

Kapitel 14 – Hur mår egentligen de äldre?

Motstridiga forskningsresultat tyder på både förbättrad och försämrad hälsa

av Mats Thorslund och Marti G Parker

Artikeln har tidigare publicerats i *Läkartidningen*, nr 43, 2005, vol 102 (sidorna 3119-3124)

14.1 Inledning

1900-talet var ett oerhört framgångsrikt sekel när det gäller åldrandet. Förbättrade levnadsförhållanden och medicintekniska framsteg har medfört att de allra flesta i Sverige och andra industriländer fått chansen att leva ett långt liv. Sjukvårdens och välfärdsstatens utveckling har medverkat till att sänka såväl barnadödligheten som risken att dö innan man blivit gammal. År 1913 infördes exempelvis allmän folkpension, och pensionsåldern fastslogs till 67 år. Det var då ingen kostnadskrävande reform, endast en minoritet fick leva så länge att de hann få någon pension. Vid denna tid var medellivslängden 58 år för kvinnor och 56 år för män. Dessa historiska siffror kan jämföras med dagens situation i Sverige: medellivslängden är 82 år för kvinnor och 78 år för män [1]. De allra flesta i befolkningen kan alltså räkna med att få pension åtskilliga år efter 65-årsdagen.

Tidigare var det framför allt barnadödligheten som påverkade livslängden. Förbättrade levnadsvillkor och bättre kontroll och behandlingsmöjligheter när

det gäller infektionssjukdomar minskade dock dödligheten även i andra åldersgrupper – inklusive de äldre – under 1900-talet. Därefter blev i stället sjukdomar i hjärta och blodkärl den vanligaste dödsorsaken [2]. Under slutet av 1900-talet har vi kunnat bevittna hur överlevnaden även inom dessa sjukdomsgrupper dramatiskt förbättrats och att även sjuka äldre kunnat överleva [3, 4].

14.2 Hypoteser om livslängd, friska levnadsår och sjukdomsår

Den ökade livslängdens samband med sjuklighet och konsekvenserna för sjukvård och äldreomsorg är centrala från planeringssynpunkt och har diskuterats flitigt bland åldringsforskare.

Komprimerad sjuklighet.

Utifrån resultat som visade att de »yngre äldre« blev allt friskare introducerade Fries 1980 [5] teorin om »compression of morbidity« (komprimerad sjuklighet). Den andra utgångspunkten för Fries' modell var att det finns ett genetiskt bestämt tak för medellivslängden i befolk-

ningen. Om livslängden inte längre ökar och man är frisk allt längre tid i livet innan man slutligen insjuknar föreligger »compression of morbidity«.

Förbättrade levnadsvillkor och sundare levnadsvanor förskjuter insjuknande i cancer och andra kroniska sjukdomar mot detta ålderstak. Följden blir att friska levnadsår successivt ersätter sjukdomsår, vilket innebär att den tid de äldre behöver stora insatser av service och vård blir kortare. I ljuset av att de empiriska beläggen för en maximal livslängd ännu inte infunnit sig har Fries senare [6] omformulerat hypotesen till att antalet friska år ökar snabbare än det totala antalet levnadsår.

Uppskjuten sjuklighet.

En annan modell är »postponement of morbidity« (uppskjuten sjuklighet). Om den genomsnittliga livslängden ökar och om tidpunkten för insjuknande samtidigt förskjuts till högre åldrar, förblir den tid man är allvarligt sjuk före döden genomsnittligt sett konstant. Antalet sjuka år förblir därmed oförändrat, och en sjunkande dödlighet hos äldre speglar i huvudsak en ökning av friska levnadsår. Detta innebär att den tidsperiod då man har stora behov av vård och omsorg inte blir längre, utan bara senareläggs i livet.

Expanderad sjuklighet.

En tredje hypotes är att de allvarliga besvären och sjukdomarna inte kan skjutas upp, men att livslängden fortsätter att öka. Medicinska insatser och ett alltmer utvecklat välfärdssamhälle gör att en växande andel äldre med hälsoproblem överlever till allt högre ålder. I varje åldersgrupp ökar därför ohälsan, de allvarligt sjuka försvinner ju inte längre. Den genomsnittliga tiden med allvarlig sjukdom och besvär ökar – »expansion of morbidity« (expanderad sjuklighet). Detta kan i så fall sägas vara en del av den s.k. medicinska paradoxen: Ju fler som genom en framgångsrik sjukvård räddas till livet och ju fler i befolkningen som

genom bättre livsbetingelser kan överleva till hög ålder, desto fler sjuka och funktionsnedsatta personer får sjukvården och äldreomsorgen ta hand om i framtiden [7].

Integrerad modell

Som alla modeller innebär också dessa att man förenklar en komplicerad verklighet. Robine och Michel [8] har försökt att integrera flera av de faktorer som de tidigare teorierna utgått ifrån. De identifierar följande fyra faktorer som påverkar utvecklingen:

- Ökad överlevnad även bland sjuka personer.
- Bättre kontroll av kroniska sjukdomar och tillstånd.
- Förbättrad hälsa och hälsobeteende bland nya kohorter av äldre.
- Ökning av antalet mycket gamla personer med flera kroniska tillstånd samtidigt.

Även om utvecklingen när det gäller dessa faktorer går åt samma håll i de flesta länder har man kommit olika långt. Enligt Robine och Michel [8] innebär detta att de genomsnittliga hälsotrenderna bland de äldre kan skilja sig även mellan i-länder.

Empiriskt stöd för hypoteserna

I litteraturen är det möjligt att finna empiriskt stöd för samtliga dessa teorier. De empiriska underlagen rör dock en historiskt begränsad tidsperiod. De första systematiska, befolkningsrepresentativa studierna av de äldres hälsa startades i början av 1970-talet; de svenska H70-undersökningarna i Göteborg [9] tillhör den första generationen av sådana studier. Därefter har den gerontologiska forskningen tagit fart, och det finns nu en relativt rik litteratur om utvecklingen från slutet av 1970-talet fram till nu. Enligt flera av dessa studier har de äldres hälsa avsevärt förbättrats sedan 1970- och 1980-talen. Enligt andra studier har det i vissa avseenden inte skett några

större förändringar. Relativt ovanligt är att man kunnat redovisa försämringar.

14.3 Förvånande resultat i SWEOLD

Utifrån den förhärskande bilden av en förbättrad hälsa hos den äldre befolkningen var de resultat vi kunde redovisa i Läkartidningen 2004 oväntade [10]. Utifrån en bred uppsättning av indikatorer på ohälsa fann vi i SWEOLD (Swedish panel study of living conditions of the oldest old – riksrepresentativa urval av personer från 77 års ålder och äldre) knappast någon tendens till att hälsan eller funktionsförmågan skulle ha förbättrats bland de äldre i Sverige för perioden 1992–2002. För åtskilliga av våra indikatorer fann vi tvärtom kraftiga genomsnittliga försämringar [10].

När vi presenterade dessa resultat var vi fortfarande förbryllade, och vi uppfattade att det i den internationella litteraturen inte fanns något egentligt stöd för våra resultat. Utifrån en närmare genomgång av litteraturen, inklusive några nyligen publicerade översikter, tycker vi oss nu ha funnit att den förhärskande bilden av förbättrad hälsa och funktionsförmåga inte är så enhetlig som de tidigare diskussionerna givit sken av [11].

Under det senaste året har också resultat om de allra äldsta redovisats från Statistiska centralbyråns riksrepresentativa undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) för perioden 1988–2003 [12–14]. Även om den bild som redovisas utifrån olika studier när det gäller utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga ofta – fortfarande – är positiv, finns en hel del motstridiga resultat som komplicerar bilden.

- Hur skall vi då egentligen tolka den hittillsvarande utvecklingen?
- Vilka trender bör vi kunna utgå ifrån när det gäller att försöka göra prognoser om den framtida utvecklingen?

Syftet med denna artikel är att beskriva utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga i Sverige och jämföra med den internationella utvecklingen. Innan vi gör detta är det viktigt att klargöra de metodskillnader som kan ge upphov till olika resultat mellan studier. Grovt sett kan skillnader när det gäller t.ex. prevalensskattningar av ohälsa bero på vilka äldre som har studerats samt när och hur de har studerats, dvs. frågor om representativitet, tidsperiod och val av hälsoindikatorer.

14.4 Viktigt att veta vilka åldersgrupper som studerats

Eftersom sambandet mellan ålder och hälsa är starkt för de flesta typer av hälsoindikatorer måste det göras tydligt vilka åldersgrupper resultaten gäller för. I studier inkluderande även yngre delar av befolkningen har resultat om »de äldre« inte sällan redovisats hopslaget som »65 och äldre« alternativt »75 och äldre«. I detta kan då också döljas att de allra äldsta åldersgrupperna över huvud taget inte ingått i urvalet. Vid t.ex. Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) tillämpas normalt en övre åldersgräns på 84 år – »äldregruppen« består då av åldersgrupperna 65–84 år.

I Sverige fick resultaten från undersökningarna i Göteborg av 70-åringar under 1980-talet [9, 15] stort genomslag i medierna och i den socialpolitiska debatten. »Att åldras är att växa« och »dagens äldre är friskare än gårdagens« är exempel på positiva bilder som, åtminstone delvis, baserats på svenska och internationella resultat inom olika yngre åldersgrupper.

Motsvarande positiva resultat har inte framkommit vid studier riktade mot de allra äldsta åldersgrupperna. Många av de studier som inkluderar de äldsta har dessutom ofta problem med statistisk osäkerhet (bristande power) och stora selektiva bortfall. Det är heller inte ovan-

ligt – som för vissa av de ofta refererade och omfattande studierna från USA – att de äldre som vistas på institution över huvud taget inte ingått i urvalet [16-19].

Många av såväl de svenska som de internationella studierna är lokala: kommunbaserade eller till och med utgående från kommun- och stadsdelar. Det kan dock vara problematiskt att generalisera resultaten från lokala studier. Forskarna vid Kungsholmsprojektet i Stockholm har t.ex. att hantera att de äldre på Kungsholmen under 1980-talet hade en annan könsfördelning, genomsnittligt högre utbildning och större andel kvinnor som levt ensamma hela sitt liv än såväl det dåvarande riksgenomsnittet som de äldre på Kungsholmen två decennier senare [20, 21].

14.5 Stort bortfall – risk att hälsoproblem underskattas

Undersökningar som inkluderar mycket gamla personer innebär utmaningar på grund av den stora variationen bland äldre när det gäller hälsa, kognition, boendeförhållanden och kommunikationsförmåga. Ju äldre urvalet är, desto större andel »icke-intervjubar« personer. Om det inte finns strategier för att hämta in information om dessa personer kommer dessa att ingå i bortfallet.

Analyser av bortfallets effekter är centrala vid studier av de äldres hälsa. Med all sannolikhet innebär ett stort bortfall bland de äldsta en selektionseffekt: dvs. att många av de allra sjukaste inte finns med i svarandedelen. Ett bortfall på exempelvis cirka 30 procent bland de allra äldsta ger därför en allvarlig underskattning av hälsoproblemen i befolkningen (motsvarande bortfallsandel bland yngre personer invalidiserar sannolikt inte på samma sätt prevalensskattningar). I den mån bortfallets storlek och sammansättning kan antas vara konstant över tid kan ändå vissa jämförelser över tid göras vad gäller hälsan för den del av befolk-

ningen vars hälsotillstånd medger deltagande i undersökningar.

Bortfallssiffrorna för gruppen 80 år och äldre i ULF ökade från 22 procent 1988/1989 till 31 procent 2002/2003. Lagergren [12] har uppskattat effekterna av denna ökning när det gäller möjligheten att göra tidsjämförelser. Baserat på uppgifter från ULF om bortfallet halveras den förbättring av hälsan – mätt i form av andelen med »svår ohälsa« – som uppmätts bland de äldsta (85+) kvinnorna, medan korrigeringen för männen var mindre.

Liknande bortfallsiffror, och liknande ökning över tid, är vanliga i många äldrestudier. I avsaknad av närmare bortfallsanalyser är vår bedömning att ett ökande bortfall över tid oftast riskerar att dölja en genomsnittlig hälsoförsämring. Men undantag kan finnas. Vid dattainsamlingen i SWEOLD har stora ansträngningar gjorts för att få med uppgifter även för de allra skröpligaste och sjuka äldre. Bortfallet i SWEOLD var 4,6 procent för 1992 och 11,5 procent för 2002. Detta har uppnåtts genom att bl.a. intervjua anhöriga och personal i de fall där de äldre inte själva har kunnat medverka. Även de mest seniora forskarna i forskargruppen har deltagit i insamlingsarbetet genom att som sista åtgärd ringa upp tveksamma äldre för att få dem att ställa upp.

Det kan dock inte uteslutas att ett sådant förfarande innebär att det i det slutliga bortfallet i stället finns en överrepresentation av relativt friska personer som tydligt och klart kunnat artikulera sin ståndpunkt att inte vilja delta i undersökningen.

14.6 Olika utveckling under olika tidsperioder

Merparten av de resultat som redovisats i litteraturen gäller utvecklingen från 1970- och 1980-talen och in i 1990-talet. Flera av de presenterade resultaten indikerar dock att utvecklingen inte följt en enhetlig trend över tid. Enligt H70-

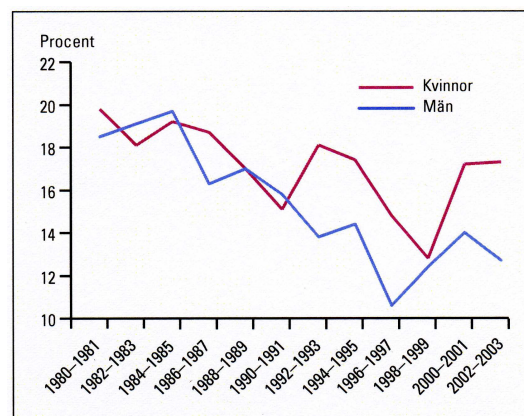
undersökningarna förbättrades hälsan i flera avseenden bland 70-åringar i Göteborg mellan 1971/1972 och 1976/1977. Någon ytterligare förbättring syntes dock inte när nästa kohort studerades 1981/1982 [22].

Enligt ULF-undersökningarna har det skett en i stort sett enhetlig utveckling under 1980-talet när det gäller hur personer i åldersgruppen 75–84 år bedömer sitt allmänna hälsotillstånd. Variationerna mellan olika undersökningsår är små, och man kan se en utveckling mot förbättrad hälsa i denna åldersgrupp. Under 1990-talet blev dock variationerna mellan åren större, och någon tydlig tendens att hälsan förbättrats i denna åldersgrupp kan inte utläsas (Figur 1).

Av Figur 1 framgår också att hälsoutvecklingen förefaller vara olika för kvinnor och män. Medan den självskattade allmänna hälsan förbättrades i samma takt för både kvinnor och män under 1980-talet, verkar detta inte vara fallet enligt 1990-talets undersökningar, där kvinnor oftare rapporterade sämre hälsa än män.

De stora variationerna under 1990-talet kan möjligen vara en effekt av statistisk slumpmässighet, antalet intervjuade personer i åldersgruppen 75–84 år är relativt litet. Det kan dock inte uteslutas att variationerna också speglar förändringar i befolkningens syn på vad som uppfattas som »dåligt« hälsotillstånd. Svaren på allmänt hållna frågor där det finns stort utrymme för egna tolkningar och värderingar påverkas lättare av förändrade referensramar och anspråksnivåer än svar på mer specifika frågor om hälsan. Den ojämna utvecklingen, enligt Figur 1, under 1990-talet kan därför också vara en effekt av den turbulens som rått när det gäller den svenska socialpolitiken under denna tidsperiod, exempelvis besparingar inom sjukvård och äldreomsorg och genomförande av olika organisationsförändringar [13].

Figur 1:
Andelen personer i åldersgruppen 75-84 år som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som "dåligt" eller "mycket dåligt" enligt SCB:s ULF-undersökningar.



Figur 1. Andelen personer i åldersgruppen 75–84 år som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som »dåligt« eller »mycket dåligt«, enligt Statistiska centralbyråns riksrepresentativa undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) [13].

Oavsett vad som kan ligga bakom »skakigheten« under 1990-talet pekar utvecklingen enligt Figur 1 på att 1980-talets positiva trend när det gäller hälsoutvecklingen bland de äldre inte entydigt kan utsträckas till att gälla också den senaste tioårsperioden. Detta är ett resultat som sammanfaller med SWEOLD-resultaten, där den självskattade ohälsan enligt en liknande fråga försämrats mellan 1992 och 2002.

Även om det också i vissa av de internationella studierna rapporterats liknande avvikelser under 1990-talet [17, 19, 23], är det fortfarande för tidigt att avgöra om det rör sig om trendbrott i en långsiktigt sett positiv utveckling. Vid jämförelser mellan olika studier bör man dock vara medveten om vilka tidsperioder som täcks och att det vid prognoser om framtiden är ett riskabelt antagande att utgå från en linjär utveckling över tid.

Robine och Michel [8] argumenterar för att utvecklingen bör skilja sig inte bara mellan länder utan också mellan tidsperioder. Deras hypotes för att för-

klara att hälsoutvecklingen bland de äldre skiljer sig mellan studier från olika länder baserar sig på att det finns nationella skillnader i den demografiska och epidemiologiska utvecklingen. Vid en viss tidpunkt befinner sig varje land vid ett visst stadium⁹ i utvecklingen. Även i länderna skiljer sig åt när det gäller befolkningens köns- och åldersstruktur, levnadsförhållanden och tillgång till hälsovård [24]. Enligt hypotesen skulle trenderna i »gamla« länder som Sverige (världsledande när det gäller andelen personer i åldern 80+ i befolkningen) och Frankrike kunna skilja sig från »yngre« länder som USA, Australien och Kanada. Bristen på jämförbara studier mellan olika länder försvårar dock en prövning av denna hypotes.

14.7 Otydlig redovisning av hälsoindikatorer ger förvirrad debatt

Den kanske främsta orsaken till den ibland förvirrande debatten om huruvida de äldre blir friskare eller sjukare är att man inte tydligt redovisat vilka olika hälsoindikatorer man stöder sin argumentering på. Att utvecklingen över tid kan skilja sig beroende på användningen av olika indikatorer på ohälsa och funktionsförmåga är uppenbart [25]. I SWEOLD och andra riks- eller befolkningsrepresentativa undersökningar har följande fem indikatorer använts: självskattad översiktlig hälsa, självskattad specifik hälsa, självskattad fysisk funktionsförmåga, självskattad förmåga att klara aktiviteter i det dagliga livet och test av funktion.

Självskattad översiktlig hälsa

Probanden tillfrågas om huruvida det egna hälsotillståndet är »gott, dåligt eller något däremellan«. Även om frågeformuleringen och svarsalternativen varierar mellan olika undersökningar har den egna skattningen av den »översiktliga« hälsan visat sig vara en både valid och reliabel hälsoindikator [26].

FAKTARUTA:

Hälsoutveckling bland äldre

Val av hälsoindikator spelar stor roll för olika studiers utfall vad gäller hälsoutvecklingen bland de äldre. Sammanställningen sammanfattar de tendenser som kan uttydas.

Indikator	Trend
Global hälsa (självskattad)	?
Specifik hälsa (självskattad)	Försämring
Fysisk funktionsförmåga (självskattad)	?
ADL-förmåga (självskattad)	?
IADL-förmåga (självskattad)	Förbättring
Funktionsförmåga (test)	Försämring/ oförändrat

Som framgår av Figur 1 redovisar ULF en förbättring (för åldersgruppen 75–84 år) sett över perioden från 1980/1981 till och med 2002/2003, med merparten av förbättringen mellan 1980/1981 och 1990/1991. ULF-data om de allra äldsta finns tillgängliga för jämförelser mellan undersökningsåren 1988/1989 och 2002/2003. För gruppen 85+ har andelen som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som »dåligt«/»mycket dåligt« inte förändrats. Enligt SWEOLD har det däremot skett försämringar mellan 1992 och 2002 [10].

Internationellt är det svårt att få en enhetlig bild av utvecklingen utifrån jämförbara data. En engelsk studie (av personer i åldern 75+) redovisade försämringar mellan 1981 och 1988 [27], medan förbättringar uppmätts i USA mellan 1993 och 2001 för samma åldersgrupper [28]. En nederländsk studie har kunnat visa tydliga försämringar när det gäller den självskattade hälsan i åldrarna 65–84 år mellan 1956 och 1993 [29].

Självskattad specifik hälsa: frågor om specifika symtom, besvär, diagnoser etc.

Här får probanden besvara mer specifika frågor om sina hälsoproblem. För de allra flesta självrapporterade symtom och diagnoser fann vi i SWEOLD ökning under 1992–2002 [30]. Även i ULF har andelen äldre (65–84 år) som rapporterar specifika sjukdomar och besvär ökat något 1980–2002. Andelen som rapporterar flera samtidiga symtom och

sjukdomar har ökat signifikant. Rosén och Haglund [4] har delat upp ULF-data från 1980–2003 i delperioder och kunnat visa att det är framför allt under den sista delperioden 1995–2002 som andelen äldre (65–84 år) som rapporterar flera sjukdomar/besvär ökat.

Även vid en genomgång av de internationella studierna framkommer en tydlig trend: andelen äldre som rapporterar flera olika specifika besvär och symtom har ökat [3]. Framför allt är det andelen med »lätta« besvär som ökat. Enligt SWEOLD har det dock också skett en ökning av andelen äldre med »svåra« besvär.

Självskattad fysisk funktionsförmåga

Rörelseförmågan (att kunna gå/springa en kortare sträcka, gå i trappor, resa sig från en köksstol) är korrelerad med ålder och kön. Här skiljer sig resultaten mellan SWEOLD och ULF. Enligt SWEOLD har rörelseförmågan försämrats i åldrarna 77–84 år, medan ULF visar på tydliga förbättringar – åtminstone vad gäller andelen som rapporterar lätta rörelsehinder.

Självskattad förmåga att klara aktiviteter i det dagliga livet

Någon form av mått för att mäta ADL (activities of daily living) (t.ex. att bada, klara toalettbesök, äta, klä på sig) och IADL (instrumental activities of daily living) (t.ex. att klara städning, matinköp, matlagning) används numera i de flesta äldreundersökningar. Även om de ursprungliga instrumenten utformades för att användas av personalen på långvården [31], förekommer idag en mångfald ADL/IADL-instrument som används för de mest skilda sammanhang [32].

Även om funktionsförmågan (mätt som ADL/IADL-inskränkningar) har samband med ohälsa, är den också en funktion av faktorer i omgivningen: hur väl bostaden är anpassad till funktions-

hinder, närhet till affärer, kompetens att sköta hushållssysslor osv.

De flesta av de stora undersökningarna i USA [33] och merparten av studier från övriga länder visar på förbättringar över tid. Speciellt gäller detta IADL-förmågan. När det gäller ADL är bilden inte lika tydlig [24].

Resultaten från några studier indikerar att utvecklingen inte varit linjär över tid även när det gäller ADL/IADL [17, 34]. Vi har dock inte funnit någon studie i litteraturen som redovisar försämringar över tid när det gäller IADL. I Sverige redovisar SWEOLD oförändrade resultat mellan 1992 och 2002, medan ULF visar på tydliga förbättringar mellan 1988/1989 och 2002/2003.

Test av funktion

Den kognitiva förmågan brukar i många populationsstudier baseras på enkla test av t.ex. koncentrationsförmåga, korttidsminne, orienteringsförmåga [35]. Här, liksom i andra test, kan inte någon annan person svara i den äldres ställe, vilket innebär att de allra sjukaste inte kommer med i resultaten. En genomgång av litteraturen vad gäller de äldres kognitiva funktion visar inte på några egentliga incidensförändringar över tid. Däremot verkar det finnas en tendens till ökade prevalenstal, vilket sannolikt är en effekt av ökad överlevnad även bland äldre med nedsatt kognition [36, 37].

I SWEOLD har fysisk funktionsförmåga också mätts genom en serie enkla test som omfattar rörelseomfång, styrka och balans [38]. Också peak-flow-test ingick, ett test som mäter det maximala utandningsflödet, dvs. toppflödet (liter/minut). Peak-flow har i tidigare studier visat sig ha ett starkt samband med allmäntillstånd [39], liksom med dödlighet under en uppföljningsperiod [40, 41].

Resultaten från dessa test är att fysisk funktionsförmåga och lungfunktion inte har förbättrats, för flera grupper verkar det ha skett tydliga försämringar mellan 1992 och 2002 [10, 30]. Trots att liknande

test har gjorts i bl.a. flera nordamerikanska studier har vi inte hittat några publicerade resultat när det gäller utvecklingen över tid i den äldre befolkningen.

14.8 De olika tendenserna – divergerande resultat

Utifrån den schematiska genomgången av de svenska nationella undersökningarna, flera av de största studierna i USA och några av de översikter som nyligen publicerats framkommer bilden av en utveckling som fortfarande i vissa avseenden är oklar. Samtidigt anser vi också att vi kan se en hel del samstämmighet. I Fakta ges en översiktlig sammanställning av de tendenser vi tycker oss se.

När det gäller den översiktliga, globala hälsan är bilden oklar. Utgående från de svenska undersökningarna finns tydliga indikationer på att en försämring skett (enligt SWEOLD), resultat som delvis också bekräftas av ULF. Däremot blir en bild baserad på vissa internationella studier mer oklar. Även när det gäller den självskattade fysiska funktionsförmågan spretar resultaten – även mellan de svenska undersökningarna.

En stor del av den internationella diskussionen om hälsoutvecklingen bland de allt större äldregrupperna har varit baserad på resultat som gäller ADL- och IADL-förmågan. I de studier vi gått igenom dominerar bilden av att det skett förbättringar – speciellt när det gäller IADL, men delvis också för ADL. Enligt vissa studier (inklusive SWEOLD) har inga förändringar skett över tid. Däremot har vi inte funnit någon studie som redovisar tydliga försämringar.

Vad gäller den självskattade specifika hälsan tycker vi oss se en i stort sett entydig utveckling. Allt fler äldre rapporterar diagnoser och problem. Framför allt rör ökningen lätta besvär, men även andelen med »svåra« besvär har enligt flera undersökningar ökat och också andelen äldre som rapporterar flera olika problem samtidigt.

När det gäller den testade funktionsförmågan är det ont om resultat från befolkningsrepresentativa studier. Den kognitiva förmågan verkar inte ha förändrats över tid, och den fysiska funktionsförmågan har (enligt SWEOLD) försämrats.

14.9 Samstämmighet om positiv trend – och om negativ

Vår genomgång av de svenska riksrepresentativa undersökningarna ULF och SWEOLD, några av de ledande USA-studierna och ett antal internationella översikter visar i vissa avseenden på olika utvecklingstendenser när det gäller de äldres hälsa. Att resultaten går åt olika håll är knappast förvånande med tanke på att undersökningarna skiljer sig vad gäller såväl studerade tidsperioder, urvalens representativitet och bortfallens storlek som vilka indikatorer på hälsa och funktionsförmåga som använts. Även analyser baserade på samma material har i några av USA-studierna kommit fram till olika utvecklingstendenser vad gäller kognitiv förmåga [42] och ADL [17].

Det finns alltså förklaringar till att resultaten spretar. Men trots det tycker vi att det går att urskilja några olika mönster när det gäller utvecklingen. Oavsett skillnader i metoder och statistisk representativitet finns en samstämmighet när det gäller utvecklingen av de äldres förmåga att klara dagliga sysslor (ADL/IADL). I stort sett samtliga undersökningar visar på en positiv utveckling av IADL eller åtminstone inte försämringar. När det gäller ADL är trenden dock inte lika tydlig.

Detta skall då ställas mot den likaledes tydliga – men negativa – utvecklingen av ökad andel äldre som rapporterar specifika hälsoproblem [43, 44]. Det skall också ställas i relation till att testad funktionsförmåga inte verkar ha förbättrats över tid utan, i den mån det skett några förändringar, snarare försämrats.

Så hur skall vi tolka dessa resultat? Hur går ekvationen ihop? En slutsats som framförts är att det blivit lättare för många äldre att förflytta sig och klara ADL och IADL, trots sina sjukdomar och funktionsnedsättningar [23, 45]. Teknisk utveckling i hushållen, ökade kunskaper när det gäller att laga mat, bättre anpassade utemiljöer (den amerikanska lagstiftningen om handikappanpassning har skärpt de redan tidigare stora kraven på tillgänglighet), bättre och mer utnyttjade hjälpmedel osv har ökat möjligheterna att klara sig själv. I Sverige kan den stora ökningen av utnyttjandet av rollatorer ses som det kanske lättast observerbara exemplet [46].

Men hur skall vi tolka de tydliga hälsoförsämringarna: Som att andelen äldre som rapporterar olika besvär och diagnoser ökat (enligt flera studier)? Som att den testade funktionsförmågan enligt SWEOLD inte förbättrats utan till och med i vissa avseenden försämrats?

Sannolikt har den minskade dödligheten – även bland sjuka äldre – påverkat utvecklingen. När personer med svåra sjukdomar (stroke, hjärtinfarkt etc.) överlever i allt större utsträckning än tidigare kan vi förvänta oss att dessa lever med besvärande restsymtom.

Vi kan heller inte utesluta att det idag är vanligare än tidigare att även äldre får en mer precis diagnos för sina symtom, en diagnos som man då kan uppge vid en intervju. Likaså kan den förändrade bilden ha att göra med kohorteffekter, dvs. dagens äldre har andra anspråks- och toleransnivåer när det gäller besvär av sjukdom än tidigare äldregrupper och rapporterar därmed fler besvär till en intervjuare. Det bakomliggande hälsotillståndet i befolkningen behöver för den skull inte ha förändrats.

14.10 Vanskligt basera prognoser på tidigare utveckling

En annan slutsats som vi tycker kan dras från vår genomgång är att den i flera

avseenden positiva utveckling som ändå skett sedan 1970- och 1980-talen vad gäller de äldres hälsa och funktionsförmåga inte varit linjär. Framför allt är det den senare utvecklingen, från början av 1990-talet, som avviker från den tidigare. Om detta indikerar ett reellt trendbrott eller kan förklaras av »tillfälligheter« i form av t.ex. större och eller mer selektiva bortfall är ännu för tidigt att avgöra. Denna variation över tid är också ytterligare ett argument för det vanskliga i att göra prognoser baserade på den tidigare utvecklingen. Vilken av de tidigare trenderna skall vi utgå ifrån?

Om vi utgår från de mer tydliga resultaten, dvs. att förmågan att klara vardagen (ADL/IADL) har förbättrats samtidigt som allt fler äldre rapporterar specifika sjukdomar och symtom, framkommer två scenarier. Den ökade förmågan att klara vardagen – trots sjukdom och besvär – skulle innebära att påfrestningarna för anhöriga och kommunal äldreomsorg blir mindre än vad en rak framskrivning baserad på befolkningsprognoserna skulle innebära.

Däremot skulle den ökade ohälsan, i form av självrapporterade besvär, samtidigt innebära ökad efterfrågan på sjukvård. Oavsett om de bakomliggande skälen till ökningen kan förklaras av en "faktisk" hälsoförsämring, av bättre diagnostik och/eller av ökande anspråk hos den äldre befolkningen kommer trycket på sjukvården att öka ytterligare.

Det är dock återigen viktigt att komma ihåg att den hittillsvarande forskningen om de äldres hälsa och livslängd är baserad på historiska data, dvs. på generationer födda i början av 1900-talet. De har påverkats av att de genomlevt två världskrig och minst en svår depression [2]. Först som medelålders har de fått del av den välfärdsutveckling som skett sedan 1950- och 1960-talen. År 2010 är det 30-talisterna som blir 80, och år 2020 är det dags för 40-talisterna. Hur rimligt är det att basera prognoser för hur hälsan för "välfärdsstatens barn/barnbarn" kommer att utvecklas när de blir "gam-

la” på hälsoutvecklingen för gårdagens och dagens äldre?

Bilden kompliceras ytterligare av att den äldre befolkningens sammansättning också ändras över tid. Olika grupper inom en befolkning uppvisar olika hälsoutvecklingsmönster. De studier vi redovisat har (oftast) kontrollerat för skillnader i köns- och åldersfördelning över tid. Av de ytterligare faktorer som kan påverka hälsan på befolkningsnivå är det endast de förändrade utbildningsnivåerna som i viss utsträckning uppmärksammas när det gäller att göra framtidsprognoser [opubl data, 47, 48]. Däremot är det ont om försök att utifrån resultat om den hittillsvarande utvecklingen när det gäller t.ex. övervikt och rökning skatta effekterna på kommande äldregenerationers hälsa.

14.11 Motstridiga trender döljs i den genomsnittliga utvecklingen

På befolkningsnivå utgör utvecklingen över tid ett genomsnitt av ett komplext mönster av olika trender, där olika grupper kan skilja sig åt. Att olika forskare kommer till olika resultat är därför inte förvånande. För att kunna väga ihop de olika resultaten krävs att man tar hänsyn till dels de olika studiernas representativitet, dels alla de olika metodval och val av hälsoindikatorer som resultaten baserar sig på.

Att andelen självrapporterade symtom och hälsobesvär har ökat över tid verkar klart. Även om orsakerna bakom denna ökning inte är entydiga, är den rimliga slutsatsen att efterfrågan på sjukvård kommer att öka mer än om man utgår bara från befolkningsförändringarna. Likaså bör den ökade förmågan att klara vardagen, trots sjukdomar och besvär, innebära att behoven av service och hjälp inte kommer att öka i samma takt som antalet äldre i befolkningen ökar.

Samtidigt finns tecken på att utvecklingen under den senaste tioårsperioden, både i Sverige och internationellt, inte

följer samma spår som under 1970- och 1980-talen. Möjligen kan detta tolkas som att allt fler motstridiga trender döljs bakom den genomsnittliga utvecklingen:

- Effekten av den medicinska paradoxen accentueras alltmer, dvs. allt fler äldre och sjuka kan behandlas och överleva och kan därmed efterfråga och behöva ytterligare sjukvård.
- Allt fler äldre kan få leva allt längre som friska innan den sista oundvikliga perioden av sjuklighet och beroende inträffar.

Hur långt kan utvecklingen gå? Enligt vår bedömning är det empiriska underlaget fortfarande minst sagt bräckligt som stöd för hypotesen att fortsatta hälsovinster bland de allra äldsta åldersgrupperna skulle vara svårare att uppnå i åldrande nationer, som Sverige, än i yngre nationer, som USA och framför allt utvecklingsländerna. Inte desto mindre är det rimligt att anta att möjligheterna till fortsatta hälsovinster även bland de allra äldsta inte kan fortsätta i all oändlighet. Kanske är några av de svenska resultaten ett första tecken på en sådan avmattning

14.12 Sammanfattning

- En genomgång av aktuell svensk och internationell forskning visar att olika svenska och internationella studier kommer till olika slutsatser när det gäller utvecklingen av de äldres hälsa.
- Till viss del kan olikheterna förklaras av skillnader i statistisk representativitet och av att olika tidsepoker studerats.
- Framför allt spelar valet av hälsoindikatorer stor roll – utvecklingen över tid skiljer sig beroende på vilka hälsomått som använts.
- Oavsett skillnader i metoder och statistisk representativitet verkar de äldres förmåga att klara vardagliga sysslor (IADL, »instrumental activities of daily living«) ha förbättrats.

- Samtidigt rapporterar allt fler äldre specifika hälsoproblem.
- Utvecklingen över tid har dock inte varit linjär. Flera undersökningar indikerar att den under 1990-talet avviker från den positiva utvecklingen under 1970- och 1980-talen.

Summary

As expected life span increases, researchers are asking if the years added to life are healthy or characterized by illness and disability. The question of compression or expansion of morbidity is complex and entails numerous methodological challenges. International and Swedish health trends in elderly populations are reviewed. Differences in methods concerning sampling, time period and health indicators make comparisons difficult and can explain why studies have divergent results. Despite the differences, a general trend can be seen showing an increase in poor health during the late nineties. However, the trend is seen primarily in disease and functional limitations, but not disability. If this is the case and this trend continues, the future may bring less disability than would be expected according to today's calculations based on demographic development. But at the same time, demands for medical care may increase due to increases in chronic illnesses that can be managed but not cured.

Mats Thorslund, Marti G Parker

Correspondence: Mats Thorslund, Aging Research Center, Box 6401, SE-113 82 Stockholm, Sweden
Mats.Thorslund@neurotec.ki.se

Referenser

1. SCB: Befolkningsstatistik i sammandrag 1960 - 2004. Statistiska Centralbyrån SCB (Statistics Sweden), 2004.
2. Werkö L: Därför fortsätter livslängden att öka. *Forskning och Framsteg* 1993(6): 36-41.
3. Crimmins EM, Saito Y: Change in the prevalence of diseases among older Americans: 1984-1994. *Demographic Research* 2000; (online)(Volume 3): Article 9: <http://www.demographic-research.org>.
4. Rosén M, Haglund B: From healthy survivors to sick survivors--implications for the twenty-first century. *Scandinavian Journal of Public Health* 2005; 33(2): 151-155.
5. Fries JF: Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine* 1980; 303(3): 130-5.
6. Fries JF: Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine* 2003; 139(5 Pt 2): 455-9.
7. Gruenberg EM: The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 1977; 55(1): 3-24.
8. Robine J-M, Michel JP: Looking forward to a general theory on population aging. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2004; 59(6): M590-7.
9. Svanborg A: Seventy-year-old people in Gothenburg a population study in an industrialized Swedish city. II. General presentation of social and medical conditions. *Acta Medica Scandinavica Supplementum* 1977; 611: 5-37.
10. Thorslund M, Lennartsson C, Parker MG, Lundberg O: De allra äldstas hälsa har blivit sämre. *Läkartidningen* 2004; 101(17): 1494-1499.
11. Batljan I, Lagergren M: Kommer det att finnas en hjälpande hand? En analys av framtida behov och kostnader för vården och omsorgen om de äldre 2000-2030. Bilaga 8 till långtidsutredningen 1999/2000: Stockholm: Finansdepartementet, 2000.
12. Lagergren M: Utvecklingen av de äldres hälsa och levnadslängd. Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum, 2004.
13. Larsson K, Thorslund M: Äldres hälsa. *Folkhälsorapport 2005: Socialstyrelsen*, 2005; 271-290.
14. Malmberg B, Sundström G: Äldres levnadsförhållanden 1988-2002. Hälsa funktionsförmåga och vård- och omsorgsmönster. Socialstyrelsen, 2004.
15. Steen B, Djurfeldt H: The gerontological and geriatric population studies in Gothenburg, Sweden. *The Gerontologist* 1993; 26: 163-169.
16. Freedman VA, Aykan H, Martin LG: Aggregated changes in severe cognitive impairment among older Americans: 1993 and 1998. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2001; 56B(2): S100-S111.
17. Freedman VA, Crimmins EM, Schoeni RF, et al.: Resolving inconsistencies in trends in old-age disability: Report from a technical working group. *Demography* 2004; 41(3): 417-41.
18. Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS: Recent changes in health status of the older U.S. population: Findings from the 1984 and 1994 Supplement on Aging. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001; 49: 443-449.
19. Schoeni RF, Freedman VA, Wallace RB: Persistent, consistent, widespread and robust? Another look at recent trends in old-age disability. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2001; 56B(4): S206-S218.
20. Larsson K, Thorslund M: Does gender matter? Differences in patterns of informal support and formal services in a Swedish urban elderly population. *Research on Aging* 2002; 24(3): 308-337.
21. Lagergren M, Hedberg R-M, Lundberg L: Vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen 2001 - 2003 - en fortsatt uppföljning i siffror inom SNAC-K-studien, vårdsystemdelen. Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum, 2004.
22. Wilhelmson K, Allebeck P, Steen B: Improved health among 70-year olds: Comparison of health indicators in three different birth cohorts. *Aging Clinical and Experimental Research* 2002; 14(5): 361-370.
23. Spillman BC: Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost. *The Milbank Quarterly* 2004; 82(1): 157-94.
24. Jacobzone S, Cambois E, Robine J-M: Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing? *OECD Economic Studies* 2000; 30(1): 149-183.
25. Gudex C, Lafortune G: An inventory of health and disability-related surveys in OECD countries. Labour market and social policy - occasional papers no. 44. Paris: OECD, 2000.
26. Lundberg O, Manderbacka K: Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1996; 24(3): 218-24.
27. Spiers N, Jagger C, Clarke M: Physical

- function and perceived health: Cohort differences and interrelationships in older people. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1996; 51(5): S226-33.
28. Zack MM, Moriarty DG, Stroup DF, Ford ES, Mokdad AH: Worsening trends in adult health-related quality of life and self-rated health-United States, 1993-2001. *Public Health Reports* 2004; 119(5): 493-505.
29. Deeg D: Personal communication 2005.
30. Parker MG, Ahacic K, Thorslund M: Health changes among Swedish oldest old: Prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* In press.
31. Katz S, Branch LG, Branson MH, Papsidero JA, Beck JC, Greer DS: Active life expectancy. *New England Journal of Medicine* 1983; 309: 1218-1224.
32. Parker MG, Rönnerfält M: Översikt av instrument att användas inom kommunens äldreomsorg. Socialstyrelsen, 2002.
33. Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF: Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: A systematic review. *JAMA* 2002; 288(24): 3137-46.
34. Robine JM, Romieu I, Michel JP. Trends in health expectancies. In: Robine JM, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM, et al, editors. *Determining health expectancies*. Chichester: John Wiley & Sons; 2003. p. 75-101.
35. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12: 189-198.
36. Wimo A, Winblad B, Aguero-Torres H, von Strauss E: The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2003; 17(2): 63-67.
37. von Strauss E, Viitanen M, De Ronchi D, Winblad B, Fratiglioni L: Aging and the occurrence of dementia: findings from a population-based cohort with a large sample of nonagenarians. *Archives of Neurology* 1999; 56(5): 587-592.
38. Parker MG, Thorslund M, Lundberg O: Physical function and social class among Swedish oldest old. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1994; 49(4): 196-201.
39. Cook NR, Evans DA, Scherr PA, et al.: Peak expiratory flow rate in an elderly population. *American Journal of Epidemiology* 1989; 130(1): 66-78.
40. Cook N, Evans D, Scherr P, Speizer F, Taylor J, Hennekens C: Peak expiratory flow rate and 5-year mortality in an elderly population. *American Journal of Epidemiology* 1991; 133: 784-794.
41. Tibblin G: 1913 och 1923 års män. In: information H, ed.: *Hässle information*, 1992.
42. Rodgers WL, Ofstedal MB, Herzog AR: Trends in scores on test of cognitive ability in the elderly U.S. population, 1993-2000. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2003; 58B(6): 338-356.
43. Cutler DM. Intensive medical technology and the reduction in disability. In: Wise DA, editor. *Analyses in the economics of aging*. (NBER-C) National Bureau of Economic Research Conference Report. Chicago, Illinois, USA: University of Chicago Press; 2005. p. 161-79.
44. McClellan M, Yan L: *Understanding disability trends in the U.S. elderly population: The role of disease prevention and disease management*. Stanford University, 2000.
45. Crimmins EM: Trends in the health of the elderly. *Annual Reviews of Public Health* 2004; 25: 79-98.
46. Jönsson L: *Rollatorns betydelse för äldre kvinnor i ordinärt boende*. Karlskrona: Hjälpmedelsinstitutet, 1999.
47. Crimmins EM, Saito Y: Trends in healthy life expectancy in the United States, 1970-1990: Gender, racial, and educational differences. *Social Sciences and Medicine* 2001; 52(11): 1629-1641.
48. Manton K, Stallard E, Corder L: Changes in morbidity and chronic disability in the U.S. elderly population: Evidence from the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Surveys. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 1995; 50(4): S194-204.

