

## Intervjustudie om de allra äldstas levnadsvillkor

# Äldre har fått fler hälsoproblem, men klarar vardagen bättre

**STEFAN FORS**, fil dr, postdoktor  
stefan.fors@ki.se

**CARIN LENNARTSSON**, fil dr, docent

**NEDA AGAHI**, med dr, postdoktor

**MARTI G PARKER**, med dr, professor

**MATS THORSLUND**, fil dr, professor; samtliga Aging Research Center, Karolinska institutet och Stockholms universitet

De äldre utgör en allt större del av befolkningen, både i termer av absolut antal och i andel av den totala befolkningen. Vi lever allt längre och mortaliteten minskar även bland äldre [1, 2].

En central fråga är om de allra äldsta blivit friskare eller sjukare i takt med att medelåldern ökat. De sammanställningar som gjorts av forskningen på området visar motstridiga resultat, till stor del beroende på vilken tidsperiod som studerats samt vilka hälsoindikatorer som använts [3-7].

Vi beskriver i denna studie, utifrån riksrepresentativa data, hälsoutvecklingen bland de allra äldsta (77 år och äldre) i Sverige under perioden 1992-2011 för en rad hälsoindikatorer.

Under 1980-talet och fram till mitten av 1990-talet visade Statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsvillkoren (ULF) tydliga förbättringar, framför allt när det gäller äldre personers förmåga att klara vardagliga sysslor och den personliga omvårdnaden [8]. Även flera internationella undersökningar under denna tid visade att andelen äldre med funktionsnedsättningar minskade [4, 9-10]. En studie från Norge visade också förbättringar i funktionsförmåga bland äldre (67 år och äldre) under perioden 1986-2008 [11]. Den positiva utvecklingen var mest påtaglig hos de yngre äldre (67-80 år), medan trenden bland de allra äldsta (80 år och äldre) var betydligt svagare.

Våra resultat från undersökningen om äldres (77 år och äldre) levnadsvillkor (SWEOLD) visade däremot nästan genomgående på hälsoförsämringar under perioden 1992-2002 [12, 13]. Hälsoförsämringarna var tydliga både vad gäller självrapporterade sjukdomar, besvär och test av funktionsförmåga. Andelen som rapporterade problem med att klara grundläggande vardagliga aktiviteter (ADL) förändrades däremot inte under perioden.

Resultaten från SWEOLD rörande utvecklingen 1992-2002 fick senare stöd från flera studier som också fann hälsoförsämringar bland de allra äldsta från 1990-talet och framåt [14]. Bland annat visade ULF-undersökningarna att den positiva hälsoutvecklingen bland äldre personer som var tydlig från mitten av 1980-talet mer eller mindre hade avstannat tio år senare [8]. Utifrån en genomgång av ett stort antal amerikanska studier konstaterades att tiden med sjukdom och funktionsnedsättning bland äldre ökade under perioden 1998-2008 [5].

### METOD

SWEOLD är en riksrepresentativ studie av levnadsvillkoren bland de allra äldsta (77 år och äldre) i Sverige som genomförts 1992, 2002 samt 2011. Studiens urval baseras på urvalsramen för de nationella svenska levnadsnivåundersökningarna (LNU). Den första SWEOLD-studien (1992) omfattade dem som tidigare deltagit i LNU vid minst ett tillfälle. Vid 2002 års undersökning reviderades urvalskriterierna till att omfatta samtliga individer som tidigare ingått i LNU-urvalet. År 2011 användes samma kriterier som 2002 men de äldsta åldersgrupperna (85 år och äldre) kompletterades med ett över-

### FAKTA 1. Hälsoindikatorer

**Global självskattad hälsa** baserades på frågan »Hur skulle Du bedöma ditt allmänna hälsotillstånd? Bra, Dåligt eller Något däremellan?« Svartalternativen »Dåligt« och »Något däremellan« har klassificerats som självskattad ohälsa. Frågan ställdes endast vid direkta intervjuer.

**Värk.** Respondenterna svarade på om de, under föregående tolv månader, haft besvär med smärter i skuldror eller axlar, rygg eller höfter samt händer, armbågar eller knän. De individer som uppgett åtminstone ett svårt besvär eller tre lättare besvär bedömdes ha problem med värk.

**Psykologiska besvär.** Respondenterna svarade på om de, under de senaste tolv månaderna, upplevt sömnproblem, allmän trötthet, ångest, djup nedstämdhet eller psykisk sjukdom. Personer som rapporterat minst tre lätta problem, ett svårt problem eller psykisk sjukdom tillskrevs psykologiska besvär.

**Nedsatt mobilitet** baserades på frågor om respondentens förmåga att gå 100 meter utan problem samt att gå upp och ned för trappor. De respondenter som rapporterade problem med åtminstone en av dessa aktiviteter bedömdes ha nedsatt mobilitet.

**ADL-förmåga.** De respondenter som rapporterade att de hade problem med en eller flera av följande aktiviteter bedömdes ha nedsatt ADL-förmåga: ta sig i och ur sin säng, klä på och av sig, gå på toaletten själv, äta själv samt tvätta håret själv.

**Nedsatt fysisk funktionsförmåga** mättes med ett index bestående av en rad fysiska test. Respondenterna ombads 1) plocka upp en penna från golvet, 2) resa sig upp från en stol utan att använda armstöden, 3) lyfta ett saltpaket (1 kg), 4) röra vid vänster respektive höger öra med motsatt hand, 5) röra vid tårna på vänster respektive höger fot med motsatt hand, 6) placera båda händerna under låren, samt 7) vrida båda händerna. De respondenter som var oförmögna att genomföra ett eller flera av testen tillskrevs nedsatt fysisk funktionsförmåga.

**Lungfunktion** mättes i termer av maximalt utandningsflöde (liter/minut). Respondenterna genomförde tre utandningsmätningar och det bästa resultatet användes som indikator på lungfunktion. Den här typen av mått på lungfunktion har visat sig ge en god bild av äldres generella hälsotillstånd [15].

urval, slumpmässigt draget ur befolkningen. Svansfrekvensen vid de tre undersökningarna beräknade med det senare urvalskriteriet var 90,4 procent (1992), 87,3 procent (2002) respektive 86,2 procent (2011).

Skillnaderna i urvalskriterier påverkar jämförbarheten mel-

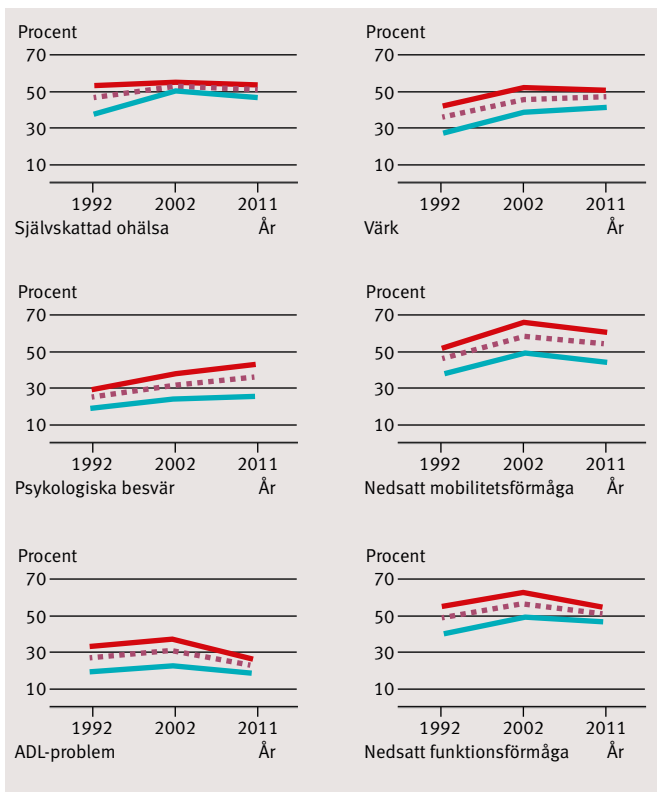
### SAMMANFATTAT

**Äldre personer utgör** en allt större del av befolkningen. **En central fråga är** om de allra äldsta blivit friskare eller sjukare i takt med att medelåldern ökat. **Under perioden 1992-2011** har problem med värk, psykologiska besvär och nedsatt mobilitet ökat och lungfunktionen försämrats i de äldsta åldersgrupperna. Däremot förblev självskattad hälsa och fysisk funktionsförmåga

oförändrad under perioden. **Trots detta har andelen** av de allra äldsta som uppger att de behöver hjälp med sina grundläggande, vardagliga aktiviteter minskat under perioden. **Äldre kvinnor är** över lag sjukare än äldre män, enligt såväl självrapporterade som testbaserade mått, men skillnaderna mellan könen förändrades inte under perioden.

TABELL I. Beskrivning av materialet.

	1992			2002			2011		
	Procent	n	n (viktat)	Procent	n	n (viktat)	Procent	n	n (viktat)
<b>Kön</b>									
Kvinnor	60,8	325	360	59,3	368	368	62,2	501	394
Män	39,2	212	232	40,7	253	253	37,8	403	240
<b>Intervjutyp</b>									
Direktintervju	88,3	473	523	86,8	539	539	83,9	717	532
Proxyintervju	11,7	64	69	13,2	82	82	16,1	187	102
<b>Totalt</b>	100,0	537	592	100,0	621	621	100,0	904	634



Figur 1. Prevalens av ohälsa samt funktionsnedsättningar bland de allra äldsta (77 år och äldre) i Sverige 1992–2011. De röda linjerna markerar kvinnornas prevalenser, de blå männens och de streckade utvecklingen för hela gruppen.

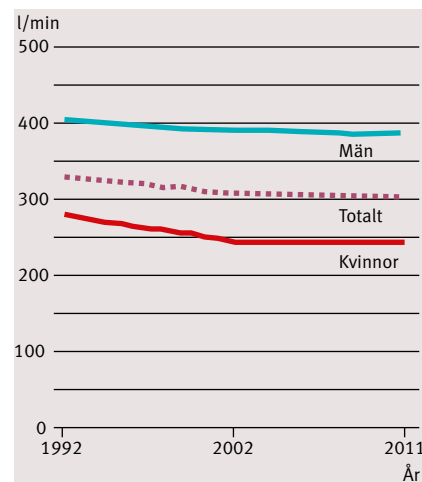
lan de olika undersökningsomgångarna. I studien av hälsoutvecklingen 1992–2002 hanterades detta genom att de deltagare från det senare undersökningstillfället som inte uppfyllde de ursprungliga kriterierna exkluderades [12]. I föreliggande studie baseras estimaten i stället på samtliga svarande. Överurvalet i 2011 års undersökning, samt en viss underrepresentation av 77-åringar i 1992 års undersökning, har justerats med vikter.

Urvalet omfattar såväl dem som bor kvar hemma som dem som bor på vård- och omsorgsinrättningar. Intervjuerna har företrädesvis genomförts som besöksintervjuer, men i de fall då det inte varit möjligt eller önskvärt har intervjuerna gjorts över telefon. Då direkta intervjuer inte varit möjliga har indirekta intervjuer (proxyintervjuer) genomförts med anhöriga eller vårdgivare.

De hälsoindikatorer som användes redovisas i Fakta 1.

### Analys

Analyserna av hälsoutvecklingen 1992–2011 gjordes i två steg. I det första skedet studerade vi hur prevalenserna för ohälsa utvecklade sig under perioden för populationen i sin helhet, samt för kvinnor och män separat. I det andra skedet använde vi oss av



Figur 2. Lungfunktion (peak expiratory flow rate) bland de allra äldsta, 1992–2011.

trender i lungfunktion justerades även för kroppslängd samt genomfördes separat för kvinnor och män eftersom prestationen på den typen av test i hög grad beror av kroppskonstitution.

### RESULTAT

I Tabell I redovisas datamaterialets fördelning på kön och intervjutyp. Resultaten visar att könsfördelningen i stort sett varit densamma över tid. Däremot har genomsnittsåldern ökat något under perioden. Andelen proxyintervjuer har ökat, från knappa 12 procent till dryga 16 procent.

I Figur 1 och 2 visas prevalenserna för subjektiv ohälsorapportering, nedsatt fysisk funktionsförmåga samt lungfunktion. Sammantaget visar resultaten att trenderna för gruppen som helhet faller in i tre olika mönster. För samtliga indikatorer, utom ADL-förmåga, ökade prevalenserna av ohälsa signifikant mellan 1992 och 2002. När det gäller värk, psykologiska besvär och nedsatt mobilitet var dessa hälsoförsämringar dessutom beständiga och de höjda prevalenserna återfanns även 2011. Även den genomsnittliga prestationen på lungfunktionstestet sjönk kontinuerligt under perioden.

När det gäller global självskattad hälsa samt nedsatt funktion skiljde sig däremot inte de prevalenser som observerades 2011 från de som observerats 1992. Den negativa förändring som observerades för dessa indikatorer mellan 1992 och 2002 verkade alltså inte ha varit beständig.

Prevalensen av nedsatt ADL-förmåga förändrades inte nämnvärt mellan 1992 och 2002. Mellan 2002 och 2011 skedde däremot en betydande minskning.

Kvinnorna hade genomgående sämre hälsa och funktionsförmåga jämfört med männen. Sammantaget visar dock resultatet inte på några större skillnader i hälsoutvecklingens mönster mellan kvinnor och män. Utvecklingen över tid har varit likartad.

I Tabell II och III visas resultaten från multivariata analy-

## KLINIK &amp; VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

**TABELL II.** Hälsotrender bland de äldsta (77 år och äldre) i Sverige 1992–2011, justerat för kön och ålder. OR=oddskvot. 95% KI=95 procents konfidensintervall.

	Självskattad ohälsa, OR (95% KI)	Värk, OR (95% KI)	Psykologiska besvär, OR (95% KI)	Nedsatt mobilitet, OR (95% KI)	ADL-problem, OR (95% KI)	Nedsatt funktionsförmåga, OR (95% KI)
<i>Kön</i>						
Kvinna	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Man	0,70 (0,56–0,87)	0,58 (0,47–0,72)	0,51 (0,40–0,65)	0,57 (0,46–0,70)	0,56 (0,44–0,71)	0,62 (0,49–0,79)
<i>Ålder</i>	1,02 (0,99–1,04)	0,99 (0,97–1,01)	1,04 (1,02–1,06)	1,11 (1,09–1,14)	1,18 (1,15–1,21)	1,09 (1,06–1,13)
<i>År</i>						
1992	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2002	1,31 (1,00–1,73)	1,55 (1,19–2,01)	1,42 (1,06–1,92)	1,62 (1,24–2,10)	1,05 (0,79–1,40)	1,31 (0,97–1,76)
2011	1,19 (0,90–1,55)	1,61 (1,24–2,09)	1,68 (1,26–2,26)	1,28 (0,99–1,64)	0,68 (0,51–0,90)	1,07 (0,79–1,45)
<b>Antal</b>	<b>1 714</b>	<b>2 019</b>	<b>2 002</b>	<b>2 052</b>	<b>2 033</b>	<b>1 484</b>

**TABELL III.** Lungfunktion bland de äldsta (77 år och äldre) i Sverige, separat för kvinnor och män samt justerat för ålder och längd.  $\beta$ =regressionskoefficient. 95% KI=95 procents konfidensintervall.

	$\beta$ (95% KI)	
	Kvinnor, n=756	Män, n=631
<i>Ålder</i>	-5,39 (-7,09 till -3,68)	-6,71 (-9,13 till -4,29)
<i>Längd</i>	1,63 (0,43–2,84)	3,71 (1,92–5,51)
<i>År</i>		
1992	(ref)	(ref)
2002	-31,90 (-49,99 till -13,81)	-14,97 (-42,33–12,38)
2011	-34,43 (-34,43 till -52,82)	-23,34 (-51,60–4,90)
<i>Intercept</i>	266,86 (221,95–311,76)	238,73 (140,5–337,0)

ser med kontroll för tidsbundna förändringar i urvalens köns- och åldersstruktur.

Tabell II visar att hälsan försämrades i termer av global självskattad ohälsa, värk, psykologiska besvär och nedsatt mobilitet under perioden 1992–2002, även då hänsyn tagits till förändringar i köns- och åldersfördelningen. För värk och psykologiska besvär återfanns de höjda prevalenserna av ohälsa även 2011, medan resultaten från 2011 för global självskattad ohälsa och nedsatt mobilitet inte längre skiljde sig signifikant från 1992 års resultat. När det gällde förekomsten av nedsatt ADL-förmåga skedde inga signifikanta förändringar under perioden 1992–2002. Under perioden 2002–2011 minskade däremot förekomsten av nedsatt ADL-förmåga signifikant. Prestationerna på testen av fysisk funktion förändrades inte signifikant under perioden.

Tabell III visar att den genomsnittliga lungfunktionen försämrades bland kvinnorna under perioden, även då vi kontrollerade för ålder och kroppslängd. Försämringen skedde primärt under perioden 1992–2002, men höll sedan i sig och återfanns även 2011. För männen skedde dock inga signifikanta förändringar när det gäller lungfunktion under hela perioden.

Med andra ord kan inte de observerade hälsotrenderna förklaras av förändringar i befolkningens ålders- och könsammansättning.

## DISKUSSION

Sammantaget visar våra resultat, med undantag för ADL-förmågan, inga tecken på hälsoförbättringar bland de allra äldsta i Sverige under perioden 1992 till 2011. Tvärtom ökade prevalensen av flera typer av hälsoproblem under perioden. De största ökningarna skedde mellan 1992 och 2002. Under perioden 2002 till 2011 låg prevalenserna av ohälsa kvar på den högre nivån för flera indikatorer (värk, psykologiska besvär samt kvinnors lungfunktion) medan den gick tillbaka till 1992 års nivåer för andra (global självskattad ohälsa och nedsatt mobilitet). Däremot minskade andelen som behöver hjälp med ADL under perioden. Dessa mönster kvarstod även efter kontroll för förändringar i befolkningens köns- och åldersstruktur.

Dessa resultat bör dock tolkas med viss försiktighet. Studien baseras på små urval, och de hälsoindikatorer som använts är grova och svårtolkade i ett kliniskt perspektiv. Även om datainsamlingarna genomförts på ett jämförbart sätt, med ett genomgående lågt bortfall, är det möjligt att de självskattade hälso-måttens validitet förändrats under studieperioden. Det vill säga, det är möjligt att de allra äldstas referensramar när det gäller den egna hälsan förändrats under perioden. Detta skulle i sin tur kunna leda till att rapporteringsmönstren uppvisar trender som inte motsvaras av korresponderande mönster i faktisk morbiditet. Dock uppvisar de test av lungfunktion och fysisk funktionsförmåga som kompletterar de självrapporterade hälsomåttens i studien i stora drag samma mönster, vilket indikerar att utvecklingen av de självrapporterade hälsoindikatorerna inte bara kan förstås i termer av förändrade referensramar.

Även om vi kunnat visa att andelen äldre som lever med nedsatt ADL-förmåga minskat under perioden ser vi inga tecken på förbättringar för övriga hälsoindikatorer. Eventuella förhoppningar om att en förbättrad hälsa bland de allra äldsta skulle kunna mildra de hälsopolitiska och samhällsekonomiska utmaningarna av att allt fler äldre överlever till höga åldrar får därför inget stöd utifrån våra data.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

- Ahlbom A, Drefahl S, Lundström H. Den åldrande befolkningen. Läkartidningen. 2010;107(48):3048-51.
- Vaupel JW. Biodemography of human ageing. Nature. 2010;464:536-42.
- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, et al. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet. 2009;374:1196-1208.
- Crimmins E. Trends in the health of the elderly. Annu Rev Public Health. 2004;25:79-98.
- Crimmins E, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? J Gerontol B Soc Sci. 2011;66B(1):75-86.
- Thorslund M, Parker MG. Hur mår egentligen de äldre? Läkartidningen. 2005;102(43):3119-24.
- Parker MG, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. Gerontologist. 2007;47(2):150-8.
- Parker MG, Schön P, Lagergren M, et al. Functional ability in the elderly Swedish population from 1980 to 2005. Eur J Ageing. 2008;5(4):299-309.
- Manton KG, Gu XL, Lamb V. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. Proc Natl Acad Sci U S A. 2006;103(48):18374-9.
- Äijänseppä S, Notkola IL, Tjshuis M, et al. Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project. J Epidemiol Community Health. 2005;59(5):413-9.
- Moe JO, Hagen TP. Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986-2008. Eur J Ageing. 2011;8(1):49-61.
- Thorslund M, Lennartsson C, Parker MG, et al. De allra äldstas hälsa har blivit sämre. Läkartidningen. 2004;101(17):1494-9.
- Parker MG, Ahacic K, Thorslund M. Health changes among Swedish oldest old: prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems. J Gerontol A Med Sci. 2005;60A(10):1351-5.
- Viidik A. Åldrande med »komprimerad sjuklighet« ännu en hägring. Läkartidningen. 2011;108(14):778-9.
- Roberts MH, Mapel DW. Limited Lung Function: Impact of reduced peak expiratory flow on health status, health-care utilization, and expected survival in older adults. Am J Epidemiol. 2012;176(2):127-34.