



**Gunnar Akner**, med dr, överläkare, nutritions- och läkemedelsenheten, Äldreforskning nordväst (ÄNV), Solna; styrelseordförande i Svensk förening för geriatrik och gerontologi, vetenskaplig sekreterare i Svensk förening för klinisk nutrition ([gunnar.akner@chello.se](mailto:gunnar.akner@chello.se))

## Mår de allra äldsta verkligen sämre idag?

II Flera tidigare undersökningar inom och utom Sverige har talat för att ohälsan hos äldre har förskjutits till högre åldrar, vilket enligt mångas förhoppningar skulle leda till att behovet av vård och omsorg senareläggs, helst minskar, och att belastningen på välfärdsstaten därmed minskar. Figur 1 illustrerar att målet för all slags prevention är att förskjuta och »rektangulärarisera« ålderskurvan så att allt fler individer lever ett friskt och aktivt liv fram till döden vid människans genetiskt reglerade maximala livslängd.

I detta nummer av Läkartidningen rapporterar Mats Thorslund och tre andra gerontologiska forskare i Stockholm att hälsotillståndet för äldre försämrats betydligt mellan åren 1992 och 2002. Dessa oväntade resultat bygger på den riksrepresentativa SWEOLD II, en studie av ett befolkningstvärnsnitt som genomfördes hösten 2002. Studien beskriver självskattad hälsa och fysisk funktionsförmåga hos ett representativt urval om 561 personer i åldrarna 77–98 år, motsvarande cirka 1 promille av befolkningen i dessa åldrar. Direkta fältintervjuer i bostaden kunde genomföras för 70 procent; resterande personer intervjuades per telefon eller indirekt via närstående. De fyra hälsovariablerna självskattad ohälsa, värk, cirkulationsproblem och nedsatt mobilitet bedömdes via intervjuer. Funktionsförmågan mättes genom nio olika fysiska funktionstest samt genom mätning av PEF (peak expiratory flow).

Resultaten jämfördes med en motsvarande tvärsnittsstudie som publicerades i Läkartidningen 1993 [1]. Mats Thorslund och medarbetare har nu funnit att samtliga undersökta hälsoindikatorer försämrats i hela materialet. En styrka i studien ligger i dels att samma författare genomfört båda studierna med samma metodik, dels att resultaten från analys av subjektiv (självskattad) ohälsa och objektiva funktionsundersökningar går i samma riktning.

Det är dock viktigt att framhålla att de redovisade resultaten hypotetiskt kan påverkas av flera olika, men samverkande, faktorer enligt nedan.

### Metodfrågor

**Urval.** Slutsatserna förutsätter att det riksrepresentativa urvalet av tvärsnittet av cirka 1 promille ur åldersgruppen 77–98 år verkligen var representativt vid bägge undersökningstillfällena.

**Selektion.** Bortfallet uppgick till 11,5 procent (framför allt bestående av » yngre äldre«, 77–84 år), vilket var 2,5 gånger högre än vid studien 1992, men fortfarande lägre än i andra liknande studier. Författarna bedömer att merparten av detta bortfall utgjordes av »relativt friska äldre personer«, vilket kan innebära en selektion av sjukare patienter i studien 2002 jämfört med 1992.

**Självskattad ohälsa.** Analys av självskattad ohälsa hos äldre över tid baseras på att attityder och förväntningar på hälsa under ålderdomen är konstanta. Mycket talar dock för att dagens 77–98-åringar har högre förväntningar på hälsa än för tio år

### Sammanfattat

En studie som presenteras i detta nummer visar att de allra äldstas hälsa har försämrats vid jämförelse med en liknande studie som genomfördes 1992.

Frågan är dock om den nu aktuella studien är helt invändningsfri vad gäller bl a metodiken.

Ohälsa hos äldre kräver en särskilt anpassad vårdorganisation. Om studiens slutsatser kan bekräftas av andra undersökningar krävs ännu mer av ny- och omtänkande inom äldrevården där det idag råder stor brist på kunskaper om behandling av äldre personer.

Se även artikeln på sidan 1494 i detta nummer.

sedan och därför har lägre tröskel för att skatta samma symptom/besvär som »ohälsa«.

Den 3-gradiga skalan som användes för värdering av hälsotillståndet (»gott«, »dåligt«, »något däremellan«) verkar också i »ohälsoriktning«, eftersom två av skalstegen användes som definition av »ohälsa«.

**Funktionsundersökning.** »Nedsatt fysisk funktionsförmåga« definierades som oförmåga att genomföra minst ett av de nio använda funktionstesterna. Även denna vida definition kommer att verka i »ohälsoriktning« och inkludera en stor variation, där allt från mycket lätt till mycket kraftig funktionsnedsättning klassificeras som »nedsatt funktion«. Det vore intressant att se en grafisk illustration som jämför fördelningen av resultaten för de nio funktionerna vid de två undersökningstillfällena.

### Spekulation om medicinsk-tekniska förbättringar

Författarna spekulerar i möjligheten att »medicinsk-tekniska förbättringar räddat fler till livet, men med nedsatt hälsa och funktionsförmåga och/eller en ökad risk att drabbas av andra sjukdomar och besvär senare i livet«. Denna spekulation reser centrala etiska frågor om livskvalitet i relation till livslängd.

### Nytänkande behövs i äldrevården

Studieperioden omfattar de första tio åren efter ÄDEL-reformen 1992, då äldrevården i Sverige genomgick genomgripande förändringar med bl a en kraftig reduktion av antalet sängplatser i den slutna sjukvården.

Givet ovanstående frågeställningar, som framför allt avser svårigheten att göra invändningsfria jämförelser över tid, är det intressant att notera att olika indikatorer för ohälsa är så

**Figur 1. Rektangularisering av ålderskurvan.** Den röda, sluttande kurvan visar hur hälsotillståndet/vitaliteten i regel successivt försämras med åldern. Den gröna, »rektangulariserade« kurvan illustrerar det utopiska målet för hälso- och sjukvården – ett idealtillstånd då alla individer lever med god hälsa och hög vitalitet fram till människans genetiskt reglerade maximala livslängd.

vanliga hos äldre, 77–98 år, och att det föreligger betydande könsskillnader:

- Självskattad ohälsa: hälften av alla kvinnor och män.
- Värk: hälften av alla kvinnor och var tredje man.
- Cirkulationsproblem: var tredje kvinna och var fjärde man.
- Nedsatt mobilitet eller fysisk funktionsförmåga: drygt 67 procent av kvinnorna och hälften av männen.

Rapporten illustrerar den höga förekomsten av symtom och funktionsnedsättningar hos äldre, men säger inget om de isolerade eller kombinationer av sjukdomar/skador som förorsakar dem.

Dagens svenska äldrevård lider av svåra problem vad gäller vårdplatser, personal, finansiering och, kanske framför allt, bristande vårdlogistik som gör det mycket svårt att analysera och bedöma utvecklingen av olika kroniska, progredierande sjukdomar över tid och effekten av olika vidtagna behandlingsmetoder [2, 3]. Det råder dessutom stor brist på kunskaper om behandling av äldre personer, över 65 års ålder [4]. Situationen är redan nu på många sätt allvarlig, och det finns ett stort behov av genomgripande förändringar. Om författarnas slutsatser kan bekräftas av motsvarande undersökningar från andra forskningscentra kommer det att ställa ännu större krav på det politiska systemet att bejaka och uppmuntra nytänkande och omtänkande inom äldrevården.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Thorslund M, Lundberg O, Parker M. Klass och ohälsa bland de allra äldsta. Studie visar allmängiltigt samband. *Läkartidningen* 1993;90:3547-53.
2. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2003 (2004-131-5).
3. Akner G. Komplexa problem och vårdbehov hos äldre. Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning. Den parlamentariska utredningen SENIOR 2005, bilagedel C »Vård och omsorg«. p. 477-536. SOU 2003:91.
4. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: SBU; 2003. Rapport nr 163. <www.sbu.se>