

Hverdagsliv og funksjon hos hjemmeboende eldre i Trøndelag i 2019

Helsestatistikk-rapport nummer 12 fra HUNT4

Everyday life and functioning among home residing elderly in the county of Trøndelag, 2019

Health statistics report no. 12, the HUNT4 Survey

Pål Fossland Moa, Signe Opdahl, Jon Olav Sliper, Vegar Rangul, Steinar Krokstad, Sveinung Eiksund, Thomas Hugaas Molden, Håvard R. Karlsen, Heidi Jensberg, Kyrre Kvistad, Erik R. Sund

2023

HUNT forskningscenter

HUNT
HELSEUNDERSØKELSEN I TRØNDELAG



NTNU

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Utgitt av:
HUNT forskningscenter
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie,
Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU
Forskningsvegen 2
7600 Levanger
<http://www.ntnu.no/hunt/>
Levanger, desember 2023.
ISBN 978-82-91725-52-9

FORORD

I denne delrapporten presenteres tall for hele Trøndelag fylke fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT). Det er tidligere utgitt rapporter for Nord-Trøndelag, samt 10 rapporter som omfatter hele fylket. Datainnsamlingen i Nord-Trøndelag ble avsluttet i februar 2019, mens innsamlingen i Sør-Trøndelag ble gjennomført i oktober og november 2019. I Nord-Trøndelag var dette den fjerde runden med HUNT-undersøkelser av befolkningen, mens i Sør-Trøndelag var det den første. Det er knyttet stor spenning til resultatene; hvordan er folkehelsestanden i fylket egentlig? Uten å kjenne til fordelingen eller utviklingen av helsetilstanden i befolkningen er det umulig å drive et effektivt og målrettet folkehelsearbeid. Nå har vi kunnskapsgrunnlaget for å drive et godt folkehelsearbeid lokalt og regionalt.

Vi har observert betydelige endringer i helserelaterte forhold bare i løpet av de siste tre tiårene mens HUNT har pågått i Nord-Trøndelag. Dette viser hvor sterkt de rådende levekårene og samfunnsforholdene påvirker oss. Nå kan vi sammenligne data fra alle kommunene i fylket og fra levekårssoner i Trondheim.

I denne rapporten rettes oppmerksomheten mot eldres dagligliv og funksjon. Vi ser på hjemmeboende eldres evne til å utføre små og store hverdagsaktiviteter. Vi ser også på eldres bruk av hjelpemidler for å forflytte seg, samt på ulike funksjonsnedsettelse som følge av langvarig sykdom, skade eller lidelse. Ensomhet, støtte i hverdagen og bruk av omsorgstjenester er også fremstilt, samt egenopplevd trivsel og trygghet i nærmiljøet. Til slutt ser vi på i hvilken grad eldre rapporterer at de har førerkort og eventuelt fortsatt kjører bil.

Rapporten er utarbeidet av en tverrfaglig analysegruppe som består av ansatte fra Trøndelag fylkeskommune (Kyrre Kvistad, Jon Olav Sliper og Pål Fosslund Moa), Trondheim kommune (Sveinung Eiksund, Thomas Hugaas Molden og Heidi Jensberg), Institutt for psykologi, NTNU (Håvard R. Karlsen) og HUNT forskningscenter / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU (Signe Opdahl, Vegar Rangul, Steinar Krokstad og Erik R. Sund). Inger Duvsete Holbø har lest korrektur.

Det at de to tidligere trøndelagsfylkene nå er slått sammen, har ført til et utvidet samarbeid mellom Trøndelag fylkeskommune, kommunene i hele det nye fylket og HUNT forskningscenter ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Mer omfattende rapportering fra HUNT vil publiseres fortløpende, både gjennom rapporter og på nettsidene til fylkeskommunen, kommunene og HUNT.

Spørsmål om rapporten kan rettes til: kontakt@hunt.ntnu.no

Levanger, Steinkjer og Trondheim, 21. desember 2023.

HUNT forskningscenter

Sitering: Moa m.fl. (2023). Hverdagsliv og funksjon hos hjemmeboende eldre i Trøndelag i 2019. HUNT forskningscenter, NTNU

Rapporter utgitt etter HUNT4 (voksne)

1. Folkehelseutfordringer i Trøndelag 2019. Folkehelsepolitisk rapport med helsestatistikk fra HUNT inkludert tall fra HUNT4 (2017-19).
2. Helse, kronisk sykdom og livskvalitet i Nord-Trøndelag 2017-19 (helsestatistikkrapport nr. 1).
3. Helse og kronisk sykdom i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 2).
4. Levevaner i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 3).
5. Samfunnsdeltakelse i Trøndelag (helsestatistikkrapport nr. 4).
6. Nærmiljø i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 5).
7. Psykisk helse i Trøndelag (helsestatistikkrapport nr. 6).
8. Sosiale relasjoner i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 7).
9. Flersykelighet og egenrapporterte sykdommer i Trøndelag (helsestatistikkrapport nr. 8).
10. Deltakelse, helse og helsedeterminanter i HUNT4, blant trøndere med og uten innvandrerbakgrunn (helsestatistikkrapport nr. 9).
11. Egenrapportert bruk av helsetjenester og medisiner i Trøndelag (helsestatistikkrapport nr. 10).
12. Overvekt og fedme i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 11)

Rapporter utgitt etter Ung-HUNT4 (ungdom)

1. Selvpoplevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19.
2. Fritidsaktiviteter og kontakt med venner blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19.

Innholdsfortegnelse

FORORD	iii
Figurliste	7
Figurliste vedlegg	8
Sammendrag.....	9
Summary.....	10
1. Innledning	11
1.1 Eldres dagligliv og funksjon	11
1.2 Helse-determinantene.....	11
1.3 Hovedmålet med rapporten og en kort leserveiledning	12
2. Metode	13
2.1 HUNT	13
2.2 Datainnsamlingen.....	13
2.3 Utvalg	14
2.4 Analyser.....	15
2.5 Levekårssoner i Trondheim	15
2.6 Tolkning	15
3. Resultater for Trøndelag fylke	17
Bor alene	17
Aktiviteter i dagliglivet	17
Bruk av hjelpemidler for å forflytte seg (rullator, krykker, stokk etc.).....	21
Funksjonsnedsettelse på grunn av langvarig sykdom, skade eller lidelse	21
Ensomhet	25
Støtte i hverdagen.....	26
Bruk av omsorgstjenester	26
Trivsel og trygghet i nærmiljøet	28
Trygghet i nærmiljøet.....	30
Førerkort og bilkjøring.....	30
4. Resultater for Trondheim kommune	32
Bor alene	32
Aktiviteter i dagliglivet	32
Bruk av hjelpemidler for å forflytte seg (rullator, krykker, stokk etc.).....	36
Funksjonsnedsettelse på grunn av langvarig sykdom, skade eller lidelse	36
Ensomhet	38
Støtte i hverdagen.....	39
Bruk av omsorgstjenester blant hjemmeboende.....	40
Trivsel og trygghet i nærmiljøet	42
Trygghet i nærmiljøet.....	43
Førerkort og bilkjøring.....	43

5. Oppsummering	45
3. Referanser	46
Vedlegg 1. Tabeller for IADL i kommuner i Trøndelag og levekårssoner I Trondheim	47
Vedlegg 2. Kart levekårssoner Trondheim	49
Vedlegg 3: Funnplot av dårlig egenvurdert helse (%) for menn i Nord-Trøndelag	50
Vedlegg 4 Ensomhet blant hjemmeboende eldre etter bostatus.	51
Vedlegg 5 Bruk av omsorgstjenester blant hjemmeboende eldre etter bostatus.	51

Figurliste

Figur 1 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen [3].	12
Figur 2 Spørsmål og koding av spørsmål som er fremstilt i rapporten.	14
Figur 3 Andel som svarer at de bor alene etter alder og kjønn.	17
Figur 4 Andel som svarer at de har problemer med å utføre én eller flere personnære hverdagsaktiviteter (PADL) etter alder og kjønn.	18
Figur 5 Andel som svarer at de har problemer med å utføre én eller flere instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL) etter alder og kjønn.	19
Figur 6 Andel som svarer at de har problemer med å utføre én eller flere instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL). Kvinner (venstre), menn (høyre). Aldersstandardisert.	20
Figur 7 Andel som svarer at de vanligvis bruker hjelpemiddel når de går etter alder og kjønn.	21
Figur 8 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av somatisk sykdom etter alder og kjønn.	22
Figur 9 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av psykisk sykdom etter alder og kjønn.	22
Figur 10 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av bevegelseshemming etter alder og kjønn.	23
Figur 11 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av nedsatt hørsel etter alder og kjønn.	24
Figur 12 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av nedsatt syn etter alder og kjønn.	24
Figur 13 Andel som rapporterer ensomhet (en god del eller svært mye) siste 2 uker etter alder og kjønn.	25
Figur 14 Andel som svarer at de har noen som kan gi hjelp når de trenger det etter alder og kjønn.	26
Figur 15 Andel som svarer at de har noen som de kan snakke fortrolig med etter alder og kjønn.	26
Figur 16 Andel som svarer at de har hatt hjemmehjelp i løpet av siste år etter alder og kjønn.	27
Figur 17 Andel som svarer at de har hatt hjemmesykepleie i løpet av siste år etter alder og kjønn.	27
Figur 18 Andel som svarer at de har vært innlagt på sykehjem i løpet av siste år etter alder og kjønn.	28
Figur 19 Andel som sier de er helt enig i utsagnet om at «folk trives godt her» etter alder og kjønn i Nord-Trøndelag.	29
Figur 20 Andel som svarer at de trives i stor grad i nærmiljøet etter alder og kjønn i Sør-Trøndelag.	29
Figur 21 Andel som svarer at de føler en stor grad av trygghet i nærmiljøet etter alder og kjønn i Sør-Trøndelag.	30
Figur 22 Andel som svarer at de har førerkort etter alder og kjønn.	31
Figur 23 Andel av de som har førerkort som kjører bil etter alder og kjønn.	31
Figur 24 Andel som svarer at de bor alene etter alder og kjønn i Trondheim.	32
Figur 25 Andel som svarer at de har problemer med å utføre en eller flere personnære hverdagsaktiviteter (PADL) etter alder og kjønn i Trondheim.	33
Figur 26 Andel som svarer at de har problemer med å utføre en eller flere instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL) etter alder og kjønn i Trondheim.	34
Figur 27 Andel som svarer at de har problemer med å utføre en eller flere instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL) etter alder og kjønn for bydeler i Trondheim. Menn øverst og kvinner nederst.	35
Figur 28 Andel som svarer at de vanligvis bruker hjelpemiddel når de går etter alder og kjønn i Trondheim.	36
Figur 29 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av somatisk sykdom etter alder og kjønn i Trondheim.	37
Figur 30 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av bevegelseshemming etter alder og kjønn i Trondheim.	37
Figur 31 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av nedsatt hørsel etter alder og kjønn i Trondheim.	38
Figur 32 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av nedsatt syn etter alder og kjønn i Trondheim.	38
Figur 33 Andel som rapporterer ensomhet (en god del eller svært mye) siste 2 uker etter alder og kjønn i Trondheim.	39
Figur 34 Andel som svarer at de har noen som kan gi hjelp når de trenger det etter alder og kjønn i Trondheim.	39

Figur 35 Andel som svarer at de har noen som de kan snakke fortrolig med etter alder og kjønn i Trondheim.	40
Figur 36 Andel som svarer at de har hatt hjemmehjelp i løpet av siste år etter alder og kjønn i Trondheim.....	41
Figur 37 Andel som svarer at de har hatt hjemmesykepleie i løpet av siste år etter alder og kjønn i Trondheim.	41
Figur 38 Andel som svarer at de har vært innlagt på sykehjem i løpet av siste år etter alder og kjønn i Trondheim.	42
Figur 39 Andel som svarer at de trives i stor grad i nærmiljøet etter alder og kjønn i Trondheim.	42
Figur 40 Andel som svarer at de føler en stor grad av trygghet i nærmiljøet etter alder og kjønn i Trondheim.	43
Figur 41 Andel som svarer at de har førerkort etter alder og kjønn i Trondheim.....	43
Figur 42 Andel av de som har førerkort som kjører bil etter alder og kjønn i Trondheim.	44

Figurliste vedlegg

Vedleggsfigur 1 Andel som oppgir ensomhet (en god del eller svært mye). Menn og kvinner etter alder og bostatus.	51
Vedleggsfigur 2 Andel som har hatt hjemmehjelp siste år. Menn og kvinner etter alder og bostatus.....	51
Vedleggsfigur 3 Andel som har hatt hjemmesykepleie siste år. Menn og kvinner etter alder og bostatus.....	52
Vedleggsfigur 4 Andel som har vært innlagt på sykehjem siste år. Menn og kvinner etter alder og bostatus... ..	52

Sammendrag

Bakgrunn

Eldre er en uensartet gruppe i samfunnet. Noen eldre lever aktive liv med god funksjon mens andre opplever funksjonsnedsettelse og problemer med å delta i samfunnet. Formålet med denne rapporten er å beskrive hjemmeboende Eldres hverdagsliv og funksjon, både i Trøndelag fylke og i Trondheim kommune, med ulike indikatorer på hvordan eldre egentlig har det og greier seg i hverdagen.

Materiale og metode

Det benyttes spørreskjema data fra Helseundersøkelsen i Trøndelag 2017-19, HUNT4. I Nord-Trøndelag ble HUNT4 gjennomført fra 2017 til 2019, hvor totalt 56 000 voksne i alderen 20 år og eldre (54 % av alle inviterte) deltok. I Sør-Trøndelag deltok 106 000 voksne i alderen 18 år og eldre (42 % av alle inviterte). I denne rapporten brukes data fra deltakere som var 70 år eller eldre (N=25 632).

Resultater

For fylket som helhet ser vi at andelen eldre som bor alene øker med alder og dette gjelder særlig blant kvinner. Totalt sett er det en liten andel av de eldre som rapporterer problemer med å utføre personnære hverdagsaktiviteter (3 %), men blant de eldste (over 85 år) så er det en del som har problemer med bading og dusjing. For mer komplekse hverdagsaktiviteter rapporterer totalt cirka 20 % om utfordringer og andelen øker med alder. Det er små forskjeller mellom kommunene i Trøndelag i forekomst av eldre med utfordringer i komplekse hverdagsaktiviteter, men det er en del variasjon mellom bydelene i Trondheim.

Bruk av hjelpemidler for å forflytte seg rapporteres av 18 % av kvinnene og 10 % av mennene i fylket og andelen øker med alder. Funksjonsnedsettelse på grunn av somatisk sykdom, bevegelseshemming, nedsatt hørsel og syn øker generelt med alder, mens nedsettelse på grunn av psykisk sykdom ikke tyder på noen økning med alder. For ensomhet er det en klar økning i andelen ved stigende alder. Når det gjelder å få praktisk eller sosial støtte rapporterer over 90 % at de får hjelp når de trenger det eller at de har noen å snakke fortrolig med, og det er små aldersforskjeller.

Bruk av omsorgstjenester i løpet av siste år, enten det er hjemmehjelp, hjemmesykepleie eller innleggelse på sykehjem viser tydelig økt bruk med stigende alder. På spørsmål om eldre trives der de bor svarer et klart flertall at de trives og for opplevd trygghet svarer de langt fleste at de i stor grad føler seg trygge i nærmiljøet. På spørsmål om man har førerkort er det en klar nedgang i andelen ved økende alder, særlig for kvinner. På spørsmål om man fortsatt kjører bil er det blant menn over 90 % som fortsatt kjører bil i alle aldersgrupper mens det blant kvinner er en klar nedgang i andelen ved økende alder.

De generelle mønstrene for de ulike indikatorene i fylket gjenspeiles også i tallene for Trondheim kommune. Forskjellen er at nivåene gjennomgående er litt lavere for noen indikatorer, for eksempel lavere andeler som har problemer med personnære aktiviteter og lavere andeler som rapporterer bruk av omsorgstjenester siste år.

Konklusjon

Det store flertallet av hjemmeboende eldre har en hverdag hvor de håndterer dagligdagse gjøremål, mens de mer komplekse gjøremålene rapporteres å være en utfordring etter hvert som man blir eldre. Resultatene tyder videre på at eldre har sosiale nettverk som kan gi praktisk og emosjonell støtte, selv om en del også rapporterer ensomhet. Videre er det en høy andel eldre som trives og føler trygghet der de bor. Gitt noen omtalte begrensninger ved datamaterialet som rapporten bygger på, er det grunn til å hevde at de fleste eldre har gode hverdager som er håndterbare. Når det er sagt så vil det alltid være noen som har store hverdagslige utfordringer også.

Summary

Background

The elderly constitute a diverse group within society. Some seniors lead active lives with good functionality, while others experience functional impairments and difficulties participating in society. The purpose of this report is to describe the everyday lives and functioning of elderly individuals living at home, both in the Trøndelag county and the municipality of Trondheim, using various indicators to assess how the elderly are truly faring in their daily lives.

Material and method

This report uses questionnaire data from the Health Survey in Trøndelag 2017-19, HUNT4. In Nord-Trøndelag, HUNT4 was conducted from 2017 to 2019, where a total of 56,000 adults aged 20 and older participated (54% of all invited). In Sør-Trøndelag, 106,000 adults aged 18 and older participated (42% of all invited). In this report we use data from participants aged 70 years or older (N=25 632).

Results

For the county, the proportion of elderly individuals living alone increases with age, especially among women. Overall, a small percentage of the elderly report problems with performing personal daily activities (3%), but among the oldest (over 85 years), some experience difficulties with bathing and showering. For more complex everyday activities, approximately 20% report challenges, and this percentage increases with age. There are slight differences between municipalities in Trøndelag regarding the occurrence of elderly individuals facing challenges in complex everyday activities, but there is considerable variation between neighborhoods in Trondheim.

The use of assistive devices for mobility is reported by 18% of women and 10% of men in the county, with the percentage increasing with age. Functional impairments due to somatic illness, mobility issues, hearing, and vision generally increase with age, while impairments due to mental illness do not show a clear age-related increase. Regarding loneliness, there is a clear increase in proportions with advancing age. Concerning practical or social support, over 90% report receiving help when needed or having someone confidential to talk to, with minimal age differences.

The use of care services in the last year, whether it be home help, home nursing, or admission to nursing homes, shows a clear increase with age. When asked about satisfaction with their living situation, a clear majority report contentment, and for perceived safety, the vast majority feel secure in their local community. On questions about having a driver's license, there is a clear decline in the percentage with increasing age, especially for women. Regarding continuing to drive a car, among men, over 90% still drive in all age groups, while among women, there is a clear decline in the percentage with increasing age.

The general patterns for the various indicators in the county are also reflected in the numbers for the municipality of Trondheim. The difference is that the levels are consistently slightly lower for some indicators, such as lower proportions experiencing problems with personal activities and lower proportions reporting the use of care services in the past year.

Conclusion

The majority of elderly individuals living at home have daily lives where they manage routine tasks, while more complex tasks are reported to be challenging as they age. The results also suggest that the elderly have social networks that provide practical and emotional support, although some also report loneliness. Furthermore, there is a high percentage of older individuals who are satisfied and feel secure in their living situations. Given some limitations mentioned in the data material on which the report is based, it can be argued that most elderly individuals have manageable and good daily lives. However, it is acknowledged that there will always be some who face significant everyday challenges.

1. Innledning

Denne delrapporten om folkehelsestilstanden i Trøndelag fylke fremstiller data om eldre som deltok i HUNT4 som ble gjennomført i Nord-Trøndelag (2017-19), og fra HUNT-undersøkelsen som ble gjennomført i Sør-Trøndelag høsten 2019. Tema for denne rapporten er dagligliv og funksjon blant hjemmeboende eldre belyst med ulike indikatorer på funksjonsevne og hvordan dagliglivet fortøner seg.

1.1 Eldres dagligliv og funksjon

De fleste eldre i Norge lever gode aktive liv, og de utgjør en ressurs for familie, venner og lokalsamfunn. Den aldrende befolkningen i Norge har økt betydelig de siste årene, og det har ført til økt oppmerksomhet rundt hvordan eldre mennesker opplever og mestrer sine daglige aktiviteter og utfordringer. Det er videre blitt oppmerksomhet rundt hvilke behov og ønsker de eldre har for å kunne oppleve en verdig og meningsfylt alderdom.

Eldres hverdagsliv er mangfoldig. Mange eldre opplever en livsfase som preges av pensjonisttilværelsen, der de har mer tid til egne interesser og aktiviteter slik som frivillig arbeid, reise, kulturaktiviteter, og tid med familie og venner. Noen eldre opprettholder et aktivt arbeidsliv, mens andre velger mer fritid. Samtidig står mange eldre overfor utfordringer som helseproblemer, ensomhet og økonomiske bekymringer. Eldre mennesker kan oppleve å miste sin livsledsager og de kan oppleve at deres sosiale nettverk krymper over tid. Dette kan igjen føre til følelse av isolasjon. Økonomisk usikkerhet kan være en kilde til stress for mange eldre, spesielt de som lever på en fast pensjon eller trygd.

Funksjonsevne er en nøkkelindikator på Eldres livskvalitet og uavhengighet. Denne indikatoren kan variere betydelig fra person til person. Noen eldre kan opprettholde en høy grad av funksjonsevne og uavhengighet, mens andre kan oppleve funksjonsnedsettelse som begrenser deres evne til å utføre daglige aktiviteter. Slike funksjonsnedsettelser kan omfatte problemer med mobilitet, syn, hørsel, kognisjon og annet.

Etter hvert som man eldes, vil helse- og aldringsrelaterte funksjonsnedsettelser naturlig øke og problemer med hverdagslige aktiviteter ofte melde seg. Aktivitetsproblemer kan omfatte alt fra evnen til å utføre grunnleggende dagligdagse aktiviteter, som å kle på seg, lage mat og vaske seg, til mer kompliserte aktiviteter som fordrer at man mestrer flere funksjoner samtidig. De mer kompliserte aktivitetene kan være bilkjøring, bruk av elektroniske hjelpemidler og tjenester, og ivaretagelse av egen økonomi.

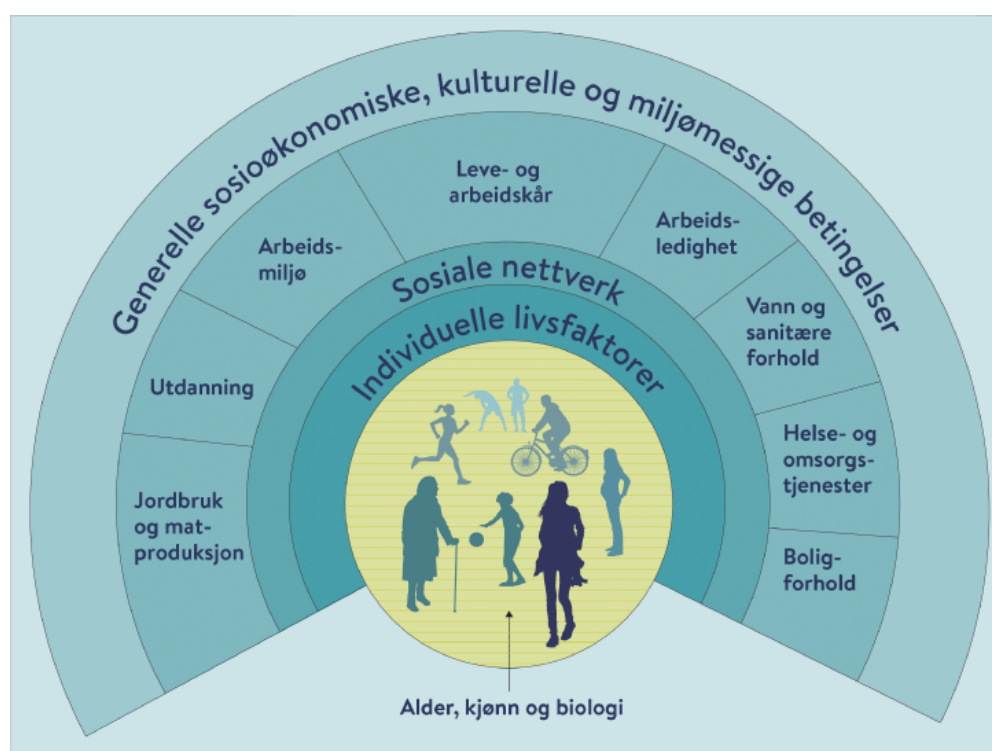
Selv om det er flere eldre enn tidligere som rapporterer god funksjonsevne så er det mange som lever med kroniske sykdommer og sviktende funksjon, og det er stor variasjon i hvordan hver enkelt blir påvirket i det hverdagslige. I tillegg vil en persons funksjonsevne være sterkt påvirket av omgivelsene. God tilrettelegging og riktige hjelpemidler kan motvirke konsekvensene av funksjonsnedsettelser for den hverdagslige aktiviteten.

1.2 Helse-determinantene

Kunnskap om folkehelse omhandler tre hovedforhold: kunnskap om tilstand, kunnskap om årsaker, og kunnskap om effekten av tiltak [1]. Kunnskap om tilstand er ofte utgangspunktet for forskning på årsaker, som igjen er utgangspunktet for strategier, tiltak og politikktutforming. Årsaker omfatter både umiddelbare årsaker og underliggende årsaker. Underliggende årsaker benevnes gjerne som helse-determinantene og handler om menneskers livsvilkår og generelle levekår.

En mye brukt modell for å beskrive helse-determinanter og forholdet mellom dem, er den såkalte regnbuemodellen (figur 1), opprinnelig utviklet av Dahlgren og Whitehead [2]. Midt i figuren finner vi

enkeltmenneskene der faktorer som alder, kjønn og genetikk i liten grad kan påvirkes. Men rundt enkeltmenneskene er det påvirkningsfaktorer som i prinsippet kan formes av samfunnet og miljøet gjennom politiske valg. Det første laget beskriver ulike levevaner (for eksempel røykevaner eller fysisk aktivitet). Det andre laget omfatter vekselvirkningen, eller samspillet, mellom enkeltmennesker og deres nærmiljø. Derest finner vi i det tredje laget menneskers muligheter til å ivareta egen helse gitt de rådende leve- og arbeidsvilkår, matforsyning, og tilgang til varer og tjenester. Det ytterste laget består av økonomiske, kulturelle og miljømessige forhold i samfunnet. Et viktig poeng i denne modellen er samspillet som pågår mellom enkeltmennesker og de ulike helsedeterminantene: Menneskers personlige livsstil formes av sosiale normer og nettverk, og av leve- og arbeidskår. Disse er i sin tur relatert til det sosioøkonomiske og kulturelle miljøet i vid betydning. Helsedeterminantene, som kan påvirkes gjennom politikk, kan være både positive (helsefremmende) og negative (risikofaktorer).



Figur 1 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen [3].

1.3 Hovedmålet med rapporten og en kort leserveiledning

Hovedmålet med denne rapporten er å beskrive dagligliv og funksjon blant hjemmeboende eldre i Trøndelag. Tilnærmingen er primært å *beskrive nøkkeltall* hos den eldre delen av befolkningen i Trøndelag, i relasjon til ulike kjennetegn ved befolkningen. Den beskrivende tilnærmingen og utvalget rapporten bygger på, legger viktige føringer for tolkning av resultatene i form av kritisk refleksjon over hva kunnskapen handler om, hvordan den påvirker oss, samt hvordan den best mulig kan anvendes til å styrke folkehelsa.

Det er viktig å se beskrivelsene som denne rapporten tilbyr som en del av et større bilde. Vi oppfordrer derfor til å se denne rapporten i sammenheng med andre kilder til kunnskap om folkehelse, sosial ulikhet og livsbetingelser som påvirker sykdom, helse og livskvalitet.

Befolkningsdata som presenteres i rapporten kan brukes i det systematiske og kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet i Trøndelag. Et mangfold av kilder (basert på både kvantitative og kvalitative data, og på tvers av kunnskapsfelt) er nødvendig for å fremme folkehelse og utjevne sosiale forskjeller i helse og livskvalitet. Kunnskapsbasert praksis i folkehelsearbeidet forstås i denne rapporten som at samfunnets totale innsats for å fremme folkehelse skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap om både risikofaktorer for sykdom, og faktorer som fremmer helse og livskvalitet. Dette innebærer en bred kunnskap om helse- og samfunnsutvikling generelt. Beste tilgjengelig kunnskap hviler på flere elementer: forskning og teori, praksisbasert kunnskap, erfaringer og verdier fra borgere og brukere av tjenester, og kunnskap om konteksten rundt – fra lokalsamfunnets tilstand til globale forhold. Vi viser ellers til Helsedirektoratets veileder om systematisk folkehelsearbeid [4].

2. Metode

2.1 HUNT

Med bakgrunn i fylkessammenslåingen i Trøndelag endret HUNT i 2019 navn fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag til *Helseundersøkelsen i Trøndelag*. HUNT omfatter nå alle innbyggere i nye Trøndelag fylke som er 13 år eller eldre fra Nord-Trøndelag, og de som er 18 år eller eldre fra Sør-Trøndelag. Vi bruker etter anbefalinger fra Språkrådet begrepene Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag som navn på de geografiske områdene de to fylkene tidligere omfattet.

HUNT er en omfattende samling av helseopplysninger fra HUNT1 (1984-86), HUNT2 (1995-97), HUNT3 (2006-2008) og HUNT4 (2017-19). Det er samlet inn data ved hjelp av spørreskjema, kliniske målinger og biologisk materiale [5]. I Sør-Trøndelag ble det høsten 2019 gjennomført en spørresjemabasert datainnsamling. HUNT er regulert av *Forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser* og er gjennom dette pålagt å utarbeide helsestatistikk som i denne rapporten. I tillegg har alle deltakere i HUNT gitt skriftlig samtykke til at helseopplysningene kan brukes i helseforskning.

2.2 Datainnsamlingen

I Nord-Trøndelag ble HUNT4 gjennomført i perioden fra september 2017 til utgangen av februar 2019. Blant ungdom i alderen 13-19 år deltok 8 066 personer (76 % av alle inviterte) og blant voksne i alderen 20 år og eldre deltok totalt 56 078 personer (54 % av alle inviterte). I Sør-Trøndelag foregikk datainnsamlingen høsten 2019 og omfattet alle innbyggere i alderen 18 år og eldre¹. Totalt deltok 106 000 personer i Sør-Trøndelag, noe som tilsvarer 42 % av alle inviterte. Deltakelse og gjennomføring av de ulike undersøkelsene er grundig beskrevet tidligere [5, 6].

I denne rapporten brukes opplysninger innsamlet med spørreskjema om Eldres dagligliv og funksjon. Spørsmålene fremgår i figur 2. Aktiviteter i dagliglivet fremstilles både som personlige aktiviteter (forkortet PADL) og instrumentelle aktiviteter (forkortet IADL). De personlige aktivitetene er basert på spørsmålet «Klarer du selv, uten hjelp av andre, i det daglige å:». De som svarte «Nei» på minst en av de påfølgende gjøremålene (gå innendørs i samme etasje, gå på toalettet, vaske seg på kroppen, bade eller dusje, kle på og av deg, legge deg og stå opp, spise selv) regnes å ha personlige aktivitetsproblemer (PADL). Tilsvarende spørsmål for de instrumentelle aktivitetene som omhandler andre gjøremål (lage varm mat, gjøre lett husarbeid, gjøre tyngre husarbeid, vaske klær, gjøre innkjøp,

¹ Innbyggere som tidligere var invitert til HUNT 70+ i Trondheim og innbyggere som tidligere hadde deltatt i HUNT i Nord-Trøndelag og som hadde fått en egen invitasjon ble ikke invitert. Disse inngår imidlertid i datamaterialet basert på tidligere deltakelse.

betale regninger, ta medisiner, komme deg ut, ta bussen) ble beregnet på samme måte. De som svarte «Nei» på minst ett av disse gjøremålene hadde instrumentelle aktivitetsproblemer (IADL). De øvrige spørsmålene som fremstilles i rapporten og hvilke svaralternativer som kombineres og fremstilles vises i figur 2.

The figure shows a questionnaire form with various questions and response options. Red boxes highlight specific responses:

- Klarer du selv, uten hjelp av andre, i det daglige å:** (Sett ett kryss per linje)
 - Gå innendørs i samme etasje..... Nei Ja
 - Gå på toalettet..... Nei Ja
 - Vaske deg på kroppen..... Nei Ja
 - Bade eller dusje..... Nei Ja
 - Kle på og av deg..... Nei Ja
 - Legge deg og stå opp..... Nei Ja
 - Spise selv..... Nei Ja
- Klarer du selv, uten hjelp av andre, disse gjøremålene i det daglige:** (Sett ett kryss per linje)
 - Lage varm mat..... Nei Ja
 - Gjøre lett husarbeid (f.eks. oppvask)..... Nei Ja
 - Gjøre tyngre husarbeid (f.eks. gultvask)..... Nei Ja
 - Vaske klær..... Nei Ja
 - Gjøre innkjøp..... Nei Ja
 - Betale regninger..... Nei Ja
 - Ta medisiner..... Nei Ja
 - Komme deg ut..... Nei Ja
 - Ta bussen..... Nei Ja
- Bruker du vanligvis hjelpemiddel når du går (rullator, krykker, stokk eller annet)?**
 - Nei..... Nei Ja
 - Ja, bruker ganghjelpemiddel både innen- og utendørs..... Nei Ja
 - Ja, bruker ganghjelpemiddel utendørs..... Nei Ja
 - Nei, jeg kan ikke gå..... Nei Ja
- Har du nå noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?**
 - Nei Ja
- HVIS JA:** Hvor mye vil du si at dine funksjoner er nedsatt? (Sett ett kryss per linje)

	Ikke nedsatt	Litt nedsatt	Middels nedsatt	Mye nedsatt
Er bevegelseshemmet.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Har nedsatt syn.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Har nedsatt hørsel.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hemmet pga. kroppslig sykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hemmet pga. psykisk sykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Har du hatt hjemmehjelp i løpet av de siste 12 måneder?**
 - Nei Ja
- Har du hatt hjemmesykepleie i løpet av de siste 12 måneder?**
 - Nei Ja
- Har du vært innlagt på sykeheim i løpet av de siste 12 måneder?**
 - Nei Ja
- Folk trives godt her** (Sett ett kryss)

	Helt enig	Delvis enig	Usikker	Delvis uenig	Helt uenig
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt?**
 - I stor grad.....
 - I noen grad.....
 - I liten grad.....
 - Ikke i det hele tatt.....
- Har du førerkort?**
 - Nei Ja
- HVIS JA:** Kjører du fortsatt bil?.....
 - Nei Ja
- I hvilken grad føler du deg trygg i nærmiljøet ditt?**
 - I stor grad.....
 - I noen grad.....
 - I liten grad.....
 - Ikke i det hele tatt.....
- Har du de siste 2 ukene følt deg:** (Sett ett kryss per linje)

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Ensom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Figur 2 Spørsmål og koding av spørsmål som er fremstilt i rapporten.

2.3 Utvalg

Resultatene er basert på voksne som var 70 år eller eldre og som deltok i HUNT4 i Nord- og Sør-Trøndelag, inkludert deltakere fra HUNT4 Trondheim 70+. Utvalget i denne rapporten er videre avgrenset til deltakere som rapporterte at de er hjemmeboende. Tabell 1 viser antall deltakere i henhold til aldersgruppe og kjønn. Deltakelsen i HUNT4 (prosentandelen av alle som ble invitert som faktisk deltok i undersøkelsen) er tidligere vist å være lavest blant de yngste (under 30 år) og blant de eldste (over 90 år) [6]. Hvorvidt en lav deltakelse representerer en feilkilde vil avhenge av hvilke opplysninger som fremstilles og studeres. Det er for eksempel vist at HUNT-deltakere bruker fastlegen oftere enn de som ikke deltok i HUNT blant de som er over 80 år. For bruk av hjemmesykepleie og sykehjem er det motsatt, de som ikke deltok i HUNT bruker disse tjenestene oftere enn de som deltok [6]. Basert på forskning i sammenliknbare land er det rimelig å anta at eldre som deltar i helseundersøkelser generelt er friskere og har mindre pleie- og omsorgsbehov enn de som ikke deltar [7].

Tabell 1 Beskrivelse av utvalget etter alder og kjønn

	Kvinner		Menn		Total	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
70-74	5730	43,2	5461	44,2	11191	43,7
75-79	3912	29,5	3797	30,7	7709	30,1
80-84	2189	16,5	1994	16,1	4183	16,3
85-89	1059	8,0	858	6,9	1917	7,5
90+	374	2,8	258	2,1	632	2,5
Total	13264	100	12368	100	25632	100

2.4 Analyser

Tallene som presenteres formidles ved hjelp av figurer som viser andeler av den eldre befolkningen etter aldersgruppe og kjønn som oppgir et bestemt svar fra undersøkelsen. Kartene viser kommunene i Trøndelag og levekårssoner i Trondheim. Tallene for kommuner og levekårssoner i Trondheim er standardisert i forhold til alderssammensetningen i Norges befolkning². Aldersstandardisering korrigerer for at kommunene eller levekårssonene har ulik alderssammensetning. Dette betyr at forskjeller i forekomst ikke skyldes ulik alderssammensetning i kommunene eller levekårssonene. Usikkerhetsmarginer (konfidensintervaller) fremgår ikke i kartene eller figurene, men kan for IADL-spørsmålet finnes i vedlegg til rapporten (vedlegg 1). Det er ikke fremstilt tall på forekomst i kommuner som har færre enn 100 deltakere i HUNT4. I Trondheim ble noen levekårssoner slått sammen slik at minimum antall deltakere ble tilsvarende (se vedlegg 2).

2.5 Levekårssoner i Trondheim

Resultatene for Trondheim er presentert for levekårssoner, som er geografiske områder som brukes i folkehelse- og levekårsarbeidet i Trondheim. De ble sist revidert i 2019. Sonene utgjør områder som naturlig henger sammen via kommunikasjonsårer, oppfattes som avgrensede steder som befolkningen kan føle tilhørighet til, ha mest mulig ensartet strøkskarakter og skille mellom bygd og by. Levekårssonene er bygd opp av hele grunnkretser og har mellom 1500 og 5000 innbyggere. I denne rapporten er som nevnt noen levekårssoner slått sammen (se vedlegg 2).

2.6 Tolkning

Tallene som presenteres er i utgangspunktet enkle å forholde seg til fordi de viser prosentandeler som har gitt et bestemt svar på spørsmål i spørreskjemaet. Men det er noen potensielle feilkilder som bør fremheves. Som nevnt tidligere var deltakelsen relativt sett lavere blant de over 90 år. Dersom de som ikke deltok har dårligere helse og funksjon enn deltakerne i HUNT4, kan det føre til at tallene som presenteres gir et mer fordelaktig inntrykk av hvordan eldre har det, sammenliknet med hva som er den faktiske situasjonen. Denne feilkilden kalles seleksjonsskjevhet og er viktig å være klar over når formålet er å fremstille tall på forekomst. En annen type feilkilde som er uunngåelig når man studerer eldres helse kalles overlevelsesskjevhet (Eng: survival bias). Litt enkelt sagt så vil datamaterialet man har på eldre være resultatet av en seleksjonsprosess, hvor kun de som fortsatt er i live vil kunne bidra med svar (siden de som er døde naturlig nok ikke er i stand til å bidra med data til undersøkelsen).

² Direkte metode med Norges befolkning i alderen 70 år eller eldre per 1. januar år 2020 som standardbefolkning.

Konsekvensen av denne selektive overlevelsen medfører videre at det blant de eldste innbyggerne vil være flere kvinner enn menn, siden kvinner i snitt lever lengre. Kvinnene vil derfor i større grad enn menn også være aleneboende siden partner allerede er død.

Det er også viktig å være klar over at befolkningsundersøkelser som HUNT4 viser et øyeblikksbilde (tverrsnitt) av situasjonen. Dette betyr at det som hovedregel ikke er mulig å si noe sikkert om hvilke faktorer som er årsak og virkning i de sammenhengene vi beskriver. I mange tilfeller vil det være snakk om komplekse årsaksforhold og gjensidig påvirkning mellom de aktuelle faktorene.

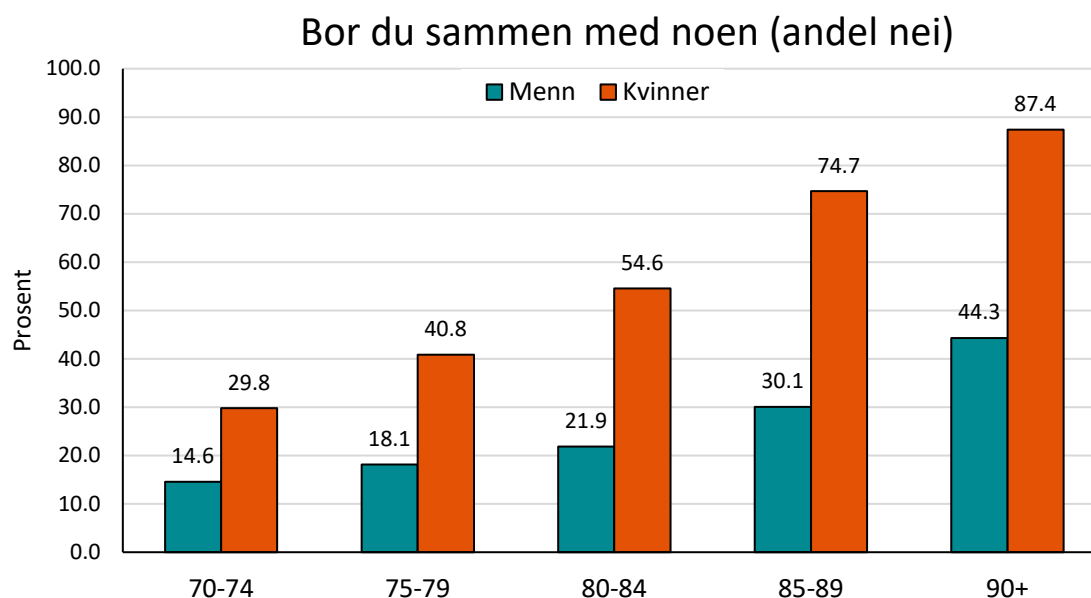
Et annet viktig forhold er usikkerheten som knytter seg til lavt antall deltakere, særlig fra de minste kommunene og de minste levekårssonene i Trondheim. Hvis noen befolkningsmessig små kommuner eller levekårssoner kommer svært godt eller svært dårlig ut, er det ikke dermed sikkert at de avviker så mye fra de andre kommunene eller fylket³. Det er i kartene brukt samme klasseinndeling for kvinner og menn for å direkte kunne sammenligne eventuelle forskjeller mellom dem. Det er valgt forskjellig klasseinndeling i kartene for henholdsvis kommunene i Trøndelag og kartene for levekårssoner i Trondheim. Dette er gjort for bedre å få fram variasjon mellom kommuner og mellom levekårssoner. For å markere at det er brukt forskjellig klasseinndeling er fargebruken noe forskjellig i kommunekartene og levekårssonekartene. Det er viktig å være klar over dette ved direkte sammenligning av andeler i levekårssoner og kommuner.

³ Vi har illustrert dette i vedlegg 3: Funnplott av dårlig selvurdert helse hos menn.

3. Resultater for Trøndelag fylke

Bor alene

Blant deltakerne i HUNT4 oppgir 42 % av kvinner og 19 % av menn i alderen 70+ at de bor alene. For alle inndelte femårsgrupper i aldersutvalget, samt i 90+ gruppen, er det en betydelig større andel kvinner enn menn som bor alene (figur 3). Størst er forskjellen i de eldste aldersgruppene, hvor det i aldersgruppen 90+ er en forskjell på 43 prosentpoeng. Denne gjennomgående forskjellen må i stor grad forstås ut ifra at kvinner har en høyere gjennomsnittlig levealder enn menn. Det vil derfor være flere kvinner som er gjenlevende etter et parforhold enn det er blant menn.

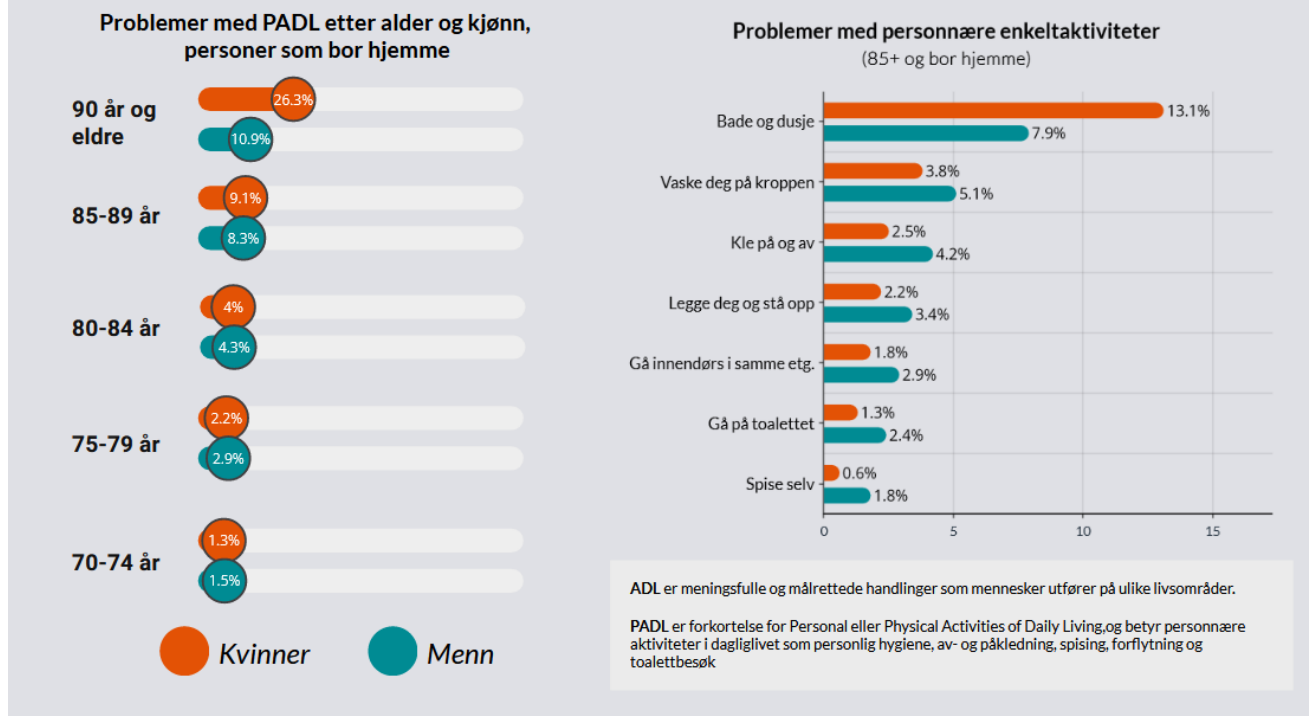


Figur 3 Andel som svarer at de bor alene etter alder og kjønn.

Aktiviteter i dagliglivet

Andelen av de hjemmeboende som svarer at de har problemer med en eller flere personnære aktiviteter i dagliglivet (PADL), definert som aktiviteter relatert til personlig hygiene, av- og påkledning, spising, forflytning og toalettbesøk, er for gruppen 70+ samlet sett 3 % for både kvinner og menn (figur 4). Andelen øker her som forventet med de inndelte aldersgruppene. Forskjellene mellom kvinner og menn er gjennomgående små, med unntak av for 90+-gruppen, hvor det er en noe høyere andel kvinner. En oppdeling i enkeltspørsmålene som inngår i PADL-fremstillingen for de 85 år og eldre, viser at det er enkeltvariabelen bade og dusje som flest (13 % av kvinner og 8 % av menn) oppgir å ha problemer med (figur 4). Det er gjennomgående små forskjeller i disse spørsmålene, men en noe større andel kvinner oppgir problemer med bading og dusjing enn menn.

HUNT4 Trøndelag. PADL (Personnære aktiviteter i dagliglivet)



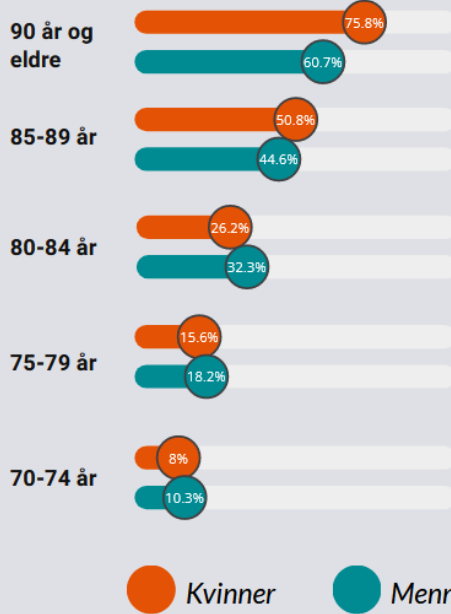
Figur 4 Andel som svarer at de har problemer med å utføre én eller flere personnære hverdagsaktiviteter (PADL) etter alder og kjønn.

Andelen av de hjemmeboende som svarer at de har problemer med en eller flere instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (IADL), definert som mer komplekse aktiviteter som matlaging, husarbeid, bruk av telefon og offentlig transportmidler, samt aktiviteter knyttet til innkjøp og ivaretagelse av egen økonomi, er for aldersgruppen 70+ samlet sett 19 % for kvinner og 20 % for menn (figur 5). Andelen øker også her som forventet med de inndelte aldersgruppene. Forskjellene mellom kvinner og menn er gjennomgående små med unntak av for 90+-gruppen, hvor det er en noe høyere andel kvinner. En oppdeling i enkeltspørsmålene som inngår i IADL-fremstillingen for de 85 år og eldre, viser at det er enkeltvariablene tyngre husarbeid (42 % kvinner og 39 % menn) og ta bussen (42 og 22 %) som flest oppgir å ha problemer med (figur 6). I motsetning til for PADL er det her for IADL gjennomgående større forskjeller mellom kvinner og menn i svarene, hvor en betydelig større andel kvinner oppgir problemer med å ta bussen og betale regninger, mens motsatt en betydelig større andel menn oppgir problemer med å vaske klær og lage varm mat. Disse forskjellene kan nok tilskrives gamle kjønnsrollemønstre.

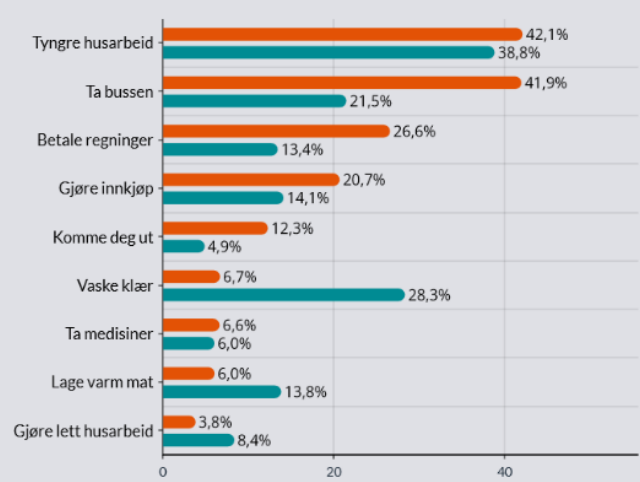
Figur 6 viser kommunale forskjeller i gjennomsnittsverdiene for samlet IADL-score for gruppen 70+. Det er gjennomgående små forskjeller mellom kommunene og mellom kjønnene innad i kommunene, med noen unntak. Eksempelvis har Frøya en noe høyere andel kvinner enn menn som oppgir problemer med IADL, mens Rennebu tilsvarende har en noe høyere andel menn som oppgir slik problematikk.

HUNT4 Trøndelag. IADL (Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet)

Problemer med IADL etter alder og kjønn, personer som bor hjemme



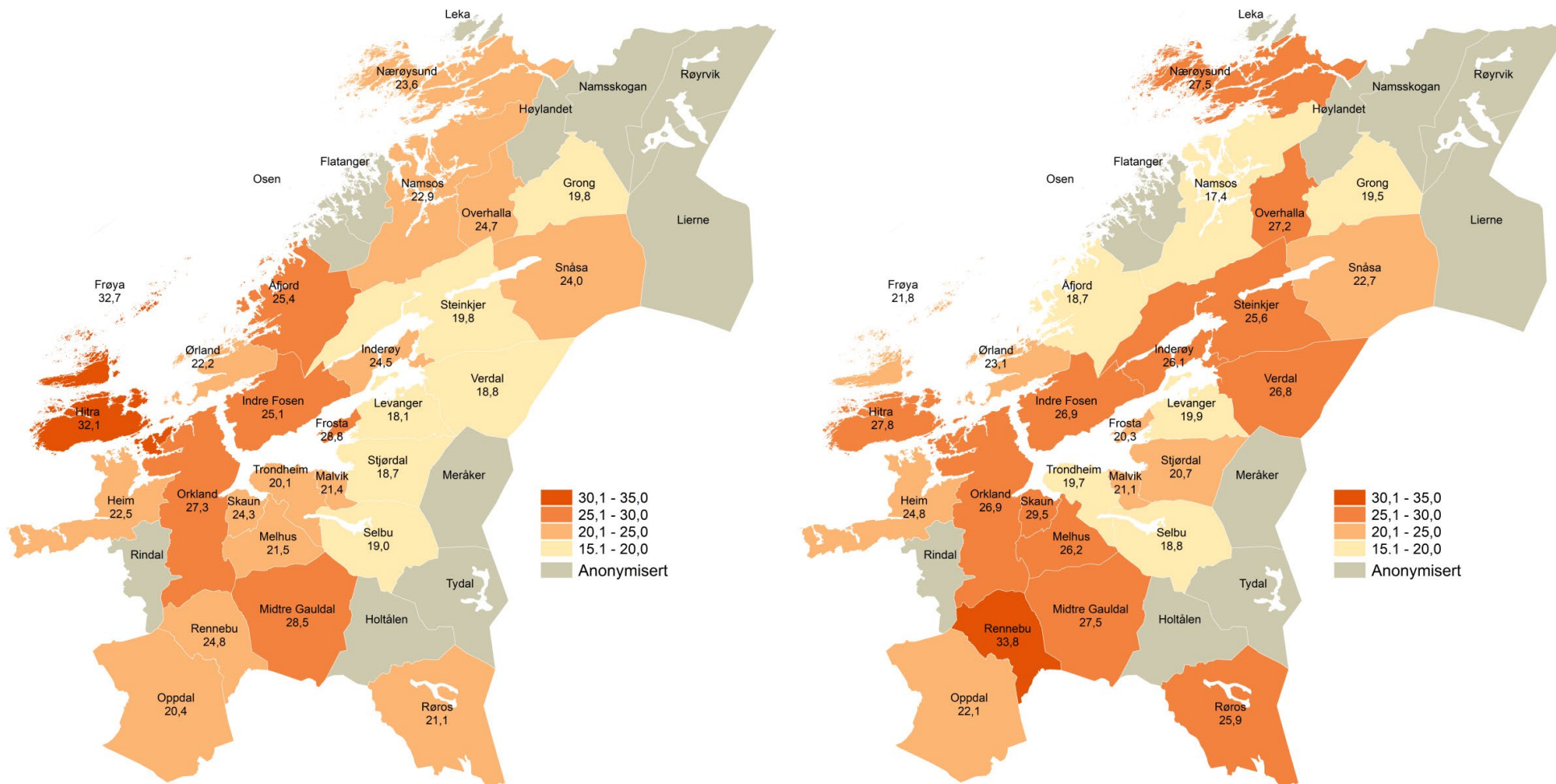
Problemer med instrumentelle enkeltaktiviteter (85+ og bor hjemme)



IADL er forkortelse for instrumentell ADL, og er mer komplekse aktiviteter som matlaging, husarbeid, bruk av telefon og offentlig transportmidler, samt aktiviteter knyttet til innkjøp og ivaretagelse av egen økonomi.

En person må fungere selvstendig med hensyn til ADL for å kunne bo alene uten tilsyn

Figur 5 Andel som svarer at de har problemer med å utføre én eller flere instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL) etter alder og kjønn.

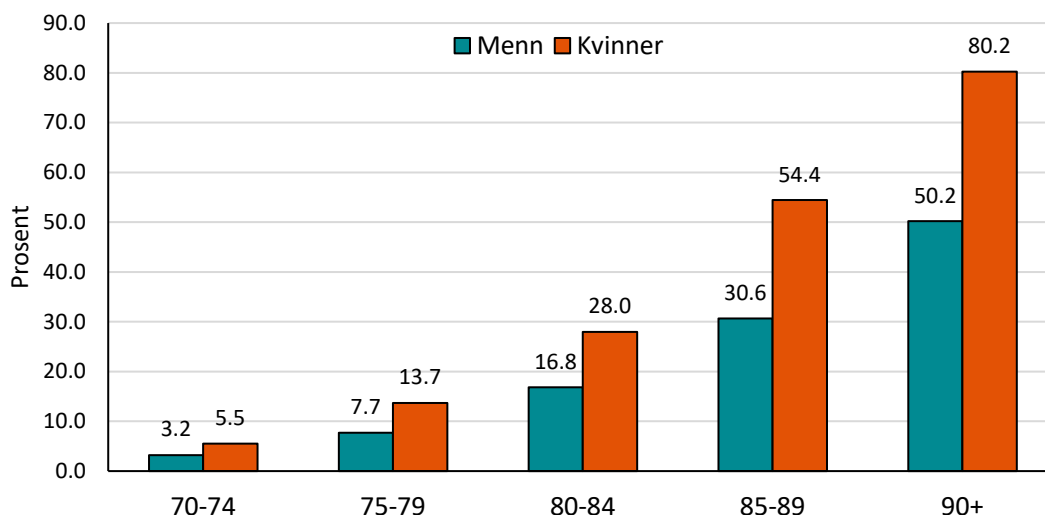


Figur 6 Andel som svarer at de har problemer med å utføre én eller flere instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL). Kvinner (venstre), menn (høyre). Aldersstandardisert.

Bruk av hjelpemidler for å forflytte seg (rullator, krykker, stokk etc.)

Henholdsvis 18 og 10 % av kvinner og menn samlet sett i gruppen 70+ oppgir at de bruker hjelpemidler til å forflytte seg, og andelen øker med alder hvor 80 og 50 % (kvinner og menn) i den eldste aldersgruppen (90+) bruker slike hjelpemidler. Det er i alle de inndelte aldersgruppene en større andel kvinner enn menn som bruker slike hjelpemidler, og denne forskjellen øker med alder (figur 7).

Bruker du vanligvis hjelpemiddel når du går?

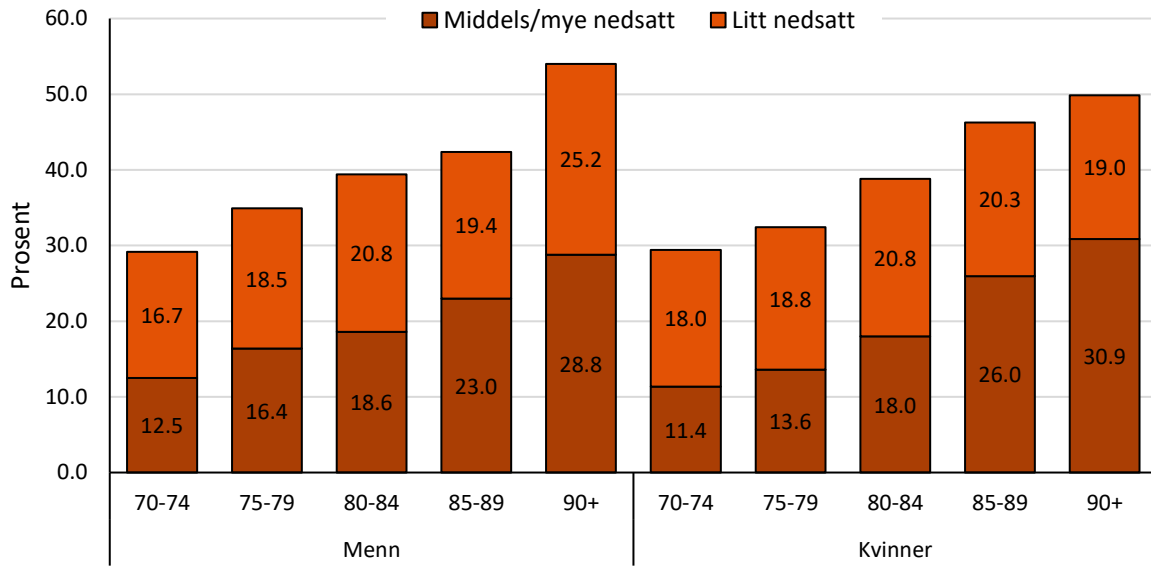


Figur 7 Andel som svarer at de vanligvis bruker hjelpemiddel når de går etter alder og kjønn.

Funksjonsnedsettelse på grunn av langvarig sykdom, skade eller lidelse

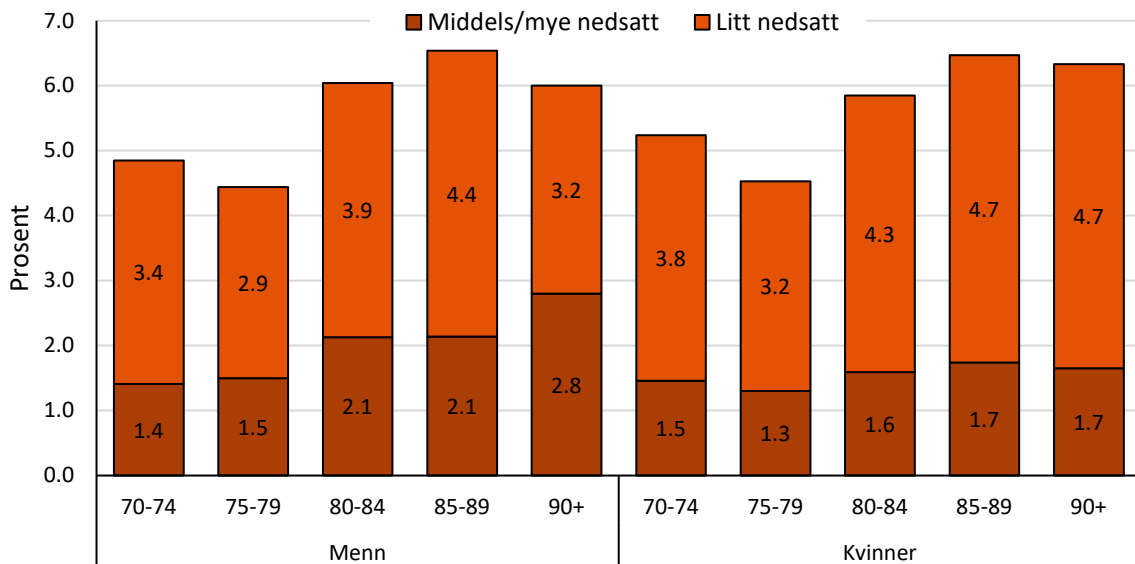
Samlet sett oppgir 34 % i gruppen 70+ at de i ulik grad har en funksjonsnedsettelse på grunn av somatisk sykdom, og andelen øker med alder hvor henholdsvis 50 og 54 % kvinner og menn i den eldste aldersgruppen (90+) oppgir slik funksjonsnedsettelse. Det er gjennomgående små forskjeller mellom kvinner og menn i de inndelte aldersgruppene, både når det gjelder litt nedsatt og middels/mye nedsatt funksjon (figur 8). Tilsvarende oppgir henholdsvis 6 og 5 % (kvinner og menn) av respondentene i gruppen 70+ at de i ulik grad har en funksjonsnedsettelse på grunn av psykisk sykdom. I motsetning til funksjonsnedsettelse på grunn av somatisk sykdom, er det for psykisk sykdom ingen jevn økning i nedsettelse med de inndelte aldersgruppene over 70+. Forekomstene av nedsatt funksjonsevne grunnet psykiske sykdommer er betraktelig lavere enn tilsvarende for fysiske sykdommer. Høyest andel med oppgitt funksjonsnedsettelse på grunn av psykisk sykdom finner vi i den nest eldste inndelte aldersgruppen (85-89 år), hvor henholdsvis 6 og 7 % (kvinner og menn) av respondentene oppgir denne kombinasjonen. Det er her som for somatisk sykdom også små forskjeller (figur 9).

Nedsatt funksjon pga somatisk sykdom



Figur 8 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av somatisk sykdom etter alder og kjønn.

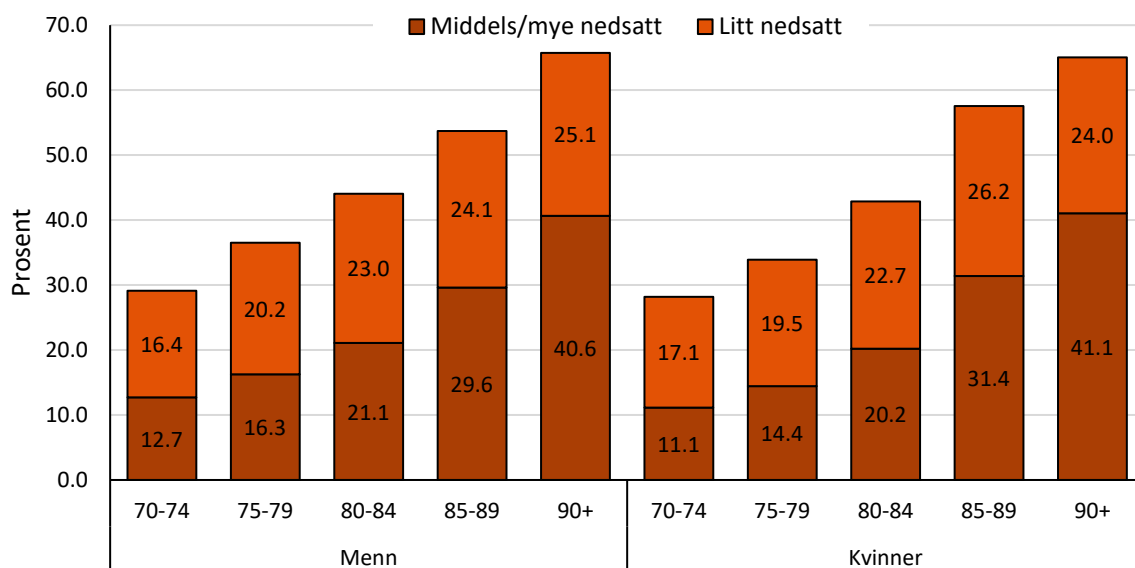
Nedsatt funksjon pga psykisk sykdom



Figur 9 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av psykisk sykdom etter alder og kjønn.

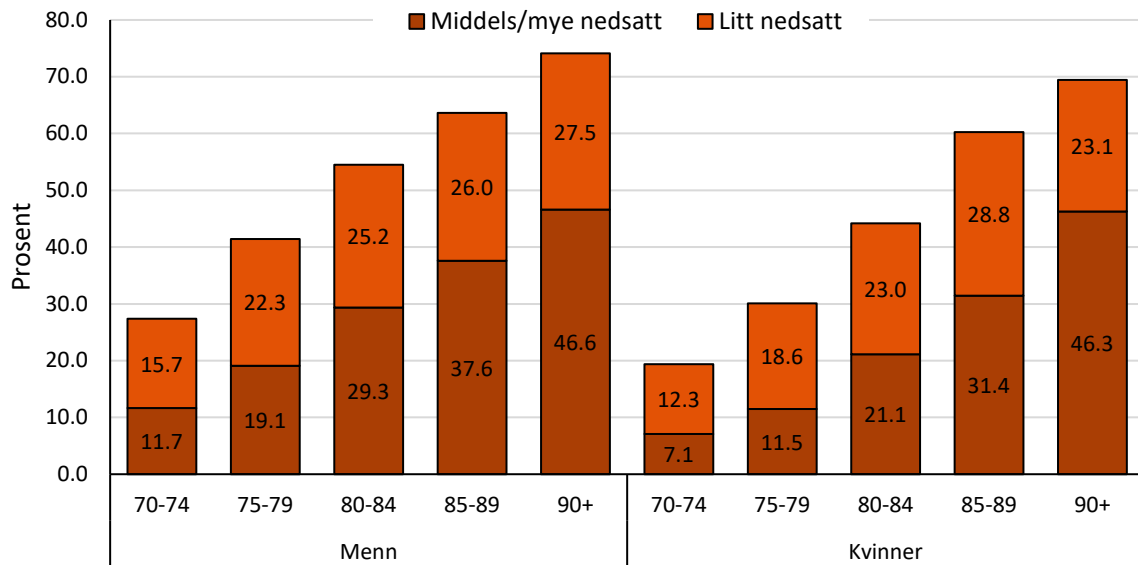
For begge kjønn oppgir 36 % samlet sett i gruppen 70+ at de i ulik grad har en funksjonsnedsettelse på grunn av bevegelseshemming, og andelen øker med alder hvor henholdsvis 65 og 66 % kvinner og menn i den eldste aldersgruppen (90+) oppgir slik funksjonsnedsettelse. Det er gjennomgående små forskjeller mellom kvinner og menn i de inndelte aldersgruppene, både når det gjelder litt nedsatt og middels/mye nedsatt funksjon (figur 10). Tilsvarende oppgir henholdsvis 31 og 40 % (kvinner og menn) av respondentene i gruppen 70+ at de i ulik grad har en funksjonsnedsettelse på grunn av nedsatt hørsel. Også her er det en relativt jevn økning med de inndelte aldersgruppene over 70+, hvor vi finner den høyeste andelen i den eldste aldersgruppen (90+) hvor henholdsvis 69 og 77 % (kvinner og menn) av respondentene oppgir denne kombinasjonen. For nedsatt funksjon på grunn av nedsatt hørsel er det i alle inndelte aldersgrupper over 70+ en noe større andel menn enn kvinner som oppgir en slik problematikk (figur 11). For spørsmålet nedsatt funksjon på grunn av nedsatt syn, oppgir henholdsvis 34 og 31 % av kvinnene og mennene i gruppen 70+ en slik kombinasjon. Også her er det en relativt jevn økning med de inndelte aldersgruppene over 70+, hvor vi finner den høyeste andelen i den eldste aldersgruppen (90+) der henholdsvis 52 og 62 % (kvinner og menn) av respondentene oppgir denne kombinasjonen. For nedsatt funksjon på grunn av nedsatt syn er det i alle inndelte aldersgrupper over 70+, en noe større andel kvinner enn menn som oppgir en slik problematikk (figur 12).

Nedsatt funksjon pga bevegelseshemming



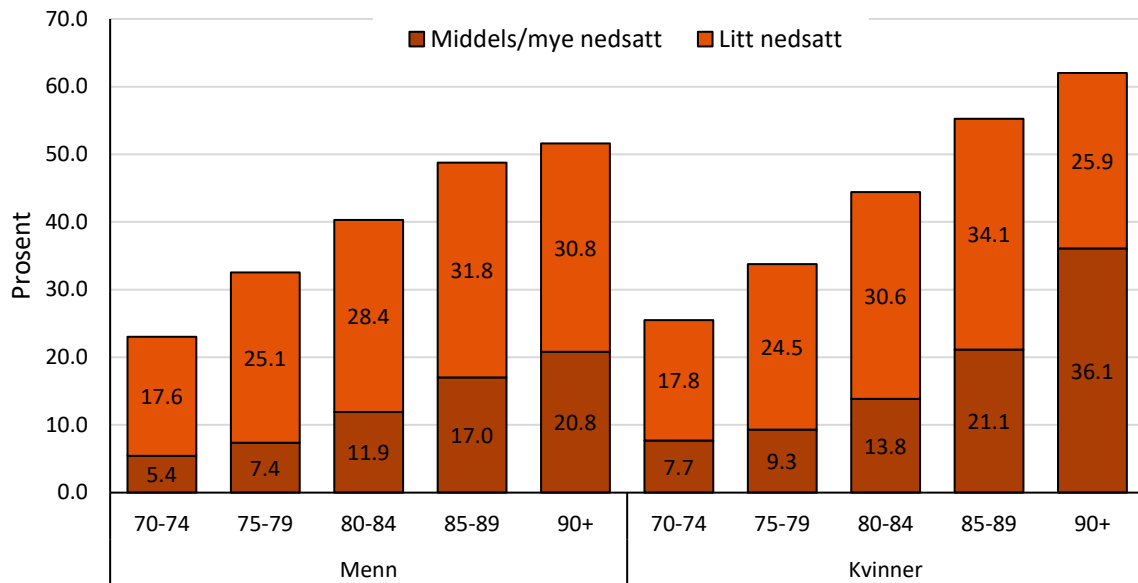
Figur 10 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av bevegelseshemming etter alder og kjønn.

Nedsatt funksjon pga nedsatt hørsel



Figur 11 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av nedsatt hørsel etter alder og kjønn.

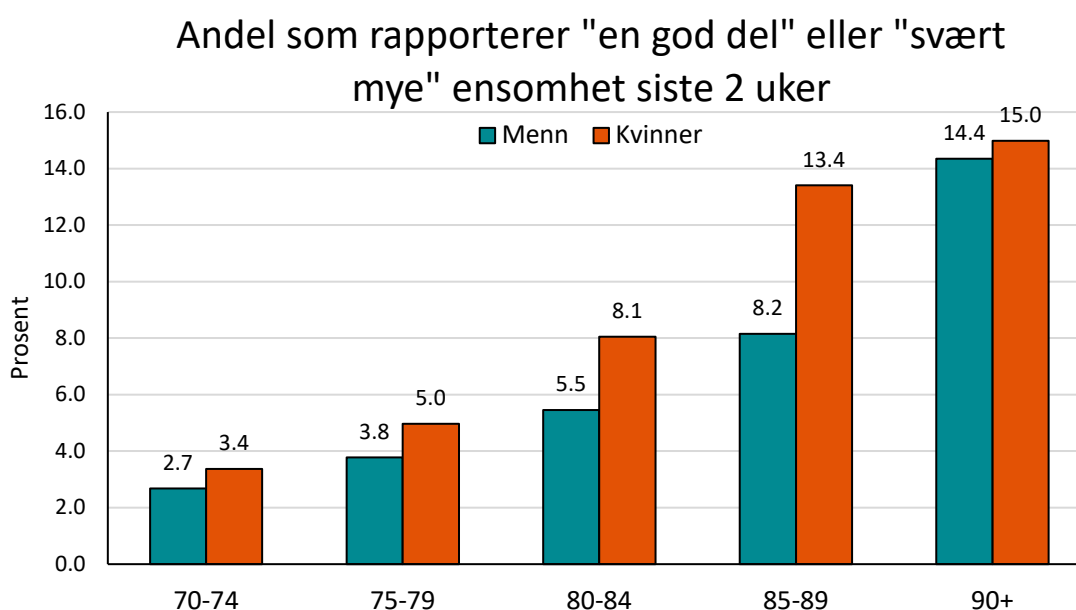
Nedsatt funksjon pga nedsatt syn



Figur 12 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av nedsatt syn etter alder og kjønn.

Ensomhet

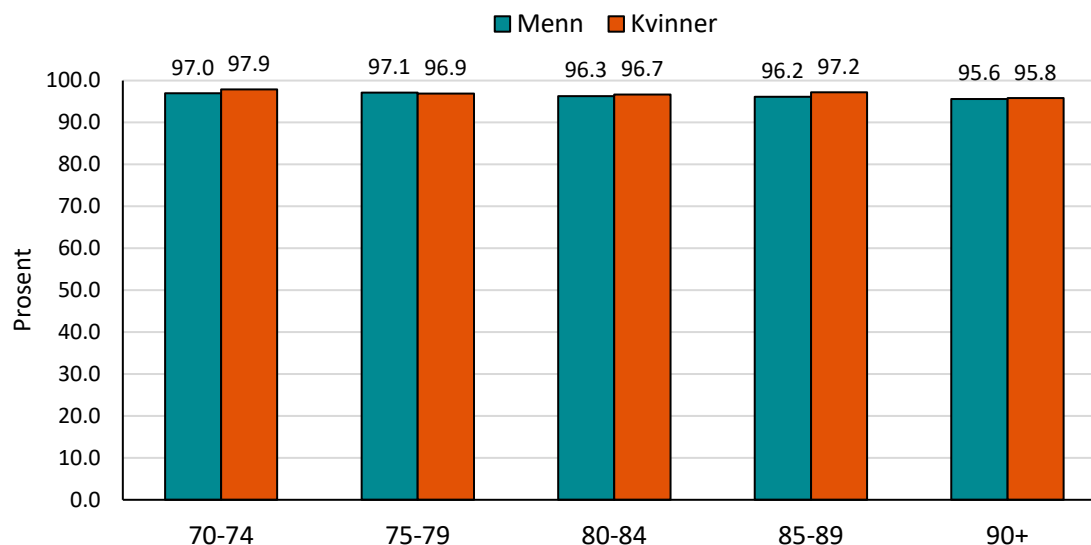
Henholdsvis 6 og 4 % av kvinner og menn samlet sett i gruppen 70+ oppgir at de føler seg en god del eller svært mye ensom, og andelen øker med alder hvor 15 og 14 % (kvinner og menn) i den eldste aldersgruppen (90+) oppgir dette. Det er i alle de inndelte aldersgruppene en litt større andel kvinner enn menn som oppgir ensomhet (figur 13). Se vedlegg 4 for en sammenstilling av denne ensomhetsvariabelen for de som bor alene vs. de som ikke bor alene. Tilsvarende oppgir 97 % av respondentene fra begge kjønn i gruppen 70+ at de har noen som kan gi deg hjelp når de trenger det. For denne variabelen er det en relativt høy og jevn andel som svarer ja uavhengig av aldersgruppe og kjønn (min. 96 %, maks. 98 %) (figur 14). På spørsmålet har du noen som du kan snakke fortrolig med, svarer henholdsvis 95 og 94 % av kvinner og menn i gruppen 70+ ja. Også for denne variabelen er det en relativt høy og jevn andel som svarer ja uavhengig av aldersgruppe og kjønn (min. 92 %, maks. 96 %) (figur 15).



Figur 13 Andel som rapporterer ensomhet (en god del eller svært mye) siste 2 uker etter alder og kjønn.

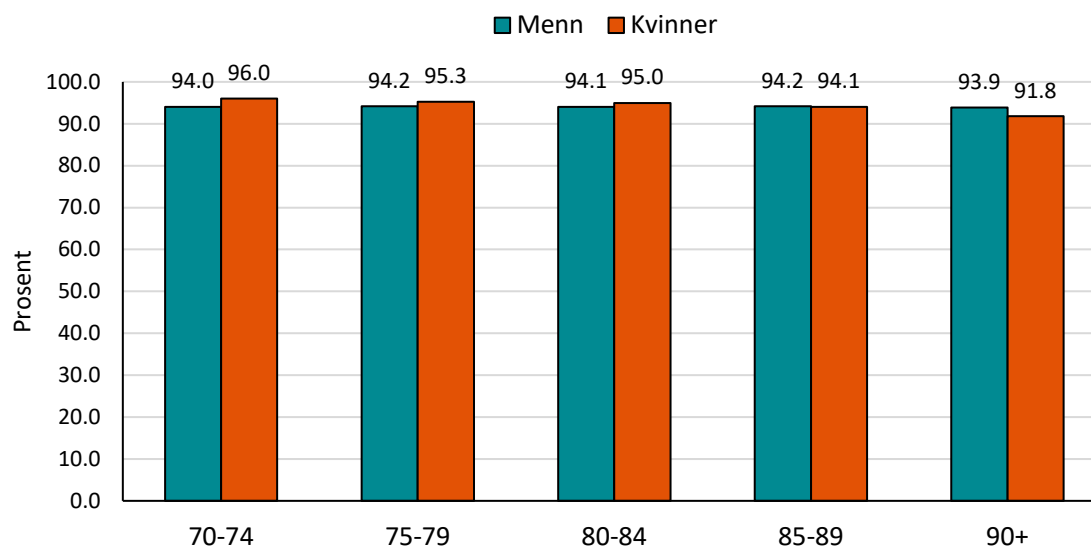
Støtte i hverdagen

Har noen som kan gi deg hjelp når du trenger det



Figur 14 Andel som svarer at de har noen som kan gi hjelp når de trenger det etter alder og kjønn.

Har noen som du kan snakke fortrolig med

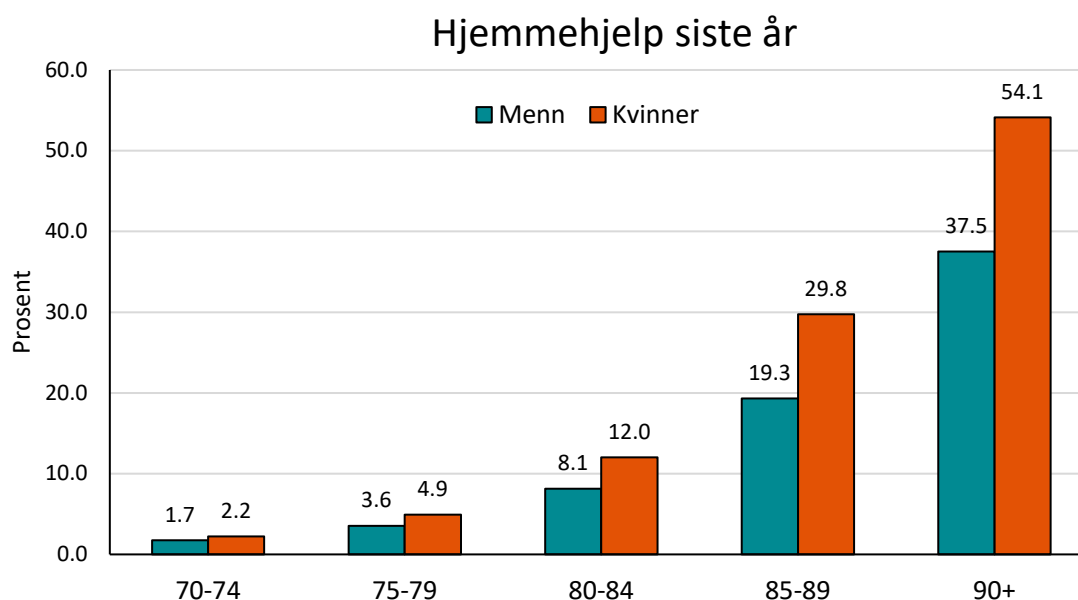


Figur 15 Andel som svarer at de har noen som de kan snakke fortrolig med etter alder og kjønn.

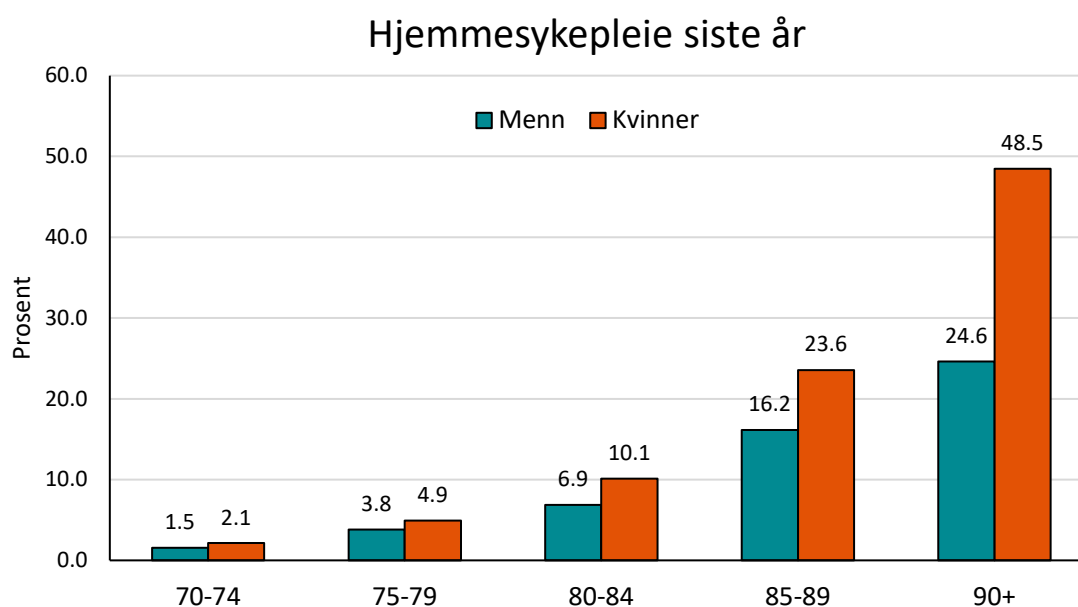
Bruk av omsorgstjenester

Henholdsvis 8 og 5 % av kvinner og menn samlet sett i gruppen 70+ oppgir at de har hatt hjemmehjelp siste år, og andelen øker med alder hvor 54 og 38 % (kvinner og menn) i den eldste aldersgruppen (90+) oppgir dette. Det er i alle de inndelte aldersgruppene en noe større andel kvinner enn menn som oppgir bruk av hjemmehjelp, og denne forskjellen øker med alder (figur 16). Tilsvarende oppgir 7 og 5 % av kvinner og menn samlet sett i gruppen 70+ at de har hatt hjemmesykepleie siste år. Også her er det flere kvinner enn menn som svarer ja på dette spørsmålet i alle aldersgrupper, og forskjellen øker

med aldersgruppene (eldste aldersgruppe: kvinner 49 %, menn 25 %) (figur 17). For spørsmålet om man har vært innlagt på sykehjem siste år, svarer 5 % i gruppen 70+ ja på spørsmålet. For dette spørsmålet (innlagt på sykehjem) er det for de tre yngste femårsgruppene enn litt større andel menn enn kvinner som har vært innlagt på sykehjem, mens det for de to eldste gruppene motsatt er en litt større andel kvinner (eldste aldersgruppe: kvinner 19 %, menn 16 %) (figur 18). Se vedlegg 5 for en sammenstilling av disse tre variablene (hjemmehjelp, hjemmesykepleie og innlagt sykehjem) for de som bor alene vs. de som ikke bor alene.

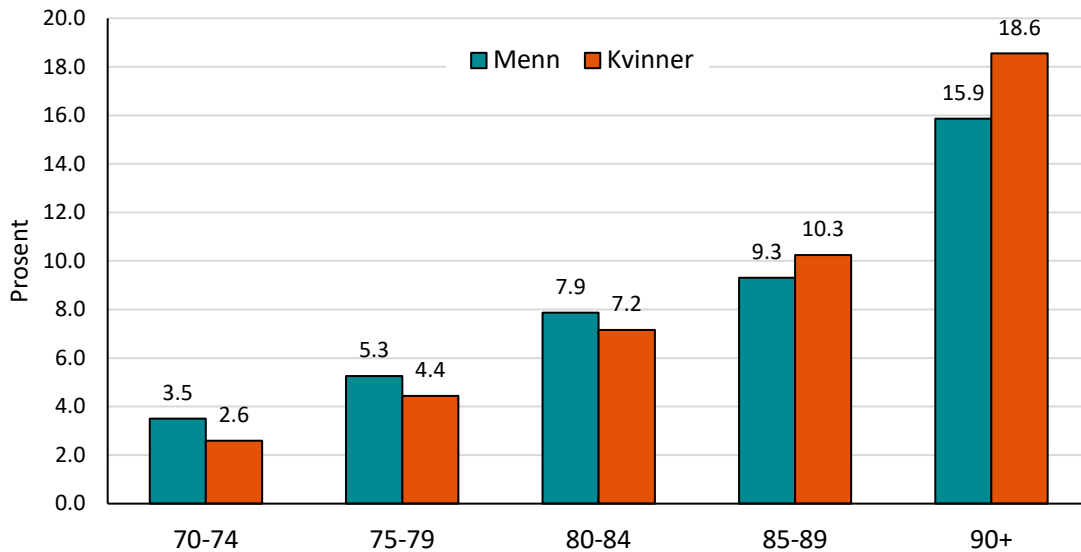


Figur 16 Andel som svarer at de har hatt hjemmehjelp i løpet av siste år etter alder og kjønn.



Figur 17 Andel som svarer at de har hatt hjemmesykepleie i løpet av siste år etter alder og kjønn.

Innlagt sykehjem siste år

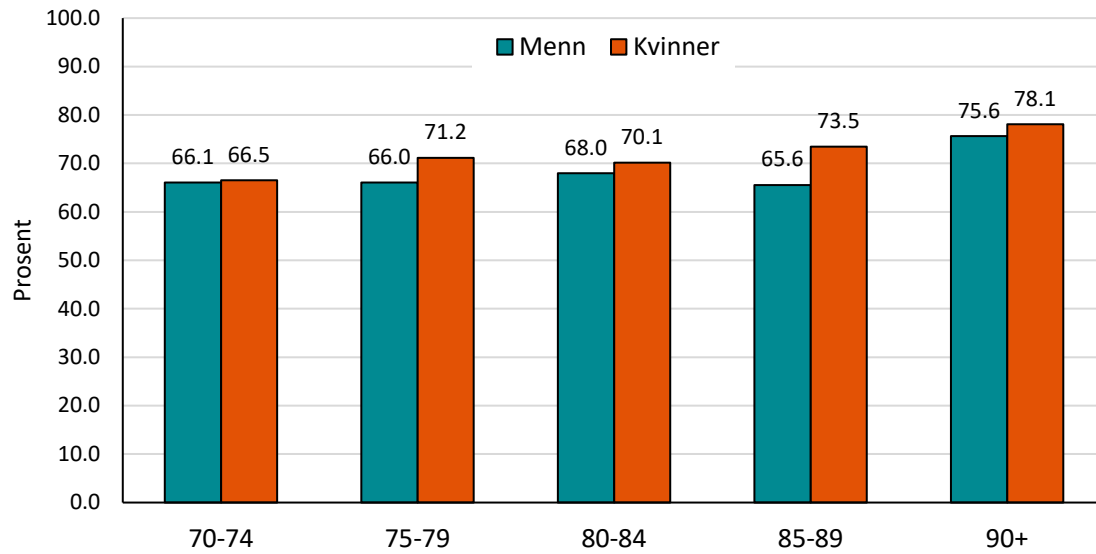


Figur 18 Andel som svarer at de har vært innlagt på sykehjem i løpet av siste år etter alder og kjønn.

Trivsel og trygghet i nærmiljøet

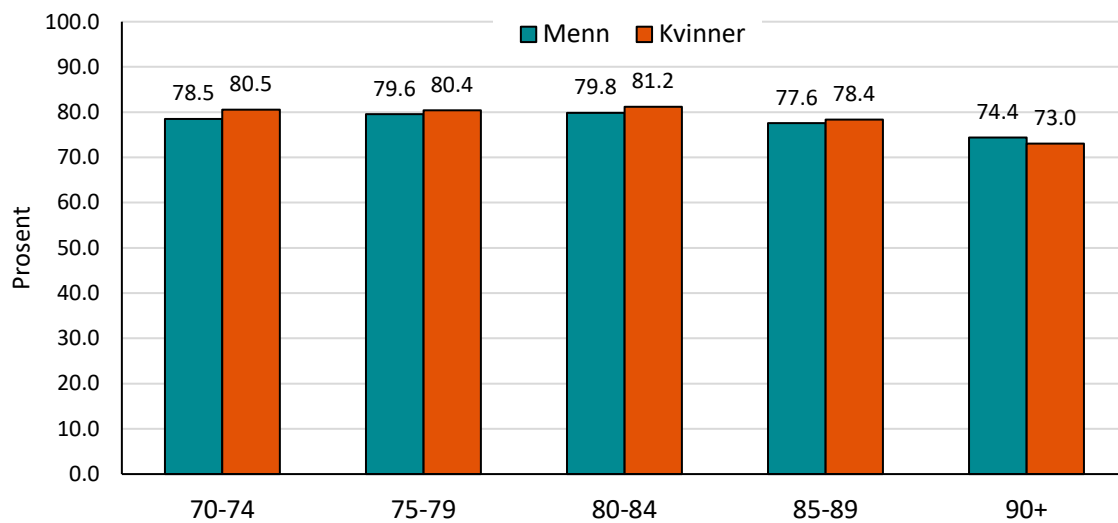
Spørsmålene angående trivsel i nærmiljøet er i HUNT4 stilt litt ulikt mellom tidligere Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag fylke. I tidligere Nord-Trøndelag sier henholdsvis 69 og 67 % av kvinner og menn samlet sett i gruppen 70+, seg helt enige i utsagnet «folk trives godt her». I tidligere Sør-Trøndelag oppgir tilsvarende 80 og 79 % av kvinner og menn at de trives i stor grad i nærmiljøet. For begge spørsmålene er det gjennomgående små forskjeller mellom kvinner og menn, men for de fleste aldersgrupper i begge fylker en litt høyere andel kvinner enn menn som oppgir god trivsel. Selv om aldersgruppeforskjellene er små, så viser resultatene fra Nord-Trøndelag at de eldste aldersgruppene i all hovedsak er litt mer fornøyde enn de yngre, mens resultatene fra Sør-Trøndelag viser et motsatt bilde (størst andel som trives i de yngste aldersgruppene) (figur 19 og 20). I Sør-Trøndelag inngikk også et spørsmål om trygghet i nærmiljøet, hvor henholdsvis 91 og 92 % av kvinner og menn samlet sett i gruppen 70+ oppgir at de føler en stor grad av trygghet i nærmiljøet. Også her er det gjennomgående små forskjeller i aldersgruppene, med unntak av de to eldste gruppene hvor en noe større andel menn enn kvinner oppgir en slik trygghet. Andelen som oppgir en slik grad av trygghet avtar også noe med alder, hvor det i den eldste aldersgruppen (90+) er 81 og 89 % (kvinner og menn) som oppgir dette (figur 21).

Nord-Trøndelag. Folk trives godt her (helt enig)



Figur 19 Andel som sier de er helt enig i utsagnet om at «folk trives godt her» etter alder og kjønn i Nord-Trøndelag.

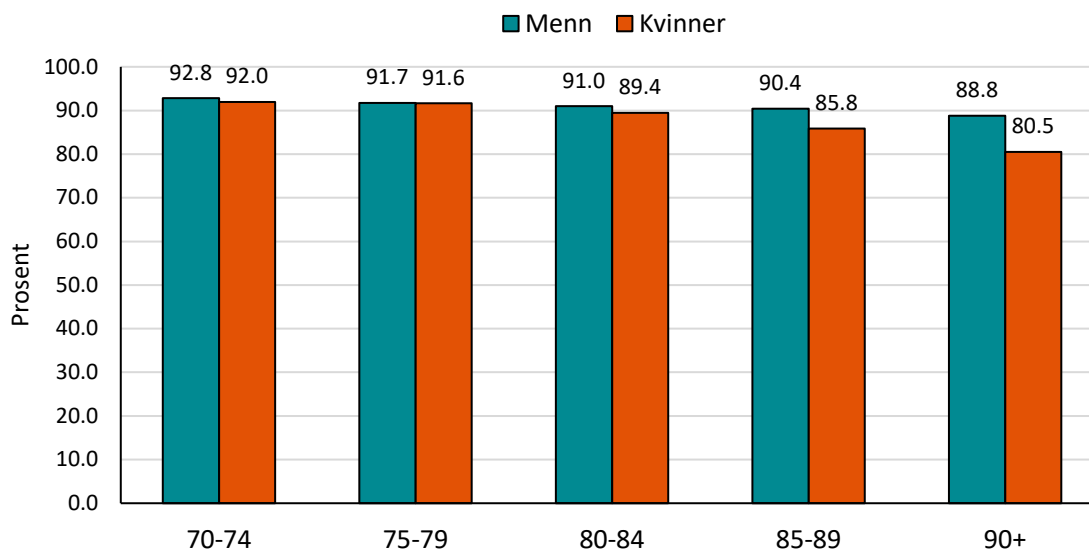
Sør-Trøndelag. Trives i stor grad i nærmiljøet



Figur 20 Andel som svarer at de trives i stor grad i nærmiljøet etter alder og kjønn i Sør-Trøndelag.

Trygghet i nærmiljøet

Sør-Trøndelag. Stor grad av trygghet i nærmiljøet

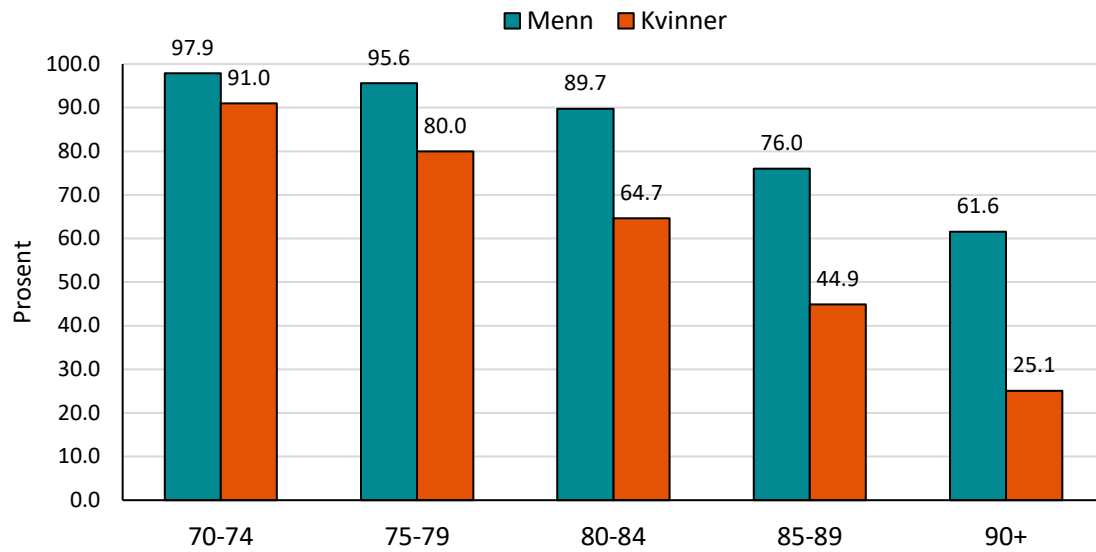


Figur 21 Andel som svarer at de føler en stor grad av trygghet i nærmiljøet etter alder og kjønn i Sør-Trøndelag.

Førerkort og bilkjøring

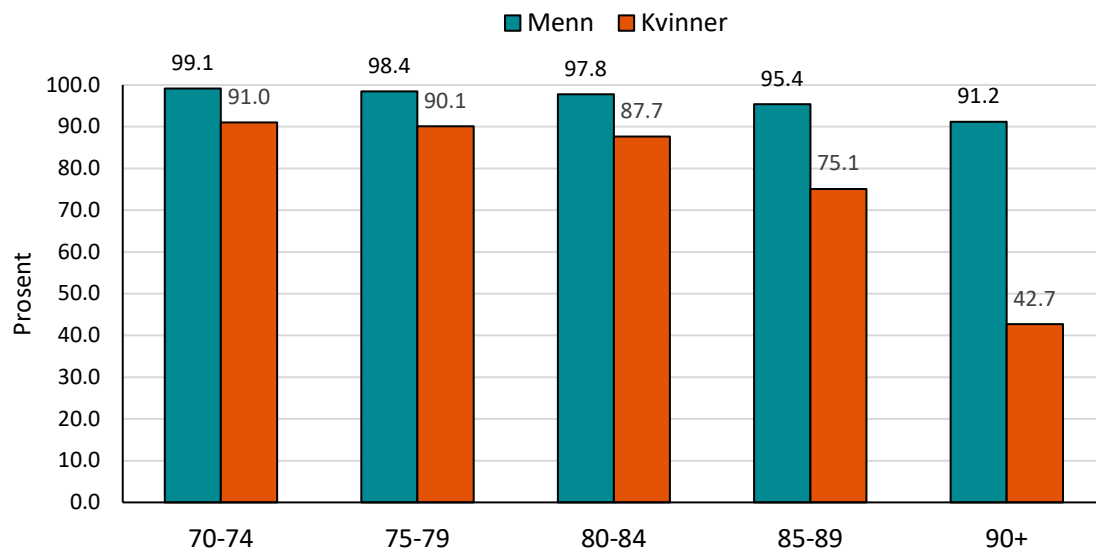
Henholdsvis 78 og 94 % av kvinner og menn samlet sett i gruppen 70+ oppgir at de har førerkort, og andelen avtar med alder hvor 25 og 62 % (kvinner og menn) i den eldste aldersgruppen (90+) har førerkort. Det er i alle de inndelte aldersgruppene en noe større andel menn enn kvinner som har førerkort, og denne forskjellen øker markant med alder (figur 22). Tilsvarende oppgir 98 og 89 % (kvinner og menn) av de som har førerkort at de kjører bil. Her er det tilsvarende kjønns- og aldersforskjeller som for spørsmålet angående om de har førerkort, hvor 91 og 43 % (kvinner og menn) i den eldste gruppen (90+) oppgir at de kjører bil (figur 23). Det er grunn til å anta at forskjellene mellom kvinner og menn når det gjelder både det å inneha førerkort, samt fortsatt bedrive bilkjøring, kan skyldes gamle kjønnsroller.

Andel som svarer at de har førerkort



Figur 22 Andel som svarer at de har førerkort etter alder og kjønn.

Andel av de som har førerkort som kjører bil

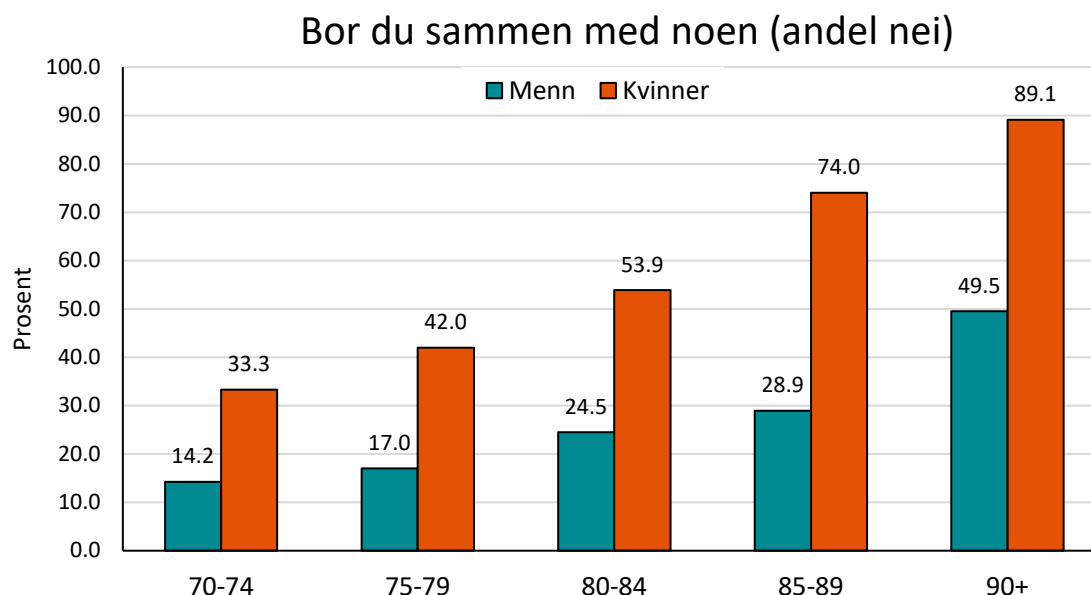


Figur 23 Andel av de som har førerkort som kjører bil etter alder og kjønn.

4. Resultater for Trondheim kommune

Bor alene

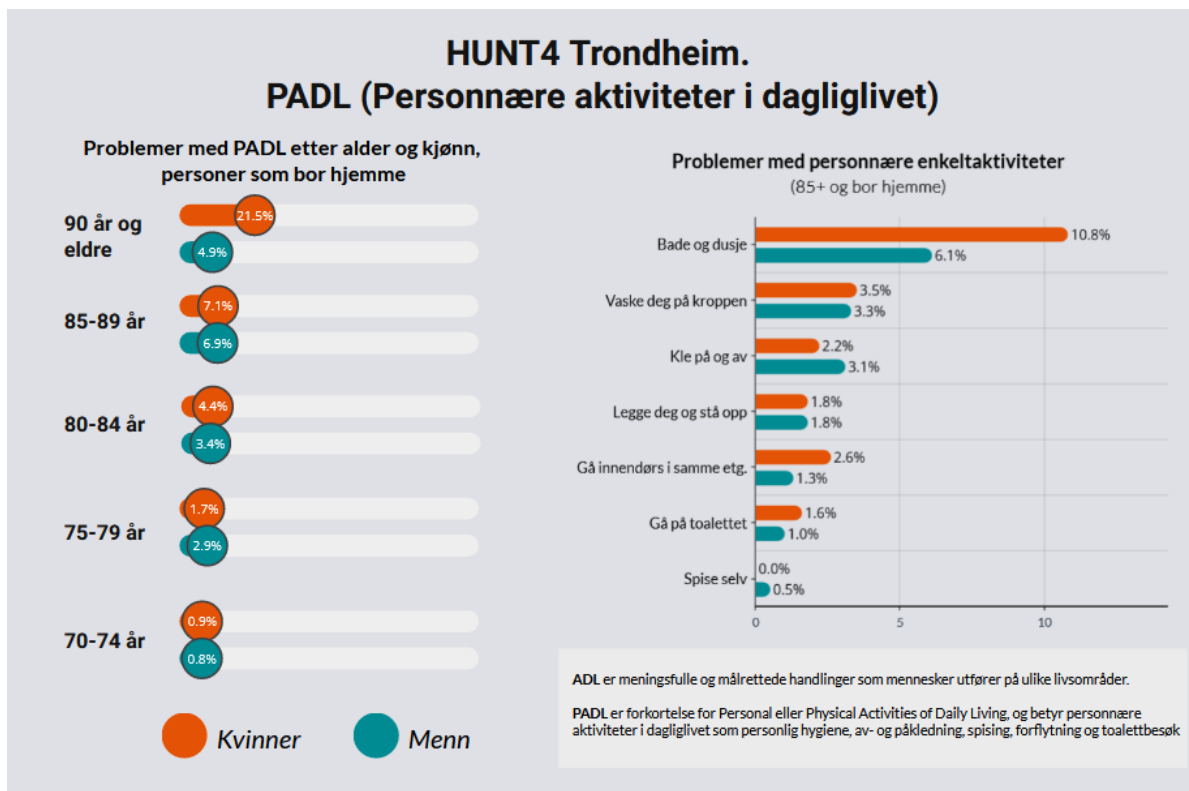
Blant deltagere over 70 år i Trondheim oppgir 44 % av kvinner og 18 % av menn at de bor alene. Det er større andel av kvinner som bor alene i alle aldersgrupper og andelen øker med alder både for kvinner og menn (figur 24). Andelen er om lag de samme som for fylket for alle grupper opp til 89 år, men noe lavere for aldersgruppen over 90 år.



Figur 24 Andel som svarer at de bor alene etter alder og kjønn i Trondheim.

Aktiviteter i dagliglivet

Andelen av de hjemmeboende i Trondheim som svarer at de har problemer med en eller flere personnære aktiviteter i dagliglivet (PADL), definert som aktiviteter relatert til personlig hygiene, av- og påkledning, spising, forflytning og toalettbesøk, er for gruppen 70+ samlet sett 2,4 % for menn og 2,9 % for kvinner (figur 25). Andelen øker med alder. Det er små forskjeller mellom kvinner og menn med unntak av aldersgrupper over 90 år, hvor det er høyere andel kvinner. En oppdeling i enkeltspørsmålene som inngår i PADL-fremstillingen for de 85 år og eldre, viser at det er enkeltvariabelen bade og dusje som flest (11 % av kvinner og 6 % av menn) oppgir å ha problemer med.



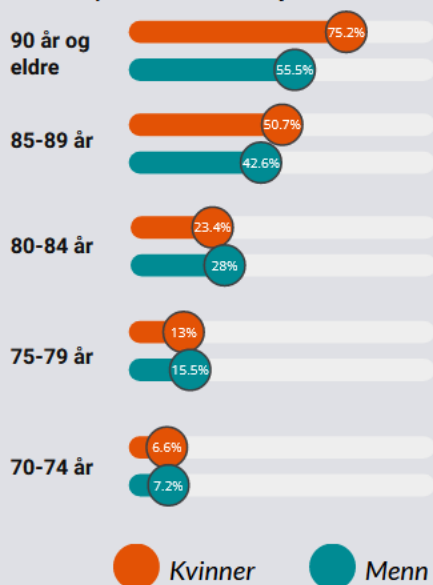
Figur 25 Andel som svarer at de har problemer med å utføre en eller flere personnære hverdagsaktiviteter (PADL) etter alder og kjønn i Trondheim.

Andelen hjemmeboende i Trondheim som oppgir at de har problemer med en eller flere instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (IADL), definert som mer komplekse aktiviteter som matlaging, husarbeid, bruk av telefon og offentlig transportmidler, samt aktiviteter knyttet til innkjøp og ivaretagelse av egen økonomi, er for aldersgruppen over 70 år samlet sett 17 % for kvinner og 16 % for menn (figur 26). Dette er litt lavere andel enn i fylket som helhet (figur 5). Andelen øker med alder. Det er små forskjeller mellom kvinner og menn, med unntak av for gruppen som er 90 år og eldre. For denne gruppen er andelen noe høyere blant kvinner. En oppdeling i enkeltspørsmålene som inngår i IADL-fremstillingen for de 85 år og eldre, viser at det er enkeltvariablene tyngre husarbeid (43 % kvinner og 38 % menn) og ta bussen (40 og 19 %) som flest oppgir å ha problemer med (figur 26). Det er gjennomgående større forskjeller i instrumentelle aktiviteter (IADL) enn i personnære aktiviteter (PADL). For eksempel oppgir en større andel av kvinner problemer med å betale regninger og gjøre innkjøp, mens det blant menn er en stor andel som oppgir problemer med å vaske klær og lage varm mat.

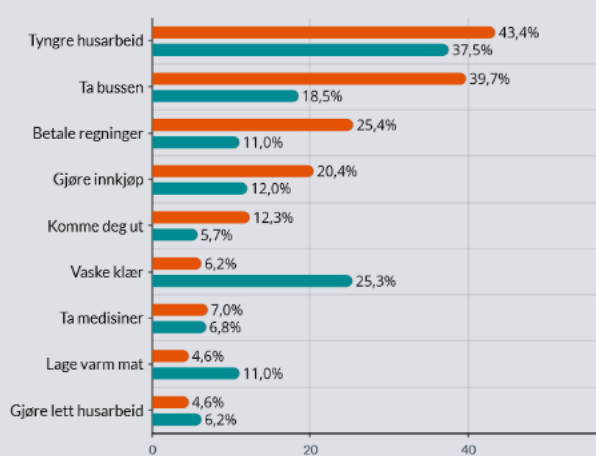
Blant de som har svart er det forskjeller mellom bydelene i Trondheim (figur 27): Blant kvinner er det i Nedre elvehavn, Møllenberg-Rosenborg at lavest andel har oppgitt problemer med instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (9,3 %). Blant menn er andelen lavest i Åsveien-Nyborg-Sverresborg (13,8 %). De høyeste andelenene finner vi i Flatåsen-Huseby-Romolslia blant kvinner (23,9 %) og Midtbyen og Lademoen blant menn (25,5 %).

HUNT4 Trondheim. IADL (Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet)

Problemer med IADL etter alder og kjønn, personer som bor hjemme



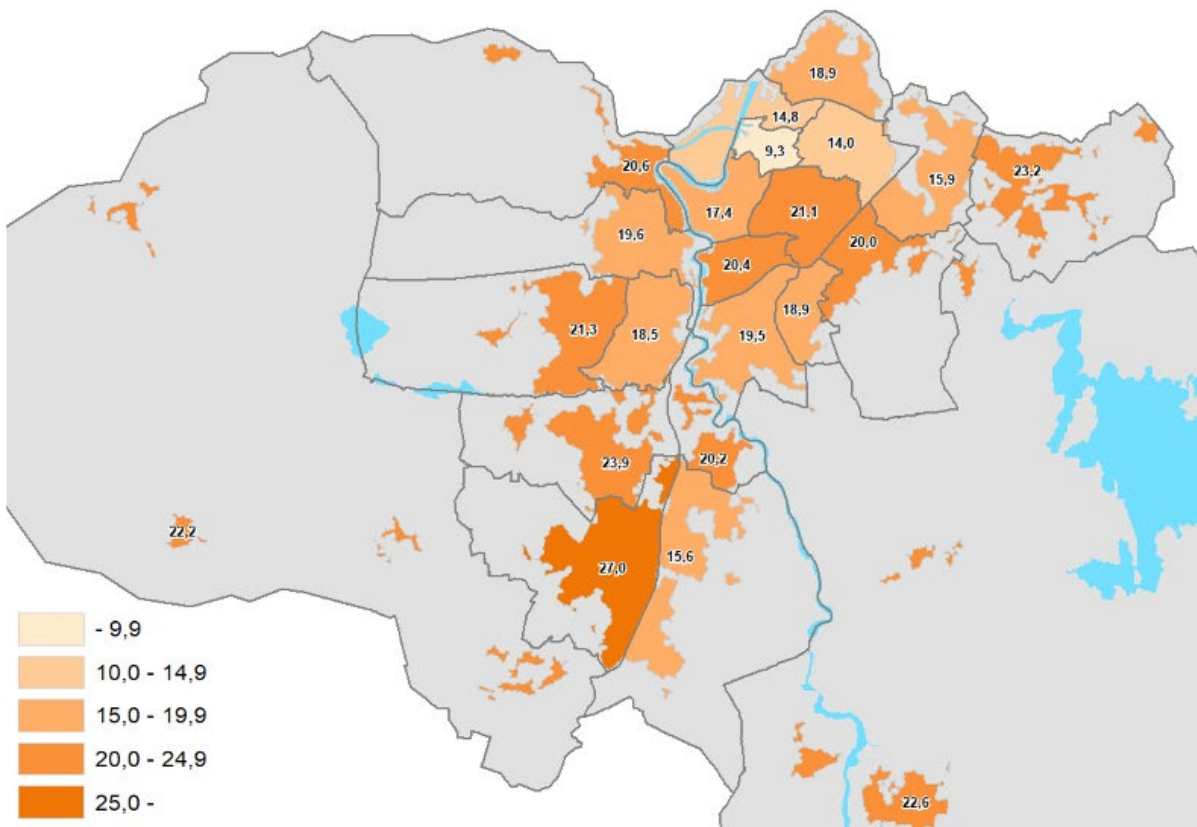
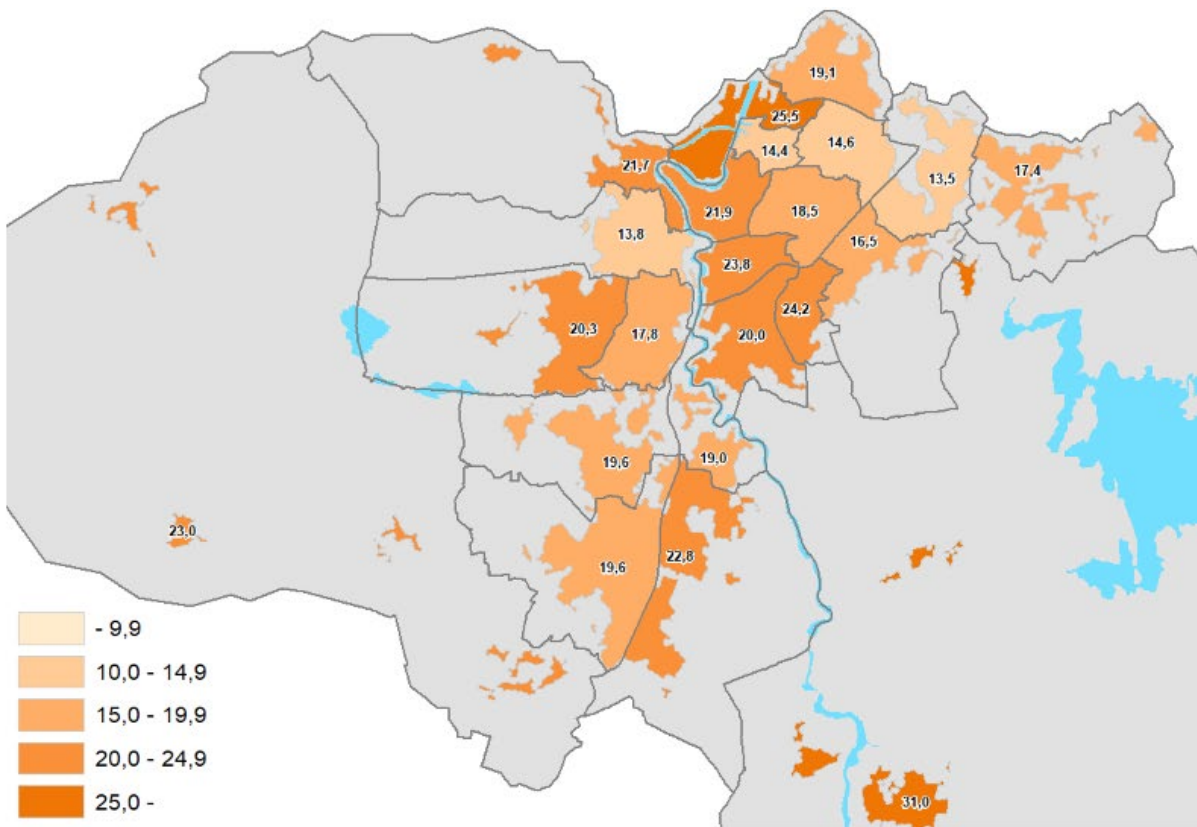
Problemer med instrumentelle enkeltaktiviteter (85+ og bor hjemme)



IADL er forkortelse for instrumentell ADL, og er mer komplekse aktiviteter som matlaging, husarbeid, bruk av telefon og offentlig transportmidler, samt aktiviteter knyttet til innkjøp og ivaretagelse av egen økonomi.

En person må fungere selvstendig med hensyn til ADL for å kunne bo alene uten tilsyn

Figur 26 Andel som svarer at de har problemer med å utføre en eller flere instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL) etter alder og kjønn i Trondheim.

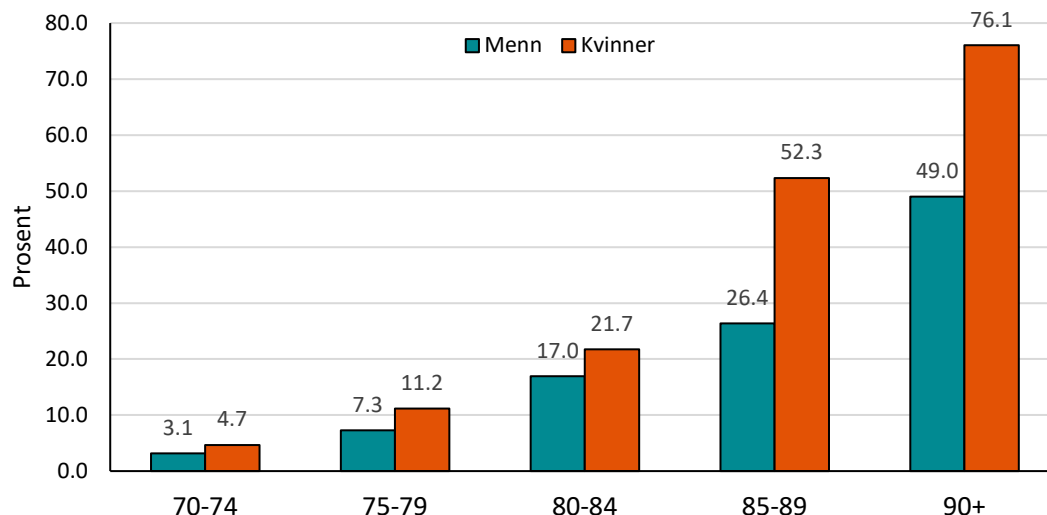


Figur 27 Andel som svarer at de har problemer med å utføre en eller flere instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL) etter alder og kjønn for bydeler i Trondheim. Menn øverst og kvinner nederst.

Bruk av hjelpemidler for å forflytte seg (rullator, krykker, stokk etc.)

Henholdsvis 16 og 9 % av kvinner og menn over 70 år oppgir at de bruker hjelpemidler til å forflytte seg. Andelen øker med alder. I aldersgruppen over 90 år oppgir 76 og 49 % (kvinner og menn) at de bruker hjelpemidler når de går. Andelen som oppgir at de bruker hjelpemidler er større for kvinner enn for menn i alle aldersgrupper, og forskjellen mellom kjønnene er størst blant de eldste (figur 28).

Bruker du vanligvis hjelpemiddel når du går?



Figur 28 Andel som svarer at de vanligvis bruker hjelpemiddel når de går etter alder og kjønn i Trondheim.

Funksjonsnedsettelse på grunn av langvarig sykdom, skade eller lidelse

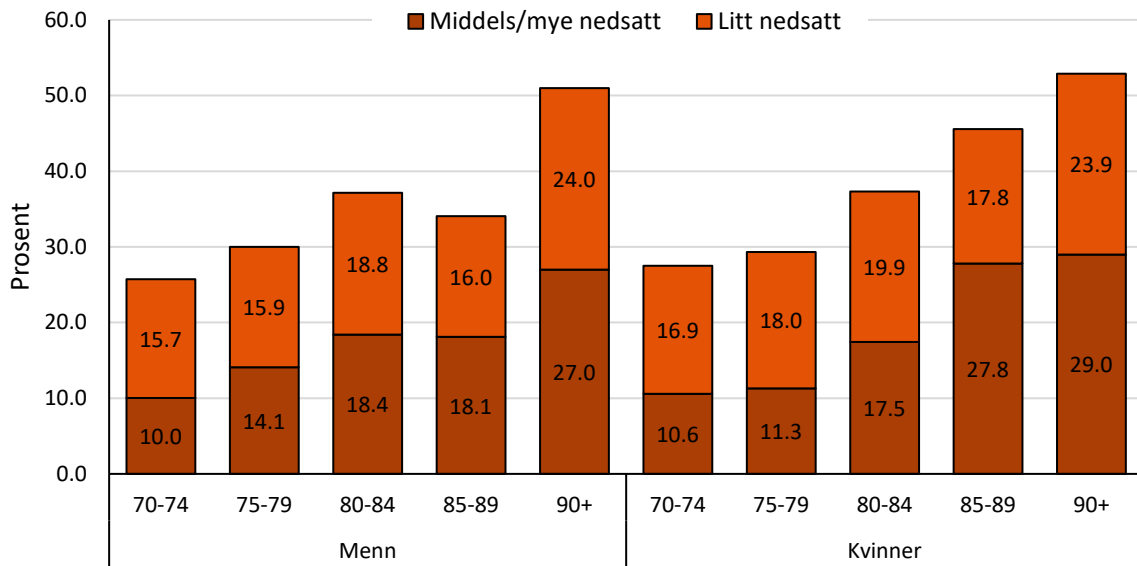
I gruppen 70 år og eldre svarer 32 % av kvinner og 30 % av menn at de har ulik grad av funksjonsnedsettelse på grunn av somatisk sykdom. Andelen øker med økende alder. Blant den eldste aldersgruppen (90 år og eldre) oppgir 29 % av kvinner og 27 % av menn slik funksjonsnedsettelse. Forskjeller mellom kvinner og menn er relativt små for aldersgruppen under 85 år, men for aldersgruppen 85-89 år svarer 28 % av kvinnene og 18 % av mennene at de har funksjonsnedsettelse (figur 29).

Andelen personer over 70 år som oppgir at de har ulik grad har en funksjonsnedsettelse på grunn av bevegelseshemming er 34 % for kvinner og 33 % for menn. Andelen øker med alder. Det er gjennomgående små forskjeller mellom kvinner og menn i aldergruppene under 85 år. Aldersforskjellen er størst blant personer over 90 år (70 % for kvinner og 56 % for menn). Forskjellen gjelder først og fremst andelen som oppgir litt nedsatt funksjon (figur 30).

Totalt 28 og 31 % (kvinner og menn) av respondentene over 70 år oppgir at de i ulik grad har en funksjonsnedsettelse på grunn av nedsatt hørsel. Andelen øker sterk med alder og forskjellene mellom kvinner og menn er relativt små. Blant personer over 90 år oppgir 69 % og 70 % (kvinner og menn) at de har litt, middels eller mye nedsatt funksjon på grunn av nedsatt hørsel (figur 31).

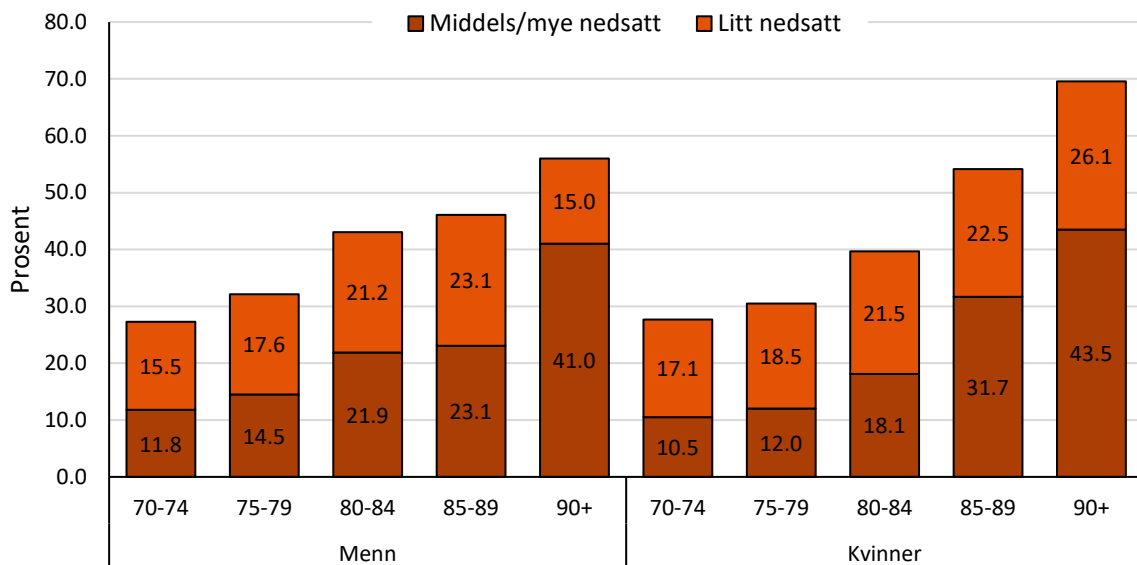
Andelen over 70 år som oppgir at de har nedsatt funksjon på grunn av nedsatt syn er 31 og 26 % (kvinner og menn). Også her stiger andel raskt med økende alder og forskjellen mellom kvinner og menn er relativt små. Det er likevel en gjennomgående større andel som oppgir nedsatt funksjon blant kvinnene (figur 32).

Nedsatt funksjon pga somatisk sykdom



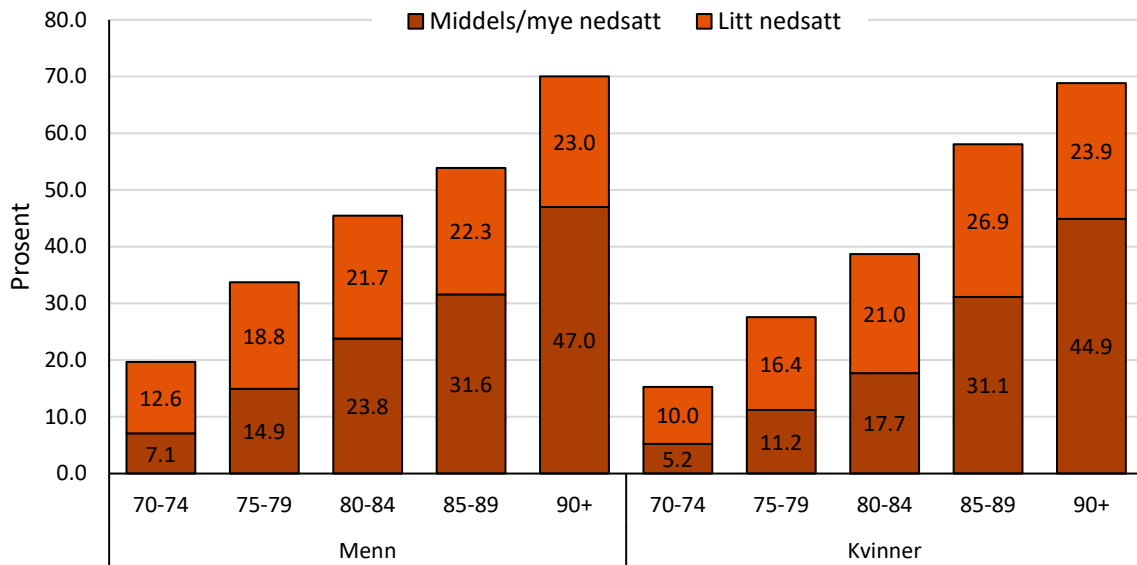
Figur 29 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av somatisk sykdom etter alder og kjønn i Trondheim.

Nedsatt funksjon pga bevegelseshemming



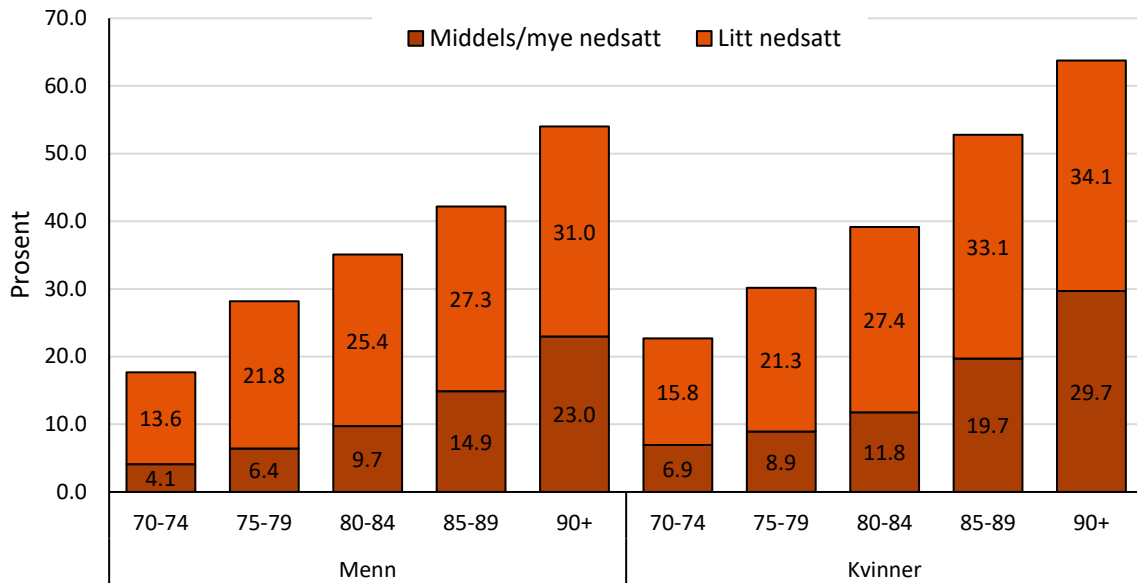
Figur 30 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av bevegelseshemming etter alder og kjønn i Trondheim.

Nedsatt funksjon pga nedsatt hørsel



Figur 31 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av nedsatt hørsel etter alder og kjønn i Trondheim.

Nedsatt funksjon pga nedsatt syn



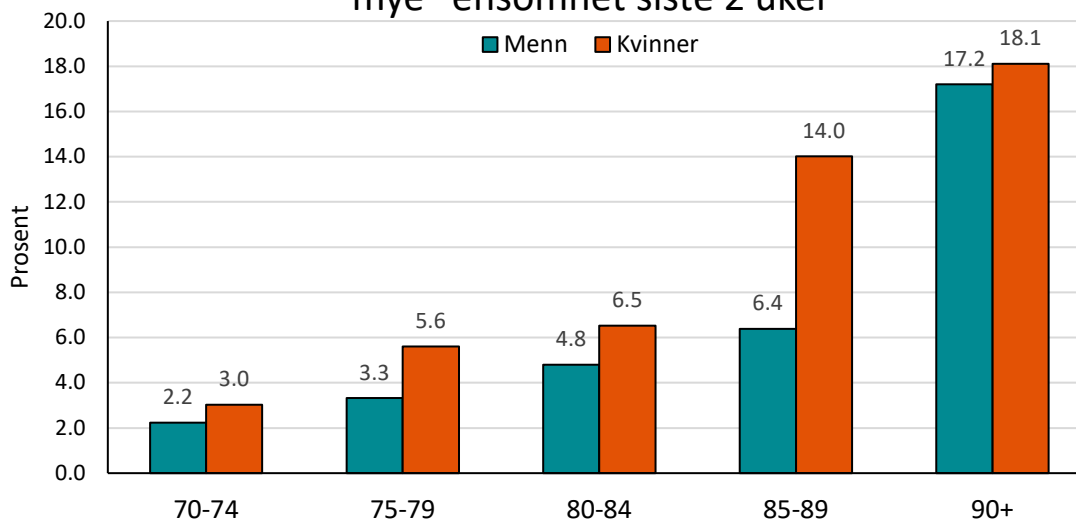
Figur 32 Andel som svarer at de har nedsatt funksjon (middels/mye eller litt nedsatt) på grunn av nedsatt syn etter alder og kjønn i Trondheim.

Ensomhet

Henholdsvis 6 og 4 % av kvinner og menn samlet sett i gruppen over 70 år oppgir at de føler seg en god del eller svært mye ensom. Andelen øker med alder. Blant gruppen over 90 år oppgir 18 % av kvinner og 17 % av menn at de er ensomme. Andelen er noe høyere blant kvinner enn for menn i alle aldersgrupper (figur 33). Hele 97 % av kvinner og 96 % av menn oppgir at de har noen som kan gi deg

hjelp når de trenger det (figur 34). Det er lite forskjeller mellom kjønn og aldersgrupper. Det er også svært store andeler som svarer at de har noen de kan snakke fortrolig med, hele 95 % blant kvinner og 93 % blant menn. Også her er forskjellene små mellom menn og kvinner og mellom aldersgrupper (figur 35).

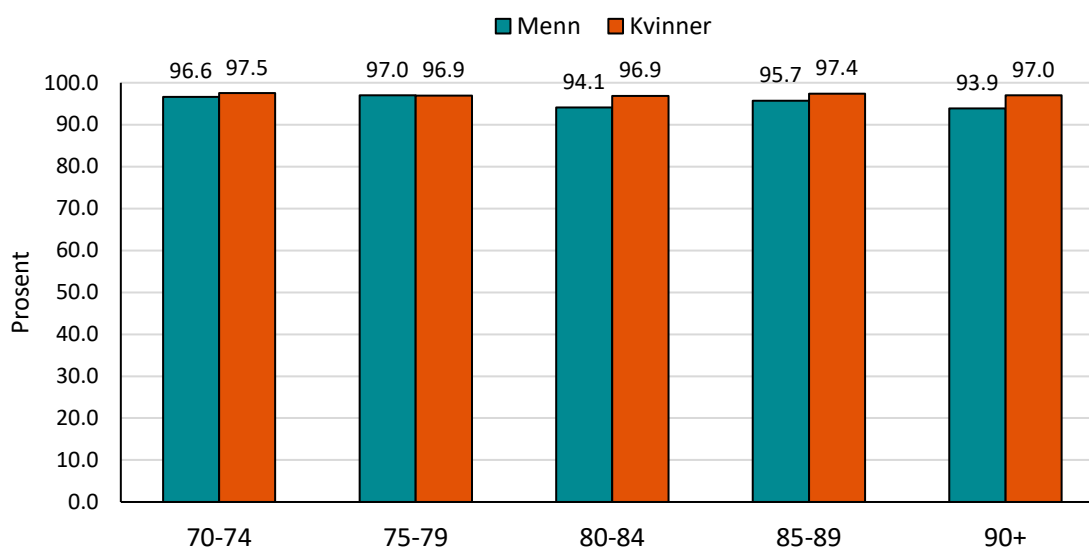
Andel som rapporterer "en god del" eller "svært mye" ensomhet siste 2 uker



Figur 33 Andel som rapporterer ensomhet (en god del eller svært mye) siste 2 uker etter alder og kjønn i Trondheim.

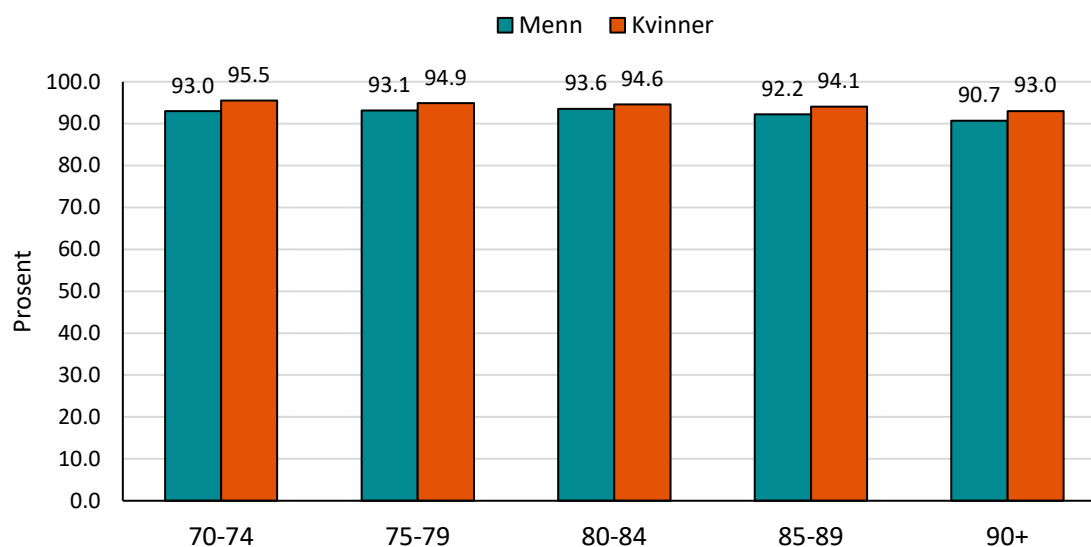
Støtte i hverdagen

Har noen som kan gi deg hjelp når du trenger det



Figur 34 Andel som svarer at de har noen som kan gi hjelp når de trenger det etter alder og kjønn i Trondheim.

Har noen som du kan snakke fortrolig med



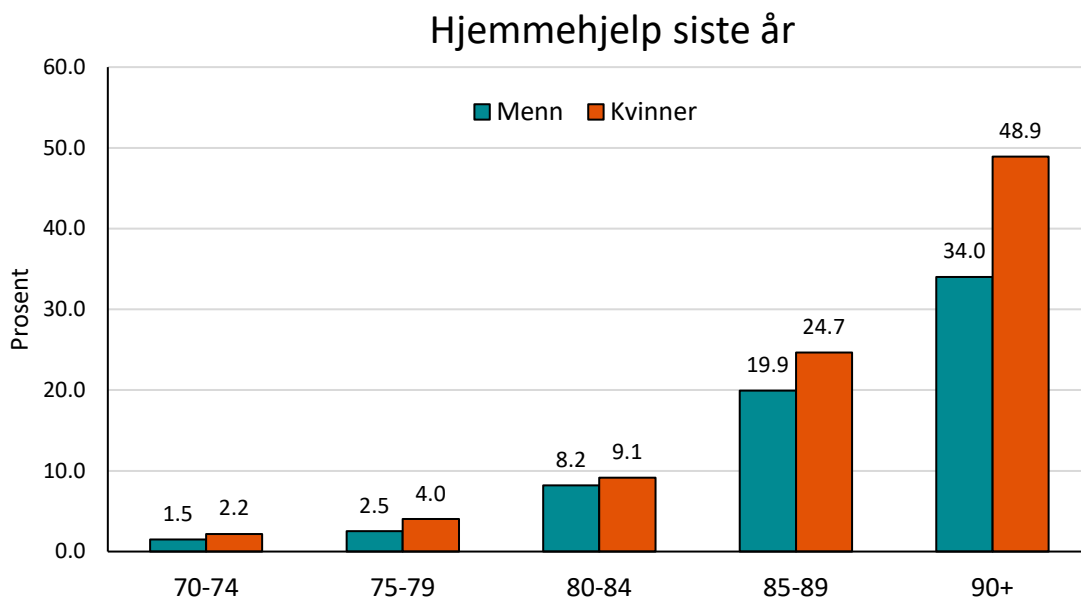
Figur 35 Andel som svarer at de har noen som de kan snakke fortrolig med etter alder og kjønn i Trondheim.

Bruk av omsorgstjenester blant hjemmeboende

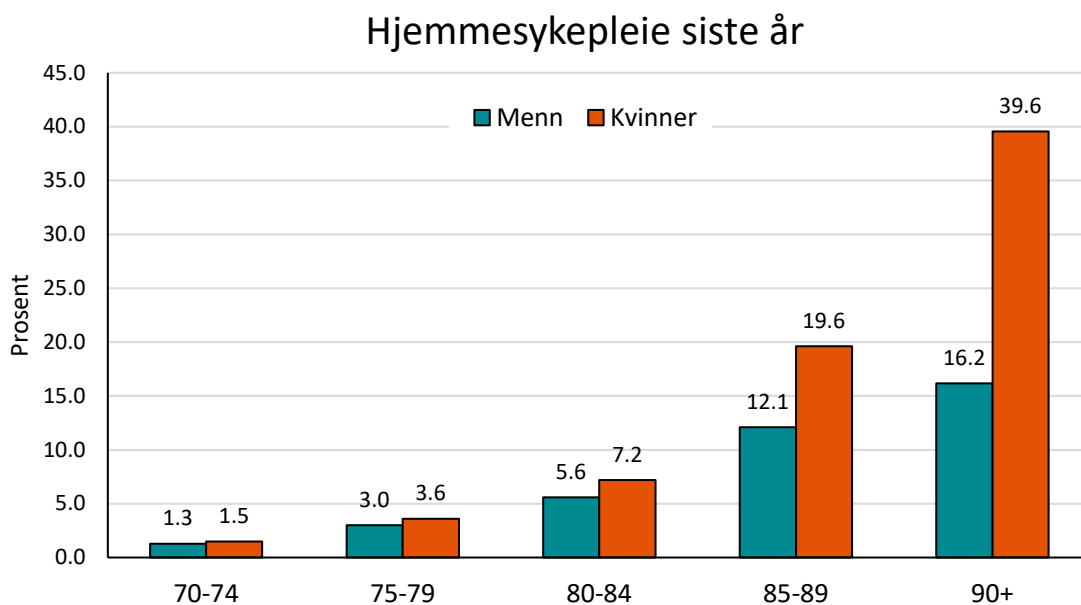
Andelen over 70 år som oppgir at de har hatt hjemmehjelp siste det siste året er 7 % blant kvinner og 5 % blant menn. Andelen øker med alder. Blant personer over 90 år er andelene 49 % for kvinner og 34 % for menn. I alle aldersgrupper er andelen litt større blant kvinner enn blant menn. (figur 36).

Andelen personer over 70 år som oppgir å ha hatt hjemmesykepleie siste år er 6 % for kvinner og 4 % for menn. Andelen er høyest blant de eldste. Forskjellen mellom kvinner og menn er også størst blant de eldste aldersgruppene. Blant personer over 90 år er andelene 40 % for kvinner og 16 % for menn (figur 37).

Andelen personer over 70 år som oppgir at de har vært innlagt på sykehjem siste år er 4 % blant kvinner og 5 % blant menn (figur 38). Også for dette spørsmålet øker andelen med alderen. For aldersgruppen under 85 år er andelen noe høyere blant menn enn blant kvinner. For aldersgrupper over 85 er andelen størst hos kvinner. For aldersgrupper over 90 år oppgir 16 % av kvinnene og 14 % av mennene at de har vært innlagt på sykehjem siste år.

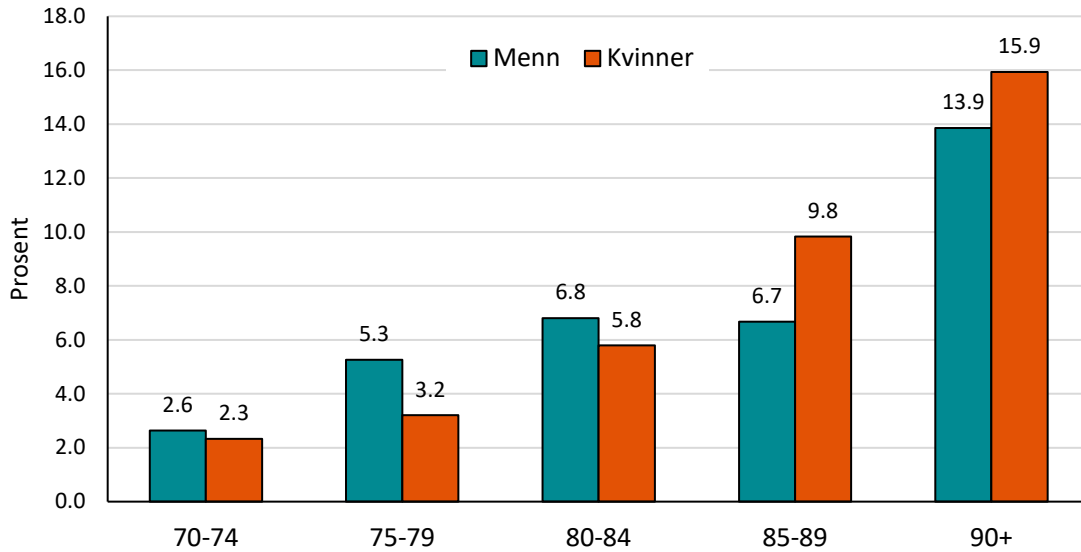


Figur 36 Andel som svarer at de har hatt hjemmehjelp i løpet av siste år etter alder og kjønn i Trondheim.



Figur 37 Andel som svarer at de har hatt hjemmesykepleie i løpet av siste år etter alder og kjønn i Trondheim.

Innlagt sykehjem siste år

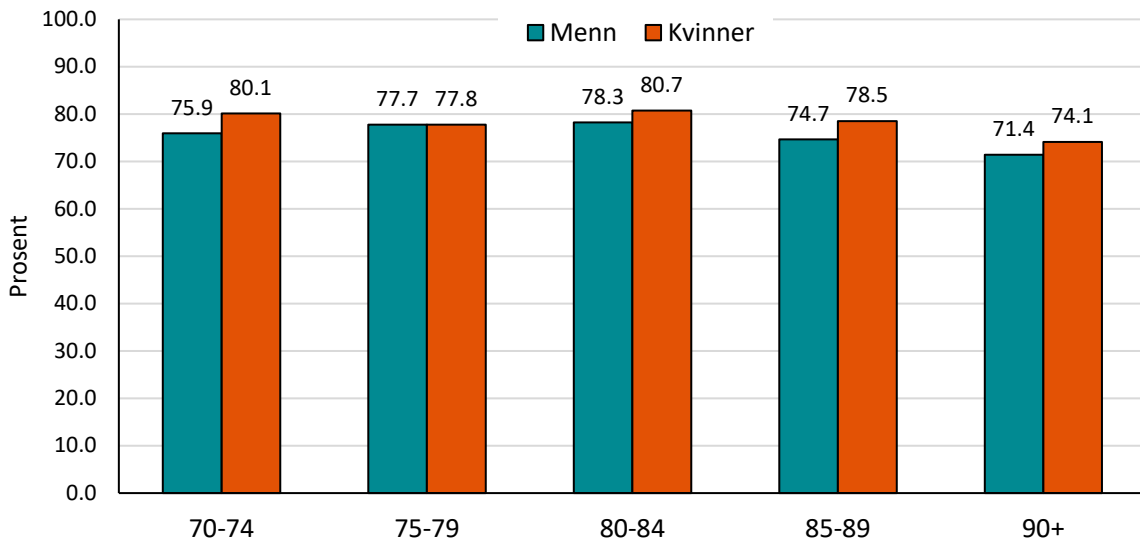


Figur 38 Andel som svarer at de har vært innlagt på sykehjem i løpet av siste år etter alder og kjønn i Trondheim.

Trivsel og trygghet i nærmiljøet

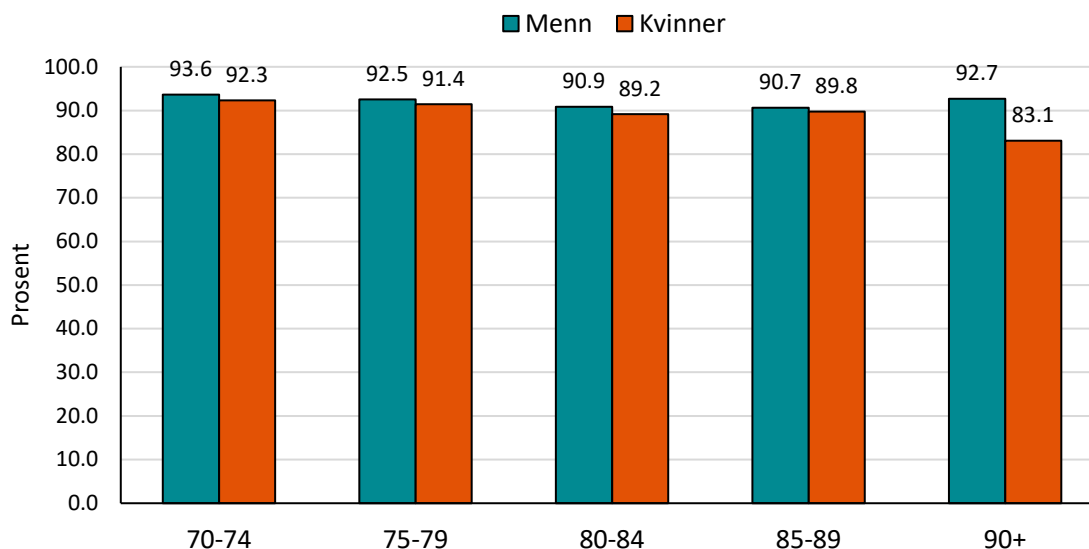
I Trondheim oppgir 79 % og 77 % (kvinner og menn) at de trives i stor grad i nærmiljøet. Det er små forskjeller mellom kvinner og menn, men andelen er litt lavere blant de eldste (figur 39). Andelen som oppgir at de i stor grad føler trygghet i nærmiljøet er 91 % for kvinner og 93 % for menn. Også her er andelen høye for begge kjønn og alle aldersgrupper. Andelen ser imidlertid til å bli noe lavere med alder og er lavest blant kvinner over 90 år (83 %). (figur 40).

Trives i stor grad i nærmiljøet



Figur 39 Andel som svarer at de trives i stor grad i nærmiljøet etter alder og kjønn i Trondheim.

Stor grad av trygghet i nærmiljøet

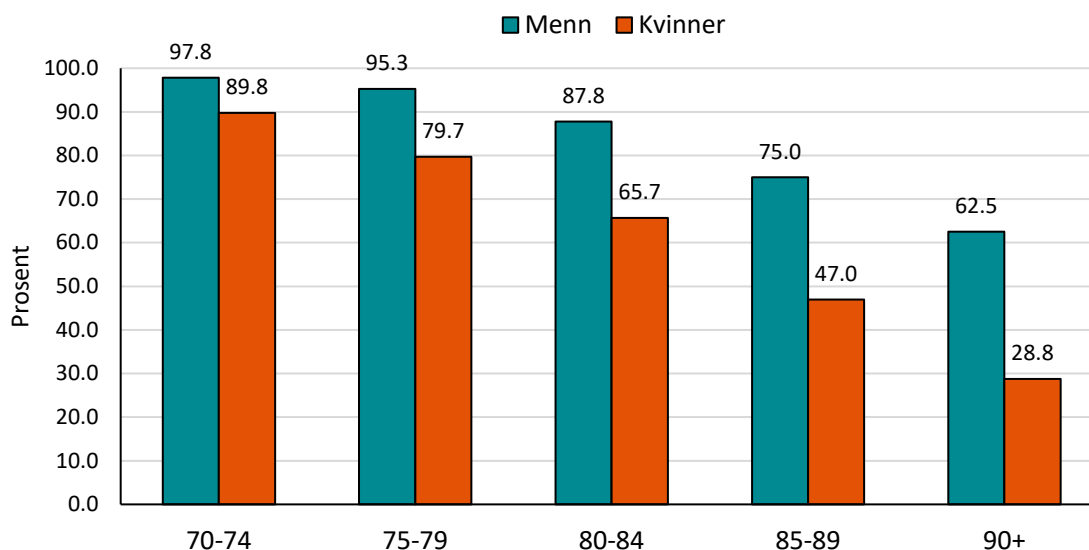


Figur 40 Andel som svarer at de føler en stor grad av trygghet i nærmiljøet etter alder og kjønn i Trondheim.

Førerkort og bilkjøring

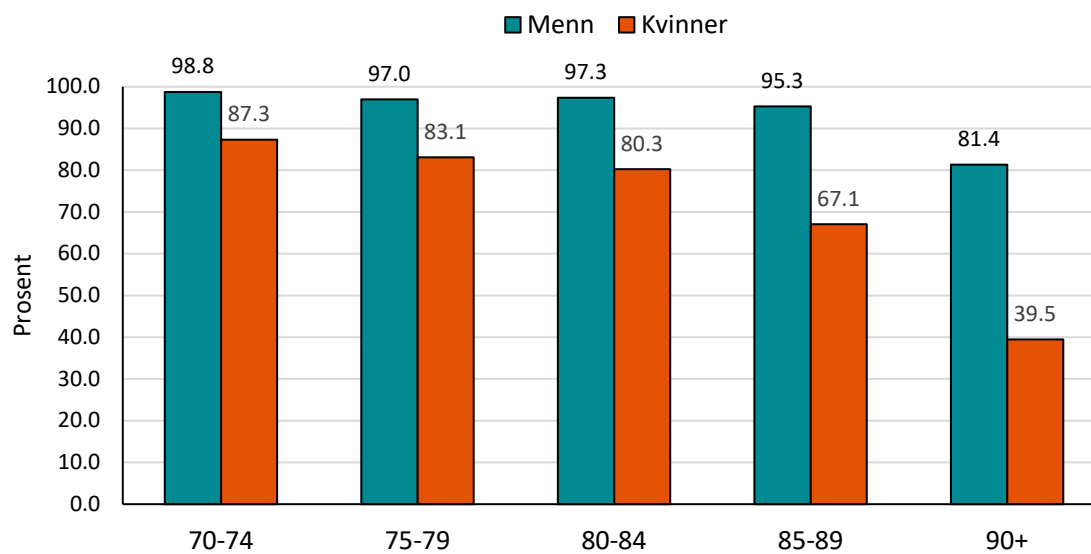
Blant personer over 70 år er andelen som oppgir å ha førerkort høyere blant menn (93 %) enn blant kvinner (78 %). Andelen er høyere for menn enn for kvinner i alle aldersgrupper. Andelen avtar med økende alder. Blant personer over 90 år oppgir 63 % av mennene og 29 % av kvinnene at de har førerkort. Det er i alle de inndelte aldersgruppene en større andel menn enn kvinner som har førerkort, og denne forskjellen øker med alder (figur 41). Av de som har førerkort oppgir 98 % av mennene og 94 % av kvinnene at de fortsatt kjører bil. For menn er andelen høy – over 95 % for aldersgruppene opp til 89 år, og 81 % for aldersgruppen over 90 år. Blant kvinner avtar andelen med økende alder og er 40 % for de over 90 år (figur 42).

Andel som svarer at de har førerkort



Figur 41 Andel som svarer at de har førerkort etter alder og kjønn i Trondheim.

Andel av de som har førerkort som kjører bil



Figur 42 Andel av de som har førerkort som kjører bil etter alder og kjønn i Trondheim.

5. Oppsummering

Generelt kan man se to trender blant aldersgruppene: Enten en utvikling som er stigende eller synkende med alderen, eller et stabilt mønster med lite endring blant aldersgruppene. Opplevde problemer og helsespørsmål ser generelt en økende tendens, hvor de eldre aldersgruppene i større grad rapporterer disse. Stadig flere rapporterer også om problemer med personnære og instrumentelle aktiviteter i dagliglivet. I takt med at flere har nedsatt funksjon på grunn av sykdom eller helseplager bruker også flere hjelpemidler når de går. Etter hvert som man blir eldre er det færre som har førerkort, og av de som har førerkort blir det færre som faktisk kjører bil. Denne trenden er mye sterkere for kvinner.

Både ensomhet og andelen som bor alene stiger med alderen. Til tross for dette ser trivsel og trygghet i nærområdene ut til å holde seg stabilt høye blant alle aldersgruppene. Samme stabilitet ser man i opplevd støtte i form av å ha noen å snakke fortrolig med eller som kan gi hjelp om nødvendig.

Enkelte av forskjellene mellom kvinner og menn kan ses i sammenheng med tradisjonelle kjønnsrollemønstre. Slik som at det er flere kvinner enn menn som sliter med å betale regninger, og flere menn enn kvinner som sliter med å vaske klær. Her er det ikke nødvendigvis slik at eldre personer mister evnen til å betale regninger eller vaske klær, men at de aldri har blitt eksponert for dette på grunn av tradisjonelle/gamle kjønnsrollemønstre. Likeledes ble det observert at flere menn enn kvinner hadde førerkort. Det er ikke unaturlig å tenke at dette også kan skyldes at flere menn var i besittelse av førerkort i utgangspunktet, heller enn at forskjellen nødvendigvis har oppstått i eldre aldersgrupper.

Når det er sagt er det flere likheter enn forskjeller mellom kvinner og menn. Det er noen få steder hvor forskjellene blir store. Dette gjelder spesielt kjøreatferd, hvorvidt man bor alene, og at menn og kvinner har ulik forekomst av problemer med instrumentelle og personnære aktiviteter.

Et viktig forbehold å huske på når man leser rapporten er de som blir nevnt innledningsvis: Kun de som bor hjemme har fått sine svar representert her. Det er grunn til å tro at de som bor på for eksempel sykehjem har høyere forekomst av helseplager og redusert funksjonsevne. Overlevelsesskjevhet er også relevant, hvor de som svarer på slike undersøkelser generelt sett representerer en befolkning med noe mindre helseutfordringer. Med disse forbeholdene i mente, og de generelle tendensene i det som presenteres her, kan man slå fast at de eldre aldersgruppene i Trøndelag og Trondheim er i relativt god form. Rapporten viser at, når man ser på aldersgruppen 70 år og eldre, så er det mange som ikke har problemer eller helseutfordringer.

3. Referanser

1. Brantsæter, A.L., *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid*, in C. Øverby, MK Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid*. 2011, Høyskoleforlaget. p. 40-52.
2. Göran, D. and M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*. 1991.
3. Folkehelseinstituttet, *Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjon*. 2018.
4. Helsedirektoratet. *Veileder til systematisk folkehelsearbeid* (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>). 2020.
5. Krokstad, S., et al., *Cohort Profile: the HUNT Study, Norway*. *Int J Epidemiol*, 2013. **42**(4): p. 968-77.
6. Asvold, B.O., et al., *Cohort Profile Update: The HUNT Study, Norway*. *Int J Epidemiol*, 2022.
7. Wetterberg, H., et al., *Representativeness in population-based studies of older adults: five waves of cross-sectional examinations in the Gothenburg H70 Birth Cohort Study*. *BMJ Open*, 2022. **12**(12): p. e068165.

Vedlegg 1. Tabeller for IADL i kommuner i Trøndelag og levekårssoner I Trondheim

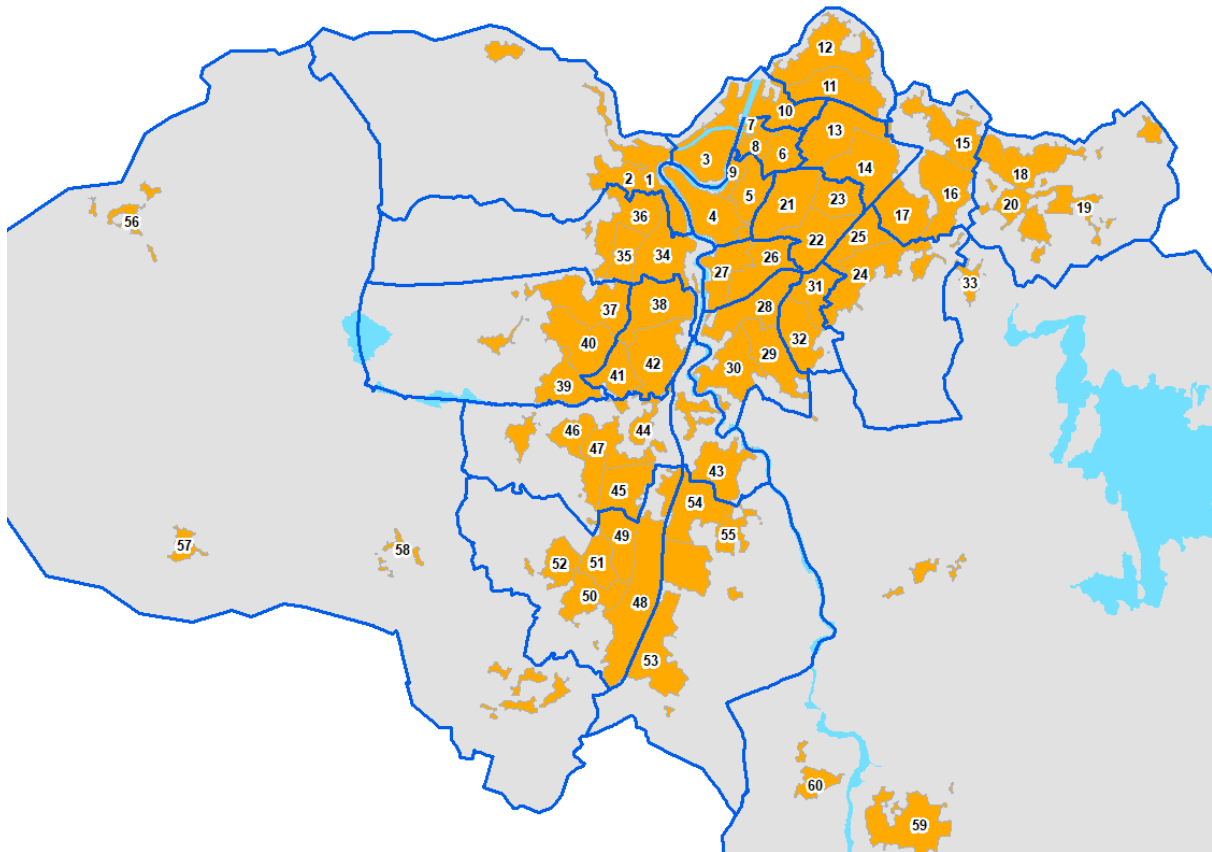
Andel blant hjemmeboende eldre som har problemer med instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL) i kommuner i Trøndelag

Kommuner	IADL Kvinner		IADL Menn	
	Prosent	[95 % KI]	Prosent	[95 % KI]
Trøndelag				
Trondheim	20.1	[18.97,21.23]	19.7	[18.48,21.04]
Steinkjer	19.8	[17.5,22.22]	25.6	[22.84,28.58]
Namsos	22.9	[19.5,26.59]	17.4	[13.67,21.82]
Frøya	32.7	[25.4,40.84]	21.8	[14.44,31.63]
Osen				
Oppdal	20.4	[16.39,25.06]	22.1	[17.11,28.09]
Rennebu	24.8	[17.57,33.68]	33.8	[26.8,41.64]
Røros	21.1	[16.34,26.68]	25.9	[20.91,31.64]
Holtålen				
Midtre Gauldal	28.5	[23.07,34.68]	27.5	[21.66,34.22]
Melhus	21.5	[18.23,25.13]	26.2	[22.22,30.51]
Skaun	24.3	[18.54,31.13]	29.5	[23.73,35.93]
Malvik	21.4	[17.3,26.21]	21.1	[16.9,26.01]
Selbu	19.0	[13.52,26]	18.8	[13.53,25.53]
Tydal				
Meråker				
Stjørdal	18.7	[15.93,21.79]	20.7	[17.3,24.53]
Frosta	28.8	[21.92,36.72]	20.3	[13.12,30.04]
Levanger	18.1	[15.17,21.55]	19.9	[16.55,23.62]
Verdal	18.8	[15.06,23.14]	26.8	[22.36,31.77]
Snåsa	24.0	[17.25,32.27]	22.7	[15.24,32.49]
Lierne				
Røyrvik				
Namsskogan				
Grong	19.8	[13.19,28.7]	19.5	[12.88,28.31]
Høylandet				
Overhalla	24.7	[19,31.48]	27.2	[19.85,36.03]
Flatanger				
Leka				
Inderøy	24.5	[19.35,30.57]	26.1	[20.5,32.71]
Indre Fosen	25.1	[20.79,29.92]	26.9	[22.42,31.98]
Heim	22.5	[17.6,28.36]	24.8	[19.45,31.06]
Hitra	32.1	[25.01,40.03]	27.8	[20.64,36.32]
Ørland	22.2	[18.03,26.98]	23.1	[18.72,28.21]
Åfjord	25.4	[19.02,32.92]	18.7	[12.76,26.43]
Orkland	27.3	[24.07,30.84]	26.9	[23.23,30.87]
Nærøysund	23.6	[19.05,28.72]	27.5	[22.41,33.34]
Rindal				
Total	21.8	[21.1,22.47]	22.8	[21.99,23.54]

Andel blant hjemmeboende eldre som har problemer med instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL) i levekårssoner i Trondheim

Grupperte leveskårssoner	IADL Kvinner		IADL Menn	
	Prosent	[95 % KI]	Prosent	[95 % KI]
Ila, Hammersborg-Trolla	20.6	[15.3,27.12]	21.7	[15.15,30.1]
Midtbyen, Lademoen	14.8	[10.13,21.16]	25.5	[18.29,34.32]
Øya-Elgeseter, Singsaker, Bakklandet	17.4	[11.89,24.8]	21.9	[15.59,29.79]
Nedre elvehavn, Møllenberg-Rosenborg	9.3	[5.093,16.36]	14.4	[9.146,21.93]
Lade-Ladalen, Lilleby	18.9	[14.47,24.2]	19.1	[13.44,26.34]
Leangen - Strindheim	14.0	[9.799,19.53]	14.6	[9.952,20.9]
Charlottenlund-Brundalen	15.9	[10.44,23.38]	13.5	[8.498,20.86]
Ranheim-Vikåsen	23.2	[16.42,31.75]	17.4	[9.155,30.44]
Berg-Tyholt, Moholt, Valentinlyst	21.1	[17.79,24.79]	18.5	[14.43,23.34]
Åsvang-Stokkan	20.0	[15.87,24.92]	16.5	[12.23,21.83]
Tempe-Nardo	20.4	[14.25,28.29]	23.8	[16.7,32.83]
Nidarvoll-Stubban-Fossegrenda	19.5	[15.33,24.47]	20.0	[15.44,25.56]
Vestlia-Othilienborg-Risvollan	19.0	[14.65,24.14]	24.2	[18.32,31.28]
Åsveien-Nyborg-Sverresborg	19.6	[15.4,24.6]	13.8	[9.595,19.46]
Munkvoll-Hoem, Hallset, Rydningen	18.5	[14.85,22.75]	17.8	[13.63,22.91]
Ugla, Kystad, Stavset	21.3	[16.86,26.46]	20.3	[15.71,25.75]
Sjetne-Okstad	20.2	[12.51,30.97]	19.0	[12.92,27.08]
Flatåsen-Huseby-Romolslia	23.9	[18.64,30.18]	19.6	[14.75,25.54]
Tiller-Hårstad	15.6	[10.32,22.85]	22.8	[15.47,32.19]
Heimdal	27.0	[22.68,31.73]	19.6	[15.35,24.65]
Byneset	22.2	[15.63,30.56]	23.0	[16.16,31.65]
Klæbu, Bratsberg-Jonsvatnet-Leira	22.6	[17.21,29.12]	31.0	[23.85,39.26]
Total	20.1	[18.97,21.23]	19.7	[18.46,21.03]

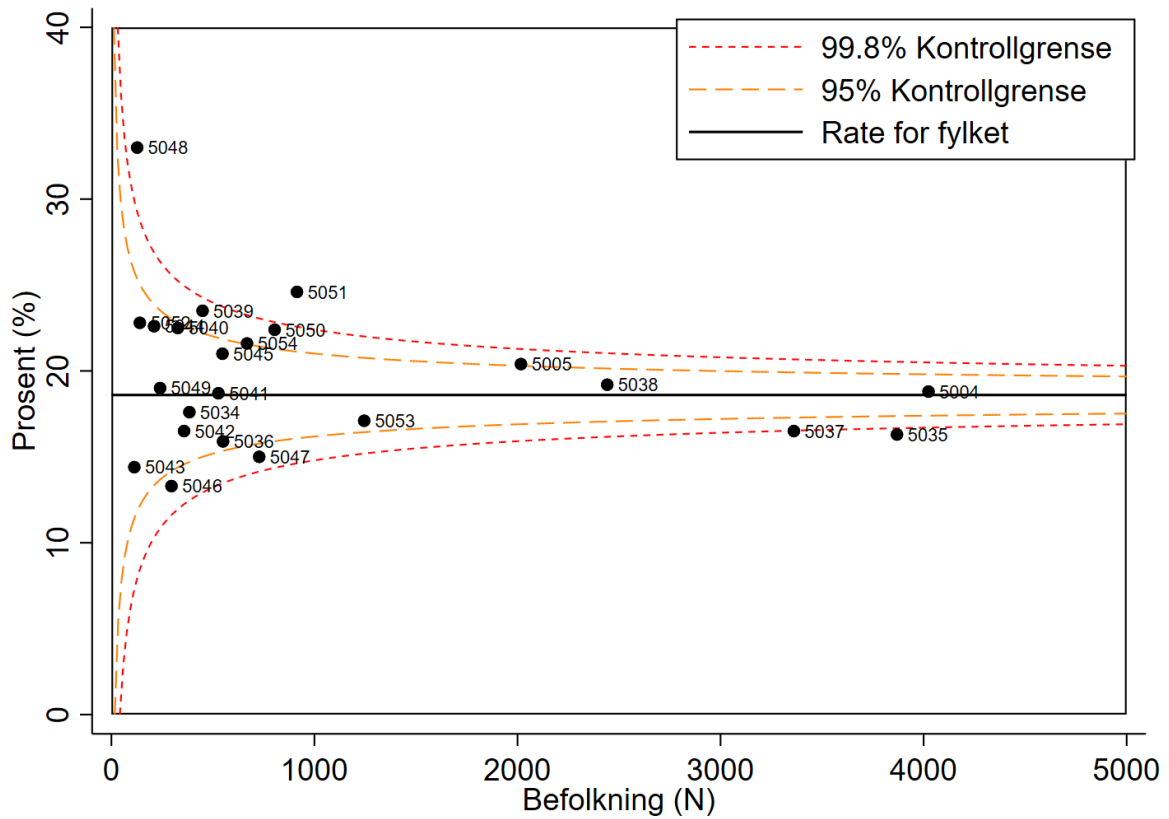
Vedlegg 2. Kart levekårssoner Trondheim



De blå strekene angir grupperingen av levekårssoner som er benyttet i kartet for instrumentelle hverdagsaktiviteter (IADL). De mørkegrå strekene i kartet angir grensene mellom levekårssoner benyttet i tidligere rapporter. Oransje farge er bare avsatt i områder med tettstedsbebyggelse. Områder i sonene som i hovedsak er ubebygde har lys grå bakgrunn.

Nr	Levekårssone	Nr	Levekårssone	Nr	Levekårssone
1	Ila	21	Berg-Tyholt	41	Rydningen
2	Hammersborg-Trolla	22	Moholt	42	Hallset
3	Midtbyen	23	Brøset-Valentinlyst	43	Sjetnemarka-Okstad
4	Øya-Elgeseter	24	Stokkan	44	Romoulslia
5	Singsaker	25	Åsvang-Angelltrøa	45	Saupstad
6	Rosenborg	26	Nardo	46	Flatås-Huseby
7	Nedre elvehavn	27	Tempe-Sorgenfri	47	Nedre Flatåsen
8	Møllenberg	28	Nidarvoll	48	Breidablikk
9	Bakklandet	29	Stubban	49	Heimdal
10	Lademoen	30	Fossegrenda	50	Kattem
11	Lilleby-Ladesletta	31	Othilienborg-Vestlia	51	Åsheim
12	Lade	32	Risvollan	52	Lundåsen
13	Strindheim	33	Bratsberg-Jonsvatnet-Leira	53	Tiller sør
14	Bromstad-Leangen	34	Havstein-Stavne	54	Tonstad
15	Nedre Charlottenlund	35	Nyborg	55	Tiller nord
16	Øvre Charlottenlund	36	Sverresborg	56	Rye
17	Brundalen	37	Ugla	57	Spongdal
18	Ranheim	38	Munkvoll-Hoem	58	Nypvang
19	Reppe-Vikåsen	39	Stavset	59	Sørborgen
20	Olderdalen	40	Kystad	60	Tanem

Vedlegg 3: Funnelplott av dårlig egenvurdert helse (%) for menn i Nord-Trøndelag

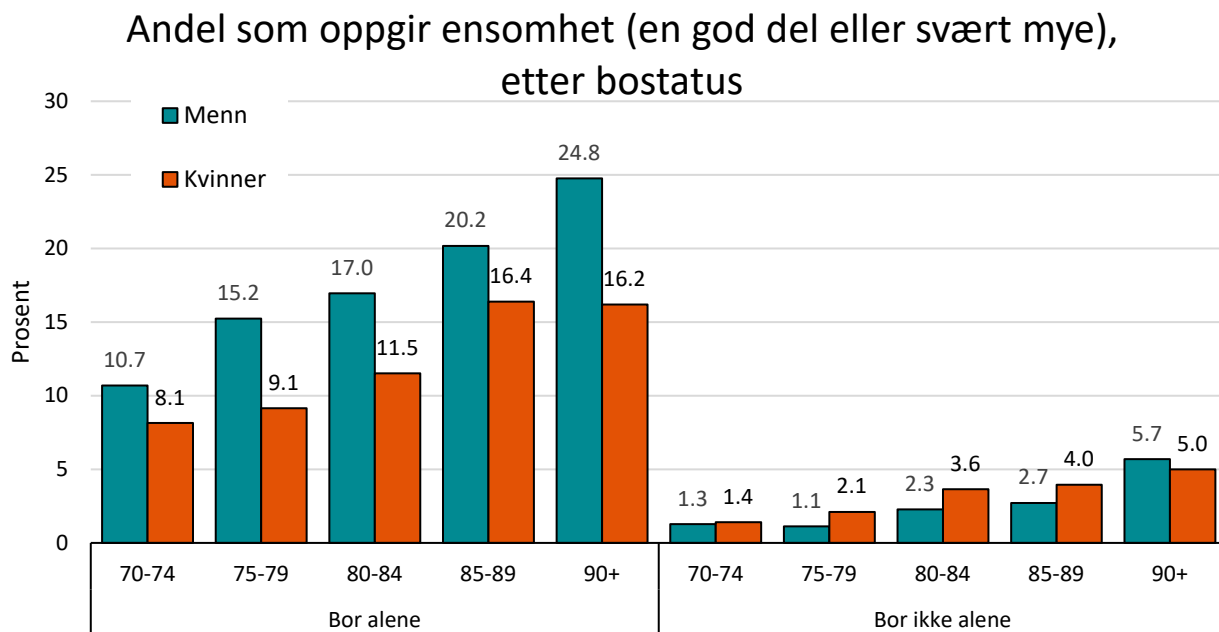


Forklaring på illustrasjonen:

I denne grafen er andelen i hver kommune som rapporterer «dårlig egenvurdert helse» plottet på y-aksen og befolkningsstørrelsen på x-aksen. Den heltrukne svarte linja er gjennomsnittet i Nord-Trøndelag.

Poenget her er at alle kommunene som ligger innenfor kontrollgrensene ikke skiller seg fra fylkesgjennomsnittet, men ligger innenfor det vi kan kalle tilfeldig variasjon. Jo mindre befolkningen i kommunen er, desto mer tilfeldig variasjon forventer vi å se. To kommuner ligger utenfor kontrollgrensene og skiller seg dermed klart fra gjennomsnittet.

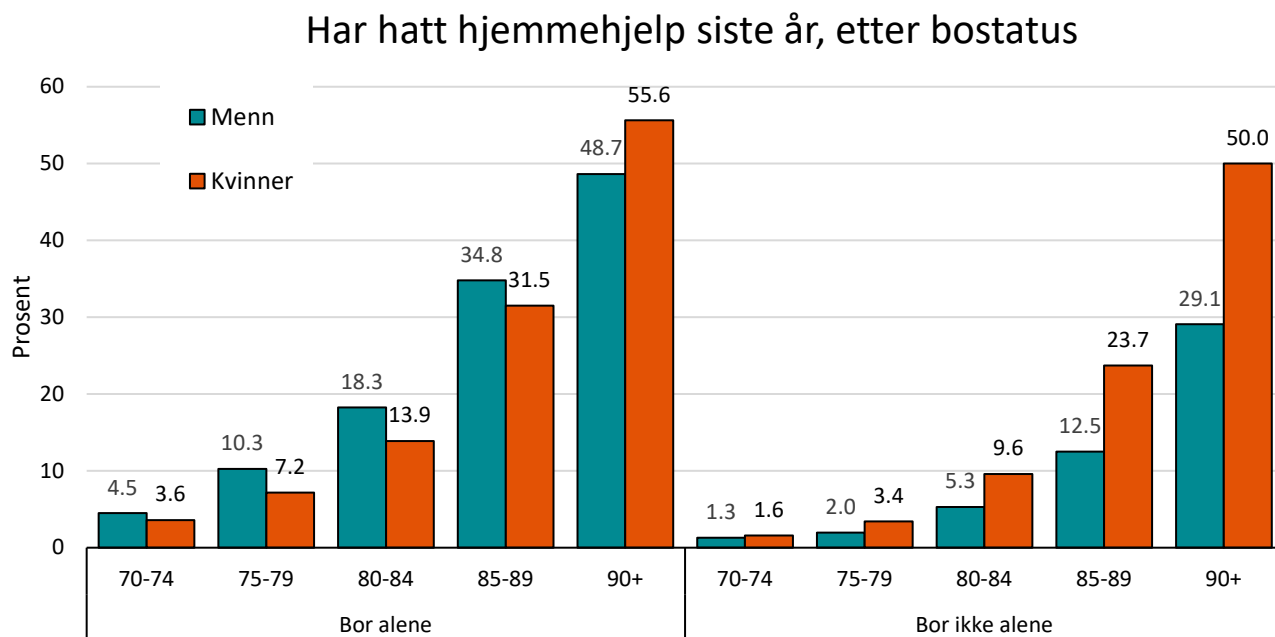
Vedlegg 4 Ensomhet blant hjemmeboende eldre etter bostatus.



Vedleggsfigur 1 Andel som oppgir ensomhet (en god del eller svært mye). Menn og kvinner etter alder og bostatus.

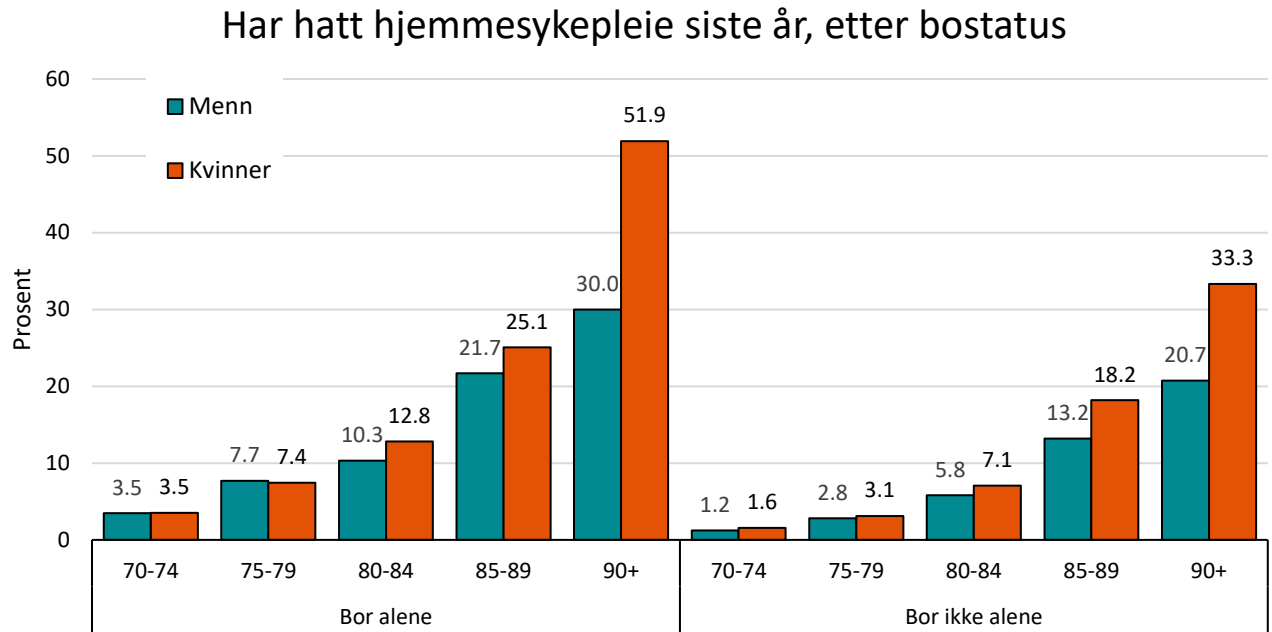
Vedlegg 5 Bruk av omsorgstjenester blant hjemmeboende eldre etter bostatus.

Hjemmehjelp siste år



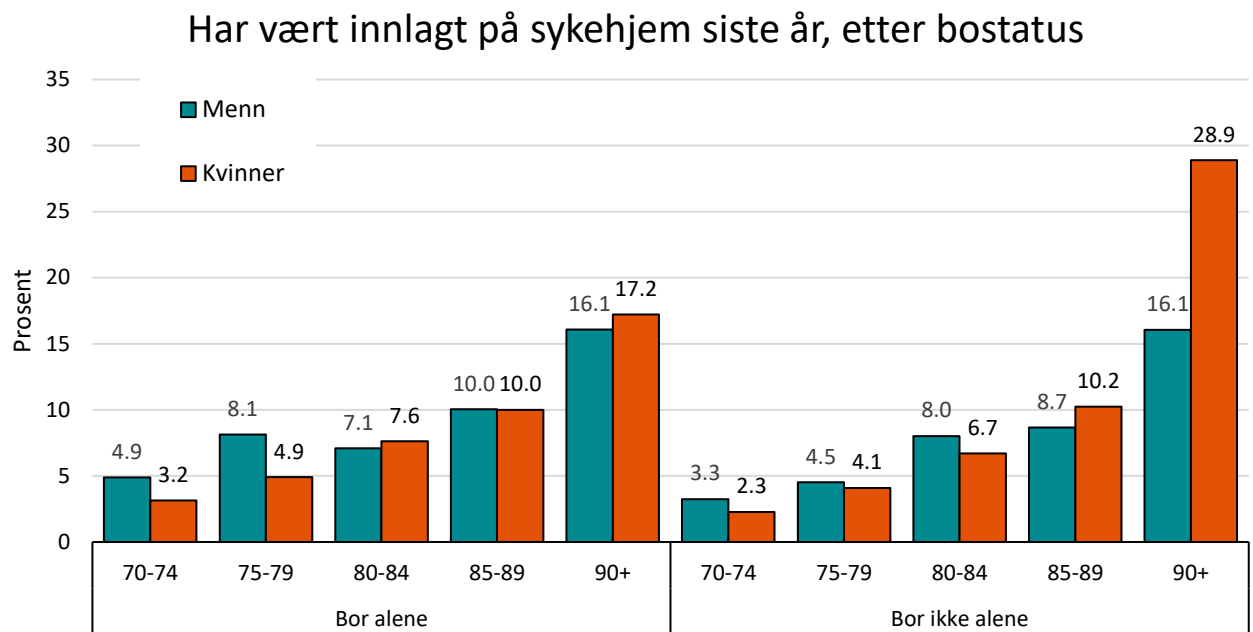
Vedleggsfigur 2 Andel som har hatt hjemmehjelp siste år. Menn og kvinner etter alder og bostatus.

Hjemmesykepleie siste år



Vedleggsfigur 3 Andel som har hatt hjemmesykepleie siste år. Menn og kvinner etter alder og bostatus.

Sykehjem siste år



Vedleggsfigur 4 Andel som har vært innlagt på sykehjem siste år. Menn og kvinner etter alder og bostatus.

