

Mats Thorslund, fil dr, professor (*mats.thorslund@neurotec.ki.se*)

Carin Lennartsson, fil dr, forskare

Marti G Parker, dr med, docent; samtliga dessa vid Aging Research Center, Karolinska institutet, Stockholm/Stockholms universitet

Olle Lundberg, fil dr, professor, Centre for Health Equity Studies, Stockholms universitet/Karolinska institutet, Stockholm

De allra äldstas hälsa har blivit sämre

Könsskillnaderna är stora – kvinnorna mår sämre än männen visar nya data

■ För tio år sedan kunde vi i en artikel i *Läkartidningen* redovisa resultaten från den första riksrepresentativa studien av levnadsförhållanden bland de allra äldsta i befolkningen (SWEOLD) [1]. Resultaten visade på stora, i vissa avseenden mycket stora, skillnader i hälsa och funktionsförmåga mellan olika grupper bland de äldsta. Männen och de före detta tjänstemännen hade genomgående bättre hälsa än kvinnorna och de före detta arbetarna. Detta gällde oavsett om vi baserade våra slutsatser på svaret från intervjufrågor om hälsotillstånd eller på förmågan att utföra vissa funktionstest [2].

De olika selektionsmekanismer som leder fram till att vissa personer överlever till hög ålder verkade 1992 uppenbarligen inte ha lett till att de allra äldsta skulle kunna karakteriseras som likvärdiga i levnadsvillkor i allmänhet och speciellt inte vad gäller hälsan.

Resultaten väckte en hel del uppmärksamhet. Även om Sverige har en lång tradition av statistikproduktion, utredningar och forskning om välfärd, hälsa och levnadsförhållanden har dock de allra äldsta i befolkningen oftast exkluderats: Dels finns en medveten och kontrollerad exkludering av de äldsta genom att de riksrepresentativa studierna normalt använt sig av övre åldersgränser på t ex 75 eller 84 år, dels finns också en mer okontrollerbar lucka i våra kunskaper om äldre åldersgruppers förhållanden orsakade av stora bortfall. Bortfallssiffror på 30 till 50 procent i åldersgrupperna över 84 år är inte ovanliga i olika befolkningsstudier – såväl i Sverige som internationellt. Datainsamlingsmetoderna vid undersökningar av de äldsta måste därför utformas med hänsyn till att många riktigt gamla inte kan intervjuas personligen eller att de kan vara svåra att lokalisera om de inte vistas på den adress där de är skrivna.

Kunskaperna och diskussionen om de allra äldstas hälsa och levnadsförhållanden kan inte enbart baseras på den del av populationen som hälsomässigt är kapabel att själva medverka i en intervjuundersökning och/eller utesluta dem som bor på institution. För att få en rättvisande bild måste hela äldrepopulationen inkluderas. Vid 1992 års undersökning om de allra äldstas levnadsvillkor i Sverige (SWEOLD) lade vi därför ned ett mycket omfattande arbete med att spåra och intervjua alla personer som ingick i urvalet [2, 3]. Genom en kombination av olika metoder och strategier lyckades vi intervjua

Sammanfattat



I en riksrepresentativ undersökning (SWEOLD) har utvecklingen 1992–2002 av hälsa och funktionsförmåga i åldrarna 77–98 år studerats.

Resultaten ger inget stöd för att hälsan eller funktionsförmågan skulle ha förbättrats.

Tvärtom tyder resultaten på en i vissa avseenden tydlig försämring.

Könsskillnaderna är stora – de äldre kvinnorna rapporterar mer av både symtom och besvär än män och presterar även sämre på funktionstest.

Dessa könsskillnader har inte minskat över tid.

Resultaten skiljer sig från tidigare internationell och svensk forskning där flera studier visat att ohälsa och nedsatt funktionsförmåga bland de äldsta minskat över tid.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

så gott som samtliga – bortfallet kom att uppgå till endast 4,6 procent. När vi nu tio år senare följt upp vår studie har vi gjort lika stora ansträngningar att hålla bortfallet litet, för att därigenom kunna ge en rättvisande bild av hur hälsa och levnadsvillkor utvecklats bland de allra äldsta.

Syfte – en upprepning 2002

1990-talet var ett turbulent årtionde. De första årens djupa ekonomiska kris följdes av budgetunderskott och åtstram-

Tabell I. Resultat av datainsamlingen.

Insamlingsform	1992		2002	
	Procent	n	Procent	n
Direkta intervjuer	78,0	439	70,7	448
Telefonintervjuer	6,0	34	6,5	41
Indirekta intervjuer	11,4	64	11,4	72
Totalt antal svarande	95,4	537	88,6	561
Bortfall	4,6	26	11,5	73
Urvalsstorlek	100,0	563	100,0	634

ningar i de offentliga systemen, vilket sammantaget satt stora avtryck i många människors levnadsförhållanden [4]. Även om äldre som grupp drabbats mindre ekonomiskt än andra grupper i samhället har äldreomsorg och sjukvård genomgått stora förändringar. De samlade effekterna av dessa förändringar är minst sagt svåröverskådliga men pekar på behovet av att mer kontinuerligt studera också de äldstas livsvillkor. Att studera hälsa och levnadsförhållanden bland de äldsta i början av 2000-talet, samt hur dessa förhållanden förändrats under de senaste tio åren, är därför ett av syftena med den intervjuundersökning (SWEOLD II) som vi genomförde hösten 2002. Att följa upp utvecklingen av hälsa och funktionsförmåga är ett viktigt delsyfte, liksom att studera om de stora köns- och socialklasskillnaderna finns kvar eller har förändrats.

Under 1990-talet har antalet undersökningar som inkluderar också de äldsta åldersgrupperna ökat markant. Flera av dessa amerikanska och europeiska studier samt vissa lokala studier i Sverige har redovisat resultat som relativt samstämmigt talar för att flera olika typer av hälsoproblem och funktionsnedsättningar verkar ha förskjutits uppåt i åldrarna. Resultaten har förvisso inte varit entydiga men skulle sammanlagt kunna ses som ett visst stöd för teorin om »postponement of morbidity« (dvs att insjuknande i allvarliga sjukdomar förskjuts till högre åldrar i takt med att den genomsnittliga livslängden ökar) [5]. En översikt av den USA-baserade forskningen redovisar, förutom förbättringar av hälsa och funktionsförmåga (med undantag för ADL-förmåga) fram till mitten/slutet av 1990-talet, också att könsskillnaderna har tenderat att minska [6].

Gemensamt för de flesta av de olika undersökningarna är dock besvärande stora bortfall i de äldsta åldersgrupperna inklusive att man inte alltid tagit tillräcklig hänsyn vid konstruktionen av mätinstrument till att en stor andel av personerna i urvalen har kognitiva funktionsnedsättningar.

II Material och metod

SWEOLD baseras på ett riksrepresentativt urval av den svenska befolkningen 77 år och äldre där samtliga har ingått i urvalen till de svenska levnadsnivåundersökningarna (LNU) vid Institutet för social forskning vid Stockholms universitet, de flesta redan i 1968 års levnadsnivåundersökning. SWEOLD II baseras på de 3 384 personer födda 1892–1925 som deltagit vid minst en av levnadsnivåundersökningarna 1968, 1974, 1981, 1991 eller 2000. Av dessa fanns i september 2002 634 (motsvarar cirka 1 promille av befolkningen i dessa åldrar) kvar i livet och bosatta i Sverige. De var då mellan 77 och 98 år gamla. Av dessa deltog 125 också i 1992 års undersökning. Fältarbetet genomfördes mellan september 2002 och februari 2003 av Intervjubilaget AB i Härnösand. Totalt 17 erfarna intervjuare som bedömdes särskilt lämpliga för att intervjua äldre personer valdes ut. Samtliga var kvinnor och flera hade yrkesmässig vårdbakgrund.

Efter en första information om undersökningen per brev

kontaktades de utvalda personerna per telefon med syfte att kunna avtala en tid för en intervju i bostaden (inklusive olika former av särskilt boende). Ofta krävdes flera samtal för att få till stånd en intervju. I flera fall behövdes också ett samtal från någon av oss ansvariga forskare för att motivera en medverkan.

I alla väsentliga avseenden genomfördes fältarbetet på samma sätt som 1992. Personliga intervjuer (inklusive vissa test på fysisk och kognitiv funktionsförmåga) var det vi strävade efter. I de fall den äldre var tillfälligt sjuk, vårdades på sjukhus etc avvaktade vi tillfrisknande respektive hemkomst från sjukhus. I de fall vi bedömde – oftast efter att ha diskuterat med anhöriga och/eller personal – att det inte var möjligt att göra en direkt intervju genomfördes en indirekt intervju med en anhörig eller med vårdpersonal som kände till den äldres förhållanden. De vanligaste skälen till indirekt intervju var att den äldre var dement eller på annat sätt oförmögen att själv medverka.

Information insamlad med hjälp av indirekt intervju skiljer sig i vissa avseenden från den som erhålls i en intervju direkt med respondenten, och vem som besvarar frågorna kan också påverka resultatet. Sjukvårdspersonal kan t ex ibland ha en professionell snedvridning i sin rapportering av hälsotillstånd, vilket kan leda till såväl över- som underrapportering av den äldre respondentens hälsa och funktionsförmåga [7].

Även om indirekta intervjuer kan medföra svårigheter av olika slag – inklusive att det inte är möjligt att genomföra olika funktionstest – är vår bedömning att dessa problem är av lägre allvarlighetsgrad än det alternativ som står till buds, nämligen att helt avstå ifrån att samla in uppgifter från de allra sjukaste. Ett sådant förfarande är enligt vår mening oacceptabelt eftersom det allvarligt snedvrider bilden av den äldre befolkningens hälsa och funktionsförmåga. För en mer ingående beskrivning av de olika metodöverväganden vi gjorde inför 1992 års studie – och som alltså i allt väsentligt tillämpats i 2002 års studie – se tidigare artiklar [2, 3].

Bortfall

Som framgår av Tabell I nådde vi även 2002 ett mycket gott resultat, även om bortfallet blev större än 1992 års undersökning. Alla personer i urvalet kunde lokaliseras, och bortfallet består därför endast av vägrare.

Till allra största delen är det de äldre själva som vägrat. Det var ovanligt – både 1992 och 2002 – att anhörigas berättigade och initiala oro och ambition att skydda t ex en dement förälder ledde till ett bortfall. I de allra flesta fallen blev resultatet i stället en indirekt intervju med den anhörige.

Andelen telefonintervjuer och indirekta intervjuer var i stort sett densamma vid de båda undersökningarna. Den minskade andelen direkta intervjuer 2002 motsvaras således av ett ökat bortfall. En analys av bortfallet visar att det är något större för kvinnor (13,4 procent) än för män (8,8 procent) men framför allt att det är de yngre äldre som vägrat att ställa upp för en intervju – 15,2 procent i åldersgruppen 77–79 år och 12,3 procent i gruppen 80–84 år jämfört med 8,6 procent i åldersgruppen 85 år och äldre.

Även 2002 års bortfall på 11,5 procent är utifrån såväl ett nationellt som internationellt perspektiv mycket litet. Inte desto mindre kan en skillnad på 6,9 procentenheter när det gäller bortfallet vid de olika undersökningarna innebära en osäkerhet vid analysen av skillnader över tid. Vår bedömning är att merparten av bortfallet – både 1992 och 2002 – utgörs av relativt friska äldre personer som tydligt och klart kunnat artikulera sin ståndpunkt att de inte velat medverka i studien. Den större vägrarandelen 2002 skulle därmed möjligen kunna ses som en indikator på att attityden bland friska äldre till att medverka i denna typ av undersökningar förändrats. En all-

Tabell II. Beskrivning av materialet.

Ålder, år	SWEOLD 1992			SWEOLD 2002					
	Kvinnor		Män	Kvinnor		Män	Alla		
	Procent	n	Procent	n	Procent	n	n		
77–79	54,0	74	46,0	63	55,4	62	44,6	50	112
80–84	62,1	144	37,9	89	55,9	132	44,1	104	236
85–	64,1	107	35,9	60	65,3	139	34,7	74	213
Totalt	60,6	325	39,4	212	59,4	333	40,6	228	561

ternativ tolkning kunde vara att andelen friska äldre i befolkningen ökat något – speciellt i åldrarna under 85 år (Tabell II).

Antalet genomförda intervjuer 2002 var 561 – en ökning jämfört med 1992.

Det riksrepresentativa urvalet speglar också ökningen i befolkningen bland de äldsta, både bland männen och bland kvinnorna. I åldersgruppen 80–84 år har männen men inte kvinnorna ökat i antal.

Hälsomått

Hälsa mäts på flera sätt. Självskattad ohälsa utgår ifrån de intervjuades egen bedömning av hälsotillståndet. Respondenten tillfrågas om huruvida det egna hälsotillståndet är »gott, dåligt eller något däremellan«. De som svarar »dåligt« eller »något däremellan« anses ha självskattad ohälsa. Självskattad hälsa har i många metodstudier visats vara en både valid och reliabel hälsoindikator [8]. Resultaten när det gäller den självskattade ohälsan är baserade enbart på direkta intervjuer; här ingår alltså inte de som på grund av exempelvis demens inte själva kunnat medverka.

Vårt mått på värk bygger på tre intervjufrågor om värk i skuldror eller axlar, rygg eller höfter respektive händer, armbågar eller knän. De intervjuade (eller om de själva inte kunde intervjuas, en nära anhörig eller personal) fick uppge om de haft besvär de senaste 12 månaderna och i så fall om det rört sig om lätta eller svåra besvär. Lätta besvär har givits värdet 1, svåra besvär värdet 3, medan inga besvär kodats 0. Värdena på de tre frågorna har adderats, och personer med 3 poäng eller mer har värk enligt vår indikator. Indikatoren på cirkulationsbesvär har konstruerats på motsvarande sätt och bygger på frågor om smärta eller värk i bröstet, hjärtsvaghet, högt blodtryck eller yrsel [9].

Fysisk funktionsförmåga har mätts genom en serie enkla test som de intervjuade fick utföra. Testen genomfördes endast vid direkta intervjuer, dvs endast med de personer som kunde intervjuas och därmed också följa intervjuarnas instruktioner. Dessa test omfattar rörelseomfång, styrka och balans [10]. Respondenten skulle resa sig från en köksstol utan att använda händerna, från stående plocka upp en penna från golvet, sittande nå tårna på vänster fot med höger hand respektive höger fot med vänster hand, med vänster hand nå höger örsnibb och omvänt, lyfta 1 kilo till axelhöjd, placera händerna under låren med handflatorna nedåt samt med framåsträckta armar vrida händerna. De personer som misslyckades att genomföra minst ett av de nio testen har kategoriserats som att ha nedsatt fysisk funktionsförmåga.

Mobilitetsförmåga mättes med hjälp av fyra frågor om respondentens förmåga att kunna stå utan stöd, resa sig från en stol utan hjälp, kunna gå 100 meter utan besvär och gå i trappor. De som svarat att de inte kunnat utföra minst ett av dessa moment har kategoriserats som att ha nedsatt mobilitetsförmåga.

Också ett PEF-test (peak expiratory flow) har genomförts, där det maximala utandningsflödet, toppflödet, i liter/minut mättes med en enkel mätare. Även om detta test utvecklats för kliniskt bruk, bl a vid behandling av astmapatienter, har toppflödet visat sig ha ett starkt samband med allmäntillstånd och

prestationsförmåga i olika åldersgrupper liksom med dödlighet under en uppföljningsperiod [11, 12].

Förutom att jämföra hur prevalensen av olika hälso- och funktionsproblem totalt sett utvecklats över tid utifrån våra tvärsnittsdata 1992 och 2002 särredovisas också resultaten efter kön och åldersklasser. Bastalen blir då i vissa fall små, vilket innebär att även relativt stora skillnader mellan 1992 och 2002 inte uppnår statistisk signifikans. Signifikantestningarna enligt Tabell III–V har gjorts med χ^2 -test respektive T-test. Ålder har samband med de flesta av de här redovisade hälsovariablerna. Eventuella skillnader över tid inom en åldersklass skulle då kunna tänkas bero på att personerna inom klassen har en högre medelålder 2002 än 1992. Ingen sådan tendens finns i materialet. Medelåldern för män och kvinnor skiljer sig inte inom de olika åldersklasserna.

II Resultat

Sett över hela den äldsta befolkningen har andelen med hälso- eller nedsatt funktionsförmåga ökat sedan 1992, oavsett vilket mått vi utgår ifrån. Däremot verkar det finnas delvis olika mönster av förändringar när det gäller kön och ålder. Beträffande den övergripande självskattade ohälsan har det, framför allt bland männen i åldrarna 80–84 år, skett stora förändringar. År 1992 hade en tredjedel av männen i denna ålder dålig självskattad hälsa jämfört med över hälften 2002. När det gäller de allra äldsta männen och bland kvinnorna har inga större förändringar skett.

Värk i skuldror eller axlar, rygg eller höfter, händer, armbågar eller knän har däremot ökat för såväl män som kvinnor i samtliga studerade åldersgrupper. Bastalen är i vissa fall för små för att förändringarna skall uppnå statistisk signifikans, men tendensen är entydig. Även beträffande cirkulationsbesvär i form av bröstsmärta, högt blodtryck, yrsel m m är det generellt sett betydligt vanligare att ha besvär 2002 jämfört med 1992.

De stora könsskillnaderna som framkom vid 1992 års undersökning kvarstår vad gäller värk och cirkulationsbesvär 2002. De äldre kvinnorna har i högre grad än männen sådana besvär ($P < 0,01$). Däremot har ökningen bland männen när det gäller den självskattade ohälsan medfört att de 2002 kommit på samma nivå som kvinnorna.

I Tabell IV redovisas andelen äldre med nedsatt mobilitetsförmåga (baserat på frågor om förmågan) och nedsatt funktionsförmåga (baserat på ett antal funktionstest). Det grundläggande mönstret är detsamma 2002 som 1992 – nedsatt förmåga är vanligare bland kvinnor och blir betydligt mer förekommande i takt med stigande ålder. Samtidigt finner vi även här en försämring över tid, vilken dock är mindre tydlig när det gäller uppmätt funktionsförmåga. Både bland kvinnor och bland män framkommer tydliga försämringar, framför allt i åldersgruppen 80–84 år, medan funktionsförmågan i den allra äldsta gruppen är i stort sett oförändrad över tid.

Också testet av det maximala utandningsflödet visar på försämrad hälsa, framför allt bland kvinnor. Både 1992 och 2002 minskar utandningskapaciteten med ålder, liksom förmågan att över huvud taget kunna genomföra testet. Jämförelsen över tid visar dock en tydlig nedgång i lungfunktion bland kvin-

ANNONS

ANNONS

Tabell III. Ohälsa fördelat på kön och ålder. (Siffrorna anger procent.)

Kön/ålder, år	Självs kattad ohälsa ¹		Värk		Cirkulationsproblem	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002
<i>Kvinnor</i>						
77–79	53,0	51,8	45,9	53,2	20,8	23,7
80–84	48,5	58,2	40,3	54,6*	22,4	32,6*
85–	58,0	53,5	36,3	53,6**	25,7	34,1
Alla kvinnor	52,3	55,2	40,3	53,8***	23,1	31,7*
<i>Män</i>						
77–79	32,2	44,9	29,5	32,7	14,5	18,4
80–84	31,7	58,5***	27,6	36,9	20,0	29,4
85–	48,0	43,5	27,6	37,8*	20,3	25,4
Alla män	36,1	50,7**	28,2	36,3*	18,4	25,7*
Totalt	45,7	53,3*	35,6	46,7***	21,3	29,3**

¹ Endast de som är direkt intervjuade eller intervjuade via telefon är inkluderade i analysen.

Signifikansnivåer:

+ 10 procent.

* 5 procent.

** 1 procent.

*** 0,1 procent.

Tabell V. PEF (peak expiratory flow rate) för kön och ålder.

Kön/ålder, år	Medelvärde, liter/minut		Totalt antal som genomförde testet		Andel som inte genomförde testet, procent	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002
<i>Kvinnor</i>						
77–79	302	269*	56	50	24,3	19,3
80–84	292	259**	116	107	19,4	18,9
85–	239	215*	68	84	36,4	39,6
Alla kvinnor	279	247***	240	241	26,2	27,6
<i>Män</i>						
77–79	450	408*	56	44	11,1	12,0
80–84	398	384	72	85	18,1	18,3
85–	351	371	45	55	25,0	25,7
Alla män	403	386	173	184	18,0	19,3
Totalt	331	307**	413	425	22,9	24,2

Signifikansnivåer: Se Tabell III.

norna i samtliga tre åldersgrupper. För männen låg de genomsnittliga värdena på nära nog samma nivåer som 1992.

II Diskussion

Under det senaste decenniet har man i nationella och lokala studier i allt högre grad försökt att också belysa den allra äldsta befolkningens situation. Studier inriktade på den allra äldsta befolkningen ställer dock delvis andra krav på mätinstrument, undersökningsdesign och genomförande än t ex de olika typer av nationella befolkningsstudier som numera regelbundet genomförs i många länder. Likaså kräver riksrepresentativa undersökningar en annan uppläggning än de lokala studier där man har möjlighet att låta urvalspersonerna komma till en mottagning med därav följande möjligheter till olika typer av undersökningar och bedömningar.

Den ökande tillgången till forskningsresultat baserade på representativa urval av de äldsta åldersgrupperna är dock inte helt enkel att dra entydiga slutsatser ifrån. Mätinstrumenten varierar liksom fältarbetsstrategierna (t ex hur och i vilken omfattning data samlats in även rörande de äldre som inte själva av hälsoskäl kan medverka) samt bortfallets storlek. Men även designen av urvalet kan variera (exempelvis inkluderas inte alltid institutionsboende).

En slutsats som ändå dragits av flera forskare utifrån egna studier [13, 14] eller från översikter av ett antal studier [6] är att ohälsa och nedsatt funktionsförmåga bland de äldsta minskat över tid. Det vill säga att den förbättrade hälsan bland de »yngre äldre« som tidigt kunde påvisas i de svenska H70-stu-

Tabell IV. Mobilitetsförmåga och fysisk funktionsförmåga fördelat på kön och ålder. (Siffrorna anger procent.)

Ålder, år	Nedsatt mobilitetsförmåga		Nedsatt funktionsförmåga ¹	
	1992	2002	1992	2002
<i>Kvinnor</i>				
77–79	44,4	52,6	48,3	38,0
80–84	51,0	66,9**	50,0	64,9*
85–	69,2	74,4	70,5	73,1
Alla kvinnor	55,6	67,5**	55,8	62,6
<i>Män</i>				
77–79	25,8	34,7*	26,3	44,4*
80–84	32,2	49,0*	37,3	47,2
85–	69,0	64,4	57,1	58,3
Alla män	40,6	50,9*	39,2	50,0*
Totalt	49,7	60,6**	49,0	57,1*

¹ Endast direktintervjuade.

Signifikansnivåer: Se Tabell III.

dierna i Göteborg [15] skulle vara ett tecken på en allmän hälsoförbättring med allt mindre av hälsoproblem allt högre upp i åldrarna. På befolkningsnivå skulle det innebära att sjukligheten och vård- och omsorgsbehoven håller på att skjutas upp allt närmare taket för medellivslängden [16]. Därmed skulle också ett ökande antal gamla inte automatiskt medföra ett ökat tryck på vård- och äldreomsorgssystemen.

Genom att dödligheten fortsatt sjunka ökar fortfarande medellivslängden, i Sverige nu mer för männen än för kvinnorna. Om prevalenstalen för olika sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga samtidigt minskar skulle vi få en situation där allvarliga sjukdomar och omsorgsbehov skjuts upp till senare i livet (»postponement of morbidity«). Eftersom de äldre samtidigt blir fler behöver dock detta inte leda till någon minskning av det sammantagna vård- och omsorgsbehovet. Om prevalenstalen i stället är oförändrade eller till och med ökar över tid samtidigt som livslängden ökar får vi en kraftig ökning av ohälsobördan bland de äldsta (»expansion of morbidity«). Detta skulle i sin tur leda till en kraftig ökning av behoven av vård och omsorg.

Mot bakgrund av merparten av den tidigare forskningen är våra resultat oväntade. Flera av de prognoser om framtida vårdbehov som gjorts, baserade på de bästa tillgängliga befolkningsdata som Sverige har, visar på måttligt ökande vård- och omsorgsbehov [17]. Utifrån en bred uppsättning indikatorer på ohälsa finner vi inga egentliga tendenser till att hälsan och funktionsförmågan skulle ha förbättrats för de åldersgrupper som ingår i vår studie. Tvärtom ser vi i vissa fall kraftiga genomsnittliga försämringar.

Tendensen är entydig – för samtliga här redovisade indikatorer har det skett försämringar sett över hela materialet. När det gäller den minskade andelen äldre som skattat sitt hälsotillstånd som »gott« skulle det kunna ha att göra med att de äldres förväntningar på bibehållen god hälsa ökat under 1990-talet. Om en sådan förskjutning i den äldre befolkningens förväntningar ägt rum skulle det också kunna förklara ökningen av äldre som rapporterat värk av olika slag. I och med att resultaten från de olika testen på funktionsförmåga och lungkapacitet också visar på försämringar är det svårt att argumentera för att våra resultat enbart skulle spegla förändrade anspråk och förväntningar.

Även om ökningen av bortfallet från 4,6 procent 1992 till 11,5 procent 2002 är måttlig i relation till de flesta svenska och internationella studier kan möjligen en del av förändringarna över tid förklaras av 2002 års större bortfall. Om merparten av bortfallet utgörs av relativt friska äldre som inte velat medverka innebär det en viss överrepresentation av sjukare äldre i svarsandelen. Omfattningen av denna tänkbara

felkälla är dock marginell och ändrar inte slutsatsen att vi inte kan finna något stöd för att hälsan skulle ha förbättrats.

En central fråga är då varför våra resultat skiljer sig från tidigare svenska och internationella resultat samt vilka konsekvenser våra fynd kan ha. När det gäller övriga svenska studier av de allra äldsta på nationell nivå har de generellt haft så stora bortfall att jämförelser över tid blir problematiska och förutsätter djärva antaganden om hälsotillståndet i de olika bortfallen över tid. Ett annat representativitetsproblem i flera studier är att de institutionsboende/»sårskilt boende« exkluderats [18, 19]. Dessa typer av problem behäftar också många av de internationella studierna. Till detta kommer att vi täcker en period av stora och dramatiska förändringar av välfärd och hälsa generellt sett. Också andra delar av befolkningen har erfarit försämrade hälsa [4]. Samtidigt har behandlingen av svåra sjukdomar med hög dödlighet utvecklats, och dödligheten i exempelvis hjärtinfarkt och stroke har minskat [20]. En preliminär tolkning av våra resultat är därför att medicinsk-tekniska förbättringar räddat fler till livet, men med nedsatt hälsa och funktionsförmåga och/eller en ökad risk att drabbas av andra sjukdomar och besvär senare i livet. Detta är en hypotes vi kommer att försöka granska närmare i det fortsatta arbetet.

Flera av de hälsomått vi redovisat är grova och ger ingen tydlig indikation om vad den försämring på befolkningsnivå vi funnit skulle kunna få för konsekvenser för vare sig de enskilda individerna eller när det gäller påfrestningar på vård- och omsorgssystemen. Enligt text de svenska årliga undersökningarna av levnadsförhållanden (som inkluderar äldre upp till och med 84 års ålder) har det längre livet efter 65 års ålder framför allt bestått i en ökning av åren med »lätt ohälsa« medan åren med »full hälsa« respektive »svår ohälsa« varit oförändrade [20]. Även om dessa resultat skulle spegla den faktiska utvecklingen är det oklart vad ökningen av »lätt ohälsa« i dessa åldersgrupper skulle ha inneburit vad gäller behov och eventuellt ökad efterfrågan av sjukvård, äldreomsorg och/eller anhöringsatser.

Vårt urval är litet, och hälso- och funktionsvariablerna som här redovisats är grova och oprecisa ur ett kliniskt perspektiv. Samtidigt rymmer våra longitudinella data möjligheter att analysera samband och blottlägga mekanismer som går långt utöver de enkla prevalenstal vi presenterat här. Vår slutsats redan nu är dock att de förhoppningar om en generellt förbättrad hälsa och funktionsförmåga hos de äldsta som många ingivits utifrån tidigare studier inte kunnat bekräftas i SWEOLD-studien. Tvärtom tyder våra resultat på en i vissa avseenden tydlig försämring. I bästa fall representerar detta ett tillfälligt avbrott i en långsiktigt sett positiv utveckling. Även så bör våra fynd tas till utgångspunkt för en förnyad analys och diskussion om de äldstas hälsa och de vård- och omsorgsbehov som följer av denna.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Thorslund M, Lundberg O, Parker M. Klass och ohälsa bland de allra äldsta. Studie visar allmängiltigt samband. *Läkartidningen* 1993; 90:3547-53.
2. Lundberg O, Thorslund M. Fieldwork and measurement considerations in surveys of the oldest old. *Social Indicators Research* 1996;37:165-87.
3. Thorslund M, Lundberg O. Levnadsnivåundersökningar av de äldsta. Viktigt välja rätt test och rätt intervjuare. *Läkartidningen* 1993; 90:3555-8.
4. Kommittén Välfärdsbokslut. Välfärdsbokslut för 1990-talet: Slutbetänkande. SOU 2001:79.
5. Hessler RM, Eriksson BG, Debshish D, Steen G, Sundh V, Steen B. The compression of morbidity debate in aging: an empirical test

using the gerontological and geriatric population studies in Göteborg, Sweden (H70). *Archives of Gerontology & Geriatrics* 2003;37:213-22.

6. Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. *JAMA* 2002;288:3137-46.
7. Thorslund M, Wärneryd B. Surveying the elderly about health, medical care and living conditions: Some issues of response inconsistency. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 1990;11:161-73.
8. Lundberg O, Manderbacka K. Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scand J Soc Med* 1996;24:218-24.
9. Lundberg O. Den ojämlika ohälsan. Om klass- och könsskillnader i sjuklighet. Stockholm: Almqvist & Wiksell International; 1990.
10. Parker MG, Thorslund M, Lundberg O. Physical function and social class among Swedish oldest old. *J Gerontol* 1994;49:196-201.
11. Cook NR, Evans DA, Scherr PA, Speizer FE, Taylor JO, Hennekens CH. Peak expiratory flow rate and 5-year mortality in an elderly population. *Am J Epidemiol* 1991;133:784-94.
12. Tibblin G. 1913 och 1923 års män. Hälsöinformation 1992;133: 784-94.
13. Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2001;98:6354-9.
14. Doblhammer G, Kytir J. Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. *Soc Sci Med* 2001;52:385-91.
15. Steen B, Djurfeldt H. The gerontological and geriatric population studies in Gothenburg, Sweden. *Z Gerontol* 1993;26:163-9.
16. Fries JF. Reducing disability in older age. *JAMA* 2002;288:3164-5.
17. Batljan I, Lagergren M. Kommer det att finnas en hjälpsande hand? Stockholm: Socialdepartementet; 2000.
18. Socialstyrelsen. Bo hemma på äldre da'r. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
19. Sundström G, Johansson L, Hassing LB. The shifting balance of long-term care in Sweden. *Gerontologist* 2002;42:350-5.
20. Socialstyrelsen. Folkhälsa och sociala förhållanden: lägesrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.



= artikeln är referentgranskad