



Hälsa och livskvalitet bland äldre män och kvinnor på Åland 2015 (HÄMKÅ15)

Författare: Erika Boman

Högskolan på Åland, Mariehamn, 2016
ISBN 952-9735-29-4
ISSN 2243-397X

HÖGSKOLAN ^{PÅ}ÅLAND
ÅLAND UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



FÖRORD

I samband med mitt avhandlingsarbete noterade jag att det finns en brist på folkhälsodata gällande den äldre befolkningen på Åland. Detta konstateras även i det hälsopolitiska programmet för Åland 2010-2020¹. I Kvalitetsrekommendation – Tjänster för äldre² sägs att grunden för det strategiska arbetet gällande planering av äldreomsorgen ska utgöras av en tillräckligt omfattande analys av dagsläget, bland annat beträffande befolkningen och befolkningens hälsa och välbefinnande. Här såg jag en kunskapslucka att fylla. Inom ramen för mitt avhandlingsarbete genomfördes därför år 2010 en enkätundersökning. Enkäten riktade sig till samtliga äldre kvinnor på Åland (65 år och äldre). Delar av detta material presenteras i avhandlingen *Inner strength as a health resource among older women*³. Under år 2015, dvs fem år efter den första datainsamlingen, samlades data in på nytt. Denna gång inkluderades även de äldre männen. En enkät skickades till samtliga personer på Åland som under år 2015 fyllde 65 år eller var äldre. Undersökningen går under benämningen *Hälsa och livskvalitet bland äldre män och kvinnor på Åland 2015 (HÄMKÅ15)*.

Insamlad data förväntas kunna ligga till grund hälsofrämjande arbete rörande den äldre befolkningen. Men, som det också i Folkhälsorapport 2015⁴ konstateras, kunde ett samarbete mellan olika aktörer på Åland, såsom landskapsregeringens (LRs) hälso- och sjukvårdsbyrå, Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS), Högskolan på Åland samt Ålands statistik och utredningsbyrå (ÅSUB) leda till ett än mer strategiskt folkhälsoarbete. Ett sådant samarbete kan betraktas vara påbörjat. För att genomföra HÄMKÅ15 har medel erhållits från LR och Ålands självstyrelses 75-åriga jubileumsfond. Det insamlade materialet har delgetts ÅSUB. ÅSUB kommer under år 2016-17 ge ut rapporter som rör missbruk och äldres samhälleliga delaktighet, där material från HÄMKÅ15 ingår. I den här rapporten presenteras andra delar av det insamlade materialet. Till viss del har jag knutit an resultaten till tidigare forskning, för att visa på likheter och/eller skillnader. Jag vill dock göra Er uppmärksamma på att denna forskningsgenomgång inte på något sätt är heltäckande. En fördjupning av materialet kommer att genomföras med vidare analyser och resultaten kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter. Sammantaget hoppas jag att HÄMKÅ15, tillsammans med ett vidare samarbete mellan olika parter på Åland, ska kunna ligga till grund för att främja hälsa och livskvalitet bland äldre på Åland.

Erika Boman

Med dr i omvårdnad, leg spec sjukskötare
Överlärare vid Högskolan på Åland

¹ Ålands landskapsregering. Hälsopolitiskt program för Åland 2010-2020.

<http://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/page/halsopolitiskt-program-for-aland-2010-2020.pdf>

² Ålands landskapsregering (2010). Kvalitetrekommendation. Tjänster för äldre.

<http://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/page/kvalitetsrekommendation-tjanster-for-alldre.pdf>

³ Boman, E. (2016). Inner strength as a health resource among older women. Avhandling, Umeå universitet. <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:903676/FULLTEXT01.pdf>

⁴ Ålands landskapsregering. Åland Folkhälsorapport 2015.

http://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/page/folkhalsorapport_2015_310815_0.pdf

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	2
Bakgrund.....	4
Civilstånd	5
Boendeort och bostad	5
De svarandes utbildning, arbete och ekonomi.....	7
Utbildning	7
Arbete.....	8
Ekonomi	9
Närståendevård	11
Socialt stöd och ensamhet.....	13
Alldagliga och fritidsaktiviteter samt delaktighet.....	16
Vardagsaktiviteter.....	16
Samhällelig delaktighet och fritidsaktiviteter.....	20
Fysisk aktivitet och fallolyckor	21
Fysisk aktivitet.....	21
Fallolyckor.....	22
Kroppssammansättning och -uppfattning	24
Hälsa och ohälsa	27
Diagnostiserad sjukdom och läkemedel.....	28
Andra rapporterade hälsobesvär.....	33
Livshållning, nedstämdhet och depression	38
Tro	41
Våld.....	43
Referenser	45

BAKGRUND

Under hösten/vintern år 2015 skickades ett frågeformulär ut till samtliga äldre kvinnor och män på Åland (65 år och äldre) per post med ett förfrankerat svarskuvert. Frågeformuläret i sin helhet finns med som bilaga till detta dokument. Påminnelser om att besvara frågeformuläret utannonserades i lokaltidningarna. Männen erhöll även ett påminnelseutskick per post. Totalt besvarades frågeformuläret av 1811 kvinnor och av 1677 män (ca 60 % svarsfrekvens). Medelåldern för de svarande kvinnorna var 73,9 år och för männen 73,3 år. Flest antal svarande återfinns i åldergruppen 65-69 år, för att sedan minska för varje åldersgrupp (se Tabell 1).

Tabell 1. Antal och andel respondenter i olika åldersgrupper efter kön

Åldersgrupper	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)	Totalt Antal (%)
65-69	643 (18,4)	591 (16,9)	1234 (25,4)
70-74	455 (13,0)	494 (14,2)	949 (27,2)
75-79	311 (8,9)	284 (8,1)	595 (17,1)
80-84	215 (6,2)	191 (5,5)	406 (11,6)
85+	187 (5,4)	117 (3,4)	304 (8,7)
Totalt	1811 (51,9)	1677 (48,1)	3488 (100)

De som inte svarade på formuläret var äldre. Medelåldern för icke-svarande kvinnor var 77,3 år för männen 78,9 år. Det fanns möjlighet att ange orsak till varför man valde att inte delta i studien. Vanligt förekommande orsaker var sjukdom, nedsatt kognitivt status, att man inte är intresserad eller att man inte hade tid.

Civilstånd

Den största andelen av respondenterna (66,5 %) angav att de levde i ett parförhållande (svarsalternativen gift/registrerad partner/sambo). Av de svarande var andelen kvinnor som var änkor signifikant högre än andelen män som var änklings⁵ (se Tabell 2).

Tabell 2. Civilstånd; antal och andel svarande i respektive grupp efter kön (n⁶ = 3483)

	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)	Totalt Antal (%)
Gift/registrerad partner/sambo	1012 (55,9)	1301 (77,8)	2313 (66,5)
Särbo/ensamstående/frånskild	237 (13,1)	192 (11,5)	429 (12,4)
Änka/änkling	497 (27,5)	121 (7,2)	618 (17,7)
Kombination av ovanstående	64 (3,5)	59 (3,5)	123 (3,5)

Boendeort och bostad

Bland de svarande kvinnorna var det nästan lika stor andel, dvs nästan 46 %, som bodde i Mariehamn liksom på landsbygden. Ca 8 % av de kvinnliga respondenterna bodde i skärgården. Bland männen är det en större andel av de som svarat som bodde på landsbygden (ca 50 %) jämfört med i Mariehamn (ca 40 %). Ca 10 % av de manliga respondenterna bodde i skärgården (Tabell 3). Fördelningen över respondenternas boendeort (totalt) överensstämmer i stort med ÅSUBs redovisning över kommunernas befolkning efter åldersgrupper (ÅSUB, 2015a).

Tabell 3: Boendeort; antal och andel svarande i respektive grupp efter kön (n=3485)

	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)	Totalt Antal (%)
Mariehamn	830 (45,8)	675 (40,3)	1505 (43,2)
Landsbygden	832 (45,9)	823 (49,2)	1655 (47,5)
Skärgården	149 (8,2)	176 (10,5)	325 (9,3)

Majoriteten (81 % av kvinnorna respektive ca 86 % av männen) uppgav att bor i bostad som man själv eller annan familjemedlem äger. Ca 15 % av kvinnorna och 11 % av männen uppgav att de bor i hyresbostad. Endast ett fåtal (ca 4 % av kvinnorna respektive ca 3 % av männen) rapporterade att de bor på servicehus/äldreboende/i

⁵ Chi2-test: $\chi^2(1, n = 3360) = 9,3$, $p < 0,05$, $\Phi = -0,05$

⁶ n = antal svarande

annat boende. I princip samtliga deltagare (98 % av kvinnorna och 98,5 % av männen) svarade att de var nöjda med sitt nuvarande boende.

Kommentar till bakgrundsvariabler

Ca 60 % av de äldre svarade på frågeformuläret, vilket kan betraktas som normal svarfrekvens i den här typen av undersökningar (Galea & Tracy, 2007). Utifrån presenterade bakgrundsvariabler kan det tolkas som att svarandena främst representerar äldre i den tredje åldern, dvs. yngre äldre och äldre med begränsad funktionsnedsättning och/eller sjukdom. Vidare var majoriteten av de svarande hemmaboende. Svaren som presenteras i denna rapport kan därför betraktas vara generaliserbara till just denna grupp äldre på Åland: hemmaboende äldre i den tredje åldern. För att fånga in de äldre i den fjärde åldern, dvs. de allra äldsta och sköraste, skulle studier med annan typ av studiedesign sannolikt behöva genomföras.

Utifrån bakgrundsvariablerna kan det utläsas att en större andel kvinnor var änkor än motsvarande andel män som var änklings. Detta kan förklaras av att kvinnorna lever längre än männen. Den förväntade medellivslängden för kvinnor på Åland är 84,3 år jämfört med 79,6 år för männen (ÅSUB, u.å.).

DE SVARANDES UTBILDNING, ARBETE OCH EKONOMI

Utbildning

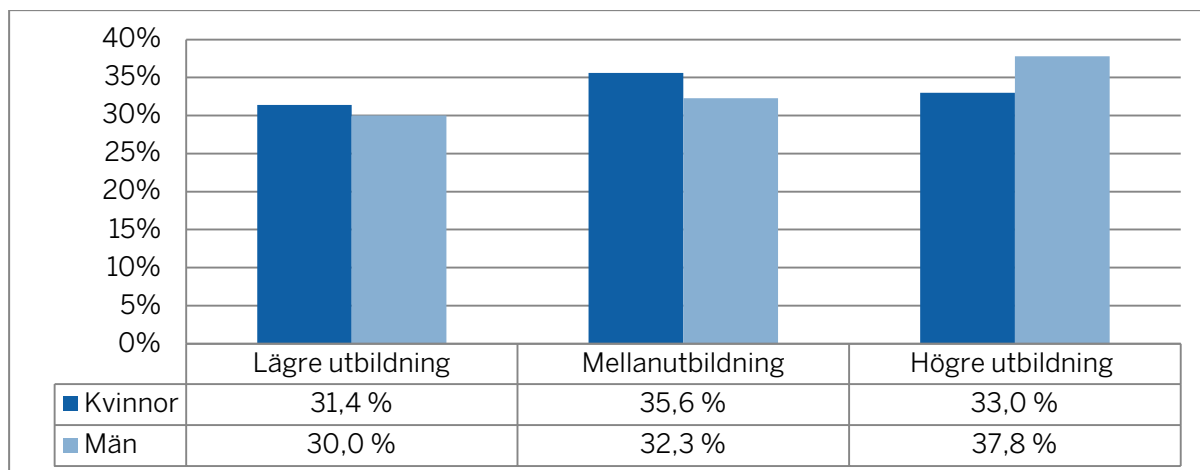
En av frågorna i frågeformuläret rörde de svarandes utbildningsnivå. I Tabell 4 presenteras svaren för respektive utbildningsnivå i antal svarande samt procentfördelning inom kön.

Tabell 4. Utbildningsnivå; antal och andel svarande i respektive grupp efter kön (n=3175)

	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)
Lägre utbildning		
Folkskola 6 år eller mindre	189 (10,5)	185 (11,1)
Folkskola/mellanskola max 9år	325 (18)	276 (16,6)
Mellanutbildning		
Folkhögskola	168 (9,3)	66 (4)
Yrkesskola/yrkesutbildning	328 (18,2)	393 (23,6)
Gymnasium	86 (4,8)	38 (2,3)
Högre utbildning		
Examen på institutnivå	296 (16,4)	293 (17,6)
Högskole-/universitetsexamen	244 (13,5)	288 (17,3)
Annan	72 (4)	107 (6,5)

I Figur 1 har svarsalternativen slagits ihop till tre utbildningsnivåer (lägre utbildning – max 9 år; mellanutbildning – folkhögskola, yrkesskola/yrkesutbildning, gymnasium; högre utbildning – institutnivå, högskola/universitet). Det kan konstateras att männen har högre utbildning i större utsträckning än kvinnorna⁷.

⁷ Chi²-test: χ^2 (2, n = 3175) = 8,12, p < 0,05, Cramer's V = 0,05



Figur 1. Utbildningsnivå indelad i lägre, mellan och högre utbildning; andel svarande i respektive grupp efter kön

Arbete

I tabell 5 presenteras data över vad respondenterna angett är/har varit deras huvudsakliga yrkesställning/arbetsform. Störst andel har varit löntagare. Signifikant större andel kvinnor rapporterade att de är/varit löntagare (80 % jämfört med ca 78 % bland männen)⁸ och signifikant större andel män rapporterade att de är/varit annan företagare, t ex egenföretagare (ca 24 % jämfört med 11,5 % bland kvinnorna)⁹. En signifikant större andel kvinnor rapporterade att de är i/har haft oavlönat arbete/aldrig arbetat i ett yrke heltid (4,4 % jämfört med 0,6 % bland männen)¹⁰.

Tabell 5. Huvudsaklig yrkesställning/arbetsform; antal och andel svarande i respektive grupp efter kön (n=3345)

	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)	Totalt Antal (%)
Löntagare	1410 (80)	1152 (72,8)	2562 (76,6)
Annan företagare	202 (11,5)	373 (23,6)	575 (17,2)
Oavlönat arbete inom familjemedlems företag	47 (2,7)	4 (0,3)	51 (1,5)
Jag har aldrig arbetat i ett yrke på heltid	30 (1,7)	6 (0,4)	36 (1,1)
Annat	74 (4,2)	47 (3)	121 (3,6)

Av de som besvarade frågeformuläret hade ca 14 % av kvinnorna (n = 254), och 19,5 % av männen (n = 322) varit yrkesverksamma (betalt arbete) de senaste sex

⁸ Löntagare jmf med annan huvudsaklig yrkesställning/arbetsform, Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3345) = 23,8$ $p \leq 0,001$, Phi = -0,08

⁹ Annan företagare jmf med annan huvudsaklig yrkesställning/arbetsform, Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3345) = 86,0$ $p \leq 0,001$, Phi = 0,16

¹⁰ Oavlönat arbete/aldrig arbetat i yrke på heltid jmf med huvudsaklig yrkesställning/arbetsform, Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3345) = 45,9$ $p \leq 0,001$, Phi = -0,12

månaderna (signifikant större andel män¹¹). Av dessa var ca 7 % av kvinnorna och 11,5 % av männen yrkesverksamma regelbundet (varje vecka/månad).

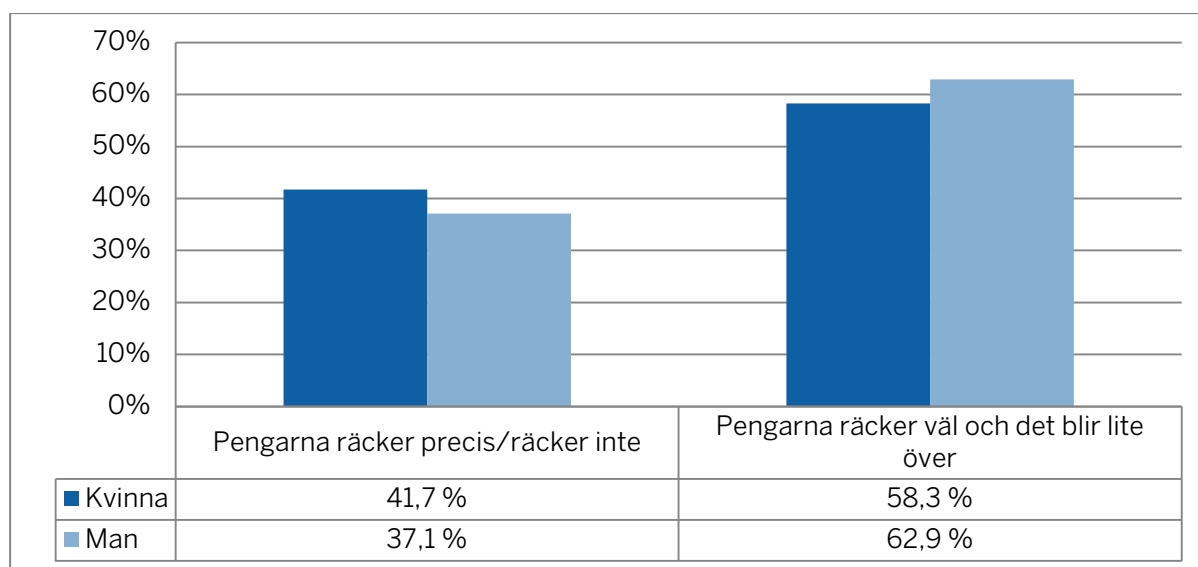
Ekonomi

Vidare fanns i frågeformuläret ett påstående kring respondenternas ekonomi. Respondenterna skulle fullfölja påståendet "Gällande Din nuvarande ekonomi, tycker Du att pengarna...". Svartalternativen samt antal och andel svarande i respektive grupp inom kön presenteras i tabell 6.

Tabell 6. Ekonomi; antal och andel svarande i respektive grupp efter kön (n=3435)

	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)	Totalt Antal (%)
Pengarna räcker väl och det blir lite över	1043 (58,3)	1035 (62,9)	2078 (60,5)
Pengarna räcker precis och det blir ingenting över	638 (35,6)	532 (32,3)	1170 (34,1)
Pengarna räcker inte till det du behöver	108 (6)	79 (4,8)	187 (5,4)

Om man utgår ifrån att det en fördel att *pengarna räcker väl och att det blir lite över* och slår ihop de andra två svartalternativen blir fördelningen mellan kön enligt Figur 2. För en signifikant större andel män än kvinnor räcker pengarna väl och det blir lite över (62,9 % jämfört med ca 58,3 %)¹². Inga signifikanta skillnader kunde konstateras mellan olika åldersgrupper.



Figur 2. Svartalternativ för hur väl pengarna räcker; andel svarande i respektive grupp efter kön

¹¹ Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3431) = 17,6$ $p \leq 0,001$, Phi = 0,07

¹² Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3435) = 7,52$, $p < 0,05$, Phi = 0,05

Kommentarer till frågor rörande utbildning, arbete och ekonomi

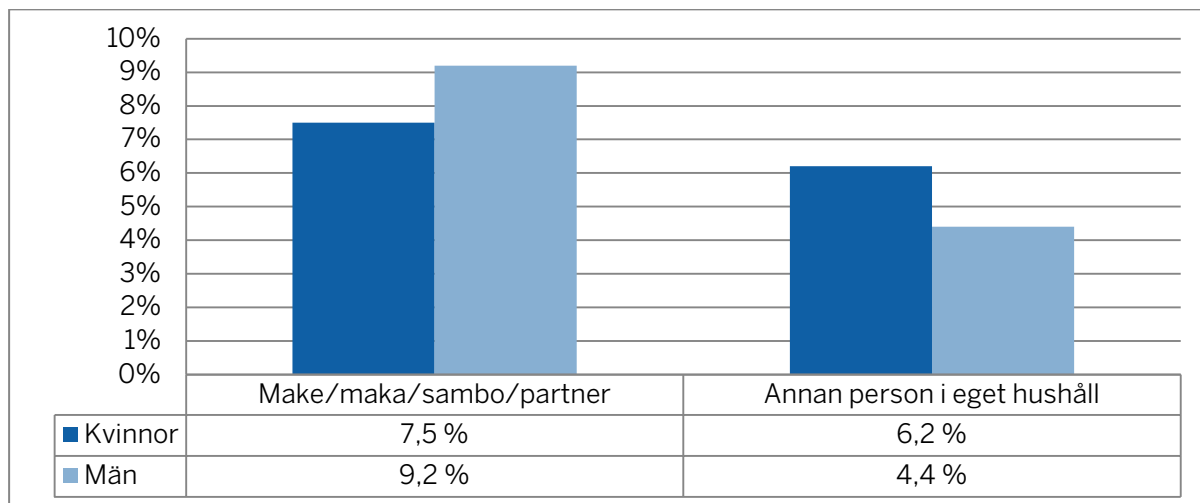
I resultatet kan det utläsas att en större andel män än kvinnor har högre utbildning. Det är väl känt att det finns samband mellan högre utbildning och bättre ekonomiska förutsättningar liksom bättre hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2015; ÅSUB 2016a).

Resultatet visar vidare att kvinnorna i större utsträckning än männen varit löntagare eller haft oavlönat arbete/aldrig arbetat i yrke i heltid. Sammantaget kan detta vara en förklaring till att ensamstående kvinnor över 70 år, enligt ÅSUB (2015b), löper betydligt större risk att hamna under fattigdomsstrecket jämfört med männen.

Resultaten visar vidare att mellan 15-20 % av samtliga svaranden var yrkesverksamma. Tidigare studier visar att bl a att god självskattad hälsa/välbefinnande (inte huruvida man har diagnostiserad sjukdom eller inte), arbetstillfredsställelse och goda möjligheter att kontrollera sin arbetstid ökar oddsen för att fortsätta arbeta efter pensionsåldern (Nilsson, Hydbom, & Rylander, 2016; Virtanen et al., 2014).

NÄRSTÅENDEVÅRD

Ca 15 % av både kvinnorna och männen (totalt 407 respondenter) rapporterade att de regelbundet hjälper någon med nedsatt funktionsförmåga med vardagliga sysslor i eget hushåll. Av dessa rapporterar 7,5 % av kvinnorna och 9,2 % att personen de tar hand om är make/maka/sambo/partner. En något större andel kvinnor än män hjälper annan person i eget hushåll (annan än make/maka/sambo/partner) (6,2 % jämfört med 4,4 %) (Figur 3).



Figur 3. Svaranden som angett att de regelbundet hjälper någon (make/maka/sambo/partner alternativt annan person) med nedsatt funktionsförmåga med vardagliga sysslor i eget hushåll; andel svarande i respektive grupp efter kön

Av de kvinnor som regelbundet hjälper någon med nedsatt funktionsförmåga med vardagliga sysslor i eget hushåll är 26,1 % officiella närståendevårdare. Motsvarande andel bland männen är 10,6 %. Nästan hälften av de kvinnliga och ca en fjärdedel av de manliga officiella närståendevårdarna känner sig trötta och utarbetade i viss mån eller i hög grad (signifikant större andel kvinnor; 45,9 % jämfört med 29 % bland männen¹³). En undersökning av faktorer som kan påverka äldre kvinnors upplevelse av börda som närståendevårdare, baserat på data från HÄMKÅ15, finns publicerat i form av ett examensarbete vid Högsolan på Åland (Holmberg & Mattsson, 2016).

Kommentarer till frågor rörande närståendevård

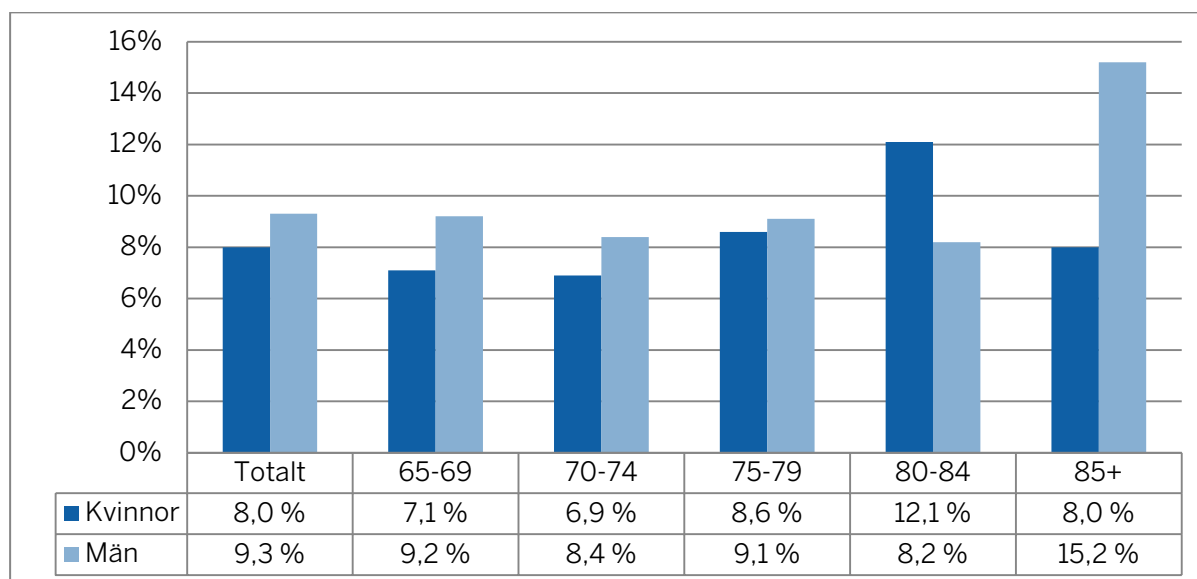
I examensarbetet av Holmberg och Mattsson (2016) konstateras att många äldre känner sig tillfreds med att kunna hjälpa en närstående i behov av vård och omsorg. Men att vara närståendevård kan även innebära en börda för den äldre personen och bidra upplevelse av ensamhet, brist på givande fritidssysselsättning, nedsatta ekonomiska förutsättningar och försämrad hälsa (Holmberg och Mattsson, 2016). Resultatet i denna rapport visar att nästan hälften av de kvinnliga och mer än en fjärdedel av de manliga officiella närståendevårdarna känner sig trötta och

¹³ Chi2-test: $\chi^2 (1, n = 354) = 10,8, p \leq 0,001, \Phi = -0,18$

utarbetade. Det antas vara av vikt att nå ut med information om vilket rätt till stöd inofficiella och officiella närståendevårdare har samt identifiera närståendevårdare med (risk för) utmattning samt erbjuda lämpligt stöd så att vården i hemmet om möjligt/lämpligt kan fortgå.

SOCIALT STÖD OCH ENSAMHET

I frågeformuläret fanns följande fråga: *Har Du någon förtrogen Du kan prata med om precis allt, alltså dela både bekymmer och glädjeämnen med?* (ja/nej). Det framgår att ca en av tio (8,0 % av kvinnorna och 9,3 % av männen) saknade någon förtrogen att dela både bekymmer och glädjeämnen med. Svaren var relativt jämnt representerade bland kvinnor och män samt i olika åldersgrupper (inga signifikanta skillnader fanns) (Figur 4).



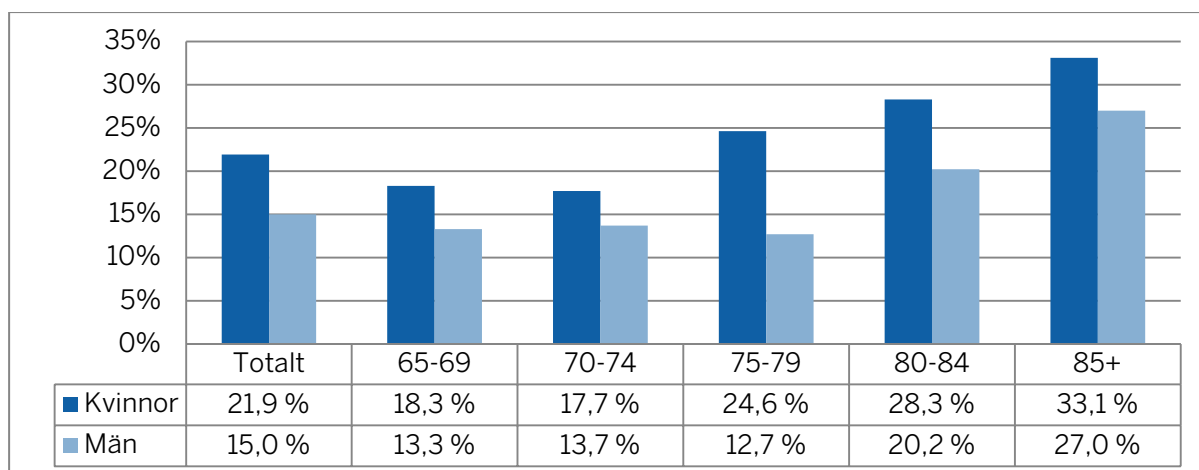
Figur 4. Respondenter som angett att de inte har någon förtrogen att dela både bekymmer och glädjeämnen med; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1771 för kvinnor och n = 1618 för män).

Två av frågorna i frågeformuläret rörde ensamhet. I en av frågorna fick respondenterna svara på om det händer att man känner sig ensam (varje dag/ibland/sällan/aldrig). Antal och andel svarande i respektive grupp efter kön och totalt presenteras i tabell 7.

Tabell 7. Känna sig ensam; Antal och andel svarande i respektive grupp efter kön (n=3433)

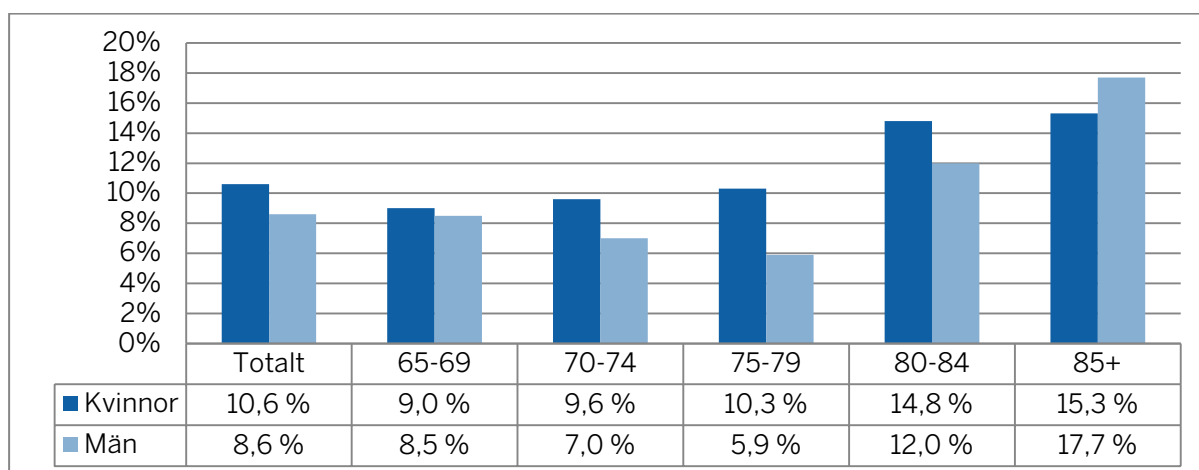
Händer att man känner sig ensam...	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)	Totalt Antal (%)
Varje dag	10 (0,6)	18 (1,1)	28 (0,8)
Ibland	383 (21,3)	228 (13,9)	611 (17,8)
Sällan	646 (36,0)	478 (29,2)	1124 (32,7)
Aldrig	755 (42,1)	915 (55,8)	1670 (48,6)

I Figur 5 har svarsalternativen från tabell 7 slagits ihop till två grupper; de som känner sig ensamma varje dag/ibland och de som sällan/aldrig känner sig ensamma. Resultatet visar att andelen kvinnor som känner sig ensamma varje dag/ibland är signifikant större än andelen män (ca 22 % jämfört med 15 %) ¹⁴. Det finns också en signifikant skillnad mellan åldersgrupper. En större andel som känner sig ensamma ofta/ibland återfinns bland de äldsta (80 år och äldre) ¹⁵ (Figur 6).



Figur 5. Känner sig ensam ofta/ibland; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1794 för kvinnor och n = 1639 för män)

En annan fråga i frågeformuläret var om respondenterna lider av ensamhet (ja/nej). Ca en av tio kvinnor (10,6 %) rapporterade att de lider av ensamhet, vilket var en signifikant större andel än männen (8,5 %) ¹⁶. Det fanns signifikanta skillnader mellan åldersgrupper på motsvarande sätt som på föregående fråga; en större andel av de som lider av ensamhet återfanns bland de äldsta (80 år och äldre) ¹⁷ (Figur 6).



Figur 6. Lider av ensamhet; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1640 för kvinnor och n = 1542 för män)

¹⁴ Chi²-test: χ^2 (1, n = 3433) = 26,9, p < 0,001, Phi = 0,06

¹⁵ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3441) = 3,9 p < 0,05, Cramer V = 0,04

¹⁶ Chi²-test: χ^2 (1, n = 3184) = 49,3 p < 0,001, Phi = 0,12

¹⁷ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3183) = 22,7 p < 0,001, Cramer V = 0,09

Kommentarer till frågor rörande socialt stöd och ensamhet

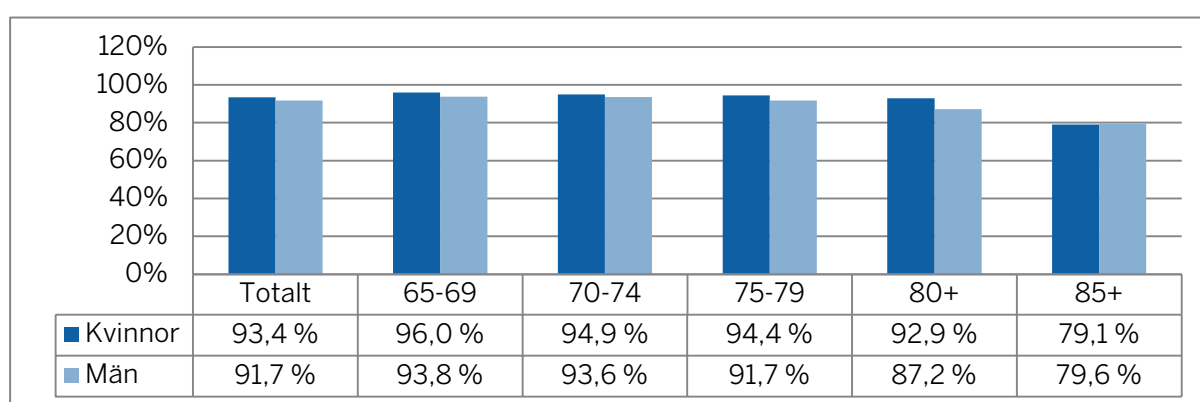
Det är sedan tidigare känt att självvald ensamhet kan vara positivt för den enskilda individen; självvald ensamhet kan ge utrymme för reflektion och personlig utveckling (Dahlberg, 2007; Graneheim & Lundman, 2010). Resultatet visar dock att det finns äldre som *lider* av ensamhet; kvinnorna och de äldsta i större utsträckning än männen och de yngre. Detta kan förklaras av att kvinnorna i större utsträckning än männen förlorar sin livspartner samt att hög ålder i regel innebär ett reducerat sociala nätverk. Att vara/bli socialt isolerad kan också bero på funktionsnedsättning, vilket är vanligare bland kvinnor än män och blir vanligare med ökande ålder; nedsatt rörlighet, nedsatt hörsel/syn och/eller nedsatt kognitiv förmåga kan påverka förmågan att vara socialt aktiv (Coyle & Dugan, 2012; Pinquart & Sorensen, 2001). Upplevelse av ensamhet är dock inte bara beroende av antal sociala kontakter/besök; kvaliteten på kontakten/relationerna är av stor betydelse (Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2006). Tidigare studier visar att upplevd ensamhet bl a har samband med sämre självskattad hälsa/livskvalitet, nedstämdhet/depression samt ökade kontakter till vård och omsorg (Nummela, Seppanen, & Uutela, 2011; Routasalo et al., 2006; Taube, Kristensson, Sandberg, Midlöv, & Jakobsson, 2015).

ALLDAGLIGA OCH FRITIDSAKTIVITETER SAMT DELAKTIGHET

Flera frågor ställdes gällande alldagliga aktiviteter. I figurerna nedan presenteras andelen kvinnor och män totalt respektive inom varje åldersgrupp som rapporterat att de genomförde olika typer av alldagliga aktiviteter.

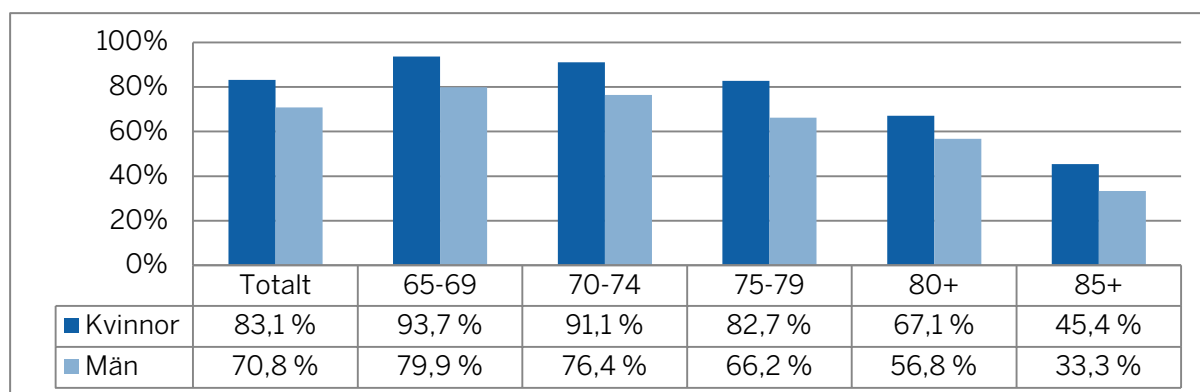
Vardagsaktiviteter

Det var en signifikant mindre andel bland de allra äldsta (85 år och äldre), jämfört med de yngre svaranden, som uppgav att de *duschar självständigt*¹⁸. Ingen signifikant skillnad kunde återfinnas mellan kvinnor och män (Figur 7).



Figur 7. Duschar självständigt; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1776 för kvinnor och n = 1642 för män)

En signifikant mindre andel av de äldsta (80 år och äldre) rapporterade att de *städar sin bostad självständigt*¹⁹. Det fanns också en signifikant skillnad mellan kvinnor och män; andelen kvinnor som självständigt städade sin bostad var större²⁰ (Figur 8).



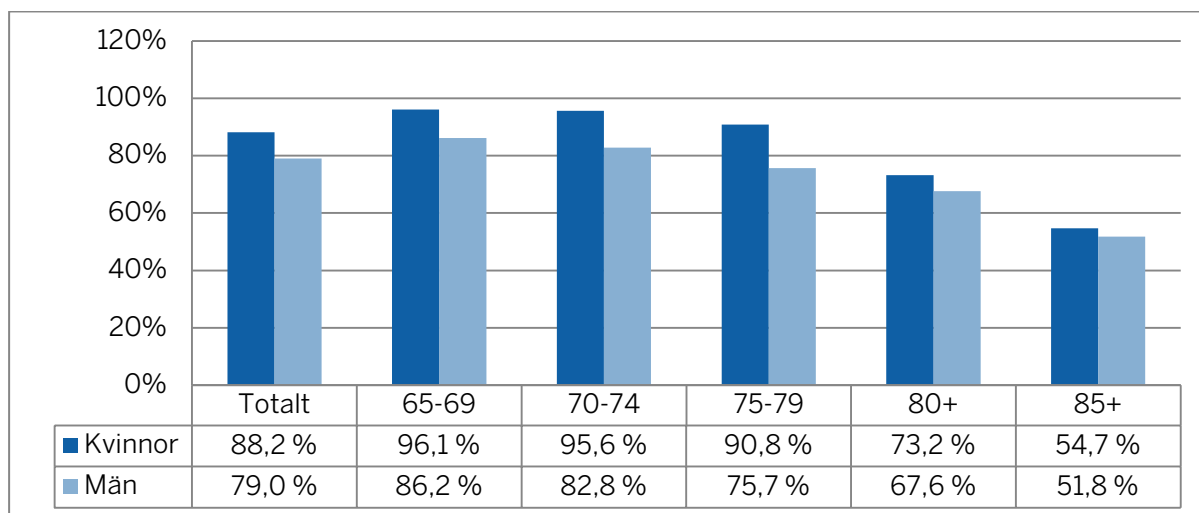
Figur 8. Städar självständigt sin bostad; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1782 för kvinnor och n = 1604 för män)

¹⁸ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3418) = 92,2 p < 0,001, Cramer V = 0,16

¹⁹ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3386) = 359,7 p < 0,001, Cramer V = 0,33

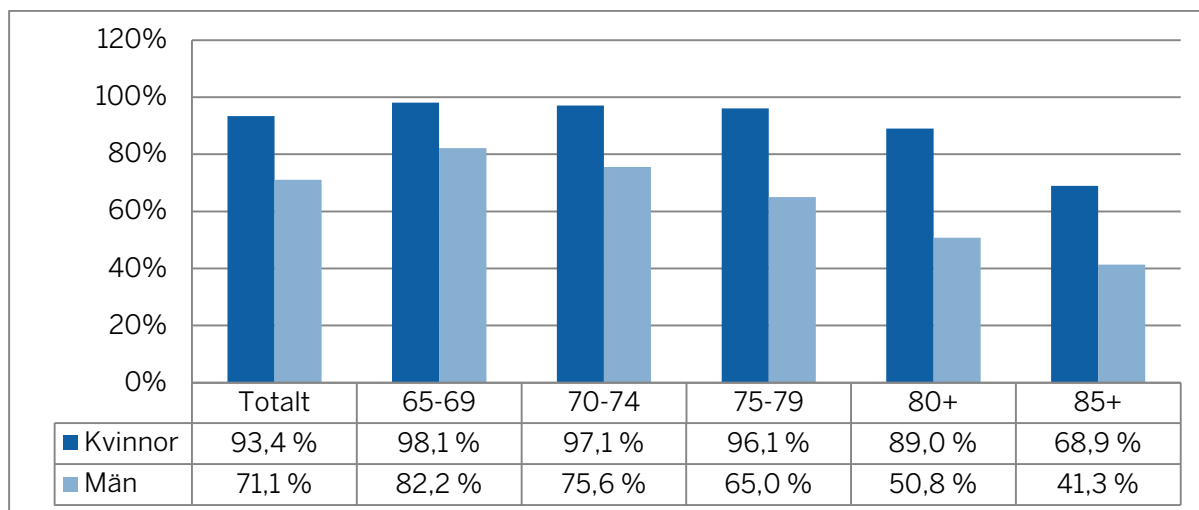
²⁰ Chi²-test: χ^2 (1, n = 3388) = 73,2 p < 0,001, phi = 0,15

En signifikant mindre andel av de äldsta (80 år och äldre) rapporterade att de *gör sina matinköp självständigt*²¹. Det fanns även en signifikant skillnad mellan kvinnor och män; andelen kvinnor som självständigt gör sina matinköp är större²² (Figur 9).



Figur 9. Gör självständigt sina matinköp; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1781 för kvinnor och n = 1614 för män)

Signifikant mindre andel av de äldre svarandena (80 år och äldre) uppgav att de *lagar mat självständigt*²³. Det finns också en signifikant könsskillnad; andelen kvinnor som självständigt lagade mat var större²⁴ (Figur 10).



Figur 10. Lagar självständigt mat; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1781 för kvinnor och n = 1588 för män)

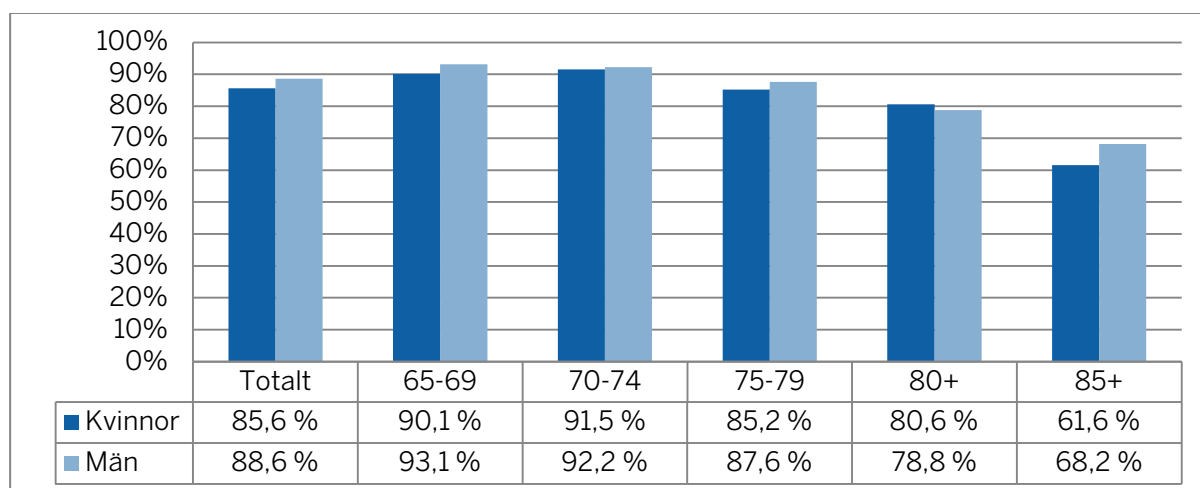
²¹ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3395) = 316,0 p < 0,001, Cramer V = 0,31

²² Chi²-test: χ^2 (1, n = 3397) = 52,7 p < 0,001, phi = 0,13

²³ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3369) = 214,1 p < 0,001, Cramer V = 0,25

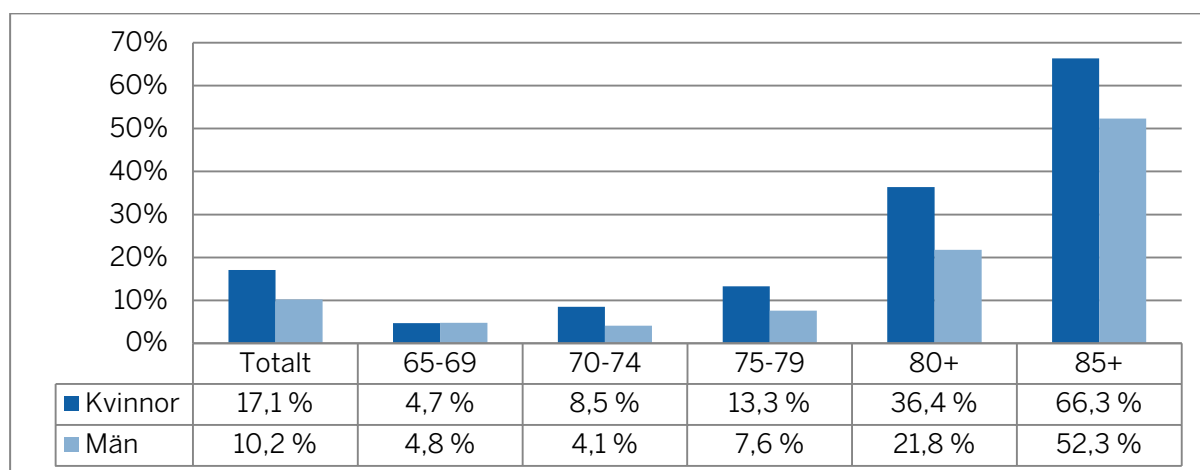
²⁴ Chi²-test: χ^2 (1, n = 3371) = 294,8 p < 0,001, phi = 0,30

Signifikant mindre andel av de äldsta (80 år och äldre) rapporterade att de har *varit utomhus fler än fyra gånger den senaste veckan*²⁵. Även här fanns en signifikant könsskillnad; andelen män som varit utomhus fler än fyra gånger den senaste veckan var större än bland kvinnorna²⁶ (Figur 11).



Figur 11. Varit utomhus mer än fyra gånger den senaste veckan; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1762 för kvinnor och n = 1625 för män)

Signifikant fler bland de äldsta (80 år och äldre) uppgav att de *använder någon form av förflyttningsmedel utomhus*²⁷. Vidare uppgav en signifikant större andel av kvinnorna jämfört med männen att de använder förflyttningsmedel utomhus²⁸ (Figur 12).



Figur 12. Använder något förflyttningshjälpmedel utomhus; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n total kvinnor=1774; män=1631)

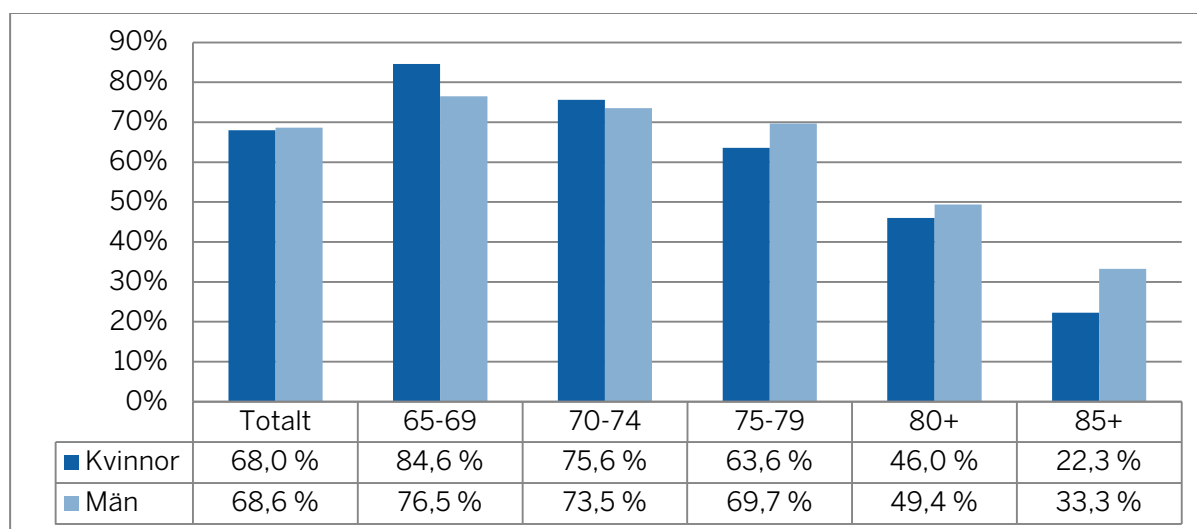
²⁵ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3387) = 193,4 p < 0,001, Cramer V = 0,24

²⁶ Chi²-test: χ^2 (1, n = 3389) = 6,7 p < 0,05, phi = 0,05

²⁷ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3393) = 753,1 p < 0,001, Cramer V = 0,47

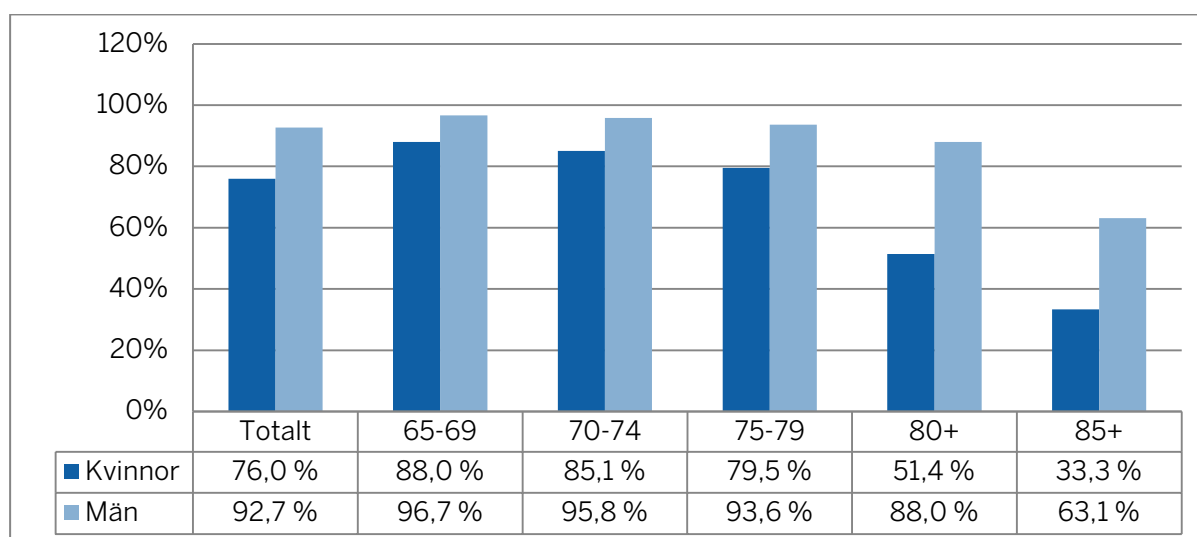
²⁸ Chi²-test: χ^2 (1, n = 3395) = 34,2 p < 0,001, phi = 0,10

Andelen som rapporterade att de *använder allmänna kommunikationsmedel* minskar med ökande ålder och signifikant lägst andel återfinns bland de äldsta (80 år och äldre)²⁹. Ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män kunde dock ses (Figur 13).



Figur 13. Använder allmänna kommunikationer; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1732 för kvinnor och n = 1597 för män)

Det var en signifikant mindre andel av de äldsta (80 år och äldre) som *kör bil*³⁰. En signifikant större andel av männen jämfört med kvinnorna rapporterade att de kör bil³¹ (Figur 14).



Figur 14. Kör bil; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1780 för kvinnor och n = 1638 för män)

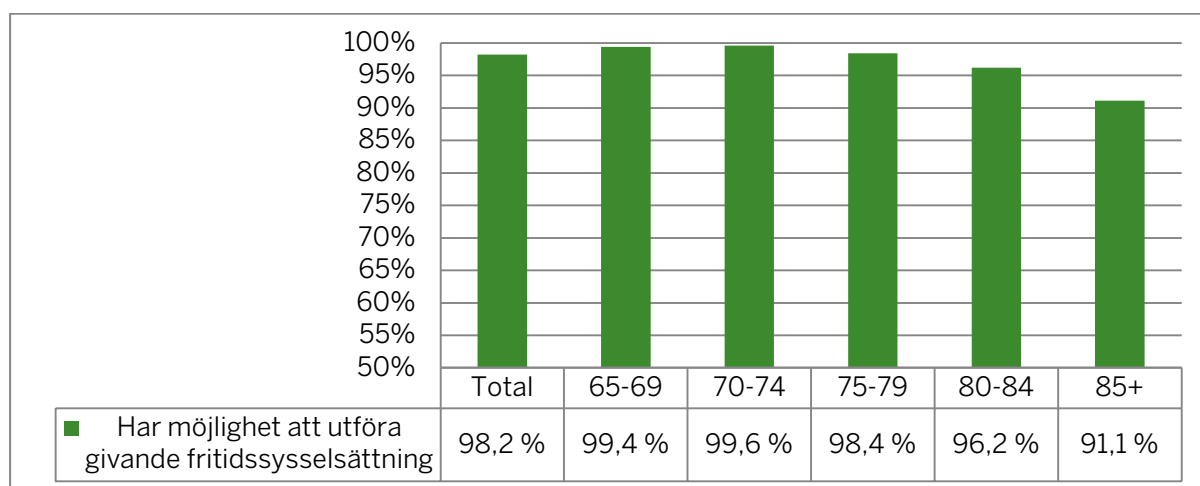
²⁹ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3329) = 403,5 p < 0,001, Cramer V = 0,35

³⁰ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3411) = 497,0 p < 0,001, Cramer V = 0,38

³¹ Chi²-test: χ^2 (1, n = 3313) = 176,6 p < 0,001, phi = 0,23

Samhällelig delaktighet och fritidsaktiviteter

Insamlat material från HÄMKÅ15 rörande samhällelig delaktighet, inklusive valdeltagande, fritidsaktiviteter och föreningsliv, kommer att presenteras i en rapport i samarbete med ÅSUB under våren 2017. Det kan dock redan nu konstateras att nästan samtliga respondenter (98,2 %) uppgav att de hade möjlighet att genomföra meningsfull fritidssysselsättning. Inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män kunde noteras. Däremot är det en signifikant mindre andel bland de allra äldsta (80 år och äldre) som uppgav att de hade möjlighet att genomföra meningsfull fritidssysselsättning³² (Figur 15).



Figur 15. Möjlighet att genomföra meningsfull fritidssysselsättning (både kvinnor och män); andel inom totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1774 för kvinnor och n = 1631 för män)

Kommentarer till frågor rörande all dagliga aktiviteter, fritidsaktiviteter samt delaktighet

En större andel kvinnor än män är engagerade i hushållsnära arbete såsom städning, matinköp och matlagning. Gällande dessa aktiviteter finns också åldersskillnader; bland de äldsta (80 år och äldre) kan det tolkas vara av vikt att få stöd i att handla och laga mat. Vidare kan konstateras att männen i större utsträckning än kvinnorna varit utomhus. Detta kan bero på att kvinnorna engagerar sig mer i hushållsnära sysslor inomhus, men det kan också tolkas bero på att kvinnorna har större mobilitetsproblem, bl a då en större andel kvinnor än män använder förflyttningsmedel utomhus. Tidigare studier visar att kvinnor, i större utsträckning än männen, har problem med rörelseapparaten (Borglin, Edberg, & Rahm Hallberg, 2005; Crimmins, Kim, & Solé-Auró, 2012; Murtagh & Hubert, 2004). Vidare kör en större andel av männen bil, vilket kan möjliggöra aktiviteter utanför hushållet.

³² Chi²-test: $\chi^2(4, n = 3403) = 113,7, p < 0,001$, Cramer V = 0,18

FYSISK AKTIVITET OCH FALLOLYCKOR

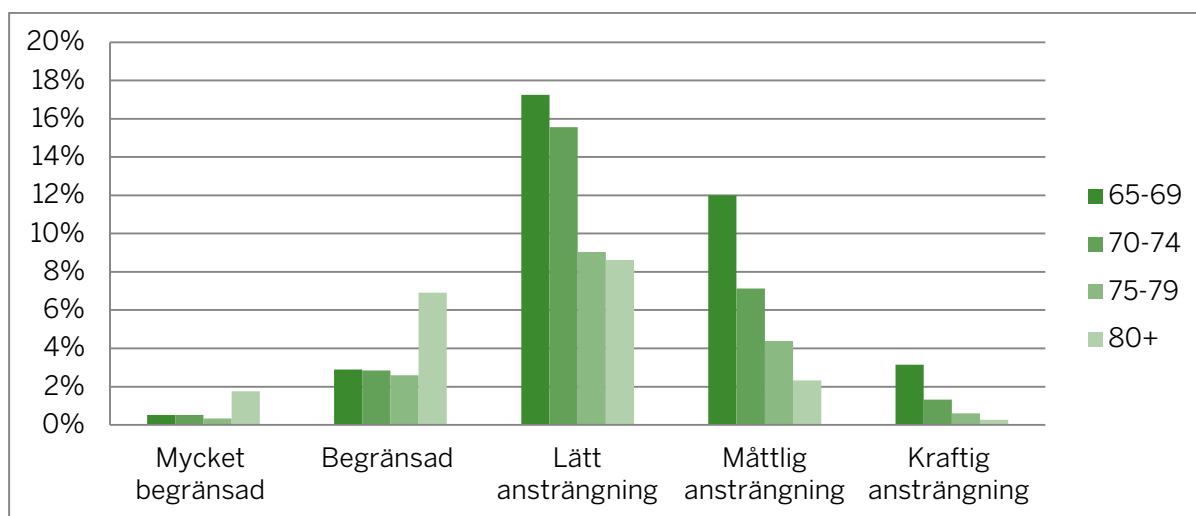
Frågeformuläret innehöll ett antal frågor gällande fysisk aktivitet och fallolyckor.

Fysisk aktivitet

I en fråga efterfrågades hur mycket man rör på sig och anstränger sig fysiskt. Svartalternativen presenteras nedan. Respondenten uppmanades välja det mest korrekta alternativet för dem.

- Mycket begränsad; pga nedsatt funktionsförmåga/sjukdom, smärta, dyl.
- Begränsad; Läser, tittar på TV och gör sysslor som inte direkt är fysiskt ansträngande
- Lätt ansträngning; Promenerar, cyklar, gör lättare hemsysslor och utearbeten flera gånger per vecka
- Måttlig ansträngning; Motionerar eller sportar aktivt flera timmar i veckan, där man svettas något och/eller andningen blir snabbare (raska promenader, motionssimning)
- Kraftig ansträngning; Motionerar eller sportar aktivt flera timmar i veckan, där man svettas kraftigt och/eller andningen blir snabbare (löpträning, konditionscirkel)

Fördelning av aktivitetsnivåer i olika åldergrupper av respondenterna som svarat på frågorna presenteras i Figur 17. För ca en av fem (18,4 %) var fysiska aktivitetsnivån låg. Ett fåtal var mycket begränsad pga nedsatt funktionsförmåga, smärta eller dyl och ca 15 % utövade aktivitet som inte var direkt fysiskt ansträngande. Hälften av respondenterna (50,5 %) placerade sig i gruppen "lätt ansträngning" och ca en fjärdedel (25,8 %) rapporterade "måttlig ansträngning". Endast ca 5 % rapporterade att de utövade aktivitet motsvarande "kraftig ansträngning". (Figur 16).



Figur 16. Fördelning av aktivitetsnivå i olika åldergrupper mellan samtliga respondenter (både kvinnor och män, n=3310)

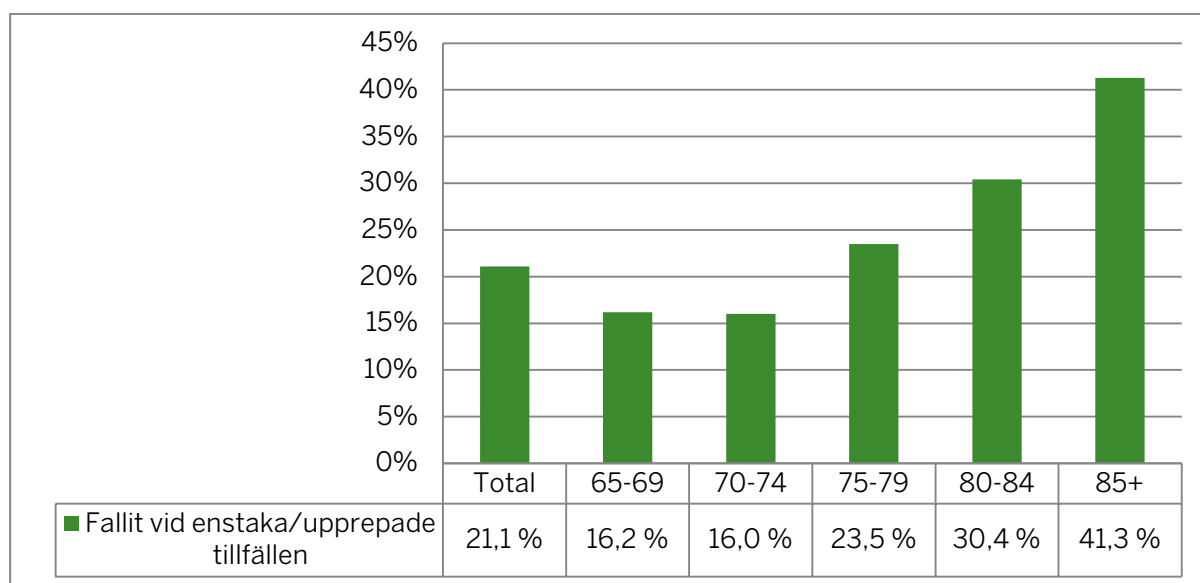
Totalt 420 respondenter (12,0 %) uppgav att de regelbundet tränar gymträning/styrketräning med vikter. De 382 respondenter som hade svarat på hur ofta de tränar gymträning/styrketräning med vikter tränade i genomsnitt två (2,1) gånger per vecka.

Totalt 362 (10,3 %) respondenter uppgav att de regelbundet tränar balansen, i snitt två (2,3) gånger per veckan, enligt de 322 respondenter som hade svarat på hur ofta de gjorde det.

Fallolyckor

Ca en av fem (20 %) av både kvinnorna och männen uppger att de har fallit/ramlat (ofrivilligt hamnat på golvet eller marken oavsett vad som var orsaken eller vilka konsekvenser det fick) vid enstaka tillfälle under de senaste 12 månaderna. Ett fåtal anger att de fallit/ramlat vid upprepade tillfällen under de senaste 12 månaderna.

Tittar man på fördelningen mellan åldergrupper kan man se att andelen fallolyckor är högst för de äldsta (80 år och äldre) (Figur 17)³³. Totalt hade 720 respondenter fallit vid enstaka eller upprepade tillfällen och av dessa var 238 respondenter 80 år och äldre.



Figur 17. Andel fallolyckor senaste året (både kvinnor och män); andel totalt och inom respektive åldersgrupp

Av de totalt 720 respondenter som hade fallit vid enstaka eller upprepade tillfällen hade ca en tredjedel (123 kvinnor och 100 män) varit tvungna att uppsöka hälso- och sjukvård efter fallet.

³³ Chi²-test: χ^2 (4, n=3405) = 125,4 p<0,001, Cramer V = 0,19

Kommentarer till frågor rörande fysisk aktivitet och fallolyckor

För att upprätthålla/förbättra god kondition i åldrandet och främja hälsa beträffande hjärta/kärl, andning, rörelseapparat samt minska risk för nedstämdhet/depression och kognitiv försämring rekommenderar Världshälsoorganisationen (WHO)

följande: Aerob fysisk aktivitet i sammanlagt minst 150 minuter per vecka av måttlig intensitet, alternativt 75 minuter per vecka med kraftig intensitet för samtliga äldre.

Aeroba aktiviteten bör utföras i pass om minst 10 minuter. För att få ytterligare hälsoeffekter kan träningen med fördel utökas till 300 minuter per vecka av måttlig intensitet alternativt till 150 minuter av kraftig intensitet. Vidare rekommenderas äldre regelbunden muskelstärkande träning av de stora muskelgrupperna minst två gånger per vecka samt balanstränande aktiviteter minst tre gånger per vecka. När rekommenderad fysisk aktivitet inte kan genomföras pga

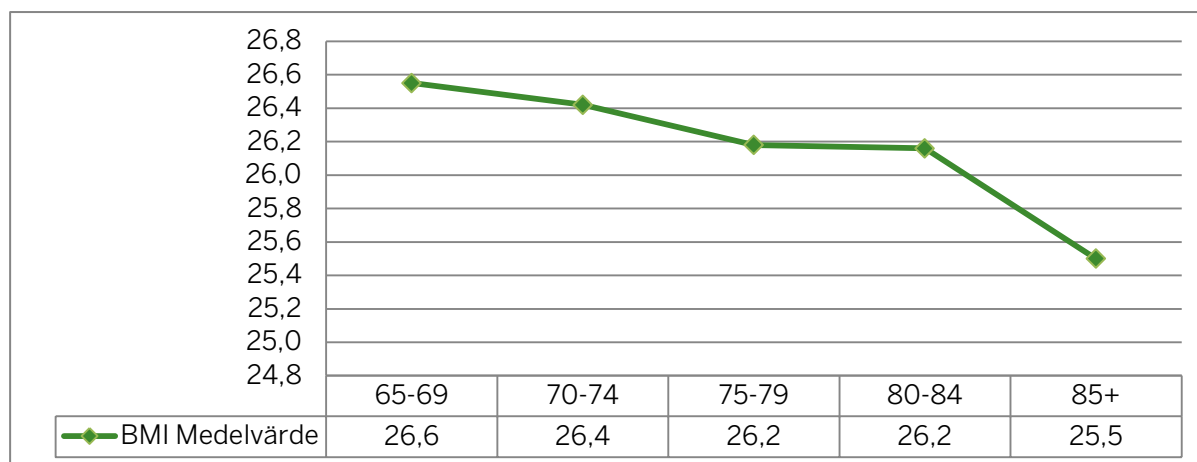
sjukdom/funktionsnedsättning rekommenderas att man är så fysiskt aktiv som förmågan/förhållandena tillåter (WHO, 2016).

Beträffade fall dog enligt officiell statistik 960 äldre personer i Finland till följd av fallolyckor under år 2012 enligt Institutet för hälsa och välfärd (2015). Därtill var fallolyckor en bidragande orsak till över 700 dödsfall i åldrarna 70 år och äldre. År 2013 uppgick sjukhuskostnaderna relaterade till fallolyckor bland äldre till nära 250 miljoner euro i Finland. För äldre personer har ett fall också ofta konsekvenser utöver själva skadan; även utan skador kan fallet orsaka en rädsla för att falla igen och minska självförtroendet att förflytta sig eller att utföravardagliga uppgifter (Institutet för hälsa och välfärd, 2015). För att förebygga fall bland äldre kan det vara av vikt att se över riskfaktorer och vid behov genomföra en riskbedömning samt genomföra åtgärder för att förebygga fall (ex balansträning, synundersökning, se över personens miljö, behov av hjälpmedel och/eller läkemedel). Det finns standardiserade instrument för riskbedömning som kan rekommenderas, såsom Downton Fall Index (DFI) (Skog, 2016).

KROPPSAMMANSÄTTNING OCH -UPPFATTNING

I frågeformuläret ombads respondenterna att ange sin längd och vikt. Dessa värden har används för att beräkna BodyMass Index (BMI); ett mått där personens vikt sätts i relation till personens längd³⁴.

Vid jämförelse av BMI mellan olika åldersgrupper kan det konstateras att de allra äldsta (85 år och äldre) hade signifikant lägre BMI än de yngsta (åldersgrupperna 65-69 år och 70-74 år)³⁵ (Figur 18).



Figur 18. Medelvärde för BMI i olika åldersgrupper (n=3392)

Enligt litteraturen (ex. Faxén, 2010 och Socialstyrelsen, 2011) är det en fördel om äldre personer (70 år och äldre) har ett BMI som är högre än rekommendationerna för vuxna (18-69 år). För personer som är 70 år och äldre betraktas BMI mindre än 22 som undervikt, 23-29 som normalvikt och över 29 som övervikt. I tabell 8 har dessa referensvärden används för att studera BMI-fördelning inom olika åldersgrupper. Det kan noteras att nästan en fjärdedel (23,1 %) av respondenterna i den yngsta åldersgruppen (65-69 år) enligt detta referensvärde kan betraktas som överviktiga³⁶, medan över en fjärdedel (26,5 %) av de allra äldsta kan betraktas som underviktiga.

Tabell 8. Antal och andel respondenter som utifrån BMI klassad som under-, normal- och övervikt; totalt och inom respektive åldersgrupp

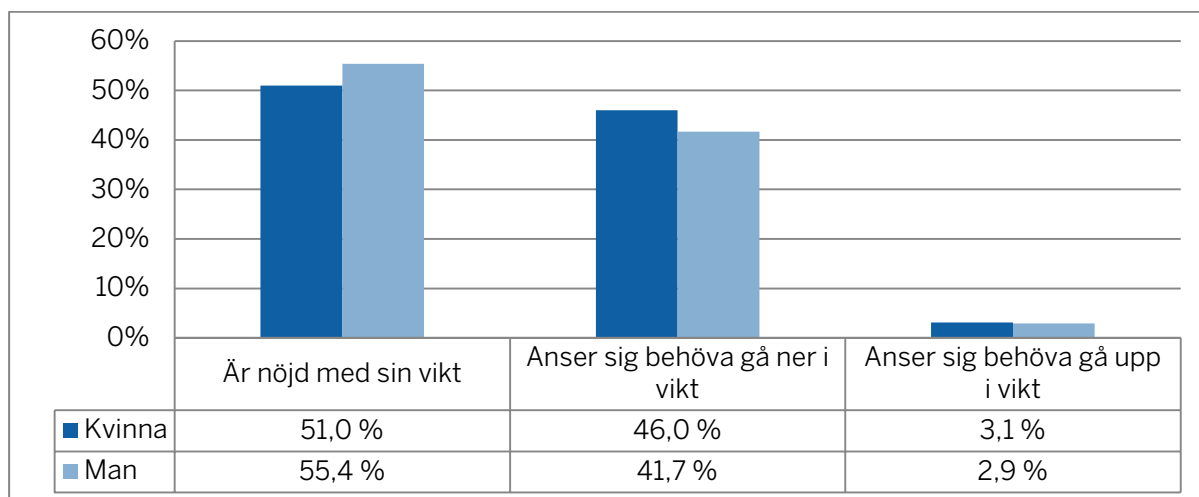
	Totalt	65-69 år ³⁵	70-74 år	75-79 år	80-84 år	85+ år
Undervikt	638 (19,3)	207 (17,3)	175 (19,2)	110 (19,6)	75 (20,4)	71 (26,5)
Normalvikt	1953 (59,0)	716 (59,7)	531 (58,2)	338 (60,4)	217 (59,0)	151 (56,3)
Övervikt	717 (21,7)	277 (23,1)	206 (22,6)	112 (20,0)	76 (20,7)	46 (17,2)

³⁴ BMI = kroppsvikt dividerat med kroppslängd mätt i meter i kvadrat $\frac{kg}{m^2}$

³⁵ ANOVA (post hoc Bonferroni): F (3, 3304) = 4,15, p<0,05

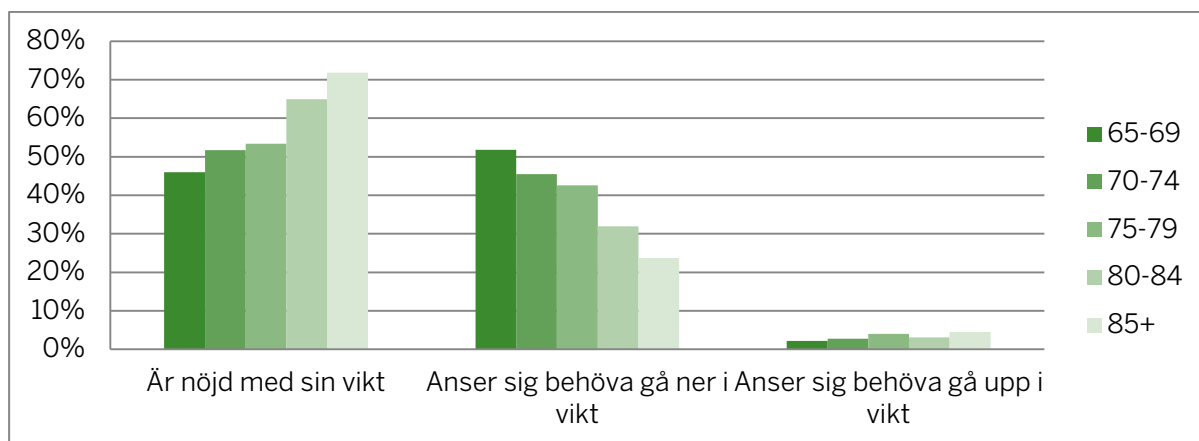
³⁶ Referensvärdena för personer 70 år och äldre har tillämpas även på denna grupp

I frågeformuläret efterfrågades också om respondenterna var nöjda med sin vikt. Ca hälften av kvinnorna (51,0 %) var nöjda med sin vikt och i princip resten (46 %) ansåg att de behöver gå ner i vikt. Motsvarande siffror för männen var 55,4 % respektive 41,7 %. Endast ett fåtal av både kvinnorna och männen ansåg att de behöver gå upp i vikt (Figur 19).



Figur 19. Svarandens synpunkter om sin vikt; andel kvinnor och män som är nöjda med sin vikt respektive anser att de skulle behöva gå upp/ner i vikt (n = 1756 för kvinnor och n = 1639 för män)

Tittar man istället på åldersfördelningen (både kvinnor och män) kan man se att de äldsta (80 år och äldre) i större utsträckning är nöjda med sin vikt än de yngre. Men även bland de allra äldsta är det bara ett fåtal (4,5 %) som anser att de behöver gå upp i vikt (Figur 20).



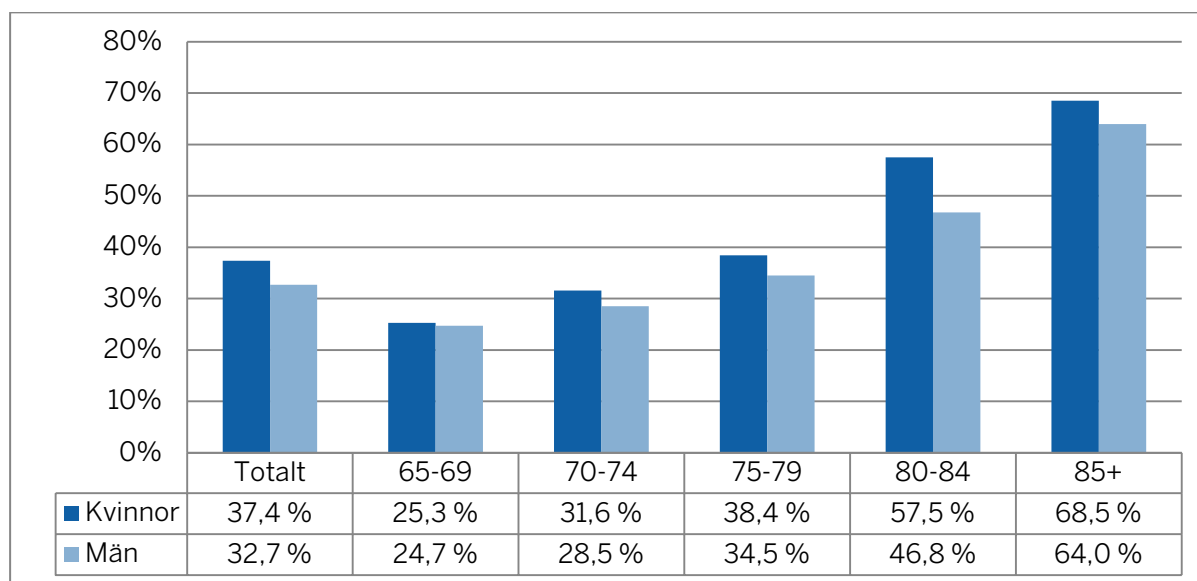
Figur 20. Andel respondenter (både kvinnor och män) som är nöjda med sin vikt respektive anser att de skulle behöva gå upp/ner i vikt; jämförelse mellan åldersgrupper (n = 3395).

Kommentarer till frågor rörande kroppssammansättning

BMI är inget absolut mått på personers optimala kroppssammansättning, men kan vara vägledande för att få en uppfattning om personers kroppssammansättning. Det kan konstateras att det i samtliga åldersgrupper finns personer som enligt BMI-skattningen är över- respektive underviktiga. Andelen med undervikt ökar med stigande ålder. Detta är ett observandum då det är väl känt att det finns samband mellan undervikt och bl a nedsatt funktionsförmåga, försämrat immunförsvar, håglöshet och nedsatt livskvalitet samt ökad dödlighet i åldrandet (Alibhai, Greenwood, & Payette, 2005; Faxén, 2010; Socialstyrelsen, 2011). Vidare konstateras att totalt 20 % var underviktiga, men enbart ett fåtal ansåg sig behöva gå upp i vikt. Detta kan kanske förklaras av ett smalt kroppsideal samt okunskap om betydelsen av ett högre BMI för hälsa och välbefinnande i åldrandet. Det bör vidare nämnas att BMI bara säger någon om kroppssammansättning; personer med normal kroppsvikt eller övervikt kan trots allt vara *undernärda*. Att äta energirik kost som upprätthåller/ökar vikten behöver inte innebära att man tillgodogör sig för hälsan väsentliga näringsämnen. Tillgången på en allsidig, näringsrik kost är därför mycket väsentlig. Vidare antas det vara av vikt att sjukvårds- och omsorgspersonal uppmärksammar äldre personer med (risk för) undernäring i olika typer av vårdkontakter samt vb möjliggör/initierar lämplig intervention för att förebygga/behandla undernäring. Det finns idag flera olika skattningsverktyg som kan tillämpas för att identifiera personer med (risk för) undernäring. Ett rekommenderat verktyg är Mini Nutritional Assessment (MNA) (Nestlé Nutrition Institute)(Kondrup et al., 2003).

HÄLSA OCH OHÄLSA

I frågeformuläret fanns ett påstående "I allmänhet skulle Du vilja säga att Din hälsa är..." med svarsalternativen utmärkt, mycket god, god, någorlunda och dålig. Det fanns en signifikant skillnad mellan kvinnor och män då en större andel kvinnor rapporterar hälsan som någorlunda/dålig³⁷. Det fanns också en signifikant skillnad mellan de olika åldergrupperna; andelen som rapporterade att hälsan vara någorlunda eller dålig stiger med ökande ålder³⁸ (Figur 21).



Figur 21. Självskattning av hälsan som någorlunda/dålig; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1784 för kvinnor och n = 1655 för män)

I tabell 9 har svarsalternativen har grupperats i tre grupper: Utmärkt/mycket god; God; Någorlunda/dålig. I tabellen presenteras antalet kvinnor och män inom respektive grupp samt procentfördelning inom kön.

Tabell 9. Självskattad hälsa; antal och andel kvinnor och män i respektive svarsgrupp inom kön

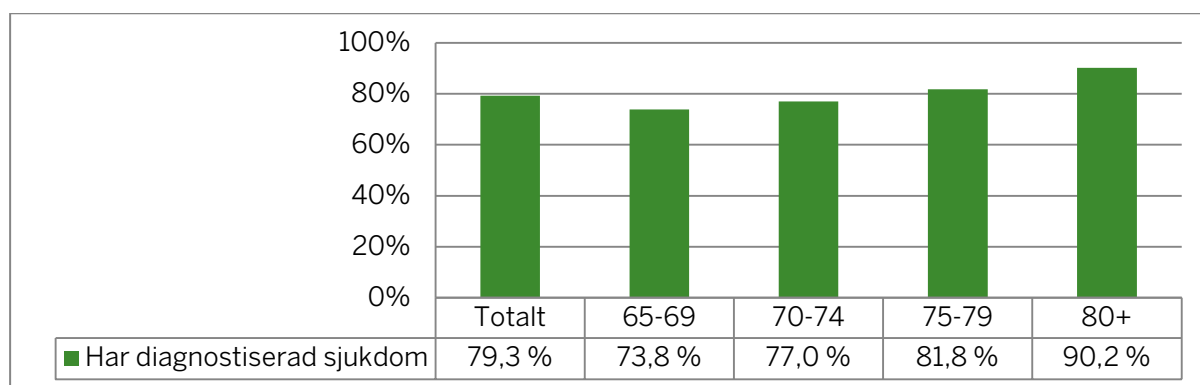
	Kvinnor Antal (%)	Män Antal (%)
Utmärkt/mycket god	466 (26,1)	502 (30,3)
God	651 (36,5)	613 (37)
Någorlunda/dålig	667 (37,4)	542 (32,7)

³⁷ Mann-Whitney U-test: Z (n = 3441) = -3,19, p ≤ 0,001

³⁸ Kruskal Wallis Test: Chi2 (4, n = 3439) = 293,5, p ≤ 0,001

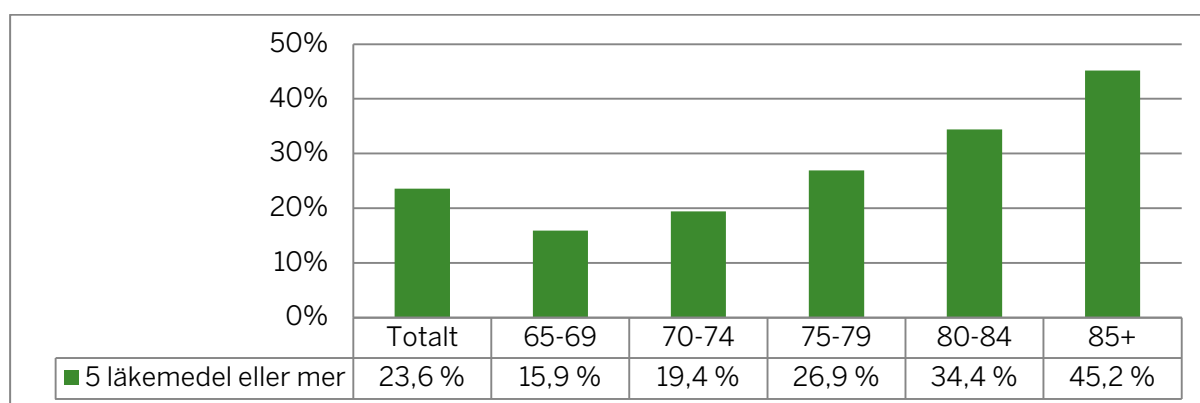
Diagnostiserad sjukdom och läkemedel

På frågan om man har någon diagnostiserad sjukdom var svaren från kvinnorna och männen i princip identiska; ca 80 % av både kvinnorna och männen rapporterade att man har någon diagnostiserad sjukdom. Det fanns inte heller någon signifikant skillnad mellan kvinnor och män i antal läkemedel respondenterna tar. Både kvinnorna och männen rapporterar att de i snitt tar ca 3 olika sorters mediciner från apotek per dag. Däremot är det en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna. Andelen respondenter som rapporterat att de har sjukdom är signifikant högre bland de äldsta (80 år och äldre) och bland de allra äldsta rapporterar nio av tio att de har en diagnostiserad sjukdom³⁹ (Figur 22).



Figur 22. Andel respondenter i respektive åldersgrupp (både män och kvinnor) som angav att de har någon diagnostiserad sjukdom (n = 3400)

Likasa ökar läkemedelskonsumtionen med stigande ålder. Respondenter i de äldsta åldersgrupperna (75 år och äldre) konsumerar signifikant fler olika sorters mediciner än respondenter i de yngsta åldersgrupperna (65-69 och 70-74 år)⁴⁰. Nästan hälften (45,2 %) av de allra äldsta (85 år och äldre) rapporterar att de tar fem eller fler olika sorters mediciner från apotek per dag (Figur 23).



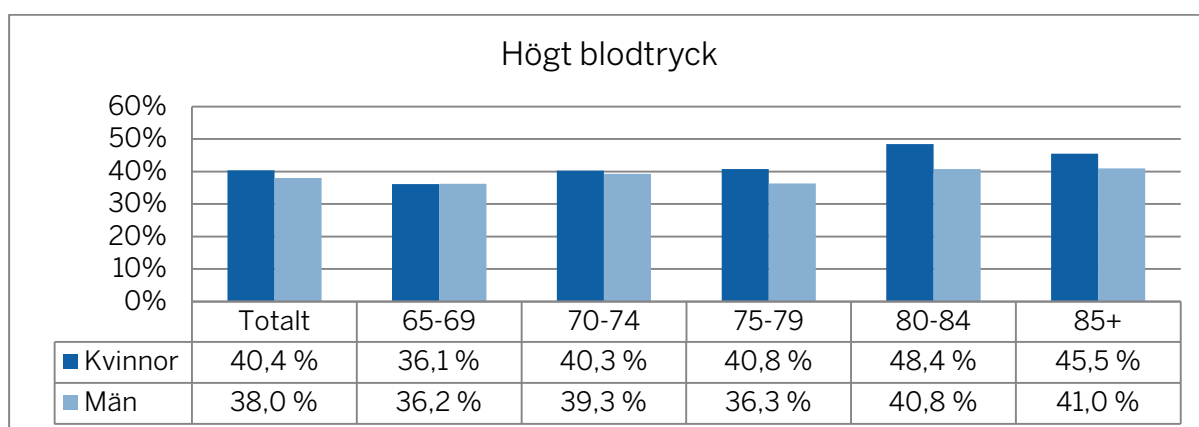
Figur 23. Andel respondenter i respektive åldersgrupp (både män och kvinnor) som angav att de tar fem eller fler olika sorters mediciner från apotek per dag (n = 2843)

³⁹ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3400) = 82,0 p ≤ 0,001, Cramer V = 0,16

⁴⁰ ANOVA: F (4, 2841) = 54,8, p ≤ 0,001

I frågeformuläret kunde respondenterna ange vilka sjukdomar som de har/har haft. Respondenterna kunde rapportera om de hade högt blodtryck och om de tog medicin för det, samt om de hade haft hjärtinfarkt eller annan hjärtsjukdom. Vidare kunde de rapportera om de haft stroke (blödning eller propp i hjärnan), hade eller hade haft någon form av cancer, hade diabetes (sockersjuka), hade astma eller annan luftvägssjukdom samt och/eller annan sjukdom. Svaren kan ses mer som en beskrivning av respondenterna än en redogörelse för vilka sjukdomar äldre på Åland är drabbade av. Materialet kan dock användas för att konstatera att det finns skillnader mellan kvinnor och män, samt mellan olika åldersgrupper.

Det var signifikant fler män än kvinnor som rapporterade att de haft hjärtinfarkt⁴¹, annan hjärtsjukdom⁴² och/eller diabetes⁴³. En signifikant större andel kvinnor än män rapporterade att de hade andra sjukdomstillstånd⁴⁴. För samtliga rapporterade sjukdomstillstånd, utom diabetes och astma/annan luftvägssjukdom, finns det en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna⁴⁵ (beräknat på respondenter totalt, både kvinnor och män). I följande figurer (Figur 24-32) jämförts andelen respondenter (kvinnor respektive män) som angett att de har sjukdomstillstånd i olika åldersgrupper.



Figur 24. Svaranden som rapporterat att de har högt blodtryck; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1811 för kvinnor och n = 1679 för män)

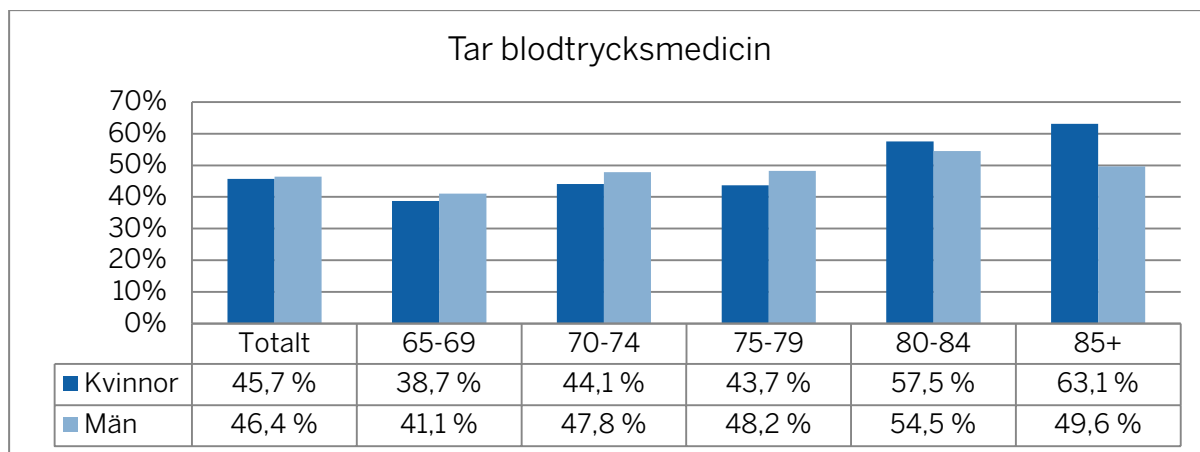
⁴¹ Chi²-test : χ^2 (1, n = 3489) = 12,5 p ≤ 0,001 Phi = 0,06

⁴² Chi²-test : χ^2 (1, n = 3490) = 31,6 p ≤ 0,001 Phi = 0,10

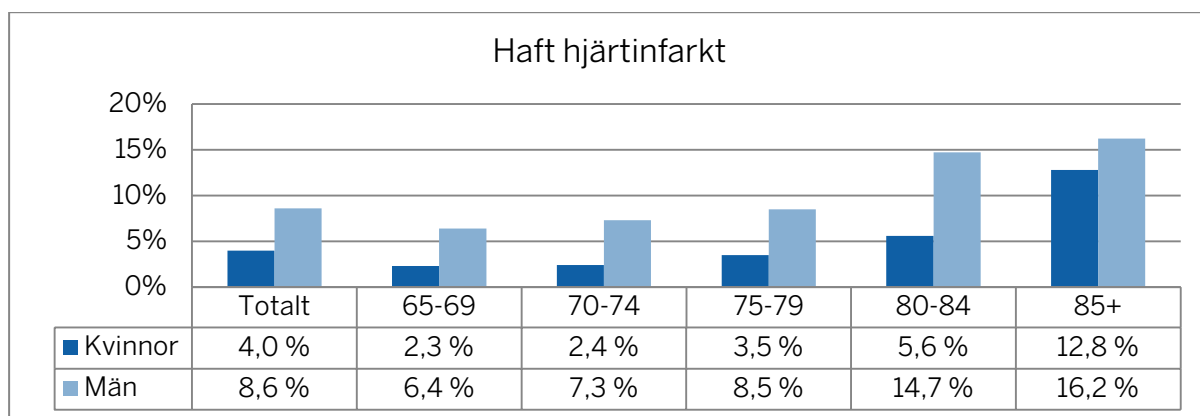
⁴³ Chi²-test : χ^2 (1, n = 3490) = 7,4 p < 0,05 Phi = 0,05

⁴⁴ Chi²-test : χ^2 (1, n = 3490) = 43,8 p ≤ 0,001 Phi = -0,11

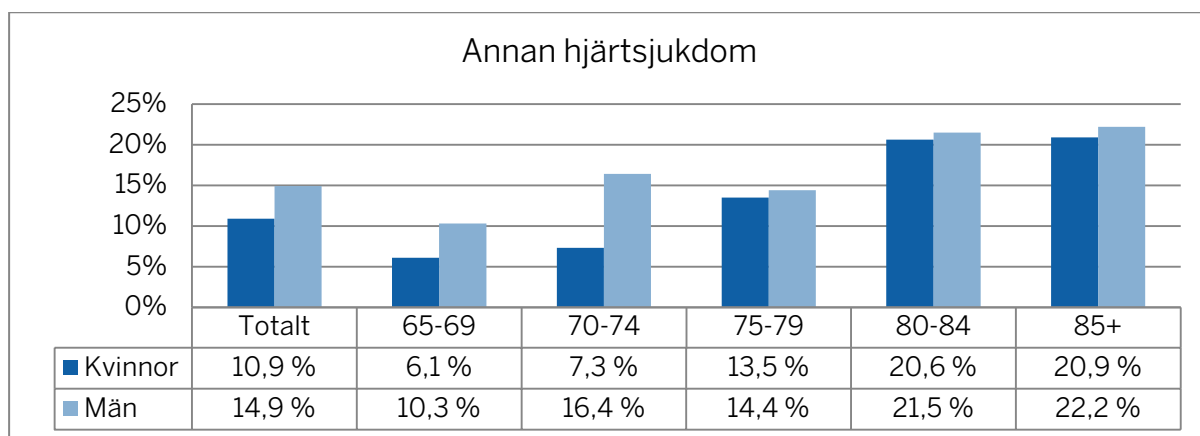
⁴⁵ Chi²-test: Högt blodtryck χ^2 (4, n = 3487) = 13,1 p ≤ 0,001 Cramer V = 0,06; Tar blodtrycksmedicin χ^2 (4, n = 3486) = 52,4 p ≤ 0,001 Cramer V = 0,12; Haft hjärtinfarkt χ^2 (4, n = 3488) = 52,2 p ≤ 0,001 Cramer V = 0,12; Haft annan hjärtsjukdom χ^2 (4, n = 3487) = 69,9 p ≤ 0,001 Cramer V = 0,14; Haft stroke χ^2 (4, n = 3488) = 34,1 p ≤ 0,001 Cramer V = 0,10; Har/har haft cancer χ^2 (4, n = 3488) = 24,3 p ≤ 0,001 Cramer V = 0,08.



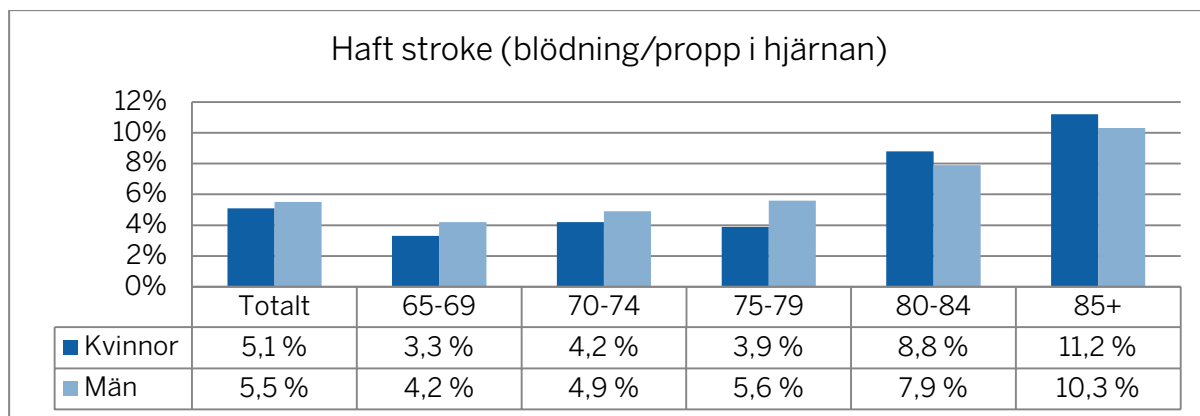
Figur 25. Svaranden som rapporterat att de tar blodtrycksmedicin; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1811 för kvinnor och n = 1679 för män)



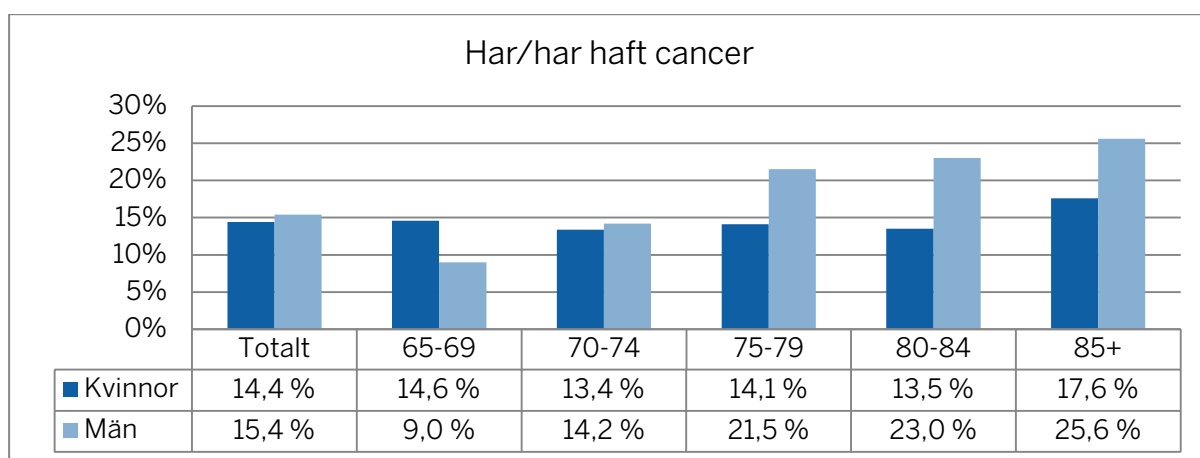
Figur 26. Svaranden som rapporterat att de har haft hjärtinfarkt; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1811 för kvinnor och n = 1679 för män)



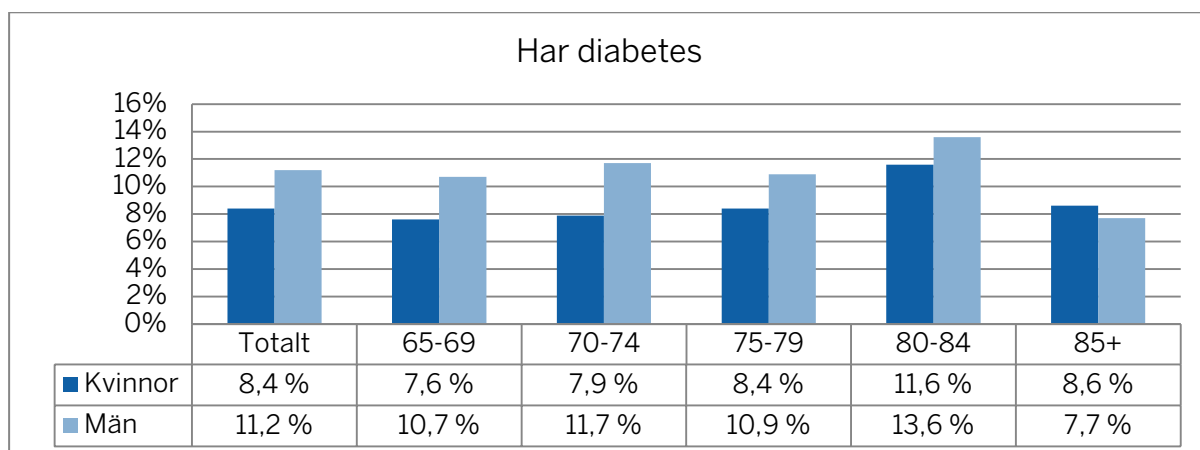
Figur 27. Svaranden som rapporterat att de har annan hjärtsjukdom; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1811 för kvinnor och n = 1679 för män)



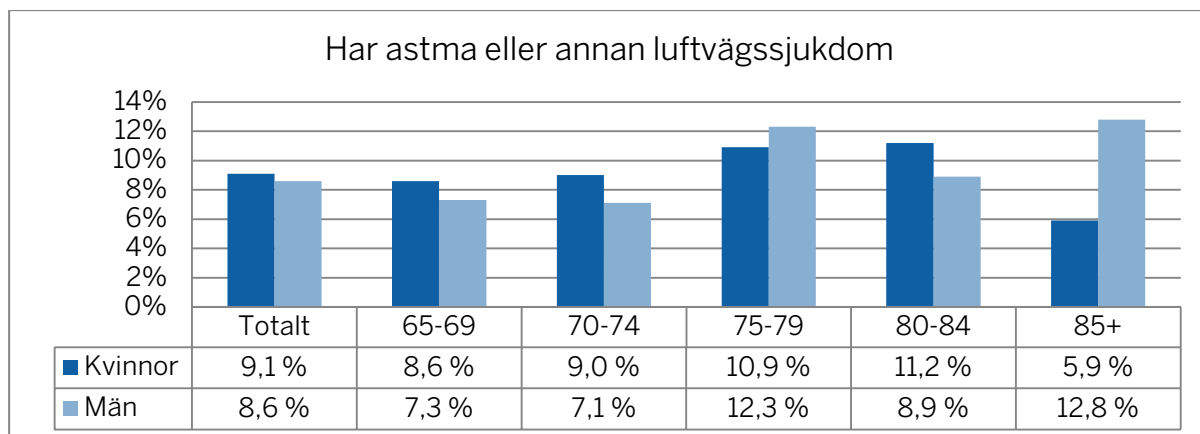
Figur 28. Svaranden som rapporterat att de har haft stroke (blödning/propp i hjärnan); andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1811 för kvinnor och n = 1679 för män)



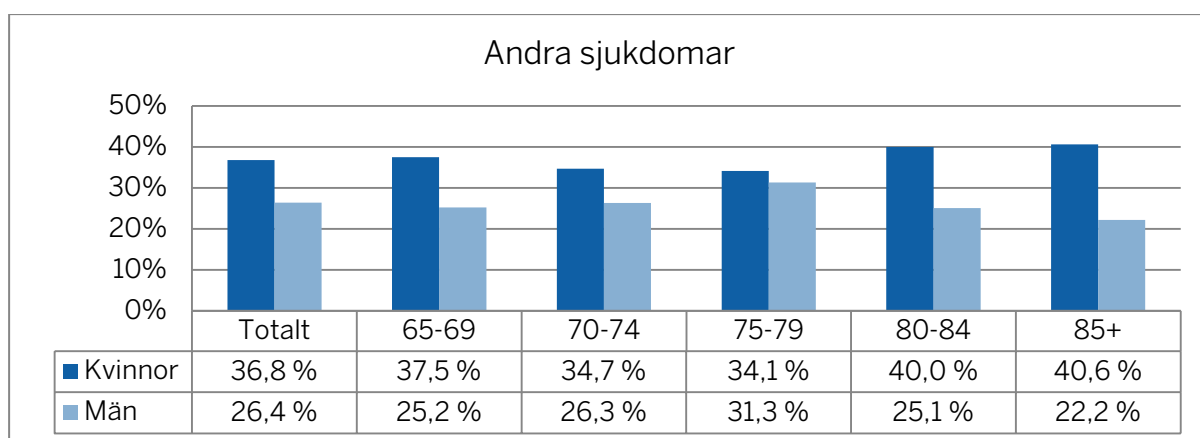
Figur 29. Svaranden som rapporterat att de har/har haft cancer; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1811 för kvinnor och n = 1679 för män)



Figur 30. Svaranden som rapporterat att de har diabetes; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1811 för kvinnor och n = 1679 för män)



Figur 31. Svaranden som rapporterat att de har astma/annan luftvägssjukdom; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1811 för kvinnor och n = 1679 för män)



Figur 32. Svaranden som rapporterat att de har andra sjukdomar; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1811 för kvinnor och n = 1679 för män)

Andra rapporterade hälsobesvär

I frågeformuläret efterfrågades vidare om respondenterna under de fyra senaste veckorna haft olika hälsobesvär såsom muskel/ledbesvär, besvär med urinläckage, sömnlöshet, dåligt minne, yrsel och/eller problem med mun/tänder, syn, hörsel, liksom besvär av svårläkta sår. Svarsalternativen var Nej; Ja, men det påverkar mig *inte* i mitt dagliga liv; Ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv. Antalet samt andelen kvinnor och män som rapporterar olika hälsobesvär presenteras i Tabell 10.

Om man jämför andelen kvinnor och män som har *hälsobesvär som påverkar dem i deras dagliga liv*, rapporterar en signifikant större andel kvinnor än män muskel/ledbesvär⁴⁶, besvär med urinläckage⁴⁷ och sömnlöshet⁴⁸ samt synproblem⁴⁹. En signifikant större andel män än kvinnor rapporterade problem med dåligt minne⁵⁰ och hörselproblem⁵¹. För andra hälsobesvär fanns ingen signifikant skillnad mellan kön.

Tabell 10. Hälsobesvär; antal och andel kvinnor och män i respektive svarsgrupp

Hälsobesvär	Ja, men det påverkar mig inte i mitt dagliga liv		Ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv	
	Kvinnor Antal %	Män Antal %	Kvinnor Antal %	Män Antal %
Muskel/ledbesvär	709 (42,7)	714 (46,0)	509 (30,7)	353 (22,8)
Urinläckage	342 (22,3)	209 (14,1)	118 (7,7)	80 (5,4)
Sömnlöshet	553 (35,4)	430 (28,5)	189 (12,1)	128 (8,5)
Dåligt minne	515 (33,5)	565 (37,4)	80 (5,2)	120 (8,0)
Yrsel	254 (16,8)	199 (13,4)	86 (5,7)	67 (4,2)
Problem med...				
...tänder/mun	207 (13,5)	256 (17,1)	64 (4,2)	45 (3,0)
...synen	413 (26,5)	427 (28,5)	137 (8,8)	92 (6,1)
...hörseln	380 (24,1)	505 (32,8)	141 (8,9)	188 (12,2)
Svårläkt(a) sår	23 (1,5)	41 (2,7)	22 (1,5)	31 (2,1)

⁴⁶ Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3211) = 25,5$ $p \leq 0,001$, Phi = -0,09

⁴⁷ Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3011) = 6,4$ $p < 0,05$, Phi = -0,05

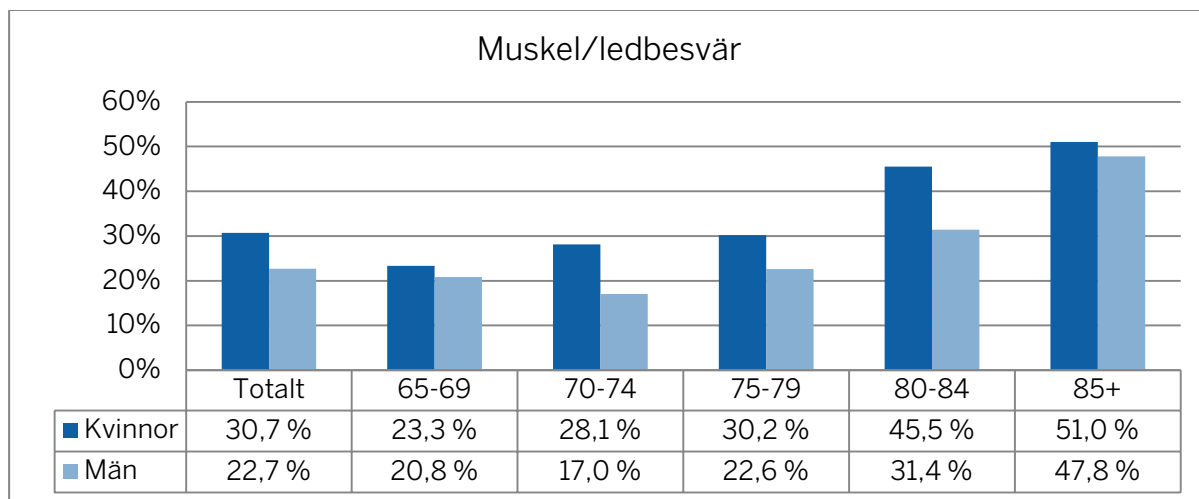
⁴⁸ Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3073) = 10,9$ $p \leq 0,001$, Phi = -0,06

⁴⁹ Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3056) = 7,9$ $p \leq 0,05$, Phi = -0,05

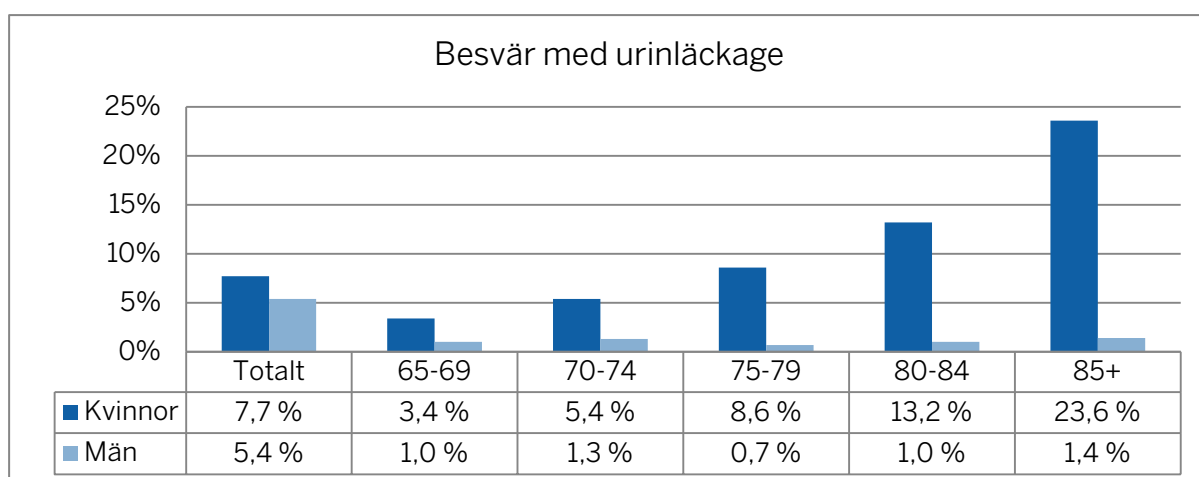
⁵⁰ Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3046) = 9,4$ $p \leq 0,05$, Phi = 0,06

⁵¹ Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3115) = 8,8$ $p \leq 0,05$, Phi = -0,05

I följande figurer (Figur 33-41) jämförts andelen respondenter som rapporterat att de har hälsoproblem som påverkar dem i det dagliga livet mellan olika åldersgrupper. För samtliga besvär, utom svårsläta sår, fanns det en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna (beräknat på respondenter totalt, både kvinnor och män)⁵².

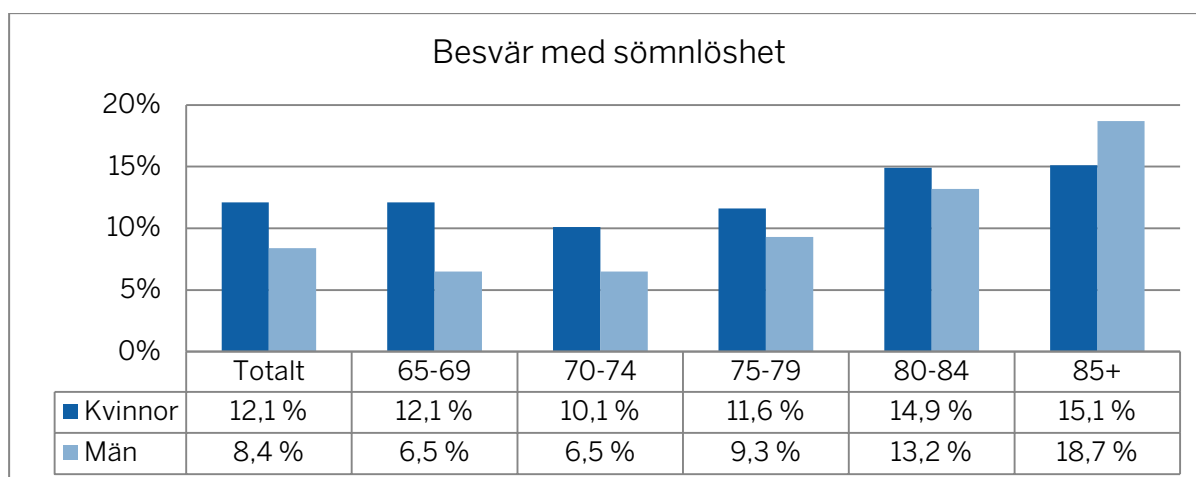


Figur 33. Svaranden som rapporterat att de har muskel/ledbesvär som påverkar dem i deras dagliga liv; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp

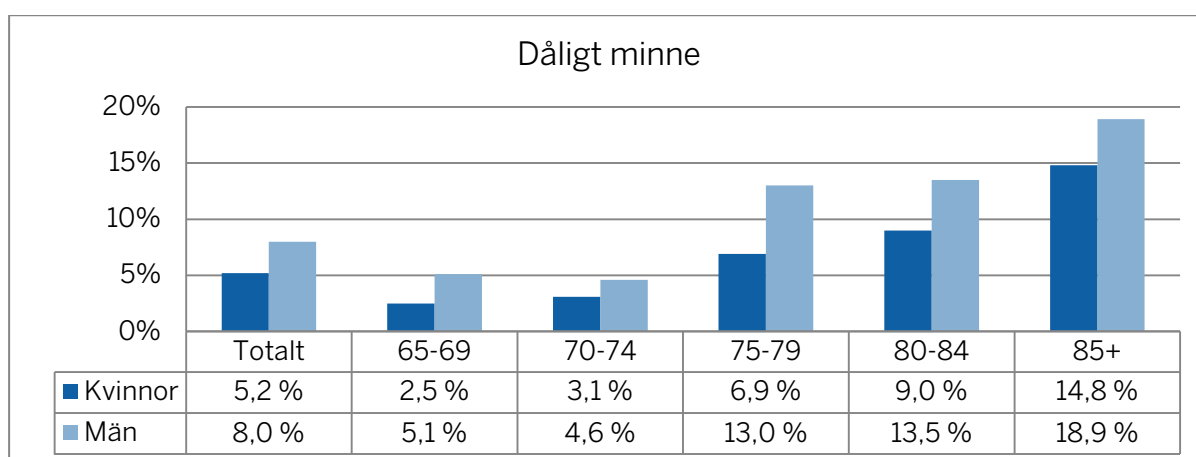


Figur 34. Svaranden som rapporterat att de har besvär med urinläckage som påverkar dem i deras dagliga liv; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp

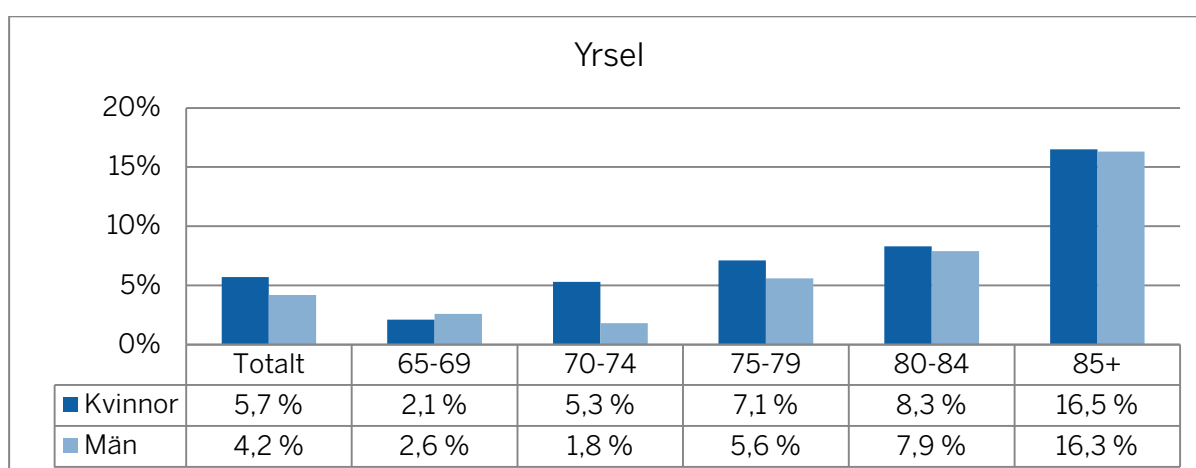
⁵² Chi²-test: Muskel/ledbesvär χ^2 (4, n = 3209) = 112,6 p ≤ 0,001, Cramer V = 0,19; Urinläckage χ^2 (4, n=3009) = 141,7 p ≤ 0,001, Cramer V = 0,22; Sömnlöshet χ^2 (4, n = 3071) = 20,0 p ≤ 0,001, Cramer V = 0,08; Dåligt minne χ^2 (4, n = 3044) = 82,6 p ≤ 0,001, Cramer V = 0,17; Yrsel χ^2 (4, n = 2998) = 94,6 p ≤ 0,001, Cramer V = 0,18; Tand/munproblem χ^2 (4, n = 3028) = 34,3 p ≤ 0,001, Cramer V = 0,11; Synproblem χ^2 (4, n = 3054) = 199,2 p ≤ 0,001, Cramer V = 0,26; Hörselproblem χ^2 (4, n = 3113) = 193,3 p ≤ 0,001, Cramer V = 0,25.



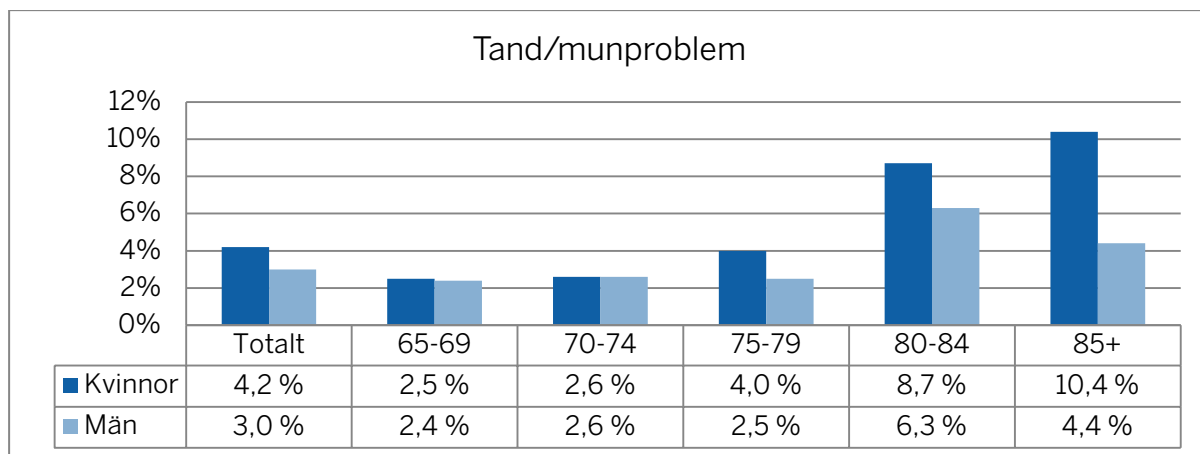
Figur 35. Svaranden som rapporterat att de har besvär med sömnlöshet som påverkar dem i deras dagliga liv; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp



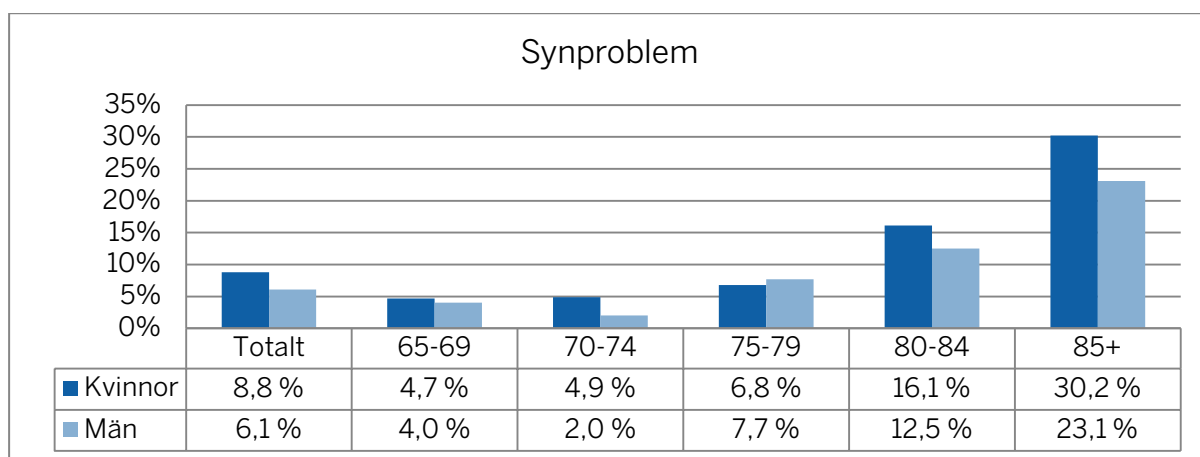
Figur 36. Svaranden som rapporterat att de har besvär med dåligt minne som påverkar dem i deras dagliga liv; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp



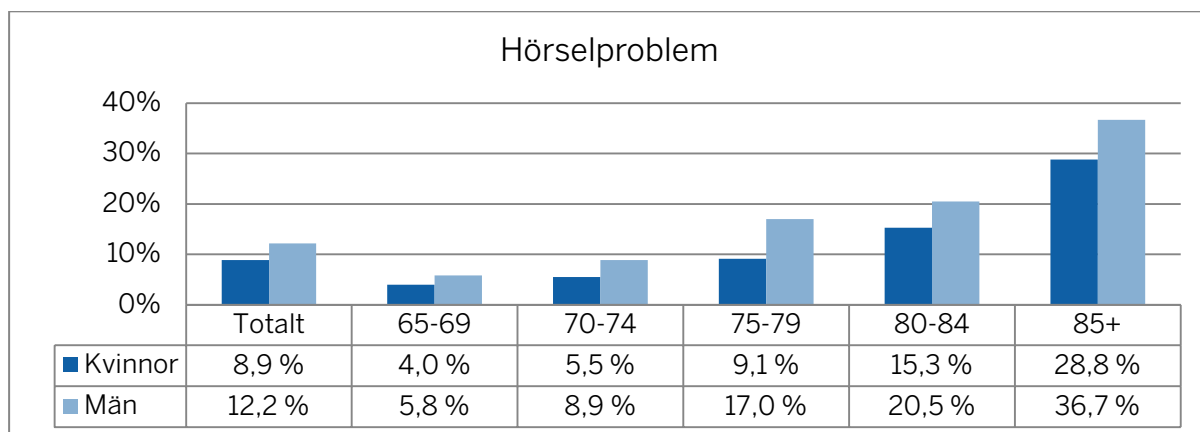
Figur 37. Svaranden som rapporterat att de har besvär med yrsel som påverkar dem i deras dagliga liv; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp



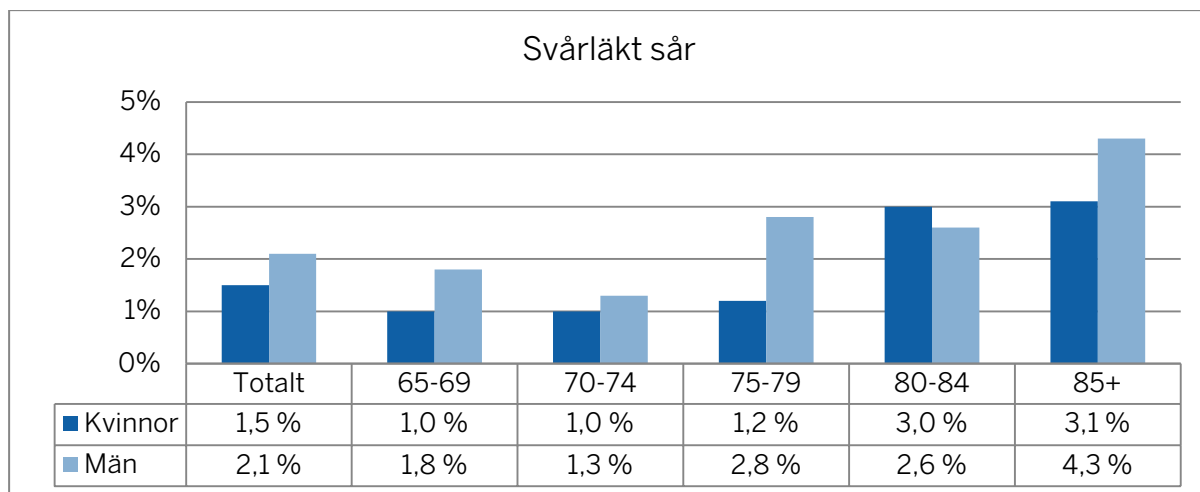
Figur 38. Svaranden som rapporterat att de har besvär med sömnlöshet som påverkar dem i deras dagliga liv; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp



Figur 39. Svaranden som rapporterat att de har synproblem som påverkar dem i deras dagliga liv; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp



Figur 40. Svaranden som rapporterat att de har hörselproblem som påverkar dem i deras dagliga liv; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp



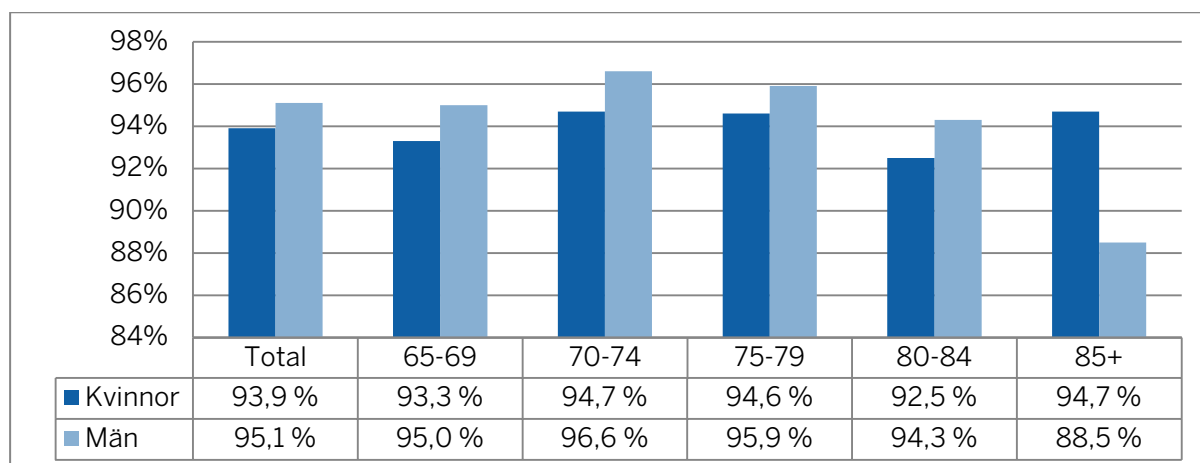
Figur 41. Svaranden som rapporterat att de har besvär med svårläkta sår som påverkar dem i deras dagliga liv; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp

Kommentarer till frågor rörande hälsa

I likhet med tidigare studier (bl a Borglin et al., 2005; Crimmins et al., 2012; Murtagh & Hubert, 2004) skattar kvinnorna sin hälsa sämre än männen. Kvinnorna rapporterar i större utsträckning olika typer av icke-dödliga och "icke-botbara" symtom och (sjukdoms)tillstånd som påverkar funktionsförmåga och livskvalitet såsom muskel/ledbesvär, urinläckage och sömnlöshet. Männen, å andra sidan, rapporterar i större utsträckning livshotande sjukdomstillstånd som hjärtsjukdom samt diabetes. Sjukdomar som hör till gruppen cirkulationsorganens sjukdomar utgör enligt statistiken den vanligaste dödsorsaken på Åland (ÅSUB, 2016b).

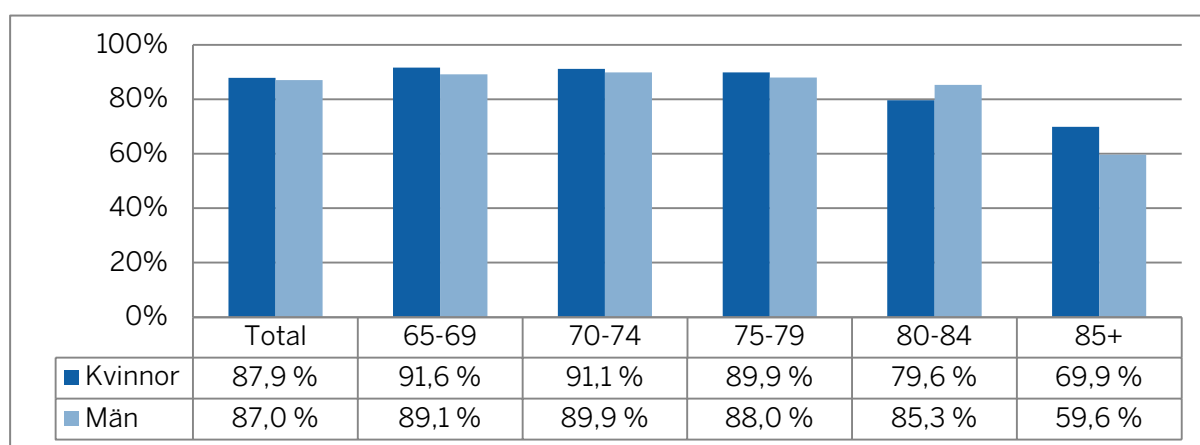
LIVSHÅLLNING, NEDSTÄMDHET OCH DEPRESSION

I frågeformuläret fanns en uppsättning frågor som kan återkopplas till en persons livshållning. En av frågorna var: "Känner Dig nöjd med Ditt liv?". Nästan alla respondenter (94,5 %) har svarat Ja på denna fråga. Det fanns ingen signifikant skillnad vare sig mellan kvinnor och män eller mellan åldergrupperna (Figur 42).



Figur 42. Svaranden som svarat att de känner sig nöjda med sitt liv; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1701 för kvinnor och n= 1601 för män)

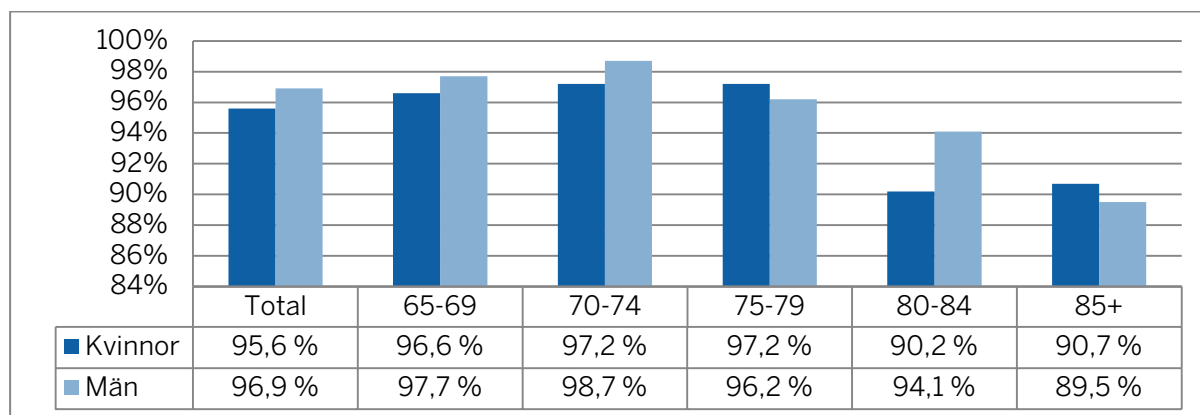
En annan fråga var om man känner sig behövd, vilket 87,5 % av samtliga respondenter gjorde. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män, men däremot var andelen som känner sig behövda signifikant lägre i de äldsta åldergrupperna⁵³ (Figur 43).



Figur 43. Andel kvinnor och män som svarat att de känner sig behövda; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1658 för kvinnor och n= 1520 för män)

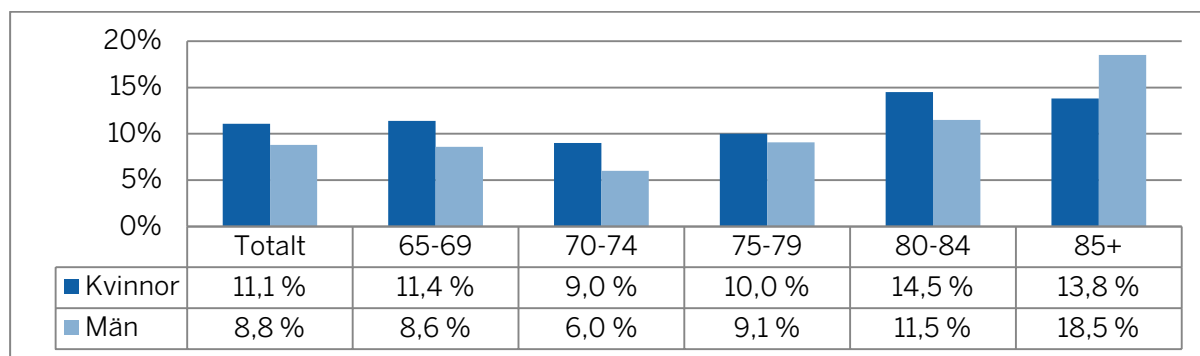
⁵³ Chi²-test: χ^2 (4, n = 3176) = 125,7 p < 0,001, Cramer V = 0,20

Vidare ställdes frågan: "Har Du livslust?". Nästan alla respondenter (96,2 %) svarade "Ja" på den frågan. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män, däremot minskar andelen som svarat "Ja" signifikant bland de äldsta⁵⁴ (Figur 44).



Figur 44. Svaranden som uppgett att de har livslust; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1655 för kvinnor och n= 1561 för män)

En fråga i frågeformuläret löd: "Känner Du Dig deprimerad/nedstämd?" Av samtliga respondenter anger en av tio (10,0 %) att de känner sig deprimerad/nedstämd. En signifikant skillnad återfanns mellan de olika åldergrupperna⁵⁵. Lägsta andel återfinns i åldergrupperna 70-74 och 75-79 år. Störst andel återfinns bland de allra äldsta. Det finns också en signifikant skillnad mellan kvinnor och män; i alla åldergrupper från 65 till 84 år rapporterade en något större andel kvinnor att de känner sig deprimerad/nedstämd, men i åldergruppen 85 år och äldre är det dock andelen män större (Figur 45)⁵⁶.



Figur 45. Svaranden som uppgett att de känner sig deprimerad/nedstämd; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp (n = 1594 för kvinnor och n= 1523 för män)

Kommentarer till frågor rörande livshållning, nedstämdhet och depression

I tidigare studier har personers livshållning skattats med samma frågor som använts i detta formulär. En positiv livshållning har visat sig ha en positiv effekt på förmågan att kunna hantera svårigheter i livet. Det har visat sig att positiv

⁵⁴ Chi²-test: $\chi^2 (4, n = 3214) = 51,1$ $p \leq 0,001$, Cramer V = 0,13

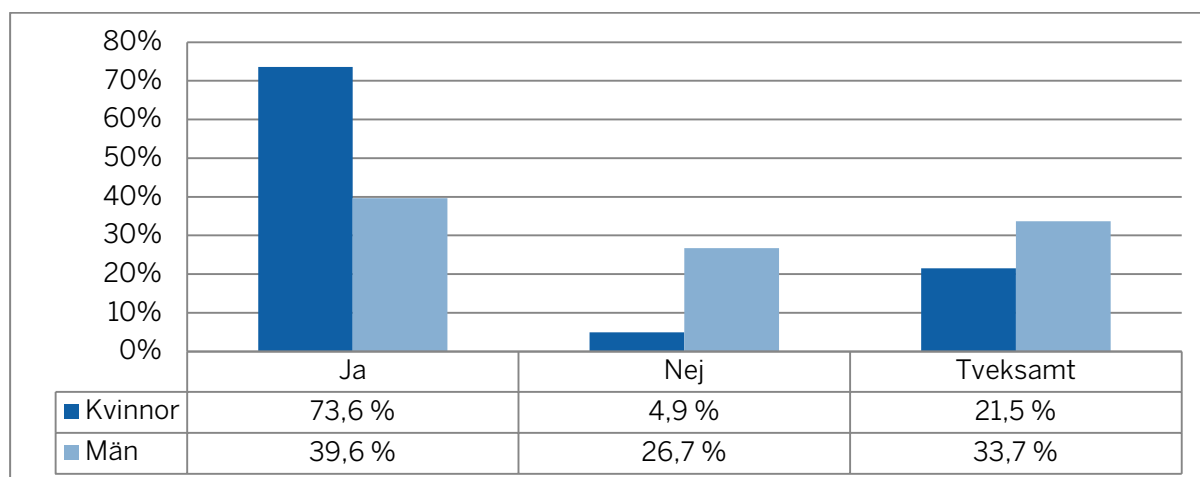
⁵⁵ Chi²-test: $\chi^2 (4, n = 3115) = 18,0$ $p \leq 0,001$, Cramer V = 0,08

⁵⁶ Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3117) = 4,6$ $p < 0,05$, Cramer V = 0,04

livshållning har samband med bl a bättre självskattad hälsa och reducerat vårdbehov (Eloranta, Arve, Isoaho, Lehtonen, & Viitanen, 2015; Fagerström, 2010; Tilvis, Laitala, Routasalo, Strandberg, & Pitkala, 2012). Resultatet i denna undersökning visar att andelen som känner sig nöjda med sitt liv är stor, men en minskad andel av de äldsta känner sig behövda. Likaså känner en mindre andel av de äldsta livslust. Detta kan ha ett samband med ökad nedstämdhet i ökad ålder. Liksom i tidigare studier (Bergdahl, Allard, Alex, Lundman, & Gustafson, 2007; Hajek et al., 2016) visar resultatet i denna rapport att en större andel kvinnor än män är nedstämda/deprimerade och att andelen ökar med stigande i ålder. Depression i åldrandet har bl a samband med sjukdom och sämre självskattad hälsa, fysisk och kognitiv funktionsnedsättning, lägre utbildning, reducerat socialt nätverk och vara ensamstående samt att inte känna sig behövd/avsaknad av meningsfull tillvaro (Chippendale, 2013; Djernes, 2006; Forsman, Nyqvist, Schierenbeck, Gustafson, & Wahlbeck, 2012). Det kan vidare konstateras att depression i åldrandet är vanligt och att det förekommer under-, över- och felbehandling av depression i den äldre befolkningen (Alexopoulos, 2005; Djernes, 2006; Petersson et al., 2014). Att identifiera personer med nedstämdhet/depression tidigt är väsentligt för att kunna stödja personen och vid behov påbörja lämplig behandling (terapi och/eller läkemedelsbehandling). Det kan räcka med att ställa frågan: Känner du dig nedstämd/deprimerad? (Ayalon, Goldfracht, & Bech, 2010). Det finns också olika skattningsskalor för att identifiera nedstämdhet, t ex Geriatric Depression Scale (GDS), som kan vara användbara i olika sammanhang (Almeida & Almeida, 1999; Conradsson et al., 2013; Sheikh & Yesavage, 1986; Yesavage et al., 1982).

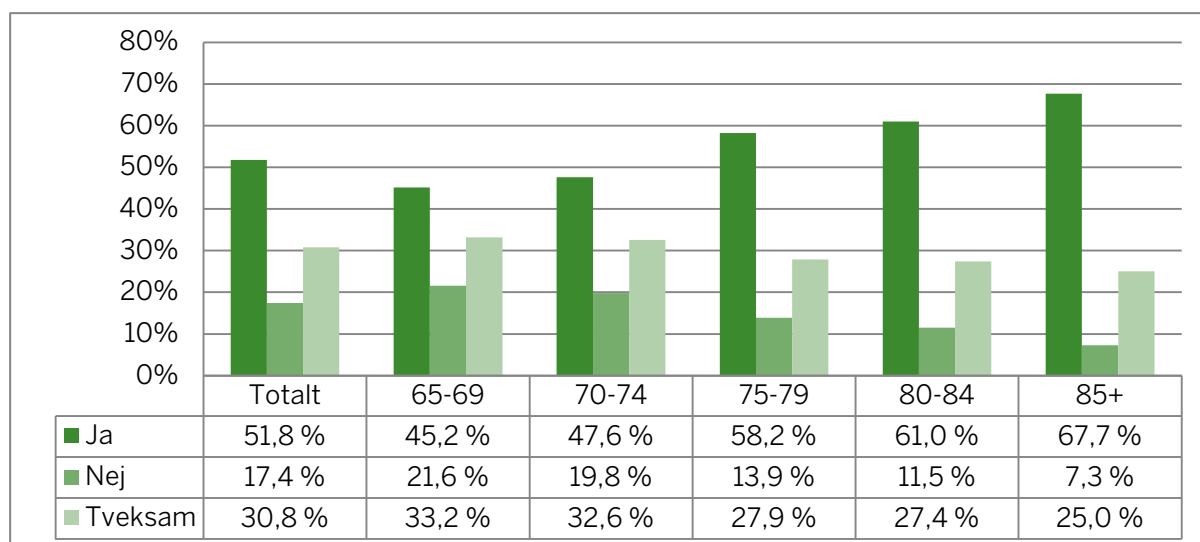
TRO

I frågeformuläret ingick en fråga kring tro på Gud eller högre makt. Det var en signifikant större andel kvinnor än män som svarade "Ja" på frågan om de tror på Gud eller en högre makt⁵⁷ (Figur 46).



Figur 46. Svaranden som svarat Ja, de tror på Gud eller en högre makt, respektive nej eller tveksamt; andel svarande efter kön (n = 1764 för kvinnor och n = 1615 för män)

Ser man istället på fördelning mellan åldersgrupper (både kvinnor och män) kan det konstateras att andelen som tror på Gud eller en högre makt är signifikant större i de äldre åldersgrupperna (75 år och äldre)⁵⁸ (Figur 47).



Figur 47. Svaranden som svarat Ja, Nej eller Tveksamt på frågan om det tror på Gud eller en högre makt; andel i olika åldersgrupper (både kvinnor och män, n = 3377)

⁵⁷ Chi²-test: χ^2 (8, n = 3379) = 251,3 p < 0,001, Cramer V = 0,27

⁵⁸ Chi²-test: χ^2 (8, n = 3377) = 91,9 p < 0,001, Cramer V = 0,12

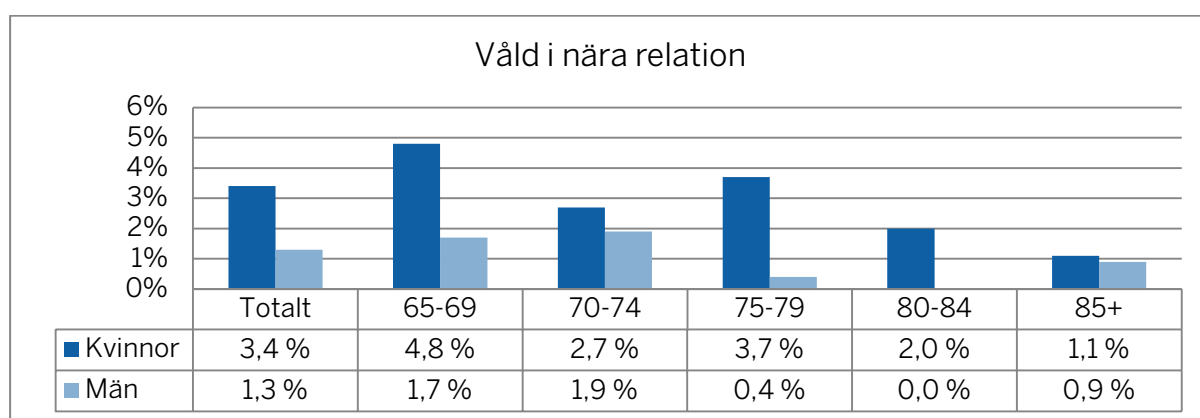
Kommentarer till fråga rörande tro

Att tro på Gud eller en högre makt kan ha olika betydelse för olika personer. Tro kan ge förtröstan, tröst och trygghet (Coyle, 2002; Fischer, Lundman, & Norberg, 2010; Rosgren, 2015). Tidigare studier visar på tron på Gud är starkast bland den äldre befolkningen och andelen som tror på Gud bland den äldre befolkningen på Åland är jämförbar med t ex motsvarande siffror i Sverige (Bromander, 2013).

VÅLD

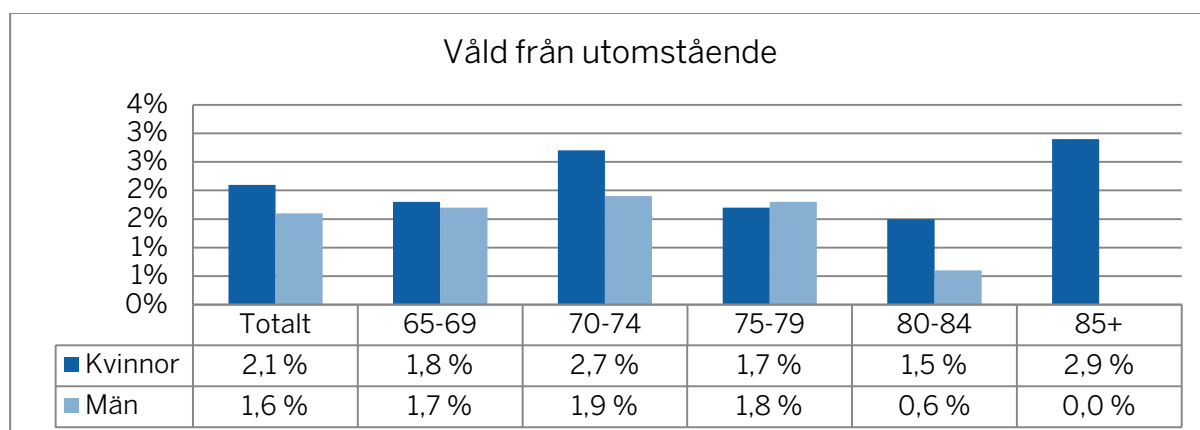
För att definiera våld användes Världshälsoorganisationens (WHOs) definition på våld, dvs användning av fysiskt våld, makt eller hot som antingen leder till personskador, dödsfall eller psykisk skada.

Det var signifikant större andel kvinnor än män som uppgav att de varit utsatta för våld från närstående⁵⁹. Totalt 59 kvinnor (3,4 %) och 21 män (1,3 %) uppgav att de har blivit utsatta för våld från någon *närstående* det senaste året. Det fanns också en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna. Signifikant störst andel som rapporterade att han/hon blivit utsatt för våld från någon närstående det senaste året återfanns i den yngsta åldersgruppen (65-69 år)⁶⁰ (Figur 48).



Figur 48. Svaranden som uppgett att de utsatts för våld från någon närstående det senaste året; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp

Totalt 36 kvinnor (2,1 %) och 25 män (1,6 %) angav att de blivit utsatta för våld från någon *utomstående* det senaste året. Ingen signifikant skillnad återfanns mellan varken kvinnor och män eller åldersgrupper (Figur 49).



Figur 49. Svaranden som uppgett att de utsatts för våld från någon utomstående det senaste året; andel svarande efter kön, totalt och inom respektive åldersgrupp

⁵⁹ Chi²-test: $\chi^2 (1, n = 3375) = 15,7$ $p \leq 0,001$, Phi = -0,01

⁶⁰ Chi²-test: $\chi^2 (4, n = 3373) = 10,1$ $p \leq 0,5$, Cramer V = 0,06

Kommentarer till frågor rörande våld

Att utsättas för sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld kan bidra till ökad risk för olika former av psykisk och fysisk ohälsa, på kort och/eller på lång sikt. Våld bland och mot äldre är fortfarande ett eftersatt område i samhället, inom vård och omsorg samt i forskning; våld i hemmet där äldre är inblandade identifieras i liten utsträckning och även om våldet identifieras är resurserna och tillgång på evidensbaserade åtgärdsprogram ringa (Knight & Hester, 2016). I resultatet konstateras att en större andel kvinnor än män hade utsatts för våld i nära relationer. I tidigare studier där man undersökt förekomst av våld mot kvinnor har man ofta haft en övre åldersgräns som medfört att äldre kvinnor har exkluderats. Vidare försvåras jämförelser med andra studier av att våld operationaliseras olika. Det har dock konstaterats att äldre kvinnor uppger erfarenheter av våld i mindre utsträckning än yngre kvinnor. Olika förklaringar till detta har presenterats, men det som beskrivs som mest troligt är att detta reflekterar en systematisk underrapportering. Det skulle till exempel kunna bero på svårigheter att minnas, rädsla för konsekvenserna av att berätta eller generationsspecifika förbud bland äldre kvinnor mot att prata om våldsutsatthet (Sundström, 2016). Det antas att underrapportering förekommer även i denna studie. Vidare bör noteras att stereotypa föreställningar som att äldre kvinnor inte utsätts för våld, framför allt inte sexuellt våld, kan medföra att våldsutsatta äldre kvinnor inte uppmärksammas och/eller får ett professionellt bemötande och stöd (Sundström, 2016).

REFERENSER

- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365(9475), 1961-1970.
- Alibhai, S. M. H., Greenwood, C., & Payette, H. (2005). An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 172(6), 773-780. doi:10.1503/cmaj.1031527
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858-865.
- Ayalon, L., Goldfracht, M., & Bech, P. (2010). 'Do you think you suffer from depression?' Reevaluating the use of a single item question for the screening of depression in older primary care patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(5), 497-502.
- Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007). Gender differences in depression among the very old. *International psychogeriatrics*, 19(6), 1125-1140. doi:10.1017/s1041610207005662
- Borglin, G., Edberg, A.-K., & Rahm Hallberg, I. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*, 19(2), 201-220. doi:10.1016/j.jaging.2004.04.001
- Bromander, J. (2013). *Religiositet i Sverige* i Lennart Weibull, Henrik Oscarsson & Annika Bergström (red). Vägskäl. Göteborgs universitet: SOM-institutet. Hämtad http://som.gu.se/digitalAssets/1453/1453859_17-jonas-bromander.pdf
- Chippendale, T. (2013). Factors associated with depressive symptoms among elders in senior residences: The importance of feeling valued by others. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 36(2), 162-169. doi:10.1080/07317115.2012.749321
- Conradsson, M., Rosendahl, E., Littbrand, H., Gustafson, Y., Olofsson, B., & Lovheim, H. (2013). Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 17(5), 638-645. doi:10.1080/13607863.2012.758231
- Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1346-1363. doi:10.1177/0898264312460275

- Coyle, J. (2002). Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 589-597.
- Crimmins, E. M., Kim, J. K., & Solé-Auró, A. (2012). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health*, 21(1), 81-91.
- Dahlberg, K. (2007). The enigmatic phenomenon of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 2(4), 195-207.
doi:10.1080/17482620701626117
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
- Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Lehtonen, A., & Viitanen, M. (2015). Factors connected with positive life orientation at age 70, 80, 85 and 90 - The Turku Elderly Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 537-547. doi:10.1111/scs.12188
- Fagerström, L. (2010). Positive life orientation—an inner health resource among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 349-356. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00728.x
- Faxén, G. (2010). *Geriatrisk nutrition*. Lund: Studentlitteratur.
- Fischer, R. S., Lundman, B., & Norberg, A. (2010). Feeling whole: the meaning of being consoled narrated by very old people. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 64(1), 3.1-12.
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Utbildningsnivå och hälsa – hur hänger de ihop? Socioekonomiska skillnader i hälsa ur ett utbildningsperspektiv*. Hämtad <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/22302/Utbildning-halsa-Faktablad.pdf>
- Forsman, A. K., Nyqvist, F., Schierenbeck, I., Gustafson, Y., & Wahlbeck, K. (2012). Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions. *Aging & Mental Health*, 16(6), 771-779.
doi:10.1080/13607863.2012.667784
- Galea, S., & Tracy, M. (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Annals Of Epidemiology*, 17(9), 643-653.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2010). Experiences of loneliness among the very old: The Umeå 85+ project. *Aging & Mental Health*, 14(4), 433-438.
doi:10.1080/13607860903586078

- Hajek, A., Brettschneider, C., Posselt, T., Lange, C., Mamone, S., Wiese, B., . . . König, H. H. (2016). Predictors of Frailty in Old Age - Results of a Longitudinal Study. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 20(9), 952-957. doi:10.1007/s12603-015-0634-5
- Holmberg, I. & Mattsson, A. (2016). *Äldre kvinnor på Åland som är närståendevårdare: Faktorer som påverkar upplevelsen av bördan*. Examensarbete, sjukskötarutbildningen, Högskolan på Åland. Hämtad <https://www.theseus.fi/handle/10024/112276>
- Institutet för hälsa och välfärd (2015). Fallolyckor bland äldre. Hämtad <https://www.thl.fi/sv/web/olycksfall/fallolyckor-bland-aldre>
- Institutet för hälsa och välfärd (2016). Handboken för fallförebyggande åtgärder för äldre. Hämtad <https://www.thl.fi/sv/web/olycksfall/fallolyckor-bland-aldre/handboken-for-fallforebyggande-atgarder-for-aldre>
- Knight, L., & Hester, M. (2016). Domestic violence and mental health in older adults. *International Review of Psychiatry*, 28(5), 464-474. doi:10.1080/09540261.2016.1215294
- Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M., Vellas, B. & Plauth, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-421.
- Murtagh, K. N., & Hubert, H. B. (2004). Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1406-1411.
- Nestlé Nutrition Institute. Mini Nutritional Assessment – MNA Elderly. Hämtat http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_swedish.pdf Samt Guide till formuläret Mini Nutritional Assessment MNA. Hämtad http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_swedish.pdf
- Nilsson, K., Hydbom, A. R., & Rylander, L. (2016). How are self-rated health and diagnosed disease related to early or deferred retirement? A cross-sectional study of employees aged 55-64. *BMC Public Health*, 16, 886. doi:10.1186/s12889-016-3438-6
- Nummela, O., Seppanen, M., & Uutela, A. (2011). The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): a longitudinal study among aging people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), 163-167. doi:10.1016/j.archger.2010.10.023
- Petersson, S., Mathillas, J., Wallin, K., Olofsson, B., Allard, P., & Gustafson, Y. (2014). Risk factors for depressive disorders in very old age: a population-based cohort study with a 5-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(5), 831-839. doi:10.1007/s00127-013-0771-2
- Pinquant, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. doi:10.1207/S15324834BASP2304_2

Rosgren, A-L. Tro. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (2015). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people - a population-based study. *Gerontology*, 52(3), 181-187. doi:10.1159/000091828

Skog, M. (2016). Fallprevention: Riskbedömning. I *Vårdhandboken*. Hämtad <http://www.vardhandboken.se/texter/fallprevention/riskbedomning/>

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165-173.

Socialstyrelsen (2011). *Näring för god vård och omsorg - en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Hämtad <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf>

Sundström, M. (red.) (2016). *Våld mot äldre kvinnor: en forsknings- och kunskapsöversikt*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet. Hämtad <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/512/nck-rapport-vald-mot-aldre-kvinnor-2016-1.pdf>

Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P., & Jakobsson, U. (2015). Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 435-443. doi:10.1111/scs.12147

Tilvis, R. S., Laitala, V., Routasalo, P., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2012). Positive life orientation predicts good survival prognosis in old age. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(1), 133-137. doi:10.1016/j.archger.2011.06.030

Virtanen, M., Oksanen, T., Batty, G. D., Ala-Mursula, L., Salo, P., Elovainio, M., Kivimäki, M. (2014). Extending employment beyond the pensionable age: a cohort study of the influence of chronic diseases, health risk factors, and working conditions. *PLoS One*, 9(2), e88695. doi:10.1371/journal.pone.0088695

WHO (2016). *Physical Activity and Older Adults. Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above*. Hämtad http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

ÅSUB (u.å). *Social hållbarhet 5: Förväntad medellivslängd vid födseln 1996–2014*. Hämtad <http://www.asub.ax/text.con?iPage=256>

ÅSUB (2015a). *Befolkning efter ålder och kommun 31.12.2014. Statistisk årsbok Åland 2015*. Hämtad http://www.asub.ax/files/statistisk_arsbok_for_aland_2015.pdf

ÅSUB (2015b). *Ekonomisk utsatthet och social trygghet 2012*. Hämtad http://www.asub.ax/files/ekonomisk_utsatthet_2012_rapport_2015_2.pdf

ÅSUB (2016a). *Löner för offentligt anställda på Åland år 2015. Landskapsanställda, kommunalt anställda samt statligt anställda*. Hämtad <http://www.asub.ax/files/offlon15.pdf>

ÅSUB (2016b). *Dödsorsaker på Åland 1969-2014*. Hämtad http://www.asub.ax/archive.con?iPage=10&art_id=1722

Hälsa och livskvalitet hos äldre kvinnor på Åland

På Åland, liksom i resten av västvärlden, lever vi idag i ett samhälle där allt fler personer är och blir äldre. Som en följd av åldrandet påverkas människan av faktorer som kan ha inverkan på hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Att ha kunskap om dessa faktorer är av vikt för att kunna planera för och genomföra hälsofrämjande aktiviteter, vård och omsorg. På Åland saknas idag vissa centrala hälsouppgifter för den äldre befolkningen. Detta forskningsprojekt, som bedrivs vid Högskolan på Åland, syftar till att samla in hälsouppgifter bland äldre kvinnor samt belysa faktorer som på olika sätt har visat sig vara av betydelse för ett gott åldrande.

Förfrågan att delta i projektet har gått till samtliga kvinnor på Åland som är födda år 1950 eller tidigare. Du deltar genom att besvara bifogat frågeformulär. Om Du så önskar kan Du ta hjälp av närstående och/eller andra personer i Din närhet för att fylla i formuläret. Vi ser gärna att Du returnerar formuläret i det förfrankerade kuvertet **inom två veckor** oavsett om Du har fyllt i frågorna eller inte. Notera att deltagandet är frivilligt. Inlämnade uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt, även om formulären är numrerade för att undvika onödiga påminnelser.

Om Du har frågor eller önskar mer information om projektet får Du mer än gärna kontakta projektansvarig Erika Boman. Du kan också, om så önskas, lämna skriftliga kommentarer på formulärets sista sida.

Kontaktuppgifter:

Erika Boman, medicine magister i omvårdnad

Lektor vid Högskolan på Åland

telefon: 040-5676939

e-post: erika.boman@ha.ax

1. Vilket år är Du född?

År 19_____

2. ☐ Jag önskar inte besvara frågeformuläret.

Vill Du ge en förklaring till varför får Du gärna göra det på raderna nedan.

Det är värdefullt om formuläret ändå returneras i frankerat kuvert, då du också undviker att få ett påminnelsebrev.

Först följer några frågor om Dig själv. Sätt kryss i rätt eller mest lämpad ruta gällande ditt nuvarande tillstånd.



3. Är Du

- ☐ Gift eller har registrerad partner
- ☐ Samboende
- ☐ Särboende
- ☐ Ensamstående
- ☐ Frånskild
- ☐ Änka

4. Var bor Du nu?

- ☐ Mariehamn
- ☐ Övriga fasta Åland (ej Mariehamn)
- ☐ Skärgården

5. Hur bor Du idag?

- ☐ I bostad som Du själv och/eller någon annan familjemedlem som bor i denna bostad äger
 - ☐ I hyresbostad
 - ☐ I servicehus eller äldreboende
 - ☐ Annat boende, nämligen
-

6. Är Du nöjd med Ditt nuvarande boende?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

7. Vilken skolutbildning har Du? Ange Din *högsta* utbildningsnivå:

- ☐ Folkskola, 6 år eller mindre
 - ☐ Folkskola/mellanskola, max 9 år
 - ☐ Folkhögskola
 - ☐ Yrkesskola/yrkesutbildning
 - ☐ Gymnasium
 - ☐ Examen på institutnivå
 - ☐ Högskole-/universitetsexamen
 - ☐ Annan (inklusive antal år):
-

KONTAKTER

8. Nedan efterfrågas om hur ofta Du har kontakt med angivna personer.

Om Du inte har t ex barn (i livet) så fyller Du i alternativet ”Personen finns inte/ej aktuellt”

Hur ofta har Du kontakt med någon/några av följande personer?

	Flera gånger i veckan	Flera gånger i månaden	Någon gång om året	Aldrig	Personen finns inte/ej aktuellt
Make/sambo/särbo	☐	☐	☐	☐	☐
Barn	☐	☐	☐	☐	☐
Barnbarn	☐	☐	☐	☐	☐
Syskon	☐	☐	☐	☐	☐
Föräldrar	☐	☐	☐	☐	☐
Övriga släktingar	☐	☐	☐	☐	☐
Vänner	☐	☐	☐	☐	☐
Grannar	☐	☐	☐	☐	☐
Hemtjänst/hemvård	☐	☐	☐	☐	☐
Hemsjukvård	☐	☐	☐	☐	☐

9. Har Du någon förtrogen Du kan prata med om precis allt, alltså dela både bekymmer och glädjeämnen med?

- ☐ Ja
☐ Nej

10. Händer det att Du känner Dig ensam/övergiven?

- ☐ Varje dag
☐ Ibland
☐ Sällan
☐ Aldrig

ARBETE, EKONOMI OCH SAMHÄLLSENGAGEMANG

11. Vad har under Din yrkesverksamma period varit Din huvudsakliga yrkesställning/arbetsform? (Ange endast ett alternativ)

- ☐ Löntagare
- ☐ Annan företagare (ex egenföretagare)
- ☐ Oavlönat arbete inom familjemedlems företag
- ☐ Jag har aldrig arbetat i ett yrke på heltid
- ☐ Annat, nämligen_____

12. Har Du under de *sex senaste månaderna* varit yrkesverksam (betalt arbete)?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, vid något enstaka tillfälle
- ☐ Ja, varje månad
- ☐ Ja, varje vecka

13. Gällande Din *nuvarande* ekonomi, tycker Du att pengarna...

- ☐ ... räcker väl och det blir lite över
- ☐ ... räcker precis och det blir ingenting över
- ☐ ... inte räcker till det Du behöver

14. Röstade Du vid det senaste...

	Ja	Nej	Vet ej
Kommunal-/lagtingsval	☐	☐	☐
Riksdagsval	☐	☐	☐
Europaparlamentsval	☐	☐	☐
Kyrkofullmäktigeval	☐	☐	☐
Presidentval	☐	☐	☐

15. Jag känner mig stark och inflytelserik i samhället.

- ☐ Instämmer helt
☐ Instämmer delvis
☐ Instämmer inte alls

Hjälp till närstående/anhöriga

16. Hjälper Du regelbundet någon med nedsatt funktionsförmåga eller sjukdom med vardagliga rutiner/sysslor **i eget hushåll**?

- ☐ Nej, jag ger ingen sådan hjälp - gå direkt till fråga **19** (vänd blad)
☐ Ja, make/sambo/partner (besvara även fråga 17 och 18)
☐ Ja, annan: _____ (besvara även fråga 17 och 18)

17. Är Du officiell närståendevårdare för personen (avtal med kommunen) som Du hjälper **i eget hushåll**?

- ☐ Nej
☐ Ja

18. Här är några frågor som berör Din situation som närstående-/anhörigvårdare. Kryssa i för det alternativ som bäst passar in för Dig.

	Nej, inte alls	Nej, knappast	Ja, i viss mån	Ja, i hög grad
Känner Du Dig trött och utarbetad?	☐	☐	☐	☐
Känner Du Dig ensam och isolerad pga Din anhöriges problem?	☐	☐	☐	☐
Tycker Du att Du får ta mycket ansvar för Din anhörigas väl och ve?	☐	☐	☐	☐
Känns det ibland som Du skulle vilja fly undan hela den situation Du befinner Dig i?	☐	☐	☐	☐
Ställs Du inför rent praktiska problem i vården som Du tycker är svåra att lösa?	☐	☐	☐	☐
Kan Du ibland bli sårad och arg på Din anhörige?	☐	☐	☐	☐
Tycker Du att Din hälsa blivit lidande pga att Du tagit hand om Din anhörige?	☐	☐	☐	☐

Fortsätter på nästa sida

	Nej, inte alls	Nej, knappast	Ja, i viss mån	Ja, i hög grad
Har Din anhöriges problem lett till att umgänget med andra, t ex släkt och vänner, minskat för Dig?	☐	☐	☐	☐
Finns det något i Din anhöriges bostad som gör det besvärligt att ta hand om honom/henne?	☐	☐	☐	☐
Känner Du Dig bunden av Din anhöriges problem?	☐	☐	☐	☐
Känner Du Dig besvärad av Din anhöriges beteende?	☐	☐	☐	☐
Leder Din anhöriges problem till att Du inte kan göra det Du har tänkt göra vid denna tid i livet?	☐	☐	☐	☐
Tycker Du att det är fysiskt påfrestande för Dig att ta hand om Din anhörige?	☐	☐	☐	☐
Tycker Du att Din anhörige tar så mycket tid så att Du inte får tillräckligt med tid för Dig själv?	☐	☐	☐	☐
Oroar Du Dig för att Du inte ska kunna ta hand om Din anhörige på rätt sätt?	☐	☐	☐	☐
Kan Du ibland skämmas över Din anhöriges uppförande?	☐	☐	☐	☐
Finns det något i omgivningen runt Din anhöriges hem som gör det besvärligt att ta hand om honom eller henne?	☐	☐	☐	☐
Har det inneburit någon ekonomisk uppoffring för Dig att ta hand om Din anhörige?	☐	☐	☐	☐
Tycker Du att det är psykiskt påfrestande för Dig att ta hand om Din anhörige?	☐	☐	☐	☐
Har Du ibland en känsla av att livet behandlat Dig orättvist?	☐	☐	☐	☐
Hade Du tänkt Dig att livet skulle vara annorlunda i den ålder Du är nu?	☐	☐	☐	☐
Undviker Du att bjuda hem vänner och bekanta pga Din anhöriges problem?	☐	☐	☐	☐

HÄLSA, VÄLBEFINNANDE OCH SJUKDOMAR

Nedan följer 12 frågor om Din allmänna hälsa. Besvara frågorna genom att markera det svarsalternativ som Du tycker stämmer bäst in på Dig med ett kryss. Om Du är osäker, markera ändå rutan som känns mest riktig.

19. I allmänhet skulle Du säga att Din hälsa är

- ☐ Utmärkt
- ☐ Mycket god
- ☐ God
- ☐ Någorlunda
- ☐ Dålig

20. De följande frågorna handlar om aktiviteter som Du kan tänkas utföra under en vanlig dag. Är Du på grund av Ditt hälsotillstånd begränsad i dessa aktiviteter nu? Om så är fallet, hur mycket?

	Ja, mycket begränsad	Ja, lite begränsad	Nej, inte alls begränsad
Måttligt ansträngande aktiviteter, som att flytta ett bord, dammsuga, skogspromenader eller trädgårdsarbete			
Gå upp för flera trappor			

21. Under de **senaste fyra veckorna**, har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter **som följd av Ditt kroppsliga hälsotillstånd?**

	Ja	Nej
Uträttat mindre än Du skulle önskat		
Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter		

22. Under de **senaste fyra veckorna**, har Du haft något av följande problem i Ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter **som en följd av känslomässiga problem** (som t ex nedstämdhet eller ängslan)?

	Ja	Nej
Uträttat mindre än Du skulle önskat		
Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt		

23. Hur mycket **värk eller smärta** har Du haft under **de senaste fyra veckorna**?

☐ Ingen ☐ Mycket lätt ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Svår ☐ Mycket svår

24. Frågorna här handlar om hur Du känner Dig och hur Du haft det **under de senaste fyra veckorna**. Ange för varje fråga det svarsalternativ som bäst beskriver hur Du har känt Dig.

Hur stor del av tiden under de **senaste fyra veckorna** har Du...

	Hela tiden	Största delen av tiden	En hel del av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
Känt Dig lugn och harmonisk?						
Varit full av energi?						
Känt Dig dyster och ledsen?						

25. Under de **senaste fyra veckorna**, hur stor del av tiden har **Ditt kroppsliga hälsotillstånd eller Dina känslomässiga problem** stört Dina möjligheter att umgås (t ex hälsa på släkt och vänner).

Hela tiden

☐

Största delen av tiden

☐

En hel del av tiden

☐

En del av tiden

☐

Inget av tiden

☐

26. Har Du under **de senaste 4 veckorna** upplevt att Du har haft...

	Nej	Ja, men det påverkar mig <i>inte</i> i mitt dagliga liv	Ja, och det påverkar mig i mitt dagliga liv
... muskel-/ledbesvär	☐	☐	☐
... urinläckage	☐	☐	☐
... sömnlöshet	☐	☐	☐
... dåligt minne	☐	☐	☐
... yrsel	☐	☐	☐
... problem med tänder/mun	☐	☐	☐
... problem med synen	☐	☐	☐
... problem med hörsel	☐	☐	☐
... svårläkt sår (ej läkt inom 6veckor)	☐	☐	☐

27. Har Du någon diagnostiserad sjukdom?

☐ Nej

Ja, jag har

- | | |
|---|--|
| ☐ högt blodtryck | ☐ medicin för blodtrycket |
| ☐ haft hjärtinfarkt | ☐ annan hjärtsjukdom |
| ☐ haft slaganfall/stroke (hjärnblödning/propp i hjärnan) | |
| ☐ har eller haft någon form av cancer | |
| ☐ har diabetes (sockersjuka) | |
| ☐ har astma eller annan luftvägssjukdom | |
| ☐ har annan sjukdom/andra sjukdomar, nämligen: | |

28. Hur många *olika sorters* mediciner från apoteket tar Du regelbundet? _____

Nedan följer ytterligare frågor om hälsa, välbefinnande och livskvalitet

	Ja	Nej
29. Är Du nöjd med Ditt liv?	☐	☐
30. Känner Du Dig behövd?	☐	☐
31. Har Du planer inför framtiden?	☐	☐
32. Har Du livslust?	☐	☐
33. Är Du deprimerad/nedstämd?	☐	☐
34. Lider Du av ensamhet?	☐	☐

35. Tror Du på en Gud eller en högre makt?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Tveksam

AKTIVITET OCH LIVSSTIL

36. Duschar Du (med eller utan hjälpmedel), utan hjälp av någon annan?

☐ Ja ☐ Nej

37. Städar Du din bostad själv (dammsuga, torka golv) utan hjälp av någon annan?

☐ Ja ☐ Nej

38. Gör Du dina matinköp själv (med eller utan hjälpmedel), utan hjälp av någon annan?

☐ Ja ☐ Nej

39. Använder Du allmänna kommunikationer som buss, flyg eller tåg (med eller utan hjälpmedel), utan hjälp av någon annan?

☐ Ja ☐ Nej

40. Lagar Du mat själv (med eller utan hjälpmedel), utan hjälp av någon annan?

☐ Ja ☐ Nej

41. Använder Du något förflyttningshjälpmedel utomhus?

- ☐ Ja (t ex käpp, rollator, rullstol) ☐ Nej, använder inga hjälpmedel

42. Hur många gånger har Du varit utomhus med eller utan sällskap den *senaste veckan*?

- ☐ Jag har inte varit utomhus senaste veckan
☐ 1-4 gånger den senaste veckan
☐ Mer än 4 gånger den senaste veckan

43. Har Du fallit/ramlat under de *senaste 12 månaderna* (ofrivilligt hamnat på golvet eller marken oavsett vad som var orsaken eller vilka konsekvenser det fick)?

- ☐ Nej
☐ Ja, vid enstaka tillfälle
☐ Ja, vid upprepade tillfällen

Har fallet bidragit till att Du blivit tvungen att uppsöka hälso- eller sjukvård?

- ☐ Ja
☐ Nej

44. Kör Du bil?

- ☐ Ja
☐ Nej, men jag får vanligtvis skjuts av närstående/vänner när jag behöver
☐ Nej, men jag åker taxi/färdtjänst när jag behöver
☐ Nej, och jag begränsas i min vardag pga brist på transportmöjlighet
☐ Nej, och jag har inget behov av transportmedel

45. Har Du möjlighet att utföra givande fritidssysselsättning?

Ja, nämligen (flera alternativ kan fyllas i):

- ☐ Umgänge med/omsorg av familj
- ☐ Umgänge med vänner/bekanta/grannar
- ☐ Aktiviteter i egna hemmet (matlagning, läsa, hantverk och dylikt)
- ☐ Aktiviteter utomhus (trädgårdsarbete, promenader och dylikt)
- ☐ Motionsaktiviteter (gymnastik, dans och dylikt)
- ☐ Kulturella aktiviteter (körsång, spela, teater och dylikt)
- ☐ Föreningsliv, gruppsammankomster och dylikt
 - ☐ Frivilligt obetalt arbete i någon förening (t ex. social organisation, hjälporganisation, idrottförening, kulturell förening)
- ☐ Kyrkans aktiviteter
- ☐ Resor
- ☐ Utbildning
- ☐ Annat, nämligen:

Nej, på grund av (flera alternativ kan fyllas i):

- ☐ Nedsatt syn
- ☐ Nedsatt hörsel
- ☐ Sjukdom/funktionsnedsättning/smärta
- ☐ Närståendes behov av hjälp/stöd är så stort
- ☐ Ekonomiska förutsättningarna begränsar
- ☐ Bristande lust/motivation
- ☐ Annat, nämligen:

46. Hur mycket rör Du på Dig och anstränger Dig fysiskt? (välj ett alternativ som är mest korrekt)

- ☐ Jag är på grund av nedsatt funktionsförmåga/sjukdom, smärta eller liknande mycket begränsad att aktivera mig fysiskt
- ☐ Jag läser, tittar på TV och gör sysslor som inte direkt är fysiskt ansträngande
- ☐ Jag promenerar, cyklar, gör lättare hemsysslor och utarbeten m.m. flera gånger i veckan (lätt ansträngning)
- ☐ Jag motionerar eller sportar aktivt flera timmar i veckan, där jag svettas något och/eller andningen bli snabbare (raska promenader, motionssimning mm)
- ☐ Jag motionerar eller sportar aktivt flera timmar i veckan, där jag svettas kraftigt och/eller andningen bli snabbare (löpträning, konditionsgrupp)

47. Två frågor om styrketräning och balansträning

- ☐ Jag tränar regelbundet gymträning/styrketräning med vikter
Antal gånger/vecka: _____(genomsnitt/vecka den senaste månaden)
- ☐ Jag tränar regelbundet balansen (ex.Tai chi, dans, balansövningar)
Antal gånger/vecka: _____(genomsnitt/vecka den senaste månaden)

48. a. Hur lång är Du nu?

_____ cm

b. Hur mycket väger Du idag?

_____ kg

49. Är Du nöjd med Din nuvarande vikt?

- ☐ Nej, jag anser att jag borde gå *ner* i vikt
- ☐ Nej, jag anser att jag borde gå *upp* i vikt
- ☐ Ja

50. Har Du av hälso- och/eller sjukvårdspersonal blivit uppmuntrad att gå *ner* i vikt?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Alkohol-, tobaks- och spelvanor

51. Hur ofta dricker Du alkohol?

- ☐ Aldrig
- ☐ En gång i månaden eller mer sällan
- ☐ 2-4 gånger i månaden
- ☐ 2-3 gånger i veckan
- ☐ 4 gånger per vecka eller mer

I följande fråga kommer antal glas att efterfrågas, med ett (1) glas menas följande

En öl 5%	Ett glas vin, rött eller vitt	Ett litet glas starkvin	Sprit, t ex whiskey
			
33 cl	15 cl	8 cl	4 cl

52. Hur många glas dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?

För anvisning av vad som menas med ett (1) glas, se ovan

- ☐ 1-2
- ☐ 3-4
- ☐ 5-6
- ☐ 7-9
- ☐ 10 eller fler

53. Hur ofta dricker Du sex glas eller *mer* vid ett och samma tillfälle?

För anvisning av vad som menas med ett (1) glas, se ovan.

- ☐ Aldrig
- ☐ Mer sällan än en gång per månad
- ☐ Varje månad
- ☐ Varje vecka
- ☐ Dagligen eller nästan varje dag

54. a. Har Du någonsin rökt regelbundet (cigaretter, cigarrer, pipa)?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, jag har rökt dagligen i sammanlagt (år)_____
- ☐ Jag röker fortfarande dagligen
- ☐ Jag röker fortfarande sporadiskt
- ☐ Jag röker inte längre

55. Har Du någonsin snusat regelbundet?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, jag har snusat dagligen i sammanlagt (år)_____
- ☐ Jag snusar fortfarande dagligen
- ☐ Jag snusar fortfarande sporadiskt
- ☐ Jag snusar inte längre

56. Har Du under de *senaste 12 månaderna* spelat på spel som involverar pengar (lotto, trav, internetspel mm)?

- ☐ Nej - gå vidare till fråga 59 (nästa sida)
- ☐ Ja, men mer sällan än en gång per månad
- ☐ Ja, varje månad
- ☐ Ja, varje vecka
- ☐ Ja, dagligen

57. Har Du någon gång upplevt ett behov av att spela om större och större summor pengar?

- ☐ Nej
- ☐ Ja

58. Har Du varit tvungen att ljuga för personer som är viktiga för Dig om hur mycket Du har spelat?

- ☐ Nej
- ☐ Ja

Våld

Nedan följer två frågor om våld. Våld beskrivs som ett växande folkhälsoproblem och världshälsoorganisationen (WHO) definierar våld som användning av fysiskt våld, makt eller hot som antingen leder till personskador, dödsfall eller psykisk skada.

59. Har Du blivit utsatt för aggressivitet/våld från någon närstående?

(notera att våld i nära relationer inte bara innebär fysiskt våld utan även bl a sexuella kränkningar, maktutövning och förolämpningar).

- ☐ Nej
- ☐ Ja, senaste året
- ☐ Ja, senaste månaden
- ☐ Ja, senaste veckan

Om ja, beskriv gärna vilken typ?

60. Har Du blivit utsatt för aggressivitet/våld från någon utomstående?

- ☐ Ja, senaste året
- ☐ Ja, senaste månaden
- ☐ Ja, senaste veckan
- ☐ Nej

Om ja, beskriv gärna vilken typ?

61. Nedan följer 15 frågor på vilka Du svarar Ja eller Nej genom att kryssa i rätt ruta. Det är tacksamt om Du kan besvara samtliga följande frågor även om Du upplever att vissa påminner om tidigare ställda frågor.

	Ja	Nej
a. Är Du i grund och botten nöjd med Ditt liv?	☐	☐
b. Har Du gett upp många aktiviteter och intressen?	☐	☐
c. Tycker Du att Ditt liv är tomt?	☐	☐
d. Blir Du ofta uttråkad?	☐	☐
e. Är Du oftast på gott humör?	☐	☐
f. Är Du rädd att något ska hända Dig?	☐	☐
g. Känner Du Dig oftast glad och nöjd?	☐	☐
h. Känner Du Dig oftast hjälplös?	☐	☐
i. Vill Du hellre stanna hemma än att gå ut och prova nya sysselsättningar?	☐	☐
j. Tror Du att Du har fler problem med Ditt minne än de flesta andra?	☐	☐
k. Tycker Du att det känns bra att leva?	☐	☐
l. Känner Du Dig tämligen värdelös nu?	☐	☐
m. Känner Du Dig full av energi?	☐	☐
n. Tycker Du att Din situation är hopplös?	☐	☐
o. Tycker Du att de flesta har det bättre än Du?	☐	☐

62. Avslutningsvis, nedan följer påståenden som beskriver hur Du kan uppfatta Dig själv och Din omvärld. Vi ber Dig **ringa in/kryssa för den siffra som bäst överensstämmer med hur påståendet passar in på Dig**. Alternativen skattas från 1-6 och de finns redovisade i tabellen nedan, där siffran ett (1) innebär att Du tar helt avstånd från påståendet medan siffran sex (6) innebär att påståendet stämmer helt med Din uppfattning. Det finns inga rätta eller felaktiga svar. Om påståendet inte är aktuellt just nu, så skall Du svara hur det mestadels varit för Dig under livet.

Tar helt avstånd	1
Tar nästan helt avstånd	2
Tar delvis avstånd	3
Instämmer delvis	4
Instämmer nästan helt	5
Instämmer helt	6

a. Jag tycker att det känns meningsfullt att umgås med andra människor	1	2	3	4	5	6
b. Jag har lätt för att se saker och ting från olika synvinklar	1	2	3	4	5	6
c. Jag tycker det är spännande att prova på nya saker	1	2	3	4	5	6
d. Jag kan "förhålla mig" till kritik som riktas mot mig	1	2	3	4	5	6
e. Jag genomför det jag planerat	1	2	3	4	5	6
f. Jag kan ta emot stöd från andra när jag behöver	1	2	3	4	5	6
g. Jag inser att världen inte är rättvis och kan hantera det	1	2	3	4	5	6
h. Jag känner öppenhet inför livet och dess möjligheter	1	2	3	4	5	6
i. Jag ser mig själv som en del i ett sammanhang	1	2	3	4	5	6
j. Jag värderar min självständighet högt	1	2	3	4	5	6
k. Jag kan vanligtvis släppa oförätter som drabbat mig	1	2	3	4	5	6
l. Jag ser på utmaningar som en möjlighet att utvecklas	1	2	3	4	5	6
m. Jag är en person som man kan lita på	1	2	3	4	5	6
n. Jag känner samhörighet med andra människor	1	2	3	4	5	6
o. Jag tycker att det är viktigt att våga anta utmaningar	1	2	3	4	5	6
p. Jag vet vad som hör till mitt ansvar	1	2	3	4	5	6
q. Jag har tålamod	1	2	3	4	5	6
r. Jag är en person som har båda fötterna på jorden	1	2	3	4	5	6
s. Jag söker stöd av andra människor när jag har det svårt	1	2	3	4	5	6
t. Jag är intresserad av att lära mig nya saker	1	2	3	4	5	6

Tack för att Du gav Dig tid att svara!

Är det något särskilt Du vill förmedla eller kommentera finns utrymme för det nedan
