya referensvärden för kvinnor och män 60 år och äldre, (tabell 1, sid. 23). Referensvärden som kan ligga till grund för att bedöma handstyrka i klinisk verksamhet t. ex. i samband med rehabilitering efter en handledsfraktur.



Figur 25. Medelvärden handstyrka för höger respektive vänster hand hos män och kvinnor.

Som framgår av figur 25 är som väntat kraften i vänster hand mindre än för höger hand även om skillnaden inte är så stor

Ett tydligt samband ses mellan minskad handstyrka och stigande ålder samt att kvinnor i allmänhet har lägre värden än män i motsvarande åldersgrupper. Sextioåriga män är den enda grupp som når "normal handstyrka" (400 N), (figur 26).



Figur 26. Handstyrka: medelvärde under 10 sekunder för höger och vänster hand utifrån ålder och kön.

Ett subjektivt mått på handstyrka som efterfrågas är om man har kraft nog att öppna burkar med skruvlock. Sjuttiofyra procent svarar att de klarar detta utan problem, 90 % av männen och 62 % av kvinnorna. Inte oväntat är det större andel bland de äldsta som har problem med skruvlock. Sextioåtta procent av 90-åringarna måste använda hjälpmedel eller klarar det inte alls medan motsvarande andel bland 60-åringarna är 14 %.

Tabell 1. Maximal handstyrka (Newton), medelvärde under 10 sekunder och handstyrka efter 10 sekunder hos män och kvinnor i åldersgrupperna 60-66 år, 72-78 år samt 81 år och äldre.

Kvinnor

Ålder (antal)	60-66 år (n=681)		72-78 år (n=289)		81- år (n=404)	
	MV*	SD*	MV*	SD*	MV*	SD*
Max, hö	206,6	66,9	176,0	60,2	142,3	53,4
Medel under 10 sek, hö	169,7	61,3	143,6	52,6	115,7	45,6
Efter 10 sek, hö	154,0	58,9	130,1	50,4	104,9	44,8
Max, vä	192,2	63,5	159,8	55,2	125,6	50,0
Medel under 10 sek, vä	155,0	57,8	129,3	50,4	100,5	43,1
Efter 10 sek, vä	139,2	55,6	115,1	45,2	90,7	40,8

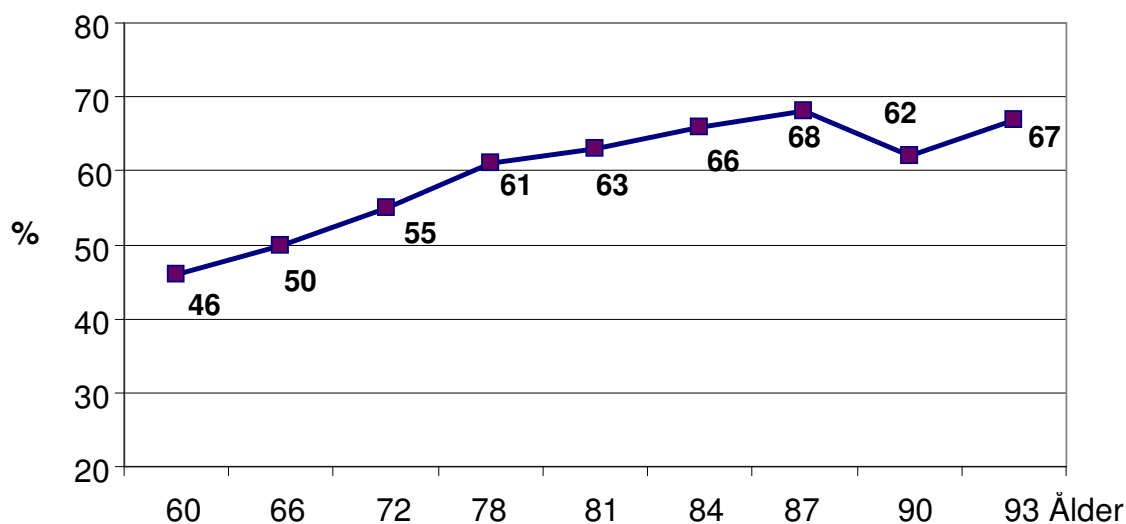
Män

Ålder (antal)	60-66 år (n=681)		72-78 år (n=240)		81- år (n=258)	
	MV*	SD*	MV*	SD*	MV*	SD*
Max, hö	381,6	97,9	314,8	87,8	255,0	76,7
Medel under 10 sek, hö	329,3	92,4	268,6	80,9	213,3	68,7
Efter 10 sek, hö	306,3	91,4	247,8	81,7	196,0	68,0
Max, vä	368,9	94,1	300,8	84,3	244,0	76,9
Medel under 10 sek, vä	316,3	91,0	255,8	80,3	201,2	71,2
Efter 10 sek, vä	290,1	90,9	235,8	79,9	182,2	70,6

* MV = medelvärde; SD = standardavvikelse (den genomsnittliga avvikelsen från medelvärdet).

Behov av hjälp i framtiden

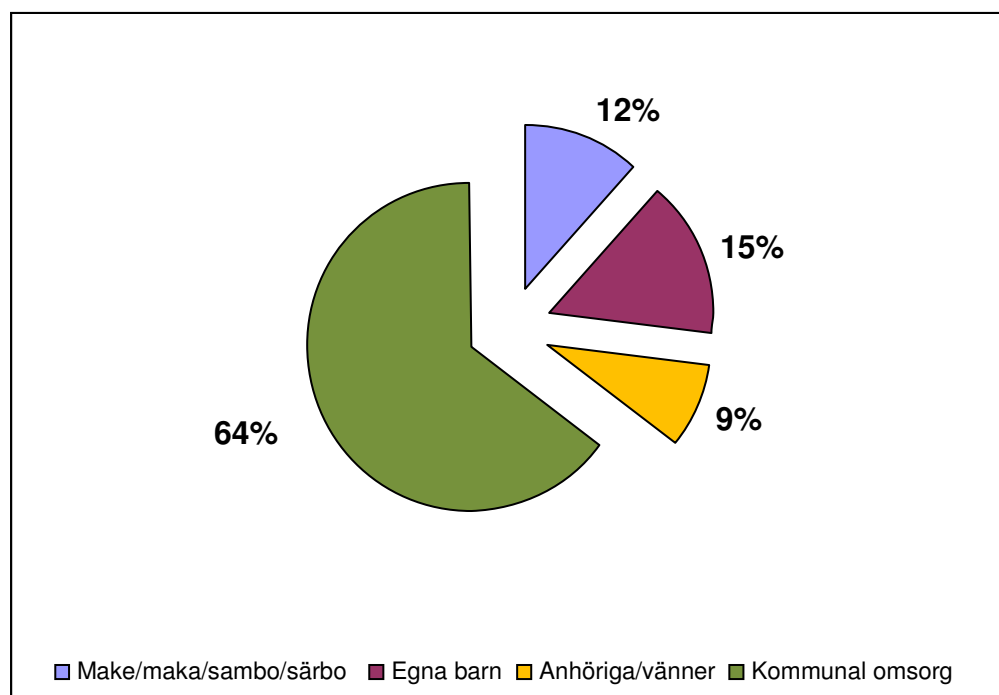
På frågan om man funderar på vilken hjälp man kan behöva i hemmet och/eller med den personliga omvårdnaden då man blir äldre svarar 55 % att de har sådana tankar, kvinnor i större utsträckning, 61 %, jämfört med männen, 48 %. Det visar sig också att större andel i de äldsta grupperna funderar kring hur den eventuella omsorgen och vården kommer att se ut senare i livet, (figur 27).



Figur 27. Andel (procent) som har tankar kring framtida vård- och omsorgsbehov.

Vem vill man få hjälp och omvårdnad av vid sjukdom?

Om man blir sjuk en längre tid eller vid funktionsnedsättning kan man vara i behov av hjälp för att klara olika sysslor i hemmet eller med den personliga omvårdnaden. Vilken/vilka man i först hand skulle vända sig till för att få sådan hjälp framgår av figur 28.

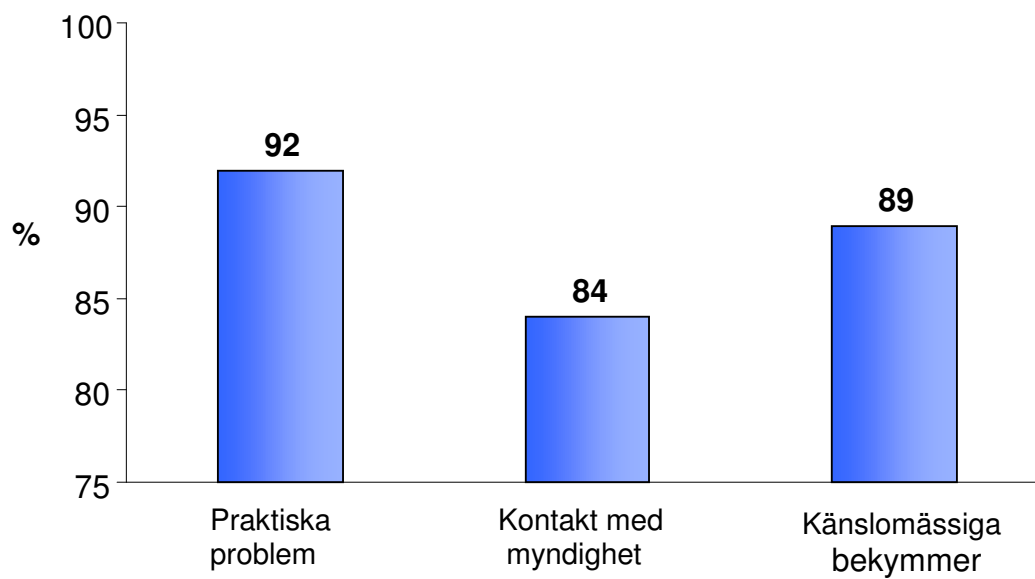


Figur 28. Vilken/vilka man skulle vända sig till vid en längre tids sjukdom och behöver hjälp i hemmet eller med den personliga omvårdnaden.

Av figuren ser man att det är den kommunala omsorgen som de flesta skulle vända sig till för att få hjälp (64 %), medan övriga önskade få hjälp av närstående som anhöriga eller vänner. För män och kvinnor är andelen som föredrar kommunal hjälp nästan lika stor, 63 % respektive 65 %. Att söka hjälp hos närstående avtar med åldern, vem man kan få hjälp av beror givetvis på hur man lever och om man fortfarande lever tillsammans med någon samt om partnern är tillräckligt frisk för att kunna ge hjälp.

Socialt nätverk

För att ha ett bra liv när man blir äldre räcker det många gånger inte med att enbart hälsan är god. Sociala nätverk; relationer till släkt och vänner som kan ge en hjälpare hand i vardagen är också viktigt. I SNAC-Skåne ställs frågor om deltagarna har någon anhörig som kan hjälpa till med enklare praktiska problem som mindre reparationer eller skriva brev till olika myndigheter och om man har någon att vända sig till vid känslomässiga bekymmer. Som framgår av figur 29 har de allra flesta någon att fråga till råds i sådana situationer.



Figur 29. Andel (procent) som har någon att vända sig till med praktiska problem, i kontakt myndighet eller vid känslomässiga bekymmer.

Avslutande kommentarer

Under sin livstid drabbas de flesta människor av någon form av ohälsa. Orsakerna till varför man blir sjuk är ofta ett komplext samspel mellan flera faktorer som ålder, ärftlighet, fysisk och sociala miljö samt livsstil.

Att ge ett mått på hälsa kan vara svårt då begreppet har olika innebörd för olika människor. I föreliggande rapport om äldre i Skåne har vi därför tagit fasta på att presentera resultaten som ohälsa och hur ohälsa eller sjukdom drabbar män och kvinnor i olika åldersgrupper mellan 60 och 93 år.

Som redovisats är stigande ålder en orsak till ohälsa och med en ökande andel äldre i befolkningen där allt fler når mycket hög ålder kommer större krav att ställas på såväl förebyggande som funktionsbevarande och rehabiliterande insatser i avsikt att så långt möjligt bibehålla en god livskvalitet och ett tryggt åldrande. Något som i sin tur kommer att ställa ökade krav på både den offentliga vården given av kommun och landsting samt inte minst anhörigas vård och stödinsatser.

Att bo på landsbygden eller i en mindre by kan innebära att det är svårare att få tillgång till den service och bekvämligheter en stad eller större tätort kan erbjuda i form av sjukvård och omsorg. Deltagarna i SNAC-Skåne skiljer sig i detta avseende inte nämnvärt åt. Nästan 90 % bor i tätbebyggt område eller i en stad. Några större skillnader i var man bor ses inte heller utifrån ålder eller kön.

En god sömn har betydelse för livskvalitet och sömnstörningar kan medföra både sjukdom och förkortad livslängd. I SNAC-Skåne svarar mellan 30 % - 40 % bland deltagarna 81 år och äldre att de har svårigheter att somna trots att nästan lika stor andel i gruppen använder någon form av sömnmedel. De äldre åldersgrupperna konsumerar mer sömnmedel än yngre och kvinnor mer än män. En alltför stor grupp, nästan 1/3, anger andra problem associerade med sömnsvårigheter där bl. a. andningsuppehåll (apné), restless legs (rastlösa ben), smärta eller olustkänslor är vanligt. Problem som oftast helt eller till en del går att åtgärda.

Bland de äldsta är det vanligare med en sovstund 2 timmar eller längre under dagen, vilket möjligen kan förklara den sämre nattsömnen, och man kan fråga sig om inte fler i gruppen som tar tupplurar istället borde hjälpas till en bättre nattsömn.

Under rubriken ”besvär” är ledbesvär, ont i rygg och ben de dominerar problemen och mer än hälften av deltagarna uppger något dessa besvär.

Ledsjukdomar av degenerativ natur som vid artros går ofta att lindra och förebygga. Träning är viktigt och aktiviteter som simning, stavgång och cykling är skonsamt mot lederna. Avlastning av ömmande leder med olika typer av stödförband kan vara aktuellt. Väsentligt är att de drabbade ges information om träningsmöjligheter och viken hjälp som finns att få.

Värk är vanligt förekommande och ca en fjärdedel bland dem med värk uppger att värken påverkar de dagliga aktiviteterna. I samma grupp är det endast 55 % som har någon form av smärtlindring, troligen finns här ett underskattat behov av att utreda smärtans orsaker samt att erbjuda såväl farmakologisk som annan behandling.

Även om många deltagare i SNAC-Skåne upplever problem med syn, hörsel och olika besvär från rörelseapparaten eller smärta så anger den övervägande delen att det allmänna hälsotillståndet är gott, mycket gott eller utmärkt. En viktig faktor när det gäller att bedöma

den egna hälsa är individens inställning till sjukdom och *hur* man uppfattar ohälsa eller sjukdom. Är den egna attityden att man mår fysiskt eller psykiskt dåligt och har svårt att hantera ohälsa löper man ofta större risk att drabbas av sjukdom än om man tror sig klara av olika svårigheter i samband med nedsatt hälsa. Att arbeta med attityder kring ohälsa torde därför vara en god investering, inte bara på individnivå utan även för vården och omsorgen i stort.

Maten är viktig för att vi ska må bra samtidigt som den gemensamma måltiden har en väsentligt social funktion. Bra tänder är av stor betydelse för att tillgodo göra sig maten och något som påverkar människans hela hälsotillstånd, t ex kan en dålig tandhälsa leda till näringsbrist. Att behålla egna och funktionsdugliga tänder är något som skulle kunna förbättras med förebyggande insatser i klinisk behandling. En alltför stor andel av de äldsta deltagarna, ca hälften av dem som är 90 år eller äldre, anger att de inte kan tugga mat med tuggmotstånd.

Ungefär en tredjedel av kvinnorna och en femtedel av männen säger sig vara besvärade av urininkontinens och ett tydligt samband ses mellan inkontinens och stigande ålder. Urininkontinens kan vara en orsak till försämrad funktionsförmåga och i förlängningen leda till en ofrivillig inaktivitet. Om man dessutom är drabbad av andra vanliga åldersproblem t.ex. svårigheter att röra sig på grund av stelhet, dålig balans eller försämrad syn blir det ofta än mer besvärligt att t.ex. sköta den personliga hygien och toalettbesök. Men urininkontinens behöver inte vara ett problem i det normala åldrandet och de allra flesta kan genom rätt behandling eller olika stödinsatser förbättra sin situation eller helt slippa inkontinensproblem.

Aktiviteter i dagligt liv (ADL) som personlig omvårdnad, matlagning och städning klarar de flesta av deltagarna på egen hand, men ett fåtal behöver hjälp varje dag. Ett tydligt samband ses mellan stigande ålder och behov av hjälp. Andelen kvinnor som behöver hjälp med ADL är större än hos män. Bland männen har å andra sidan änklingar ett större hjälpbehov och man kan här inte utesluta att traditionella könsroller är en del av förklaring till att dessa klarar sig sämre.

Mycket kan också göras i den fysiska miljön för att möjliggöra eller underlätta för de med nedsatt förmåga att klara de dagliga aktiviteterna i och utanför hemmet. Till exempel kan det vara svårt att öppna dörrar eller gå i trappor om man samtidigt använder rollator eller något annat förflytningshjälpmedel.

Bland deltagarna är det totalt närmare 40 % som anger hörsel eller synbesvär. Viktigt och något som inte borde vara alltför ekonomiskt belastande, är att aktivt informera om vilka syn och hörselhjälpmedel som finns att tillgå.

Ett intressant resultat är att anhörigas stöd och hjälp i vardagen med såväl praktiska som känslomässiga problem verkar utgöra en betydande resurs. Flertalet av deltagarna, över 80 %, säger sig ha någon anhörig att vända sig till då de behöver hjälp med att komma i kontakt med olika myndigheter eller någon att prata med om man känner sig nedstämd.

Vid större behovskrävande insatser som vid funktionsnedsättning eller vid en längre tids sjukdom önskar lite mer än 1/3 få hjälp eller bli vårdade av anhöriga eller nära vänner, grupper som alltså framgent kan komma att utgöra en betydande tillgång i omsorgen om de äldre.

Ett bland flera prov på fysisk funktionsförmåga som testades var handstyrkan. Då referensvärden saknas för individer 70 år och äldre kommer redovisade data att bli värdefulla

i arbetet med att presentera nya referensvärden. Referensvärden som troligen kommer att vara intressanta för flera yrkeskategorier vilka arbetar med äldreomsorg och rehabilitering.

Andelen äldre i befolkningen ökar och därmed också kostnaderna för att upprätthålla en god sjukvård och omsorg. Hälsobefrämjande åtgärder i avsikt att stärka och förbättra hälsan hos de äldre kan därför på sikt medföra risk för besparingar inom den offentliga vården.

Resultaten från SNAC-Skånes basundersökning och kommande återundersökningar kommer att ge oss värdefull information om äldres hälsa, funktionsförmåga och vårdbehov.

Information som tillsammans med demografiska data kan ligga till grund för bedömning av kommande vårdkonsumtion. Resultat som i sin tur kan användas inte bara på individnivå utan även av landsting och kommuner i arbetet med att skapa en kostnadseffektiv vård och omsorg utifrån de äldres servicebehov.

Rapport SNAC-Skåne 2010:1

Det nationella forskningsprojektet Swedish National Study on Aging and Care (SNAC) är en långsiktig nationell studie av åldrandet samt vården och omsorgen för de äldre över 60 år. Projektet som startade år 2001 har initierats av Socialdepartementet och genomförs i fyra områden i Sverige. I Skåne deltar kommunerna, Malmö, Hässleholm, Osby, Ystad samt Eslöv. I Blekinge deltar Karlskrona kommun och i Gävleborgs län Nordanstigs kommun, Stockholms stad representeras av stadsdelen Kungsholmen. Projektet finansieras av Socialdepartementet, Region Skåne, avdelningen för geriatrik Lunds universitet och medverkande kommuner.

SNAC-Skåne projektet går under beteckningen "Gott Åldrande i Skåne" (GÅS) och huvudansvarig för SNAC-Skåne är Professor Sölve Elmståhl, solve.elmstahl@med.lu.se

Mer information finns på den gemensamma hemsidan, www.guc.umass.se och www.snac.org