



# **FYSISK AKTIVITET & BRA MATVANOR FÖR DET GODA ÅLDRANDET**

- Resultat från forskningsprojektet  
*Gott Åldrande i Skåne (GÅS)*

Rapport 2013:1

Johanna Douhan  
Sölve Elmståhl



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

<b>FÖRORD</b> .....	2
<b>INLEDNING</b> .....	3
<b>DEMOGRAFISKA FÖRHÅLLANDEN</b> .....	4
Åldersgrupper.....	5
Könsfördelning.....	6
<b>RESULTAT</b> .....	7
Vad är nyttan med fysisk aktivitet?.....	7
Hur fysiskt aktiva är de äldre i Skåne?.....	9
Vad är bra matvanor? .....	16
Hur ser de äldre i Skånes matvanor ut?.....	17
<b>TIDIGARE PUBLIKATIONER FRÅN SNAC-SKÅNE</b> .....	25
Avhandlingar.....	25
Artiklar .....	25
Rapporter.....	30
<b>REFERENSER</b> .....	32

# FÖRORD

---

I Skåne pågår projektet Gott Åldrande i Skåne (GÅS) som är en del i det nationella forskningsprojektet Swedish National Study on Aging and Care (SNAC) som drivs med stöd från Socialdepartementet, Region Skåne och medverkande kommuner. Fem kommuner ingår nämligen Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad. I SNAC projektet ingår även Karlskrona kommun i Blekinge län, Nordanstigs kommun i Gävleborgs län och stadsdelen Kungsholmen i Stockholms stad och de fyra områdena representerar både stad och landsbygd.

Projektet som startade 2001 är en longitudinell nationell undersökning med det övergripande syftet att öka kunskapen om det normala åldrandet, att identifiera riskfaktorer för sjukdom och ohälsa samt studera förlopp och analysera och följa hur livssituationen är för äldre som drabbats av sjukdom och därmed kunna relatera äldres behov också i förhållanden till vård och omsorgsinsatser. Syftet är också att bygga upp longitudinella databaser som beskriver kommunal vård och omsorg till personer 65 år och däröver och som möjliggör samkörning med det patientadministrativa system som finns i Region Skåne vilket på individnivå ger en bild av vårdkonsumtion och vårdinsatser i Regionens sjukvårdssystem. Därmed kan den helhetsbild som i dag saknas erhållas och som belyser den totala vården till äldre och hur olika delar av vårdssystemet interagerar med varandra.

Avsikten är att få svar på hur framtida vård- och omsorgsbehov ser ut och att få ökad kunskap om vilken betydelse omgivning, livsstil samt tidigare sjukdomar har för äldres hälsa och välbefinnande. Insamlade uppgifter kommer att användas dels av forskare inom olika studier kring äldres hälsa och dels av deltagande kommuner och landsting för bl.a. utvärdering, uppföljning och planering av äldrevården. (mer information finns på den gemensamma hemsidan [www.snac.org](http://www.snac.org) och på [www.skane.se/sus/geriatrik](http://www.skane.se/sus/geriatrik)

Deltagarna i SNAC-Skåne utgörs av män och kvinnor slumpvis utvalda ur åldersgrupperna från 60 till 93 år, totalt 2931 personer och där en uppföljning med ett identiskt undersökningsprotokoll har skett 6 år senare. Hembesök har erbjudits de deltagare som haft svårt att ta sig till undersökningsenheten. Deltagarna genomgår en läkarundersökning, intervjuas av testledare, utför olika funktionstest samt svarar på enkätfrågor om livsstil och hälsa.

Föreliggande rapport fokuserar på fyra faktorer som är relaterade till äldres hälsa nämligen fysisk aktivitet, goda matvanor, meningsfullhet och social gemenskap och stöd. Avsikten med rapporten har varit att ge en övergripande redovisning av äldres hälsa och hur den kan förändras efter en uppföljning sex år senare baserat på befolkningsstudien Gott Åldrande i Skåne.

Malmö 2013-02-13

Sölve Elmståhl  
Projektledare, professor

# INLEDNING

---

Statens Folkhälsoinstitut (FHI) arbetar dagligen med frågor kring äldre hälsa och arbetar ständigt för att hålla sig uppdaterade men de rön som framkommer kring ämnet. I deras arbete har de hittat fyra ben som det goda åldrandet vilar på <sup>1</sup>:

- ① Fysisk aktivitet
- ② Goda matvanor
- ③ Meningsfullhet
- ④ Social gemenskap och stöd

Dessa fyra ben kan relateras till Världshälsoorganisationens (World Health Organisation, WHO) definition av hälsa från 1948:

Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. <sup>2</sup>

Psykiskt och socialt välmående (mental and social well-being) är relaterat till punkt 3 och 4 av Statens Folkhälsoinstituts fyra ben för gott åldrande, medan fysiskt välmående (physical well-being) är relaterat till punkt 1 och 2. I denna rapport kommer *Fysisk aktivitet* och *Goda matvanor* att behandlas. Hur ser det ut hos Skånes äldre? Hur väl är dessa behov mötta?

Rapporten är baserad på det insamlade materialet från GÅS-studien (Gott Åldrande i Skåne). GÅS-studien är en del av den nationella studien SNAC (Swedish National study of Aging and Care). Denna nationella studie pågår även i Nordanstig, Kungsholmen i Stockholm samt i Blekinge. I Skåne ingår Malmö, Hässleholm, Osby, Ystad och Eslöv vilket ger material från både stad och landsbygd <sup>3</sup>.

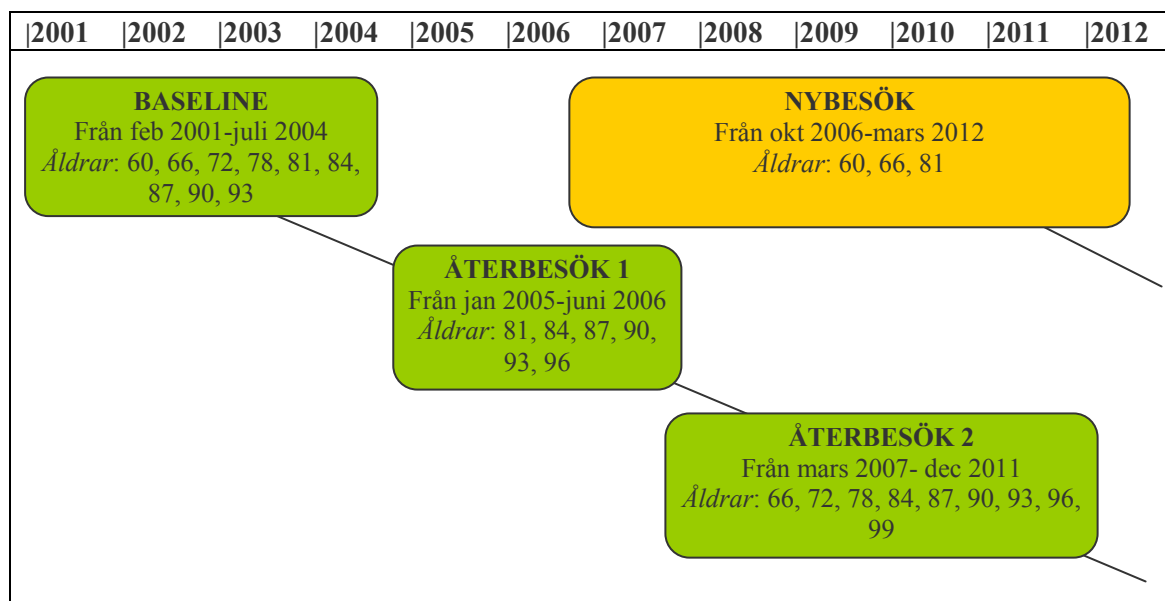
SNAC-studien har initierats av Socialdepartementet och genomförs med ett gemensamt utarbetat frågeformulär. Studien startade 2001 och är en longitudinell studie, där man följer individer över tid för att se förändringar. Den yngre deltagargruppen kallas vart 6:e år för uppföljning medan de som är äldre än 78 år följs upp vart 3:e år. I Skåne finns två undersökningsteam varav det ena är permanent placerat i Malmö medan det andra förflyttar sig från stad till stad så att alla undersökningar kan göras på plats. För de deltagare som inte kan komma till mottagningen erbjuds hembesök. Professor Sölve Elmståhl är projektledare för SNAC-Skåne och projektet utgår från Geriatriskt utvecklingscentrum vid Skånes universitetssjukhus i Malmö <sup>3</sup>.

Det insamlade materialet hämtas från en läkarundersökning, funktionstester genom en sjuksköterskeundersökning, ett flertal psykometriska test som görs med en testledare samt självifyllda enkätfrågor om livsstil, hälsa och mående <sup>3</sup>.

## DEMOGRAFISKA FÖRHÅLLANDEN

GÅS-projektet har pågått sedan 2001, då basundersökningen startade. Denna grupp deltagare, 2931 personer, kallas för *baseline*. Deltagarna är slumpvis randomiserade utifrån befolkningsregistret på basis av personer som under undersökningsåret uppnått ålder för förutbestämda åldersgrupper. Inga exklusionskriterier har skett avseende boendeform såsom särskilt boende. Det enda exklusionskriterium som tillämpats är oförmåga att förstå eller läsa svenska och där närstående tolk saknats. Den första återundersökningen (*Återbesök 1*), en treårsundersökning, pågick mellan januari 2005 och juni 2006 och i denna omgång undersöktes den äldre gruppen – alltså de som är >78 år. När denna undersökning var avslutad påbörjades undersökningen, ett *nybesök*, av helt nya deltagare i åldrarna 60, 66 och 81 år. I januari 2007 sattes den första 6:års undersökningen (*Återbesök 2*) igång, där hela deltagargruppen som var med i basundersökningen kallades tillbaka. Denna första återundersökning som inkluderade hela deltagargruppen avslutades under december 2011. Resultaten som redovisas kommer även ha en jämförande funktion mellan basundersökningen och återbesök 2 eftersom vi då kan jämföra hela deltagargruppen med sig själv. I nedanstående flödesschema demonstreras de olika undersökningsomgångarna.

Figur 1: Flödesschema undersökningsomgångar

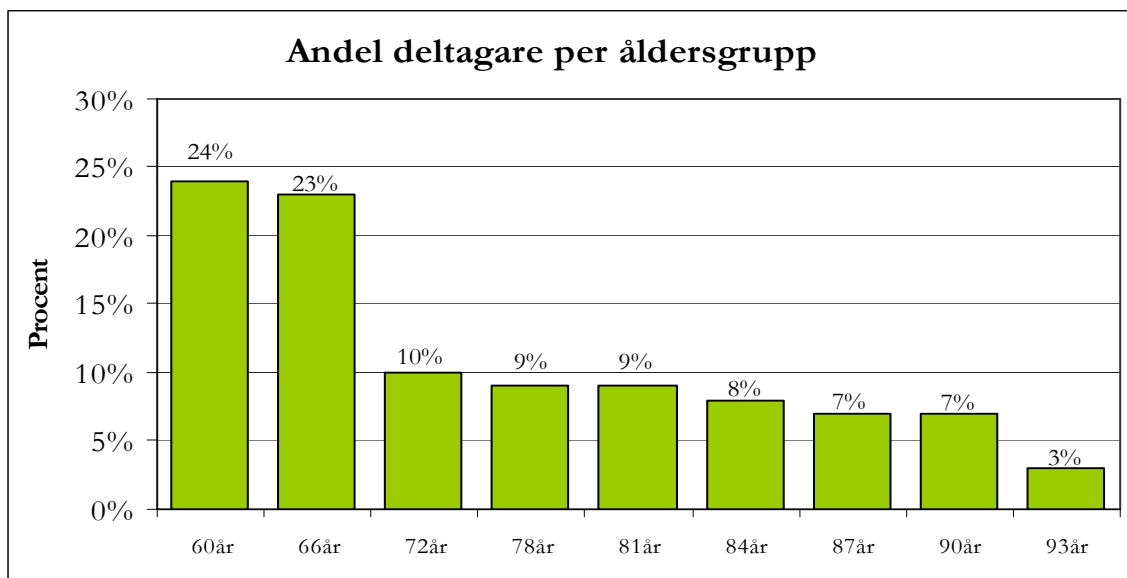


I flödesschemat ser vi hur undersökningstillfällena är uppdelade. De nya deltagarna (Nybesök) väntas vara avslutad under våren 2012.

## Åldersgrupper

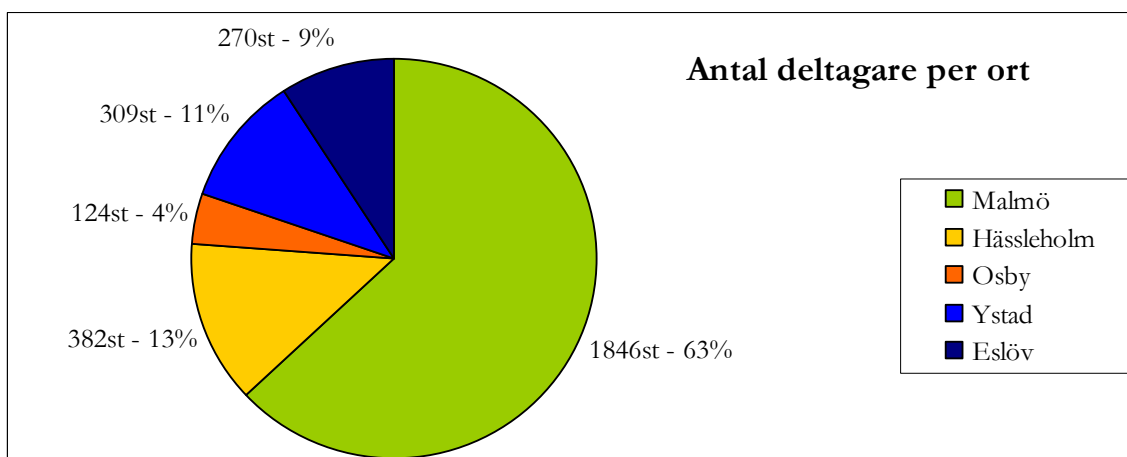
De åldersgrupper som har blivit kallade till projektet är 60, 66, 72, 78, 81, 84, 87, 90 och 93 år. Dessa män och kvinnor har blivit slumpvis randomiserade från befolkningsregistret och i basundersökningen deltog ca 60% av alla inbjudna vilket resulterade i 2931 deltagare. I figur 2 nedan visas fördelningen mellan åldersgrupperna vid basundersökningen.

Figur 2: Fördelning av deltagare per åldersgrupp vid basundersökningen



Det var fler yngre inbjudna och de yngre står för ca hälften av deltagargruppen som synes i figuren ovan. Deltagarfrekvensen var dessutom högre bland de yngre. För hela gruppen varierade deltagarfrekvensen mellan 51-65% deltagande<sup>3</sup>. Nedan, i figur 3, demonstreras antalet och andelen deltagare vid de fem orterna i basundersökningen.

Figur 3: Fördelning av deltagare per ort vid basundersökningen

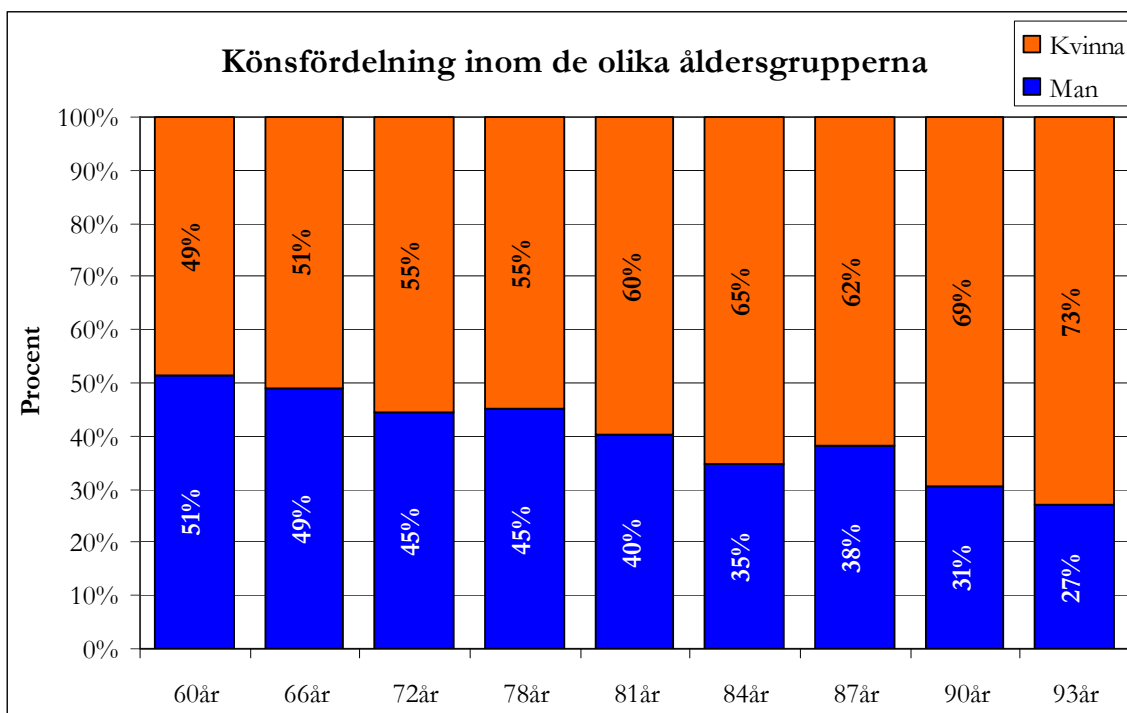


Som synes i figuren står Malmö för den stora deltagargruppen, mer än hälften av deltagarna. Hässleholm är tätt följt av Ystad och Eslöv samt Osby med något mindre andel av den totala deltagargruppen på 2931 personer. Vid återundersökning 6 år senare var 2264 personer i livet varav 1802 återundersöktes (80% deltagarfrekvens).

## Könsfördelning

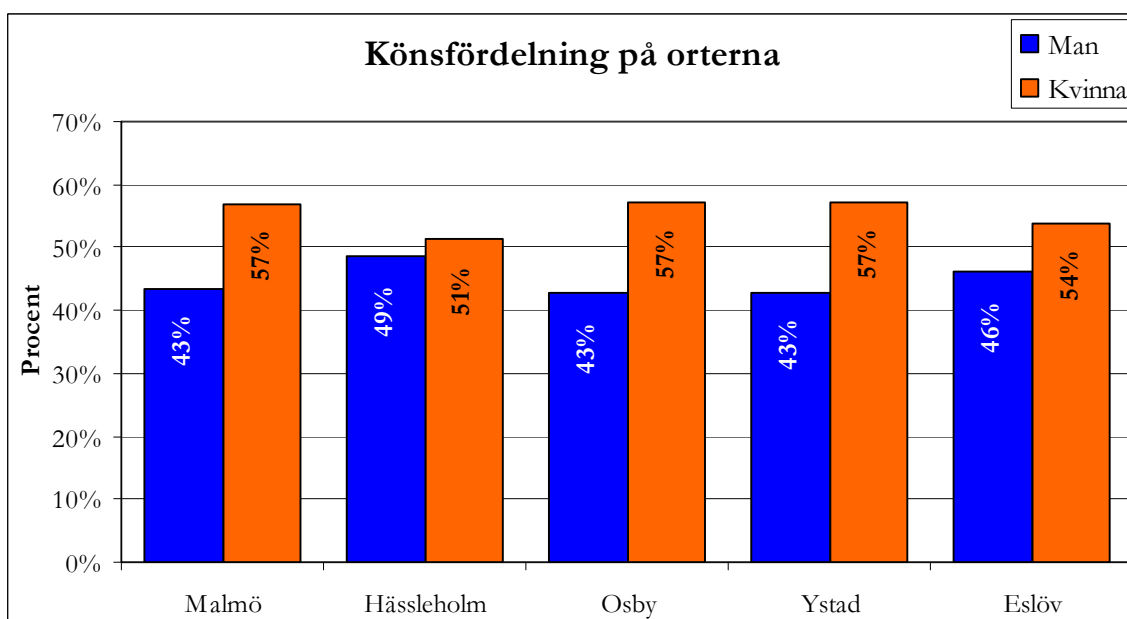
Av de inbjudna männen deltog 64% och av de inbjudna kvinnorna deltog 57%<sup>3</sup>. Sammanlagt deltog 1295 män och 1636 kvinnor i basundersökningen. Fördelningen mellan könen inom de olika åldersgrupperna visas i figur 4.

Figur 4: Könsfördelning inom åldersgrupperna vid basundersökningen



Fördelningen mellan könen vid basundersökningen på de olika orterna demonstreras nedan.

Figur 5: Könsfördelning inom orterna vid basundersökningen



## RESULTAT

Fysisk aktivitet och bra matvanor kan i hälsosamma mål ses som beroende av varandra. Den som är fysiskt aktiv bör även ha bra matvanor för att maximera de goda effekterna av aktiviteterna. Att vara överviktig innebär t ex ofta minskad fysisk aktivitet <sup>4</sup>.

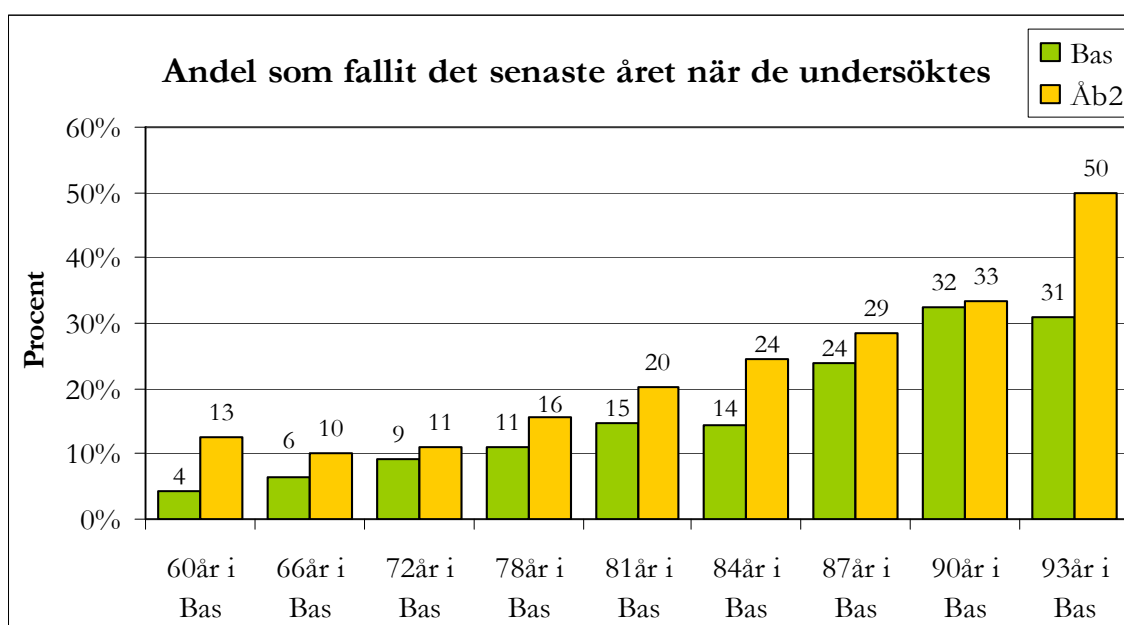
### Vad är nyttan med fysisk aktivitet?

Statens Folkhälsoinstitut skriver följande angående vinsterna med fysisk aktivitet:

*En av de insatser som har den största positiva effekten på människors hälsa är en ökning av den fysiska aktiviteten hos dem som rör sig för lite eller är helt inaktiva. Hälsovinstererna är i stort sett desamma för äldre personer som för övriga, bland annat förbättrad syreupptagningsförmåga, ökad muskelstyrka, bättre rörelsemönster och balans.<sup>(1, s 8)</sup>*

Fysisk aktivitet har visat sig minska risken för fall med den ökade muskelstyrkan och den ökade balansen <sup>1</sup>. Varje år råkar var tredje person över 65 år ut för minst ett fall. Av dessa fall slutar ungefär hälften med en skada – det kan handla om till exempel en höftfraktur eller en handledsfraktur. Vissa skador kan medföra permanenta funktionsinskränkningar för personen i form av minskad rörlighet och funktion. Detta kan i sin tur medföra att personen får svårigheter att bo kvar hemma. Det finns ett flertal faktorer som identifierats som ökar risken för fall. En del av dessa är relaterad till den fysiska miljön såsom dålig belysning, väghållning vintertid, ojämna gångbanor, men med fysisk aktivitet och en ökad balans kan personen få bättre förutsättningar för att undvika fall <sup>5</sup>. I figuren nedan demonstreras hur många av deltagarna som fallit det senaste året då de undersöktes. De gröna staplarna visar hur det var vid basundersökningen och de gula hur det var för samma åldersgrupp 6 år senare vid återbesök 2.

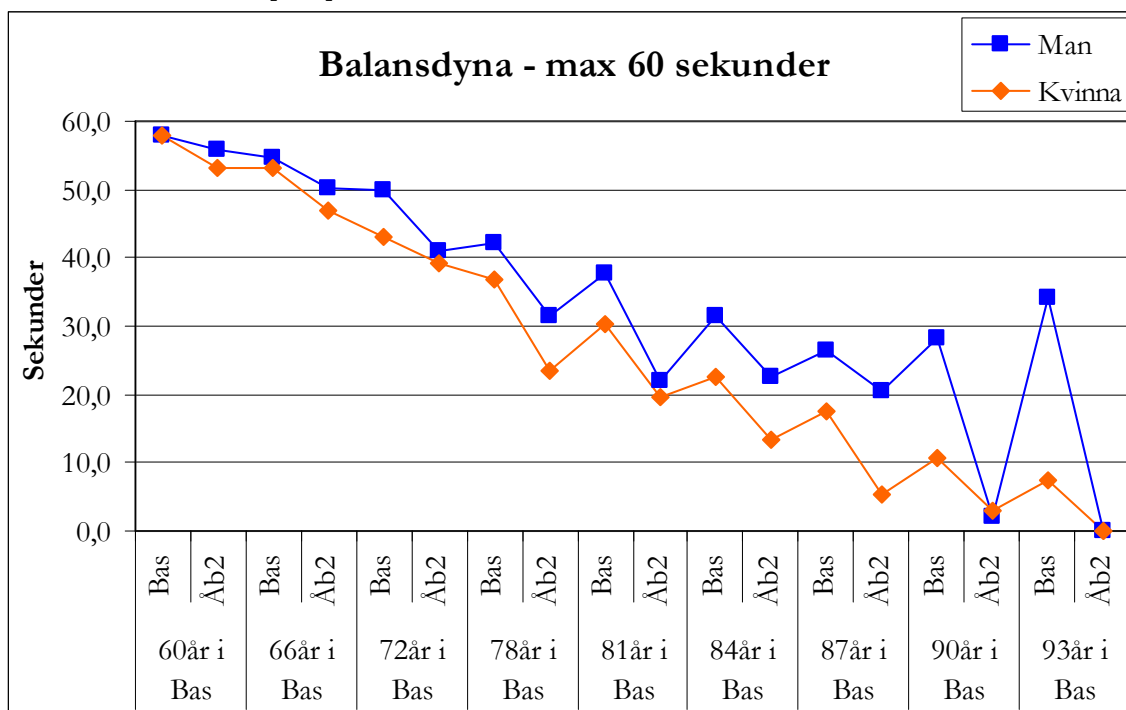
Figur 6: Andel som fallit vid basundersökningen [Bas] och 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2]





Överlag kan man se att det blir vanligare med fall ju äldre man blir, i 90-årsåldern ses en påtaglig ökning av andelen som har fallit från 1/3 till hälften 6 år senare. I en studie som GÅS-studien där deltagarna följs upp vid flera tillfällen kan jämförelser göras mellan de olika besöken. Dessa jämförelser kan till exempel visa på både förbättring och försämring i balansen. När deltagarna är hos sjuksköterskan utför hon ett balanstest med deltagaren på en balansdyna. Vid testet står deltagaren på en barfota på en balansdyna mot en vägg utan att ha kontakt med väggen. Det ska vara 10cm mellan fötterna och deltagaren ska blunda. Tidtagningen startar när deltagaren blundar och avbryts när deltagaren tappar balansen eller öppnar ögonen – annars fortgår testet i 60 sekunder per försök. Klarar deltagaren 60 sekunder vid första försöket görs endast ett försök, annars utförs tre försök. I nedanstående figur demonstreras medeltiden vid första försöket fördelat på män och kvinnor inom de olika åldersgrupperna vid basundersökningen och 6 år senare vid återbesök 2.

Figur 7: Balanstest medelvärde tid vid första av tre försök vid basundersökning [Bas] och 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2]



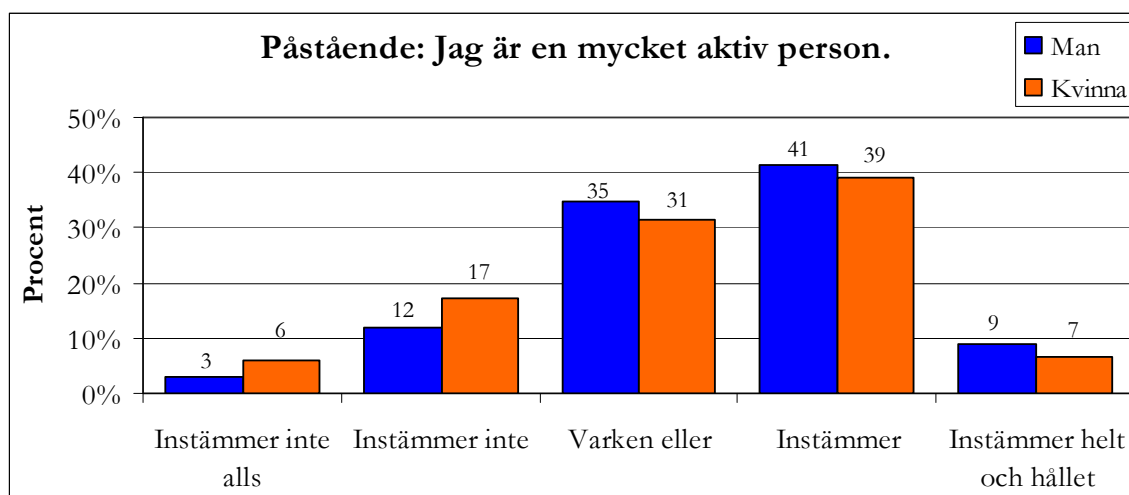
Balansen blir sämre ju äldre man blir vilket syns tydligt i figuren. Männerna har något bättre balans än kvinnorna överlag. Man kan också utröna att balansen för alla åldersgrupper försämrats mellan basundersökningen och återbesök 2. Av deltagarna som var 93 år vid basundersökningen var det endast 2 kvinnor och 2 män som deltog men klarade inte stå ens en sekund varpå dessa linjer slutar på noll. Graden av försämring i balans mellan undersökningarna är mer uttalad för de äldre deltagarna, 78 år och äldre. Viktigt att komma ihåg när man titta på denna figur är att alla deltagare inte utförde testet.

Till hälsovinster med fysisk aktivitet läggs även ökad livskvalitet och allmänt välbefinnande, det kan vara ett sätt att behålla självständighet samt att den fysiska aktiviteten i sig kan leda till sociala kontakter, vilket var ett annat av de fyra benen i Folkhälsoinstitutets ”det goda åldrandet”<sup>1</sup>.

## Hur fysiskt aktiva är de äldre i Skåne?

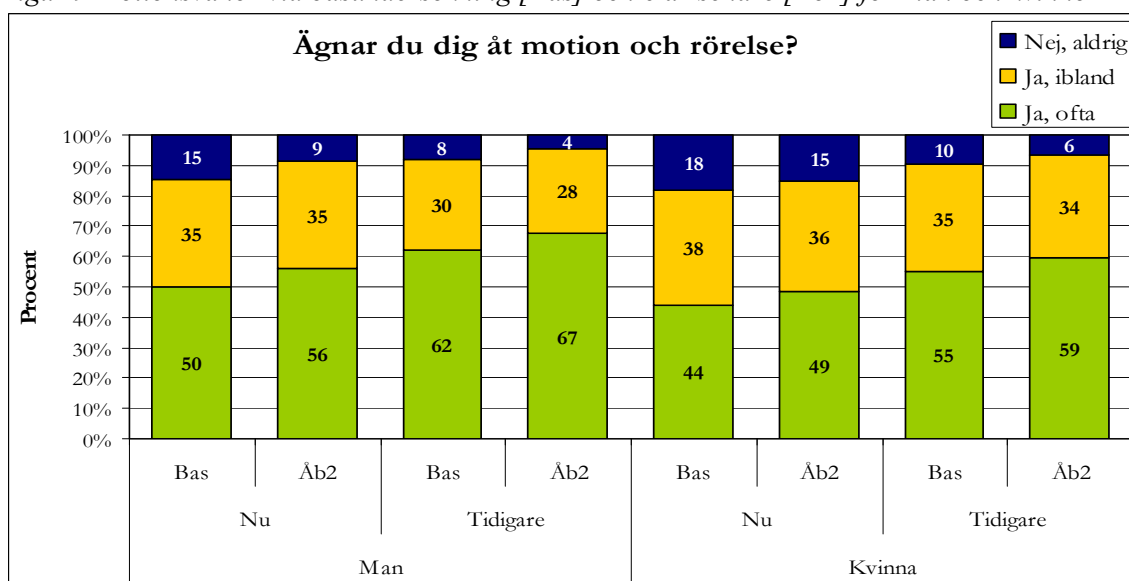
I takt med åldern minskas den fysiska prestationsförmågan men äldre personer är lika träningsbara som yngre och får dessutom samma goda effekter. Åldern är alltså inte en faktor i hälsovinster med fysisk aktivitet<sup>6</sup>. När man än väljer att börja med någon form av fysisk aktivitet så har man lika stora förutsättningar att förbättra sin kondition och sin muskelstyrka. I figur 8 nedan demonstreras hur många av deltagarna som ansåg sig vara aktiva personer i basundersökningen.

Figur 8: Andel deltagare som anser sig vara aktiva vid basundersökningen



I figuren kan utläsas att de flesta anser sig vara aktiva personer. Större andel män än kvinnor anser sig vara aktiva personer. För återbesök 2 var resultatet nästintill detsamma – dock hade män och kvinnor närmast sig varandra under ”instämmer inte” och ”varken eller”. Vad är det då för fysisk aktivitet som rekommenderas? Fysisk aktivitet kan ha olika betydelse för olika personer. Det kan vara att jogga en runda, att styrketräna eller gå ut i skogen för att plocka svamp för att nämna några aktiviteter<sup>7</sup>. Här nedan redovisas hur många procent av deltagarna som ägnar sig åt motion och rörelse ”nu och tidigare” (vid tidpunkten då de deltog), fördelat på kön och jämfört mellan basundersökningen och återbesök 2.

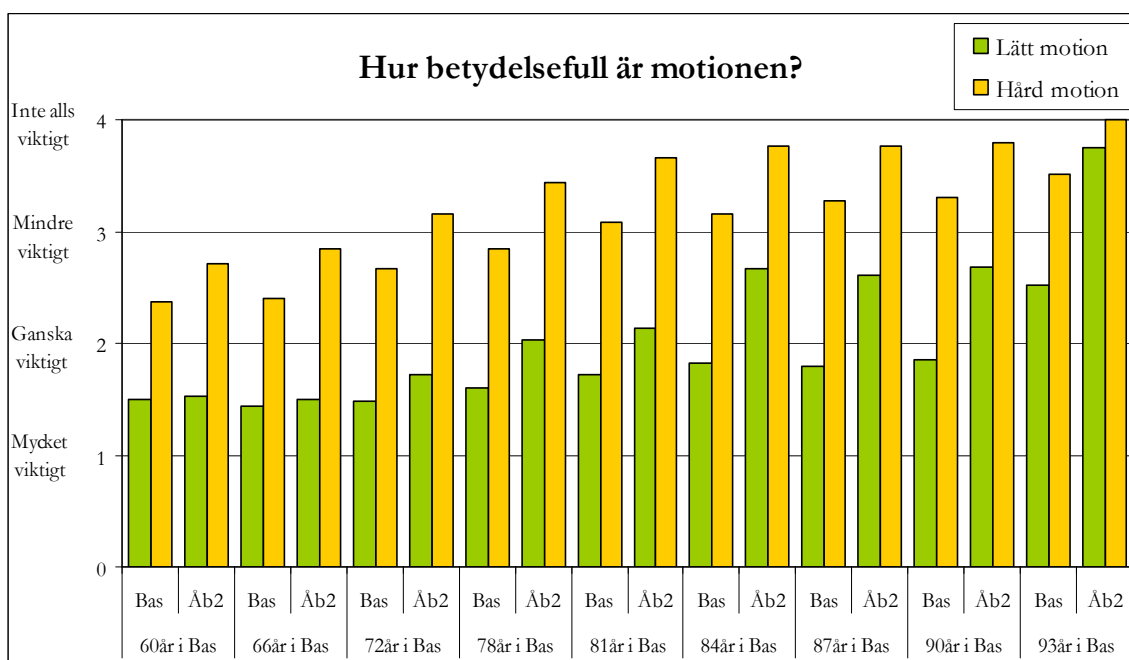
Figur 9 Motionsvanor vid basundersökning [Bas] och 6 år senare [Åb2] för män och kvinnor



De flesta ägnar sig åt motion och rörelse. Även om de flesta anser att de ägnade sig åt motion och rörelse i större utsträckning ”tidigare” än ”nu” så har ändå andelen som ägnar sig åt motion och rörelse ”nu” ökat.

Nya rön rekommenderar styrketräning 2 dagar i veckan, rörelseträning 2 dagar i veckan (minst 10 minuter) samt balansträning. Styrketräningen ska bygga upp och/eller bevara muskelstyrka <sup>1</sup>. I begreppet ”hård motion” innefattas t ex styrketräning, jogging, simning. Sett över hela befolkningen är det varierande hur många och i vilken utsträckning personer ägnar sig åt dessa aktiviteter. I begreppet ”lätt motion” i enkäten ingår aktiviteter som hushållsarbete, promenader och lätt gymnastik för att nämna några. Många av dessa aktiviteter finns och utförs genom livet i varierande utsträckning för hela befolkningen. Vissa stödar ofta andra mer sällan, vissa handdiskar medan andra har diskmaskin, vissa kan helt enkelt inte utföra något hushållsarbete på grund av egen sjukdom eller funktionsbrist. Det kan vara en stor omställning att inte kunna vara fysiskt aktiv i samma utsträckning som tidigare vilket oftast också påverkar upplevelsen av livskvalitet <sup>8</sup>. Viktigt också att påpeka är att sköta sitt hushåll för en person som är 75 år eller äldre motsvarar träning som ett gympass för en 30-åring <sup>6</sup>. Att sköta sitt hushåll är alltså bra träning för äldre. Aktiviteter som hård motion antas minska med åldern, men låt oss titta på hur det ser ut för GÅS-deltagarna – hur betydelsefullt det är för dem att kunna utföra dessa aktiviteter.

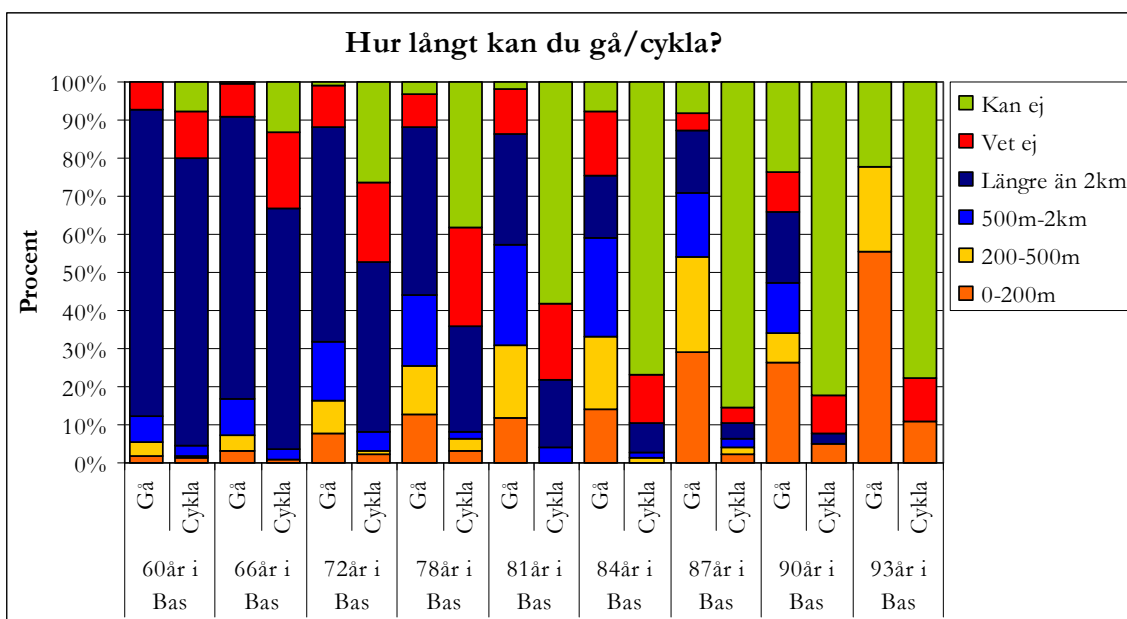
Figur 10: Betydelse av motion basundersökningen [Bas] och 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2]



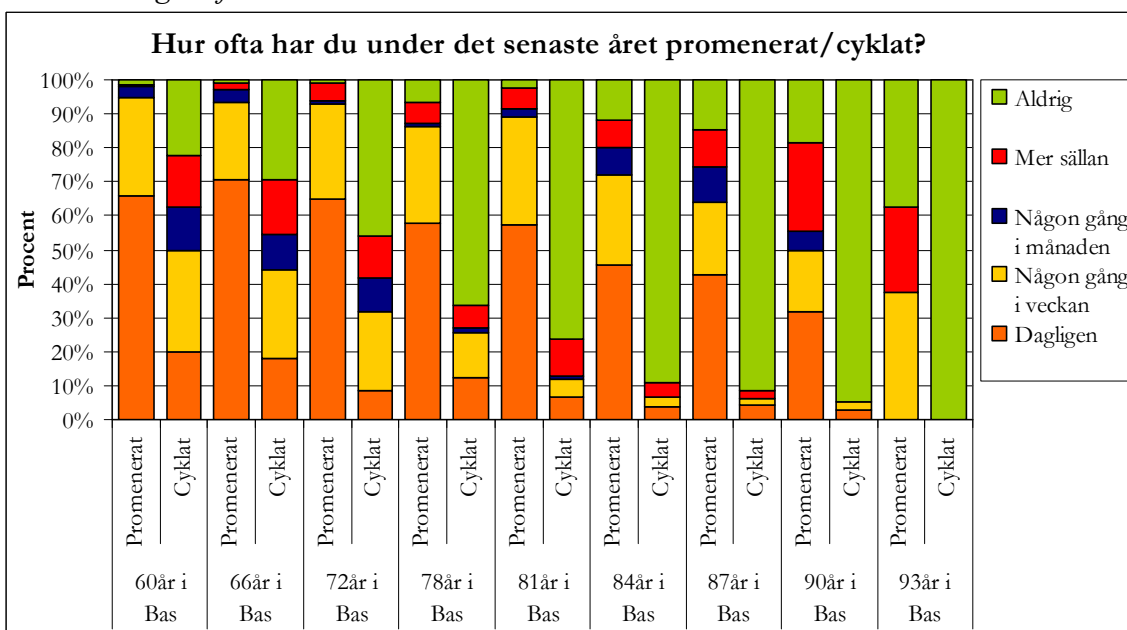
Som synes i figur 10 ovan är hård motion överlag mindre betydelsefull än lätt motion. Motion som helhet blir dessutom mindre viktig med åldern. Dessutom rapporterar personer födda sex år senare en något lägre betydelse av lätt och hård motion jämfört med jämgamla kohorter födda sex år tidigare. Världshälsoorganisationen <sup>9</sup> rekommenderar att alla människor utför fysisk aktivitet i minst 30 minuter sammanhängande och helst varje dag. Det kan handla om en promenad eller en cykeltur och det ska helst vara måttlig intensitet till exempel en rask promenad. Tanken bakom världshälsoorganisationens <sup>4</sup> rekommendationer, som kan vara vilken fysisk aktivitet som helst, är att personer som kanske inte rör på sig så mycket ska börja göra det. De

menar på att bara en liten förändring kan göra stor skillnad. Det kan handla om rörlighet och smidighet, muskelkraft och muskelstyrka, koordination och balans samt uthållighet och kondition. Olika träningsformer täcker in olika delar olika mycket men de flesta träningsformer har lite av allt. Det är viktigt att träna allsidigt men man kan också träna extra på det man behöver stärka som kanske uthållighet och kondition <sup>6</sup>. I figur 11 nedan demonstreras i andel hur långt deltagarna kan gå och cykla och i figur 12 efter det hur ofta man promenerat och cyklat det senaste året när man deltog.

Figur 11: Hur långt deltagarna kan gå respektive cykla vid återbesök 2



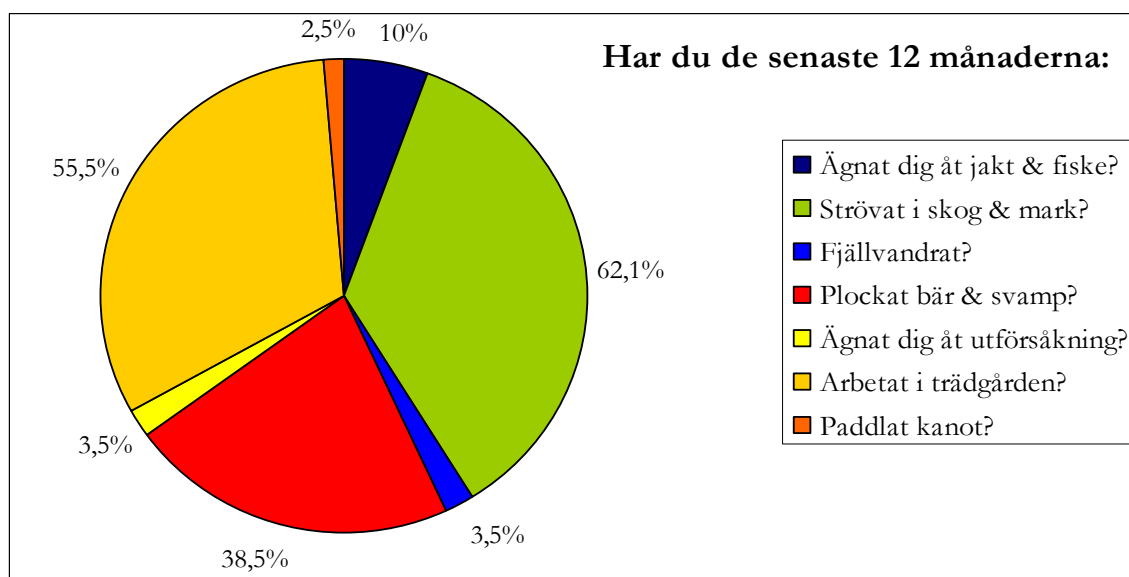
Figur 12: Hur ofta deltagarna promenerat respektive cyklat det senaste året vid undersökningstillfället återbesök 2



Den första figuren är baserat på data från återbesök 2 då denna fråga inte fanns med under basundersökningen. Det är svårare att gå och cykla ju äldre deltagarna är. Även figur 12 är baserat på återbesök 2 och här kan vi också se att det är fler som aldrig cyklar ju äldre deltagarna är. Som exempel är det nästintill 30% som inte cyklar vid 66 års ålder jämfört med drygt 45% vid 72 års ålder och knappt 70% vid 78 års ålder. Notera att många av de äldsta rapporterat att de inte kan cykla i figur 11. Basundersökningen visade på liknande siffror som i figur 12 men det var större andel som svarat "Aldrig" under återbesök 2 – vilket troligtvis beror på att alla deltagarna var 6 år äldre än första gången de besvarat frågan. Förmågan att gå själv upprätthåller fyra av fem deltagare upp i 90-årsåldern.

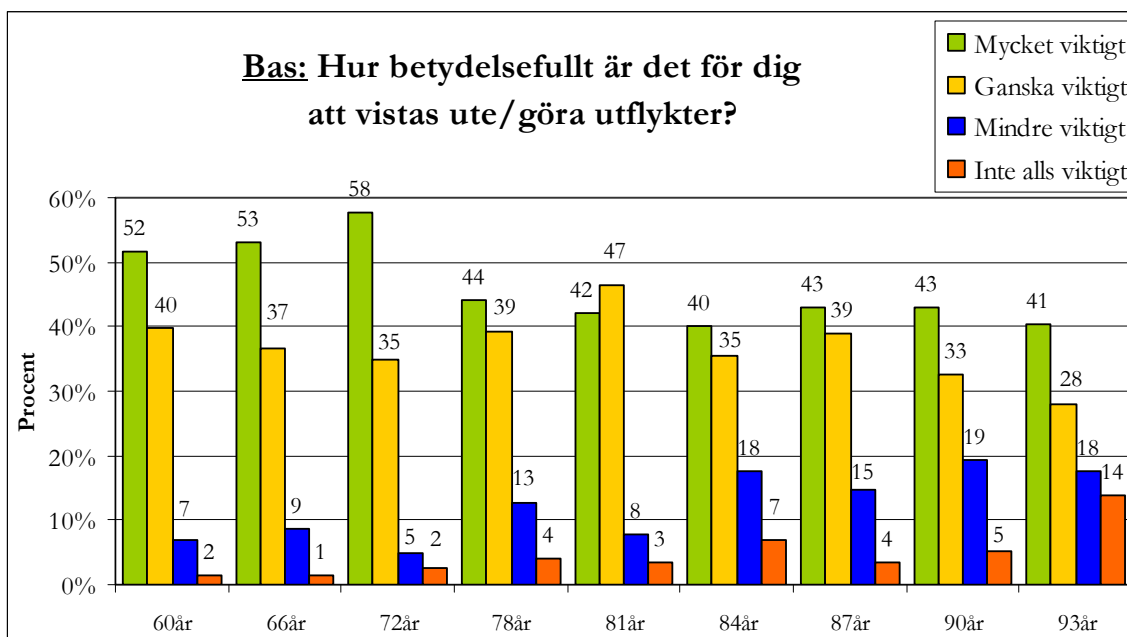
Tidigare forskning har visat att friluftsliv och att vistas i naturen har goda effekter och ger mervärde åt aktiviteten <sup>1</sup>. För den som joggar kan detta vara att ta sin joggingtur i en motionsslinga i en park eller skog men det kan också helt enkelt vara trädgårdsarbete. Det finns också en hel del aktiviteter, som att ströva i skogen – kanske för att plocka bär och svamp, som är aktiviteter som innebär natur och friluftsliv. I nedanstående figur demonstreras hur stor del av deltagarna som ägnar sig åt sådana aktiviteter (notera att cirkeldiagrammet blir mer än 100% sammanlagt då varje sektor anger andelen i procent som svarat JA på varje delfråga i basundersökningen).

Figur 13: Andel som ägnat sig åt aktiviteter i natur och friluftsliv i basundersökningen



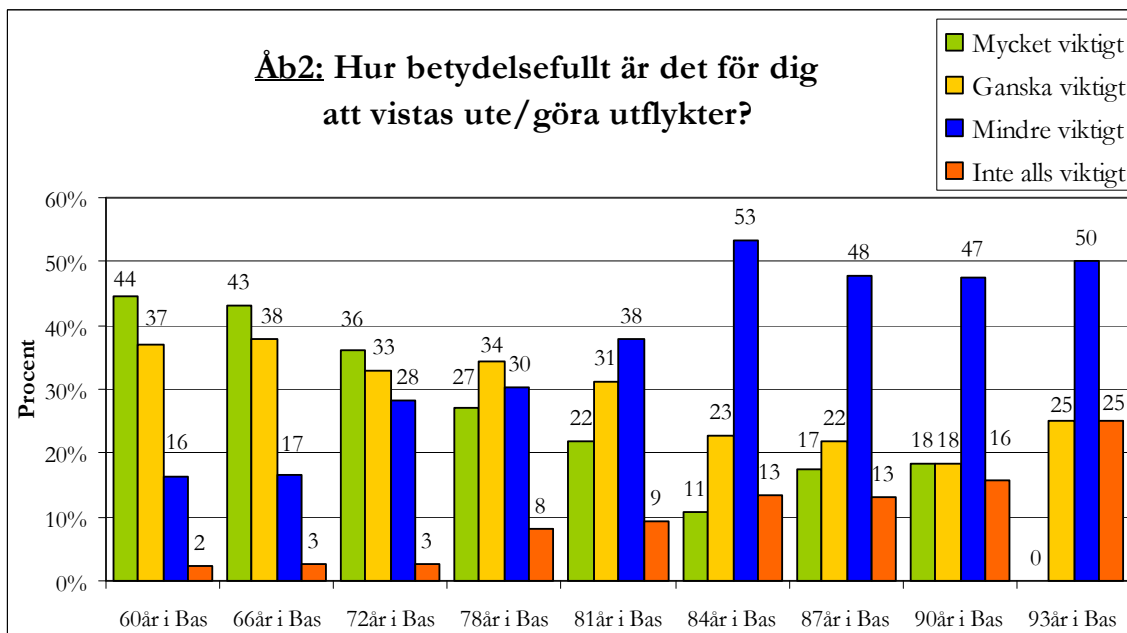
Det syns tydligt av diagrammet att en större andel arbetar i trädgården, plockar bär och svamp samt strövar i skog och mark. Resultaten för återbesök 2 är liknande med en marginell ökning för arbete i trädgården, plockat bär och svamp samt strövat i skog och mark. Samtidigt också en marginell minskning för resterande aktiviteter. För storstadsbon i Skåne finns det väldigt få hinder för att ta sig ut till skogen. Idag finns allmänna kommunikationsmedel för att ta sig till platser som Österlen eller Nimis samt så kallade "Natur- och kulturbussar" som gör utflykter till olika platser som Dalby Söderskog och Ales Stenar <sup>10</sup>. Att vistas ute och göra utflykter kan vara av stor betydelse för livskvaliteten. Nedan demonstreras hur betydelsefullt detta var för deltagarna under basundersökningen.

Figur 14: Betydelse av att vistas ute/göra utflykter under basundersökningen



Övervägande är det viktigt att kunna vistas ute och göra utflykter även om det till synes verkar bli mindre viktigt i takt med att man blir äldre. Påtagliga minskningar i intensitet noterades 6 år senare vid återbesök 2 som demonstreras i figur 15 nedan.

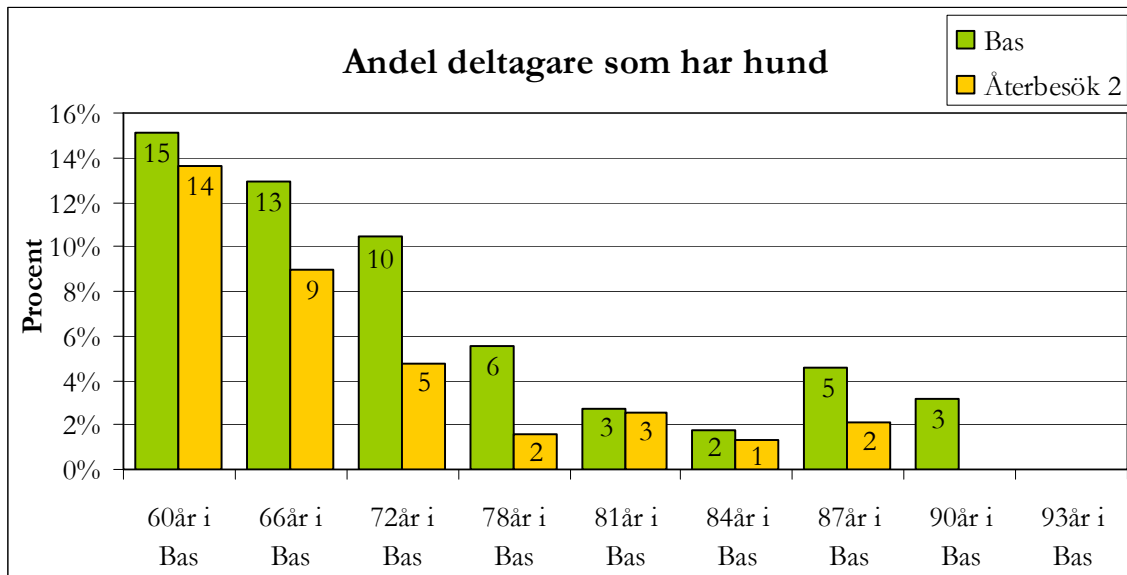
Figur 15: Betydelse av att vistas ute/göra utflykter under återbesök 2 (6 år senare)



Här kan vi se att betydelsen av att vistas ute eller göra utflykter minskar markant med åldern för samtliga deltagargrupper. I den äldsta gruppen, som var 99 år gamla vid tillfället, fanns det ingen som vid återbesök 2 ansåg att det var ”mycket viktigt” att vistas ute eller göra utflykter. Att äga en hund innebär oftast att man vistas mer ute och att man är mer fysiskt aktiv. Hunden behöver rastas varje dag och ifall minst en av dessa rastningar innebär en långpromenad på 30 minuter eller längre så uppfyller personen sitt

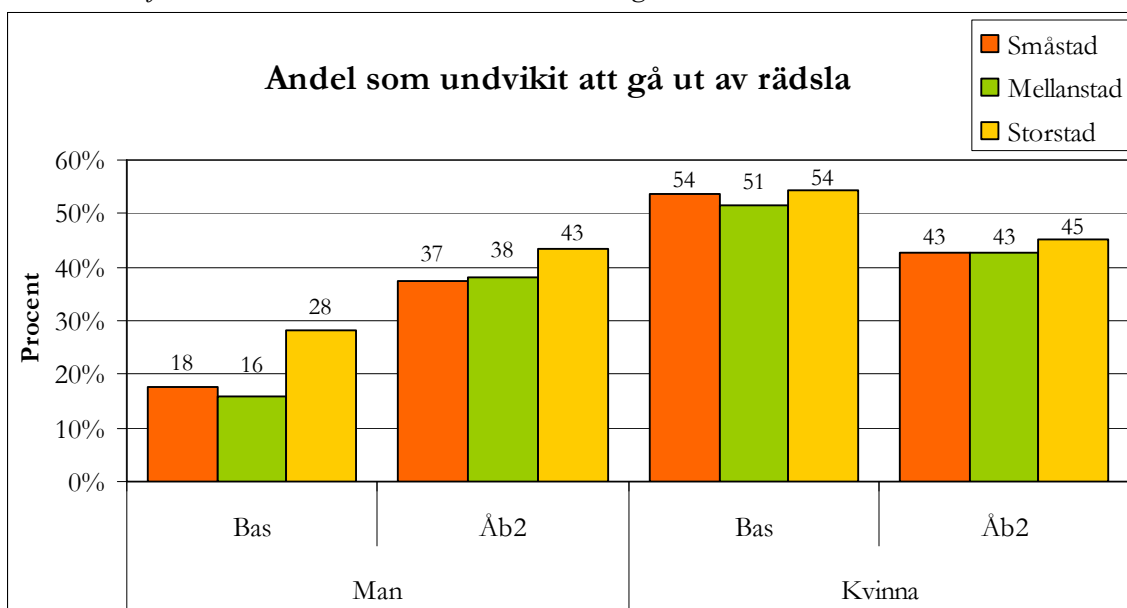
rekommenderade behov, enligt Världshälsoorganisationen <sup>9</sup>, av fysisk aktivitet. Här redovisas andel deltagare som har hund i basundersökningen och 6 år senare vid återbesök 2, fördelat på åldersgrupperna.

Figur 16: Andel av deltagarna som är hundägare vid basundersökningen [Bas] och 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2]



Det är större andel av de yngre deltagarna som har hund och hos den äldsta åldersgruppen, 93 år, fanns det varken vid basundersökningen eller 6 år senare någon som hade hund. Att ta en promenad, vare sig man har hund eller inte, innebär att man kommer ut och det är en utmärkt form för fysisk aktivitet <sup>6</sup>. En promenadgrupp kan vara ett alternativ för den som är rädd för att gå ut själv att åtnjuta en promenad utomhus. I nedanstående figur kan utläsas hur stor andel av deltagarna som är rädda för att gå ut.

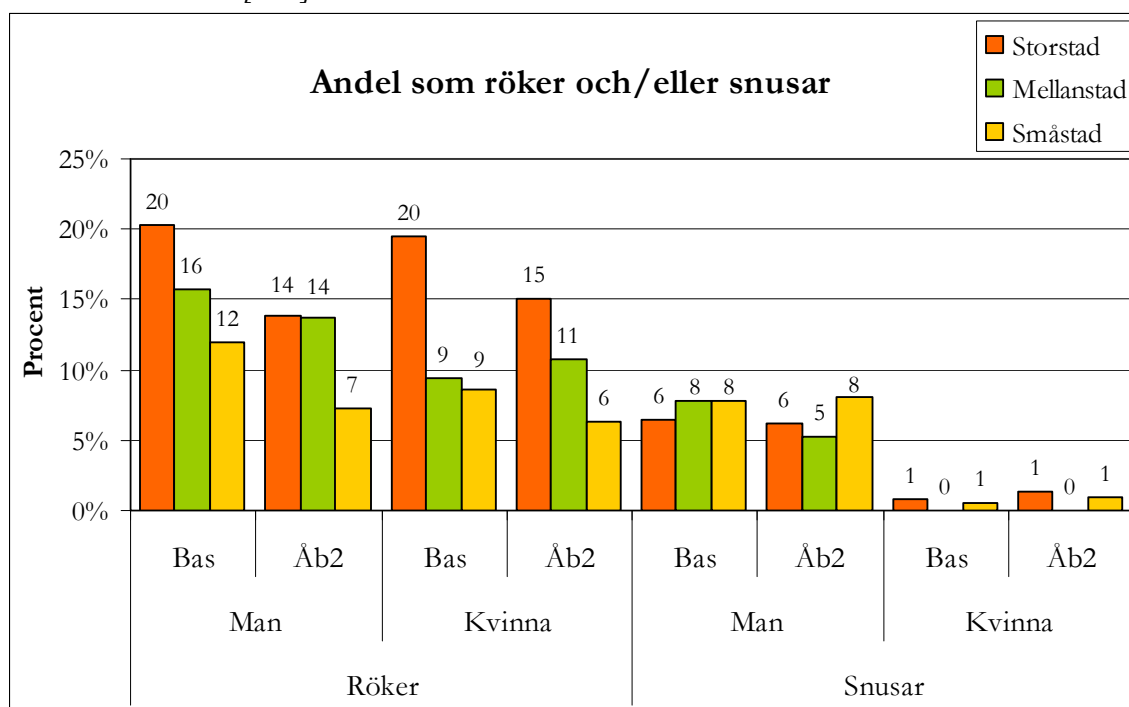
Figur 17: Andel som undvikit att gå ut på kvällen på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller ofredad under det senaste året då de deltog.



Under basundersökningen [Bas] är det vanligare bland kvinnorna med rädsla för att gå ut. Över 50% av kvinnorna i samtliga stadstyper anger rädsla för att gå ut, i mellanstor stad är det en marginellt mindre andel och detta syns hos männen också. Hos männen är det vanligare med rädsla för att gå ut i storstaden, dock blir skillnaden mindre till 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2] där andelen för småstad och mellanstad mer än fördubblats medan det för storstad mindre än fördubblats. För kvinnorna har andelen som har rädsla för att gå ut minskat så pass att män och kvinnor nästintill ligger på samma andel 6 år senare vid återbesök 2.

Tobak och fysisk aktivitet går inte hand i hand. En person som röker löper ökad risk för benskrighet, stroke, minskad muskelstyrka samt andningssvårigheter, utöver lungcancer och KOL (Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom). Andningssvårigheter i sin tur påverkar konditionen hos personen och benskrighet blir en riskfaktor ifall personen råkar ut för ett fall. Benskrighet ökar då risken för fraktur<sup>4</sup>. Enligt Statistiska Centralbyrån (SCB)<sup>9</sup> har kvinnor över 45 år fortsatt att röka i samma utsträckning som tidigare medan männen minskat sin rökning de senaste 30 åren. SCB meddelar samtidigt att det skett en minskning i rökvanor hos yngre kvinnor vilket rapporteras som glädjande.

Figur 18: Andel män och kvinnor som röker och snusar vid basundersökningen [Bas] och 6 år senare i återbesök 2 [Åb2]



Det är vanligare att röka än att snusa och det är en större andel som röker i storstad och minst andel som röker i småstad. Snusning är desto vanligare i både småstad och mellanstad än i storstad vid basundersökning men till återbesök 2 har storstaden gått om mellanstad i andel snusande män. Rökning har minskat både hos män och kvinnor men snusningen har inte följt samma utveckling. Det var samma antal kvinnor som snusade vid basundersökningen och 6 år senare vid återbesök 2. För männen var det färre till antalet som snusade vid återbesök 2 men då antalet deltagande män som svarat på frågan nästintill halverats blir andelen som snusar nästan lika hög som vid basundersökningen.



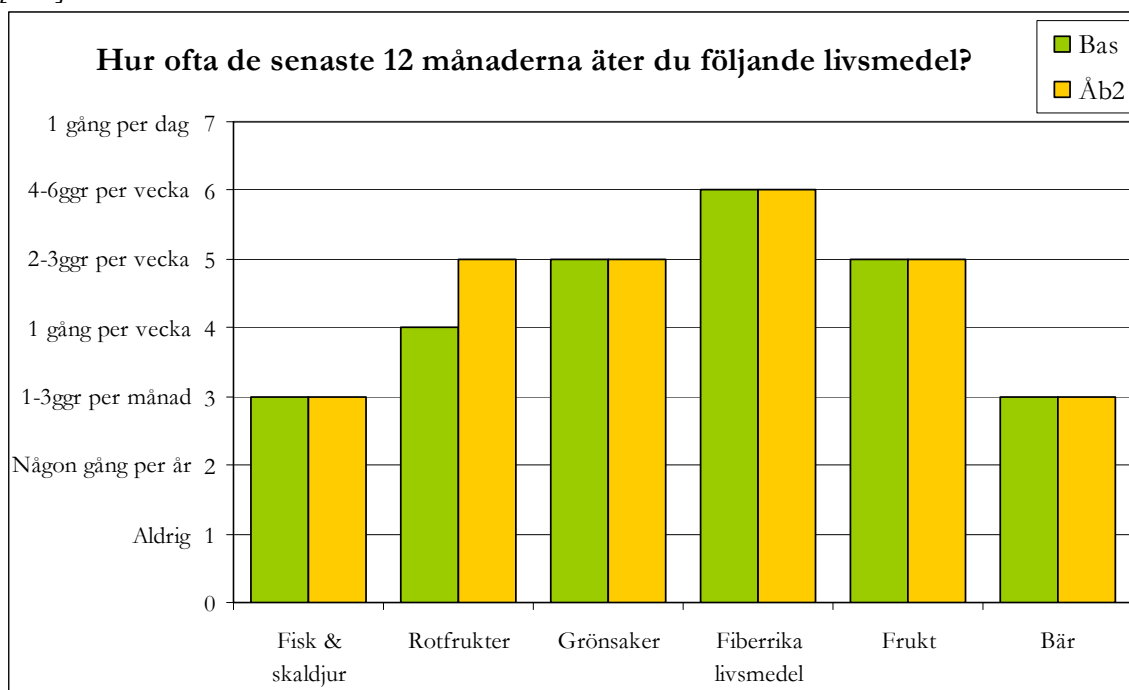
## Vad är bra matvanor?

Statens Folkhälsoinstitut preciserar goda matvanor enligt följande:

*Maten och trivsamma måltider har stor betydelse för hälsa och välbefinnande i alla åldrar. Många äldre har redan bra matvanor och att främja goda matvanor ger stora vinster för människors välbefinnande.<sup>(1, s 8)</sup>*

Som för resterande befolkningen anges regelbundna måltider och varierande kosthållning som goda matvanor. Ingredienser som fisk, rotfrukter, grönsaker, fiberrika livsmedel samt frukt och bär ger bra näring i måltiden. Det är viktigt att äta varierat då undernäring bland äldre är ett stort problem, därav också vikten av god kosthållning<sup>1</sup>. I följande figur redovisas hur ofta (det vanligaste alternativet) ovanstående livsmedelsgrupper förbrukas av deltagarna i basundersökningen jämfört med 6 år senare vid Återbesök 2.

Figur 19: Livsmedelsförbrukning vid basundersökningen [Bas] och 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2]



Alternativ 1-7 finns förklarade i figuren ovan. Alternativ 8 innebar 2-3ggr per dag och alternativ 9 innebar 4ggr per dag eller mer. I alla livsmedelsgrupper fanns det deltagare som hade svarat alternativ 9. Vanligast bland rotfrukterna var morrötter, bland grönsakerna var det tomat och gurka samt bland de fiberrika livsmedlen var det fullkornsbröd. Under kategorin fisk ingick även skaldjur men fiskrätter var vanligare. Goda matvanor kan dock förhindras när till exempel personen har svårigheter att tillförska sig den ”goda” maten på grund av sjukdom och/eller mediciner men det kan också vara orsaker som dåliga kunskaper i vad som är hälsosam mat<sup>4</sup>. I en vägledande rapport kring nutrition från Socialstyrelsen<sup>11</sup> anges:

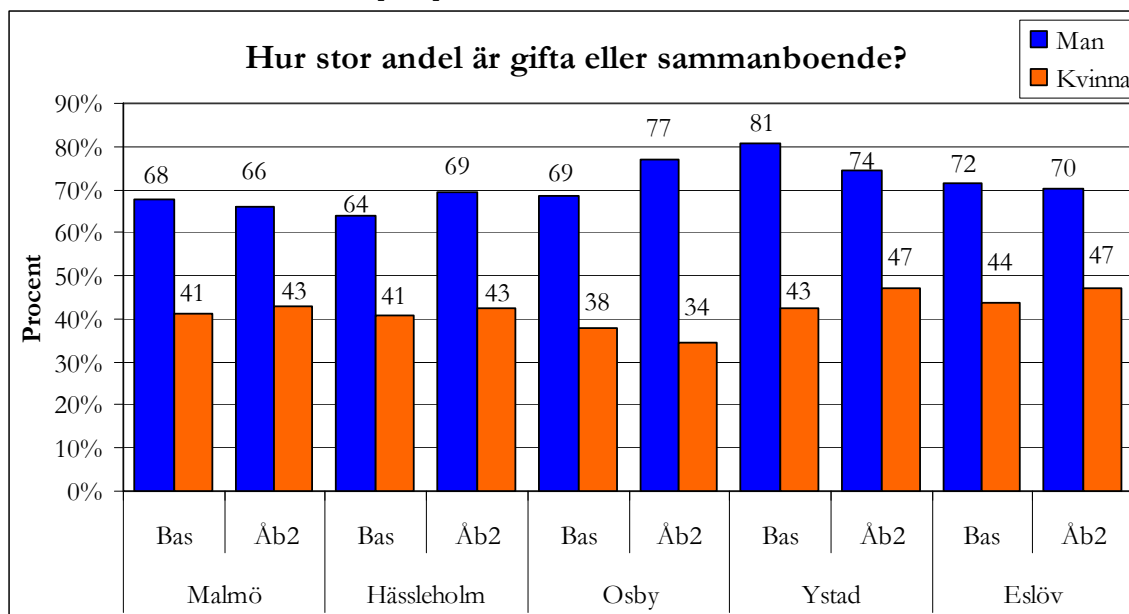
Matens betydelse för hälsa och livsglädje under alla livets faser kan inte överskattas. Energi och näring är kroppens bränsle och byggstenar. Hos den äldre och sjuka individen är kroppens och organsystemens funktioner nedsatta både av sjukdomen och av åldrandet.<sup>(11, s 3)</sup>

Goda matvanor är självklart viktigt för alla men blir extra viktigt för äldre på grund av den ökade sjukdomsrisk. Sjukdom bryter ner muskelmassa som sedan måste byggas upp igen genom ett tillräckligt stort protein- och energiintag för att undvika att drabbas av sarkopeni (förlust av muskelmassa). Man har som äldre ofta har ett minskat energibehov men att behovet av vitaminer, mineraler och protein är detsamma – proteinbehovet kan dessutom vara högre vid exempelvis sjukdom som bryter ner muskelmassan <sup>6</sup>. Man kan äta mindre portioner men det ska vara en mer energi- och proteintät kost.

### Hur ser de äldre i Skånes matvanor ut?

Mat är många gånger förknippat med socialt umgänge. Oftast upplevs middagsituationen mer meningsfull när den delas med någon annan <sup>8</sup>. Det finns forskning som tyder på att personer som lever i äktenskap eller samboskap har bättre kosthållning just då mat är förknippat med socialt umgänge <sup>1</sup>. Nedan visas hur stor andel av deltagarna som lever i äktenskap eller samboskap baserat på ort och kön, och även jämfört mellan de två undersökningsomgångarna.

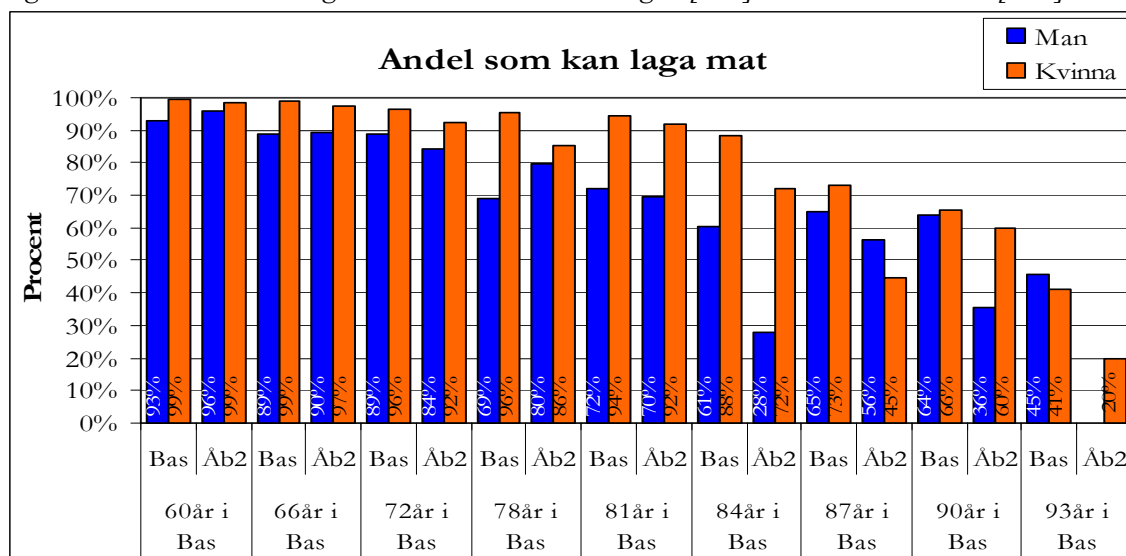
Figur 20: Andel av deltagarna som är gifta eller sammanboende vid basundersökningen [Bas] och 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2]



Det är en större andel av männen som lever i äktenskap eller samboskap både vid basundersökningen och vid återbesök 2. Det räcker dock inte med att äta middag med andra utan sällskapet ska även innebära givande konversationer för att få full/önskad effekt <sup>12</sup>.

För de goda matvanornas skull kan det vara en fördel att kunna laga sin egen mat. Detta gör det lättare för personen själv att reglera det som serveras på tallriken och det påverkar livskvaliteten positivt att vara oberoende i detta avseende <sup>6</sup>. I nedanstående figur kan vi se hur stor del av deltagarna som kan laga sin egen mat fördelat på män och kvinnor i de olika åldersgrupperna samt jämfört mellan basundersökningen och återbesök 2.

Figur 21: Andel som kan laga mat vid basundersökningen [Bas] och 6 år senare vid [Åb2]

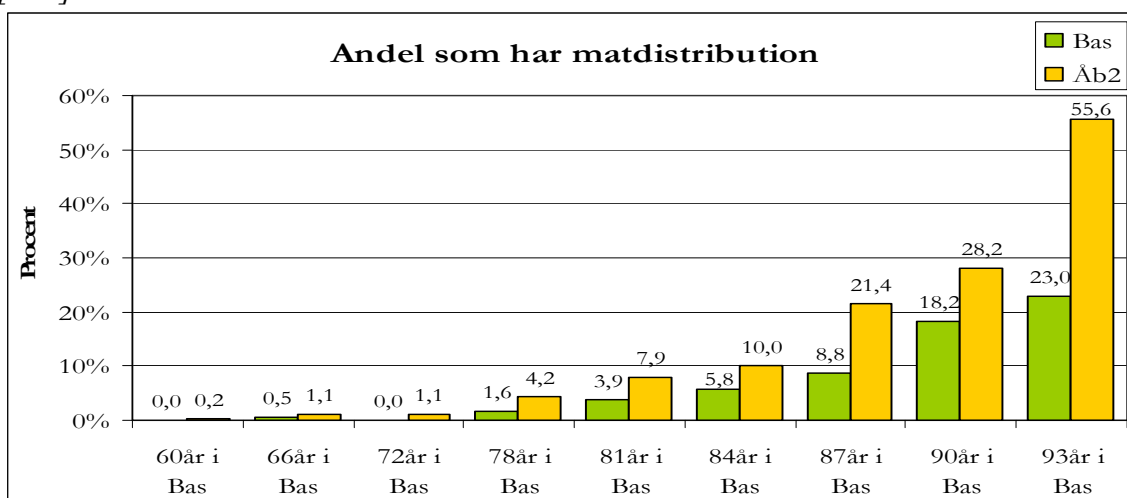


Det är en större andel av kvinnorna som kan laga mat i nästan samtliga åldersgrupper vid båda undersökningarna. Igen var det endast en man som var 93 år i basundersökningen som svarade på frågan vid återbesök 2 varpå denna stapel saknas då den blir missvisande. Det finns personer som av en eller annan anledning inte kan laga sin egen mat. Snabbmat har i många undersökningar visat sig ha dåliga effekter för individen – effekter som fetma för att dra ett. Det finns dock färdigrätter i mataffärernas frysdiskar med högt näringsinnehåll och dessa går bra<sup>13</sup>. Det är också viktigt att dessa personer är delaktiga i val av mat eller i sammanställningen av en inköpslista<sup>12</sup>. Det finns matdistribution att tillgå som serviceinsats/bistånd från kommunen. Har man matdistribution så levereras maten hem via hemtjänsten. Under hösten har Malmö stad<sup>14</sup> förändrat matdistributionen för att möjliggöra större valbarhet för mottagaren:

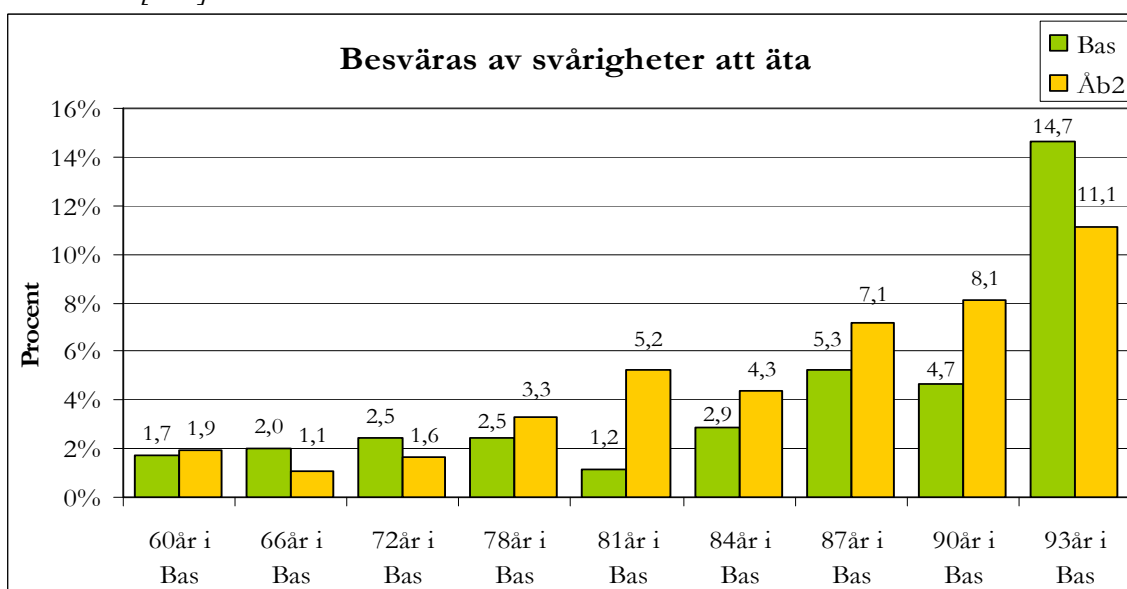
Det kan till exempel vara att få hjälp med inköp för att på så sätt klara din egen matlagning. Det kan också vara att få färdiglagad mat från olika restauranger/affärer levererad hem till dig via hemtjänsten. Det kan också innebära att i hemmet få hjälp med enklare matlagning.<sup>14</sup>

I Figur 22 nedan visas antalet av deltagarna som får hjälp med matdistribution fördelat på åldersgrupperna samt jämfört mellan basundersökningen och återbesök 2. Det blir fler deltagare som får matdistribution ju äldre de blir och i de flesta åldersgrupperna var det en fördubbling från basundersökningen till återbesök 2. Det är viktigt att man serverar maten på vanligt porslin, och inte äter ur kartongen som maten levereras i, för det blir mer njutbart då<sup>6</sup>. Andra faktorer som påverkar en människas svårigheter att njuta av maten kan vara att man varken känner lukt eller smak, vilka är en viktig del i den njutbara situationen med att äta. Utan lukt och smak minskas den positiva upplevelsen av måltiden<sup>12</sup>. En annan anledning till att de goda matvanorna inte infinner sig kan bero på besvär i munnen – munhälsan. Att man har problem med tänderna, tandköttet eller sväljfunktionen<sup>4</sup>. Det har framkommit att personer med svårigheter att äta inte gärna äter med andra. Bordsskick är något som följt en sedan ung ålder och när personen riskerar att misslyckas i matsituationen hindras denne ofta av sina egna krav på att ”äta normalt”<sup>12</sup>. Detta kan i sin tur påverka upplevelsen av matsituationen som något ”gott”, något njutbart. Nedan i Figur 23 kan vi se hur många av deltagarna som har besvär pga att de har svårt att äta.

Figur 22: Andel med matdistribution i basundersökningen [Bas] och 6 år senare [Åb2]



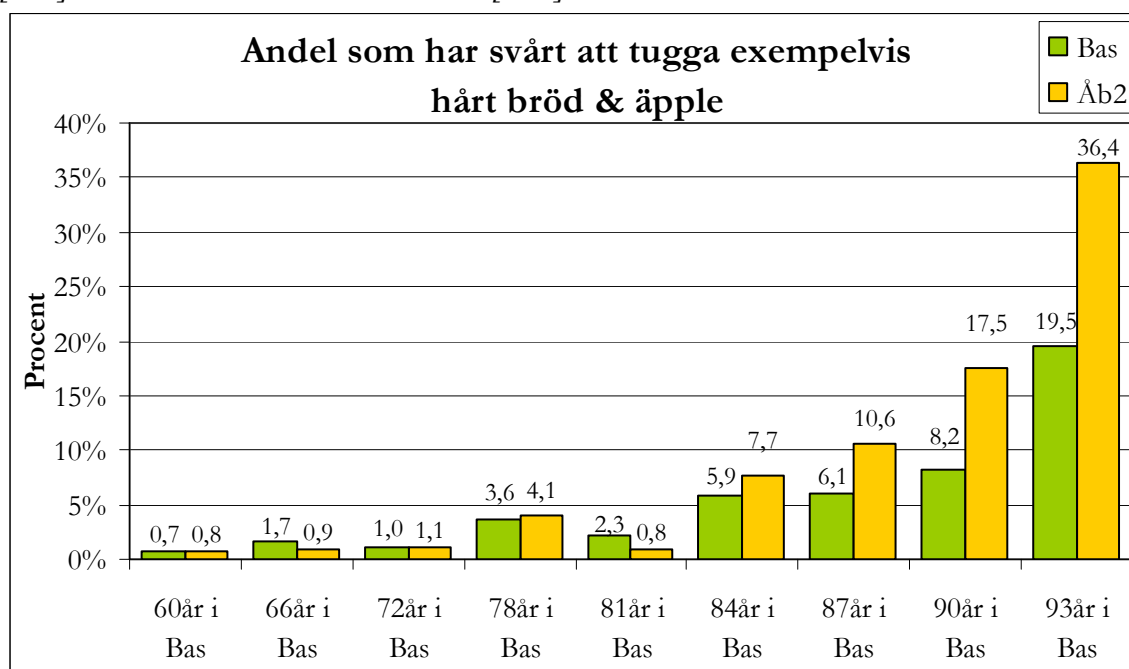
Figur 23: Andel med svårigheter att äta vid basundersökningen [Bas] och 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2]



I den äldre halvan av deltagarna har en försämring skett i samtliga grupper mellan undersökningsomgångarna utom i den äldsta gruppen. Dock var det bara 9 deltagare som svarade på frågan vid återbesök 2 jämfört med 75st vid basundersökningen. Har man sämre tandhälsa kan det även vara svårt att tugga viss mat. Detta kan vara ett problem när man vill äta nyttig mat med mer fibrer då denna typ av mat ofta innebär ett större tuggmotstånd<sup>4</sup>. I figur 24 demonstreras hur många av deltagarna som inte kan tugga saker som hårt bröd eller äpplen.

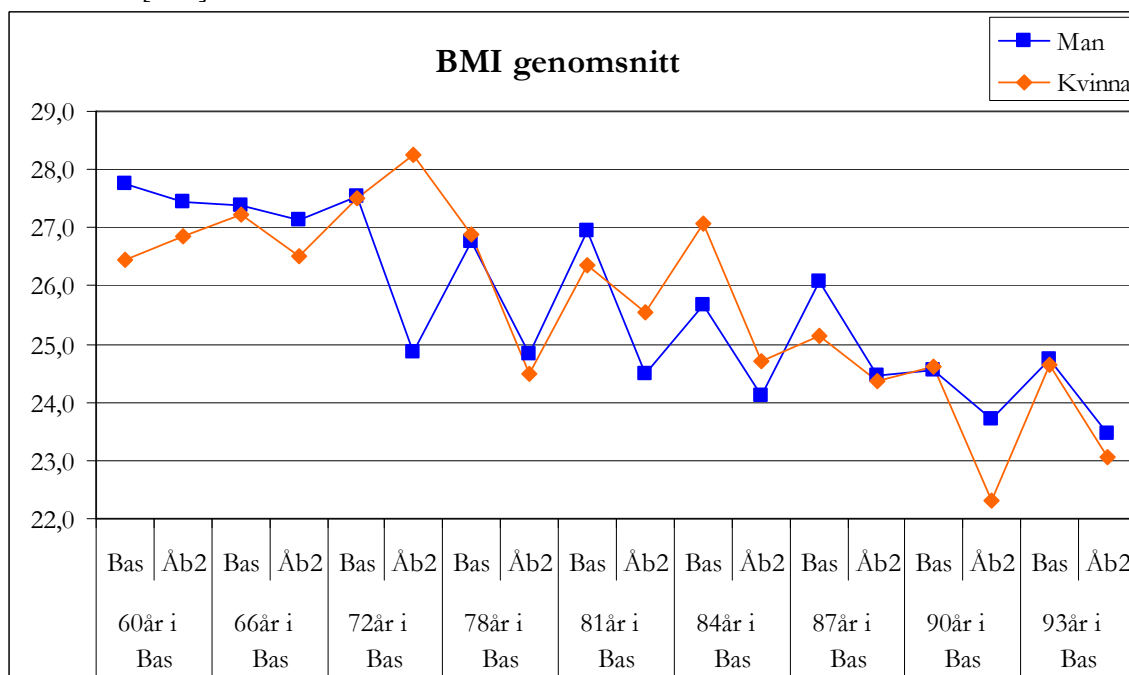
Som väntat blir det svårare att tugga hårda livsmedel med åldern. För deltagarna som var 87, 90 samt 93 år i basundersökningen blev det nästan en fördubbling av andelen som inte klarar av att tugga hårda livsmedel. Munhälsa är en viktig faktor i kampen mot undernäring<sup>4</sup>. Att ha svårt att äta, av de ena eller den andra anledningen, innebär att man inte tillför kroppen de ämnen och den energin som den behöver. I det långa loppet kan detta leda till undernäring.

Figur 24: Andel med svårigheter att tugga hårda livsmedel vid basundersökningen [Bas] och 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2]



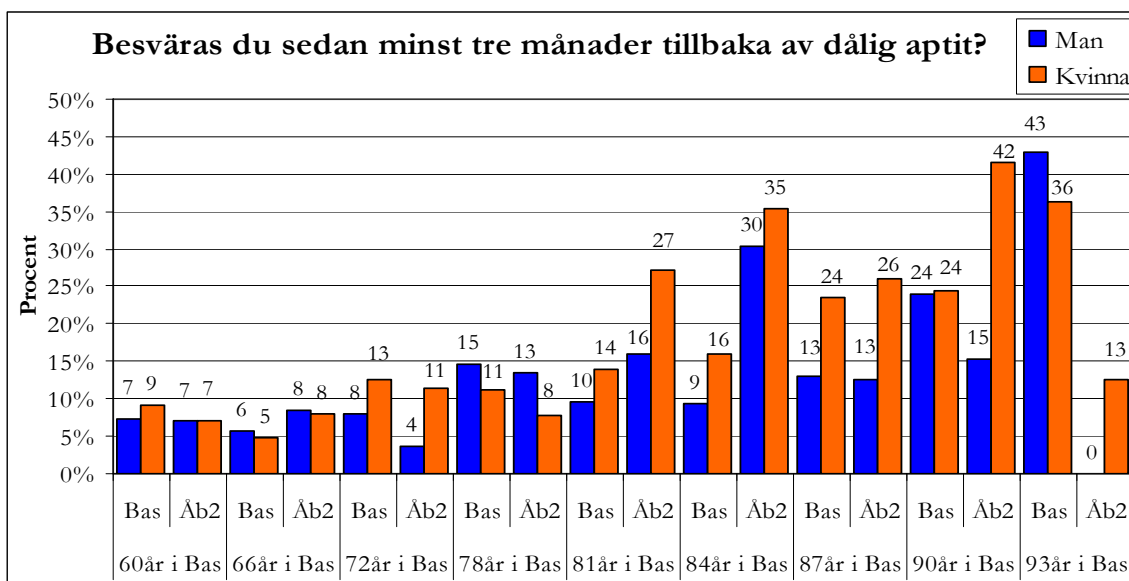
Idag mäter vi undernäring och övervikt med hjälp av BMI (Body Mass Index). Kvoten BMI utgör vikt i kilo dividerat med kroppslängd (cm) i kvadrat. Män, 18-69år, ska ligga inom gränsen BMI 20-25 och kvinnor, i samma åldersintervall, inom gränsen BMI 18,5-23,5. Värdet är dock lite annorlunda för äldre ( $\geq 70$ år) nämligen 23-29<sup>15</sup>. I nedanstående figur kan vi se hur genomsnittligt BMI förändrats från basundersökningen till återbesök två i de olika åldersgrupperna, fördelat på män och kvinnor.

Figur 25: Genomsnittligt BMI för deltagarna vid basundersökningen [Bas] och 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2]

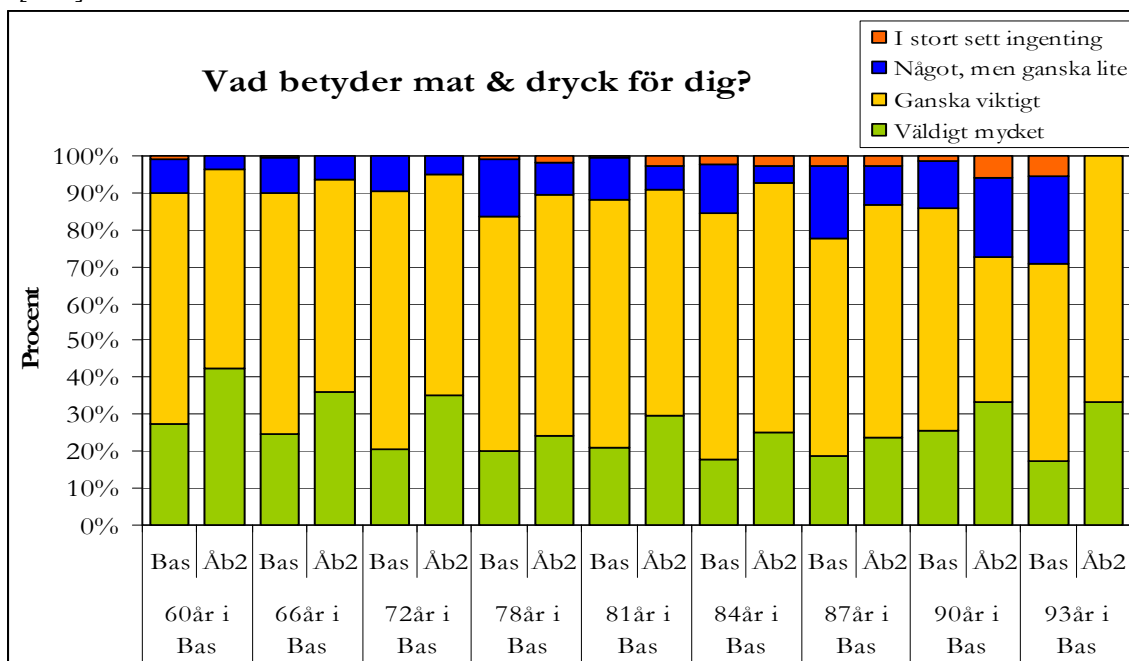


I figur 25 kan vi se att inom alla åldersgrupper har BMI sjunkit till återbesök 2 utom för kvinnor i två av de yngre åldersgrupperna, 60 och 72 år. BMI för de två äldsta grupperna ligger runt lägre gränsen vid återbesök 2 om man jämför med BMI-gränsen för personer som är 70 år eller äldre. Ännu en faktor vid viktning, och då minskat BMI, kan vara dålig aptit. Som beskrivits tidigare kan fysisk aktivitet öka aptiten. I det första diagrammet, figur 26, nedan redovisas ”dålig aptit” inom de olika åldersgrupperna fördelat på kön och jämfört mellan basundersökning och återbesök 2. I det andra diagrammet redovisas hur betydelsefullt mat och dryck är för deltagarna fördelat på åldersgrupperna samt jämfört mellan basundersökning och återbesök 2, figur 27.

Figur 26: Andel besvärade av dålig aptit vid basundersökningen [Bas] och återbesök 2 [Åb2]



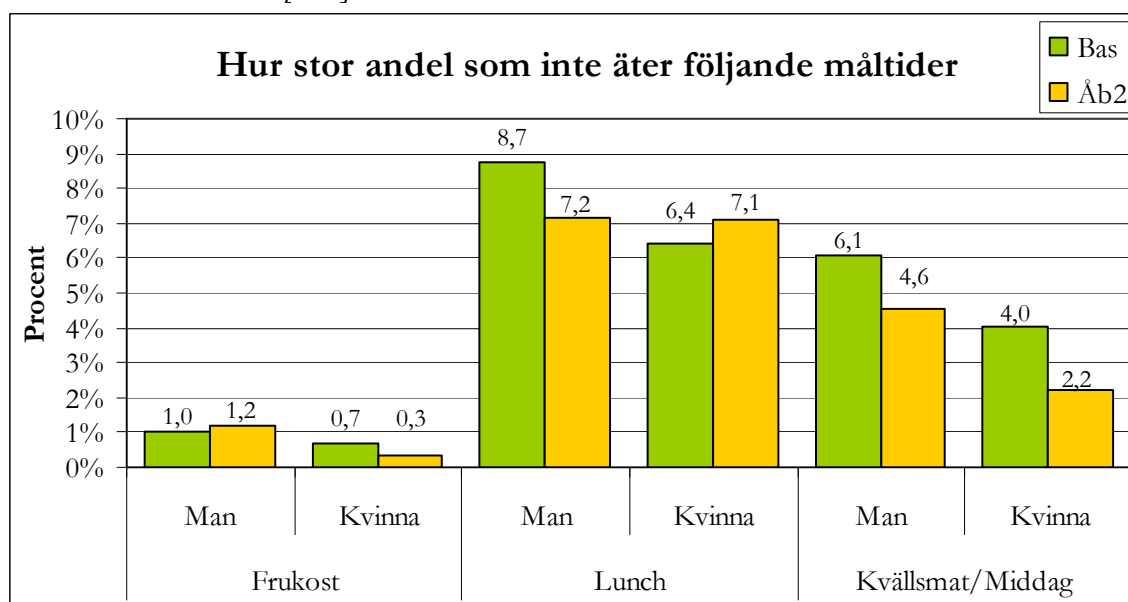
Figur 27: Betydelse av mat och dryck vid basundersökning [Bas] och 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2]



I figur 26 syns tydligt att *dålig aptit* är oftare förekommande i de högre åldrarna. Det var endast en man, 93 år i bas, som svarat vid återbesök 2 och han besvärades av dålig aptit. En större andel sammanlagt av kvinnorna, 12,8% i basundersökningen respektive 12,7% i återbesök 2, besvärades av *dålig aptit* i jämförelsen med sammanlagd andel av männen, 9,6% i basundersökningen och 9,3% i återbesök 2, som besvärades. Denna stapel finns inte med i diagrammet då den kan vara missvisande då det just endast är en person som har svarat. I nästa figur (figur 27) kan vi se att *betydelsen av mat och dryck* har ökat till återbesök 2 för samtliga åldersgrupper och att den har ganska eller väldigt stor betydelse för en överväldigande majoritet oberoende av ålder. Samtidigt har andelen som anser att *mat och dryck betyder i stort sett ingenting* ökar i takt med högre ålder, om än så lite.

Att äta tre huvudmål om dagen är allmänt vedertaget, men kan vara svårt om man har till exempel dålig aptit eller dålig munhälsa. Undersökningar har visat att äldre helst äter ett lagat mål mat mitt på dagen medan de gärna äter något lite lättare till kvällen. Potatis, pasta och ris anses vara mäktigt till kvällsmål <sup>12</sup>. Nedan visas hur stor andel av deltagarna som angett att de inte äter något dessa tre huvudmål .

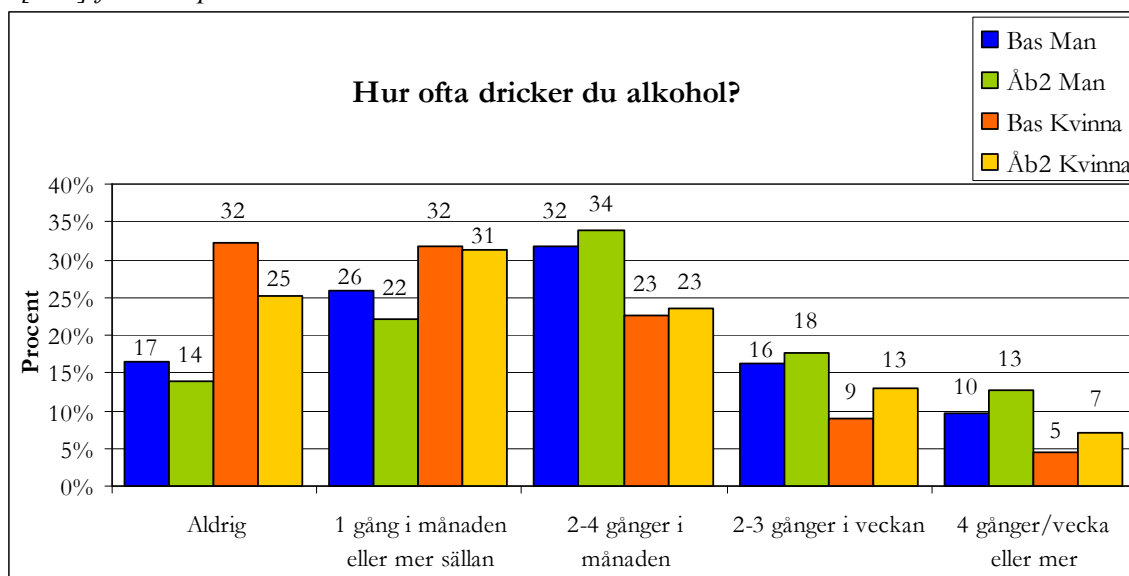
Figur 28: Andel deltagare som inte äter av de olika huvudmålen vid basundersökning [Bas] och 6 år senare återbesök 2 [Åb2]



Det är en större andel av männen som inte äter ett, eller kanske flera, av dessa huvudmål. Vi kan också se att i de flesta fallen har andelen minskat mellan basundersökningen och återbesök 2. Utöver dessa tre huvudmål bör man äta minst två mellanmål om dagen, helst tre stycken om man har sämre aptit <sup>13</sup> och det ska helst inte gå längre än 10-11 timmar mellan sista målet på kvällen och det första på morgonen enligt socialstyrelsens rekommendationer <sup>11</sup>. Det är då bra att äta ett av sina mellanmål lite senare på kvällen för man sover godare då också, vilket kan leda till att man kan minska sin sömnmedelsförbrukning.

Alkoholvanor kan ofta vara förknippat med matvanor, ofta som ett glas vin eller en öl till maten. Tidigare forskning har visat på tendensen att personer i regel dricker mer som tonåringar men att detta avtar med tiden. Även om man som äldre dricker mindre än som yngre så ändras ämnesomsättningen med stigande ålder vilket medför att äldre är mer mottagliga för alkoholrelaterade sjukdomar även vid mindre alkoholintag<sup>4</sup>. I figuren nedan kan vi se hur ofta deltagarna dricker alkohol.

Figur 29: Frekvens av alkoholintag vid basundersökningen [Bas] och 6 år senare vid återbesök 2 [Åb2] fördelat på kvinnor och män



I begreppet alkohol ingår folköl, starköl, vin, starkvin och sprit. Kvinnorna dricker mer sällan än männen och det är dessutom en större andel av kvinnorna som aldrig dricker alkohol. Ett glas öl eller vin till maten kan stimulera aptiten<sup>13</sup> men att man ska såklart ta hänsyn till sjukdomssituationen, behandling och mediciner<sup>6</sup>. Över 50% av både männen och kvinnorna uppgav att de endast drack 1-2 glas när de drack. Till 6 år senare hade andelen som uppgav att de drack flera glas när de drack sjunkit samtidigt som de som uppgav 1-2 glas hade ökat.



## AVSLUTANDE KOMMENTARER

---

Det går inte nog att poängtera vikten av fysisk aktivitet och goda matvanor, inte bara för äldre utan för alla. Fysisk aktivitet och goda matvanor är dessutom starkt sammankopplade. För optimera den fysiska aktiviteten krävs goda matvanor. För att kunna skapa energibalans krävs att man har lika stort energiintag som energiomsättning<sup>6</sup>. För den som tränar lite mer eller lite hårdare träning krävs ett större energiintag och vice versa. Med tanke på att BMI har sjunkit i nästintill samtliga åldersgrupper mellan basundersökningen och 6 år senare vid återbesök 2 så är det ändå glädjande att andelen deltagare som inte äter något av de tre huvudmålen har minskat överlag. När energiintaget är för litet minskar vikten och då också BMI.

Att servera maten på ett finare porslin gör maten mer aptitlig både för den som bor på boende och för den som bor hemma. Det kan räcka med att man serverar mjölken eller vattnet i ett fint glas för att man ska njuta lite mer, föreslår Carin Andersson, dietist vid Geriatriskt utvecklingscentrum. Det är viktigt att den som har behov av hjälp vid matsituationen får det. Det kan handla om att hemtjänstpersonalen får mer tid på sig att hjälpa vårdtagaren att lägga upp maten på riktigt porslin och sedan diska efter måltiden men det kan också handla om en så kallad pedagogisk måltid där personalen sitter med och äter med vårdtagaren.

Vinsterna är många med fysisk aktivitet. Utöver förbättrad syreupptagningsförmåga, ökad muskelstyrka, bättre rörelsemönster och balans som Statens Folkhälsoinstitut<sup>1</sup> angav, läggs positiv inverkan på hjärt-kärlsjukdomar, förhindrande av sjukdomsutveckling, bättre aptit samt förbättrad sömn till. Man mår bättre helt enkelt. Vad gäller sömn har även minskad nattfasta har en god inverkan. Socialstyrelsen<sup>11</sup> rekommenderar att nattfastan, alltså tiden mellan sista målet på kvällen och det första på morgonen, inte ska vara längre än 10-11 timmar. Man sover alltså bättre om man inte går och lägger sig hungrig eller vaknar av hunger på morgonen eller under natten. För den som sover bättre kan även behovet av sömntabletter minska.

## TIDIGARE PUBLIKATIONER FRÅN SNAC-SKÅNE

---

### Avhandlingar

Werntoft, E. Older people's view of prioritisation in health care, 2005,. Lunds universitet

Werngren-Elgström M. Deaf sign language users - Prevalence and aspects of quality of life in old age, 2006, Lunds universitet

Hovde B. Vårdsökande och behovstillfredsställelse bland äldre invandrare i södra Sverige. Licentiatexamen, 2006, Lunds universitet

Andersson M. Health care consumption and place of death among old people with public home care or in special accommodation in their last year of life. Äldre personers sista tid i livet. Livskvalitet, vård, omsorg och närståendes situation, 2007, Lunds universitet

Kristensson J Healthcare consumption, experiences of care and test of an intervention in frail old people. Implications for case management, 2008, Lunds universitet

Karlsson S Older people's public health care and social services. Functional ability, health, complaints, agreement in needs assessment and care satisfaction, 2008, Lunds universitet

Ekström H. the influence of fracture on activity, social participation and quality of life among older adults. Results from the population study Good Ageing in Skåne. 2009, Lunds universitet

Condellius A. Utilization of medical healthcare among older people. In relation to long-term municipal care. 2009, Lunds universitet

Steij-Stålbrand . A matter of life and health. Life satisfactrion, personality and mortality ion two populations of elderly. 2011, Lunds universitet.

### Artiklar

Lagergren M, Fratiglioni L, Hallberg I R, Berglund J, Elmståhl S, Hagberg B, Holst G, Rennemark M, Sjölund B-M, Thorslund M, Wiberg, I, Winblad B, Wimo A. A longitudinal study, integrating population and care and social service data - The Swedish National study on Ageing and Care (SNAC). Aging Clin Exp Research, 2004; 16: 158-168.

Werngren-Elgström M, Iwarsson S, Elmståhl S, Dehlin O. ADL dependence and perceived health among elderly deaf sign language users. A comparison with a matched group of elderly hearing people. Scand J Occup Ther. 2005 Jun;12(2):81-8..

Werntoft, E., Rahm Hallberg, I., Elmståhl, S, Edberg, A.-K. (2005) Older people's views of priorities in health care. Aging Clinical and Experimental Research 2005; 17: 402-411.

Werntoft E, Edberg A-K, Rooke L, Hermerén G, Elmståhl S, Hallberg IR. Older people's views of prioritization in health care. The applicability of an interview study. *Journal of Clinical Nursing*. 2005; 14, Suppl 2, 64-74.

Werntoft E, Hallberg IR, Elmståhl S, Edberg A-K. Older people's view of how to finance increasing health care costs. *Ageing & Society*, 2006; 26: 497-514.

Ekström H, Elmståhl S. Pain and fracture are independent factors related to lower walking speed and grip strength seven years after an osteoporotic fracture. *Acta Orthopædica* 2006, Dec;77(6):902-11.

Jakobsson, U., Hallberg IR. Mortality among elderly receiving long-term care: a longitudinal cohort study. *Aging Clinical & Experimental Research*. *Aging Clin Exp Res*. 2006 Dec;18(6):503-11

Werntoft E., Hallberg IR., Elmståhl, S., Edberg, A-K. Older people's views of how to finance increasing health care costs. *Ageing & Society* 2006; 26: 497-514.

Andersson M, Hallberg IR, Edberg AK. The final period of life in elderly people in Sweden: factors associated with QOL. *Int J Palliat Nurs*. 2006; Jun;12(6):286-93.

Steij-Stålbrand I, Svensson T, Elmståhl S, Hagberg B, Dehlin O, Samuelsson G. Subjective health and illness, coping and life satisfaction in an 80-year-old Swedish population. Implications for mortality. *Int J Behavioral Medicine*, 2007; 14: 173-180.

Werntoft E., Hallberg, IR, Edberg, A-K. Prioritisation and resource allocation in health care. The views from older people receiving continuous public care and service. *Health Expect* 2007; 10: 117-28.

Kristensson J, Hallberg IR, Jakobsson U. Healthcare consumption in men and women aged 65 and above in the two years preceding decision about long-term municipal care. *Health Soc Care Community*. 2007 Sep;15 (5):474-85.

Andersson M, Hallberg IR, Edberg AK. Health care consumption and place of death among old people with public home care or in special accommodation in their last year of life. *Aging Clin Exp Res*. 2007 Jun;19(3):228-39.

Condelius A, Edberg AK, Jakobsson U, Hallberg IR. Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008 Jan-Feb;46(1):41-55. Epub 2007 Apr 2.

Ekström H, Elmståhl S. Restriction in social participation and lower life satisfaction among fractured in pain. Results from the population study "Good Ageing in Skåne". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2008 May-Jun;46(3):409-24.

Ekberg O, Elmståhl S, Björgell O, Hillarp B, Maly P, Redlund Johnell I, Rundgren Å. Geriatrisk radiologi, en viktig del av bild- och funktionsmedicin. *Nordisk Geriatrik*, 2008 (11) 5; 4-20.

- Hovde., B., Hallberg, IR., Edberg, A-K. Older non-Nordic immigrants' experience of their life situation in the context of receiving public care in Sweden. *Int J older People nurs* 2008; 3: 104-12.
- Karlsson, S., Edberg, A-K., Westergren, A., Hallberg, I R. Functional ability and health complaints among older people with a combination of public and informal care vs. public care only. *Scand J Caring Sciences* 2008; 22: 136-48.
- Karlsson, S., Edberg, A-K., Westergren, A., Hallberg, I R. Older people receiving public long-term care in relation to consumption of medical health care and informal care. *The Open Geriatric Medicine Journal* 2008; 1:1-9.
- Kristensson, J. Hallberg IR, Lundborg P. Health care costs for people aged 65+ two years prior to them receiving long-term municipal care. *Aging Clin Exp Research* 2008 Dec;20(6):547-55.
- Modig S, Kristensson J, Ekwall AK, Hallberg IR, Midlöv P. Frail elderly patients in primary care--their medication knowledge and beliefs about prescribed medicines. *Eur J Clin Pharmacol.* 2009;65(2):151-5
- Condelius A, Hallberg IR, Jacobsson U. Medical healthcare utilization as related to long-term care at home or in special accommodation. *Archives Gerontology and Geriatrics* 2010; 51: 250-6.
- Condelius A, Edberg AK, Hallberg IR, Jacobsson U. Utilization of medical healthcare among people receiving long-term care at home or in special accommodation. *Scand J Caring Sciences* 2010; 24: 404-13.
- Szanto O, Montnemery P, Elmståhl S. Prevalence of airway obstruction in the elderly: results from a cross-sectional spirometric study of nine age cohorts between the ages of 60 and 93 years. *Primary Care Respiratory Journal*, 2010, 19 (3): 231-6.
- Bramell-Risberg E, Jarnlo G-B, Elmståhl S. Slowing of alternating forearm movements is associated with cognitive impairment in community-dwelling older people. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 2010, 29: 457-466.
- Karlsson, S., Edberg, Hallberg, I R. Personnel's and older people's assessments of functional ability, health complaints and received care and services. A descriptive study. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 1217-27.
- Christensson A, Elmståhl S. Estimation of the age-dependent decline of glomerular filtration rate from formulas based on creatinine and cystatin C in the general elderly population. *Nephron Clinical Practice*, 2011; 117 (1) c40-50. Epub 2010.
- Albin B, Hjelm K, Ekberg J, Elmståhl S. Residential mobility among foreign-born persons living in Sweden is associated with lower mortality. *Clin Epidemiol.* 2010 Aug 9;2:187-94.

- Dahlrup B, Nordell E, Andren S, Elmståhl S. Family caregivers' assessment of symptoms in persons with dementia using the GBS-scale. Differences in rating after psychosocial intervention – an 18 month follow-up study. *Clinical Interventions in Aging*, 2011;6 9-18.
- Furuäng L, Siennicki-Lantz A, Elmståhl S. Reduced cerebral perfusion in elderly men with silent myocardial ischaemia and nocturnal blood pressure dipping. *Atherosclerosis*. 2011 Jan;214(1):231-6.
- Kragh A, Elmståhl S, Atroshi I. Elderly patients' medication use six months before and after a hip fracture: a population-based cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2011 May;59(5):863-8.
- Jönsson KM, Wieloch M, Sterner G, Nyman U, Elmståhl S, Engström G, Svensson PJ. Glomerular filtration rate in patients with atrial fibrillation on warfarin treatment: A subgroup analysis from the AURICULA registry in Sweden. *Thromb Res*. 2011 May 25. [Epub ahead of print]
- Enkvist Å, Ekström H, Elmståhl S. What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 May 7. [Epub ahead of print]
- Ekström H, Dahlin-Ivanoff S, Elmståhl S. Effects of walking speed and results of Timed Get-Up-and-Go tests on quality of life and social participation in elderly individuals with a history of osteoporosis-related fractures. *Journal Aging Health*, 2011; Aug 25 1-21.  
<http://jah.sagepub.com/content/early/2011/08/24/0898264311418504>
- Siennicki-Lantz A, Elmståhl S. Phenomenon of declining blood pressure in elderly - high systolic levels are undervalued with Korotkoff method. *BMC Geriatrics* 2011, 11:57.
- Enkvist Å, Ekström H, Elmståhl S. Life satisfaction (LS) and symptoms among the oldest-old: Results from the longitudinal population study called Good Aging in Skåne (GÅS). *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Jan-Feb;54(1):146-50
- Siennicki-Lantz A, Elmståhl S. Differing Pattern of Ambulatory Blood Pressure in Very Elderly Men Expresses Dynamics in Atherosclerotic Load in the Senescence. *International Journal of Hypertension* 2012, Feb 11 Article ID 417291, 9 pages.
- Montnemery P, Elmståhl S. Diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease with special reference to over- and underdiagnosis using spirometry. Book chapter, *Primary Care*, 2012, accepted ISBN 979-953-307-556-2.
- Elmståhl S, Ekström H. Prediktorer för livstillfredsställelse, funktionsförmåga och aktiviteter i det dagliga livet - Data från den longitudinella befolkningsstudien "Gott Åldrande i Skåne" En sexårsuppföljning av 60 till 93 år gamla malmöbor. Geriatriskt utvecklingscentrum, Skånes universitetssjukhus, Malmö, 2012, 1-23. ISBN-nummer 978-91-975977-1-5

Ekström H, Dahlin-Ivanoff S, Elmståhl S. Does informal support influence social participation among fractured elderly? *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Dec 28. doi:pii: S0167-4943(12)00237-3. 10.1016/j.archger.2012.11.010. [Epub ahead of print]

Bramell-Risberg E, Jarnlo G-B, Elmståhl S. Separate physical tests of lower extremities and postural control are associated with cognitive impairment. Results from the general population study Good Aging in Skåne (GÅS-SNAC). *Clinical Interventions in Aging*, 2012;7:195-205.

Siennicki-Lantz A, Elmståhl S. Carotid velocities determine cerebral blood flow deficits in elderly men with carotid stenosis < 50%. *Int J Vascular Medicine*, 2012;2012:579531. Epub 2012 Jun 19.

Enkvist Å, Ekström H, Elmståhl S. Associations between functional ability and life satisfaction in the oldest old: results from the longitudinal population study Good Aging in Skåne. *Clinical Interventions in Aging*. 2012;7 313–320.

Albin B, Hjelm K, Elmståhl S, Ekberg J. County differences in mortality among foreign-born compared to native Swedes 1970 - 1999. *Nurs Res Pract*. 2012;2012:136581. doi: 10.1155/2012/136581. Epub 2012 Sep 18.

Albin B, Hjelm K, Ekberg J, Elmståhl S. Utilization of health care among foreign-born compared to native Swedes 1987-1999. *Nursing Research and Practice*, 2012, Volume 2012, Article ID 713249, 11 pages.

Sterner G, Elmståhl S, Frid A. Metformin treatment, renal function and lactic acidosis. A population based study. *British J Diabetes Vascular Disease*, 2012;12:227-231.

Siennicki-Lantz A, André-Petersson L, Elmståhl S. Decreasing blood pressure over time is the strongest predictor of depressive symptoms in octogenarian men. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012 Feb 11. [Epub ahead of print].

Siennicki-Lantz A, Elmståhl S. Differing pattern of ambulatory blood pressure in very elderly men expresses dynamics in atherosclerotic load in the senescence. *Int J Hypertens*. 2012;2012:417291. Epub 2011 Dec 18.

Stenhagen M, Nordell E, Elmståhl S. Falls in Elder People: A Multifactorial Analysis of Risk Markers from the Swedish General Population Study 'Good Aging in Skåne'. *Aging Clin Exp Res*, in press, 2013.

Lagergren M, Fagerström C, Nordell E, Berglund J, Fratiglioni L, Sjölund B-M, Wimo A, Elmståhl S. Horizontal and vertical targeting efficiency – a population-based comparison between users and non-users of public long-term care for older persons in Sweden. *Ageing & Society*, accepted, 2012.

Albin B, Hjelm K, Ekberg J, Elmståhl S. comparison of stroke mortality in Finnish-born migrants living in Sweden 1970-1999 and in Swedish-born individuals. *J Immigrant and Minority Health*, in press, 2013.

Bramell-Risberg E, Jarnlo G-B, Elmståhl S. Older women with dementia can perform fast alternating forearm movements and performance is correlated with tests of lower extremity function. *Clinical Interventions in Aging* 2013;8 175–184

Hägg M, Houston B, Ekström H, Elmståhl S, Wann Hansson C. Sleep quality, use of hypnotics and sleeping habits in different age groups among older people. *Int J Older People Nurs*. Accepted, Jan 2013.

Nilsson J, Svensson M, Björ B, Elmståhl S, Hallmans G, Lundh T, Schön S, Skerfving S, Bergdahl I. End-stage renal disease and low exposure to lead, cadmium and mercury - a population-based, prospective nested case-referent study in Sweden. *Environmental Health*, accepted, 2013.

Ekdahl J, Elmståhl S. Portion size among elder subjects in the general population. A methodological dietary study from Malmö, Sweden. *Journal of Aging: Research and Clinical Practice*, accepted, 2013

Elmståhl S, Linder H. Polypharmacy and inappropriate drug use among older people – a systematic review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, accepted, 2013.

Karlsson S, Edberg AK, Jakobsson U, Hallberg IR. Care satisfaction among older people receiving public care and service at home or in special accommodation. *J Clin Nurs*. 2013 Feb;22(3-4):318-30.

## Rapporter

Hallberg I, Karlsson S, Westergren A, Dozet A, Lithman T, Elmståhl S, Ekström H, Edberg AK. Kommunal och regional vård till äldre. Vård och omsorg i Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad till personer 65 år och däröver, våren 2001. En delstudie i SNAC. Rapport 1. Inst Omvårdnad och Samhällsmedicinska Inst, Lunds universitet, Media Tryck, 2002.

Karlsson S, Ekström H, Westergren A, Edberg AK, Elmståhl S, Hallberg I. Analys och utveckling av system för registrering av vårdbehov och vårdinsatser till äldre i kommunal vård och omsorg. En delstudie i SNAC. Rapport 2. Inst Omvårdnad och Samhällsmedicinska Inst, Lunds universitet, Media Tryck, 2003.

Lagergren M, Hallberg I, Holst G, Wimo A. Behov och insatser för de äldre i SNAC-kommunerna. Jämförelser för SNAC baslinjeundersökningar 2001 i Karlskrona, på Kungsholmen, i Nordanstig och i Skåne. En delstudie i SNAC. Rapport 3. Inst Omvårdnad, Lunds universitet, Media Tryck, 2003.

Det goda åldrandet ? Att bli gammal i en åldrande befolkning. Äldre Skåningar GÅS igenom. Aktuellt om vetenskap och hälsa. Ljungbergs tryckeri, Klippan, pp 3-4, 2004.

Det goda åldrandet ? Att bli gammal i en åldrande befolkning. Bör yngre gå före äldre? Aktuellt om vetenskap och hälsa. Ljungbergs tryckeri, Klippan, pp 28-29, 2004.

Elmståhl S, Ekström H, Nordell E. Ett gott åldrande – är det möjligt ?. Forskningens Dag, 2-3 november 2004. Lunds universitet och Region Skåne, Lund och Malmö, Aktuellt om Vetenskap & Hälsa 2009 (Nov) 28-9.

Elmståhl S, Salameh G, Ekström H. Upplevd hälsa och funktionsförmåga bland män och kvinnor, 60 till 93 år i Skåne. Geriatriskt utvecklingscentrum, Skånes universitetssjukhus, Malmö. Rapport 2010:1: 1-29. ISBN 978-91-975976-9-2  
<http://www.skane.se/pages/309146/SNACSKANerev18.24.pdf>

Nordell E, Elmståhl S. Kommunal äldreomsorg i Skåne Enkätundersökning om boende, resurser och insatser. Geriatriskt utvecklingscentrum, Skånes universitetssjukhus, Malmö. Rapport 2010: 1-20. Media Tryck, Lunds universitet ISBN 978-91-975977-0-8

Elmståhl S, Ekström H. Prediktorer för livstillfredsställelse, funktionsförmåga och aktiviteter i det dagliga livet - Data från den longitudinella befolkningsstudien ”Gott Åldrande i Skåne” En sexårsuppföljning av 60 till 93 år gamla malmöbor. Geriatriskt utvecklingscentrum, Skånes universitetssjukhus, Malmö, 2012, 1-23. ISBN-nummer 978-91-975977-1-5.



## REFERENSER

---

1. Nilsson, E., Nilsson, S., Räftegård Färggren, T. & Åkeson, N. (2009). *Det är aldrig för sent!* [Elektronisk] Rapport 2009:18. Statens Folkhälsoinstitut.  
<http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Det-ar-aldrig-for-sent-Forbatta-aldres-halsa-med-moten-mat-och-aktivitet/> [2011-09-19]
2. World Health Organisation (1948). *Definition of health*.  
<https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html> [2011-09-22]
3. Elmståhl, S., Salameh, G. & Ekström, H. (2010). *SNAC-Skåne. Upplevd hälsa och funktionsförmåga bland män och kvinnor, 60 till 93 år i Skåne*. [Elektronisk] Rapport 2010:1. Geriatriskt utvecklingscentrum.  
<http://www.skane.se/pages/309146/SNACSKANERev18.24.pdf> [2011-09-12]
4. World Health Organisation (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. [Elektronisk] Diskussionsunderlag.  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf) [2011-11-23]
5. Nordell, E. (2011). *Fall*. [Elektronisk] Kunskapsbank för geriatrik. Kunskapscentrum för geriatrik.  
<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Fall/> [2011-11-23]
6. Jansson, W., Nordell, E., Engelheart, S. & Nordlund, A. (2009). *Fallprevention; Riskfaktorer och åtgärder för att förhindra fallolyckor bland äldre*. Stockholm; Liber AB
7. Statens Folkhälsoinstitut (2011). *Äldres hälsa*. [Elektronisk] Rapport 2011:12. Statens Folkhälsoinstitut.  
<http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Aldres-halsa/> [2011-09-22]
8. Hagberg, M. (2004). "Mening och värde i ålderdomen". I Blomqvist, K. & Edberg, A-K. (red.) (2004) *Att vara äldre: "... man har ju sina krämpor..."*. Lund; Studentlitteratur AB
9. Berlin, M. (2010). *Mäns livslängd närmar sig kvinnors*. [Elektronisk] Artikel i Velfärd nr 2010:2. Statistiska Centralbyrån.  
[http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/LE0001\\_2010K02\\_TI\\_11\\_A05TI1002.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0001_2010K02_TI_11_A05TI1002.pdf) [2011-10-10]
10. Naturochkulturbussen (2010). *Besöksmål*. [Elektronisk] Lista över besöksmål för bussarna.  
[http://www.naturochkulturbussen.se/poster/besoksmal/#post\\_group-N](http://www.naturochkulturbussen.se/poster/besoksmal/#post_group-N) [2011-11-25]

11. **Socialstyrelsen** (2011). *Näring för god vård och omsorg: en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. [Elektronisk] Rapport 2011-9-2. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf> [2011-11-23]
12. **Sidenvall, B.** (2004). "Att ha svårt att äta". I **Blomqvist, K. & Edberg, A-K.** (red.) (2004) *Att vara äldre: "... man har ju sina krämpor..."*. Lund; Studentlitteratur AB
13. **Skånes universitetssjukhus & Malmö stad** (2011). *Den viktiga maten; Gott som gör gott; För återhämtning och styrka när aptiten är liten*. [Elektronisk] Broschyr. [http://www.skane.se/Public/SUS\\_extern/Bilder/Bilder/Den%20viktiga%20maten/HOLMBERGS\\_den\\_viktiga\\_maten\\_4nov2011\\_A5\\_HQ\\_ny.pdf](http://www.skane.se/Public/SUS_extern/Bilder/Bilder/Den%20viktiga%20maten/HOLMBERGS_den_viktiga_maten_4nov2011_A5_HQ_ny.pdf) [2011-11-23]
14. **Malmö stad** (2011). *Matdistributionen förändras i höst*. [Elektronisk] Information. <http://www.malmo.se/Kommun--politik/Om-oss/Stadsdelar/Vastra-Innerstaden/Arkiv/Nyhetsarkiv/8-10-2011-Matdistributionen-forandras-i-host.html> [2011-12-01]
15. **Andersson, C.** (2011). *BMI*. [Elektronisk] Kunskapsbank för geriatrik. Kunskapscentrum för geriatrik. <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Nutritionslankar/BMI-vid-amputation/> [2011-09-21]

## Rapport SNAC-Skåne 2013:1

---

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

SNAC-Skåne projektet går under beteckningen ”Gott Åldrande i Skåne” (GÅS) och huvudansvarig för SNAC-Skåne är professor Sölve Elmståhl: solve.elmstahl@med.lu.se  
Mail: solve.elmstahl@med.lu.se

För mer information besök: [www.skane.se/sus/guc](http://www.skane.se/sus/guc) eller [www.snac.org](http://www.snac.org)

Douhan J, Elmståhl S. Fysisk aktivitet & bra matvanor för det goda åldrandet. – Resultat från forskningsprojektet *Gott Åldrande i Skåne* (GÅS). Geriatriskt utvecklingscentrum, Skånes universitetssjukhus, Malmö, 2013; 1-34. ISBN-nummer 978-91-975977-2-2