

# Hög intelligenskvot ger inte lyckligare liv

Vad utgör det goda åldrandet? Livskvalitet hos äldre tycks bero på en vital, aktuell kognitiv förmåga. Denna i sin tur är avhängig av tidigare kognitiv förmåga i livet samt i den utsträckning den försämrats från sin topp i ungdomen.

Kognitiva förändringar under livet är viktiga indikatorer för kognitiv vitalitet hos äldre.

I en nyligen publicerad studie på en relativt frisk skotsk kohort om 550 personer födda 1921 med ett medel-MMT (Mini Mental Test) på 28,2 ±1,7 (18–30) testades personerna med samma mentala testbatteri (Moray House-test nr 12) vid 10,9 (±0,3) och 79,1 (±0,6) års ålder [1]. Efter åldersjustering, standardisering och konvertering till IQ beräknades den kognitiva förändringen under livet.

Personerna fick också uppskatta sin livstillfredsställelse med ett validerat instrument, som summerades från 0 till 35 med ett medelvärde på 25,3 (±6,1). Inga signifikanta korrelationer kunde hittas mellan livstillfredsställelse och IQ vid 11 respektive 79 års ålder. Inte heller fanns det någon korrelation mellan livstillfredsställelse och IQ-förändringar under livet.

Författarna menar att man borde ha sett en association, eftersom intelligens värderas mycket högt i samhället och vital kognition ses som en nyckelfaktor för det goda åldrandet.

Man diskuterar i termer av att ett gott intellekt kan vara både positivt och negativt för bedömningen av välbefinnande, som i sin tur är avhängigt av livstillfredsställelse; positivt i så måtto att man genom sitt intellekt bl a kan skaffa bättre arbete eller bättre levnadsvillkor, och negativt, då man bl a kan bli medveten om andra och bättre livsstilar än den man själv har eller genom en ständig, ouppnåelig strävan att uppnå mer i livet.

Det kan också förhålla sig så att om man har en tillräcklig kognitiv förmåga för egna viktiga aspekter i livet spelar individuella skillnader inte så stor roll. Man tycks ju uppleva den egna närlig-

**»Man kan nog konstatera att livstillfredsställelse, bibehållande av vital kognition eller lycka är mycket komplexa entiteter med en komplex interaktion, som svårligen låter sig fångas med trubbigt utformat instrument i enkätform.«**

gande kapaciteten och förmågan starkare, medan andras upplevs med nedtonad distans. Med ett skönlitterärt citat menar författarna att det bästa tecknet på en lika fördelning hos människan av hennes resurser är att var och en är nöjd med sin lott. Men för det goda åldrandet måste man finna ut det som förutsäger glädjen i



Foto: Science Photo Library

**Kombinationen av personlighet, intellekt, strategier för bemästrande och livserfarenheter utgör den komplexa grunden för tillfredsställelse med livet och ett gott åldrande.**

livet och inte enbart det som bibehåller en vital kognition.

I en annan nyligen publicerad studie undersökte man den kognitiva förmågens betydelse för hälsan hos 5 838 personer. Man fann en signifikant relation till fysisk funktion och självskattad hälsa. När man dock justerade för mått på socioekonomisk status avtog associationen.

Man konkluderade att hos denna grupp personer förklarade inte den kognitiva förmågan olikheter i hälsa [2].

Motsatta fynd rapporterades i en annan studie på 383 personer. De som i medelåldern ansåg att de levde upp till sin intellektuella förmåga skattade sig också högre i livstillfredsställelse och var mindre benägna att ha gjort andra livsval vad gäller yrke och familj [3].

Likartade fynd rapporterades också från en fransk studie på 28 högintelligenta personer mellan 65 och 86 år i den franska Mensa-föreningen, som samlar personer med IQ >133. De bedömdes

med avseende på livstillfredsställelse och jämfördes med 394 normalpresterande personer [4]. Trots en del tillkortakommanden i studiedesignen fann man signifikant högre livstillfredsställelse i Mensa-gruppen både i nutid, dåtid och framtid än i referensgruppen.

I en översiktsartikel i Läkartidningen från 2001 ansåg författaren att prediktiva mönster för bl a livstillfredsställelse är multifaktoriella med personlighet, intellekt, adaptiv förmåga och bemästrandeförmåga (coping) samt användandet av ens egna livserfarenheter som viktiga faktorer [5].

Personligheten, som anses vara stabil över livet, har en ständig påverkan på individen på gott och ont. Den styr individen antingen i riktningen utveckling och blomning eller i ett tärande och besvärande tillstånd. Strategier och kapacitet för bemästrande i kombination med typen av påfrestningar under livet visade sig vara starka prediktorer för livstillfredsställelse hos personer äldre än 80 år. Författaren ansåg också att äldre personer kunde förbättra sin livstillfredsställelse genom att, enskilt eller i grupp, berätta om sina liv och reflektera.

Man kan nog konstatera att livstillfredsställelse, bibehållande av vital kognition eller lycka är mycket komplexa entiteter med en komplex interaktion, som svårligen låter sig fångas med trubbigt utformat instrument i enkätform.

Man kan än idag höra ekot från den franske författaren La Rochefoucauld (1628–1670): »Man är aldrig så lycklig eller olycklig som man själv tror« eller travestin från vår svenska drottning Kristina (1626–1689): »Man är alltid så lycklig eller olycklig som man tror.«

**Johan Lökk**

johan.lokk@karolinska.se

1. Gow AJ, et al. Lifetime intellectual function and satisfaction with life in old age: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2005;331:141-2.

2. Singh-Manoux A, et al. The role of cognitive ability in explaining the association between socioeconomic position and health: evidence from the Whitehall II prospective cohort study. *Am J Epidemiol*. 2005; 161:831-9.

3. Holahan CK, et al. Self-appraisal, life satisfaction, and retrospective life choices across one and three decades. *Psychol Aging*. 1999;14:238-44.

4. Bessou A, et al. Life satisfaction in 28 intellectually gifted persons aged 65 and over. *Presse Med*. 2003; 32:734-9.

5. Hagberg B. Psykologiska aspekter på åldrandet – en översikt. *Läkartidningen* 2001;98:2457-62.

## Framförhållning bättre än efterkontroll vid rapportering av komplikationer?

Författarnas frågeställning var om prospektiv rapportering av komplikationer är effektivare än retrospektiva journalgenomgångar, och resultaten antyder att det kunde vara tvärtom. Bakgrunden är att det i Holland sedan 1998 finns en rutin inom kirurgi där läkarna förlöpande rapporterar »adverse events«.

Studien undersökte 149 patienter som var slumpvis utvalda bland tre riskgrupper utskrivna under år 2002. Den definition på adverse events som använts inbegriper både vad som med svensk terminologi kallas vårdskador och komplikationer till sjukdomen (SoS 2005:12).

Studien identifierade 381 adverse events hos 49 procent av patienterna. En retrospektiv journalgenomgång upptäckte fler »minor adverse events« än den prospektiva rapporteringen, medan metoderna var likvärdiga när det gällde allvarliga händelser. Metoderna överensstämde i 31 procent av fallen. Om metoderna summerades och resultaten extrapolerades till alla patienter erhöles en obetydlig ökning av den registrerade frekvensen av adverse events.

Studien har sina begränsningar först och främst genom sin lilla studiegrupp och genom att omfatta endast kirurgisk slutenvård på en enda klinik. Vilka typer

av adverse events som förekom redovisas inte, inte heller om man ansåg att dessa kunde undvikas. Författarna konstaterar att det inte finns någon etablerad standardmetod och hävdar – trots sina resultat – att prospektiv rapportering ger bättre möjligheter till kvalitetsutveckling.

Studien kan sägas relatera till arbetet med kvalitetsregister och avvikelshantering. Kvalitetsregistrens uppgift är att snabbt kunna ge en klinik besked om vilka resultat man uppnår och ge en jämförelse med andra kliniker.

Efterundersökningar ger, som även denna undersökning visar, resultat först

.....  
**»På senare år har avvikelshantering blivit ett viktigt moment i uppföljningen av sjukvården. Denna metod skiljer sig från både den retrospektiva genomgången och den prospektiva registreringen genom att tillbud och risker kan rapporteras – innan något ännu hänt.«**

efter 2–3 år. Inte heller kan sådana ge en uppfattning om patientupplevd kvalitet, ledtider m m.

Kvalitetsregistren startades just för att retrospektiva genomgångar hade väsentliga svagheter. Mer om de svenska erfarenheterna av kvalitetsregister kan läsas på [www.kvalitetsregister.se](http://www.kvalitetsregister.se).

På senare år har avvikelshantering blivit ett viktigt moment i uppföljningen av sjukvården. Denna metod skiljer sig från både den retrospektiva genomgången och den prospektiva registreringen genom att tillbud och risker kan rapporteras – innan något ännu hänt.

Om man fördjupar avvikelshanteringen med händelse- eller riskanalyser kan man få en uppfattning om orsaker och därmed möjliggöra åtgärder. Avvikelshanteringen ger däremot inte en överblick över de medicinska resultaten för en viss patientgrupp.

Sålunda har alla tre metoderna sin plats fortsättningsvis.

**Johan Elfström**  
[johan.elfstrom@lio.se](mailto:johan.elfstrom@lio.se)

Marang-van de Mheen PJ, et al. Effectiveness of routine reporting to identify minor and serious adverse outcomes in surgical patients. *Qual Saf Health Care.* 2005;14:378-82.

## Det finns ingen nedre gräns för att få nackskada

Frågan om det finns en nedre gräns för när ett trauma kan förorsaka skada i nacken är föremål för omfattande studier och diskussioner. Således finns det studier som visar att bakifrån påkörning med 15 G inte förorsakar skada (*Society of Automotive Engineers; 1996. p. 295–315*).

Det är stora metodproblem förenade med att belysa denna fråga, exempelvis etiska med att utsätta försökspersoner för skada, att försökspersoner inte representerar normalpopulationen, att försökspersonen är förberedd på trauma och därför kan skydda sig med muskulärt försvar m m. Prov med försöksdockor eller kadaver är inte representativa för verkliga förhållanden, vilket inte heller arrangerade kollisioner är.

Verkligheten bjuder således på betydande variationer på skadeförhållanden. Till detta kommer att man inte har möjlighet att på tillfredsställande sätt diagnostisera vad som eventuellt är skadat.

Författarna till föreliggande artikel har genom att studera en mycket stor population som exponerats för krafter på skelettet tillämpat ett principiellt intressant tillvägagångssätt för att studera uppkomst av skador. Tekniken har varit att undersöka hur många och vilka skador som personer ådragit sig vid en enhetlig och kollektiv exponering för belastning vid berg- och dalbaneåkning vid en anläggning i Texas. Kriteriet för att vara skadad var att det förelåg en skaderapport som visade omedelbar skada vid åkningen, att en läkarjournal beskrev en diagnos som var mer besvärande än nackstuckning, exempelvis disk- eller benskada, samt att skadan verifierats med bildgivande undersökning.

Teknisk utredning gav vid handen att den högsta acceleration som personerna varit utsatt för var 5 eller 6 G.

Under 19 månader uppskattades att det förekom 600–700 skador på ryggraden hos 932 000 åkande. Under en fyra-

månadersperiod gjordes en mer intensiv studie. Antal skadade var 39 personer med sådana skelett- eller diskskador att de blev föremål för operation. Nackskador dominerade liksom skador hos kvinnor (77 procent).

Personer som hade mjukdelsskador eller som inte krävt ersättning förekom inte i undersökningen, varför det totala antalet skadade torde vara väsentligt större.

Studien sammanfattas med att det inte finns någon vedertagen undre gräns för när signifikant skada uppkommer i nacke eller rygg. Individuell känslighet eller oförutsägbara förhållanden har betydelse för utvecklingen av en skada.

**Bengt H Johansson**  
[drbengt@bostream.nu](mailto:drbengt@bostream.nu)

Freeman MD, et al. Significant spinal injury resulting from low-level accelerations: a case series of roller coaster injuries. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86:2126-30.