

Akershus



Folkehelseprofilen er et bidrag til arbeidet med å skaffe oversikt over helsetilstanden i fylket og oppgaven med å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, jamfør lov om folkehelsearbeid. Også andre informasjonskilder må benyttes i oversiktsarbeidet, se figuren nedenfor.



Statistikken er fra Norgeshelse statistikkbank per mars 2024.

Utgitt av
Folkehelseinstituttet
Postboks 222 Skøyen
0213 Oslo
E-post: kommunehelse@fhi.no

Redaksjon:
Guri Rørtveit, ansvarlig redaktør
Else Karin Grøholt, fagredaktør
Fagredaksjon for folkehelseprofiler
Idékilde: Public Health England
Illustrasjoner: FHI og Fete Typer

Bokmål

Batch 1803241340.1803241453.1803241340.1803241453.18/03/2024 15:36

Nettside:
www.fhi.no/folkehelseprofiler

Noen trekk ved fylkets folkehelse

Eldres helse er temaet for folkehelseprofilen 2024. Temaet gjenspeiles i indikatorer og figurer.

Indikatorene som presenteres i profilen er valgt med tanke på helsefremmende og forebyggende arbeid. All statistikk må tolkes i lys av annen kunnskap om lokale forhold.

Befolkning

- Andelen unge eldre (65-79 år) i fylket er lavere enn i landet som helhet. Finn tall for andelen over 80 år på side 4. Les mer om eldre og Eldres helse på midtsidene.
- I aldersgruppen 75 år og eldre er andelen som bor alene lavere enn i landet som helhet.

Oppvekst og levekår

- Andelen som bor i husholdninger med vedvarende lav inntekt, er lavere enn i landet som helhet. Vedvarende lav husholdningsinntekt vil si at den gjennomsnittlige inntekten i en treårsperiode er under 60 prosent av median husholdningsinntekt i Norge.
- Andelen som bor i husholdninger med høy gjeld, er høyere enn i landet som helhet. Høy gjeld vil si en gjeld tre ganger høyere enn samlet husholdningsinntekt.

Miljø, skader og ulykker

- Andelen 17-åringer som oppgir at de kan svømme 200 meter er høyere enn landsnivået, vurdert etter resultater fra nettbasert sesjon 1 for gutter og jenter. Gode svømmeferdigheter kan bidra til å forebygge drukningsulykker.

Helserelatert atferd

- Andelen 17-åringer som oppgir at de trener sjeldnere enn ukentlig er lavere enn i landet som helhet, vurdert etter resultater fra nettbasert sesjon 1 for gutter og jenter.

Helsetilstand

- Forventede antall gjenstående funksjonsfriske leveår for menn i alderen 65 år, er høyere enn i landet som helhet. Indikatoren sier noe om hvor mange år en person kan forvente å leve uten langvarige aktivitetsbegrensninger. Se figur på midtsidene og folkehelsebarometeret på side 4 for tall for kvinner i fylket.

Lengre liv – flere eldre

Levealderen øker, og vi forventer en betydelig økning i antallet og andelen eldre i befolkningen fram mot 2050. Denne økningen er noe fylkeskommunen og kommunene bør planlegge for.

Økningen i forventet levealder gjør at flere vil leve til de er godt over 90 år. Gruppen eldre vil øke i størrelse, og flere vil leve med en eller flere kroniske sykdommer. Dagens aldersfordeling og framskrevet aldersfordeling i fylket er vist i figur 1.

Helse og funksjon

Totalt sett er eldre friskere og har bedre funksjon i dag enn tidligere. Med høy alder øker imidlertid forekomsten av kreft, diabetes, hjerte- og karsykdommer, demens, kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), beinskjørhet og brudd. Forekomsten av langvarige smerter, søvnvansker, nedsatt syn og hørsel samt funksjonstap og skrøpeligheit øker også ved økende alder.

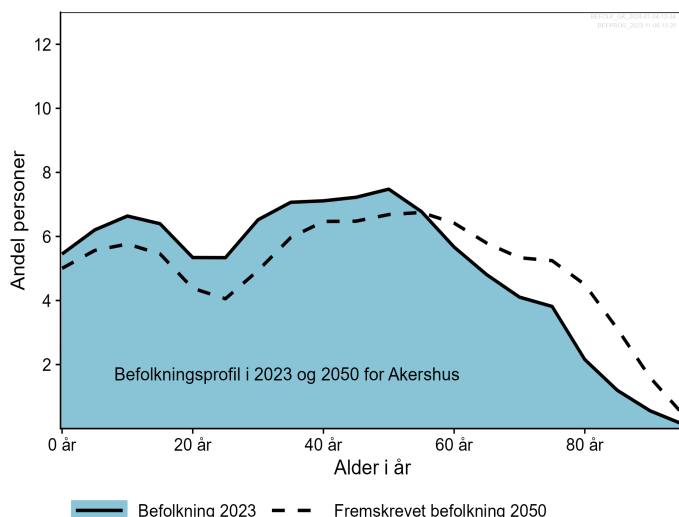
Med flere eldre i befolkningen øker også antallet som lever med flere sykdommer samtidig. Alt dette innebærer økt hjelpebehov fra familie og helse- og omsorgstjenestene.

Forventede gjenstående funksjonsfriske leveår (på engelsk: Healthy Life Years, HLY) måler antall år som en person kan forvente å leve uten langvarige aktivitetsbegrensninger. Se figur 2 for lands- og fylkestall på forventede gjenstående funksjonsfriske leveår ved 65 års alder.

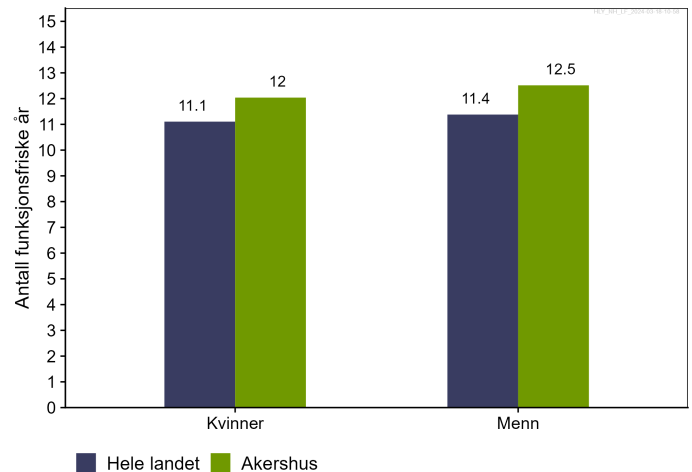
Eldre med lav utdanning og inntekt har flere sykdommer og helseplager, og også kortere forventet levealder enn de med høy utdanning og inntekt.

Sykdomsbyrdemålet DALY (disability-adjusted life years) tallfester hvor mange friske leveår som går tapt på grunn av dårlig helse og for tidlig død i en befolkning. Figur 3 på neste side viser forventet endring i antall tapte friske leveår (DALY) i perioden 2020 til 2050 for hovedårsakene til død og helsetap blant eldre i Norge. Som følge av at det blir flere eldre og at sykdom forskyves til høyere alder vil sykdomsbyrden blant de eldste (80 år+) øke betydelig. Det er kreft, hjerte- og karsykdommer og nevrologiske sykdommer som demens som vil bidra mest til økningen i antall tapte friske leveår blant de eldste.

Figur 1. Aldersfordelingen i fylket i 2023 og framskrevet til 2050 (SSB).



Figur 2. Forventede gjenstående funksjonsfriske leveår ved 65 år i landet og i fylket. Gjennomsnitt for perioden 2016-2022.



Demens kan utgjøre en stor belastning for de berørte og deres pårørende, og skape økt behov for helse- og omsorgstjenester. Tapet av kognitive og motoriske funksjoner fører ofte til mye lidelse for dem som rammes av demens. Psykiske tilleggssymptomer som angst, depresjon, motorisk uro, aggresjon og vrangforestillinger kan også være utfordrende. Risikoen for å få demens for hver enkelt har gått ned de siste tiårene, og økt utdanningsnivå, endrede levevaner og bedre hjerte- og karhelse i befolkningen pekes på som mulige årsaker til denne nedgangen. Likevel vil antallet med demens øke fordi det blir flere eldre.

Rygglidelser og artrose (tidligere kalt slitasjegikt), samt brudd som følge av fall og beinskjørhet, er vanlig blant eldre. Etter 70 års-alderen øker tallet på hoftebrudd kraftig, og blant skrøpelige eldre vil hoftebrudd ofte føre til økt pleie- og omsorgsbehov.

Nedsatt syn og hørsel kan redusere sosial kontakt, og også mulighetene til å fungere godt i hverdagen. Omtrent halvparten av befolkningen over 74 år har såpass nedsatt hørsel at det får betydning for kommunikasjon. De negative konsekvensene av hørsels- og synstap kan reduseres hvis det oppdages og behandles tidlig.

Livskvalitet

Mange eldre er tilfredse med livet, og mange har god livskvalitet til langt inn i alderdommen.

Med alderen opplever imidlertid mange helseplager og funksjonsnedsettelse, som igjen kan medføre redusert livskvalitet. Livskvaliteten synker hos mange av de eldste, og særlig rapporterer flere om nedstemthet og ensomhet etter 80-årsalderen. Mange opplever redusert mestring og sosial støtte. Eldre med dårlig helse, dårlig økonomi og lite sosial kontakt har lavest livskvalitet. Se figur 4 for endringer over tid i andel eldre som bor alene.

Sosial støtte, gode relasjoner og sosial deltakelse er viktig for god livskvalitet. Disse faktorene kan fremmes ved tilgjengelige offentlige møteplasser, grønne lunger for rekreasjon, arenaer for aktivitet, kulturelle arrangementer og sosiale møter.

Eldre som en ressurs

Eldre er friskere og har bedre funksjonsnivå i dag enn tidligere, og de har kunnskap og ressurser som er viktige både i familien og i samfunnet. Flere enn tidligere står lengre i lønnet arbeid og mange eldre deltar i organisert frivillighet, passer barnebarn eller hjelper egne foreldre. Mulighet til å bidra styrker opplevelsen av å ha verdi, fremmer fellesskap og gir mening. Det å delta, for eksempel som frivillig, kan ha stor betydning for å forebygge eller redusere isolasjon og ensomhet.

Det er behov for mer kunnskap om hvordan det best kan tilrettelegges for at eldre kan bidra med sine ressurser på egne premisser.

Forebygging gjennom livsløpet

Det er mulig å påvirke helse og funksjon gjennom hele livsløpet, også i eldre år. Å legge til rette for helsefremmende levevaner gjennom hele livet, er viktig for en god alderdom. Fysisk aktivitet, et variert kosthold og å opprettholde en sunn kroppsvekt har helsegevinster fordi det forebygger kroniske sykdommer.

Det er anslått at så mye som 40 prosent av alle tilfeller av demens kunne vært unngått hvis man hadde forebygget faktorer som høyt blodtrykk, fedme og diabetes, og unngått røyking og høyt alkoholkonsum.

På gruppenivå er eldre mindre fysisk aktive enn yngre. Fysisk aktivitet er viktig for å opprettholde fysisk og psykisk helse, og for å forebygge fall og brudd. Selv aktivitet av kort varighet og lav intensitet gir helsegevinst. Eldre som er fysisk aktive og i god fysisk form vil i større grad kunne være selvhjelpne i hverdagen og bo lenger hjemme.

Det finnes begrenset kunnskap om hva eldre spiser, og i hvilken grad de følger nasjonale anbefalinger. For mange eldre er hovedutfordringen for lavt matinntak og vekttap. God matlyst kan opprettholdes gjennom tilrettelegging for sunne og gode måltider i trivelige omgivelser. I tillegg er det å ivareta god munn- og tannhelse nødvendig for å opprettholde et godt matinntak.

Tilrettelegging for et aldersvennlig samfunn

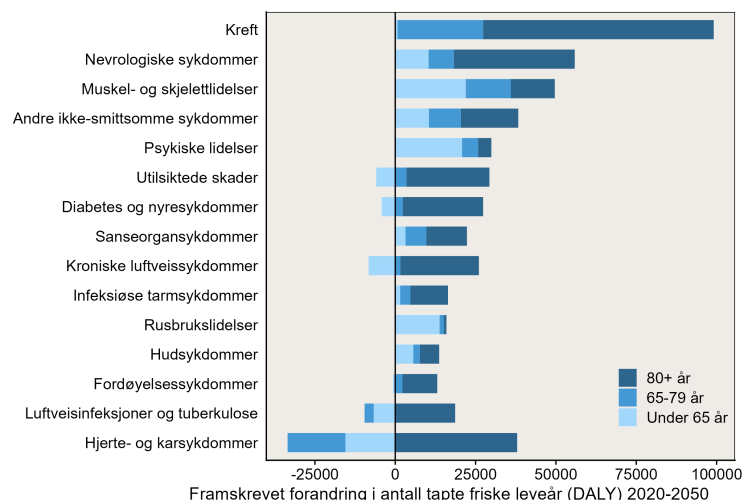
Det er et tverrsektorielt ansvar å legge til rette for et aldersvennlig samfunn. For å gjøre det enklere å leve aktive liv, er fysiske omgivelser og fremkommelighet viktig, for eksempel tydelig skilting, god belysning og at gang- og turveier er tilstrekkelig brøytet og strødd. Universell utforming av bygg er et annet eksempel.

Fylkeskommuner og kommuner bør satse på et variert tilbud av tilpassede aktiviteter for eldre. Figur 5 viser de viktigste faktorene som påvirker helse i eldre år. Tilrettelegging for deltakelse på sosiale arenaer er viktig for å ivareta livskvalitet og funksjon. Gode møteplasser i lokalsamfunnet har betydning for evnen til å mestre egen livssituasjon. Her er det gode muligheter for samarbeid mellom fylkeskommunen, kommunene og frivillig sektor.

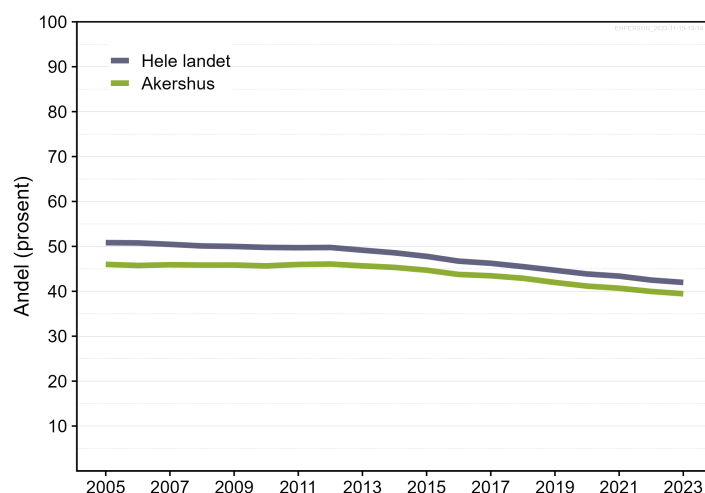
Les mer:

- Utvidet artikkel på www.fhi.no/folkehelseprofiler
- [Helse hos eldre i Norge](#)

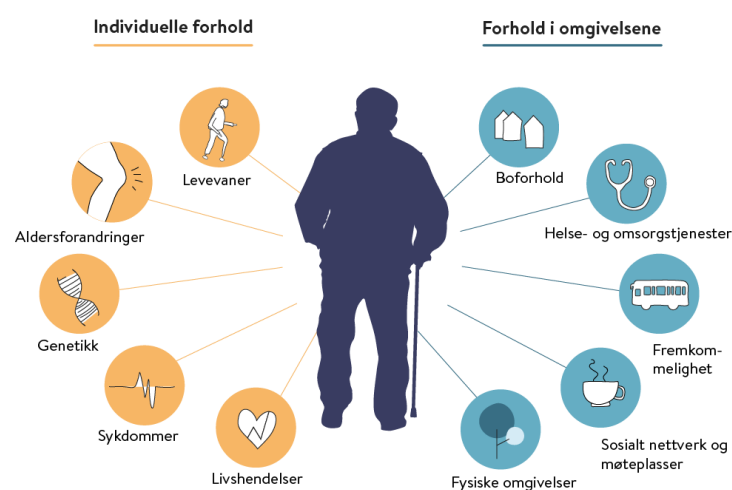
Figur 3. Framskrevet endring i sykdomsbyrde (antall tapte friske leveår (DALY)) for hovedårsakene til død og helsetap i Norge fra 2020 til 2050 (Global Burden of Disease-prosjektet 2019).



Figur 4. Andel personer over 75 år som bor alene (SSB).



Figur 5. Hva påvirker eldres helse?



Folkehelsebarometer for fylket

I oversikten nedenfor sammenliknes noen nøkkeltall i fylket med landstall. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at fylket kan ha ulik alderssammensetning sammenliknet med landet. Klikk på indikatornavnene nedenfor for å se utvikling over tid i fylket. I [Norges helsestatistikkbank](#) finnes flere indikatorer samt utfyllende informasjon om hver enkelt indikator.

Vær oppmerksom på at også «grønne» verdier kan innebære en folkehelseutfordring for fylket, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå.

- ◆ Fylket ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- ◆ Fylket ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- ◆ Fylket er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- ◆ Fylket er signifikant forskjellig fra landet som helhet
- ◆ Ikke testet for statistisk signifikans
- | Verdien for landet som helhet
- Variasjonen mellom fylkene i landet

Tema		Indikator (klikkbare indikatornavn)	Fylke	Norge	Enhet (*)	Periode	Folkehelsebarometer for Akershus
Befolkning	1	Andel barn, 0-17 år	22,2	20,3	prosent	2023	
	2	Andel unge eldre, 65-79 år	12,7	13,9	prosent	2023	
	3	Andel over 80 år	4,1	4,5	prosent	2023	
	4	Andel 80 år+, framskrevet til 2050	9,7	10,4	prosent	2050	
	5	Personer som bor alene, 75 år +	39,5	42,0	prosent	2023	
	6	Befolkningsvekst	2,1	1,2	prosent	2022	
Oppvekst og levekår	7	VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	81	81	prosent	2022	
	8	Vedvarende lavinntekt, alle aldre	7,9	9,8	prosent	2020-2022	
	9	Inntektsulikhet, P90/P10	2,9	2,8	-	2022	
	10	Gjeld større enn 3 ganger inntekt	25,7	20,8	prosent	2022	
	11	Stønad til livsopphold, 20-66 år	14,5	17,4	prosent (a,k)	2021	
	12	Unge som står utenfor, 15-29 år	10,0	9,5	prosent (a,k)	2022	
	13	Leier bolig, 45 år +	10,4	12,4	prosent	2022	
	14	Bor trangt, 0-17 år	16,3	18,3	prosent	2022	
	15	Trives på skolen, 10. trinn	83,7	81,9	prosent (k)	2023/2024	
	16	Mobbes på skolen, 10. trinn	6,9	7,1	prosent (k)	2023/2024	
	17	Laveste mestringsnivå i lesing, 5. tr.	22	25	prosent (k)	2023/2024	
	18	Gjennomføring i vdg. opplæring	84	81	prosent (k)	2022	
	19	Sosial forskjell i gjennomføring i VGO	25	28	prosentpoeng (k)	2022	
Miljø, skader og ulykker	20	Drikkevann, hygienisk og stabilt	85,5	93,4	prosent	2022	
	21	Luftforurensning, eksponert (ny def.)	78	46	prosent	2022	
	22	Valgdeltakelse	62,0	62,4	prosent	2023	
	23	Kan svømme, 17 år	88	86	prosent	2023	
Helserelatert atferd	24	Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år	25,3	28,1	prosent	2023	
	25	Røyking, daglig, 16-44 år	3,2	4,1	prosent (a,k)	2019-2023	
	26	Røyking, daglig, 45-74 år	6,7	11	prosent (a,k)	2019-2023	
	27	Snusbruk, daglig, 16-44 år	19	20	prosent (a,k)	2019-2023	
Helsestilstand	28	Forventet levealder, menn	82,0	81,2	år	2016-2022	
	29	Forventet levealder, kvinner	84,9	84,5	år	2016-2022	
	30	Utd.forskjeller i forventet levealder	4,9	5,1	år	2016-2022	
	31	Funksjonsfriske leveår ved 65 år, menn	12,5	11,4	år	2016-2022	
	32	Funksjonsfriske leveår ved 65 år, kv.	12,0	11,1	år	2016-2022	
	33	Overvekt og fedme, 17 år	18	21	prosent	2023	
	34	Vaksinasjonsdekning, influensa, 65 år+	67,6	62,3	prosent	2022/2023	

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert, k = kjønnsstandardisert

[1./2./3.](#) - [4.](#) Beregning basert på middels vekst i fruktbarhet, levealder og netto innflytting. [5.](#) I prosent av befolkningen. [6.](#) - [7.](#) Høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). [8.](#) Personer som bor i husholdninger som i en treårsperiode har en gjennomsnittlig inntekt under 60 % av nasjonal median. [9.](#) Forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. [10.](#) Alle aldre. [11.](#) Omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad). [12.](#) Omfatter de som ikke er i arbeid, utdanning eller opplæring (NEET). [13.](#) Andelen er presentert i prosent av personer i privathusholdninger. [14.](#) Trangbodddhet defineres ut ifra antall rom og kvadratmeter i boligen. [15./16.](#) Omfatter elever som går på skole i fylket. [17./18.](#) Omfatter elever bosatt i fylket. [19.](#) Forskjell i gjennomføring mellom gruppen som har foreldre med grunnskoleutdanning som høyeste fullførte utdanning, og gruppen som har foreldre med høyere utdanning (utover videregående skole). [20.](#) Defineres som tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil levering av drikkevann. Omfatter vannverk som forsyner minst 50 personer. Tallene bør vurderes i lys av andelen som er tilknyttet vannverk i fylket, se Norges helsestatistikkbank. [21.](#) Omfatter de som er eksponert over luftkvalitetskriteriene på 5 mikrogram per kubikkmeter (µg/m3) for finkornet svevestøv (PM2,5). [22.](#) Kommunestyrevalget. [23.](#) Oppgir ved nettbasert sesjon 1 at man kan svømme 200 meter. [24.](#) Oppgitt ved nettbasert sesjon 1. [25./26./27.](#) Selvrapporert, SSBs reise- og ferievaneundersøkelse. [28./29.](#) Beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. [30.](#) Vurdert etter forskjellen i forventet levealder ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. [31./32.](#) Beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet og selvrapporterte aktivitetsbegrensninger i hverdagen. [33.](#) KMI som tilsvarer over 25 kg/m2, basert på selvrapporert høyde og vekt ved nettbasert sesjon 1. [34.](#) -.

Datakilder: Statistisk sentralbyrå, Utdanningsdirektoratet, SSBs reise- og ferievaneundersøkelse, Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Meteorologisk institutt, Valgdirektoratet, Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT), Fylkes helseundersøkelser (FHUS) og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK. For mer informasjon, se [Norges helsestatistikkbank](#).