

Riskpopulationer eller friskpopulationer

- hur kommer den framtida hälsoutvecklingen se ut?

Sölve Elmståhl

Under de kommande 15 åren beräknas andelen över 65 år att öka från 17 % till 21% och framskrivningen av antalet personer över 80 år antas öka från ca 450 000 personer år 2000 till 750 000 personer år 2030. Osäkerheten i nuvarande och tidigare prognoser beror bland annat på den minskade dödlighet som noterats de senaste 20 åren. Denna dödlighetsminskning har inte enbart begränsats till yngre utan även setts bland män och kvinnor över 80 års ålder. Orsaken till detta är framför allt att dödligheten i hjärt-kärlsjukdom som är den vanligaste dödsorsaken bland äldre har minskat, men i viss mån också en nedgång för cancer. Medellivslängden har som en följd av detta ökat till 76.7 år för män och 81.6 år kvinnor (1997).

Sölve Elmståhl, professor, överläkare Samhällsmedicinska institutionen, Avdelningen för Geriatrik, Lunds universitet samt Geriatriskt utvecklingscentrum, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Förändringar i dödlighet

Dödligheten i hjärt-kärlsjukdom har minskat med ca 30% de senaste decennierna och en väsentlig orsak tros vara ett förbättrat omhändertagande och bättre överlevnad i samband med insjuknande i hjärtinfarkt och stroke. Denna utveckling skulle i så fall kunna tillskrivas sjukvårdens insatser, men även andra förklaringar kan bidra. Nyinsjuknande i hjärt-

infarkt har minskat och sjönk med 2.2% enbart under perioden 1987 till 1996. Ett flertal riskfaktorer till insjuknande är identifierade och bättre reglering av blodtryck, lägre kolesterolnivåer och minskande andel rökare har bidragit till denna utveckling. Andra faktorer som är kopplade till hjärt-kärlsjukdom är sociala förhållanden och livsstil som anses ha betydelse för sjukdomsrisken.

Den totala dödligheten för cancersjukdom har minskat stadigt och en åldersstandardiserad nedgång ses för både män och kvinnor. Samtidigt har insjuknande i cancer ökat, framför allt för bröstcancer och prostatacancer, utan en motsvarande ökning i dödlighet varför tidigdiagnostik sannolikt kan förklara en del av denna ökning. För vissa cancerformer som lungcancer ses ingen nämnvärd förändring alls i överlevnad under perioden 1961 till 1991 (Socialstyrelsen).

Oklart om nedgången i dödlighet kommer att fortsätta?

Den framtida utvecklingen i dödlighet och sjuklighet är central för att bedöma vårdbehov. Om nedgången i dödlighet fortsätter även under kommande tio till tjugo år får det stora konsekvenser för skattningar av framtida behov (Långtidsutredningen, 2000). De förändringar som noterats återspeglar ju de samlade effekterna av riskfaktorer som olika ålderskohorter upplevt/varit utsatt för. Stora förändringar har skett i levnadsförhållanden,

hälsa och livsstil enbart under de senaste decennierna (SCB, 1997, 2000).

Parallellt med en observerad nedgång för vissa riskfaktorer som hypertoni och höga kolesterolnivåer i befolkningen, som minskar risken för hjärt-kärl dödlighet, ses en ökning av andra riskfaktorer som diabetes, fysisk inaktivitet och övervikt senaste decennierna. Det är därför osäkert om nedgången i hjärt-kärl dödlighet som varit den dominerande orsaken till dödlighetsminskning kommer att fortsätta. På motsvarande sätt ses en ökning i insjuknande i vissa cancerformer. En del av denna utveckling kan tillskrivas livsstil som t ex solvanor och insjuknande i malignt melanom och sambandet mellan, rökvanor och lungcancer, medan förändring i incidensen av andra cancerformer också kan bero på tidigare diagnostik.

Ett alternativt scenario presenterades nyligen i en analys kring framtida behov från Finansdepartementet (Långtidsutredningen, 2000). Utgångspunkten var att tidigare befolkningsprognoser kring äldre varit alltför försiktiga och inte tagit hänsyn till den trend med alltför överlevande äldre som setts under 80- och 90 talet. Om denna trend extrapolerades skulle en framräkning för perioden 2000-2030 leda till en uppjustering av antalet levande personer över 80 år med 10 procent fler till ca 830 000 personer år 2030 istället för 750 000 personer. I denna framräkning togs ingen hänsyn till kohortskillnader eller att riskfaktormönster ändras.

Hälsoutveckling bland äldre

Ett flertal folkhälsorapporter från bl. a. SCB visar att hälsan och levnadsförhållanden är ojämnt fördelade. En sammanfattning av självrapporterade förändringar i befolkningen mellan 16 till 74 år under en tjugoårsperiod

Äldre har under en tjugoårsperiod uppvisat snabbare hälsoförbättringar än yngre

fram till 1995 visar att äldre uppvisat snabbare hälsoförbättringar än yngre, att både män och kvinnor rapporterar mindre rörelsehinder och kvinnor mindre synproblem medan hörselproblem istället visar en ökning för både män och kvinnor. En ökad polarisering med både fler män och kvinnor som bedömer sitt hälsotillstånd som gott respektive dåligt ses under observationsperioden. En ökning av psykiska symtom som oro ångslan och ångest noteras för män 75 år och äldre. Lindrigare psykiska besvär med oro eller ångest har däremot minskat sedan 80-talet bland kvinnor. Intressant är att den självrapporterade förekomsten av långvarig sjukdom snarast tenderar att öka för män äldre än 75 år och för kvinnor 65 till 74 år. Osteoporos ökar med stigande ålder och andelen äldre som drabbas av fraktur, särskilt underarmsfraktur hos kvinnor över 75 år och höftfraktur för män har ökat under de sista tio åren. Så även om den självrapporterade hälsan hos äldre har förbättrats under den senaste tjugo-års perioden är bilden splittrad.

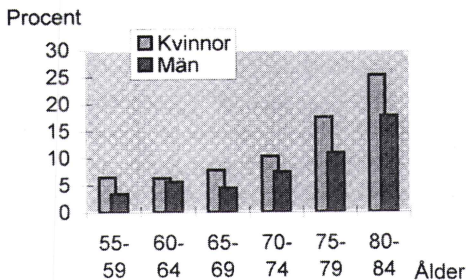
Hälsans fördelning beroende på klasskillnader har däremot inte förändrats. En högre dödlighet ses hos arbetare och lägre tjänstemän än för mellan- och högre tjänstemän, vilket synes förklaras av skillnader i hjärt-kärlsjukdom och livsstilsvanor som rök- och alkoholvänor. För fysisk aktivitet ses en minskning i sociala skillnader med stigande ålder. Fysisk aktivitet leder också till högre energibehov och därmed större matintag. Risken att utveckla bristtillstånd för enskilda näringsämnen blir därmed också mindre. Ett större hälsoproblem utgör den stigande prevalensen av

övervikt som noteras i befolkningen sista tio åren och detta problem diskuteras närmare i ett separat kapitel.

Samband mellan sjukdom- och hjälpbehov

Behovet av hjälp för att klara dagliga aktiviteter (ADL) som att handla, laga mat och att röra sig, d.v.s. funktioner som är väsentliga för att kunna bibehålla ett oberoende kosthåll ökar med ålder. En 6-års uppföljning av hemmaboende 70 år gamla personer i Göteborg visade att andelen som var beroende i instrumentella ADL-aktiviteter ökade från 11 till 33 % bland kvinnor och från 7 till 38% bland män (Sonn, 1995). En populationsstudie av något äldre personer, 75 till 84 år och hemmaboende visade att 69% var beroende i endera personlig eller instrumentell ADL (Iwarsson, 1997)

Ulf studien 96/97 rapporterade att ca 25% av kvinnor och knappt 20% av män 80 till 85 år var hjälpberoende i vardagen. (SCB 1980-98) och behoven stiger brant med ökad ålder, se *Figur 1*. Som en konsekvens av detta ökar också behoven av olika hjälpmedel för att klara vardagliga aktiviteter. Beroende på



Figur 1. Behov av hjälp i vardagen på grund av sjukdom. Data från ULF 1996/97.

(Data hämtade från Äldres levnadsförhållanden 1980-1998; rapport 93, 2000, SCB, SoS).

rehabiliteringsinsatser behöver sjukdom inte vara ekvivalent med hjälpbehov och äldre med funktionsinskränkningar behöver för den skull inte anse att de har någon sjukdom. Behandlings- och hjälpmedelsinsatser under 80-90-talet av vanliga sjukdomar som ulcus, hypertoni, osteoporosrelaterade frakturer och stroke samt syn och hörselproblem har bidragit till en förbättrad livskvalitet för många äldre. Av detta följer att vi kan förvänta oss en allt större andel äldre med funktionsnedsättningar i hög ålder vilket också kan få implikationer på möjligheter till ett adekvat kostintag.

Ett flertal faktorer som är associerade med åldrandet och åldersrelaterade sjukdomstillstånd kan försvåra förmågan att äta självständigt och riskera att den äldre hamnar i riskzonen för undernutrition. *Tabell 1* ger exempel på faktorer som enskilt eller i kombination påverkar kostintag hos äldre. En del av tillstånden är reversibla, som konfusion eller depression, medan andra faktorer som fysiska handikapp kan bli föremål för olika rehabiliteringsinsatser.

Ur ett individperspektiv kan ett flertal in-

Tabell 1. Faktorer som kan påverka möjligheter till självständigt kostintag hos äldre

<i>Psykiska faktorer</i>	Demens
	Depression
	Konfusion
<i>Fysiska handikapp</i>	Motoriska störningar ex i extremiteter, dysfagi
	Kognitiva störningar
	Perceptionsstörningar
	Orala förhållanden
<i>Åldersrelaterade förändringar</i>	Smak, lukt
<i>Psykosociala förhållanden</i>	Civilstånd, boendeförhållanden
	Måltidens symbolvärde

satser göras för att säkra ett bra kostintag. Vid stroke kan insatser till exempel ske för att förbättra motoriska funktioner, eller genom så kallad adaptiv träning, oralmotorisk träning för att underlätta kostintag vid dysfagi. Kompensatoriska insatser med olika hjälpmedel kan underlätta för den funktionsdrabbade att äta självständigt. Uppföljning av mun och tandförhållanden är också en viktig komponent för att behandla smärttillstånd och tillse att tuggfunktion finns.

Ur ett samhällsperspektiv kan insatser även riktas mot boendeförhållanden, miljö, tillgång till matdistribution och faktorer som påverkar måltidssituationen. Social samvaro kan underlättas genom att bibehålla dagcentra eller genom att på andra sätt underlätta för äldre att träffas.

Fullgoda kostvanor får anses utgöra en självklar del i en god livskvalitet. Ett flertal populationsstudier bland äldre bekräftar också att flertalet har regelbundna kostvanor och ett fullgott intag ur näringsfysiologisk synvinkel. Dock finns ett flertal riskgrupper för undernäring bland äldre; de som är ensamstående, som har funktionshandikapp och som inte äter regelbundna måltider; äldre med psykisk sjukdom som demens och annan multipel sjuklighet, och äldre inom gruppboende eller sjukhem. Senare rapporter kring hemmaboende äldres sociala relationer pekar snarast på att äldre umgås alltmer med anhöriga vilket skulle verka för att upprätthålla stabila kostvanor. Däremot tenderar kontakter med granar att minska.

Förskjutning, minskning eller ökning av sjuklighet ?

De förskjutningar som noterats senaste decennierna i såväl dödlighet som ohälsa kan tala för att vi går mot en förskjutning av morbiditet

i populationen som då inträffar i allt högre ålder i iförminskad omfattning istället för en minskning eller ökning av sjuklighet. Tidigare hypoteser kring åldrandet och sjuklighet har i stället lyft fram att utvecklingen går mot en minskning av sjuklighet (compression of morbidity), d.v.s att sjukdomar skulle inträffa under en allt kortare period i livets slut. En alternativ hypotes utgår ifrån observationen att då andelen äldre ökar och många kroniska sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom och cancer blir vanligare med stigande ålder skulle sjukligheten öka som följd av att allt fler uppnår hög ålder. Osäkerheten i dessa hypoteser beror på att det saknas nya populationsstudier som bedömer såväl sjuklighet, funktionsförmåga och livskvalitet i förhållande till vård och omsorgsbehov och faktiskt sjukvårdsutnyttjande samt förändringar i dessa variabler över tid. Det som talar för den förstnämnda hypotesen om en uppskjuten sjuklighet, är senare års amerikanska studier som visat på en minskning i nedsatt funktionsförmåga hos personer upp till 85 år (Manton, 1997). Svenska data saknas väsentligen, men under 2001 har en nationell studie kring åldrandet och vård- och omsorgsinsatser startat som kan bringa ökad klarhet i hur hälsoläget ser ut i den äldre befolkningen och vilka förändringar som sker i olika ålderskohorter. Studien som benämns "*Swedish National study on Ageing and Care*" (SNAC) bedrivs i fyra oberoende centra nämligen i Skåne, Blekinge, Stockholm och Hälsingland. Ett slumpurval av ca 9000 personer från 60 till 96 år inbjuds till en noggrann undersökning av medicinska, socioekonomiska och psykologiska förhållanden och en uppföljning är planerad att genomföras vart tredje år. Dessutom kommer information om vård och omsorgsutnyttjande att analyseras och följas för samtliga perso-

En konsekvens av att sjuklighet skjuts upp blir förstås att rehabiliteringsbehoven ökar för de allra äldsta

ner äldre än 65 år inom de aktuella kommunerna.

Vilken prioritering behövs av sjukvårdsinsatser för äldre framöver och vilka förändringar har skett under 90-talet ?

En konsekvens av att sjuklighet skjuts upp blir förstås att rehabiliteringsbehoven ökar för de allra äldsta. Dessutom behöver äldre oftare längre vårdtider för samma sjukdom som yngre, pga en ökad sårbarhet och större risk för komplikationer. Detta skulle innebära att vi kan förvänta oss en ökning av sjukvårdsbehoven för de allra äldsta som då kräver större resurser och insatser. Dessvärre pekar svensk sjukvårdsutveckling sista åren snarast i motsatt riktning. Antalet tillgängliga slutenvårdsplatser har minskat drastiskt under 90-talet. Frågan som uppkommer är då om denna neddragning har lett till att de befintliga sjukvårdsinsatserna, utöver livräddande insatser, har prioriterats till de som har rehabiliteringsbehoven?. Detta vore ju i så fall i enlighet med prioriteringskommitténs tidigare förslag.

En nyligen genomförd undersökning av sjukvårdsinsatser under sista levnadsåret för personer bosatta i Malmö, före och efter ÄDEL reformen, 1991 respektive 1997, visar att medeltalet vård dagar för personer över 80 år *minskade* från 60 dagar till 33 dagar, för personer 65 till 79 år sågs en minskning från 53 till 34 dagar medan gruppen yngre än 65 år istället uppvisade en *ökning* från 36 till 59

dagar (Östman, 2000). Öppenvårdsbesöken ökade dessutom under denna period mest för de yngre. Antalet vårdtillfällen var väsentligen oförändrade, medan vård dagarna minskade. Huruvida en motsvarande ökning av kommunala insatser skett framgår inte av rapporten, men resultaten indikerar att gruppen äldre som behöver längre vårdtider pga ökad sårbarhet och längre rehabiliteringsbehov i själva verket får mindre sjukvårdsresurser under denna period.

REFERENSER

- Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturoversikt. SBU, 134; 1997, Stockholm.
- Cancer Incidence in Sweden 1994. Socialstyrelsen, 1997, Stockholm
- Folkhälsorapport 2001. Socialstyrelsen, 2001, Stockholm.
- Functional capacity and physical environmental demand. Susanne Iwarsson. Akademisk avhandling. 1997, Lunds universitet.
- Longitudinal studies of dependence in daily life activities among the elderly. Ulla Sonn. Akademisk avhandling. 1995, Göteborgs universitet.
- Långtidsutredningen 1999/2000, Bilaga 8. 2000, Stockholm
- Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. Proceedings of the National Academy of Sciences (Medical Sciences) 1997; 94: 2593-8.
- Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården. Proposition 1999/2000:149.
- Sjukvården i Sverige 1998. Socialstyrelsen, 1998, Stockholm.
- Välfärd och ojämlikhet i 20-årsperspektiv 1975-1995. Rapport 91. SCB. 1997, Stockholm.
- Välfärd vid vägskalet. Utveckling under 1990-talet. Delbetänkande. SOU 2000:3; Stockholm 2000.
- Äldre levnadsförhållanden 1980-1998. Rapport 93. SCB. 2000, Stockholm.
- Östman O. Sjukvård under sista levnadsåret för personer bosatta i Malmö före och efter ÄDEL reformen. Malmö FoU enhet för äldre. 2000. Malmö stad.