



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Levnadsvanor och hälsa hos yngre äldre - en jämförande studie över en 12-årsperiod

Helené Karlsson
Marie Olsson

Handledare: Christel Borg
Specialistsjuksköterskeprogrammet, kurs: OM 2525
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Karlskrona Maj 2019

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa,
Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning mot distriktssköterska, Examensarbete i
omvårdnad

Maj 2019

Levnadsvanor och hälsa hos yngre äldre - en jämförande studie över en 12-årsperiod

Helené Karlsson
Marie Olsson

Sammanfattning

Bakgrund: Många sjukdomar går att förebygga med hälsosamma levnadsvanor för en möjlighet att leva fler friska år. Att studera äldres hälsa och levnadsvanor kan tydliggöra riskgrupper för distriktssköterskans preventiva arbete med att förhindra uppkomsten av livsstilssjukdomar.

Syfte: Att undersöka levnadsvanorna och hälsan hos de yngre äldre, hur levnadsvanorna och hälsan har förändrats över en 12-årsperiod samt om det fanns några samband mellan levnadsvanor, upplevd hälsa och socioekonomiska förhållanden.

Metod: Befolkningsbaserad tvärsnittsstudie med data från Swedish National Study on Aging and Care – Blekinge [SNAC-B]. Urvalet inkluderade 60 och 66-åringar från undersökningarna 2001–03 (n=397) samt 2014–15 (n=260). Sexton variabler beskrev deltagarnas bakgrund, hälsa och levnadsvanor. Skillnader undersöktes med Chi-2 och Mann Whitney U-test. Samband undersöktes med binär logistisk regression.

Resultat: Andelen rökare minskade till 8,7%. Andelen fysiskt aktiva ökade till 85,7%. Riskbruk av alkohol ökade till 11,3%, ökningen var signifikant hos kvinnor (p=0,013). Andelen med bättre upplevd allmän hälsa ökade till 83,3%, män uppgav bättre allmän hälsa än kvinnor (p=0,038). Den mentala hälsan minskade hos båda könen till 77,3%. Samband sågs bland annat mellan alkoholvanor och mental hälsa (OR 4,3).

Slutsats: De yngre äldre mår allmänt bättre och har förbättrat sina levnadsvanor över en 12-årsperiod. Kvinnor är mer hälsomedvetna men männen gjorde störst framsteg. Då alkoholvanorna ökade oroande, speciellt hos kvinnor, och den mentala hälsan försämrades bör distriktssköterskan uppmärksamma äldres alkoholvanor och psykiska hälsa samt öka förskrivningen av FaR för en chans till ett mer hälsosamt åldrande.

Nyckelord: hälsa, levnadsvanor, SNAC-B, socioekonomi, yngre-äldre

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Äldre och levnadsvanor	1
Tobaksvanor	2
Alkoholvanor	3
Fysisk aktivitet	4
Kost – frukt & grönt	5
Hälsa	6
Hälsa enligt Katie Eriksson	6
Upplevd hälsa och SF12	8
Hälsans bestämningsfaktorer, socioekonomi och jämlik hälsa	9
Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete	10
Syfte	12
Frågeställningar	12
Metod	12
Datainsamling, population och urval	12
Bortfall	13
Frågor och instrument	14
Analysmetoder	17
Etiska överväganden	18
Resultat	19
Tobaksvanor	22
Alkoholvanor	23
Fysisk aktivitet	24
Kost - frukt & grönsaker	25
Hälsa	26
Diskussion	28
Metoddiskussion	28
Resultat diskussion	31
Slutsats	40
Självständighet	40
Referenser	41
Bilaga 1 - AUDIT, formulär för riskbruk alkohol	51
Bilaga 2 - SF 12, Hälsoenkät	52

Inledning

Allt fler lever längre idag. Den förväntade livslängden i Sverige ökade med ca 5 år hos män och ca 4 år hos kvinnor mellan åren 1990 och 2013. Samtidigt förväntas den ökade livslängden innebära fler år med ohälsa och sjukdom (Murray et al., 2015). Sambandet mellan ohälsosamma levnadsvanor och en ökad risk för sjukdom och död är väl dokumenterat (Moradi, Allebeck & Jacobsson, 2006; Khaw et al., 2008; Socialstyrelsen, 2012; Wang et al., 2014; Shiroma, Lee, Schepps, Kamada & Harris, 2018). Det är dock aldrig försent att förändra vanorna och många vanliga sjukdomar hos äldre går att förebygga med goda levnadsvanor för en möjlighet att leva flera friska år (Chodzko-Zajko et al., 2009; Sælensminde & Torkilseng, 2010). För att distriktssköterskan ska kunna arbeta förebyggande mot att uppnå bästa möjliga hälsa hos den äldre befolkningen är det betydelsefullt att ha kunskap om äldres levnadsvanor samt hur de förändrats på senare tid. Denna kunskap skulle kunna leda till möjligheten att fokusera på riskgrupper och sätta in resurser tidigare och därmed arbeta preventivt med avsikt att förhindra uppkomsten av livsstilssjukdomar senare i livet (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Distriktssköterskans arbete innebär att ha fördjupade kunskaper i att främja hälsa och förebygga uppkomsten av sjukdom (SSF, 2008).

Bakgrund

Äldre och levnadsvanor

Enligt Världshälsoorganisationen [WHO] (2018a) finns ingen generell konsensus över gränsdragningen i ålder då en person räknas som gammal eller äldre. Enligt Ernsth Bravell, Christiansen, Blomqvist och Edberg (2017) delar forskare ofta in äldre personer i tre vedertagna kategorier med syfte att lättare kunna jämföra forskningsresultat. Dessa är yngre-äldre, äldre-äldre och de allra äldsta. Den yngre-äldre åldersgruppen innefattar ofta personer från 60 upp till 75–80 år. Då studien ville framhålla att det var av vikt att studera levnadsvanorna hos de yngsta äldsta för att kunna gå in med förebyggande åtgärder för ett gott åldrande fokuserade denna studie på åldersgrupperna 60 samt 66 år. Begreppet yngre-äldre avser fortsättningsvis denna kronologiska åldersgrupp.

Med goda levnadsvanor går det att förebygga flera sjukdomar som är vanliga bland äldre (Chodzko-Zajko et al., 2009). WHO (1999) definierar hälsosamma levnadsvanor som ett levnadssätt som: bidrar till minskad risk för sjukdom och förtidig död, gör det möjligt att njuta fysiskt, mentalt och socialt och gynnar hela familjen. De påverkbara levnadsvanor som nämns är tobaksbruk, fysisk aktivitet, alkoholintag och kost. WHO (2018b) nämner även att det är dessa levnadsvanor som är de fyra största bakomliggande orsakerna till ökningen av icke-smittsamma sjukdomar. The Institute for Health Metrics and Evaluation (2017) pekar direkt eller indirekt ut dessa levnadsvanor som de riskfaktorer som orsakar flest dödsfall och funktionsbortfall i Sverige. Khaw et al. (2008) påpekar att den med goda levnadsvanor lever upp till 14 år längre än de som har ohälsosamma levnadsvanor.

Tobaksvanor

Tobaken dödar upp till hälften av dess brukare. Även indirekt tobaksrökning orsakar allvarliga hjärt-kärlsjukdomar och respiratoriska sjukdomar hos vuxna. Tobak innehåller över 4000 kemiska substanser och av dessa är 250 välkända som direkt skadliga och 50 är cancerframkallande (WHO, 2018c). Tobak finns i många olika produkter men här nämns riskerna med de mest använda formerna: snus och cigaretter. Det finns inte någon rekommenderad lägsta-nivå av rökning, utan det är skadlig från första blosset (WHO, 2018c). En meta-analys visade på starka samband mellan rökning och insjuknande i akut hjärtinfarkt eller stroke samt dödsfall relaterat till hjärt-kärlsjukdom (Mons et al., 2015). Samma studie visade samtidigt att det aldrig är försent att sluta röka då risken för dessa händelser avtog och fortsatte att minska även vid ett rökstopp efter 60 års ålder. Ramström och Foulds (2006) uppgav i sin studie att många som försökte sluta röka gick över till att använda snus istället och att snus var mer effektivt för att sluta röka än nikotinersättningsprodukter. Norska Folkehelseinstituttet publicerade en systematisk litteraturöversikt 2014 där det framkom att det finns vetenskapligt stöd för att även snus ökade risken att dö efter stroke och hjärtinfarkt. Snus orsakar även typ 2-diabetes, vid en konsumtion på 5 dosor/vecka eller mer, samt är en orsak till cancer i munhåla, matstrupe och bukspottskörteln. Norberg, Stenlund, Lindahl, Boman och Weinehall (2006) rapporterade om ett samband mellan snus och metabolt syndrom hos medelålders- och äldre personer men menade samtidigt att en utvärdering av snusets enskilda effekter på hälsan försvåras av att många som använder snus är tidigare rökare. Folkhälsomyndigheten (2016b) menar vidare att det finns för få studier, gjorda med god kvalitet, på svenskt snus för att kunna dra några tillförlitliga slutsatser om dess

hälsoeffekter. Andelen rökare i åldern 65–84 år minskade generellt från 11 till 8 procent mellan år 2006–2018 men stora skillnader fanns mellan olika åldrar, kommuner och socioekonomiska grupper (Folkhälsomyndigheten, 2019b). Flera åtgärder har vidtagits för att minska tobaksanvändningen på befolkningsnivå under den tidsperiod som studien fokuserade på genom bland annat förbud mot rökning i vissa miljöer, höjd tobaksskatt och marknadsföringsförbud (Statens Folkhälsoinstitut [FHI] numera Folkhälsomyndigheten, 2010).

Alkoholvanor

Överkonsumtion av alkohol ökar risken för en rad sjukdomar, bland annat diabetes, cancer och hjärt-kärlsjukdomar (Folkhälsomyndigheten 2016a). En riskfylld konsumtion av alkohol kan även bidra till andra sjukdomar som är vanliga bland äldre, till exempel demens och depression, dessutom ökar det risken för fall (Allebeck et al., 2018; Socialstyrelsen, 2018a). Risken att drabbas av sjukdom eller död ökar med mängden alkohol som konsumeras. Det finns ingen lägsta nivå för ett ofarligt alkoholintag men det finns en gräns för vad som anses ligga mellan måttligt bruk och riskbruk (Folkhälsomyndigheten 2016a). Enligt Socialstyrelsen (2019) kan självskattningsinstrumentet AUDIT användas för att identifiera om ett riskbruk av alkohol föreligger. Livsmedelsverkets rekommendationer för alkoholkonsumtionen (2018) innebär högst 10 g/dag för kvinnor och 20 g/dag för män. Som en jämförelse innehåller en 33cl starköl och 15 cl vin ca 15 g alkohol vardera. Enligt Trolldal och Leifman (2017) fokuserade de tidigare rekommendationerna på intag per vecka medan nuvarande rekommendationer sedan 2005 fokuserar på alkoholintaget per konsumtionstillfälle. Folkhälsomyndigheten rapporterade 2017 att alkoholkonsumtionen hos äldre ökade hos både kvinnor och män. År 2016 var prevalensen för riskbruk bland 65–84 åringar i Sverige 11 procent. Åldersgruppen under (45–64 år) hade oförändrade alkoholvanor under en 10 årsperiod. En studie som jämförde alkoholvanor hos 75 åringar över en 30 årsperiod fram tom. 2006 fann instämmande att alkoholkonsumtionen hos äldre hade ökat, speciellt hos äldre kvinnor (Waern, Marlow, Morin, Östling & Skoog, 2013). Om pensionen i sig innebär ett ökat alkoholintag är omdebatterat. En litteraturstudie visade att även då pensionen inte hade ett direkt samband med ökat alkoholintag så kunde faktorer som till exempel en hög arbetsglädje alternativt hög nivå av arbetsrelaterad stress samt ofrivillig pensionsavgång göra att äldre ökade sitt drickande i samband med att de gick i pension (Kuerbis & Sacco, 2012). Kroniska skador ses hos medelålders och äldre efter långvarigt

alkoholbruk över den rekommenderade nivån (Folkhälsomyndigheten, 2016a) och Socialstyrelsen meddelade 2017 att en ökad andel äldre vårdades för sjukdomar relaterade till överkonsumtion av alkohol. Problemen var störst bland män men ökade mest hos kvinnor. En studie som inkluderade personer över 50 år visade att hög alkoholkonsumtion var vanligare hos skilda män eller änkemän med högre inkomst samt att både kvinnor och män som drack alkohol även rökte i högre grad (Blazer & Wu, 2009). En annan studie med något motsägande budskap menade att äldre över 50 år som var ensamma tenderade att dricka mindre alkohol (Canham, Mauro, Kaufmann & Sixsmith, 2016).

Fysisk aktivitet

Det är känt att regelbunden fysisk aktivitet har samband med minskad dödlighet (Lee, Sesso, Oguma & Paffenbarger, 2004; Shiroma et al., 2018). Det finns många hälsovinster för äldre personer att utöva någon form av fysisk aktivitet. Hos äldre kan fysisk aktivitet minska depression och depressiva symtom (Heinzel, Lawrence, Kallies, Rapp & Heissel, 2015). Det kan även vara ett gott komplement till mediciner mot till exempel depression och hypertoni (Cooney et al., 2013; Börjesson, Onerup, Lundqvist & Dahlöf, 2016). Fler äldre upplevde enligt en studie ökad livslust, fick starkare skelett och bättre muskelfunktion med hjälp av fysisk aktivitet (Schäfer Elinder, Hagströmer, Nyberg & Ekblom-Bak, 2011). Kombinerat med balansträning kan fysisk aktivitet hos äldre även förhindra fallolyckor med svåra efterföljande komplikationer (Frändin & Helbostad, 2016). Det är aldrig försent att börja träna, även äldre kan stärka sin kropp trots att de inte tidigare tränat (Vikberg et al., 2019). Tidigare forskning visade att äldre personer som gick från att vara inaktiva till fysiskt aktiva levde både längre och friskare högre upp i åldern. Personer som började med fysisk aktivitet i åldern 60–69 år levde i genomsnitt 2,4 år längre och bytte 3,5 sjuka år mot friska. Hälsovinster ökade ju tidigare vanan påbörjades och ju mer aktiv personen var (Sælensminde och Torkilseng, 2010). Livsmedelsverkets råd före 2015 var att vuxna personer bör vara fysiskt aktiva i vardagen eller motsvarande rask promenad 30 min/dag (Brugård Konde et al., 2015). Denna rekommendation har varit aktuell under alla år som undersökningarna till denna studie pågick. En utveckling av rekommendationerna publicerades i Sverige 2011 bland annat med fokus på den aktiva tiden per vecka istället för per dag. En aktivitet med måttlig till intensiv intensitet minst 150 min/vecka eller högintensiv intensitet minst 75 min/vecka rekommenderas samt att alla personer minskar stillasittandet. Äldre personer bör även träna balans (Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, 2011). För de

som inte har möjlighet att följa dessa rekommendationer fullt ut kan tilläggas att det finns evidens för att även mindre regelbunden aktivitet är bra för hälsan. Tidigare forskning rapporterade en 60–69 procent lägre risk att dö för de som var fysiskt aktiva 1–2 ggr/v jämfört med stillasittande personer (Lee et al., 2004; Shiroma et al., 2018). En metaanalys visade på positiva hälsoeffekter i form av minskad risk för coronar-hjärtsjukdom redan vid hälften av den rekommenderade mängden fysisk aktivitet (Sattelmair et al., 2011). En svensk studie (Rennemark, et al., 2018) som delvis innefattade samma population som detta arbete visade att äldre över 60 år som var aktiva 2–3 ggr/mån eller mer hade en 28 procent lägre risk att dö jämfört med de som var mindre aktiva. Ytterligare en studie med samma underlag, fast med en annan population, visade att 62 procent av personer över 66 år uppnådde de rekommenderade nivåerna för fysisk aktivitet år 2001–2004 (Rydwik et al., 2012). Trenden verkar peka på att de yngre äldre blir mindre fysisk aktiva. En rapport visade att andelen äldre (65–84 år) som utövade regelbunden fysisk aktivitet minskade mellan 2006–2016 medan stillasittandet ökade (Folkhälsomyndigheten, 2017). Nyligen publicerade långtidsstudier som undersökte konditionen hos vuxna arbetande personer visade på en försämrad kondition mellan åren 1995 och 2017 (Ekblom-Bak et al., 2018).

Kost – frukt & grönt

Kosten är viktigt för sår läkningen och motståndskraften mot infektioner (Stechmiller, 2010). Kosten kan även användas för att sänka blodtrycket (Caligiuri & Pierce, 2017) och gå ner i vikt samt förhindra uppkomsten av sjukdomar som diabetes typ 2 (Esposito et al., 2015), vissa sorters cancer (Grosso et al., 2017) och hjärt-kärlsjukdom (Estruch et al., 2018). Hälsosam kost har även visats ha samband med högre livstillfredsställelse och bättre psykisk hälsa hos äldre (André et al., 2016). Frågor om intag av frukt och grönt är enligt Folkhälsomyndigheten (2018) ett enkelt sätt att i en större studie få en god indikation på hur matvanorna ser ut hos populationen i allmänhet. Flertalet tidigare studier visade resultat som pekade på att ett regelbundet intag av frukt och grönt är viktigt för överlevnaden. En metaanalys som inkluderade 16 st. prospektiva longitudinella studier visade att en högre konsumtion av frukt och grönt ledde till lägre risk för att dö oavsett orsak men speciellt på grund av hjärt-kärlsjukdom. Lägre dödlighet sågs redan vid en daglig portion frukt och grönt och risken minskade vidare upp till fem dagliga portioner (Wang et al., 2014). Livsmedelsverket rekommenderar ett dagligt intag av minst 500 g frukt och grönsaker, detta motsvarar ca två portioner grönsaker samt två frukter per dag (Brugård Konde et al., 2015). I

Folkhälsomyndighetens rapport (2017) om folkhälsans utveckling 2006–2016 framkom att äldres intag av frukt och grönt var oförändrat i åldern 65–84 år. En enkätstudie utförd på personer över 55 år visade att äldres matvanor förbättrades sedan 2013. Mer än $\frac{3}{4}$ av de äldre uppgav att de ofta eller alltid tänkte på vad de åt. Få äldre valde hel-vegetarisk kost men flertalet valde bra alternativ som frukt, grönsaker och fisk, samt undvek läsk, alkohol och godis (Smart Senior, 2018). I en undersökning från 2017 framkom att kvinnor, högutbildade och äldre personer åt mer frukt och grönt än män, lågutbildade och yngre (Kostministeriet, 2017). En annan studie visade samband mellan kostvanor och andra levnadsvanor så som fysisk aktivitet och tobaksanvändning samt utbildningsbakgrund hos män (Grosso et al., 2017).

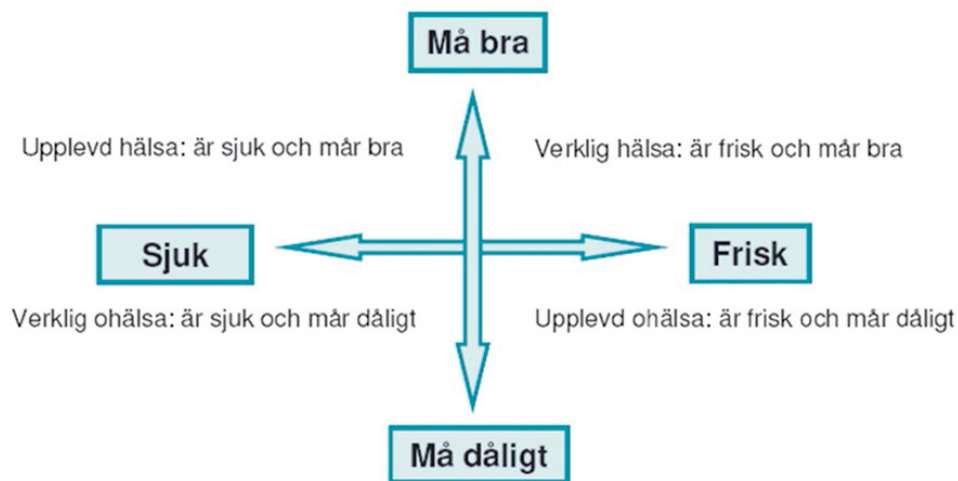
Hälsa

Hälsa enligt Katie Eriksson

I denna studie definieras hälsa med hjälp av Erikssons teori om hälsa. Eriksson (1993) beskriver att hälsa ofta delas upp i en subjektiv och en objektiv aspekt. Objektiv hälsa är observerbar medan den subjektiva hälsan är personens egen upplevelse av sin hälsa. Hälsan är relativ och betyder inte samma sak för två individer. Upplevelsen av hälsa kan förändras beroende på situationen samt från en stund till en annan. Individens förståelse för hälsa är även relativ i förhållande till samhälle och kultur. En person kan uppleva sig själv som sjuk eller frisk beroende på faktorer i omgivningen och samhällets normer och förväntningar, med andra ord den referensram som sätts upp och används som jämförelse med vad som är sjuk. Olika kulturer har olika uppfattning om när en person räknas som sjuk. Attityden till psykisk ohälsa bland annat varierar stort i olika samhällen.

Eriksson (1993) menar att hälsa består av ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande. Sundheten representerar den psykiska hälsan och friskheten står för den fysiska hälsan och båda är exempel på objektiv hälsa. Välbefinnandet beskrivs istället som en subjektiv känsla av välbehag som personen kan uttrycka men som inte direkt kan observeras. Dessa tre komponenter ger tillsammans en helhetskänsla av det allmänna tillståndet – av hälsan. Hälsan är människans upplevelse av sin livssituation. Eriksson är bestämt emot att hälsa endast definieras som frånvaro av psykisk eller fysisk sjukdom. Istället kan hälsa delas upp i fyra olika hälsopositioner som illustreras med ett kors (figur 1). En person som inte har

en psykisk eller fysisk dysfunktion och samtidigt upplever ett välbefinnande sägs ha verklig hälsa. Eriksson menar vidare att en person som har en fysisk eller psykisk sjukdom men ändå känner ett välbefinnande kan uppleva sig ha hälsa. Detta kan vara för att olika människor drar olika gränser för när en dysfunktion leder till ett illabefinnande. Ett annat exempel kan vara då personen har accepterat sin sjukdom och oberoende av den upplever välbefinnande. Likaså kan en person som inte har några påvisbara tecken på sjukdom fortfarande uppleva ett illabefinnande och därmed ha en upplevd ohälsa. Dessa personer upplever symtom på sjukdom som är högst verkliga men som inte kan observeras objektivt. Vidare finns de som har både tecken på sjukdom och en upplevd ohälsa.



Figur 1: Illustration av hälsans fyra dimensioner (baserad på Eriksson, 2000).

För att uppnå hälsa enligt Eriksson (1993) behöver personen känna en mening med livet, det kan även beskrivas som en vilja, en motivation eller en slags drivkraft. Varje person behöver även en annan människa som står en nära, som inte överger, som kan dela livets upp och nedgångar samt ge bekräftelse och stöttning. Denna människa blir extra viktig vad gäller att ta sig förbi hinder i livet som leder till ohälsa.

Även om Erikssons teori om hälsa (1993) har funnits med en tid så kan paralleller dras till mer moderna tankesätt. Att använda välbefinnande som mått på hälsa innebär att varje person har mer att säga till om vad gäller sin egen hälsa. Eriksson (1993) skriver även att vården bör hjälpa personer att bli medvetna om den egna hälsan och påtala möjligheterna att påverka sin egen hälsa. Vidare menar Eriksson att kvaliteten i vården måste bygga på ett individcentrerat tankesätt. Dessa tankar är alla exempel på personcentrerad vård vilket är en av

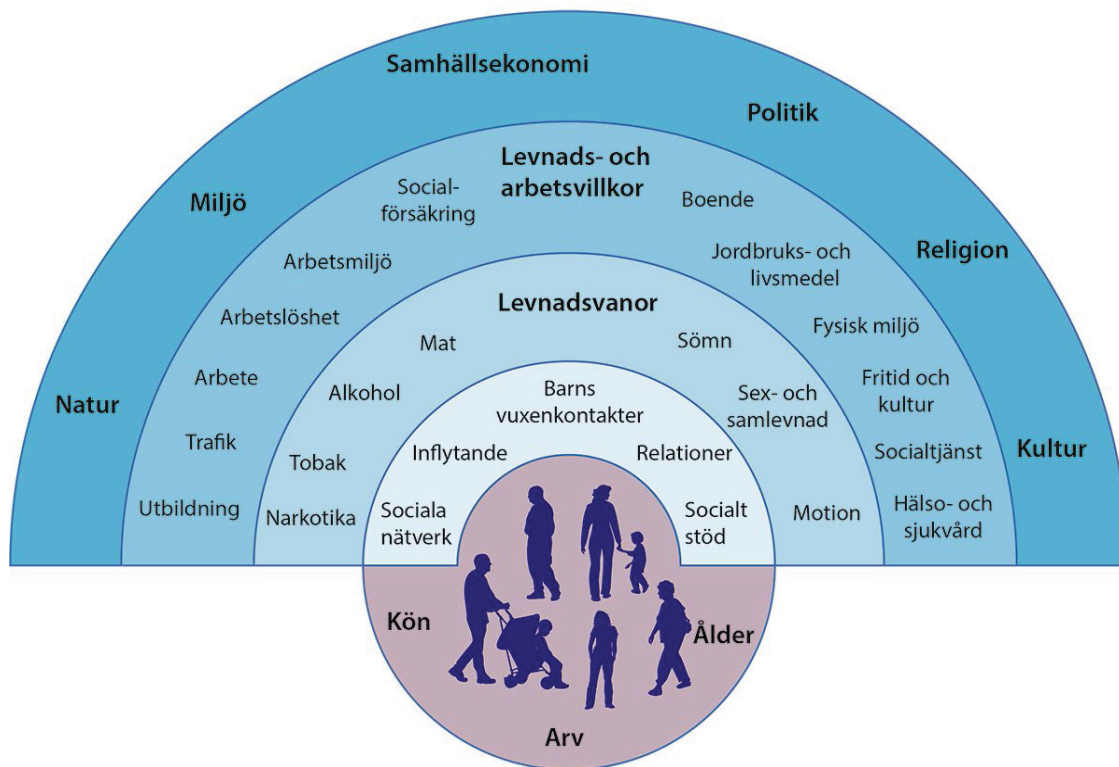
Sjuksköterskans kärnkompetenser (Ekman & Norberg, 2013). Paralleller kan även dras till den relativt nya Patientlagen (SFS 2014:821) där fokus ligger på att göra patienten delaktig i sin egen vård. Idén att coacha någon till att fatta egna beslut för att forma sin hälsa samt att motivationen är en viktig drivkraft för hälsa har även likheter med samtalsmetoden Motiverande samtal (MI) som kan användas av distriktssköterskan för att hjälpa personer att förändra sina levnadsvanor (Holm Ivarsson, 2014).

Upplevd hälsa och SF12

Självskattad hälsa är ett enkelt mått som ger en god indikation på den generella hälsan i befolkningen då det har visat sig att en lägre självskattad hälsa kan förutsäga en ökad sjuklighet (Engelst Grove, Schougaard, Hjollund & Ivarsen, 2018) och ett större behov av sjukvård (Tamayo-Fonseca et al., 2015). Forskning visade även att en lägre självskattad hälsa hade samband med en ökad dödlighet, både då hälsan skattades med hjälp av en enskild fråga eller med ett instrument (Vejen et al., 2017). Att be personer skatta sin egen hälsa med en eller flera frågor är ett vanligt sätt att mäta den subjektiva hälsan i gerontologisk forskning (Ernst Bravell & Edberg 2017). SF12 är del i en serie instrument från OPTUM som består av SF36, SF12 och SF8 samt SF6-D. SF36 mäter individens subjektiva fysiska och mentala hälsa genom 36 frågor. SF12 är en kortare version bestående av 12 frågor som är direkt baserade på SF36. Den kortare versionen rekommenderas för användning i befolkningsstudier (OPTUM, 2018). I studier som undersökt sambandet mellan självupplevd hälsa och levnadsvanor framkom att äldre personer med hälsosamma matvanor upplevde högre livstillfredsställelse och drabbades mindre av psykisk ohälsa (André et al., 2016). Vidare uppgavs en bättre självupplevd hälsa hos de som var mer fysiskt aktiva, inte rökte, arbetade, hade högre utbildning och var normalviktiga (Södergren, Sundquist, Johansson & Sundquist, 2008). Den allmänna självskattade hälsan ökade hos 45–85 åringar i Sverige mellan 2006–2016 och 72 procent av 45–64 åringarna samt 61 procent av 65–84 åringarna rapporterade en god hälsa 2016 (Folkhälsomyndigheten, 2017). En enkätstudie visade instämmande att de allra flesta svenska pensionärer mellan 65–85 år generellt upplevde en god livskvalitet. Samma studie menade att låg upplevd livskvalitet visade samband med depression, sjukdom, ensamhet och låg fysisk aktivitet (Nygren et al., 2014).

Hälsans bestämningsfaktorer, socioekonomi och jämlik hälsa

Hälsan bestäms av många olika faktorer som dessutom interagerar med varandra (figur 2). Bland faktorer som inte går att påverkbara ses till exempel ålder och kön. Levnadsvanorna spelar roll för hälsan och dessa går att påverka genom egna beslut men förutsättningarna för goda levnadsvanor påverkas även av livsvillkoren såsom utbildning, ekonomi och arbete. Dessa påverkas i sin tur av samhällsstrategier och politiska beslut (Folkhälsomyndigheten, 2010). Samhällsförändringar som exempel en generellt högre utbildningsnivå eller en ökad öppenhet vad gäller vissa diagnoser påverkar även kunskapen om och synen på hälsa (Parker & Thorslund, 2007). Hälsa är samtidigt en resurs och en förutsättning för att uppnå många mål i livet som exempelvis en hög utbildning, god ekonomi och ett bra arbete (Whitehead & Dahlgren, 2006). Whitehead och Dahlgren menar fortsatt att olika grupper i samhället, baserat på till exempel kön, ålder eller socioekonomisk bakgrund, har olika levnadsvanor och livsvillkor och därmed olika hälsa. Dessa skillnader i hälsa är inte alltid detsamma som att hälsan är ojämlik. Exempelvis har äldre personer en naturlig biologisk orsak till ökad risk för ohälsa. Ojämligheter i hälsa är skillnader som är systematiska, socialt konstruerade och orättvisa och de existerar i mer eller mindre omfattning. Det finns ingen naturlig anledning till dessa ojämlikheter. Som exempel kan nämnas att medellivslängden inte ökat bland de som endast har grundskoleutbildning (SSF, 2017). Vidare pekade en studie på att de som fortsatte att arbeta efter 65 år hade en bättre livskvalitet och en bättre hälsa än de som valde att gå i pension (Nygren et al., 2014). De hälsofrämjande åtgärderna är heller inte alltid jämlika. En studie visade att äldre personer över 65 år inte fick hjälp att sluta röka i samma utsträckning som yngre personer (Doolan & Frölicher, 2008). Enligt Whitehead och Dahlgren (2006) går ojämlikheter och orättvisor i hälsa att minska. Distriktssköterskan kan ha detta i åtanke och göra sitt för att alla ska ha samma tillgång till resurser och möjligheter för en god hälsa oavsett kön, ålder eller socioekonomisk bakgrund. Om en patient till exempel avböjer ett hälsobesök, är det för att personen inte vill eller kanske inte kan? I sitt hälsofrämjande arbete ska distriktssköterskan ha fördjupade kunskaper om hälsans bestämningsfaktorer liksom hur kön och ålder påverkar människans hälsa (SSF, 2008; Kemppainen, Tossavainen & Turunen, 2012). Whitehead och Dahlgren (2006) rekommenderar, för en mer jämlik hälsa, att alla socioekonomiska skillnader i hälsa beskrivs och analyseras separat för män och kvinnor för att synliggöra ojämlikheter som annars kan döljas av det andra könet. Folkhälsomyndigheten (2019b; 2017) menar att arbete med att undersöka och framhäva skillnader hos olika grupper i samhället bidrar till att göra hälsan mer jämlik.



Figur 2: Bildillustration av hälsans bestämningfaktorer. Påverkbara och icke påverkbara faktorer som kön, arv, levnadsvanor och livsvillkor påverkar hälsan (baserad på Dahlgren & Whitehead, 1991).

Distriktssköterskans hälsofrämjande arbete

Eriksson (2000) påpekar att grunden för vårdarens yrkesskicklighet ligger i ständig fördjupning av kunskapen om människan. SSF (2008) framhäver liknande att distriktssköterskan med sin specialistkompetens har en stor roll i hur det förebyggande och hälsofrämjande arbetet utförs och de som kommer i kontakt med distriktssköterskan har rätt att förvänta sig en kompetens som kan hjälpa personen till en bättre upplevd hälsa. En studie visade att den vanligaste förekommande hälsofrämjande uppgiften hos sjuksköterskor var att ge information och utbilda patienter i hur de bäst kan se efter sin egen hälsa (Kemppainen et al., 2012). Hälso- och sjukvården kan bli bättre på att arbeta för hälsosammare levnadsvanor. En studie visade att ett stort antal personer som varit i kontakt med primärvården ville ändra sina levnadsvanor men endast hälften upplevde att levnadsvanorna hade tagits upp av hälso- och sjukvårdspersonal i samtalet (Jerdén et al., 2018). En annan studie påvisade att Sjuksköterskor i primärvården var tre gånger mer benägna än läkare att starta samtal med patienter om levnadsvanor (Kardakis, Jerdén, Nyström, Weinehall & Johansson, 2018). Socialstyrelsen (2018a) rekommenderar, i sina riktlinjer för åtgärder vid ohälsosamma levnadsvanor, att hälso- och sjukvården ska erbjuda råd och samtal för att motivera och stödja

en förändring hos individen. Distriktssköterskan har med sin specialistutbildning fördjupade kunskaper i samtalsmetodik och är väl lämpad att genomföra sådana motiverande samtal (SSF, 2008). Vidare har distriktssköterskan möjlighet att förskriva fysisk aktivitet på recept [FaR] som stöd då individen är otillräckligt fysiskt aktiv. FaR utgår från individens behov och är en individuellt anpassad skriftlig överenskommelse om vilket slags aktivitet personen ska delta i och när uppföljning ska ske (Socialstyrelsen, 2018a). FaR är enligt Kallings (2012) en underutnyttjad resurs för distriktssköterskan och skulle kunna användas i högre grad. Överlag är äldre mer benägna att följa de hälsoråd som ges (Berensson, Olofsson, Räftegård Färggren, 2010) men det har påvisats att äldre personer som får FaR har en ännu större följsamhet till råden om fysisk aktivitet och har lättare för att faktiskt utöva den (Schäfer Elinder et al., 2011). För att integrera hälsofrämjande arbete i den dagliga verksamheten bör distriktssköterskan vara uppmärksam på patientens levnadsvanor och diskutera dessa vid varje besök. I de fall levnadsvanorna har ett tydligt samband med ett symtom kan diskussionen föras som en naturlig del i anamnesen (Socialstyrelsen, 2018a; Kemppainen et al., 2012). God kommunikationsförmåga, förmåga att bedöma patienters hälsoproblem samt att kunna stödja beteendeförändringar hos patienten nämns som några av distriktssköterskans viktigaste färdigheter i det hälsofrämjande arbetet (Kemppainen et al., 2012). Olika patientgrupper har olika behov av hälsofrämjande insatser och därför behöver distriktssköterskan tillämpa ett personcentrerat förhållningssätt i sina hälsofrämjande åtgärder (Kemppainen et al., 2012). Distriktssköterskans specialistmottagningar är exempel där stor vikt läggs på personcentrerad patientutbildning mot förändrade levnadsvanor (Drevenhorn & Österlund Efraimsson, 2013). Ett annat exempel på distriktssköterskans hälsofrämjande arbete är då samtliga personer i olika åldersgrupper erbjuds att delta i specifika hälsosamtal för att samtala om levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018a). Socialstyrelsen (2018b) menar att sådana förebyggande hälsosamtal, där samtliga personer i åldersgruppen deltar, inte bara förbättrar hälsan och minskar risken för sjukdom och död utan även är kostnadseffektiva. Fördjupad kunskap om äldres levnadsvanor och hälsa är en förutsättning för dessa samtal och för distriktssköterskans hälsofrämjande och förebyggande arbete i allmänhet. En undersökning av levnadsvanorna och hälsan hos de yngre äldre skulle kunna ge den efterfrågade fördjupade kunskapen samt eventuellt ringa in speciella riskgrupper.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka levnadsvanorna och hälsan hos de yngre äldre, hur levnadsvanorna och hälsan har förändrats över en 12-årsperiod samt om det fanns några samband mellan levnadsvanor, upplevd hälsa och socioekonomiska förhållanden.

Frågeställningar

1. Hur ser levnadsvanorna och hälsan ut hos de yngre äldre?
2. Har levnadsvanorna och hälsan hos de yngre äldre förändrats över en 12-årsperiod?
3. Fanns någon skillnad i kön gällande levnadsvanor eller hälsa vid undersökningen 2014–15?
4. Fanns något samband mellan levnadsvanorna och upplevd hälsa eller socioekonomiska förhållanden vid undersökningen 2014–15?

Metod

Studien utformades som en kvantitativ befolkningsbaserad tvärsnittsstudie. För att svara på studiens syfte användes data som redan samlats in vid två olika tidpunkter i samband med en större longitudinell befolkningsstudie: SNAC-B. Detta arbete har använt data som inhämtats från befolkningsdelen i Blekinge. Enligt Lagergren et al. (2004) är SNAC en longitudinell befolkningsstudie som utförs på äldre personer på fyra platser i Sverige där Blekinge utgör en del. De fyra platserna representerar tillsammans ett urval av den äldre befolkningen i Sverige. Blekinge (Karlskrona) företräder en medelstor kommun med både tätort och landsbygd. SNAC består av två delar, en befolkningsdel och en del som fokuserar på vård- och omsorgsbehov. SNAC startade år 2001 på uppdrag av regeringen med bakgrund av den ökade medellivslängden i Sverige samt då andelen personer över 65 år ökar. Syftet var att inhämta kunskap om åldrandet och faktorer som kan leda till hälsa och välbefinnande i äldre ålder samt att ge en översikt över faktorer som har betydelse för vård- och omsorgsbehovet. SNAC studien planeras fortgå i minst 30 år.

Datainsamling, population och urval

Detta arbete valde att fokusera på de yngre äldre deltagarna och därför inkluderades alla 397 deltagare som var 60 och 66 år vid SNAC-B undersökningen som utfördes mellan år 2001–2003 samt alla 260 deltagare som var 60 och 66 år vid undersökningen som utfördes mellan år 2014–2015. Lagergren et al. (2004) beskriver att deltagarna i SNAC studien består av ett representativt urval av äldre personer i 10 åldersgrupper som följs över tid. Personerna i

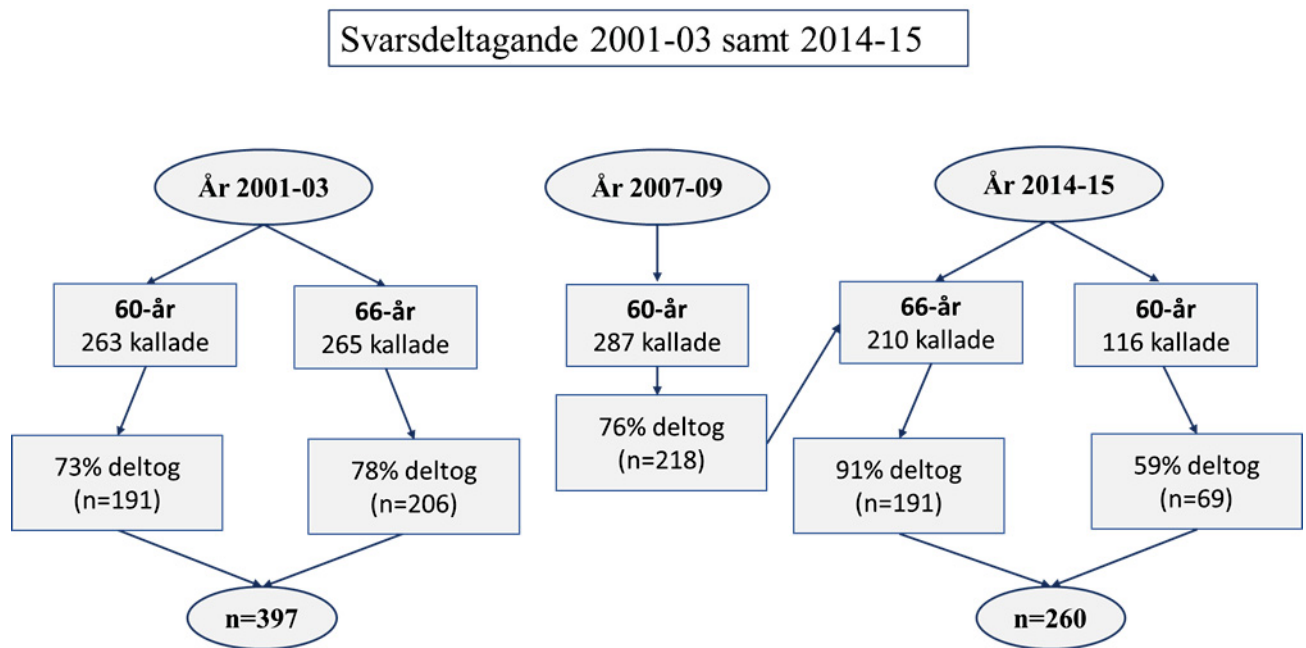
åldersgrupperna 60 och 66 år valdes ut slumpmässigt från folkbokföringsregistret och tillfrågades att delta. Den första undersökningen i Blekinge utfördes mellan åren 2001–2003, sedan dess har uppföljande undersökningar för dessa personer, samt intag av en ny grupp 60 åringar, skett med 6 års mellanrum.

Deltagarna i SNAC-B har genomgått tester, kliniska undersökningar och intervjuer av kvalificerad personal samt svarat på frågor om till exempel sin bakgrund, livsstil, samt fysiskt och psykisk hälsa. Om personerna inte kunde komma till forskningscentrumet så erbjöds de ett hembesök (Lagergren et al., 2004).

Bortfall

SNAC-B hade vid den allra första undersökningen (baseline år 2001–03) en total svarsfrekvens på 61% då 1402 deltagare tackade ja av totalt 2312 tillfrågade i alla ålderskategorier. De yngre ålderskategorierna, som var de som ingick i den aktuella studien, hade högst svarsfrekvens med 73% (60 åringar) och 78% (66 åringar) för att sedan gradvis avta med stigande ålder. Kvinnor och män i åldern 60 och 66 år hade en liknande svarsfrekvens (73% för kvinnor och 78% för män) (figur 3).

Till undersökningen 2014–15 kallades totalt 116 nya 60-åringar med en svarsfrekvens på 59% (n=69). Även här sågs ingen större skillnad i deltagande mellan kvinnor och män då 58% av kvinnorna och 62% av männen tackade ja till att delta. De 66-åringar som deltog vid undersökningen 2014–15 kallades första gången 6 år tidigare då de var 60 år. Totalt 287 kallades då och 76% tackade ja. Av dessa valde 91% (n=191) att delta vid återundersökningen 2014–15 då de var 66 år (93% av kvinnorna och 88% av männen) (figur 3).



Figur 3: Antal inbjudna deltagare samt svarsfrekvensen bland 60 och 66 åringar i SNAC-B. Totalt deltog 397 personer år 2001–03 samt 260 personer år 2014–15.

Då alla deltagare inte svarade på alla frågor som ingick i studien fanns vidare ett internt bortfall som varierade mellan frågorna, från 0% (frukt och grönsaker) till 15% (intensiv fysisk aktivitet och SF12). Antal missing data redovisades per fråga och undersökningstillfälle i tabell 1, 2 och 7 och dessa svar exkluderades från analysen i de enskilda frågorna (Ejlertsson, 2014).

Frågor och instrument

Av den mängd data som fanns att tillgå genom SNAC-B valdes medvetet sexton variabler som ansågs kunna beskriva deltagarnas bakgrund, hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Exakta frågor och instrument som användes till studien återfinns i tabell 1, 2 och 7 samt i bilaga 1 och 2 för instrumenten SF12 och AUDIT. De variabler som användes begärdes ut från SNAC och fördes in i statistikprogrammet IBM SPSS statistics (version 25) för vidare bearbetning och analys.

Eftersom studien innehöll ett relativt litet antal deltagare och då vissa frågor hade många svarsalternativ blev svaren per svarsalternativ ibland mycket få (exempelvis var bara 2 personer underviktiga med ett BMI under 18,5, endast 1 person hade mycket problematiska alkoholvanor och endast 2 personer var arbetslösa år 2014–15). Antalet deltagare för analys

blev ännu färre om frågan dessutom analyserades per kön. För att underlätta dataanalysen dikotomiserades därför svaren till endast två alternativ. Då nästan samtliga variabler innehöll kvalitativa data, var nästa steg för att underlätta dataanalysen att skapa dummyvariabler, där de dikotomiserade svarsalternativen gavs värdet 0 och 1. De individuella frågorna och instrumenten behandlades enligt följande:

För kön fanns två alternativ: man (1) och kvinna (0). Deltagarnas vikt och längd användes för att räkna ut BMI enligt formeln $\text{vikt} / (\text{längd} \times \text{längd})$. Undervikt räknades som BMI under 18,5, normalvikt var ett BMI mellan 18,5–24,9, övervikt definierades som ett BMI mellan 25–29,9 och ett BMI över 30 var fetma (Brydolf, 2018). För beskrivande analys delades deltagarna in i dessa fyra kategorier. För den jämförande analysen dikotomiserades BMI till att benämna alla med ett BMI under 25 som ej överviktiga, och dessa gavs värdet 0. Alla personer med ett BMI på 25 eller över benämndes överviktiga och gavs värdet 1. Frågan om civilstånd hade fyra svarsalternativ (tabell 1). Svarsalternativen dikotomiserades till gift eller ej gift. Alternativet gift gavs värdet 0 medan resterande: “änka/änkling”, “ogift” och “skild” ingick i kategorin “ej gift” och gavs värdet 1. Kön, BMI och civilstånd användes i syfte att beskriva populationen samt som oberoende variabler.

För frågan om utbildningsbakgrund (se tabell 1) drogs en gräns mellan gymnasial- respektive eftergymnasial utbildning som högsta uppnådda utbildningsnivå i syfte att dikotomisera svaren. Till gruppen gymnasial utbildningsnivå, som fick värdet 1, räknades “ej fullständig folkskola/oavslutad grundskola”, “tom. folkskolenivå”, “grundskola/realskola/realexamen” samt “studentexamen/gymnasieskola”. Övriga alternativ räknades som eftergymnasial utbildning och gavs värdet 0. För att undersöka populationens ekonomiska förutsättningar användes en fråga om personen inom en vecka kan få tillgång till kontanta medel (tabell 1). Denna fråga har specificerat en kontantsumma mellan 14–16000 kr beroende på undersökningstillfälle. Enligt Folkhälsomyndigheten (2017) är detta en vedertagen fråga för att mäta en persons ekonomiska marginal. Summan som har varierat mellan åren beräknas motsvara en genomsnittlig arbetarlön. De som svarade ja på frågan gavs värdet 0 och de som svarade nej gavs värdet 1. Till frågan om nuvarande sysselsättning (tabell 1) fanns svarsalternativet “förvärvsarbetande”. Detta svarsalternativ definierade om personen arbetade och gavs värdet 0. Vid undersökningen 2014–15 var den absoluta majoriteten arbetande och endast ett fåtal hade uppgett ett annat svarsalternativ. De övriga svarsalternativen på denna fråga slogs därför ihop till “arbetar ej” och gavs värdet 1. Frågorna om utbildning, ekonomi

och sysselsättning användes för att beskriva socioekonomisk bakgrund. Enligt Folkhälsomyndigheten (2019b) kan socioekonomiska grupper definieras med hjälp av utbildningsnivå, sysselsättning eller ekonomisk bakgrund. Frågorna om socioekonomisk bakgrund användes som oberoende variabler i jämförelse med levnadsvanor och hälsa.

För att undersöka tobaksvanorna användes två frågor gällande rökning och snusning. Till en början slogs de två frågorna ihop och analysen utfördes baserat på all tobaksanvändning. Text som beskriver tobaksanvändning generellt refererar till både snus och/eller cigaretter och definierades till om personen svarade ja på snusning eller om de rökte regelbundet eller ibland (se tabell 2). Det uppmärksammades snart att gruppen rökare är olik gruppen snusare och därför beslutades att även utföra separata analyser på rökare och på snusare. Jakande svar på tobaksanvändning gavs värdet 1, liksom jakande svar på snusning eller rökning. Nekande svar gavs värdet 0. För att undersöka alkoholvanorna användes formuläret AUDIT (bilaga 1). AUDIT innehåller 10 korta frågor om alkoholintag och attityder till alkohol och ger en indikation på riskbruk. AUDIT är framtaget av Världshälsoorganisationen [WHO] och ett ifyllt formulär resulterar i en poäng mellan 0–40. Ett riskbruk definierades som en poäng på 6 eller över för kvinnor och 8 eller över för män. Det finns även poäng-gränser för problematiska och mycket problematiska alkoholvanor (Socialstyrelsen, 2019) och i den beskrivande analysen specificerades hur deltagarna fördelades över dessa fyra kategorier (tabell 2). Mycket få personer hade ett problematiskt eller mycket problematiskt riskbruk och därför slogs dessa två kategorier ihop med riskbruk. I SPSS gavs “riskbruk” värdet 1 medan “ej riskbruk” gavs värdet 0. Två frågor om hur regelbundet personen motionerar med lätt kontra intensiv motion (se tabell 2) användes för att undersöka förändringar i fysisk aktivitet. Personer som var fysiskt aktiva med lätt eller intensiv motion varje dag eller flera gånger per vecka ansågs vara tillräckligt fysiskt aktiva och denna dummyvariabel gavs värdet 0. En lägre nivå av aktivitet än denna kallades för otillräcklig fysisk aktivitet och gavs värdet 1. En liknande gränsdragning mellan tillräcklig och otillräcklig aktivitet gjordes av Folkhälsomyndigheten i den nationella folkhälsoenkäten mellan 2004–2015 (Folkhälsomyndigheten, 2018). Denna ihopsatta fråga användes då fysisk aktivitet var den beroende variabeln, medan de individuella frågorna om lätt eller intensiv motion användes var för sig då fysisk aktivitet användes som den oberoende variabeln. Frågan om dagligt intag av minst två portioner frukt och grönt (se tabell 2) användes för att undersöka förändringar i levnadsvanor över tid gällande kosten. Ett positivt svar på frågan angavs som tillräckligt intag av frukt och grönsaker och gavs värdet 0, medan ett negativt svar angavs som ett otillräckligt

intag av frukt och grönsaker med värdet 1. Frågorna om levnadsvanor användes som beroende variabel i jämförelse mellan undersökningstillfällena samt som både beroende och oberoende variabler i regressionsanalysen.

De tre olika variablerna om upplevd hälsa utgjordes dels av instrumentet SF-12 (bilaga 2) och dels en enskild fråga gällande den allmänna upplevda hälsan (tabell 7). Frågan som lyder "I allmänhet skulle du vilja säga att Din hälsa är" hade fem svarsalternativ "dålig", "någorlunda", "god", "mycket god" och "utmärkt". Endast fem personer uppgav en dålig allmän hälsa vid undersökningen 2014–15 därför slogs de två första svarsalternativen ihop till att beskriva en sämre upplevd allmän hälsa och gavs värdet 1. De resterande alternativen slogs ihop till en bättre upplevd allmän hälsa med värdet 0. Vad gäller SF12 erhöll författarna ett sammanställt resultat från SNAC-B där varje person utifrån de 12 frågorna (6 frågor vardera gällande upplevelsen av den fysiska- och den mentala hälsan) kategoriserats med antingen hög eller låg upplevd mental- respektive fysisk hälsa. En låg upplevd allmän-, fysisk- eller mental hälsa gavs värdet 1 medan en hög hälsa gavs värdet 0 i SPSS. Hälsvariablerna användes som beroende variabel i jämförelse mellan undersökningstillfällena samt som både beroende och oberoende variabler i regressionsanalysen.

Analysmetoder

Frekvensanalys användes för att få en överblick av materialet. Då data från båda undersökningarna fanns i samma fil och då analysen ofta syftade till att undersöka antingen det tidigare eller det senare undersökningstillfället användes funktionen "split file" i SPSS baserat på undersökningsår: 2001-03 och 2014-15. Korstabeller användes sedan för att jämföra data på nominalnivå (så som: kön eller dikotomiserade alternativ som ja/nej, hög/låg) mellan de två oberoende undersökningstillfällena och chi 2-test utfördes för att undersöka signifikanta skillnader (Bjørndal & Hofoss, 1998). För att undersöka signifikanta skillnader mellan undersökningstillfällena och data som gick att rangordna (till exempel: upplevd allmän hälsa, BMI indelat i fyra kategorier, AUDIT resultat indelat i fyra kategorier, lätt och intensiv fysisk aktivitet) användes Mann-Whitney U test (Bjørndal & Hofoss, 1998).

Korrelationsanalys utfördes initialt för att undersöka samband mellan upplevd hälsa och individuella levnadsvanor samt ekonomi, utbildning och arbete. Phi koefficient användes då alla jämförelser utfördes med data på nominalnivå (Bjørndal & Hofoss, 1998). Phi koefficienten svarade på om sambandet var positivt eller negativt samt hur starkt sambandet

var med ett värde mellan 1 och -1. Korrelationsanalysen liksom alla tester gav även ett p-värde för att visa om sambandet var statistiskt signifikant. P-värde $<0,05$ användes som gräns för att påvisa en statistisk signifikans i skillnad eller samband mellan grupper och variabler (Bjørndal & Hofoss, 1998). Tillslut användes binär logistisk regressionsanalys för att undersöka samband mellan en dikotom beroende variabel och flera andra oberoende variabler samtidigt (Körner & Wahlgren, 2006) i syfte att hitta specifika riskgrupper för sämre hälsa eller ohälsosamma levnadsvanor. Nedan följer ett exempel på analysförfarande vid binär logistisk regression:

Exempel snus: en variabel för hälsa eller levnadsvana användes som beroende variabel, i detta fall "snusning". Eftersom att "inte snusa" givits värdet 0 och att "snusa" givits värdet 1 (det högsta värdet) testades de övriga variablerna mot sannolikheten för att snusa. Övriga variabler användes som oberoende: kön, ålder, BMI, civilstatus, ekonomisk marginal, sysselsättning, högsta uppnådda utbildning, riskbruk av alkohol, rökning, lätt fysisk aktivitet, intensiv fysisk aktivitet, intag av frukt och grönt, upplevd mental hälsa, upplevd fysisk hälsa samt upplevd allmän hälsa. Analysmetoden som valdes var "Enter". De variabler som visade ett p-värde under eller nära 0,1 sparades och övriga variabler togs bort. Analysen kördes igen med de sparade variablerna tills bara signifikanta p-värden under 0,05 återstod. I exemplet återstod då kön, förvärvsarbete och BMI. I detta fall var värdena för kön och förvärvsarbete positiva vilket innebar att sambandet gällde de svarsalternativ som givits värdet 1 nämligen "man" samt att "ej förvärvsarbete". BMI var negativt vilket innebar att sambandet gällde svarsalternativet som givits värdet 0, i detta fall "ej överviktig". Oddsquot (OR) användes för att beskriva oddset (eller sannolikheten, eller risken) för att män, som inte förvärvsarbetar och inte är överviktiga, snusar i högre grad än överviktiga förvärvsarbetande kvinnor. Ett konfidensintervall (CI) på 95% användes för att visa spridningen i OR (Körner & Wahlgren, 2006). När analysen var färdig fördes data manuellt över till MS Excel där tabeller och diagram skapades.

Etiska överväganden

Allt deltagande i SNAC-B var frivilligt och alla deltagare har undertecknat ett informerat samtycke till registrering av insamlade data. SNAC-B har erhållit etiskt tillstånd från forskningsetisk kommitté vid Lunds Universitet (LU 605-00, LU744-00) (Lagergren et al., 2004). Filen med rådata som erhöles var avidentifierad. Den bearbetades vidare och

analyserades från två datorer som användes av författarna och för övrigt var låsta med lösenord. Datafilen kommer att återlämnas till SNAC efter att studien är avslutad och examensarbetet är godkänt (Vetenskapsrådet, 2002).

Resultat

I undersökningen år 2014–2015 deltog 260 personer i åldern 60 och 66 år, jämfört med 397 deltagare år 2001–03 (tabell 1). Jämn könsfördelning sågs vid båda undersökningarna, åldersfördelningen var däremot något ojämn då den senare undersökningen 2014–2015 hade en större andel 66 än 60 åringar. Ca $\frac{3}{4}$ av populationen var gifta vid båda undersökningstillfällena. En stor skillnad sågs mellan undersökningstillfällena i andelen förvärvsarbetande respektive ålderspensionärer ($p < 0,001$). Vid undersökningen 2014–15 förvärvsarbetade 80% och endast 1,7% var ålderspensionärer medan 33% arbetade och 45% var ålderspensionärer vid undersökningen 2001–03. Andelen yngre äldre med en god ekonomisk marginal samt med eftergymnasial utbildning ökade till den senare undersökningen 2014–15. År 2014–15 hade 95,2% av de yngre äldre en god ekonomi jämfört med 84,7% år 2001–03 ($p = < 0,001$) och 61% hade en eftergymnasial utbildningsnivå (41% år 2001–03, $p = < 0,001$). Andelen överviktiga med BMI på 25 och över var 68,2% vid den senaste undersökningen. Detta var en minskning i andelen överviktiga från 75,3% år 2001–03 ($p = 0,091$). Även medelvärde (27,54/27,15) samt median (27,32/26,1) för BMI minskade.

Tabell 1: Demografisk beskrivning av studiens population per undersökningstillfälle. n=397 år 2001–03, n=260 år 2014–15. *signifikant skillnad mellan undersökningstillfällena.

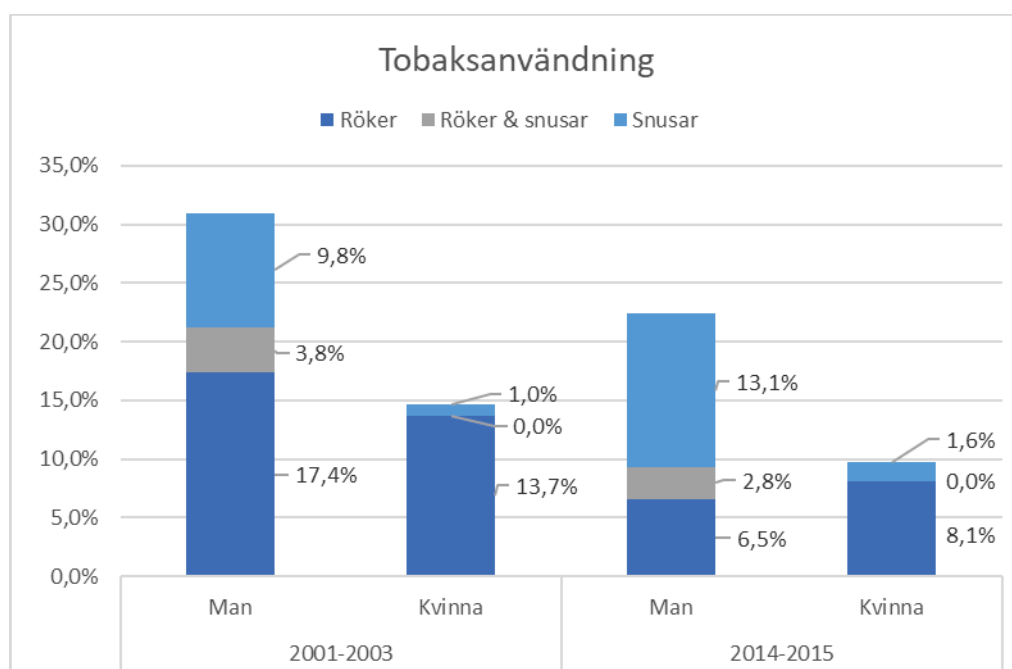
Beskrivande egenskaper	2001-2003		2014-2015	
	n	%	n	%
Ålder *				
60	191	48,1	69	26,5
66	206	51,9	191	73,5
Kön				
Man	189	47,6	123	47,3
Kvinna	208	52,4	137	52,7
BMI				
Undervikt < 18,4	2	0,5	2	0,8
Normalvikt 18,5 - 24,9	99	25,2	80	31,0
Övervikt 25 - 29,9	186	47,3	119	46,1
Fetma >30	106	27,0	57	22,1
Missing Data	4		2	
Nuvarande civilstånd				
Gift	293	76,7	181	77,7
Änka/änkling	34	8,9	11	4,7
Ogift	24	6,3	23	9,9
Skild	31	8,1	18	7,7
Missing Data	15		27	
Vilken utbildning har Du? *				
Ej fullständig folkskola/oavslutad grundskola	9	2,3	31	13,4
Tom. folkskolenivå	146	37,8	30	13,0
Grundskola/realskola/realexamen	51	13,2	28	12,1
Studentexamen/gymnasieskola	23	6,0		0,0
Folkhögskola/yrkesutbildning	86	22,3	59	25,5
Utbildning minst ett år utöver studentexamen (t.ex. folkskollärarexamen, högskola eller Universitet utan examen)	25	6,5	27	11,7
Universitet/högskola med examen	44	11,4	53	22,9
Forskarutbildning (lic/dr)	2	0,5	3	1,3
Missing Data	11		29	
Kan Du inom en vecka få fram 15000:- för att täcka en oförutsedd utgift? *				
Ja	321	84,7	219	95,2
Nej	58	15,3	11	4,8
Missing Data	18		30	
Vad är din nuvarande sysselsättning? *				
Förvärvsarbete	129	33,2	180	77,9
Registrerat arbetslös	8	2,1	2	0,9
Arbetande i hemmet	10	2,6	2	0,9
Sjukskriven	7	1,8	6	2,6
Ålderspensionär	173	44,6	4	1,7
Förtidspensionär	28	7,2	9	3,9
Sjukspensionär/sjukbidrag	10	2,6	9	3,9
Förtidsavgången	11	2,8	6	2,6
Annat	12	3,1	13	5,6
Missing Data	9		29	

Tabell 2: Beskrivning av levnadsvanor per undersökningstillfälle. n=397 år 2001–03, n=260 år 2014–15. *signifikant skillnad mellan undersökningstillfällena.

Levnadsvanor	2001-2003		2014-2015	
	n	%	n	%
Röker Du? *				
<i>Ja, röker regelbundet</i>	54	14,0	13	5,7
<i>Ja, röker ibland</i>	13	3,4	7	3,0
<i>Nej, slutat röka</i>	154	40,0	114	49,6
<i>Nej, aldrig rökt</i>	164	42,6	96	41,7
<i>Missing Data</i>	12		30	
Snusar Du för tillfället?				
<i>Nej</i>	348	92,8	210	91,7
<i>Ja</i>	27	7,2	19	8,3
<i>Missing Data</i>	22		31	
AUDIT				
<i>Ej riskabla vanor män: 0-7p kvinnor: 0-5p</i>	345	92,5	204	88,7
<i>Riskabla vanor män: 8-15p kvinnor: 6-13p</i>	25	6,7	24	10,4
<i>Problematiske vanor män: 16-19p kvinnor: 14-17p</i>	2	0,5	1	0,4
<i>Mycket problematiske vanor män: >=20p kvinnor: >=18p</i>	1	0,3	1	0,4
<i>Missing Data</i>	24		30	
Motionerar Du regelbundet med lättare motion (Promenader på vägar och i parker, skogspromenader, korta cykelturer, lätt gymnastik, golf eller annan liknande verksamhet) *				
<i>Aldrig</i>	11	3,0	5	2,2
<i>En ggr per månad</i>	16	4,4	9	3,9
<i>2-3 ggr per månad</i>	61	16,6	23	10,0
<i>Flera ggr per vecka</i>	176	48,5	128	55,7
<i>Varje dag</i>	99	27,3	65	28,3
<i>Missing Data</i>	34		30	
Motionerar Du regelbundet med mer intensiv motion (Jogging, raska långpromenader, tungt trädgårdsarbete, långa cykelturer, intensiv gymnastik, långfärdsskridskor, skidåkning, simning, bollspel (ej golf) eller annan liknande verksamhet)				
<i>Aldrig</i>	107	31,7	61	26,6
<i>En ggr per månad</i>	35	10,4	19	8,3
<i>2-3 ggr per månad</i>	74	21,9	49	21,4
<i>Flera ggr per vecka</i>	100	29,6	91	39,7
<i>Varje dag</i>	22	6,5	9	3,9
<i>Missing Data</i>	59		31	
Äter minst två frukter eller portioner med grönsaker varje dag?				
<i>Ja</i>	347	88,7	228	87,7
<i>Nej</i>	44	11,3	32	12,3
<i>Missing Data</i>	6		0	

Tobaksvanor

Från undersökningen 2014–15 kunde utläsas att 15,7% av 60- och 66 åringarna använde tobak. Detta var en minskning med 6,7 procentenheter från 2001–03. Andelen personer som använde både snus och cigaretter låg stabilt med 1,3% (n3) 2014–15 och 1,8% (n7) 2001–03. Rökningen minskade med 8,7 procentenheter till 8,7% 2014–15 ($p=0,003$) medan en ökning sågs bland andelen snusare till 8,3% (7,2% år 2001–03, $p=0,622$) (tabell 2). Rökningen minskade mest bland männen ($p=0,009$) trots detta var fortfarande en något större andel män än kvinnor rökare år 2014–15. Fler män än kvinnor snusade ($p=<0,001$) (figur 3).



Figur 4: Tobaksanvändningen (rökning, snusning eller både och) fördelat på undersökningstillfälle och kön.

Det fanns ett samband mellan rökning och civilstatus, alkoholintag samt kost. Faktorer som visade samband med snusning var kön, BMI och sysselsättning. Förvärvsarbetande kvinnor med ett högre BMI var mindre benägna att snusa. Medan gifta personer utan riskbruk och med ett dagligt intag av frukt och grönsaker var mindre benägna att röka (tabell 3).

Civilstatus predicerade enskilt för rökning då rökning var 3,8 (OR) gånger vanligare bland de som var skilda ($p=0,036$) jämfört med om personen var gift.

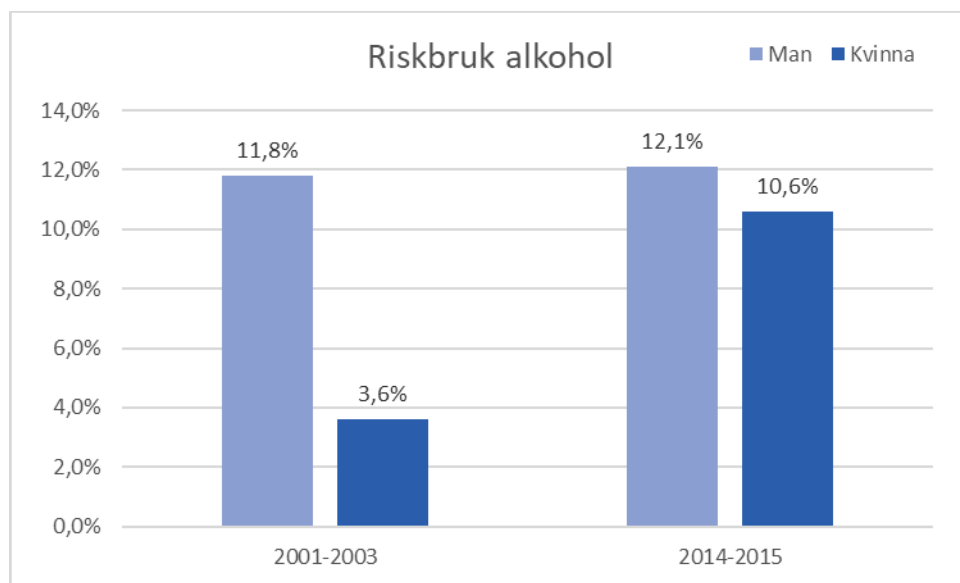
Tabell 3: Logistisk regressionsanalys över faktorer som ökar risken för rökning och snusning hos 60 och 66 åringar, baserat på undersökningen 2014–15.

Rökning	OR (95% CI för OR)	P-värde
Ej gift	2,79 (1,00-7,76)	0,050
Riskbruk av alkohol	4,71 (1,60-13,93)	0,005
Otillräckligt intag av frukt och grönsaker	4,51 (1,42-14,27)	0,010

Snusning	OR (95% CI för OR)	P-värde
Kön (man)	15,17 (3,19-72,15)	0,001
Arbetar ej	3,33 (1,13-9,79)	0,029
Ej övervikt	4,29 (1,47-12,50)	0,008

Alkoholvanor

Av de yngre äldre hade 11,3% riskabla alkoholvanor 2014–15. Detta var en ökning med 3,8 procentenheter jämfört med 2001–03 ($p=0,113$) (tabell 2). Kvinnorna stod för den största ökningen då andelen kvinnor med riskbruk ökade med 7 procentenheter till 10,6% ($p=0,013$) och därmed sågs inte längre någon statistisk skillnad i riskbruk mellan män och kvinnor (figur 4).



Figur 5: Andelen personer med ett riskbruk av alkohol enligt AUDIT, fördelat på undersökningstillfälle och kön.

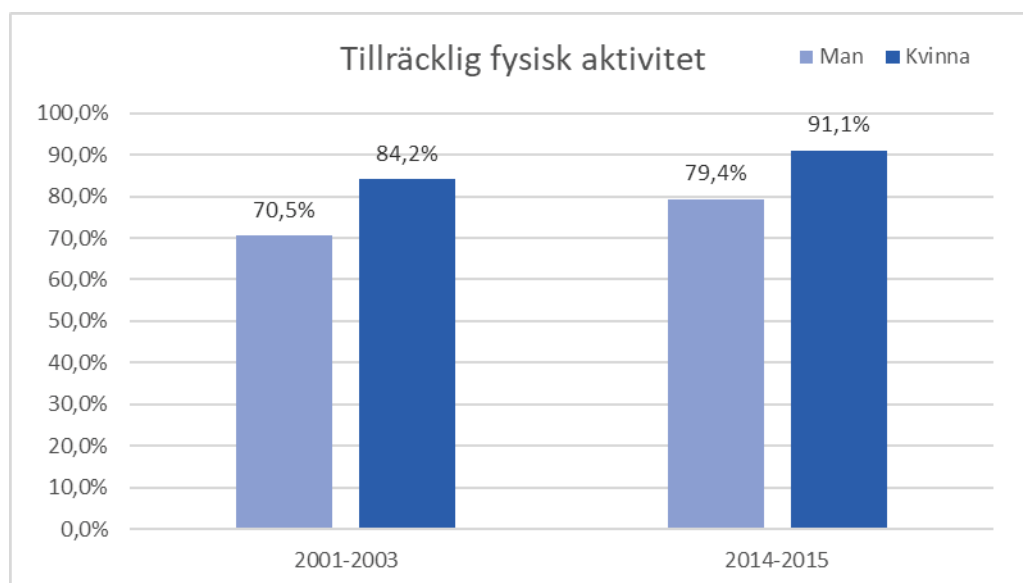
Alkoholvanorna visade inget samband med socioekonomisk bakgrund, istället sågs ett samband med ålder, tobaksvanor och upplevd mental hälsa (tabell 4). Högre ålder, att inte röka och att ha en hög mental upplevd hälsa gav mindre risk till ett riskbruk av alkohol.

Tabell 4: Logistisk regressionsanalys över faktorer som ökar risken för riskbruk av alkohol. Baserat på undersökningen 2014–15.

Riskbruk av alkohol	OR (95% CI för OR)	P-värde
Ålder (60 år)	1,20 (1,02-1,4)	0,024
Rökare	6,16 (2,01-18,85)	0,001
Låg mental upplevd hälsa	4,26 (1,70-10,63)	0,002

Fysisk aktivitet

Av studiens deltagare var 86% regelbundet fysiskt aktiva år 2014–15. Jämfört med tidigare undersökning ökade den fysiska aktiviteten med 8,1 procentenheter ($p=0,015$) (tabell 2). Tillräcklig lätt fysisk aktivitet ökade med 8,1 procentenheter ($p=0,018$) medan tillräcklig intensiv fysisk aktivitet ökade med 7,6 procentenheter ($p=0,070$). Männens tillräckliga lätta aktivitet ökade mest ($p=0,079$). Kvinnorna var dock mer fysiskt aktiva än männen vid båda undersökningstillfällena. Skillnaden mellan män och kvinnors tillräckliga fysiska aktivitet var statistiskt signifikant med $p=0,012$ (figur 5).



Figur 6: Andelen personer som är fysiskt aktiva med lätt eller intensiv aktivitet flera gånger per vecka eller oftare. Fördelat på undersökningstillfälle och kön.

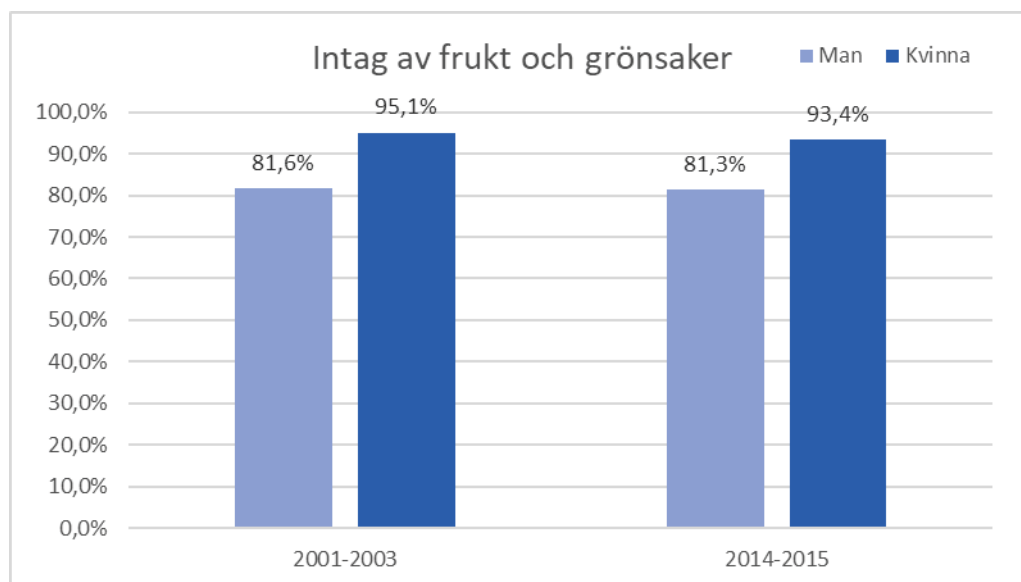
Med logistisk regression sågs ett samband mellan tillräcklig fysisk aktivitet och kön samt riskbruk av alkohol (tabell 5). Kvinnor utan riskbruk predicerade tillräcklig fysisk aktivitet.

Tabell 5: Logistisk regressionsanalys över faktorer som ökar risken för otillräcklig fysisk aktivitet, baserat på undersökningen 2014–15.

Otillräcklig fysisk aktivitet	OR (95% CI för OR)	P-värde
Kön (man)	3,14 (1,41-6,99)	0,005
Riskbruk av alkohol	2,94 (1,07-8,07)	0,036
Ej snusare	6,29 (0,76-52,63)	0,087

Kost - frukt & grönsaker

Av de yngre äldre åt 88% frukt och grönsaker dagligen. Det var en minskning med 1 procentenhet jämfört med 2001–03 ($p=0,682$) (tabell 2). Båda undersökningarna visade att fler kvinnor än män åt frukt och grönsaker regelbundet ($p=0,003$). Kvinnors dagliga intag minskade mer än männens med 1,6 procentenheter (figur 6).



Figur 7: Andelen personer som dagligen åt minst två portioner frukt och grönsaker, fördelat på undersökningstillfälle och kön.

Ett samband sågs mellan intag av frukt och grönsaker och kön, sysselsättning och tobaksanvändning (tabell 6). Arbetande kvinnor som inte rökte var mer benägna att äta frukt och grönsaker regelbundet. Det fanns även en tendens till samband med regelbunden intensiv fysisk aktivitet.

Tabell 6: Logistisk regressionsanalys över faktorer som ökar risken för ett otillräckligt intag av frukt och grönsaker, baserat på undersökningen 2014–15.

Otillräckligt intag av frukt och grönsaker	OR (95% CI för OR)	P-värde
Kön (man)	2,97 (1,12-7,84)	0,006
Arbetar ej	2,60 (1,01-6,70)	0,047
Röker	5,04 (1,63-15,58)	0,005
Otillräcklig intensiv fysisk aktivitet	2,67 (0,97-7,37)	0,057

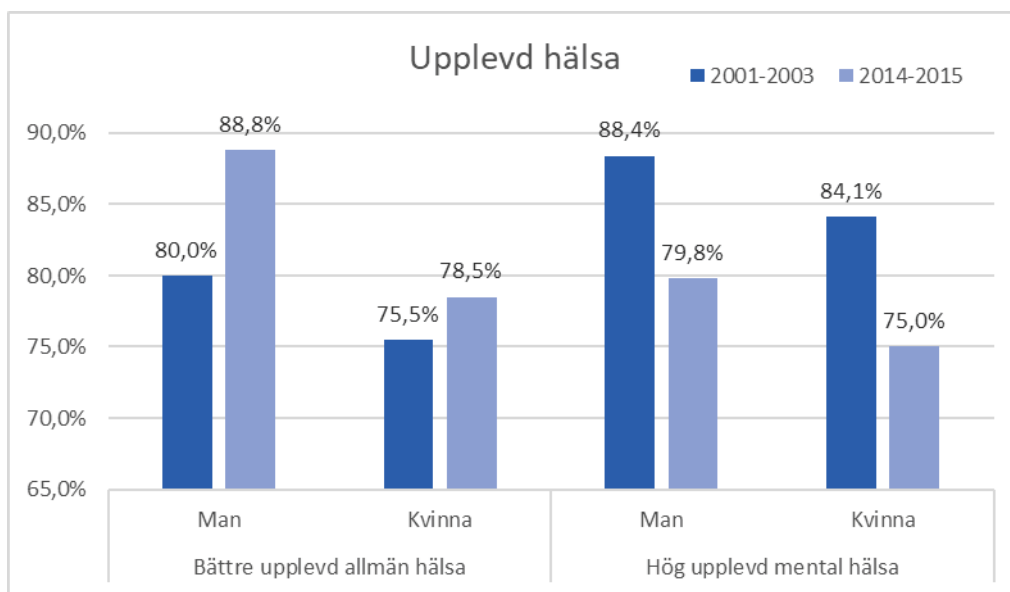
Hälsa

De allra flesta 60- och 66 åringarna uppgav en bättre upplevd allmän hälsa år 2014–15. Dessa var alltså personer som hade uppgett en god, mycket god eller utmärkt hälsa. Andelen med en bättre upplevd allmän hälsa ökade med 5,7 procentenheter till 83,3% jämfört med 2001–03 ($p=0,090$) (tabell 7). En skillnad kunde utläsas mellan upplevd fysisk- och mental hälsa, mätt med hjälp av SF12. Andelen med hög upplevd mental hälsa minskade mellan undersökningarna med 8,8 procentenheter till 77,3% ($p=0,006$) (tabell 7). Minskningen sågs hos både män och kvinnor (figur 7). Den upplevda fysiska hälsan var konstant.

Tabell 7: Beskrivning av den upplevda hälsan per undersökningstillfälle. N=397 år 2001–03, N=260 år 2014–15. *signifikant skillnad mellan undersökningstillfällena.

Upplevd hälsa	2001-2003		2014-2015	
	n	%	n	%
I allmänhet skulle Du vilja säga att Din hälsa är *				
Dålig	12	3,2	5	2,2
Någorlunda	73	19,2	33	14,5
God	120	31,6	60	26,3
Mycket god	114	30,0	84	36,8
Utmärkt	61	16,1	46	20,2
Missing Data	17		32	
SF 12 upplevd mental hälsa *				
Hög	316	86,1	170	77,3
Låg	51	13,9	50	22,7
Missing data	30		40	
SF 12 upplevd fysisk hälsa				
Hög	329	89,6	197	89,5
Låg	38	10,4	23	10,5
Missing Data	30		40	

Kvinnornas upplevda allmänna hälsa ökade något medan männens hälsa ökade mest med 8,8 procentenheter ($p=0,054$). En större andel män (88,8%) än kvinnor (78,5%) uppgav en bättre upplevd allmän hälsa ($p=0,038$) (figur 7). Män rapporterade även en hög upplevd mental hälsa (79,8%) i högre grad än kvinnor (75%).



Figur 8: Andelen personer med god, mycket god eller utmärkt upplevd allmän hälsa (bättre upplevd allmän hälsa) samt hög upplevd mental hälsa baserat på SF12, fördelat på undersökningstillfälle och kön. Den upplevda fysiska hälsan var konstant mellan undersökningstillfällena och redovisas därför inte.

Vad gäller samband mellan levnadsvanor och upplevd hälsa sågs samband mellan upplevd mental hälsa och alkoholvanor samt civilstatus (tabell 8). Att vara gift utan ett riskbruk av alkohol predicerade en hög mental hälsa. Ett enskilt samband sågs även mellan låg upplevd mental hälsa och otillräcklig fysisk aktivitet (OR 2,4, CI 1,1–5,2, $p=0,036$). Vidare sågs ett samband mellan upplevd allmän hälsa och kön samt intensiv fysisk aktivitet (tabell 8). Män med regelbunden intensiv fysisk aktivitet angav oftare en bättre upplevd allmän hälsa. God ekonomi predicerade enskilt en bättre upplevd allmän hälsa (OR 4,6, CI 1,3–16,0, $p=0,016$). En upplevd fysisk hälsa visade inga samband med någon av de oberoende variablerna.

Tabell 8: Logistisk regressionsanalys över faktorer som ökar risken för låg upplevd mental hälsa samt en sämre upplevd allmän hälsa. Baserat på undersökningen 2014–15.

Låg upplevd mental hälsa		OR (95% CI för OR)	P-värde
Riskbruk alkohol		3,84 (1,58-9,33)	0,003
Civilstatus:	Gift	1.0	0,030
	Änka/änkeman	1,86 (0,45-7,66)	0,392
	Ogift	3,74 (1,43-9,78)	0,007
	Skild	2,45 (0,84-7,20)	0,103
Sämre upplevd allmän hälsa			
Kön (kvinna)		2,26 (1,05-4,88)	0,038
Dålig ekonomi		3,60 (0,97-13,32)	0,055
Otillräcklig intensiv fysisk aktivitet		3,49 (1,49-8,15)	0,004

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var dels att undersöka förändringar i levnadsvanor och upplevd hälsa över tid, dels att undersöka samband mellan levnadsvanor och hälsa för att ringa in riskgrupper att fokusera hälsofrämjande arbete på. Författarna ansåg att en kvantitativ befolkningsbaserad studie, med så många deltagare som möjligt, bäst skulle kunna svara på syftet. Data från SNAC-B valdes dels då materialet redan fanns insamlat av kvalificerad forskningspersonal, men huvudsakligen för att SNAC-B utfört återupprepade undersökningar på äldre vilket möjliggjorde en jämförande studie. Vidare fördel var att SNAC är en stor befolkningsbaserad forskningsstudie med slumpmässigt utvalda deltagare vilket ger studien ytterligare reliabilitet (Körner & Wahlgren, 2002). Som med andra studier som baseras på enkäter var alla svar om levnadsvanorna och hälsan i studien självrapporterade. Enligt Ejlertsson (2014) finns vissa risker med självrapporterade svar, till exempel att frågor under- eller överrapporteras eller uppfattas som känsliga och inte besvaras alls. Frågor om alkoholvanor är till exempel kända för att underrapporteras. En nackdel med att använda redan insamlat material kan vara att studien då begränsas till att använda frågor som är ställda för att svara på ett annat syfte. I utformningen av en stor befolkningsstudie är det inte alltid möjligt att ta hänsyn till de olika syften som data kan komma att användas till (Dahmström, 2011). Bedömningen gjordes att SNAC-B innehöll relevant data som mycket väl kunde användas till en undersökning av levnadsvanorna och hälsan hos de yngre äldre.

Studien utfördes med fokus på de yngre äldre i åldern 60 och 66 år. Äldre åldrar exkluderades då forskning visar att levnadsvanorna förändras med stigande ålder (Rydwik et al., 2012) och syftet var inte att undersöka hur levnadsvanorna förändras med åldern utan hur de har förändrats över tid. Om de äldre åldrarna inkluderats hade troligtvis inga generella slutsatser kunnat dras utav hela populationen då levnadsvanorna inte är desamma för 60 åringar som för 85 åringar på grund av exempelvis ökad andel sjukdom som kommer naturligt med biologisk ålder (Whitehead & Dahlgren, 2006). Tanken var att många sjukdomar går att förebygga med goda levnadsvanor (Chodzko-Zajko et al., 2009) och syftet med urvalet var därför att försöka fånga riskgrupper hos de yngre äldre så att resurser kan sättas in tidigare och därmed kunna förhindra livsstilssjukdomar senare i livet. Fördelen med preventivt arbete i denna åldersgrupp är även enligt Berensson et al. (2010) att hälsovinster blir högre jämfört med medelålders eller yngre. Då de äldre är skörare och mer mottagliga för sjukdom och skador

drabbas de ofta hårdare än medelålders. De yngre äldre bidrar på många sätt till samhället. Med hälsofrämjande insatser ökar möjligheterna för det goda åldrandet och även vinsterna för samhället ökar. Samtidigt som de yngre äldre blir starkare och friskare minskas risken för sjukpension eller annan sjukskrivning. Sammanfattningsvis innebär det att det finns både en human vinst och en, ur samhällsperspektiv, kostnadseffektiv vinst med att satsa på de yngre äldres hälsa.

För att undersöka kosten hos deltagarna var variabeln om frukt och grönt mest passande i det redan insamlade underlaget. En liknande fråga om intag av frukt och grönt används även av Folkhälsomyndigheten i den nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsomyndigheten, 2018) vilket styrker frågans validitet (Körner & Wahlgren, 2002). Folkhälsomyndigheten (2018) menar att frågor om intag av frukt och grönt samvarierar med intag av fett och fiber och kan därför vara ett enkelt sätt att i en större studie få en god indikation på hur matvanorna ser ut hos populationen i allmänhet. Med bakgrund av detta skulle studiens resultat som rapporterar intaget av frukt och grönsaker kunna indikera populationens allmänna matvanor. Även om Livsmedelsverkets rekommendation är att äta två portioner grönsaker samt två frukter per dag har även mindre mängd frukt och grönsaker betydelse för hälsan då en minskad risk för förtidig död sågs redan vid en daglig portion (Wang et al., 2014). Enligt Brugård Konde (2015) innebär bra matvanor förutom regelbundet intag av frukt och grönsaker bland annat mer fisk, fullkorn och magra mejeriprodukter samt mindre socker och salt.

För att undersöka populationens ekonomiska marginal användes en fråga om de inom en vecka kunde få tillgång till en kontantsumma på 14–16000 kr. Även här används en liknande fråga av Folkhälsomyndigheten (2017) som ansett att detta är en vedertagen fråga för att mäta ekonomiska förutsättningar. Denna fråga skulle dock kunna misstolkas till att inkludera lån eller hjälp med pengar från vänner och det kan därför diskuteras om frågan verkligen speglar den enskilde personens ekonomiska marginal eller om den eventuellt ger en något för positiv bild. Folkhälsomyndigheten har uppmärksammat detta och har sedan 2016 gjort ett tillägg i sin fråga för att utesluta lån eller hjälp från vänner. Då syftet med studien var att jämföra ekonomisk marginal hos populationen mellan undersökningstillfällena och då samma fråga används båda gångerna, passar frågan till syftet. Det finns inget som tyder på att frågan skulle ha misstolkats mer eller mindre vid någon av undersökningarna.

Frågan om fysisk aktivitet mätte frekvensen av aktivitet men saknade information om durationen. Frågan utgick även från om personen motionerar men samtidigt gavs referens till en aktiv fritid vilket inte alltid är samma sak. Detta kan innebära att studiens resultat inte går att exakt jämföra med andra studier som mätt durationen mer ingående eller som mätt antingen en aktiv fritid eller om personen motionerar. Svaren är fortsatt mycket relevanta och användbara vilket visar sig genom att samma fråga har använts i tidigare publicerade studier om äldres fysiska aktivitet (Rennemark et al., 2018; Rydwick et al., 2012). Även om antagandet skulle göras att durationen inte når de rekommenderade 150 min/vecka finns evidens för att redan hälften av den rekommenderade mängden aktivitet har positiv inverkan på hälsan (Sattelmair et al., 2011).

Ytterligare faktorer som stärker studiens reliabilitet är att validerade instrument användes för att mäta den upplevda hälsan och alkoholvanorna. Frågeformuläret AUDIT rekommenderas av Socialstyrelsen (2019) som ett välfungerande instrument för att identifiera ett eventuellt riskbruk av alkohol. SF12 är ett internationellt känt mätinstrument för att mäta hälsorelaterad livskvalitet och är tidigare välanvänt i studier av äldre personer (Heintz, Liljemark & Nilsson, 2017).

Sexton variabler valdes ut för att dels beskriva populationen och dels undersöka levnadsvanorna och hälsan. Valet av variabler gjordes då de ansågs kunna svara på syftet och kunna studeras adekvat under den begränsade tidsperiod som studien skulle utföras. Studiens resultat visade att riskgrupper har kunnat upptäckas med hjälp av de variabler som inkluderades. Under studiens gång har det framkommit att andra faktorer så som ensamhet, socialt nätverk och objektiv sjukdom eventuellt har betydelse för levnadsvanorna och hälsan. Framtida studier skulle kunna studera betydelsen av dessa faktorer i jämförelse med hälsan och levnadsvanorna för att se om vissa riskgrupper på så sätt kunde urskiljas i ännu mer detalj.

Då studien är utförd i en medelstor kommun i södra Sverige samt då det är känt att hälsan varierar beroende på geografisk belägenhet (Whitehead & Dahlgren, 2006) finns det begränsningar i resultatets generaliserbarhet till hela Sveriges yngre äldre befolkning. SNAC är utformat så att alla fyra platserna där studien utförs tillsammans ska kunna ge en representativ bild av hela Sverige. Då denna studie använde data från Karlskrona i Blekinge kan resultatet generaliseras till en medelstor svensk kommun med både landsbygd och tätort.

I och med att resultatet baseras på slumpmässigt utvalda deltagare får det ändå anses ge en god överblick av generella trender i levnadsvanor och hälsa hos den yngre äldre befolkningen i Sverige.

Vad gäller studiens bortfall så fanns både ett externt och ett internt bortfall. Det externa bortfallet hänvisar till de som tackat nej till att delta och det interna bortfallet är de deltagare som valt att inte svara på vissa frågor (Ejlertsson, 2012). Det externa bortfallet i SNAC-B studien kan anses vara relativt litet då svarsdeltagandet var högt, speciellt bland de yngre deltagarna som ingått i urvalet, 75% vid första undersökningen och 65% vid den andra. Lägst deltagande sågs hos 60-åringarna vid den senaste undersökningen. Enligt uppgift avböjde fler 60-åringar att delta i den senare undersökning på grund av arbete. Studiens resultat visade även att fler personer förvärvsarbetade i den senare undersökningen jämfört med 2001–03. Som jämförelse kan nämnas att enkätundersökningen ”Hälsa på lika villkor” som utfördes av SCB (2018a) på uppdrag av Folkhälsomyndigheten endast uppnådde ett svarsdeltagande på 42,1 procent i åldern 16–84 år. Ett högt svarsdeltagande är positivt för studiens representativitet (Ejlertsson, 2012). Det interna bortfallet varierade från 0% till 15% mellan frågorna. I 9 av svaren 2001–03 och 21 av svaren 2014–15 fanns endast vikt, längd och kostvanor registrerad. Frågan med störst internt bortfall 2001–03 var frågan om intensiv fysisk aktivitet då 59 personer (14,9%) inte svarat. Frågan med störst bortfall 2014–15 var SF12 enkäten där 40 personer (15%) inte svarat. Bortfallet utgjordes av lika stor andel män och kvinnor. Ingen ytterligare analys förutom kön kunde utföras på det interna bortfallet då endast de utvalda variablerna fanns att tillgå ur SNAC-B materialet. Totalt sett skulle bortfallet i denna studien, liksom i alla studier, kunna innebära en viss snedfördelning av resultatet i de frågor där bortfallet var störst.

Resultat diskussion

Resultatet visade att andelen med riskabla alkoholvanor ökade med 3,8 procentenheter mellan åren 2001–03 och 2014–15. Den största ökningen sågs bland kvinnorna där ökningen gått upp från 3,6% till 10,6%, men även männens riskkonsumtion av alkohol ökade något. Även andra studier har påvisat att riskabla alkoholvanor ökar mest hos kvinnor (Wearn, Marlow, Morin, Östling & Skoog, 2013). En rapport pekar på att alkoholkonsumtionen har gått ner i alla ålderskategorier förutom hos de äldre, 65–84 år, också där visade det sig att ökningen var störst bland kvinnor (Guttormsson & Gröndahl, 2018). Ett statistiskt signifikant samband

sågs 2014–15 mellan riskbruk av alkohol och ålder, mental hälsa samt rökning. Rökare med en låg mental hälsa i den yngre åldersgruppen hade en större risk för ett riskbruk av alkohol. Även Blazer & Wu (2009) har som nämnts tidigare pekat på samband mellan alkohol och rökning. Varför alkoholkonsumtion ökat är enligt Ahlner, Skoog och Waern (2018) inte helt känt men det finns tydliga tendenser som pekar på att alkohol blivit mer socialt accepterat. Eriksson gav redan 1993 alkoholberoende som exempel på hur samhällets referensramar påverkar synen på hälsa. Ett långvarigt beroende kan leda till fysisk och psykisk sjukdom (Allebeck et al., 2018). Enligt studiens resultat fanns även samband mellan riskbruk och låg upplevd hälsa. Dessa personer borde alltså uppleva en verklig ohälsa (se hälsokorset, figur 1) men då de sällan söker hjälp för sina problem och fortsatt till exempel kan sköta ett arbete anses de som friska av samhället (Eriksson, 1993). En person som anses vara frisk behöver ju inte ändra sitt beteende och beroendet fortsätter, eller ökar som i resultatet. Ahlner et al. (2018) föreslår vidare att ett ökat resande och en ökad tillgänglighet av alkohol kan vara ytterligare bidragande orsaker till ökningen av alkoholintaget. FHI (2012) föreslår att pensioneringen i sig kan ge ökad fritid och därmed mer utrymme för att inta större mängder alkohol men även att riskbruket kan bero på att åldrandet känns ensamt när anhöriga och vänner försvinner och att alkoholen då kan vara en tröst. Detta skulle kunna vara en ytterligare förklaring till varför riskbruket har ökat samtidigt som det fanns ett samband med den upplevda mentala hälsan. Äldre som söker vård efter fall är en grupp som ofta förbises vad gäller frågan angående alkoholkonsumtion och rutiner behöver skapas för att ämnet ska uppmärksammas (Allebeck et al., 2018). Socialstyrelsen (2016) påpekar att åldersgrupper över 65 år upplever att vårdpersonalen sällan lyfter ämnet om alkohol. Samtidigt visar en studie att samtliga kvinnor som ville förändra sina alkoholvanor önskade hjälp från primärvården (Jerdén et al., 2018). Fredriksen (2018) menar att motiverande samtal om alkoholvanor kan ha lika stor effekt hos äldre personer som hos yngre. Distriktssköterskan möter många äldre i sitt arbete och behöver ta mer ansvar för att lyfta känsliga frågor såsom ett riskbruk av alkohol i mötet med individer. Då kvinnors konsumtion av alkohol har ökat signifikant behöver kvinnors riskbruk tas i speciellt beaktande utan att männen glöms bort. I hälsosamtal med yngre äldre skulle motiverande samtalsteknik kunna användas för att motivera till förändrade alkoholvanor.

Resultatet visade att andelen yngre äldre som rökte regelbundet eller ibland minskade från 17,4% till 8,7% vid undersökningen 2014–15 varav andelen som rökte regelbundet var 5,7%. Folkhälsomyndigheten (2019a) rapporterar liknande en minskning i andelen rökare bland 65–

84 åringar, dock en något högre prevalens på 10% dagliga rökare år 2015. Som nämnts har flera åtgärder vidtagits på befolkningsnivå under 2000-talet för att minska rökningen bland annat förbud mot rökning i vissa miljöer, höjd tobaksskatt och marknadsföringsförbud (FHI, 2010). Detta kan vara en bidragande orsak till minskningen. Enligt resultatet minskade andelen kvinnliga rökare mellan undersökningarna. Den största minskningen sågs emellertid hos männen, som tidigare var den grupp som rökte mest, och vid undersökningen 2014–15 sågs inte längre någon större skillnad i andelen rökare mellan könen. Nystedt (2006) föreslår att kvinnor och män har olika anledning till att röka och att det är de olika anledningarna som gör att rökningen inte minskar i lika hög grad hos kvinnor som hos män. Nystedt liksom Rocha et al. (2019) anger att några av anledningarna till att kvinnor fortsätter röka är att de använder rökning som avslappning mot till exempel stress samt för att de är rädda för att gå upp i vikt. Resultatet visade vidare att det fanns ett samband mellan rökning och civilstatus då det var vanligare att skilda personer rökte jämfört med de som var gifta. Nystedt (2006) menar liknande att skilda personer röker i högre grad. De som genomgått en skilsmässa hade svårare för att sluta röka samt en högre risk att börja röka eller återuppta rökning jämfört med gifta, aldrig gifta eller änkor/änkemän. Nystedt spekulerar att detta är kopplat till psykologiska faktorer som stressen av att separera från sin partner samt att hamna i ett sämre ekonomiskt läge i samband med skilsmässa. Rökning visade enligt resultatet även ett samband mellan ett riskbruk av alkohol samt ett otillräckligt intag av frukt och grönsaker. Tidigare studier visar att alla tre nämnda vanorna: rökning, alkoholkonsumtion samt intag av frukt och grönsaker enskilt har betydelse för utvecklingen av hjärt-kärlsjukdom (Mons et al., 2015; Folkhälsomyndigheten 2016a; Wang et al., 2014). Det är därför av vikt för distriktssköterskan att ställa frågor om kost och alkoholintag till patienter som röker för en chans att förebygga hjärt-kärlsjukdom. Kvinnors rökvanor bör vidare vara ett observandum för distriktssköterskan då rökningen inte minskat i samma utsträckning som hos männen samt på grund av kopplingen till alkoholintag som också ökar hos kvinnor. Distriktssköterskan skulle kunna uppmuntra dessa kvinnor till en ökad fysisk aktivitet då det kan bidra till avkoppling och underlätta viktkontroll som båda angetts som anledningar till varför kvinnor röker.

Medan andelen rökare minskade så låg andelen snusare nästan konstant mellan undersökningarna och detta innebar att andelen snusare var nära densamma som andelen rökare vid den senaste undersökningen. En minskad andel rökare och en ökad andel snusare är en trend som kan ses i Sverige sedan mitten på 70-talet (Lundqvist, Sandström, Öhman &

Weinehall, 2009). Ramström och Foulds (2006) menar att det är ovanligt att börja röka efter 22 års ålder medan snusning påbörjas även i högre ålder, då oftast som ett substitut till rökning. Lundqvist et al. (2009) skriver liknande att majoriteten av de som slutat röka avstår helt från tobak men att vissa som slutat röka har gått över till att använda snus istället. Att använda snus istället för cigaretter framställs av bland andra Ramström och Foulds (2006) som ett positivt alternativ då snus inte anses vara lika farligt för hälsan som rökning. Denna hälsoaspekt, att snusning ses som ett mindre hälsofarligt alternativ, samt att en del rökare går över till att snusa istället skulle kunna vara en förklaring till varför användningen av snus enligt resultatet inte hade minskat i samma grad som rökningen. Norberg et al. (2006) som visar på ett samband mellan snusning och metabolt syndrom hos medelålders- och äldre personer anser att ökningen i snusanvändning är oroande. Samtidigt påpekar Lundqvist et al. (2009) att snus är kopplat till flera hälsorisker samt att hälsoeffekter av snusanvändning fortfarande kan vara delvis okända då snus inte har funnits lika länge och använts i samma utsträckning som cigaretter. Distriktssköterskan bör ta upp patientens levnadsvanor vid varje möte och erbjuda kunskap och råd för att motivera till en hälsosam livsstil (Socialstyrelsen, 2018a). Utifrån studiens resultat och då tidigare forskning visat att snusning påbörjas även i högre åldrar samt att snusning ses av vissa som ett mindre hälsofarligt alternativ till rökning bör distriktssköterskan i sina samtal med äldre, i synnerhet män, vara tydlig med att förmedla de negativa hälsoeffekterna av snus för att på sikt förhindra en fortsatt ökning i användningen.

I studiens resultat framkom att yngre äldre var mer fysiskt aktiva 2014–15 jämfört med tidigare undersökningstillfälle 2001–03. Detta är mycket positivt men i motsats till vad Folkhälsomyndigheten (2017) rapporterar då de menar att andelen regelbundet fysiskt aktiva äldre (65–84 år) har minskat under nästan samma period. Skillnaden i resultat mellan studierna kan, som tidigare nämnts, bero på att olika mätmetoder för fysisk aktivitet använts. Folkhälsomyndigheten inkluderar även aktivitetens duration samt om deltagarna hade en stillasittande fritid i sin analys. I resultatet visade männen på den största ökningen med 8,9 procentenheter men både männen och kvinnorna ökade sin fysiska aktivitet mellan undersökningstillfällena. Trots männens ökning var det kvinnorna som var mest aktiva med 6,9 procentenheter mer än männen. En folkhälsorapport från Stockholm visar liknande att kvinnor i åldern 65–84 år har en aktivare fritid (mindre stillasittande än män) men i motsats till resultatet att färre kvinnor än män aktivt motionerar (Stockholms läns landsting, 2015). Sjukdomar som förknippas med ålder, till exempel hjärt-kärlsjukdomar, fallskador och

depression, går att förebygga eller lindra med hjälp av fysisk aktivitet (Heinzel et al., 2015). För att de äldre ska ha möjlighet till en friskare ålderdom behöver hälso- och sjukvården identifiera de som har risk för inaktivitet (Folkhälsomyndigheten, 2017). I en folkhälsorapport från Blekinge framkommer att låg social status och låg utbildning var bidragande orsaker till en lägre nivå av fysisk aktivitet, mätt i åldern 16–84 år (Landstinget Blekinge, 2014). I resultatet sågs inga samband med socioekonomisk status, däremot sågs statistiskt samband mellan fysisk aktivitet och kön samt riskbruk där män med ett riskbruk hade större risk för att vara otillräckligt fysiskt aktiva. Ett enskilt samband sågs även enligt resultatet mellan låg upplevd mental hälsa och otillräcklig fysisk aktivitet. I och med att både alkoholintag (Allebeck et al., 2018) samt en otillräcklig fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2018a) var för sig ökar risken för fall, samt då det sedan tidigare är känt att fysisk aktivitet kan förebygga depression hos äldre (Heinzel et al., 2015) är det extra betydelsefullt att distriktssköterskan förespråkar fysisk aktivitet i dessa riskgrupper för att förebygga fallolyckor och depression. För att äldre ska få en mer aktiv fritid kan distriktssköterskan till exempel erbjuda rådgivande samtal om aktiviteter och övningar samt eventuellt förskriva FaR. Forskning visar att det finns många hälsovinster för äldre personer att vara fysisk aktiva och det har påvisats att råd till äldre som följs upp med FaR ger en större följsamhet till aktivitet (Schäfer Elinder et al., 2011).

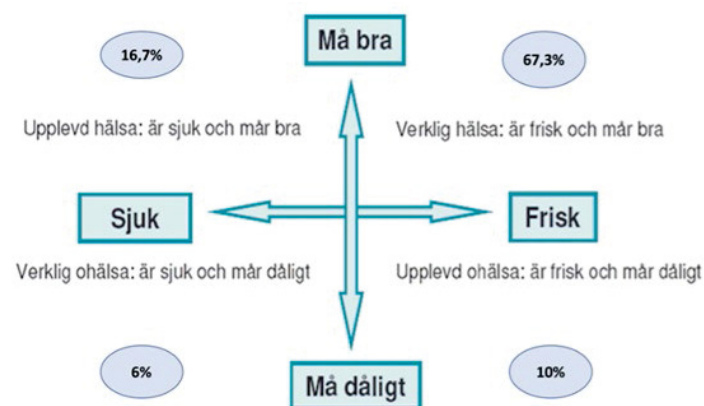
Resultatet visade att den dagliga konsumtionen av frukt och grönsaker var förhållandevis oförändrad vid de båda undersökningstillfällena. Kvinnorna åt mer frukt och grönsaker än männen både 2001–02 samt 2014–15. Kostministeriet (2017) och SCB (2016) visar på liknande analys att även om konsumtionen totalt sett ökat i Sverige över tid är konsumtionen av frukt och grönsaker i princip oförändrad hos de yngre äldre och det äts för lite frukt och grönsaker, både hos män och kvinnor. Flertalet personer underskattar den dagliga rekommendationen för frukt och grönsaker och äter därför en otillräcklig mängd. I resultatet sågs ett samband mellan ett dagligt intag av frukt och grönsaker samt kön, sysselsättning, tobaksanvändning och intensiv fysisk aktivitet. Att vara manlig rökare som inte arbetar och inte utövar tillräckligt med intensiv fysisk aktivitet ökar risken för att äta otillräcklig mängd frukt och grönsaker. Mattisson (2016) visar på liknande samband med att kvinnor generellt äter nyttigare än män och därmed väljer mer frukt och grönsaker i sin kost. Mattisson (2016) lyfter att kvinnor generellt sett är mer hälsomedvetna och har en större benägenhet att göra handling av råd som ges. André et al. (2016) menar liknande att kvinnor har större kunskap om mat och näring då de oftare än män står för matinköp och matlagning. I likhet med

resultatet fann en studie samband mellan hälsosamma kostvanor, där inte bara frukt och grönsaker ingår utan även annan hälsosam kost, och hög fysisk aktivitet, icke-rökning samt en högre utbildningsnivå hos män (Grosso et al., 2017). Kosten är central i många hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande sammanhang och är därför en fråga som bör tas upp av distriktssköterskan vid de allra flesta samtal och besök. Kosten kan tas upp som en naturlig del i samtalet i samband med såromläggning, infektion (Stechmiller, 2010) och blodtrycksmätning (Caligiuri & Pierce, 2017) men även i samtal om måendet, den psykiska hälsan (André et al., 2016) och generell sjukdomsprevention (Esposito et al., 2015; Grosso et al., 2017; Estruch et al., 2018). Enligt Kunskapsguiden (2016) innehåller frukt och grönsaker rikligt med vitaminer och kostfibrer och bör därför vara en betydande del i den äldres kost. Med tanke på resultatet bör distriktssköterskan i sina hälsosamtal ge råd och information till alla yngre äldre, men i synnerhet till män med lägre utbildningsbakgrund som röker, om vilka hälsovinster som kan följa med att komplettera sina måltider med mer fiberrika frukt och/eller grönsaker.

I resultatet framkom att andelen med bättre upplevd allmän hälsa ökade mellan undersökningstillfällena. Männens allmänna hälsa ökade mer än kvinnornas och var vid båda tillfällena högre än kvinnornas. Andelen med hög upplevd mental hälsa minskade däremot mellan undersökningarna hos både kvinnor och män. Även där rapporterade fler män än kvinnor en högre hälsa vid båda tillfällena. Båda resultaten stämmer överens med en undersökning som SCB utfört 2016, där fler män rapporterade en högre upplevd allmän hälsa samt en högre upplevd mental hälsa (SCB, 2018b). Flera orsaker kan bidra till att kvinnor har en lägre upplevd mental hälsa. Som exempel visar en rapport att kvinnor i högre grad är utsatta för våld i nära relationer, har sämre ekonomi och ett högre ansvar för att ta hand om och vårda andra i dess närhet. Kvinnor uppger även i högre grad att de upplever en stress över att hinna med arbetet både på jobbet och i hemmet (Stressforskningsinstitutet Stockholm universitet, 2018). Parker och Thorslund (2007) spekulerar även i att det blivit mer tillåtet att prata om psykisk ohälsa i samhället och att detta kan göra att det rapporteras i högre grad. Faktorer som visade samband med upplevd allmän hälsa enligt studiens resultat var kön, ekonomi och intensiv fysisk aktivitet. Kvinnor med dålig ekonomi och otillräcklig intensiv fysisk aktivitet predicerade en sämre upplevd allmän hälsa. Som nämnts innan har kvinnor överlag en sämre ekonomi än män och den ekonomiska situationen kan leda till stress som bidrar till en lägre upplevd allmän hälsa. Med tanke på resultatet skulle distriktssköterskan kunna rekommendera fysisk aktivitet och förskriva FaR för att öka kvinnors välbefinnande.

FaR kan ge en möjlighet att utöva fysisk aktivitet till en reducerad kostnad samtidigt som fysisk aktivitet är känt att öka välbefinnandet (Yrkesföreningen för fysisk aktivitet, 2019; Heinzel et al., 2015; Schäfer Elinder et al., 2011). Faktorer som å andra sidan visade samband med den mentala hälsan var riskbruk av alkohol och civilstatus. Ett riskbruk av alkohol hos ogifta predicerade en låg upplevd mental hälsa. Studiens resultat visade inte om personer som är ogifta hade en nära person att dela livet med eller inte, men om antagandet görs att dessa personer upplevde ensamhet i högre grad kan paralleller dras till Erikssons teori om hälsa då Eriksson (1993) menar att för att uppleva hälsa behöver alla personer en annan människa att dela livet med och som står en nära. Denna person är extra viktig som stöttning i stunder av ohälsa. Att upplevd mental hälsa vidare hade ett samband med riskbruk av alkohol hos äldre visade sig inte bara i detta resultatet utan även i annan forskning (Åhlin, Hallgren, Öjehagen, Källmén & Forsell, 2015; Allebeck, 2018). Forskare menar att depression hos äldre och ett riskbruk av alkohol är tillstånd som är svåra att särskilja och att riskbruk av alkohol bör uppmärksammas för bästa möjliga effekt av eventuell antidepressiv medicin (Åhlin et al., 2015; Allebeck, 2018). Hälsan har som nämnts många bestämningsfaktorer och att distriktssköterskan ser till helheten runt en patients besvär är därför en grundläggande förutsättning i det hälsofrämjande arbetet.

Studien har inte undersökt objektiva tecken på sjukdom hos deltagarna men om Erikssons (1993) olika komponenter för hälsa: sundhet friskhet och välbefinnande liknas vid resultatets upplevda mentala-, fysiska- och allmänna hälsa, och dessa användes för att dela upp befolkningen i hälsans fyra dimensioner, skulle hälsan hos 60- och 66 åringarna i studien fördelas enligt följande figur 8.



Figur 9: Hälsan hos 60- och 66-åringarna 2014–15 enligt resultatet, uppdelat i hälsokorsets fyra dimensioner (baserad på Eriksson, 2000).

Den absoluta majoriteten (67,3%) hade en verklig hälsa, en sjättedel (16,7%) av de yngre äldre hade en bättre allmän hälsa men en låg fysisk eller mental hälsa. Det innebär att de skulle ha någon slags dysfunktion eller sjukdom men ändå må väl. En tiondel (10%) uppgav en sämre allmän hälsa men hade en hög fysisk och mental hälsa. Dessa kan vara personer som upplever symtom på sjukdom och kanske ofta söker sjukvård men där ingen diagnos kunnat ställas. Ca 6% hade en verklig ohälsa med sämre allmän hälsa samt en låg fysisk och/eller mental hälsa. Självskattad hälsa har visats vara ett enkelt mått på den generella hälsan i befolkningen och kan förutsäga en ökad sjuklighet och ett större framtida vårdbehov (Engelst Grove et al., 2018). Utifrån detta perspektiv kan slutsatsen dras att de yngre äldre överlag mår väl både fysiskt och psykiskt samt kan se fram emot en lägre sjuklighet och ett lägre framtida vårdbehov. Resultatet visar samtidigt att det fortfarande finns områden för distriktssköterskan att lägga energi på för att förbättra den fysiska och mentala hälsan. I resultatet kan mönster urskiljas som tyder på att vissa grupper har ökad risk för ohälsosamma levnadsvanor. Männens visade enligt resultatet en högre snuskonsumtion, lägre utövande av intensiv fysisk aktivitet och hade lägre konsumtion av frukt och grönsaker. Fler kvinnor visade sig enligt resultatet ha en låg upplevd allmän och mental hälsa. Andelen kvinnor som rökte hade inte minskat i samma grad som hos männen och kvinnors alkoholkonsumtion ökade. En låg upplevd mental hälsa hade enligt resultatet samband med riskabla alkoholvanor som i sin tur hade samband med rökning. Kvinnors rökning och alkoholvanor liksom männens snuskonsumtion, fysiska aktivitet samt intag av frukt och grönt bör därför särskilt uppmärksammas. Då fysisk aktivitet har koppling till psykiskt och fysiskt välmående (Heinzel et al., 2015; Cooney et al., 2013) och endast knappa 60% av de yngre äldre motionerade flera ggr/v (tabell 2) kan mer göras för att uppmuntra till mer fysisk aktivitet. Om de med riskbruk får stöd att minska sin alkoholkonsumtion och öka den fysiska aktiviteten kan de komma att må bättre både fysisk och mentalt. Att som Eriksson använda välbefinnande som mått på hälsa möjliggör ett personcentrerat arbetssätt då den enskildes upplevelse av sin egen hälsa hamnar i fokus och patienten görs mer delaktig i sin egen vård. Som tidigare nämnts har distriktssköterskan en stor roll vad gäller det hälsofrämjande arbetet som utförs. Många som vill ändra sina levnadsvanor önskar stöd och hjälp med detta av primärvården. Distriktssköterskan med sin specialistkompetens är väl lämpad för motiverande samtal men en dialog om levnadsvanor bör ske i varje möte med individen för att uppnå en bättre upplevd hälsa.

Få samband sågs i resultatet mellan levnadsvanor eller hälsa och socioekonomisk bakgrund. Detta är positivt, att hälsan i lägre grad kan relateras till socioekonomi kan vara tecken på en mer jämlik hälsa. Även då studiens syfte inte var att undersöka jämlikhet i hälsa uppmärksammades att det fanns fler samband mellan hälsa, levnadsvanor och socioekonomi i den tidigare undersökningen jämfört med den senare. Detta kan tyda på att hälsan blivit mer jämlik hos den yngre äldre befolkningen. Vidare framtida studier som fokuserar på hälsans jämlikhet rekommenderas för att kunna fastställa om detta verkligen stämmer. Studien fann till exempel inga samband alls med utbildningsbakgrund i den senare undersökningen. Den demografiska beskrivningen av deltagarna visade att fler hade en högre utbildningsnivå 2014–15 jämfört med tidigare. Detta stöds av SCB (2019) som redovisar att allt fler har idag en längre utbildning jämfört med 2001. En högre utbildningsnivå skulle även teoretiskt kunna förklara generella förbättringar i populationens levnadsvanor så som en minskad andel rökare och en ökad fysisk aktivitet då en högre utbildningsnivå leder till ökade kunskaper om den egna hälsan (Parker & Thorslund, 2007.) Patienternas ökade utbildningsnivå kan komma att ställa än högre krav på hälso- och sjukvården och på distriktssköterskans egna kunskap och kompetens.

Som ett bifynd uppmärksammades att andelen förvärvsarbetare ökade markant i den senare studien trots att den hade fler deltagande 66-åringar. Andelen äldre som arbetar har ökat under 2000-talet och SCB (2017) skriver att antalet arbetande 66-åringar år 2015 var 44%, vilket var en fördubbling på 15 år. Ökningen förklaras delvis av pensionsreformen som gav rätt att arbeta kvar till 67 års ålder (LAS 32§) samt en mer restriktiv politik vad gäller sjukpensionen (Inspektionen för socialförsäkringen, 2011) och A-kassan. Statistiska siffror för Blekinge visar att 60 procent färre kvinnor och 40 procent färre män erhöll ersättning från A-kassan år 2015 jämfört med 2003 (Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringen, 2015). Ökningen av förvärvsarbetande kan även förklaras av den ökade andelen äldre med en högre utbildning som resultatet visar i den senare undersökningen. Både SCB (2017) och Lindell (2018) menar att det finns en koppling mellan högre utbildning och ett längre arbetsliv, vilket kan bero på att de med högre utbildning och högre lön förväntas få en högre pension om de arbetar längre.

Slutsats

Resultatet visar uppmuntrande att de yngre äldre mår allmänt bättre, röker mindre och har blivit mer fysiskt aktiva över en period på tolv år. Kvinnorna har sedan tidigare varit mer hälsomedvetna men det är männen som har gjort störst förbättringar i sin hälsa och sina levnadsvanor hittills under 2000-talet. En mer oroande utveckling är att riskbruket av alkohol har ökat, speciellt hos kvinnor. Riskbruk av alkohol har ett samband med den upplevda mentala hälsan som försämrats under samma period. Distriktssköterskan behöver våga lyfta känsliga frågor så som alkoholkonsumtion och psykisk hälsa i möten med patienten för att synliggöra dess hälsorisker. Ytterligare fokus skulle även kunna läggas på att öka de yngre äldres aktivitetsnivå då fysisk aktivitet kan förbättra både den fysiska och psykiska hälsan hos äldre. FaR är en underanvänd resurs som skulle kunna utnyttjas i högre grad av distriktssköterskan för att underlätta för äldre personer att följa råd om aktivitet. Många sjukdomar går att förebygga med goda levnadsvanor. Att använda välbefinnande som mått på hälsa gör individen mer delaktig i besluten gällande den egna hälsan och möjliggör ett personcentrerat förhållningssätt. Utifrån ett personcentrerat förhållningssätt kan distriktssköterskan erbjuda råd och samtal samt bidra med kunskap för att stödja och motivera till en förändring hos individen. Det är aldrig försent att förändra levnadsvanorna för en möjlighet till ett gott åldrande.

Självständighet

Detta arbete är ett resultat av båda författarnas gemensamma ansträngningar. Idé och syfte till studien framkom efter gemensam diskussion. Insamling av fakta till bakgrunden och diskussionen gjordes gemensamt. Metoden studerades för sig och diskuterades sedan mellan författarna till en gemensam förståelse. Data analyserades tillsammans och författarna var överens om resultatet. Diskussionen utformades gemensamt och båda författarna har kommit med förslag till förbättringar under arbetets gång.

Referenser

- Ahlner, F., Skoog, I., & Waern, M. (2018). Alkohol och äldre. *Läkartidningen*, 115. <http://lakartidningen.se/EditorialFiles/7S/%5BE77S%5D/E77S.pdf>
- Allebeck, P., Andreasson, S., Wåhlin, S., Ramstedt, M., Gripenberg, J., Damström-Thakker, K., & Heinemans, N. (2018). Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Hämtad 2019-05-08 från <https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/alkoholkonsumtion-och-risknivaer-rapport-2018.1.pdf>
- André, B., Canhão, H., Espanes, A.G., Ferreria Rodrigues, A. M., Gregorio, M. J., Nguyen, C., ... Grønning, K. (2016). Is there an association between food patterns and life satisfaction among Norway's inhabitants ages 65 years and older? *Elsevier*, 110, 108-115. doi:10.1016/j.appet.2016.12.016
- Berensson, K., Olofsson, E., & Räftegård Färggren, T. (2010). Äldres hälsa -en utmaning för Europa. Hämtad 2019-05-13 från <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/688/500>
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (1998). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Stockholm: Universitetsförlaget
- Blazer, D., & Wu, L-T. (2009). The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults national survey on drug use and health. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 162-1169. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09010016.
- Brydolf, J. (2018). Så bedömer du din vikt. Hämtad 2018-10-05 från <http://www.1177.se/Kalmar-lan/Tema/Halsa/Livsstil---att-andra-en-vana/Sa-bedomer-du-din-vikt>
- Brugård Konde, Å., Bjerselius, R., Haglund, L., Jansson, A., Pearson, M., Sanner Färnstrand, J., & Johansson, A-K. (2015). *Råd om bra matvanor – risk och nyttohanteringsrapport (5/2015)*. Hämtad från Livsmedelsverkets webbplats: <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2015/rapp-5-hanteringsrapport-slutversion.pdf>
- Börjesson, M., Onerup, A., Lundqvist, S., & Dahlöf, B. (2016). Fysisk aktivitet vid hypertoni. Hämtad 2019-05-03 från <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Hypertoni-1.pdf>
- Caligiuri, S., & Pierce, G. (2017). A review of the relative efficacy of dietary, nutritional supplements, lifestyle, and drug therapies in the management of hypertension, *Food Science and Nutrition*, 57(16), 3508-3527. doi:10.1080/10408398.2016.1142420
- Canham, S., Mauro, P., Kaufmann, C., & Sixsmith, A. (2016) Association of alcohol use and loneliness frequency among middle-aged and older adult drinkers. *Journal of Aging Health*, 28(2), 267-284. doi:10.1177/0898264315589579.

- Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D.N., Fiatarone Singh, M.A., Minson, C., Nigg, C., Salem, G., & Skinner, J. (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine Science Sports Exercise*, 41(7), 1510-1530. doi:10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c
- Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., ... Mead, G.E. (2013). Exercise for depression. *The Cochrane Library*, 9. <http://norskhph.no/wp/wp-content/uploads/2014/11/Cooney-Exercise-for-depression-Cochrane-2013.pdf>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. [Bild]. Stockholm: Institute for Futures Studies
- Dahmström, K. (2011) *Från datainsamling till rapport - att göra en statistisk undersökning* (5. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Doolan, D., & Frölicher, E. (2008). Smoking cessation interventions and older adults. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 23(3), 119-127. doi:10.1111/j.1751-7117.2008.00001.x
- Drevenhorn, E., & Österlund Efraimsson, E. (2013). Distriktssköterskans mottagningar. I C. Böckberg (Red.), *Omvårdnad i primärvården* (s.125-143). Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Ekblom-Bak, E., Ekblom, Ö., Andersson, G., Wallin, P., Söderling, J., Hemmingsson, E., & Ekblom, B. (2018). Decline in cardiorespiratory fitness in the Swedish working force between 1995-2017. *Scandinavian Journal of Medicine & Science In Sports*. 1-8. doi:10.1111/sms.13328
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s. 29-61). Lund: Studentlitteratur.
- Engelst Grove, B., Schougaard, L.M., Hjollund, N.H., & Ivarsen, P. (2018). Self-rated health, quality of life and appetite as predictors of initiation of dialysis and mortality in patients with chronic kidney disease stages 4–5: a prospective cohort study. *BMC Research Notes*, 11(1), 371-376. doi:10.1186/s13104-018-3472-9
- Eriksson, K. (1993). Hälsans idé (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2000). Hälsans idé (2. uppl.) [Bild]. Stockholm: Liber.
- Ernst Bravell, M., Christiansen, M., Blomqvist, K., & Edberg, A-K. (2017). Åldrandets olika dimensioner. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernst Bravell & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad och äldre*, (s105-156). Lund: Studentlitteratur.
- Ernst Bravell, M., & Edberg, A-K. (2017). Äldres hälsa och välbefinnande. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernst Bravell & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad och äldre*, (s157-188). Lund: Studentlitteratur.

Esposito, K., Maiorina, M., Bellastella, G., Chiodini, P., Panagiotakos, D., & Giugliano, D. (2015). A journey into a Mediterranean diet and type 2 diabetes: a systematic review with meta-analyses. *British Medical Journal Open*, 5(8). doi:10.1136/bmjopen-2015-008222

Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M., Corella D., Arós F., ... Martínez-González MA. (2018). Primary prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *The New England Journal of Medicine*, 378(25). doi:10.1056/NEJMoa1800389

Folkehelseinstituttet. (2014). Helseisiklo ved bruk av snus. Hämtad 2018-11-02 från <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/helseisiklo-ved-bruk-av-snus-pdf.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2010). Det är aldrig försent! Ett utbildningsmaterial om hälsosamt åldrande med fokus på möten, mat och aktivitet. Hämtad 2019-04-25 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/58fe9869941249d586f1446dc695b8a4/utbildning-aldreshalsa.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2016a). Alkoholens skadeverkninger. Hämtad 2018-11-02 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/alkohol/skadeverkninger/>

Folkhälsomyndigheten. (2016b). Snusbruk och hälsorisker. Hämtad 2018-11-02 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/tobak/snusbruk-och-halsorisker/>

Folkhälsomyndigheten. (2017). Folkhälsans utveckling – årsrapport 2017. Hämtad 2019-04-23 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017/>

Folkhälsomyndigheten. (2018). Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor 2004–2016. Hämtad 2019-04-24 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ce5be7be87ea44e0a050966835d9097f/syfte-bakgrund-fragorna-nationella-folkhalsoenkaten-2004-2016.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2019a). Daglig tobaksrökning. Hämtad 2019-04-02 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/tobaksrokning-daglig/>

Folkhälsomyndigheten. (2019b). Folkhälsans utveckling - årsrapport 2019. Hämtad 2019-04-03 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d162673edec94e5f8d1da1f78e54dac4/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2019.pdf>

Frederiksen, N., Gustafsson, J., Hadnagy, J., Jonsson, C., Karlsson, N., & Midtbø, O. (2018). Äldre och alkohol – Om utmaningarna inom äldreomsorgen i Norden. Nordens välfärdscenter. Hämtad 2019-05-06 från https://issuu.com/nordicwelfare/docs/webbversion_final?e=30952623/66019952

- Frändin, K., & Helbostad, J. L. (2016). Rekommendationer om fysisk aktivitet för äldre. Hämtad 2019-05-03 från http://www.fysss.se/wp-content/uploads/2017/09/FYSS-kapitel_FA_aldre_FINAL_2016-12.pdf
- Grosso, G., Bella, F., Godos, J., Sciacca, S., Del Rio, D., Ray, S., ... Giovannucci, E. (2017). Possible role of diet in cancer: systematic review and multiple meta-analyses of dietary patterns, lifestyle factors, and cancer risk. *Nutrition Reviews*, 75(6), 405-419. doi:10.1093/nutrit/nux012
- Guttormsson, U., & Gröndahl, M. (2018). Självrapporterade alkoholvanor 2004-2017. CAN rapport 173. Hämtad 2019-05-02 från <https://www.can.se/contentassets/14703e2c9a1340f49bfd35ef7da495b1/befolkningens-sjlvrapporterade-alkoholvanor-2004-2017.pdf>
- Heintz, E., Liljemark, J., & Nilsson, E. (2017). Skattning av hälsorelaterad livskvalitet. *Svensk Geriatrik: Äldrevård och Äldre medicin i Öppen och Slutet Vård*, 2, 9-14. <http://svenskeriatrik.se/wp-content/uploads/SG2.17.pdf>
- Heinzel S, Lawrence JB, Kallies G, Rapp M., & Heissel A. (2015). Using exercise to fight depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 28(4), 149–162. doi:10.1024/1662-9647/a000133.
- Holm Ivarsson, B. (2014). *Sjukdomsförebyggande metoder: samtal om levnadsvanor i vården*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Inspektionen för arbetslöshetsförsäkringen IAF. (2015). Antalet personer som fått arbetslöshetsersättning. Hämtad 2019-05-10 från <http://externastat.iaf.se/report.aspx?ID=3>
- Inspektionen för socialförsäkringen. (2011). *Beslut om sjukersättning* (2011:17). Hämtad från https://www.inspsf.se/digitalAssets/2/2841_3rapport_2011_7.pdf
- Jerdén, L., Dalton, J., Johansson, H., Sorensen, J., Jenkins, P., & Weinehall, L. (2018). Lifestyle counseling in primary care in the United States and Sweden: a comparison of patients' expectations and experiences. *Global Health Action*, 11(1). doi:10.1080/16549716.2018.1438238
- Kallings, L. (2012). Fysisk aktivitet på recept – en underutnyttjad resurs. *Läkartidningen*, 51-51(109), 2348-2350. http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/19030/LKT1251s2348_2350.pdf
- Kardakis, T., Jerdén, L., Nyström, M., Weinehall, L., & Johansson, H. (2018). Implementation of clinical practice guidelines on lifestyle interventions in Swedish primary healthcare – a two-year follow up. *BMC Health Services Research*, 18(1). doi:10.1186/s12913-018-3023-z
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2012). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28(4), 490-501. doi:10.1093/heapro/das034

Khaw, K.T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., & Day, N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Medicine*, 5(1). doi: 10.1371/journal.pmed.0050012.

Kostministeriet. (2017). FOG 2017. En rapport om konsumtionen av frukt och grönsaker i Sverige under det gångna året. Hämtad 2019-04-02 från https://kostministeriet.se/wp-content/uploads/2018/01/FOG_2017.pdf

Kuerbis, A. & Sacco, P. (2012). The impact of retirement on the drinking patterns of older adults: A review. *Addictive Behaviours*, 37, 587-595. doi:10.1016/j.addbeh.2012.01.022

Kunskapsguiden. (2016). Att främja goda matvanor. Hämtad 2019-05-09 från <https://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Kostochnutrition/Sidor/Att-framja-goda-matvanor.aspx>

Körner, S. & Wahlgren, L. (2002). *Praktisk statistik* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Körner, S. & Wahlgren, L. (2006). *Statistisk dataanalys* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lagen om anställningsskydd (SFS 1982:80). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-198280-om-anstallningsskydd_sfs-1982-80

Lagergren, M., Fratiglioni, L., Rahm Hallberg, I., Berglund, J., Elmståhl, S., Hagberg, B., ... Wimo, A. (2004). A longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish National study on Aging and Care (SNAC). *Aging Clinical and Experimental Research*, 16(2), 158-168. <https://link.springer-com.miman.bib.bth.se/content/pdf/10.1007%2F03324546.pdf>

Landstinget Blekinge. (2014). Tillsammans kan vi göra skillnad, folkhälsorapport Blekinge 2014. Hämtad 2019-05-18 från https://regionblekinge.se/download/18.1d469c2d16662db3e4337120/1545298877902/folkhal-sorapport_blekinge_2014_till-tryck.pdf

Lee, IM., Sesso, HD., Oguma, Y., & Paffenbarger, RS. (2004). The "weekend worrier" and the risk of mortality. *American Journal of Epidemiology*, 160(7), 636-641. doi:10.1093/aje/kwh274

Lindell, H. (2018) Äldres arbetssituation. Hämtad 2019-04-18 från <https://www.arbetsformedlingen.se/Om-oss/Statistik-och-publikationer/Rapporter/Ovriga/2018-05-16-Aldres-arbetsmarknadssituation.html>

Livsmedelsverket. (2018). Alkohol- råd. Hämtad 2018-10-23 från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/rad-om-bramat-hitta-ditt-satt/alkohol---rad>

Lundqvist, G., Sandström, H., Öhman, A., & Weinehall, L. (2009). Patterns of tobacco use: A 10-year follow-up study of smoking and snus habits in a middle-aged Swedish population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 161-167. doi:10.1177/1403494808096169

- Mattisson, I. (2016). Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige. Hämtad 2019-05-08 från <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016/rapport-9-omslag--inlaga--bilaga.pdf>
- Mons, U., Muezzinler, A., Gellert, C., Schöttker, B., Abnet, C.C., Bobak, M., ... Brenner, H. (2015). Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *British Medical Journal*, 350. doi:10.1136/bmj.h1551
- Moradi, T., Allebeck, P., & Jacobsson, A. (2006). Sjukdomsördan i Sverige mätt med DALY. Neuropsykiatriska sjukdomar och hjärt-kärlsjukdom dominerar. *Läkartidningen*, 3(103), 137–141. http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/2/2863/LKT0603s137_141.pdf
- Murray, C.J.L., Barber, R.M., Foreman, K.J., Ozgoren, A.A., Abd-Allah, F., Abera, S.F., ... Vos, T. (2015). Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet*, 386(10009), 2145-2191. doi:10.1016/S0140-6736(15)61340-X
- Norberg, M., Stenlund, H., Lindahl, B., Boman, K., & Weinehall, L. (2006). Contribution of Swedish moist snuff to the metabolic syndrome: A wolf in sheep's clothing?. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 576-583. doi:10.1080/14034940600665143
- Nygren, Å., Åsberg, M., Peterson, U., Djukanović, I., Häggström, Y., Besèr, A., & Sorjonen, K. (2014). Hälsa och livskvalitet hos pensionärer [HÄLP]. Hämtad 2019-04-24 från https://ki.se/sites/default/files/2018/11/06/halsa_och_livskvalitet_hos_pensionarer_halp_slutrapport.pdf
- Nystedt, P. (2006). Marital life course events and smoking behaviour in Sweden 1980–2000. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1427-1442. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.009
- OPTUM. (2018). SF-12v2 Health Survey. Hämtad 2018-10-23 från <https://campaign.optum.com/content/optum/en/optum-outcomes/what-we-do/health-surveys/sf-12v2-health-survey.html>
- Parker, M. & Thorslund, M. (2007). Health trends in the elderly population: Getting better and getting worse. *The Gerontologist*, 47(2), 150-158. doi:10.1093/geront/47.2.150
- Patientlagen (SFS 2014:821). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Ramström, L.M., & Foulds, J. (2006). Role of snus in initiation and cessation of tobacco smoking in Sweden. *Tobacco Control*, 15(3), 210-214. doi:10.1136/tc.2005.014969
- Rennemark, M., Jogrèus, C., Elmståhl, S., Welmer, A-K., Wimo A., & Sanmartin-Berglund, J. (2018). Relationship between frequency of moderate physical activity and longevity: An

11-year follow-up study. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 4, 1-8.
doi:10.1177/2333721418786565

Rocha, S., Hoepers, A., Fröde, T., Steidle, L., Pizzichini, E., & Pizzichini, M. (2019). Prevalence of smoking and reasons for continuing to smoke: a population-based study. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 45(4). doi:10.1590/1806-3713/e20170080

Rydwik, E., Welmer, A-K., Kåreholt, I., Angleman, S., Fratiglioni, L., & Wang, H-X. (2012). Adherence to physical exercise recommendations in people over 65 - The SNAC-Kungsholmen study. *European Journal of Public Health*, 23(5), 799-804.
doi:10.1093.eurpub/cks150

Sattelmair, J., Pertman, J., Ding, EL., Kohl, HW., Haskell, W., & Lee, IM. (2011). Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: A meta-analysis. *Circulation American Heart Association Journals*, 124(7), 789-795.
doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.010710

Sælensminde, K. & Torkilseng, E. (2010). *Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ve fysisk aktivitet* (Rapport IS-1794). Hämtad från Helsedirektoratets webbplats:
[https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=Vunne%20kvalitetsjusterte%20leve%C3%A5r%20\(QALYs\)%20ved%20fysisk%20aktivitet](https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=Vunne%20kvalitetsjusterte%20leve%C3%A5r%20(QALYs)%20ved%20fysisk%20aktivitet)

Schäfer Elinder, L., Hagströmer, M., Nyberg G., & Ekblom-Bak, E. (2011). Fysisk aktivitet och stillasittande. Hämtad 2019-05-08 från
http://dok.slso.sll.se/CES/FHG/Folkhalsoarbete/Rapporter/del5_fysisk_aktivitet_web.pdf

Shiroma, EJ., Lee, IM, Schepps, MA., Kamada, M., & Harris, TB. (2018). Physical activity patterns and mortality: The weekend warrior and activity bouts. *Medicin and Science in Sports and Exercise*. doi:10.1249/MSS.0000000000001762

Smart Senior. (2018). Seniorbarometern. Hämtad 2019-04-24 från
<https://www.vt.se/nyheter/vastervik/sa-har-aldres-matvanor-forbattrats-om5256031.aspx>

Socialstyrelsen. (2012). Så kan sjukvården förebygga sjukdom - en inspirationsskrift för beslutsfattare i hälso- och sjukvården. Hämtad 2019-04-28 från
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18786/2012-8-3.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). Så här vill patienter berätta för sjukvården om sina levnadsvanor. Hämtad 2019-05-03 från
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20418/2016-12-13.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Vård och omsorg om äldre: Lägesrapport 2017* (2017-2-2). Hämtad från Socialstyrelsens webbplats:
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20469/2017-2-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2018a). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Hämtad 2019-03-29 från
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20995/2018-6-24.pdf>

Socialstyrelsen. (2018b). Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar Lägesrapport 2018. Hämtad 2019-04-02 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20816/2018-2-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). Möjliga alkoholproblem. Hämtad 2019-04-09 från <https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjermisbrukochberoende/sokiriktlinjerna/mojligaalkoholproblem>

Statens Folkhälsoinstitut. (2010). Målområde 11 Tobak Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Hämtad 2019-04-16 från https://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/sweden_annex7_tobacco_knowledge_base_for_public_health_policy_report_2010.pdf

Statens Folkhälsoinstitut. (2012). Alkohol och äldre. Hämtad 2019-05-02 från [https://www2.sahlgrenska.se/upload/Alkohol%20och%20h%C3%A4lsa/Faktablad-alkohol-och-aldre\(1\).pdf](https://www2.sahlgrenska.se/upload/Alkohol%20och%20h%C3%A4lsa/Faktablad-alkohol-och-aldre(1).pdf)

Statistiska centralbyrån. (2016). Livsmedelsförsäljning per capita. Hämtad 2019-05-06 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/handel-med-varor-och-tjanster/inrikeshandel/livsmedelsforsaljning-fordelad-pa-varugrupper/pong/tabell-och-diagram/livsmedelsforsaljning-per-capita/>

Statistiska centralbyrån. (2017) Var tredje 67-åring arbetar. Hämtad 2019-04-18 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Var-tredje-67-aring-arbetar/>

Statistiska centralbyrån. (2018a). Teknisk rapport: en beskrivning av genomförande och metoder ”Hälsa på lika villkor” Nationellt urval. Hämtad 2019-05-17 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9b1b216c596a487ca6c6aa6dc413efb4/teknisk-rapport-med-bilagor-hlv-2018.pdf>

Statistiska centralbyrån. (2018b). Levnadsförhållanden 1980–2016 - ett urval av indikatorer. Hämtad 2019-04-03 från https://www.scb.se/contentassets/21dab51c868242c4800f01d58cbfc914/le0101_1980i16_sm_lebr1801.pdf

Statistiska centralbyrån. (2019). Befolkningens utbildning – Utbildningsnivå 1990–2018 efter inrikes/utrikes född (fr.o.m. 2000) och kön, 25-64 år. Hämtad 2019-05-23 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/befolkningens-utbildning/befolkningens-utbildning/>

Stechmiller, JK. (2010). Understanding the role of nutrition and wound healing, *Nutrition in Clinical Practice*, 25(1), 61-68. doi:10.1177/0884533609358997

Stockholms läns landsting. (2015). Folkhälsorapport. Folkhälsan i Stockholms län. Hämtad 2019-05-09 från http://dok.slso.sll.se/CES/FHG/Folkhalsoarbete/Halsa%20Stockholm/Folkhalsoarbete_2015.pdf

Stressforskningsinstitutet Stockholms universitet. (2018). Arbeta och självrapporterad hälsa bland svenska kvinnor och män. Hämtad 2019-05-08 från

https://www.stressforskning.su.se/polopoly_fs/1.230061.1427290025!/menu/standard/file/Kvinnor%20och%20m%C3%A4ns%20h%C3%A4lsa%20webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). Kompetensbeskrivning för Distriktssköterskor. Hämtad 2019-04-02 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterska.kompbeskr.webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Svensk sjuksköterskeförenings strategi för jämlik vård och hälsa. Hämtad 2019-04-03 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_jamlik_vard_och_halsa.pdf

Södergren, M., Sundquist, J., Johansson, S-E., & Sundquist, K. (2008). Physical activity, exercise and self-rated health: a population-based study from Sweden. *BMC Public Health*, 8. doi:10.1186/1471-2458-8-352

Tamayo-Fonseca, N., Nolasco, A., Quesada, J.A., Pereyra-Zamora, P., Melchor, I., Moncho, J., ... Barona, C. (2015). Self-rated health and hospital services use in the Spanish national health system: a longitudinal study. *BMC Health Services Research*, 15(492). doi:10.1186/s12913-015-1158-8

The Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). What risk factors drive the most death and disability combined. Hämtad 2019-03-29 från <http://www.healthdata.org/sweden>

Trolldal, B. & Leifman, H. (2019). Alkoholkonsumtionen i Sverige 2017 CAN Rapport 175. Hämtad 2019-04-16 från https://www.can.se/contentassets/00aedc7994c94a34b2f35880ba8e1083/alkoholkonsumtionen-i-sverige-2017_webb.pdf

Vejen, M., Bjorner, J., Bestle, M., Lindhardt, A., & Jensen, J. (2017). Self-rated health as a predictor of death after two years: The importance of physical and mental wellbeing postintensive care. *BioMed Research International*. doi:10.1155/2017/5192640

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2019-04-15 från https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Vikberg, S., Sörlén, N., Brandén, L., Johansson, J., Nordström, A., Hult, A., & Nordström, P. (2019). Effects of resistance training on functional strength and muscle mass in 70-year-old individuals with pre-sarcopenia: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(1), 20-34. doi:10.1016/j.jamda.2018.09.011

Waern, M., Marlow, T., Morin, J., Östling, S., & Skoog, I. (2014). Secular changes in at-risk drinking in Sweden: birth cohort comparisons in 75-year-old men and women 1976–2006. *Age and Ageing*, 43(2), 228–234. doi:10.1093/ageing/aft136

Wang, X., Ouyang, Y., Liu, J., Zhu, M., Zhao, G., Bao, W., & Hu, F. (2014). Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer:

systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 349. doi:10.1136/bmj.g4490

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Hämtad från WHO's webbplats: https://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf

WHO. (1999). Healthy living: what is a healthy lifestyle? Hämtad 2018-11-02 från <http://www.who.int/iris/handle/10665/108180>

WHO. (2018a). Definition of an older or elderly person. Hämtad 2018-10-05 från <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

WHO. (2018b). Noncommunicable diseases and their risk factors. Hämtad 2018-11-02 från <http://www.who.int/ncds/en/>

WHO. (2018c) Tobacco. Hämtad 2018-10-31 från <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet. (2011) Rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna. Hämtad 2019-04-16 från <http://www.yfa.se/wp-content/uploads/2012/03/SLS-Rekommendationer-om-fysisk-aktivitet-f%C3%B6r-vuxna-2011.pdf>

Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet. (2019). FYSS evidensbaserad kunskapsbas. Hämtad 2019-05-23 från <http://www.fyss.se/om/det-har-ar-fyss/>






Åhlin, J., Hallgren, M., Öjehagen, A., Källmén, H., & Forsell, Y. (2015). Adults with mild to moderate depression exhibit more alcohol related problems compared to the general adult population: a cross sectional study. *BMC Public Health*, 15(542), 1-7. doi:10.1186/s12889-015-1837-8

Bilaga 1 - AUDIT, formulär för riskbruk alkohol

AUDIT

Här är ett antal frågor om Dina alkoholvanor

Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

Med ett "glas" menas:									
	50 cl folköl		33 cl starköl		1 glas rött el vitt vin		1 litet glas starkvin		4 cl sprit, t. ex. whisky
Hur gammal är du? <input type="text"/> <input type="text"/> år		Man <input type="checkbox"/>		Kvinna <input type="checkbox"/>					
1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>				
2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?		1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 - 9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>			
3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
5. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
7. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>					
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>					

Bilaga 2 - SF 12, Hälsoenkät

Hälsoenkät (SF-12)

Instruktion: Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på Din hälsa. Informationen skall hjälpa till att följa hur Du mår och fungerar i Ditt dagliga liv. Besvara frågorna genom att sätta ett kryss i den ruta Du tycker stämmer bäst in på Dig. Om Du är osäker, kryssa ändå i den ruta som känns riktigast.

	Utmärkt	Mycket god	God	Någorlunda	Dålig	
1. I allmänhet, skulle Du vilja säga att Din hälsa är:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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		
2. Måttligt ansträngande aktiviteter, som att flytta ett bord, dammsuga, skogspromenader eller trädgårdsarbete		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Gå uppför flera trappor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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 Ditt kroppsliga hälsotillstånd?						
		Ja		Nej		
4. Uträttat mindre än Du skulle önskat		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
5. Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
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 ångslan)?						
		Ja		Nej		
6. Uträttat mindre än Du skulle önskat		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
7. Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
8. Under de senaste fyra veckorna, hur mycket har värken eller smärtan stört Ditt normala arbete (innefattar både arbete utanför hemmet och hushållssysslor)?	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket	Väldigt mycket	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 känt Dig.						
Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna...	Hela tiden	Största delen av tiden	En hel del av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
9. ...har Du känt dig lugn och harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...har Du varit full av energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...har Du känt Dig dystert och ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 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, vänner, etc)?	Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

IQOLA SF-12 Standard Swedish Version 1.0. Copyright © 1994 The Health Institute, New England Medical Center. All rights reserved. +