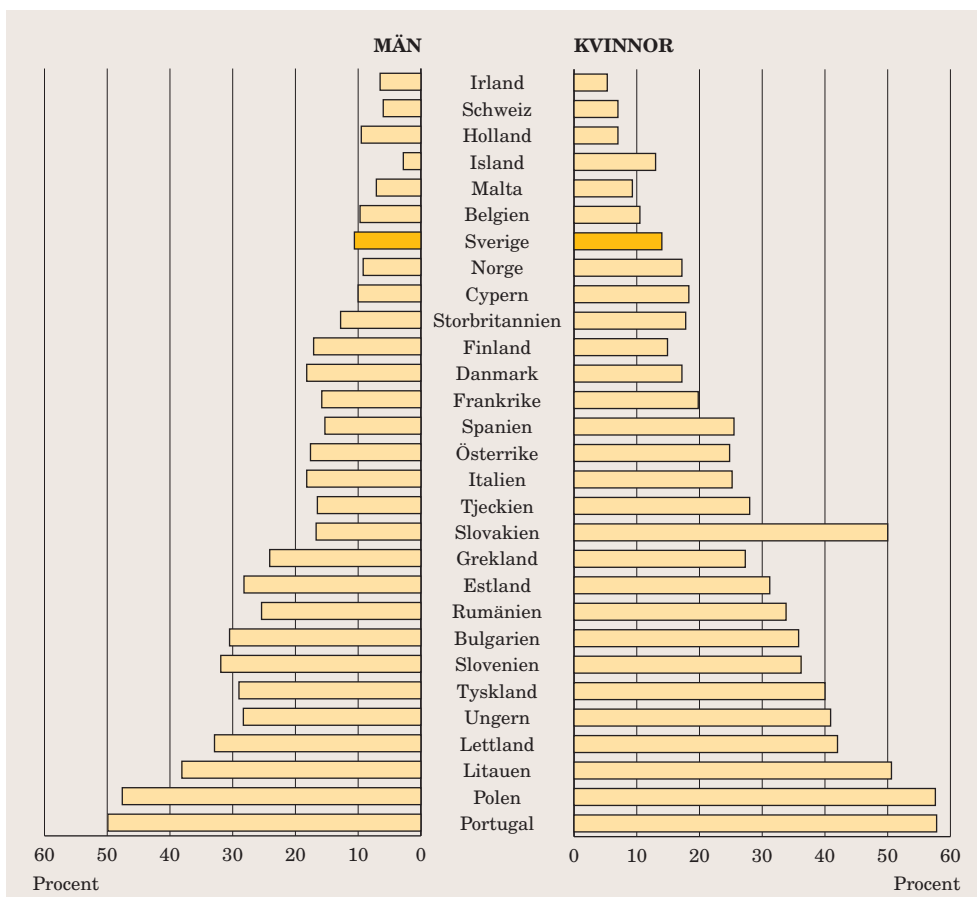


# Äldre statistik

## Juni 2008

### Äldres hälsa, funktionsnedsättning, boende och hjälpmedel

Andel (procent) 65 år och äldre som upplever att deras hälsa är dålig eller mycket dålig.



Källa: Health Status Statistics, Eurostat



© Hjälpmedelsinstitutet (HI), 2008

Ansvarig utredare: Sara Brundell

Ansvarig informatör: Ulla-Jane Saxberger

Upplaga: 500 ex

Tryck: Sjuhäradsbygdens Tryckeri AB, Borås, 2008

ISBN-nummer: 978-91-85435-56-2 (tryck)

URN:NBN:se:hi-2008-08349 (pdf)

Best nr: 08349

Publikationen kan beställas på HIs webbplats, [www.hi.se/publicerat](http://www.hi.se/publicerat),  
via telefon 08-620 17 00 eller hämtas i pdf-format på [www.hi.se/publicerat](http://www.hi.se/publicerat).  
Den kan också beställas i alternativa format från HI.

# Äldrestatistik Juni 2008

**Äldres hälsa, funktionsnedsättning,  
boende och hjälpmedel**

Sara Brundell

**Hjälpmiddelsinstitutet**



## Förord

Hjälpmiddelsinstitutet (HI) sammanställer, analyserar, utvecklar och publicerar statistik inom hjälpmedelsområdet. Denna publikation är en sammanställning av statistikuppgifter som rör äldre: befolkningsutveckling, sjukdomar/funktionsnedsättningar, fallolyckor, kostnader, särskilda boendeformer eller hemtjänst, informella hjälpgivare och hjälpmedel.

Rapporten är en uppdatering och komplettering av Äldrestatistik juni 2006.

Stockholm, juni 2008  
Hjälpmiddelsinstitutet



Susann Forsberg  
Avdelningschef

# Innehåll

Förord.....	3
Befolkningsutveckling .....	5
Äldre i Europa .....	9
Hälsa och funktionshinder.....	10
Sjukdomar/funktionsnedsättningar.....	12
Fallolyckor.....	15
Kostnader .....	16
Vård och omsorg om äldre .....	16
Äldres hälso-och sjukvård.....	16
Särskilda boendeformer eller hemtjänst.....	17
Informella hjälpgivare.....	19
Hjälpmedel .....	21
Inkontinenshjälpmedel .....	21
Förflyttningshjälpmedel .....	22
Hörapparater.....	24
Åtgärder vid syncentral.....	26
Referenser .....	27

## Befolkningsutveckling

I Sverige fanns det 31/12 2007 cirka 1,6 miljoner personer som var 65 år eller äldre. Gruppen utgjorde 17–18 procent av befolkningen att jämföras med 12–13 procent på 1960-talet och knappt 5 procent på 1850-talet.

Under fyrtioårsperioden 1950–1990 fördubblades antalet personer i åldern 65 år eller äldre (Ref. 30).

Andelen av befolkningen som är 80 år eller äldre har ökat från 1990 till 2007. 2007 var antalet 80 år eller äldre drygt 490 000 personer eller cirka en halv miljon personer. I början av 2007 var procentandelen högre i Sverige än i de övriga nordiska länderna – över 5 procent av befolkningen var 80 år eller äldre.

Ökningen av andelen invånare över 80 år under den senaste 10-årsperioden beror delvis på att dödstalen har sjunkit i nästan alla åldersgrupper och delvis på att antalet födselar har varit lågt under de senaste 30 åren. Enligt befolkningsprognoserna för de nordiska länderna som helhet kommer den andel som är över 80 år att uppgå till omkring 8 procent av befolkningen under år 2040, jämfört med nuvarande 4–5 procent (Ref. 29).

Gruppen 65 år och äldre kommer att i ungefärliga värden öka från dagens 1,6 miljoner invånare till knappt 2,1 miljoner år 2020, 2,3 miljoner år 2030 och år 2040 respektive 2050 drygt 2,4 miljoner. Gruppens andel av den totala befolkningen beräknas öka från dagens 17–18 procent till cirka 24 procent år 2050 (Ref. 6 resp. Ref. 30).

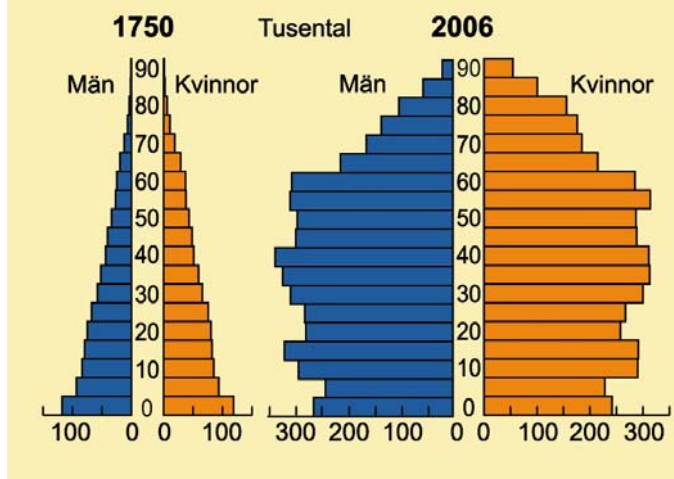
Även de personer som är 80 år och äldre ökar i antal enligt SCB:s prognoser. De närmaste 10 åren kommer antalet 80 år och äldre endast öka marginellt. Däremot kommer en mycket kraftig ökning att påbörjas omkring år 2020. Det är de stora kullarna födda på 1940-talet som påverkar utvecklingen. Det är främst utvecklingen av antalet personer 80 år och äldre som påverkar kostnader för vård och omsorg.

Dagens cirka 490 000 personer kommer (observera ungefärliga värden) att öka till 530 000 år 2020, 770 000 år 2030, 810 000 år 2040 för att år 2050 bli 900 000. Gruppens andel av befolkningen ökar från cirka 5 procent år 2007 till cirka 9 procent år 2050 (Ref. 6 resp. Ref. 30).

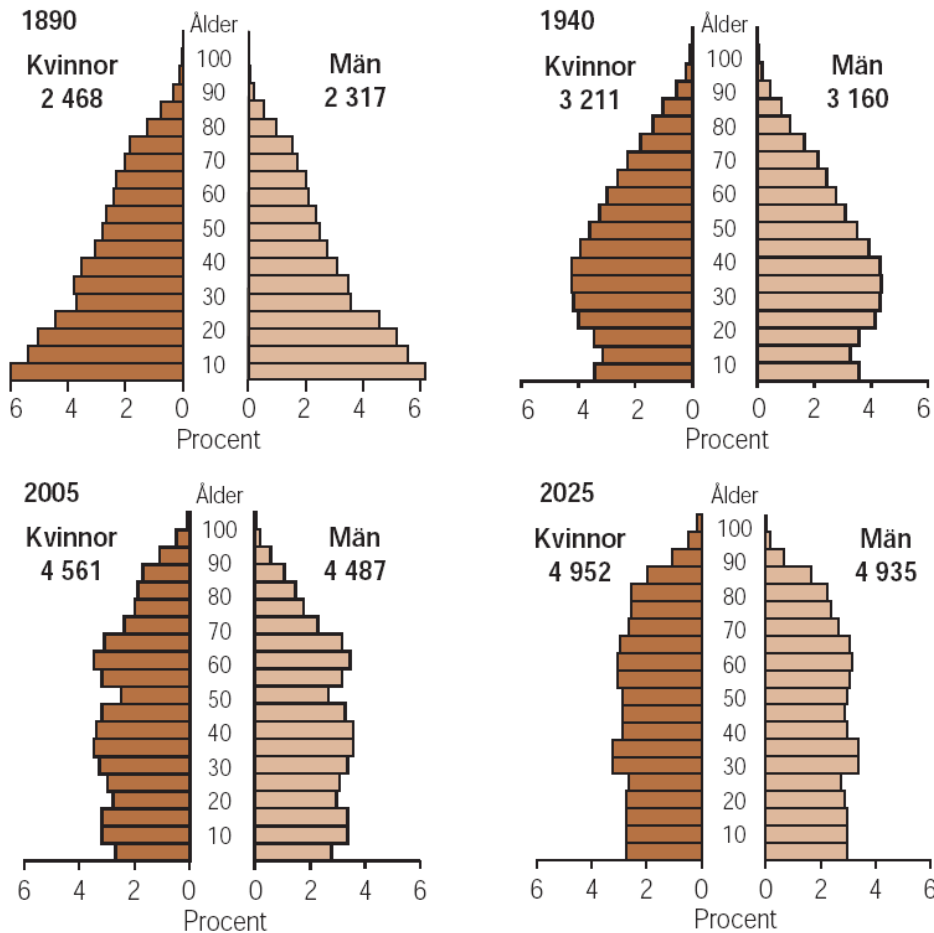
Medellivslängden för kvinnor antas enligt SCB:s prognos 2006 öka från 82,9 år 2006 till 86,3 år 2050. För män antas medellivslängden under samma period öka från 78,7 år 2006 till 83,8 år 2050 (Ref. 25).

## ”Befolkningspyramider” femårs åldersklasser (tusental)

Nedan finns befolkningspyramider (ålderspyramider) som är grafiska framställningar av populationens fördelning på kön och olika åldersklasser.



Källa: Statistisk årsbok 2008. SCB

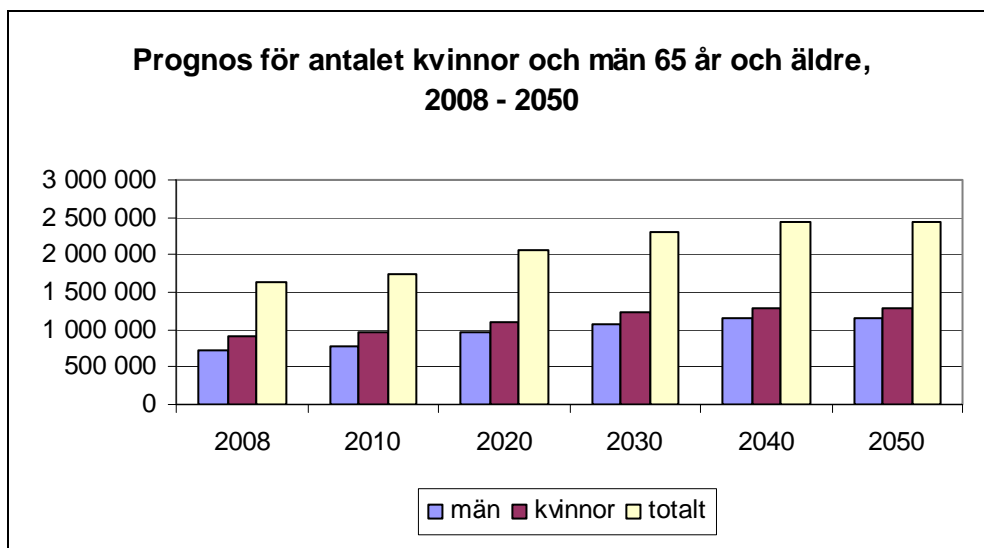


Källa: Befolkningsstatistik, SCB

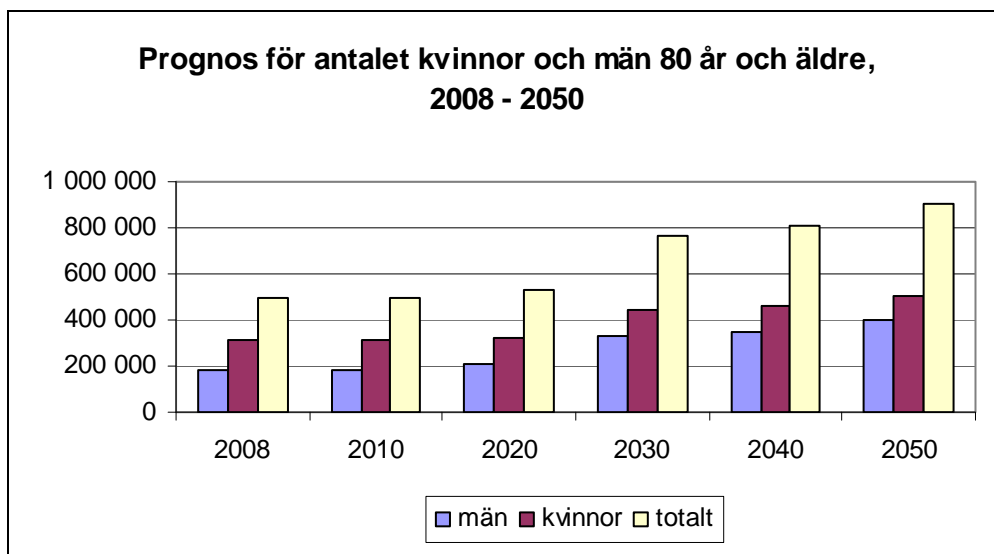
På 1750-talet är det en befolkningspyramid (ålderspyramid) i verklig mening dvs. många personer i ung ålder och allt färre i högre åldrar. Detta är typiskt för ett land med hög fruktsamhet och dödlighet.

De senare framställningarna tenderar att få ett rektangulärt utseende.

### Prognos för antalet kvinnor och män 65 år respektive 80 år och äldre, 2008–2050

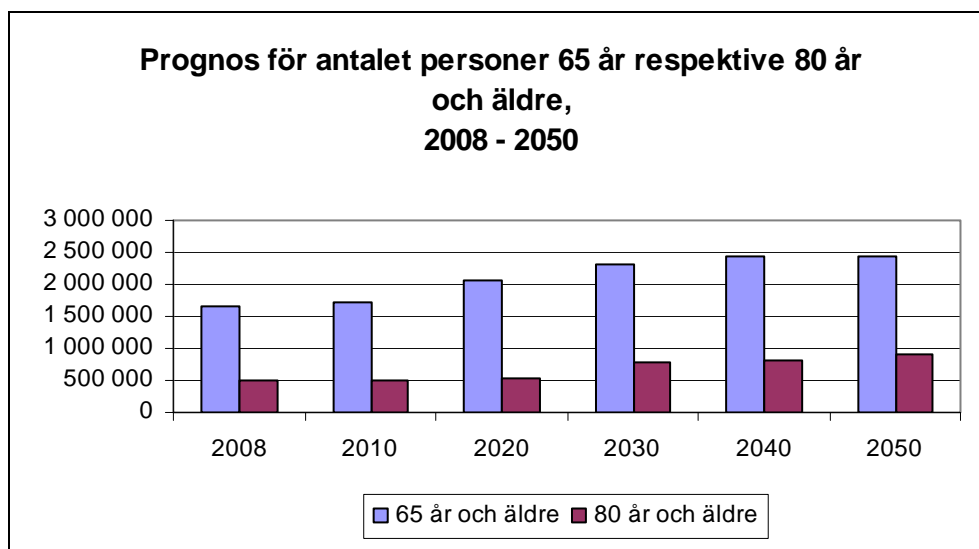


Källa: Befolkningsframskrivningar, SCB

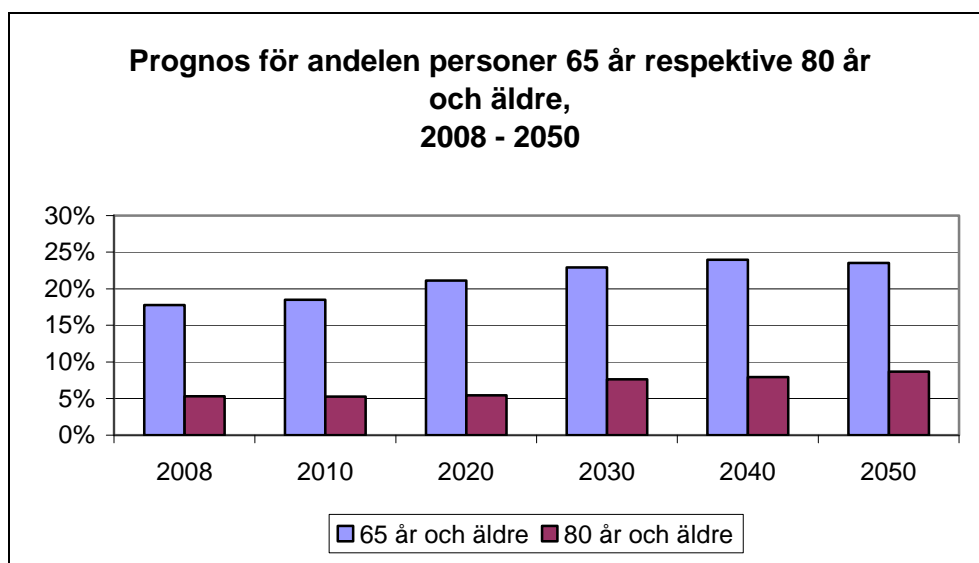


Källa: Befolkningsframskrivningar, SCB

## Prognos för antalet samt andelen av Sveriges befolkning 65 år respektive 80 år och äldre, 2008–2050



Källa: Befolkningsframskrivningar, SCB

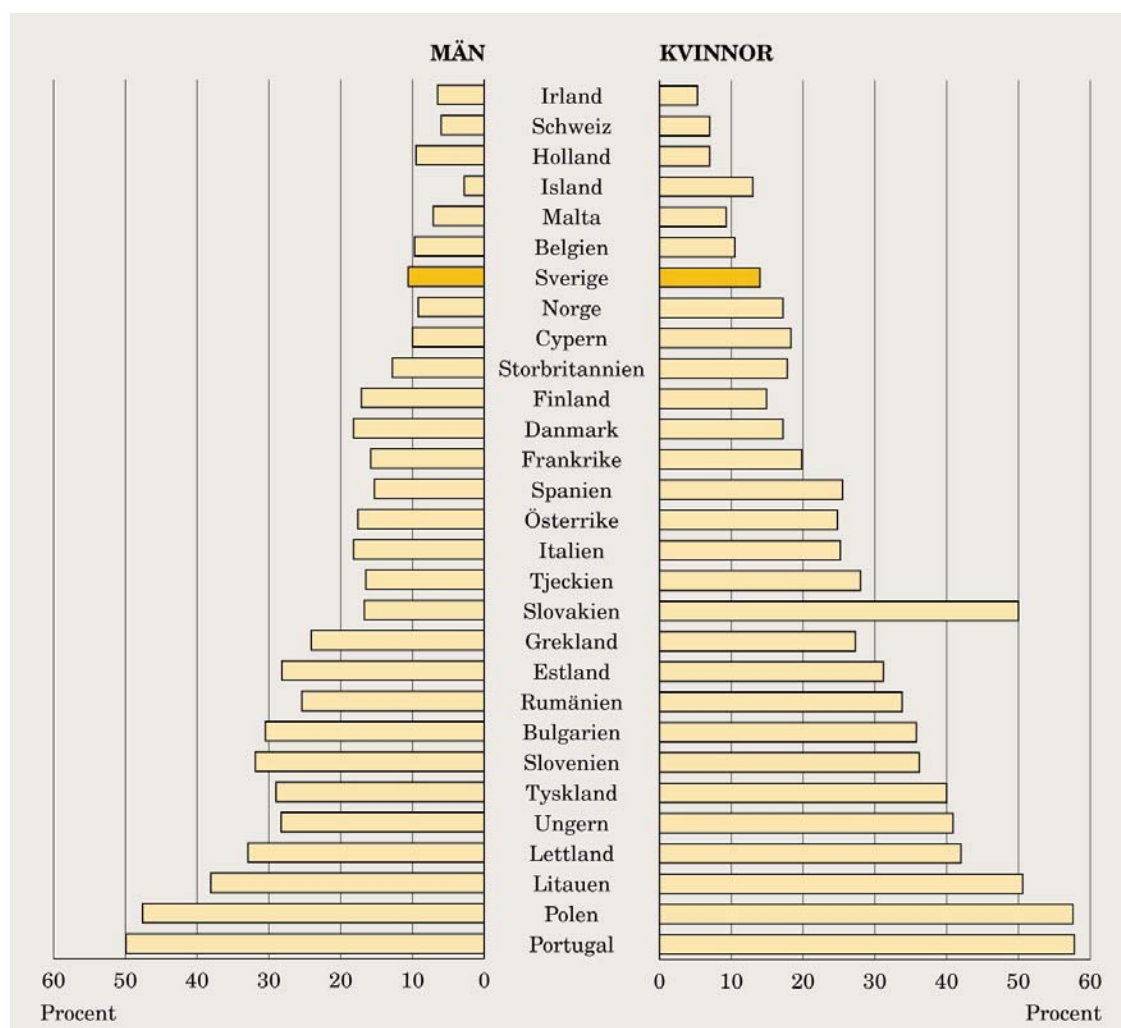


Källa: Befolkningsframskrivningar, SCB

## Äldre i Europa

Den svenska befolkningen över 65 år har en god självupplevd hälsa i jämförelse med övriga EU-länder. Figuren nedan visar andelen 65 år och äldre som svarat att de upplever att deras hälsa är dålig eller mycket dålig.

**Andel (procent) 65 år och äldre som upplever att deras hälsa är dålig eller mycket dålig (Ref. 32).**



Källa: Health Status Statistics, Eurostat

## Hälsa och funktionshinder

I SCB:s ULF (Undersökningarna av levnadsförhållanden) kan man se en ökning mellan 1988/89 och 2002/03 bland män i åldersgrupperna 65–79 år och bland kvinnor som är 80 år och äldre av andelen personer med långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon funktionsnedsättning eller annan svaghet. Märk väl att det rör sig om självrapporterad hälsa och inte en medicinsk undersökning.

Hälsoutvecklingen hos de äldre går sannolikt åt olika håll. Ohälsan kan förväntas öka, genom att mer effektiva behandlingar leder till en ökad överlevnad i ett flertal sjukdomar. Samtidigt kan andelen med nedsatt rörelseförmåga förväntas minska genom det stora antalet höftleds- och knäledsoperationer. Synen hos många äldre är förbättrad eftersom allt fler gråstaroperationer utförs, vilka i sin tur påverkar rörligheten positivt (Ref. 8).

I en avhandling som bygger på tre olika datakällor, bl.a. SWEOLD och SNAC-K, har det analyserats hur förekomsten av komplexa hälsoproblem – att ha svåra problem inom flera olika hälsoområden – förändrats mellan 1992 och 2002 i två representativa urval av Sveriges befolkning 77 år och äldre. De hälsoområden som analyserats – sjukdomar och symptom, nedsatt mobilitet samt kognitions- eller kommunikationsproblem – är centrala för individens livskvalitet och förmåga att klara sig själv och speglar behov av olika typer av vård och omsorg. En person bedömdes ha komplexa hälsoproblem när han eller hon hade svåra problem i minst två av dessa tre hälsodimensioner.

Å ena sidan visade resultaten en ökning mellan 1992 och 2002 av såväl andelen personer med svåra problem i en hälsodimension (från 25 % till 31 %) som med komplexa hälsoproblem (från 19 % till 26 %). Ökningen kvarstod efter kontroll för skillnader i urvalens sammansättning vad gäller kön, ålder och utbildning. Högre ålder, kvinnligt kön och lägre utbildning ökade oberoende av varandra sannolikheten att ha svåra problem i hälsodimensioner.

Å andra sidan minskade dödsrisken med 20 procent mellan 1992 och 2002, kontrollerat för ålder, kön, hälsa och utbildningsnivå. Komplexa hälsoproblem var starkt relaterade till dödlighet både i 1992 års och i 2002 års undersökning. Framför allt hade dödligheten minskat bland män med komplexa hälsoproblem. Detta har lett till att dödligheten bland de skröpligaste männen har sjunkit till kvinnornas nivå.

En tolkning av resultaten ovan kan vara att den ökade förekomsten av komplexa hälsoproblem bland de allra äldsta i Sverige beror på en ökad överlevnad bland skröpliga äldre (Ref. 33).

Det framgår av undersökningen *Bo hemma på äldre da'r* (2000) att av dem som är 75 år och äldre ansåg 86 procent att deras **hälsotillstånd** var gott eller mycket gott (Ref. 12).

En studie över läkemedelsanvändning bland äldre i särskilt boende visade att de i genomsnitt använde 10 läkemedel per person (Ref. 26).

## Sjukdomar/funktionsnedsättningar

Nedsatt rörelseförmåga<sup>1</sup> förekom 2006<sup>2</sup> hos cirka 25 procent av männen och cirka 33 procent av kvinnorna i gruppen 65–69 år. I åldersgrupperna 70–74 år och 75–79 år hade knappt hälften till närmare 60 procent av kvinnorna nedsatt rörelseförmåga, för männen var förekomsten 15–20 procentenheter lägre (31 %, 43 %) än bland kvinnorna. I gruppen 80–84 år hade cirka 60 procent av männen samt cirka 80 procent av kvinnorna funktionsnedsättningar (Ref. 17).

Rörelsehinder<sup>3</sup> förekom 2006<sup>4</sup> i gruppen 65–74 år hos cirka 9 procent av männen och cirka 15 procent av kvinnorna. I åldersgruppen 75–84 år ökade denna andel till cirka 24 procent bland männen och cirka 33 procent bland kvinnorna. Bland de allra äldsta (85+) hade cirka 44 procent av männen och cirka 70 procent av kvinnorna ett rörelsehinder. (Ref. 17).

Svårt rörelsehindrad<sup>5</sup> 2006<sup>6</sup> var cirka 4 procent av männen och cirka 10 procent av kvinnorna i gruppen 65–74 år. Motsvarande för gruppen 75–84 år var cirka 14 procent av männen och cirka 24 procent av kvinnorna. Bland de allra äldsta (85+) var cirka 38 procent män och 58 procent kvinnor svårt rörelsehindrade (Ref. 17).

Problem med arm eller handfunktion är i ännu större utsträckning än svårigheter att förflytta sig ett problem framför allt för kvinnor. Svårigheter att bära och/eller att gripa var 3 gånger så vanligt bland kvinnor som bland män. I SCB:s senaste hälsorapport rörande åren 2004/05 ansåg sig 14 procent av kvinnorna och 5 procent av männen i åldrarna 16–84 år ha svårt att bära 5 kg, t.ex. en tung kasse, en kortare sträcka och 8 respektive 2 procent hade svårigheter att gripa. Ålderskillnaderna var stora, men inte lika dramatiska som vad gäller nedsatt rörlighet och rörelsehinder. Mer än var tionde man samt mer än var fjärde kvinna i gruppen 65–74 år hade svårigheter att bära och/eller gripa.

---

<sup>1</sup> Definition enligt ULF: De som har svarat nej på frågan ”Kan du springa en kortare sträcka, säg 100 meter, om du har bråttom?”

<sup>2</sup> Två olika insamlingsmetoder har använts i 2006 års undersökning vilket medför att jämförbarheten med tidigare år påverkas.

<sup>3</sup> Definition enligt ULF: Att dessutom (se föregående fotnot) inte kunna stiga på en buss obehindrat, och/eller ta en kortare promenad i någorlunda rask takt.

<sup>4</sup> Två olika insamlingsmetoder har använts i 2006 års undersökning vilket medför att jämförbarheten med tidigare år påverkas.

<sup>5</sup> Definition enligt ULF: Rörelsehindrade som behöver hjälp eller hjälpmedel för att förflytta sig utomhus eller inomhus.

<sup>6</sup> Två olika insamlingsmetoder har använts i 2006 års undersökning vilket medför att jämförbarheten med tidigare år påverkas.

I gruppen 75–84 år hade var femte man samt drygt 40 procent av kvinnorna svårigheter att bära och/eller gripa (Ref. 9).

Nedsatt syn<sup>7</sup>, förekom 2006<sup>8</sup> i gruppen 65–74 år hos cirka 2 procent av männen samt cirka 5 procent av kvinnorna. I åldersgruppen 75–84 år hade cirka 8 procent av både männen och kvinnorna nedsatt syn. I gruppen äldre än 85 år beräknades andelen män respektive andelen kvinnor som har nedsatt syn vara cirka 13 respektive cirka 24 procent (Ref. 17).

Den vanligaste orsaken till bestående synnedsättning hos äldre personer är förändringar i gula fläcken eller makuladegeneration<sup>9</sup>. Detta drabbar cirka 30 procent av personer över 75 år (Ref. 1).

Grå starr är den vanligast förekommande orsaken till synnedsättning och närmare hälften av befolkningen kommer att behöva opereras någon gång under sin livstid. Ca 75 000–80 000 operationer av grå starr har gjorts årligen under de senaste åren, vilket gör operationen till landets vanligaste (Ref. 8).

Enligt ULF (Undersökningarna av levnadsförhållanden) 2006<sup>10</sup> förekom hörselnedsättning<sup>11</sup> hos cirka 33 procent av männen samt cirka 17 procent av kvinnorna i gruppen 65–74 år. I åldersgruppen 75–84 år hade cirka 42 procent av männen samt cirka 24 procent av kvinnorna nedsatt hörsel. Bland de allra äldsta (85+) hade cirka 60 procent av männen och cirka 36 procent av kvinnorna en hörselnedsättning (Ref. 17). Eftersom personer med fungerande hörapparat inte räknas in bland de med nedsatt hörsel, bör det kunna innebära att den verkliga siffran, dvs. antalet personer med hörselnedsättning, är betydligt högre. Knappt en halv miljon människor över 65 år beräknades enligt SCB/HRF ha en hörselnedsättning 2004<sup>12</sup> (Ref. 13).

Enligt SBU:s rapport om demenssjukdomar finns det ca 140 000 personer med någon form av demenssjukdom. Personer med Alzheimers sjukdom utgör två tredjedelar av de demenssjuka. Andra större demenssjukdomar är vaskulär demens (10 procent av de samtliga) och frontallobsdemens (5 procent) (Ref. 18 resp. 31).

---

<sup>7</sup> Definition enligt ULF: Att inte kunna läsa vanlig text i en dagstidning (med eller utan glasögon).

<sup>8</sup> Två olika insamlingsmetoder har använts i 2006 års undersökning vilket medför att jämförbarheten med tidigare år påverkas.

<sup>9</sup> Socialstyrelsen, Folkhälsorapport 2005, 2005.

<sup>10</sup> Två olika insamlingsmetoder har använts i 2006 års undersökning vilket medför att jämförbarheten med tidigare år påverkas.

<sup>11</sup> Definition enligt ULF: Kan inte utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer (med eller utan hörapparat).

<sup>12</sup> Definition enligt ULF: Kan inte utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer (med eller utan hörapparat).

Demenssjukdom är ett syndrom med ålder som främsta riskfaktor. Vid 65 års ålder är förekomsten av demenssjukdom 1 procent och vid 90 års ålder 50 procent. Antalet utredningar om demens uppskattades 2003 till 17 000–20 000 per år (Ref. 28).

Andelen personer med demenssjukdom fördubblas för varje femårsklass över 65 års ålder. Gruppen ”äldre äldre” består främst av kvinnor. Kvinnor över 85 år har större andel Alzheimers sjukdom än män i samma ålder.

Kostnaden för personer med demenssjukdom (2005) i Sverige beräknas till cirka 50 miljarder kronor (eller drygt 350 000 kr per person med demenssjukdom) och kostnaderna som kan hänföras till enbart demenssjukdomar skattas till 35–38 miljarder kr (cirka 245 000–270 000 kr per person med demenssjukdom) (Ref. 31).

När det gäller psykiatriska diagnoser som depressiva syndrom, ångest-syndrom och psykotiska tillstånd hade ca 15 procent fått en diagnos vid 75 års ålder enligt en forskningsrapport från 2001 (Ref. 14). Ungefär var femte över 65 år har uppgett i ULF (Undersökningarna av levnadsförhållanden) 2005 att de har besvär av ängslan, oro eller ångest<sup>13</sup>. Kvinnor drabbas i mycket högre grad än männen av ängslan, oro eller ångest. I gruppen 65–74 år är det ungefär var fjärde kvinna och var tionde man (Ref. 17).

Förekomsten av diabetes var i grupperna 65–69 år samt 75–79 år ca 7 procent och i grupperna 70–74 år samt 80–84 år ca 10 procent (Ref. 17). Män drabbas i högre grad än kvinnor av diabetes. En något äldre ULF (Undersökningarna av levnadsförhållanden) visade att i befolkningsgruppen som är 85 år och äldre är 7 procent diabetiker (Ref. 7).

Nästan 40 procent av personer över 75 år har urininkontinens. Det är vanligare bland kvinnor än män. Fekalinkontinens (avföringsinkontinens) förekommer hos ca 17 procent och dubbel inkontinens hos ca 15 procent av personer över 75 år. Fekalinkontinens och dubbel inkontinens är lika vanligt hos kvinnor som hos män (Ref. 20).

Enligt SBU är urininkontinens ett utbrett folkhälsoproblem. En halv miljon människor i Sverige har urininkontinens minst en gång per vecka, men endast drygt hälften önskar behandling. Den totala kostnaden för urininkontinens beräknas till mellan 3 och 4 miljarder (2000) (Ref. 16).

Varje år insjuknar ca 30 000 svenskar i stroke (hjärninfarkt-blodpropp i hjärnan och hjärnblödning), varav 3 av 4 är äldre än 70 år (Ref. 22). Medelåldern vid insjuknande är 75 år (män 73 år, kvinnor 77 år). Uppskattningsvis är totalt 100 000 personer drabbade av slaganfall och minst 20 000 av dem behöver omfattande hjälpinsatser och tillsyn dygnet

---

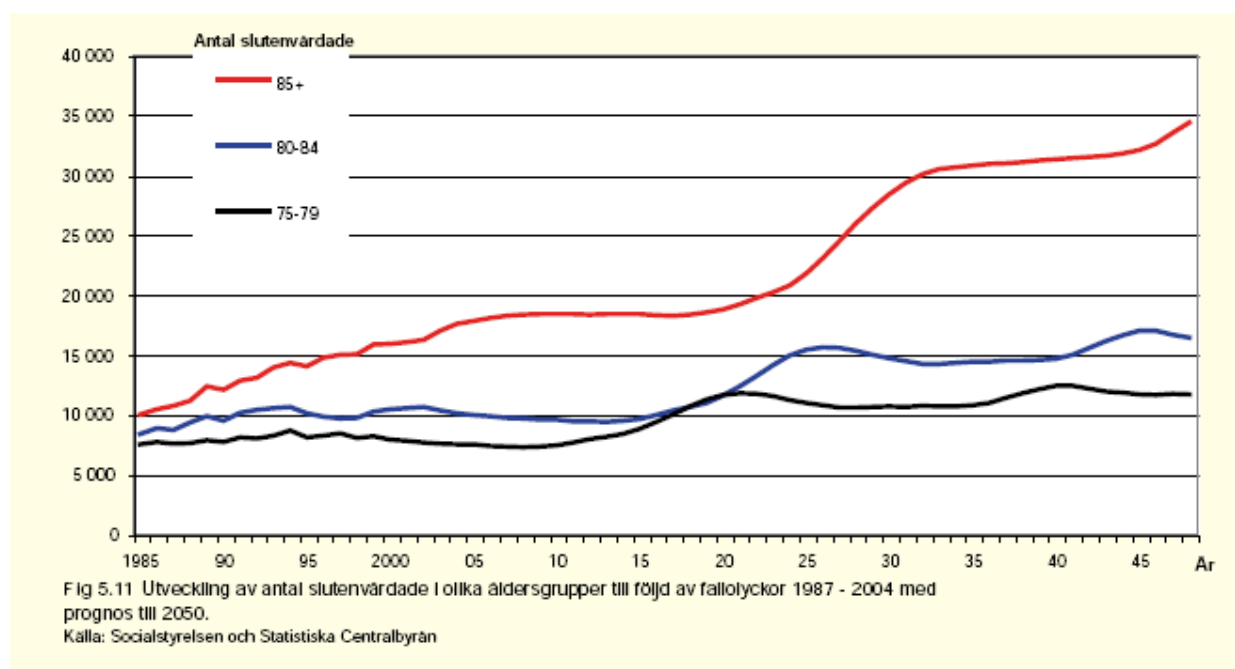
<sup>13</sup> Definition enligt ULF: Har svarat med något av alternativen ”Ja, lätta besvär” eller ”Ja, svåra besvär” på en direkt fråga om man har besvär av ängslan, oro eller ångest.

runt (Ref. 14). Stroke är den somatiska sjukdom som kräver flest vård-dagar på sjukhus. Stora delar av samhällskostnaderna ligger hos kommunerna. Insatser av närstående är betydande. De totala samhälls-ekonomiska kostnaderna är drygt 12 miljarder kronor (2000 års priser) (Ref. 15).

## Fallolyckor

Den totala vårdkostnaden för höftopererade till följd av fallolyckor uppgår i okomplicerade fall till cirka en kvarts miljon kronor per person. Totalt beräknas samhällets kostnad för enbart äldres fallolyckor kosta samhället 5 miljarder varje år. Dessa kostnader fördelar sig nästan lika på kommunerna och landstingen. Med SCB:s befolkningsprognos som grund konstateras att antalet människor som är 80 år eller äldre vars fallskador leder till sjukhusvård ökar från dagens cirka 25 000–30 000 personer till drygt 45 000 personer om något mer än 20 år (Ref. 27).

### Antal personer i slutenvård i olika åldersgrupper till följd av fallolyckor 1987–2004, prognos till 2050.



# Kostnader

## Vård och omsorg om äldre

Kostnaderna för äldreomsorgen uppgick till 80 196 miljoner kronor 2006 och 85 237 miljoner kronor 2002.

*Tabell 10. Kostnadsutveckling för äldreomsorgens insatser 2002–2006. 2006 års priser. Miljoner kronor samt procent.*

	2002	2003	2004	2005	2006	Förändring 2002– 2006, mnkr	Förändring 2002– 2006, %
<b>Äldreomsorg</b>	<b>85 237</b>	<b>82 473</b>	<b>81 748</b>	<b>79 570</b>	<b>80 196</b>	<b>-5 041</b>	<b>-5,9</b>
Särskilt boende	57 100	54 785	53 047	50 323	49 496	-7 605	-13,3
Ordinärt boende	26 630	26 107	27 170	27 854	29 347	2 716	10,2
Hemtjänst	..	..	19 529	19 235	20 619	..	..
Korttidsvård	4 041	4 440	4 681	4 704	4 884	844	21
Öppen verksamhet	1 507	1 581	1 530	1 393	1 354	-152	-10,1

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2002–2006, SCB.

Mellan 2002 och 2006 har kostnadsandelen i ordinärt boende ökat från 31 procent till 37 procent (26 630 Mkr, 29 347 Mkr), kostnadsandelen i särskilt boende minskat från 67 procent till 61 procent (57 100 Mkr, 49 496 Mkr).

I kostnadsposten ordinärt boende är 70 procent hemtjänstinsatser, 17 procent korttidsvård och 13 procent övriga insatser.

Det är framför allt för särskilda boenden som de totala kostnaderna minskade mest mellan 2002 och 2006, en minskning med cirka 13 procent.

För ordinärt boende kan man se en ökning med cirka 10 procent. Öppen verksamhet minskade med cirka 10 procent (Ref. 10).

## Äldres hälso-och sjukvård

I dagsläget finns det inga nationella uppgifter om kostnader för äldres hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har gjort en uppskattning utifrån underlag från nationalräkenskaperna och Region Skåne. Dessa kostnader är inte jämförbara med kommunernas kostnader för äldreomsorgen. För 2006 uppskattas kostnaderna till 87–88 miljarder kronor (Ref. 10).

## Särskilda boendeformer eller hemtjänst

Nära 239 000 personer 65 år och äldre bodde permanent i särskilda boendeformer *eller* var beviljade hemtjänst i ordinärt boende den 1 oktober 2006, vilket motsvarar ca 15 procent av befolkningen i denna åldersgrupp (Ref. 21).

Bland personer 65–74 år hade ca 3 procent hemtjänst i ordinärt boende eller bodde i särskilt boende medan motsvarande andel bland de äldsta (95 år och äldre) var ca 93 procent. I åldersgruppen 80 år och äldre hade ca 37 procent antingen hemtjänst eller bodde i särskilt boende (Ref. 21).

Hemtjänst är vanligare än särskilt boende i åldrarna 65–89 år. Det är först i åldrarna över 90 år som andelen som bodde i särskilt boende är större än andelen med hemtjänst.

Nära 135 000 äldre, som bodde i ordinärt boende, var beviljade hemtjänst den 1 oktober 2005 (Ref. 21).

En jämförelse med förhållandena år 2000 visar bl.a. följande:

- Antalet personer 80 år och äldre som bodde permanent i särskilda boendeformer *eller* var beviljade hemtjänst i ordinärt boende har ökat med ca 7 500 personer. Samtidigt som antalet personer 80 år och äldre i särskilt boende har *minskat* med ca 11 900 personer har antalet personer med hemtjänst i denna åldersgrupp *ökat* med nära 19 500.
- Antal personer i åldern 65–79 år som bodde i särskilda boendeformer *eller* som var beviljade hemtjänst i ordinärt boende har minskat med ca 7 700 personer. Det är främst antalet personer i särskilt boende som minskat.
- Sammantaget för hela gruppen 65 år och äldre betyder förändringarna sedan år 2000 att antalet personer som bodde i särskilda boendeformer *eller* var beviljade hemtjänst i ordinärt boende har minskat med ca 200 personer. Samtidigt som antalet boende i särskilda boendeformer har *minskat* med ca 17 procent eller ca 19 700 personer har antalet personer med hemtjänst *ökat* med ca 16 procent eller ca 19 500 personer. I förhållande till antalet personer 65 år och äldre i befolkningen har andelen i denna åldersgrupp som antingen bodde permanent i särskilda boendeformer *eller* var beviljade hemtjänst i ordinärt boende minskat från ca 16 procent till ca 15 procent. Bland personer 80 år och äldre minskade motsvarande andel från ca 39 procent till ca 37 procent. (Ref. 21).

I en statistisk analys där många faktorer ingick jämfördes sannolikheten att få hemtjänst 1988/89 och 2002/03 när hänsyn tagits till förändringar i studiegruppen avseende ålder, sammanboende/ensamboende, behov av hjälp med husliga sysslor eller personlig omsorg, samt svåra rörelsehinder. Analyserna visade att minskningen av andelen personer med hemtjänst inte kan förklaras av de äldres minskade behov av hjälp i hushållet eller med personlig omsorg, eller som en följd av att de äldres rörelseförmåga förbättrats (Ref. 19).

## Informella hjälpgivare

När det gäller informella hjälpgivare finns det inte någon verksamhetsstatistik att luta sig mot – de flesta som hjälper en närstående gör det utan kontakt med den offentliga hjälpapparaten. För att kunna göra en uppskattning av den informella omsorgens omfattning måste man därför samla in informationen på annat sätt. I princip är det två metoder som har använts: antingen har SCB frågat den som tar emot eller den som ger hjälp.

Avgränsningen av de informella hjälpgivarna görs med hjälp av två frågor i ULF-undersökningen: ”Hjälper du själv regelbundet någon annan person som är gammal, sjuk eller handikappad och som antingen bor här i ditt hushåll eller någon annanstans?” samt följdfrågan ”Vem hjälper du?” Frågorna har endast ställts till personer 55 år och äldre som inte bor på institution.

**Tabell 18. 2. Olika grupper av informella hjälpgivare i befolkningen 55+ år. År 2002-03**

	Andel av befolkningen
<i>Anhörigvårdare</i> (hjälper en person inom det egna hushållet dagligen eller flera gånger i veckan)	3
<i>Omsorgsgivare</i> (hjälper en person utanför egna hushållet dagligen eller flera gånger i veckan)	6
<i>Hjälpare</i> (hjälper en person högst en gång i veckan)	15
<i>Informella hjälpgivare</i> sammantaget	(24)
<i>Ger ej regelbunden hjälp</i>	76
<hr/> Antal intervjuade: 5 182	<hr/> 100 %

Denna liksom alla följande tabeller och figurer i kapitlet avser den hemmaboende befolkningen, dvs. de som bor i institution ingår ej.

Källa: Äldres levnadsförhållanden (2006), SCB

## Pensionärer<sup>1</sup> i ordinärt<sup>2</sup> boende som behöver och får<sup>3</sup> hjälp varje vecka under 1980 och 2005


Andel (%) av alla i gruppen

	Kvinnor		Män	
	1980	2005	1980	2005
<b>Sammanboende</b>				
65–74 år				
Kommunal hjälp	2	1	1	1
Hjälp från hushållsmedlem	4	11	8	2
Hjälp från övrig anhörig/bekant	1	1	0	0
75–84 år				
Kommunal hjälp	21	7	7	1
Hjälp från hushållsmedlem	19	23	17	12
Hjälp från övrig anhörig/bekant	6	10	2	1
<b>Ensamstående</b>				
65–74 år				
Kommunal hjälp	8	3	5	6
Hjälp från hushållsmedlem	1	1	2	0
Hjälp från övrig anhörig/bekant	3	2	2	72
75–84 år				
Kommunal hjälp	27	17	14	..
Hjälp från hushållsmedlem	5	2	3	..
Hjälp från övrig anhörig/bekant	11	18	11	..

1 Undersökningen avser 65–84 år.

2 Ej servicehus eller institution.

3 Samma person kan få hjälp från flera håll.

 Källa: Undersökning av levnadsförhållanden, SCB

## Hjälpmedel

Äldre använder sig i hög utsträckning av hjälpmedel. Uppskattningsvis har 21 procent av 70-åringarna och 47 procent av 76-åringarna i ordinärt boende **ADL-hjälpmedel**<sup>14</sup> dvs. **hjälpmedel för att kompensera ett rörelsehinder, rollator, badbräda, duschpall o.d.** (Ref. 11). Bland 85-åringarna i ordinärt boende är det tre av fyra samt bland 90-åringarna är det nio av tio som använder något **ADL-hjälpmedel**<sup>15</sup> och det rör sig framför allt om hjälpmedel i samband med bad och förflyttning (Ref. 23 resp. Ref. 24).

Hjälpmedelsinstitutets (HI) statistik visar att minst 70 procent av alla förskrivningar av hjälpmedel är till personer som är 65 år och äldre (Ref. 2-4).

## Inkontinenshjälpmedel

Den vanligaste åtgärden vid urininkontinens är att använda hjälpmedel, såsom absorberande produkter. Litteraturen visar att det finns många brister i kunskaperna om vilka hjälpmedel som bör användas för den enskilde patienten (Ref. 16).

Andelen personer med inkontinensbesvär som använder absorberande produkter har ökat under de senaste 20 åren (läs 1980–2000). Ett av skälen till detta är strävan att i åldringsvården minska användningen av katetrar, vilka i stor utsträckning ersatts av absorberande produkter. SBU uppskattar (2000) att en halv miljon människor i Sverige har urininkontinens minst en gång per vecka, men endast drygt hälften önskar behandling.

Användningen av inkontinenshjälpmedel är utbredd framför allt hos kvinnor, men andelen män som använder inkontinenshjälpmedel ökar markant efter 70 års ålder. Uppemot 80 procent av de inkontinenta inom institutionsvård använder någon form av hjälpmedel (Ref. 16).

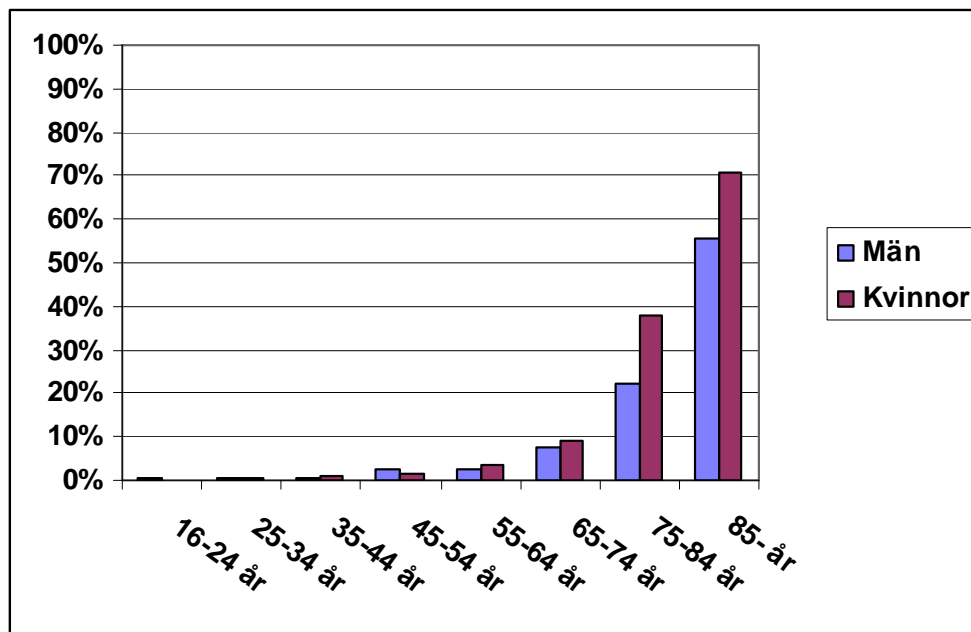
---

<sup>14</sup> Syn-, hörsel- och inkontinenshjälpmedel är inte inräknade.

<sup>15</sup> Syn- och hörselhjälpmedel är inte inräknade.

## Förflyttningshjälpmedel

### Något förflyttningshjälpmedel (käpp, bock, rollator och/eller rullstol) inomhus eller utomhus



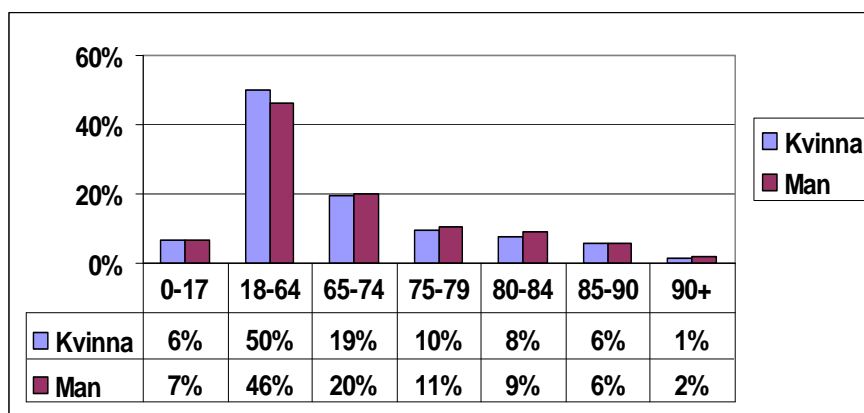
Källa: Undersökning av levnadsförhållanden, SCB

Användningen av förflyttningshjälpmedel (käpp, bock, rollator och/eller rullstol) ökar kraftigt med åldern vilket illustreras i diagrammet ovan. Vid 75 års ålder sker en dramatisk ökning, drygt 20 procent av männen respektive knappt 40 procent av kvinnorna använder något förflyttningshjälpmedel. Bland personer 85 år och äldre är 70 procent av kvinnorna respektive 55 procent av männen användare av något förflyttningshjälpmedel.

### Rullstolar

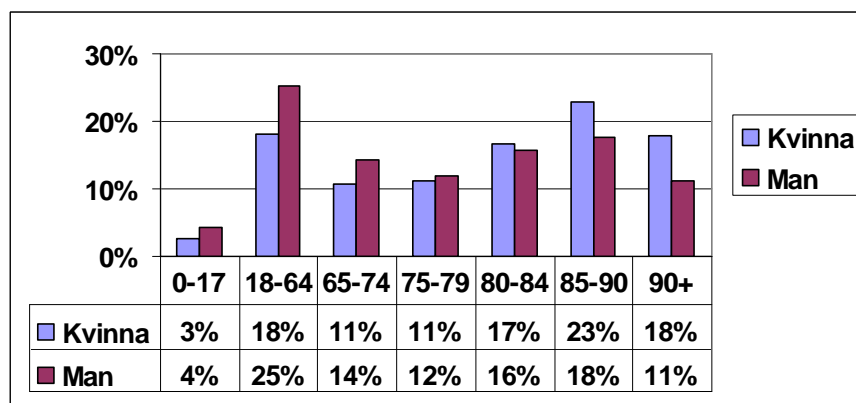
Enligt SCB:s ULF (2005) fanns det cirka 100 000 användare av rullstol. Ungefär hälften av rullstolsanvändarna är 80 år och äldre. Cirka 80 procent av rullstolsanvändarna som är 80 år och äldre använder rullstol inomhus.

### Användare av eldriven rullstol efter kön och ålder, 11 landsting 2005 (Ref. 4).



Källa: Hjälpmedelsinstitutet

### Användare av manuell rullstol efter kön och ålder, 9 landsting 2005 (Ref. 4).



Källa: Hjälpmedelsinstitutet

Diagrammen ovan visar hur brukare som har fått en rullstol (eldriven-, manuell rullstol) förskrivna fördelar sig över åldersgrupp inom respektive kön.

### Rullatorer

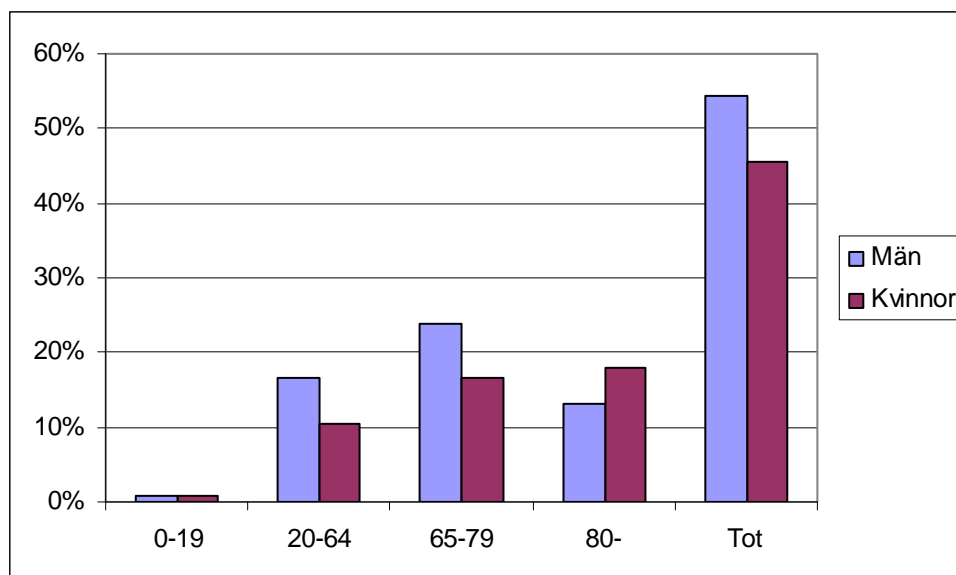
I SCB:s Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) 2005 uppgav cirka 240 000 personer att de använde rollator. 95 procent av rollatoranvändarna var 65 år och äldre. Något mer än två tredjedelar av rollatoranvändarna var äldre än 80 år. Ungefär hälften av dem använder rollator inomhus. Kvinnorna utgjorde tre fjärdedelar av rollatoranvändarna och kvinnorna 80 år och äldre utgjorde något mer än hälften av samtliga rollatoranvändare.

## Hörapparater

Enligt HRF:s (Hörselskadades Riksförbunds) uppgifter från hörcentraler utprovades det något mer än 100 000 hörapparater (drygt 70 000 brukare) år 2006. Motsvarande uppgift för 2005 var nästan 89 000 hörapparater (drygt 64 000 brukare) (Ref. 13 resp. Ref. 5).

Diagrammen nedan visar att äldre brukare (65–) utgör en stor andel, ungefär 70 procent av dem som förskrivits hörapparat vid Hörcentralerna (Ref. 2).

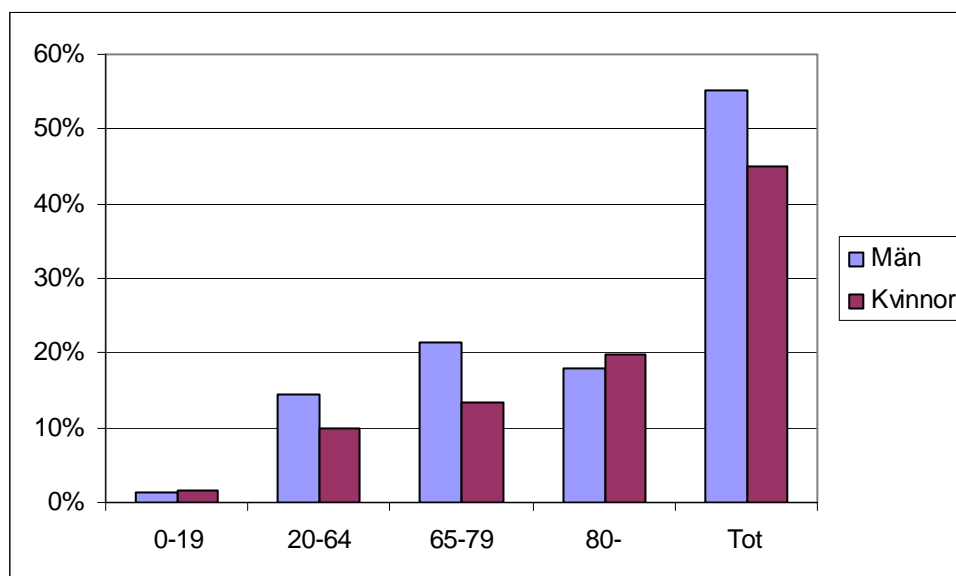
### **Brukare som för första gången fått en hörapparat förskrivna, 2006<sup>16</sup>** **(Ref. 2)**



Källa: Statistik från hörcentraler 2006, Hjälpmedelsinstitutet

<sup>16</sup>Diagrammet är baserat på ett befolkningsunderlag motsvarande cirka 40 procent av befolkningen

## Brukare som har bytt hörapparat, 2006<sup>17</sup> (Ref. 2).



Källa: Statistik från hörcentraler 2006, Hjälpmedelsinstitutet

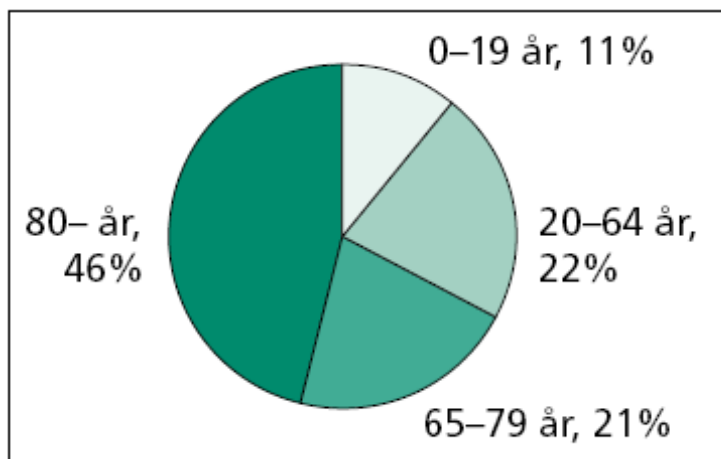
---

<sup>17</sup>Diagrammet är baserat på ett befolkningsunderlag motsvarande cirka 33 procent av befolkningen

## Åtgärder vid syncentral

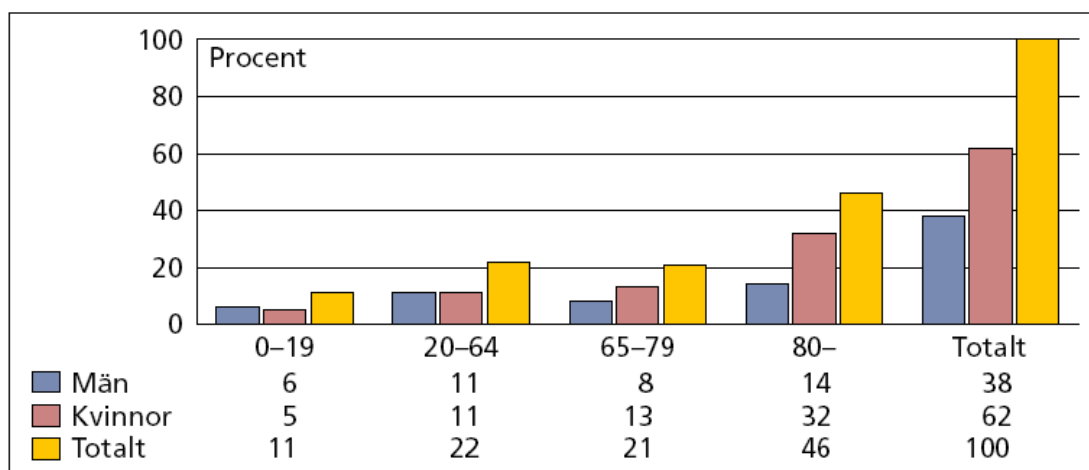
Åldersgruppen 65 år och äldre utgjorde två tredjedelar av individerna som erhållit åtgärd vid syncentral 2006 (Ref. 3).

**Diagrammen nedan visar andelen individer som erhållit åtgärder efter åldersgrupp respektive efter åldersgrupp och kön år 2006 (Ref. 3).**



Källa: Statistik från syncentraler 2006, Hjälpmedelsinstitutet

Individer som erhållit åtgärd efter ålder och kön, 9 landsting och Region Skåne (%), 2006



Källa: Statistik från syncentraler 2006, Hjälpmedelsinstitutet

Kvinnorna i gruppen 65 år och äldre utgjorde två tredjedelar och männen således en tredjedel av individer i åldersgruppen som erhållit åtgärd. Kvinnorna i åldersgruppen 65 år och äldre utgjorde 45 procent och männen 22 procent av samtliga individer som erhållit insats (Ref. 3).

## Referenser

1. Hjälpmedelsinstitutet (2003), *Att finna nya vägar, Information för äldre personer med makuladegeneration – åldersförändringar i gula fläcken*, 3: e uppl.
2. Hjälpmedelsinstitutet (2007), *Statistik från hörcentraler 2006*.
3. Hjälpmedelsinstitutet (2008), *Statistik från syncentraler 2006*.
4. Hjälpmedelsinstitutet (2006), *Statistik från hjälpmedelscentraler anslutna till en hjälpmedelsdatabas*. Opublicerat.
5. Hörselskadades riksförbund (HRF) (2006), *Det går väl ganska bra? – om hörselskadades situation i Sverige, årsrapport 2006*.
6. Statistiska Centralbyrån (SCB) (2008), *Statistikdatabasen (Befolkning)*.
7. Statistiska Centralbyrån (SCB), *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF), 1988/89–1996/97 (1998/99)*.  
Statistiska Centralbyrån (SCB) har på uppdrag av Hjälpmedelsinstitutet gjort en framskrivning av förekomst av funktionshinder i gruppen 85 år och äldre. Vi har gjort antagandet att trenden 1988/89–1996/97 (1998/99) i gruppen 85 år och äldre avseende funktionsnedsättningar är samma.
8. Socialstyrelsen (2005), *Folkhälsorapport 2005*.
9. Statistiska Centralbyrån (SCB) (2006), *Ohälsa och sjukvård 1980-2005*.
10. Socialstyrelsen (2008), *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2007*.
11. Sonn, U. (2000), *Att leva och bo hemma – äldre personers erfarenheter av hjälpmedel och närmiljö*, Hjälpmedelsinstitutet.
12. Sundström, G. & Hassing, L. (2000), *Bo hemma på äldre da'r – en riksomfattande studie av äldres hälsa och levnadsförhållande*, Institutet för gerontologi i Jönköping.
13. Hörselskadades riksförbund (HRF) (2007), *Äh, det var inget viktigt... – om hörselskadades situation i Sverige, årsrapport 2007*.
14. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum (2001), *Äldres hälsa och välbefinnande, En utmaning för folkhälsoarbetet*.
15. Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens riktlinjer för strokesjukvård 2005*. Hämtat från <http://www.sos.se>. Februari 2006.

16. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2000). *Behandling av urininkontinens*, SBU-rapport 143/2000.
17. Statistiska Centralbyrån (SCB) (2002/03, 2004, 2005, 2006), *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)*.
18. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2006), *Demenssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt*.
19. Socialstyrelsen och Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum (2005), *Hemtjänsten och de äldres behov - en jämförelse över tid*. Underlag från experter.
20. Stenzelius, K. (2005), *Urinary and faecal incontinence among older women and men: in relation to other health complaints, quality of life and dependency*.
21. Socialstyrelsen (2007), *Äldre – vård och omsorg år 2006*.
22. Sahlgrenska akademien, *SAHLSIS* (The Sahlgrenska Academy Study on Ischemic Stroke), (2005). Hämtat från <http://www.sahlgrenska.gu.se> December 2005.
23. Dahlin Ivanoff, S. & Sonn, U. (2004), Assistive devices among 85-year-olds living at home focusing especially on the visually impaired. *Disability and Rehabilitation*, vol.26, s. 1423-30. ISSN 0963-8288.
24. Dahlin Ivanoff, S. & Sonn, U. (2005), Changes in the use of assistive devices among 90-year-old persons. *Aging – Clinical and Experimental Research* vol.17, s. 1-6. ISSN 1594-0667.
25. Statistiska Centralbyrån (SCB) (2007), *Sveriges framtida befolkning 2007-2050*.
26. Socialstyrelsen (2004), *Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. KÄLLA projektet: En tillämpning av kvalitetsindikatorer för analys av läkemedelsanvändningen hos äldre med dosexpedition på kommunala äldreboenden i ett svenskt län*.
27. Räddningsverket (2007), *Olyckor i siffror. En rapport om olycksutvecklingen i Sverige*.
28. Demensutredningen (2003), *På väg mot en god demensvård – samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*. (Ds 2003:47). ISBN 91-38-21936-0.
29. Statistics Denmark, Ulla Agerskov (2007), *Nordic Statistical yearbook 2007*, vol 45.
30. Statistiska Centralbyrån (SCB) (2008), *Statistisk Årsbok 2008*.

31. Socialstyrelsen (2007), *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*.
32. Sveriges kommuner och landsting (2007), *Öppna jämförelser 2007-Äldreomsorg*.
33. Meinow, B. (2008), *Capturing Health in the Elderly Population Complex Health problems, Mortality, and the Allocation of Home-Help Services*.

# Äldrestatistik Juni 2008

är en uppdaterad version av Hjälpmedelsinstitutets sammanställning av statistiska uppgifter som rör gruppen äldre i Sverige.

Sammanställningen visar bl.a. hur gruppen äldre ökar i den svenska befolkningen och hur deras hälsa, funktionsnedsättning, boende, tillgång till hemtjänst och inte minst användning av hjälpmedel fördelar sig statistiskt.

Hjälpmedelsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum inom området hjälpmedel och tillgänglighet för människor med funktionsnedsättning.

Hjälpmedelsinstitutet arbetar för full delaktighet och jämlikhet genom att medverka till bra och säkra hjälpmedel, en effektiv hjälpmedelsverksamhet och ett tillgängligt samhälle.

Hjälpmedelsinstitutets verksamhet omfattar:

- provning och stöd vid upphandling av hjälpmedel
- forskning och utveckling
- utredningsverksamhet
- utbildning och kompetensutveckling
- internationell verksamhet
- information och kommunikation

Hjälpmedelsinstitutets huvudmän är staten och Sveriges Kommuner och Landsting.



Hjälpmedelsinstitutet

Box 510, 162 15 Vällingby

Tfn 08-620 17 00

Fax 08-739 21 52

Texttfn 08-759 66 30

E-post [registrator@hi.se](mailto:registrator@hi.se)

Webbplats [www.hi.se](http://www.hi.se)

Best nr 08349