

# Kapitel 13

## Utvecklingen av de äldres funktionsförmåga

av Marti G Parker, Pär Schön, Mats Thorslund

- rörelseförmåga
- bära och gripa
- hörsel och syn
- IADL (hjälp med städning, matinköp, matlagning och tvätt)
- ADL (personlig omvårdnad – bad/dusch, hjälp att stiga upp och lägga sig samt på- och avklädning)

### Sammanfattning

- De äldres funktionsförmåga har i flera avseenden förbättrats mellan åren 1980/81 och 2004/05.
- Dessa förbättringar gjordes i huvudsak under 1980-talet.
- Framförallt är det förmågor som har med mobilitet att göra (springa, promenera, gå i trappor och stiga på en buss) som har förbättrats, medan förändringarna när det gäller förmågan att bära tunga föremål och gripa (t.ex. en kran) är mindre.
- Synförmågan har förbättrats under denna tid, medan hörseln har försämrats.
- Förmågan att klara IADL (städ, matinköp, matlagning och tvätt) har förbättrats, medan förmågan att klara ADL (bad, stiga upp, klä på sig) inte har ändrats nämnvärt.
- Kvinnor har sämre funktionsförmåga än män när det gäller syn, mobilitet, gripa och bära, matinköp och städning. Män har mer hörselnedsättningar och är sämre på att laga mat. När det gäller ADL-funktioner är könsskillnaderna små.
- Män har haft en mer gynnsam utveckling över tid när det gäller mobilitetsfunktionen "springa en kortare sträcka" och för IADL-funktioner. Försämringen av hörseln över tid är större för kvinnor än för män.
- Vissa års resultat avviker från resultaten för åren omedelbart före och efter – antagligen en effekt av små urval och ändrade intervju-metoder. Att beskriva utvecklingen över tid när det gäller de äldres hälsa och funktionsförmåga baserat på jämförelser mellan endast två mätpunkter i ULF innebär risk för felaktiga slutsatser.

### 13.1 Inledning

Detta kapitel handlar om utvecklingen av den äldre befolkningens funktionsförmåga över tid. I kapitel 14 visar Thorslund och Parker att det finns olika mått på "hälsa" och funktionsförmåga, och att dessa mått kan ge olika resultat när det gäller utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga över tid.

Utvecklingen av den äldre befolkningens funktionsförmåga är central när det gäller planering för äldreomsorg och äldreomsorg, liksom för andra eventuella behov av anpassning av samhället. Däremot är inte eventuella förändringar i den äldre befolkningens funktionsförmåga liktydigt med att deras hälsa också har förändrats. Här är många fler faktorer av betydelse. Insikten om detta har dock inte alltid funnits vid analyser av utvecklingen inom olika äldregrupper. Detta har lett till att resultat rörande olika förändringar av funktionsförmåga ofta har tolkats som att de äldre har blivit friskare eller sjukare.

På samma sätt som funktionsförmåga endast delvis speglar hälsa, speglar den endast delvis de äldres behov av hjälp. Behov är ett resultat av individens hälsa, funktionsförmåga, samt andra resurser såsom boendesituation, civilstånd, barn som bor i närheten, tillgång till hjälpmedel, med mera. Att följa behov över tid skulle kräva en analys av en mängd faktorer, varav många vanligtvis inte inkluderas i levnadsnivåundersökningar. Här fokuserar vi på de variabler i ULF som bäst beskriver funktionsförmågan.

Fram till 1960-talet mättes hälsa vanligtvis med hjälp av diagnoser. När det gäller äldre personer ger dock en diagnos inte mycket information om vilken sort eller hur mycket vård och omsorg någon behöver. Bland äldre personer är det vanligt med stora variationer i hälsotillstånd och med flera diagnoser samtidigt. Studier av hälsa och funktionsförmåga hos äldre måste därför

kunna mäta dessa tillstånd både hos mycket aktiva, friska personer och hos personer som är sängliggande (Parker, 2002).

Begreppet aktiviteter i det dagliga livet (ADL) introducerades under 1960-talet av geriatikern Sidney Katz för att få ett mått på långvårdspatienters vårdtyngd (Katz et al., 1963). Med ADL menade han aktiviteter som att t.ex. kunna klä på sig, äta och bada själv. Begreppet har senare utvidgats för att inkludera hushållsaktiviteter såsom matlagning och städning, s.k. instrumentella aktiviteter (IADL). Dessa funktionsmått har kommit att få en stor betydelse för att uppskatta vård- och omsorgsbehov, samt kostnaderna för dessa, såväl inom slutenvården som inom äldreomsorgen.

Sedan 1960-talet har ett stort antal metoder utvecklats för att beskriva funktionstillstånd hos äldre personer och hos personer med kroniska sjukdomar eller skador (t.ex. Kane & Kane, 2000; Parker & Rönnerfält, 2002). Begreppet "funktion" har utvecklats under åren och används nu flitigt av olika professioner som exempelvis biståndshandläggare, geriatriker, forskare och utredare. Funktionsbegreppet har också kommit att användas som en indikator på hälsa och som ett mått på vård- och omsorgsbehov. Funktionsfrågor utgör även en väsentlig del av begreppet livskvalitet (Frytak, 2000).

### 13.2 Vad är funktion?

Svaret på frågan om vad funktion är beror på vem man frågar. Det finns inte heller någon konsensus om hur funktion ska mätas. Funktion har blivit ett paraplybegrepp som täcker en mängd hälsokomponenter och hälsorelaterade tillstånd.

Funktion kan enklast beskrivas som avståndet mellan en individs kapacitet – fysisk, psykisk, kognitiv – och de krav som ställs av den fysiska och sociala miljön. Om individen klarar dessa krav finns det inget avstånd, vilket beteck-

nas som god funktion. Om det däremot uppstår ett glapp mellan individens kapacitet och de krav som miljön ställer föreligger ett funktionshinder (*disability*) (Verbrugge & Jette, 1994). Ett grundläggande antagande i detta synsätt är att den enskildes möjligheter och resurser i samspel med miljöns villkor avgör huruvida funktionshinder uppstår.

Utvecklingen av olika funktionsmått har lett till en växande insikt om miljöns betydelse i uppkomsten av funktionshinder. Som beskrivits ovan består funktion av mötet mellan individens kapacitet och miljön. Med andra ord är funktion endast delvis en följd av den kroppsliga hälsan. Många funktionsmått (t.ex. ADL) speglar därför både individens kapacitet och miljöns krav.

Förutom att olika funktionsmått är centrala vid t.ex. biståndsbedömningar och rehabilitering inom äldreomsorgen används de också flitigt som hälsoindikatorer i studier om äldres hälsa, t.ex. när det gäller diskussionen om de äldre blivit friskare eller sjukare över tid. Att funktionsförmåga är beroende av samspelet mellan individens kapacitet och miljön är dock en försvårande omständighet vid analyser av hälsotrender över tid. Förändringar i funktionsförmåga över tid speglar både förändringar i befolkningens hälsa (d.v.s. individernas kapacitet) och förändringar i omgivningen, samt samspelet dem emellan. Det ingår många andra faktorer när sedvanliga funktionsmått som ADL och IADL används, t.ex. kognition, könsroller, hjälpmedel och bostadsstandard. Att ta hänsyn till vad som inkluderas i de olika måtten, samt att särskilja de olika indikatorerna blir därför helt centralt när det gäller att beskriva och analysera hälsoutvecklingen över tid.

Under 1900-talet förbättrades den svenska befolkningens hälsa dramatiskt. Detta var främst en konsekvens av förbättrade levnadsförhållanden och medicintekniska framsteg. Framförallt minskade barnadödligheten under för-

sta delen av 1900-talet och de infektionssjukdomar som drabbade befolkningen före andra världskriget är numera i princip utrotade. Under de senaste decennierna har utvecklingen inom samhället och vården fortsatt, men nu är det den andra änden av livsloppet som påverkas mest. De landvinningar som gjorts inom sjukvården har bland annat lett till att allt fler äldre personer med svåra sjukdomar (t.ex. stroke och hjärtinfarkt) överlever (Rosén & Haglund, 2005).

Även de samhälleliga förändringarna har varit stora, både vad gäller den fysiska närmiljön och den sociala miljön. Dessa förändringar har skett både på mikronivå (t.ex. den egna bostaden och familjestruktur) och på makronivå (t.ex. tillgänglighet till offentliga platser, tillgång till vård och tjänster, kulturella normer och könsroller samt socialpolitik). Dessa faktorer, som vi beskriver mer ingående nedan, har i sin tur påverkat de mått som används för att mäta funktion.

### 13.3 Ett klassifikationssystem för funktion

Insikten om olika miljöfaktorerers betydelse, och att funktion inte enbart är en personlig egenskap, har lett till ett nytt sätt att se på och mäta funktion och hälsa. Det nya perspektivet speglas i ett nytt klassifikationssystem från Världshälsoorganisationen (WHO, 2001). WHO har under åren utvecklat en rad olika klassifikationssystem för att underlätta kommunikation och utbyte mellan länder. Den sedan länge etablerade International Classification of Disease (ICD-10) är en klassifikation av sjukdomar och kroppsliga skador. Under 1990-talet utvecklades ett motsvarande klassifikationssystem för funktion – International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). ICF godkändes av WHO 2002 och har i flera avseenden redan visat sig vara ett an-

vändbart verktyg för att studera förekomsten och uppkomsten av funktionshinder, dock kvarstår mycket utvecklingsarbete. Genom att skapa ett gemensamt språk har ICF underlättat kommunikationen mellan forskare och mellan olika yrkesgrupper.

ICF baseras på en modell som omfattar flera funktionskomponenter och är uppdelad i två delar. Den första delen innefattar kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, samt aktiviteter och delaktighet. Den andra delen handlar om kontextuella faktorer som i sin tur delas in i komponenterna omgivningsfaktorer och personfaktorer. Faktorer av mer personlig karaktär kan t.ex. vara vilka anspråk och förväntningar samt vilken motivation någon har. Omgivningsfaktorer inkluderar bland annat den fysiska närmiljön, familjen, sociala kontakter och välfärdssystemet i sin helhet.

### 13.4 Kontextuella faktorer som påverkar prevalenstal i funktion

Flera av de kontextuella faktorer som omfattas av ICF har förändrats över tid, både omgivnings- och personfaktorer. Dessa kontextuella förändringar påverkar i sin tur de prevalenstal som utgör underlag för analyser över tid. Framförallt när det gäller funktionsfrågor kan alltså prevalenstalen förändras över tid utan att den kroppsliga hälsan för den skull har förändrats.

De kanske mest uppenbara förändringarna är de som har skett i den fysiska miljön, både när det gäller inne- och utemiljön. Bland annat har det skett avsevärda förbättringar i bostadsstandarden där allt fler personer har tillgång till hiss, tvättmaskin och dusch. Den tekniska utvecklingen av köksutrustning som t.ex. mikrovågsugnar, samt ett ökat utbud av mat som är av hel- och halvfabrikat har underlättat matlagningen för många personer med funktionsnedsättningar. Dessutom har

olika hjälpmedel blivit bättre och mer utnyttjade. Framförallt kan man se en stor ökning av användandet av gånghjälpmedel (rollatorer m.m.) (Andersson & Parker, 2004; Jönsson et al., 1999). Några exempel på förändringar som gjorts i utemiljön för att öka tillgängligheten är avfasade trottoarkanter och "nigande" bussar.

En viktig kontextuell faktor när det gäller frågan om äldre personers behov av hjälp för att utföra en aktivitet är den tillgång till stöd och hjälp som finns att tillgå. Både den faktiska tillgången (en omgivningsfaktor) och den upplevda tillgången (en personfaktor som dock påverkas av omgivningsfaktorer) kan påverka en persons benägenhet att rapportera hjälpbehov. Den faktiska tillgången till stöd och hjälp, som till stor del beror på om personen är sammanboende eller inte, har visat sig "skydda" mot institutionalisering (Larsson & Thorslund, 2002; Szebehely, 1999). Frågan om hur tillgången till hjälp påverkar hur någon beskriver sitt funktionstillstånd är dock inte särskilt väl utforskad.

Målen och inriktningen av den svenska äldreomsorgen har inte förändrats nämnvärt sedan 1982 då de grundläggande principerna lades fast av riksdagen (Thorslund, 2005). Där emot har det skett stora förändringar när det gäller "social praxis". Bland annat har chansen att bli beviljad hemtjänst eller en plats i särskilt boende minskat, tröskeln har höjts avsevärt. Det faktum att chanserna att få äldreomsorg har minskat, och de äldre är medvetna om detta, kan leda till att många avstår ifrån att söka hjälp. Möjligen kan denna medvetenhet också leda till att äldre personer i en intervju-situation underlåter att rapportera behov som de ändå "vet" inte kan tillgodoses av den offentligt finansierade äldreomsorgen (Szebehely, 2000).

Det som i ICF benämns som "personfaktorer" inkluderar bland annat kön, socialklass, civilstånd, personlig-

het, attityder och motivation. På grund av de stora kulturella och sociala skillnaderna i olika delar av världen finns här inget enhetligt klassificeringssystem i ICF. Dock ingår de i modellen som viktiga faktorer som kan påverka funktion. En del av dessa faktorer (t.ex. attityder, förväntningar, anspråksnivå och könsroller) är dessutom föränderliga över tid.

När det gäller de äldres förmåga att kunna utföra aktiviteter i det dagliga livet (IADL) har könsroller en stor betydelse. Det är inte helt ovanligt att äldre män inte kan laga mat, likväl som att många äldre kvinnor inte kan betala räkningar. Men könsrollerna förändras. Många av dessa skillnader mellan könen har sannolikt med kohortskillnader att göra och kommer antagligen att minska (Larsson, 2005). Nuförtiden är exempelvis fler män vana att laga mat och kvinnor motionerar i högre utsträckning än förr (Agahi & Parker, 2005).

### 13.5 Databas och metodfrågor

Det finns få databaser som ger möjlighet till att följa utvecklingen av funktionsförmåga över tid, och ännu färre inkluderar data om omgivningsfaktorer. När det gäller att följa utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga över tid erbjuder SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) den unika möjligheten till jämförelser över de senaste 25 åren. ULF-undersökningarna genomförs årligen och består av intervjuer med ett representativt urval av befolkningen i åldrarna 16 till 84 år med början 1980. Vid åren 1988/89, 2002/03 och 2004/05 genomfördes ULF utan övre åldersgräns med oberoende urval. Personer i de allra äldsta åldersgrupperna översamlades vilket ger möjlighet att särredovisa även de allra äldsta.

Vid analyser av utvecklingen över tid bör frågeformuleringar, intervjuarruti-

ner o.s.v. vara oförändrade över tid. Under de snart 30 år ULF har genomförts har vissa förändringar av frågeformuleringarna gjorts. Dessutom har den variation mellan olika år vad gäller inriktning mot olika välfärdsområden, vilken är kännetecknande för ULF-designen, lett till att frågorna om funktionsförmåga vissa år har fått stort utrymme, för att andra år endast inkludera de mest basala frågorna. En del av frågorna har av tidsskäl inte ställts till samtliga intervjupersoner alla år, utan ibland endast till de personer som enligt svar på tidigare frågor i intervjun uppfyllt något selektionskriterium för att komma i fråga för mer ingående följdfrågor. Ett exempel på hur selectionen fungerat är frågan om att kunna springa 100 meter, vilken har fungerat som en selektion för att intervjuaren skulle ställa övriga mobilitetsfrågor som t.ex. kunna ta en promenad, stiga på en buss och gå i trappor. Dessa frågor fungerar i sin tur som en selektion för vem som ska få frågorna om IADL, vilka sedan är en selektion för ADL-frågorna. För vissa frågor har vi kunnat kompensera för detta genom att rekonstruera samma "selektionsprincip" för alla år. Men detta har inte varit möjligt för alla frågor och därför bör försiktighet iaktas vid tolkningen av dessa frågor. För en översikt av skillnaderna när det gäller olika selektionskriterier över tid, se bilaga 2.

Ett annat metodproblem är att en del frågor inte har ingått alla år. Därför saknas resultat från vissa undersökningsår i några av våra figurer. Även formuleringarna för några frågor har ändrats under åren (se bilaga 1). Tidigare studier har visat att även små förändringar i frågeformuleringarna kan påverka prevalensen i svaren (Jette, 1994).

### 13.6 Resultat

I figur 13.1-15 redovisas resultaten för olika funktionsvariabler i ULF-undersökningarna mellan åren 1980

och 2005. Utifrån samtliga dessa figurer framgår det starka sambandet mellan ålder och funktionsnedsättningar. I figurerna är resultaten för män och kvinnor sammanslagna. Eventuella könsskillnader redovisas i texten.

### 13.6.1 Mobilitet

Mobilitet (förmågan att förflytta sig) kräver en mängd olika kroppsfunktioner såsom muskelstyrka, balans och koordination. Mobilitet är väsentligt för att kunna klara sig själv. Dessutom har mobilitet samband med livskvalitet. De mobilitetsfunktioner i ULF-materialet som har varit möjliga att följa under perioden 1980-2005 är: springa en kortare sträcka, gå i trappor utan besvär, stiga på en buss obehindrat och ta en kortare promenad.

#### Springa en kortare sträcka

Samtliga intervjupersoner fick frågan om deras förmåga att **springa en kortare sträcka (100 m)**. Figur 13.1 visar de tydliga förbättringar som skett mellan 1980 och 2005 för samtliga åldersgrupper över 65 år. Förbättringarna var ca 11-14 procentenheter. I åldersgruppen 85+, där intervjuerna började först 1988/89, var förbättringen mindre än 5 procentenheter.

De största förbättringarna ägde rum under 1980-talet. Från mitten av 1990-talet och framåt är inte utvecklingen alls lika tydlig. Kvinnor rapporterar oförmåga att springa i större utsträckning än män i samtliga åldersgrupper. Dessutom har männen haft en mer gynnsam utveckling sett över hela tidsperioden.

#### Promenera, gå i trappor och stiga på en buss

De intervjupersoner som rapporterade att de inte kunde springa 100 m fick tre följdfrågor om mobilitet. Anledningen till detta var att de som kunde springa även antogs kunna utföra övriga mobilitetsfunktioner. I figur 13.2-4 åskådlig-

görs resultaten för följdfrågorna om mobilitet.

De tre följdfrågorna uppvisar ett likartat utvecklingsmönster över tid som när det gäller frågan om att springa. De högsta prevalenstalen återfinns på frågan om förmågan att gå i trappor. Den näst "svåraste" aktiviteten är att promenera och den "enklaste" är att stiga på en buss. Med promenad-, trapp- och bussfrågorna ser man en förbättring mellan 1980/81 och 2004/5 i storleksordningen ca 3 till 13 procentenheter. De största förbättringarna har skett i åldersgrupperna över 75 år. Huvudparten av förbättringarna när det gäller dessa mobilitetsfrågor har skett under 1980-talet och första halvan av 1990-talet. Därefter är utvecklingen mindre tydlig. Ett undantag är den tydliga förbättringen för de allra äldsta mellan 2002/03 och 2004/05 – en förbättring som knappast kan spegla en verklig förändring i befolkningen, utan tills vidare bör ses som en effekt av slumpmässiga faktorer. Män rapporterar mindre problem än kvinnor för alla tre funktioner. Däremot är det svårt att se några tydliga mönster när det gäller könsskillnader i utvecklingen över tid.

### 13.6.2 Bära och gripa

Förmågan att bära och gripa speglar arm- och handfunktion. Funktionsförmågan i armar och händer är central för att kunna utföra aktiviteter knutna till personlig hygien och hushållsaktiviteter. Vid undersökningsåren 1988/89, 1996/97 samt 2002-2005 ställdes frågorna "Har du några svårigheter med att bära 5 kg, t.ex. en tung bärkasse, en kortare sträcka, säg 10 meter?" och "Har du några svårigheter med att gripa, t.ex. vrida på eller av kranar?". Dessa två frågor ställdes till samtliga, oavsett ålder och svar på andra funktionsfrågor.

Utvecklingen när det gäller **förmågan att gripa** (figur 13.5) är ojämn och det är svårt att se någon trend. Vid en jämförelse mellan de första och sista under-

sökningsåren (1988/89 och 2004/05) ser det ut som att gripförmågan har försämrats något för de två yngsta och för den äldsta åldersgruppen, medan det har skett en förbättring för åldersgrupperna 75-79 år och 80-84 år.

Figur 13.6 visar resultat när det gäller **förmågan att bära**. Även när det gäller denna fråga är det svårt att se några tydliga tendenser. Kvinnor rapporterar problem med både att gripa och bära i betydligt högre utsträckning än män.

### 13.6.3 Hörsel och syn

Även hörsel och syn är viktiga kroppsfunktioner för individens förmåga att ta hand om sig själv, sköta sitt hushåll och vara aktiv i samhället. I de äldsta åldersgrupperna ställs undersökningsfrågorna till en anhörig eller till vård- och omsorgspersonal om inte urvals-personen själv kan svara. Instruktionerna till intervjuarna om och hur syn- och hörselfrågorna ska ställas vid så kallade indirekta intervjuer har varierat under åren (se bilaga 1). Här har vi endast använt svaren från direkta intervjuer för att kunna göra jämförelser av prevalenstalen mellan åren.

Förekomst av **nedsett hörsel** baseras på frågan "Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer (med eller utan hörapparat)?" Här är trenden den motsatta jämfört med de flesta andra funktionsmått. Under 1980-talet och under den första halvan av 1990-talet har det skett påtagliga försämringar av hörseln för samtliga grupper över 65 år, medan det efter ca 1996/97 i princip har varit oförändrat (figur 13.7). Till skillnad från de flesta andra funktionsmått rapporterar i alla åldersgrupper män mer problem med hörseln än kvinnor. Däremot är försämringen av hörseln över tid större för kvinnor.

Förekomsten av **nedsett syn** enligt frågan "Kan du utan svårighet läsa/urskilja vanlig text i en dagstidning (med eller utan glasögon)?" ökar

markant med stigande ålder (figur 13.8). Av den totala befolkningen i åldrarna 20-84 år är det knappt 2 procent som har svårigheter med att läsa en dagstidning. När det gäller personer över 75 år är motsvarande siffra mycket högre. Tydliga förbättringar har skett bland de äldsta åldersgrupperna (75 år och äldre). Däremot är det svårt att urskilja någon tydlig trend bland dem som är under 75 år. Kvinnor rapporterar något sämre syn än män i alla åldersgrupper.

### 13.6.4 IADL

IADL-funktioner omfattar de funktioner som inom äldreomsorgen brukar benämnas som serviceinsatser – d.v.s. **hjälp med städ, matinköp, matlagning och tvätt**. Vid analyserna över tid har frågorna om IADL varit svåra att hantera eftersom selektionen, d.v.s. vilka personer som fått frågorna, har ändrats från år till år. Detta förtydligas i bilaga 1. Vi har så långt som möjligt försökt att göra enhetliga selektioner i analysen.

Frågorna om IADL inleds med ett kort stycke (något ändrat under åren): "Nu kommer vi till några frågor som handlar om sysslor i vardagslivet som en del människor klarar själva medan andra behöver hjälp. Om du och någon annan i hushållet brukar hjälpas åt med vissa sysslor för att det är trevligare så – inte för att du behöver hjälpen – kan det ändå betraktas som att du själv klarar det. Klarar du själv eller behöver du hjälp med..." Denna fråga följs av tre eller fyra aktiviteter. Svartalternativen är "behöver hjälp" eller "klarar själv".

De IADL-frågor som ingår de flesta undersökningsåren, matinköp, matlagning och städning, visar alla tre en liknande trend över tid (figur 13. 9-11). I de yngsta åldersgrupperna (65-69 år och 70-74 år) klarar de allra flesta dessa sysslor och det har knappast skett någon förändring över tid. Åldersgrupperna 75-79 år och 80-84 år visar däremot en tydlig nedgång av problem, bortsett från en markant uppgång vid

undersökningstillfället 1988/89. Den äldsta åldersgruppen, som endast är representerad vid tre intervjutillfällen, har visat en nedgång av problem när det gäller alla tre IADL-frågorna. Även för IADL-funktionerna har nedgången av problem skett under 1980-talet och i början av 1990-talet. Från mitten av 1990-talet har det inte skett några förändringar.

Frågan om att **klara av sin egen tvätt** introducerades först vid undersökningsåret 1988/89 (figur 13.12). Denna fråga visar ett liknande utvecklingsmönster som för övriga IADL-funktioner. I början av perioden skedde en förbättring för de äldre åldersgrupperna som sedan avtog under mitten av 1990-talet. För åldersgruppen 80-84 år fortsatte dock förbättringarna även under den senare delen av 1990-talet.

Kvinnor rapporterar större hjälpbehov än män vid **matinköp och städning**, medan män rapporterar ett större behov av hjälp när det gäller matlagning. I början av den studerade perioden (1988/89) rapporterade män ett större behov av hjälp när det gällde att sköta tvätten, men skillnaden mellan könen minskade under tiden. Överlag är det männen som står för de största förbättringarna över tid när det gäller IADL-funktioner.

### 13.6.5 ADL

ADL, som ibland även benämns personlig ADL (PADL), handlar om funktioner som har med **personlig omvårdnad** att göra såsom **bad/dusch, hjälp att stiga upp och lägga sig samt på- och avklädning**. Det har inte varit möjligt att följa hur dessa ADL-funktioner har utvecklats över hela tidsperioden 1980/81-2004/05 eftersom frågorna inte har ingått alla år. I bilaga 2 ges en översikt av vilka ADL-frågor som ingick respektive år samt hur selektionen varierat mellan åren.

Frågan om bad/dusch ingick endast vid undersökningstillfällena 1988/89

och 1990/91 samt 1996/97-2004/05. Mellan 1980/81 och 1986/87 frågades det om "personlig hygien (tvättning och toalettbestyr)". I figur 13.13 redovisas resultaten av båda dessa frågor trots att det finns en risk att frågorna inte har tolkats på samma sätt av de svarande. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet.

För de "yngre" åldersgrupperna (under 74 år) har andelen hjälpbehov varit låg och i det närmaste varit konstant över hela perioden. För åldersgruppen 80-84 år syns en markant uppgång av rapporterade problem år 1988/89, och för åldersgruppen 75-79 år når denna uppgång sin topp 1990/91. Detta kan vara en effekt av att frågeformuleringen ändrades från "personlig hygien" till "bad", d.v.s. att bad tolkas som en mer krävande uppgift medan personlig hygien består av enklare tvättning. Från 1988/89 till 1996/96 ses en tydlig nedgång för åldersgruppen 80-84 år, men därefter ökar andelen som rapporterar att de behöver hjälp vid bad. Om man endast tittar på undersökningsåren 1980/81 och 1996/97 ligger prevalenstalen nästan på samma nivå.

Det finns inte några tydliga könsskillnader när det gäller förmågan att **bada/duscha**. För åldersgruppen 80-84 år finns dock en tendens till könsskillnad från 1996/97 och framåt, där kvinnorna rapporterar ett ökande hjälpbehov medan männens hjälpbehov är oförändrat.

Endast ett fåtal personer rapporterar att de har behov av **hjälp med att stiga upp och lägga sig**, mindre än 2 procent av dem som är under 75 år (figur 13.14). På samma sätt som med frågan om bad är andelen hjälpbehövande i de "yngre" åldersgrupperna låg. För åldersgrupperna 75-79 år och 80-84 år syns en nedgång mellan 1988/89 och 1996/97, men därefter ökar andelen som behöver hjälp. Könsskillnaderna är små, förutom för de äldsta kvinnorna som har högre prevalenstal.



Frågan om **på- och avklädning** ingick endast under 1980-talet, för att sedan återigen komma med år 2002 (figur 15). Under 1980-talet minskade hjälpbehovet i alla åldersgrupper. Mellan 2002/03 och 2004/05 skedde det en uppgång för alla åldersgrupper utom gruppen 85+. Nivåerna för 2004/05 överstiger dock inte andelen som rapporterade behov av hjälp under 1980-talets början. Som med frågan om att stiga upp finns inte heller här några tydliga könsskillnader, förutom för den äldsta gruppen där kvinnorna uppvisar högre prevalens.

### 13.7 Diskussion

När det gäller frågan om de äldre blir friskare eller sjukare, sett ur ett planeringsperspektiv för vård och omsorg, är kanske det mest viktiga att konstatera att antalet och andelen äldre kommer att öka. Sett till andelen personer som är 80 år och äldre har Sverige redan världens äldsta befolkning. Enligt SCB:s (2006) befolkningsprognoser beräknas denna åldersgrupp vara i stort sett konstant fram till 2020, för att sedan öka kraftigt i takt med att den stora generationen född under fyrtiotalet kommer upp i de högsta åldrarna. Eftersom behovet av vård- och omsorgsinsatser är starkt korrelerat med ålder innebär detta att behoven med största sannolikhet kommer att öka.

En central fråga blir då om behoven av vård och omsorg kommer att öka i samma takt som den äldre befolkningen. Kommer behovskurvan att vara parallell med befolkningskurvan, eller kommer behoven att vara mindre eller större än dagens behov för varje åldersgrupp? Ett sätt att angripa denna komplicerade fråga är att utgå från den tidigare utvecklingen. Utgångspunkten att den framtida utvecklingen skulle utgöra en förlängning av den hittillsvarande är dock ett vågat antagande.

Enligt Thorslund och Parkers övergripande sammanställning av forsk-

ningen rörande de äldres hälsa över tid (kapitel 14) finns tecken på att utvecklingen under de senaste decennierna inte varit linjär. Att den tidigare positiva utvecklingen i vissa avseenden mattats av. Vår genomgång av ULF-materialet när det gäller de äldres funktionsförmåga visar för flera variabler på samma resultat. Sett över hela perioden från 1980 har det skett en allmän förbättring i den äldre befolkningens funktionsförmåga. För flera av variablerna skiljer sig dock de senaste tio årens utveckling från utvecklingen under 1980-talet – merparten av förbättringarna verkar härröra från början av tidsperioden.

För andra mått på funktionsförmågan är dock bilden mer enhetlig – en linjär trend sedan 1980. För dessa variabler blir det lättare att göra förutsägelser om framtiden - att utgå ifrån att trenden består. Även här är det förstås viktigt att fortlöpande följa utvecklingen för att se eventuella tecken på förändringar i utvecklingen. Viktigt är också att kunna särskilja utvecklingen inom olika grupper och för olika indikatorer på hälsa och funktionsförmåga.

#### Köns- och åldersskillnader

Samtliga studerade funktionsvariabler visar en stark korrelation med ålder. Dock är sambandet med ålder olika starkt för de olika variablerna.

Förekomsten av nedsättningar i mobilitet samt i hand- och armfunktion är högre bland kvinnor. Kvinnor har också något sämre syn medan män har sämre hörsel. När det gäller IADL går resultaten isär. Kvinnor har mer problem med att städa och handla mat, medan män har mer problem med matlagning. Kvinnors sämre förmåga att handla mat och städa beror sannolikt på deras sämre mobilitet och sämre hand- och armfunktion. Däremot kräver matlagning kunskap och vana snarare än kroppsfunktion, vilket förmodligen är anledningen till att män rapporterar mer problem. Trots att kvinnor

rapporterar sämre syn, mobilitet och styrka är könsskillnaderna mindre tydliga när det gäller personlig ADL. Detta resultat överensstämmer bland annat med resultaten från SWEOLD-undersökningen (Parker et al., 1994; Thorslund et al., 2004).

Även trenderna över tid skiljer sig för olika åldersgrupper och mellan könen. I de fall det har skett förbättringar är dessa mest tydliga i de äldre åldersgrupperna, där problem är mest vanliga och därmed ger det största "utrymmet" till förbättringar. Tidigare analyser baserade på ULF har också påvisat tydliga köns- och åldersskillnader. Exempelvis visade Larsson och Thorslunds (2005) studie förbättringar i mobilitet, dock endast för kvinnor i åldersgruppen 65-79 år. Lagergren (2004) fann förbättringar för män i ett sammansatt ADL-index, medan kvinnorna uppvisade försämringar.

Det är svårt att göra jämförelser mellan olika studier eftersom resultaten baseras på olika populationer, datainsamlingstidpunkterna skiljer sig, olika åldersgrupper har inkluderats o.s.v. I den mån det skett förändringar av funktionsförmågan är det oftast till det bättre, åtminstone för vissa grupper. En amerikansk studie fann t.ex. förbättrad funktion mellan 1984 och 1995 hos kvinnor men inte hos män (Crimmins & Saito, 2000). En studie i åtta OECD-länder visade minskande ADL-problem bland män, medan det var oförändrat eller t.o.m. försämringar bland kvinnor (Jacobzone, 2000; Jacobzone et al., 2000). En studie av tio europeiska länder visade förbättringar i personlig ADL bland män, men inte bland kvinnor (Äijänseppä et al., 2005).

### **Olika variabler: Är funktion lika med behov?**

Av resultaten i denna studie, och i enlighet med ICF-modellen, framgår det att funktion består av flera komponenter och därför inte kan sammanfattas med en enda indikator. Framförallt när

vi talar om trender över tid ser vi olikheter mellan olika variabler i ULF-materialet. Mobilitetsfrågorna visade på en klar förbättring över den studerade tiden, medan frågorna om hand- och armfunktion inte visade någon tydlig utvecklingstrend. Synförmågan förbättrades medan hörseln försämrades under samma period. Frågorna angående IADL visade förbättringar, medan trenderna för ADL var oklara. Även köns- och åldersskillnaderna ser olika ut för olika funktionsvariabler.

I kapitel 14 beskriver Thorslund och Parker variationerna i utvecklingen av hälsa och funktionsförmåga mellan olika länder. Ett mönster verkar dock vara att sjukdomar och symptom har ökat bland de äldre, medan mått på funktionsnedsättningar och ADL visat blandade resultat, och IADL har visat förbättringar.

Det förefaller högst osannolikt att människokroppen skulle ha genomgått grundliga förändringar under den studerade perioden. Däremot har det skett omfattande förändringar när det gäller olika kontextuella faktorer som exempelvis sjukvård, omsorg och den sociala och fysiska omgivningen. Att olika komponenter av funktion i olika grad påverkas av kontextuella faktorer är nog den mest troliga förklaringen till varför olika funktionsvariabler visar olika trender över tid. Därför är det viktigt att använda sig av flera mått och flera av ICF:s funktionskomponenter när man studerar utvecklingstrender i funktion.

Oavsett anledningen till nedsatt funktion ger resultaten från olika mått på funktion vägledning angående eventuella behov av samhälleliga insatser. Dock vet vi inte vilka insatser och vilken sorts service som skulle behövas utan en närmare granskning av situationen. Enligt ICF-modellen ger nedsatt funktion på kroppsstrukturnivån upphov till behov av medicinska insatser eller rehabilitering. Nedsatt funktion på aktivitets- och delaktighetsnivån reflek-

terar behov av rehabilitering, kompensation eller borttagning av eventuella hinder. Inskränkt mobilitet skulle då kräva medicinsk utredning och eventuellt rehabilitering. Oförmåga att laga mat skulle kunna kräva rehabilitering, hjälpmedel eller ett mer tillgängligt kök. Oförmåga att laga mat hos män kan å andra sidan bero på invanda könsroller och brist på kunskaper.

### **Begränsningar med studien**

Av bilaga 1 och 2 framgår det att frågeformuleringarna har varierat under åren, samt att selektionerna har förändrats. Vi har så långt som möjligt försökt att kompensera för och ta hänsyn till de olika selektionsfiltren, men det är ändå svårt att jämföra prevalenstalen mellan åren rakt av. Här gäller det att se till de allmänna trenderna i figurerna mer än att fästa sig vid specifika prevalensnivåer.

Bortfallet i ULF har ökat under åren med successivt allt större bortfallssiffror under 1990-talet. Om bortfallet bland de äldre till stor del består av sjuka individer som inte nås av intervjuarna, skulle det högre bortfallet under 1990-talet resultera i en överrepresentation av friska personer, d.v.s. de redovisade resultaten skulle innebära en underskattning av problemen i den äldre befolkningen.

Bortfallet i ULF under olika år (se kapitel 15 i denna rapport) har samkörts mot dödsfallsregistret och slutsatsen som drogs var att punkttestimat i ULF kan innebära en underskattning av hälsoproblemen, men inte påverka trenderna över tid. Detta sägs delvis emot av Lagergren (2004) som använde slutenvårdsregistret för att analysera bortfallet i ULF. Lagergrens slutsats var att det ökande bortfallet förklarade ca 30 procent av förbättringarna bland de äldre. Båda metoderna – att använda dödlighet respektive sjukhusvistelser som indikatorer på sjuklighet och funktionsförmåga hos personerna i bortfallet – har sina svagheter. Ett stort, och

ökande, bortfall innebär med största sannolikhet en större felkälla när det gäller hälsoskattningar bland de äldre än bland yngre befolkningsgrupper.

### **Har 1980-talets positiva hälsoutveckling upphört?**

Huvudparten av de förbättringar som vi redovisar i kapitlet har främst skett under 1980-talet och under den första halvan av 1990-talet. Trenderna efter 1995 är otydliga för de flesta funktionsvariabler. Malmberg och Sundström (2004) jämförde ULF-resultat från 1988/89 och 2002 med andra tidigare studier från 1954 och 1975. Fram till 1988/89 hade det skett dramatiska förbättringar av de äldres hälsa, medan förbättringarna mellan 1988/89 och 2002 endast var måttliga. Författarna drog slutsatsen att "sett över längre sikt /.../ skulle man kanske snarast säga att en tidigare, gynnsam utveckling nästan stagnerat." (s. 29).

Denna utveckling har flera möjliga förklaringar. En förklaring är att den ökade överlevnaden bland de allra äldsta innebär att även de som drabbas av allvarliga sjukdomar lever allt längre, men ofta med nedsatt funktion (Rosén & Haglund, 2005). En annan förklaring till en avstannande utveckling under 1990-talet kan vara att de neddragningar som gjordes inom äldreomsorgen och sjukvården under 1990-talets ekonomiska kris påverkat den äldre befolkningens hälsa och funktion (Szebehely et al., 2001).

En annan möjlig förklaring till avmattningen av de äldres hittills positiva hälsoutveckling skulle kunna vara att i Sverige är de stora hälsovinsterna bland de äldre redan gjorda. Enligt Robine och Michel (2004) bör hälsoutvecklingen skilja sig både mellan länder och mellan olika tidsperioder. Vid en viss given tidpunkt befinner sig varje land i ett visst stadium i utvecklingen. Sverige ligger långt fram i den demografiska och epidemiologiska utvecklingen jämfört med "yngre" nationer, som fortfa-

rande har de stora hälsovinsterna framför sig.

### Den ojämna utvecklingen

Vid studier av de äldres hälsa och funktionsförmåga över tid visar ofta resultaten att utvecklingen inte är jämn över tid, något som ibland kan förklaras av de ändringar som gjorts i frågeformulering och selektion. Olika trendanalyser av stora amerikanska databaser har också kommit fram till helt motsatta resultat beroende på t.ex. hur olika grupper viktats på basis av ålder och boendeformer (Spillman, 2004).

Den kraftiga ökningen av flera funktionsnedsättningar vid undersökningsåret 1988/89 är svårförklarad. De omkringliggande åren visade en betydligt lägre andel. I huvudsak var det männen som svarade för denna kraftiga upp- och nedgång. Möjligtvis kan förändringar i selektionsfrågorna förklara en del av uppgången (se bilaga 2). Exempelvis togs selektionsfrågorna bort för dem över 75 år 1988/89, vilket skulle kunna förklara uppgången, men inte den kraftiga nedgången året därpå. Så länge denna markanta uppgång inte kan förklaras bör största försiktighet iaktas när det gäller 1988/89 års prevalenstal.

Ett sätt att hantera data när dessa fluktuerar över tid är att använda så kallat glidande medelvärde. Figur 13.11.b visar hur denna metod fungerar. Här tar man hänsyn till åren innan och efter genom att räkna om varje år så att det aktuella året får vikten 0,5 och de två omkringliggande åren får vikten 0,25. Den kraftiga upp- och nedgången vid åren 1988/89 kvarstår fast mindre markant.

Oavsett förklaringen till den stora andel rapporterade problem under 1988/89, inser man hur känsliga den här typen av analyser är för valet av tidpunkter när det gäller att beskriva utvecklingen över tid. Framförallt gäller detta vid jämförelser mellan endast

två tidpunkter. Här är det särskilt viktigt att dessa tidpunkter är någorlunda representativa för tiden innan och efter. Att använda de i flera avseenden svår-förklarade resultaten från undersökningstillfället 1988/89 som utgångspunkt för tidsjämförelser, utan att ta hänsyn till åren före och efter, är enligt vår bedömning att riskera felaktiga slutsatser. De analyser som jämfört senare års resultat med de höga ohälsore-sultaten 1988/89 har samtliga kommit till resultatet att hälsa och funktionsförmåga förbättrats sedan dess (Lagergren, 2004; Larsson, 2005; Malmberg & Sundström, 2004; Persson et al., 2001; Szebehely et al., 2001). I den mån man hade kunnat utgå från resultat något år tidigare hade slutsatserna i många fall blivit helt annorlunda. Tack vare ULF finns möjligheten att analysera utvecklingen baserat på flera mättillfällen, något som är unikt bland svenska data.

### Fortsatta analyser

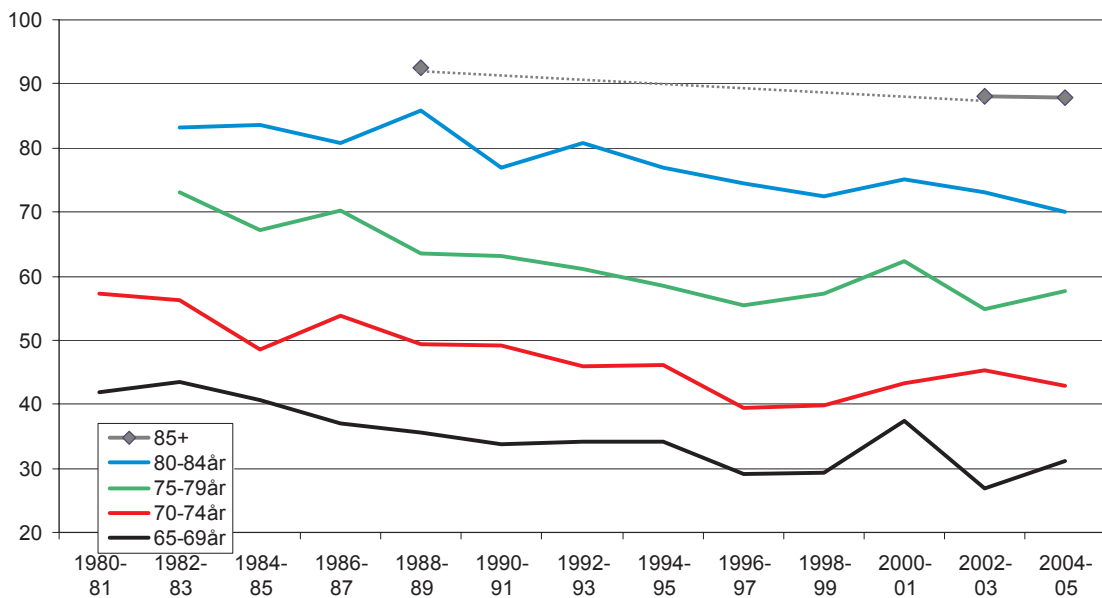
Resultaten i detta kapitel visar vikten av att analysera flera funktionsvariabler samtidigt om man ska förstå hur funktionsförmågan har utvecklats över tid. Eftersom olika indikatorer på funktion har påverkats i olika grad av förändringar i omgivningen ser vi olika trender för t.ex. gångförmåga, syn, hörsel, eller förmåga att laga mat.

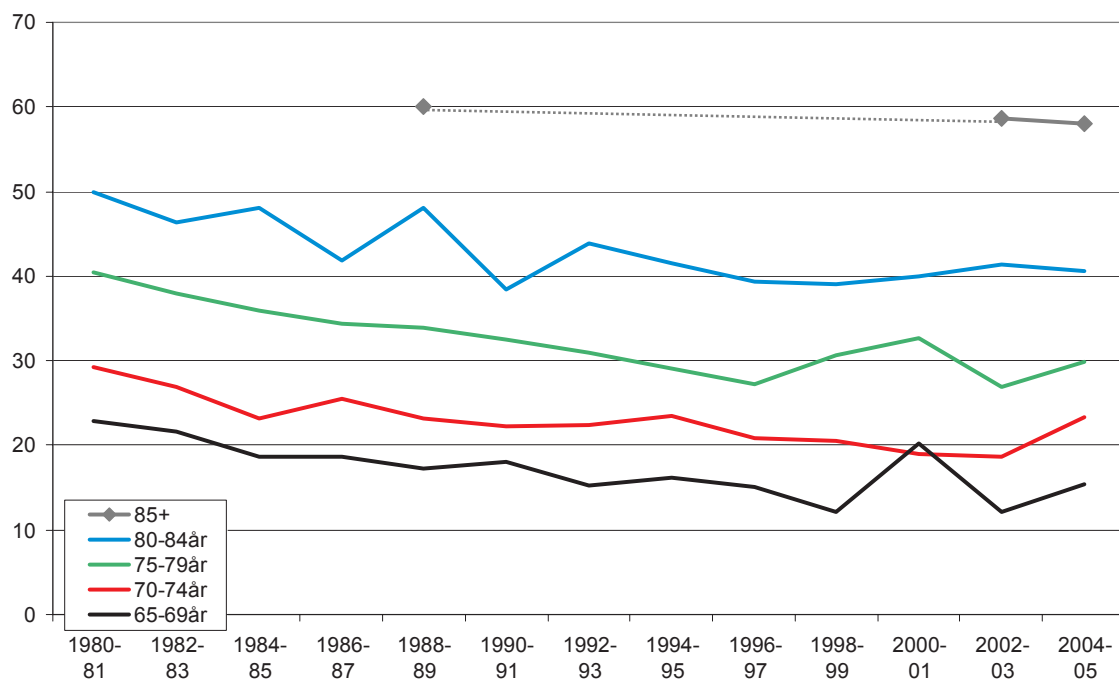
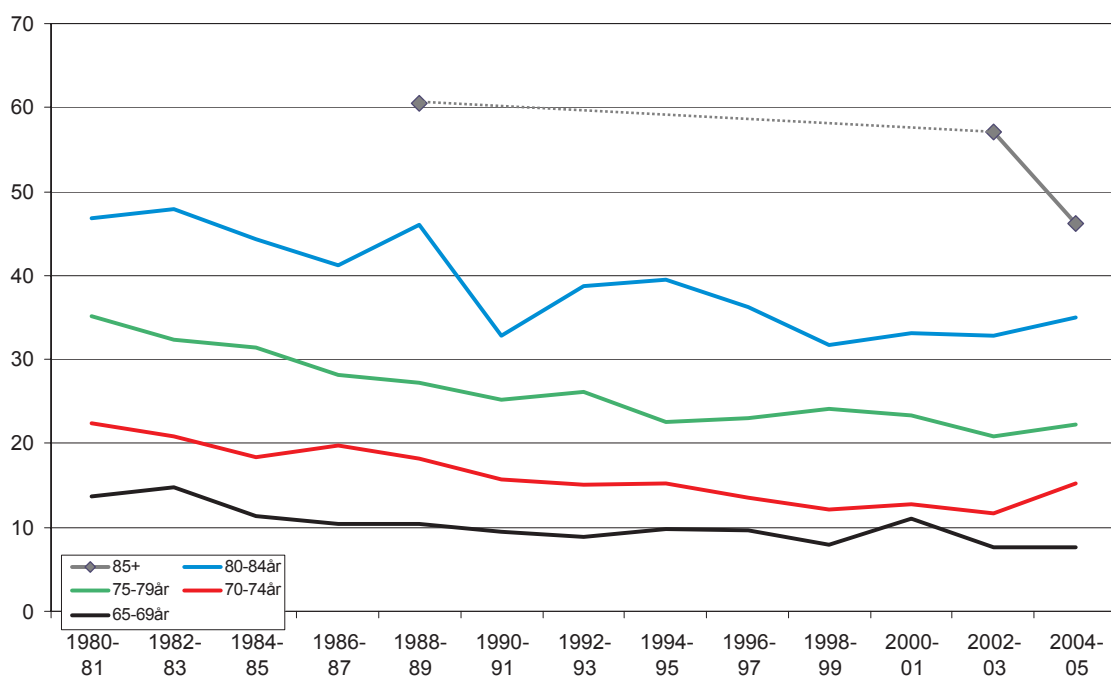
Av samma anledning bör man undvika att slå ihop hälso- och funktionsmått i sammansatta index. De olika variablerna bör istället analyseras separat. Genom att hålla isär måtten kan man bättre förstå vilka faktorer i omgivningen (den sociala och fysiska miljön, sjukvård och omsorg, o.s.v.) som kan ha påverkat eventuella förändringar. Ett exempel på detta är att man kan se helt olika trender över tid för syn och hörsel. I ett sammansatt index skulle de "ta ut" varandra och därmed minska värdet av indexet. På liknande sätt visar även ADL och IADL olika utvecklingstrender över tid, där IADL i betydligt högre utsträckning har påverkats av

förändringar när det gäller könsroller och fysisk miljö.

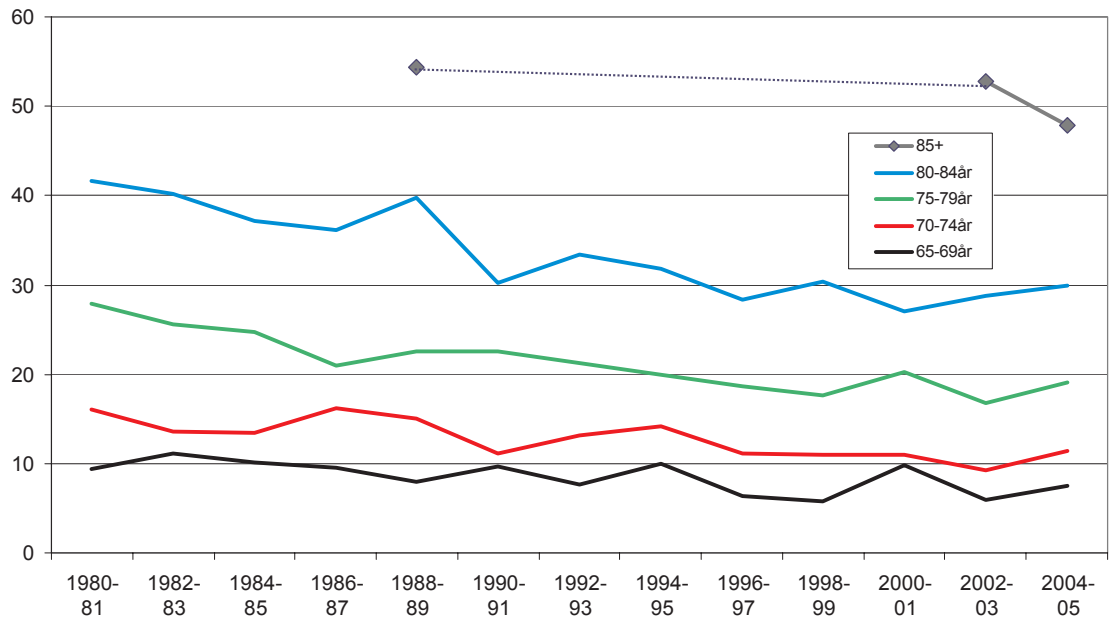
Denna studie har visat riskerna med att analysera förändringar i hälsa och funktion utifrån endast två tidpunkter. I ULF finns det tillgång till prevalenstal för långa tidsserier. Trots de problem och begränsningar när det gäller tillgången till helt jämförbara indikatorer på hälsa och funktionsförmåga bör denna möjlighet tas bättre tillvara.

**Figur 13.1.** Andel personer som inte kan springa en kortare sträcka (100 m), per åldersgrupp. Procent.

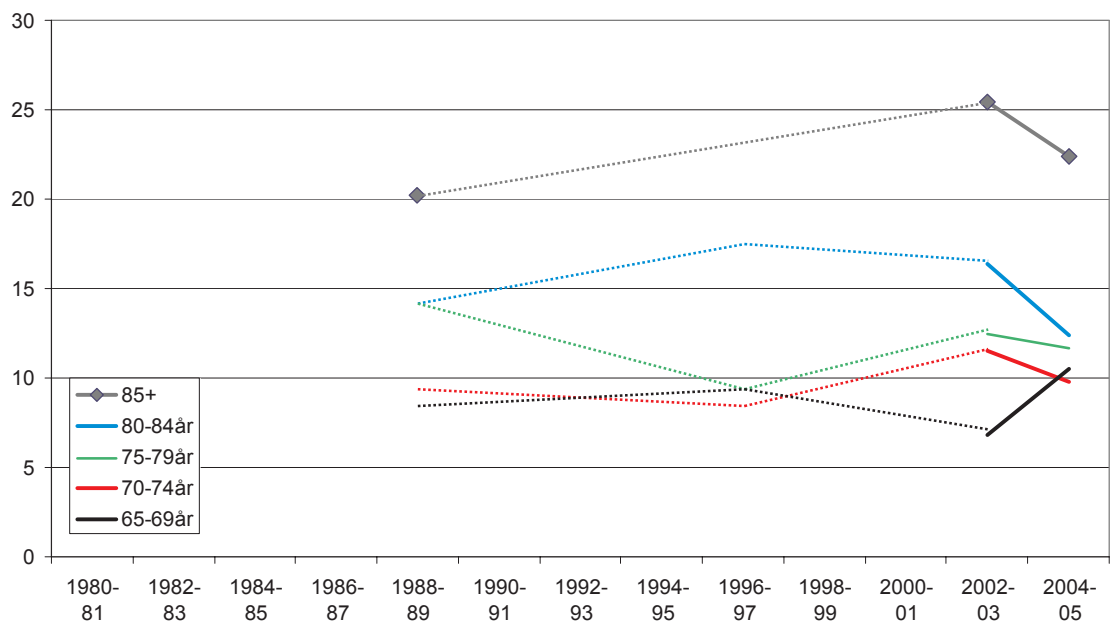


**Figur 13.2.** Andel personer som inte kan gå i trappor utan besvär, efter åldersgrupp. Procent.**Figur 13.3.** Andel personer som inte kan ta en kortare promenad, efter åldersgrupp. Procent.

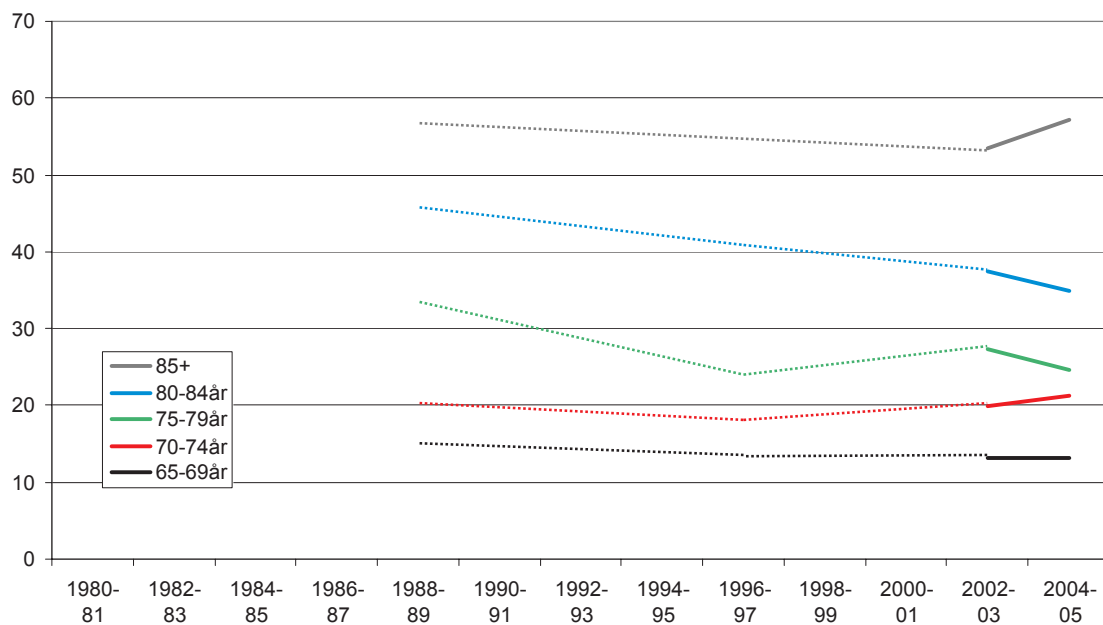
**Figur 13.4.** Andel personer som inte kan stiga upp på en buss obehindrat, efter åldersgrupp  
Procent.



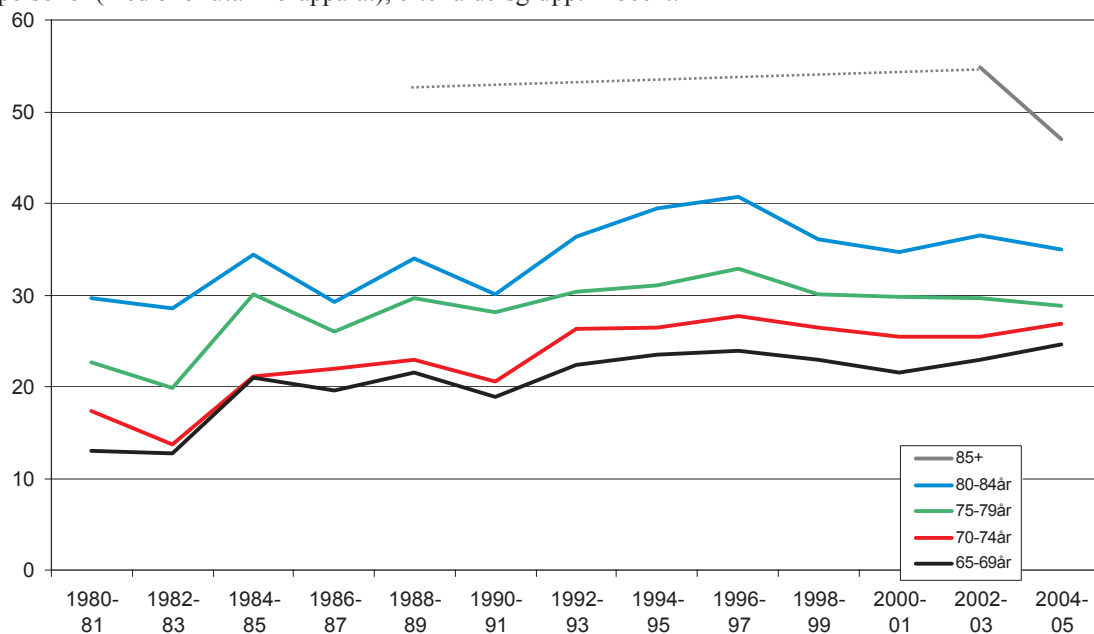
**Figur 13.5.** Andel personer som har svårigheter med att gripa, t.ex. vrida av och på kranar, efter åldersgrupp. Procent.



**Figur 13.6.** Andel personer som har svårigheter med att bära 5 kg, t.ex. en tung bärkasse, en kortare sträcka (10 m), per åldersgrupp (%).

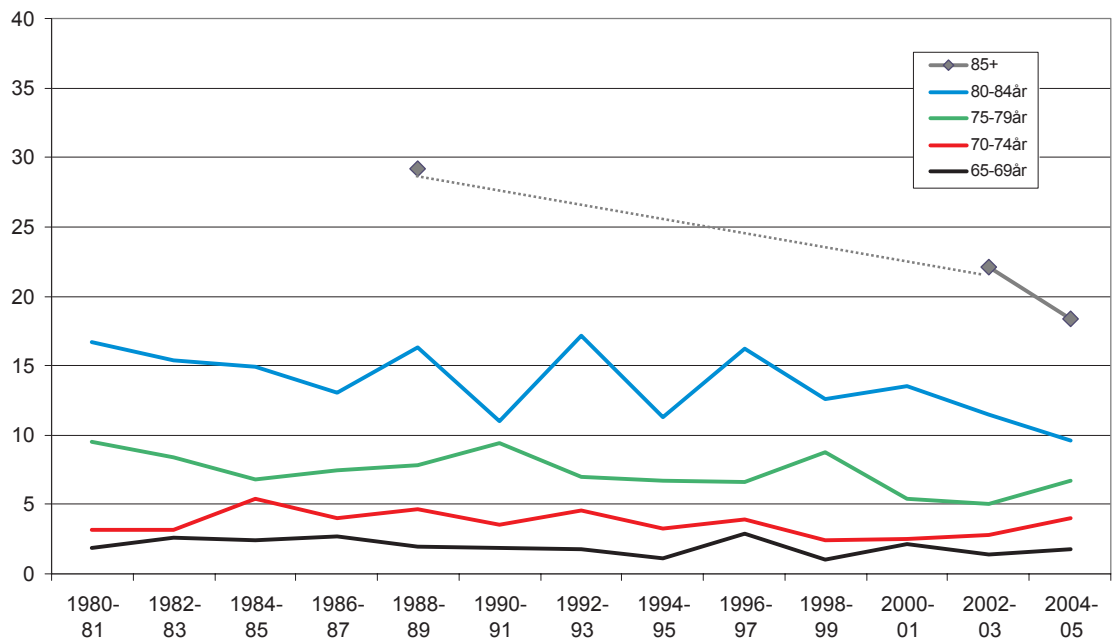


**Figur 13.7.** Andel personer som har svårigheter att höra vad som sägs i samtal mellan flera personer (med eller utan hörapparat), efter åldersgrupp. Procent.

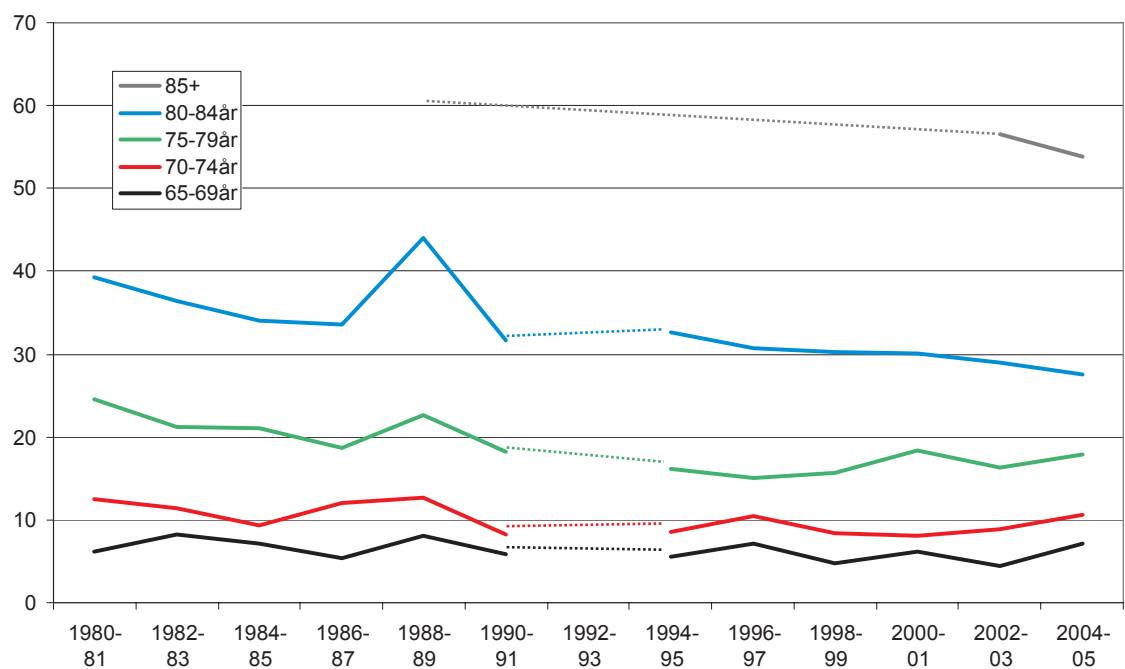




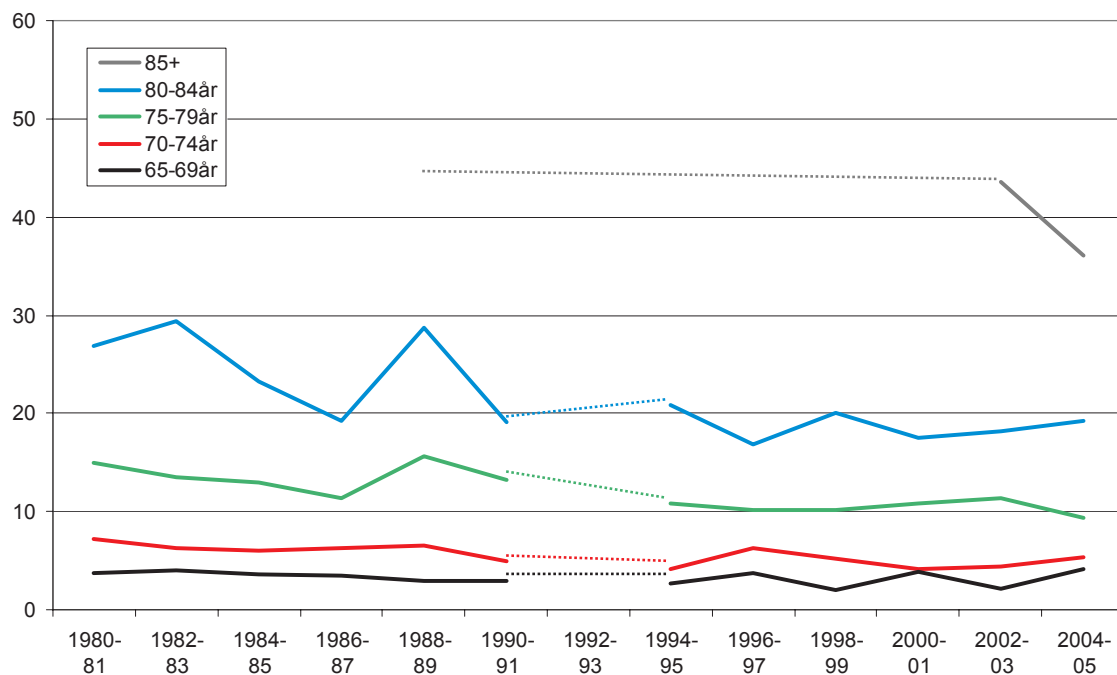
**Figur 13.8.** Andel personer som har svårigheter att se och urskilja vanlig text i dagstidning (med eller utan glasögon), efter åldersgrupp. Procent..



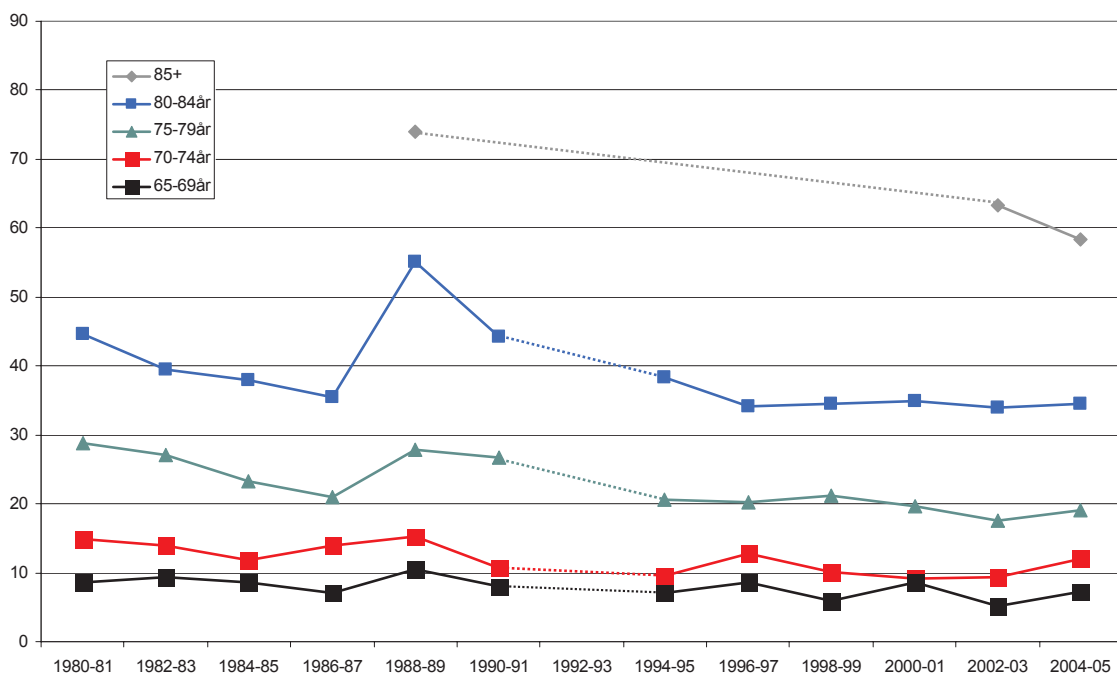
**Figur 13.9.** Andel personer som behöver hjälp med matinköp, efter åldersgrupp. Procent.



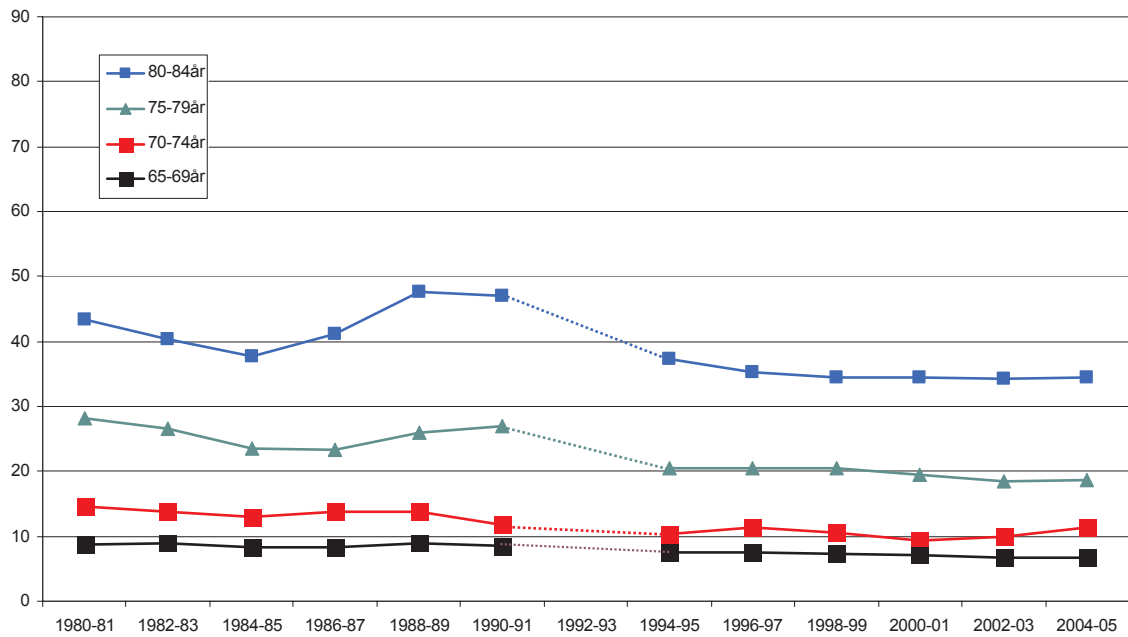
**Figur 13.10.** Andel personer som behöver hjälp med matlagning, efter åldersgrupp. Procent.



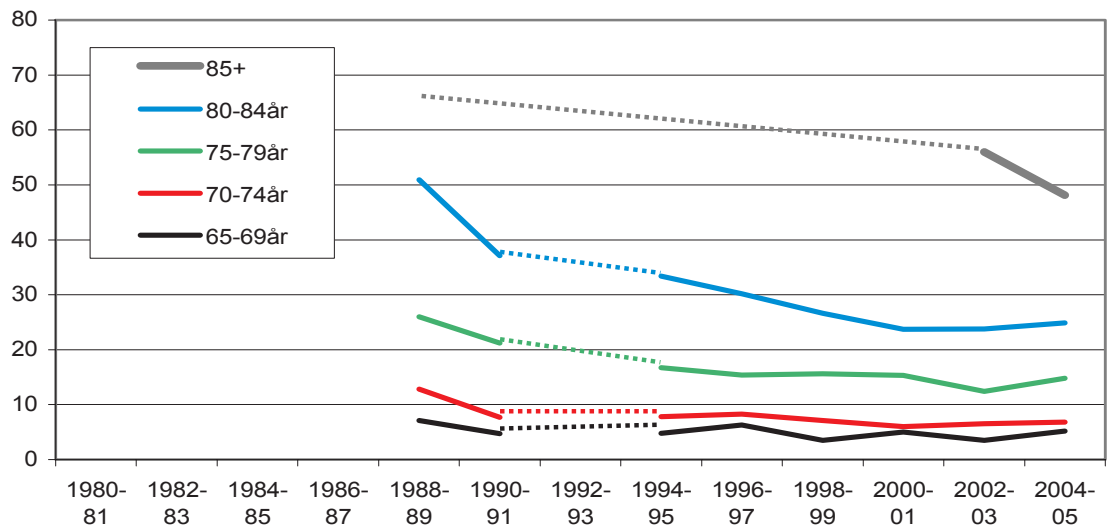
**Figur 13.11.a.** Andel personer som behöver hjälp med städning, efter åldersgrupp. Procent.



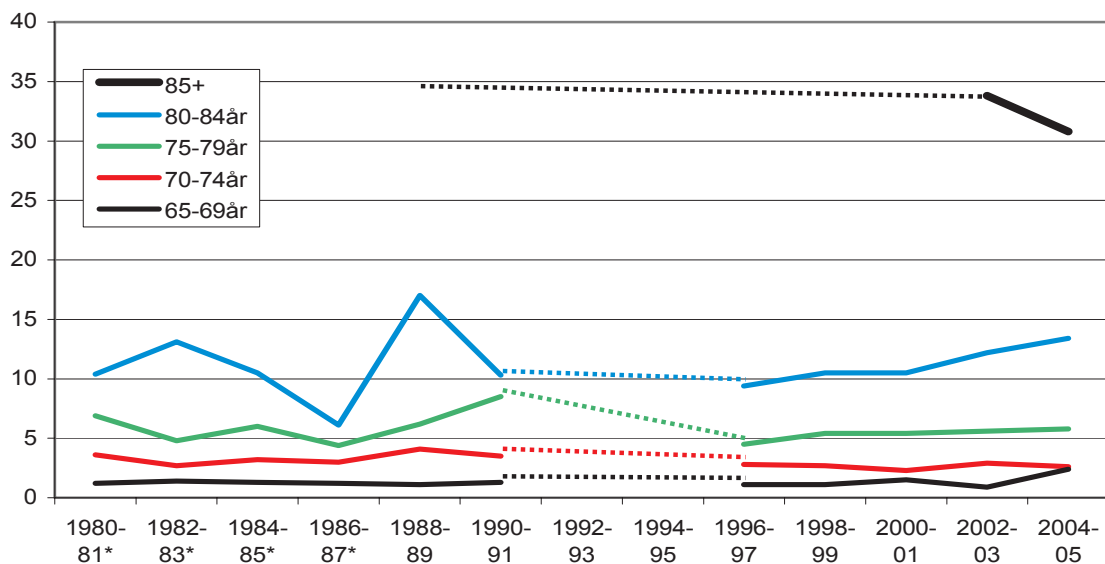
**Figur 13.11.b.** Andel personer som behöver hjälp med städning, efter åldersgrupp. Procent. Vägt glidande treårsmedelvärde.



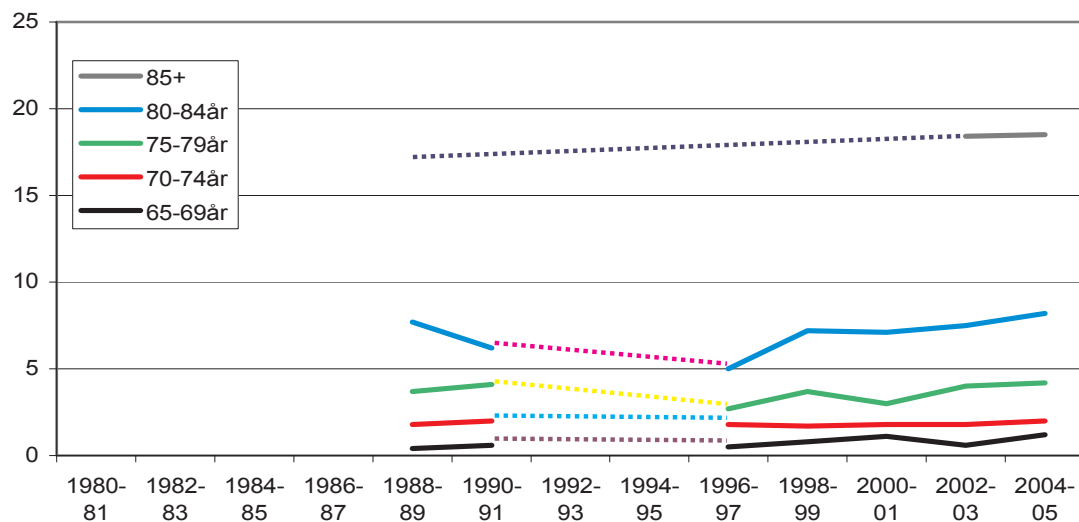
**Figur 13.12.** Andel personer som behöver hjälp med att tvätta kläder, efter åldersgrupp. Procent.



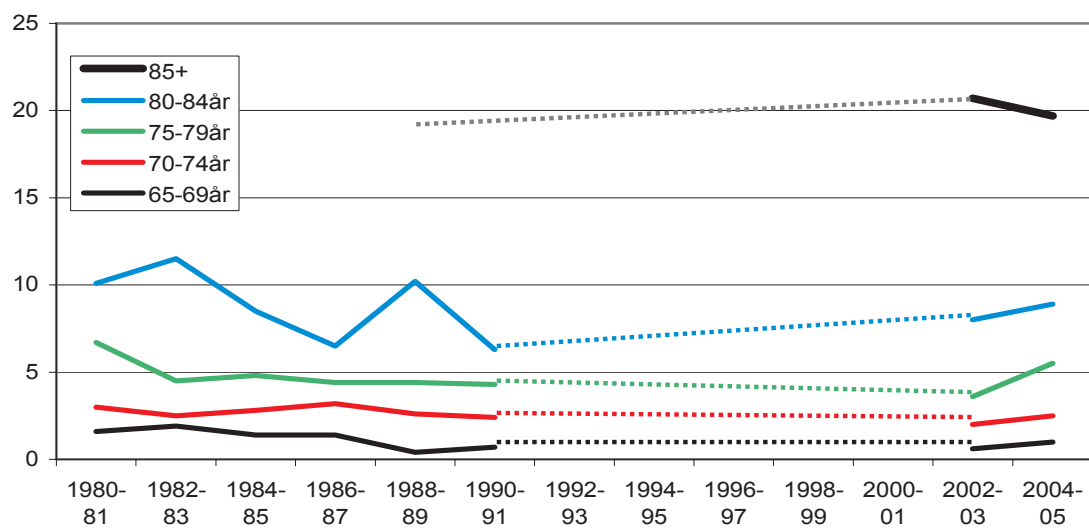
**Figur 13.13.** Andel personer som behöver hjälp vid bad eller dusch, efter åldersgrupp. Procent (%). \*T.o.m. 1986/87 handlade frågan om personlig hygien (tvättning och toalettbestyr).



**Figur 13.14.** Andel personer som behöver hjälp med att stiga upp och lägga sig, efter åldersgrupp. Procent.



**Figur 13.15.** Andel personer som behöver hjälp med av- och påklädning, efter åldersgrupp. Procent.



## Bilaga 1. Funktionsfrågornas formulering

### Springa (HA0680)

*Kan du springa en kortare sträcka, säg 100 meter, om du har bråttom? Ja, nej*

1980/81 ställdes inte frågan till dem som var över 74 år. Frågan fungerade som selektion för frågor om trappor, promenad, stiga på buss och gånghjälpmedel. Endast de som svarade nej fick följdfrågorna.

### Trappor (HA0682)

*Kan du gå i trappor utan besvär? Ja, nej*

1980/81 ställdes frågan till alla 75+, samt till dem som svarade nej på frågan om att springa.

### Buss (HA0684)

1980–2005 *Kan du stiga upp på en buss obehindrat? Ja, nej*

1980/81 ställdes frågan till alla 75+, samt till dem som svarade nej på frågan om att springa.

### Promenad (HA0686)

1980–2005 *Kan du ta en kortare promenad på säg 5 minuter i någorlunda raskt takt? Ja, nej*

Frågan ställdes till dem som svarade nej på frågan om att springa.

### Bära tungt (HA0801)

*Har du några svårigheter att bära 5 kg, t ex en tung bärkasse, en kortare sträcka, säg 10 meter? Ja/nej*

Frågan ställdes till samtliga under åren 1986/87, 1988/89, 1996/97, och 2002-05.

### Gripa (HA0800)

*Har du några svårigheter att gripa, t ex vrida av och på kranar? ja/nej*

Frågan ställdes till samtliga under åren 1988/89, 1996/97 och 2002-05.

### Hörsel (HA0202)

*Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer utan att använda hörapparat? Ja, nej*

Frågan ställdes till samtliga mellan 1980 och 1985, därefter endast vid direkt intervju.

### Syn (HA0192)

*Kan du utan svårighet läsa vanlig text i dagstidning (med eller utan glasögon)?*

Frågan ställdes till samtliga mellan 1980 och 1985, och mellan 1988 och 1991, övriga år ställdes den endast vid direkt intervju. 2004 ändrades formuleringen till *Kan du utan svårighet se och urskilja vanlig text i dagstidning (med eller utan glasögon)?*

**ADL**

Från 1980 fram till 1987 inleddes IADL- och ADL-frågorna med: *Skulle du utan hjälp av annan person kunna klara av följande dagliga sysslor?* Därefter följer en lista av aktiviteter med *ja/nej* som svarsalternativ. Med början 1988 inleddes intervjun med följande förklaring: *Nu kommer vi till några frågor som handlar om sysslor i vardagslivet som en del människor klarar själva medan andra behöver hjälp. Om Du och någon annan i hushållet brukar hjälpas åt med vissa sysslor för att det är trevligare så – inte för att Du behöver hjälpen – kan det ändå betraktas som att Du själv klarar det.* Inledningen följdes av frågan: *Klarar du själv eller behöver du hjälp med...* Detta följdes av frågor om *städning, matinköp, matlagning* och *tvätt*. Svarsalternativen var: *behöver hjälp/klarar själv*. Formuleringen av inledningsstycket, frågeformuleringen och svarsalternativen har ändrats något under åren. "Tvätt" inkluderades från och med 1988/89.

**Städning (HA1069-70)****Matinköp (HA1009)****Matlagning (HA1029)****Tvätt (HA1049)**

ADL-frågorna kommer som en fortsättning av IADL-frågorna, där IADL-frågorna fungerar som selektion (se bilaga 2).

**Personlig hygien (tvättning och toalettbestyr) (HA0315)****Bad eller dusch (HA1149-50)****Att stiga upp och lägga sig (HA1089)****På och avklädning (HA1109-10)****Att äta (HA1169)**

## Bilaga 2. Selektion för IADL- och ADL-frågorna i ULF

År	IADL			ADL	
	Inkluderade frågor	Selektionsfrågor <sup>1</sup> Intervjupersoner som svarade nej på någon av dessa frågor har fått IADL-frågorna.	Antal selektionsfrågor <sup>2</sup>	Inkluderade frågor	Selektionsfrågor
1980-1987	Matinköp, matlagning, städning	Ej springa <sup>3</sup> , stiga på buss, promenera, syn (endast direkt intervju) <sup>4</sup>	4	Av och påklädning, personlig hygien	Samma selektion som för IADL
1988/89	Matinköp, matlagning, städning, tvätt	För <75: Ej springa, stiga på buss, promenera, syn (samtliga intervjuer), hjälp med sysslor, bära, gripa	7	Av och påklädning, stiga upp, toalett, bad	Endast de som behövde hjälp med samtliga fyra IADL-frågor
1990/91	Matinköp, matlagning, städning, tvätt, bad	För <75: Ej springa, stiga på buss, promenera, syn (samtliga intervjuer)	4	Av och påklädning, stiga upp, toalett	Endast de som behövde hjälp med samtliga fyra IADL-frågor samt med bad
1992/93	Ej med			Ej med	
1994/95	Matinköp, matlagning, städning, tvätt	För <75: Ej springa, stiga på buss, promenera, syn (endast direkt intervju)	4	Ej med	
1996/97	Matinköp, matlagning, städning, tvätt	För <75: Ej springa, stiga på buss, promenera, syn (endast direkt intervju), hjälp p.g.a. sjukdom, stiga av buss, bära, gripa	8	Stiga upp, bad	Endast de som behövde hjälp med samtliga fyra IADL-frågor
1998/99	Matinköp, matlagning, städning, tvätt	För <75: Ej springa, stiga på buss, promenera, syn (samtliga intervjuer), hjälp p.g.a. sjukdom	5	Stiga upp, bad	Som 1996/97
2000/01	Matinköp, matlagning, städning, tvätt	Som 1998/99	5	Stiga upp, bad	Som 1996/97
2002/03	Matinköp, matlagning, städning, tvätt	För <75: Ej springa, stiga på buss, promenera, syn (samtliga intervjuer), hjälp p.g.a. sjukdom, hjälp i dagliga livet, bära, gripa	8	Stiga upp, bad, av och påklädning, äta	Alla som behövde hjälp med matlagning (endast) <sup>5</sup>
2004/05	Matinköp, matlagning, städning, tvätt	För <75: Ej springa, stiga på buss, promenera, syn (samtliga intervjuer), hjälp p.g.a. sjukdom, gå i trappor, bära, gripa	8	Stiga upp, bad, av och påklädning, äta	Endast de som behövde hjälp med minst en av de fyra IADL-frågorna <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Selektionen för mobilitetsfrågorna var olika för olika åldersgrupper och år. 1980/81 fick inte de som var över 74 år frågan om att kunna springa, däremot fick samtliga frågorna om att promenera, gå i trappor och stiga på buss. Efter 1988/89 fick samtliga över 74 år IADL-frågorna, oavsett deras svar på mobilitetsfrågorna.

<sup>2</sup> Ju fler selektionsfrågor, desto fler personer har "möjlighet" att fångas upp i selektionen och därmed få IADL-frågorna.

<sup>3</sup> De som kunde springa fick inte efterföljande mobilitetsfrågor om att gå i trappor, stiga på en buss eller promenera.

<sup>4</sup> Figurerna visar endast direkt intervjuade för att vara jämförbara mellan samtliga år.

<sup>5</sup> I figurerna visas endast ADL-resultat för de som behövde hjälp med alla fyra IADL-frågorna, för att göra det jämförbart med tidigare år.



## Referenser

- Agahi, N., & Parker, M. G. (2005). Are today's older people more active than their predecessors? Participation in leisure-time activities in Sweden in 1992 and 2002. *Ageing & Society*, 25, 925-941.
- Andersson, S., & Parker, M. G. (2004). *Hemtjänst och gånghjälpmiddel till de äldsta - en beskrivning av vilka behov som uppfylls och vilka som får stöd*. Stockholm: Aging Research Center - Karolinska Institutet - Stockholms Universitet.
- Crimmins, E. M., & Saito, Y. (2000). Change in the prevalence of diseases among older Americans: 1984-1994. *Demographic Research*, (online)(Volume 3 ), Article 9: <http://www.demographic-research.org>.
- Frytak, J. R. (2000). Assessment of quality of life in older adults. In R. L. Kane & R. A. Kane (Eds.), *Assessing Older Persons - Measures, Meaning and Practical Applications* (pp. 200-236). New York: Oxford University Press.
- Jacobzone, S. (2000). Coping with aging: international challenges. *Health Aff (Millwood)*, 19(3), 213-225.
- Jacobzone, S., Cambois, E., & Robine, J. M. (2000). Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing? *OECD Economic Studies*, 30(1), 149-183.
- Jette, A. M. (1994). How measurement techniques influence estimates of disability in older populations. *Soc Sci Med*, 38(7), 937-942.
- Jönsson, L., & Millde, K. (1999). *Rollatorns betydelse för äldre kvinnor i ordinärt boende*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.
- Kane, R. A., & Kane, R. L., Eds. (2000). *Older Persons—Measures, Meaning and Practical Applications*. New York: Oxford University Press. Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). *Studies of Illness in the Aged. the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function*. *Jama*, 185, 914-919.
- Lagergren, M. (2004). *Utvecklingen av de äldres hälsa och levnadslängd*. Rapport 2004:9. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Larsson, K. (2005). *Hemtjänsten och de äldres behov - en jämförelse över tid*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Larsson, K., & Thorslund, M. (2002). Does gender matter? Differences in patterns of informal support and formal services in a Swedish urban elderly population. *Research on Aging*, 24(3), 308-337.
- Larsson, K., & Thorslund, M. (2005). Äldres hälsa. I Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport 2005* (s. 272-290). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Malmberg, B., & Sundström, G. (2004). *Äldres levnadsförhållanden 1988-2002. Hälsa, funktionsförmåga och vård- och omsorgsmönster*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Parker, M. G. (2002). Socioekonomisk status och hälsa hos äldre. I L. Andersson (Red.). *Socialgerontologi* (s. 128-145). Lund: Studentlitteratur.
- Parker, M. G., & Rönnerfält, M. (2002). *Instrument för utredning inom kommunens äldreomsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Parker, M. G., Thorslund, M., & Lundberg, O. (1994). Physical function and social class among Swedish oldest old. *J Gerontol*, 49(4), S196-201.

- Persson, G., Boström, G., Allebeck, P., Andersson, L., Berg, S., Johansson, L., & Thille, A. (2001). Chapter 5. Elderly people's health--65 and after. Health in Sweden: The National Public Health Report 2001. *Scand J Public Health Suppl*, 58, 117-131.
- Robine, J. M., & Michel, J. P. (2004). Looking forward to a general theory on population aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59(6), M590-597.
- Rosén, M., & Haglund, B. (2005). From healthy survivors to sick survivors--implications for the twenty-first century. *Scand J Public Health*, 33(2), 151-155.
- Spillman, B. C. (2004). Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost. *The Milbank Quarterly*, 82(1): 157-194.
- Statistiska centralbyrån. (2006). *Sveriges framtida befolkning: 2006-2050*. Stockholm: Statistiska centralbyrån (SCB).
- Szebehely, M. (1999). Särskilt boende - en fråga om klass och kön? *Välfärdsbulletinen*, 1:11-13.
- Szebehely, M. (2000). Äldreomsorg i förändring - knappare resurser och nya organisationsformer. I M. Szebehely (Red.), *Välfärd, vård och omsorg* (s. 171-223). SOU 2000:38. Stockholm: Socialdepartementet
- Szebehely, M., Fritzell, J., & Lundberg, O. (2001). *Funktionshinder och välfärd*. Betänkande av Kommittén Välfärdsbokslut. Statens offentliga utredningar, 2001:56. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Thorslund, M. (2005). Äldreomsorgen och gapet mellan verkligheten och de politiska målen. *Sociologisk Forskning*, 3, 27-34.
- Thorslund, M., Lennartsson, C., Parker, M. G., & Lundberg, O. (2004). De allra äldstas hälsa har blivit sämre. Könsskillnaderna är stora - kvinnorna mår sämre än männen visar nya data. *Läkartidningen*, 101(17): 1494-9.
- Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Soc Sci Med*, 38(1), 1-14.
- WHO. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.
- Äijänseppä, S., Notkola, I. L., Tjihuis, M., van Staveren, W., Kromhout, D., & Nissinen, A. (2005). Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project. *J Epidemiol Community Health*, 59(5), 413-419.