

HUNT

HELSEUNDERSØKELSEN I TRØNDELAG



Rapport eldrehelse HUNT4 70+

SNÅSA KOMMUNE

Håvard K. Skjellegrind, Pernille Thingstad, Grete Kjelvik, Geir Selbæk

Innhold

Forord	3
1.0. Eldres deltakelse i HUNT4 70+	4
2.0. Resultater HUNT4 70+	5
2.1. Spørreundersøkelse og basisundersøkelser	5
Ensomhet	5
Depresjon og angst	6
Multimorbiditet	7
Diabetes – HbA1c >48 mmol/mol	8
2.2. Fysisk funksjon	9
Selvrapportert fall	9
Ganghastighet	10
Balanse	11
Benstyrke	12
2.3. Kognitiv helse	13
Hjemmeboende med selvrapportert svekket hukommelse	13
Klinisk demensvurdering i sykehjem	14
2.4. Ernæring	15
BMI	15
3.0. Oppsummering	16
4.0. Videre forskning	16

Forord

Dette er den første delrapporten som presenterer tall fra 70+-undersøkelsen i HUNT4. HUNT4 var første gang at det ble gjennomført en egen tilleggsundersøkelse for eldre over 70 år. Undersøkelsen ble gjennomført som en del av den fjerde Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag gjennomført i perioden fra september 2017 til februar 2019.

Vi ønsker å takke Snåsa kommune som samarbeidspartner og for viktige bidrag i datainn-samlingen under HUNT4 70+. Rapporten inneholder resultater fra HUNT4 70+ i Snåsa kommune. De eldste aldersgruppene utgjør få personer i mange kommuner, og dette fører til at forekomsten av en del plager og sykdomstilstander vil variere fra år til år. Vi har derfor slått sammen data for enkelte kommuner for å gi tall som er bedre egnet til planlegging av tjenester, samt for å beskytte personvernet. Det er ikke fullført noen forskningsprosjekter basert på dette datamaterialet ennå, og rapporten vil derfor kun vise beskrivende resultater. For Snåsa kommune presenteres tallene i rapporten sammen med Frosta kommune, Inderøy kommune, Indre Fosen kommune og Meråker kommune (definert som landkommuner sør).

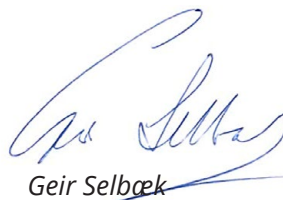
HUNT4 70+ har vært en stor satsing på eldres helse i HUNT4. Demografisk utvikling med flere eldre og færre i yrkesaktiv alder tvinger frem strengere prioriteringer og nye arbeidsmåter i kommunene. Denne omstillingen skal være kunnskapsbasert. Tidlig innsats for å forebygge funksjonssvikt og utsette hjelpebehov er et viktig satsningsområde for kommunene. Denne rapporten gir tall som beskriver helsetilstand og funksjon, men også risiko for å utvikle funksjonstap og økt hjelpebehov hos gruppen over 70 år relatert til viktige satsningsområder i kommunene, som fallforebygging, ernæring, munnhelse og hjernehelse. Det har vært en viktig målsetting å inkludere hele gruppen eldre, også de mest sårbare.

HUNT4 70+ lyktes å inkludere ca. 50 % av dem over 70 år i det gamle Nord-Trøndelag fylke, med god deltakelse i hele aldersspennet over 70 år. Det var god deltakelse også blant dem med størst helseutfordringer. Disse deltakerne har i svært stor grad gjennomført de undersøkelser som ble valgt ut for denne satsingen, og disse dataene utgjør nå et unikt utgangspunkt for forskning på eldres helse og for utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjenester for eldre. Kommunens bidrag har vært svært viktig for å inkludere bredden av de eldre, og vi håper kommunen vil ha nytte av tallmaterialet. De undersøkelser vi har brukt, er godt egnet for kartlegging og oppfølging av eldre tjenestemottakere i kommunen. Vi ønsker gjerne tilbakemelding på om det er spesifikke undersøkelser eller opplysninger kommunen trenger ut over det som presenteres.

Levanger/Tønsberg, januar 2021



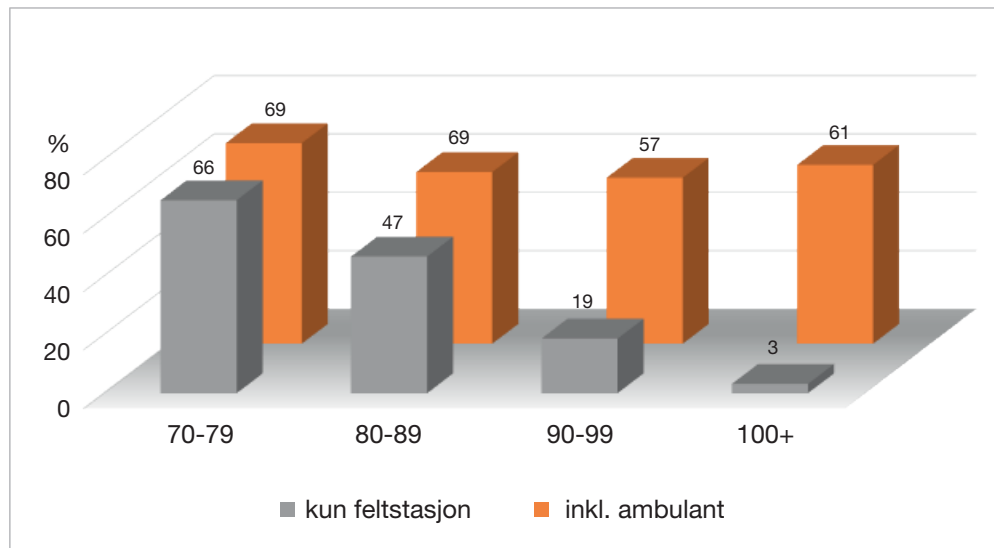
Håvard Skjellegrind
førstemanuensis, prosjektleder HUNT 70+,
HUNT forskningssenter, NTNU



Geir Selbæk
forskningssjef,
Nasjonal kompetansetjeneste for
aldring og helse

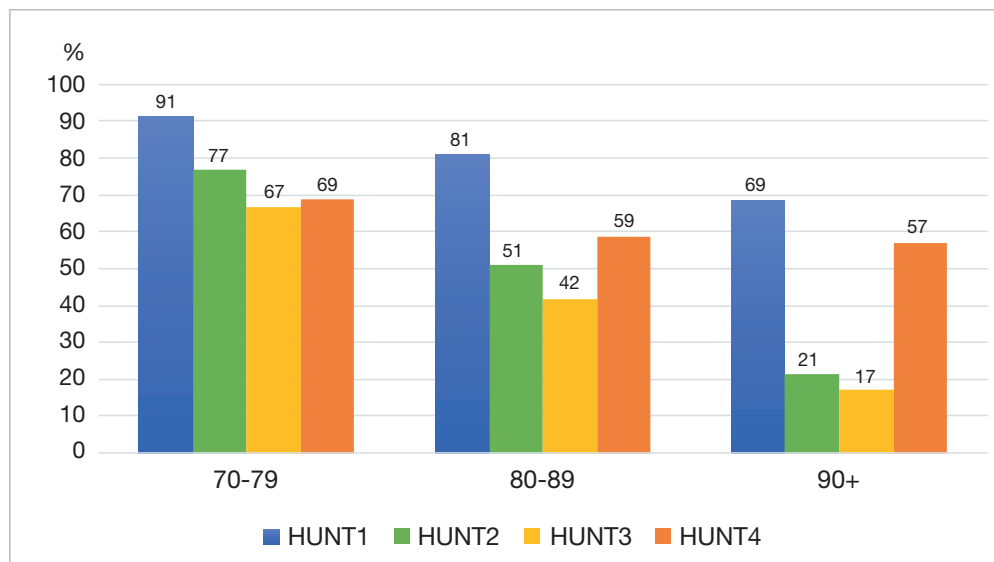
1.0. Eldres deltakelse i HUNT4 70+

Oppmøtet i det gamle Nord-Trøndelag fylke ble generelt godt, og spesielt godt blant dem over 70 år. Muligheten til å få hjemmebesøk eller undersøkelse i institusjon gjorde at også de eldste kunne delta i nesten like stor grad som de i 70-årene.

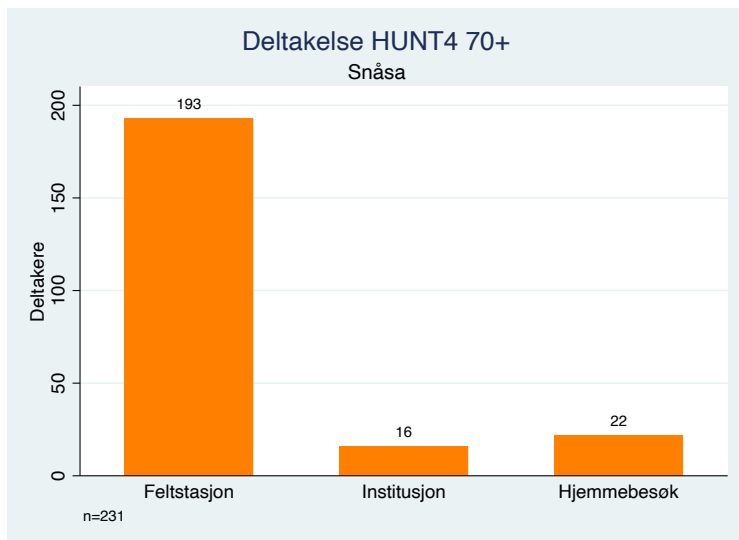


Figur 1. Oppmøteprosent i HUNT4 for dem over 70 år, med og uten ambulante undersøkelser.

Når man skal studere årsaker til og utvikling av sykdom, er deltakelse gjennom flere HUNT-undersøkelser ekstra betydningsfullt. Av alle 9936 personer som deltok i HUNT4 70+, hadde 7265 personer (73 %) også deltatt i både HUNT1, HUNT2 og HUNT3.



Figur 2. Deltakelse over 70 år i HUNT 1-4 (i prosent).



Figur 3. Deltakelse i HUNT4 70+ i Snåsa kommune (n=231) fordelt på feltstasjon, institusjon og hjemmebesøk.

I Snåsa kommune deltok 231 personer i HUNT4 70+. 193 deltakere deltok på feltstasjon, 16 personer deltok på institusjon, og 22 personer hadde hjemmebesøk.

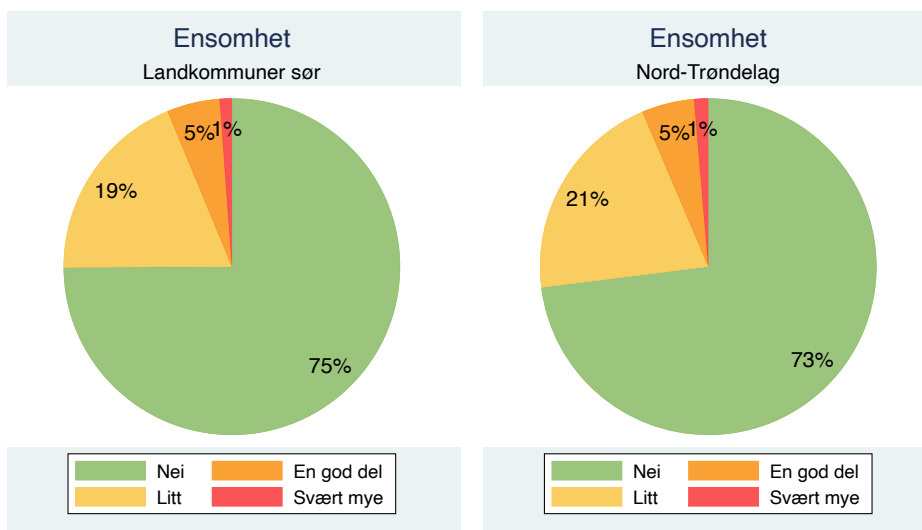
2.0. Resultater HUNT4 70+

I det følgende presenteres viktige faktorer for eldres liv og helse. Denne rapporten inneholder grafer som viser verdiene for Snåsa kommune. Teksten til hver graf forklarer hva vi har spurt deltakerne om, eller hvilke undersøkelser som er gjennomført, og hva resultatene kan bety. Vi viser samtidig grafer for hele Nord-Trøndelag. Snåsa kommune inngår også i dette tallmaterialet, og det kan til en viss grad bidra til å redusere de forskjellene som kan finnes mellom Snåsa kommune og de andre kommunene.

2.1. Spørreundersøkelse og basisundersøkelser

Ensomhet

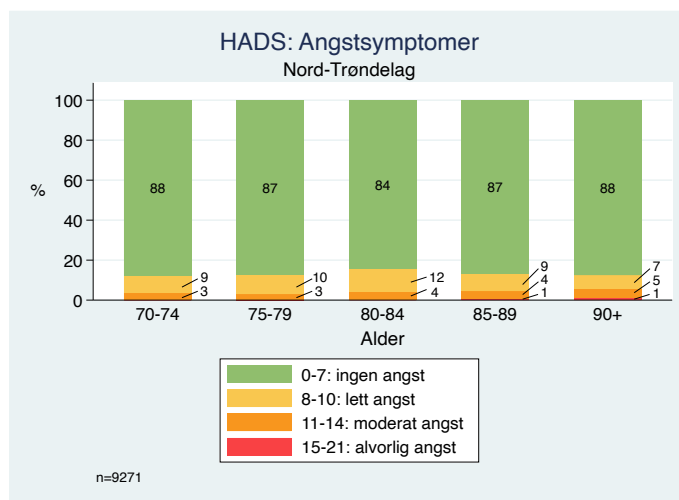
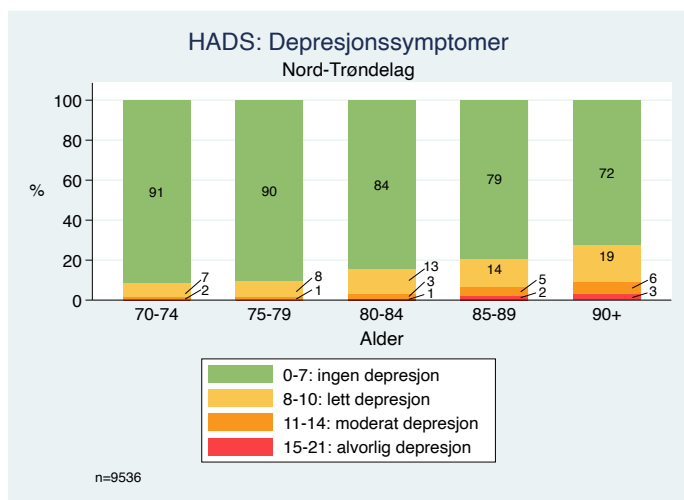
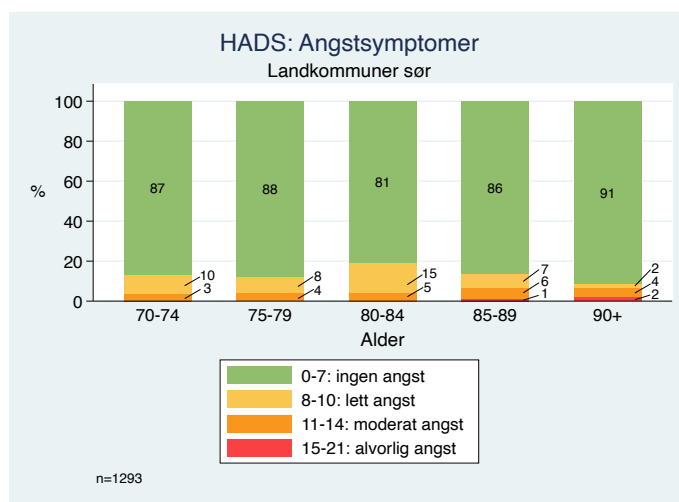
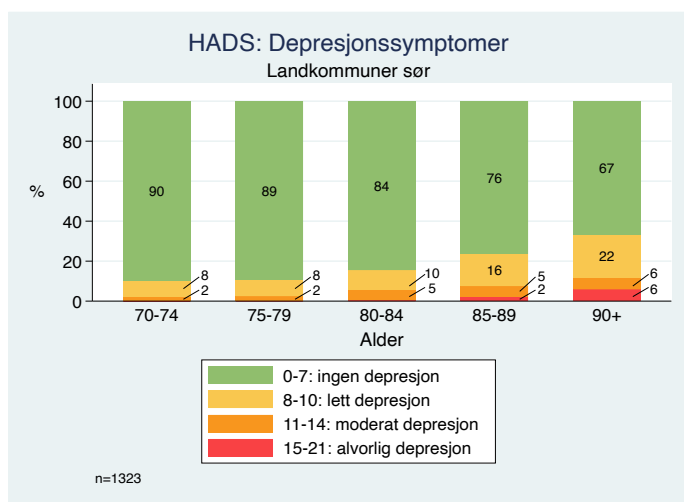
Ensomhet er et økende folkehelseproblem. En definisjon av ensomhet kan være et savn etter ønsket kontakt med andre mennesker, eller en vond følelse som oppstår når det blir sprik mellom den sosiale kontakten man har, og den man ønsker å ha. Ensomhet er målt ved at personer har svart på spørsmål om de de to siste ukene har følt seg ensom.



Figur 4. Selvrapportert ensomhet i landkommuner sør (inkludert Snåsa kommune) og selvrapportert ensomhet for Nord-Trøndelag fylke.

Depresjon og angst

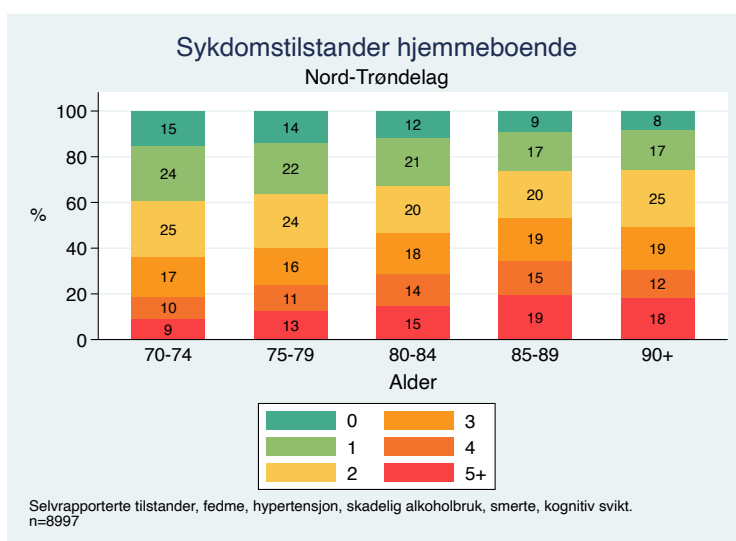
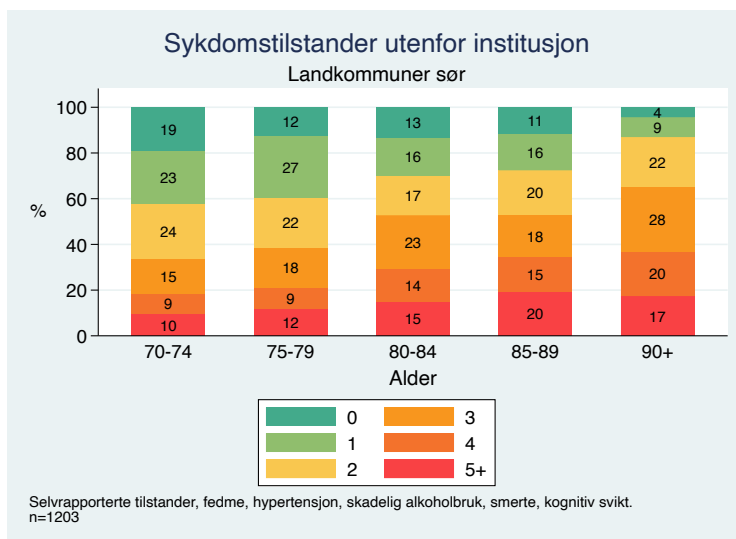
Depresjon og angst er vanlige psykiske sykdommer blant eldre. I HUNT 70+ er depresjon og angst kartlagt med et spørreskjema (HADS – hospital anxiety and depression scale), som består av til sammen 14 spørsmål (7 om angst, 7 om depresjon). Hvert spørsmål har en svarskala med verdier fra null til tre, og nivået av angst og depresjon uttrykkes ved å beregne summen av symptomer. For hver av angst- og depresjonssummene graderes symptomtrykket som følger: 0–7 ingen angst/depresjon, 8–10 lett angst/depresjon, 11–14 moderat angst/depresjon, 15–21 alvorlig angst/depresjon. Grafene viser andelen med de ulike gradene av symptomer på angst og depresjon. Man må anta at personer med psykisk sykdom kan ha hatt større vansker med å delta eller fylle ut spørreskjemaet, og at en del av disse kan mangle i denne statistikken.



Figur 5. Kartlegging av depresjonssymptomer og angstsymptomer for deltakere over 70 år i landkommuner sør (inkludert Snåsa kommune) og i Nord-Trøndelag fylke.

Multimorbiditet

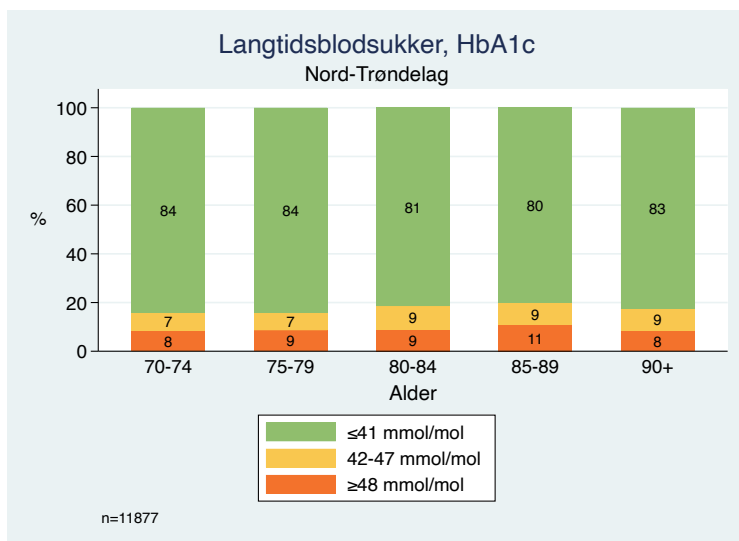
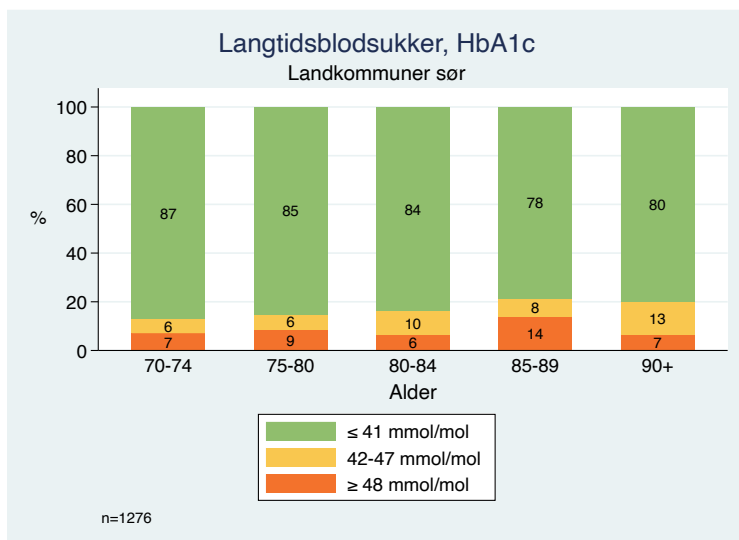
Personer med sammensatte sykdomsbilder kan ha behov for sammensatte helsetjenester. Multimorbiditet defineres ofte som to eller flere sykdomstilstander. Vi har her satt sammen en oversikt over ulike grader av multimorbiditet i ulike aldersgrupper blant dem som er hjemmeboende. Dette er basert på egenrapporterte sykdomstilstander, samt målinger gjort ved HUNT-undersøkelsen. I spørreskjema har man spurt om en rekke sykdomstilstander (angina, hjerteinfarkt, hjertesvikt, hjerneslag, astma, kols, diabetes, stoffskiftesykdom, kreft, migrene, psoriasis, nyresykdom, leddgikt, Bekhterevs sykdom, urinsyregikt, psykisk sykdom), og i tillegg om smerter og alkoholbruk. Disse opplysningene er brukt i tillegg til målt vekt, blodtrykk og kognitiv funksjon. Kun deltakere som har levert spørreskjema 1, er med i statistikken fordi hovedtyngden av informasjonen kommer derfra. Personer som bor i institusjon, er utelatt fra denne statistikken fordi en for lav andel av disse har svart på spørreskjema, noe som kan gi et falskt godt bilde spesielt i de eldste aldersgruppene.



Figur 6. Ulike grader av multimorbiditet i ulike aldersgrupper over 70 år blant hjemmeboende i landkommuner sør (inkludert Snåsa kommune) (n=1203) og for deltakere over 70 år fra Nord-Trøndelag fylke (n=8997).

Diabetes – HbA1c >48 mmol/mol

Glycolysert hemoglobin (HbA1c) kalles også langtidsblodsukker og er i dag den mest brukte prøven for å vurdere om en person har diabetes, samt i oppfølgingen av denne sykdommen. HbA1c er analysert i alle blodprøver fra HUNT4. Normalverdi er <42 mmol/mol (<6,0 %). Området fra 42 til 48 mmol/mol kalles prediabetes, og verdier fra 48 mmol/mol tilsvarer diabetes.



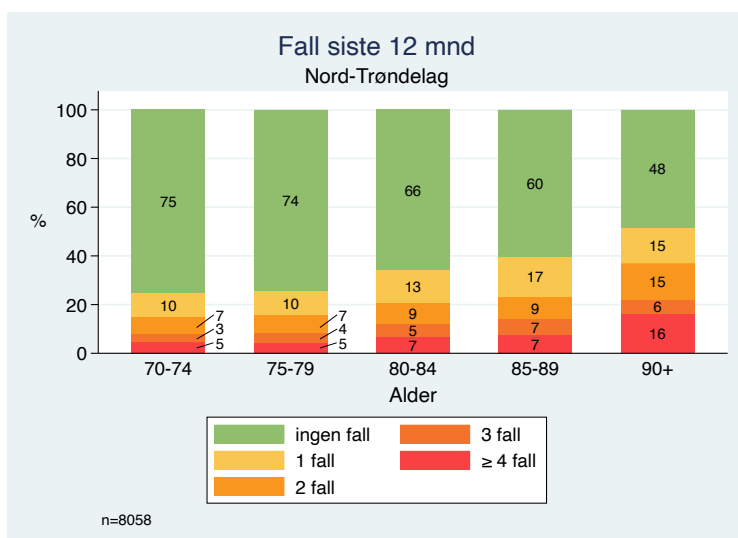
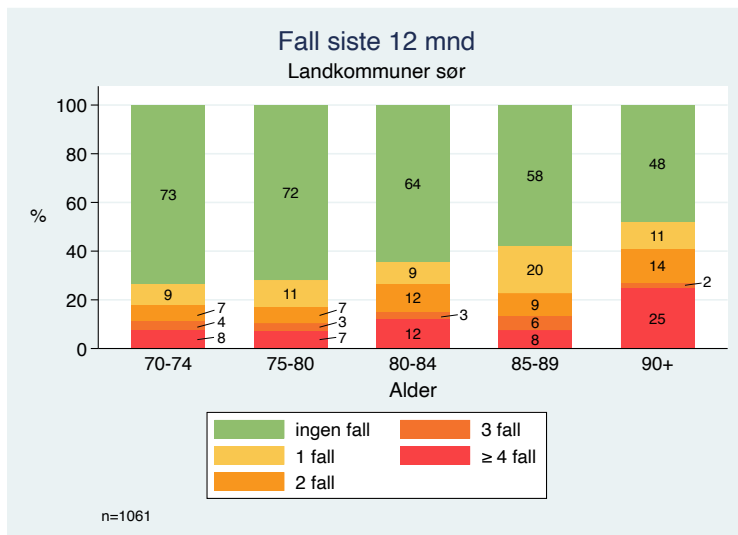
Figur 7. Langtidsblodsukker (HbA1c) fordelt i aldersgrupper for personer over 70 år i landkommuner sør (inkludert Snåsa kommune) (n=1276) og for deltakere over 70 år fra hele Nord-Trøndelag fylke (n=11877).

2.2. Fysisk funksjon

Sykdom og diagnoser alene forteller lite om funksjon og hjelpebehov hos eldre hvor funksjonsvikt og sykdomsbilde ofte er sammensatt. Reduserte reserver gir en sårbarhet for sykdom og skade som ofte fører til et uforholdsmessig stort funksjonstap og et varig økt hjelpebehov selv med mindre hendelser som for eksempel et fall eller en infeksjon. Det er vist at enkle mål på fysisk funksjon som ganghastighet, balanse og styrke er robuste mål på reservekapasitet og dermed også risiko for fremtidig funksjonstap, sykehjemsbehov, akuttinnleggelse i sykehus m.m. Dette er mål som er anbefalt brukt i oppfølging av Eldres helse som et mål på generell helsetilstand og endring i helsetilstand, og er godt egnet til å beskrive helse, funksjon og risiko-profil for ulike brukergrupper i kommunen.

Selvrapportert fall

I spørreskjemaet er det spurt om man har falt i løpet av det siste året, og hvor mange ganger. Grafen under viser andelen i ulike aldersgrupper som har falt en eller flere ganger i løpet av de siste 12 månedene.

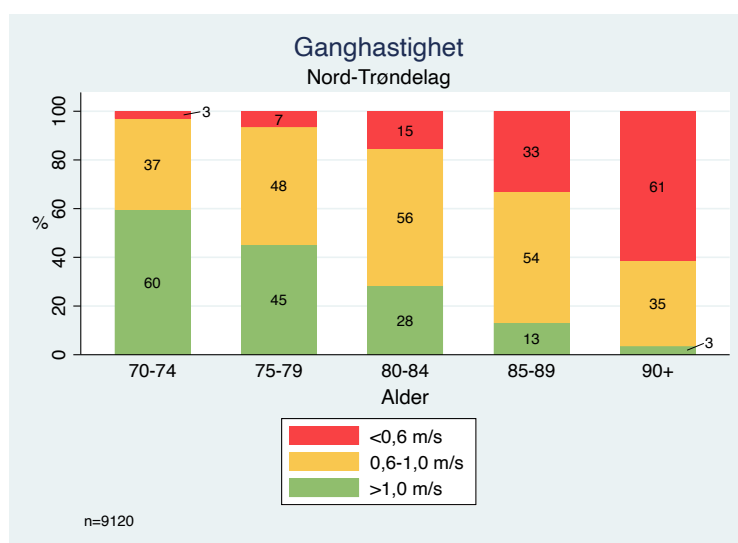
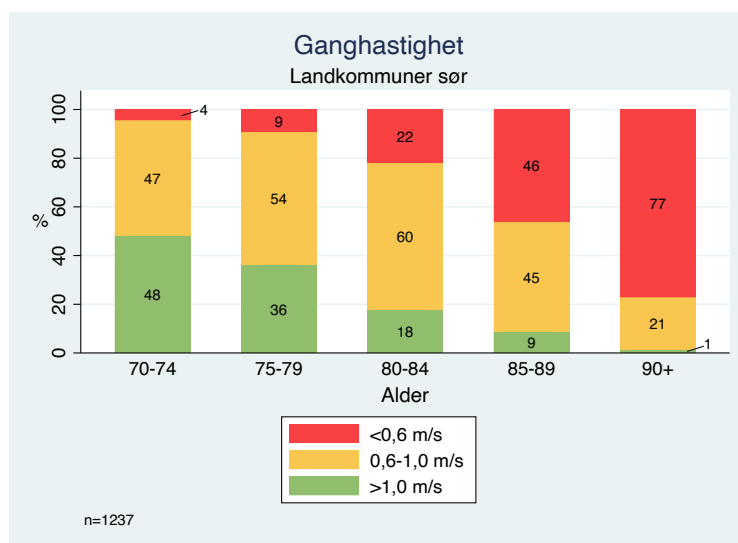


Figur 8. Selvrapportert fall siste 12 måneder fra alle deltakere over 70 år i landkommuner sør (inkludert Snåsa kommune) (n=1061) og fra alle deltakere over 70 år i Nord-Trøndelag fylke (n=8058).

Ganghastighet

Måling av foretrukket ganghastighet hos eldre mennesker kan fortelle oss mye om generell helsetilstand og funksjon. Selvvalgt ganghastighet er det tempoet personen naturlig velger, og ikke maksimal ganghastighet.

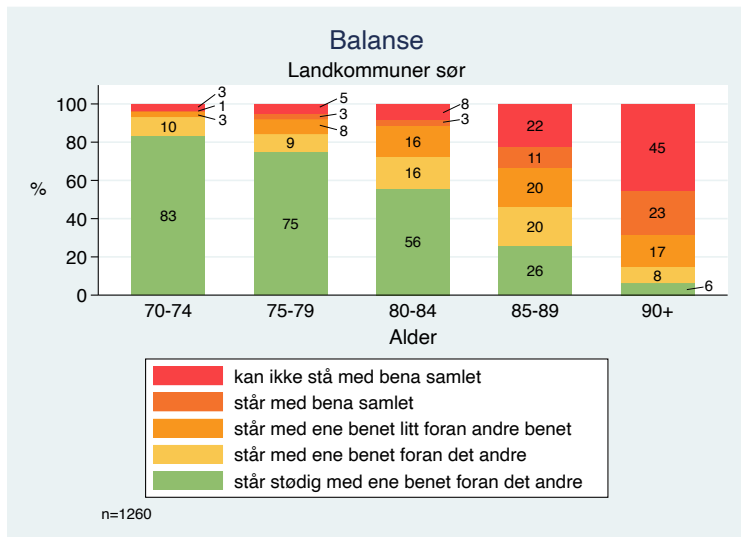
- Ganghastighet over 1 m/s: Ingen økt risiko, selvhjulpen.
- Ganghastighet mellom 0,6 og 1 m/s: Selvhjulpen i daglige gjøremål, begynner å få vansker med å bevege seg utendørs. Økt risiko for fall, funksjonssvikt og helsetap. Typisk målgruppe for fallforebyggende trening, forebyggende hjemmebesøk mm.
- Ganghastighet under 0,6 m/s: Trenger hjelp for å bevege seg utendørs, sannsynligvis behov for hjelp til daglige gjøremål. Dette er personer som kanskje har enkle tjenester, men med en betydelig risiko for økt funksjonssvikt og hjelpebehov. Typisk målgruppe for hverdagsrehabilitering og andre tiltak som kan bidra til egenmestring og aktivitet.



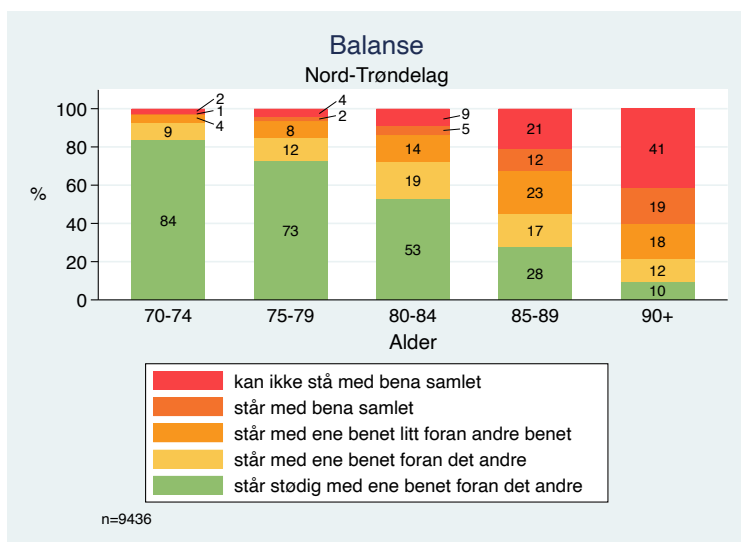
Figur 9. Målt ganghastighet hos personer over 70 år i landkommuner sør (inkludert Snåsa kommune) (n=1237) og alle deltakere over 70 år i Nord-Trøndelag fylke (n=9120).

Balanse

Balanse ble målt ved å be personene om å stå i tre stillinger: med samlede ben, med det ene benet litt frem, med det ene benet foran det andre. Av dem som ikke klarte noe av dette, var det ca. 50 % som også sa at de hadde falt i løpet av det siste året.



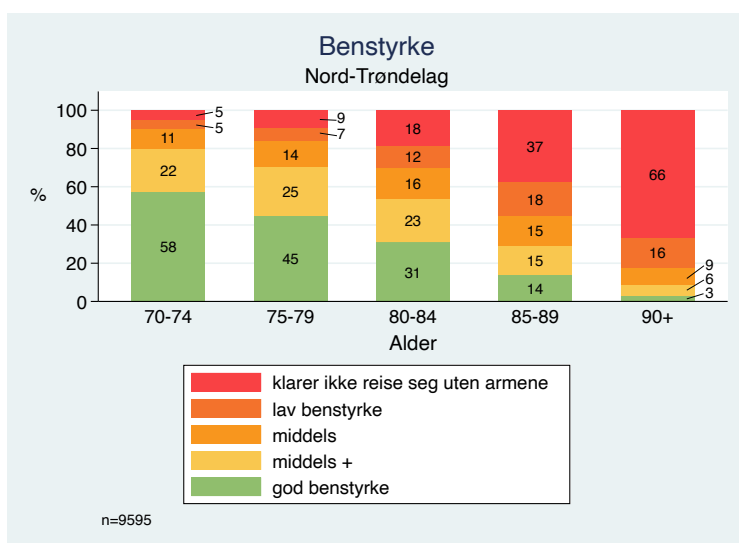
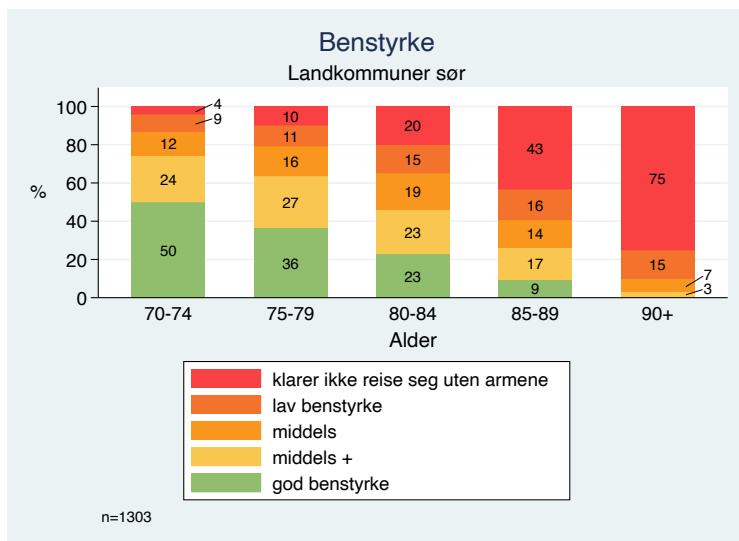
Figur 10. Målt balanse hos deltakere over 70 år i landkommuner sør (inkludert Snåsa kommune) (n=1260) og for personer over 70 år i Nord-Trøndelag fylke (n=9436).



Benstyrke

Benstyrke ble målt ved å be personene om å sette seg ned og reiste seg opp av en stol fem ganger så raskt man klarer, og uten å bruke armene.

Balanse og benstyrke er egenskaper som kan trenes opp, også hos eldre. De som har fått 0 poeng på balanse, klarer ikke stå med bena samlet. De som har fått 0 poeng i benstyrke, klarer ikke reise seg fra stolen uten å bruke armene. Dette kan være forstadier til fallskader og pleiebehov.



Figur 11. Målt benstyrke hos deltakere over 70 år i landkommuner sør (inkludert Snåsa kommune) (n=1303) og for personer over 70 år i Nord-Trøndelag fylke (n=9595).

2.3. Kognitiv helse

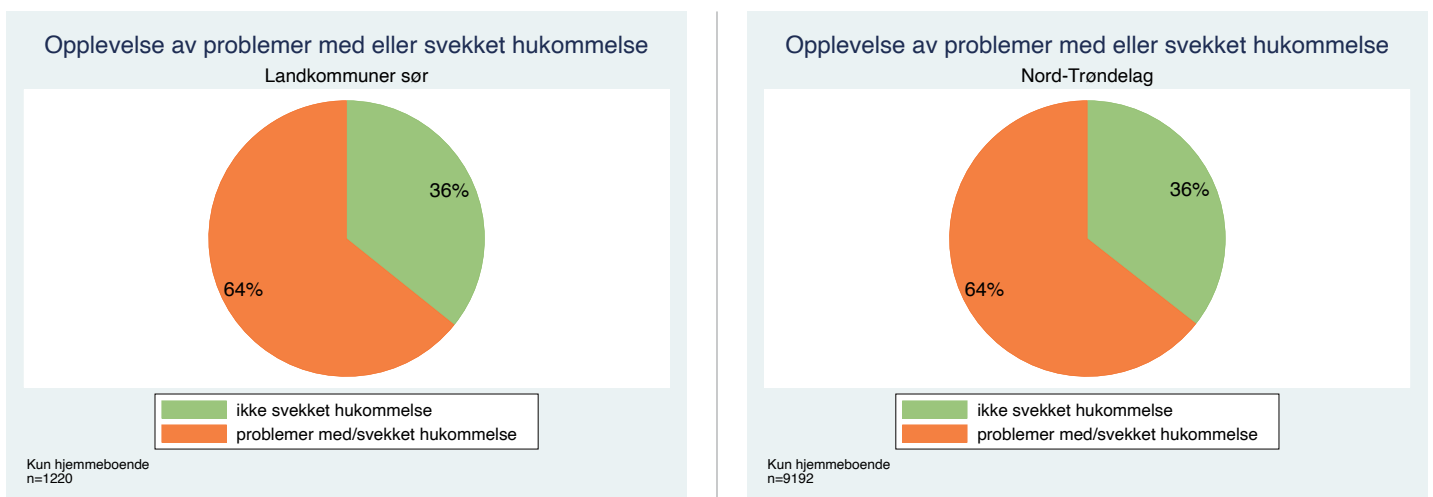
Som ledd i Demensplan 2020 ble det gjennomført en undersøkelse av forekomst av demens i Norge basert på resultatene fra datainnsamlingen i HUNT4 70+. Resultatene fra dette var klare høsten 2020.^{*)} Her presenteres tall for selvrapportert sviktende hukommelse og klinisk demensvurdering i sykehjem. Forekomsttallene for demens vil inneholde detaljer om alvorlighetsgradering av kognitiv svikt og type kognitiv svikt.

Mild kognitiv svikt betyr svikt i kognisjon uten at det har fått konsekvenser for hvordan man klarer seg i dagliglivet. Dette er ofte et forstadium til demenssykdom, men kan i mange tilfeller også være et ledd i normal aldring. Subjektiv kognitiv svikt er en opplevelse av at hukommelse eller andre kognitive evner er svekket, uten at dette fanges opp av objektive undersøkelser. Subjektiv kognitiv svikt er også risikofaktor for demensutvikling.

Undersøkelsene av kognitiv funksjon som er gjort i HUNT4 70+, er gjennomgått av en gruppe spesialister. Alle relevante data fra hver deltaker er vurdert av minst to forskere som er kliniske spesialister i geriatri, psykiatri eller nevrologi. Den endelige diagnosen var konsensusbasert der en tredje ekspert ble konsultert ved behov. Deltakerne ble kategorisert i gruppene ingen kognitiv svikt, subjektiv kognitiv svikt, mild kognitiv svikt (amnestisk og non-amnestisk) og demens. Gruppen demens ble inndelt i Alzheimers sykdom, vaskulær demens, demens med lewylegemer / Parkinsons sykdom med demens, frontotemporal demens, blandet demens, annen spesifisert demens og uspesifisert demens. Endelige svar fra disse undersøkelsene er nå tilgjengelige på nettsiden *demenskartet.no*.

Hjemmeboende med selvrapportert svekket hukommelse

Denne grafen viser andelen hjemmeboende som selv opplever svekket hukommelse, eller som svarer at de har litt eller mye problemer med hukommelsen. Denne gruppen inkluderer personer både med demens, mild kognitiv svikt og subjektiv kognitiv svikt.

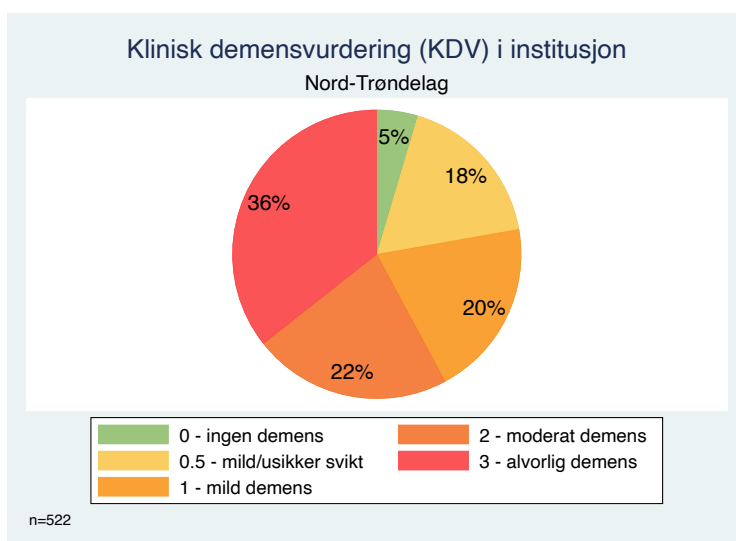
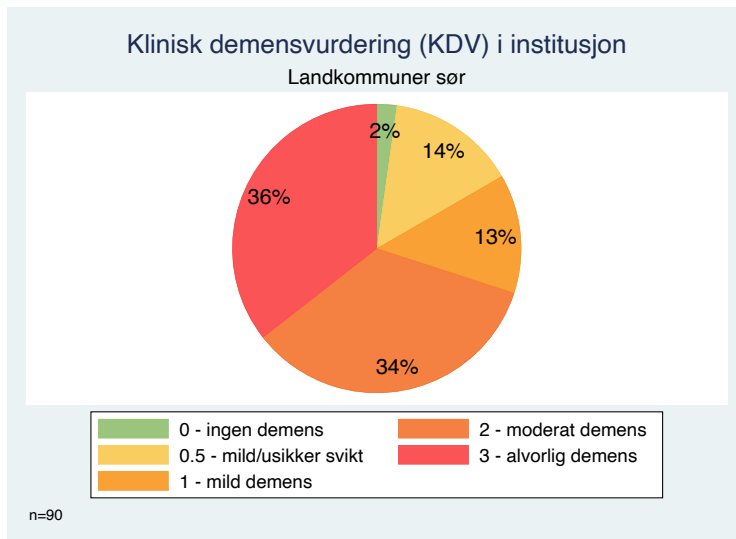


Figur 12. Selvrapportert opplevelse av egen hukommelse for hjemmeboende over 70 år i landkommuner sør (inkludert Snåsa kommune) (n=1220) og for hjemmeboende over 70 år i Nord-Trøndelag fylke (n=9192).

^{*)} GjØra L., Kjelvik G., Strand B.H., Kveller-Alme M. & Selbæk G. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. TØnsberg: Forlaget aldring og helse. https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_web.pdf
Se ogsÅ: <https://demenskartet.no/> og: <https://demenskartet.no/#5041>

Klinisk demensvurdering i sykehjem

Blant dem som ble undersøkt i sykehjem, gjorde personalet en vurdering av kognitiv funksjon på ulike områder. Dette er brukt i standardvurdering av kognitiv funksjon – Klinisk demensvurdering (KDV). Dette tallet sier noe om hvor mange av sykehjemspasientene som trenger personell med kompetanse innen kognitiv svikt, og som trenger et tilrettelagt miljø og spesielt tilrettede aktiviteter i hverdagen på sykehjemmet.



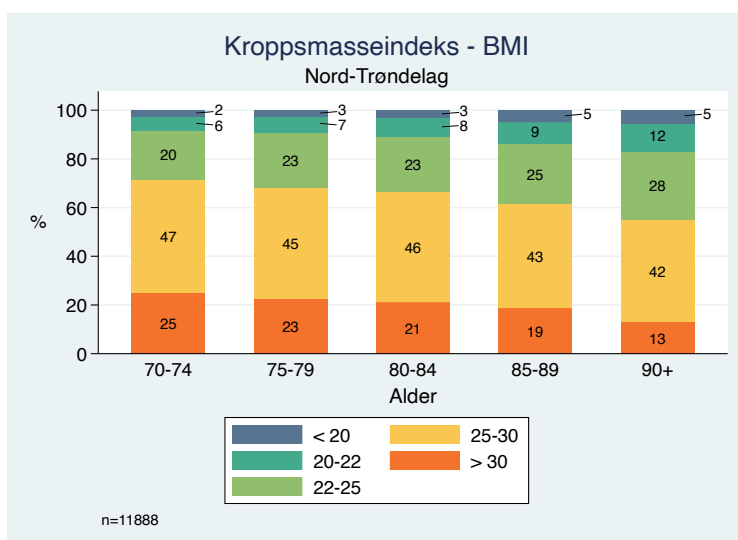
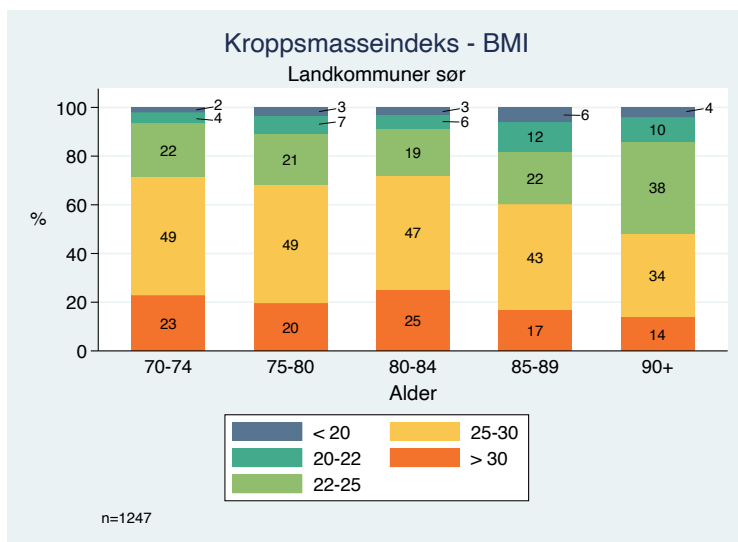
Figur 13. Klinisk demensvurdering (KDV) i institusjon i landkommuner sør (inkludert Snåsa kommune) (n=90) og for institusjoner i Nord-Trøndelag fylke (n=522).

2.4. Ernæring

BMI

Body mass index (BMI) er et mål for total kroppsvekt relatert til høyde. BMI er brukt for å kunne måle og sammenligne helserisikoen for overvekt og undervekt og for å følge utviklingen hos den eldre befolkningen over tid. Grafen under viser BMI i kategorier for å vise undervekt, normalvekt og overvekt/fedme.

Undervekt for eldre defineres ofte som BMI < 20 og normalvekt BMI 20–25. Overvekt er definert som BMI 25–30 og fedme BMI > 30. Nasjonale retningslinjer (Ernæringsjournalen) foreslår BMI 22 som grense for undervekt hos eldre, og BMI 24–29 som normalområde. Forskning basert på tidligere HUNT-undersøkelser har vist at for eldre var BMI 25–30 det beste (Kvamme, 2012)*). For de eldste er BMI ikke alltid beste mål, blant annet fordi høyden ofte har gått noe ned. En god vurdering av ernæringstilstand hos disse bør inkludere opplysninger om matlyst, vekttap og muskelstyrke.



Figur 14. Mål av kropps masseindeks (BMI) for personer over 70 år i landkommuner sør (inkludert Snåsa kommune) (n=1247) og for personer over 70 år fra Nord-Trøndelag fylke (n=11888).

*) Kvamme, J. M., et al. (2012). Body mass index and mortality in elderly men and women: the Tromsø and HUNT studies. *J Epidemiol Community Health* 66(7): 611-617.

3.0. Oppsummering

Kommunene i det gamle Nord-Trøndelag fylke gjorde en avgjørende innsats under gjennomføringen av HUNT4, og man oppnådde svært godt oppmøte blant de eldste, også de med omfattende helseutfordringer.

Blant de hjemmeboende selvhjulpne har ca. halvparten god fysisk funksjon, mens ca. halvparten er i risikozonen for funksjonstap. Dette utgjør en stor gruppe som bør være målgruppe for aktivitetstilbud med blant annet fysisk trening.

Antall kroniske sykdomstilstander ligger høyt blant de eldre. 60 % av 70-åringene har to eller flere tilstander, og denne andelen øker til nesten 80 % i aldersgruppen over 85 år. Forskning og utvikling relatert til omsorgs- og helsetjenester for denne gruppen kan bli avgjørende for å møte den forestående økningen i disse aldersgruppene.

Forekomsttallene for demens og MCI, beregnet for hele landet, ble publisert i desember 2020. Dette er et viktig grunnlag for å kunne planlegge tilrettelagte tjenester for personer med demens i dag og beregne tjenestebehov i årene framover. For den enkelte kommunen kan Demenskartet være et godt hjelpemiddel: *demenskartet.no*.

4.0. Videre forskning

Datagrunnlaget fra HUNT4 70+-undersøkelsen vil bidra til forskning på Eldres helse i flere tiår fremover. Vi nevner her noen forskningsprosjekter som allerede er under utvikling:

- Skjørhet (frailty) hos eldre
- Hva er normale blodprøver hos eldre?
- Forekomst av demens i Norge
- Risikofaktorer for demens
- Studier av hørselssvikt
- Sammenhenger mellom tannhelse og demens
- Sammenhenger mellom D-vitamin og demens
- Gener som gir risiko for demens
- Langtidseffekter av prostatakreftbehandling
- Funksjonell MR og orienteringsevne hos eldre med god kognitiv funksjon
- Tidlig identifikasjon av risiko for helsesvikt hos eldre i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Mange eldre lever lenge og klarer seg mye selv. Hvordan Eldres helse utvikler seg gjennom alderdommen, er det vanskelig å besvare basert på en helseundersøkelse som gjennomføres med 10 års mellomrom. Man trenger å finne ut hvor mange som hvert år utvikler ulike aldersrelaterte sykdommer, og hva som kjennetegner dem som blir syke eller holder seg friske på kortere sikt. For samfunnsplanlegging er insidens (årlige nye tilfeller) og varighet av for eksempel

kognitiv svikt viktig kunnskap. Kommunene er viktige samarbeidspartnere for å kunne gjennomføre svært viktige prosjekter for kunnskapsheving på området. Derfor vil HUNT og Aldring og helse på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomføre en oppfølgingsundersøkelse av dem som deltok i HUNT4 70+. Studien kalles «HUNT Aldring i Trøndelag» og vil gjennomføres i tidsrommet 2021–2022 i samarbeid med kommunene.



Rapport eldrehelse HUNT4 70+

SNÅSA KOMMUNE