



HÖGSKOLAN  
DALARNA

# **Livet som äldre i Dalarna**

Resultat från Undersökningen om äldre personers  
levnadsvillkor i Dalarna, SWEOLD-Dalarna

Lena Dahlberg

Naima Kayser Leeoza

Carin Lennartsson

Högskolan Dalarna  
791 88 Falun  
Tel 023-77 80 00  
[www.du.se](http://www.du.se)

Högskolan Dalarna, arbetsrapport nummer 5, 2023  
ISBN 978-91-88679-67-3  
ISSN 1653-9362  
© Författarna

# Innehållsförteckning

## Sammanfattning

## Nyckelord

## Förord

<b>1. Bakgrund .....</b>	<b>1</b>
1.1. Den äldre befolkningen i Dalarna .....	1
1.2. Kunskapsbehov och syfte .....	3
<b>2. Metod .....</b>	<b>4</b>
2.1. Undersökningen om äldre personers levnadsvillkor .....	4
2.2. Genomförande.....	4
2.3. Undersökningens deltagare .....	5
<b>3. Resultat .....</b>	<b>7</b>
3.1. Hälsa och funktionsförmåga .....	7
3.1.1. Allmänt hälsotillstånd .....	7
3.1.2. Psykisk hälsa .....	8
3.1.3. Allmän trötthet .....	9
3.1.4. Fysisk funktionsförmåga och hjälpmedelsanvändning .....	10
3.1.5. Fall.....	13
3.1.6. Hörsel och syn.....	14
3.2. Omsorg och vård.....	16
3.2.1. Omsorg .....	16
3.2.2. Vårdutnyttjande .....	18
3.2.3. Tandvård.....	21
3.2.4. Läkemedel .....	23
3.3. Ekonomisk situation.....	24
3.4. Sociala relationer och ensamhet.....	25
3.4.1. Sociala kontakter och socialt stöd .....	25
3.4.2. Ensamhet .....	27
3.5. Tillgänglighet och inkludering i lokalsamhället .....	28
3.5.1. Att röra sig i lokalsamhället .....	28
3.5.2. Tillgänglighet .....	31

3.5.3.	Inkludering i lokalsamhället.....	32
3.6.	Internetanvändning .....	35
3.7.	Levnadsvanor .....	37
3.7.1.	Alkoholvanor.....	37
3.7.2.	Motionsvanor .....	38
<b>4.</b>	<b>Sammanfattande reflektioner .....</b>	<b>40</b>
4.1.	Skillnader mellan Dalarna och riket .....	40
4.2.	Könsskillnader .....	41
4.3.	Slutsatser för policy och praktik .....	42
<b>5.</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>45</b>

## Sammanfattning

År 2021 genomfördes en riksomfattande studie om äldre personers levnadsvillkor med ett extra urval för Dalarna. Inom ramen för det extra urvalet i Dalarna genomfördes 474 intervjuer med personer som var 77 år eller äldre. Syftet med rapporten är att undersöka äldre personers levnadsvillkor i Dalarna och göra jämförelser med villkoren i riket. Fokus riktas särskilt mot hälsa och funktionsförmåga, omsorg och vård, ekonomisk situation, sociala relationer, lokalsamhället, internetanvändning och levnadsvanor.

### Hälsa och funktionsförmåga

Ungefär hälften av de äldre personerna skattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott, medan mindre än en tiondel skattar det som dåligt. Majoriteten har en god psykisk hälsa, men 15 procent har lättare eller svåra besvär av depression eller djup nedstämdhet, och 25 procent har besvär av ångslan, oro och/eller ångest. Hälsolivåerna i Dalarna speglar nivåerna i riket vad gäller de hälsoindikatorer som presenteras i rapporten.

Mer än 80 procent klarar basala aktiviteter i det dagliga livet, såsom att äta, stiga upp ur sängen och gå på toaletten. Det är betydligt vanligare att få hjälp med städning av sin partner än av hemtjänsten eller köpta tjänster.

Kvinnor i Dalarna har en sämre mobilitetsförmåga än männen. Det handlar om att gå 100 meter utomhus och att gå i trappor. Både i Dalarna och i riket använder kvinnorna gånghjälpmedel utomhus i större utsträckning än män. Användandet av gånghjälpmedel är överlag vanligare i Dalarna än i riket.

### Omsorg och vård

Städning är ett exempel på en aktivitet där personer kan behöva hjälp. I Dalarna 45 procent som inte utförde städningen på egen hand. Av dessa fick de flesta hjälp av sin partner. Även privat köpt hjälp och hemtjänst var vanligt förekommande.

Andra skillnader rör läkarbesök. En något lägre andel personer i Dalarna har besökt läkare på vårdcentral jämfört med riket i stort. Noterbart är att 13 procent av deltagarna i Dalarna och riket har avstått från läkarbesök under det senaste året trots att de har behov av läkarvård. En vanlig orsak till att avstå från ett läkarbesök är att vänta ut besvären eller ta hand om dem själv, vilket uppges betydligt oftare av de

svarande i Dalarna än i riket och då särskilt bland kvinnorna. En annan vanlig orsak i Dalarna är att det var svårt att få en läkartid. I Dalarna är det dessutom vanligare att uppleva det som svårt att ta sig till vårdcentralen, inte minst bland kvinnorna och bland de som har nedsatt fysisk funktionsförmåga.

En tiondel i Dalarna och i riket har avstått från tandläkarbesök trots behov. Det är vanligare i Dalarna än i riket att uppleva svårigheter med att ta sig till tandläkaren.

### **Ekonomisk situation**

En fråga om ekonomiska resurser visar att 6 procent inte har marginal att klara oförutsedda kostnader, det vill säga att inte från egna besparingar kunna få fram 16 000 kronor inom en vecka.

### **Sociala relationer**

Ungefär sju av tio personer blir ofta eller ibland besökta av eller besöker sina släktingar och en något högre andel hade motsvarande kontakt med vänner. Sociala kontakter med såväl släktingar som vänner är vanligare i Dalarna än i riket. I Dalarna är kontakter med släktingar vanligare bland män än kvinnor. En knapp tiondel besväras av ensamhet ofta eller nästa alltid. Det finns inga större skillnader i förekomst av ensamhet mellan Dalarna och riket, men ensamhet är något vanligare bland kvinnor än män.

### **Tillgänglighet och inkludering i lokalsamhället**

De flesta lämnar sin bostad och vistas utomhus varje dag, men det är vanligare att personer i Dalarna inte kommer ut varje dag. En mindre grupp (5% i Dalarna) lämnar sitt hem mer sällan eller aldrig. Det är vanligare att männen lämnar sin bostad och vistas utomhus än att kvinnorna gör det.

Den stora majoriteten av de svarande i Dalarna tycker att det är lätt eller ganska lätt att ta sig till mataffären, medan en något större andel upplever svårigheter att ta sig till apotek och bank/uttagsautomat. För samtliga exempel på enkelheten att ta sig till olika platser var tillgängligheten sämre i Dalarna än i riket och det finns en tendens till att det är kvinnorna som upplever större hinder. Känslan av tillhörighet i närområdet och tillit till andra människor är hög.

## **Internet**

Mer än hälften av befolkningen i åldrarna 77 år eller äldre använder internet dagligen eller veckovis. Internet används vanligtvis för banktjänster, söka information, ha kontakt med anhöriga och vänner, och ta del av nyheter. Noterbart är att cirka 40 procent inte använder internet, vilket är vanligare bland kvinnorna än männen.

## **Levnadsvanor**

Ungefär hälften av de äldre personerna i Dalarna utövar motions-, friluft- eller idrottsaktivitet såsom långpromenader varje vecka. Inom ämnet levnadsvanor ställs också frågan om hur ofta personen brukar dricka alkoholhaltiga drycker. Ungefär en tredjedel aldrig dricker alkohol. Att dricka alkohol varje vecka är mindre förekommande i Dalarna än i riket. Alkoholkonsumtion är vanligare bland män än kvinnor.

## **Rekommendationer**

- Tillgängligheten till sjuk- och tandvård behöver förbättras för äldre personer.
- Kommunernas socialtjänst/äldreomsorg behöver säkerställa att äldre personers behov av stöd och hjälp i det dagliga livet tryggas och att deras ekonomiska trygghet säkerställs, samt att anhöriga får det stöd de behöver.
- Kommunerna behöver möta behov relaterade till social isolering och ensamhet. Här spelar även civilsamhället en viktig roll.
- Olika delar inom offentlig och privat sektor behöver arbeta för att göra samhället mer inkluderande, till exempel genom goda transportmöjligheter, en fysiskt tillgänglig miljö och service som är tillgänglig även för de som inte använder internet.

## **Nyckelord**

Befolkningsundersökning; Dalarna; Ekonomi; Ensamhet; Funktionsförmåga; Hälsa; Internet; Levnadsvanor; Levnadsvillkor; Lokalsamhälle; Omsorg; Sociala relationer; Sverige; Vård; Äldre personer.

## Förord

I den här rapporten presenteras resultat från Undersökningen om äldre personers levnadsvillkor i Dalarna, SWEOLD-Dalarna. Vår förhoppning är att resultaten ska vara ett stöd i planeringen och utvecklingen av verksamheter riktade till äldre personer i Dalarna.

Undersökningen är en del av den större nationella studien, SWEOLD, som är baserad på Stockholms universitet. Arbetet med rapporten har genomförts i samverkan mellan forskare vid Högskolan Dalarna och Aging Research Center vid Karolinska Institutet och Stockholms universitet.

I rapporten sätts resultaten för Dalarna i relation till resultaten nationellt. Undersökningen har ett brett fokus och vi har fått goda råd kring vilka frågor som är angelägna att inkludera i rapporten. Vi vill särskilt tacka Viveka Morelius från PRO, Björn Strindberg Lennhed vid Region Dalarna, arbetsutskottet vid Socialtjänstens Utvecklingscentrum Dalarna (SUD), samt deltagare vid seminarier där preliminära resultat har presenterats. Vi vill också tacka Johan Borg för granskning av rapporten. Ansvaret för rapportens innehåll är författarnas.

Framtagandet av denna rapport har finansierats av Socialtjänstforskningsfonden vid SUD, medan datainsamlingen för SWEOLD-Dalarna har finansierats genom Institutionen för Hälsa och Välfärd vid Högskolan Dalarna. Högskolan har även bidragit med medel för tvärdisciplinära nätverk som har utvecklat ansökningar för att använda materialet vidare i olika forskningsprojekt.

Falun, 6 november 2023

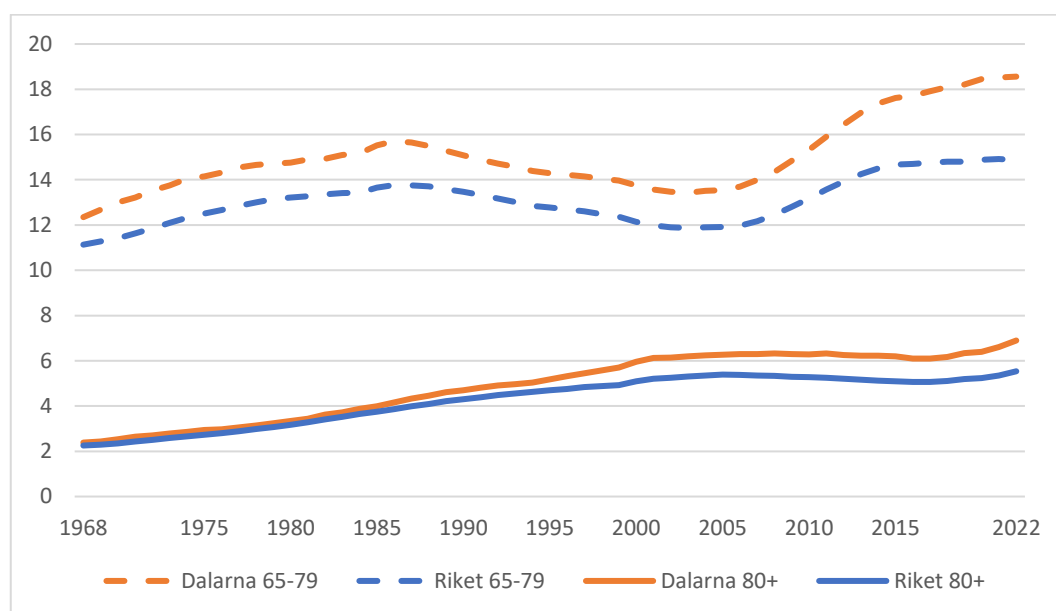
Lena Dahlberg, Naima Kayser Leeoza, Carin Lennartsson



## 1. Bakgrund

### 1.1. Den äldre befolkningen i Dalarna

År 2022 var en av fyra personer i Dalarna 65 år eller äldre. Det motsvarar drygt 73 000 av Dalarnas drygt 288 000 invånare. Figur 1 visar att andelen äldre personer har ökat både i Dalarna och riket som helhet, men att ökningen har varit större i Dalarna. År 1968 var ungefär 2 procent av befolkningen i såväl Dalarna som riket 80 år eller äldre, vilket kan jämföras med 2022 då 7 procent av befolkningen i Dalarna och 6 procent i riket var i den åldersgruppen. Bland personer i åldrarna 65 till 79 år har skillnaderna ökat mer: från 12 procent till 19 procent i Dalarna, jämfört med en ökning från 11 procent till 15 procent i riket.

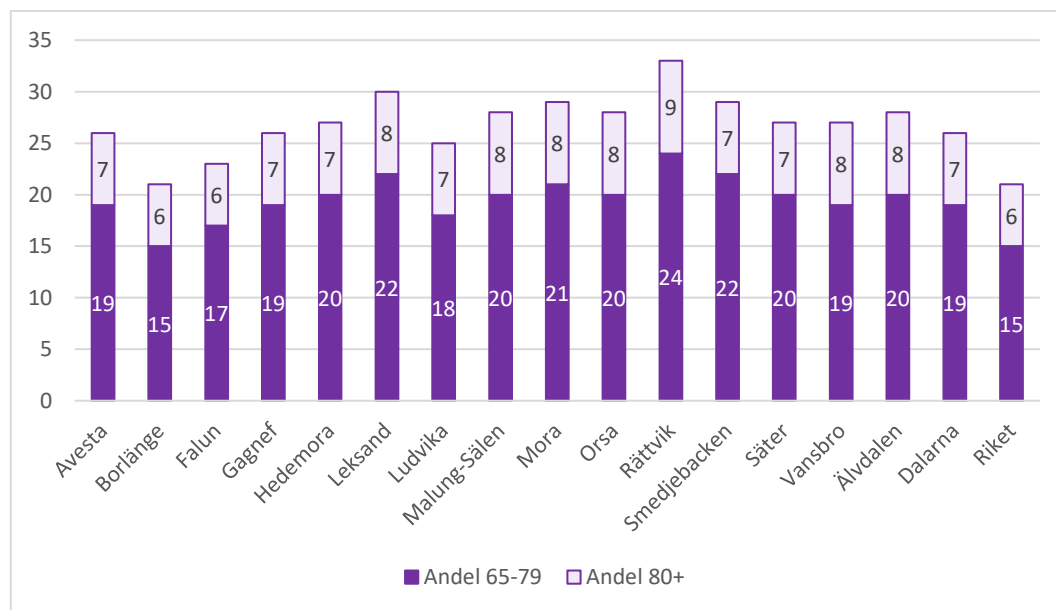


**Figur 1. Andel personer i åldern 65–79 år respektive 80+ år i Dalarna och riket åren 1968- 2022 (%). Data från Statistikmyndigheten, SCB**

Som framgår av Figur 2 varierar den totala andelen personer i åldern 65 år eller äldre mellan 21 procent (Borlänge kommun) och 33 procent (Rättviks kommun). Detta kan jämföras med 25 procent för Dalarna och 20 procent för riket som helhet. Endast två län har högre andelar personer i åldern 65 år eller äldre.

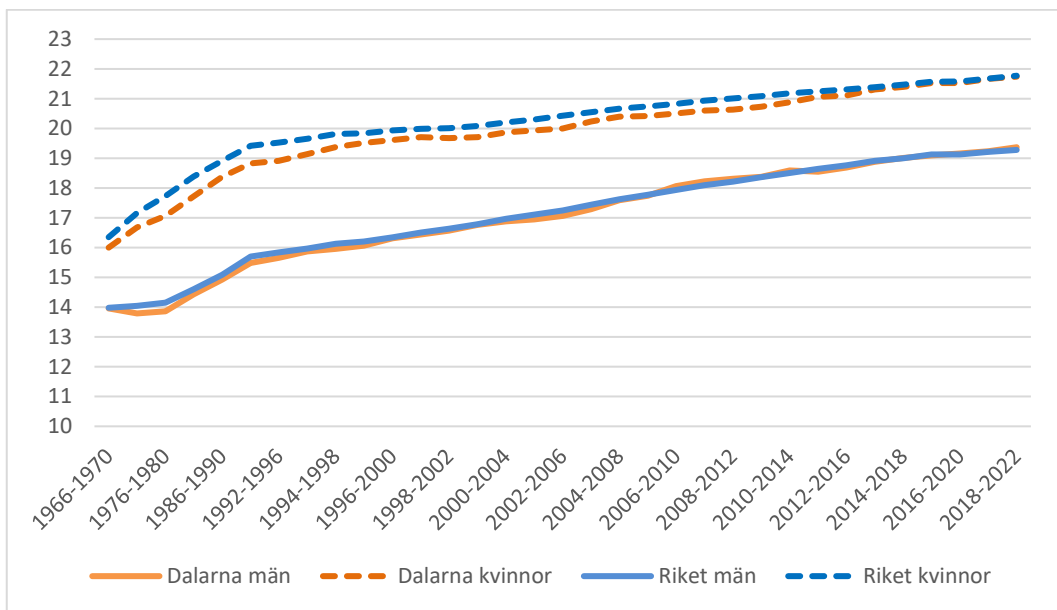
För samhällsinsatser i form av till exempel vård och omsorg kan det vara mer intressant att se till andelen som är 80 år eller äldre, då det är inom denna grupp sådana insatser är vanligare. Figuren illustrerar därför även andelen personer som är mellan 65 och 79 år respektive 80 år eller äldre i de olika kommunerna, Dalarna

och riket. Den relativa storleken på den äldre gruppen varierar i dalakommunerna mellan 6 procent och 9 procent (Dalarna 6%, riket 7%), medan den yngre gruppen varierar mellan 15 procent och 24 procent (Dalarna 19%, riket 15%). Genomgående står Borlänge kommun för de lägsta och Rättviks kommun för de högsta andelarna. Av samtliga län i Sverige har Dalarna den högsta andelen personer i åldern 65 till 79 år och fjärde högsta andelen personer som är 80 år eller äldre.



**Figur 2. Andel personer i åldern 65 respektive 80+ år i Dalarnas kommuner, Dalarna och riket år 2022 (%). Data från Statistikmyndigheten, SCB**

Figur 3 visar det genomsnittliga antal år som återstår för kvinnor och män att leva vid 65 års ålder, givet den dödlighet som förelåg i Dalarna samt i riket det aktuella året. Den förväntade livslängden i Dalarna vid 65 års ålder var i mitten av 1960-talet 16 år för kvinnorna och knappt 13 år för männen. Idag är den förväntade livslängden vid 65 år nästan 22 år för kvinnorna och drygt 19 år för männen. För kvinnorna har ökningen varit något större i Dalarna jämfört med riket och idag återfinns ingen skillnad i återstående livslängd för kvinnor mellan länet och riket. Bland männen har ökningen i förväntad livslängd varit samstämmig gällande Dalarna och riket.



**Figur 3. Förväntad återstående medellivslängd vid 65-års ålder (år). Data från Statistikmyndigheten, SCB**

## 1.2. Kunskapsbehov och syfte

För att kunna möta olika typer av behov hos den äldre delen av Dalarnas befolkning behövs aktuell kunskap om gruppens hälsa och levnadsvillkor. En undersökning har genomförts för att öka kunskapen om levnadsvillkoren för de äldre personer som bor i Dalarna. Den har gjorts inom ramen för en nationell undersökning. Syftet med rapporten är att undersöka äldre personers levnadsvillkor i Dalarna och göra jämförelser med villkoren i riket. Fokus riktas särskilt mot:

- Hälsa och funktionsförmåga
- Omsorg och vård
- Ekonomisk situation
- Sociala relationer och ensamhet
- Tillgänglighet och inkludering i lokalsamhället
- Internetanvändning
- Levnadsvanor

## 2. Metod

### 2.1. Undersökningen om äldre personers levnadsvillkor

Undersökningen om äldre personers levnadsvillkor (SWEOLD) är en återkommande undersökning av Sveriges äldre befolkning. Den första datainsamlingen genomfördes 1992 och har sedan genomförts 2002, 2004, 2011, 2014 och nu senast 2021.<sup>1</sup> Vid det senaste undersökningstillfället, år 2021, drogs ett extra urval av personer för Dalarna (SWEOLD-Dalarna). Extra urval drogs även för att säkerställa att de allra äldsta blev väl representerade i det nationella urvalet. Resultaten för riket som presenteras i rapporten har viktats för att kompensera för detta.

SWEOLD har ett brett fokus och omfattar frågor om personers förhållanden inom en rad områden såsom hälsa, vård och omsorg, ekonomi, boende och vardagliga aktiviteter. I den här rapporten presenteras resultat för ett urval av dessa frågor. Resultaten för Dalarna jämförs med resultaten för riket. Resultaten för riket baseras på svar från personer i hela landet inklusive de personer i Dalarna som ingår i det nationella urvalet, medan resultaten för Dalarna enbart baseras på de svar som inkommit inom ramen för det extra urvalet för länet. När Dalarna nämns i resultatet avses alltså extraurvalet för Dalarna.

I figurerna visas de totala andelarna samt andelarna för kvinnor och män, samt ibland även utifrån personers funktionsförmåga. Med funktionsförmåga avses här huruvida de kan utföra följande primära aktiviteter i dagliga livet (ADL-aktiviteter): tvätta håret/huvudet, äta, gå på toaletten, klä på och av sig, samt stiga upp och lägga sig. I figurerna indikerar den röda delen av staplarna en nedsättning, något som kan ses som ett problem eller liknande, även om en sådan värdering inte alltid är självklar. I texten presenteras skillnader som är statistiskt signifikanta på 5%-nivån, medan skillnader på 6–10%-nivån benämns som tendenser.

### 2.2. Genomförande

SWEOLD genomförs med hjälp av enkätbaserade intervjuer. År 2021 gjordes de flesta av intervjuerna via telefon, men möjlighet fanns att besvara frågorna via en pappersenkät (8% av samtliga intervjuer). För att minska bortfallet erbjöds de som inte kunde delta i undersökningen på egen hand att delta tillsammans med en anhörig, omsorgspersonal eller annan person. I sista hand kunde en anhörig eller

---

<sup>1</sup> För mer information om SWEOLD, se [www.sweold.se](http://www.sweold.se) eller Lennartsson et al. 2014.

omsorgspersonal besvara enkäten åt den äldre personen. I Dalarna svarade 86,1 procent på egen hand, medan 1,3 procent fick hjälp och 12,7 procent av enkäterna besvarades av en annan person.

Datainsamlingen och analyserna i denna rapport har godkänts av Etikprövningsmyndigheten (Uppsala avdelning övrig, diarienummer 2019-06324, 2021-00393, 2021-05031; Göteborg avdelning 2 medicin, diarienummer 2023-01597-01).

### 2.3. Undersökningens deltagare

Urvalet för SWEOLD är personer födda 1944 eller tidigare boende i Sverige. Den senaste datainsamlingsomgången genomfördes 2021. En nyhet vid denna omgång var att ett extra urval av 750 personer boende i Dalarna inkluderades i undersökningen.

Tabell 1 visar att 474 personer deltog i det extra urvalet för Dalarna och ytterligare 848 personer deltog i riket. Svarsfrekvensen var 64,8 respektive 63,5 procent. Över hälften av deltagarna i båda urvalen var kvinnor och medelåldern var cirka 83 år. I genomsnitt hade deltagarna drygt 10 års utbildning, där en lägre andel av deltagarna i Dalarna än i riket enbart hade gått i grundskola. De allra flesta bodde i ordinärt boende, där ensamboende var vanligare i Dalarna och sammanboende var vanligare i riket.

**Tabell 1. Beskrivning av deltagarna**

	Dalarna	Riket
Analytiskt urval (antal svarande)	474	848
Svarsfrekvens (%)	64,8	63,5
Kvinnor (%)	59,1	56,6
Ålder, medelvärde (min-max)	83,3 (77-98)	82,9 (77-109)
Utbildningsår, medelvärde (min-max)	10,77 (1-20)	10,18 (0-20)
Grundskola (%)	26,4	35,4
Särskilt boende (%)	8,4	6,3
Ordinärt boende (%)	91,6	93,7
Ensamboende (%)	52,5	43,4
Sammanboende (%)	47,5	56,7

Det finns alltid en risk att de som deltagit i en undersökning inte är representativa för befolkningsgruppen som helhet. I jämförelser med offentlig statistik från

Statistikmyndigheten, SCB<sup>2</sup>, var deltagarna i Dalarna i större utsträckning kvinnor (59,1% i urvalet jämfört med 55,5% i befolkningen) och något äldre (medelålder 83,3 jämfört med 82,8 år), medan det nationella urvalet stämde bättre överens med den offentliga statistiken i dessa avseenden. Vidare var andelen ensamboende högre i dalaurlvalet (52,5% jämfört med 48,7 %) och lägre i det nationella urvalet (43,4% jämfört med 48,7%). Jämfört med den offentliga statistiken var utbildningsnivån år 2021 betydligt högre bland svarande i Dalarna (26,4% av de svarande hade grundskola som högsta i examen jämfört med 41,5% i offentlig statistik) och nivån var även högre bland de svarande i riket (35,4% jämfört med 40,9%). Enligt offentlig statistik fick 10,2 procent av personer i åldern 80 år eller äldre äldreomsorg i form av särskilt boende (Socialstyrelsen, 2023b), vilket kan jämföras med 8,4 procent i dalaurlvalet och 6,3 procent i det nationella urvalet. Noteras bör då att studiedeltagarna var 77 år eller äldre. Den största avvikelserna för Dalarna rör alltså utbildning, där personer med låg utbildning är underrepresenterade. Det innebär en risk för att till exempel hälsoproblem kan ha underskattats i studien, då det finns en ojämlikhet i hälsa med större förekomst av hälsoproblem bland personer med lägre utbildning (Östergren, 2017). Det innebär också att jämförelser med riket ska göras med viss försiktighet, eftersom underrepresentationen av personer med låg utbildning inte var lika stor i den nationella studien.

---

<sup>2</sup> För Dalarna görs jämförelser med offentlig statistik från 2021 och för riket görs jämförelser med offentlig statistik från 2019, vilka är de år då respektive urval drogs.

### 3. Resultat

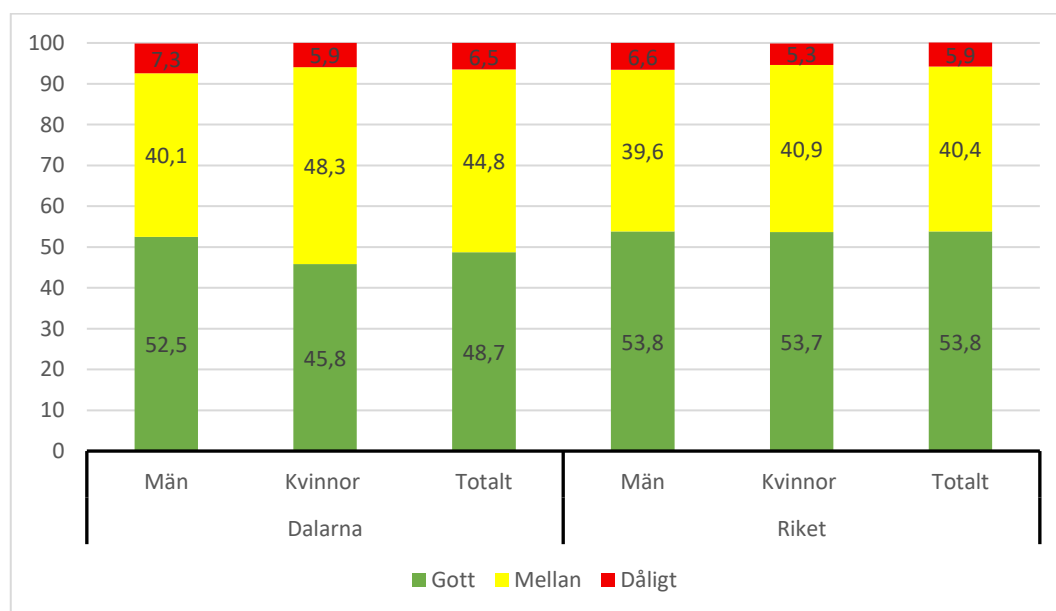
#### 3.1. Hälsa och funktionsförmåga

I det här avsnittet presenteras resultat om studiedeltagarnas hälsa och funktionsförmåga. Resultat som presenteras här rör deltagarnas allmänna hälsotillstånd, psykiska hälsa, fysiska funktionsförmåga och hjälpmedelsanvändning, samt hörsel och syn.

##### 3.1.1. Allmänt hälsotillstånd

Ett vanligt sätt att mäta hälsa är att be personen att göra en egen bedömning av sitt allmänna hälsotillstånd. Svaren på en sådan enkel och generell fråga har även visat sig vara ett mycket bra mått på personens framtida hälsoutveckling och sjukvårdskonsumtion, då det har ett samband med dödlighet (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, & Muntner, 2006).

I Figur 4 presenteras det allmänna hälsotillståndet. Nästan hälften av alla deltagare i Dalarna och drygt hälften i riket upplevde sin hälsa som god. Andelen som upplevde sin hälsa som dålig var cirka 6 procent. Det var inga statistiskt signifikanta skillnader i allmänt hälsotillstånd mellan Dalarna och riket.



**Figur 4. Allmänt hälsotillstånd (%)**

### **3.1.2. Psykisk hälsa**

Psykisk hälsa är mer än bara frånvaron av psykisk sjukdom, och omfattar både enskilda personers upplevelser och relationen mellan personerna och det sociala sammanhang som de lever i (World Health Organization, 2022). Definitionen belyser betydelsen av välbefinnande och därmed möjligheten att leva ett gott liv. Vad som skapar välbefinnande skiljer sig mellan olika personer.

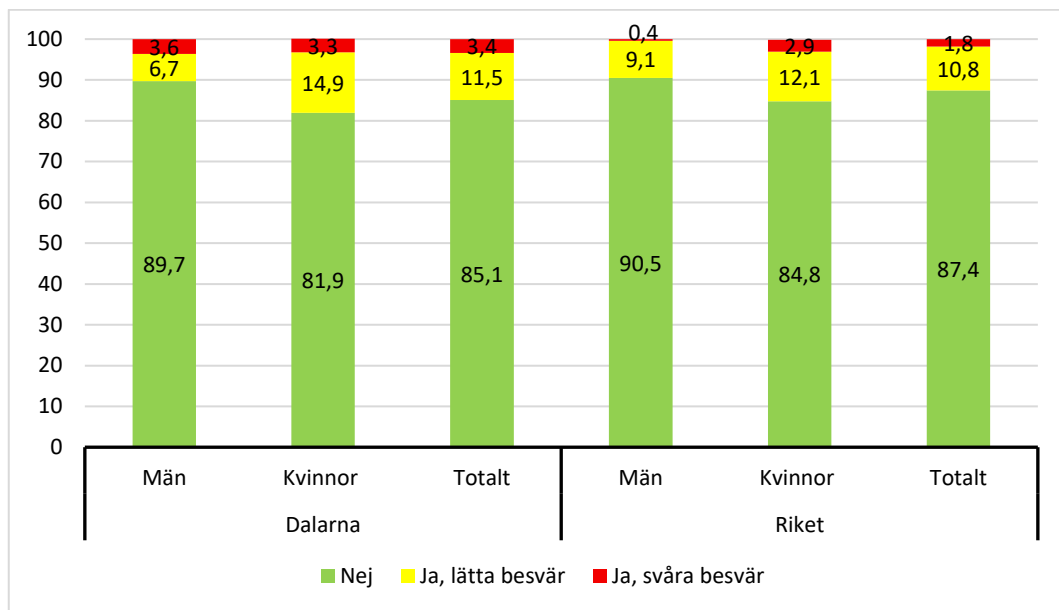
I begreppet psykisk ohälsa ingår ofta en mängd olika typer av symptom och diagnoser och dessa påverkar vår vardag på olika sätt. Vid rätt behandling behöver inte en diagnos påverka vardagen i någon större utsträckning, medan vissa psykiska besvär och problem kan ha en stor effekt på vardagen även om besvären kan vara kortvariga. Psykisk ohälsa handlar om allt från tillfälliga besvär av ångslan, oro, nedstämdhet till svårare psykiska sjukdomar som ångest eller depression. Dessa olika former av psykisk ohälsa kännetecknas av att de påverkar välbefinnandet och hur vardagen fungerar.

I denna rapport presenteras två olika frågor om psykisk ohälsa: om personen under de senaste 12 månaderna har haft depression/djup nedstämdhet respektive ångslan, oro eller ångest. Svartalternativen är för båda frågorna nej, ja lätta besvär och ja, svåra besvär.

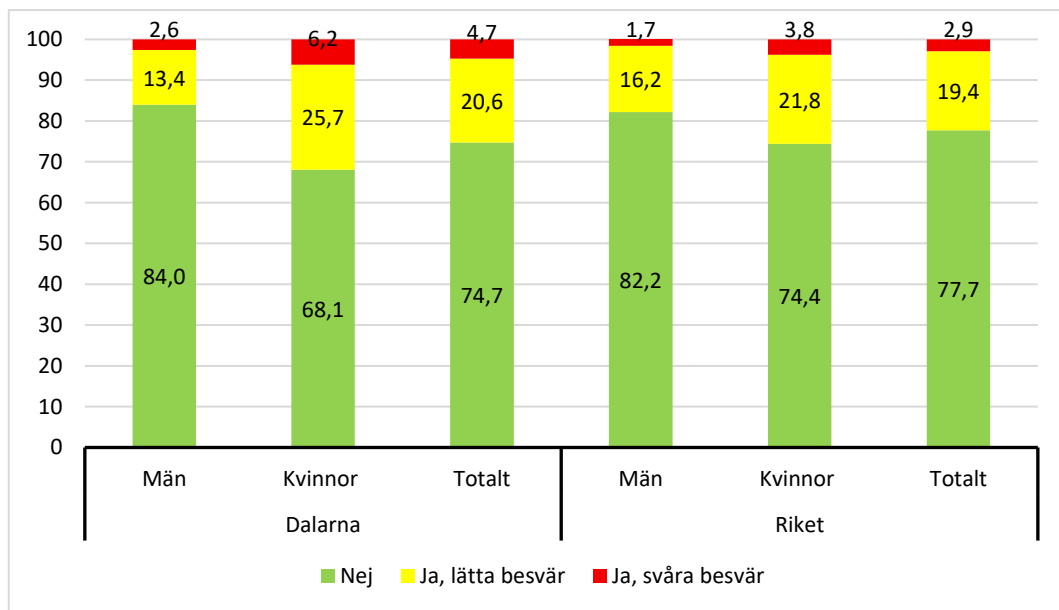
Av Figur 5 framgår att ungefär 15 procent av samtliga i Dalarna rapporterade depression/ djup nedstämdhet. I riket var motsvarande andel knappt 13 procent. Det var en något högre andel kvinnor än män som upplevde dessa problem.

Omkring 20 procent av deltagarna uppgav att de hade lätta besvär av ångslan, oro eller ångest och ytterligare 3–5 procent att de hade svåra besvär (Figur 6). Det var en högre andel kvinnor än män i Dalarna som hade besvär av ångslan, oro eller ångest och en liknande tendens fanns i riket.





Figur 5. Depression/djup nedstämdhet (%)

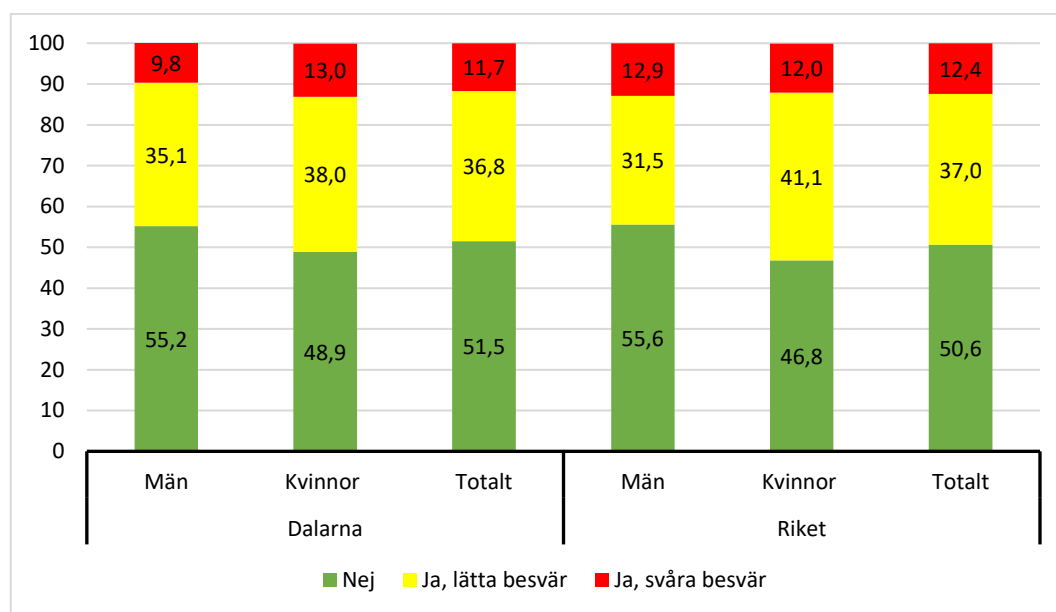


Figur 6. Ängslan/oro/ångest (%)

### 3.1.3. Allmän trötthet

Att känna sig trött är inget konstigt, det gör vi alla efter en dag i vaket tillstånd, men trötthet kan vara något mer än att känna sig sömnig. Det kan till exempel vara en känsla av kraftlöshet efter en förkylning eller liknande, vi orkar mindre trots att vi har sovit bra. Ibland kan dock trötthet bli besvärligt och inte gå över. En mer kronisk trötthet kan vara ett tecken på en sjukdom eller brist på något ämne i kroppen såsom

järnbrist. Sjukvården rekommenderar personer att söka vård när tröttheten påverkar de dagliga aktiviteterna och begränsar tillvaron, när den blir mer långvarig eller förvärras. För att fånga allmän trötthet ställs följande fråga: ”Har du under de senaste 12 månaderna haft någon av följande sjukdomar eller besvär? ...allmän trötthet”. Resultaten i Figur 7 visar att ungefär 12 procent upplevde svåra besvär och ca 37 procent hade lätta besvär av allmän trötthet. I Dalarna fanns tendens till att detta var vanligare bland kvinnorna.



**Figur 7. Allmän trötthet (%)**

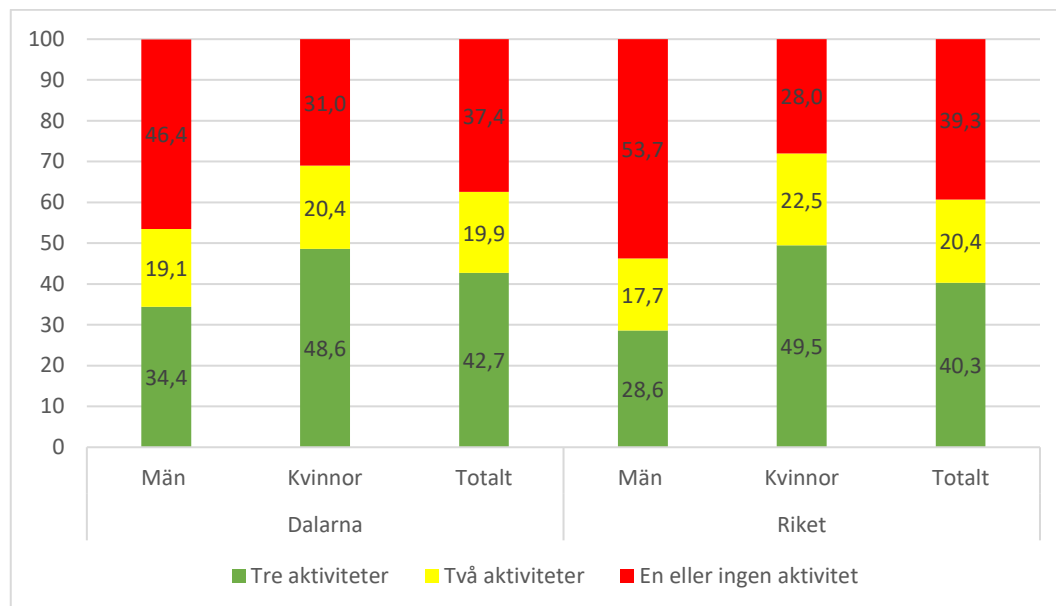
### 3.1.4. Fysisk funktionsförmåga och hjälpmedelsanvändning

Att klara vardagen, det vill säga vardagliga hushållssysslor eller personliga aktiviteter såsom hygien och ätande, är relaterat till funktionsförmåga. Äldreomsorg i form av hemtjänst är i ibland avgörande för hur individen klarar sin vardag.

Vardagliga aktiviteter som att handla, laga mat och städa brukar tillsammans kallas instrumentella aktiviteter i det dagliga livet (IADL). Sådana aktiviteter förutsätter såväl att vi har kunskap om hur vi gör dessa som en god funktionsförmåga. Det har också betydelse hur bostaden är utformad, samt närhet till affärer och kommunikationer. I SWEOLD ställs en mängd frågor kring dessa vardagliga aktiviteter, men endast till personer som bor i eget ordinärt boende.

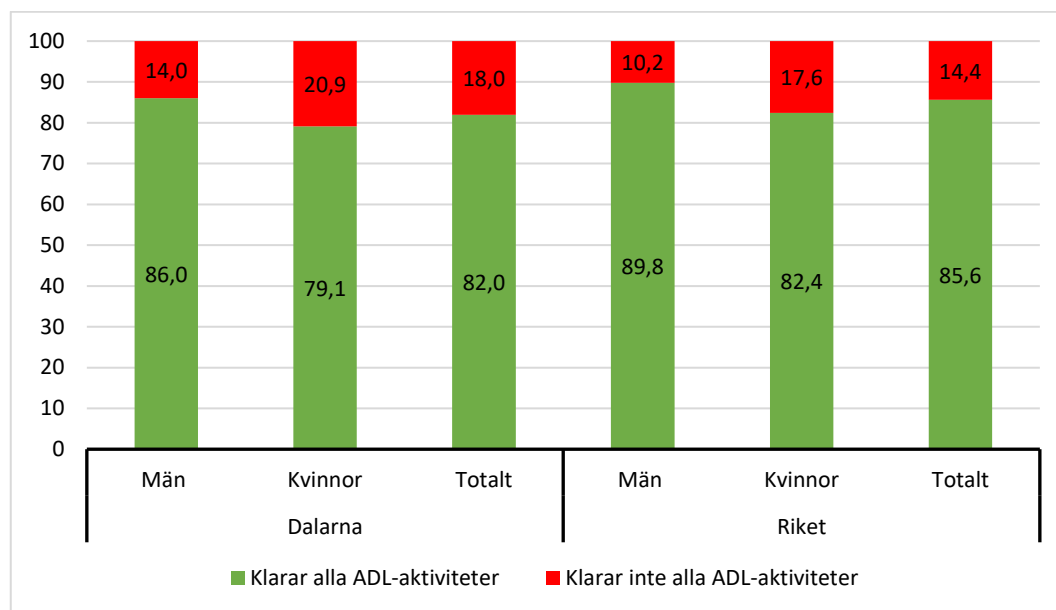
Figur 8 visar att många i åldern 77 år eller äldre brukade handla, laga mat och städa på egen hand. Drygt 40% av de som bor i ordinärt boende i Dalarna och riket

brukade utföra samtliga av dessa aktiviteter på egen hand. Genomgående var det en högre andel kvinnor än män som utförde dessa vardagliga aktiviteter.



**Figur 8. Brukar handla, städa och laga mat (%)**

Att kunna sköta den personliga omvårdnaden är en viktig indikator vid bedömning av skörhet, nedsatt funktionsförmåga samt behov av hjälp från äldreomsorgen. I SWEOLD finns flera frågor för att beskriva förmågan att sköta sin personliga omvårdnad. I Figur 9 har följande fem frågor slagits ihop: om personen utan hjälp kan tvätta håret/huvudet, äta, gå på toaletten, klä på och av sig, samt stiga upp och lägga sig. De som inte på egen hand klarar samtliga aktiviteter har klassificerats som att de har nedsatt aktivitetsförmåga. Figuren visar att de flesta klarade dessa aktiviteter på egen hand. En högre andel kvinnor än män i riket hade en aktivitetsnedsättning rörande minst en av de efterfrågade aktiviteterna och det fanns en tendens till en sådan könsskillnad även i Dalarna.

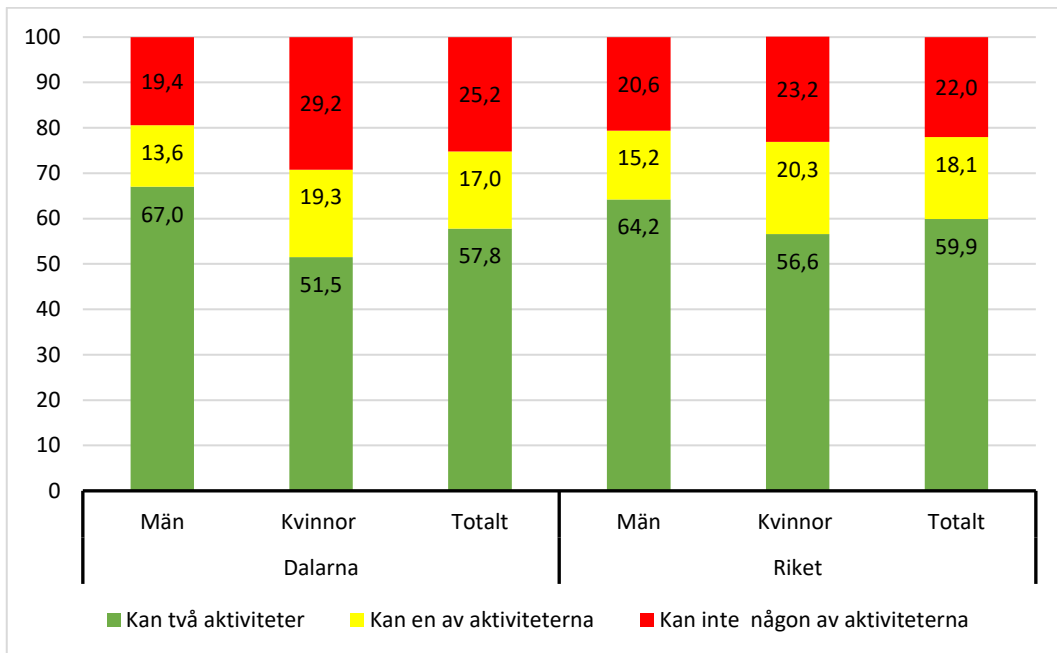


**Figur 9. Förmåga att tvätta håret/huvudet, äta, gå på toaletten, klä på och av sig, samt stiga upp och lägga sig (%)**

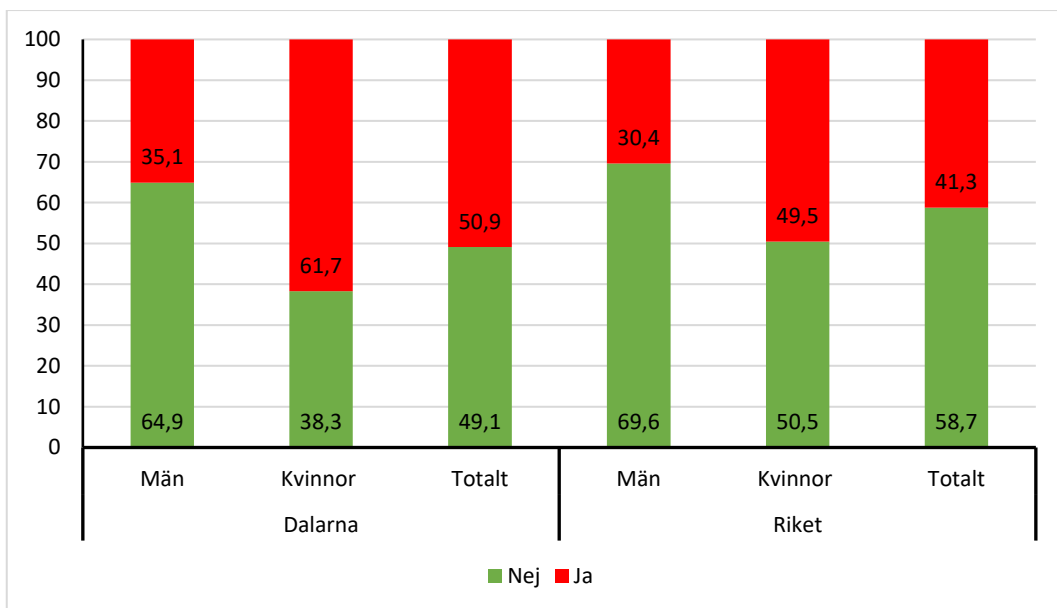
Möjligheten att kunna ta sig ut på egen hand är viktig för att kunna utföra inköp och vara fysiskt aktiv. Det är också viktigt för att undvika ofrivillig isolering och att kunna delta i sociala sammanhang. Att vara mobil och kunna röra sig är därför centralt. Mobilitet har värderats med hjälp av två frågor om personens förmåga att kunna gå 100 meter utan besvär och gå i trappor med eller utan hjälpmedel.

Figur 10 visar att mer än hälften av alla deltagare både klarade att gå 100 meter utan besvär och att gå i trappor. Det var ungefär en fjärdedel av befolkningen som är 77 år och äldre som inte kunde utföra något av dessa moment. I Dalarna var människors mobilitetsförmåga bättre än kvinnornas.

Könsskillnaderna i mobilitet återspeglas i att en högre andel kvinnor än män i såväl Dalarna som riket använde gånghjälpmedel. Av Figur 11 framgår att 62 procent av kvinnorna och 35 procent av männen i Dalarna använde gånghjälpmedel när de tog sig fram utomhus (röda delen av stapeln). Det kan handla om till exempel käpp, krycka, rollator eller rullstol. Det var vanligare att personer i Dalarna använde gånghjälpmedel utomhus jämfört med riket. Totalt var andelen som använde sådana hjälpmedel 51 procent i Dalarna och 41 procent i riket.



**Figur 10. Förmåga att gå i trappor och gå 100 meter utomhus (%)**



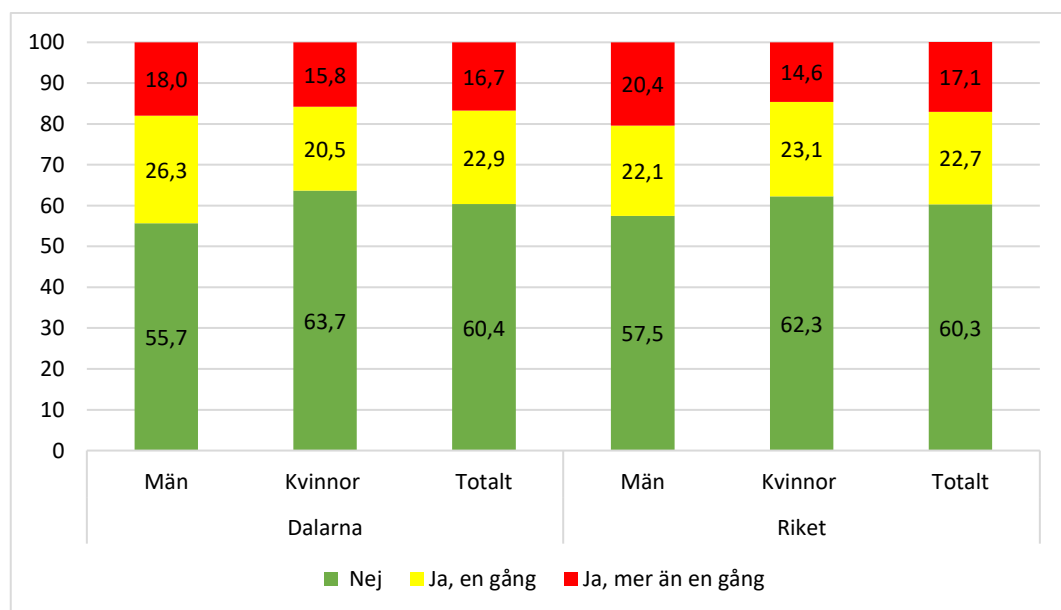
**Figur 11. Använder minst ett gånghjälpmedel utomhus (%)**

### 3.1.5. Fall

Risken för fall ökar med stigande ålder. Att falla kan innebära att du slår dig men det kan också leda till bestående skada, sjukhusinläggning eller dödsfall (Montero-Odasso et al., 2022). Orsaken till att en person faller kan ha att göra med både individuella egenskaper och hur omgivningen ser ut. Det kan vara faktorer som

försämrad gång, balans, syn och kognition, samt läkemedelsanvändning och kroniska sjukdomar (Jehu et al., 2021; Montero-Odasso et al., 2022). Tidigare studier har visat att om du har ramlat tidigare så är risken för ett nytt fall hög (Jehu et al., 2021). Förutom den fysiska skada som fall orsakar kan fallet även påverka den psykiska hälsan, och rädslan för att återigen ramla påverkar inte bara aktivitetsnivån utan även livskvaliteten.

Många fallolyckor kan förebyggas med hjälp av träning, men i stor utsträckning även genom enkla förändringar i hemmet och i närområdet. När personerna i SWEOLD tillfrågades om de hade ramlat någon gång under de senaste 12 månaderna svarade 60 procent att de inte hade gjort det, 23 procent att de hade gjort det en gång och ca 17 procent att de hade gjort det mer än en gång (Figur 12). Det fanns inte några skillnader mellan Dalarna och riket, och inte heller några skillnader mellan kvinnor och män.

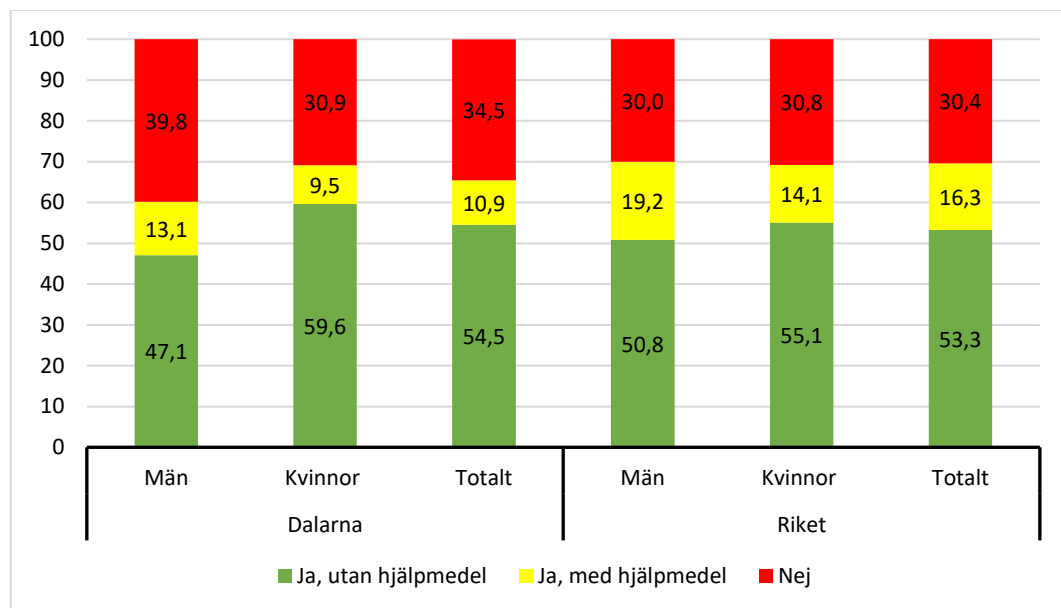


**Figur 12. Fall under de senaste 12 månaderna (%)**

### 3.1.6. Hörsel och syn

Nedsatt hörsel kan vara medfödd eller komma med åren. Förekomsten av hörselnedsättning ökar starkt med stigande ålder och är högre bland män än kvinnor, även om forskning har visat att hörseln hos äldre personer har förbättrats under de senaste decennierna (Hoff, Tengstrand, Sadeghi, Skoog, & Rosenhall, 2018). Hörselnedsättningar påverkar funktionsförmågan och försvårar för äldre personer att klara sin vardag och vara socialt delaktig.

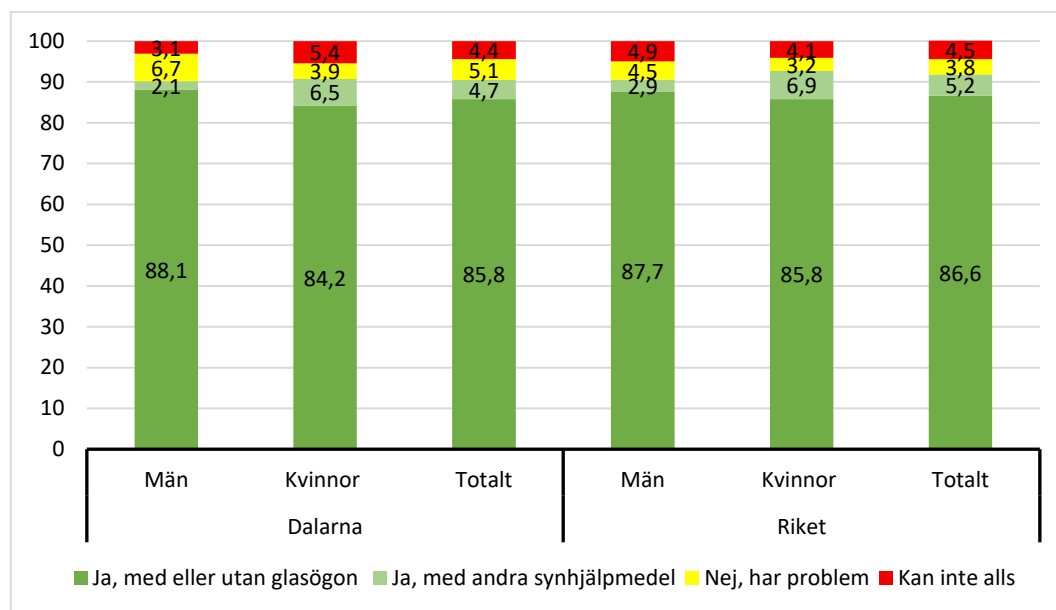
I Dalarna kunde 35 procent av de svarande inte höra vad som sägs i ett samtal med flera personer och ytterligare 11 procent kunde höra med hjälpmedel i sådana situationer, se Figur 13. I Dalarna hade kvinnorna överlag bättre hörsel än männen. I riket fanns inga skillnader mellan kvinnor och män.



**Figur 13. Kan höra i samtal med flera personer (%)**

Nedsatt syn är vanligt förekommande, inte minst bland äldre personer, och det är vanligare bland kvinnor än män (Havstam Johansson et al., 2020). Synproblem kan handla om både att se sämre på långt håll och att ha svårt att läsa. De flesta problemen kan åtgärdas med glasögon eller andra hjälpmedel, men inte alla.

Figur 14 presenterar resultat rörande synförmågan och visar att 86 procent av deltagarna i Dalarna och riket utan svårigheter kunde läsa en tidning med eller utan glasögon. Ytterligare 5 procent kunde läsa tidningen med andra synhjälpmedel såsom förstoringsglas, platta eller förstoringsmaskin. Trots bra och varierande hjälpmedel så var det totalt cirka 10 procent som ändå hade vissa problem eller inte alls kunde läsa tidningen. I Dalarna var det vanligare att kvinnor än män hade en synnedsättning.



Figur 14. Kan läsa en dagstidning med eller utan hjälpmedel (%)

## 3.2. Omsorg och vård

I det här avsnittet presenteras i vilken mån befolkningen i åldern 77 år eller äldre använde sig av omsorg, hälso- och sjukvård i form av kontakt med läkare, sjuksköterska och tandläkare, samt medicinering.

### 3.2.1. Omsorg

Med försämrade funktionsförmåga kan äldre personer behöva stöd eller hjälp för att klara det dagliga livet. Tidigare forskning har visat att denna hjälp allt oftare ges från familj och andra anhöriga, inte minst från makar som själva är äldre (Dahlberg, Berndt, Lennartsson, & Schön, 2018).

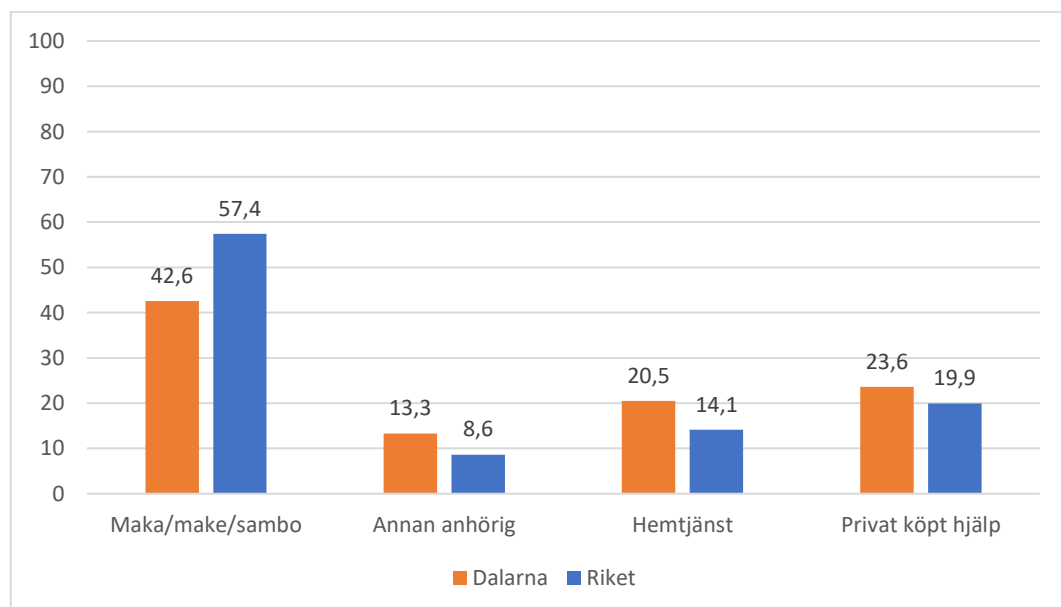
I Figur 15 lyfts städning som ett exempel på en aktivitet där personer kan behöva hjälp. I Dalarna var det 45 procent som inte utförde städningen på egen hand, motsvarande andel i riket var 49 procent. I både Dalarna och riket brukade en högre andel kvinnor än män städa själva.





**Figur 15. Brukar du sköta städningen själv? (%)**

De allra flesta som inte sköter städningen helt själv fick hjälp med detta av sin partner, vilket är vanligare i riket som helhet än i Dalarna (Figur 16). Ungefär en fjärdedel hade privat köpt städhjälp, medan 21 procent i Dalarna och 14 procent riket fick hjälp med detta från hemtjänsten. I såväl Dalarna som riket var det vanligare att männen fick hjälp med städning från sin partner och att kvinnorna fick den hjälpen från hemtjänsten.

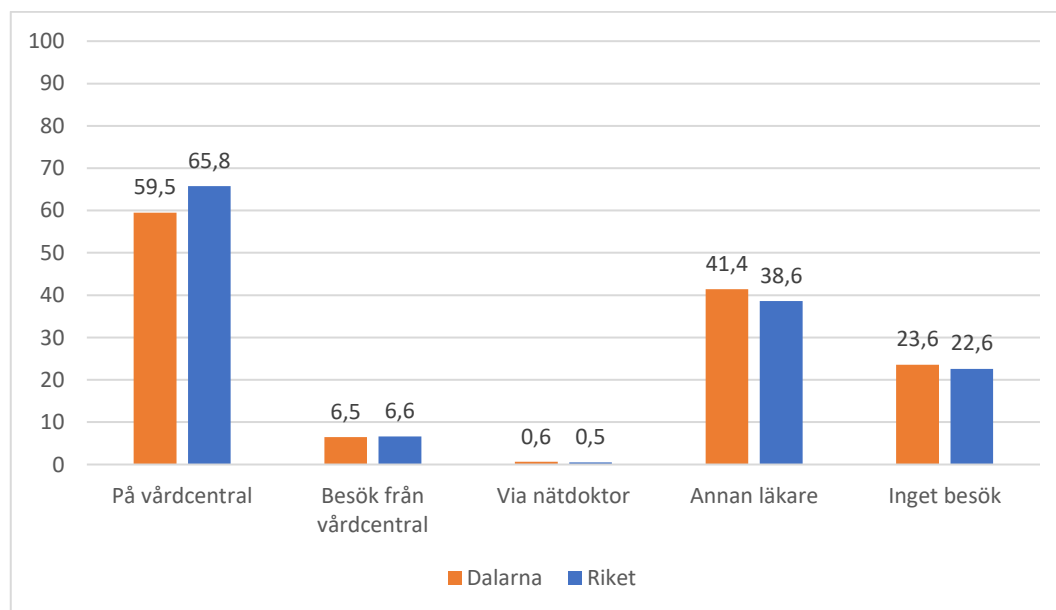


**Figur 16. Vem/vilka som hjälper till med städning (% av de som fick hjälp)**

### 3.2.2. Vårdutnyttjande

I SWEOLD ställs några frågor kring vårdutnyttjande. En av frågorna berör om personen någon gång under de senaste 12 månaderna har besökt eller besökts av sjuksköterska, distriktssköterska eller liknande. Hälften av alla boende i Dalarna hade under de senaste 12 månaderna besökt eller besökts av sjuksköterska. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan Dalarna och riket. Det fanns inte heller några könsskillnader.

Rörande läkarbesök så visar resultaten att ungefär 23 procent av befolkningen i åldern 77 år eller äldre i Dalarna och riket inte hade haft några läkarkontakter under det senaste året (Figur 17). För de personer som hade haft läkarkontakter var det vanligaste att de besökt läkare på vårdcentral, följt av ”annan läkare” såsom inom öppen- eller slutenvården. En mindre andel hade besökts av läkare från vårdcentral, medan kontakt med läkare via internet (nätdoktor) var mycket ovanligt. Det var något vanligare att personer i riket hade besökt läkare på vårdcentral (66%) än att personer i Dalarna (60%) hade gjort det.

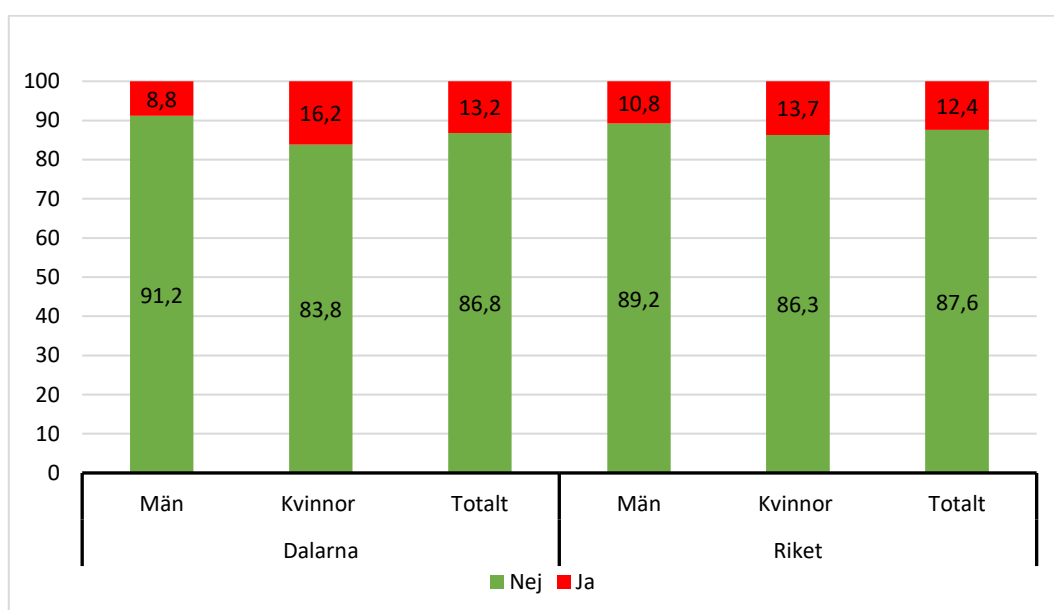


**Figur 17. Har sökt läkare för egna sjukdomar/besvär under senaste året (%)**

I Sverige finns det åtta målområden för att uppnå god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Ett av områdena är jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård (Folkhälsomyndigheten, 2023). För att uppnå detta mål är det viktigt att vården både är förebyggande och hälsofrämjande samt att behandling utgår från patientens behov och möjligheter. Vården ska således vara tillgänglig för alla med behov

oavsett deras boendeort, kön, utbildning, ålder och migrationsbakgrund. Ändå avstår personer ibland från att söka läkarvård trots att de har behov. Generellt sett avstår ca 2 procent av Sveriges befolkning från att söka vård på grund av kostnad, avstånd eller långa väntetider (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022).

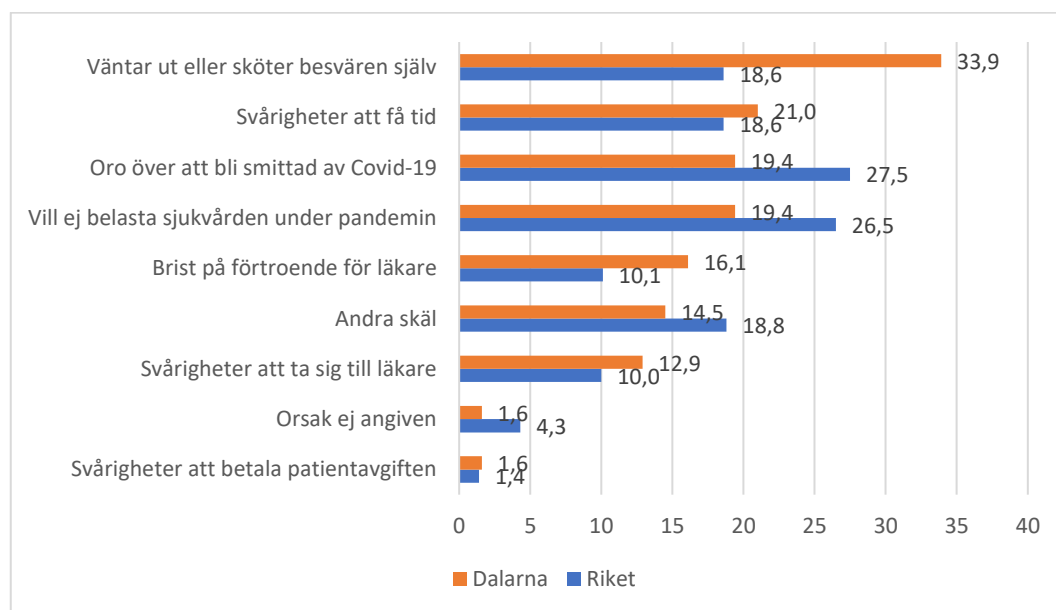
I SWEOLD ställs en fråga om personen avstått från läkarbesök trots behov. Figur 18 visar att ungefär 13 procent av deltagarna i Dalarna och riket hade avstått från läkarbesök under det senaste året trots att de hade behov av att sådan vård. I Dalarna finns även en könsskillnad, där kvinnorna i större utsträckning har avstått från läkarbesök trots behov jämfört med männen.



**Figur 18. Har avstått från läkarbesök trots behov under senaste året (%)**

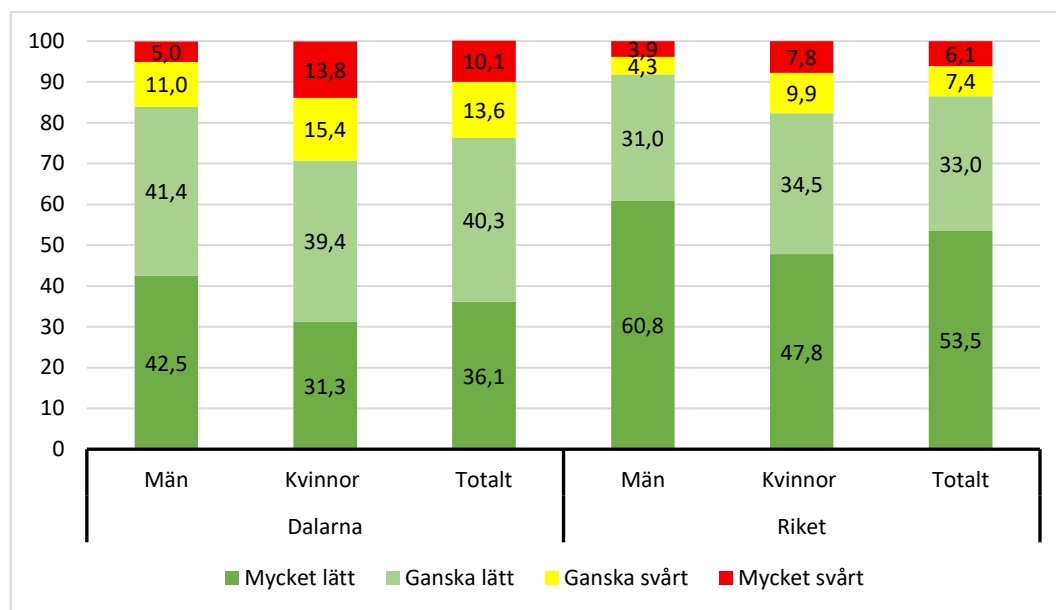
Det kan finnas olika orsaker till att personer avstår från att söka läkarvård trots ett upplevt behov, vilket presenteras i Figur 19. Här skiljer sig den äldre befolkningen i Dalarna i viss mån åt från befolkningen i riket som helhet. I Dalarna var den vanligaste orsaken till att avstå från ett läkarbesök att man väntar ut besvaren eller sköter dem själv, vilket uppgavs av 34 procent av de som avstått från läkarbesök i Dalarna jämfört med 19 procent i riket. Noterbart är att detta var betydligt vanligare bland kvinnorna (42%) än männen (12%) i Dalarna. I riket var de vanligaste orsakerna att avstå från läkarbesök en oro över att bli smittad av Covid-19 eller att man inte ville belasta sjukvården under pandemin.

Av de som avstod från läkarbesök hade ungefär en femtedel i Dalarna och riket svårigheter att få en läkartid, medan en dryg tiondel hade svårigheter att ta sig till läkaren. En annan orsak till att avstå från läkarbesök var bristen på förtroende för läkare, vilket uppgavs av 16 procent av de som avstått från läkarbesök i Dalarna och 10 procent i riket. Få uppgav att de hade avstått från läkarvård på grund av svårigheter att betala patientavgiften (2% i Dalarna).

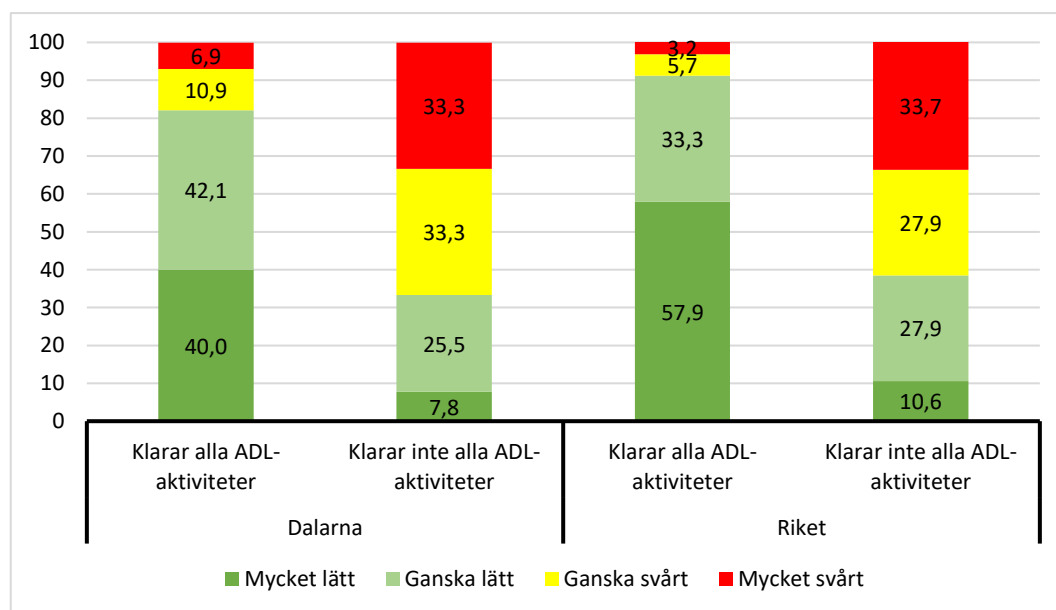


**Figur 19. Orsaker till att avstå från läkarbesök (% av de som avstår)**

De som bodde i vanligt hus/lägenhet eller seniorboende fick en fråga om hur enkelt det var för dem att ta sig till vårdcentralen/husläkaren. Figur 20 visar att 76 procent av deltagarna i Dalarna och 87 procent i riket kunde ta sig till vårdcentralen/husläkaren mycket lätt eller ganska lätt. Det var svårare att göra det i Dalarna jämfört med riket och det var generellt svårare för kvinnorna. Detta var också betydligt svårare för personer som inte hade en god fysisk funktionsförmåga, se Figur 21.



Figur 20. Hur enkelt det är att ta sig till vårdcentral/husläkare (%)



Figur 21. Hur enkelt det är att ta sig till vårdcentral/husläkare i relation till funktionsförmåga (%)

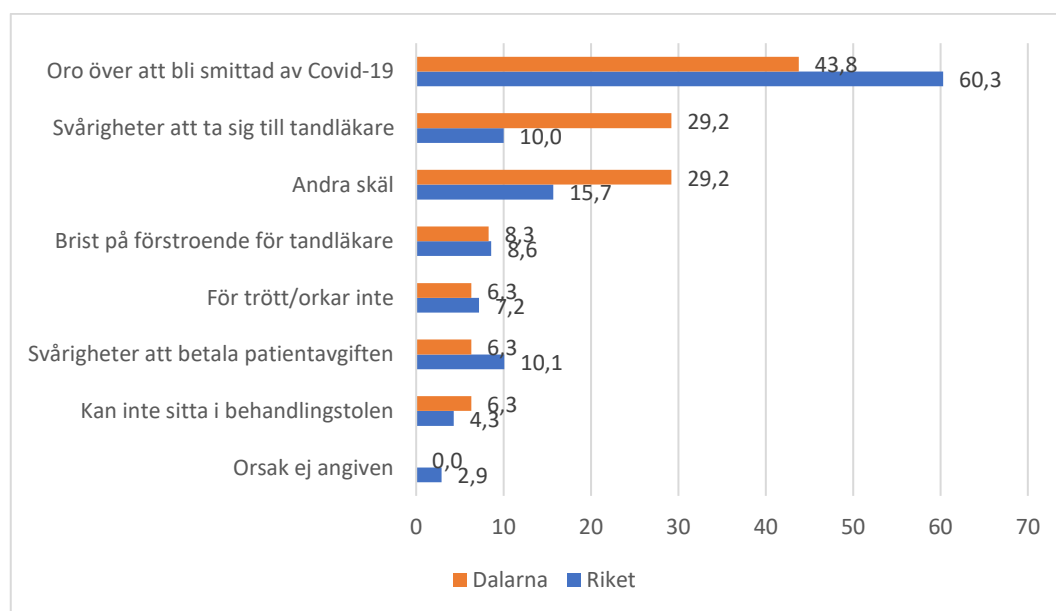
### 3.2.3. Tandvård

Socialstyrelsen (2023b) har konstaterat att munhälsan i Sverige generellt sett är god och har förbättrats över tid. Samtidigt innebär utvecklingen med att allt fler äldre personer har kvar sina egna tänder att problem med att sköta munhälsan själv kan öka. Att regelbundet besöka tandvården är viktigt för att förebygga munsjukdomar.

Socialstyrelsen har noterat en utveckling mot att regelbundna tandvårdsundersökningar har blivit ovanligare, men att denna utveckling inte syns i den äldre åldersgruppen (75 år eller äldre).

Ungefär två tredjedelar av Dalarnas och rikets äldre kvinnor och män hade under det senaste året besökt tandläkaren, medan en tredjedel således inte hade gjort något tandläkarbesök. Även med hänsyn till tandvård ställs frågor om respondenten av olika anledningar hade avstått från tandläkarbesök trots att ett behov fanns. Resultaten visar att drygt 10 procent av de svarande under de senaste 12 månaderna hade avstått från att besöka tandläkare trots behov. Skillnaderna var marginella när Dalarna och riket jämförs.

Oro över att bli smittad av Covid-19 var den vanligaste orsaken till att avstå från tandläkarbesök (Figur 22). Det fanns en tendens till att denna orsak var något högre i riket jämfört med i Dalarna. I Dalarna hade 29 procent av de som avstod från tandläkarbesök svårigheter att ta sig till tandläkaren, jämfört med 10 procent i riket. Noterbart är att 6 procent i Dalarna och 10 procent i riket avstod från tandläkarbesök eftersom de hade svårt att betala kostnaden för besöket. Andra orsaker som angavs var att de hade brist på förtroende för tandläkare, inte kunde sitta i behandlingsstolen, eller att de var för trötta och inte orkade besöka tandläkare.

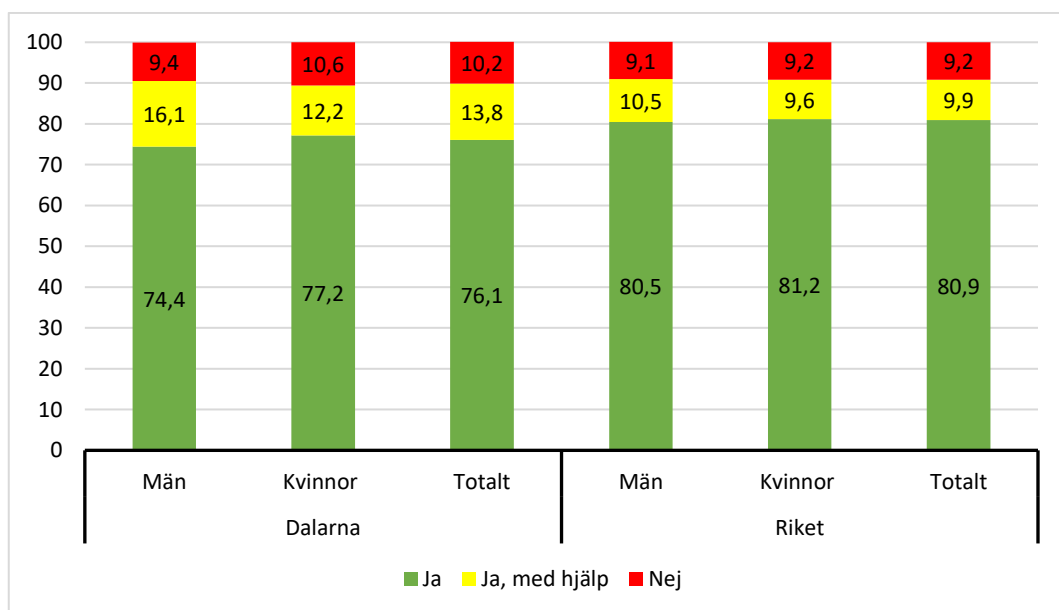


**Figur 22. Orsaker till att avstå från tandläkarbesök (% av de som avstår)**

### 3.2.4. Läkemedel

Läkemedelsanvändning är vanlig bland äldre personer, främst på grund av att multi-sjuklighet och multipla hälsobesvär blir vanligare i hög ålder, och förskrivningen av läkemedel till äldre personer har ökat dramatiskt (Craftman, Johnell, Fastbom, Westerbotn, & von Strauss, 2016). Det finns idag många olika typer av läkemedel att använda för att behandla sjukdomar och besvär. Enligt Socialstyrelsens kunskapsguide (Socialstyrelsen, 2023a) finns det även administrativa orsaker till stor läkemedelsanvändning bland äldre personer såsom ”oregelbunden kontakt med – ofta flera olika – läkare, avsaknad av gemensam läkemedelslista för olika vårdgivare, bristande dokumentation och informationsöverföring av läkemedelsordinationer, brist på rutiner för uppföljning och omprövning av läkemedelsbehandlingen”.

I SWEOLD ställs frågan om respondenten under de senaste 14 dagarna har tagit några receptfria eller receptbelagda mediciner. De allra flesta använde läkemedel och över 90 procent uppgav att de hade tagit mediciner de senaste 14 dagarna. Det fanns inga skillnader mellan Dalarna och riket eller mellan kvinnor och män vad gäller medicinering. Sjuttiosex procent av de svarande i Dalarna jämfört med 81 procent i riket (ej signifikant skillnad) klarade av medicineringen på egen hand (Figur 23). En mindre grupp klarade detta om någon laddade dosetten eller med ApoDos. Noterbart är att ca 10 procent inte klarade av att sköta medicinerna själva.

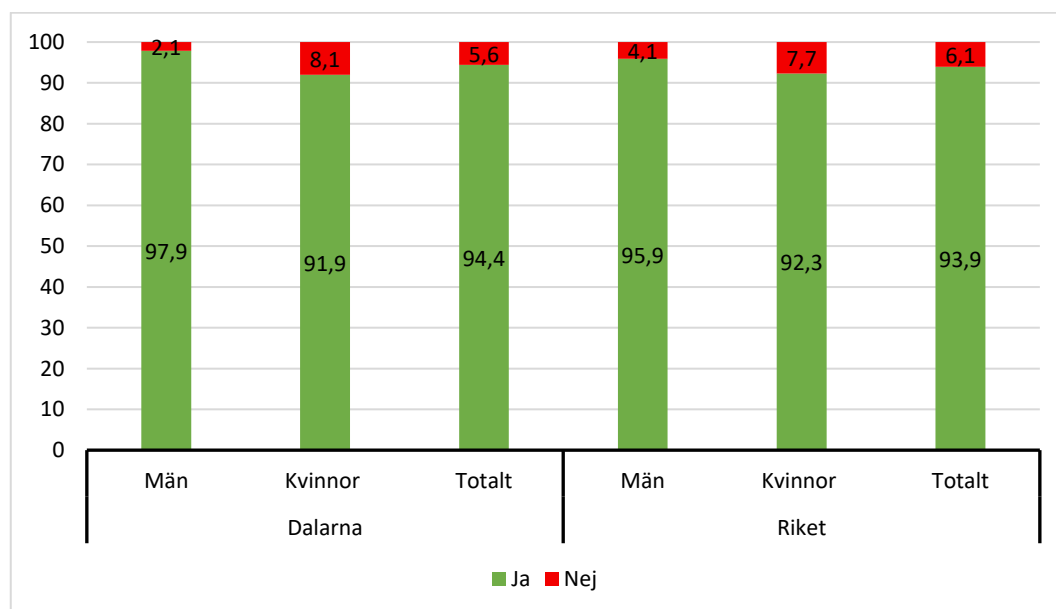


**Figur 23. Klarar att sköta mediciner själv (%)**

### 3.3. Ekonomisk situation

I Sverige är det ovanligt med fattigdom i termer av låg ekonomisk/materiell standard, men ojämlikheten mellan olika grupper har ökat. Bland dem som är 65 år eller äldre har kvinnor, ensamstående och utrikesfödda en särskilt stor risk för ojämlikhet, så kallad relativ fattigdom (Pensionsmyndigheten, 2022).

För att studera befolkningens materiella resurser använder SWEOLD ett mått på kontantmarginal. En kontantmarginal kan till exempel vara en trygghet och en resurs om vi skulle hamna i en situation då vi behöver pengar för att täcka oförutsedda kostnader. I SWEOLD ställs en fråga om de svarande kunde skaffa fram 16 000 kronor inom en vecka om de plötsligt hamnade i en situation där det skulle behövas. I en följdfråga får de svarande ange hur de skulle skaffa fram dessa pengar. De som svarar att de kan skaffa fram 16 000 kronor inom en vecka genom uttag från eget bankkonto anses ha så kallad kontantmarginal. Figur 24 visar att 94 procent av befolkningen i åldern 77 år eller äldre hade en kontantmarginal. Det var alltså 6 procent som inte hade kontantmarginal. En större andel kvinnor än män i Dalarna hade saknade kontantmarginal och en liknande tendens fanns i riket. I övrigt var det inga större skillnader mellan Dalarna och riket.



Figur 24. Kan ta ut 16 000 kr från eget bankkonto inom en vecka (%)



### **3.4. Sociala relationer och ensamhet**

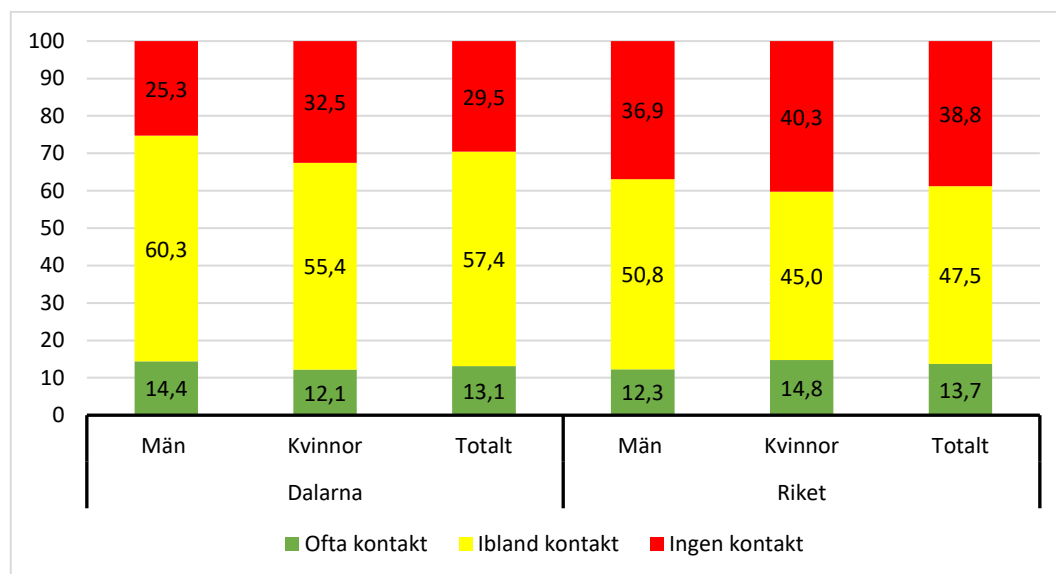
I det här avsnittet presenteras resultat som rör sociala kontakter, socialt stöd och känslan av ensamhet.

#### **3.4.1. Sociala kontakter och socialt stöd**

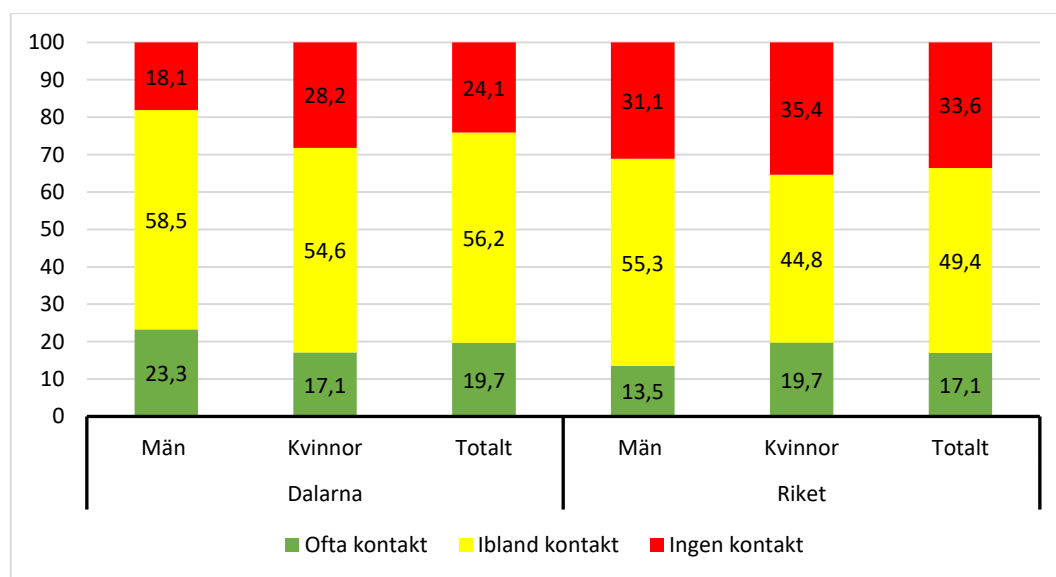
Sociala relationer är viktiga för de allra flesta. Det är grundläggande att vara och att känna sig behövd och älskad med ömsesidiga rättigheter, skyldigheter och åtaganden. Sociala relationer är viktiga i sig själva, men är även betydelsefulla för hälsan samt möjligheten att klara det dagliga livet (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000).

Sociala relationer består av kontakter mellan olika personer. Dessa kontakter varierar i frekvens, närhet och styrka. Relationerna kan vara med familjen, släkt och vänner, deltagande i organiserad verksamhet såsom föreningsaktiviteter. Genom kontakter har vi tillgång till olika former av emotionellt och instrumentellt socialt stöd. Det är främst individens egen uppfattning om det sociala stödet som tycks vara av betydelse för hälsan. Sociala relationer kan ge ett socialt inflytande och möjlighet att kunna påverka vår omgivning, samt ett socialt engagemang och delaktighet i olika sammanhang. Genom sociala relationer får vi även tillgång till materiella och immateriella resurser (Berkman et al., 2000).

I denna rapport beskrivs endast en liten del av personers sociala relationer. Det görs med hjälp av frågor om personen har besökt eller besökts av släktingar och vänner. Av Figur 25 och Figur 26 framgår att det var vanligare att ha kontakter med såväl släktingar som vänner i Dalarna jämfört med riket, även om skillnaderna i att ofta ha sociala kontakt med släktingar och vänner inte skiljde sig nämnvärt åt. Närmare trettio procent av de svarande i Dalarna hade inte besökt eller blivit besökta av släktingar och 24 procent hade inte haft motsvarande kontakt med vänner. Det var vanligare med kontakter med vänner bland män än kvinnor i Dalarna.



**Figur 25. Besöker eller besöks av släktingar (%)**



**Figur 26. Besöker eller besöks av vänner (%)**

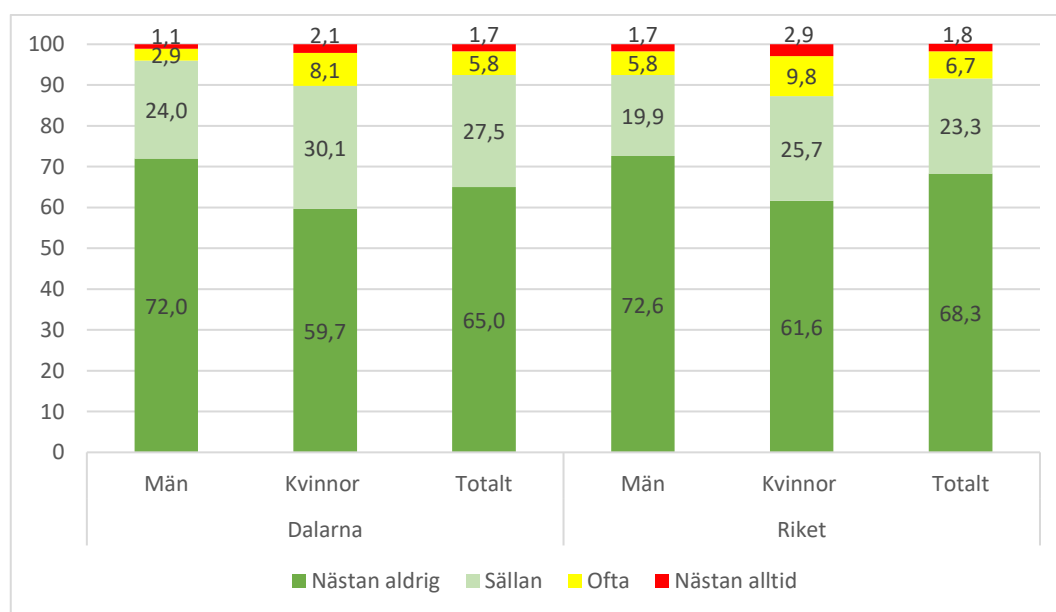
Socialt stöd belyses på olika sätt i SWEOLD, bland annat genom frågan ”Ibland behöver man hjälp och stöd av någon. Har du någon anhörig eller nära vän som ställer upp om du behöver prata med någon om personliga bekymmer?”. Svartalternativen är ja eller nej. De allra flesta hade någon att prata med om personliga bekymmer och det var endast drygt 7 procent som inte hade det. Det fanns inga skillnader mellan Dalarna och riket, och inte heller några skillnader mellan kvinnor och män.

### 3.4.2. Ensamhet

Till skillnad från social isolering så avser ensamhet en känsla. Den uppstår när nivån eller djupet i en persons sociala relationer inte når upp till det som personen skulle vilja ha (Perlman & Peplau, 1981). Ensamhet har uppmärksammats i media och av kommuner, regioner och civilsamhället såsom pensionärsorganisationer. Även regeringen har uppmärksammat fenomenet och satsningar genomförs för att minska ensamheten. Under de senaste åren har frågan varit extra synlig i och med pandemin.

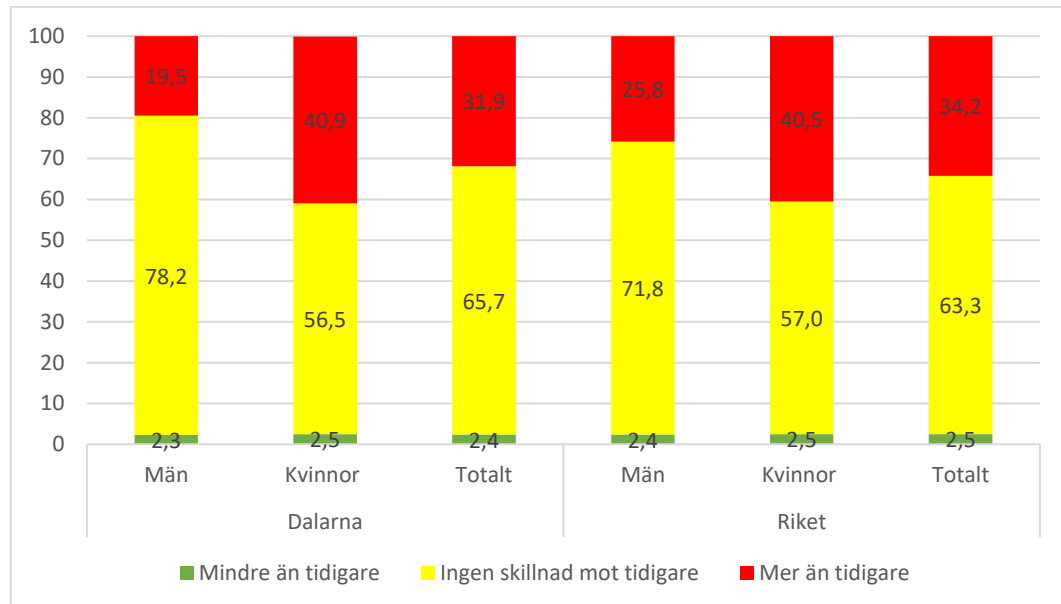
En grupp som ofta pekas ut att uppleva ensamhet i större utsträckning än andra är ”äldre” personer. Sett ur ett befolkningsperspektiv är dock upplevelsen av ensamhet vanligast bland yngre personer och de allra äldsta (de som är ca 75–80 år eller äldre), medan nivåerna av ensamhet är lägre bland personer i medelåldern och yngre äldre (Folkhälsomyndigheten, 2022). För dem som upplever ensamhet kan konsekvenserna vara allvarliga, då ensamhet innebär en ökad risk för fysisk och psykisk ohälsa (Park et al., 2020).

Den fråga som ställs i SWEOLD om ensamhet lyder: ”Händer det att du besväras av ensamhet?”. Mönstret är liknande i Dalarna och riket, vilket presenteras i Figur 27. Andelen som aldrig eller nästan aldrig upplevde ensamhet var drygt 90 procent. Det var vanligare att kvinnor än män upplevde ensamhet.



Figur 27. Besväras av känslan av ensamhet (%)

Majoriteten uppgav att känslan av ensamhet inte hade förändrats under pandemin (Figur 28). Noterbart är dock att det var vanligare för kvinnor än män att uppleva en ökad grad av ensamhet under pandemin.



Figur 28. Upplevd förändring i känslan av ensamhet under pandemin (%)

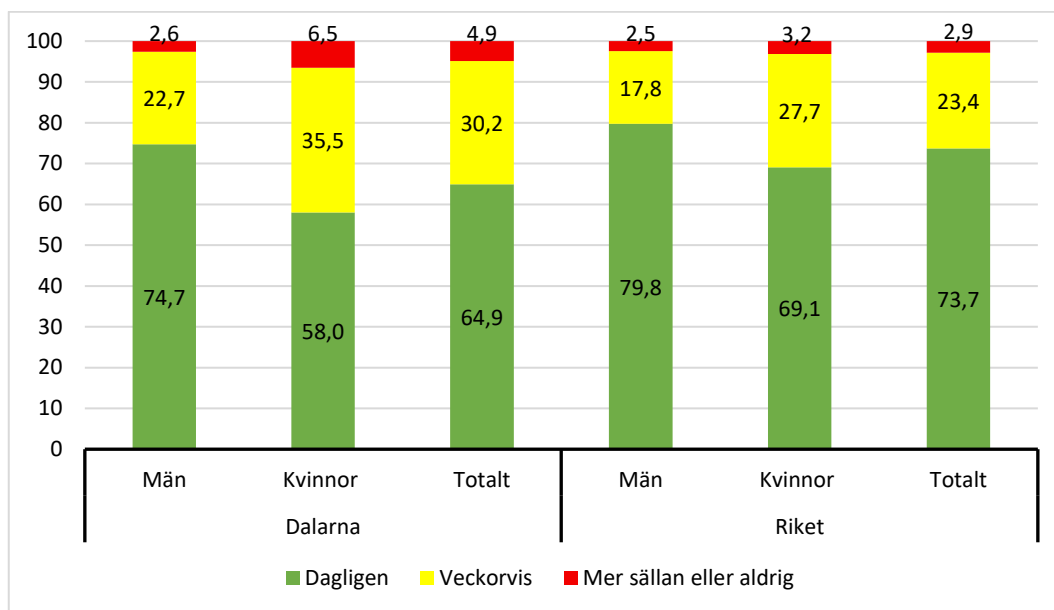
### 3.5. Tillgänglighet och inkludering i lokalsamhället

I det här avsnittet presenteras hur äldre personer rör sig i lokalsamhället, hur enkelt det är för dem att ta sig till olika platser, samt olika aspekter av inkludering i lokalsamhället.

#### 3.5.1. Att röra sig i lokalsamhället

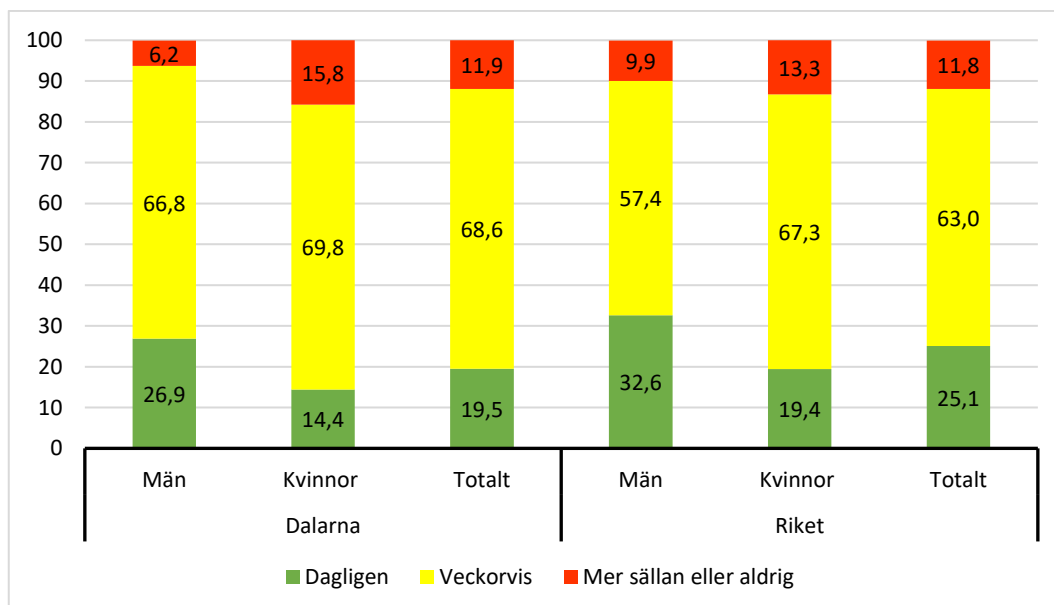
Personer som kan röra sig i lokalsamhället har ett större oberoende och möjligheter att delta i olika typer av aktiviteter, vilket i sin tur bidrar till god hälsa och gott välbefinnande (Fristedt, Dahl, Wretstrand, Björklund, & Falkmer, 2014).

Figur 29 och Figur 30 presenterar hur äldre personer rör sig i lokalsamhället. Majoriteten av de äldre personerna i Dalarna och riket lämnade sin bostad och vistades utomhus varje dag, medan det endast var ett fåtal som gjorde detta mer sällan än varje vecka. Det var mindre vanligt att äldre personer i Dalarna lämnade bostaden dagligen än att personer i riket gjorde det.



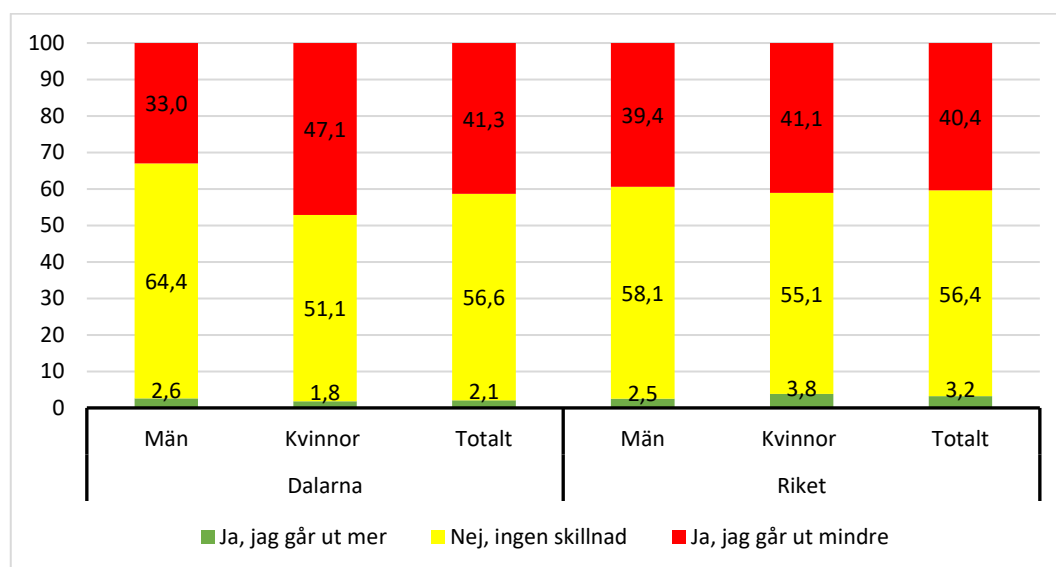
**Figur 29. Lämna bostaden och vistas utomhus (%)**

Det var inte lika vanligt att äldre personer lämnade närområdet. Medan 65 procent av deltagarna i Dalarna lämnade bostaden varje dag så var det endast 20 procent som lämnade närområdet dagligen. Inte desto mindre lämnade de flesta sitt närområde varje vecka. Det var vanligare för männen att röra sig i lokalsamhället, både vad gäller att röra sig utanför bostaden och utanför närområdet.

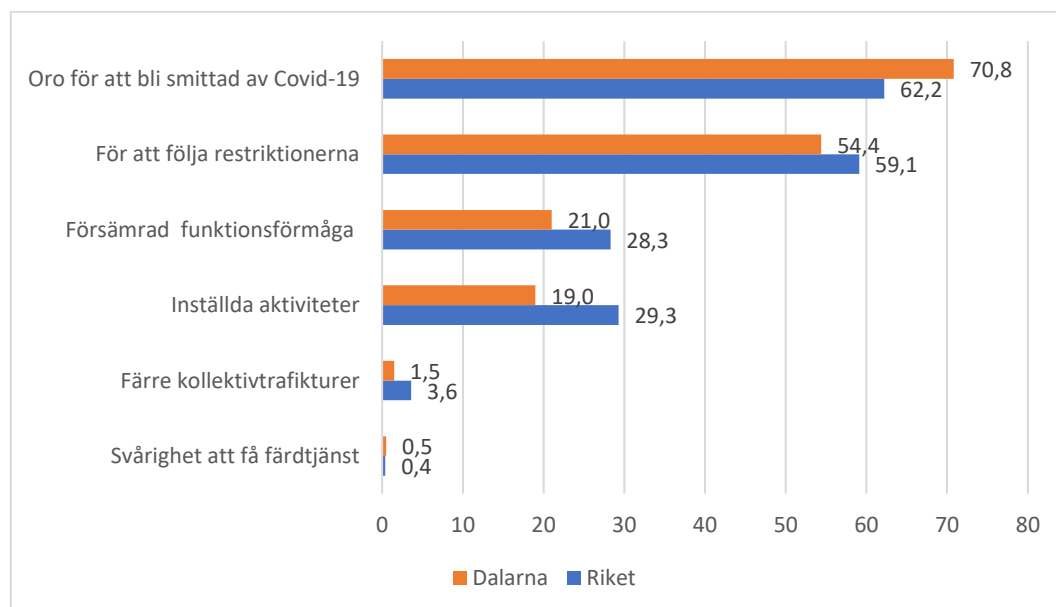


**Figur 30. Lämna närområdet (%)**

Av Figur 31 framgår att några få procent gick ut mer under pandemin, medan de flesta hade ett oförändrat rörelsemönster. Det var dock ca 40 procent som gick ut mindre under denna period. I Dalarna var ett mer begränsat rörelsemönster under pandemin vanligare bland kvinnorna. Den främsta orsaken till att gå ut mindre under pandemin var rädslan att smittas av Covid-19, följt av en önskan att följa de restriktioner som rådde. Andra vanliga orsaker var en försämrad funktionsförmåga och att aktiviteter som personerna brukade delta i hade blivit inställda (Figur 32).



**Figur 31. Upplevd förändring i rörelsemönster under pandemin (%)**

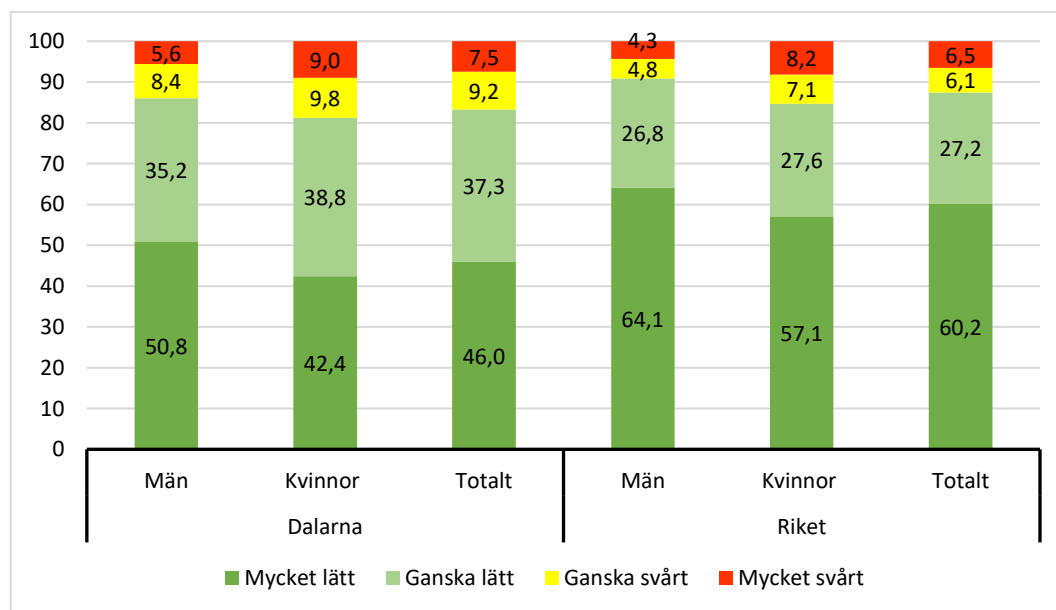


**Figur 32. Orsaker till att gå ut eller resa mindre under pandemin (%)**

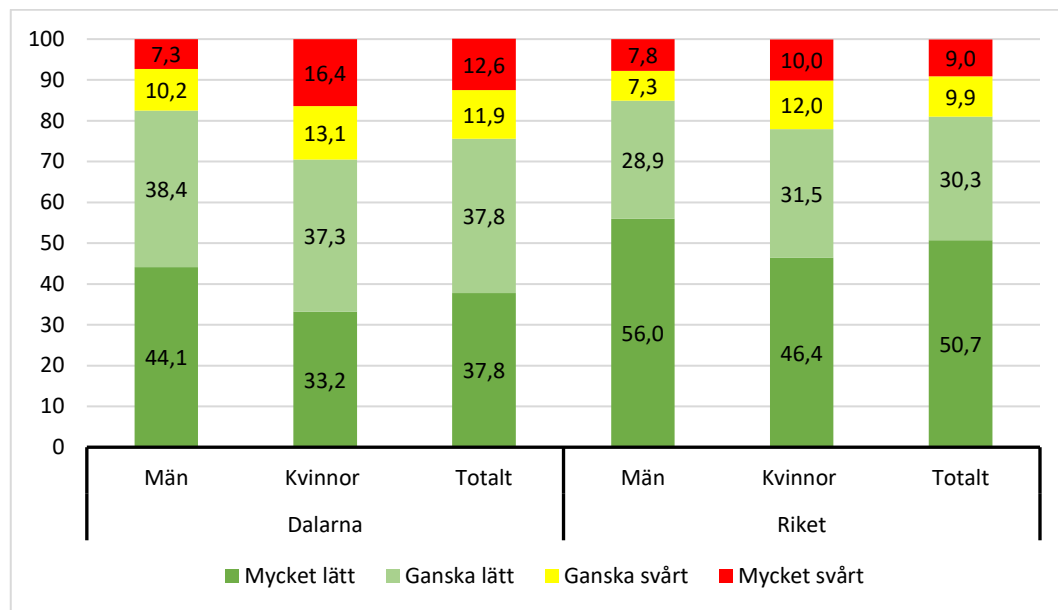
### 3.5.2. Tillgänglighet

Tillväxtverket (2021) har visat att det i Sverige under senare år har skett en minskning av antalet dagligvarubutiker, särskilt i glesbygd och på mindre orter. Även serviceställen med kontanthantering har minskat i antal. Antalet apotek har däremot ökat markant sedan apoteksmarknaden konkurrensutsattes år 2009, men denna utveckling har endast i marginell utsträckning rört glesbefolkade områden. Äldre personer kan vara särskilt utsatta av en minskad tillgång till offentlig och privat service, eftersom funktionsförmågan och ibland även transportmöjligheterna minskar med stigande ålder.

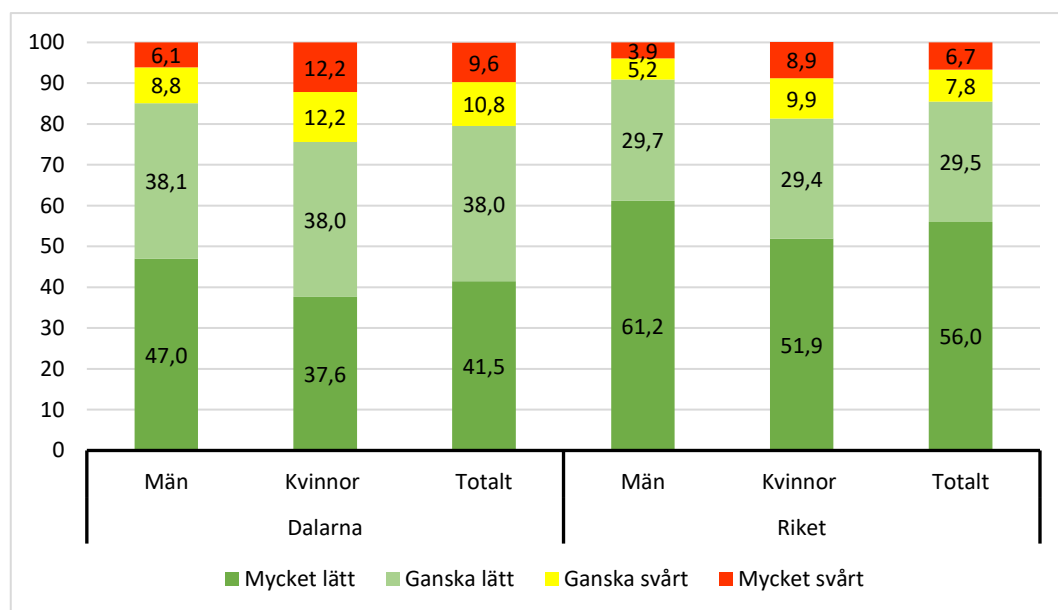
Av Figur 33, Figur 34 och Figur 35 framgår att majoriteten upplevde det som mycket eller ganska lätt att ta sig till närmaste mataffär, bank/uttagsautomat respektive apotek. Det var dock ca 17 procent av den äldre befolkningen i Dalarna som tyckte att det var ganska eller mycket svårt att ta sig till den närmaste mataffären, medan 25 procent respektive 20 procent hade motsvarande skattning av tillgänglighet till bank/uttagsautomat och apotek. För samtliga exempel var tillgängligheten sämre i Dalarna än i riket och det fanns tendenser till att det var kvinnorna som upplevde större hinder.



**Figur 33. Kan ta sig till närmaste mataffär (%)**



Figur 34. Kan ta sig till närmaste bank/uttagsautomat (%)



Figur 35. Kan ta sig till närmaste apotek (%)

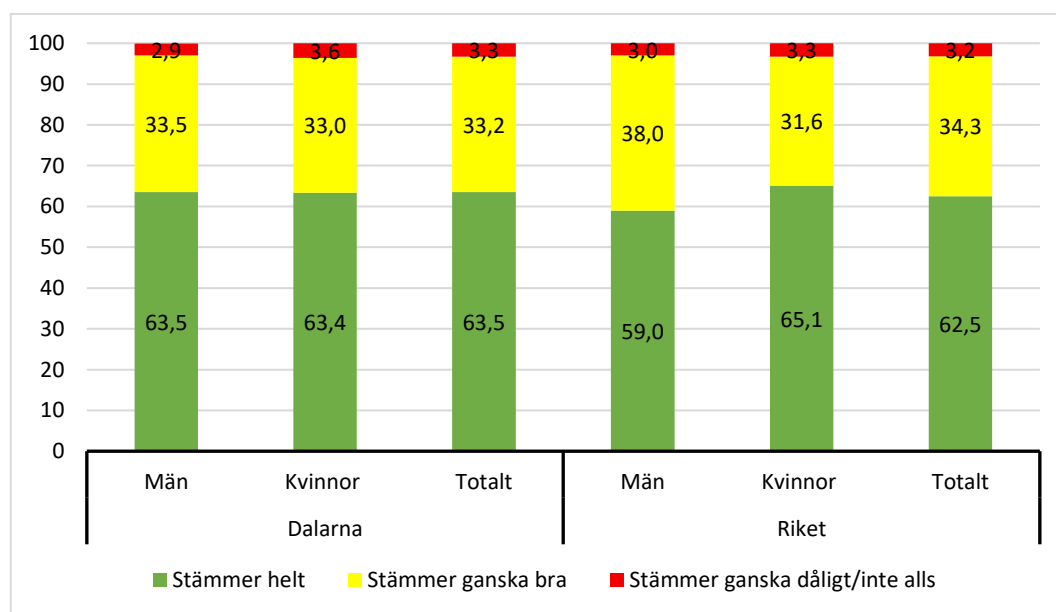
### 3.5.3. Inkludering i lokalsamhället

Lokalsamhället är en viktig aspekt på social inkludering för äldre personer, eftersom de ofta tillbringar mer tid i närområdet och har bott längre tid på samma plats än personer i arbetsför ålder (Phillipson & Scharf, 2004). Inkludering i



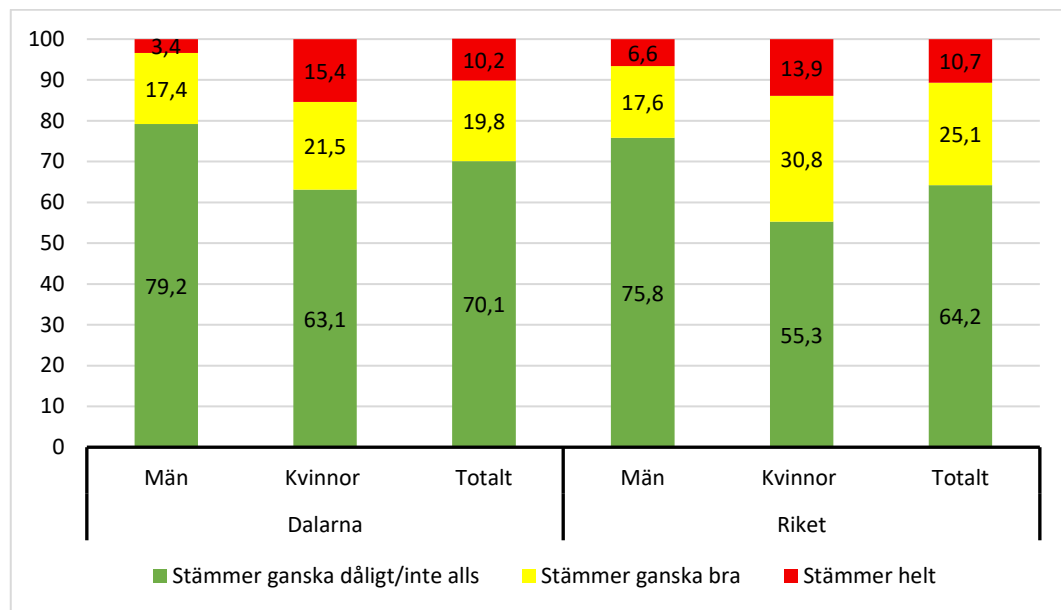
lokalsamhället kan bland annat handla om tillit till andra personer, trygghet och anknytning till platsen.

SWEOLD innehåller flera frågor om hur inkluderade äldre personer känner sig i lokalsamhället. Här avses närområdet, det vill säga inom ca 20 minuters gångavstånd från hemmet. En av frågorna handlar om tillit (Figur 36). Majoriteten av de svarande instämde helt i påståendet att de flesta i området går att lita på, medan ca 3 procent inte instämde i detta. Tilliten till människor i lokalsamhället fanns såväl hos kvinnor som män, och i såväl Dalarna som riket.



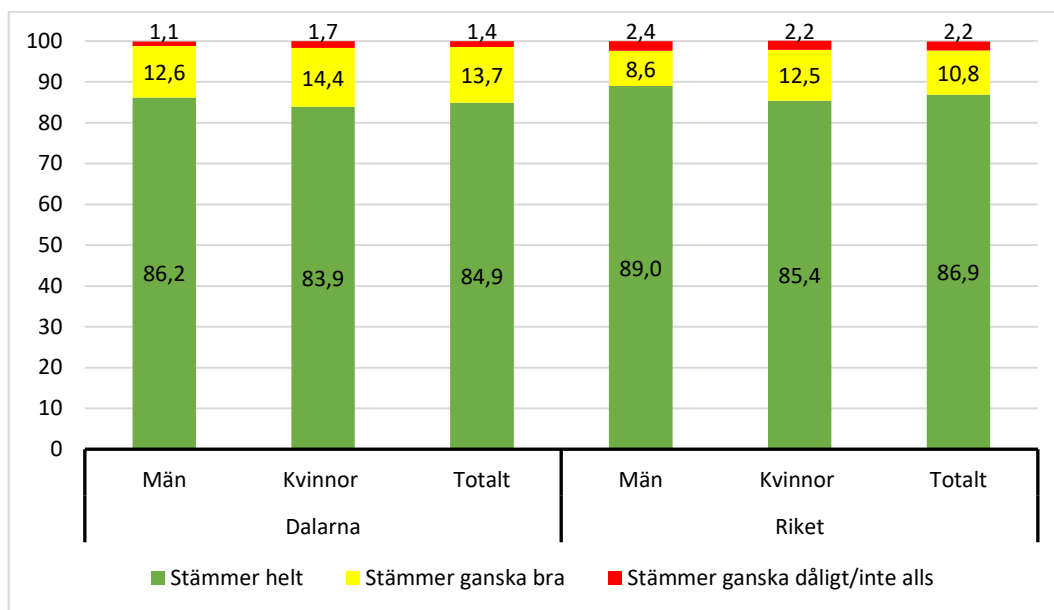
**Figur 36. Instämmer i påståendet "De flesta personer i området går att lita på" (%)**

Att våga röra sig i området utan rädsla är centralt för ett aktivt och oberoende liv och deltagande i olika aktiviteter. En annan fråga om inkludering i lokalsamhället handlar om trygghet. Svaren presenteras i Figur 37 och speglar en hög grad av inkludering/trygghet, då majoriteten tyckte att påståendet "Många i området känner sig rädda för att gå ut på kvällen" stämde dåligt eller inte alls. En något högre andel kvinnor än män menade dock att påståendet stämde helt eller ganska bra.

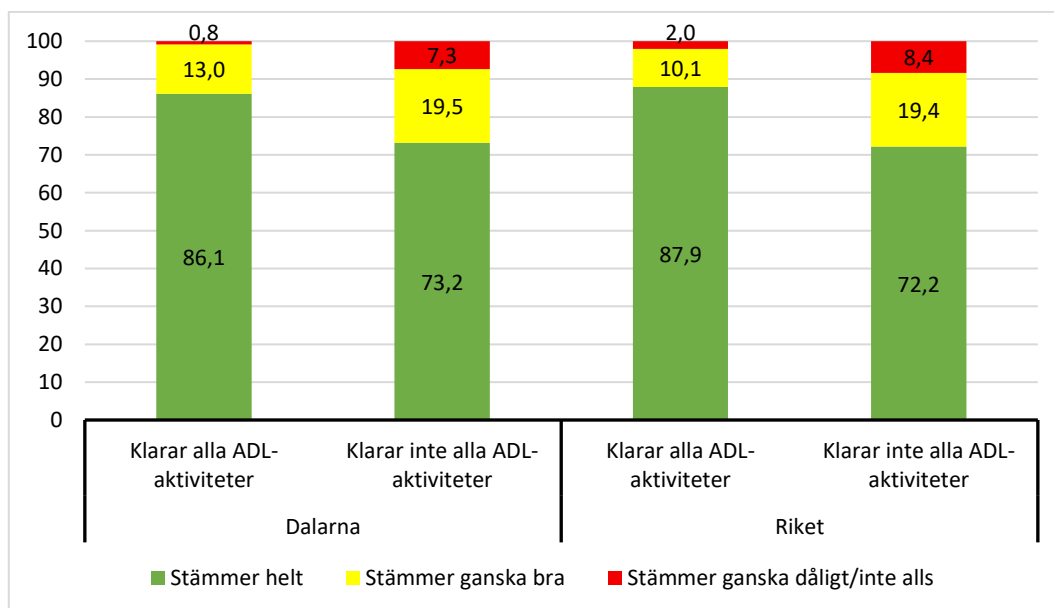


**Figur 37. Instämmer i påståendet ”Många personer i området känner sig rädda för att gå ut på kvällen” (%)**

Ett annat sätt att fånga personers inkludering i lokalsamhället är att fråga om de känner sig hemma i området (Figur 38). Detta brukar ibland diskuteras i termer av platsanknytning (”place attachment”) och har betydelse för välbefinnandet (Gilleard, Hyde, & Higgs, 2007). Återigen visar studien positiva resultat, med en mycket hög andel som instämde i påståendet ”Jag känner mig hemma i detta område”. Det var dock något vanligare att personer som har nedsatt funktionsförmåga (det vill säga som inte kan genomföra minst en primär aktivitet i det dagliga livet) inte kände sig hemma i sitt närområde (Figur 39).



**Figur 38. Instämmer i påståendet "Jag känner mig hemma i detta område" (%)**



**Figur 39. Instämmer i påståendet "Jag känner mig hemma i detta område" utifrån funktionsförmåga (%)**

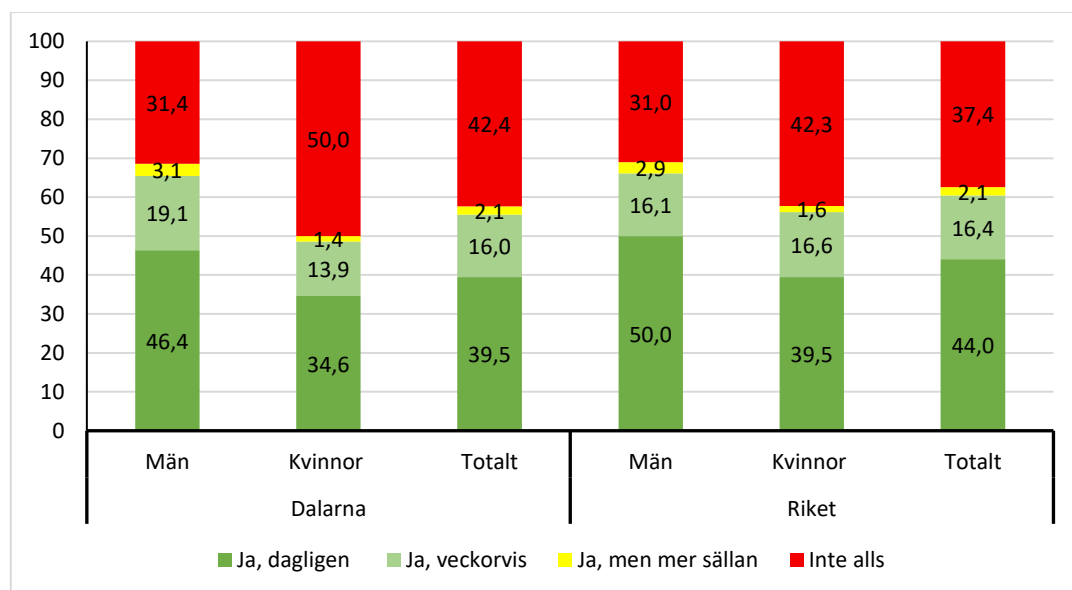
### 3.6. Internetanvändning

De åldersgrupper som ingår i SWEOLD är födda 1944 och tidigare. Dessa personer har upplevt att telefon och TV blev vanligt förekommande i våra hem och att dagens trådlösa och uppkopplade värld är en del av vardagen. Internetanvändandet minskar

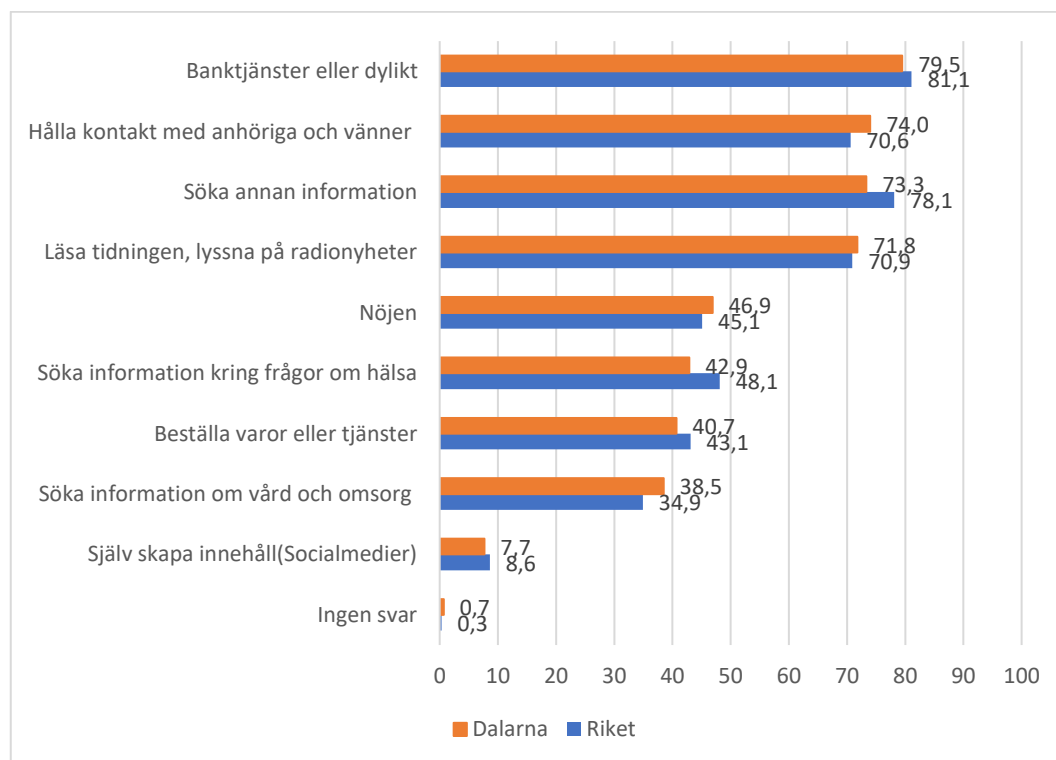
generellt med högre ålder och skillnaden mellan yngre och äldre personer är fortfarande stor (Internetstiftelsen, 2022). Idag förutsätter många av samhällets tjänster tillgång till och kunskap om internet. Det kan gälla hur du ska använda internet både för att söka information och för att boka läkartider, biljetter och service. Det är dock få äldre personer som använder internet för att söka information om till exempel socialtjänsten (E-hälsomyndigheten, 2022).

I SWEOLD ställs frågan ”Använder du internet?”. Figur 40 visar att mer än hälften av befolkningen i åldrarna 77 år eller äldre använde internet dagligen eller veckovis. Att använda internet var vanligare bland männen. Noterbart är att 42 procent av de svarande i Dalarna och 37 procent i riket inte använde internet alls.

De vanligaste användningsområdena var banktjänster och liknande samt att söka information. Det var också vanligt att äldre personer använde internet för att ha kontakt med anhöriga och vänner samt för att ta del av nyheterna (Figur 41).



**Figur 40. Internetanvändning (%)**



**Figur 41. Användningsområden för internet (% av de som använder internet)**

### 3.7. Levnadsvanor

Vår hälsa och vår vardag påverkas av tidigare och nuvarande levnadsvanor. Nedan presenteras resultat för två av våra vanligaste levnadsvanor: alkoholanvändning och motion.

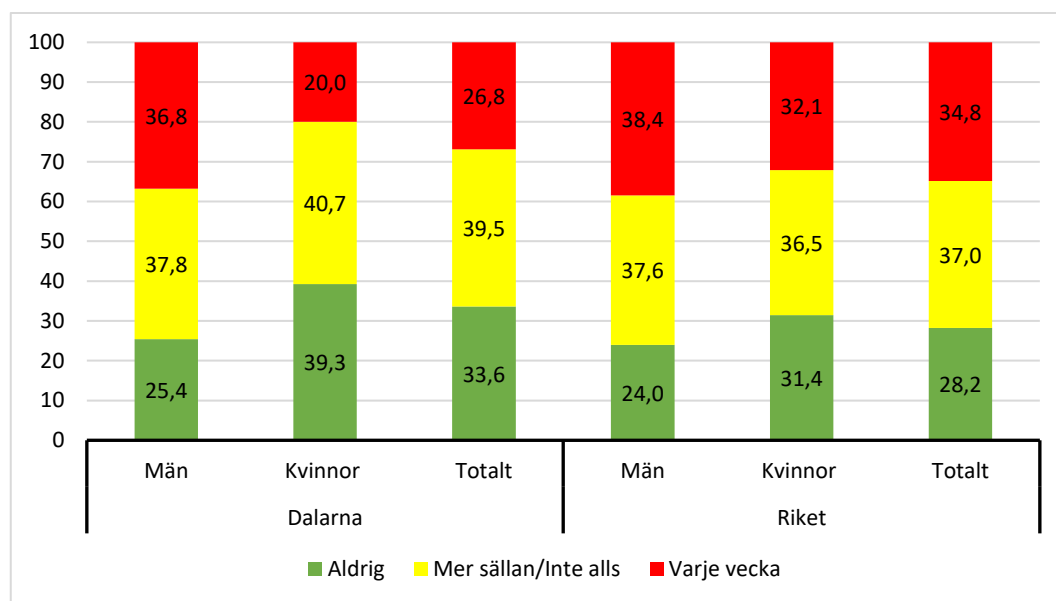
#### 3.7.1. Alkoholvanor

Alkohol är en bidragande faktor till den totala sjukdomsburden i ett samhälle. En äldre person är känsligare för alkohol, vilket i kombination med förekomsten av olika sjukdomar och läkemedel leder till en ytterligare förhöjd risk för negativa konsekvenser såsom fallolyckor och sjukdomskomplikationer (Tait, French, Burns, Byles, & Anstey, 2013). Det finns även en rad studier som indikerar att det ökande antalet äldre personer i befolkningen i kombination med den ökande konsumtionen av alkohol bland äldre personer kan komma att bli ett växande problem för såväl enskilda personer som för samhället (Raninen & Agahi, 2020).

Svenska studier har visat att det finns tydliga förändringar i yngre äldres alkoholkonsumtion. Dagens yngre äldre, det vill säga personer i åldrarna 65 till 79 år, dricker oftare alkohol jämfört med vad motsvarande grupp gjorde i början av

2000-talet och det är fler äldre personer som överhuvudtaget dricker alkohol. Andelen absolutister har således minskat (Raninen & Agahi, 2020). Det finns även indikationer på att drickandet har ökat i grupperna över 80 år. Det bör dock noteras att äldre personer har en relativt låg konsumtion av alkohol och är fortfarande den åldersgrupp i den vuxna befolkningen som dricker minst (Kelfve, Agahi, Mattsson, & Lennartsson, 2014; Raninen & Agahi, 2020).

I SWEOLD ställs frågan: ”Hur ofta brukar du dricka vin, starköl eller sprit?”. Det finns sju olika svarsalternativ men här slås några av dem samman för att ge en mer överskådlig bild. Resultaten i Figur 42 visar att ungefär 30 procent aldrig drack alkohol. Det veckovisa alkoholdrickandet var något ovanligare i Dalarna jämfört med riket, men könsskillnaderna i alkoholvanor var tydligare i Dalarna än i riket, det vill säga det var mera vanligt att kvinnor inte drack alkohol och mer vanligt att männen drack alkohol varje vecka.

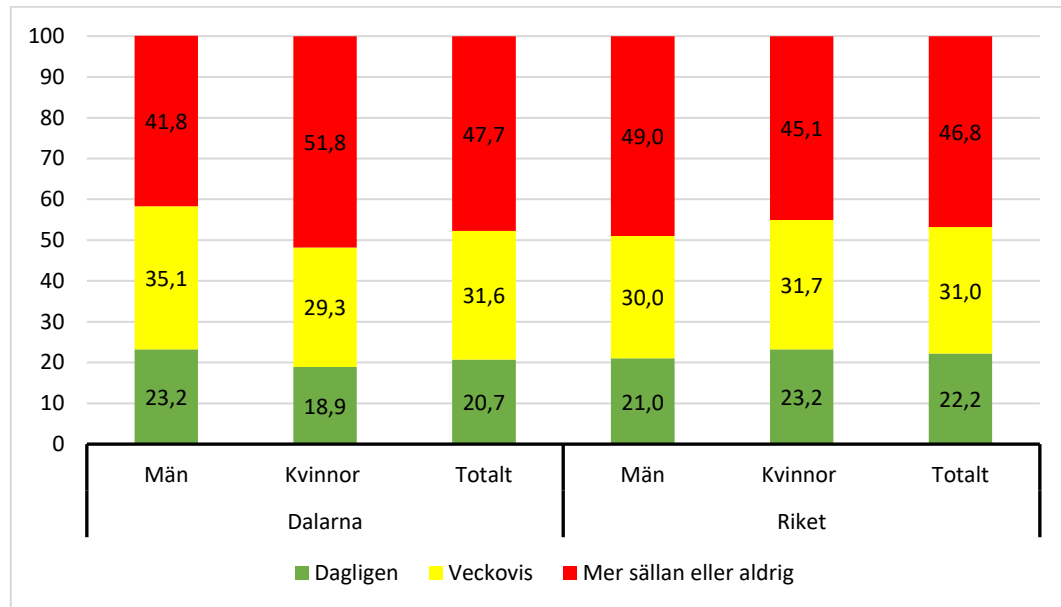


**Figur 42. Alkoholvanor (%)**

### 3.7.2. Motionsvanor

Motion och fysisk aktivitet har både sociala och hälsofrämjande effekter. Effekterna är tydliga både bland kvinnor och män, oavsett ålder eller andra bakgrundsfaktorer och de är viktiga för den fysiska, psykiska och kognitiva hälsan. Aktiviteten behöver inte vara högintensiv utan ofta räcker det med kortare promenader, motion i vardagen och/eller lite träning för en god hälsa (Ballin, 2023). Svaren på frågan ”Utövar du någon motions-, friluft- eller idrottsaktivitet, t ex långpromenader?”

visar att omkring 20 procent utövade sådan aktivitet dagligen och över 50 procent varje vecka. Knappt 50 procent utövar sådana aktiviteter mer sällan eller aldrig (Figur 43).



**Figur 43. Motionsvanor (%)**

## 4. Sammanfattande reflektioner

Den här rapporten syftade till att undersöka äldre personers levnadsförhållanden i Dalarna. Den baseras på den nationella studien SWEOLD, där ett extra urval dragits för Dalarna. Undersökningsgruppen var 77 år eller äldre. Avsikten var att ge en bred och generell bild av levnadsförhållandena, samtidigt som det bör noteras att rapporten endast presenterar resultaten för ett mindre urval av alla indikatorer som omfattas av SWEOLD.

Ungefär hälften av deltagarna såg sin hälsa som god, drygt hälften hade bra mobilitet, majoriteten hade inte några psykiska besvär i form av depressiva symptom, ångslan, oro eller ångest, och majoriteten klarade primära aktiviteter i det dagliga livet. Under det senaste året hade majoriteten av deltagarna gjort minst ett läkarbesök och majoriteten hade besökt tandläkaren. De allra flesta hade kontantmarginal. Majoriteten av deltagarna hade ofta eller åtminstone ibland kontakt med släktingar och vänner, medan en mindre grupp upplevde ensamhet ofta eller nästan alltid. De flesta lämnade sin bostad och rörde sig i närområdet varje dag, tyckte att det var mycket eller ganska lätt att ta sig till platser såsom affären eller apoteket, och var inkluderade i lokalsamhället. Drygt hälften av de svarande använde internet varje vecka.

### 4.1. Skillnader mellan Dalarna och riket

Det fanns flera skillnader i levnadsvillkoren mellan Dalarna och riket. I flera avseenden hade äldre personer i Dalarna en sämre funktionsförmåga än motsvarande grupp i riket. Det var vanligare att personer i Dalarna använde sig av gånghjälpmedel utomhus och hade svårt att höra i samtal med flera personer.

En något lägre andel i Dalarna hade besökt läkare på vårdcentral under det senaste året. En dryg tiondel i både Dalarna och riket hade under samma tidsperiod avstått från läkarbesök trots behov och det var ungefär lika vanligt att avstå från tandvård trots behov. Skälen till detta skiljde sig dock i viss mån åt mellan Dalarna och riket. Till exempel var det i Dalarna vanligare än i riket att personer avstod från att söka läkarvård eftersom de väntade ut eller skötte besvären själv.

Det var även en högre andel i Dalarna som upplevde det som svårt eller mycket svårt att ta sig till vårdcentralen/husläkaren, vilket kan vara en förklaring till att äldre personer i Dalarna är mer benägna att vänta ut besvären eller sköta dem på



egen hand. Noterbart är att personer som hade en nedsatt funktionsförmåga (ADL) tyckte att det var svårare att ta sig till vårdcentral/husläkare än personer utan nedsatt funktionsförmåga. Detta betyder att hälso- och sjukvården såväl i Dalarna som i riket som helhet inte är anpassad till den äldre befolkningens behov. Inte minst gäller det grupper som kan vara i särskilt stort behov av vården.

En annan signal om att vården i Dalarna inte är helt tillgänglig är att en betydligt högre andel personer i Dalarna än i riket hade svårt att ta sig till tandläkaren. En lägre tillgänglighet avspeglas också i att det var vanligare att äldre personer i Dalarna än i riket upplevde det som svårt att ta sig till apoteket, mataffären och banken/uttagsautomaten.

## **4.2. Könsskillnader**

I rapporten identifierades flera skillnader mellan kvinnor och män. Såväl i Dalarna som i riket var den psykiska hälsan lägre bland kvinnor än män. I Dalarna var det också en högre andel kvinnor som hade mobilitetsproblem och det var vanligare att de använde gånghjälpmedel. Vidare fanns könsskillnader rörande syn och hörsel i Dalarna, med en högre andel män med hörselnedsättning och en högre andel kvinnor med synnedsättning.

I både Dalarna och riket var det vanligare att kvinnorna brukade städa hemmet. I viss mån kan detta handla om könsroller och arbetsfördelningen mellan partners, men roller och fördelning kan sannolikt inte helt förklara skillnaderna mellan kvinnor och män. Det fanns också vissa könsskillnader vad gäller omsorg, där en lägre andel kvinnor i Dalarna och riket fick hjälp med städning från sin partner. Istället var det vanligare att kvinnor än män fick den hjälpen från hemtjänsten.

En annan könsskillnad återfanns i orsakerna till att avstå från läkarbesök trots behov. I Dalarna var det vanligare att kvinnorna avstod från läkarbesök jämfört med männen. En vanlig orsak till detta, framför allt bland kvinnorna, var att de väntade ut eller skötte besvären själva.

Det fanns även en skillnad vad gäller ekonomiska förhållanden. I Dalarna var det vanligare att kvinnor saknade kontantmarginal, det vill säga en högre andel kvinnor än män kunde inte få fram 16 000 kronor inom en vecka genom från egna besparingar. Trots denna könsskillnad hade de allra flesta kvinnor och män en kontantmarginal.

En högre andel män än kvinnor i Dalarna hade kontakt med vänner. Det var vanligare att kvinnor upplevde ensamhet både i Dalarna och riket, och kvinnor upplevde även en ökning av ensamhet under pandemin. Det är väl belagt i tidigare forskning att förekomst av ensamhet är högre bland kvinnor än män, eftersom riskfaktorer för ensamhet – såsom att förlora sin partner och sämre hälsa – är vanligare bland kvinnor (Dahlberg, et al. 2022).

Slutligen lämnar männen hemmet och närområdet oftare än kvinnorna, samtidigt som kvinnorna uppgav att de gick ut mer sällan under pandemin än tidigare. Överlag tenderade kvinnorna att uppleva hinder med att ta sig till olika platser såsom bank och vårdcentral i större omfattning än männen. Männen var även i högre grad användare av internet.

### **4.3. Slutsatser för policy och praktik**

Dalarna har en relativt hög andel äldre personer i befolkningen och liksom i övriga delar av landet ökar antalet äldre personer. Generellt sett är levnadsförhållandena för äldre personer i Dalarna goda, men det finns sårbara grupper som är eller riskerar bli exkluderade från samhället. Det finns således ett antal områden som behöver utvecklas för att förbättra levnadsförhållandena för äldre personer i Dalarna nu och i framtiden.

Det kan konstateras att tillgängligheten till hälso- och sjukvården behöver förbättras. Tretton procent av personerna i åldern 77 år eller äldre i Dalarna hade avstått från läkarbesök trots behov. Av dem var det mer än en femtedel som uppgav att de hade svårigheter att få en läkartid och en dryg tiondel hade svårt att ta sig till läkaren.

Närmare 60 procent av de svarande i Dalarna brukade inte utföra dagliga aktiviteter såsom att handla, städa och laga mat själva. Dubbelt så många fick hjälp med städning från sin make/maka än från hemtjänsten. I viss mån skulle dessa resultat kunna förklaras av könsroller, men de bör också sättas i ljuset av att knappt 30 procent av de som är 80 år eller äldre hade hemtjänst eller bodde i särskilt boende (Socialstyrelsen, 2022). Det betyder att anhöriga gör stora insatser för att hjälpa äldre personer med dessa aktiviteter. Ungefär fem procent av de som bor i Dalarna lämnade inte sitt hem varje vecka. Kommunernas socialtjänst/älldomsorg behöver arbeta med uppsökande verksamhet för att säkerställa dels att äldres behov av stöd i det dagliga livet är tillgodosett, dels att anhöriga får det stöd de behöver för att

kunna fortsätta vara informella omsorgsgivare utan negativa konsekvenser för hälsa och välbefinnande.

Fattigdom är ovanlig i Sverige, men ungefär 6 procent av de svarande hade ingen kontantmarginal, det vill säga de kunde inte ta ut 16 000 kronor från sitt bankkonto inom en vecka. Detta gör denna grupp mycket sårbar när det gäller oförutsedda utgifter och kan innebära en stor otrygghet för de enskilda individerna. Bättre information behöver ges om vilka former av ekonomiskt stöd som äldre personer har rätt till.

Tre av tio personer av de svarande i Dalarna hade inte vanligtvis besökt eller blivit besökta av släktingar, medan en något lägre andel inte hade haft motsvarande kontakt med vänner. Detta behöver inte betyda att de är helt isolerade, eftersom svaren inte behöver handla om samma individer. Dessutom presenterar rapporten endast en begränsad umgängesform och det är möjligt att de har kontakter på andra sätt såsom via telefon eller att träffas utanför hemmet. Inte desto mindre upplevde nästan var tionde ensamhet ofta eller nästan alltid. Det är en uppgift för socialtjänsten att verka för att äldre personer ska ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Samtidigt har civilsamhällets organisationer en viktig roll för att möta sociala behov. Verksamheter och mötesplatser kan erbjudas av pensionärsorganisationer, idrottsföreningar, studieförbund, intresseorganisationer, fritidsföreningar med flera, även om de inte har något formellt ansvar i lagens mening.

Ansvar för goda levnadsförhållanden för äldre personer vilar inte enbart på regionens hälso- och sjukvård och kommunernas äldreomsorg. Det handlar också om att andra delar av samhället är inkluderande, inte minst att det finns goda transportmöjligheter och en fysisk miljö som är tillgänglig även för personer med funktionsnedsättningar. Ungefär hälften av de svarande behövde hjälpmedel för att ta sig fram utomhus. Även om de allra flesta kände sig inkluderade i lokalsamhället så fanns brister i tillgängligheten till service såsom mataffär, apotek och bank/uttagsautomat för ungefär en femtedel av de svarande i Dalarna.

Ungefär hälften av kvinnorna och nästan en tredjedel av männen använde inte internet. Detta begränsar kraftigt deras möjligheter att ta del av information, göra bankärenden, göra inköp, kommunicera med myndigheter och så vidare. Det är därför av yttersta vikt att inte offentlig sektor eller den privata marknaden förlitar

sig på att alla medborgare har tillgång till internet. För ett inkluderande samhälle där alla kan delta på lika villkor måste vård, omsorg, annan offentlig service och privata varor och tjänster vara tillgängliga för alla.

När levnadsvillkoren och hälsoläget presenteras i denna rapport är det viktigt att notera att det är genomsnittsskillnader i befolkningen som beskrivs. Skillnader i hälsa har stor betydelse för folkhälsan, men de beskrivande resultaten visar inte på enskilda personers möjligheter att leva ett långt liv utan hälsoproblem och funktionsnedsättningar. På den individuella nivån formas hälsan på äldre del av olika faktorer och förutsättningar över livet. Om en jämlik ålderdom ska uppnås behövs bra och effektiva åtgärder under hela livet, men även i hög ålder kan mycket göras. Till exempel kan förutsättningar förbättras för att äldre personer ska erbjudas vård och social omsorg som är tillräckligt bra, attraktiv och tillgänglig, vilket i sin tur har ett samband med goda levnadsvillkor.

## 5. Referenser

- Ballin, M. (2023). *Physical activity, visceral adipose tissue, and cardiovascular disease in older adults: associations and effects*. Umeå: Umeå universitet.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857. doi:10.1016/s0277-9536(00)00065-4
- Craftman Å, G., Johnell, K., Fastbom, J., Westerbotn, M., & von Strauss, E. (2016). Time trends in 20 years of medication use in older adults: Findings from three elderly cohorts in Stockholm, Sweden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 63, 28-35. doi:10.1016/j.archger.2015.11.010
- Dahlberg, L., Berndt, H., Lennartsson, C., & Schön, P. (2018). Receipt of formal and informal help with specific care tasks among older people living in their own home. National trends over two decades. *Social Policy & Administration*, 52(1), 91-110. doi:10.1111/spol.12295
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2022). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 26(2), 225-249. doi:10.1080/13607863.2021.1876638
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267-275. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x
- E-hälsomyndigheten. (2022). *Invånarundersökningen 2021 Om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: E-hälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2022). *Ensamhet och isolering vanligast bland unga och de äldsta*. Hämtad från: [www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2022/december/ensamhet-och-isolering-vanligast-bland-unga-och-de-aldsta/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2022/december/ensamhet-och-isolering-vanligast-bland-unga-och-de-aldsta/)
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Nationella folkhälsomål och målområden*. Hämtad från: [www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/)
- Fristedt, S., Dahl, A. K., Wretstrand, A., Björklund, A., & Falkmer, T. (2014). Changes in community mobility in older men and women. A 13-year prospective study. *Plos One*, 9(2), e87827. doi:10.1371/journal.pone.0087827
- Gilleard, C., Hyde, M., & Higgs, P. (2007). The impact of age, place, aging in place, and attachment to place on the well-being of the over 50s in England. *Research on Aging*, 29(6), 590-605. doi:10.1177/0164027507305730
- Havstam Johansson, L., Škiljić, D., Falk Erhag, H., Ahlner, F., Pernheim, C., Rydberg Sterner, T., . . . Zetterberg, M. (2020). Vision-related quality of life and visual function

- in a 70-year-old Swedish population. *Acta Ophthalmologica*, 98(5), 521-529.  
doi:10.1111/aos.14341
- Hoff, M., Tengstrand, T., Sadeghi, A., Skoog, I., & Rosenhall, U. (2018). Improved hearing in Swedish 70-year olds—a cohort comparison over more than four decades (1971–2014). *Age and Ageing*, 47(3), 437-444. doi:10.1093/ageing/afy002
- Internetstiftelsen. (2022). *Svenskarna och internet 2022*. Hämtad från:  
www.svenskarnaochinternet.se/app/uploads/2022/10/internetstiftelsen-svenskarna-och-internet-2022.pdf
- Jehu, D. A., Davis, J. C., Falck, R. S., Bennett, K. J., Tai, D., Souza, M. F., . . . Liu-Ambrose, T. (2021). Risk factors for recurrent falls in older adults: A systematic review with meta-analysis. *Maturitas*, 144, 23-28. doi:10.1016/j.maturitas.2020.10.021
- Kelfve, S., Agahi, N., Mattsson, A. D., & Lennartsson, C. (2014). Increased alcohol use over the past 20 years among the oldest old in Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(3), 245-260. doi:10.2478/nsad-2014-0020
- Lennartsson, C., Agahi, N., Hols-Salén, L., Kelfve, S., Kåreholt, I., Lundberg, O., . . . Thorslund, M. (2014). Data resource profile: The Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD). *International Journal of Epidemiology*, 43(3), 731-738. doi:10.1093/ije/dyu057
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., . . . Masud, T. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*, 51(9). doi:10.1093/ageing/afac205
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2022). *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022 Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet*: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Park, C., Majeed, A., Gill, H., Tamura, J., Ho, R. C., Mansur, R. B., . . . McIntyre, R. S. (2020). The effect of loneliness on distinct health outcomes: A comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 294. doi:10.1016/j.psychres.2020.113514
- Pensionsmyndigheten. (2022). *Varför finns det fattiga pensionärer - vilka är de och hur kan de bli färre?* Pensionsmyndigheten.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships in disorder* (pp. 31-56). London: Academic Press.
- Phillipson, C., & Scharf, T. (2004). *The impact of government policy on social exclusion among older people. A review of the literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle series*. London: Social Exclusion Unit.
- Raninen, J., & Agahi, N. (2020). Trends in older people's drinking habits, Sweden 2004–2017. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(5), 459-469.  
doi:10.1177/1455072520954336

- Socialstyrelsen. (2022). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2023a). *Kunskapsguiden. Läkemedel*. Hämtad från: [www.kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/lakemedel-for-aldre-personer/anvandningen-av-lakemedel-bland-aldre-personer/](http://www.kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/lakemedel-for-aldre-personer/anvandningen-av-lakemedel-bland-aldre-personer/)
- Socialstyrelsen. (2023b). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2023*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Tait, R. J., French, D. J., Burns, R. A., Byles, J. E., & Anstey, K. J. (2013). Alcohol, hospital admissions, and falls in older adults: a longitudinal evaluation. *International Psychogeriatrics*, 25(6), 901-912. doi:10.1017/S1041610213000173
- Tillväxtverket. (2021). *Tillgänglighet till kommersiell och offentlig service 2021*. Hämtad från: [www.tillvaxtverket.se/download/18.6855bfcf184896002ffc1b/1668765888230/Tillg%C3%A4nglighet%20till%20kommersiell%20och%20offentlig%20service%202021%20klar.pdf](http://www.tillvaxtverket.se/download/18.6855bfcf184896002ffc1b/1668765888230/Tillg%C3%A4nglighet%20till%20kommersiell%20och%20offentlig%20service%202021%20klar.pdf)
- World Health Organization. (2022). *Mental health*. Hämtad från: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)
- Östergren, O. (2017). *Understanding the educational gradient in mortality (Doctoral dissertation, Department of Sociology, Stockholm University)*.