



Äldres värdighet, delaktighet och hälsa

Resultat från GERDA Botnia-projektet

Redaktörer: Susanne Jungerstam, Mikael Nygård,
Birgitta Olofsson, Tony Pellfolk, Maria Sund

Äldres värdighet, delaktighet och hälsa

Resultat från GERDA Botnia-projektet

Redaktörer

Susanne Jungerstam

Mikael Nygård

Birgitta Olofsson

Tony Pellfolk

Maria Sund

Utgivare: Yrkeshögskolan Novia, Fabriksgatan 1, Vasa, Finland
© 2012 författarna och Yrkeshögskolan Novia

Texter: Irene Eriksson, Lisbeth Fagerström, Anna K Forsman, Martin Gustafson, Yngve Gustafson, Pia Hedberg, Gunborg Jakobsson, Susanne Jungerstam, Berit Lundman, Lena Molander, Ingeborg Nilsson, Björn Nygren, Mikael Nygård, Fredrica Nyqvist, Birgitta Olofsson, Tony Pellfolk, Fredrik Snellman, Maria Sund, Sirkku Säätelä, Kerstin Viglund och Annika Wentjärvi

Redaktörer: Susanne Jungerstam, Mikael Nygård, Birgitta Olofsson, Tony Pellfolk, Maria Sund
Pärm: Mikael Paananen
Tryck: Arkmedia, Vasa, 2012

Novia publikation och produktion, serie R: Rapporter 4/2012
ISSN 1799-4179
ISBN 978-952-5839-40-1
ISBN (online) 978-952-5839-41-8

Förord

GERDA Botnia-projektet är ett treårigt samarbetsprojekt mellan tre högskolor och universitet: Åbo Akademi och Yrkeshögskolan Novia i Vasa, Finland, samt Umeå universitet i Umeå, Sverige. Projektets målsättning har varit att fördjupa kunskapen om äldre personer och deras livsvillkor i Österbotten och Västerbotten. En stor del av arbetet har gjorts utgående ifrån den omfattande databasen GERDA som projektets föregångare, Gerda-projektet samt Umeå 85+ skapat grunden för, och som innevarande projekt utvidgat. Genom att bedriva forskning och utvecklingsarbete om och för de äldre, har målet varit att bidra till att skapa lokala, regionala och nationella strategier för ett gott åldrande i Kvarkenregionen.

Under arbetets gång har projektet strävat efter att sprida information om pågående forskning inom de utbildningar och vetenskapssamfund där vi är verksamma, men också i relation till yrkesverksamma inom äldrenära service och äldreomsorg, samt till de äldre själva. Denna publikation är ett led i den resultat- och kunskapsspridningen, där vi vill visa på resultat som framkommit under arbetets gång. Essäerna i denna bok utgör inte en komplett sammanställning av allt arbete som gjorts, utan snarare ett nedslag i tiden som anger var projektet står just nu. Flera av essäerna bygger på presentationer som hölls på GERDA-projektets slutkonferenser i Vasa den 1 februari 2012 och i Umeå den 2 februari 2012. Därtill inkluderar publikationen två kapitel som beskriver de datainsamlingar som gjorts, samt några essäer som utgår ifrån doktorsavhandlingar som skrivits utgående ifrån GERDA-projektet och som färdigställts under innevarande projektperiod.

Vi vill även framföra vår stora tacksamhet till de parter som finansierat GERDA Botnia-projektet: Interreg-programmet Botnia-Atlantica, Österbottens förbund, Umeå kommun samt deltagande högskolor och universitet, d.v.s. Åbo Akademi, Yrkeshögskolan Novia samt Umeå universitet. Ett varmt tack riktas även till alla övriga instanser och samarbetsparter som stött vårt arbete och som bidragit med tid och resurser för att förverkliga datainsamlingarna. Dessutom vill vi rikta ett alldeles särskilt stort tack till de tusentals äldre i Västerbotten och Österbotten som tagit sig tid att besvara den omfattande enkät som skickats ut till alla 1930, 1935, 1940 och 1945 födda personer år 2010, samt till de hundratals 85-, 90-, 95-åringar samt äldre som öppnat sina hem för hembesök. Utan er hade inget av detta varit möjligt!

Vasa och Umeå den 7 mars 2012

Redaktionskommittén för Äldres värdighet, delaktighet och hälsa

Innehållsförteckning

Del I. Introduktion

- 1 GERDA Botnia - en tvärvetenskaplig resurs för och om äldre i Västerbotten och Österbotten.....6
Susanne Jungerstam
- 2 Hälsa och livsvillkor bland äldre i Kvarkenregionen baserat på GERDA Botnia-enkäten 2010.....12
Annika Wentjärvi, Maria Sund och Tony Pellfolk
- 3 Hembesöksmaterialet.....26
Birgitta Olofsson

Del II. Världighet

- 4 ”Yngre tittar på en och tänker, vilken gammal kärring”: om åldersdiskriminering och om att behandlas som gammal.....42
Fredrik Snellman
- 5 Ökat självständigt boende för äldre i Österbotten?..... 54
Annika Wentjärvi
- 6 Äldres förtroende för sjukvården.....61
Martin Gustafson och Mikael Nygård
- 7 Livsmening hos de allra äldsta..... 69
Pia Hedberg
- 8 Inre styrka och hälsa hos äldre76
Björn Nygren, Berit Lundman och Kerstin Viglund

Del III. Delaktighet

- 9 Det sociala kapitalets betydelse för de äldre i Botniaregionen.....86
Fredrica Nyqvist, Mikael Nygård och Anna K Forsman
- 10 Politiskt deltagande bland äldre medborgare.....97
Mikael Nygård och Gunborg Jakobsson
- 11 Att åldras som kvinna: inte *en* utmaning, utan *två* - om jämställdhet mellan äldre kvinnor och män109
Susanne Jungerstam och Annika Wentjärvi
- 12 Att njuta av livet som äldre.....118
Ingeborg Nilsson

Del IV. Hälsa

- 13 Depressioner hos mycket gamla människor.....130
Yngve Gustafson
- 14 Nutritionsstatus hos de allra äldsta (85 år och äldre) i Västerbotten och
Österbotten.....137
Sirkku Säätelä och Birgitta Olofsson
- 15 Olämplig läkemedelsbehandling av äldre – vanligt i Kvarkenregionen.....151
Yngve Gustafson
- 16 Blodtryckets roll i mycket hög ålder..... 165
Lena Molander
- 17 Urinvägsinfektion – ett allvarligt hälsoproblem hos gamla kvinnor..... 177
Irene Eriksson och Birgitta Olofsson
- 18 Positiv livshållning – en hälsoresurs att räkna med187
Lisbeth Fagerström

Del I. Introduktion

1. GERDA Botnia – en tvärvetenskaplig resurs för och om äldre i Västerbotten och Österbotten

Susanne Jungerstam, pol.dr., projektledare, överlärare, Yrkehögskolan Novia, Vasa

GERDA Botnia-projektet tar sin avstamp i faktumet att snart en fjärdedel av befolkningen i Kvarkenregionen är äldre än 65 år. Detta ställer nya krav på samhälle, strukturer och service. För att bättre kunna motsvara de behov och förväntningar som finns behövs kunskap om de äldre och de äldres livsvillkor, inklusive sådan kunskap om äldre personer som de äldre själva kan ta till vara. GERDA-projektet har haft som mål att bidra till utvecklandet av tvärvetenskaplig kunskap om och för äldre, och att genom kunskapsutbyte, samverkan, forskning och utveckling bidra till att utveckla och säkerställa goda livsvillkor för äldre i Kvarkenregionen. I denna publikation beskriver vi de datainsamlingar som gjorts under innevarande projektperiod och redogör för många av de resultat som arbetet lett oss fram till.

Bakgrund

Namnet Gerda har sin grund i den fornnordiska mytologin och betyder ”skydd” eller ”den som hör till gården”. Under projektperioderna GERDA och GERDA Botnias tid har namnet ändå kommit att stå för GERontologisk Regional DATabas – d.v.s. den gränsöverskridande databasen om äldre och äldres livsvillkor som projekten samlat in i Österbotten och Västerbotten. Det är den databasen som står central i denna volym, och som utgör grunden för det tvärvetenskapliga samarbetet som Umeå universitet, Åbo Akademi och Yrkehögskolan Novia utvecklat under lång tid.

GERDA Botnia-projektet har sin bakgrund i 85+-projektet som inleddes i Umeå redan år 2000. 85+ tog framför allt fasta på medicinska och rehabiliterande aspekter (se Olofsson i denna volym), men kom att utvecklas och utvidgas så att projektet följdes först av *Äldre i Botnia* med verksamhet på båda sidor om Kvarken, och år 2005-2008 av *GERDA – Gerontologisk Regional Databas*. För det ”första” GERDA-projektet, med finansiering bl.a. av Interreg-programmet Kvarken-MittSkandia och Österbottens förbund, kom Institutionen för socialt arbete vid Umeå universitet att fungera som samordnande projektpart. Andra projektparter var Sektorn för hälsovård och sociala området vid Svenska Yrkehögskolan i Vasa, Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering vid Umeå Universitet, Institutionen

för offentligt ledarskap vid Vasa Universitet och Socialpolitik vid den Samhällsvetenskapliga institutionen vid Åbo Akademi i Vasa.

Det första GERDA-projektet hade som målsättning att utvidga den datainsamling som gjorts inom ramen för Umeå 85+ med både enkäter till de ”yngre äldre” och hembesök till de ”äldre äldre” i Österbotten och Västerbotten. Målet var att med tiden etablera ett gemensamt resurscentrum GERDA, och att bedriva tvärvetenskaplig forskning om äldre och äldres livsvillkor. Detta skulle göras i nära samarbete mellan högskolor och universitetet, med den offentliga sektorn och privata serviceproducenter samt med den tredje sektorn och de äldre själva.

Tre år visade sig ändå vara en kort period. Då det första GERDA-projektet avslutades 2008 var 601 hembesök genomförda i Västerbotten och Österbotten, och det hade inkommit 3370 besvarade enkätformulär som alla hade matats in i den databas som sedermera kommit att gå under namnet *Databasen GERDA*. En del forskning hade projektparterna redan hunnit färdigställa och publicera, enskilda doktorander hade hunnit färdigställa sitt arbete – men mycket var ännu utforskat och ogjort. Projektmedlemmarna upplevde att projektet hade så mycket mer att erbjuda än det man hade hunnit göra på bara tre år. Av den anledningen lämnade projektparterna in en ny ansökan om projektfinansiering då följande Interreg-period inleddes. Det nya *GERDA Botnia*-projektet beviljades då finansiering för en ny 3-års period av Interreg-programmet Botnia Atlantica, Österbottens förbund, Umeå kommun samt projektparter. Nu hade också antalet deltagande institutioner/enheter i Västerbotten utvidgats. Därmed har projektet under perioden 2009-2012 inkluderat Social- och hälsovårdsområdet vid Yrkeshögskolan Novia¹ i Vasa (samordnande projektpart), Samhällsvetenskapliga institutionen vid Åbo Akademi (Vasa), Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, enheten för geriatrik samt enheten för arbetsterapi vid Umeå universitet, Institutionen för socialt arbete vid Umeå universitet och Institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet (Umeå).

Sammanlagt har GERDA Botnia-projektet engagerat ett stort antal människor under de år som projektet verkat. I både Umeå och Vasa har professorer, lektorer, forskare, doktorander, administratörer, forskningsassistenter, sommarjobbare och praktikanter ingått i projektet, tillsammans med externa styrgruppsmedlemmar för Resurscentrum, och övriga samarbetsparter. Ett 20-tal medarbetare har varit med under hela projekttiden, medan många andra har varit anställda under längre eller kortare perioder. Studeranden har även färdigställt

¹ Yrkeshögskolan Novia inkluderar den tidigare Svenska Yrkeshögskolan som bytte namn i och med samgången med Yrkeshögskolan Sydväst år 2008.

examensarbeten, pro gradu-avhandlingar och C- och D-uppsatser utgående ifrån GERDA-materialet. Oräkneliga är därtill de personer som deltagit i seminarier, konferenser, doktorandutbildning eller fortbildningstillfällen.

Målsättning och verksamhet under GERDA Botnia-projektet

Det är numera ett välkänt faktum att befolkningsstrukturen ändras i de flesta västerländska samhällen, så även i de nordiska länderna. GERDA Botnia-projektet tar sin avstamp i det faktum att en femtedel – snart en fjärdedel – av befolkningen i regionen är äldre än 65 år. De äldre utgör en resurs och en tillväxtpotential i den regionala utvecklingen, men ställer också nya krav på samhälle, strukturer och service. GERDA-projektet har haft som mål att bidra till utvecklandet av tvärvetenskaplig kunskap – bl.a. genom kunskapsutbyte, samverkan, forskning och spridning av kunskap – för att utveckla och säkerställa goda livsvillkor för alla i Kvarkenregionen.

Målet med GERDA Botnia-projektet har först och främst varit att vidareutveckla den regionala databasen på båda sidor om Kvarken med både enkäter och hembesök till äldre. De nya datainsamlingarna beskrivs närmare i Wentjärvi, Sund & Pellfolk (kapitel 2) samt i Olofsson (kapitel 3) i denna volym. Samtidigt har avsikten varit att genom forskning och utvecklingsarbete fördjupa kunskapen om vad ett gott liv för äldre innebär särskilt med avseende på medicinsk, vård- och omsorgsinriktad samt samhällsvetenskaplig kunskap. Inom projektet har en omfattande fortgående vetenskaplig forskning pågått, sida vid sida med doktorandprojekt, utredningar, utvecklingsprojekt och en omfattande publikationsverksamhet, konferensdeltagande och övriga utåtriktade fortbildnings-, sakkunnig och informationsinsatser. Under verksamhetsåren 2010-2011 genomfördes också en tvärvetenskaplig doktorandkurs med deltagare från både Finland och Sverige, och föreläsare och examinatorer inom alla vetenskapsområden som är representerade i projektet.

Vid sidan om forsknings- och utvecklingsarbetet har projektet strävat efter att förverkliga den vision om permanenta strukturer kring samarbetet i äldrefrågor över gränser och mellan högskolor, som funnits inskrivet i projektansökningarna. Detta arbete har delvis förverkligats i och med att det i skrivande stund föreligger en omfattande gemensam databas med gemensamma riktlinjer för fortsatt forskning och strukturer som stöder ett fortsatt samarbete. Ansökningar för fortsatt samarbete och framtida verksamhet har också gjorts – och i förlängningen har projektparterna en ambition att fortsätta samla in data med 5 års

mellanrum för att följa upp förändringar i de äldres livssituation och inkludera nya äldre i kunskapssfären.

De äldres röster

Många äldre har påtalat att de uppskattat intresset för deras åsikter och förhållanden – även om många också har uttryckt frustration över att enkäten som projektet skickade ut hösten 2010 var lång och omfattande, över att frågorna var svåra att besvara, tog mycket tid e.d. Till hembesöken valde en något större andel i Finland att tacka nej under innevarande projektperiod än vid föregående datainsamling. Samtidigt har många också sagt att de var glada över att hembesöken gjordes.

I enkäten har de äldre erbjudits tillfället att skriva egna kommentarer i slutet av enkäten. Här har många äldre tagit tillfället i akt att skriva några rader med mycket varierande synpunkter på både enkäten, frågorna och svarsalternativen – men också om sitt eget liv och olika reflektioner som enkäten gav upphov till. Bland kommentarerna finns många kommentarer som angav att en stor del av de äldre upplevde att enkäten var intressant och tankeväckande även för dem själva:

”En ovanligt trevlig undersökning, som fick mig att le inombords, samtidigt som man fick sig en tankeställare.”

”Formuläret fick mig att inse att jag för tillfället har det mycket bra. Nyttigt med analys av förhållanden i ens liv.”

”Kyselyssä hyvin selkeät kysymykset ja helppoa vastata.” (Enkäten hade väldigt klara frågor, lätt att besvara.)

”Tack för att ni gör denna undersökning! Viktiga frågor! Äldres livssituation kommer i fokus!”

Samtidigt fanns det också många svarande som uttryckte missnöje med enkätens bildspråk, frågornas formulering, svarsalternativ eller omfattning. En del kommentarer uttryckte även en fullständigt motsatt åsikt i jämförelse med dem som citerades ovan. Några svarande skrev så här:

”Svåra frågor, tog 3 timmar av min pensionärsdag att fylla i. Borde få trisslott för uppgiften.”

”Vaikea vastata kyllä tai ei tilanteesta riippuen” (Svårt att svara ja eller nej beroende på situationen.)

”En tiedä, osa oli aivan hepreaa. Ei tietoa ole.” (Jag vet inte, en del var rena hebreiskan. Ingen kännedom.)

”Tänk så lite ni vet om vardagliga ting /.../ ”

”Jag gillar inte symboliken av oss äldre på framsidan av frågeformuläret!”

En del kommentarer lyfte fram temata som enkäten utelämnat, och som kunde ha varit intressanta att inkludera, bl.a.:

”Mycket viktigt hur du har det med din partner /.../ vi har ett bra sexliv, det är livslust!”

”Saknar frågor om hur det är att bli ålderspensionär. Finns det några svårigheter att börja ett ”nytt” liv?”

”Frågor angående stad kontra landsbygd saknas!”

Några svarande ifrågasatte också nyttan av enkäten, och undrade hur vi tänkte gå till väga med svaren. Många kommentarer betonade att respondenten gärna önskade ta del av resultaten:

”Pystyykö tietokoneet selvittämään nämä tuhannet kysymykset tilastoksi ja mitä siitä on hyötyä” (Förmår datorerna göra dessa tusentals frågor till statistik och till vilken nytta?)

”Vad ska ni ha detta till /.../. Är detta konfidentiellt?”

”Skulle vara intressant med någon form av redovisning/slutsats utifrån detta.”

”Enkätens resultat emotses.”

Bokens syfte och upplägg

Utgående ifrån ovanstående, och ifrån projektets målsättning att dela med oss av den kunskap som materialinsamlingen givit upphov till, har projektet arrangerat fyra konferenser för allmänheten, personal inom äldreområdet, studerande och de äldre själva, två i Vasa och två i Umeå. Projektmedarbetare har deltagit som experter, föreläsare och sakkunniga i många olika forum, samt publicerat debattartiklar i pressen för att nå en bredare publik. Vi kommer att fortsätta publicera artiklar i både dagspress, periodiska tidskrifter och vetenskapliga tidskrifter även efter projektperiodens slut.

Målet med denna publikation är att komplettera de andra formerna av publicering: att på ett lättillgängligt sätt skriva om de forskningsresultat som projektet producerat så långt. Detta gör vi här utan ambition att belysa alla aspekter av det arbete som gjorts, eller utan att i detta skede försöka besvara alla de frågor som uppkommit under datainsamlingsarbetet eller under de utvecklingsarbeten som gjorts parallellt med datainsamling och forskning. Mycket är ännu ogjort, och det kommer att ta många år innan allt insamlat material är bearbetat, analyserat och publicerat.

Inledningsvis beskriver vi i här projektet och det datamaterial som en stor del av vårt arbete utgår ifrån. Då projektets ursprungliga namn ”*GERDA Botnia – äldres värdighet, delaktighet och hälsa*” långt belyser just det som vi strävat efter att studera, belysa, förstå, stöda eller utveckla, har bokens innehållsmässiga del därefter delats in i just dessa tre teman.

Det första temat, värdighet, närmar sig de äldre ur synvinklar som berör samhällets syn på äldre och de äldres egen syn på vardagen och sitt liv. Här inkluderas essäer som tar fasta på ålderism, möjligheterna till fortsatt boende i hemmet i framtiden, äldres förtroende för sjuk- och hälsovård, mening i livet samt faktorer som bidrar till att upprätthålla inre styrka. Del två, delaktighet, tar fasta på olika aspekter som berör äldre personers delaktighet i samhället, vilket inbegriper olika aspekter av kontakter, samhällsengagemang, aktiviteter och hobbyer, både i hemmet och utanför. Inom ramen för detta avsnitt inkluderas essäer som fokuserar på äldres sociala kapital, politiskt deltagande, jämställdhet bland äldre samt på ”att njuta av livet”-aktiviteter bland äldre. Den avslutande delen, hälsa, omfattar essäer som på olika sätt berör äldres hälsa – och därigenom även ofta förekommande sjukdomstillstånd hos äldre. I detta avsnitt berörs depression, risk för undernäring, olämplig läkemedelsbehandling, blodtryck samt förekomsten av urinvägsinfektioner hos äldre kvinnor. Oberoende av olika sjukdomsförekomst är det ändå många äldre som har en positiv livshållning, vilket avslutar bokens tredje och sista del.

Trots bokens rätt breda tillnärmelsesätt är det fortsättningsvis många temata i GERDA-materialet som inte alls är berörda eller behandlade i tidigare publikationer eller i denna volym. Av den anledningen kommer GERDA-projektgruppen att fortsätta arbeta utgående ifrån material och resultat från projektet, publicera sig i olika forum och delta i samhällsdebatten kring de äldres livsvillkor ännu länge efter att denna bok färdigställts.

2. Hälsa och livsvillkor bland äldre i Kvarkenregionen

baserat på GERDA Botnia-enkäten 2010

Annika Wentjärvi, pol.mag., projektforskare, Yrkeshögskolan Novia, Vasa

Maria Sund, hvm., projektforskare, Yrkeshögskolan Novia, Vasa

Tony Pellfolk, med.dr., hvm., sjukskötare, forsknings- och utvecklingsledare, Yrkeshögskolan Novia, Vasa

I GERDA Botnia-projektet skickades en omfattande enkät ut till yngre äldre (65-80 år) i Kvarkenregionen. I nedanstående kapitel presenteras processen kring enkäten samt analyser utgående från enkätsvaren där vi jämfört hälsa och livsvillkor bland äldre i Västerbotten, svenskspråkiga i Österbotten (Österbotten) och finskspråkiga i Österbotten (Pohjanmaa). Analyserna visar skillnader i hälsa och livsvillkor mellan äldre. Skillnaderna är oftast inte stora, men de existerar. Äldre i Pohjanmaa verkar totalt sett ha mera utmanande livsvillkor än äldre i Österbotten och Västerbotten medan livsvillkoren för äldre i Österbotten och Västerbotten påminner om varandra. I enlighet med tidigare studier kunde vissa av dessa olikheter förklaras av t.ex. en skillnad i socialt kapital, socioekonomiska faktorer och av att skillnader inom vissa områden kan förklara andra.

Introduktion

Till följd av de demografiska utmaningarna med andelen äldre i befolkningen utvecklades samarbetsprojektet ”GERDA” och ”GERDA Botnia” åren 2004-2012. I projektet har högskolor på båda sidor om Kvarken gått samman för att få kunskap om äldres situation, livsvillkor och möjligheter till ett gott liv. Samarbetsparter har varit Yrkeshögskolan Novia, Åbo Akademi, Vasa Universitet (2005) och Umeå Universitet (Sverige). Projektet har under två omgångar (år 2005 och 2010) gjort omfattande datainsamlingar på den äldre befolkningen i landskapen Österbotten² och i Västerbotten³. Datainsamlingarna har varit av två slag: postenkäter till yngre äldre (65+) och intervjuer i form av hembesök till de äldsta (85+) (för

² Landskapet Österbotten består av 17 kommuner år 2010 (Kronoby, Larsmo, Pedersöre, Jakobstad, Nykarleby, Oravais, Vörå-Maxmo, Korsholm, Vasa, Lillkyro, Storkyro, Laihela, Malax, Korsnäs, Närpes, Kaskö och Kristinestad). Invånarantalet i landskapet Österbotten var 178 000, varav 51% har svenska som modersmål, 45% finska och resterande 4% annat språk (Herberts 2011).

³ I Västerbottens län finns 15 kommuner: Bjurholm, Dorotea, Lycksele, Malå, Nordmaling, Norsjö, Robertsfors, Skellefteå, Sorsele, Storuman, Umeå, Vilhelmina, Vindeln, Vännäs och Åsele. År 2010 var folkmängden i Västerbottens län 211 884 invånare.

ytterligare information om hembesöken, se Olofsson i denna volym). År 2005 gjordes den första enkätinsamlingen till alla personer i Kvarkenområdet i åldrarna 65 och 75 år (födda 1930 och 1940) och år 2010 gjordes en utökad uppföljning av enkätstudien, då enkäten riktades till åldersgrupperna 65, 70, 75 och 80 år (födda 1930, 1935, 1940 och 1945) i Kvarkenregionen. Intresset för att delta var stort båda gångerna och nästan två av tre äldre besvarade enkäten, så att den totala svarsprocenten uppgick till 69% år 2005 respektive 64% år 2010.

GERDA-enkäten 2010

GERDA-enkäten 2010 är en utökad och reviderad uppföljning av 2005-års GERDA-enkät. Utformningen av GERDA-enkäten 2010 föregicks av ett gediget tvärvetenskapligt planeringsarbete. Projektets styrgrupp jämte sakkunniga sammankom upprepade gånger under år 2010 för att fastställa den slutliga utformningen och innehållet av enkäten. Enkäterna 2005 och 2010 är lika långa, layouten och vissa frågor är desamma, samtidigt som några frågor ströks och några tillkom. Den tvärvetenskapliga styrgruppen enades kring frågor med fortsatt tyngd på aktivt samhälls- och medborgarskap, medicin- och hälsovetenskap samt existentiella frågor. Enkätfrågorna indelar vi i åtta frågeområden som närmare presenteras i detta kapitel: 1. Bakgrundsdata, 2. Sociala relationer, 3. Sysselsättning och aktiviteter, 4. Hälsa, funktionsförmåga och välbefinnande, 5. Åldersuppfattning, 6. Samhällspåverkan, samhällstjänster och kvalitetsuppfattning, 7. Ekonomi, autonomi och beroende, 8. Existentiell mening, ensamhet och trygghet.

GERDA-enkäten 2010 gjordes i tre versioner: en svensk, en svenskösterbottnisk och en finskspråkig version. Det som innehållsmässigt skiljer de tre versionerna åt är framförallt språkliga begrepp, t.ex. Försäkringskassan (Sverige) och Folkpensionsanstalten (Finland), Kronor och Euro. Enkäten är 16 sidor och har 76 frågor. Enkäten 2010 skickades ut till samtliga personer i målgrupperna i de 17 kommunerna i Österbotten och 15 kommunerna i Västerbotten, undantaget Vasa där hälften av personerna i målgruppen fick en enkät och i Umeå och Skellefteå där var tredje person fick enkäten. Totalurvalet var 5271 personer i Österbotten, varav 3094 var på svenska och 2177 var på finska, och 5435 personer i Västerbotten. Sammanlagt tilldelades alltså 10706 personer GERDA-enkäten. Enkätets språk bestämdes utgående från mottagarnas registrerade modersmål i befolkningsregistret. Adressuppgifter för Österbotten beställdes från Befolkningsregistercentralen, som även genom randomisering halverade urvalet från Vasa, medan personuppgifterna i Västerbotten

erhölls från Riksskatteverket i Sverige. För att få minsta möjliga bortfall på grund av feladressering, flytt eller dödsfall beställdes adresserna så sent som möjligt före utskicket. Inför enkätutskicket informerades allmänheten i pressen och på projektets hemsida. Tyvärr nådde projektets synlighet på finska inte önskat resultat. Information om enkäten i svenska medier i Finland spreds däremot både i tidning och i radio.

De österbottniska enkäterna skickades ut den 1 oktober 2010 och påminnelsebrev en månad senare (2 november 2010). Vid jultid avmattades enkätinströmningen, för att helt avta i början av 2011. Utskicket i Västerbotten följde i stort samma tider som i Österbotten, förutom påminnelsen som skickades ut i december 2010. Inkodningen av uppgifterna från samtliga enkäter, 6838 stycken, påbörjades i december 2010 för att vara klar i mars 2011. Enkätens öppna frågor renskrevs i två omgångar. Först renskrevs sju frågor av hög prioritet (frågorna 19, 20, 21, 22, 58, 59 och 76) och därefter renskrevs alla övriga öppna frågor i enkäten.

Den totala svarsprocenten uppgick till 63,9% (n=6838). I Västerbotten besvarade 69,6% enkäten (n=3779) och i Österbotten 58% (n=3059). Detta är en hög procent med beaktande av att det gällde en postenkät. Jämfört med år 2005 blev svarsprocenten år 2010 ändå lägre, men till viss del kan detta bero på att utskicket år 2010 skickades till en äldre målgrupp. Skillnader hittas mellan hur åldersgrupperna, könen och språkgrupperna svarat, och även kommunvisa skillnader förekommer. För Österbottens del har kvinnor svarat oftare än män, yngre har svarat oftare än äldre och svenskspråkiga har svarat oftare än finskspråkiga. I Västerbotten var trenden liknande men inte lika tydlig.

Hälsa och livsvillkor bland äldre i Kvarkenregionen

Ett syfte med GERDA-enkäten 2010 var att undersöka hälsa och livsvillkor bland äldre i Västerbotten och Österbotten. I detta kapitel analyseras Västerbotten, svenskspråkiga i Österbotten (i fortsättningen Österbotten) och finskspråkiga i Österbotten (i fortsättningen Pohjanmaa). Presentationen innehåller ett urval av frågorna i enkäten. Syftet är därmed att belysa de tre ”regionerna” gällande äldres hälsa och livsvillkor.

Totalt svarade 6838 personer på GERDA-enkäten år 2010, 3779 personer i Västerbotten, 1906 i Österbotten och 1153 i Pohjanmaa. Den totala svarsprocenten var 63,9%, specifikt för Västerbotten 69,7%, för Österbotten 61,6% och för Pohjanmaa 53,0%. Eftersom varannan person inkluderades i Vasa och var tredje Umeå och Skellefteå, viktas datamaterialet i dessa kommuner med 2 respektive 3 i detta kapitel. Ytterligare finns det skillnader i köns- och åldersfördelningen mellan de olika regionerna som kan påverka

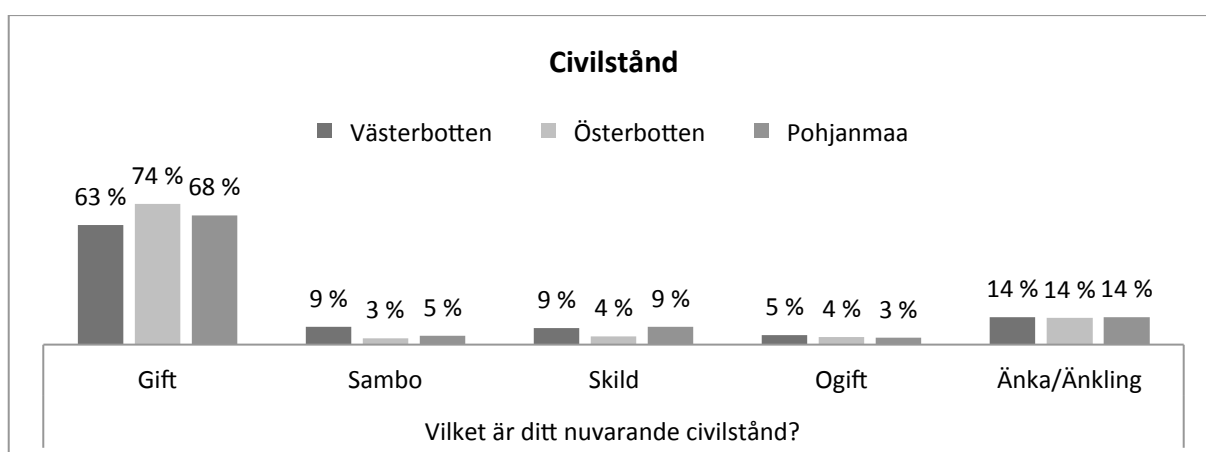
uppvisade skillnader mellan regionerna. Därför har materialet också viktats för kön och ålder. Viktningarna för köns- och åldersfördelningen baserar sig på medelfördelningen i hela stickprovet och resulterar i samma köns- och åldersfördelning i alla tre regioner. Fördelningen i de tre regionerna är därmed samma och följer fördelningen för hela stickprovet (tabell 1).

Tabell 1. Köns- och åldersfördelningen för hela stickprovet och respektive region i %

	65 år	70 år	75 år	80 år	Totalt
Kvinna	36,0	23,8	21,1	19,1	53,6
Man	41,3	25,5	20,0	19,2	46,4
Totalt	38,0	24,6	20,6	16,8	100

Bakgrundsdata

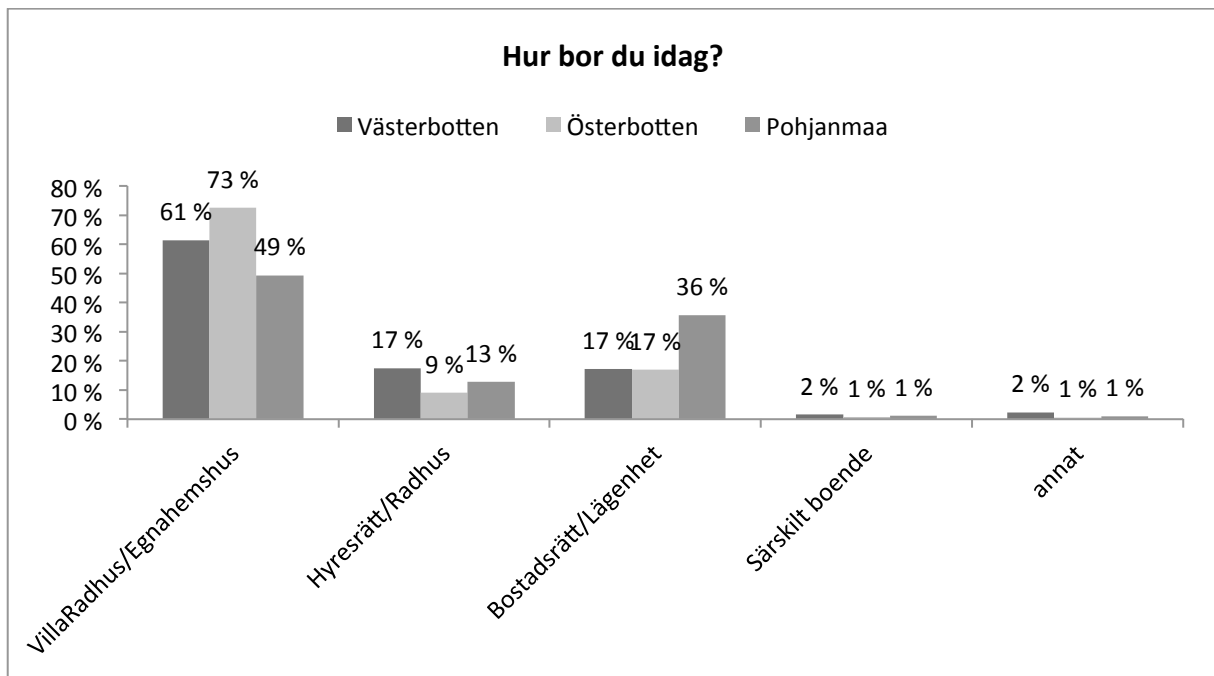
Majoriteten av de äldre mellan 65 och 80 år i Kvarken regionen är gifta, även om andelen gifta var högst i Österbotten. Detta återspeglas också i att andelen ensamboende är lägst i Österbotten (22%) mot 27% i Pohjanmaa och 28% i Västerbotten. Över hälften av de äldre i Västerbotten och Österbotten bor i egnahemshus/villa, medan andelen är lite lägre i Pohjanmaa. Andelen som bor i lägenhet är däremot högre i Pohjanmaa. Äldre i Österbotten och Pohjanmaa äger i större utsträckning sitt boende jämfört med äldre i Västerbotten, medan äldre i Västerbotten och Österbotten är mera nöjda med sitt boende jämfört med äldre i Pohjanmaa. En mycket högre andel av de äldre i Österbotten bor också kvar där de är födda eller uppvuxna (54%) än i Västerbotten (31%) och Pohjanmaa (30%).



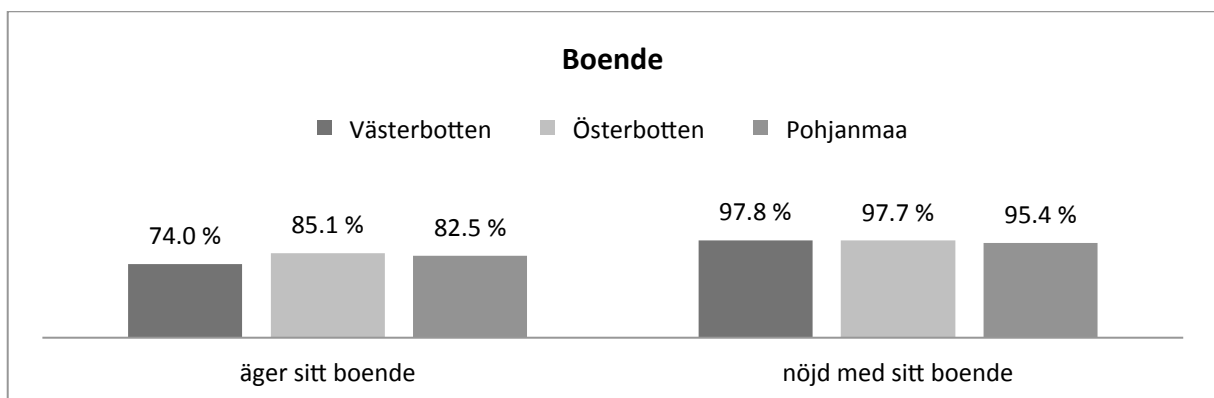
Figur 1. Civilstånd bland äldre i Västerbotten, Österbotten och Pohjanmaa

Andelen äldre som fortfarande arbetar var högst i Österbotten (13,5%), mot 11,1% i Västerbotten och 5,8% i Pohjanmaa. Medelåldern för pensionering var emellertid högst i

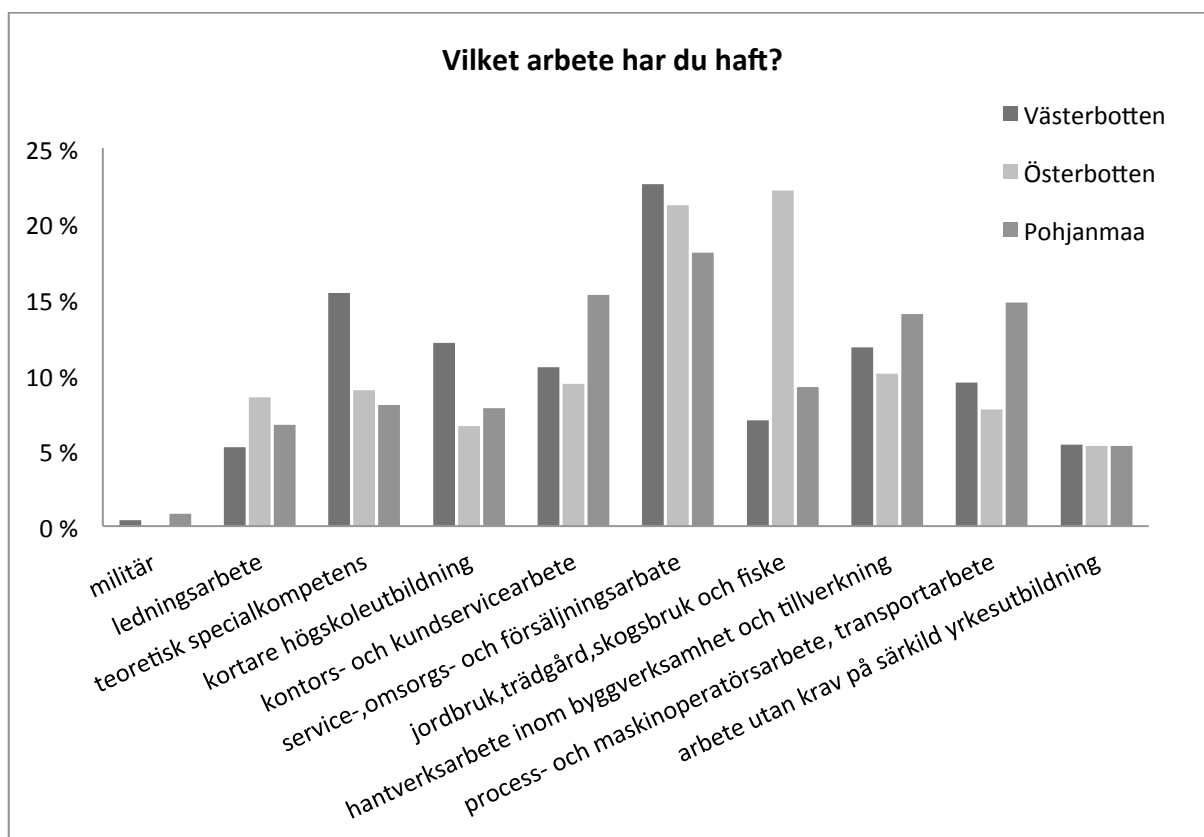
Västerbotten (63,0 år) mot 61,0 i Österbotten och 60,2 år i Pohjanmaa. I Västerbotten och Pohjanmaa var det vanligast att man arbetat inom service-, omsorgs- och försäljningsarbete medan äldre i Österbotten i stor utsträckning arbetat inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske. Gällande utbildningsnivå sågs en stor skillnad i andelen med högskole- eller universitetsutbildning: i Västerbotten hade 20% denna utbildningsnivå medan andelen var under 10% i Österbotten och Pohjanmaa. Äldre i Österbotten och Pohjanmaa hade istället oftare en yrkesskolutbildning.



Figur 2. Boendetyper bland äldre i Västerbotten, Österbotten och Pohjanmaa



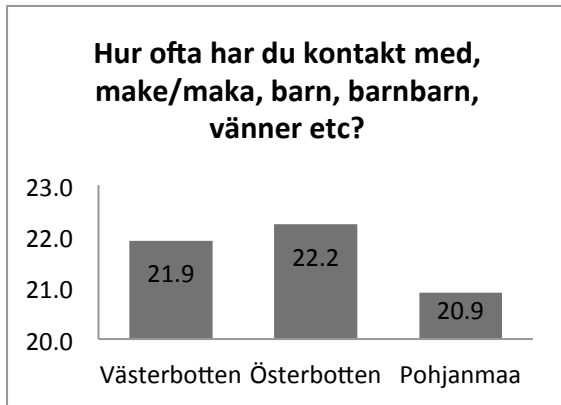
Figur 3. Andelen som äger sitt boende och som är nöjda med sitt boende bland äldre i Västerbotten, Österbotten och Pohjanmaa



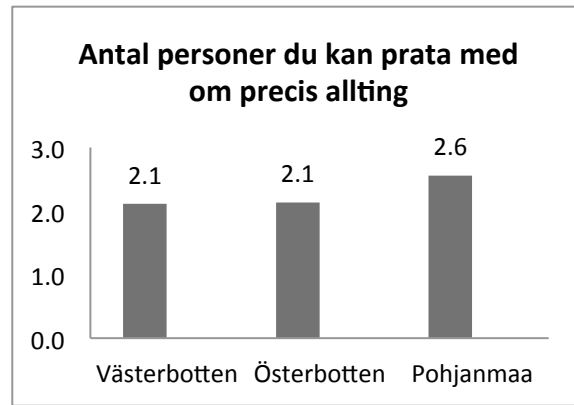
Figur 4. Slag av arbete de äldre har/har haft före pensionering, uppdelat enligt region

Sociala relationer

I enkäten frågades efter hur ofta de äldre har kontakt med olika personer, så som make/maka/sambo och barn. Resultaten visar att äldre i Pohjanmaa har färre kontakter med olika personer, men däremot fler personer som de kan prata förtroget med än äldre i de andra regionerna. I Österbotten har de äldre tätast kontakt med sina anhöriga och lika många personer som de kan prata förtroget med som äldre i Västerbotten. En stor andel av de äldre hjälper även andra personer, inom samma hushåll eller personer i annat hushåll. Andelen som hjälper andra är 58% i Pohjanmaa, 57% i Österbotten och 42% i Västerbotten. Man hjälper främst barn och barnbarn och då främst med praktiska göromål, men även med emotionellt och ekonomiskt stöd, vilket var vanligare bland äldre i Pohjanmaa.



Figur 5. Visar hur ofta de äldre har kontakt med olika personer, ju högre medeltal desto tätare kontakt (varierar mellan 0 och 40).



Figur 6. Visar hur många personer de äldre kan prata förtroget med, ju högre medeltal desto fler personer (varierar mellan 0 och 9 personer).

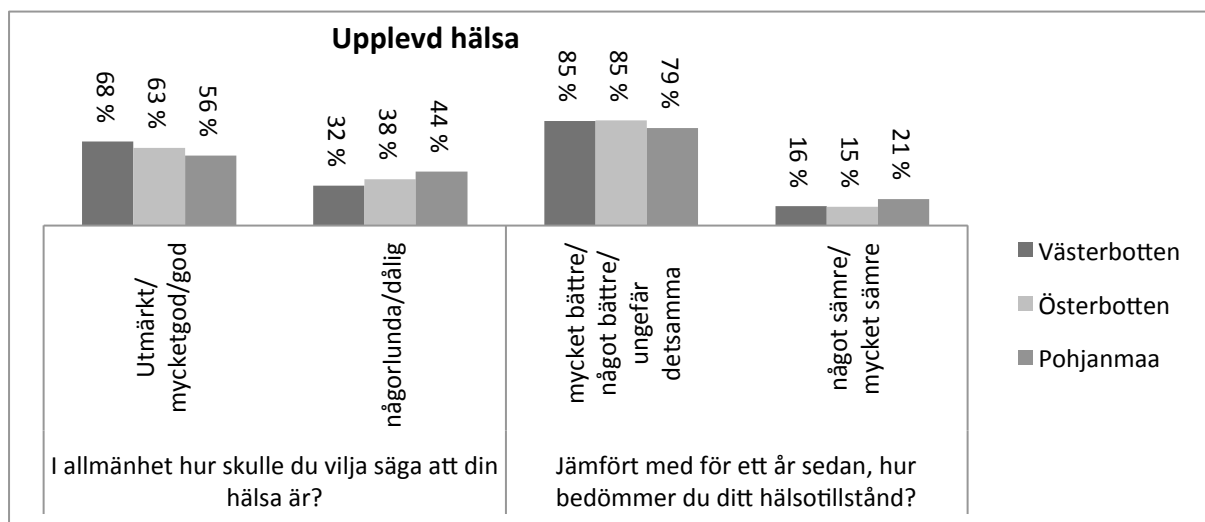
Sysselsättning och aktiviteter

Äldre i Österbotten deltar i högre grad i någon form av frivilligt arbete än äldre i Västerbotten och Österbotten. Äldre i Pohjanmaa upplever att det går åt mindre tid att utföra saker som måste göras jämfört med äldre i Österbotten och Västerbotten. Bland de äldre i Kvarken regionen utför över 90% i alla tre regioner följande aktiviteter: friluftsliv (t.ex. promenader, plocka bär och svampar), tv, video och bio, umgänge (t.ex. med familj, släkt, vänner), medan anläggningsidrott och bollspel är minst vanliga. Bland de aktiviteter som de äldre inte utför men skulle vilja utföra är friluftsliv, umgänge och resande de vanligaste (jämför Nyqvist samt Nilsson i denna volym).

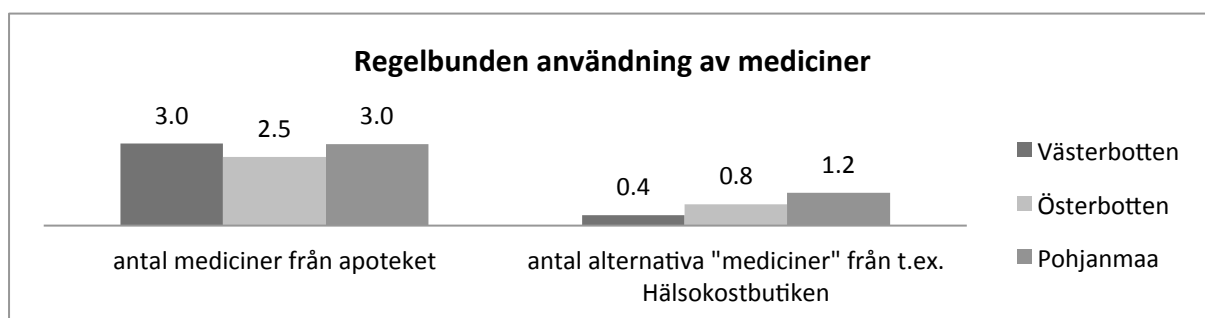
Hälsa, funktionsförmåga och välbefinnande

Andelen äldre som anser att det egna hälsan är god (utmärkt, mycket god eller god) är högst i Västerbotten följt av Österbotten och Pohjanmaa. Äldre i Pohjanmaa anser också i högre grad att hälsan har försämrats under senaste året. Andelen äldre som har någon sjukdom är lägst i Österbotten följt av äldre Västerbotten och Pohjanmaa. Då det gäller förekomst av de olika sjukdomarna kan nämnas att förekomsten av diabetes var mycket högre bland äldre i Pohjanmaa jämfört med äldre i de två övriga regionerna. Äldre i Österbotten använde aningen färre läkemedel än äldre i Västerbotten och Pohjanmaa, medan äldre i Pohjanmaa använde flest naturläkemedel. Andelen med ett eller fler läkemedel från apotek var 80% i Österbotten, 81% i Västerbotten och 86% i Pohjanmaa, medan andelen med läkemedel från hälsokostbutik var 25% i Västerbotten, 42% i Österbotten och 56% i Pohjanmaa.

Minst problem med hörsel och syn har äldre i Österbotten, medan äldre i Pohjanmaa har mest problem. Andelen som använder förflyttningshjälpmedel utomhus var lägst i Österbotten (11%) jämfört med Västerbotten (14%) och Pohjanmaa (13%). Vid regionala jämförelser gällande utomhusvistelse, visade det sig att äldre i Pohjanmaa mera sällan hade varit utomhus den senaste veckan än äldre i Österbotten och Västerbotten.



Figur 7. Äldres upplevelse av sin hälsa och hur den har förändrats senaste året, uppdelat enligt region

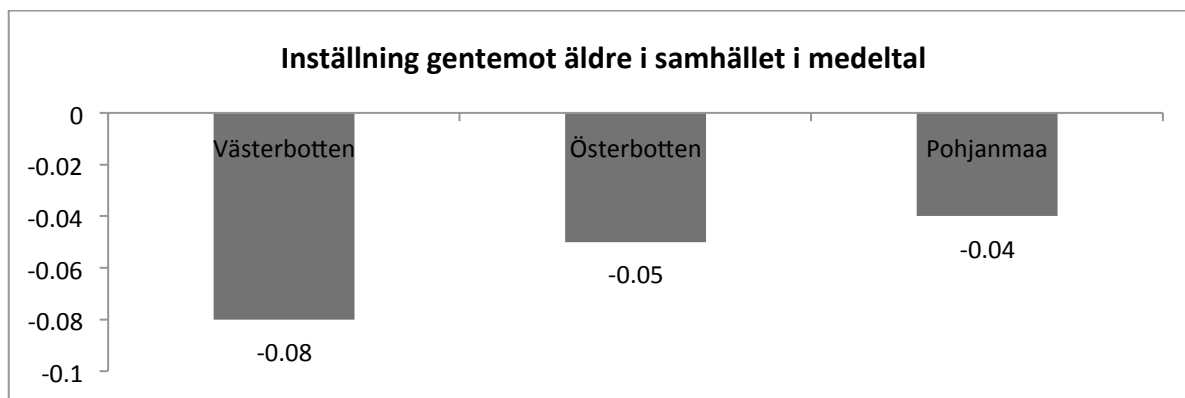


Figur 8. Antal läkemedel från apotek och hälsokostbutik i medeltal, uppdelat enligt region

Åldersuppfattning

En stor andel av de äldre uppger att de känner sig fysiskt och till sitt inre yngre än vad de är, samt att de även upplever att andra ser dem som yngre än vad de är. Störst skillnad mellan regionerna återfanns på frågan hur de känner sig i sitt inre, här var andelen som känner sig yngre än vad de är högst i Västerbotten följt av äldre i Österbotten och Pohjanmaa. Äldre upplever att inställningen gentemot äldre i samhället är mera negativ än positiv, mest negativ

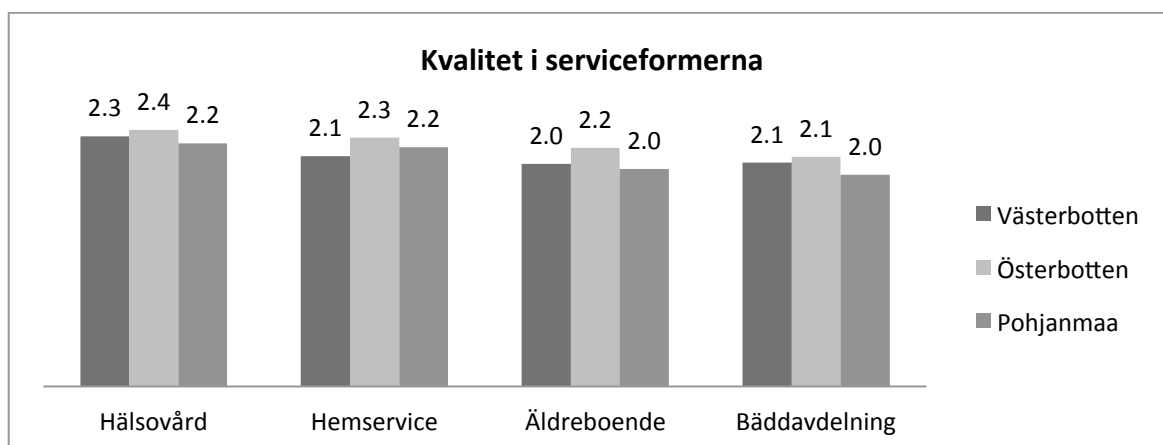
upplevs inställningen vara i Västerbotten. Om åldersdiskriminering och om att behandlas som gammal, se Snellman i denna volym.



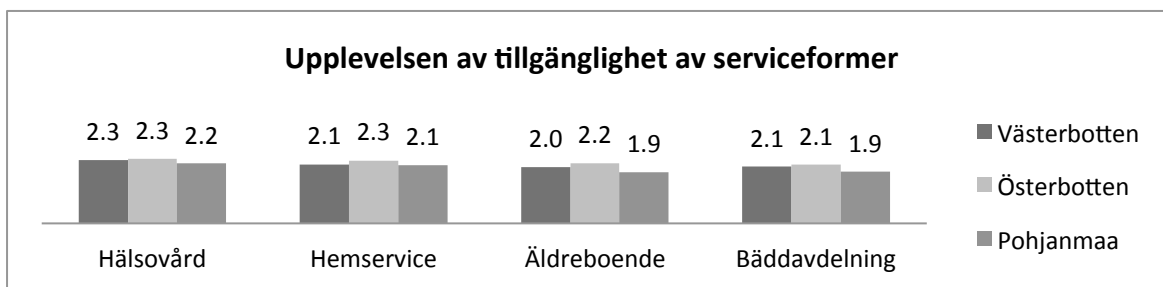
Figur 9. Hur de äldre i allmänhet upplever inställningen (i t.ex. dagstidningar, på tv och i reklam) gentemot äldre (1=positiv, 0=neutral och -1=negativ)

Samhällspåverkan, samhällstjänster och kvalitetsuppfattning

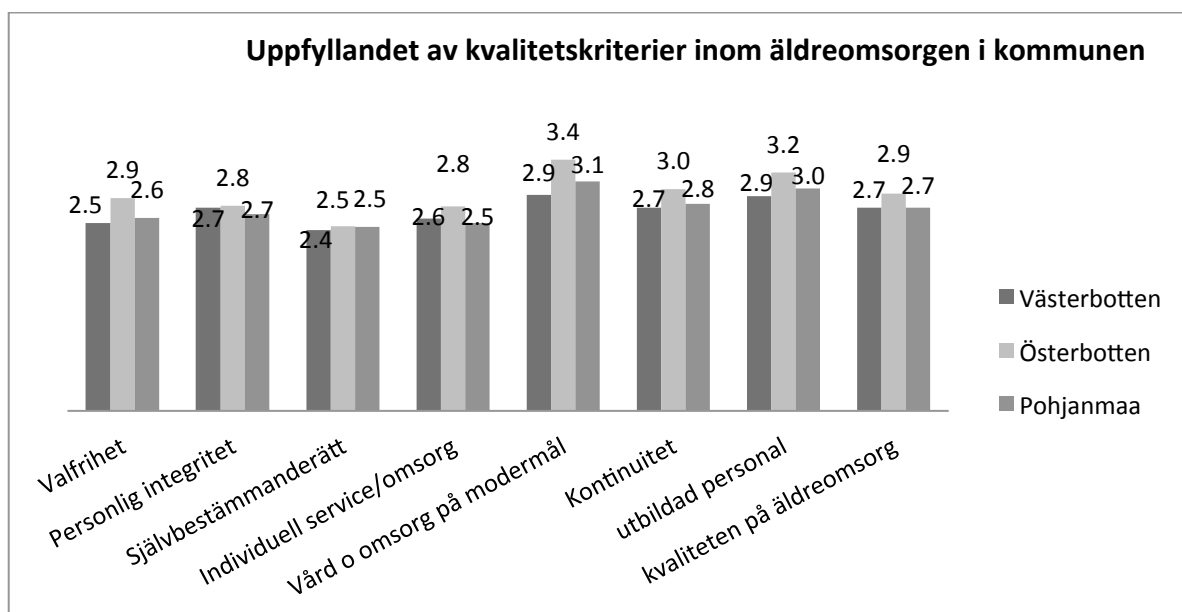
De äldre i Österbotten upplever att kvaliteten i hälsovård och hemservice och på äldreboende/serviceboende och sjukhem/bäddavdelning är bättre än vad äldre i Västerbotten och Pohjanmaa upplever densamma. Vid en jämförelse visar resultatet att de äldre upplever att tillgängligheten av samtliga fyra ovannämnda serviceformer är högre i Österbotten jämfört med Västerbotten och Pohjanmaa.



Figur 10. De äldres upplevelse av kvalitet i hälsovård, hemservice, äldreboende/serviceboende och sjukhem/bäddavdelning, uppdelat enligt region. Högre medeltal indikerar högre kvalitet (1-3).



Figur 11. De äldres upplevelse av tillgängligheten i hälsovård, hemservice, äldreboende/serviceboende och sjukhem/bäddavdelning, uppdelat enligt region. Högre medeltal indikerar högre tillgänglighet (1-3).

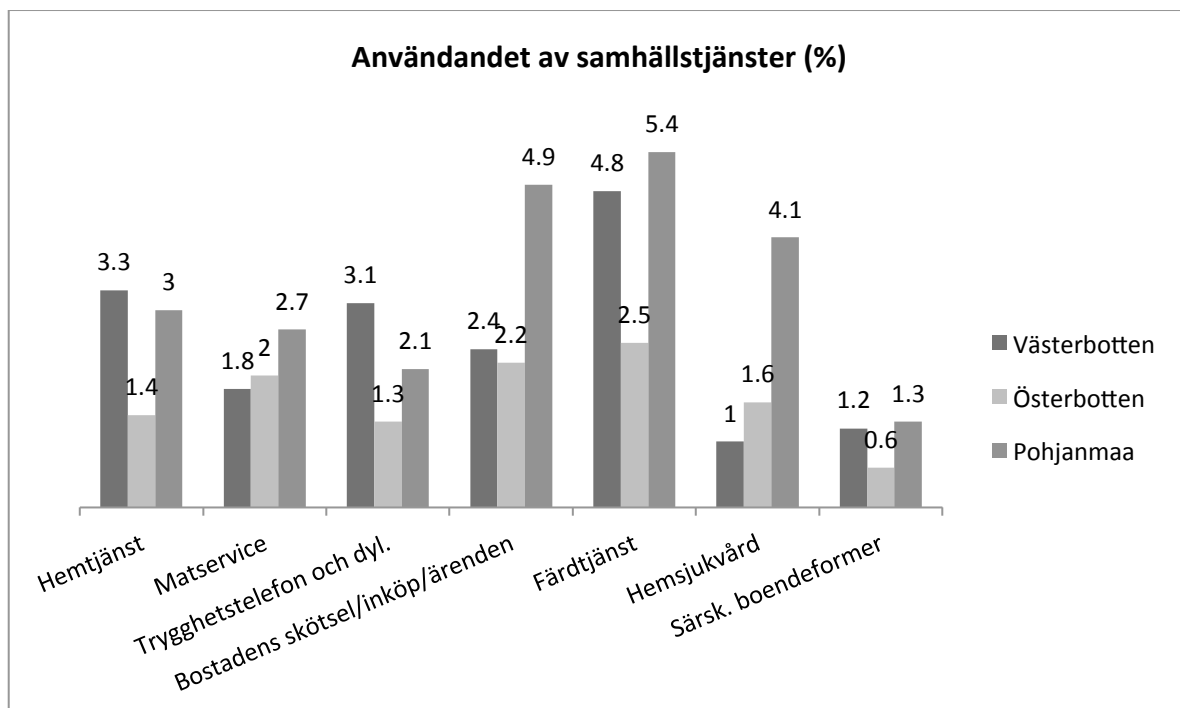


Figur 12. De äldres uppfattning om uppfyllandet av kvalitetskriterier inom äldreomsorgen, uppdelat enligt region. Högre medeltal indikerar högre kvalitet (1-4).

Äldre i Österbotten anser att kvaliteten i äldreomsorgen överlag är bättre jämfört med äldre i Pohjanmaa och Västerbotten. De svenskspråkiga i Österbotten är mest nöjda med valfriheten i äldreomsorgen och med vården och omsorgen på deras modersmål. Minst nöjda är de äldre i Västerbotten. Överlag anser de äldre att kvalitetskriterierna ”vård och omsorg på modersmål” samt ”utbildad personal inom service/omsorg” är de två kriterier som uppfylls bäst inom äldreomsorgen i alla regioner.

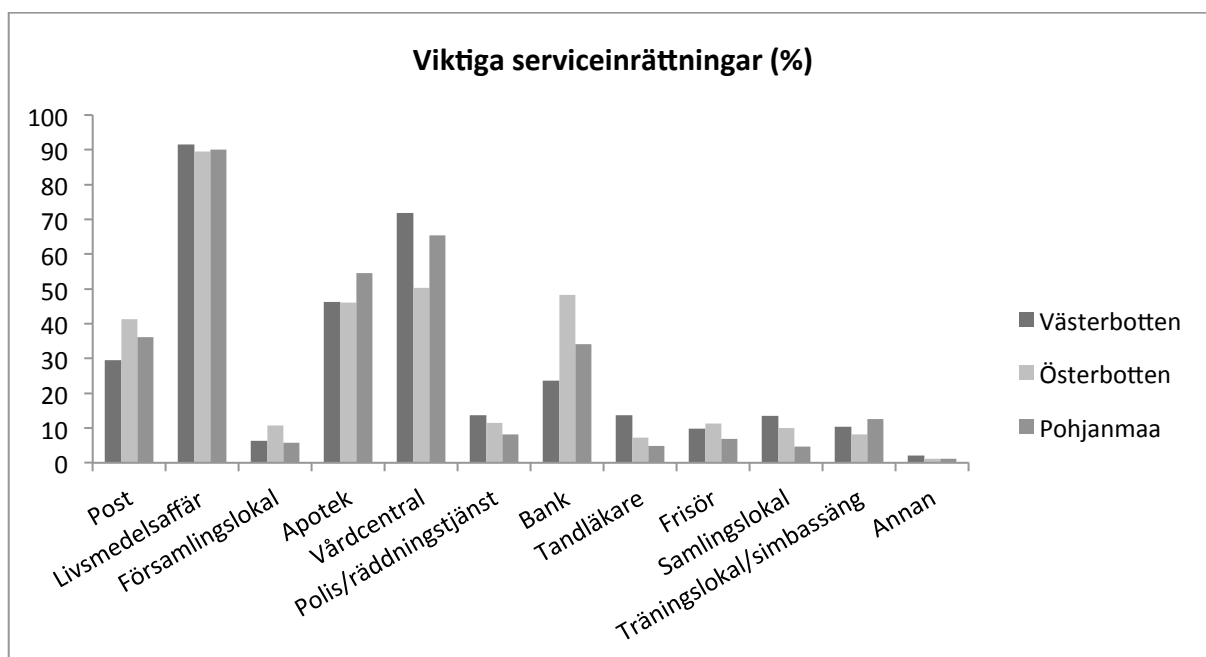
Vid en jämförelse av användandet av samhällstjänster framgår det att äldre i Österbotten använder procentuellt mindre hemtjänst och färdtjänst än i Västerbotten och i Pohjanmaa. I Pohjanmaa använder de äldre mera tjänster för bostadens skötsel, inköp och ärenden, hemsjukvård samt även matservice, medan äldre i Västerbotten använder mer trygghetstelefon och dylika trygghetsalarm.

Tjänster som äldre använder kan vara producerade av kommun, förening eller privat företag. I Västerbotten är det vanligast att äldre anlitar kommunala tjänster, medan äldre i Österbotten och Pohjanmaa anlitar kommunala tjänster i mindre utsträckning. I Pohjanmaa anlitar äldre också i högre grad än de övriga regionerna privata företag. De privata företagen anlitas främst för bostadens skötsel särskilt i Österbotten och i Pohjanmaa. Föreningarna står för en bråkdel av alla tjänster.



Figur 13. En procentuell fördelning av användandet av samhällstjänster i Västerbotten, Österbotten och Pohjanmaa

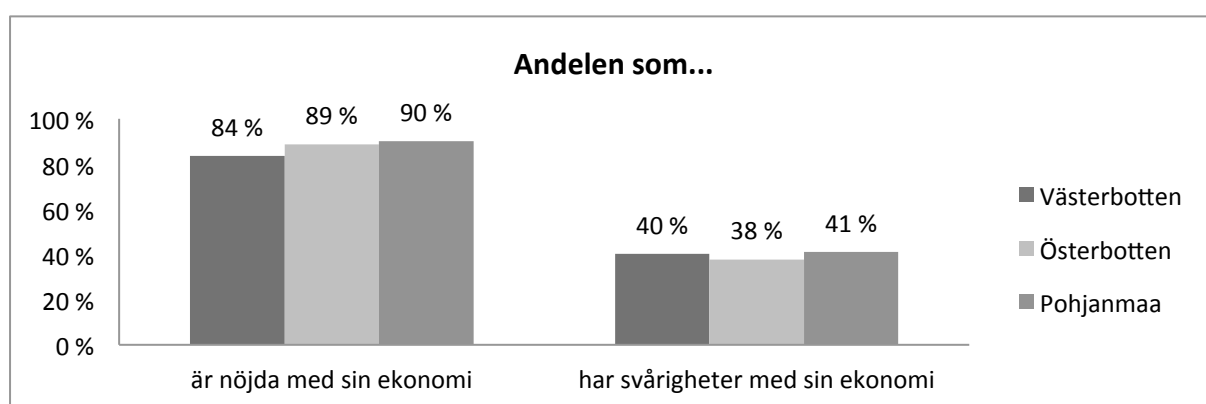
I alla tre regioner anser de flesta att den viktigaste serviceinrättningen i nära anslutning till boendet är en livsmedelsaffär. På andra plats kommer vårdcentral, men andelen är mindre i Österbotten än i Pohjanmaa och Västerbotten. I Österbotten anser knappt varannan att den tredje viktigaste serviceinrättningen är bank, medan ungefär lika många i Pohjanmaa och Västerbotten anser det mera viktigt med apotek.



Figur 14. Viktiga serviceinrättningar bland äldre i Västerbotten, Österbotten och Pohjanmaa

Ekonomi, autonomi och beroende

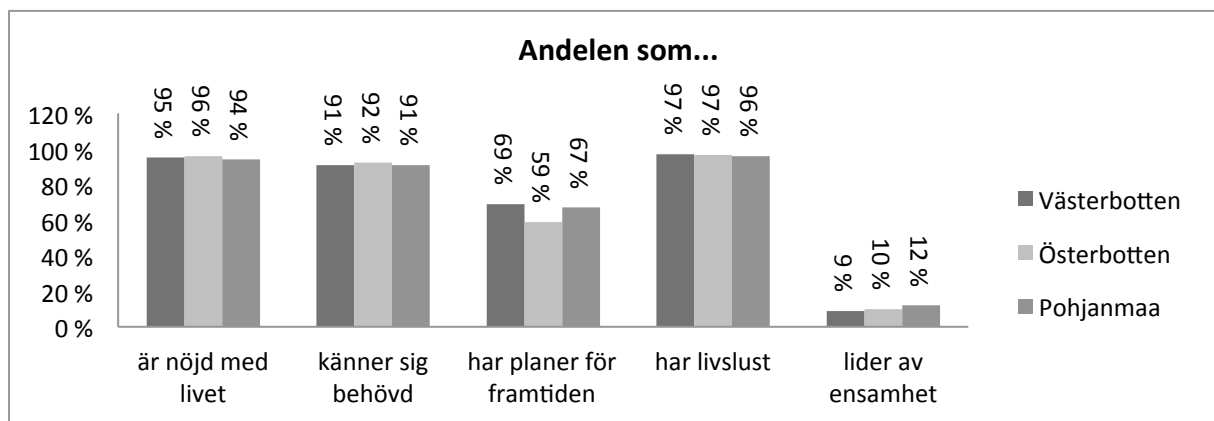
Majoriteten av de äldre var nöjda med sin ekonomi, men ca 40% angav att de trots det hade svårigheter att få sin ekonomi att gå ihop (se även Wentjärvi samt Jungerstam & Wentjärvi i denna volym). I enkäten frågades också om vilka olika personer som var viktiga för att vardagslivet skall fungera. Äldre i Pohjanmaa angav färre personer (1,8 personer) än äldre i Österbotten (2,9 personer) och Västerbotten (3,3 personer).



Figur 15. Andelen som är nöjda med sin ekonomi och som har svårigheter med sin ekonomi, uppdelat enligt region

Existentiell mening, ensamhet och trygghet

Majoriteten av de äldre är nöjda med sitt liv, de känner sig behövda och har livslust. Över hälften har också planer inför framtiden, men aningen lägre andel bland äldre i Österbotten. Andelen som lider av ensamhet är högst bland äldre i Pohjanmaa och lägst för äldre i Västerbotten. En stor andel av de äldre upplever också att de är mycket eller ganska lyckliga, trygga och att livet är meningsfullt. Andelen som upplever att de är lyckliga och att livet är meningsfullt är lägst bland äldre i Pohjanmaa, medan de i störst utsträckning upplever sitt liv som tryggt. Andelen som tror på en Gud eller en högre makt är 86% i Österbotten, 83% i Pohjanmaa och 64% i Västerbotten.



Figur 16. Andelen som angav att de är nöjda med sitt liv, känner sig behövda, har planer inför framtiden, har livslust och som lider av ensamhet, uppdelat enligt region

Konklusion

Baserat på GERDA-enkätens resultat från 2010 analyserades hälsa och livsvillkor bland äldre i Kvarkenregionen, så att vi delade in området i tre regioner beroende på språk: Västerbotten, svenskspråkiga Österbotten och finskspråkiga Österbotten, här kallat Pohjanmaa.

Sammanfattningsvis ser vi att det finns skillnader i hälsa och livsvillkor mellan äldre i dessa tre områden. Skillnaderna är oftast inte stora men de existerar. Äldre i Pohjanmaa verkar totalt sett ha mera utmanande livsvillkor än äldre i Österbotten och Västerbotten. Situationen för äldre i Österbotten och Västerbotten är mera likartade. I enlighet med tidigare studier kan vissa skillnader förklaras av t.ex. skillnader i socialt kapital eller socioekonomiska faktorer (t.ex. Abbot, 2009; Nummela et al., 2009). En skillnad i socialt kapital kan utgöras av att t.ex. de äldre i Österbotten uppgav den högsta frekvensen av sociala kontakter, de bodde i större utsträckning kvar på samma ställe där de fötts/vuxit upp, samt deltog oftare i frivilligt/obetalt

arbete (jämför även Nyqvist i denna volym). Å andra sidan hade äldre i Pohjanmaa fler personer att prata förtroget med och upplevde inställningen till äldre i samhället som bättre. Ytterligare förklaringar till olikheter i hälsa och livsvillkor kan vara t.ex. socioekonomiska faktorer, som tidigare har setts influera personers hälsa och livsvillkor och att ensamhet delvis kan förklaras av syn- och hörselproblem, av en nedsatt funktionsförmåga och nedsatt hälsa. Det fanns också skillnader i attityderna till vård och service i kommunerna.

Överlag kan sägas att hälsa och livsvillkor bland yngre äldre (65-80 år) är relativt goda. Det finns emellertid utmaningar, speciellt då antalet och andelen äldre ökar i samhället och då trenden är att allt fler skall bo hemma i framtiden (Social- och hälsovårdsministeriet, 2008). En grundligare undersökning av orsakerna till skillnaderna som identifierats i denna studie kunde vara till hjälp i utvecklingen av service och vård till äldre. Det är viktigt att vara medveten om att det finns stora skillnader mellan individer, mellan män och kvinnor och mellan åldersgrupperna, som inte framkommer i denna studie. Det finns också ett relativt stort bortfall i enkätstudien, ca 30%, hade alla svarat kan resultatet ha sett annorlunda ut.

Referenser

Abbott, S. (2009). Social Capital and Health. *Health Sociology Review*, 18(3), 297-306.

Herberts K. (2011). *Gerda Botnia 2010*. Metod och material. Intern rapport.

Nummela O., Sulander T., Karisto A., & Uutela A. (2009). Self-rated Health and Social Capital Among Aging People Across the Urban-Rural Dimension. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 189-194.

Social- och hälsovårdsministeriet, Finlands kommunförbund (2008).

Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:4. Helsingfors: Universitetstryckeriet.

3. Hembesöksmaterialet

Birgitta Olofsson, med.dr., forskarassistent inom ramen för Strategiskt Forskningsområden – vård (SFO-v) med placering på Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet.

Inom ramen för GERDA Botnia-projektet gjordes hembesök hos de allra äldsta, hos 85-åringar, 90- och 95-åringar eller de som var äldre. GERDA Botnia-projektet och tidigare insamlad material (GERDA-projektet och Umeå 85+ studien) kommer att ge oss möjlighet att kartlägga fysisk och psykisk ohälsa och övriga folksjukdomar hos de allra äldsta i Kvarkenområdet. Hembesök har utförts i Umeå (Västerbotten) samt i Vasa, Korsholm, Malax och Korsnäs (Österbotten). Med GERDA Botnia-projektet har man kunnat göra uppföljning på vissa personer tre gånger och under en 15 års period kunnat se förändringar i hälsa och livsvillkor (GERDA-databasen). GERDA-databasen ger oss mycket värdefull information om vad som hänt, varför det ser ut som det gör idag och detta kanske hjälper oss att veta vad vi ska göra imorgon.

Introduktion

Ända sedan år 2000 har forskare inom olika vetenskapsdiscipliner samarbetat för att öka kunskapen kring äldres hälsa och livsvillkor. Första samarbetet skedde inom projekten, ”Umeå 85+” och ”Äldre i Botnia (år 2000-2004), som senare utmynnade i Gerontologisk Regional Databas-projektet (GERDA-projektet, år 2005-2008, med datainsamling genom hembesök år 2006-2007). Intresset hos forskargruppen har dels varit medicinska aspekter av åldrandet men även rehabiliterande och hälsobefrämjande arbete, samt att undersöka och jämföra hur det är att vara gammal på respektive sida av Kvarken. Det övergripande målet med hembesöken inom GERDA Botnia har varit att få en ökad kunskap om vad som främjar ett gott åldrande och vad som är de allvarligaste hoten mot ett gott åldrande. Målet har även varit att förvärva kunskap om individuella, medicinska, sociala och samhällsliga faktorer för att få en ökad förståelse för vad ett gott liv för äldre innebär. Här inkluderas även främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa. Hembesöken i GERDA Botnia-projektet (år 2008-2012) bygger på samma frågor som ställdes i hembesöken vid förra insamlingen (GERDA-projektet 2005-2008). Projektets styrgrupp jämte sakkunniga sammankom upprepade gånger under år 2009 för att diskutera innehållet av hembesöksprotokollet och det tidigare frågeformuläret reviderades genom att vissa frågor togs bort, andra omformulerades eller sattes till. Vissa

frågor som ställdes vid förra datainsamlingen (GERDA-projektet 2005-2008) hade ofta inte gett adekvata svar, eller hade inte ökat kunskapen, och togs därför bort. Vissa frågor fick omformuleras, och det nya protokollet kompletterades dessutom med några nya frågor. Frågeformuläret för hembesöken kompletterades även med frågor från enkätinsamlingen som skickades till yngre äldre (se Wentjärvi, Sund & Pellfolk i denna volym), detta för att kunna studera samma fenomen bland yngre äldre och äldre äldre. Hembesöksprotokollet som användes i den nya insamlingen blev ett omfattande dokument på 50 sidor.

Procedur för hembesöken 2010-2012

Hembesöken inom GERDA Botnia-projektet har utförts i Umeå kommun (Västerbotten) och i Vasa, Korsholm, Malax och Korsnäs (Österbotten) samt kommer att utföras år 2012 i fem inlandskommuner i Västerbotten: Dorotea, Malå, Sorsele, Storuman och Vilhelmina.

Hembesöken inleddes i Umeå kommun under våren 2010 och avslutades drygt ett år senare, medan hembesöken i Finland påbörjades våren 2011, och avslutades i början på 2012.

Hembesöken inom GERDA Botnia-projektet (datainsamling år 2010-2012) utfördes på samma sätt som inom GERDA-projektet (år 2005-2008). Deltagarna i hembesöken valdes ut via befolkningsregister i Sverige och Finland. Personerna delades in i tre grupper beroende på deras födelseår: 85-åringar, de som var 90 år samt de som var 95 år eller äldre. Eftersom gruppen med personer som var 85 år var relativt stor valdes enbart varannan 85-åring. En lott fick avgöra om de med jämnt eller ojämnt nummer skulle väljas ut. Därmed erbjöds varannan av 85-åringarna, alla 90-åringar och alla som var 95 år eller äldre som bodde i det avgränsade geografiska området den 1 januari 2010 att delta i hembesöksstudien. Urvalet gjordes på samma sätt både i Finland och Sverige. På den svenska sidan tillfrågades 565 personer i studien och på den finska sidan 445 personer. De äldsta deltagarna intervjuades först eftersom de kunde vara personer som intervjuats tidigare i föregående insamling (Umeå 85+ eller GERDA-projektet). De var därmed viktigast för datainsamlingen för att se trender över tid och mycket värdefulla för att förstå olika aspekter som hög ålder medför.

Alla som valdes ut för att delta i studien fick först ett brev med information om studien. Någon vecka senare fick de ett telefonsamtal från en forskningsassistent som informerade om studien och frågade om personen ville delta i studien och ett hembesök bokades. Om personen hade nedsatt kognitiv förmåga tillfrågades anhöriga om informerat samtycke. Bodde personen på ett särskilt boende kontaktades först personalen för att avgöra den kognitiva förmågan, sedan kontaktades antingen personen själv eller deras anhöriga.

Datainsamlingen utfördes som ett hembesök samt med en förfrågan om tillåtelse att gå igenom personens journal och/eller om deras anhöriga eller vårdgivare fick intervjuas. Om personen inte ville ha ett hembesök frågades istället om forskningsassistenten enbart fick ta del av personens journal och/eller om de fick intervjuas anhöriga och vårdgivare. Den strukturerade intervjun och hälsokontrollen utfördes under ett eller ibland två besök i personens hem. Varje intervju tog ca två timmar att utföra. Om personen bodde på ett särskilt boende intervjuades även personalen, efter samtycke från deltagaren. Intervjun i hembesöken följde ett specifikt hembesöksprotokoll, som inkluderade allmänna frågor om livet och sjukdomshistoria samt många skattningsskalor, som mäter olika aspekter av hälsa, välmående och livssituation. Intervjun gjordes på personens modersmål, det vill säga antingen svenska eller finska.

Intervjupersonerna som utförde hembesöken

De personer som gjorde intervjuerna kunde antingen vara en sjukgymnast, en sjuksköterska, en läkarstudent eller en läkare som var tränad i att intervjuas gamla människor.

Intervjupersonerna hade innan studiens start fått en kortare utbildning i om hur intervjuerna skulle gå till väga. Det var viktigt att alla gjorde intervjun på samma sätt, som t.ex. att de ställde frågorna i samma ordning och gjorde de fysiska undersökningarna på samma sätt. Detta för att insamlat material skulle hålla en hög vetenskaplig kvalitet. Ansvarig för hembesöken i Västerbotten var professor i geriatrik Yngve Gustafson vid Institutionen för samhällsmedicin, enhet geriatrik vid Umeå universitet. I Österbotten ansvarade docent Raimo Isoaho, som även fungerade som ledande överläkare vid Malax-Korsnäs hälsovårdcentral, för hembesöken.

Hembesöksmaterialet 2010-2012

I hembesöksmaterialet 2010-2012 tillfrågades sammanlagt 565 personer i Västerbotten att delta, varav 60 personer avled innan tillfrågan och 54 personer tackade nej till hembesök. 53 personer tackade ja enbart till journalgranskning samt intervju med personal eller anhörig, medan 109 personer tillät enbart journalgranskning samt 2 personer tillät enbart intervju med anhörig och 2 personer hade flyttat från kommunen innan de blivit tillfrågade. Totalt tackade 285 personer ja till ett hembesök i Västerbotten, tillät granskning av journal samt information av anhörig eller personal i GERDA-projektet år 2010-2012. Det insamlade materialet från

denna gång (2010-2012) har dock inte kunnat analyseras eftersom databasen ännu inte är färdigställd samt att hembesöken från inlandskommunerna inte ännu är insamlade.

I Österbotten tillfrågades 445 personer för hembesök, varav 175 hade finska som modersmål och 270 svenska. Av dessa avled 21 före hembesök kunde förverkligas, och 128 tackade nej. Något färre än 300 hembesök genomfördes under projekttiden i Finland.

Resultat från GERDA-projektet 2005-2008

Resultat som redovisas i detta kapitel kommer från hembesöken i förra omgången (GERDA-projektet år 2005-2008) då det är dessa hembesök som ligger till grund för mycket av den forskning som publiceras här. Av totalt 962 personer var det 253 personer som tackade nej till deltagande eller avled innan hembesöket hann göras. Det var 11 personer som tackade ja till ett hembesök men tillät inte journalgranskning, 37 personer tackade ja enbart till journalgranskning samt intervju med personal eller anhörig och 60 personer tillät enbart journalgranskning. Därmed deltog 601 personer med hembesök, tillät granskning av journal samt information av anhörig eller personal i GERDA-projektet år 2005-2008. I Sverige utfördes 372 hembesök (85-åringar, n=133, 90-åringar n=136 och 95 år eller äldre n=103) och i Finland utfördes 229 hembesök (85-åringar n=85, 90-åringar n=72 och 95 år eller äldre n=72). Totalt i de olika åldersgrupperna är kvinnor överrepresenterade. Hälften eller fler hade barn oberoende vilken åldersgrupp de tillhörde. Andelen personer som var änklings/änka ökade ju äldre man var (se tabell 1).

Tabell 1. Kön, nuvarande civilstånd, har personen haft barn, är barnen vid liv, bor personen ensam eller med någon person bland grupperna 85-, 90- och 95-åringar i både Västerbotten och Österbotten

	85-åringar n=218	90-åringar n=208	95-åringar n=175
<i>Kön</i>			
Kvinna	146	140	137
Man	72	68	38
<i>Nuvarande civilstånd</i>			
Gift	63	28	6
Skild	10	4	4
Änkling/ Änka	129	150	144
Omgift änkling/ änka	1	2	5
Sambo	1	3	0
<i>Barn</i>			
Har barn	186	175	149
Barn i liv	183	172	143
<i>Bor ensam eller med någon</i>			
Bor ensam	155	169	159
Bor med man/ hustru	53	29	6
Bor med barn/ barnbarn	4	5	9
Bor med annat	4	4	2

Bland 95-åringarna och äldre var det en större andel av dem som bodde i Västerbotten som var uppfödda i den by/stad de bodde i idag jämfört med de äldre i Österbotten. På frågan om vem de uppfostrats av var det en större andel bland 90-åringarna i Österbotten som blivit uppfostrad av båda föräldrarna jämfört med Västerbottningarna (se tabell 2 och 3).

Tabell 2. Antal personer uppfödda i den by/stad de bor i samt vem som stod för uppfostran i de olika åldersgrupperna i Västerbotten

	85-åringar n=133	90-åringar n=136	95-åringar n=103
Är du uppfödd i den by/stad du bor i idag?	44	47	44
Uppfostrades du av båda föräldrarna?	109	89	67
Uppfostrades du av en förälder?	8	10	6
Uppfostrades du av mor/ farföräldrar?	2	7	4
Uppfostrades du av annan/fosterfamilj?	7	6	6

Tabell 3. Antal personer uppfödda i den by/stad de bor i samt vem som stod för uppfostran i de olika åldersgrupperna i Österbotten

	85-åringar n=85	90-åringar n=72	95-åringar n=72
Är du uppfödd i den by/stad du bor i idag?	37	25	20
Uppfostrades du av båda föräldrarna?	66	62	57
Uppfostrades du av en förälder?	13	10	8
Uppfostrades du av mor/farföräldrar?	3	0	1
Uppfostrades du av annan/fosterfamilj?	1	0	3

Genomsnittsåldern för att gå i pension i Kvarkenområdet var ungefär 63,5 år (totalt kunde 485 personer ange hur gamla de varit när de gick i pension), och genomsnittsåldern var ungefär lika i både Västerbotten och Österbotten. I Västerbotten angav 34% (122/364) av de äldre att de nyttjade alkohol jämfört med 26% (58/224) av de äldre i Österbotten. Totalt hade 592 personer kunnat ange deras rökvanor och det var få i alla åldersgrupper som angav att de var aktiva rökare. I Västerbotten var det endast 4% (14/366 personer) och i Österbotten endast 2% (5/226 personer) som angav att de var aktiva rökare. Totalt (äldre personer både i Västerbotten och Österbotten) var det en större andel 85-åringar som uppgav att de rök tidigare jämfört med de övriga åldersgrupperna (30% bland 85-åringar, 24% bland 90-åringar och 18% bland de som var 90 år eller äldre). I Västerbotten angav 30% (109/366 personer) att de hade rök tidigare jämfört med 16% (37/226 personer) i Österbotten.

Tabell 4. Antal personer som legat på sjukhus, träffat läkare eller distriktssjuksköterska i Västerbotten

	85-åringar n=133	90-åringar n=136	95-åringar n=103
Legat på sjukhus de senaste 6 mån	26	28	26
Träffat läkare de senaste 6 mån	78	71	52
Träffat distriktssjuksköterska de senaste 6 mån	48	55	47

Analyser gällande konsumtion av sjukvården visade att en större andel av äldre i Österbotten träffat en läkare och distriktssjuksköterska de senaste 6 månaderna jämfört med de äldre i Västerbotten (se tabell 4 och 5).

Tabell 5. Antal personer som legat på sjukhus, träffat läkare eller distriktssjuksköterska i Österbotten

	85-åringar n=85	90-åringar n=72	95-åringar n=72
Legat på sjukhus de senaste 6 mån	24	19	16
Träffat läkare de senaste 6 mån	58	56	54
Träffat distriktssjuksköterska de senaste 6 mån	56	50	53

När vi studerat användningen av hjälpmedel svarade 54% av de äldre i Västerbotten (196/360 personer) att de har trygghetslarm jämfört med 40% i Österbotten (76/189 personer). En tydlig skillnad mellan länderna var det i frågan om de hade tillgång till färdtjänst (66%, 228/347 personer i Sverige jämfört med 33% 57/171 personer i Finland). En större andel av de äldre i Västerbotten upplevde att bostaden var utformad så att de kan göra vad de vill och måste jämfört med Österbotten (276/306 personer i Västerbotten och 153/175 personer i Österbotten). När det gäller att delta i någon form av dagverksamhet eller om de hade någon form av förflyttningshjälpmedel fanns det ingen skillnad mellan länderna (se tabell 6 och 7).

Tabell 6. Antal personer som har trygghetslarm, färdtjänst, deltar i dagverksamhet, är nöjda med bostadens utformning, förflyttningshjälpmedel bland grupperna 85-, 90- och 95-åringar i Västerbotten

	85-åringar n=133	90-åringar n=136	95-åringar n=103
Har du trygghetslarm	50	72	74
Har du tillgång till färdtjänst	67	88	73
Deltar du i någon form av dagverksamhet	37	34	23
Är din bostad utformad så att du kan göra vad du vill och måste	108	95	73
Har du någon form av förflyttningshjälpmedel	79	113	98

Tabell 7. Antal personer som har trygghetslarm, färdtjänst, deltar i dagverksamhet, är nöjda med bostadens utformning, förflyttningshjälpmedel bland grupperna 85-, 90- och 95-åringar i Österbotten

	85-åringar n=85	90-åringar n=72	95-åringar n=72
Har du trygghetslarm	18	23	35
Har du tillgång till färdtjänst	25	18	14
Deltar du i någon form av dagverksamhet	22	21	11
Är din bostad utformad så att du kan göra vad du vill och måste	63	54	36
Har du någon form av förflyttningshjälpmedel	57	60	60

Andra skattningsinstrument i hembesöksmaterialet, 2010-2012

Vidare skattades personerna med en rad olika skattningsinstrument och frågor som här kommer att förklaras och i senare kapitel eventuellt redovisas.

Syner skattades som normal om personen med eller utan glasögon kunde läsa en rad med bokstäver som var skrivna med 4 mm stora bokstäver. Hörseln skattades som normal om personen med eller utan hjälpmedel kunde höra någon prata med normal röst på 1 meters avstånd. Längd mättes med tumstock och dessutom fylldes även i en uppskattning av hur lång personen varit som längst. Vikten mättes med en digital bärbar våg som intervjupersonen alltid hade med sig på hembesöken. Det registrerades även om personen gått ned i vikt de senaste tre månaderna. Överarmens och vadens omkrets mättes i cm. Body Mass Index (BMI) registrerades och BMI räknas ut genom att dividera personens vikt i kilo med personens längd i centimeter i kvadrat (kg/m^2) och är ett mått för att bedöma kroppsvikten i förhållande till kroppslängden. Personens blodtryck (se Molander i denna volym) mättes dels liggande efter 5 minuter (två gånger) och dels stående omedelbart efteråt. Personens puls per minut mättes både liggande och stående.

Nutrition skattades med ett instrument som heter Mini Nutritional Assessment (MNA, Guigoz et al. 1996, Guigoz & Vellas 1999, Vellas et al. 1999) och som används ganska allmänt i många olika sammanhang. Det är ett instrument för att skatta personers nutritionsstatus och det uppfyller vetenskaplig standard och kan användas på mycket gamla människor (Guigoz et al. 1996, Guigoz & Vellas 1999, Vellas et al. 1999, Soini et al. 2004, Harris et al. 2007). Den maximala totalpoängen på MNA är 30 poäng och under 17 poäng tyder på undernäring medan 17-23,5 poäng tyder på risk för undernäring (Se Säätelä och Olofsson i denna volym). För att ytterligare få en dimension av nutritionen tillsattes frågor om nattfasta. Tidpunkten personen åt första och sista födointaget under dygnet nedtecknades samt hur många timmar nattfastan varit.

Personens smärta skattades med frågor om de haft någon värk eller smärta senaste veckan, om de visste vad smärtan berodde på och om de tog någon medicin mot den. Om de svarade ja på sista frågan kom en följdfråga om medicinen hjälper? Därefter skattades smärtan med en Visuellt Analog Skala (VAS, Huskisson 1983) om hur smärtan varit den senaste veckan. Personen fick sätta ett kryss var deras uppskattade smärta var på en 100 mm linje. Linjen sträckte sig från ingen smärta till värsta tänkbara smärta. Samma frågor ställdes även till den personal eller anhöriga som känner personen bäst, d.v.s. de skulle ange ifall personen

haft smärta senaste veckan, vad de tror den beror på och ifall personen hade medicin mot smärtan samt skatta personens smärta med hjälp av VAS.

De mentala processer, som normalt styrs av viljan, och handlar om kunskap, tänkande och information, kan med andra ord benämnas som kognition. I GERDA Botnia-projektet skattades personernas kognition med ett instrument som heter Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein, Folstein & McHugh 1975). MMSE innehåller sex olika delar: orientering, registrering, uppmärksamhet, beräkning, korttidsminne, språk och kopiering och har ett maximalt poäng på 30. Om personen har poäng under 24 tyder detta på en nedsatt kognition. MMSE är ett vanligt använt instrument och har i tidigare studier visat god tillförlitlighet (Jensen, Dehlin & Gustafson 1993, Tombaugh & McIntyre 1992). Det har också visat sig att upprepade MMSE bedömningar kan hjälpa till att upptäcka förändringar över tid som kan utgöra viktig information vid diagnostisering av akut förvirringstillstånd (O'Keeffe, Mulkerrin, Nayeem, Varughese & Pillay 2005).

Vidare användes Organic Brain Syndrome Scale (OBS scale, Jensen, Dehlin & Gustafson, 1993) för att bedöma hur personens medvetenhet och orientering samt för att bedöma skillnaden mellan akut förvirringstillstånd (delirium), demens och depression och andra psykiska störningar. Skalan innehåller två delar: en orienteringsdel och en del för att skatta delirium. Den första delen användes inte för att liknande information ingår i MMSE. Den andra delen är en observationsdel och täcker 39 olika kliniska egenskaper. Den andra delen innehåller information om känslomässiga reaktioner, som till exempel misstänksamhet, illusioner, hallucinationer, språk- och talsvårigheter och neurologiska symtom. Dessa egenskaper baseras på en observation av personen och genom samtal med dennes anhöriga eller vårdgivare. OBS-skalan är utvärderad och jämförd med andra skalor och har visat god tillförlitlighet (Björkelund KB, Larsson S, Gustafson L & Andersson E, 2006). I GERDA Botnia-projektet användes OBS-skalan främst för att bedöma om personen varit akut förvirrad den senaste månaden.

Depressiva symtom skattades med Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15, Yesavage & Sheikh, 1986) och depression med Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS, Montgomery & Åsberg 1979). GDS-15 innehåller 15 frågor som personen ska svara ja eller nej på och är således ganska enkel att utföra och kan därför även användas på personer med viss nedsatt kognitiv förmåga. Maximala poäng på GDS-skalan är 15 poäng. Poäng mellan 5 och 9 tyder på milda depressiva symtom och 10 poäng eller mer tyder på måttliga eller svåra depressiva symtom. MADRS baseras på en klinisk intervju och inkluderar 10 olika symtom på depression. MADRS i GERDA Botnia utfördes enbart i de fall där en läkare eller en

läkarstudent, som var utbildad och tränad i att använda MADRS, gjorde hembesöket (se även Hedberg i denna volym).

Välbefinnande hos äldre bedömdes med hjälp av Philadelphia Geriatric Morale Scale (PGCMS, Lawton 1972, Lawton 1975) översatt till svenska. PGCMS är också en relativt enkel skala att använda eftersom även den bygger på ja- och nej-svar. Skalans frågor är lätta att förstå och den har visat sig vara lämplig för äldre människor, även för personer med minnessvårigheter (Ryden & Knopman 1989). Enligt instruktionsmanualen antyder varje svar med en etta att personen har gott välbefinnande och varje svar med en nolla ett sämre välbefinnande. Totalt kan man få 17 poäng och poäng mellan 13-17 tyder på gott välbefinnande, poäng mellan 10-12 tyder på medelgott och poäng på 9 eller under tyder på sämre välbefinnande (se Eriksson i denna volym). Dessutom fick personerna skatta sin hälsa samt hur deras hälsotillstånd förändrats under senaste året enligt frågor ur SF-36 (Ware & Sherbourne 1992).

Personens fysiska förmåga och huruvida personen klarar sina dagliga aktiviteter med eller utan hjälp skattades dels med Barthel Activities of Daily Living (ADL, Mahoney & Barthel 1965, Collin, Wade, Davies & Horne 1988) och dels med Katz ADL-trappa (Sonn, 1996, en utveckling av Katz Index av ADL, Katz & Ford, 1963). Skalan Barthel har poäng från 0-20, där 20 poäng innebär att personen är helt oberoende i personlig ADL och behöver alltså ingen hjälp att utföra något i sina dagliga aktiviteter. I Barthel ingår urin- och avföringkontinens, toalettbesök, överflyttningar mellan säng-stol och vice versa, förflyttningar, att gå i trappor, att äta, påklädning, personlig vård och bad/dusch. Katz ADL-trappa har två delar, en del med instrumentell ADL, vilket inkluderar att städa, att handla, att kunna förflytta sig och att laga mat. Den andra delen, personlig ADL, inkluderar dusch, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, kontinens och att äta. Båda skalorna bedömer vad personen faktiskt gör, inte vad han/hon skulle kunna göra. En fråga ställdes också om hur ofta personen varit utomhus oberoende av andra, exempelvis gått till affären eller på promenad, samt hur många gånger personen varit utomhus (med eller utan sällskap) den senaste veckan, månaden och året. En fråga ställdes om hur aktiv personen uppskattat sig ha varit under det sista sommar- respektive vinterhalvåret. Gångtest utfördes där personen fick gå en sträcka på 2,4 meter med eller utan hjälpmedel, både i egen takt och så fort personen kunde utan att äventyra något (Guralnik, Ferrucci, Simonsick, Salive & Wallace, 1995). För att skatta personens förmåga att resa sig upp fick personen göra ett test som kallas ”chair-stand” (Thapa, Gideon, Fought, Kormicki & Ray, 1994), men en modifierad version. I testet ”chair-stand” får personen resa sig upp till upprätt position och därefter sätta sig igen. Detta utförs tre

gångar utan hjälp med händerna och på tid.

Upplevd yrsel, fall och inställning till kroppsrörelse och fysisk träning skattades med hjälp av skattningar och frågor inom dessa områden. För att undersöka personens upplevelse av yrsel fick de besvara frågorna om de, de senaste två veckorna upplevt yrsel när de rest sig upp snabbt och om de upplevt yrsel vid ett annat tillfälle än när de rest sig upp snabbt. För att förstå eventuella mönster kring fallolyckor undersöktes inte bara om personen fallit senaste veckan eller senaste året utan också var fallet inträffat, vad de höll på med och om de behövt uppsöka sjukvård efter fallet. Vidare ingick frågan om personen själv upplever sig rädd för att falla både inomhus och utomhus, och om personen förändrat något i omgivningen på grund av detta. Frågor ställdes också om personens inställning till kroppsrörelse och fysisk träning, om personen motionerade regelbundet (minst en gång i veckan) och om han/hon gjort det tidigare. Personerna fick också skatta sin egen syn på kroppsbild och åldersupplevelse.

Frågor ställdes till personal om personen varit utsatt för fysiska begränsningsåtgärder, vilken typ och varför. Med fysiska begränsningsåtgärder menas t.ex. inlåsning eller att man varit fastbunden i en stol eller i säng.

Några frågor ställdes också angående hjälp till någon anhörig, och i så fall vem den äldre hjälper, samt ifall detta påverkat den äldres egen hälsa eller har lett till att den äldre inte kan göra vad han/hon tänkt. Vidare ställdes frågor om personen har möjlighet till avlastning när det behövs, eller om närstående som personen vårdat varit aggressiv den senaste tiden och i så fall på vilket sätt. Även frågor kring ensamhet och trygghet ingick i frågeformuläret, samt om personen hade husdjur eller inte, och om husdjuret var viktigt för personen. Religiösa aktiviteter och frågor kring ekonomi undersöktes också. Ett tillägg gjordes med frågor angående om personen besväras med svettningar, om svettningarna märks, är uthärdliga eller inte, och om de stör de dagliga aktiviteterna. Från enkäten tillkom frågor om samhällstjänst och service för äldre, hur den äldre använder olika tjänster och om ja, vem som utför dessa. Dessutom skattades hur upplevelsen av kvaliteten och tillgängligheten av sjukvård, hemtjänst och särskilt boende var. Personerna svarade även på ifall de upplevde att de hade kontroll över sitt liv och om de är nöjda med livet, kände sig behövda, hade framtidsplaner, livslust, var deprimerad eller led av ensamhet. Dessutom undersöktes om de upplevt något som de skulle vilja beteckna som en kris i livet under de senast 12 månaderna samt om de för tillfället skattade sig som lyckliga eller olyckliga.

Information om medicinska sjukdomar och ordinerade läkemedel inhämtades från personen själv, vårdgivare och/eller anhörig. Uppgifterna kompletterades utifrån personens journal från sjukhus, vårdcentral och/eller institutionen där personen bodde. Definitioner av

alla medicinska sjukdomar gjordes på samma sätt i hela materialet. En läkare med geriatrisk kompetens och lång erfarenhet av att vårda äldre människor granskade journalerna, de skattningar som var gjorda och läkemedelslistorna efter datainsamlingen för att sätta sjukdomsdiagnos. Detta gjordes på samma sätt både i Finland och i Sverige.

Om personen som intervjuades hade 20 poäng eller mer på MMSE fanns ytterligare några skalor att besvara. Bland annat fick de skatta hur de anser att äldreomsorgen i sin kommun uppfyller olika kvalitetskriterier. Det handlade om valfrihet vid val av serviceproducent, personlig integritet, självbestämmanderätt, individuellt anpassad service/omsorg, vård och omsorg på modersmålet, kontinuitet i service/omsorg och utbildad personal inom service/omsorg. Centralt för projektet är hälsa och ett antal skattningsinstrument som berör en persons upplevelse av hälsa användes. Hälsorelaterad livskvalitet skattades med instrumentet SF-12 som mäter självskattad fysisk och psykisk hälsa (Sullivan, Karlsson & Ware, 1995). Inre styrka hos personen skattades med InreStyrka-skalan (Lundman et al., 2011), ett frågeformulär med 20 frågor. Skalan innehåller påståenden som beskriver hur personen kan uppfatta sig själv och sin omvärld och täcker dimensionerna samhörighet, kreativitet, fasthet/beslutsamhet och flexibilitet/töjbarhet. Inre styrka är associerat till välbefinnande och hälsa (se Nygren, Lundman och Viglund i denna volym). För att få ytterligare en dimension på hälsa användes även ett frågeformulär som skattar en persons känsla av sammanhang (Sense of Coherence) vilket inbegriper de tre dimensionerna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Denna skala innefattar 13 frågor och är även den associerad till hälsa och välbefinnande (Antonovsky, 1993).

Sammanfattning

Några få resultat från GERDA-projektet 2005-2008 visades i detta kapitel. Analyserna är enbart beskrivande, vilket innebär att vi inte gjort mer utförliga analyser på vad dessa resultat står för, eller vilka orsaker dessa resultat kan ha. Resultat från hembesöken i GERDA har lett till flera avhandlingar och ännu fler artiklar, både publicerade i vetenskapliga tidskrifter och i andra tidskrifter eller publikationer. Resultaten har också kunnat ge de ansvariga, både politiker och andra ansvariga i kommun och landsting, information om vilka och var brister finns inom vård och omsorg av äldre i Kvarkenregionen. Till exempel förekommer olämplig läkemedelsbehandling, undernäring, bristande rehabilitering och att gamla kvinnor får sämre vård och behandling än män.

Sammanfattningsvis kan man säga att med detta material finns det många frågeställningar som är helt eller delvis besvarade, men att det finns fortfarande många som ännu inte är analyserade. Med denna databas har vi ett fantastiskt material där vi kommer att kunna studera förändringar i hälsan hos gamla människor, och studera riskfaktorer för ohälsa bland mycket gamla människor. Vi har nu för tredje gången gjort samma undersökningar på ett representativt urval av äldre äldre personer i Kvarkenregionen. Med den nya datainsamlingen 2010-2012 kommer databasen att bli ännu större och ge möjlighet att kartlägga hur t.ex. förändringar i livsvillkor kan påverka äldre människors hälsa och livskvalitet.

Referenser

Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine*, 37(8), 969–974.

Björkelund, K. B., Larsson, S., Gustafson, L., Andersson, E. (2006). The Organic Brain Syndrome (OBS) scale: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), 210-22.

Collin, C., Wade, D.T., Davies, S. & Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: A reability study. *International Disability Studies*, 10(2), 61-63.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P. J. (1996). Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition Reviews*, 54, 59-65.

Guigoz, Y., Vellas, B. J., Garry, P. J., Nourhashemi, F., Benaïm, D., Lauque, S, et al. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15, 116-122.

Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Simonsick, E.M., Salive, M.E., & Wallace, R.B. (1995). Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *New England Journal of Medicine*, *332*, 556-561.

Harris, D.G., David, C., Ward, H., & Haboubi, N.Y. (2008). An observational study and screening for malnutrition in elderly people living in sheltered accommodation. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *21*(1), 3-6.

Huskisson, E. (1983). Visual analogue scales. I Melzack, R., editor. *Pain measurement and assessment*. New York: Raven Press.

Jensen, E., Dehlin, O., Gustafson, L. (1993). A comparison between three psychogeriatric rating scales. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *40*, 922-935.

Katz, S., Ford, A., & Moskowitz, R. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, *185*, 914-919.

Lawton, M. (1972). The dimensions of morale. I Kent D, Kastenbaum R, Sherwood S, editors. *Research planning and action for the elderly: the power and potential fo social science*. New York: Behavioral Publications, 144-165.

Lawton, M. (1975) The Philadelphia Geriatric Center Moral Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, *30*, 85-89.

Lundman, B., Viglund, K., Aléx, L., Jonsén, J., Norberg, A., Santamäki Fischer, R., Strandberg, G., & Nygren, B. (2011). Development and psychometric properties of the Inner Strength Scale. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(10), 1266-1274.

Mahoney, F., Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, *14*, 61-65.

Montgomery, S.A., Åsberg, M.A. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, *134*, 382-389.

O'Keeffe, S.T., Mulkerrin, E.C., Nayeem, K., Varughese, M., Pillay, I. (2005). Use of serial Mini-Mental State Examinations to diagnose and monitor delirium in elderly hospital patients. *Journal of American Geriatric Society*, 53(5), 867-870.

Ryden, M.B., Knopman, D. (1989) Assess not assume – measuring the morale of cognitively impaired edlerly. *Journal of Gerontological Nursing*, 15, 27-32.

Yesavage, J.A., & Sheikh, J.I. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1/2),165-173.

Soini, H., Routasalo, P., & Lagström, P. (2004). Characteristics of the Mini Nutritional Assessment in Elderly Home-Care Patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 4, 64-70.

Sonn, U. (1963). Longitudinal studies of dependence in daily life activities among elderly persons. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine Supplement*, 34, 1-35.

Sullivan, M., Karlsson, J., & Ware, J. E., Jr. (1995). The Swedish SF-36 health survey –I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1349–1358.

Thapa, P.B., Gideon, P., Fought, R.I., Kormicki, M., Ray, W.A. (1994). Comparison of clinical and biomechanical measures of balance and mobility in elderly nursing home residets. *Journal of American Geriatric Society*, 42, 493-500.

Tombaugh, T.N., & McIntyre, N.J. (1992) The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of American Geriatric Society*, 40(9), 922-35.

Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P.J., Nourashemi, F., Bennahum, D., Laugue, S., & Albarede J.L. (1999). The Mini Nutritional Assessment and its use in grading the nutritional status in elderly patients. *Nutrition*,15(2), 515-519.

Ware, J.E., Jr., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

Del II. Vårdighet

4. "Yngre tittar på en och tänker, vilken gammal kärring": om åldersdiskriminering och om att behandlas som gammal

Fredrik Snellman, fil.dr., pol.lic., Institutionen för socialt arbete, Umeå Universitet

Inom åldersgrupperna 65-, 70-, 75- och 80-åriga individer i Västerbotten och Österbotten tyckte en av tio att de under det senaste året hade behandlats som gamla. En mindre andel av individerna, mer precist 2,9%, ansåg att de hade blivit diskriminerade på grund av sin ålder under det senaste året. Bland annat det här visar resultaten från GERDA-enkätstudien som genomfördes år 2010 och som besvarades av 6838 individer.

Introduktion

Det här kapitlet beskriver situationer i vilka GERDA-enkätens svarare kärnfullt berättat om sina erfarenheter av att behandlas som gamla och av att ha blivit diskriminerade på grund av ålder. Likt den 70-åriga Vilhelminabosatta kvinnan, vars erfarenhet av att behandlas som gammal kommer till uttryck i kapitlets titel, finns det en lång rad situationsbeskrivningar som är väldigt avslöjande för hur människor anser sig bli bemötta. GERDA-databasen innehåller 558 öppna svar (8,2% av alla returnerade enkäter) om när personer känner sig behandlade som gamla och 177 (2,6%) öppna svar om när personer känner sig diskriminerade. Här erbjuds exempel på 25 "gammalbehandlande" respektive 20 åldersdiskriminerande situationer.

Tidigare och pågående arbeten, som är baserade på GERDA-data, tar även upp temat om åldersdiskriminering (Snellman, Nygård & Jungerstam, in review; Snellman, 2011), om inställningar (attityder) till äldre människor generellt och ålderistiska strukturer i samhället (Snellman, 2009) och om varsebliven åldersbaserad ojämlikhet (Snellman & Krekula, manuskript). Tre iögonfallande resultat skall nämnas i det här sammanhanget. För det första har Snellman, Nygård och Jungerstam (in review) med hjälp av GERDA-data från 2005 och 2010 visat att det finns vissa tendenser till att åldersdiskriminering och negativa inställningar mot äldre som grupp rapporteras i mindre omfattning år 2010 än fem år tidigare. I den studien diskuteras olika tolkningsmöjligheter för hur den trots allt marginella förändringen kan förstås. Den diskussionen handlar om huruvida den marginella förändringen är resultat av hur enkäten är konstruerad (design effekter), av politisk samhällsretorik, av samhällets individualisering eller om förändringen faktiskt visar en reell minskning av

åldersdiskriminering i samhället. För det andra har en av studierna som baseras på 2005-års GERDA-data visat att just inställningsfrågor till äldre som grupp (positiva, neutrala och negativa) har ett underliggande samband med varandra. Inställningsfrågorna uppvisar ett sammanlänkat mönster som är möjligt att förstå som ett tecken på vardaglig ålderism i samhället (Snellman, 2009). Slutligen visar preliminära resultat från en av studierna under bearbetning (Snellman & Krekula, manuskript) bland annat att åldersbaserad ojämlikhet är ett viktigare problemområde bland svararna i Finland, medan könsbaserad ojämlikhet är viktigare bland svararna i Sverige.

Begränsningen i nämnda texter är att de inte tar upp något mera specifikt om vilka situationer som upplevs vara av åldersdiskriminerande karaktär, eller hur det är att behandlas som gammal i det vardagliga livet. Texterna behandlar uttryckligen tendenser, abstrakta svärbegripliga strukturer och gör generaliserade landsjämförelser genom att uttrycka det upplevda med siffror och statistiska metoder. Bakom sådant som är generellt synligt i siffror finns alltid en särskild individ med sin unika upplevelse. Ambitionen i det här kapitlet är därför att visa på det unika innehållet i hur situationer upplevs och vilka situationerna är. För att förverkliga den ambitionen citeras framöver individers upplevelser och en kortfattad överblick presenteras av hur situationsbeskrivningarna kan delas in.

En slags indelning av situationer

En grov indelning som kan göras av de 735 (558 behandlade som gamla, 177 åldersdiskriminerade) beskrivna situationerna är en femkategori-indelning av situationer som förefaller vara oftast återkommande. Erfarenheter av att behandlas som gammal eller av att diskrimineras kan då delas in i något som förekommer i sjukvården, arbetslivet, de nära familjerelationerna (inga beskrivna diskrimineringssituationer), inom data- eller teknikrelaterade frågor och slutligen inom en kategori som kan benämnas allomfattande. Vart och ett av de här områdena exemplifieras senare. Det är skäligt att ha i åtanke att det finns andra indelningsmöjligheter än de föreslagna kategorierna.

Anledningen till att den här indelningen nämns uttryckligen här har endast en funktion. Den anledningen är att vi ofta tenderar att tänka att åldersdiskriminering – kanske även att behandlas som gammal – är något som definitivt förekommer inom arbetslivet. Få skulle förneka att så är fallet. De flesta av oss har åtminstone tagit del av sådan nyhetsrapportering och några av oss kanske själva har sådana erfarenheter. Det samma kan nog också sägas gälla för sjukvården. Emellertid är vi inte lika benägna att tänka på att åldersbaserat särskiljande

förekommer i människors nära familjerelationer eller som en allomfattande – eller kanske till och med universell – problematik som genomsyrar vardagens alla situationer. I en nyligen utkommen bok skriven av Morganroth Gulette (2011) argumenterar författaren vasst för att den här problematiken, som hon kallar ålderism, är ett globalt problem. De fem kategorier som nämns här är ofta återkommande i form av olika sorters skriftliga uttalanden.

Situationer där människor känner sig behandlade som gamla

Erfarenheter av att behandlas som gammal förekommer ofta i de nedtecknade situationerna. Svararna noterar ofta kortfattat att de har erfarenheter av att behandlas som gamla inom "sjukvården", men ger ibland ingen mer detaljerad beskrivning av vad det egentligen handlar om. Men många avger också detaljerade beskrivningar. I en av situationerna uttrycker en 65-årig man från Umeå att han upplevde sig behandlad som gammal i samband med sjukvårdsbesök. Han noterar samtidigt att händelsen har en diskriminerande karaktär för honom. Personen skriver: "knäoperationen, du får vänta för du har åldern emot dig sa läkaren". På liknande sätt skriver också uttryckligen en annan person: "Inom sjukvården" behandlas man som gammal därför att man är "för gammal att satsa på", skriver en 65-årig man från Storuman i Västerbottens inland.

Även om erfarenheterna av att behandlas som gammal oftast förefaller vara av det negativa slaget så är det också viktigt att lyfta fram den positiva sidan av att behandlas som gammal, vilken ibland förekommer i svaren. En 80-årig kvinna från Skellefteå skriver att hon har erfarenhet av att bli "mycket välbehandlad inom sjukvården" och sådana skrivelser förekommer i fler än ett fall.

En 65-årig kvinna från Närpes i södra Österbotten upplever att hon har behandlats som gammal på sin arbetsplats. Hon antecknar i sitt svar att det var "en vikarie på min f.d. arbetsplats som pratade nedlåtande om min ålder och 'gamlingar som borde vara hemma'". En 75-årig man från Nykarleby uttrycker att "i arbetet kommer åldern emot". En situation när man känner sig behandlad som gammal är "på arbetsplatsen (arbetskamrater visar särskild hänsyn)", skriver en 65-årig man från Umeå. Det är svårt att avgöra om den erfarenheten upplevs som problematisk i negativ bemärkelse. Det kan vara både och, men i sammanhanget tolkas situationen som något svararen känner sig obekvämd med. Även en annan svarare, en 65-årig kvinna från Vännäs uttrycker likande erfarenhet när hon sätter till pappers att "i samtal med yngre arbetskamrater kan de ha en lätt overseende blick". Någon beskriven

situation av att behandlas som gammal i positiv bemärkelse finns inte omnämnda på samma självklara sätt som det gör vad gäller sjukvården.

I de nära familjerelationerna förekommer erfarenheter av att behandlas som gammal av både det negativa och positiva slaget. Ofta skriver svarandena allmänt att erfarenheterna kommer från ”barnen” och deras attityder, maken eller maken (”vaimo näkättää” - frun tjuvar), och även barnbarnens roll omnämns. En man bosatt i Jakobstad, som är 75 år, uttrycker att hans erfarenhet kommer ”av barnen i skogsarbete”. Det förefaller vara rätt rimligt att förstå det uttrycket som att hans barn – förmodligen av största omtanke – kalkylerar med att fadern för sin egen skull inte borde befatta sig med skogsarbete längre. Men det sker kanskeoreflekterat över vilket mervärde hans arbete fortfarande genererar eller vilken självförverkligande funktion det har för honom själv. Det finns också andra något mer svårtolkade uttryck av att behandlas som gammal. En 65-årig kvinna från Närpes skriver att hon betraktats som gammal ”när barnbarnet (4 år) säger att ’fammo du är en gammal tant, men det syns inte så bra när du har kläderna på’”. Med tanke på att det är barnbarnet som sagt på det här sättet är det kanske ändå rimligt att erfarenheten har positiva förtecken, vilket den sannolikt inte skulle ha ifall det hade varit en jämnårig som uttalade ungefär det samma. Å andra sidan är det något som inte händer i och med att de allra flesta har lärt sig konventionerna kring vad som är accepterat och inte vid vissa åldrar. Ett tydligare exempel kommer däremot från en person: ”I samspråk med min sonhustru alltför ofta” tycker en 80-årig kvinna från Storuman att hon behandlas som gammal.

Erfarenheter av att behandlas som gammal är något som också rätt ofta förekommer inom det data- och teknikrelaterade området. Här kan det handla om något så specifikt som att man ”i affärer men endast av unga expediter vid betalning med chipkort” blir behandlad som gammal. Detta uttrycker en 65-årig man från Nykarleby. På ett liknande sätt skildrar en 75-årig kvinna från Vasa en betalningssituation där hon tillfrågats ifall: ”muistatko tunnusluvun? Voisi kysyä KÄYTÄTKÖ tunnuslukua?” [kommer du ihåg PIN-koden? De kunde fråga ANVÄNDER du PIN-koden?]. En förståelse av det här är att kvinnan bemöts som gammal med minnessvårigheter baserat på hennes yttre utseende. Viktigt att synliggöra är att många äldre behärskar ny teknologi och att omgivningens motsatta förväntan stör. ”Man förutsätter att jag inte klarar datorer, mobiler, m.fl., sådant jag (o många med mig) jobbat länge med” skriver en 65-årig kvinna från Umeå.

Slutligen har vi så det sista området av erfarenheter av att behandlas som gammal – det allomfattande – det som sker i tilltal och i samtal med andra människor. Det allomfattande är kanske det viktigaste i sammanhanget att synliggöra, eftersom den här sortens erfarenheter är

de som är de mest undångömda. De blir undångömda på så sätt att de sker hela tiden och överallt och just därför inte betraktas som problematiska även om händelserna regelbundet ligger på ytan. Det allomfattande sker enligt flera svarare ”jokaisena päivänä, kaikissa elämäntilanteissa” [varje dag, i alla livssituationer]. Detta skriver uttryckligen en 80-årig kvinna från Storkyro. Behandlad som gammal blir man kort och gott i ”alla” situationer, noterar en 65-årig man från Pedersöre. ”Vid besök av musikunderhållning (Jazz), yttrande från obekant: ’oj jag ser att pensionhemmet har brunnit’”, är en erfarenhet som en 75-årig man från Skellefteå delar med sig av. Att man känner sig behandlad som gammal sker också i ”jakten”, vilket västerbottniska – men inga österbottniska – jägare nämner. En 70-årig kvinna från Jakobstad känner sig gammal ”när jag försöker klä mig fint och det inte är så lätt”. Även andra individer noterar det här med kläder som bekymmersamt.

Vidare om det allomfattande finns rätt många som i likhet med den 80-åriga kvinnan från Vilhelmina tycker att situationerna är ”inga särskilda men är man gammal så är man”. Ett slags tecken kan det vara på att stämpeln gammal och allt det medför är internaliserat (Whitbourne & Sneed, 2002) och underförstått att då skall också människor behandlas som gamla. På liknande sätt skriver en 75-årig man från Umeå att det är ”ingen spec. situation. Kanske bara en egen känsla i vissa sammanhang”, på ett sätt som tycks betyda att den känslan inte tycks ha något som helst egenvärde i sig. En 65-årig kvinna från Umeå dryftar sina förväntningar på att framöver behandlas som gammal genom att skriva: ”(inte än)”.

Situationer som känns åldersdiskriminerande

Känslor av att diskrimineras på grund av sin ålder förekommer inte lika ofta som erfarenheter av att behandlas som gammal, vilket noterades inledningsvis i kapitlet. Det mesta som omnämns framstår som åldersdiskriminerande situationer av det negativt upplevda slaget. Även om forskare tidigare har pekat på att diskriminering också kan vara av det positiva slaget (Palmore, 1999) så förekommer inga positiva beskrivningar i det här sammanhanget. Förekomsten av positiv diskriminering har också i viss mån ifrågasatts av andra forskare (Schonfield, 1982). Tidigare forskning har tydliggjort att diskrimineringsuttrycken är många (Pasupathi & Löckenhoff, 2002).

Sjukvårdsrelaterad känsla av åldersdiskriminering är vanligt förekommande i det som svararna antecknar. Rätt ofta skrivs det bara ut att det är inom ”sjukvård” där känslan av åldersdiskriminering uppkommer. Mera detaljerade beskrivningar som exemplifierar vad det kan handla om finns dock beskrivna i en del fall. En 80-årig kvinna, som upplever sig

behandlad som gammal i alla sammanhang, exemplifierar också en diskrimineringsituation: ”esim. reumakontrollit lopetettu keskussairaalassa kun 80 vuotta tuli täyteen” [ex. reumakontrollerna vid centralsjukhuset avslutades vid uppnådda 80 år]. En 80-årig kvinna från Skellefteå skriver på liknande sätt: ”vid behov av op. [operation] är det nödvändigt i din ålder”. Att uppleva sig som åldersdiskriminerad dyker inte bara upp bland de äldre åldersgrupperna, utan börjar redan i tidigare åldrar. Åldersdiskriminerad upplever sig även den 65-åriga kvinnan från Vasa vara som skriver: ”kun olin alle 65 en esim. päässyt vanhusten palveluihin, vaikka olin ollut jo 10v eläkkeellä” [när jag var under 65 fick jag inte tjänster ämnade för åldringar, fastän jag hade varit pensionerad i 10år]. Hos en 65-årig kvinna från Korsholm uppkommer en känsla av åldersdiskriminering på sjukhuset: ”sairaalassa lääkäri sanoi että olen vanha minulle tehtävään hoitoon” [på sjukhuset sa läkaren att jag är gammal för den behandling jag får]. En 70-årig kvinna från Nykarleby skriver: ”ex: fastän jag är frisk och inte har mediciner, fick jag inte ge blod då jag är över 66 år”. I Finland har det formellt lagts en gräns på 65 år för att få ge blod och man hänvisar till europeiska direktiv för den gränsen (Röda Korset, 2010). Andersson (2008) uppmärksammar oss på att dylika gränssättningar kan vara godtyckliga. Han nämner, bland många andra viktiga observationer, att också Sverige har en åldersgräns för blodgivning på 65 år. Polen däremot har en gräns på 55 år och Nederländerna en gräns på 70 år. Det finns inget långsökt i att de här utfallen hänger intimt samman med hur vi använder ålder och vilka egenskaper vi tillskriver ålder i vårt samhälle. Människors blod duger – eller duger inte – inom ett godtyckligt spann av 20 år.

Åldersdiskriminerande erfarenheter från arbetslivet är också återkommande. En 65-årig man från Närpes har blivit ”ombedd att söka pension” och listar det som en källa till att ha diskriminerats på grund av sin ålder. En 65-årig kvinna från Umeå ger yttryck för att hon kände sig diskriminerad ”när jag sökte extra jobb och blev tilltalad som om jag inte hade en enda fungerande hjärncell”. En 65-årig kvinna i Kronoby skriver på liknande sätt att ”työelämässä olisi haluttu että lähtee eläkkeelle aikaisemmin” [i arbetslivet fanns det en önskan om att gå tidigare i pension]. ”Ej aktuell ens för kortare vikariat”, skriver en 65-årig man från Skellefteå. Diskriminering på grund av ålder sägs förekomma ”Vid olika situationer på jobbet (tex. Du som står med en fot i graven varför jobbar du ännu)”, menar en 65 årig man från Lycksele.

Något att ta fasta på vad gäller erfarenheter av åldersrelaterat särskiljande i de nära familjrelationerna är att inga sådana situationer beskrivs där de sammankopplas med just diskriminering. Åldersdiskrimineringen upplevs följaktligen ske någon annanstans än i den

närmaste familjekretsen. I nära familjerelationer upplever sig individer behandlade som gamla – inte som åldersdiskriminerade.

En känsla av att bli diskriminerad på grund av ålder dyker dock återigen upp i data- och teknikrelaterade frågor. En 70-årig kvinna från Oravais menar att det kan kännas åldersdiskriminerande ”då man inte kan på datorn den finns men kan inte”. Vid införskaffande av ny kommunikationsutrustning tyckte en 65-årig kvinna från Umeå att hon blev diskriminerad: ”vid köp av mobiltelefon när mitt barn med respektive var med. Expediten pratade över mitt huvud”. Om liknande erfarenhet skriver en 70-årig kvinna bosatt i Robertsfors. Hon kände sig åldersdiskriminerad ”när jag inte fick köpa vilken mobil som helst”. Det är inte för intet som Krekula (2009) mycket väl, men måhända något vardagsfrånvänt, teoretiserar om processen ålderskodning. I det här sistnämnda fallet framstår det som ofrånkomligt att lämpligheten att använda olika modeller av mobiltelefoner är styrt, eller kodat, baserat på vilken ålder personen som skall använda den har.

Slutligen finns även här sådana situationer som kan förstås som ett uttryck för någon slags allomfattande åldersdiskriminering. Den upplevda åldersdiskrimineringens allomfattning syns till exempel genom skrivningar som ”om det gamla beprövat i åsikter inte går ihop med de ungas åsikter” (75-årig man från Närpes). En diskriminerande reaktion beskrivs av en 65-årig kvinna från Korsholm: ”tulee eteen sellaisia tilanteita useasti, että meillä vanhoilla ei ole aivoja” [det kommer ofta upp sådana situationer, att vi gamla inte har någon hjärna]. En 80-årig kvinna i Jakobstad skriver att hon åldersdiskrimineras ”av unga oerfarna av livet anställda flickor vid ex. servering av mat och som behandlar oss äldre som om vi vore nummer i en rad”.

Även om det ibland förekommer att äldre lyfter fram diskriminering som de uppfattar att ungdomar ger upphov till, är det inte bara ungdomar som utgör en källa till erfarenheterna. En 75-årig kvinna från Lycksele noterar en åldersdiskriminerande situation ”när man ska försöka ta sig fram, ibland blivit skrattad åt. OBS! Av jämnåriga ej av ungdom”. Även om åldersdiskriminering i just det här sammanhanget handlar specifikt om äldre (65+) människors erfarenheter och känslor, så finns nog anledning att tänka på att åldersdiskriminering är något som åstadkoms och upplevs mellan alla olika typer av åldrar och att handlingarna går i alla möjliga riktningar.

Tecken på allomfattande åldersdiskriminering tar sig uttryck i upplevd total ignorans hos en 75-årig kvinna bosatt i Lillkyro som skriver: ”Esim. Määrätyissä myymälöissä ei vanhempaa ihmistä-/naista noteerata lainkaan” [t.ex. i vissa butiker noteras inte en äldre människa-/kvinna överhuvudtaget]. Det här citatet visar också att det ibland kan vara svårt för

människor att avgöra den egentliga orsaken till varför man blev diskriminerad. Var det på grund av att personen var gammal och hade en viss ålder eller var det på grund av att personen var kvinna eller var det kanske till och med båda delarna? I vetenskapliga sammanhang har den här ”dubbelheten” diskuterats tidigare (Sontag, 1978; Gibson, 1996), bland annat i termer av intersektionalitet (de los Reyes & Mulinari, 2005). Intersektionalitet betyder i korthet att två socialt organiserande principer korsar eller skär igenom varandra.

Sist bör nämnas att det även finns individer som måhända vill tona ner problematiken en aning om att det skulle vara diskriminering det handlar om. En 65-årig kvinna från Vasa skriver att det finns ”viss nonchalans, inte så stort, för det mesta alldeles okey” på den öppna frågan om hon upplevt någon åldersdiskriminerande situation. Det kan förstås mycket väl vara så att det känns på det sättet för den här individen och att det är precis så; inget stort problem. Läger vi ett annat färgfilter framför kamerans objektiv så är det möjligt att den här individen rättfärdigar ett i grunden diskriminerande system. Tidigare forskning har visat att de individer som är mest förfördelade av ett visst sorts (diskriminerande) system samtidigt – egendomligt nog – är de som också är mest benägna att upprätthålla det förfördelande systemet (Jost, Banaji & Nosek, 2004).

En avslutande bild om ålderism

Av de situationsbeskrivningar som tagits upp har vissa åtföljts av ett resonemang med återkoppling till annan forskning och vissa situationer står okommenterade. Mycket mer hade kunnat sägas om de olika situationerna och den indelning som de inordnats under. Därför bör det synliggjorda ses som uppslag till vilka områden och vilka situationer i samhället där fördjupad forskning med goda skäl kan företas.

Samtliga situationsbeskrivningar som har listats ovan är observerbara (manifesta). Det är människor själva som av egen fri vilja har valt att skriva ner utsagorna antingen under epitetet att behandlas som gammal eller att diskrimineras på grund av ålder. De är vardag för många individer som lever i den region som GERDA-projektet har studerat. Tanken med att i texten nämna från vilka kommuner svararna kommer har varit att visa att problematiken finns lite varstans. Problematiken är inte unik för vare sig landsbygd eller stad, män eller kvinnor, yngre eller äldre. Det manifesta problemet består inte bara av en klump siffror i en abstrakt vetenskaplig publikation.

De manifesta situationsbeskrivningarna kan med vägledning av forskning som Bytheway (2011) eller Morganroth Gullette (2011) tillhandahåller med fog antas bygga på ett

underliggande (latent) system av ålderism. Även Andersson (2008) har skrivit en bok på svenska där han gör slutledningar om att det är just ålderism det handlar om. Själv har jag tidigare ställt mig undrande till huruvida det är rimligt att benämna den här typen av erfarenheter som ålderism (Snellman, 2011). Att ta del av de här utsagorna har gjort mig en gnutta mindre undrande. Samtidigt bör betänkas att enskilda individer kanske hellre skulle se en annan slags argumentation om problematiken. Kanske är ”åldersnoja” eller ”åldersmobbing”, som uttrycks av två av GERDA-enkätens svarare, mera begripliga. Ålderism specifikt – måhända i betydelser som åldersnoja, åldersmobbing, eller en betydande andel av de manifesta situationer som framgår i det här avsnittet – har framställts som ett hot mot det goda åldrandet (Angus & Reeve, 2006). Angus och Reeve skriver tänkvärt att:

Ålderistiska antaganden impregneras i sociala strukturer såsom arbetsplatsen, i byråkratin, i offentliga institutioner, och i sjukvårdssystemet. Ålderism kan manifesteras genom individuella diskrimineringshandlingar och kan få genomslag i en vidare bemärkelse genom inverkan på vetenskaplig forskning, policy, program, och lagstiftning som berör äldre människor. Innebörden i ålderistiska attityder gentemot äldre människor berör oss alla och kräver proaktiva genmälen från oss alla [forskarens översättning]. (2006, 138).

Det kan sägas att det vi ser i de nedtecknade situationsbeskrivningarna är en problematik som berör språkliga nyanser. I nyanserna finns något som har en väldigt stark genomslagskraft hos många människor. I och med att de här nyanserna har den här genomslagskraften så blir det också ytterst viktigt att vi gör oss medvetna om problematiken i allt större omfattning. När något är manifesterat på olika sätt i vårt vardagliga språkbruk brukar det i vetenskapliga sammanhang beskrivas som någonting diskursivt (Snellman, 2009; Lundgren, 2010; Lundgren & Ljuslinder, 2011). Om det stämmer att ålderism är diskursivt, det vill säga förekommer på många olika sätt i vardagligt språk och har konsekvenser – vilket i någon mån faktiskt visats i kapitlet – finns ju också en påtaglig risk att det är något som sker ofta. Dessutom sker detta på ett sätt som vi inte noterar just på grund av den vanliga förekomsten. Om ålderism pågår ofta och regelbundet på det sätt som visats här kan det i sig vara en anledning och ett av hindren till att det inte väcker något vetenskapligt intresse. Problematiken kring ålderism saknar på ett sätt vetenskapligt och politiskt vridmoment. Det finns skäl att förundras och bekymras över var vi hamnar om problematiken inte systematiskt

kan dokumenteras. Kanske vi är där nu, vid den punkt då det är dags att ge problematiken en större synlighet (jfr Nikander, 2009).

Hursomhelst, det finns människor som har erfarenheter av att ha behandlats som gamla eller av att ha diskriminerats på grund av sin ålder. Den erfarenheten behöver tas på största allvar, eftersom forskning har visat att upplevd diskriminering hänger samman med sämre psykologiskt välbefinnande (Garstka, Schmitt, Branscombe & Lee Hummert, 2004). Hur mycket behöver vi tänka efter innan vi inser – och agerar med utgångspunkt i – problematikens omfattning och utstuderade undangömdhet? Thompson skriver att ”om vi inte aktivt simmar mot strömmen av kulturell och institutionell ålderism, kommer vi att svepas med av den, sådan är styrkan i ålderistisk ideologi” [författarens översättning] (2006, 103).

Det fortsatta arbetet tar nu vid genom att vi själva börjar ifrågasätta våra stillatigande antaganden om den ålderistiska verkligheten.

Referenser

Andersson, L. (2008). *Ålderism*. Lund: Studentlitteratur.

Angus, J., & Reeve, P. (2006). Ageism: a threat to “aging well” in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology*, 25(2), 137-152.

Bytheway, B. (2011). *Unmasking age. The significance of age for social research*. Bristol: Polity Press.

de los Reyes, P., & Mulinari, D. (2005). *Intersektionalitet, Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Malmö: Liber.

Garstka, T. A., Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., & Lee Hummert, M. (2004). How young and older adults differ in their responses to perceived age discrimination. *Psychology and Aging*, 19(2), 326-335.

Gibson, D. (1996). Broken down by age and gender: ”The problem of old women” redefined. *Gender & Society*, 10(4), 433-448.

- Jost, J. T., Banaji, M. R., & Nosek, B. A. (2004). A decade of system justification theory: Accumulated evidence of conscious and unconscious bolstering of the status quo. *Political Psychology, 25*(6), 881-919.
- Krekula, C. (2009). Age coding – on age-based practices of distinction. *International Journal of Ageing and Later Life, 4*(2), 7-31.
- Lundgren, AS. (2010). “In the good old days”: Insidious nostalgia and the constitution of old age identity. *Journal of Aging Studies, 24*, 248-256.
- Lundgren, AS., & Ljuslinder, K. (2011). Problematic demography: Representations of population ageing in the Swedish daily press. *Population Ageing, 4*, 165-183.
- Morganroth Gulette, M. (2011). *Agewise. Fighting the new ageism in America*. Chicago/London: University of Chicago Press.
- Nikander, P. (2009). Doing change and continuity: age identity and the micro-macro divide. *Ageing & Society, 29*, 863-881.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism. Negative and positive*. New York: Springer.
- Pasupathi, M., & Löckenhoff, C. E. (2002). Ageist behaviour. Ingår i Nelson, T. D. (red.), *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: The MIT press.
- Röda Korset (2010). *Den övre åldersgränsen tryggar blodgivarens egen säkerhet*. Tillgänglig: <http://www.veripalvelu.fi/www/2716> (hämtad 18 jan 2012).
- Schonfield, D. (1982). Who is stereotyping whom and why? *The Gerontologist, 22*(3), 267-272.
- Snellman, F. (2009). *”Gammfolket” – om livserfarenheter och vardagens ålderism*. Akademisk doktorsavhandling. Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet. Umeå: Umeå Universitet.

Snellman, F. , & Krekula, C. (manuskript). *Gender- and age-based inequality: Perceptions among elderly women and men in Sweden and Finland.*

Snellman, F., Nygård, M., & Jungerstam, S. (in review). *Conceptions and tendencies of age discrimination among elderly people in Finland and Sweden.*

Snellman, F. (2011). "Ålderspension – det är ett jävligt ord det tycker jag": begreppet ålderism och några av dess vardagliga uttryck. Ingår i Nygård, M., & Finnäs, F. (red), *Hälsa och välfärd i ett föränderligt samhälle*. Åbo: Åbo Akademis Förlag.

Sontag, S. (1978). The double standard of ageing. Ingår i Carver, V., & Liddiard, P. (red.), *An ageing population: A reader and sourcebook*. Sevenoaks, Kent: Hodder & Stoughton in ass. Open University Press.

Thompson, N. (2006). *Anti-discriminatory practice*. New York: Palgrave Macmillan.

Whitbourne, S. K., & Sneed, J. R. (2002). The paradox of well-being, identity processes, and stereotype threat: Agesim and its potential relationships to the self in later life. Ingår i Nelson, T. D. (red.), *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: The MIT press.

5. Ökat självständigt boende för äldre i Österbotten?

Annika Wentjärvi, pol.mag, projektforskare, Yrkeshögskolan Novia, Vasa

Enligt nationella rekommendationer skall de flesta över 75 år bo hemma, endast 3% skall bo på ålderdomshem eller vårdas på hälsocentralernas långvårdsavdelningar. Från de äldres sida finns också långt samma önskan om att få bo hemma så länge som möjligt. Demografiska uppgifter visar att majoriteten av personerna i åldersgruppen över 75 år är kvinnor. Enligt resultat från enkätundersökningen i Interreg-projektet GERDA Botnia är det samtidigt speciellt de äldre kvinnorna som skattar sin hälsa som sämre än vad män och yngre äldre kvinnor gör, de äldre kvinnorna bor också oftare ensamma och uppger oftare att de har problem med ekonomin, samt att de oftare lider av ensamhet. Ett ökat fortsatt tryggt hemmaboende vinner på att förknippas med ökade välfärdsfrämjande individuella stöd- och serviceåtgärder, baserade på varierande personliga behov.

Bakgrund och syfte

På frågan om var människor vill bo är svaret för det mesta givet: de flesta vill bo hemma oberoende av ålder eller kön, ofta också oberoende av hälsotillstånd. En strävan efter att bo hemma i eget hem så länge som möjligt, även i högre ålder, finns förutom hos de äldre själva, också som mål i de statliga finländska rekommendationerna: ”91-92% av personerna över 75 år bor hemma självständigt eller med hjälp av ändamålsenliga stöd- och servicetjänster år 2012” (Social- och hälsovårdsministeriet, 2008). Då önskemålen om boende långt är lika från såväl de äldres som från statligt håll är det skäl att kartlägga yngre äldre personers nuvarande livssituation och livsvillkor, samt vad det betyder för deras förutsättningar att bo hemma i allt högre ålder. För hur känns det om hemmet blir en belastning, då utomhusarbeten känns övermäktiga eller huset borde renoveras? Finns det då reella möjligheter till ändamålsenligt stöd för hemmaboende?

Syftet med detta kapitel är att närmare deskriptivt studera äldre personers nuvarande livssituation som bakgrund till möjligheter och utmaningar med avseende på självständigt boende. Förutom en kartläggning av den konkreta boendemiljön är det skäl att också påminna om att även andra faktorer påverkar ett gott boende. En bredare synvinkel på faktorer som inverkar på ett tryggt boende på äldre dagar utgörs av nationella rekommendationer för teman vid förebyggande hembesök (THL, 2012). Till dessa rekommenderade teman räknas den

äldres hälsa, ADL-förmåga, boendeförhållanden, socialt nätverk och delaktighet, ekonomiska resurser, servicebehov och tillgängligt serviceutbud. Samtidigt visar sig vanliga orsaker till att äldre flyttar hemifrån vara demens, ensamhet och otrygghet, sjukdom eller nedsatt funktionsförmåga, olämplig bostad, hög ålder, kontinuerligt vård- och servicebehov (Koskinen et al., 1998; Kivelä et al., 2011). De individuella variationerna är naturligtvis omfattande och avsikten blir härmed att presentera generella aspekter på faktorer som påverkar ett självständigt hemmaboende. Detta kapitel fokuserar därför på centrala faktorer som ansluter sig till den äldres självständiga hemmaboende i Österbotten, baserat på ovanstående kunskap och på resultaten från GERDA-enkäten 2010, som skickades ut till alla personer i åldersgrupperna 65, 70, 75 och 80 år (födda 1945, 1940, 1935 och 1930) i både Österbotten och Västerbotten. I Österbotten skickades 5271 enkäter ut och 3059 enkäter returnerades vilket ger en svarsandel på 58% (se Wentjärvi, Sund och Pellfolk i denna volym). *De faktorer vi ser närmare på gäller således, förutom boende: hälsa, socialt nätverk och ensamhet, aktiviteter, trygghet, ekonomi och servicetillgänglighet*⁴.

Hur bor äldre?

Resultaten visar att de flesta som besvarat GERDA-enkäten i Österbotten bor i egnahemshus⁵. Analyseras boendet ur ett åldersperspektiv ser vi att av de 65-åriga svarande bor ca 70% i egnahemshus och av de 80-åriga har andelen sjunkit till ca hälften. En hög andel av de äldre som besvarade enkäten bor också i lägenhet. De flesta uppger att de är nöjda med sitt boende.

Bland de så kallade yngre äldre bor de flesta tillsammans med någon, och eftersom de flesta är gifta bor de med make/maka. Delar vi in de svarande efter ålder ser vi ändå skillnader, så att äldre oftare bor ensamma än yngre i målgruppen. Orsakerna här finns i att svarande blivit änka/änkling. Ser vi också till kön ser vi att kvinnor betydligt oftare bor ensamma än män, och då speciellt de äldre kvinnorna. De flesta män bor tillsammans med någon, oftast maka ännu vid 80-års ålder; knappt 30% av männen uppger att de bor ensamma vid den åldern. För kvinnornas del är situationen en annan. För dem är ensamboende betydligt vanligare, och av de tillfrågade 80-åriga kvinnorna uppger knappt 60% att de bor ensamma. (Se tabell 1.)

⁴ Då vi på basen av enkätuppgifterna inte fastställer demens, ingår inte denna som en av de faktorer vi jämför, inte heller ADL-förmåga tas upp här då målgruppen är de yngre äldre, som vanligtvis har ett högt ADL.

⁵ Benämningen egnahemshus motsvaras i Sverige av villa.

Tabell 1. Översikt av svaranden i GERDA-enkäten 2010 i Österbotten

	65 år %	70 år %	75 år %	80 år %	Totalt % (n=3059)
<i>Ålder</i>	40	22	21	17	100
<i>Kön</i>					
Kvinnor	55	52	57	62	56
Män	45	48	43	38	44
<i>Civilstånd</i>					
Gift	78	72	68	57	71
Sambo	5	5	3	2	4
Skild	8	8	4	5	7
Ogift	3	3	6	5	4
Änka/änkling	6	12	19	33	15
<i>Boendeform</i>					
Egnahemshus	69	63	58	53	63
Radhus	10	11	11	12	11
Lägenhet	20	25	29	32	25
Särskilt boende	0	1	2	3	1

Självskattad hälsa bland äldre

Hälsa nämns ofta som en viktig förutsättning för hemmaboende och enligt enkätdata från projektet "För eget hem" år 2005 i Österbotten upplever äldre framförallt den egna hälsan, som det största hindret för fortsatt hemmaboende (Säätelä et al., 2006; Wentjärvi & Pellfolk, 2010). I materialet ser vi att kvinnor och män skattar sin hälsa olika, så att kvinnorna oftare skattar sin hälsa som sämre än vad männen gör. Det finns också skillnader mellan åldersgrupperna så att äldre skattar sin hälsa sämre än yngre. Den egna hälsan som åtminstone god, skattar 38% av de 80-åriga kvinnorna och 41% av männen i motsvarande åldergrupp. Av kvinnorna i åldern 65 skattar däremot 72% sin hälsa som åtminstone god, respektive 70% av männen i samma åldergrupp.

Ohälsa kan stödas på många sätt för att ändå göra hemmaboende möjligt. Enligt en undersökning på Institutet för hälsa och välfärd (THL, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos) anser endast en bråkdel av äldre tillfrågade som har närstående vårdare att de skulle ha det bättre annanstans än hemma, och enligt ännu opublicerade uppgifter kunde viljan att flytta bort hemifrån också kunna hänga samman med depression eller ensamhet (Finne-Soveri, 16.1.2012, Finne-Soveri 2012b, 65). På basen av GERDA-enkäten kan också påvisas att kvinnorna oftare lider av ensamhet än männen, och att ensamhetskänslan stiger ju äldre grupper vi ser på: 19% av kvinnorna i åldern 80 år uppger att de lider av ensamhet mot 10% av männen. I åldern 65 uppger 10% av kvinnorna och 9% av männen att de lider av ensamhet.

Vad gäller känslan av trygghet är den mycket stark för båda könen och åldersgrupperna (jämför Wentjärvi & Jungerstam, 2011).

Många äldre nämner anhörigas betydelse för att få vardagen att fungera och de flesta nämner någon anhörig som viktig i vardagen. När det gäller aktiviteter ser vi att de tillfrågade uppger ganska traditionella aktivitetsmönster, så att män oftare tar ansvar för och utför utomhussysslor och kvinnor oftare tar ansvar för och utför hushållssysslor (se även Jungerstam & Wentjärvi i denna volym).

Tillgång till service- och serviceanvändning

I åldersgrupperna 65-80 år visade enkätresultaten att serviceanvändningen är mycket liten. Enkätmaterialen ger inte utrymme åt entydiga slutsatser om huruvida orsaken hittas i lågt behov bland de yngre äldre – eller i dålig tillgänglighet eller litet utbud av service. Som exempel på den låga användningen kan nämnas att färdtjänst användes av drygt 3% av de svarande, andra serviceformer användes till och med av en ännu mindre andel (t.ex. hemtjänst användes av 2%, matservice av 2%, trygghetstjänst av 2%, bostadens skötsel/inköp av 3%, hemsjukvård av 2% av de svarande). Trots den låga användningen av samhällliga tjänster uppger de flesta att de har anhöriga som är viktiga för att få vardagen att fungera, främst make/maka och barn.

Tillgång till service i närheten av hemmet underlättar möjligheten att bo hemma självständigt. I enkäten har de svarande fått rangordna de viktigaste serviceinrättningarna i närheten av hemmet, som allra viktigast upplevdes närheten till en livsmedelsaffär. Att hälsofrågor är centrala i de äldres liv framkom i att vårdcentral och apotek också önskades i närheten av hemmet, samt att bank och post beläget nära hemmet är att föredra.

Ensamboende och ekonomi

I GERDA-enkätens resultat uppger fyra äldre av tio att de har svårigheter med ekonomin, denna andel växer beroende av kön och ålder, så att kvinnor och äldre personer uppger mer problem (jämför Wentjärvi et al., 2011 samt Jungerstam & Wentjärvi i denna volym). Då andelen ensamboende har ökat nationellt (Inrikesministeriet, 2011), ville vi genom enkätresultaten analysera huruvida civilstånd påverkar de ekonomiska realiteterna bland äldre. På basen av resultaten fann vi att kvinnorna överlag hade mer ekonomiska svårigheter än männen. Mest svårigheter hade skilda kvinnor, medan att vara gift påverkade ekonomin

positivt. Bland männen var det änkringarna som uppgav att de hade mest ekonomiska svårigheter. (Se tabell 2). Även i de fria kommentarerna i enkäten framkom att äktenskap och delad ekonomi gynnar den ekonomiska situationen för äldre. (Jämför Jungerstam, Wentjärvi & Säätelä, 2011).

Tabell 2. Svårigheter med ekonomin beroende på civilstånd och kön (%), Österbotten.

Kön	Gift	Sambo	Skild	Ogift	Änka/änkling
Kvinnor	38	49	62	46	46
Män	34	40	43	41	49
Totalt	36	44	56	44	46

”Ekonomin klarar jag inte utan min make” Kvinna 80 år

”Ekonomin, matlagning, städning, klädvård o.d. fungerar väl så länge min maka och jag har möjlighet att dela på sysslorna och pensionerna” Man 70 år

Slutsatser

Nästan alla äldre personer över 75 år i Finland rekommenderas att bo hemma framöver. Majoriteten av befolkningen i hög ålder utgörs av kvinnor, och i Österbotten bor dessa kvinnor ofta i egnahemshus – och många bor ensamma. De äldre kvinnorna skattar oftare sin hälsa som sämre än andra tillfrågade, och de uppger oftare att de har problem med ekonomin. Samtidigt uppger de äldre kvinnorna ändå att de är nöjda med sitt liv. Det är dessa äldre ensamboende kvinnor som förväntas och rekommenderas bo hemma självständigt i allt högre utsträckning i framtiden. För att lyckas med detta bör vi klargöra samhällets prioriteringar för den äldre befolkningen och utreda den åldrande befolkningens verkliga behov. I högre utsträckning än tidigare behöver vi göra de äldre delaktiga i beslutsprocesserna och vid planeringen av en utökad öppenvård i och med de statliga rekommendationerna. Vid förebyggande hembesök, eller välfärdsfrämjande hembesök (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009), rekommenderas att livssituationen för äldre personer, vanligen de över 75 år, utreds samt att de informeras om tillgänglig service och stöd. Att ta med de äldre i processerna kan ge nya synvinklar och skapa nytänkande, vilket kan ske till exempel genom förebyggande hembesök eller *Citizens jury*s (jfr Bower, 2012; EBS 2012). En *Citizens jury* i form av ett medborgarråd för äldre genomfördes år 2011 i Vasa, och i några av de 18 förslagen för bland annat ett bra boende för äldre personer framfördes behovet av att planera

servicen individuellt och tillräckligt, samt att utveckla stödet till närståendevården (jfr Bower, 2012).

Det väsentliga är att ta hänsyn till individuella behov, då färdiga servicepaket inte nödvändigtvis fyller alla behov. Härutöver kan tätortsboende skilja sig från glesbygdsboende. Då de flesta i landskapet bor i egnahemshus ser vi att reella möjligheter till service gällande bland annat transporter, ”gårdskarlsarbeten”, bostadsfrämjande åtgärder och vänverksamhet ytterligare behöver gynnas för att kunna upprätthålla ett gott boende för alla äldre hemmaboende.

Referenser

Bower (2012). Äldre personers medborgarråd 17–18.11, 21–22.11.2011, Vasa. Första i Finland. *Vad är ett gott liv och ett bra boende för äldre personer och hur förverkliga det?* Slutrapport. Tillgänglig: http://blog.uwasa.fi/midcom-serveattachmentguid-1e14742cea52e82474211e1b23ac1dbc7dc4c0a4c0a/ikaihminen_kansalaisraadin_loppuraportti-svenska.pdf (hämtad 27 januari 2012).

EBS 378: Special Eurobarometer 378 (2012). *Active Ageing. Report*. EC. Tillgänglig: ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf (hämtad 9 februari 2012).

Finne-Soveri, H. (2012). *Vad sliter ut närståendevårdaren?* Föreläsning på RAI seminariedag 16.1.2012. Institutet för hälsa och välfärd (THL).

Finne-Soveri H. (2012b). *Helsinki-vanhenemiseen varautuva kaupunki*. 2.3.2012. Tillgänglig: http://www.hel.fi/static/helsinki/raportteja/Selvitys_vanhenemiseen_varautuva_kaupunki.pdf (hämtad 23.3.2012).

Inrikesministeriet (2011). *Ett säkert liv för äldre – program för förbättring av säkerheten för äldre*. Inrikesministeriets publikation 19/2011. Tillgänglig: <http://www.intermin.fi/publikationer> (hämtad 17 januari 2012).

Jungerstam, S., Wentjärvi, A., & Säätelä, S. (2011). Äldre i Österbotten i ett jämställdhetsperspektiv. Ingår i M. Nygård, F. Finnäs (red.): *Hälsa och välfärd i ett föränderligt samhälle* (ss. 189–204). Åbo: Åbo Akademis förlag.

Kivelä, S-L., Vaapio, S., Gustafsson, B., & Jansson, L. (2011). *Äldre i dag*. Finlands Seniorrörelse rf. Helsingfors.

Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S., & Päivärinta, E. (1998). *Vanhustyö*. Jyväskylä: Vanhustyön keskusliitto - Centralförbundet för de gamlas väl ry.

Social- och hälsovårdsministeriet, Finlands kommunförbund (2008).

Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:4. Helsingfors: Universitetstryckeriet.

Social- och hälsovårdsministeriet (2009). *Rådgivnings- och servicenätverk för att främja äldre personers välfärd och hälsa*. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2009:24.

THL. Institutet för hälsa och välfärd/Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. *Keskustelu ja haastattelu kotikäynnin osana*. Tillgänglig:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kotikaynnit/kotikaynti/keskustelu (hämtad 17 januari 2012).

Säätelä, S., Tast A., Jungerstam-Mulders, S., & Fagerström, L. (2006). *För eget hem – Oman kodin puolesta. Hälsofrämjande och förebyggande hembesök*. Vasa: Svenska Yrkehögskolan, Institutionen för forskning och utveckling. Serie A, Nr 9.

Wentjärvi, A., & Jungerstam, S. (2011). Svårt för äldre få ihop ekonomin. *Vasabladet 4 december 2011*.

Wentjärvi, A., Pellfolk, T., Säätelä, S., & Jungerstam, S. (2011). Yngre äldre och livskvalitet i Österbotten. Ingår i Vartiainen P., Vuorenmaa M. (red.), *Mot en socialt hållbar välfärd. Perspektiv från Österbotten*. Vasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 295. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 6.

Wentjärvi, A., & Pellfolk, T. (2010). Äldres hälsa och livsvillkor samt familjearbete inom K5. En sammanställning för projektet "Gemensam social- och hälsovårdsservice - samarbete, samverkan, framgång? Utvärdering av en process". Yrkehögskolan Novia, Institutionen för forskning och utveckling. Opublicerad rapport.

6. Äldres förtroende för sjukvården

Martin Gustafson, pol.mag., doktorand, enheten för geriatrik, Umeå universitet

Mikael Nygård, pol.dr., akademilektor, Åbo Akademi, Vasa

Allmänhetens förtroende för sjukvården är en grundläggande förutsättning för att vården skall fungera effektivt. Genom de demografiska förändringar som idag sker i de nordiska länderna ställs samtidigt allt högre krav på ett optimalt utnyttjande av samhällets begränsade resurser. I detta kapitel granskas vilket förtroende som de äldre i Väster- och Österbotten hyser för den offentliga hälso- och sjukvården i sina respektive hemkommuner och vårddistrikt. Datamaterialet är hämtat från 2005 och 2010-års GERDA-enkäter och fokuserar på andelen äldre som känner ett lågt förtroende för vården. Resultaten visar att en betydande andel av de äldre känner ett lågt förtroende för vården samt att denna andel är betydligt större i finska Österbotten än i Västerbotten och svenska Österbotten. Resultaten visar också att det låga förtroendet främst är kopplat till upplevelser av negativa attityder gentemot äldre, låg mellanmänsklig tillit och sämre självskattad hälsa.

Introduktion

Allmänhetens förtroende för sjukvården är en grundläggande förutsättning för att vården skall fungera. En avsaknad av bred folklig legitimitet försvårar upprätthållandet av skattefinansierade vårdssystem och riskerar på sikt att underminera systemets effektivitet (t.ex. van der Schee et al., 2007; Rowe & Calnan, 2006). I mitten av 90-talet myntade Fukuyama (1995) uttrycket ”Trust is the grease that keeps the wheels of society moving” och det är alltjämt aktuellt, då som nu. Utöver detta har förtroendet för sjukvården andra viktiga betydelser, inte minst för befolkningens hälsa (Straten et al., 2002). Forskning har visat på ett samband mellan förtroende för sjukvården och människors vilja att uppsöka vård samt deras benägenhet att följa de vårdrekommendationer de fått av vårdpersonalen (Trachtenberg et al., 2005; Thom et al., 2004).

Vidare har forskning visat på en koppling mellan lågt förtroende och självskattad dålig hälsa, samt en försämrad tro på möjligheten att påverka sin egen hälsa, som även den tycks påverkas negativt om man har lågt förtroende (Armstrong et al., 2006; Lindstrom, 2006). Utöver detta har forskare även varnat för att misstro kan leda till ojämlikhet i fråga om utnyttjandet av sjukvårdstjänster samt till att individer som saknar tilltro till sjukvården i större utsträckning använder sig av alternativmedicinska behandlingar eller väntar innan man

söker vård, och därför försämras innan man kommer i kontakt med exempelvis en vårdcentral (van den Brink-Muinen & Rijken, 2006; Mohseni & Lindstrom, 2007; Kawachi & Kennedy, 1997).

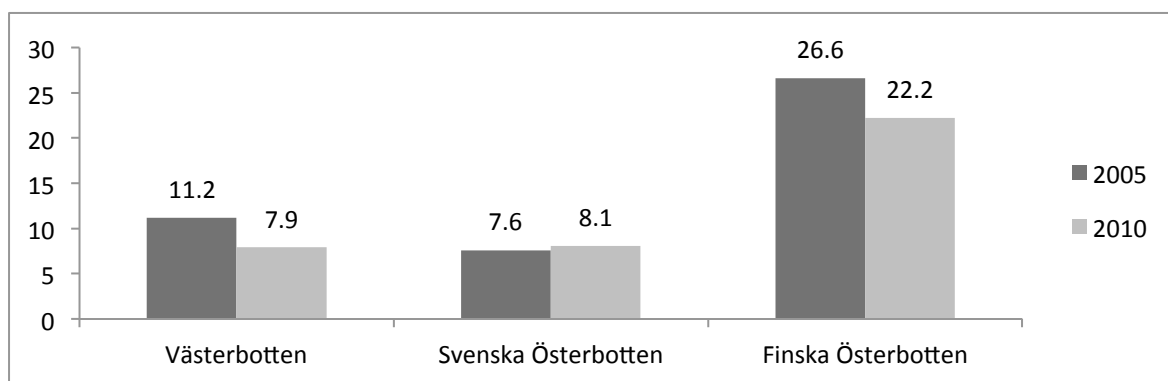
Förtroende är ett mångfacetterat begrepp som länge har haft en central roll inom samhällsvetenskaplig och medicinsk forskning. När det gäller förtroende för sjukvården görs vanligtvis en åtskillnad mellan två aspekter av förtroende: interpersonellt och offentligt förtroende. Den förstnämnda aspekten handlar främst om förtroenderelationen mellan patient och vårdpersonal medan den senare handlar om en generaliserad attityd till sjukvården. I föreliggande kapitel är det den senare av dessa två aspekter som är av intresse. Det offentliga förtroendet uppstår ur människors erfarenheter, attityder i samhället, massmedias bevakning och sjukvårdens socialpolitiska kontext. Forskare har länge pekat på ett komplext och ömsesidigt förhållande mellan dessa två aspekter där det interpersonella förtroendet påverkas av det offentliga och vice versa.

Syftet med detta kapitel är dels att kartlägga förtroendet bland äldre människor i Västerbotten i Sverige och i både det svenskspråkiga och finskspråkiga Österbotten i Finland, dels att undersöka vilka faktorer som förklarar förekomsten av lågt förtroende för sjukvården i denna population. Kapitlet baseras på enkätdata från 2005 och 2010 som samlats in inom ramen för GERDA-projektet och som omfattar svarande från samtliga 15 kommuner i Västerbotten och 18 kommuner i Österbotten (17 kommuner i 2010 års enkät). Enkäten 2005 omfattade 65- och 75-åringar på respektive sida av Bottniska viken och gav en mycket hög svarsfrekvens. Fem år senare skickades en enkät ut på nytt, denna gång till 65-, 70-, 75- och 80-åringar inom samma område som vid det tidigare utskicket och även denna gång var svarsfrekvensen hög (se även Wentjärvi, Sund & Pellfolk i denna volym).

Sjukvårdens attityder till äldre skadar förtroendet

Figur 1 visar stora skillnader i förtroende för sjukvården mellan de tre regionerna.

Västerbotten och svenska Österbotten visar år 2010 på närmast identiskt förtroende, medan finska Österbotten uppvisar en mycket högre andel som svarat att de har ett lågt förtroende för sjukvården. Deltagarna i det finska Österbotten skattade också sin hälsa som sämre, var oftare ensamstående, hade lägre utbildning och lägre inkomst, hade en lägre mellanmännisklig tillit och hade dessutom i större utsträckning upplevt negativa attityder gentemot äldre (ålderism) i sjukvården.



Figur 1. Andelen äldre respondenter (%) som känner ett lågt förtroende för den offentliga hälso- och sjukvården år 2005 och 2010 i Västerbotten (N=3169/6805), svenska Österbotten (N=1000/2083), finska Österbotten (N=818/1539).

Som framgår av figur 1 har andelen av de som känner ett lågt förtroende för hälso- och sjukvården i Västerbotten minskat något, drygt tre procentenheter, mellan åren 2005 och 2010. En likadan utveckling har också skett i finska Österbotten, där andelen minskat med över fyra procentenheter. Däremot har andelen med lågt förtroende ökat något i svenska Österbottens fall. Det bör dock påpekas att figur 1 baserar sig på svaren från *alla* respondenter vid de två tidpunkterna, vilket endast ger en grov bild av förändringen i vårdattityderna.

2005-års enkät gick enbart ut till dåvarande 65- och 75-åringar (d.v.s. de som är födda år 1940 och 1930) medan 2010 års enkät riktades till dåvarande 65-, 70-, 75- och 80-åringar (d.v.s. de som är födda 1945, 1940, 1935 och 1930). Det ligger nära till hand att tänka sig att det bakom siffrorna döljer sig olika typer av budskap beroende på om vi studerar hur åsikterna *inom en och samma kohort förändrats över tid* (en s.k. kohortspecifik jämförelse) eller om vi istället jämför hur *människor från olika kohorter* förhåller sig till vården i en viss given ålder (en s.k. kohortskild jämförelse).

Om vi först granskar de kohortspecifika förändringarna i vårdförtroendet (se tabell 1) finner vi att andelen äldre med lågt förtroende minskat mer än vad figur 1 antyder samt att utvecklingen ser likadan ut för alla tre regionerna. För Västerbottens del handlar det om en minskning på fyra procentenheter, svenska Österbotten lite över 1% och i finska Österbottens fall en minskning på nästan 8%. Vi kan alltså konstatera att förtroendet för hälso- och sjukvården verkar ha blivit något starkare över tid bland de som är födda år 1940 respektive 1930, även om det här inte är fråga om en panelstudie (d.v.s. att vi frågat en och samma individ samma fråga vid upprepade tillfällen).

Hög utbildning tycks vara förenat med ett något lägre vårdförtroende hos de äldre i Västerbotten och svenska Österbotten, men inte i finska Österbotten. Även en högre inkomst

tycks ha ett samband med lägre förtroende i svenska Österbotten och delvis även i Västerbotten, medan det omvända är fallet i finska Österbotten.

Tabell 1. Andelen respondenter (%) med lågt förtroende för hälso- och sjukvården år 2005 och 2010.

	Västerbotten		Sv. Österbotten		Fi. Österbotten	
	2005 (3169)	2010 (6805)	2005 (1000)	2010 (2083)	2005 (818)	2010 (1539)
(N)						
<i>Kön</i>						
Kvinna	9.5	7.5	7.8	7.8	27.8	24.9
Man	13.5	8.4	7.2	8.4	25.2	18.3
<i>Ålder</i>						
65 år	12.1	10.2	7.9	10.8	25.5	24.4
70 år		8.3		7.4		18.7
75 år	10.0	5.9	7.2	7.4	28.1	24.3
80 år		4.6		3.6		18.7
<i>Civilstånd</i>						
Parförhållande	11.2	8.0	6.8	7.9	25.7	21.6
Ensamstående	11.6	8.1	10.8	8.8	30.2	24.1
<i>Självskattad hälsa</i>						
Dålig	12.6	9.0	9.5	8.8	28.8	28.1
Bra	10.3	7.5	5.9	7.8	26.4	18.0
<i>Utbildning</i>						
Mindre än 10 år	10.4	7.7	5.6	7.7	28.4	25.5
10 år eller mer	11.9	8.2	9.2	8.5	25.7	19.1
<i>Inkomst</i>						
Låg	11.6	7.4	6.4	6.0	28.3	26.3
Hög	11.5	8.0	8.2	9.0	25.1	21.0
<i>Mellanmänsklig tillit</i>						
Liten	16.2	11.3	12.7	9.3	33.6	30.6
Stor	9.2	6.7	5.3	7.4	22.8	18.7
<i>Upplevd ålderism</i>						
Nej	5.4	3.9	4.9	4.1	19.8	16.3
Ja	25.2	22.9	23.6	26.5	40.9	38.2

Förklaring: med ”låg inkomst” avses en disponibel månadsinkomst på 1000 euro/10000SEK eller lägre medan ”hög inkomst” avser en disponibel månadsinkomst ovanför denna gräns. ”Mellanmänsklig tillit” är ett summaindex på basis av förtroendet för vänner och grannar. ”Upplevd ålderism” avser huruvida man upplever en förekomst av negativ attityd mot äldre inom hälsovården. De procentskillnader som angetts med fet stil är signifikanta på åtminstone 95% -nivån.

Allvarliga konsekvenser av ett lågt förtroende för sjukvården

Föreliggande studie har funnit ett par olika förklaringar till lågt förtroende för sjukvården bland äldre människor. Den första är av demografisk karaktär: andelen med lågt förtroende tycks sjunka med stigande ålder, även om detta resultat inte var entydigt. Detta resultat är i linje med tidigare forskning (se ovan) som visat på ett samband mellan ålder och graden av förtroende.

Den andra förklaringen är hälsomässig: vi fann ett samband mellan självskattad dålig hälsa och lågt förtroende. Att en god självskattad hälsa minskar risken för lågt förtroende; och det polära, att ett lågt förtroende är sammankopplat med en självskattad dålig hälsa överensstämmer delvis med tidigare forskning (se t.ex. van den Brink-Muinen & Rijken, 2006; Armstrong et al., 2006).

En tredje förklaring är av mer attitydmässig karaktär och har med mellanmänsklig tillit och upplevd ålderism att göra. De som svarat att de har en högre grad av mellanmänsklig tillit uppvisar en lägre grad av lågt förtroende. Vidare påverkas förtroendet negativt ifall man har upplevt negativa attityder mot äldre inom sjukvården (upplevd ålderism). Dessa resultat är i linje med tidigare undersökningar (se t.ex. Straten et al., 2002).

Äldre i Västerbotten och Österbottens tycks ha ett relativt stort förtroende för sjukvården i sin hemkommun. Hälsan hos de svarande var mycket god, något som dock leder till misstanken att de sjukaste inte svarat, vilket naturligtvis kan ha en viss inverkan på resultatet. Sambandet mellan lågt förtroende och dålig självskattad hälsa är tydligt i tabell 1, ett resultat som återkommer i tidigare studier. Detta väcker emellertid misstanken att de sjukaste uppvisar ett ännu lägre förtroende för sjukvården.

Levy et al. visade i sin studie från 2000 att diskriminering och negativa stereotyper av äldre människor tycks påverka äldres hälsa negativt. Föreliggande studie visar att äldre människor i Västerbotten och Österbotten upplever negativa attityder till äldre inom sjukvården.

Calnan & Sanford visar i sin studie från 2004 att nedskärningar inom sjukvården korrelerar med lågt förtroende för sjukvården bland befolkningen. Calnan & Sanford varnar för att misstron för sjukvården som institution på sikt även kan påverka förtroendet patienterna har för andra delar av sjukvården, bland annat vårdpersonalen. Enkäten 2010 besvarades innan de stora nedskärningarna i landstingsvården i Västerbotten, vilken sannolikt kan ha ökat andelen med lågt förtroende för sjukvården. Ur vetenskaplig synvinkel vore det

av stort intresse att genomföra en ny enkätundersökning för att utvärdera hur dessa drastiska nedskärningar påverkar förtroende och kostnader.

I både Västerbotten och finskspråkiga Österbotten hade andelen med lågt förtroende för sjukvården minskat medan utvecklingen var den motsatta i svenska Österbotten. En tänkbar förklaring till detta är att de svenskspråkiga österbottningarna upplever de pågående förändringarna i specialsjukvårdens organisation som hotfulla i så motto att de riskerar möjligheterna att erhålla vård på eget modersmål.

Även om andelen med lågt förtroende hade minskat i finska Österbotten hade en mycket stor andel lågt förtroende. Populationen i finska Österbotten karaktäriserades i större utsträckning av sämre hälsa, lägre utbildning, lägre inkomst, lägre mellanmänsklig tillit och hade i större utsträckning upplevt negativa attityder till äldre inom sjukvården. Dessa faktorer har visat sig ha stor betydelse för förtroendet för sjukvården i andra studiepopulationer och förklarar sannolikt en stor del av skillnaden mellan den finskspråkiga populationen och de övriga.

För sjuk- och hälsovården i Botniaregionen är det positivt att andelen äldre med lågt förtroende inte har försämrats. Dock innebär resultaten att många tusen personer, framförallt i finska Österbotten och en ökande andel i svenska Österbotten, har ett lågt förtroende för sjukvården. Tidigare forskning har visat på ett starkt samband mellan ett lågt förtroende för sjukvården och dålig hälsa samt att ett lågt förtroende ökar kostnaderna för sjukvården. Det låga förtroendet för sjukvården i Västerbotten och Österbotten kan i framtiden leda till både försämrad hälsa hos befolkningen och ökade kostnader för samhället.

Referenser

- Armstrong, K., Rose, A., Peters, N., Long, J. A., McMurphy, S., & Shea, J. A. (2006). Distrust of the health care system and self-reported health in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 21(4), 292–297.
- Calnan, M., & Rowe, R. (2006) Researching trust relations in health care: Conceptual and methodological challenges – an introduction. *Journal of Health Organization and Management*, 20(5), 349-358.
- Calnan, M. W., & Sanford, E. (2004). Public trust in health care: the system or the doctor? *Quality and Safety in Health Care*, 13(2), 92-97.

- Davies, H. (1999). Falling public trust in health services: implications for accountability. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 193-194.
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B. Y., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Quarterly*, 79, 613-639.
- Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1997). Health and social cohesion: why care about income inequality. *British Medical Journal*, 314(7086), 1037-1040.
- Levy, B. R., Hausdorff, J. M., Hencke, R., & Wei, J. Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 2000, 55(4), 205-13.
- Lindstrom, M. (2006). Social capital and lack of belief in the possibility to influence one's own health: a population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1), 69-75.
- Mohseni, M., & Lindstrom, M. (2007). Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Social Science and Medicine*, 64(7), 1373-1383.
- Rowe, R., & Calnan, M. (2006). Trust relations in health care: developing a theoretical framework for the “new” NHS. *Journal of Health Organization and Management*, 20(5), 376-396.
- Straten, G. F. M., Friele, R. D., & Groenewegen, P. P. (2002). Public trust in Dutch health care. *Social Science & Medicine*, 55(2), 227-234.
- Thom, D. H., Hall, M. A., & Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, 23(4), 124-132.
- Trachtenberg, F., Dugan, E., & Hall, M. A. (2005). How patients' trust relates to their involvement in medical care. *Journal of Family Practice*, 54(4), 344-352.

Van der Schee, E., Braun, B., Calnan, M., Schnee, M., & Groenewegen, P. (2007). Public trust in health care: a comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. *Health Policy, 81*(2007), 56–67.

Van der Schee, E., Groenewegen, P., & Friele, R. D. (2007). Public trust in health care: a performance indicator? *Journal of Health Organization and Management, 20*(5), 468-476.

7. Livsmening hos de allra äldsta

Pia Hedberg, med.dr., universitetslektor, Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet

Det är känt bland yngre personer att en avsaknad av livsmening kan resultera i psykisk ohälsa vilket kan leda till depression. Livsmening är sparsamt studerat bland de allra äldsta över 85 år. Detta kapitel visar att äldre kvinnor skattar livsmening lägre än äldre män. I studiens början var äldre kvinnor diagnostiserade som deprimerade i högre utsträckning än äldre män, och bland de deprimerade var livsmeningen lägre än bland de som inte var deprimerade. Efter 5 år hade äldre kvinnor och äldre män i lika hög utsträckning utvecklat depression. Resultatet visar att livsmening minskar efter 5 år i högre grad bland kvinnorna jämfört med männen. I intervjuer med äldre kvinnor framkom det att de upplevde livsmening både i vardagen samt i kontakt på ett andligt plan. I intervjuer med äldre män var arbete en viktig del för livsmening och männen berättade om livsmening främst i relation till minnen från när de var yngre.

Inledning

Sverige har en av världens äldsta befolkningar och andelen äldre ökar i Sverige. De allra äldsta över 85 år har under åren 1990-2007 ökat med 40%. Att åldras har beskrivits från olika perspektiv som att ha hälsa, mogna till visdom samt att ha inre styrka. Att åldras kan också innebära en försämrad rörelseförmåga, kognitiva nedsättningar samt förlust av livsmening. En förlust av livsmening kan leda till psykisk ohälsa vilket kan leda till depression.

Livsmening

Livsmening är centralt i den mänskliga tillvaron och beskrivs på olika sätt i litteraturen. Fromm (1949) beskriver livsmening som att förverkliga de individuella möjligheter vilka varje människa är tilldelade. Ur ett existentialistiskt perspektiv beskriver Kirkegaard (översatt av Ahlgren, 1964) livsmening som att människan är fri och ansvarig för sina handlingar och hela sitt liv, människan har ett ansvar att förverkliga sin existens och att inte förlora sig i mängden. Under senare år har Ventegod (2003) beskrivit livsmening som en kärna i den mänskliga existensen där varje människa har ett livsuppdrag som hon/han eftersträvar att uppfylla. Livsmening är inget vi kan få utan den skapas då det sanna uppdraget i livet uppnås

och det är varje människas ansvar att uppnå vårt livs djupaste drömmar (Ventegodt, 2003). Ventegodt, Andersen & Merrick (2003) tolkar livsmening som att skapa en förbindelse mellan vårt innersta och omvärlden; det kan vara känslan av att vi gör det som vi var ämnade för i begynnelsen, och när den känslan infaller så upplever vi livsmening.

Reker & Wong (1988) beskriver livsmening som att uppleva en känsla av sammanhang och uppleva en mening med den egna existensen. Det innebär också att fullfölja och uppnå individuella mål för att uppnå en känsla av tillfredsställelse. I en sammanställning av en mängd studier om livsmening både bland medelålders personer samt äldre personer framkom det att hög livsmening var associerat med god hälsa, socialt nätverk samt goda relationer. Motsatsen med låg livsmening var associerad med olika sjukdomar. Frankl (1993) menar att människans sökande efter mening utgör den primära kraften i livet, meningen är unik och måste sökas och förverkligas av den enskilde människan. Frankl var inspirerad av Nietzsches tankar om att människans fria vilja formar henne till den hon är. I en översättning av Kaufmann (2000) över Nietzsches samlade verk beskrivs vikten av att inte bli en dussin människa, människan är ensam och har ett ansvar att bejaka livet. Om de mänskliga inskränkningarna begränsar individen så förlorar människan sig själv och blir en i massan.

Viktor Frankl (1993) formade sin teori om meningens betydelse för överlevnad när han vistades i koncentrationsläger under andra världskriget. Under den tiden brottades han med upplevelser om djup meningslöshet. Frankl menar att tillvarons mening är olika för alla människor och att de skiftar från stund till stund. Hans teori, logoterapi, kan på ett förenklat sätt beskrivas som en terapi där fokus är att öka medvetenheten kring människans mening med livet och hjälpa henne/honom att inte fly undan denna, sin livsuppgift. Ordet logo kommer från grekiskan och betyder mening.

Frankl (1958) beskriver att strävan efter att finna mening i livet är en viktig drivkraft för en människa. Frankl (1987, 1990) anser att livsmening blir funnen under ansvar och att ansvaret är livet som helhet, vilket innebär att det är ett eget ansvar att finna livsmening. Livets mening är ingenting människan skall fråga efter utan en fråga som vi besvarar genom att ta ansvar för livet genom handling och en riktig hållning. Frankls (1969) teori grundar sig på tre antaganden, att livet har mening, att människan har en fri vilja samt att människan har vilja till mening. En människa har friheten att skapa sin egen karaktär samt att fritt välja inställning till sig själv. Frankl (1958) menar att människan har möjlighet att finna livsmening under alla omständigheter även om valen upplevs som få och framtiden verkar oviss. Att inte känna livsmening kan leda till existentiell frustration som i sin tur kan ge en känsla av existentiellt vakuum (Frankl, 1958). Frankl beskriver existentiellt vakuum som att individen

inte ser mening med livet och att det inte finns något att leva för, vilket kan leda till en känsla av inre tomhet (Frankl, 1969). Den inre tomheten beskrevs som en tom säck och för att minska på känslan av tomhet försöker man fylla säcken med olika föremål. De olika substituten kan vara droger, alkohol eller ett hårt arbetsschema (Frankl, 1969). Att inte finna mening i livet kan leda till en form av neuroser vilka Frankl (1966) benämner som noogena neuroser.

På basis av Frankls teorier utvecklade Crumbach & Maholick (1964) ett mätinstrument Purpose in Life-skalan (PIL) i syfte att mäta livsmening. Instrumentet användes för att studera sambandet mellan mening med livet och existentiell frustration samt att upptäcka existentiellt vakuum. Ett flertal studier har använt sig av PIL-skalan för att mäta livsmening i relation till hälsa dessa studier har dock varit av tvärsnittskaraktär vilket gör det svårt att utröna kausalitet.

Vardagliga ting är viktiga för livsmening hos kvinnor

Föreliggande studier är en del av Umeå 85+ studien/GERDA som startade år 2000-2002, i studierna inkluderades 189 personer. Urvalskriterierna för deltagarna var att de skulle kunna svara på frågeformulär av Likert-karaktär samt att de skulle orka delta i intervjuer. En uppföljning genomfördes år 2005 i Umeå kommun samt år 2007 i Västerbottens inland. Då fanns 51 personer av de 189 personer vid studiens start tillgängliga för att svara på PIL-enkäten.

De 189 personer som inkluderades var 120 kvinnor och 69 män. Alla deltagare hade svarat på ett flertal frågeformulär men framförallt på formuläret om livsmening (PIL). Resultatet i studien visar att kvinnor skattar livsmeningen lägre än män. Vidare visar resultatet att de allra äldstas egna attityder mot åldrande var starkast associerat med livsmening för både kvinnor och män. Att ha besvär från muskler och leder var för kvinnor även associerat med lägre livsmening (Hedberg, 2010a).

För att fördjupa kunskapen om livsmening intervjuades 30 kvinnor (Hedberg et al., 2009). För att få en variation i berättelserna valdes 10 kvinnor som skattat sin livsmening som låg, 10 kvinnor som skattat livsmeningen som medel samt 10 kvinnor som skattat livsmeningen som hög. Kvinnornas berättelser om att åldras och vara gamla var positiva. De upplevde livsmening i både vardagen där de beskrev glädjen över att vakna och kunna gå upp och klä på sig som betydelsefullt för livsmeningen. Att göra vardagliga saker som att torka av bordet var viktigt, att plantera blommor och se dem växa samt att kunna hjälpa och sticka filtar till välgörenhetsorganisationer beskrevs som betydelsefullt. Det var också viktigt att

vara oberoende, att kunna gå och handla när de ville och att ha en inkomst och inte vara beroende av att be om pengar var viktigt. De berättade även om hur bra de hade det nu, att ha tillgång till rinnande vatten, vilket inte varit en självklarhet under tidigare år, beskrevs som betydelsefullt (Hedberg, 2009).

Det var även viktigt att ha sociala relationer, att ha grannar som brydde sig och tittade in till dem var positivt. Att ha barn och barnbarn som hälsade på eller ringer och frågar hur de har det gjorde att kvinnorna upplevde livsmening. Att känna sig uppvaktad beskrevs som positivt. Det var även viktigt att ha en tro på gud, deras tro att gud var med dem i allt de gjorde och skyddade dem gjorde att de upplevde livsmening. De berättade även om att när slutet kommer så hjälper gud de att möta sina nära och kära vilka redan hade lämnat jordelivet. Även om de berättade positivt om gud så fanns det även utsagor om en rädsla att komma till helvetet och att inte veta vad som väntar efter detta liv.

Intervjuerna innehöll även berättelser av negativ karaktär, de uttryckte en leda av att alla dagar såg likadana ut. Dagarna bestod av samma saker, de vaknade, klädde på sig och väntade att dagen skulle ta slut så att de fick gå och sova. Livet uttrycktes även som att du föds, lever och dör och det är ingen mening med det. En kvinna uttryckte att det var ett misstag att hon någonsin blev född. I berättelserna framkom även att kvinnorna upplevde sig som ensamma och att det var ledsamt att tänka på alla vänner och familj som hade avlidit. Det beskrevs som svårt att hitta nya vänner eftersom de flesta i deras ålder inte var i livet. En rädsla att deras vänner och anhöriga skulle sluta att höra av sig och att telefonen skulle bli tyst framkom också i berättelserna.

Arbete är viktigt för livsmeningen hos män

För att förstå livsmening från männens perspektiv valdes därefter 23 män ut (Hedberg, 2010). Männerna hade alla svarat på en specifik fråga om livsmening. Svaren på frågan analyserades med hjälp av innehållsanalys och resultatet visar att för männen var arbete en viktig del för livsmening. De beskrev att de hade arbetat hårt under deras liv. De berättade att de hade byggt hus och arbetat i skogen, uttryck som arbetsnarkoman framkom i berättelserna. De berättade om en ständig kamp efter pengar och uttryckte en irritation över att människor i dag inte respekterade pengars värde utan tog det förgivet. Att ha bildat en familj var betydelsefullt för männens livsmening, de var stolta över barn och barnbarn och de beskrev en stolthet över att kunna finnas till hands och hjälpa till. Det var även viktigt att ta till vara dagen, att kunna gå till affären och handla och prata med andra människor var viktigt. Det

fanns också utsagor om att anpassa sig till att kroppen förändras och att de inte orkade med vardagen på samma sätt som tidigare. En man beskrev hur skönt det kändes att få flytta till serviceboende för då behövde han inte tänka och oroa sig över att handla. Att fortsätta med sina intressen beskrevs också som betydelsefullt för livsmening. Att kunna gå ut i naturen och fiska och få ta hem fisk till frysen beskrevs i positiva ordalag. Att ha planer inför framtiden var viktigt, en man planerade att plantera skog under sommaren. Även de män som var förhindrade att utföra fysiska aktiviteter på grund av nedsatt hälsa uppgav att saker som att deklarerat var värdefullt och gav dem livsmening.

Även om berättelserna var positiva så innehöll de även negativa tankar, det fanns utsagor om att livsmeningen var begränsad och att allt var förutbestämt. Att inte längre bli sedd eller hörd för att ens åsikter inte längre räknades framkom i berättelserna. Männens uttryckte även de en trygghet att ha en gudstro, en man uttryckte en trygghet när han läste dödsannonserna över att det fanns en högre makt som vakar över honom.

Livsmening och depression

Fem år senare gjordes en uppföljning av de 189 personerna som ingick i den tidigare studien (Hedberg et al., 2010b). Av dessa 189 personer var 40 personer diagnostiserade som deprimerade. Det var fler kvinnor än män som var diagnostiserade som deprimerade (32 kvinnor och 8 män). De som var diagnostiserade som deprimerade hade en betydligt lägre livsmening än de som inte var deprimerade. De 40 personerna som var deprimerade vid studiens början uteslöts och ingick inte i uppföljningen 5 år senare. Efter 5 år fanns 78 personer av 149 deltagare tillgängliga att ingå i en uppföljning, av dem hade 21 personer (26,9%) utvecklat depression. Det gick inte att påvisa någon skillnad mellan män och kvinnor i andelen som utvecklade depression. Det var ingen skillnad vid start i medelvärdet på test för livsmening bland de som hade utvecklat depression efter 5 år jämfört med de som inte utvecklat depression. Livsmeningen minskar efter 5 år i högre grad bland kvinnorna jämfört med männen (Hedberg et al., 2010c).

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar studierna att livsmeningen är lägre hos kvinnor jämfört med män och att livsmeningen sjunker under en fem års period. Att inte uppleva livsmening kan resultera i psykisk ohälsa vilket kan leda till depression. Det var en högre andel kvinnor vid

studiens start som var deprimerade, dock utvecklade kvinnor och män depression i lika stor utsträckning. Livsmening måste beaktas både i samhället och i sjukvården för att förebygga psykisk ohälsa. Det är av stor betydelse att uppleva livsmening under hela livet samtidigt som samhällets syn på äldre människor sannolikt är en viktig aspekt för att de allra äldsta ska uppleva livsmening. Det förefaller som att livsmening inte skyddar riktigt gamla människor från att utveckla depression.

Referenser

- Crumbaugh, J., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in Existensialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology, 20*, 200-207.
- Frankl, V. (1987). *Gud och det omedvetna. Psykoterapi och religion*. Lund: Natur och kultur.
- Frankl, V. (1990). *Psykiatrikern och själen*. Lund: Natur och kultur.
- Frankl, V. (1993). *Livet måste ha mening*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fromm, E. (1949). *Själsharmoni och moral*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hedberg, P. (2010). Purpose in life among very old people. *Umeå University Medical Dissertations*. New Series No 1384.
- Hedberg, P., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2010a). Purpose in life among men and women aged 85 years and older. *International Journal of Aging and Human Development, 70*(3), 213-229.
- Hedberg, P., Gustafson, Y., Aléx, L., & Brulin, C. (2010b). Depression in relation to purpose in life among a very old population. A five-year follow-up study. *Aging & Mental Health, 14*(6), 757-763.

Hedberg, P., Brulin, C., Aléx, L., & Gustafson, Y. (2010c). Purpose in life over a five- year period: a longitudinal study among a very old population. *International Psychogeriatrics*, *16*, 1-8.

Hedberg, P., Brulin, C., & Aléx, L. (2009). Experiences of purpose in life when becoming and being a very old women. *Journal of Women and Aging*, *21*(2), 125–137.

Kaufmann, W. (2000). *The basic writings of Nietzsche*. New York: The Modern Library.

Kierkegaard, S. (översatt av S. Ahlgren) (1964). *Antingen - Eller*. Stockholm: Whalström & Widstrand.

Pinquart, M. (2002). Creating and maintaining Purpose in Life in old age: A meta-analysis. *Ageing International*, *27*, 90-114.

Reker, G. T., Peacock, E. J., & Wong, P. T. (1987). Meaning and purpose in life and well-being: A lifespan perspective. *Journal of Gerontology*, *42*, 44-49.

Ventegodt, S. (2003). The life mission theory. A theory for a consciousness-based medicine. *International Journal Adolescence Medical Health*, *15*, 89-91.

Ventegodt, S., Andersen, N. J., & Merrick, J. (2003). Quality of Life Philosophy I. Quality of Life, Happiness, and Meaning in Life. *The Scientific World Journal*, *3*, 1164-1175.

8. Inre styrka och hälsa hos äldre

Björn Nygren, med.dr., universitetslektor, Institutionen för omvårdnad, Umeå Universitet
Berit Lundman, med.dr., professor emerita, Institutionen för omvårdnad, Umeå Universitet
Kerstin Viglund, doktorand, universitetsadjunkt, Institutionen för omvårdnad, Umeå
Universitet

Många äldre drabbas av funktionsnedsättningar och sjukdomar, som gör dem sårbara och utsatta, men äldre personer har också bevarade inre resurser och styrkor. Det finns samband mellan inre resurser som känsla av sammanhang, resiliens, upplevelse av mening, förmåga till gränsöverskridande och hälsa/välbefinnande. Det finns även samband mellan låg inre styrka och negativa livshändelser, olika sjukdomar, och överlevnad. Att fokusera på människors inre resurser och styrkor innebär ett hälsobefrämjande, eller salutogent perspektiv. Salutogenes är en motsats till patogenes som innebär att se vad som framkallar sjukdom och ohälsa. I GERDA-projektet förekommer båda perspektiven. Att fokusera på inre styrka innebär att upptäcka och utveckla personers inre och yttre resurser för att befrämja hälsa, bibehålla hälsa, återställa hälsa samt skapa hälsobefrämjande vård och omsorg. Detta kapitel handlar om forskning inom Umeå 85+ och GERDA där inre styrka är i fokus.

Inre resurser hos äldre personer

Begreppet salutogenes myntades av Aron och Helene Antonovsky som i mitten av 70-talet studerade personer som råkat ut för svåra påfrestningar och kommit över dessa med bibehållen psykisk balans (Antonovsky, 1991). Från ett hälsobefrämjande (salutogent) perspektiv är det viktigt att ta tillvara och stödja människors inre styrkor. Detta är särskilt viktigt vid möten med äldre eftersom det finns mycket som gör dem sårbara och som hotar deras styrkor och välbefinnande.

Inre styrka har företrädevis studerats och beskrivits utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Begreppet har dock även använts inom exempelvis affärsverksamhet och psykologi (jfr Dingley et al., 2000). Vid Institutionen för omvårdnad har vi under många år bedrivit forskning kring äldre människors inre resurser och styrkor, både inom projektet Umeå 85+ (t.ex. Nygren, et al., 2005) och inom GERDA-projektet. Genom deltagande i GERDA-projektet har vi fått möjlighet att analysera och skriva artiklar till tidigare insamlat material samt att samla in nytt material. Det finns många begrepp för inre resurser och styrkor och

inom Umeå 85+ och GERDA-projektet har vi förutom inre styrka analyserat och publicerat artiklar om andra inre resurser som känsla av sammanhang, resiliens, upplevelse av mening i livet, och självtranscendens.

Känsla av sammanhang (Antonovsky, 1991) har beskrivits som en inre resurs och som ett förhållningssätt till livet som bygger på en känsla av att det som sker i livet är begripligt, hanterbart och meningsfullt. När det gäller känsla av sammanhang har vi bland annat funnit att det finns ett samband mellan låg känsla av sammanhang och förekomst av sjukdomar som depression, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärtsvikt och osteoartrit och samband mellan hög grad av känsla av sammanhang och välbefinnande. Vi fann också samband mellan känsla av sammanhang och dödlighet. Ju lägre känsla av sammanhang, ju större risk att avlida inom 4 år. En låg känsla av sammanhang kunde också öka risken för att drabbas av depression i en 5-årsuppföljning (Lundman et al., 2010a). I en 5-års uppföljning bland 56 personer över 85 år fann vi ett samband mellan minskad känsla av sammanhang och negativa livshändelser. Ju fler negativa livshändelser (som att drabbas av svår sjukdom, nedsatt funktionsförmåga och förlust av närstående), ju större var minskningen av känsla av sammanhang (Lövheim et al., 2012).

Resiliens kan översättas med motståndskraft och är ett begrepp som används för att förklara varför vissa människor klarar svårigheter och har lättare att återhämta sig från svåra händelser än andra (Wagnild & Young, 1990). I en studie där resiliens skattats med ett frågeformulär och där personer från olika åldersgrupper ingick, visade vi att de gamla skattade resiliens lika högt eller högre jämfört med medelålders och yngre personer. Detta tyder på att inre resurser i form av resiliens kan behållas och även öka med stigande ålder (Lundman et al., 2007).

Inom GERDA-projektet har vi tillsammans med deltagare i forskargruppen i Finland testat ett formulär för skattning av upplevelse av mening (Purpose in Life) (Jonsén et al., 2010). Vi har också inom Umeå 85+ studien genomfört en intervjustudie om upplevelse av ensamhet mening i livet bland äldre i några inlandskommuner (Jonsén et al. manus).

Inre styrka

I en studie där äldre-äldre (personer över 85 år) skattat de inre resurserna resiliens, mening i livet, känsla av sammanhang och själv-transcendens fann Nygren et al. (2005) starka samband mellan dessa skalor, vilket tolkades som att de fanns en gemensam kärna/dimension i dessa begrepp som kunde tolkas som en inre styrka. I samma studie fann vi statistiska samband

mellan skattningen på dessa skalor och hur de äldre-äldre skattat sin psykiska hälsa. Inget samband fanns dock med fysisk hälsa. Detta kan förstås som att en äldre person kan, trots fysiska begränsningar och sjukdomstillstånd, uppleva en god psykisk hälsa och ett gott välbefinnande.

I en annan studie sammanförde vi de olika skalorna (känsla av sammanhang, resiliens, upplevelse av mening och självtranscendens) till en skala som vi benämnde inre resurser och jämförde denna med olika objektiva hälsovariabler. Vi fann här bland annat att personer med olika former av kroniska sjukdomar hade lägre grad av inre resurser. Vi fann också ett samband mellan högre grad av inre resurser och tillfredsställelse med sociala kontakter (Lundman et al., 2011a).

En central del i inre styrka har visat sig vara att ha självkänedom och att acceptera sig själv och livet (Rose, 1990). I en begreppsanalys av inre styrka (Dingley et al., 2000) framkom att inre styrka hos en person medför att denna *besitter kapacitet* vilket hjälper personen att lösa problem men även att ”läka” på andra områden, att personen har *en känsla av kontroll och beslutsamhet*, att personen har *en övergripande känsla av att han/hon kan bemästra utmaningar i livet* och även att personen *upplever välbefinnande*.

De allra flesta studier som fokuserat på inre styrka inom hälsoområdet har varit av kvalitativ art där intervjuer har använts som datainsamlingsmetod. Trots att inre styrka har beskrivits som en central resurs hos människan, som främjar välbefinnande och läkande, har dessa studier mestadels involverat kvinnor med olika typer av kroniska sjukdomar (Dingley & Roux, 2003), cancer (Roux et al., 2001) och HIV (Haile et al., 2002).

För att kunna beskriva meningen/innebörden av inre styrka analyserades intervjuer/livsberättelser från 18 kvinnor och män 85 år och äldre som skattat högt på de skalor som mäter resiliens, mening i livet, känsla av sammanhang och själv-transcendens (Nygren et al., 2007). Analysen ledde fram till fem teman där inre styrka beskrivs som:

- Att själv känna sig kompetent men även känna tilltro till andra
- Att se livet från den ljusa sidan utan att blunda för den mörka
- Att känna lugn och frid men även vara aktiv
- Att vara densamma men också kunna växa in i en ny roll
- Att leva i kontakt och samspel med nuet och också i och med det förflutna och i framtiden

Dessa teman speglar möjligheten och kravet på att göra val. När ska man utföra saker själv och när ska man be om hjälp? När ska man stå fast i den man varit och när ska man anpassa sig till den nya situationen? o.s.v. Denna innebörd kunde tolkas utifrån Aristoteles (2000) och den gyllene medelvägen, där medelvägen beskrivs som att göra goda val; goda för sig själv liksom goda för andra. Att välja medelvägen är inte detsamma som att välja mitten. ”*Genom att göra detta i relation till rätt person, i rätt omfattning, i rätt tid och med rätt syfte i sikte och på rätt sätt – det är inget som vem som helst kan göra, och det är inte lätt (sid 35)*”. Att göra rätt val betyder att man måste besitta kompetens och kunskap. Att ha inre styrka som äldre-äldre betydde därmed att man ”visste” hur man skulle välja. Denna kunskap kallar Aristoteles för *Fronesis* vilket är en kunskap som kommer från praxis från att ha ett levt ett långt liv med ett öppet sinne och därmed fått en praktisk visdom. Ett försök till att beskriva innebörden av inre styrka kan vara denna bild:

Att ha inre styrka när man är gammal innebär att med öppet sinne, stolt och med en takt man själv väljer, vandra fram och tillbaka på livets stig i kontakt och samspel med människor och situationer från förr och i nuet utan att bekymra sig över framtiden. Livet går vidare med ”arbete” och olika typer av aktiviteter (kroppsliga, i den utsträckning man orkar och mentala) på ”heltid”, man hjälper och blir hjälpt, man finner nya uppgifter och åtaganden och man upplever att arvet förs vidare. På sin vandring på livets stig är det nödvändigt att då och då välja, att sakta ner eller att öka farten, kanske stanna en stund för att sen ändra riktning, allt för att ett gott liv och ett gott åldrande ska fortsätta.

För att ytterligare fördjupa kunskapen omkring begreppet inre styrka genomfördes inom GERDA en meta-teoretisk analys av begreppen resiliens, mening i livet, känsla av sammanhang, själv-transcendens och härdighet (eng. *Hardiness*) för att i grunderna och i beskrivningarna av dessa begrepp identifiera likheter och olikheter med målet att finna en övergripande förståelse av inre styrka (Lundman m.fl., 2010b). Analysen resulterade i en förståelse av inre styrka som en helhet bestående av fyra interagerande dimensioner: *samhörighet, flexibilitet (töjbarhet), fasthet (beslutsamhet) och kreativitet.*

Att känna samhörighet är att vara relaterad, att vara engagerad, att bry sig om andra och sig själv, att vara en del i samhället och universum. Det innebär också att kunna överskrida gränser för att uppleva gemenskap. *Att vara flexibel* är att finna vägar när livet känns svårt och utmanande, att kunna se mening i upplevelser/händelser som varit svåra men även kunna

”resa sig igen” efter att man varit nere. *Att vara fast/beslutsam* är att stå med bägge fötterna på jorden, att stå kvar när det stormar men även kunna besluta sig för att ”gå in” när det blir nödvändigt. Det betyder att vara uthållig och modig att stå emot. *Att vara kreativ* är att se nya möjligheter, att finna nya vägar. Att vara kreativ kan innebära att man ibland kan överskrida gränser/transcendera tid, rum och även sin kropp. En övergripande förståelse av inre styrka är baserad på en syn på livet där förändringar av olika slag är en naturlig del av livet.

Inre styrka i Västerbotten och Österbotten

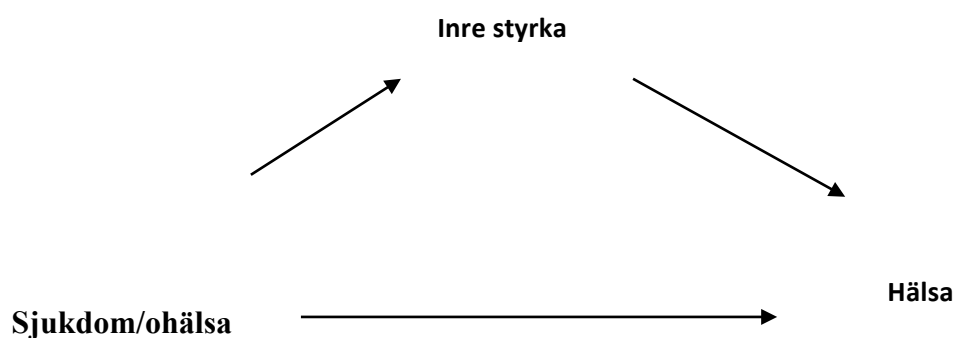
Som en hjälp för att öka kunskapen om inre styrka i allmänhet och bland äldre i synnerhet utvecklades och testades en skala, Inre Styrka Skalan (ISS), att enkelt kunna administreras och användas i olika sammanhang (Lundman et al., 2011b). ISS utvecklades på basen av Inre Stryka Modellen som beskrivs i avsnittet ovan (Lundman et al., 2010b). Till dags datum har ISS använts i två studier, utöver utvecklingen av skalan och testning av dess tillförlitlighet och giltighet (reliabilitet och validitet). De tre studierna har alla varit del i GERDA Botnia-projektet. Vid studien med testerna av ISS befanns den vara ett tillförlitligt och giltigt instrument att använda. Inre styrkas fyra dimensioner; samhörighet, flexibilitet fasthet/beslutsamhet, och kreativitet bekräftades i analyserna. I studien deltog 391 personer i åldrarna 19 till 90 år, vilket gav en bra spridning inom olika åldersgrupper. Lite drygt hälften var kvinnor och deltagarna var från olika delar av Sverige, samt även från Åland.

I den första studien där den nyutvecklade ISS användes, var syftet att undersöka inre styrka i relation till ålder, kön och kultur bland äldre personer i Finland och Sverige (Viglund et al., manus). Detta för att få en bred och mångfacetterad bild av inre styrka och dess spridning inom en äldre befolkning. ISS var inkluderad som en del av GERDA-frågeformulär som sändes ut till personer i Västerbotten, Sverige och Österbotten, Finland under hösten 2010. Deltagarna var 65, 70, 75, eller 80 år gamla. Det mest framträdande i resultaten var skillnaden mellan åldersgrupperna, där inre styrka var högst i åldersgruppen 65 år, och blev lägre för varje efterföljande åldersgrupp, med lägst inre styrka bland 80-åringarna.

Utbildningsnivån (låg, medium, eller hög) hade också betydelse för graden av inre styrka. Hög utbildning var kopplad till högre inre styrka, medan låg utbildning knöts till lägst inre styrka. När vi sen delade in deltagarna i tre grupper med avseende på variationer i språket (Västerbotten, svenskspråkiga svarande i Österbotten samt finskspråkiga svarande i Österbotten, här kallat Pohjanmaa) och analyserade regionerna var för sig gavs en annan bild av utbildningsnivån relaterad till inre styrka. Vi fann här att i Österbotten hade

utbildningsnivån inte någon koppling alls till inre styrka, på samma vis som det hade i Västerbotten och Pohjanmaa. Resultatet visade också på vissa skillnader mellan män och kvinnor i grad av inre styrka. Skillnaderna var visserligen små, men kvinnorna hade genomgående i analyserna en högre inre styrka än männen. Tidigare hade vi även i studien där ISS testades funnit att deltagande kvinnor hade högre inre styrka. Fortsatt forskning får visa på om dessa skillnader mellan mäns och kvinnors inre styrka kan bekräftas, och finna tänkbara förklaringar till varför kvinnor eventuellt har en högre inre styrka.

Syftet med den andra studien där ISS använts var att undersöka om inre styrka kan vara en medlare i förhållandet mellan sjukdom/ohälsa och upplevelsen av hälsa bland äldre. Data är taget från samma population som beskrivs i stycket ovan. Sjukdomstillstånd som finns med i analyserna är stroke, hjärtinfarkt, cancer, depression/nedstämdhet, och smärta av förklarad eller oförklarad art. I studien har en hypotetisk modell lagts fram (se figur 1), byggd på teorier och kända fakta kring inre styrka i relation till sjukdom och ohälsa. Den hypotetiska modellen har därefter testats statistiskt och ger stöd för hypotesen att personer som har mer inre styrka kan trots sjukdom uppleva hälsa. Resultaten är dock fortfarande preliminära och redovisas därför inte här.



Figur 1. Hypotetisk modell av inre styrka som medlare i relationen mellan sjukdom/ohälsa och upplevd hälsa

Några avslutande ord

Att öka kunskapen om inre styrka hos äldre personer är viktigt ur många aspekter. Vi planerar inom en snar framtid att kunna omsätta denna kunskap i direkta interventioner/insatser riktade mot personer inom äldreomsorg såväl som mot äldre personer i allmänhet. Vi tror med bestämdhet att det är möjligt, med olika individanpassade åtgärder riktade mot de fyra dimensionerna i inre styrka som vi presenterat ovan, att bibehålla och vid behov öka sin inre styrka, eller åtminstone hindra att den bryts ner. Detta för att hos den enskilde äldre personen

öka förutsättningar för att stå emot/komma tillbaka efter svårigheter/ohälsa, och att bibehålla en god hälsa och välbefinnande.

Referenser

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Kultur och Natur.

Aristoteles, (2000). *Nicomachean Ethics*. (R. Crips, Trans. & Ed.). Book 2, 3 & 6. Cambridge: University Press.

Dingley, C. E., Roux, G., & Bush, H. A. (2000). Inner strength: A concept analysis. *Journal of Theory Construction and Testing*, 4(2), 30-35.

Dingley, C., & Roux, G. (2003). Inner strength in older Hispanic women with chronic illness. *Journal of Culture Diversity*, 10(1), 11-22.

Haile, B. E., Landrum, P. A., Kotarba, J. A., & Trimble, D. (2002). Inner strength among HIV-infected women: Nurses can make a difference. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 13(3), 74-80.

Jonsén, E., Fagerström, L., Lundman, B., Nygren, B., Vähäkangas, M., & Strandberg, G. (2010). Psychometric properties of the Swedish version of the Purpose on Life Scale (PIL). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 41-48.

Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Santamäki-Fischer, R., & Strandberg, G. (2010b). Inner strength – a theoretical analysis of salutogenic concepts. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 251-260.

Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Lövheim, H., Nygren, B., Santamäki-Fischer, R., Strandberg, G., & Norberg, A. (2011a). Inner strength in relation to functional status, diseases, living arrangements, and social relationships among people aged 85 years and over. *Geriatric Nursing*, Epubl ahead of print.

Lundman, B., Forsberg, K-A., Jonsén, E., Gustafson, Y., Strandberg, G., Olofsson, K., & Lövheim, H. (2010a). Sense of Coherence (SOC) related to health and mortality among the oldest old – The Umeå 85+ Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51, 329-332.

Lundman, B., Strandberg, G., Eisemann, M., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2):229-237.

Lundman, B., Viglund, K., Aléx, L., Jonsén, J., Norberg, A., Santamäki Fischer, R., Strandberg, G., & Nygren, B. (2011b). Development and psychometric properties of the Inner Strength Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1266-1274.

Lövheim, H., Graneheim, U.H., Jonsén, E., Strandberg, G., & Lundman, B. Förändring av känsla av sammanhang bland äldre – en 5-års uppföljning av Umeå 85-studien. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Accepted.

Nygren, B., Alex, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, Sense of Coherence, Purpose in Life and Self-Transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362.

Nygren, B., Norberg, A., & Lundman, B. (2007). Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1060-1073.

Rose, J.F. (1990). Psychological health of women: A phenomenological study of women's inner strength. *Advanced Nursing Sciences*, 12(2), 56-70.

Roux, G., Dingley, C., & Bush, H. (2001). Inner strength in women with breast cancer. *Journal of Theory Construction and Testing*, 5(1), 19-27.

Wagnild, G., & Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 252-255.

Viglund, K., Jonsén, E., Lundman, B., Strandberg, G., & Nygren, B. Inner strength in relation to age, gender, and culture among old people – a cross-sectional population study in two Nordic countries. *Submitted*.

Del III. Delaktighet

9. Det sociala kapitalets betydelse för de äldre i Botniaregionen

Fredrica Nyqvist, pol.dr., specialforskare, Institutet för hälsa och välfärd (THL), Vasa

Mikael Nygård, pol.dr., akademilektor, Åbo Akademi, Vasa

Anna K Forsman, pol.mag., doktorand, forskare, Nordic School of Public Health NHV, Göteborg samt Institutet för hälsa och välfärd (THL), Vasa

Det sociala kapitalet har mycket snabbt blivit ett populärt begrepp och lyfts allt oftare fram i strategiska program och riktlinjer som en viktig resurs i det hälsofrämjande arbetet bland de äldre. Förekomsten av det sociala kapitalet i Österbotten har undersökts ett flertal gånger under det senaste decenniet. Markku Hyypä och Juhani Mäki publicerade i början av 2000-talet en uppmärksam artikel om det österbottniska sociala kapitalet (Hyypä & Mäki, 2001) och därefter har intresset för förekomsten av det sociala kapitalets och dess samband med hälsa och välfärd fortsatt att väcka stor uppmärksamhet. Jakobsson och Nyqvist (2011) har nyligen kartlagt den empiriska forskningen om socialt kapital i Österbotten och konstaterar att GERDA-enkäten är underutnyttjad när det gäller studier inom detta område. I det här kapitlet vill vi råda bot på detta genom att presentera forskningsresultat från GERDA-enkäten där fokus ligger på kopplingen mellan socialt kapital och hälsa i Västerbotten och Österbotten/Pohjanmaa. Vi inleder emellertid med en kort teoretisk diskussion om socialt kapital samt kopplingen mellan välfärdsstaten och det sociala kapitalet.

Socialt kapital

Debatten om det sociala kapitalets betydelse för demokratiutvecklingen tog fart tack vare den numera klassiska samhällsvetenskapliga boken *Den fungerade demokratin* av statsvetaren Robert Putnam (1993). Putnam visade att när människor organiserar sig i föreningslivet desto mera litar de på varandra. Tilliten är central för att vi ska våga samarbeta för att uppnå gemensamma mål och intressen såsom utvecklingen av samhället. Han definierar socialt kapital som ”egenskaper hos en social organisation, såsom nätverk, normer och social tillit, som förenklar koordination och samverkan till ömsesidig nytta”. I *Den ensamme bowlaren* (2001) visar Putnam att det sociala kapitalet försvagats i USA under de senaste årtiondena vilket å ena sidan torde kunna ställas i relation till den genomgripande individualiseringsprocess som har kännetecknat västvärlden under de senaste decennierna (t.ex. Bauman, 2002), men samtidigt ses som en effekt av de åtstramningar som gjorts i den amerikanska

välfärdsstaten sedan 1980-talet (t.ex. Wilkinson & Pickett, 2009; Harvey, 2005). Huruvida denna slutsats är relevant för övriga delar av västvärlden råder de olika uppfattningar om. Med tanke på att socialt kapital har visat sig ha gynnsamma följder på en mängd olika områden, samhällseliga som individuella, finns det en befogad oro för vilka konsekvenser som ett minskat deltagande i olika sociala sammanhang kan tänkas föra med sig.

Redan innan Putnams genombrott hade sociologerna Pierre Bourdieu och James Coleman använt begreppet socialt kapital, men medan Putnams definition har en kommunitaristisk ansats har socialt kapital i Bourdieus och Colemans fall främst använts som en hjälphypotes vid förklaring av skillnader i människors sociala status (se Sundback & Nyqvist, 2010). Inom folkhälsovetenskapen är det onekligen Putnams teori som är den mest tillämpade. Därmed har Putnams definition även blivit central för våra studier.

Det är vanligt att göra en distinktion mellan det strukturella och kognitiva sociala kapitalet (Islam et al., 2006). Den strukturella aspekten innebär att vara delaktig i olika sociala sammanhang och mäts med frågor om sociala relationer och deltagande. Den kognitiva aspekten i sin tur fokuserar på attityder, tillit, förtroende och ömsesidighet, och beskriver kvaliteter hos människorelationer. Förenklat kan man säga att det strukturella och kognitiva analytiskt skiljer sig åt beträffande vad människor gör och vad de känner/upplever i sina sociala relationer. En annan viktig konceptuell distinktion görs mellan det sammanbindande (eng. bonding), överbyggande (eng. bridging) och nivåänkande (eng. linking) sociala kapitalet (ibid.). Kortfattat finns det sammanbindande sociala kapitalet främst mellan individer som står varandra nära såsom den egna familjen och nära vänner medan det överbyggande sociala kapitalet finns i relationer mellan individer med heterogen bakgrund och har en mera inkluderande karaktär. Det nivåänkande sociala kapitalet länkar ihop individer med olika maktpositioner såsom relationen mellan den enskilda individen och offentliga tjänstemän.

I våra empiriska analyser på basis av GERDA-enkätmaterialen har differentieringen mellan det strukturella och kognitiva sociala kapitalet varit central och likaså åtskillnaden mellan det individuella och kontextuella sociala kapitalet. Tanken bakom att göra en åtskillnad mellan det individuella och kontextuella sociala kapitalet härstammar från idén om hälsan kan variera beroende på områdenas eller kontextens egenskaper (t ex Kawachi et al., 1997). Att analysera det sociala kapitalet i anslutning till den enskilda individen är meningsfullt och det finns rätt mycket forskning som stöder det individuella sociala kapitalets betydelse för hälsan (Kim et al., 2008). Samtidigt bör man komma ihåg att individen innehar ett socialt kapital tack vare hans eller hennes anknytning till ett visst socialt sammanhang

(kontext). Inom forskningen om socialt kapital avgränsas detta sociala sammanhang ofta med geografiska gränser som grannskap, kommun, region eller nation.

Det sociala kapitalet och välfärdsstaten

Det sociala kapitalet har konstaterats vara relaterat till vilken typ av välfärdsmodell människor lever och vilken grad av jämlikhet som råder i dessa länder. Forskare har bland annat konstaterat att stora inkomstskillnader mellan olika grupper i ett land tenderar att leda till en försämring av det sociala förtroendet, eftersom inkomstklyftor inte bara försämrar konsumtionsmöjligheter utan även medför en viss social stigmatisering (t.ex. Wilkinson & Pickett, 2009; Wilkinson & Marmot, 2006; Rothstein & Uslaner, 2005). De välfärdsmodeller där statsmakten i högre grad ägnar sig åt omfördelning av inkomster tenderar inte bara få socialt och ekonomiskt jämlikare samhällen, utan leder även till att det sociala kapitalet växer (Kumlin & Rothstein, 2005). I länder som Finland och Sverige, som båda hör till den nordiska välfärdsmodellen och som kännetecknas av omfattande offentliga sektorer, omfattande omfördelningsprogram samt en i internationell jämförelse hög social och ekonomisk jämlikhet, är det därmed betydligt mer sannolikt att vi finner höga nivåer av socialt kapital än vad det exempelvis är i ojämlika länder som USA, Portugal eller Storbritannien (ibid.). Detta betyder även att välfärdsstatens utformning, genom dess förmåga att skapa egalitära och därigenom mer socialt kapitalstarka samhällen, indirekt kan tänkas ha en effekt på hälsoförhållandena (jfr Rostila, 2010; 2007; Islam et al., 2006; Kawachi et al., 1997).

Datamaterial och undersökta forskningsfrågor

I detta kapitel redovisar vi resultat från 2005- och 2010-års GERDA-enkäter. Det sociala kapitalet omfattar tre typer av information: olika nivåer av deltagande i föreningslivet, sociala kontakter till vänner och grannar samt förtroende till vänner och grannar. De två första variablerna mäter det så kallade strukturella aspekten av det sociala kapitalet medan den tredje och sista mäter den kognitiva och kvalitativa sidan av socialt kapital. Vi kommer att diskutera:

- deltagande i föreningslivet, sociala kontakter och mellanmännisklig tillit i Västerbotten, samt i svenskspråkiga och finskspråkiga Österbotten (tabell 1)
- sambandet mellan deltagande i föreningslivet, mellanmännisklig tillit och självskattad hälsa i Västerbotten, Svensk- och Finskösterbotten (Nyqvist & Nygård, 2012a)

– sambandet mellan nätverk och förtroende till vänner och grannar och depression (Forsman et al., 2012)

– sambandet mellan kontextuellt socialt kapital och självskattad hälsa (Nyqvist & Nygård, 2012b)

I materialet differentierade vi graden av föreningsmedlemskap enligt aktivt, passivt och inget medlemskap i följande föreningar: idrotts- eller friluftsförening, politiskt parti, religiös eller andlig förening/församling, social- eller hälsoorganisation, kulturförening, pensionärsförening, förening för boendet/lokalsamhället, anhörig-/patientförening, annan intresseförening. Vi sammanfattade aktivt, passivt och inget medlemskap i alla föreningstyper till ett index. Det aktiva medlemskapet som innebär personliga kontakter och möten med andra människor har en central plats inom teorin om socialt kapital. Likväl kan det passiva medlemskapet markera en intressemessig eller identitetsskapande samhörighet fastän det inte utövas aktivt. Vi ansåg det särskilt intressant att studera det passiva medlemskapets relation till hälsa, vilket är relativt ovanligt inom hälsoforskningen.

Deltagarnas sociala nätverk mättes med hur ofta man har kontakt med vänner respektive grannar. Svartalternativen var ”flera gånger i veckan”, ”flera gånger i månaden”, ”någon gång om året”, ”aldrig” och ”personen finns inte”. De två förstnämnda alternativen blev sammanslagna och kodade som täta sociala kontakter, medan de återstående alternativen blev sammanslagna och kodade som sporadisk eller avsaknad av social kontakt.

I GERDA-enkäten finns ett frågebatteri om förtroende för olika personer och grupper. Vi använde oss av två delfrågor, nämligen förtroendet man har för vänner och grannar och dessa hade svartalternativen ”stort förtroende”, ”varken stort eller litet”, ”litet förtroende” samt ”kan inte ta ställning”. Denna fyrgradiga skala slogs ihop till två kategorier så att den första av de två nya kategorierna representerade hög tillit och den andra låg tillit.

Det sociala kapitalet i Västerbotten, Österbotten och Pohjanmaa

Tabell 1 sammanfattar föreningsmedlemskap, sociala kontakter och mellanmänsklig tillit bland 65-, 70-, 75- och 80-åringar i Västerbotten samt i svenska och finska Österbotten år 2010. Som framgår av tabellen är de svenskspråkiga i Österbotten något aktivare i föreningslivet (60%) jämfört med de äldre i finska Österbotten (50%) och Västerbotten (48%). 8% i svenska Österbotten och 16% i Västerbotten respektive 19% i finska Österbotten står utanför föreningslivet. De sociala kontakterna till vänner och grannar är täta i de tre

regionerna. Det äldre i Västerbotten rapporterar något tätare kontakter till vänner (88%) och grannar (86%) jämfört med de äldre i Finland. En liknande mönster återfinns för tillitsvariablerna. I Västerbotten är tilliten något högre än i svenska och finska Österbotten. De äldre tycker, föga överraskande, att tilliten gentemot vänner är större än gentemot grannar.

Tabell 1. Procentuell fördelning av socialt kapital enligt region, 2010-års GERDA-enkät.

	Västerbotten (N=3720)	Svenskspråkiga Österbotten (N=1851)	Finskspråkiga Österbotten (N=1121)
<i>Föreningsmedlemskap</i>			
Ej medlem	16	8	19
Passiv	36	32	31
Aktiv	48	60	50
<i>Täta sociala kontakter</i>			
Vänner	88	83	74
Grannar	86	80	72
<i>Hög tillit</i>			
Vänner	70	64	65
Grannar	45	40	40

Det individuella sociala kapitalets betydelse

En central fråga i vår forskning är huruvida det sociala kapitalet har ett samband med hälsa/ohälsa. Vi inleder med att diskutera kopplingen mellan föreningsmedlemskap, tillit⁶ och självskattad hälsa⁷. Våra analyser baserade på GERDA-enkäten från år 2005 visar på flera intressanta resultat⁸. För det första skiljer sig hälsan mellan äldre personer med hög tillit jämfört med låg tillit så att personer med hög tillit skattar sin hälsa bättre jämfört med personer med låg tillit. För det andra finns det ett tydligt samband mellan aktivt föreningsmedlemskap och god hälsa. Så här långt är våra resultat i linje med den forskning som visar ett positivt samband mellan social kapital och god självskattad hälsa bland de äldre (Nummela et al., 2008; Pollack & von dem Knesebeck 2004; Veenstra 2000).

En intressant ålderskillnad noterade vi emellertid för passivt medlemskap. De passiva föreningsmedlemmarna i åldersgruppen 65 år löper större risk för dålig självskattad hälsa än de som står utanför föreningslivet. Bland 75-åringarna är förhållandet de motsatta. Vad detta beror på är svårt att säga. Vi vet att socialt kapital kan fungera exkluderande gentemot de

⁶ Tillit till vänner och grannar slogs ihop till ett index.

⁷ Den självskattade hälsan baserades på frågan: ”I allmänhet, hur skulle du vilja säga att din hälsa är?” Svartalternativen var ”utmärkt, mycket god, god, någorlunda, dålig”.

⁸ En detaljerad redovisning av resultaten finns i Nyqvist & Nygård, 2012a.

”annorlunda” och skapa ett utanförskap för dem som inte passar in i olika sociala sammanhang. I sådana fall är det självklart att medlemskapet inte har hälsofrämjande egenskaper. Med tanke på att det finns rätt lite forskning om det passiva medlemskapets betydelse för hälsan finns det skäl att vara försiktig med att dra långtgående slutsatser om eventuella negativa effekter av socialt kapital. Den här frågan kräver vidare forskning.

Vi har också tittat på sambandet mellan psykisk ohälsa och socialt kapital bland de äldre i Österbotten och Västerbotten⁹. Analyserna är baserade på GERDA-enkäten från år 2010. Syftet var att se vilka samband som finns mellan frekvensen respektive kvaliteten av sociala kontakter och depression hos 65-, 70-, 75- och 80-åriga personer i Botniaregionen. Som indikator för psykisk ohälsa valdes depression, som mättes med en förkortad version av den så kallade *Geriatric Depression Scale* (GDS, D’ath et al., 1994). Skalan innehåller fyra frågor om tillfredsställelse med livet.

Resultaten från undersökningen understryker vikten av vänskapsrelationer; risken för depression är större för de äldre som sällan har kontakt med vänner alternativt uppger att de inte har några vänner jämfört med de som har regelbundna och täta kontakter. Detta var förväntat, men studiens resultat pekar dessutom på att det är viktigt att man upplever förtroende inom de vänskapsrelationer man har, dvs. förutom de kvantitativa aspekterna av sociala kontakter behövs också kvalitativa aspekter för att stärka sambandet till den psykiska hälsan. Forskningsresultaten överensstämmer väl med tidigare undersökningar som visat att sociala kontakter är en viktig resurs för de äldres psykiska hälsa (Forte, 2009), samtidigt som vår studie utökar den begränsade forskningen riktad till äldre personer som finns på området (Almedom, 2005).

I fråga om relationen till grannar visar resultaten ett tydligt samband mellan förekomsten av depression och hur ofta man umgås med grannar, medan motsvarande samband med upplevt förtroende till sina grannar saknas. Utgående från dessa resultat kan man dra slutsatsen att betydelsen av sociala relationer för den psykiska hälsan varierar beroende på vilken typ av sociala kontakter det gäller, vilket även tidigare forskning har visat (Litwin, 2001). Det verkar således vara viktigare för den psykiska hälsan att känna en förtrolig relation till sina vänner än till sina grannar.

⁹ En detaljerad redovisning av resultat finns i Forsman et al. 2012.

Det kontextuella sociala kapitalets betydelse

En viktig konceptuell distinktion är den mellan socialt kapital som en individuell resurs och kontextuell resurs (se tidigare stycket om Socialt kapital). Tanken bakom denna uppdelning är att individen kan dra nytta av det kontextuella sociala kapitalet även om hans eller hennes personliga sociala kapital är lågt. Med flernivåanalyser kan man separera det kontextuella (nivå 2) och det individuella sociala kapitalets (nivå 1) betydelse för den självskattade hälsan. De kontextuella variablerna i våra analyser – föreningsmedlemskap och tillit – är byggt på aggregerade individuella svar där alla inom samma kommun¹⁰ tilldelats samma medelvärde, medan individuellt socialt kapital på nivå 1 bestäms utifrån individens egna svar på föreningsmedlemskap och tillit¹¹. Vår forskning visar att det kontextuella sociala kapitalet på kommunnivå har ett ytterst svagt samband med den självskattade hälsan, vilket stämmer överrens med den forskning som inte visar något samband eller ett mera komplext samband (Elgar et al., 2011; Engström et al. 2008).

Bristen på samband mellan kontextuellt socialt kapital och hälsa i vår studie kan delvis ha att göra med att de analyserade områdena (kommuner) är för stora och heterogena och att mindre områden såsom exempelvis grannskap skulle ha gett mera förklarad varians. En sådan analys var inte möjligt inom ramen för GERDA-projektet. Däremot inkluderade vi även land (Sverige, Finland) och region (Västerbotten, svenska Österbotten och finska Österbotten) som områdesvariabler på kontextuell nivå och resultaten visar på samma svaga samband med hälsa på individnivå. Det kontextuella sociala kapitalet har troligen mindre betydelse för hälsan i länder och regioner som kännetecknas av högt socialt kapital. Detta förstärker vår tolkning om att mindre geografiska enheter kunde ge ny information om det kontextuella sociala kapitalets inverkan på individens hälsa. För de äldre kan gemenskapen och sammanhållningen i den närliggande miljön däremot spela en viktig hälsofrämjande roll.

Diskussion

Resultaten från vår forskning visar att det individuella sociala kapitalet mätt i form av föreningsmedlemskap, kontakter med vänner och grannar samt förtroende till vänner och grannar har ett samband med hälsa. Vår analys visar också att det individuella sociala kapitalet har en större betydelse för hälsan än det kontextuella sociala kapitalet på kommunnivå.

¹⁰ Totalt 32 kommuner (17 i svenska Österbotten/finska Österbotten och 15 i Västerbotten)

¹¹ Se Nyqvist & Nygård (2012b).

GERDA-enkäten innehåller flera indikatorer som tangerar det sociala kapitalet. Det finns idag inget enhetligt sätt att mäta det och vi valde frågor som mäter aspekter av det strukturella och kognitiva sociala kapitalet. Tre viktiga dimensioner av det sociala kapitalet—sammanbindande, överbryggande och nivå-länkande—har inte analyserats. Däremot har vi separerat det individuella och kontextuella sociala kapitalet; ett angreppssätt som vinner allt större intresse inom hälsoforskningen. Under arbetets gång har flera nya frågor väckts som kan undersökas i framtida forskning. Hur stabilt är socialt kapital hos de äldre över en längre tid? Är det socialt kapital som påverkar hälsan eller är det tvärtom? Varför skattar de äldre i Västerbotten sin hälsa som bättre jämfört med de äldre i det svenska och finska Österbotten?

Våra studier har framförallt visat att de äldre i Västerbotten samt svenska och finska Österbotten är resursstarka om man betraktar det sociala kapitalet och att denna resurs har en koppling till hälsan. Med tanke på denna slutsats är det centralt att skapa lika förutsättningar för en social gemenskap för alla äldre i samhället, oberoende av exempelvis ålder, språk och kön. Att tillämpa kunskapen om det sociala kapitalet kan ske utifrån olika perspektiv; ett ”nerifrån-upp”-perspektiv där fokus läggs på den enskilda individens sociala relationer eller ett ”uppifrån-ner”-perspektiv där statens välfärdspolitik skapar grunden för en social gemenskap i samhället. Resultatens praktiska implikationer kan således sammanfattas enligt följande:

- att hälsan kan stärkas genom att skapa förutsättningar för social gemenskap
- i arbetet med de äldre borde mera fokus läggas på att skapa tillitsfulla relationer
- den nordiska välfärdsstaten, som karaktäriseras av universell social- och hälsovårdspolitik, har en indirekt och positiv effekt på hälsan bland de äldre

Referenser

Almedom, A. M. (2005). Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicine*, 61, 943-64.

Bauman, Z. (2002). *Det individualiserade samhället*. Göteborg: Daidalos.

D'Ath, P., Katona, P., Mullan, E., Evans, S., & Katona, C. (1994). Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders: The acceptability and

performance of the 15 item geriatric depression scale (GDS-15) and the development of shorter versions. *Family Practice*, 11, 260-6.

Engström, K., Mattson, F., Järleborg, A., & Hallqvist, J. (2008). Contextual social capital as risk factor for poor self-rated health: a multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, 66, 2268-2280.

Elgar, F. J., Davis, C. G., Wohl, M. J., Trites, S. J., Zelenski, J. M., & Martin, M. S. (2011). Social capital, health and life satisfaction in 50 countries. *Health & Place*, 17(5), 1044-1053.

Forsman, A. K., Nyqvist, F., Schierenbeck, I., Gustafson, Y., & Wahlbeck, K. (2012). Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions. *Aging & Mental Health* (under tryckning).

Forte, D. (2009). Relationships. Ingår i M. Cattan. (Red.), *Mental Health and Well-being in Later Life*, (ss. 84-111). Berkshire: Open University Press.

Hyypä, M. T., & Mäki, J. (2001). Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine*, 32(2), 148–155.

Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., & Gerdtham, U. (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(1), 3. doi: 10.1186/1475-9276-5-3

Jakobsson, G., & Nyqvist, F. (2011). Socialt kapital i Österbotten. Ingår i P. Vartiainen & M. Vuorenmaa, (red.), *Kohti sosiaalisesti kestävää hyvinvointia. Näkökulmia Pohjanmaalta* (ss. 83-95). Vaasa: Vaasan Yliopiston julkaisuja, tutkimuksia 295.

Kim, D., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2008). Social capital and physical health. A systematic review of the literature. Ingår i I. Kawachi, S., V. Subramanian & D. Kim (red.), *Social capital and health*, (pp. 139–190). New York: Springer.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social Capital, Income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-1498.

Kumlin, S., & Rothstein, B. (2005). Making and breaking social capital: The impact of welfare-state institutions. *Comparative Political Studies*, 38(4), 339–365.

Litwin H. (2001). Social network type and morale in old age. *The Gerontologist*, 41, 516–24.

Nummela, O., Sulander, T., Rahkonen, O., Karisto, A., & Uutela, A. (2008). Social participation, trust and self-rated health: A study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings. *Health & Place*, 14(2), 243–253.

Nyqvist, F., & Nygård, M. (2012a). Is the association between social capital and health robust across Nordic regions? Evidence from a cross-sectional study of older adults in Finland and Sweden. *International Journal of Social Welfare*. doi:10.1111/j.1468-2397.2011.00864.x.

Nyqvist, F., & Nygård, M. (2012b). Social capital and self-rated health among older people in Western Finland and Northern Sweden: a multilevel analysis. *Manuskript insänt för publicering*.

Pollack, C. E., & von dem Knesebeck, O. (2004). Social capital and health among the aged: Comparisons between the United States and Germany. *Health & Place*, 10(4), 383–391.

Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.

Rostila, M. (2007). Social capital and health in European welfare regimes: A multilevel approach. *Journal of European Social Policy*, 17(3), 223–239.

Rostila, M. (2010). The facets of social capital. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. doi: 10.1111/j.1468-5914.2010.00454.x

Sundback, S., & Nyqvist, F. (2010). Tidigare forskning om socialt kapital. Ingår i S. Sundback & F. Nyqvist (red.), *Det finlandssvenska sociala kapitalet: fakta och fiktion* (ss.13-27). Helsingfors: Svenska Litteratursällskapet i Finland.

Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: An individual-level analysis. *Social Science & Medicine*, 50(5), 619-629.

Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *Jämlikhetsanden. Därför är med jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2006). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

10. Politiskt deltagande bland äldre medborgare

Mikael Nygård, pol.dr., akademilektor, Åbo Akademi, Vasa

Gunborg Jakobsson, pol.dr., professor, Åbo Akademi, Vasa

Den bild vi har av äldres politiska aktivitet tenderar ofta att vara endera fragmentarisk eller polariserad. Fragmentarisk eftersom vi inte vet speciellt mycket om hur aktiva äldre är, vilka former av politik de ägnar sig åt eller hur inflytelserika de känner sig politiskt. Polariserad eftersom den ibland tar sig extrema uttryck; endera tenderar vi se äldre som en rätt så passiv och obetydlig politisk kontingent, eller så tillmäts de äldre en nära nog avgörande roll för det framtida välfärdssamhällets hållbarhet. Syftet med detta kapitel är att ge ett bidrag till förståelsen av västerbottniska och österbottniska äldres politiska deltagande genom att dels beskriva deltagandemönster på basis av 2005 och 2010 års GERDA-enkäter, dels diskutera vilka drivkrafterna bakom detta deltagande är.

Introduktion

Syftet med detta kapitel är att beskriva mönster och utveckling i det politiska deltagandet bland äldre personer bosatta i Västerbotten, svenska Österbotten samt finska Österbotten. Ett annat syfte är att diskutera vilka drivkrafterna bakom äldres politiska engagemang är samt hur detta engagemang kan komma att utvecklas i framtiden. Kapitlet utgår från den forskning som vi bedrivit kring denna tematik och baserar sig empiriskt på det enkätmaterial som insamlades år 2005 och 2010 inom ramen för GERDA-projektet. Då vi här talar om ”äldre” medborgare avses allmänt de personer som fyllt 65 år, men i praktiken begränsas diskussionen till 65-, 70-, 75- och 80-åringar, eftersom dessa var de åldersgrupper som undersöktes i samband med enkätundersökningarna (2005 års enkät riktade sig dock enbart till 65- och 75-åringar).

Bilden av äldre personers politiska engagemang är ofta rätt så fragmentarisk samtidigt som det figurerar en del fördomar i fråga om de äldre som politisk kontingent. En sådan fördom är den ofta presenterade men sällan empiriskt testade uppfattningen om att den äldre befolkningen på grund av sitt stora numerära antal och sin höga röstningsbenägenhet i framtiden kommer att tillskansas sig allt mer samhälleligt inflytande på bekostnad av andra grupper som ungdomar (t.ex. Peterson, 1999). Det var länge rätt så tunnsått med vetenskapliga studier av äldres politiska engagemang och det var först på 1980-talet som

forskare började rikta systematisk uppmärksamhet mot denna tematik. Idag har den ”politiska gerontologin” mutats in ett eget område inom den gerontologiska forskningen och bidrar med viktig kunskap om hur bra den samhällsliga delaktigheten för äldre medborgare fungerar i praktiken samt vilket inflytande denna befolkningsgrupp har i det demokratiska systemet.

Vad menas med politiskt deltagande?

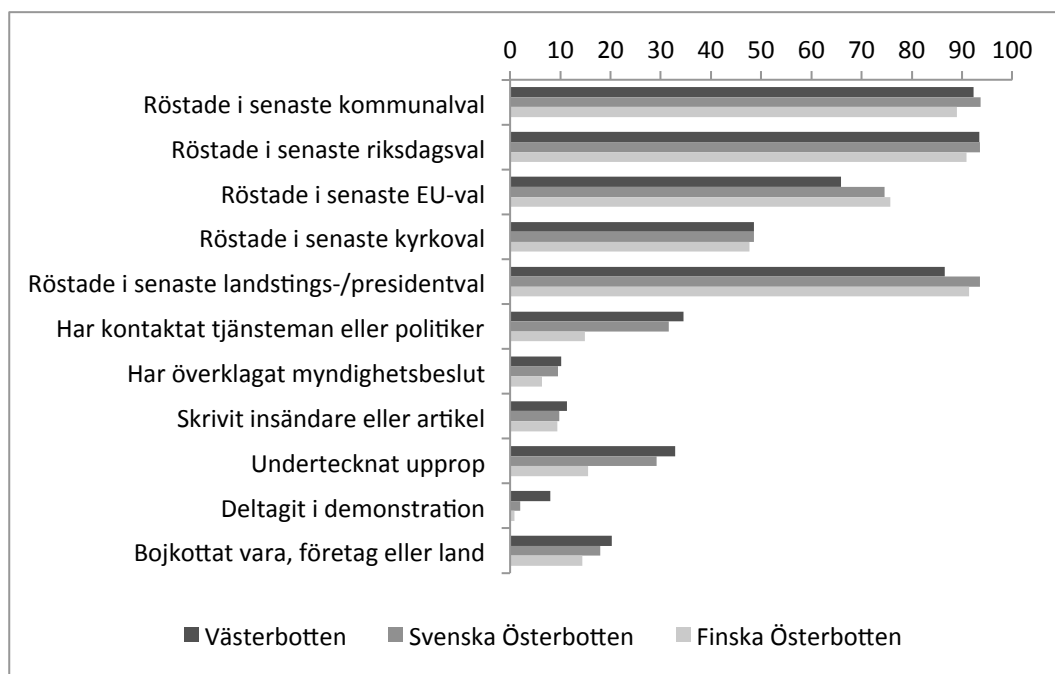
Politiskt deltagande kan definieras på olika sätt, här har vi valt att utgå från den definition som myntades av Sidney Verba med kolleger (1995, s. 38) i så motto att vi här avser de individuella, icke-professionella och frivilliga aktiviteter som direkt eller indirekt syftar till att påverka politiska utfall eller förhållanden i samhället, att ändra politikens institutionella premisser eller som handlar om att välja och påverka de personer som fattar beslut. Denna definition innebär att t.ex. kampanjarbete eller kandidering för politiska poster faller utanför perspektivet. Likaså beaktas inte sådana aktiviteter som enbart representerar ett allmänt intresse för politik (t.ex. tidningsläsning) eller som hänförs till social aktivitet i allmänhet, såsom föreningsverksamhet.

Med utgångspunkt i detta kan man skilja mellan två huvudtyper av deltagande: *institutionaliserat* och *icke-institutionaliserat* politiskt deltagande (Goerres, 2009). Med *institutionaliserat* deltagande avses mer formaliserade, indirekta aktiviteter inom ramen för den representativa demokratin, såsom röstning i val. Med *icke-institutionaliserade* aktiviteter menar vi däremot mer informella och spontana aktiviteter inom eller utanför den representativa demokratis gränser, såsom exempelvis att kontakta politiker eller bojkotta ett visst företags varor. Ibland används också distinktionen konventionellt och okonventionellt deltagande (t.ex. Bengtsson & Christensen, 2009), men problemet med denna distinktion är att de aktiviteter som tidigare ansågs som ”okonventionella” inte längre nödvändigtvis behöver betraktas som sådana (Goerres, 2009).

Den övergripande trenden i det europeiska deltagandemönstret tycks vara att det *institutionaliserade* och de *icke-institutionaliserade* deltagandemönstret överlag utvecklas i olika riktningar. Medan det förstnämnda verkar minska i popularitet tenderar det senare öka i omfattning, speciellt bland yngre åldersgrupper (Wass, 2008; Franklin, 2004). I fråga om den äldre befolkningen visar forskningen att det *institutionaliserade* deltagandet än så länge är betydligt mer etablerat än det *icke-institutionaliserade*, fastän mycket tyder på att denna skillnad håller på att utjämnas över tid. Morgondagens äldre har i sina ungdomsår troligen införlivat ett helt annat beteende än dagens äldre (Goerres, 2009; Quintelier, 2007).

Det politiska deltagandets mönster och förändring

Vad kan vi då basis av GERDA-enkätdata säga om det politiska deltagandet hos äldre? Vi mätte deltagandet med elva frågor som exempelvis handlade om huruvida man hade röstat i det senaste riksdagsvalet eller om man under den senast femårsperioden hade kontaktat en tjänsteman eller politiker. Figur 1 visar hur den genomsnittliga deltagandegraden för dessa elva aktiviteter såg ut för alla som hade svarat på enkäterna år 2005 och 2010.



Figur 1. Den genomsnittliga deltagandegraden (i %) för 11 politiska aktiviteter i Västerbotten, svenska och finska Östergötland. Staplarna uttrycker ett medeltal för de uppmätta deltagandeprocenterna i 2005 och 2010 års enkäter (källa: GERDA-enkäten 2005 och 2010)

Figuren, som är tänkt att ge en första övergripande bild av deltagandemönstret, visar på en betydande skillnad mellan de två huvudtyperna av deltagande. Det *institutionaliserade* deltagandet, dit vi räknar röstning i olika typer av val (även kyrkoval), ligger på en hög nivå medan det *icke-institutionaliserade* deltagandet¹², som alltså omfattar de sex övriga aktiviteterna (dvs. sådant man gör mellan valen), är betydligt lägre. Vi finner även en viss variation inom dessa båda huvudgrupper.

¹² I fråga om de icke-institutionaliserade aktiviteterna efterfrågades om man hade deltagit i de aktuella verksamheterna under den senaste femårsperioden (med undantag av bojkottande som år 2005 gällde den senaste ettårsperioden).

Ser vi först på de institutionaliserade aktiviteterna (dvs röstning i olika val)¹³ så finner vi ett mycket högt genomsnittligt deltagande när det gäller kommunal-, riksdagsval och presidentval/landstingsval, medan deltagande var lägre för de övriga två valen.

Deltagandeprocenten för den förstnämnda gruppen rör sig mellan 80 och över 90%, vilket signifikant överstiger det genomsnittliga deltagandet för dessa val när man ser till hela den röstberättigade befolkningen (t.ex. Bengtsson & Christensen, 2009; Borg, 2005). Däremot är deltagandet i EU- och kyrkoval betydligt lägre (ca 45–70%).¹⁴

Ser man närmare på hur dessa två aktiviteter utvecklar sig över tid (framgår ej av figuren) finner man att röstandet i EU-val och kyrkoval överlag verkar vara på nedåtgående. År 2005 uppgav till exempel drygt 75% av västerbottningarna samt drygt 77% av svensk- och finskösterbottningarna att de hade röstat i senaste EU-val. År 2010 var andelen endast ca 57% i Västerbottens fall medan den fortfarande var något större på andra sidan Bottniska viken (72% i svenska Österbotten och 75% i finska Österbotten). I fråga om kyrkoval låg deltagandet år 2005 på drygt 49% i Västerbotten, 54% i svenska Österbotten samt 52% i finska Österbotten. År 2010 hade det sjunkit till drygt 48% i Västerbottens fall, medan det hade sjunkit till drygt 43% i svenska och finska Österbotten. Vi bör dock här minnas att figuren visar det genomsnittliga deltagandet för *alla* respondenter vid de två tidpunkterna, vilket inkluderar även 80-åringar år 2010 men inte år 2005. Lämnar man 80-åringarna utanför, finner man att röstningsdeltagandet generellt stiger något (ca 1–2% beroende av aktivitet), förutom i fråga om kyrkovalen där det sjunker något (under 1%).

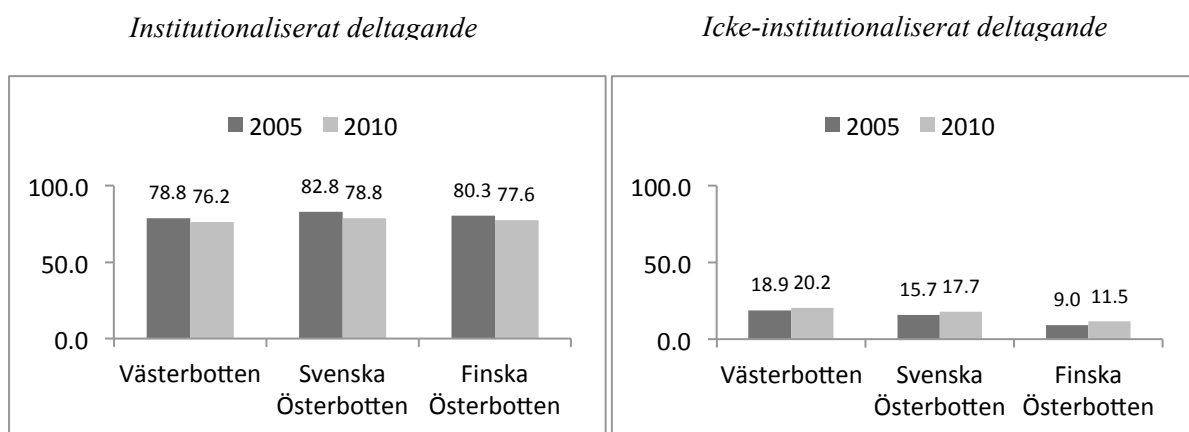
När det gäller de icke-institutionaliserade aktiviteterna, så finner vi att dessa främst tycks handla om ”tysta” protester såsom att skriva brev till politiker snarare än om ”aktiva” protester såsom att dra ut på gatan för att demonstrera. De vanligaste formerna av icke-institutionellt deltagande var att kontakta tjänstemän eller politiker, att skriva under upprop samt att bojkotta varor eller företag. Som ett exempel låg andelen av västerbottningarna och

¹³ De val som avses här var för Finlands del kommunalvalen år 2004 och 2008, riksdagsvalen år 2003 och 2007, Europaparlamentsvalen år 2004 och 2009, kyrkofullmäktigevalen år 2002 och 2006 samt presidentvalet år 2000 och 2006. För Sverige del avses kommunal-, riksdags- och landstingsvalen 2002 och 2010 (de svenska allmänna valen hölls den 19 september 2010 och den svenska enkäten skickades ut i oktober 2010), Europaparlamentsvalen år 2004 och 2009 samt kyrkovalen år 2005/ 2001 och 2009. Att vi här anger både 2001 och 2005 års kyrkoval beror på att vi inte vet om de västerbottniska respondenterna hade hunnit rösta i 2005 års kyrkoval när de svarade på 2005 års GERDA-enkät eller om de refererade till valet år 2001 som det ”senaste val” man hade röstat i. Det svenska kyrkovalet år 2005 hölls den 18 september 2005, drygt tre veckor efter att den första GERDA-enkäten hade sänts ut (v. 34). Eftersom det i vissa fall dröjde flera veckor innan enkäterna returnerades är det fullt möjligt att vissa respondenter hänvisar till 2005 års kyrkoval medan de som svarade snabbt hänvisar till 2001 års val.

¹⁴ Det bör framhållas att det sannolikt finns ett visst systematiskt mätfel inbakat i dylika frågor, eftersom de till stor del är beroende av respondentens minne. Problemet här är att människor inte alla gånger minns ifall de har röstat i ett visst val vid en viss tidpunkt. Dessutom formar sedvänjan lätt svaren, dvs. man uppger lätt att man har röstat i en viss typ av val ifall man i normala fall brukar rösta i dessa val.

svenskösterbottningarna som under de senaste fem åren hade påtalat en brist genom att kontakta en tjänstemän eller politiker i snitt över 30%, medan den var något mindre för finskösterbottningarnas del. Även här finner vi att siffrorna förändras något ifall vi inte tar med 80-åringarna i bilden, eftersom vi då i regel får ett något högre deltagande beträffande de icke-institutionaliserade aktiviteterna.

I figur 2 har vi slagit ihop de 11 olika aktiviteterna till två huvudgrupper, institutionaliserat och icke-institutionaliserat deltagande, samt granskat hur dessa förändras över tid i de tre aktuella delpopulationerna. Vi ser för det första att den genomsnittliga deltagandegraden ligger betydligt högre för de institutionaliserade aktiviteterna (till vänster) än de icke-institutionaliserade (till höger).



Figur 2. Institutionaliserat deltagande (till vänster) och icke-institutionaliserat deltagande (till höger) bland äldre i Västerbotten (N=3169/6805) samt svenska (N=1000/2083) och finska Österbotten (N=818/1539). Staplarna anger det genomsnittliga aktivitetsgraden (i %) för olika aktiviteter tillhörande de två huvudtyperna av politiskt deltagande. (Källa: GERDA-enkäten 2005 och 2010)

Äldre medborgare i Botniaregionen är således betydligt mer aktiva när det gäller att gå och rösta i val än när det gäller politiskt deltagande mellan val, t.ex. att kontakta tjänstemän eller politiker. En trolig anledning till denna diskrepans är att äldre människor generellt sett känner en stark förpliktelse att rösta medan de inte förhåller sig lika varmt till icke-institutionaliserade former av deltagande (Goerres, 2009). Om man jämför de tre regionerna finner man att röstningsdeltagandet i snitt är något högre bland österbottningarna än bland västerbottningarna. Flitigast att rösta verkar dock de äldre i svenska Österbotten vara, vilket till viss del kan förklaras av att man i högre grad ser röstandet som ett sätt att skydda sina språkliga rättigheter (Sundberg, 1984; Allardt, 1956). Däremot är västerbottniska äldre något

aktivare än sina österbottniska bröder och systrar när det gäller det icke-institutionaliserade deltagandet.

Vi kan för det andra se att det institutionaliserade deltagandet tenderar att sjunka över tid medan det icke-institutionaliserade deltagande däremot verkar vara på uppåtstigande bland de äldre i Botniaregionen. Det tycks alltså bli allt vanligare att äldre påverkar även mellan valen. Detta har olika orsaker. En orsak är att informationssamhället, och speciellt Internet, har ökat möjligheterna (och minskat kostnaderna) för att engagera sig. En annan orsak är att yngre kohorter har socialiserats till andra former av deltagande än äldre kohorter. Var och när man är född har en betydelse i detta sammanhang, och det kan tänkas att yngre kohorter helt enkelt har ett mer positivt, eller mindre negativt, förhållningssätt till icke-institutionaliserade former av deltagande än vad tidigare kohorter har (se Nygård & Jakobsson, 2012a; 2012b; 2011a; 2011b; Gorres, 2009).

Det är dock skäl att påpeka att även figur 2 ger en grov bild av förändringen i politiskt deltagande över tid, eftersom vi åter igen ser resultatet för *alla* respondenter vid de två mätpunkterna och inte berättar något om ålders- eller kohortspecifika förändringar. Trots att inga egentliga tidsuppföljningar kan göras på basis av detta datamaterial¹⁵ kan vi inte desto mindre göra vissa, tentativa, tolkningar beträffande hur de äldres politiska deltagande förändrats över tid. Speciellt två förändringar blir härvidlag av intresse: a) hur det politiska deltagandet utvecklats över tid (från 2005 till 2010) för *en och samma kohort* samt b) hur *nya kohorter skiljer sig från äldre kohorter* i detta avseende? Tabell 1 sammanfattar den ålders- och kohortspecifika förändringen över tid.

Ser vi först på den åldersspecifika förändringen så verkar det politiska deltagandet överlag att sjunka varefter som man blir äldre (jfr Wass, 2008; Franklin, 2004). De kohorter som år 2005 var 65 (födda 1940) respektive 75 år (födda 1930) uppvisade i regel lägre aktivitetsgrader år 2010 (när de var fem år äldre). För den kohort som var född år 1940 sjönk deltagandet för de icke-institutionaliserade deltagandeformerna något kraftigare än det institutionaliserade i västerbottningarnas och svenskösterbottningarnas fall, medan det motsatta var fallet för finskösterbottningarnas del.

För den kohort som var född 1930 ser vi däremot ett annat mönster; här tenderar röstningsdeltagandet gå ner över tid medan detta inte gäller de icke-institutionaliserade deltagandeformerna. Bland de finskösterbottningar som var födda år 1930 går deltagandegraden för de icke-institutionaliserade aktiviteterna till och med upp något när man

¹⁵ Detta eftersom vi här endast har tillgång till två tvärsnittsstudier som upprepats med 5 års mellanrum och inte paneldata (d.v.s. longitudinella uppföljningar på individnivå).

blivit fem år äldre. Detta är något förvånade resultat eftersom man kanske hade kunnat förvänta sig att åldrandet skulle drabba det icke-institutionaliserade deltagandet hårdare än röstningen.

Vi bör emellertid minnas att vi här har att göra med medelvärden som inte korrigerats för sådana aktiviteter som innehåller extremvärden. EU-valen är en sådan aktivitet och bojkottandet en annan. Ifall vi exkluderar dessa aktiviteter från våra beräkningar, så hålls röstningsaktiviteten (exklusive EU-val) mer eller mindre oförändrad över tid för 1930-talisterna, medan de icke-institutionaliserade aktiviteterna (exklusive bojkottandet) däremot sjunker betydligt. Det som är intressant här är att bojkottandet tycks ha blivit så pass mer vanligt bland de äldre. I och för sig är detta inte något konstigt eftersom det trots allt handlar om en protestaktivitet som kräver ringa resurser för att genomföras.

Tabell 1. Den åldersrelaterade och kohortrelaterade förändringen i äldres politiska deltagande under en femårsperiod (2005-2010) (källa: GERDA-enkäten 2005 och 2010)

	Åldersspecifik förändring 2005-2010		Kohortspecifik förändring 2005-2010	
	Födda 1940	Födda 1930	Födda 1940 vs födda 1945	Födda 1930 vs födda 1935
<i>Västerbotten</i>				
Institutionaliserat	- 0.7	- 2.9	- 3.4	- 1.9
Icke-institutionaliserat	- 3.1	0.0	2.7	3.0
<i>Svenska Österbotten</i>				
Institutionaliserat	- 2.9	- 5.4	- 3.6	- 3.7
Icke-institutionaliserat	- 3.3	- 0.7	2.8	3.8
<i>Finska Österbotten</i>				
Institutionaliserat	- 2.2	- 6.5	- 4.5	1.8
Icke-institutionaliserat	- 0.1	1.2	3.2	4.0

Förklaring: Siffrorna i tabellen visar förändringen över tid beträffande den genomsnittliga deltagandegraden för institutionaliserat och icke-institutionaliserat deltagande.

När det å andra sidan gäller den kohortrelaterade förändringen fann vi att deltagandegraden i stort verkar stiga över tid när det gäller icke-institutionaliserade former av politiskt deltagande, medan utvecklingen tycks vara den motsatta när det gäller institutionaliserade aktiviteter. Detta betyder att yngre kohorter av äldre tenderar vara mindre aktiva röstare men däremot mer aktiva mellan valen än äldre kohorter. De som alltså år 2010 var 65 respektive 75 år (d.v.s. födda 1945 respektive 1935) var i regel inte lika aktiva röstare men var å andra

sidan mer aktiva mellan valen än de personer som var i motsvarande ålder år 2005.¹⁶ Detta är resultat som ligger i linje med de forskningsresultat som man tidigare funnit beträffande skillnader mellan olika ålderskohorters politiska deltagande (t.ex. Goerres, 2009; Wass, 2008).

Drivkrafterna bakom äldres politiskt deltagande

Vilka är då drivkrafterna bakom äldres politiska deltagande: vad får en äldre medborgare att exempelvis gå och rösta eller att skriva under ett upprop? I den forskning som bedrivits om politiskt deltagande har man i regel kopplat samman det politiska deltagandet med de resurser som människor har (t.ex. Verba, Schlozman & Brady, 1995; Verba & Nie, 1972; Wolfinger & Rosenstone, 1980). Enligt denna ”resursteori” kan man urskilja olika grupper av mobiliserande faktorer som påverkar det politiska engagemanget positivt. Dessa är bland annat socioekonomiska resurser dit vi kan räkna utbildningsnivån; ju högre utbildning, desto större odds för att delta. En annan grupp av mobiliserande resurser är graden av politisk integrering, dvs. vilket förtroendet man har för det politiska systemet eller politikerna i det samt i vilken grad man känner att man kan påverka samhället eller att politikerna lyssnar på en. En tredje grupp av mobiliserande faktorer är det som vi kan kalla ”socialt kapital”, t.ex. ens sociala nätverk eller det förtroende man hyser för medmänniskor. Dessa rön har även visat sig stämma när vi pratar om den äldre befolkningen. Vi har i vår egen forskning funnit stöd för denna resurshypotes; äldre som har en högre utbildning, har ett större förtroende för riksdag och regering samt är mer aktiv i föreningar har en betydligt större benägenhet att rösta eller engagera sig politiskt även mellan val (t.ex. Nygård & Jakobsson, 2011a; 2011b).

Samtidigt visar de internationella forskningsresultaten att även kontextuella eller samhällseliga faktorer spelar en roll för huruvida äldre väljer att engagera sig i politik eller inte. Som ett exempel har man funnit att det politiska deltagandet bland äldre är kopplat till hur jämlika samhällen är eller vilken inställning till de äldre som råder i dessa samhällen (Goerres, 2009). Vi har hittills inte kunnat identifiera dylika kontextuella effekter för GERDA-materialets del, mycket på grund av datamaterialets beskaffenhet. I de studier vi hittills har gjort har vi kunnat konstatera att kommuntypen, dvs. om man bor i stad/tätort eller landskommuner, inte har något samband med huruvida man röstar i val eller hänger sig åt icke-institutionella verksamheter (Nygård & Jakobsson, 2011a; 2011b). Vi har inte heller

¹⁶ Detta gäller dock inte 75-åringarna i finska Österbotten, för vilka både röstningsdeltagandet och de icke-institutionaliserade aktiviteterna visar en uppåtgående trend.

kunnat påvisa några entydiga effekter av den övergripande synen på äldre inom olika kommuner, eller nivån av socialt kapital (föreningsdeltagande och tillit) på kommunnivå (Nygård, & Jakobsson, 2012a; 2012b). Orsaken till detta torde vara att variationen i dessa variabler på kontextnivå är för blygsam för att orsaka signifikanta samband.

Avslutande diskussion

Vilka konklusioner kan dras på basis av detta kapitel? För det första torde det stå klart att de äldre i Botniaregionen uppvisar en exceptionellt hög aktivitet när det gäller att rösta i riksdags-, kommunal- och landstings-/presidentval, medan deltagandet är något lägre för EU- och kyrkoval. Röstningsprocenten i fråga om t.ex. riksdagsval ligger kring 90-procentsnivån vilket överstiger valdeltagandet i allmänhet med ca 20% (jfr Borg, 2005). Vad detta höga deltagande beror på är svårt att säga exakt, men det förefaller sannolikt att det åtminstone delvis har att göra med att de äldre i denna undersökning hör till sådana kohorter som socialiserats till ett aktivt beteende när det gäller röstning. De har med andra ord i sina ungdomsår införlivat normer som säger att det är något av en skyldighet att gå och rösta (jfr Goerres, 2009; Wass, 2008; Franklin, 2004). Dessa normer har sedan förstärkts under livsrytmen och hållit i sig ända tills hög ålder.

För det andra kan man konstatera att deltagandet i s.k. icke-institutionaliserade aktiviteter är betydligt lägre än röstningsdeltagandet, men att det samtidigt verkar troligt att denna typ av deltagande kommer att öka i betydelse i framtiden. När yngre kohorter blir äldre kommer troligen röstningsdeltagandet att sjunka medan aktiviteten mellan val däremot ökar. Speciellt kunde i våra studier märka att konsumentbojkotter verkar vara på uppgång. Detta är intressant eftersom denna form av deltagande inte tenderar vara kopplat till traditionella drivkrafter såsom socioekonomiska faktorer (Nygård & Jakobsson, 2011a; 2011b) utan vara kopplat till de äldres status som konsumenter (jfr Stolle et al., 2005). Man kan fråga sig vilka effekter denna utveckling kan tänkas föra med sig för de äldres politiska inflytande i samhället. Å ena sidan kan det tänkas att det allt växande deltagandet mellan valen kan leda till ett ökat inflytande och en positiv effekt på demokratin, eftersom de icke-institutionaliserade formerna av deltagande ofta ses som mer verkningsfulla i termer av politiskt inflytande och påverkan än vad röstningen gör (t.ex. Goerres, 2009). En annan sak som stöder detta resonemang är att äldre idag har helt andra möjligheter att följa med i politiken och att påverka genom Internet; att påverka politiskt mellan val är inte längre lika beroende av huruvida man exempelvis har möjligheter att ta sig till en viss plats eller är

fysiskt kapabel – genom informationsteknologins försorg kan man idag lika bra påverka via nätet som att dra ut på gatorna för att protestera. Detta betyder dock inte att man ska undervärdera traditionella former av icke-institutionaliserat deltagande, som demonstrationer i egentlig mening, eftersom forskning visar att även dessa former av deltagande håller på att öka bland de äldre.

Vilka mer långtgående betydelser detta i sin tur kommer att ha på de äldres känsla av inflytande i samhället, deras verkliga möjligheter att kunna påverka den politiska beslutsprocessen samt maktfördelningen mellan de äldre och andra åldersgrupper i samhället är svårt att säga. Det är fullt möjligt att de äldres betydelse som en politisk kontingent kommer att öka i framtiden som en följd av andra typer av deltagandemönster och framförallt en högre aktivitet mellan valen. Detta skulle i så fall ge stöd åt de profetior som gjorts angående de äldre som en nära nog dominant politisk faktor i morgondagens samhälle (jfr, Peterson, 1999). Ett dylikt scenario bygger dock på många olika, och osäkra, premisser såsom antagandet att övriga åldersgruppers deltagande övertid förblir konstant. Ett annat problem med denna tankegång är att nedgången i röstningsaktivitet över tid kan tänkas leda till att allt färre äldre personer blir invalda i politiska beslutsfattarorgan, vilket i sin tur kan tänkas ha en negativ effekt på de äldres verkliga inflytande. Det är med andra ord på basis av detta material svårt att sia om hur deltagandet kommer att utvecklas i framtiden och speciellt vilka konsekvenser dessa mönster kommer att ha för de äldres inflytande. Det mest troliga är väl kanske att vi i framtiden kommer att se ett allt mer diversifierat deltagandemönster bland äldre samt att skillnaden mellan dessa grupper och andra grupper överlag minskar.

Referenser

Allardt, E. (1956). *Social struktur och politisk aktivitet*. Helsingfors: Söderströms.

Bengtsson, Å. & Christensen Serup, H. (2009). Politiskt deltagande i Finland – spridning och drivkrafter. *Politiikka*, 51(1), 77–95.

Borg S. (2005). *Kansalaisena Suomessa. Kansalaisvaikuttaminen Pohjoismaissa ja European Social Survey 2002*. Julkaisu 2005: 3. Helsinki: Oikeusministeriö.

Franklin, M. N. (2004). *Voter turnout and the Dynamics of Electoral Competition in Established Democracies since 1945*. New York: Cambridge University Press.

- Goerres, A. (2009). *The Political Participation of Older People in Europe: The Greying of Our Democracies*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Nygård, M. & Jakobsson, G. (2011a). Senior citizens and political participation— evidence from a Finnish regional study. *Ageing & Society*, First View, 1–12.
- Nygård, M., & Jakobsson, G. (2011b). Politiskt deltagande bland äldre i Österbotten. En studie av deltagandemönster och drivkrafter i ljuset av datamaterial från GERDA-projektet, *Gerontologia*, 3/2011, 177-192.
- Nygård, M., & Jakobsson, G. (2012a). Politiskt deltagande bland äldre medborgare i Botniaregionen. En multinivåstudie av deltagande och drivkrafter på basis av GERDA 2010-enkätdata. Artikelmanuskript till *Politiikka*.
- Nygård, M., & Jakobsson, G. (2012b). Older adults and civic participation. A multilevel analysis. Artikelmanuskript till *Ageing International*.
- Peterson, P. G. (1999). *Gray Dawn. How the coming age wave will transform America – and the World*. New York: Time Book.
- Quintelier E. (2007). Differences in political participation between young and old people. *Contemporary Politics*, 13(2): 165–180.
- Stolle, D., Hooghe, M., & Micheletti, M. (2005). Politics in the Supermarket: Political Consumerism as a Form of Political Participation. *International Political Science Review*, 26(3), 245–269.
- Sundberg, J. (1984). *Svenskhetens dilemma i Finland*. Esbo: Schildts.
- Wass, H. (2008). Generations and turnout. The generational effect in electoral participation in Finland. *Acta Politica* 35. Helsinki: Helsinki University Press.
- Verba, S., Schlozman, K. L., & Brady, H. E. (1995). *Voice and Equality: Civic Voluntarism in American Politics*. Cambridge: Harvard University Press.

Verba, S., & Nie, N. H. (1972). *Participation in America: Political Democracy and Social Equality*. New York: Harper and Row.

Wolfinger, R. E., & Rosenstone, S. J. (1980). *Who votes?* New Haven, CT: Yale University Press.

11. Att åldras som kvinna: inte en utmaning, utan två

– om jämställdhet mellan äldre kvinnor och män

Susanne Jungerstam, pol.dr., överlärare, Yrkehögskolan Novia, Vasa

Annika Wentjärvi, pol.mag., projektforskare, Yrkehögskolan Novia, Vasa

Jämställdhetsdiskussionen i Sverige och Finland har under senare år långt kommit att beröra arbetslivsfrågor, såsom lönesättning och kvinnors och mäns maktpositioner i företagsledningar, eller kombinationen av familjeliv och arbetsliv. En jämställdhetsdebatt som berör de personer som lämnat arbetslivet bakom sig är inte alls lika vanlig. I detta kapitel har vi behandlat tre ofta förekommande jämställdhetsaspekter: aktivitet, ekonomi och politisk representation med fokus på äldre personer i Västerbotten och Österbotten i åldrarna 65, 70, 75 och 80 år, utgående ifrån GERDA-enkäten. Resultatet visar att inom alla dessa tre aspekter finns skillnader mellan kvinnor och män. När det gäller kvinnor och mäns ansvarsområden i vardagen följer de en traditionell indelning. Svårigheter med ekonomin förekommer hos många, men kvinnor uppger oftare att de har svårigheter med ekonomin än män. Den äldre kvinnliga politiska representationen är även lägre än deras andel av befolkningen.

Bakgrund

Idag är de flesta kvinnor och män i västerländska samhällen antagligen rätt välmedvetna om vad begrepp som jämställdhet, kön och genus betyder. Många vet att det finns lagar som stipulerar att ingen får diskrimineras på grund av hans eller hennes kön – men att det trots alla lagar, föreskrifter, åtgärder m.m. ändå förekommer löneskillnader mellan kvinnor och män. Kvinnorna utför också fortsättningsvis en större del av hushållsarbetet än män, och de har ofta en lägre representation i t.ex. företagsstyrelser än män. Därtill vet de flesta antagligen att det finns kvinno- och mansdominerade utbildningsbranscher, samt kvinno- och mansdominerade arbetsområden. De flesta av jämställdhetsfrågorna förknippar vi med unga och medelålders människor, de som hör till kategorin arbetsföra vuxna eller vuxna som har barn. Det vi mycket mera sällan reflekterar över är vad jämställdhet betyder för de äldre, för dem vars barn uppnått vuxen ålder och blivit självständiga, för dem som inte (längre) deltar i arbetslivet och för dem vars livsvillkor ändrats till följd av ålder.

I forskning och utredningar om jämställdhet brukar tre aspekter beaktas oftare än andra: arbetsliv, ekonomi och politisk representation (Wentjärvi & Jungerstam, 2012; Jungerstam, Wentjärvi & Säätelä, 2011; HDR, 1995; HDR, 2010; Plantenga et al., 2009; EBS, 2010). Dessa tre aspekter är också de mått på jämställdhet som oftast inkluderas i olika index som mäter jämställdhet mellan könen (jämför *Gender Empowerment Measure*, GEM, och *European Union Gender Equality Index*, EUGEI m.fl.). Härutöver inkluderar EUGEI och den europeiska Eurobarometern också aktiviteter samt våld mot kvinnor i mätningarna, medan Gender Inequality Index (GII) mäter ”ojämställdhet” i termer av delaktighet, betalt arbete, hälsa och utbildning.

Orsaken till att det betalda arbetet och ekonomin inkluderas i de flesta studier och jämförelser ligger naturligtvis i behovet att vara ekonomisk självförsörjande och viljan att upprätthålla ett meningsfullt liv. Utgångspunkten är att både kvinnor och män har rätt till en självständig ekonomi. Ser vi till de äldre är kopplingen mellan arbete och ekonomi också stark, eftersom pensionen i våra länder baseras på tidigare förvärvsinkomst så att den som haft en mindre inkomst, t.ex. till följd av deltidsarbete eller lägre betalt arbete, vanligtvis också erhåller en lägre pension. Efter avslutat arbetsliv är det sedan svårt för de flesta äldre att avsevärt påverka sin inkomstnivå med mindre än att man har så stora tillgångar att tillgångarna kan generera kapitalinkomst, eller genom att arbeta inom eget företag eller möjligtvis genom att vinna på t.ex. lotto eller trav. Då vi i denna artikel ser till särskilt de äldres jämställdhet, är arbetslivet ändå inte mera en aktuell jämställdhetsfråga. Däremot påverkar de äldres tidigare arbetsliv indirekt genom att det inverkar de äldres ekonomiska situation.

Istället för arbetslivet utgör övriga aktiviteter och hobbyer en viktig aspekt av vardagstillvaron för äldre. Detta eftersom det har ett egenvärde i sig att få/kunna utöva aktiviteter man vill och tycker om att utöva (jämför Nilsson i denna volym), men också för att stora skillnader i arbetsfördelning för äldre kan vara avgörande för möjligheterna till upprätthållandet av aktiviteter utanför hemmet, och för möjligheterna att skapa (och upprätthålla) sociala kontakter utanför det egna hemmet. Därtill kan fördelningen av hemarbetet inverka på möjligheterna att få tillräcklig vila; då det betalda arbetet upphört att vara ett livsvillkor är det obetalda (hem- och omsorgs-) arbetet fortfarande i många fall en nödvändighet.

Under 90-talet framfördes argument för att den allt högre förväntade livslängden, den låga reproduktion, samt könsskillnaderna i förväntad livslängd skulle skapa nya möjligheter för kvinnorna att omstrukturera livet i mera jämställda banor på äldre dagar. T.ex. Annemette

Sørensen (1991) menade att det fanns goda möjligheter till utökad jämställdhet i hushållsarbetet då kvinnorna kunde komma att jobba längre än männen, som följaktligen helt naturligt kunde ta på sig ett större ansvar för hushållet. Den allt längre förväntade livslängden i kombination med låg fertilitet skulle också göra att betydelsen av barnafödande och vård av barn i hemmet kortvarigare. Detta skulle jämna ut skillnaderna mellan män och kvinnor i högre ålder (se även Jungerstam, Wentjärvi & Säätelä, 2011)

I frågan om val och politisk representation är utgångspunkten i en demokrati att alla vuxna medborgare har rätt att påverka samhällets och livsmiljöns utveckling. Rätten till inflytande tryggs bl.a. genom val. Den finländska och svenska representativa demokratimodellen utgår dessutom ifrån att den folkvalda representationen långt bör spegla befolkningens åsikter och sammansättning. Representationsfrågan kan ses som en fråga om objektivt intresse, där man utgår ifrån att kvinnor och män har ett likvärdigt objektivt intresse av att vara representerade och bli hörda. I rättvisehänseende har också alla kvinnor som män samma rätt att representera och vara representerade – och om det ena könet kontinuerligt är underrepresenterat, är systemet inte rättvist och jämlikt (se t.ex. Bergqvist, 1994; SOU, 1987). Samma resonemang kan naturligtvis föras kring ålder, då olika erfarenhet följer med olika åldrar, och då olika åldrar kan antas ha ett objektivt intresse av att deras frågor representeras.

Ser vi till befolkningsstrukturen idag, utgörs den del av befolkningen som fyllt 65 år idag 17,5% (2010) av befolkningen, men i Österbotten 19,1% av befolkningen (Sotkanen, 2012). Motsvarande siffra i Sverige är 18,5% och för Västerbottens del 19,1 (2010) (SCB 2012). Enligt principen om representation som speglar befolkningens sammansättning kunde man då föreställa sig att knappt 20% av de folkvalda på kommunal nivå skulle vara minst 65 år gamla.

Äldres aktiviteter

Ser vi till de äldre i Västerbotten och Österbotten, kommer de argument som framförts om att skillnaderna i aktiviteter nog jämnar ut sig ”med åldern” på skam. I GERDA-enkäten ställdes frågan om vilka ansvarsområden i vardagslivet som de äldre upplevde att de bar det huvudsakliga ansvaret för. Här svarade de äldre väldigt lika i både Västerbotten och Österbotten, oavsett språk: kvinnorna upplevde att de bar huvudansvaret för inköp, matlagning, städning, tvätt och strykning, medan männen ansvarade för utomhusarbete. Skillnaderna var mycket stora mellan hur stor del av kvinnorna och hur stor del av männen som upplevde att de bar huvudansvar för olika uppgifter. Som exempel kan nämnas ansvaret

för matlagningen där över 90% av kvinnorna i Västerbotten och Österbotten ansåg att de hade huvudansvaret, mot 31 respektive 25% av männen. Förhållandet är det omvända vad gäller ansvaret för utomhusarbete, där över 80% av männen upplevde att de hade huvudansvaret, jämfört med knappt 30% av kvinnorna. Endast i frågan om att betala räkningar och hjälpa närstående svarade både kvinnor och män att de bar huvudansvar för uppgiften i ungefär lika stor utsträckning.

I frågan om samtliga uppgifter kan dessutom noteras att den sammanlagda procenten ibland överstiger hundra och ibland understiger hundra. Detta kan bero på att paret t.ex. utför uppgiften tillsammans, eller kanske turas om – eller eventuellt på att den ena känner sig ansvarig för att hålla efter att den andra utför uppgiften. Slutligen verkar det också finnas uppgifter som ingen av de äldre i ett hushåll upplever sig vara huvudansvarig för. Detta gäller särskilt stöd/hjälp till anhöriga. På den frågan svarade endast 26% av männen och 31% av kvinnorna att de bar huvudansvaret för uppgiften.

På frågan om hur stor del av tiden de äldre ägnar sig åt att göra nödvändiga sysslor i vardagen är skillnaden också tydlig mellan kvinnor och män: då 76% av kvinnorna uppgav att de ägnade hälften eller mer av sin vakna tid åt sysslor som är nödvändiga för att klara vardagen, var motsvarande siffra för männen 64% (se även Wentjärvi & Jungerstam, 2012).

Äldres ekonomi

Till jämställdhetsaspekterna räknas också den personliga ekonomin och ett ekonomiskt oberoende. I GERDA-enkäten frågade vi ”Får du din ekonomi att gå ihop?”, och i resultaten ser vi att ca 40% av svaranden i båda länderna uppgav att de hade svårigheter av olika grad med att få ekonomin att gå ihop. De äldre kvinnorna i Kvarkenregionen uppgav större ekonomiska svårigheter än männen. Nästan hälften av de svarande västerbottniska kvinnorna uppgav att de hade svårigheter med sin ekonomi (47%), medan motsvarande andel bland de österbottniska kvinnorna var lite lägre (42%). Skillnaderna kan bero på respektive lands pensionssystem eller på personens tidigare arbets- eller lönehistoria. Generellt vet vi att det är vanligare med heltidsarbete bland kvinnor i Finland och deltidsarbete bland kvinnor i Sverige (Eurostat, 2011), vilket påverkar både lönen och pensionsbeloppet.

Utgående från GERDA-resultaten ser vi också att upplevelsen av ekonomiska svårigheterna stiger ju äldre grupper vi ser på. I GERDA-enkäten uppgav fler personer i åldern 75 år svårigheter med ekonomin än personer i åldrarna 70 år och 65 år. Detta gällde för båda könen men i högre grad för kvinnor än för män. Nästan hälften (48%) av kvinnorna i

denna ålder uppgav svårigheter jämfört med 39% av männen. I åldern 65 år var situationen aningen bättre så att 41% av kvinnorna och 35% av männen uppgav svårigheter.

Svårigheterna drabbar många pensionärer, som har små reella möjligheter att i detta skede längre kunna påverka sitt pensionsbelopp (se även Wentjärvi & Jungerstam, 2011 med avseende på Österbotten).

Äldres politiska representation

I Gerda Botnia-enkätresultatet uppgav nästan alla svaranden i åldersgruppen 65-80 år att de hade röstat i senaste kommunalval (se även Nygård och Jakobsson i denna volym). Av dessa uppgav män något oftare att de hade röstat än kvinnor, och de yngre äldre, som deltog i enkäten, uppgav oftare att de röstat än de äldre. Ifall det då också är viktigt att vara representerad av någon som både representerar det parti som står en nära, eller kanske den by där man bor, och samtidigt tillhör den åldersgrupp som man delar livserfarenhet med, kan det noteras att majoriteten av alla uppställda kandidater var personer under 65 år. Dessutom var andelen äldre kandidater i hela Vasa valdistrikt som var kvinnor en betydligt mindre andel än äldre kandidater som var män. Endast var fjärde kandidat över 65 år var kvinna (se även Wentjärvi, Jungerstam & Nygård, 2012). Andelen kandidater över 65 år i det senaste kommunvalet i Västerbotten var 20,5% (Valmyndigheten, 2012).

För Västerbottens del föreligger valstatistik över invaldas kön och ålder i alla kommuner i Västerbotten efter senaste val 2010 (Valmyndigheten 2012). I medeltal 16% av de folkvalda i kommunfullmäktige i Västerbotten var över 65 år vid valtidpunkten. Kommunvis varierade andelen över 65 år mellan 6 och 32%. I medeltal 10% av de invalda över 65 år var män och 6% var kvinnor. Alla kommuner i Västerbotten hade invalda män över 65 år och endast i en kommun fattades helt kvinnor över 65 år.

Våren 2011 kontaktade vi samtliga 16 österbottniska kommuner för att få en uppfattning om antalet invalda personer över 65 år i landskapets kommunfullmäktige. Bland de folkvalda i kommunfullmäktige i Österbotten var i medeltal 14% över 65 år då förfrågan skickades ut (data från Storkyro fattas). Andelen varierade mycket mellan kommunerna så att den kommun som hade den lägsta andelen äldre invalda hade 6% äldre invalda (motsvarande 2 personer), medan kommunen med högsta andel äldre hade 21% äldre ledamöter i kommunfullmäktige. Ser vi till könsfördelningen var ändå majoriteten av de invalda över 65 år i Österbotten män – i medeltal 10% av alla invalda – medan andelen kvinnor över 65 år i medeltal var 4%. I var fjärde österbottnisk kommun finns *ingen* invald kvinna över 65 år.

På frågan om de äldre känner att de har inflytande i samhället upplevde ca hälften av dem som besvarat GERDA-enkäten att de till viss del kände sig inflytelserika i samhället. Få höll helt med påståendet ”Jag känner mig stark och inflytelserik” – medan 43% av alla äldre uppgav att de *inte alls* kände sig inflytelserika. Särskilt kvinnor i 75-års ålder kände sig mindre inflytelserika än män i samma ålder, och generellt sett uppgav de äldsta att de kände sig mindre inflytelserika än de yngre: vid 80-års ålder uppgav över hälften av alla kvinnor och män i Österbotten att de inte alls kände sig inflytelserika (se även Wentjärvi et al., 2011, med avseende på Österbotten).

I frågan om möjligheter att påverka tillfrågades de äldre i enkäten också om andra sätt att påverka, bl.a. vilka metoder de använt för att påtala fel eller brister under de senaste fem åren. På frågan om de äldres benägenhet att använda sig av andra medel än valdeltagande uppgav nästan var fjärde i att de hade tagit kontakt med tjänsteman under de senaste fem åren, medan andra former av aktivitet för direkt påverkan var rätt ovanliga. (Se även Nygård och Jakobsson i denna volym, samt Wentjärvi, Jungerstam & Nygård, 2012 med avseende på Österbotten).

Jämställdheten ändrades inte ”med åren”

Av ovanstående kan vi dra slutsatsen att äldre kvinnors och mäns aktiviteter och ansvarsområden följer traditionella mönster av kvinno- och mansdominerad aktivitet. Många äldre har också svårt att få ekonomin att gå ihop och överlag är det kvinnorna som oftare upplever problem med att få ekonomin att gå ihop än männen. Svårast har de ensamstående och sammanboende kvinnorna. Här bör det understrykas att det inte är ett problem i sig att människor väljer att göra olika saker – vare sig det gäller förvärvslivet eller senare i livet – men det blir lätt en begränsning eller ett bekymmer särskilt för kvinnorna. Dels står kvinnor i en sämre ekonomisk position då de intjänat en lägre pension i medeltal under sitt arbetsliv. Dels är det bekymmersamt att det generellt sett oftare är kvinnor som ansvarar för nödvändiga vardagssysslor än män. Vid högre ålder kanske inte kvinnorna mera orkar ta ansvar för vardagen i samma utsträckning som förr – och i värsta fall hindrar det dem från att utföra sysslor som de gärna skulle vilja utföra, eller från att få tillräcklig vila. Slutligen medför ojämlikheten i fördelningen av aktiviteter dessutom en ökad risk för ensamhet eftersom de flesta av kvinnornas sysslor är inomhussysslor.

Utöver ojämlikhet i aktivitet är de äldre mindre representerade i folkvalda församlingar än deras befolkningsandel skulle ge vid handen, särskilt i Österbotten. Av de äldre

kommunfullmäktigeledamöter är merparten män, vilket rimmar illa med att den större andelen äldre är kvinnor. Ska man tolka detta så att de äldre hellre röstar på yngre kandidater, och att särskilt de äldre kvinnorna känner att männen kan representera dem? Om det är så, föreslås nytänkande. På samma sätt som man kommit till att kvinnor som grupp har något andra erfarenheter än män, och därför bör vara delaktiga i politiken i samma utsträckning, är det rimligt att anta att äldre har andra erfarenheter än yngre. Alla har varit barn och unga en gång, men det är bara de äldsta som har erfarenhet av att vara gamla.

Att de flesta inte heller upplever att de har särskilt stort inflytande på politik och samhälle förstärks av att endast hälften av de äldre känner att de har ett visst inflytande i samhället. 43% känner sig inte alls inflytelserika. Av dessa är en större andel kvinnor än män, men skillnaden mellan kvinnor och män är inte särskilt stor och ju äldre de äldre blir, desto mera lika blir förhållandet i relation till könen. Mycket tyder på att de former för politisk deltagande som nu finns helt enkelt inte upplevs som tillräckliga påverkningskanaler för de äldre, oberoende av kön. Här hör man ofta sägas att det inte finns några äldrekandidater – eller att de äldre själva inte vill ställa upp – eller att de inte känner att de kan detta så bra som de yngre. Men alla dessa argument framfördes också om kvinnor för inte alls länge sedan, då kvinnors andel i folkvalda församlingar ännu var låg. Således kunde t.ex. de politiska partierna satsa mera på att rekrytera kompetenta äldre kandidater, och ge dem synlighet, utrymme, förtroende och respekt. Samtidigt kunde politiken, samhället och medmänniskorna överväga att medvetet utveckla nya sätt för äldre att ha inflytande som betjäna just de äldre. För allt emedan samhällsutvecklingen ser ut att gå mot att nya sociala medier får en allt större roll i politik och beslutsfattande, påverkan och opinionspåverkan, har dessa långt utvecklats för och av yngre personer. Och då kvarstår frågan: hur ska vi i framtiden bättre inkludera den fjärdedel av befolkningen som nu utträtt ur arbetslivet, och som har en fullvärdig rätt att utgöra en del av samhället, oberoende av om vi avser yngre äldre, äldre äldre, kvinnliga äldre eller manliga äldre?

Referenser

Bergqvist, C. (1994). *Mäns makt och kvinnors intressen*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

EBS 326: Special Eurobarometer 326 (2010). *Gender Equality in the EU in 2009*. EC.
Tillgänglig: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_326_en.pdf (hämtad 31 januari 2011)

Eurostat (2011). *Persons employed part-time 2010*. Tillgänglig:
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/File:Persons_employed_part-time,_2010_\(%25_of_total_employment\).png](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/File:Persons_employed_part-time,_2010_(%25_of_total_employment).png) (hämtad 7 februari 2012).

Gerda Botnia (2011). *Gerontologisk regional databas: enkät 2010*. Vasa/Umeå:
Yrkeshögskolan Novia, Åbo Akademi och Umeå Universitet.

HDR 1995 (Human Development Report) (1995). *The revolution for gender equality*.
Overview. United Nations Development Programme, UNDP.

HDR 2010 (Human Development Report) (2010). *Gender Inequality Index*. United Nations
Development Programme, UNDP.

Jungerstam, S., Wentjärvi, A., & Säätelä, S. (2011). Äldre i Österbotten i ett
jämförande perspektiv. Ingår i M. Nygård, F. Finnäs (red.), *Hälsa och välfärd i ett
föränderligt samhälle* (ss. 189–204). Åbo: Åbo Akademis förlag.

Plantenga J., Remery C., Figueiredo H., & Smith M. (2009). Towards a European Union
Gender Equality Index. *Journal of European Social Policy*, 19(1), 19-33.

SCB (Statistiska centralbyrån) (2012). *Folkmängd efter län, civilstånd, ålder och kön*.
Tillgänglig: <http://www.scb.se> (hämtad 1 februari 2012).

Sotkanet (2012). *Statistik- och indikatorbanken*. Tillgänglig: <http://www.sotkanet.fi> (hämtad 7 februari 2012).

SOU (1987). *Varannan damernas. Slutbetänkande från utredningen om kvinnorepresentation*.
Statens offentliga utredningar 1987:19. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.

Sørensen, A. (1991). The Restructuring of Gender Relations in an Ageing Society. *Acta Sociologica*, 34(1), 45-55.

Valmyndigheten (2012). *Val till kommunfullmäktige – Ålder och kön – Västerbottens län*. Tillgänglig: <http://www.val.se> (hämtad 7 februari 2012).

Wentjärvi, A., & Jungerstam, S. (2011). Svårt för äldre få ihop ekonomin. *Vasabladet 4 december 2011*.

Wentjärvi, A., Pellfolk, T., Säätelä, S., & Jungerstam, S. (2011). Yngre äldre och livskvalitet i Österbotten. Ingår i P. Vartiainen & M. Vuorenmaa (red.), *Mot en socialt hållbar välfärd. Perspektiv från Österbotten. Kohti sosiaalisesti kestävää hyvinvointia. Näkökulmia Pohjanmaalta*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 295. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 6. Vaasa.

Wentjärvi, A., Jungerstam, S., & Nygård, M. (2012). Äldres politiska inflytande svagt. *Vasabladet 28 januari 2012*.

Wentjärvi, A., & Jungerstam, S. (2012). Gender Equality in Older Age – a Comparison between Two Regions in Finland and Sweden. *Manuskript*.

12. Att njuta av livet som äldre

Ingeborg Nilsson, legitimerad arbetsterapeut, med.dr. i arbetsterapi, lektor vid Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå Universitet

Det här kapitlet introducerar aktiviteter och deras betydelse för den äldre människan. Här ges en närmare beskrivning av hur äldre boende i Västerbotten engagerar sig i fritidsaktiviteter och möjliga orsaker till detta engagemang. Relationen mellan aktiviteter och att må bra som äldre presenteras liksom den moderna teknikens möjligheter att vara aktiv som äldre.

Under rubriken "Livet kunde vara roligare på hemmet" skrev Dalarnas Tidningar (2011) om tre äldre herrar som kände sig dystra över den stora brist på aktiviteter de upplevde. Att livet på äldreboendet erbjöd en god omsorg och mat men att de saknar något roligt och meningsfullt att göra. Aktiviteter är en livsnödvändighet för människan och männen i tidningsartikeln beskriver att de upplever sysslolösheten som ett problem som kan leda till depression och saknar möjligheten att få ägna sig åt sina intressen. Detta är ett av många exempel från media om hur livet på äldre dagar kan se ut. Självfallet finns det även goda exempel från äldreomsorg men som nyanställd inom äldreomsorgen förundrades jag själv över med vilket fokus och med vilken frenesi nära nog all personal ägnade åt att stödja de äldre att kliva upp på morgonen, äta sin frukost och få på sina kläder. Jag tänkte inledningsvis att det kanske skulle hända något spännande den dagen eftersom det var så viktigt att komma igång direkt på morgonen. Men tyvärr hände detta sällan, istället satt de där påklädda och mätta men inget hände under resten av dagen. Och så såg det tyvärr ut dag efter dag. Jag slogs av hur verksamheten så starkt fokuserade på det mest basala sakerna i livet (som att tvätta sig och klä på sig) men att resurser sedan till mycket liten del fanns för att fylla dagarna med något som de äldre uppfattade som roligt eller viktigt. Detta sätt att jobba kan beskrivas som att verksamheten organiseras utifrån människans primära behov, Maslows teorier, istället för att den utgår från vad som är meningsfullt för personen, Antonovskys teorier (Westlund och Sjöberg, 2006).

Även om det som sagt finns flera goda exempel så verkar det finnas mycket stora brister när det gäller aktivitetsutbudet för boende på äldreboenden. Det mål Sveriges kommuner gemensamt har satt upp om att kunna erbjuda två aktiviteter per vardag når endast 4 av 10 kommuner upp till under 2011. Inte mer än en fjärdedel av kommunerna når upp till målet att

erbjuda minst en aktivitet för de boende på helgdagarna (Sveriges kommuner och landsting, 2011). Fortfarande verkar det alltså vara så att vi som arbetar med äldre och som beslutar om äldre frågor inte anser det vara viktigt att stötta äldre till aktiviteter som väcker nyfikenhet, lust, glädje, skratt eller spänning. Som om det inte vore viktigt att njuta av livet som äldre!? I det här kapitlet vill jag ge belägg från GERDA-studien för motsatsen; att meningsfulla fritidsaktiviteter är väsentliga för ett gott liv på äldre dagar.

Vikten av att njuta av livet som äldre

Fritidsaktiviteter, sådana aktiviteter som gör att vi njuter av livet, är livsviktiga! Det finns studier som pekar på att vi till exempel lever längre om vi engagerar oss i fritidsaktiviteter (läs gärna Agahi & Parker, 2011; Agahi, Silverstein & Parker, 2008). Men det finns fler och andra positiva effekter av att prioritera och ägna oss åt fritidsaktiviteter; studier har nämligen även visat att vi i mindre omfattning drabbas av demenssjukdomar och depression samt att vi upplever en högre grad av välbefinnande och fysisk hälsa (till exempel Adams, Leibbrandt, & Moon, 2011). Studier av äldre i GERDA-projektets Västerbottens del visar också på ett positivt samband mellan äldres fritidsengagemang och livstillfredsställelse (Nilsson, Fisher, Bernspång, Gustafson, Löfgren, 2007). Resultaten visar här att de som är mer engagerade i fritidsaktiviteter också har en högre grad av tillfredsställelse med livet i sin helhet än de äldre som har en längre grad av engagemang. Det går därför att dra den slutsatsen att det kan vara värdefullt att fortsätta vara aktiv i de fritidsaktiviteter man har och/eller hitta nya fritidsaktiviteter som intresserar och motiverar också som äldre.

Det är dock inte så att enbart omfattningen på de fritidsaktiviteter som äldre ägnar sig åt har betydelse för livstillfredsställelsen; också det faktum att man ägnar sig åt just de aktiviteter som man helst vill syssla med tycks ha betydelse. Att få ägna sig åt sina fritidsaktiviteter, det som man vill göra och är motiverad för, som så att säga tillfredsställer ens egna behov, har visat sig vara viktigt för att må bra. Det kan uppfattas som självklart att människor i första hand ägnar sig åt sådana att-njuta-av-livet-aktiviteter, men om vi rannsakar oss själva så tror jag att var och en av oss kan hitta aktiviteter som vi kanske gör eller väljer att inte göra av andra orsaker. Inte sällan kan vi finna att vi gör vissa saker för att vi alltid gjort det eller för att vi tror att det förväntas av oss. Jag tänker på Kurt (en av de intervjupersoner jag har kommit i kontakt med) som noggrant skottar snön runt husets entré, inte för att han själv tycker det är så viktigt utan för att han tror att grannarna annars skulle tycka han misskötte sina uppgifter. Ett annat exempel kan vara att vi inte gör sådana saker

som vi egentligen skulle vilja göra. Jag tänker på Göta (en annan av mina intervjupersoner) som berättade om sitt intresse för bärplockning. Göta berättar att hon på äldre dagar aldrig liksom kommer sig iväg till skogen trots att hon egentligen har stor lust att plocka bär. Studier av äldre i GERDA-projektet visar alltså dels att engagemanget i fritidsaktiviteter bidrar till hur nöjd man är med livet, dels att det också är av betydelse att de aktiviteter som man väljer att engagera sig i är sådana aktiviteter som man är motiverad för.

Det är således rimligt, med bakgrund i vad som ovan beskrivits, att påstå att valet av fritidsaktiviteter måste utgå från varje enskild person och att samhället borde prioriterar ett tillgängligt och brett utbud av olika fritidsaktiviteter riktade till äldre. Särskilt viktigt blir samhällets stöd till de äldre som genom sjukdom och andra åkommor begränsas i sin egen förmåga att engagera sig i fritidsaktiviteter.

Att-njuta-av-livet aktiviteter bland äldre i norra Sverige

Sociala aktiviteter som att träffa andra, till exempel vänner, bekanta eller familj och umgås beskrivs både bland äldre män och kvinnor i GERDA-projektet som mycket väsentligt. Den sociala delen av att dricka en kopp kaffe men en god vän, att ha någon att samtala med under en promenad eller att ha någon att ringa till är alltså något som de äldre gärna engagerar sig i och som värderas högt bland dem. För att få en förståelse för vilken typ av fritidsaktiviteter som äldre i norra delen av Sverige uppfattar som viktiga så har undersökningar gjorts vid flera tillfällen och med flera olika grupper som en del i GERDA-projektets Västerbottens del (Nilsson & Fisher, 2006; Nilsson, 2009).

Det fritidsaktiviteter som engagerar äldre, oavsett om man är yngre-äldre eller äldre-äldre, är förutom sociala aktiviteter även kulturella aktiviteter och att se på TV. Aktiviteter som omfattade inslag av friluftsliv var däremot något som engagerade de yngre-äldre i högre grad än de äldre-äldre, vilket kanske kan förklaras av att exempelvis promenader eller bär- och svampplockning är tämligen kroppsligt påfrestande aktiviteter och att det är mer troligt att de äldre-äldre härvidlag känner kroppsliga begränsningar. Äldre som bor i stadsmiljö uppger att de engagerar sig i kulturella aktiviteter och motionsidrott i större omfattning än de som bor på landsbygden. Däremot tenderar de äldre på landsbygden att ha ett större engagemang i fiske- och jaktaktiviteter. Den geografiska skillnaden kan sannolikt åtminstone delvis förklaras av tillgängligheten till aktiviteter; för en stadsbo krävs det mera tid, planering, kostnader etc. för att åka ut och fiska medan landsbygdsbon å andra sidan kan ha svårare att ta del av organiserad motionsidrott (Nilsson, Löfgren, Fisher & Bernspång, 2006).

Kvinnorna rapporterade ett större engagemang i hobbyer och hemmets skötsel än män, män å andra sidan uppgav ett större engagemang i fråga om att se på sportaktiviteter. Denna typ av könsskillnader beskrivs ofta som traditionella skillnader, det vill säga att kvinnorna engagerar sig i aktiviteter nära hemmet (Bennett, 1998). Orsakerna till skillnaderna mellan könen bland de äldre i GERDA-projektet har inte närmare analyserats här, men det är inte osannolikt att en vana som etablerats tidigare i livet också kan avspeglas i det man sedan fyller sin vardag med som äldre. Allra minst fritidsengagemang bland både män och kvinnor verkar bollspel (som fotboll, handboll, basket) och anläggningsidrotter (som ishockey, friidrott) väcka även om det också bland de allra äldsta fanns de som beskrev dessa aktiviteter som intressanta (Nilsson, Löfgren, Fisher & Bernspång, 2006).

Att njuta av livet i en digital värld

Att åldras i ett alltmera digitalt Sverige innebär bland annat att kunna uppleva hur mobiltelefoner kan fungera som stereo eller att bevittna hur TV:n kan visa bilderna från ens semesterresor. Idag har det också blivit verklighet att vi kan se varandra när vi ringer varandra via datorn. Tekniken kan överträffa våra vildaste idéer, slå oss med häpnad och den innebär även möjligheter i fråga om tillgängliga aktiviteter men också stora utmaningar. Även om äldre i Sverige börjar använda dator och teknik i större omfattning så är det ändå många idag som vare sig har tillgång till dator eller kunskaper att använda den (Findahl, 2011). Endast tre av tio 75-åringar i Sverige använder Internet någon gång vilket kan jämföras med i stort sett alla svenskar mellan 10-55 år.

Som en del i GERDA-studien har ett delprojekt som äldre och Internet-baserade aktiviteter genomförts. Resultaten så här långt där äldre från Västerbotten har ingått visar att många kan beskriva fördelar med dator och Internet men att de också ser faror och risker med denna typ av nätbaserade aktiviteter (Forsberg & Nilsson, 2009; Larsson, Larsson-Lund & Nilsson, 2012). Vardagliga aktiviteter som att beställa varor, hitta information eller underhållning kan idag göras både lätt, snabbt och billigt via Internet. Denna typ av möjlighet saknar emellertid de äldre som inte är Internet-användare. En äldre person som inte var Internet-användare berättade med stor emfas under en intervju om ilskan som väcktes då han blev hänvisad till tv-kanalens hemsida för att få lyssna till hela den intervju som visades i förkortad form i nyheterna. Mannen uppfattade denna hänvisning som en kränkning då han gärna hade velat se intervjun i sin helhet men varken hade en dator eller kunskaper om Internet.

Delprojektet om Internet-baserade aktiviteter har även inriktade sig på att studera insatser som kan underlätta användandet av Internet för äldre som är intresserade av detta. Vid ett seniorboende erbjöds seniorer möjligheten att under handledning finna och utföra sådana aktiviteter på Internet som de fann viktiga för att kunna njuta av livet (Nilsson, Forsberg, Lindgren, 2009). Med utgångspunkt i de erfarenheter som de äldre generöst bidrog med kunde studien visa på vilka hinder och möjligheter som seniorer utan tidigare vana av Internet och datorer upplevde. Att använda mus och tangentbord var inte en självklarhet och var i sig en svårighet för flera av deltagarna. Att överhuvudtaget kunna navigera sig fram till en viss Internetsida och att kunna ta del av den komplexa och rörliga information som nätet erbjuder visade sig vara en mycket stor utmaning för deltagarna. Ett sätt att introducera Internet-baserade aktiviteter var därför att inledningsvis guida de äldre till sådana meningsfulla aktiviteter som erbjöd liten eller måttlig mängd information och där kravet på att navigera (d.v.s. hitta, klicka o.s.v.) på sidan var begränsade (Lindgren, Nilsson, 2009). De seniorer som deltog i studien ökade sina förmågor att använda Internet och beskrev i slutet av projektiden hur de brukade läsa tidningar, söka information (som t.ex. samhällsinformation, adresser) liksom finna och kommunicera med gamla och nya vänner (Nilsson, Forsberg, Lindgren, 2009).

För att ha samma möjligheter som den övriga befolkningen när det gäller att delta i samhället, att vara aktiv och delaktig, kan kunskaper om Internet vara en kritisk del. Det är därför angeläget att alla i samhället har samma tillgång till detta media (Nilsson & Townsend, 2010). Fortfarande saknas dock studier i större skala om hur Internet kan bli tillgängligt för äldre och i synnerhet för de allra äldsta samt huruvida det finns hälsovinster i möjligheten att vara aktiv på nätet (Nilsson, 2012).

Upplevelsen av att må bra genom att vara aktiv

Det finns som tidigare nämnts studier som visar på relationen mellan aktiviteter och olika typer av hälsovinster men det finns lite kunskap om vad det är i själva aktiviteterna som bidrar till att skapa denna effekt eller hur äldre själv uttrycker relationen mellan aktiviteter och hälsa. Genom intervjuer i samband med hembesök i GERDA-projektets Västerbottens del har vi undersökt vad de allra äldsta, de som är 90 år eller äldre, värderar och beskriver som viktigt i aktiviteter och i görandet av dessa aktiviteter ör att må bra (Nilsson, Lundgren, Liliequist, 2012). De berättelser som ges beskriver hur viktigt det är att aktiviteterna bidrar till att de fortsätter känna sig som en del i ett sammanhang där det finns förväntningar som kan

uppfyllas. Därutöver framkom hur personens livsberättelse med dess inslag av aktivitet blir en viktig del för vad man gör idag och hur man planerar sin framtid.

De livsberättelser som de äldre delade med sig av gav en förståelse för hur man tidigare använt och i nuläget använder sig av aktiviteter som ett sätt att få energi, att utmana sig själv, att känna glädje men också för att glömma problem och njuta av livet. Aktiviteterna tidigare i livet hade skapat en vana som de äldre gärna fortsatte med eftersom de gav en känsla av rutin och trygghet. Samtidigt som det var viktigt att fortsätta som tidigare beskrevs också behovet av att acceptera den naturliga förändring som det innebar att bli och vara över 90 år.

Förändringarna beskrevs ur ett aktivitetsperspektiv, där de dels visade de på en anpassningsprocess i samband med att inte längre orka som tidigare, dels visade de att planeringen av aktiviteter förändras då man inte vet hur länge till man kommer att leva. Dessa förändringar kräver att aktiviteterna till viss del ändras eller anpassas, och därför beskriver de äldre hur de försöker hitta genvägar, kanske lättare sätt att göra sysslor på för att spara krafter och energi, för att fortsätta ha kontrollen och för att fortsätta vara aktiv.

Aktiviteter som fick de äldre att må bra var också känslan av att vara en del av ett sammanhang, att någon räknade med en och att man var behövd. Att finnas i ett sammanhang där de tillsammans med vänner, bekanta och familj kunde utbyta idéer, tankar, erfarenheter och minnen var viktigt för känslan av att må bra. Det sociala sammanhanget berikade livet då det gav nya insikter och positiva känslor. Känslan att vara en del av ett större sammanhang, samhället, var också betydelsefullt och vara uppdaterad om vad som händer beskrevs som en del i detta och kunde ta sig uttryck i att till exempel noggrant följa nyheter och läsa tidningar.

Intervjuerna som genomfördes som en del av GERDA-projektet ger kunskap om att de allra äldsta i Västerbotten uppfattar det som viktigt att agera och bete sig som det förväntas, att följa oskrivna normer om hur man som vara och göra. Vissa delar beskrevs extra tydligt som att klara sig själv och att ha kontroll över sitt liv. Att vara lättjefull eller läsa kiosklitteratur beskrevs som exempel på något som skulle undvikas. Istället uttrycktes hur de beordrade sig själva att ha hålla huset städlat eller att ta promenader då dessa aktiviteter i sin tur kunde visa på självständighet och styrka.

Att ha en aktiv inställning till livet anses av de allra äldsta i Västerbotten som något att föredra för att man ska må bra. Oskrivna regler och normer påverkar hur och vad som upplevs som ett bra liv som äldre, särskilt viktigt verkar det vara att visa att man klarar sig själv och att man har kontroll över sin tillvaro. Tillfällen av orkeslöshet eller trötthet beskrivs kunna fördrivas genom att man är aktiv och övertalar sig själv att till exempel städa eller ta promenader. Att ge efter för lättja är inget som de över 90 år i GERDA-projektets

Västerbottens del rekommenderar, istället beskrivs hur bra man mår om man sköter om sitt yttre, sitt hem och sina intressen.

Att njuta av livet och planera för döden

De allra äldsta i GERDA-projektets Västerbottens del beskrev hur de levde ett aktivt liv med en mängd aktiviteter men parallellt med detta pågick också förberedelserna inför döden (Nilsson, Lundgren, Liliequist, 2012). Att leva så nära döden beskrevs emellertid inte som ett problem, snarare sågs detta som en självklar del av livet i hög ålder. Det vore otänkbart att förbise att man snart skall dö, sade en av de personer över 90 år som intervjuades. Att det dagliga livet för dessa allra äldsta till viss del handlar om att förbereda sig inför döden och att acceptera att livet snart kommer att avslutas framkom genom de äldres praktiska aktiviteter, såsom att planera begravningen, läsa, sjunga, meditera och för vissa att hålla kontakt med Gud. Dessa göromål beskrevs som väsentliga för att kunna njuta av livet här och nu. En kvinna sa att *”nu när jag tagit hand om det mest viktiga inför att dö så kan jag leva lyckligt tills jag dör, jag behöver inte fundera mer på döden”*.

Äldre personers behov av att vara sociala och aktiva

Som den uppmärksamma läsaren redan noterat så återkommer sociala aktiviteter på ett flertal platser i kapitlet och det känns därför nödvändigt att stanna till vid detta som fenomen. Sociala aktiviteter och att vara en del av ett socialt sammanhang innebär att inte vara själv utan att på något sätt uppfatta sig stå i en relation till andra (vilket inte nödvändigtvis behöver innebära i samma rum som någon annan). Att finnas i ett socialt sammanhang innebär bland annat att bli sedd och att ge liksom att få bekräftelse (Andonian & MacRae, 2011). Om man rannsakar aktiviteter noggrant så kan många olika aktiviteter på direkt eller indirekt sätt betraktas som sociala då vi genom vad vi gör skapar en identitet som blir sedd och som på olika sätt bekräftas av vår omgivning. För att ge ett exempel på vad som kan avses med indirekt social aktivitet så kan en aktivitet som sker i ensamhet t.ex. att lyssna på ett radioprogram om Zorns konstnärskap bli en social aktivitet då programmet sedan återges vid middagsbordet och sällskapet runt bordet inser personens kulturintresse. Aktiviteten kan alltså ha en indirekt social effekt. Andra aktiviteter kan vara mera direkt sociala som att uppdatera sin statussida på Facebook eller att dricka en kopp kaffe med en god vän. Sociala aktiviteter

kan alltså vara många olika saker och detta är ett aktivitetsområde som behöver studeras närmare.

Det verkar uppenbart, från GERDA-projektets Västerbottens del, att äldre i Västerbotten uppfattar det som relevant och meningsfullt att fortsätta vara både en social och aktiv varelse. Den inställningen kan orsakas av många olika faktorer där kulturen och tryck från det omgivande samhället kan vara en. Ett exempel på detta är att det i Sverige värderas som viktigt att inte vara andra till last, att sköta om sin hälsa samt att inte klaga utan att kämpa vidare. Att vara aktiv och bibehålla ett socialt liv kan dessutom vara ett inbyggt djupt mänskligt och universellt fenomen, att människan är till för att i samspel med andra sysselsätta sig och det finns studier som beskriver att sociala aktiviteter kan ha en särskilt viktig funktion för människan (Glass, Mendes de Leon & Maronttoli, 1999). Kanske är det så enkelt som att människan är gjord för aktivitet och att det är något som gör att vår kropp och själ mår bra. Om sociala aktiviteter kan betraktas som något universellt så blir det synnerligen viktigt att förstå vad åldrandet kan innebära för förmågan att vara aktiv och social. Samtidigt är det också viktigt att studera hur detta aktivitetsbehov kan tillgodoses oavsett ålder och i alla livsfaser.

Avslutningsvis

Fritidsaktiviteter eller att-njuta-av-livet-aktiviteter har alltså en viktig roll i vardagslivet som äldre och att vara engagerad i denna typ av aktiviteter är relaterat till positiva hälsoeffekter. Det finns därför anledning att samhället ger goda möjligheter till fritidsaktiviteter liksom stöd och uppmuntran till den enskilde att fortsätta och vidareutveckla intressen för fritidsaktiviteter.

Att studera gruppen äldre innebär att möta individer som alla är olika. Det är därför rimligt att poängtera problemet med redovisningar som görs bland annat i detta kapitel, där samband, skillnader och beskrivningar görs på ett sätt som vanligtvis beskriver hela den studerade gruppen som om alla dess medlemmar vore likadana. Naturligtvis är det så att ingen människa är helt identisk med någon annan, vare sig vi är unga eller gamla. Detta behöver vi också vara uppmärksamma på när vi läser den här typen av text. Någon berättade att vi människor är ganska lika varandra när vi föds men att olikheterna sedan blir alltmer påtagliga ju fler år vi lever, detta innebär såklart att beskrivningar av gruppen äldre handlar om en väldigt divergent grupp av människor.

Referenser

Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31(4), 683-712.

Agahi, N., & Parker M. G. (2008). Leisure activities and mortality: Does gender matter? *Aging and Health*, 20(7), 855-71.

Agahi, N., Silverstein, M., & Parker, M. G. (2011). Late-life and earlier participation in leisure activity: Their importance for survival among older persons. *Activities, Adaptation & Aging*, 35(3), 210 - 222.

Andonian, L., & MacRae, A. (2011). Well older adults within an urban context: Strategies to create and maintain social participation. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 2-11.

Bennett, K. M. (1998). Gender and longitudinal changes in physical activities in later life. *Age and Ageing*, 27(3), 24-28.

Dalarnas Tidningar (2011): Livet på hemmet kunde vara roligare. Tillgänglig: <http://www.dt.se/nyheter/hedemora/1.4033940-livet-pa-hemmet-kunde-vara-roligare>, publicerat 24 november 2011.

Findahl, O. (2011). *Svenskarna och Internet*. Tillgänglig: www.iis.se/docs/SO12011.pdf (hämtad 2 mars 2012).

Forsberg, E., & Nilsson, I. (2009). Seniorer och Internet. Behov och möjligheter för ett anpassat Internetcafé. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.

Glass, T. A., Medes de Leon, C. & Marotolli, R. A. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal*, 319; 478-483.

Larsson, E., Larsson Lund, M., & Nilsson, I. (2011), Internet Based Activities (IBAs): Seniors' experiences of the conditions required for the performance and the influence of these conditions on their own participation in society. *Submitterat artikelmanuskript*.

Lindgren, H., & Nilsson, I., (2009). Designing Systems for Health Promotion and Autonomy in Older Adults. In: proc. Interact'09, LNCS 5727, pp. 700–703, Springer Berlin/Heidelberg.

Nilsson, I., Fisher, A. G. (2006). Evaluating leisure in the oldest old. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13; 1, 31-37

Nilsson, I., Löfgren, B., Fisher, A.G., Bernspång, B. (2006). Focus on leisure repertoire in the oldest old. *Journal of Applied Gerontology*, 25; 5, 391-406

Nilsson, I., Fisher, A.G., Bernspång, B., Gustafson, Y., Löfgren, B. (2007). Engagement in occupation and life satisfaction in the oldest old, the Umeå 85+ study. *OTJR: Participation and Health*, 27; 4, 131-139

Nilsson, I., Forsberg, E., & Lindgren, H. (2009). Att som äldre använda Internet - en studie om delaktighet och personligt datoriserat aktivitetsstöd. Stockholm: Hjälpmedelsinstitutet.

Nilsson, I. (2009). Leisure among older people: Differences between three age groups. *Socialmedicinsk tidskrift*, 86(2), 167-174.

Nilsson, I., & Townsend, E. (2010). Occupational justice: Bridging theory and practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17; 1, 57-63.

Nilsson, I., Lundgren, A-S., & Liliequist, M. (2011). Occupational well-being among the very old. *Accepted for Journal of Occupational Science*.

Nilsson, I., & Bernspång, B. (2012). Aktivitetsengagemang och åldrande. Ingår i R. Santamäki-Fisher, B. Lundman & A. Norberg (red.) *Det goda åldrandet* (ss. 217-238). Lund, Studentlitteratur.

Nilsson, I. (2012). Äldres inklusion och delaktighet i samhället genom Internet. Ingår i A. Melander Wikman & G. Gard (red.), *E-hälsa- innovationer, metoder, interventioner och perspektiv*, Studentlitteratur (i tryck).

Westlund, P., & Sjöberg, A. (2006). *Antonovsky inte Maslow – för en salutogen omsorg och vård*. Solna, Fortbildningsförlaget.

Sveriges kommuner och landsting. (2011). *Öppna jämförelser 2011. Vård och omsorg om äldre*. Sveriges kommuner och landsting & Socialstyrelsen. Tillgänglig:
http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc40049_1.pdf

Del IV. Hälsa

13. Depressioner hos mycket gamla människor

Yngve Gustafson, professor, överläkare, enhetschef, Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, enheten för geriatrik, Umeå universitet

Depressioner hos gamla människor har varit och är det kanske viktigaste forskningsområdet inom GERDA-projektet. Flera doktorsavhandlingar och ett 30-tal artiklar har bidragit till ökade kunskaper om depressioner hos gamla människor. Depressioner är den diagnos som mer än någon annan sjukdom påverkar livskvalitén hos gamla människor i GERDA-projektet. I världen idag räknas depressioner vara den tredje mest kostsamma diagnosen och om ca 20 år kommer depressioner att vara den mest kostsamma diagnosen i hela världen enligt WHO.

Depression hos äldre - en malign sjukdom

I GERDA-projektet led ca 30% av alla 85 år och äldre av depressioner och efter 5 år hade de som led av depression avlidit i dubbelt så stor utsträckning som de utan depression (Bergdahl et al., 2005). Depression var en av de mest maligna sjukdomarna bland de gamla i GERDA-projektet och fler av de som led av depression hade dött än de som led av t.ex. cancersjukdomar (Bergdahl, 2007).

Depressioner var vanligare bland kvinnor som också i större utsträckning behandlades med antidepressiv medicinering (Bergdahl, Allard, Lundman & Gustafson, 2007a; Bergdahl, Allard, Alex, Lundman & Gustafson, 2007b). Majoriteten av de som behandlades med antidepressiv medicinering var dock fortfarande deprimerade vilket tyder på att läkemedel mot depression hos äldre människor sannolikt har en mycket sämre effekt än bland yngre människor.

Gamla människor som drabbats av olika hjärnsjukdomar som stroke och demenssjukdomar led i större utsträckning av depressioner (Bergdahl et al., 2005; Bergdahl, Allard & Gustafson, 2010). En mycket stor andel av de gamla som led av depression hade en samtidig hjärnsjukdom vilket sannolikt förklarar varför många gamla människor inte svarar på antidepressiv medicinering. Människor med demenssjukdomar hade en dubbelt så hög förekomst av depressioner jämfört med de utan demenssjukdom och ca 50% av de som någon gång i livet hade drabbats av en stroke led av depression (Bergdahl et al., 2010).

Sambandet mellan hjärnsjukdomar och depressioner är sannolikt komplex. Hjärnsjukdomar leder ofta till skador på de delar av hjärnan som producerar de

signalsubstanser som behövs för att man inte skall drabbas av depression. Att drabbas av demens och stroke innebär naturligtvis en fruktansvärd livskris som kan leda till en reaktiv depression. Sambandet kan sannolikt även vara det omvända då man vet att depression ökar risken för att drabbas av stroke. Man har också visat att långvariga depressioner sannolikt kan bidra till utvecklingen av demens och flera studier att depression kan vara ett debutsymtom vid demenssjukdom. En av de viktigaste frågeställningar i den fortsatta bearbetningen av forskningsdata i GERDA-projektet är att fördjupa kunskaperna om sambanden mellan demens, stroke och depression hos gamla människor.

Finns skyddande faktorer för depression?

Ett mycket viktigt syfte med GERDA-projektet har varit att finna faktorer som skyddar mot depressionsutveckling bland gamla människor. I Umeå85+/GERDA-projektet hade 30% av de som inte var deprimerade 5 år tidigare utvecklat depression vilket innebär att depressionsutveckling bland mycket gamla är det vanligaste och allvarligaste hotet mot en god ålderdom (Bergdahl, 2007a; Bergdahl, 2007b).

I flera delstudier har faktorer som inre styrka (resilience), känsla av sammanhang (sense of coherence), upplevd mening med livet (purpose in life) och ”livslust” (morale) studerats i relation till depression. Samtliga dessa faktorer har visat sig ha starka samband med depression hos gamla människor i GERDA-projektet. Det var därför med stor besvikelse vi har kunnat konstatera att ingen av dessa faktorer förefaller kunna skydda gamla människor från att utveckla depression 5 år senare (Hedberg, Gustafson & Brulin, 2010a; Hedberg, Gustafson, Aléx & Brulin, 2010b; Hedberg, Brulin, Alex & Gustafson, 2010c; Lundman et al., 2010; Nygren et al., 2005).

Viktigt att upptäcka depression

I flera delprojekt inom GERDA-projektet utvärderar vi olika metoder för att upptäcka och känna igen äldre människors depressioner. I projektet har vi använt Geriatric Depression Scale (GDS-15) som ett screeninginstrument som består av 15 ja/nej frågor för att upptäcka depressioner hos äldre människor (Sheikh, 1986). GDS-15 går därför ofta bra att använda till personer med stroke och expressiv afasi och förefaller även kunna ge tillförlitliga svar hos personer med lätt till måttligt svår demenssjukdom. Depressionsskattningen med GDS-15 har bl.a. jämförts med Montgomery-Åsbergs-Depression-Rating-Scale (MADRS, Montgomery &

Åsberg, 1979) som rekommenderas som den mest tillförlitliga skalan för att diagnosticera depression hos personer med t.ex. stroke. MADRS har i GERDA-projektet utförts av särskilt tränade läkare. Preliminära resultat tyder på att GDS-15 är ett pålitligt instrument för att upptäcka depressioner hos mycket gamla människor och även hos personer med måttligt svår demenssjukdom.

Inom GERDA-projektet har även en förkortad version av GDS-15 som bara består av 4 frågor (GDS-4) använts bland annat i enkäten som har skickats ut till över 10 000 personer. Inom projektet kommer vi att utvärdera om den svenska versionen av GDS-4 är tillräckligt känslig och tillförlitlig för att korrekt upptäcka depressioner hos äldre människor även hos de med lätt till måttligt svår demenssjukdom. Detta är en viktig förutsättning för ett stort antal vetenskapliga studier om depression som planeras inom enkätmaterialen.

Många orsaker till depression hos äldre

Den åldrade människan drabbas sannolikt i större utsträckning av depressioner delvis på grund av att hjärnans åldrande leder till en minskad produktion av de signalsubstanser som skyddar mot depression. Dessutom drabbas gamla människor av många förluster, dels när det gäller den egna kroppens funktion men även ofta förluster i det sociala nätverket. En mycket stor andel har förlorat sin livskamrat och efter 85 års ålder hade mer än var fjärde förlorat minst ett vuxet barn. Förlust av barn var den starkaste sociala förlusten kopplad till depression hos mycket gamla människor i Umeå85+/GERDA-projektet särskilt hos de äldre männen (Bergdahl et al., 2007b). Åldrandet bidrar också till att äldre människor ofta uppvisar annorlunda symtom. Istället för psykiatriska symtom söker de vården för till exempel smärta, sömnproblem, förstoppning och oro för cancer i magen (Hedberg et al., 2010a). Det är vanligt att depression leder till en sänkt smärtröskel. I Umeå 85+/GERDA-projektet hade flertalet deprimerade äldre sökt sjukvården ofta upprepade gånger för bland annat värk, förstoppning och sömnproblem men bara fått symtombehandling i form av värkmedicin, laxermedel och sömntabletter. Sjukvården hade inte känt igen depression hos nästan hälften av de som var deprimerade. Dessutom var mer än hälften, som trots att sjukvården hade upptäckt deras depression och satt in läkemedelsbehandling fortfarande deprimerade (Bergdahl et al., 2005).

Behandling av depression hos äldre

Många studier har visat att läkemedelsbehandling ofta saknar effekt när det gäller äldre människors depressioner. Trots detta erbjuds sällan äldre deprimerade människor något annat än läkemedelsbehandling vilket är särskilt allvarligt eftersom denna ofta verkningslösa behandling görs med de läkemedel som orsakar flest fallolyckor och frakturer hos äldre människor. En trolig förklaring till den dåliga effekten av antidepressiv medicinering är att de flesta depressioner hos gamla människor har annorlunda orsaker. Man har i många studier visat att nästan alla gamla människor som drabbas av depression i hög ålder har hjärnskador framförallt i främre delen av hjärnan. Man har också visat att om man drabbas av stroke speciellt i främre delen av vänster hjärnhalva drabbas nästan alla av en svårbehandlad depression. Detta talar för att depressioner hos gamla människor beror på andra orsaker än hos yngre människor vilket också förklarar att vanlig läkemedelsbehandling inte har samma effekt hos äldre. Förutom att hjärnskador som orsakar depression kan bero på stroke kan även syrebrist, kronisk stress med höga stresshormonnivåer, näringsbrist, demenssjukdomar och sannolikt även läkemedelsbiverkningar orsaka liknande hjärnskador och depressionssymtom hos äldre människor. Depressionssymtom kan ibland vara det första symtomet på en demenssjukdom (Bergdahl et al., 2010). Vid depressioner hos äldre människor måste man alltid utreda personen för bakomliggande kroppsliga orsaker särskilt om det saknas uppgifter om andra utlösande orsaker som till exempel ett dödsfall hos någon närstående.

Alla yrkesgrupper i vården måste lära sig känna igen depressioner hos äldre men också hjälpas åt för att följa upp och utvärdera effekten av behandling. En depression hos en gammal människa måste alltså ofta betraktas som ett symtom och inte som en diagnos. Att enbart behandla symtom hos äldre människor är en av de vanligaste orsakerna till att en verkningslös behandling orsakar allvarliga läkemedelsbiverkningar.

Eftersom depressioner hos äldre människor kan ha många olika orsaker kräver en effektiv prevention och behandling att man inte bara fokuserar på sociala och psykologiska faktorer utan även förbygger till exempel riskfaktorer för hjärnsjukdomar, näringsbrist och läkemedelsbiverkningar. I en tidigare studie av depression efter stroke visade man på ett starkt samband mellan andningsuppehåll under sömnen och depression och när man behandlade andningsuppehållen med Continuous Positive Airway Pressure (C-PAP=ett hjälpmedel för andning) förbättrades depressionssymtomen effektivare än med läkemedel (Sandberg, Franklin, Bucht, Eriksson & Gustafson, 2001; Sahlin et al., 2008) I GERDA-projektet fortsätter forskningen för att öka kunskaperna om de sannolikt annorlunda riskfaktorerna som

ökar risken för att gamla människor drabbas av depressioner och flera delprojekt pågår som syftar till att utvärdera om fysisk träning kan påverka depressioner hos gamla människor med demenssjukdom och om fysiska och sociala aktiviteter minskar risken för depressionsutveckling bland gamla människor (Conradsson, Littbrand, Lindelöf, Gustafson & Rosendahl, 2010).

Ökande åldersspecifik prevalens av depression hos äldre

Det kanske mest oroande resultatet i GERDA-projektet är att preliminära data tyder på en ökande andel av gamla människor drabbas av depressioner (Mathillas, Lövheim & Gustafson, 2011). I det fortsatta analysarbetet hoppas vi kunna förstå vad den ökade förekomsten av depressioner beror på och med de nya hembesöken som skall genomföras under 2012 förhoppningsvis inte få se att en ytterligare ökande andel gamla drabbas av depression.

Referenser

Bergdahl, E., Gustafsson, JMC, Kallin, K., von Heideken-Wågert, P., Bucht, G., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2005). Depression among the oldest old – the Umeå 85+ study. *International Psychogeriatrics*, 17, 557-575.

Bergdahl, E., Allard, P., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007a). Depression in the oldest old in urban and rural municipalities. *Aging & Mental Health*, 11, 570-578.

Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007b). Gender differences in depression among the very old. *International Psychogeriatrics*, 19, 1125-1140.

Bergdahl, E. Depression among the very old. Umeå university medical dissertations, 2007. New series No. 1132 – ISSN 0346-6612 ISBN, 978-91-7264-523-6.

Bergdahl, E., Allard, P., & Gustafson, Y. (2010 Dec 21). Depression among the very old with dementia. *International Psychogeriatrics*, 21,1-8. PMID: 21205392.

Conradsson, M., Littbrand, H., Lindelöf, N., Gustafson, Y., & Rosendahl, E. (2010). Effects of a high-intensity functional exercise programme on depressive symptoms and psychological

well-being among older people living in residential care facilities: A cluster randomized trial. *Aging & Mental Health, 14*, 565-576.

Hedberg, P., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2010a). Purpose in life among men and women aged 85 years and older. *International Journal of Aging and Human Development, 70*, 213-229.

Hedberg, P., Gustafson, Y., Aléx, L., & Brulin, C. (2010b). Depression in relation to purpose in life among a very old population: A five-year follow-up study. *Aging & Mental Health, 14*, 757-763.

Hedberg, P., Brulin, C., Aléx, L., & Gustafson, Y. (2010 c). Purpose in life over a five-year period: a longitudinal study in a very old population. *International Psychogeriatrics, 16*, 1-8.

Lundman, B., Forsberg, K. A., Jonsén, E., Gustafson, Y., Olofsson, K., Strandberg, G & Lövheim, H. (2010). Sense of coherence (SOC) related to health and mortality among the very old: The Umeå 85+ study. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 51*, 329-332.

Mathillas, J., Lövheim, H., & Gustafson, Y. (2011). Increasing prevalence of dementia among very old people. *Age and Ageing, 40*, 243-9.

Montgomery, S. A., & Åsberg, M. A. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry, 134*, 382-389.

Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, Sense of Coherence, Purpose in Life and Self-Transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health, 9*, 354-362.

Sahlin, C., Sandberg, O., Gustafson, Y., Bucht, G., Carlberg, B., Stenlund, H., & Franklin, K.A. (2008). Obstructive sleep apnea is a risk factor for death in stroke patients – a 10-year follow-up. *Archives of Internal Medicine, 11*, 297-301.

Sandberg, O., Franklin, K.A., Bucht, G., Eriksson, S., & Gustafson, Y. (2001). Nasal continuous positive airway pressure in stroke patients with sleep apnoea: a randomized treatment study. *European Respiratory Journal*, 18, 630-634.

Sheikh, J.I. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1/2),165.

14. Nutritionsstatus hos de allra äldsta (85 år och äldre)

i Västerbotten och Österbotten

Sirkku Säätelä, sjukskötare, magister i förvaltningsvetenskaper, inriktning social- och hälsoadministration, lektor, Yrkeshögskolan Novia, projektkoordinator inom GERDA Botnia
Birgitta Olofsson, med.dr., forskarasistent inom ramen för strategiskt forskningsområde – vård (SFO-v) med placering på Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet

I detta kapitel beskrivs de äldstas (85-, 90- och över 95-årigas) nutritionsstatus.

Nutritionsstatus bland dessa äldre skattades i hembesöken i GERDA-projektet år 2005-2008 i Vasa och Korsholm i Finland samt i Umeå och fem inlandskommuner (Dorotea, Malå, Sorsele, Storuman och Vilhelmina) i Sverige. Resultaten visar bland annat på att undernäring är vanligt hos äldre personer i Kvarkenregionen. Speciellt gamla kvinnor är undernärda eller i riskzon för att vara undernärda samt att ju äldre man är ju större risk har man för att vara undernärda.

Centrala begrepp

Nutrition är en viktig del av äldres helhetsmässiga hälsa och påverkas av många faktorer. Det finns enligt litteraturen inte någon riktigt bra etablerad metod att beskriva eller definiera nutritionstillstånd, men forskning visar att nutritionsstatus kan bedömas ur två aspekter, *kroppssammansättning och funktion*. Det är relativt svårt att göra en rätt bedömning både hos friska och sjuka äldre personer, men om en person har en eller flera sjukdomar blir bedömningen av nutritionsstatus ännu svårare, eftersom funktionsnedsättningarna kan vara relaterade till både kroppens sammansättning eller till olika funktioner (Akner 2006).

De vanligaste instrumenten som används för att beskriva nutritionsstatus är MNA *Mini Nutritional Assessment* (Guigoz et al. 1996; Guigoz & Vellas 1999; Vellas et al., 1999) och BMI, *Body Mass Index*, (Center for Disease Control and BMI 2005). Dessa instrument har även använts vid den datainsamling som redovisas i detta kapitel. Båda används internationellt och är validerade, d.v.s. deras tillförlitlighet är kontrollerad (Cook et al., 2005). Body Mass Index mäter kroppsvikten i förhållande till kroppslängden. BMI är ett etablerat internationellt index som används i olika professioner som ett standardmått på övervikt eller undervikt. Formeln för att räkna ut BMI är: Vikten i kg / kroppslängden upphöjt i kvadrat (m²) d.v.s. BMI=kg/ m².

BMI, Body Mass Index

Enligt den allmänt använda definitionen gjord av WHO är kategorierna för vuxna personers BMI följande:

- undervikt vid BMI <18,5
- normalvikt vid BMI mellan 18,5-24,9
- övervikt vid BMI mellan 25,0-29,9 och
- fetma vid BMI >30,0.

Dessa kategorier är etablerade även i Finland och Sverige för att mäta vuxna, medelålders personers BMI (Cook et al., 2005; Mazza et al., 2007).

Trots den allmänna användningen av indexet har BMI-kategorierna kritiserats speciellt i frågan om äldre personer. P.g.a. åldersrelaterade förändringar i kroppssammansättningen anses BMI nämligen inte ha samma signifikans hos äldre som hos medelålders friska vuxna. Erfarenheter visar också att det inom vården av äldre många gånger är svårt att mäta längden på den äldre på ett tillförlitligt sätt. Det anses också att BMI inte är tillräckligt känsligt för att det ska gå att upptäcka små men kliniskt betydelsefulla viktminskningar. Därför bör BMI hos äldre bedömas kritiskt med beaktande av att den äldres BMI kan ha andra implikationer än den medelålders vuxna befolkningens (Cook et al., 2005; Mazza et al., 2007).

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Det kan konstateras att det inte finns någon riktigt bra etablerad metod att beskriva eller definiera nutritionstillstånd hos äldre (Callen & Wells 2005, Akner 2006), men enligt litteraturen kan nutritionstatus bedömas ur två aspekter, *kroppssammansättning och funktion*. Instrumentet som använts i denna undersökning MNA, Mini Nutritional Assessment, är utvecklat och validerat för att mäta nutritionstillstånd hos äldre personer (Guigoz et al., 1996; Guigoz & Vellas 1999; Vellas et al., 1999; Soini et al., 2004; Harris et al., 2007) för att identifiera äldre (>65 år) som befinner sig i riskgruppen för att bli undernärda (bilaga 1). MNA tar fasta på både kroppssammansättning och funktion. Instrumentet har använts både för äldre inom anstaltsvården och för äldre som är hemmaboende.

MNA är indelat i initialbedömning samt slutbedömning. Hela MNA-instrumentet har 18 olika frågor och innehåller mätningar av skelettmusklernas omkrets på underben samt överarm, BMI, utvärdering av dieten och vätskeintaget, den allmänna funktionsförmågan, kognitiva eller psykiska problem samt personens egen eller personalens bedömning av hälsa

och näringstillstånd (se bilaga 1). Instrumentet innehåller inga laboratorieundersökningar och är därför snabb och enkel att göra. Den maximala totalpoängen på MNA är 30 poäng. Under 17 poäng tyder på undernäring (malnutrition) och 17-23,5 poäng tyder på risk för malnutrition. (Guigoz et al., 1996; Guigoz & Vellas 1999; Vellas et al., 1999). Följaktligen bör poäng under 24 alltid leda till utredning av bakomliggande orsaker och insättning av åtgärder mot undernäring.

Resultat

Totalt kunde 487 äldre personer skattas med MNA i hembesöksmaterialet i GERDA-studien 2005-2008. MNA-bedömningen gjordes som en helhetsbedömning på alla oberoende av vad initialbedömningen fick för värde. Könsfördelningen bland de deltagande äldre var 73% (355) kvinnor och 27% (132) män. Medelåldern var 90,5 år, eller 90 år bland männen och 91 år bland kvinnorna. Den äldsta mannen i samplet var 100 år medan det bland kvinnorna fanns en person som var 104 år vid intervjutillfället.

Ur tabell 1 kan läsas fördelningen inom åldersklass och kön. Tabellen visar att kvinnorna är fördelade ganska jämnt (ca 30% per åldersklass), medan den största andelen män finns bland 85 åringarna (ca 40%). Den lägsta andelen män (23%) finns bland 95 år och äldre.

I tabellen redovisas även de äldres boendeform. Med anstaltsboende avses i detta sammanhang annat boende än självständigt boende i hus eller lägenhet, vilket inkluderar särskilt boende ss. serviceboenden, åldringshem, långtidsvård eller motsvarande. Tabell 1 visar även att andelen äldre som bor på anstalt är 44% av alla intervjuade.

Tabell 1. Bakgrundsvariabler som åldersklasser, kön, region, boendeform samt BMI och MNA

	85 år	90 år	>95 år	Anstaltsboende	Hemma-boende	BMI Medelvärde	MNA poäng Medelvärde	MNA poäng max/min
<i>Kvinnor</i> Österbotten n=169	36% (61)	30% (51)	35% (57)	48% (81)	52% (88)	26	20,9	28,0/7,5
<i>Män</i> Österbotten n=63	40% (25)	37% (23)	23% (15)	33% (21)	77% (42)	25	22,7	29,0/12
<i>Kvinnor</i> Västerbotten n=186	31% (57)	37% (72)	32% (57)	49% (92)	51% (94)	24	22,7	30,0/6,5
<i>Män</i> Västerbotten n= 69	43% (33)	34% (22)	22% (14)	24% (17)	78% (52)	24	23,9	29,9/15,5
<i>Kvinnor</i> totalt n=355	33% (118)	35% (123)	32% (114)	49% (173)	51% (182)	25,2	23,3	21/6,5
<i>Män</i> totalt n=132	44% (58)	34% (45)	22% (29)	29% (38)	71% (94)	25,1	21	29,5/12
Totalt n=487	33% (176)	34% (168)	31% (137)	44% (211)	56% (269)	25,1	22,3	30/6,5

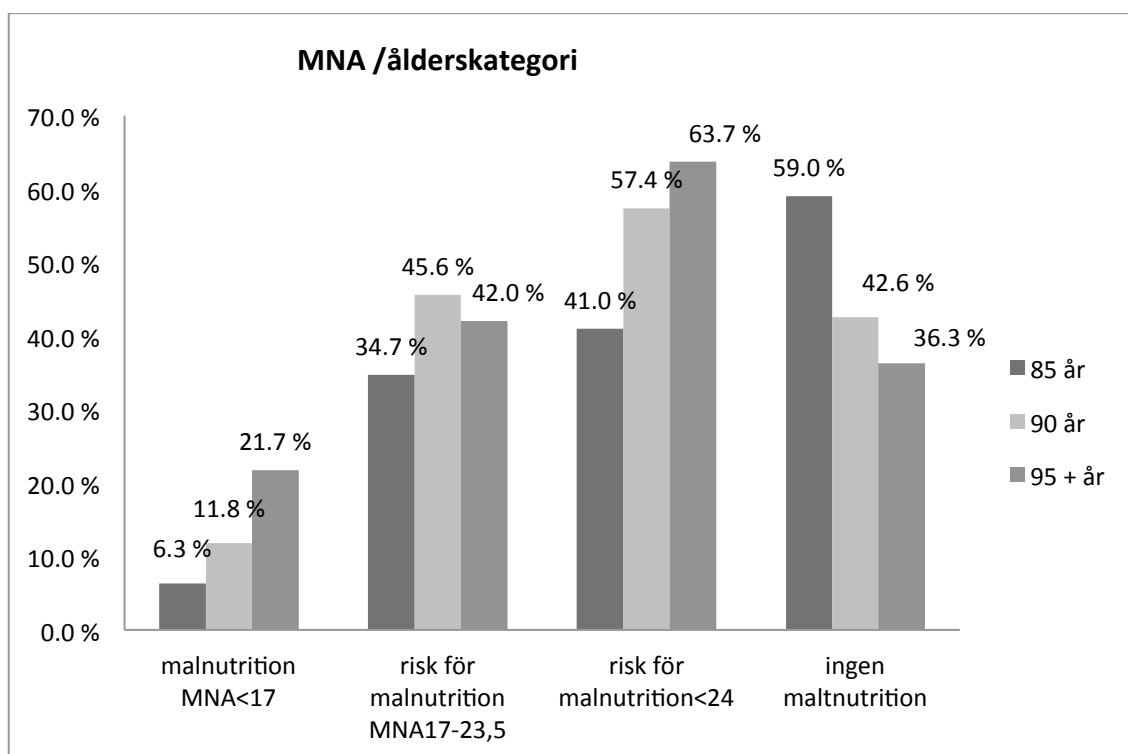
Siffror inom parentes och n=antal personer, Max/min= det maximala värdet eller poängen/ det minsta värdet eller poängen

Ca hälften av kvinnorna bor inom anstaltsboende. Av männen bor 33% i Finland och 24% i Sverige inom anstaltsboende. Andelen hemmaboende är totalt över hälften 56% (n=269). I tabellen redovisas även de äldstas BMI och MNA. Medelvärdet för BMI är 25,1 vilket enligt standarden skulle betyda lindrig övervikt. Medelvärdet för MNA är 22,3 vilket betyder risk för malnutrition.

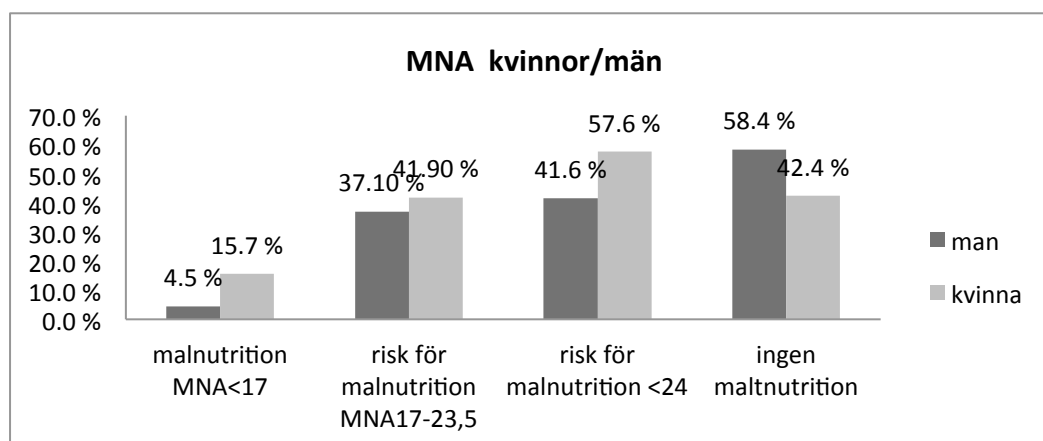
De äldstas nutritionstatus

Under denna rubrik redovisas de äldstas skattade nutritionstatus. I figur 1 kan avläsas MNA enligt ålderskategorier. Figuren visar att risk för malnutrition (MNA 17-23,5) ser ut att förekomma vanligast bland de 90-åriga (45,6 %). Malnutrition (MNA < 17) är vanligast i den äldsta gruppen (95+ åringar där ca 22% har skattats malnutrierade). Då man ser till den

sammanlagda risken för malnutrition d.v.s. MNA<24 kan konstateras att drygt hälften av både 90-åringarna och 95+ åringarna finns inom denna grupp.



Figur 1. MNA enligt ålderskategori

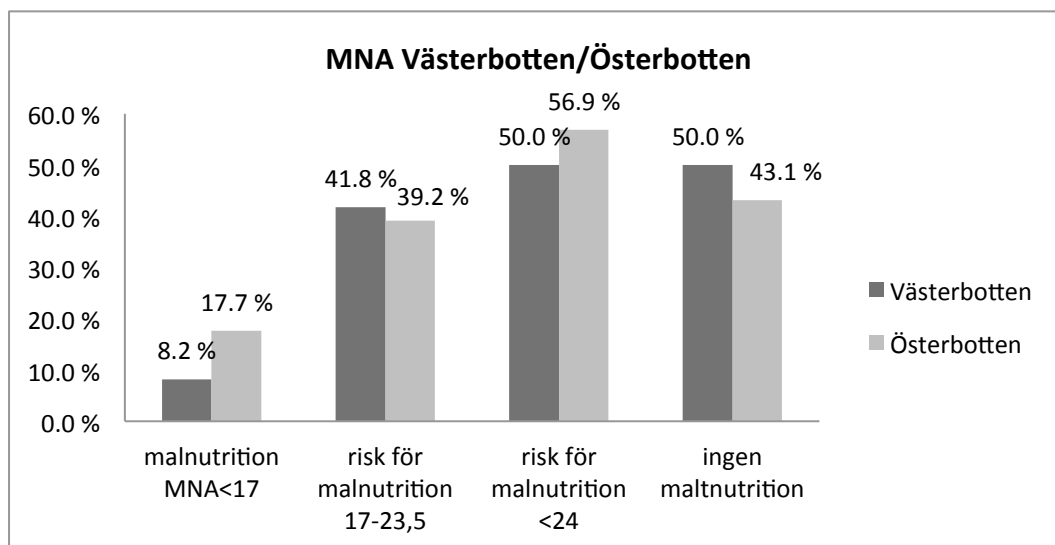


Figur 2. MNA bland kvinnor och män

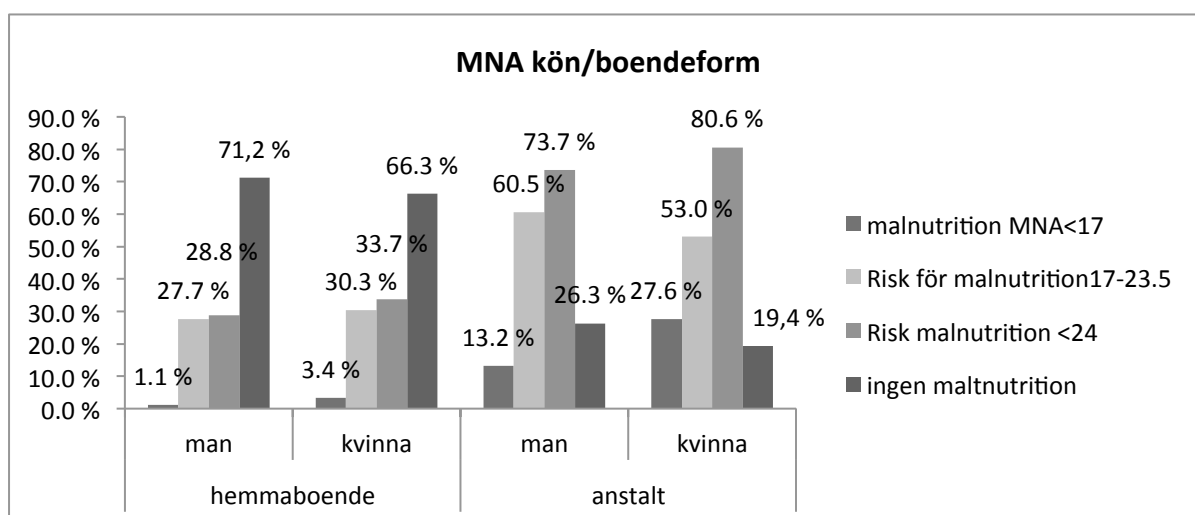
Nutritionstatus utgående från ett könsperspektiv visar i figur 2 att större andel kvinnor skattades undernärda (MNA <17) jämfört med männen (15,7% respektive 4,5%). Större andel kvinnor har också en sammanlagd risk för undernäring jämfört med männen (57,6% bland

kvinnorna jämfört med 41,6% bland männen har sammanlagd risk för malnutrition, MNA <24).

Figur 3 visar skillnaderna i nutritionsstatus mellan regionerna. I figuren kan läsas att det finns en skillnad mellan regionerna. De undernärda andel (MNA<17) är dubbelt så stor i Österbotten som i Västerbotten (17,7% respektive 8,2%) och sammanlagda risken för undernäring (MNA< 24) är högre i Österbotten (56,9%) än i Västerbotten (50%)



Figur 3. MNA jämförelse mellan regionerna

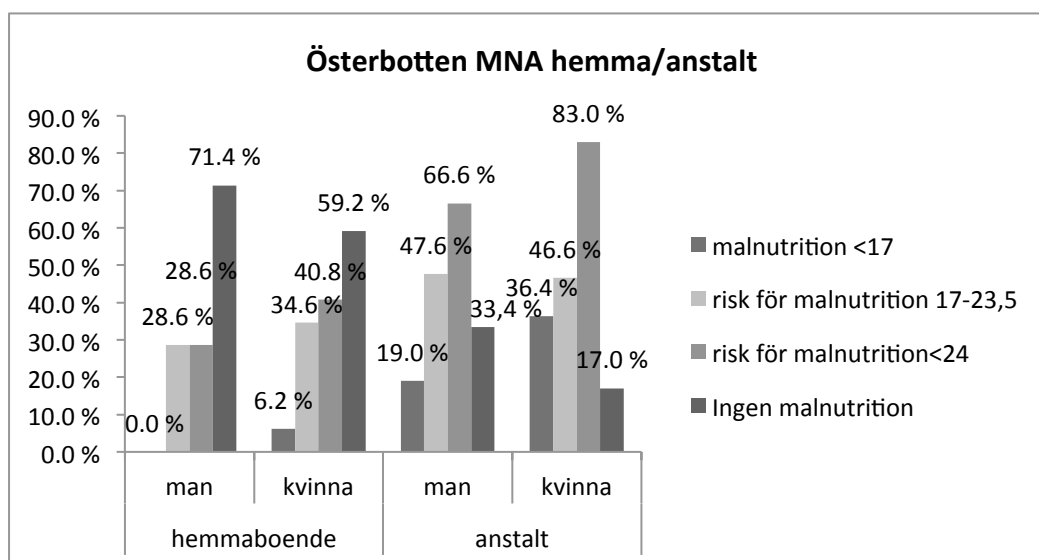


Figur 4. Jämförelse av MNA, kön och boendeform

I figur 4 jämförs könen enligt boendeform. Ur figuren kan läsas att 27,6% av kvinnorna och 13,2% av männen inom anstaltsboende är skattade undernärda. Sammanlagd risk för

undernäring (MNA<24) har 80,6% av kvinnorna och 73,7% av männen. Av de hemmaboende männen har 28,8% och 33,7% av kvinnorna skattad sammanlagd risk för undernäring (MNA <24) och de flesta är välnärda (71,3% av männen och 66,3% av kvinnorna).

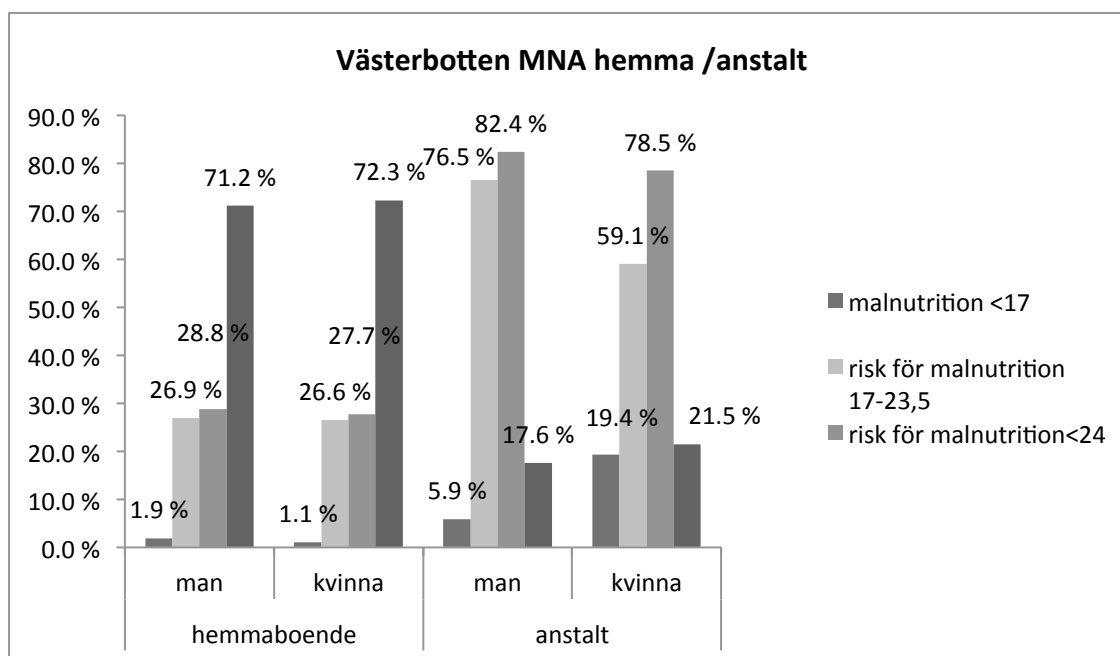
Då man betraktar de olika regionerna var för sig, kan ur figur 5 läsas, att i Österbotten är andelen skattade kvinnor med malnutrition inom anstaltsboende ca 36,4%. Andelen malnutrinerade män på anstalt är 19%.



Figur 5. MNA enligt boende och kön i Österbotten

Inom anstaltsboende i Österbotten skattades 66,6% av männen att vara i sammanlagd risk för malnutrition (MNA<24) jämfört med 83% av kvinnorna. Av de hemmaboende finns det ingen man med skattad undernäring medan bland hemmaboende kvinnorna skattades 6,2% vara undernärda (MNA<17). Största delen av män skattades ha en god nutritionsstatus (71,4%), medan siffran för hemmaboende kvinnor är 59,2%.

I figur 6 ses motsvarande siffror för Västerbottens del. Av de anstaltsboende kvinnorna skattas ca 19% som undernärda (MNA<17) och 79% har sammanlagd risk för malnutrition (MNA<24), medan ca 6% av männen skattas som undernärda (MNA<17) och 82% har sammanlagd risk för undernäring (MNA<24). Av de hemmaboende västerbottningarna (både kvinnorna och männen) är ca 70% välnärda och ca 28% har sammanlagd risk för undernäring MNA<24.



Figur 6. MNA enligt kön och boendeform i Västerbotten

Diskussion

Syftet med detta kapitel var att belysa de äldstas (85 år eller äldre) näringstillstånd som det framkom i GERDA datainsamlingen 2005-2008. De presenterade resultaten är en beskrivande analys av de äldres nutritionstillstånd och ger således inget svar till vad som kan tänkas förklara resultaten. Sammanfattningsvis kan ändå konstateras att resultatet visar att undernäring och risk för undernäring ser ut att vara större bland kvinnorna, i de äldsta åldersgrupperna, inom anstaltsboende samt bland de Österbottniska äldre. Orsakerna till olikheter mellan kön, boende och regioner kräver dock vidare analyser av orsakssamband som vi inte haft möjlighet att presentera i denna analys. Kunskapen kan dock utnyttjas till att bättre observera, förebygga och åtgärda avvikelser och komplikationer som beror på ett försämrat näringstillstånd bland äldre.

Då man betraktar de äldre hemmaboende i denna studie, visar resultaten att totalt ca en tredjedel av de äldsta hemmaboende har ett MNA under 24. Det betyder att dessa personers risk för att utveckla undernäring är märkbar. Eftersom målsättningen inom äldrepolitiken både i Sverige och i Finland är, att så många som möjligt ska bo kvar hemma så länge som möjligt, är äldres nutrition en viktig faktor att ta i beaktande hos de äldre som bor kvar i eget hem i hög ålder. Att förbättra och upprätthålla en god nutritionstatus och sålunda förebygga komplikationer och ökad morbiditet hos de hemmaboende äldre i framtiden är en stor utmaning för dem som ansvarar för äldreomsorgen i kommunerna (Socialstyrelsen 2006;

SHM 2008). Eftersom det kan påvisas att problemet finns redan nu borde åtgärder sättas in så fort som möjligt.

Knappt hälften av de över 85 år fyllda i detta material bor inom anstaltsvården. Resultatet visar att de allra flesta av de äldsta på anstalt har nutritionsrelaterade problem. Totalt har ca 40% en risk för undernäring eller är direkt undernärda bland de 85 år och äldre som skattats med MNA. Skattning av näringstillstånd visar att anstaltsboende äldsta kvinnorna i Österbotten (83% MNA < 24) har det allra sämsta näringstillståndet.

Resultaten visar att det är viktigt att vara medveten om vilka grupper bland den äldre befolkningen har en stor risk för avvikelser i sitt näringstillstånd för att kunna åtgärda bristerna. Forskning visar att risken för undernäring ökar markant med åldern efter 80 års ålder. I den stora europeiska SENECA studien konstateras att hälsosam livsstil hos äldre är associerat med minskad risk för dödlighet och försämring i allmänt hälsotillstånd. Med hälsosam livsstil ingick i denna studie bland annat näringsriktig kost, att vara rökfri och vara fysiskt aktiv (Haveman-Nies, de Groot, & Van Staaveren, 2003).

Undernäring hos äldre innebär ofta att energi- och näringsbehovet speciellt av protein inte täcks, d.v.s. kroppen behöver mera än den äldre äter (Haveman – Nies et al., 2003; Akner & Flöjstrup 2003; Pitkälä et al., 2005; Akner 2006). Män har en mindre andel kroppsfetter än kvinnor vilket betyder att männen fortare förlorar muskelvävnad vid viktnedgång än kvinnor. I samband med sjukdomar som påverkar ämnesomsättningen kan även personer med övervikt förlora stora mängder av muskelvävnad (Pitkälä et al., 2005; Akner 2006). Dessutom visar forskning att äldre speciellt inom institutionsboende tenderar att förlora muskelmassa, som dock är svår att återhämta (Carlsson et al., 2011).

En i rätt tid erhållen och bra planerad nutritionsbehandling torde kunna upprätthålla en bra funktionsförmåga och ett gott nutritionstillstånd. Dessutom höjs den äldres livskvalitet och sjukdomstillstånd samt skröplighet (frailty) kan förebyggas (Akner & Flöjstrup 2003). I detta sammanhang bör dock påpekas att nutritionen inte kan ses som en enskild vårdintervention utan att den alltid är en del av helheten i vården. En observant och aktiv personal kan med små insatser göra mycket för de äldres nutritionstillstånd både hemma och på anstalt. Det viktiga är att utreda vilka faktorer hos den äldre som kan tänkas påverka nutritionsstatus och på detta sätt känna igen de olika riskerna för undernäring. Ett försvagat näringstillstånd kan i många fall, förutom olika fysiska sjukdomstillstånd eller medicinering, även relateras till depression, ensamhet, fattigdom samt social isolering. Detta gäller både för de äldre som bor på anstalt och de som bor kvar i eget hem. (Huffman 2002; Engelharth et al., 2006).

Resultatet i denna studie visar också att äldre i genomsnitt har ett BMI på 25 vilket enligt definitionen tolkas att de är överviktiga, men enligt MNA är dessa personer i risk för malnutrition (se tabell 1). Det kan alltså tolkas så som att de äldres BMI och MNA inte har ett samband. De äldres nutritionsstatus kan inte enbart avgöras genom att se på om de är överviktiga eller inte (Akner, 2006; Carlsson et al. 2011). Enligt litteraturen är BMI inte ett helt tillfredsställande sätt att mäta näringstillståndet hos äldre (Cook et al., 2003; Mazza et al., 2007; Carlsson et al., 2011) vilket också kan konstateras i de redovisade resultaten i detta kapitel.

För att kartlägga den äldres nutritionsstatus behövs en värdering av nutritionstillståndet. Att väga den äldre en gång per månad är en mycket enkel metod för att kunna följa upp snabba förändringar i näringsstatus. Detta kan ske såväl hemma som på anstalt. En snabb viktnedgång indikerar en försämring av nutritionsstatus som kan bero på olika faktorer (Callen & Wells 2005). I detta sammanhang bör även ändringar i vätskebalansen så som möjlig uttorkning observeras. Dokumentering av vätskeintag med hjälp av vätskelista underlättar kartläggningen.

För utredning av kostintaget borde åtminstone intaget av protein och energi värderas på något sätt. Detta kan enkelt göras med att dokumentera födo- och vätskeintaget i några dagar. På basen av dessa görs en individuell nutritionsplan upp tillsammans med kökspersonal och vård-/omsorgspersonal. Planen kunde ingå som en del i den äldres vård- och serviceplan om en sådan finns. Detta torde vara lätt att förverkliga åtminstone för de äldre som finns inom anstaltsvården och för dem som har en vård- och serviceplan inom öppna vården.

Måltidernas antal borde vara minst fem och spridas så jämnt under dygnet som möjligt (Akner & Fløjstrup 2004). Inom anstaltsvården torde detta vara lättare att genomföra än inom hemvård. Därför blir hemvården kanske den största utmaningen då det gäller äldres nutrition i framtiden. En bra nutritionsbehandling är i högsta grad ett mångprofessionellt samarbete mellan vård- och omsorgspersonal, näringsterapeut och kökspersonal. De äldre själva och deras anhöriga bör också tas med i detta samarbete. Anhörigas roll är betydande, speciellt för de hemmaboende.

För många äldre, speciellt självständigt hemmaboende, räcker det ofta med rådgivning och tips kring det normala matintaget. Att ta i beaktande de äldres egna önskemål gällande mat och måltidsvanor kan ha en stor effekt på individens levnadsvanor. Forskning visar att ett för litet energiintag leder hos en äldre person till muskelförtvinning, skröplighet och en accelererande försämring i funktionsförmågan. När det dessutom är påvisat att social isolering och ensamhet påverkar de äldres nutritionsstatus samt att en stor del av de hemmaboende

äldre männen och även de äldre hemmaboende kvinnorna har stor risk för störningar i näringstillståndet, kunde det tänkas att grupper där de äldre samlas och lagar mat tillsammans och samtidigt får kostrådgivning med professionell personal vore ett bra sätt att förebygga undernäring. Tyvärr kan konstateras att näringsterapeuter som kunde utnyttjas inom äldreomsorgen saknas i många organisationer.

Resultaten gällande de österbottniska och västerbottniska äldres störningar i näringstillstånd följer resultaten från internationell och nordisk forskning. Det kan konstateras att stor del av de allra äldsta inom kvarken området, både hemma och på anstalt, har sammanlagd hög risk för undernäring.

Referenser

Akner, G. (2006). *Bedömning och behandling av äldres nutrition och undernutritionstillstånd inom äldre vården*. Socialstyrelsen. Artikelnr 2006-123-35.

Akner, G. & Fløjstrup, H. (2003). Individual assessment of intake of energy, nutrients and water in 54 elderly multidiseased in nursing home residents. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 7, 2-11.

Callen, B. L. & Wells, T. J. (2005). Screening for nutritional risk in community-dwelling old-old. *Public Health Nurse*, 22(2), 138-46.

Carlsson, M., Littbrand, H., Gustafson, Y., Lundin-Olsson, L., Lindelöf, N., Rosenlöf, E. & Håglin, Å. (2011). Effects of high-intensity exercise and protein supplement on muscle mass in ADL dependent older people with and without malnutrition: a randomized controlled trial. *Journal of Nutrition Health & Aging*, 15(7), 554-560.

Center for Disease Control and BMI – *Body mass index for Adults*. 2005. Tillgänglig: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/bmi-adult-formula.htm>. Hämtad 28 december 2011.

Cook, Z., Kirk, S., Lawrenson, S., & Sanford, S. (2005). Use of BMI in assessment of undernutrition in older subjects: reflecting practice. *Proceeding of the Nutrition Society*, 64(3), 313-317.

Engelhart, S., Lammes, E., & Akner, G. (2006). Elderly peoples meals. A comparative study between elderly Living in a nursing home and frail self-managing elderly. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 10(2), 96-102.

Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P.J.(1996). Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutritional Reviews*, 54, 59-65.

Guigoz, Y., & Vellas, B. (1999). *The Mini Nutritional Assessment (MNA) for Grading the Nutritional State of Elderly Patients: Presentation of the MNA, History and Validation. Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly*. Nestlé Nutrition Workshop Series.

Harris, D. G., David, C., Ward, H., & Haboubi, N. Y. (2008). An observational study og screening for malnutrition in elderly people living in sheltered accommodation. *Journal of Human Nutrtrion Dietetics*, 21(1), 3-6.

Haveman-Nies, A., de Groot, L. C., & Van Staaveren, W. A. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age and Ageing*, 32(4), 427-434.

Huffman, G. B. (2002). Evaluating and treating unintentional weight loss in elderly. *American Family Physician*, 65(4), 640-650.

Mazza, A., Zamboni, S.,Tikhonoff, W., Shiavon, L., Pessina, A. C., & Casiglia, E. (2007). Body Mass Index and Mortality in Elderly Men and Women from General Population. *Gerontology*, 53, 36-45.

Pitkälä, K., Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S., & Strandberg, T. (2005). Vanhuksen aliravitsemus ja sen hoito. *Suomen Lääkarilehti*, 60, 3865-3870.

Social- och Hälsovårdsministeriet, SHM (2008). *Kvalitetsrekommendationer om tjänster för äldre*. Tillgänglig: <http://www.stm.fi/svenska/publikationer> (hämtad 13 januari 2011).

Socialstyrelsen. (2006). *Vad kan forskning lära oss om maten för äldre*. Artikelnr 2006-123-7. Stockholm.

Soini, H., Routasalo, P., & Lagström, P. (2004). Characteristics of the Mini Nutritional Assessment in Elderly Home-Care Patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 4, 64-70.

Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P.J., Nourashemi, F., Bennahum, D., Laugue, S., & Albaredo, J.L. (1999). The Mini Nutritional Assessment and its use in grading the nutritional status in elderly patients. *Nutrition*, 15(2), 515-519.

NESTLÉ NUTRITION SERVICES



Mini Nutritional Assessment MNA[®]

Efternamn: _____ Förnamn: _____ Kön: _____ Datum: _____
 Ålder: _____ Vikt (kg): _____ Längd (cm): _____ Personnummer: _____

Fyll i poängsiffran i rutorna för initial bedömning och summera. Om poängen är 11 eller mindre fortsätt med den slutliga bedömningen.

Initial bedömning

- A.** Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem?
 0 = Ja, minskat avsevärt
 1 = Ja, minskat något
 2 = Nej, ingen förändring
- B.** Viktförlust under de senaste tre månaderna
 0 = Ja, mer än 3 kg
 1 = Vet ej
 2 = Ja, mer än 1 kg men mindre än 3 kg
 3 = Nej, ingen viktsförlust
- C.** Rörlighet
 0 = Är säng eller rullstolsbunden
 1 = Kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut
 2 = Går ut med eller utan hjälpmedel
- D.** Har varit psykiskt stressad eller haft akut sjukdom under de senaste tre månaderna?
 0 = Ja
 2 = Nej
- E.** Neuropsykologiska problem
 0 = Svår förvirring/demens eller depression
 1 = Lätt förvirring/demens
 2 = Inga neuropsykologiska problem
- F.** Body Mass Index (BMI) = vikt (kg)/ längd (m)²
 0 = BMI mindre än 19
 1 = BMI 19 till mindre än 21
 2 = BMI 21 till mindre än 23
 3 = BMI 23 eller mer

Poäng för initial bedömning (max. 14)

- 12 poäng eller mer Normal, ingen risk för undernäring, behöver ej komplettera med slutlig bedömning
- 11 poäng eller mindre Risk för undernäring, fortsätt med den slutliga bedömningen

Slutlig bedömning

- G.** Har eget boende? (ej särskilda boendeformer/sjukhus)
 0 = Nej
 1 = Ja
- H.** Intar mer än 3 ordinerade läkemedel dagligen?
 0 = Ja
 1 = Nej
- I.** Har trycksår eller annan hudsår?
 0 = Ja
 1 = Nej

- J.** Ater fullständiga huvudmål per dag?
 0 = 1 fullständig huvudmål
 1 = 2 fullständiga huvudmål
 2 = 3 fullständiga huvudmål
- K.** Ater eller dricker vanligtvis
 • Minst en mejeriprodukt dagligen (mjölk/ost/yoghurt)? Ja Nej
 • Två eller flera ägg varje vecka? Ja Nej
 • Fisk, fågel eller kött varje dag? Ja Nej
 0.0 = Inget eller ett ja svar
 0.5 = Två ja svar
 1.0 = Tre ja svar
- L.** Ater minst två frukter eller två portioner med grönsaker dagligen?
 0 = Nej
 1 = Ja
- M.** Dricker dagligen (vatten/juice/kaffe/te/mjolk/öl)?
 0.0 = Mindre än 3 glas/muggar
 0.5 = 3 till 5 glas/muggar
 1.0 = Mer än 5 glas/muggar
- N.** Kan äta själv eller behöver hjälp vid måltiden?
 0 = Behöver mycket hjälp/matass
 1 = Behöver lite hjälp
 2 = Ater själv utan några problem
- O.** Bedömer själv sitt näringsstillstånd som
 0 = Svårt undermård/felnärd
 1 = Är osäker om sitt näringsstillstånd/vet ej
 2 = Har inga näringsproblem
- P.** I jämförelse med andra i samma ålder uppfattar sitt hälsotillstånd som:
 0.0 = Inte så bra som andras
 0.5 = Vet ej
 1.0 = Lika bra som andras
 2.0 = Bättre än andras
- Q.** Överarmens omkrets i cm (Mid Arm Circumference, MAC)
 0.0 = MAC mindre än 21 cm
 0.5 = MAC 21-22 cm
 1.0 = MAC mer än 22 cm
- R.** Vadens omkrets i cm (Calf Circumference, CC)
 0 = CC mindre än 31 cm
 1 = CC 31 cm eller mer

Poäng för slutlig bedömning (max. 16)

Poäng för initial bedömning

Total poäng (max. 30)

Gradering av näringsstillståndet:

- 17-23.5 poäng risk för undernäring
 Mindre än 17 poäng undermård

Ref.: Guigo Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology, Supplement* #2:15-59.
 Rubenstein LZ, Harker J, Guigo Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA. An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigo Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series, Clinical & Performance Programs, vol. 1. Karger AG, Basel p. 101-116.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

15. Olämplig läkemedelsbehandling av äldre – Vanligt i Kvarkenregionen

Yngve Gustafson, professor, överläkare, enhetschef, Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, enheten för geriatrik, Umeå universitet

Trots allt gott som utvecklingen på läkemedelsområdet har inneburit är läkemedel den vanligaste orsaken till att äldre människor läggs in akut på sjukhus i Sverige. Den vanligaste orsaken till dessa biverkningar är att man inte anpassat dosen av läkemedlen efter den åldrade människans förutsättningar, alltså oftast gett en för hög dos. En mycket stor andel har dessutom behandlats med läkemedel som är olämpliga till äldre människor. Den tredje vanligaste orsaken till läkemedelsbiverkningar är olämpliga kombinationer av läkemedel. I detta kapitel redovisas framförallt behandling med olämpliga läkemedel till äldre människor.

Utvecklingen av läkemedelsbehandling

Utvecklingen av läkemedel under det senaste århundradet har revolutionerat behandlingen av många olika sjukdomar och bidragit till en ökad livslängd och ett minskat lidande hos många människor. Läkemedel har flerfaldigt överlevnaden vid t.ex. diabetes, Parkinsons sjukdom, hjärtsvikt och minskat andelen som dör i hjärtinfarkt och stroke. Vaccinationer och antibiotika har väsentligt minskat dödligheten i infektioner särskilt hos äldre människor som ofta har ett nedsatt immunförsvar. Den sannolikt viktigaste orsaken till en minskad dödlighet i infektionssjukdomar är dock minskad svält och bättre hygien. Hos äldre människor är fortfarande näringsbrist vanligt även i Sverige och Finland och en ofta bortglömd orsak till många infektioner hos äldre människor, infektioner som ofta kan leda till döden.

Trots allt gott som utvecklingen på läkemedelsområdet har inneburit är läkemedel den vanligaste orsaken till att äldre människor läggs in akut på sjukhus i Sverige. Mellan 15-40% av akuta inläggningar av äldre människor på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar (Odar-Cederlöf et al., 2008, Fryckstedt & Asker-Hagelberg, 2008). Den vanligaste orsaken till dessa biverkningar är att man inte anpassat dosen av läkemedlen efter den åldrade människans förutsättningar, alltså oftast gett en för hög dos. En mycket stor andel har dessutom behandlats med läkemedel som är olämpliga till äldre människor. Den tredje vanligaste orsaken till läkemedelsbiverkningar är olämpliga kombinationer av läkemedel. En viktig bakomliggande orsak till att läkemedelsbiverkningarna blir allvarliga är troligen bristen på uppföljning och utvärdering av effekter och biverkningar av insatta läkemedel. Konstigt nog är det inte

självlklart att all läkemedelsbehandling utvärderas vilket är särskilt viktigt när det gäller äldre människor. Oftast är det sjuksköterskor, undersköterskor och närstående som finns närmast personen som upptäcker förändringar i den gamla människans symtom eftersom läkare sällan ser patienten tillräckligt ofta. Vid rehabilitering efter stroke och efter höftfrakturer är läkemedelsbiverkningar en vanlig orsak till att patienten inte förbättras och en vanlig orsak till bland annat fallolyckor med allvarliga skador som följd. Läkemedel ökar inte bara fallrisken utan även risken att fallet leder till en allvarlig skada då många läkemedel sätter ner skyddsreflexer. Andra än läkare borde därför få utbildning i att känna igen symtom på läkemedelsbiverkningar och vården borde organiseras så att den behandlingsansvarige läkaren får hjälp att systematiskt utvärdera insatt behandling.

Särskilt många fallolyckor på sjukhus och äldreboenden orsakas av läkemedelsbiverkningar eftersom gamla sjuka människor är särskilt känsliga för läkemedelsbiverkningar (Kallin, Gustafson, Sandman & Karlsson, 2004a; Kallin, Jensen, Lundin-Olsson, Nyberg & Gustafson, 2004b). Om personalen som är närmast patienten inte känner igen symtomen på läkemedelsbiverkningar eller andra sjukdomssymtom kan man inte förhindra fallolyckorna (Lundström et al., 2007; Stenvall et al., 2007). Studier har visat att mer än hälften av fallolyckor som drabbar människor med demenssjukdom föregås av läkemedelsbiverkningar som antingen bidrar till fallolyckan eller är den direkta orsaken (Tängman, Eriksson, Gustafson & Lundin-Olsson, 2010). Mellan en tredjedel och hälften av alla fallolyckor som leder till höftfrakturer i Sverige drabbar människor med demenssjukdom. En effektiv fallprevention förutsätter ett välutvecklat teamarbete med ett multifaktoriellt perspektiv som bl.a. i tid upptäcker läkemedelsbiverkningar (Stenvall et al., 2007).

Kunskaper i normalt åldrande och geriatrik

En förutsättning för en god vård av äldre är att alla yrkesgrupper har goda kunskaper i gerontologi. Gerontologi är läran om det friska åldrandet. En tvärvetenskap som handlar om åldrandet ur alla perspektiv. Kunskaper i gerontologi är en förutsättning för att kunna behandla gamla människor eftersom det normala friska åldrandet förändrar kroppens alla funktioner. Det normala friska åldrandet ändrar alla förutsättningar för läkemedelsbehandling. Under åldrandet förändras förutsättningarna för absorptionen av läkemedel. Distribution av läkemedel i kroppen förändras på grund av minskad mängd kroppsvatten och en ofta ökad andel kroppsfett. Den minskade mängden kroppsvatten leder ofta till för höga koncentrationer av läkemedel som är vattenlösliga. Åldrandet ändrar också ofta läkemedelsmetabolismen och

utsöndringen av läkemedel via njurarna går långsammare. Det som dock är svårast att förutsäga är den ökade känsligheten för olika läkemedel som äldre människor nästan alltid uppvisar och som många gånger leder till kraftigare effekter men framförallt oftare leder till biverkningar. Förutom de normala åldersförändringarna som skiljer sig mycket mellan olika gamla individer så leder den höga förekomsten av sjukdomar som till exempel stroke, demens, depression och hjärtsjukdomar till att gamla människor blir ännu känsligare och får ännu mer biverkningar av läkemedel. Alla dessa förändringar uppvisar stora individuella skillnader vilket ofta gör det omöjligt att förutsäga om den gamla patienten skall tåla medicinen och vilken dos som är optimal för patienten. Detta innebär att läkemedelsbehandling av äldre människor alltid kräver att effekter och biverkningar utvärderas dels relativt snart efter insättningen men även risken för biverkningar som kan utvecklas efter flera månader måste utvärderas. En vanlig orsak till sena långsamt inträdande biverkningar kan t.ex. bero på att läkemedlen ansamlas i kroppen på grund av den förlångsammade utsöndringen.

Överallt där äldre människor får vård och rehabilitering är det nödvändigt att alla yrkesgrupper har utbildning i geriatrik vilket är läran om sjukdomar hos äldre människor. Några av de viktigaste geriatriska kunskaperna är att åldrandet leder till att äldre människor har en minskad reservkapacitet i alla organsystem och därför oftare drabbas av sjukdom och skador men det innebär också att sjukdomspanoramata är annorlunda hos äldre människor. Åldrandet förändrar ofta olika sjukdomsmekanismer vilket bland annat leder till förändrade symtom på sjukdomar under åldrandet. Detta leder till förändrade förutsättningar för att ställa diagnos på sjukdomar hos äldre människor. Detta kan leda till både under och överdiagnostik hos äldre det vill säga att man inte upptäcker sjukdomar för att den äldre människan saknar typiska symtom eller har annorlunda symtom på sjukdom. Överdiagnostik innebär att man misstolkar normala åldrandetecken för sjukdomssymtom och felaktigt sätter in behandling. Att äldre har andra hälsorisker innebär också förändrade förutsättningar för att förebygga sjukdomar och skador hos äldre människor. Läkemedel döljer ofta sjukdomssymtom hos äldre människor. Över hälften av personer över 80 år äter regelbundet värktabletter som kan dölja till exempel feber och smärta. Detta orsakar att man fördröjer upptäckten av t.ex. magsår, blindtarmsinflammation, hjärtinfarkt och frakturer. Paracetamol (Alvedon) och acetylsalicylsyra (Magnecycl) döljer ofta både feber och smärta vilket kan fördröja diagnosen av allvarliga infektioner som till exempel lunginflammation.

Ett exempel på annorlunda symtom och förändrade förutsättningar för behandling hos äldre är depressioner. I GERDA/Umeå 85+ projektet hade inte sjukvården känt igen

depressioner hos mer än 6 av 10 som var deprimerade trots att de hade sökt sjukvården för symtom som kunde bero på depression (Bergdahl et al., 2005). Av de som hade fått behandling med läkemedel för depressionen var mer än hälften fortfarande deprimerade.

De gamla med depression hade ofta sökt sjukvården för symtom som värk, förstoppning, sömnproblem och oro för cancersjukdom och fått behandling med värktabletter, sömntabletter och laxermedel men man hade inte förstått att symtomen ofta berodde på en depression. Om man hade upptäckt att patienten var deprimerad bestod behandlingen nästan uteslutande av läkemedel där dock uppföljningen av behandlingen oftast var bristfällig. Mycket sällan fanns det dokumenterat någon utredning av de bakomliggande orsakerna till depressionen. Forskning har visat att en mycket stor andel av depressioner hos äldre har bakomliggande medicinska orsaker som t.ex. olika sjukdomar i hjärnan, näringsbrist och läkemedelsbiverkningar. Alla yrkesgrupper i vården måste lära sig känna igen depressioner hos äldre men också hjälpas åt för att följa upp och utvärdera effekten av behandling.

Symtombehandling till äldre människor är farlig

Att bara behandla symtom hos äldre människor utan att utreda den bakomliggande orsaken leder ofta till onödig läkemedelsbehandling (Rochon et al., 2008). Många gamla människor söker ofta läkare och sjukgymnaster för värk i lederna och behandlas då ofta med olika värktabletter eller annan smärtbehandling. En av de vanligaste orsakerna till ledvärk hos gamla människor är förhöjd urinsyra (gikt) och den vanligaste orsaken till gikt är behandling med vätskedrivande läkemedel (t.ex. Salures, Furix). I GERDA-projektet behandlades nästan hälften med sådana läkemedel. Om man inte åtgärdar orsaken till den förhöjda urinsyra kommer patienten aldrig bli av med sina ledsmärtor. Det bästa är om man kan avsluta den behandlingen med vätskedrivande läkemedel men om behandlingen är livsnödvändig vid till exempel grav hjärtsvikt kan man ge kostråd som kan minska tillförsel av näringsämnen som ökar bildningen av urinsyra. En annan utväg kan också vara ett läkemedel som sänker urinsyran i blodet (t.ex. Zyloric). Dessa läkemedel ger dock ofta upphov till andra biverkningar.

Muskelvärk är också en vanlig orsak till att gamla människor söker läkare. Även symtomet muskelvärk måste alltid utredas och den bakomliggande orsaken om möjligt behandlas. Många äldre människor köper ofta receptfria läkemedel mot sin värk omedvetna om att många receptfria värktabletter kan ha mycket allvarliga biverkningar särskilt hos gamla människor. Polymyalgia reumatica (PMR) är en mycket vanlig och allvarlig orsak till

muskelvärk särskilt hos gamla kvinnor som snabbt måste få korrekt diagnos och rätt behandling. Ca 10% av kvinnorna 85 år och äldre i GERDA-projektet led av olika reumatiska sjukdomar (Eriksson, Gustafson, Fagerström & Olofsson, 2010).

Det kanske allvarligaste problemet med att endast behandla symtom hos äldre människor är behandlingen av oro/ångest, förvirringstillstånd och andra psykiska symtom särskilt hos gamla människor med demenssjukdom (Schneider et al, 2006; Lövheim, Karlsson, & Gustafson, 2008; Rochon et al., 2008; Lövheim, Sandman, Karlsson, & Gustafson, 2009). Det vanligaste sjukdomssymtomet hos gamla sköra människor är olika psykiska symtom. Om man då behandlar med lugnande läkemedel döljs kanske symtomet vilket gör att man inte utreder den bakomliggande orsaken. Vanliga orsaker till ångest, hallucinationer och förvirringstillstånd är läkemedelsbiverkningar, urinvägsinfektioner, förstoppning, blodproppar i lungorna, hjärtinfarkt och ibland kanske smärta från en missad fraktur (Rochon et al., 2008). Olika symtom hos gamla människor måste alltid utredas och den bakomliggande orsaken måste om möjligt behandlas.

I GERDA/Umeå 85+ projektet var det tydligt att gamla kvinnor oftare än gamla män fick bristfällig utredning och behandling av sjukdomssymtom och inte utredning och behandling av bakomliggande orsaker (von Heideken Wågert et al., 2006).

Gamla kvinnor hade fått signifikant mer antidepressiva läkemedel, mer sömnmedel, mer ångestdämpande läkemedel, mer laxermedel, mer smärtstillande läkemedel och mer vätskedrivande behandling ofta utan att den bakomliggande orsaken till symtomen hade utretts. Gamla kvinnorna fick även mer magsårsläkemedel oftast utan utredning av bakomliggande orsak. Äldre män fick oftare nya och dyrare läkemedel; t.ex. kvinnor med demenssjukdom fick mindre ofta bromsmediciner.

En större andel av kvinnor med kärlkramp fick behandling med kärlkrampsförebyggande läkemedel men tre gånger fler män hade fått sina kranskärl opererade trots att hjärtkärlsjukdom var lika vanligt hos män och kvinnor (Brännström, Hamberg, Molander, Lövheim & Gustafson, 2011).

Både gamla män och kvinnor som besvärades av inkontinens hade sällan utretts för bakomliggande orsaker utan hade endast fått blöjor eller andra inkontinenshjälpmedel. Inte sällan får gamla människor läkemedel mot inkontinens, läkemedel som ofta orsakar nya biverkningar hos många äldre människor. Inkontinens hos gamla måste alltid utredas eftersom det ofta kan vara ett symtom på bakomliggande sjukdomar eller ett symtom på läkemedelsbiverkningar. Många gamla, särskilt kvinnor kan slippa sina inkontinensbesvär om man utreder och åtgärdar bakomliggande orsaker.

Åldrandet leder till ett mindre effektivt försvar mot infektioner. Gamla kvinnor drabbas t.ex. ca tio ggr oftare av urinvägsinfektioner än unga kvinnor. Behandlingen består oftast endast av upprepade antibiotikakurer istället för att utreda och behandla de bakomliggande orsakerna. Många läkemedel kan öka risken för urinvägsinfektioner genom att till exempel orsaka inkontinens eller svårigheter att tömma urinblåsan. Näringsbrist är en annan mycket vanlig orsak till urinvägsinfektioner och många läkemedel sätter ner aptiten, försämrar näringsupptaget och ökar förlusterna av näringsämnen.

Fyra förutsättningar för bättre läkemedelsbehandling

De viktigaste förutsättningarna för en förbättrad läkemedelsbehandling av äldre människor kan sammanfattas i 4 ”enkla” punkter:

1. Behandla inte symtom utan utred vad de beror på och behandla den bakomliggande orsaken.
2. Anpassa dosen av läkemedel individuellt
3. Prioritera de läkemedel som är viktigast för patienten
4. Följ upp och utvärdera effekter och biverkningar av alla läkemedel

Annorlunda biverkningar hos äldre människor

Gamla människor får ofta annorlunda läkemedelsbiverkningar. Framförallt får äldre psykiska biverkningar av många läkemedel: Förvirringstillstånd, hallucinationer, mardrömmar och nedstämdhet. Läkemedelsbiverkningar orsakar många fallolyckor särskilt hos människor med demens vilka är särskilt känsliga för alla läkemedel. Hos människor med demenssjukdom kan mer än hälften av alla fallolyckor och fallskador orsakas av läkemedelsbiverkningar (Tängman et al., 2010). Alla läkemedel som sätts in till människor med demenssjukdomar måste utvärderas med avseende på ökad fallrisk som regel redan inom en vecka.

Nedan följer några vanliga läkemedelsgrupper som ofta ger biverkningar hos äldre människor. Prevalensen av användningen av olika läkemedelsgrupper i den nedanstående texten är från GERDA-projektet under 2005-2008.

NSAID (NonSteroid AntiInflammatoric Drug) är en grupp läkemedel som används för behandling av smärta och inflammation. Läkemedel från denna grupp (t.ex. Ipren, Ibumetin, Voltaren, Pronaxen, Naprosyn) ger ofta mycket allvarliga biverkningar hos äldre människor trots att många av dem är receptfria. En mycket stor andel gamla människor drabbas av magsår, nedsatt njurfunktion och hjärtsvikt av dessa läkemedel. Enstaka doser kan oftast gå bra men långtidsbehandling till äldre människor bör undvikas och måste alltid ske under noggrann kontroll av tecken på komplikationer och njurfunktionen bör som regel kontrolleras inom ett par veckor. Trots att NSAID står på socialstyrelsens lista på olämpliga läkemedel till äldre människor behandlades 13% av deltagarna i GERDA-projektet med dessa preparat varav hälften hade det som en kontinuerlig behandling.

Neuroleptika (t.ex. Haldol, Risperdal, Zyprexa) som främst är avsedda för behandling av schizofreni används tyvärr ofta för att behandla förvirrade och oroliga gamla människor. Neuroleptika blockerar dopamin-receptorer och leder ofta till Parkinsonliknande biverkningar. Neuroleptika ökar fallrisken och ökar risken för att drabbas av stroke särskilt hos personer med demenssjukdom. Neuroleptika hämmar även hjärnans återhämtningsförmåga efter en stroke. En vanlig sömntablett som har liknande biverkningar som neuroleptika är Propavan som inte bör användas till äldre människor. Neuroleptika inklusive Propavan kan ofta ge mycket långvariga utsättningsbiverkningar med bl.a. ofrivilliga rörelser och eftersom det vetenskapliga underlaget för att behandla äldre människor är mycket svagt bör dessa läkemedel om möjligt aldrig användas till äldre människor. Neuroleptika sänker även kramptröskeln och ökar risken för epilepsi. Trots att människor med demenssjukdomar är särskilt känsliga för dessa läkemedel och att Socialstyrelsen rekommenderar att de bör undvikas till människor med demenssjukdom behandlades människor med demenssjukdom i större utsträckning med dessa olämpliga läkemedel. Neuroleptikabehandling till människor med demenssjukdom har sannolikt inte bättre effekt än placebo när det gäller symtom som aggressivitet och oro (Schneider et al., 2006). I GERDA-projektet behandlades 13% med neuroleptika och 39 personer (5.5%) behandlades med Propavan.

Bensodiazepiner (Sobril, Oxascand, Stesolid och många vanliga sömntabletter) som ofta används mot ångest och oro orsakar muskelsvaghet, försämrad balans och långsammare skyddsreflexer. Bensodiazepiner ökar inte bara fallrisken utan även risker för allvarliga skador då man faller eftersom man ofta inte hinner ta emot sig. Särskilt risken för höftfrakturer och skallskador ökar. Många äldre lider av sömnapné syndrom (andningsuppehåll

under sömnen) vilket innebär att bensodiazepiner och även alla andra sömnmediciner är kontraindicerade att använda då de förlänger andningsuppehållen vilket kan leda till svåra hjärnskador under sömnen på grund av syrebrist. I GERDA-projektet behandlades 30% med bensodiazepiner vilket är en orimlig överanvändning förenade med stora risker för fallskador och en ibland livsfarlig behandling för de gamla som lider av sömnapné syndrom.

Betablockerare (Metoprolol, Propranolol, Timolol) används ofta som tabletter för att behandla högt blodtryck men också som ögondroppar för att behandla glaukom (högt ögontryck). Betablockerare orsakar ofta ortostatism, yrsel och fallolyckor. Vissa betablockerare inklusive ögondroppar är kontraindicerade att ge till patienter med astma, patienter med icke kompenserad hjärtsvikt och de som har långsam puls (AV-block= Atrioventrikulärt block II och III). Betablockerare ger även ofta psykiska biverkningar som mardrömmar, hallucinationer och depression särskilt hos äldre människor med sjukdomar i hjärnan som demens och stroke. I GERDA-projektet behandlades 44% med någon form av betablockerare. Många som behandlades med betablockerare för högt blodtryck var överbehandlade – hade ett alldeles för lågt blodtryck (Molander, Lövheim, Norman, Nordström & Gustafson, 2008).

Vätskedrivande läkemedel (Furix, Lasix, Furosemid, Salures) används för att behandla högt blodtryck och hjärtsvikt. Vätskedrivande läkemedel orsakar ofta saltbalansrubbingar som kan ge muskelsvaghet och de orsakar ofta förluster av magnesium i urinen vilket kan ge upphov till muskelkramper i benen särskilt nattetid. Vätskedrivande läkemedel försämrar dessutom utsöndringen av urinsyra vilket ofta leder till ledvärk (gikt). Andra vanliga biverkningar av vätskedrivande läkemedel är muntorrhet, yrsel, inkontinens och förstoppning. En mycket stor andel (50%) av gamla människor i GERDA-projektet behandlades med vätskedrivande läkemedel och bedömningen är att en mycket stor andel hade sådan behandling i onödan (Molander et al., 2008).

Antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat= Selektive Serotonin Re-uptake Inhibitor: Citalopram, Cipralex, Zolof och Tricykliska antidepressiva: Tryptizol, Anafranil, Sensaval) används främst för att behandla depression men används även ofta för att behandla ångest och orostillstånd och för att motverka aggressivitet hos människor med demenssjukdom. De tricykliska antidepressiva används ofta för att behandla neurogena smärttillstånd. Alla antidepressiva läkemedel men främst SSRI-preparaten ökar risken för fallolyckor. De

tricykliska antidepressiva preparaten har kraftig antikolinerg effekt vilket ofta orsakar förvirringstillstånd, muntorrhet, förstoppning och urinretention. Då majoriteten av äldre har dålig effekt av antidepressiva läkemedel leder den höga och ökande behandlingen med dessa preparat ofta bara till allvarliga biverkningar utan att deras depression botas. En nyligen publicerad studie i Lancet visade att antidepressiva läkemedel helt saknade effekt mot depressioner hos gamla människor med demenssjukdom (Banerjee et al., 2011). En mycket stor andel av människor med demenssjukdom behandlades med antidepressiva i GERDA-projektet. I GERDA-projektet behandlades 19% med antidepressiva och endast hälften föreföll ha någon effekt av behandlingen på deras depression.

Morfinpreparat är effektiva för att behandla olika smärttillstånd men många av dem har en kraftig antikolinerg effekt och orsakar ofta sedation, förvirringstillstånd, muntorrhet, svår förstoppning, urinretention och kan vara kraftigt andningsdeprimerande. Precis som bensodiazepiner är morfinpreparat kontraindicerade hos personer som lider av sömnapné. I GERDA-projektet behandlades 19% med någon form av morfinpreparat. Totalt behandlades 63% med någon form av smärtstillande läkemedel vilket troligen tyder på en överbehandling. Många hade stått på smärtstillande läkemedel under lång tid utan utvärdering av fortsatt behov av behandlingen. Trots den höga andelen som fick smärtstillandeläkemedel förekom det underbehandlingen både i form av att personer led av smärta och antingen var obehandlade eller hade otillräcklig behandling (Lövheim, Sandman, Kallin, Karlsson & Gustafson, 2006).

Kortison (Prednisolon, Betapred) är effektivt för att behandla olika inflammatoriska sjukdomar. Kortison hämmar immunförsvaret och ökar därigenom infektionsrisken (svampinfektioner, sårinfektioner, urinvägsinfektioner). Kortisonpreparat döljer dessutom ofta infektionssymtomen. Äldre människor som behandlas med kortisonpreparat drabbas ofta av förvirringstillstånd, utvecklar diabetes, drabbas av magsår och utvecklar efter en tids behandling nästan alltid osteoporos. Eftersom kortisonbehandling ofta är livsnödvändig vid många sjukdomar måste man som regel sätta in förebyggande behandling mot till exempel magsår och benskörhet. I GERDA-projektet behandlades 17% med någon form av kortisonpreparat.

Laxermedel användes i GERDA-projektet av 35% oftast som symtombehandling. Det saknades oftast utredning om bakomliggande orsaker till personens förstoppning. Mer än 2/3

delar hälften av alla deltagarna i GERDA-projektet hade behandling med läkemedel som kan orsaka förstoppning.

I GERDA-projektet hade 19% behandling med olika magsårsläkemedel ofta utan en dokumenterad utredning av bakomliggande orsaker till behandlingen. Dessa läkemedel minskar som regel saltsyreproduktionen i magsäcken vilket medför att många äldre personer inte kan tillgodogöra sig järn ur kosten vilket ofta leder till allvarlig järnbrist.

Läkemedelsbiverkningar är vanliga hos äldre

I en sammanställning av läkemedelfakta från läkemedelsindustrin, (Farmaceutiska Specialiteter, FASS, i Sverige eller Pharmaca Fennica i Finland) uppräknas nästan alla läkemedel och vilka biverkningar de kan ge upphov till. Läkemedel kan nämligen ge upphov till allvarliga biverkningar och speciellt gamla människor drabbas i mycket högre utsträckning av biverkningar än de biverkningsfrekvenser som till exempel anges i FASS eller Pharmaca Fennica. Vitaminbrist är vanligt och allvarligt hos äldre människor men för höga doser av vitaminer kan ge allvarliga biverkningar. Höga doser av vitamin D kan till exempel orsaka njursten och för höga doser vitamin A kan orsaka benskörhet.

Om man arbetar med äldre människor måste man alltid ha kontroll på vilka läkemedel som patienten tar. Dels ändrar läkemedlen patientens symtom t.ex. när en patient får kärllkramp och hjärtinfarkt så bidrar ofta läkemedel till att patienten saknar smärtor. När man skall bedöma en patient efter en fallolycka bidrar smärtstillande läkemedel ofta till att man underskattar risken för att patienten drabbats av en fraktur. Det är inte bara värktabletter som påverkar patientens smärta utan ofta även epilepsiläkemedel och många psykofarmaka. När äldre människor behandlas med kortison (t.ex. Prednisolon) måste man vara medveten om att behandlingen minskar smärta, olika inflammationstecken och kan dölja symtomen på t.ex. en infektion i en led eller en infektion efter en operation.

En vanlig orsak till försämring under en rehabilitering efter t.ex. stroke är att patienten har fått ett nytt läkemedel. När man söker ett läkemedel i FASS är det viktigt att man inte bara läser texten under biverkningar utan man måste även läsa under rubrikerna Kontraindikationer och under Varningar, Försiktighet och Interaktioner eftersom några av de allvarligaste biverkningarna finns under dessa rubriker.

Vården måste anpassas efter äldres behov

Vården skulle behöva organiseras så att den kan möta behoven hos multisjuka äldre människor. Utvecklingen mot en alltmer organspecialiserad sjukhusvård motverkar ofta en optimal vård av äldre. Eftersom de flesta gamla människor har flera sjukdomar och behandling med flera läkemedel samtidigt kan man aldrig utreda och behandla en gammal människa utan att ta hänsyn till patientens samtliga hälsoproblem. Sjukdomar och skador hos äldre människor leder ofta till funktions och aktivitetsnedsättning vilket gör det nödvändigt att alltid ha tillgång till rehabiliteringskompetens överallt där man vårdar äldre människor. Modern forskning har visat att även mycket gamla människor och även de med demenssjukdom kan rehabiliteras mycket effektivt. Helt felaktigt väljs ofta demenssjuka människor bort från rehabilitering. Eftersom läkemedelsbehandling av äldre människor sällan vilar på vetenskaplig grund måste till exempel alltid vården av äldre människor organiseras så att man alltid kan följa upp och utvärdera effekten av till exempel ett insatt läkemedel.

Teamarbete är en förutsättning för utredning, vård, rehabilitering, prevention och omsorg av äldre människor. Eftersom gamla människor oftast har många samtidiga hälsoproblem behövs många olika yrkesgruppers kompetens samtidigt.

Symtom hos äldre måste utredas och orsaken behandlas i samma utsträckning som hos yngre människor. Symtombehandling leder till biverkningar och behandlingen fördröjer ofta upptäckt av bakomliggande sjukdomar. Att t.ex. behandla ett förvirringstillstånd efter en höftoperation med smärtstillande och lugnande läkemedel kan leda till att man fördröjer upptäckten av t.ex. urinretention och lungemboli eller ett subduralhematom (blödning under skallbenet) som den demenssjuka patienten drabbades av i samband med fallolyckan som orsakade höftfrakturen.

Ett förvirringstillstånd har definitionsmässigt alltid en eller flera bakomliggande orsaker som måste utredas och behandlas inte minst hos människor med demenssjukdom. Förekomsten av förvirringstillstånd anses av många forskare vara det kanske bästa kvalitetsmåttet på vård och omsorg. Förvirringstillstånd är det vanligaste akuta sjukdomssymtomet hos äldre människor men även det kanske vanligaste symtomet på läkemedelsbiverkningar. I GERDA-projektet 2005-2008 hade hälften av deltagarna med demenssjukdom varit förvirrade under den senaste månaden och 5% av deltagarna utan en bakomliggande demenssjukdom.

En säker läkemedelsbehandling kräver en noggrann utredning och alltid uppföljning av effekter och biverkningar då nästan inga läkemedel är utprovade på äldre människor. Det

finns tyvärr inga läkemedel som är utvärderade när det gäller effekter och biverkningar hos människor över 80 års ålder. Flera vanliga läkemedel är bara utvärderade på yngre människor och kunskaperna är nästan obefintliga när det gäller människor med demenssjukdomar. Detta innebär att läkemedelsbehandling av äldre människor oftast är att betrakta som ett experiment. Ett experiment kräver alltid noggrann uppföljning och utvärdering av effekter och av biverkningar.

Etiska övervägningar bör föregå utredning och behandling av svårt sjuka äldre människor. All utredning och behandling måste utgå från vad som är bäst för den enskilda patienten. Att utsätta en svårt sjuk patient för utredningar som inte kommer kunna leda till någon behandling är svårt att försvara liksom behandlingar som försämrar livskvalité hos människor med en kort återstående livslängd. Många vårdprogram och riktlinjer kan leda till överbehandling av många multisjuka äldre människor. Optimal behandling inte maximal behandling.

Alla former av medicinsk behandling, t.ex. läkemedelsbehandling och rehabiliteringsmetoder måste utvärderas vetenskapligt även hos gamla människor, även t.ex. hos de med demenssjukdom. Även om inte nya läkemedel från början bör testas på de sköraste och äldsta patienterna som har störst risk för biverkningar måste det ändå till någon form av systematisk oberoende utvärdering av nya läkemedel.

Prevention av ohälsa hos äldre måste prioriteras i all vård och omsorg. Preventionen måste inriktas mot äldres vanligaste hälsorisker - fallolyckor, benskörhet, depression, demens, nedsatt immunförsvar (t.ex. urinvägsinfektioner), undernäring, muskelsvaghet, läkemedelsbiverkningar, nedsatt munhälsa etc. Vinsten med att behandla högt blodtryck och höga blodfetter minskar i hög ålder och biverkningarna av blodtrycksmediciner och blodfettsänkande läkemedel ökar med stigande ålder.

Referenser

Banerjee, S., Hellier, J., Dewey, M., Romeo, R., Ballard, C., Baldwin, R., et al. (2011) Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. Jul 30; 378(9789), 403-11.

Bergdahl, E., Gustafsson, JMC, Kallin, K., von Heideken-Wägert, P., Bucht, G., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2005). Depression among the oldest old – the Umeå 85+ study. *International Psychogeriatrics*, 17, 557-575.

Brännström, J., Hamberg, K., Molander, L., Lövheim, H., & Gustafson, Y. (2011). Gender disparities in the pharmacological treatment of cardiovascular disease and diabetes mellitus in the very old: an epidemiological, cross-sectional survey. *Drugs and Aging, 28*, 993-1005.

Eriksson, I., Gustafson, Y., Fagerström, L., & Olofsson, B. (2010). Prevalence and factors associated with urinary tract infections (UTIs) in very old women. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 50*(2), 132-5.

Fryckstedt, J., & Asker-Hagelberg, C. (2008). Läkemedelsrelaterade problem vanliga på medicinakuten. Orsak till inläggning hos nästan var tredje patient, enligt kvalitetsuppföljning. *Läkartidningen 105*, 894-898.

Kallin, K., Gustafson, Y., Sandman, P.O., & Karlsson, S. (2004a). Drugs and falls in older people in geriatric care settings. *Aging Clinical and Experimental Research, 16*, 270-276.

Kallin, K., Jensen, J., Lundin-Olsson, L., Nyberg, L., & Gustafson, Y. (2004b). Why the elderly fall in residential care, and suggested remedies. *Journal of Family Practice, 53*, 41-52.

Lundström, M., Olofsson, B., Stenvall, M., Karlsson, S., Nyberg, L., Englund, U., Borssén, B., Svensson, O., & Gustafson, Y. (2007). Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging Clinical and Experimental Research, 19*, 178-186.

Lövheim, H., Sandman, P.O., Kallin, K., Karlsson, S., & Gustafson, Y. (2006). Poor staff awareness of analgesic treatment jeopardises adequate pain control in the care of older people. *Age and Ageing, 35*, 257-261.

Lövheim, H., Karlsson, S., & Gustafson, Y. (2008). The use of central nervous system drugs and analgesics among very old people with and without dementia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 17*, 912-918.

Lövheim, H., Sandman, P.O., Karlsson, S., & Gustafson, Y. (2009). Changes between 1982 and 2000 in the prevalence of behavioral symptoms and psychotropic drug treatment among old

people with cognitive impairment in geriatric care. *International Psychogeriatrics*, 21, 1741-1749.

Molander, L., Lövheim, H., Norman, T., Nordström, P., & Gustafson, Y. (2008). Lower systolic blood pressure is associated with greater mortality in people aged 85 years and older. *Journal of the American Geriatric Society*, 56(10), 1853-1839.

Odar-Cederlöf, I., Oskarsson, P., Öhlén, G., Tesfa, Y., Bergendahl, A., Helldén, A., & Bergman, U. (2008). Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus. *Läkartidningen*, 105, 890-893.

Rochon, P. A., Normand, S. L., Gomes, T., Gill, S. S., Anderson, G. M., Melo, M., Sykora, K., Lipscombe, L., Bell, C. M., & Gurwitz, J. H. (2008). Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. *Archives of Internal Medicine*, 168, 1090-1096.

Schneider, L. S., Tariot, P. N., Dagerman, K. S., Davis, S. M., Hsiao, J. K., Ismail, M. S., Lebowitz, B. D., Lyketsos, C. G., Ryan, J. M., Stroup, T. S., Sultzer, D. L., Weintraub, D., & Lieberman, J. A; CATIE-AD Study Group (2006). Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 355(12), 1525-1538.

Stenvall, M., Olofsson, B., Lundström, M., Englund, U., Borssén, B., Svensson, O., Nyberg, L., & Gustafson, Y. (2007). A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. *Osteoporosis International*, 18, 167-175.

Tängman, S., Eriksson, S., Gustafson, Y., & Lundin-Olsson, L. (2010). Precipitating factors for falls among patients with dementia on a psychogeriatric ward. *International Psychogeriatrics*, 22, 641-649.

von Heideken Wågert, P., Gustavsson, J.M.C., Lundin-Olsson, L., Kallin, K., Nygren, B., Lundman, B., Norberg, A., & Gustafson, Y. (2006). Health status in the oldest old: age and sex differences in the Umeå 85+ Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 18, 116-126.

16. Blodtryckets roll i mycket hög ålder

Lena Molander, med.dr., läkare på Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Det är allmänt känt att högt blodtryck är en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och stroke, vilket medför en ökad dödlighet. Högt blodtryck påverkar även risken för att få demens negativt. Men i såväl tidigare vetenskapliga studier som nu i GERDA-studien har man funnit att det hos individer av mycket hög ålder även finns samband mellan lågt blodtryck och ökad dödlighet samt ökad förekomst av demenssjukdom. Detta gör att blodtryckets roll som riskfaktor i mycket hög ålder kan behöva omvärderas.

Introduktion

Alla har väl någon gång stött på konceptet blodtryck och fått höra att högt blodtryck är farligt. Det finns också övertygande vetenskapliga bevis för att högt blodtryck på sikt ökar risken för till exempel hjärtinfarkt och stroke (Chobanian, et al., 2003; Whitworth, 2003). Man har även visat att högt blodtryck ökar risken att utveckla kognitiv nedsättning och demens (Elias, Wolf, D'Agostino, Cobb, & White, 1993; Kilander, Nyman, Boberg, Hansson, & Lithell, 1998; Kivipelto et al., 2001; Launer et al., 2000; Skoog et al., 1996). Men det förefaller som att dessa är sanningar med modifikation. I såväl en del tidigare studier samt nu i GERDA-studien har det visats att det i mycket hög ålder finns samband mellan *lågt* blodtryck och ökad dödlighet samt ökad förekomst av demenssjukdom. Man har även noterat att blodtrycket verkar *sjunka* i hög ålder. Dessa fynd leder till att man måste omvärdera bilden av blodtrycket som riskfaktor hos mycket gamla människor och det råder ännu oklarheter kring hur högt blodtryck ska behandlas hos äldre. I följande stycken kommer jag ge en kort introduktion kring blodtryck och hypertoni och därefter i mer detalj redovisa vad vi i GERDA-studien har funnit gällande blodtrycket hos mycket gamla.

Några ord om blodtryck

Blodtrycksmätning är en av de allra vanligaste undersökningarna som görs inom hälso- och sjukvården. Det blodtryck som vi oftast mäter med manschett och stetoskop är i själva verket det tryck som blodet i kärlen utverkar på blodkärlsväggen, och det kan också ses som ett mått på hur kraftigt blodflödet är. Blodtrycket hos en individ varierar naturligt beroende på t.ex.

grad av fysisk aktivitet och vilket behov kroppen har av blodtillförsel till olika organ. Kroppen har flera olika system för att reglera blodtrycket så att blodflödet hålls optimalt. Blodtrycket brukar delas upp i det *systoliska* och *diastoliska* blodtrycket. Systoliskt blodtryck ("övertrycket") är det tryck som kan mätas under hjärtats arbetsfas och är högre än det diastoliska ("undertrycket"), som mäts när hjärtat är i vilofas. Både det systoliska och diastoliska blodtrycket brukar anges i tryckenheten *millimeter kvicksilver* (mmHg) (Guyton & Hall, 2000).

Högt blodtryck eller *hypertoni* kallar vi ett blodtryck som är så högt att det är ogynnsamt för kroppen. I sällsynta fall kan en person få så högt blodtryck att det ger symtom som huvudvärk, yrsel eller liknande, men oftast är hypertoni ett "tyst" tillstånd, som bara kan upptäckas om man mäter blodtrycket. Har man högt blodtryck under en längre tid är det skadligt för blodkärlen och bidrar till bildandet av t.ex. kärlförkalkning som i sin tur kan ge upphov till svåra sjukdomstillstånd som hjärtinfarkt och stroke.

Just *hur* högt blodtryck som är farligt är något som har debatterats länge. Tidigare ansåg man att ett normalt systoliskt blodtryck var "100 plus individens ålder" men detta frångick man i samband med upptäckten av att höga blodtryck var skadligt. I dag anses ett blodtryck på $\geq 140/90$ mmHg vara förhöjt och en person som ihållande har ett så högt blodtryck blir ofta insatt på blodtryckssänkande läkemedel (Chobanian et al., 2003). Det finns även föreslagna nivåer för normalt blodtryck, förstadium till hypertoni samt olika grader av hypertoni, se tabell 1.

Tabell 1. Gränsvärden för hypertoni

	Systoliskt (mmHg)		Diastoliskt (mmHg)
Normal	<120	och	<80
Prehypertoni	120-139	eller	80-89
Hypertoni grad 1	140-159	eller	90-99
Hypertoni grad 2	≥ 160	eller	≥ 100

Blodtryck och åldrande

Generellt så stiger blodtrycket med åldern på grund av bl.a. kärlförändringar som kommer med åren (Lakatta & Levy, 2003; Mitchell et al., 2004). Blodtrycket stiger inte lika mycket hos alla beroende på individuella skillnader i fysiologi, levnadssätt och sjukdomar.

Det har dock visats att blodtrycket inte stiger obegränsat. I vetenskapliga studier har man sett att det diastoliska blodtrycket sjunker hos äldre medan det systoliska blodtrycket fortsätter stiga (Burt et al., 1995; Franklin et al., 1997; Tell et al., 1994; Wolf-Maier et al., 2003). Dessa förändringar beror bland annat på minskad elasticitet i kärlväggen. Ytterligare några studier har föreslagit att även det systoliska blodtrycket sjunker i mycket hög ålder (Glynn et al., 1993; Hakala & Tilvis, 1998; Landahl, Bengtsson, Sigurdsson, Svanborg, & Svardsudd, 1986; Lernfelt & Svanborg, 2002), men antalet studier som inkluderat individer över 80 års ålder har varit begränsat.

Blodtryck som riskfaktor i hög ålder

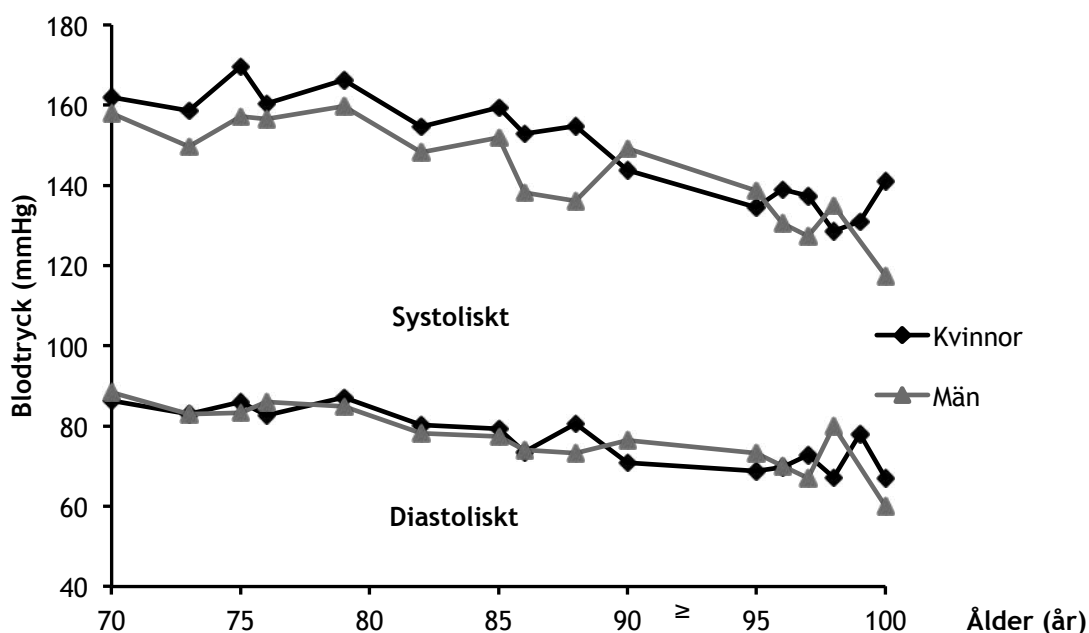
Det är välkänt att högt blodtryck är en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och död men flera studier har visat att det hos äldre individer kan finnas ett samband mellan *lågt* blodtryck och ökad dödlighet (Boshuizen, Izaks, van Buuren, & Ligthart, 1998; Busby, Campbell, & Robertson, 1996; Glynn et al., 1995; Guo, Viitanen, & Winblad, 1997; Rajala, Haavisto, Heikinheimo, & Mattila, 1983; Rastas et al., 2006; Satish, Freeman, Ray, & Goodwin, 2001; van Bommel, Gussekloo, Westendorp, & Blauw, 2006). Det finns dock stora metodskillnader mellan dessa studier och exakt vilken åldersgrupp som studeras varierar. Dock förefaller det vara kring 80-årsåldern som lågt blodtryck börjar kunna misstänkas vara en riskfaktor och det är därför av värde att vidare undersöka dessa samband hos just de mycket gamla.

Det har konstaterats i flera longitudinella studier att högt blodtryck i medelåldern ökar risken för utveckling av kognitiv nedsättning och demens (Kivipelto et al., 2001; Launer, Masaki, Petrovitch, Foley, & Havlik, 1995; Skoog et al., 1996). Även i tvärsnittsstudier har man funnit samband mellan högt blodtryck och sämre kognitiv förmåga (Cacciatore, et al., 1997; Knecht et al., 2008; Kuo et al., 2004). I andra tvärsnittsstudier har man dock sett att *lågt* blodtryck är associerat med samtidig kognitiv nedsättning (Guo, Viitanen, Fratiglioni, & Winblad, 1996; Morris et al., 2000; Paran, Anson, & Reuveni, 2003). Det finns dock få studier inom detta område som har fokuserat på de mycket gamla. I en svensk longitudinell studie på individer 80 år och äldre hade de som tidigare haft högt blodtryck högre förekomst av demens och kognitiv nedsättning vid studiens början, medan högt blodtryck vid studiens början var kopplat till en bättre kognitiv förmåga under uppföljningsperioden (Nilsson et al., 2007). Detta kan indikera att även om högt blodtryck i medelåldern är en riskfaktor för kognitiv nedsättning så kan en adekvat blodtrycksnivå vara essentiell för att inte utveckla demens i mycket hög ålder.

Ålderseffekter på blodtrycket

När vi jämförde de tre åldersgrupperna inom GERDA-studien kunde vi konstatera att såväl det systoliska som diastoliska blodtrycket sjönk från 85 års ålder och framåt. För att bättre kunna studera blodtrycksförändringar med åldern behövdes dock ett bredare åldersintervall och därför kombinerades GERDA-studien med material från den så kallade U70-studien som genomfördes i Umeå mellan åren 1981 och 1990. I U70-studien ingick ett slumpmässigt urval av befolkningen i Umeå kommun som från början var 70, 75 och 79 år gamla. Dessa följdes sedan upp vid ytterligare tre tillfällen under nio år. År 1990 inkluderades även en ny grupp 70-åringar. Sammanlagt finns uppgifter från 341 personer som deltog vid ett eller flera tillfällen. Totalt fanns 1133 blodtrycksmätningar från 705 unika individer som var 70-103 år gamla registrerade inom ramen för GERDA- och U70-studierna.

Statistiska analyser visade att det diastoliska blodtrycket sjönk med stigande ålder, medan det systoliska blodtrycket steg upp till 74,5 års ålder, varefter det började sjunka. Medelblodtrycket i befolkningen sjönk också över åren från 1981-2005. Andelen som behandlades med blodtryckssänkande läkemedel steg under samma period och detta kan vara en förklaring till varför medelblodtrycket sjönk. I figur 1 visas en förenklad graf över hur blodtrycket förändrades med åldern i vårt material. Kvinnor hade högre blodtryck än män, vilket var något överraskande eftersom män generellt anses ha högre blodtryck än kvinnor, något som alltså kanske inte gäller i mycket hög ålder.

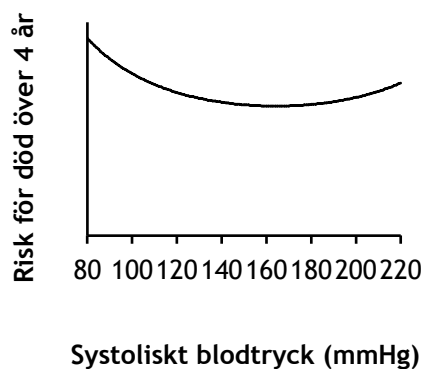


Figur 1. Blodtryckets förändring med åldern, baserat på GERDA- och U70-studierna.

Blodtryck och dödlighet i hög ålder

Vi utgick från GERDA-studiens material från 2000/2002 för att undersöka sambandet mellan blodtryck och dödlighet (Molander, Lövheim, Norman, Nordström & Gustafson, 2008).

Blodtrycksvärden fanns registrerade på 348 individer i Umeå och inlandet och vi följde dessa med avseende på dödlighet under fyra år. Det vi fann var ett så kallat icke-linjärt samband mellan systoliskt blodtryck och ökad dödlighet, eller med andra ord, dödligheten var större hos både de som hade lägst och de som hade högst utgångsblodtryck. Detta kan även kallas för ett U-format samband, vilket illustreras i figur 2.



Figur 2. Samband mellan systoliskt blodtryck och dödlighet i GERDA-studien.

Vi kunde räkna ut att 164 mmHg var den systoliska blodtrycksnivå som var kopplad till lägst dödlighet, rent matematiskt. Resultaten justerades statistiskt för förekomst av en rad sjukdomar och hälsfaktorer och då man trots detta kunde notera det ovanstående sambandet tyder det på att lågt systoliskt blodtryck har en effekt på dödlighet som är oberoende av underliggande dålig hälsa eller sjukdom. Inget samband mellan diastoliskt blodtryck och dödlighet kunde noteras.

Vad sambandet mellan lågt blodtryck och ökad dödlighet beror på är ännu oklart. Trots ovanstående statistiska kontroll kan underliggande sjukdomar och till åldern hörande fysiologiska förändringar eventuellt leda till både ett lägre blodtryck och en ökad dödlighet, och det låga blodtrycket är då främst en markör på någon annan svaghet som ger ökad dödlighet. Det kan dock inte uteslutas att det låga blodtrycket i sig är skadligt för de äldre. Lågt blodtryck kan leda till att kroppens blodförsörjning blir för dålig och till exempel hjärnan och hjärtats behov av syre och näringsämnen kan då inte uppfyllas. Det är av yttersta vikt att

ta reda på huruvida blodtryckssänkande läkemedel kan vara skadliga i hög ålder, och där finns ännu inga tydliga vetenskapliga besked. Detta diskuteras vidare nedan.

Blodtryck och kognitiv förmåga i hög ålder

Blodtryckets påverkan på kognitiv förmåga och demens hos individer 85 år och äldre undersöktes både i ett tvärsnitt av 575 individer och även longitudinellt i två separata urval som bestod av 102 respektive 205 individer. I tvärsnitt (Molander, Gustafson & Lövheim, 2010a) observerades ett icke-linjärt samband mellan systoliskt blodtryck respektive pulstryck och poäng på det kognitiva testet Mini Mental Test eller MMT (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Det vill säga, både lågt och högt blodtryck var associerat med sämre resultat på ett kognitivt test som utfördes samma dag. Det fanns även ett linjärt samband mellan diastoliskt blodtryck och MMT poäng, d.v.s. högre diastoliskt tryck var kopplat till bättre resultat på MMT. Det noterades även att individer med demens hade lägre medelblodtryck än de utan demens.

I den longitudinella delen av studien (Molander, Gustafson & Lövheim, 2010b), som sträckte sig över fem år, kunde inget samband mellan utgångsblodtrycket och risken att insjukna i demens ses. Det fanns heller inget samband mellan blodtryck och förändring i kognitiv förmåga enligt MMT. Medelblodtrycket sjönk dock över åren, och denna blodtryckssänkning var mer uttalad hos de som utvecklade demens under uppföljningsperioden. En större blodtryckssänkning var även kopplad till en större försämring i resultat på MMT över fem år, även om man inte kan fastslå vilken riktning detta samband hade, d.v.s. om blodtrycket eller den kognitiva förmågan minskade först.

Blodtrycksbehandling hos äldre

Sammanfattningsvis har vi i GERDA-studien kunnat påvisa att blodtrycket sjunker i hög ålder samt att lågt blodtryck är associerat med både ökad dödlighet och sämre kognitiv funktion/demens hos mycket gamla människor. Underliggande sjukdomar eller dålig hälsa verkar inte helt kunna förklara dessa samband utan det kan även vara så att det låga blodtrycket i sig innebär en ökad risk. Det är dock ännu oklart om lågt blodtryck föregår demenssjukdomen eller om demenssjukdomen ger lågt blodtryck. Det förefaller också som att mycket högt blodtryck kvarstår som en riskfaktor även hos de mycket gamla, i alla fall hos vissa individer. Medelblodtrycket i populationen sjönk med åren från 1981 till 2005, vilket

sannolikt delvis beror på en ökande förekomst av blodtryckssänkande behandling, men det kan även finnas andra orsaker.

Detta har uppenbar klinisk signifikans då högt blodtryck, hypertoni, är ett mycket vanligt tillstånd, speciellt hos äldre, och frågan är hur blodtryckssänkande behandling ska värderas i ljuset av dessa nya forskningsresultat.

Med tanke på ovanstående fynd så är det rimligt att fråga sig hur man ska se på behandling av högt blodtryck hos äldre. Om lågt blodtryck nu på något vis är kopplat till ökad dödlighet och sämre kognitiv förmåga, bidrar vi då till denna process genom att med mediciner sänka blodtrycket hos de allra äldsta? Det har inte funnits några separata riktlinjer för hanteringen av högt blodtryck hos just mycket gamla individer, men detta område har fått en del uppmärksamhet inom forskningen senaste åren.

En del behandlingsstudier har antytt att behandling med blodtryckssänkande läkemedel skulle kunna *öka* den totala dödligheten hos de mycket gamla, även om det samtidigt minskar risken för stroke, hjärtsvikt och övriga hjärt-kärlhändelser (Gueyffier et al., 1999).

För några år sedan gjordes en stor randomiserad kontrollerad studie på blodtryckssänkande behandling hos individer över 80 års ålder, HYVET-studien som hade som mål att sänka blodtrycket till 150/80 (Beckett et al., 2008). I denna studie kunde man se en gynnsam effekt av behandling både på dödlighet och kardiovaskulära händelser. Detta är ett viktigt resultat, men studien hade begränsningar. Endast 27% av deltagarna var över 85 år gamla och dessutom exkluderades individer med t.ex. demens eller nyligen genomgången stroke. Sammantaget leder detta till att denna studie inte kan anses vara konklusiv. Det är således viktigt med fortsatta studier av blodtryckssänkande behandling och dess effekter och sidoeffekter hos de allra äldsta.

Referenser

Beckett, N. S., Peters, R., Fletcher, A. E., Staessen, J. A., Liu, L., Dumitrascu, D., et al. (2008). Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *New England Journal of Medicine*, 358(18), 1887-1898.

Boshuizen, H. C., Izaks, G. J., van Buuren, S., & Ligthart, G. J. (1998). Blood pressure and mortality in elderly people aged 85 and older: community based study. *British Medical Journal*, 316(7147), 1780-1784.

Burt, V. L., Whelton, P., Roccella, E. J., Brown, C., Cutler, J. A., Higgins, M., et al. (1995). Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*, 25(3), 305-313.

Busby, W. J., Campbell, A. J., & Robertson, M. C. (1996). Low blood pressure is not an independent determinant of survival in an elderly population. *Age and Ageing*, 25(6), 449-452.

Cacciatore, F., Abete, P., Ferrara, N., Paolisso, G., Amato, L., Canonico, S., et al. (1997). The role of blood pressure in cognitive impairment in an elderly population. Osservatorio Geriatrico Campano Group. *Journal of Hypertension*, 15(2), 135-142.

Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jr., et al. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206-1252.

Elias, M. F., Wolf, P. A., D'Agostino, R. B., Cobb, J., & White, L. R. (1993). Untreated blood pressure level is inversely related to cognitive functioning: the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 138(6), 353-364.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

Franklin, S. S., Gustin, W. t., Wong, N. D., Larson, M. G., Weber, M. A., Kannel, W. B., et al. (1997). Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure. The Framingham Heart Study. *Circulation*, 96(1), 308-315.

Glynn, R. J., Field, T. S., Rosner, B., Hebert, P. R., Taylor, J. O., & Hennekens, C. H. (1995). Evidence for a positive linear relation between blood pressure and mortality in elderly people. *Lancet*, 345(8953), 825-829.

Glynn, R. J., Field, T. S., Satterfield, S., Hebert, P. R., Buring, J. E., Taylor, J. O., et al. (1993). Modification of increasing systolic blood pressure in the elderly during the 1980s. *American Journal of Epidemiology*, 138(6), 365-379.

Gueyffier, F., Bulpitt, C., Boissel, J. P., Schron, E., Ekblom, T., Fagard, R., et al. (1999). Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. INDANA Group. *Lancet*, 353(9155), 793-796.

Guo, Z., Viitanen, M., Fratiglioni, L., & Winblad, B. (1996). Low blood pressure and dementia in elderly people: the Kungsholmen project. *British Medical Journal*, 312(7034), 805-808.

Guo, Z., Viitanen, M., & Winblad, B. (1997). Low blood pressure and five-year mortality in a Stockholm cohort of the very old: possible confounding by cognitive impairment and other factors. *American Journal of Public Health*, 87(4), 623-628.

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2000). *Textbook of medical physiology* (10 ed.): W.B. Saunders Company.

Hakala, S. M., & Tilvis, R. S. (1998). Determinants and significance of declining blood pressure in old age. A prospective birth cohort study. *European Heart Journal*, 19(12), 1872-1878.

Kilander, L., Nyman, H., Boberg, M., Hansson, L., & Lithell, H. (1998). Hypertension is related to cognitive impairment: a 20-year follow-up of 999 men. *Hypertension*, 31(3), 780-786.

Kivipelto, M., Helkala, E. L., Laakso, M. P., Hanninen, T., Hallikainen, M., Alhainen, K., et al. (2001). Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *British Medical Journal*, 322(7300), 1447-1451.

Knecht, S., Wersching, H., Lohmann, H., Bruchmann, M., Duning, T., Dziewas, R., et al. (2008). High-normal blood pressure is associated with poor cognitive performance. *Hypertension*, 51(3), 663-668.

Kuo, H. K., Sorond, F., Iloputaife, I., Gagnon, M., Milberg, W., & Lipsitz, L. A. (2004). Effect of blood pressure on cognitive functions in elderly persons. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(11), 1191-1194.

Lakatta, E. G., & Levy, D. (2003). Arterial and cardiac aging: major shareholders in cardiovascular disease enterprises: Part I: aging arteries: a "set up" for vascular disease. *Circulation*, 107(1), 139-146.

Landahl, S., Bengtsson, C., Sigurdsson, J. A., Svanborg, A., & Svardsudd, K. (1986). Age-related changes in blood pressure. *Hypertension*, 8(11), 1044-1049.

Launer, L. J., Masaki, K., Petrovitch, H., Foley, D., & Havlik, R. J. (1995). The association between midlife blood pressure levels and late-life cognitive function. The Honolulu-Asia Aging Study. *Journal of American Medical Association*, 274(23), 1846-1851.

Launer, L. J., Ross, G. W., Petrovitch, H., Masaki, K., Foley, D., White, L. R., et al. (2000). Midlife blood pressure and dementia: the Honolulu-Asia aging study. *Neurobiology Aging*, 21(1), 49-55.

Lernfelt, B., & Svanborg, A. (2002). Change in blood pressure in the age interval 70-90. Late blood pressure peak related to longer survival. *Blood Pressure*, 11(4), 206-212.

Mitchell, G. F., Parise, H., Benjamin, E. J., Larson, M. G., Keyes, M. J., Vita, J. A., et al. (2004). Changes in arterial stiffness and wave reflection with advancing age in healthy men and women: the Framingham Heart Study. *Hypertension*, 43(6), 1239-1245.

Molander, L., Lövheim, H., Norman, T., Nordström, P., Gustafson, Y. (2008). Lower systolic blood pressure is associated with greater mortality in people aged 85 and older. *Journal of the American Geriatric Society*, 56(10): 1853-9.

Molander, L., Gustafson, Y., Lövheim, H. (2010a). Low blood pressure is associated with cognitive impairment in very old people. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 29(4), 335-341.

Molander, L., Gustafson, Y., Lövheim, H. (2010b). Longitudinal associations between blood pressure and dementia in the very old. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(3), 269-276.

Morris, M. C., Scherr, P. A., Hebert, L. E., Bennett, D. A., Wilson, R. S., Glynn, R. J., et al. (2000). The cross-sectional association between blood pressure and Alzheimer's disease in a biracial community population of older persons. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(3), M130-136.

Nilsson, S. E., Read, S., Berg, S., Johansson, B., Melander, A., & Lindblad, U. (2007). Low systolic blood pressure is associated with impaired cognitive function in the oldest old: longitudinal observations in a population-based sample 80 years and older. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19(1), 41-47.

Paran, E., Anson, O., & Reuveni, H. (2003). Blood pressure and cognitive functioning among independent elderly. *American Journal of Hypertension*, 16(10), 818-826.

Rajala, S., Haavisto, M., Heikinheimo, R., & Mattila, K. (1983). Blood pressure and mortality in the very old. *Lancet*, 2(8348), 520-521.

Rastas, S., Pirttila, T., Viramo, P., Verkkoniemi, A., Halonen, P., Juva, K., et al. (2006). Association between blood pressure and survival over 9 years in a general population aged 85 and older. *Journal of the American Geriatric Society*, 54(6), 912-918.

Satish, S., Freeman, D. H., Jr., Ray, L., & Goodwin, J. S. (2001). The relationship between blood pressure and mortality in the oldest old. *Journal of the American Geriatric Society*, 49(4), 367-374.

Skoog, I., Lernfelt, B., Landahl, S., Palmertz, B., Andreasson, L. A., Nilsson, L., et al. (1996). 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *Lancet*, 347(9009), 1141-1145.

Tell, G. S., Rutan, G. H., Kronmal, R. A., Bild, D. E., Polak, J. F., Wong, N. D., & Borhani, N.O. (1994). Correlates of blood pressure in community-dwelling older adults. The

Cardiovascular Health Study. Cardiovascular Health Study (CHS) Collaborative Research Group. *Hypertension*, 23(1), 59-67.

van Bommel, T., Gussekloo, J., Westendorp, R. G., & Blauw, G. J. (2006). In a population-based prospective study, no association between high blood pressure and mortality after age 85 years. *Journal of Hypertension*, 24(2), 287-292.

Whitworth, J. A. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 21(11), 1983-1992.

Wolf-Maier, K., Cooper, R. S., Banegas, J. R., Giampaoli, S., Hense, H. W., Joffres, M., et al. (2003). Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *Journal of the American Medical Association*, 289(18), 2363-2369.

17. Urinvägsinfektion – ett allvarligt hälsoproblem hos gamla kvinnor

Irene Eriksson, med.dr., Högskolan i Skövde

Birgitta Olofsson, med.dr., forskarasistent inom ramen för strategiskt forskningsområde – vård (SFO-v) med placering på Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet

Detta kapitel tar upp problematiken med urinvägsinfektion (UVI) bland äldre kvinnor som det är studerat inom ramen för GERDA (insamlat material från hembesöken 2005-2007). UVI visar sig vara mycket vanligt bland äldre kvinnor och verkar ha ett samband med bland annat kotkompression, urininkontinens, reumatisk sjukdom, demens orsakad av blodpropp samt förvirringstillstånd. Detta gör att man kan misstänka att UVI kan ha allvarliga medicinska hälsoeffekter på dessa kvinnor. Infektionen verkar också påverka välbefinnandet hos gamla kvinnor. I intervjuer med gamla kvinnor med upprepade UVI:er framkom att de som hade upplevt upprepade urinvägsinfektioner påverkades både fysiskt och psykiskt men även att deras sociala liv var begränsat.

Inledning

Urinvägsinfektion (UVI) är en vanlig bakteriell infektion bland kvinnor i alla åldrar men förekomsten ökar med stigande ålder. Då äldre kvinnor drabbas av UVI betraktas det ofta som en ofarlig och banal åkomma. UVI hos äldre män däremot, anses som en mer allvarlig åkomma och där behandling och utredning skall göras mer aktivt (Hovelius, 2007; Sandberg, Jodal, & Nyman, 2009-2010). Äldre kvinnor som söker för symtom på UVI är vanligt förekommande i hela sjukvårdssystemet; primärvård, kommunal vård och sjukhus vård. När dessa kvinnor söker vård får de ofta snabbt en tid hos läkare eller distriktssköterska. Visar sedan laboratorieprover att det är en UVI får de behandling med antibiotika. Inte sällan upprepas denna procedur då dessa kvinnor ofta har återkommande UVI:er. Proceduren med provtagning och behandling upprepas då men sällan får dessa kvinnor sina besvär utredda vad gäller eventuell bakomliggande orsaker. Det är känt att UVI ibland kan förebyggas och inom vården behöver dessa kunskaper förbättras för att kunna hjälpa dessa kvinnor på ett bättre sätt samt för att öka förståelsen för hur deras hälsa påverkas av återkommande UVI:er. Likaså behöver vården ökade kunskaper om vilka faktorer som kan orsaka UVI samt vilka faktorer som kan ha ett samband med UVI hos gamla kvinnor.

Den åldrande kvinnan

Äldre kvinnor har ofta en mer komplex hälsosituation jämfört med män. De drabbas oftare av demenssjukdom, reumatisk sjukdom, benskörhet, depression och undernäring och har inte sällan flera samtidiga sjukdomar (von Heideken Wågert et al., 2006). Eftersom kvinnor lever längre än män har de fler år med sjukdom. Åldrandet och ett försämrat immunförsvar i kombination med andra sjukdomar kan göra att dessa kvinnor blir sköra och får en minskad reservkapacitet. Detta kan innebära att de påverkas i större utsträckning av infektioner som ofta anses som banala (Kirkevold, Brodtkorb, & Hysten Ranhoff, 2010).

Urinvägsinfektion

UVI är en av de allra vanligaste infektionerna bland kvinnor. Mer än hälften av kvinnor i alla åldrar har någon gång i livet haft minst en UVI och risken att drabbas av UVI ökar med åldern (Shortliffe & McCue, 2002). Bland gamla kvinnor boende på institution är risken att drabbas av UVI ännu högre (Nicolle, 2000).

Anledningen till att UVI är vanligare hos kvinnor är bland annat det kortare urinröret och dess närhet till ändtarmsöppningen med en ökad risk för att tarmbakterier skall leta sig in i urinvägarna. Åldrandet i sig medför också hormonella förändringar, östrogenet minskar vilket gör slemhinnan skörare och anses öka risken att drabbas av UVI (Nicolle, 1993). Andra faktorer som anses bidra till ökad risk för UVI hos äldre kvinnor är om man haft stroke, urinkateter eller UVI när man var ung samt oförmåga att helt tömma urinblåsan (Nicolle, 1993; Nicolle, 1994).

De vanligaste symtomen på UVI är sveda vid vattenkastning samt täta trängningar. Andra typiska symtom är smärta eller ömhet över urinblåsan och oförmåga att helt tömma urinblåsan (Nicolle, 2001; Colgan, Keating, & Dougouih, 2004). Hos den äldre kvinnan kan dock mer avvikande symtom förekomma som t ex förvirring, symtom från mag-tarmkanalen och urininkontinens (Manepalli, Grossberg, & Mueller, 1990; Shortliffe & McCue, 2002; Laurila, Laakkonen, Tilvis, & Pitkala, 2008). Man vet också att det är en ökad risk att falla i samband med UVI hos äldre personer (Kallin, Jensen, Olsson, Nyberg, & Gustafson, 2004). Då äldre kvinnor oftare har avvikande symtom på UVI ökar svårigheten att upptäcka, diagnostisera och behandla UVI hos dem (McCue, 1993; Shortliffe & McCue, 2002).

I Sverige finns riktlinjer framtagna av Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA), för hur

urinvägsinfektion skall behandlas (STRAMA, 2006). Dessa riktlinjer finns för såväl nationell som regional nivå. Enligt riktlinjerna är anvisningen för antibiotikabehandling av UVI; typiska symtom på UVI samt positiv urinsticka eller urinodling. Förstahandspreparaten är nitrofurantoin eller pivmecillinam och växelbruk rekommenderas. Andrahandspreparaten är cephalosporin eller trimethoprim medan fluoroquinoloner endast rekommenderas i mer komplicerade fall. Enligt STRAMA behöver en okomplicerad, sporadisk UVI hos kvinnor inte följas upp. Hos kvinnor med återkommande UVI:er, d.v.s. minst två UVI under senaste halvåret eller minst tre under senaste året, bör en gynekologisk undersökning utföras (STRAMA, 2006).

UVI kan förebyggas på olika sätt. Framfall som ibland kan vara orsaken till återkommande UVI:er kan åtgärdas kirurgiskt och den sköra slemhinnan kan stärkas med lokal östrogenbehandling. Ibland kan långtidsbehandling med nitrofurantoin eller trimethoprim vara effektivt. Andra förebyggande åtgärder är att undvika urinkateter, ett adekvat vätskeintag samt regelbunden och fullständig tömning av urinblåsan (Krause, Mowassee, & Auerhahn, 2008). Likaså är hygienråd viktigt, d.v.s. att inte överdriva underlivshygienen samt att torka sig framifrån och bakåt för att förhindra att bakterier letar sig från ändtarmen till urinvägarna. Effekten av tranbär har diskuterats men bevisen för dess effekt av att förebygga UVI är motsägelsefulla (Kontiokari et al., 2001; Barbosa-Cesnik et al., 2011). Hypotesen bakom tranbärens effekt är att de tanniner som finns i tranbär har en hämmande effekt på vanliga tarmbakterier (Howell et al., 2005).

Asymtomatisk bakteriuri (ABU) är vanligt förekommande bland äldre kvinnor, särskilt hos de som bor på institution (Nicolle, 2003). Med ABU avses att bakterier finns i urinen men de typiska symtomen saknas. Detta anses som ett ofarligt tillstånd som inte skall behandlas med antibiotika (STRAMA, 2006). Det kan dock vara svårt att skilja ABU från UVI hos äldre kvinnor då de ofta uppvisar mer avvikande symtom. Orsaker till frånvaro av typiska symtom kan vara att många äldre kvinnor behandlas med läkemedel med smärtstillande och anti-inflammatorisk effekt vilket kan maskera symtomen från urinvägsinfektionen.

Riskfaktorer för UVI och faktorer som anses ha samband med UVI

Det finns ett antal faktorer som anses öka risken för UVI beskrivet i litteraturen men också faktorer som anses ha samband med UVI. Skillnaden mellan dessa faktorer är dock inte särskilt tydlig. Dessutom kan riskfaktorer skilja sig åt beroende på vilken ålder kvinnan har samt om hon bor på institution eller inte (Harrington & Hooton, 2000). Oförmåga att tömma

urinblåsan, östrogenbrist, hög ålder, sexuell aktivitet, tidigare och återkommande UVI:er samt urininkontinens anses vara riskfaktorer för UVI hos kvinnor (Harrington & Hooton, 2000; Hu et al., 2004). Hos kvinnor boende på institution ökar risken för UVI om de har urinkateter, diabetes eller andra samtidigt sjukdomar eller funktionsnedsättning (Nicolle, 1994; Harrington & Hooton, 2000; Shortliffe & McCue, 2002). Faktorer som anses ha ett samband med UVI är akut förvirring (delirium) och höftfrakturkirurgi (Kamel, 2005; Laurila et al., 2008). Delirium är vanligt förekommande bland äldre personer särskilt i samband med akut sjukdom (Gustafson et al., 1988). Varför det finns ett samband mellan delirium och UVI är ännu inte klarlagt.

Urininkontinens (UI) är en av de allra vanligaste faktorerna som anses ha ett samband med UVI och UI är också ett mycket vanligt förekommande symtom hos äldre kvinnor (Molander, Arvidsson, Milsom, & Sandberg, 2000; Anger, Saigal, & Litwin, 2006; Byles, Millar, Sibbritt, & Chiarelli, 2009). UI anses ibland vara en del av det normala åldrandet varför många av dessa kvinnor inte får adekvat behandling. En del studier beskriver UI som en riskfaktor för UVI (Hu et al., 2004) medan andra menar att UI orsakas eller förvärras av UVI (Molander et al., 2000). Sambandet mellan de två är alltså inte helt klarlagt och en orsak till det är att det kan vara svårt att skilja på UI och UVI då de ofta har liknande symtom och förekommer samtidigt (Shortliffe & McCue, 2002).

Subjektivt välbefinnande

Subjektivt välbefinnande (*morale*¹⁷) är ett begrepp som i ibland används synonymt med livskvalitet eller psykologiskt välbefinnande (Ranzijn & Luszcz, 2000). Subjektivt välbefinnande kan påverkas av medicinska tillstånd som stroke, Parkinsons sjukdom, hjärtsvikt, depression och diabetes (Löfgren, Gustafson, & Nyberg, 1999; von Heideken Wågert et al., 2005; Benito-Leon, Louis, & Bermejo-Pareja, 2009). Lawton (1972) har utvecklat Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) för att mäta subjektivt välbefinnande hos äldre personer. Det är viktigt att mäta subjektivt välbefinnande hos äldre men det kan ibland vara svårt hos de med kognitiva nedsättningar. PGCMS är dock anpassat för att användas bland äldre personer, såväl bland de som bor i eget boende som de som bor

¹⁷ *Morale* är ett engelskt begrepp utan svensk översättning och definieras på engelska som "a basic sense of satisfaction with oneself, a feeling that there is a place in the environment for oneself, and a certain acceptance of what cannot be changed". Ordet ersätts i denna svenska översättning med subjektivt välbefinnande och British Geriatric Society har rekommenderat att använda PGCMS, som mäter morale som en skala att mäta livskvalitet hos gamla människor.

på institution. Skalan är också användbar bland de äldre som har en mild eller måttlig kognitiv nedsättning. Frågorna i skalan är lätta att förstå och besvaras med ja eller nej (Dall & Hopkins, 1992).

Förekomst av UVI och associerade faktorer

I hembesöksmaterialet från Finland och Sverige 2005-2006, inkluderades 395 kvinnor 85 år och äldre. Av dessa hade 117 (30%) kvinnor haft minst en diagnostiserad UVI under det senaste året och 233 av dessa 395 (60%) kvinnor hade haft minst en diagnostiserad UVI under de senaste 5 åren. Dessa gamla kvinnor med UVI var mer beroende i aktiviteter i det dagliga livet, hade sämre kognition och nutritionstillstånd. Kvinnor med UVI var oftare förstoppade och besvärades av urininkontinens. Det var också vanligt att man hade fallit under senaste året och UVI var vanligare bland dem som bodde på institution. En större andel av de finska kvinnorna hade drabbats av UVI jämfört med de svenska kvinnorna. UVI under det senaste året var bland dessa gamla kvinnor associerat med kotkompression, urininkontinens, inflammatorisk reumatisk sjukdom och demens orsakad av blodpropp (Eriksson, Gustafson, Fagerström & Olofsson, 2010b). En viktig fråga för fortsatt forskning är om UVI kan öka risken för dessa allvarliga sjukdomar på något sätt eller om det finns någon annan bakomliggande rubbning i till exempel immunförsvaret som orsakar både UVI och dessa sjukdomar.

UVI och delirium

GERDA-materialet från Finland och Sverige 2005-2007 inkluderade 504 kvinnor varav 87 (17%) hade en diagnostiserad UVI med eller utan pågående behandling när de undersöktes och nästan hälften av dem (45%) var förvirrade eller hade haft episoder av akut förvirringstillstånd under den senaste månaden. Etthundra trettiosju av dessa 504 kvinnor (27%) var förvirrade eller hade haft episoder av förvirring under den senaste månaden och 39 (29%) hade en diagnostiserad UVI. Dessa kvinnor med delirium var mer beroende i aktiviteter i det dagliga livet, hade sämre kognition och nutritionstillstånd. De hade också mer depressiva symtom samt sämre välbefinnande. Akut förvirringstillstånd hos dessa mycket gamla kvinnor var starkt associerat med demens, depression, hjärtsvikt och UVI (Eriksson et al., 2011).

UVI och psykiskt välbefinnande

Vi studerade vidare 319 kvinnor 85 år och äldre från Finland och Sverige 2005-2007 varav 46 (14%) hade en diagnostiserad UVI med eller utan pågående behandling. Dessa kvinnor hade lägre poäng på PGCMS, (10,4 resp. 11,9), jämfört med dem som inte hade en pågående UVI. Detta talar för att UVI påverkade dessa mycket gamla kvinnors subjektiva välbefinnande. De kvinnor som var mer beroende i aktiviteter i det dagliga livet, hade urinkateter, bodde på institution eller var ensamboende hade lägre poäng på PGCMS. I en statistisk analys av vilka diagnoser som påverkade dessa gamla kvinnors subjektiva välbefinnande fann vi att depression, UVI och förstoppning var de mest betydelsefulla (Eriksson et al., 2010a).

Ett annat sätt att studera hur UVI påverkar välbefinnandet är genom att göra intervjuer. Därför genomfördes intervjuer med 20 gamla kvinnor från en vårdcentral i Västra Sverige för att studera deras upplevelse av upprepade UVI:er. Kvinnorna som intervjuades var mellan 67-96 år. Intervjuerna analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Upplevelserna av att leva med upprepade UVI beskrevs som ”att vara i ett hanterbart lidande” samt ”att vara beroende av lindring”. Att ”vara i ett hanterbart lidande” beskrevs som att uppleva fysiska och psykiska besvär, kämpa för att hantera sjukdomen samt att vara begränsad i sitt dagliga liv. Att ”vara beroende av lindring” beskrevs i termer av att få tillgång till lindrande behandling av besvären men också upplevelser av att de fått bristfällig vård.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visade dessa resultat att UVI är mycket vanligt hos gamla och mycket gamla kvinnor samt att UVI hos dessa kvinnor kan vara ett allvarligt hälsoproblem. UVI verkar ha ett samband med delirium hos gamla kvinnor samt signifikant påverka deras subjektiva välbefinnande. De som drabbades av upprepade UVI:er påverkades både fysiskt och psykiskt och deras sociala liv var begränsat. UVI var också associerat med kotkompression, urininkontinens, inflammatorisk reumatisk sjukdom samt demens orsakad av blodproppar, vilket gör att man måste misstänka att UVI kan ha allvarliga medicinska hälsoeffekter bland gamla kvinnor. Detta innebär att UVI inte bör betraktas som en banal åkomma hos äldre kvinnor och mer fokus behöver riktas mot att förebygga, upptäcka och behandla UVI. De riktlinjer avseende behandling av UVI som finns idag, är inte specifikt anpassade för denna åldersgrupp. Likaså bör man i vården vara medveten om att dessa gamla kvinnor inte alltid har typiska symtom på UVI. De har oftare samtidiga sjukdomar och

läkemedel som kan maskera symtom på UVI. Faktorer som till exempel undernäring, urininkontinens, och oförmåga att tömma urinblåsan kan öka risken för UVI och är därför viktiga att utreda och behandla.

Referenser

Anger, J. T., Saigal, C. S., & Litwin, M. S. (2006). The prevalence of urinary incontinence among community-dwelling adult women: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Urology*, *175*, 601-604.

Barbosa-Cesnik, C., Brown, M.B., Buxton, M., Zhang, L., DeBusscher, J., & Foxman, B. (2011). Cranberry juice fails to prevent recurrent urinary tract infection: results from a randomized placebo-controlled trial. *Clinical Infectious Diseases*, *52*, 23-30.

Benito-Leon, J., Louis, E. D., & Bermejo-Pareja, F. (2009). Population-based case-control study of morale in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, *16*, 330-336.

Byles, J., Millar, C. J., Sibbritt, D. W., & Chiarelli, P. (2009). Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. *Age and Ageing*, *38*, 333-338.

Colgan, R., Keating, K., & Dougouih, M. (2004). Survey of symptom burden in women with uncomplicated urinary tract infections. *Clinical Drug Investigation*, *24*, 55-60.

Dall, J., & Hopkins, A. (1992). *Standardised assessment scales for elderly people*. London, UK: The Royal College of Physicians of London and the British Geriatrics Society.

Eriksson, I., Gustafson, Y., Fagerström, L., & Olofsson, B. (2011). Urinary tract infection in very old women is associated with delirium. *International Psychogeriatrics*, *23*(3),496-502.

Eriksson, I., Gustafson, Y., Fagerström, L., & Olofsson, B. (2010a). Do urinary tract infections affect morale among very old women? *Health Quality of Life Outcomes*, *22*;8:73.

Eriksson, I., Gustafson, Y., Fagerström, L., & Olofsson, B. (2010b). Prevalence and factors associated with urinary tract infections (UTIs) in very old women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 132-135.

Gustafson, Y., Berggren, D., Brännström, B., Bucht, G., Norberg, A., Hansson, L. I., & Winblad, B. (1988). Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 525-530.

Harrington, R. D., & Hooton, T. M. (2000). Urinary tract infection: risk factors and gender. *Journal of Gender Specific Medicine*, 3, 27-34.

Hovelius, B. (2007). *Allmänmedicin*. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur.

Howell, B. B., Reed, J. D., Krueger, C. G., Winterbottom, R., Cunningham, D. G., & Leahy, M. (2005). A-type cranberry proanthocyanidins and uropathogenic bacterial anti-adhesion activity. *Phytochemistry*, 66, 2281-2291.

Hu, K. K., Boyko, E. J., Scholes, D., Normand, E., Chen, C. L., Grafton, J., & Fihn, S. D. (2004). Risk factors for urinary tract infections in postmenopausal women. *Archives of Internal Medicine*, 164, 989-993.

Kallin, K., Jensen, J., Olsson, L. L., Nyberg, L., & Gustafson, Y. (2004). Why the elderly fall in residential care facilities, and suggested remedies. *Journal of Family Practice*, 53, 41-52.

Kamel, H. K. (2005). The frequency and factors linked to a urinary tract infection coding in patients undergoing hip fracture surgery. *Journal of the American Medical Directors Association*, 6, 315-320.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Høyen Ranhoff, A. (2010). *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber.

Kontiokari, T., Sundqvist, K., Nuutinen, M., Pokka, T., Koskela, M., & Uhari, M. (2001). Randomised trial of cranberry-lingonberry juice and Lactobacillus GG drink for the prevention of urinary tract infections in women. *British Medical Journal*, 322(7302), 1571.

Krause, K., Mowassee, M., & Auerhahn, C. (2008). Urinary tract infections in the elderly: Symptomatology and prevention. *American Journal of Nurse Practitioners*, *12*, 57-63.

Laurila, J. V., Laakkonen, M. L., Tilvis, R. S., & Pitkala, K. H. (2008). Predisposing and precipitating factors for delirium in a frail geriatric population. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*, 249-254.

Lawton, M. (1972). *The dimensions of morale*. In: Kent, D., Kastenbaum, R., & Sherwood, S, editors. Research planning and action for the elderly: the power and potential of social science. New York: Behavioral Publication; pp. 144-165.

Löfgren, B., Gustafson, Y., & Nyberg, L. (1999). Psychological well-being 3 years after severe stroke. *Stroke*, *30*, 567-572.

Manipalli, J., Grossberg, G. T., & Mueller, C. (1990). Prevalence of delirium and urinary tract infection in a psychogeriatric unit. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *3*, 198-202.

McCue, J. D. (1993). Urinary tract infections in the elderly. *Pharmacotherapy*, *13*, S51-S53.

Molander, U., Arvidsson, L., Milsom, I., & Sandberg, T. (2000). A longitudinal cohort study of elderly women with urinary tract infections. *Maturitas*, *34*, 127-131.

Nicolle, L. E. (1993). Urinary tract infections in long-term care facilities. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, *14*, 220-225.

Nicolle, L. E. (1994). Urinary tract infection in the elderly. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, *33*, 99-109.

Nicolle, L. E. (2000). Urinary tract infection in long-term care facility residents. *Clinical Infectious Diseases*, *31*, 757-761.

Nicolle, L. E. (2001). Urinary tract infections in long-term care facilities. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, *22*, 167-175.

Nicolle, L. E. (2003). Asymptomatic bacteriuria: when to screen and when to treat. *Infectious Disease Clinics of North America*, 17, 367-394.

Ranzijn, R., & Luszcz, M. (2000). Measurement of subjective quality of life of elders. *International Journal of Aging and Human Development*, 50, 263-278.

Sandberg, T., Jodal, U., & Nyman, J. (2009-2010). *Läkemedelsboken*. Apoteket AB. Sundbyberg: Alfaprint.

Shortliffe, L. M., & McCue, J. D. (2002). Urinary tract infection at the age extremes: pediatrics and geriatrics. *American Journal of Medicine*, 8(113), 55S-66S.

Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA). (2006). Diagnostik och behandling av urinvägsinfektioner.

Von Heideken Wågert, P., Gustavsson, J. M., Lundin-Olsson, L., Kallin, K., Nygren, B., Lundman., et al. (2006). Health status in the oldest old. Age and sex differences in the Umeå 85+ Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 18, 116-126.

18. Positiv livshållning – En hälsoresurs att räkna med

Lisbeth Fagerström, doktor i hälsovetenskaper, professor, Fakulteten för hälsovetenskap, Högskolan i Buskerud, Drammen, Norge

Inom hälsovetenskaplig forskning har vi i flera decennier fokuserat på kartläggning av symptom och på behandling av sjukdom, med andra ord har det patogena perspektivet varit det dominerande perspektivet. Under de senaste åren har intresset för det salutogena perspektivet ökat, det vill säga vad kan vara hälsans källor och vilka positiva faktorer i livet kan ha betydelse för ett långt liv? Forskning under de senaste åren har visat att en positiv livshållning kan ha betydelse för vår hälsa. I detta kapitel redogörs för forskningen inom området samt hur begreppet positiv livshållning har definierats. Förståelsen för livshållningens betydelse belyses genom en presentation av resultat från en kvalitativ studie om äldre personers livshållning. Genom att fördjupa förståelsen för fenomenet livshållning kan vi få ny kunskap om människans hälsoresurser och därmed förhoppningsvis med tiden utveckla kunskap om hur människans livshållning och livskraft kan främjas och bibehållas trots motgångar och kriser i livet.

Livshållningen som en del av hälsa

Vår bild av hälsa har förändrats sedan 1947 och WHO:S definition av hälsa som 'ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom' har fått ge vika för en mera nyanserad förståelse för fenomenet hälsa. Hälsa är i dag mera än frånvaro av sjukdom och vad som inverkar på vårt välbefinnande är synnerligen en personlig upplevelse. En optimal hälsa utgående från personens egna resurser och som en balans och harmoni i livet är blir därför ett mera realistiskt och eftersträvansvärt mål. Barn och ungdomar var tidigare den främsta målgruppen för hälsofrämjande verksamhet. I dag vet vi att hälsan kan främjas och sjukdomar förebyggas även för mycket gamla personer. Den klassiska patogenesen med fokus på sjukdom och symptom och salutogenesen med fokus på hälsa och hälsans källor står alltså i ett komplementärt förhållande till varandra (Antonovsky, 1987; Keyes, 2007; Westerhof & Keyes, 2010). Den dialektiska spänningen mellan det patogena perspektivet (tesen) och det salutogena perspektivet (antitesen) kan beskrivas som en medalj med två sidor. Båda är nödvändiga och utmaningen i dagens hälso- och sjukvård är att finna en god balans mellan dessa två, med andra ord att finna den goda syntesen mellan tesen och

antitesen (Fagerström, 2011a). Förståelsen för hälsans dialektik och ett personorienterat hälsoresursperspektiv blir därför speciellt viktigt i mötet med den äldre patienten, som trots komplexa och långvariga hälsoproblem även har sina personliga hälsoresurser. En positiv livshållning kan förstås som en hälsoresurs och vars betydelse speciellt aktualiseras vid ohälsa, kriser och lidande. Genom att utveckla vår kunskap om livshållningens betydelse så kan vi utveckla vår kunskap om livshållningens betydelse för tillfrisknande (i betydelsen 'recovery'), i åldrandeprocessen och hur vi kan stödja livshållningen trots ohälsa och lidande.

Tidigare forskning om livshållning

Livshållningen är ett relativt outforskat begrepp inom hälsovetenskaperna. Närliggande begrepp är 'emotionell vitalitet', 'optimism' och 'emotionellt välbefinnande' som har beskrivits som uttryck för positiva känslor (Maruta, Colligan, Malinchoc, & Offord, 2000; Pitkälä, Laakkonen, Strandberg, & Tilvis, 2004). Forskning om 'optimism' kontra 'pessimism' förekommer och dessa begrepp har beskrivits som kognitiva bilder eller föreställningar om sig själv och som en beskrivning av emotionella karakteristika (Maruta, et al., 2000; Peterson, 2000). Optimism är ett uttryck för en generell förväntan på positiva resultat och inverkar därför på människans handlingar. Optimism anses vara relativt stabil och ingå som en del av personlighetskaraktären (Scheier & Carver, 1985). Positiv livshållning har bedömts som ett bredare begrepp än optimism (Peterson, 2000). Positiv livshållning har definierats som *en förmåga eller disposition att selektivt fokusera på den ljusare sidan i varje situation och att konstruera verkligheten utgående från principen att en positiv mening kan finnas i varje situation* (Agarwal, Dalal, Agarwal, & Agarwal, 1995; Fagerström, 2010). Denna förmåga antas utvecklas under uppväxttiden och påverkas av viktiga personer i barnets/unga människans närhet, men ett antagande är att den kan påverkas, förändras och utvecklas av starka händelser under livsloppet.

Positivt tänkande och en positiv livshållning i relation till kriser och till livet generellt har visat sig ha en positiv effekt på människans anpassningsförmåga och prestationer, liksom för tillfrisknande och behov av vård (Agarwal et al., 1995). Om man har en förmåga att betona de positiva aspekterna i en kris och en förmåga att kunna göra positiva jämförelser och bibehålla en positiv attityd till livet i allmänhet har detta en inverkan på hur man som patient förhåller sig till sina hälsoproblem och till det egna tillfrisknandet. En patient med en positiv livshållning antas på ett bättre sätt kunna anpassa sig till sin nya situation. En positiv

livshållning medverkar till att man förmår mobilisera sina egna inre resurser i situationer av ohälsa och sjukdom.

Positivt tänkande antas också inverka på människas förmåga att anpassa sig till nya levnadsomständigheter (Peterson & Barrett, 1987), vilket ofta behövs när vi drabbas av långvariga hälsoproblem som kanske kräver en förändring i livsstilen. Att kunna bemästra och hantera sitt liv vid både normala och onormal förändringar i livet är en viktig förmåga under människans livslopp. En positiv livshållning bidrar till personens upplevelse av att kunna hantera sin situation och sitt liv, eller med andra ord att kunna bemästra sitt liv. Betydelsen av känslan av egen kontroll och hanterbarhet har tillsammans med upplevelser av att förstå sig själv och sitt liv och uppleva det meningsfullt betonats i teorin om känslan av sammanhang (Antonovsky, 1987). Att kunna bemästra sitt eget liv och ha en känsla av herravälde över sitt liv ('Sense of mastery') har visat sig vara en viktig mental resurs vid påfrestande livshändelser (Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullan, 1981). Att kunna bemästra sitt liv handlar om i vilken omfattning man uppfattar att man har förändringar i livet under kontroll, i motsats till att man upplever sig vara ett ödets offer för dessa svåra händelser (Pearling & Schooler, 1978). En person med stark känsla av bemästring tror på sin egen kraft och förmåga att inverka på sin omgivning och på sin förmåga att nå positiva resultat (Pudrovskas, Schieman, Pearlin, & Nguyen, 2005). Man kan alltså anta att bakom en positiv livshållning finns en tillit till den egna förmågan och den egna kraften att hantera sitt liv och att klara sig i livet.

En positiv livshållning kan också ses som en indikator på en generell positiv känsla (Valvanne, 1992). En grupp med finska forskare konstruerade ett instrument, det s.k. LOS instrumentet (Life Orientation Scale) för mätning av livshållningen genom att relatera en positiv livshållning till upplevelser av att vara nöjd med livet, ha livslust och framtidsplaner, att känna sig behövs och att sällan uppleva sig som ensam eller deprimerad (Valvanne, 1992; Pitkälä, Valvanne, Kulp, Strandberg, & Tilvis, 2001; Strandberg, Strandberg, Pitkälä, Salomaa, Tilvis, & Miettinen, 2006). Forskning visar att en positiv livshållning som beaktar dessa parametrar är av signifikant betydelse för mortalitet, funktionsförmåga samt för behovet av institutionsvård (Pitkälä et al., 2001; Pitkälä, et al. 2004. Laakkonen, et al., 2004) samt förefaller att predicera för ett långt liv samt minska risken för kranskärlsjukdomar (Strandberg et al., 2006). Med andra ord tycks en positiv livshållning predicera för ett gott åldrande, men studier har visat på att den ser ut att minska i viss mån med åldern (Pitkälä et al., 2001; Fagerström, 2010).

I GERDA Botnia-projektet har livshållningen som en aspekt av äldres hälsa utforskats kvantitativt med hjälp av det tidigare nämnda LOS-instrumentet och kvalitativt med intervjuer. Från den stora enkätstudien bland 65 och 75 år i Kvarkenregionen framkom det att äldre personer, som bodde ensamma, verkar att en lägre grad av positiv livshållning än de som bor tillsammans med någon annan (Fagerström, 2010). Språk- och kulturskillnader ser ut att ha samband med äldres livshållning, där rikssvenskar i Västerbotten uppgav sig ha en högre grad av positiv livshållning än finlandssvenskar och finskspråkiga i Österbotten hade en mer negativ livshållning. Men överlag var personer i dessa regioner nöjda med sitt liv, upplevde sig vara behövd och uppgav sig ha livslust. Upplevelser av nedstämdhet och ensamhet framsteg som de svagaste dimensionerna av livshållningen bland dessa åldersgrupper och försämrades med åldern. I fortsatt forskning kommer livshållningen bland de yngre äldre (65-80 år) och de äldsta (>85 år) att analyseras närmare.

Teoretisk referensram för livskraft och livshållning

I den teoretiska referensramen för livshållning, som utvecklats bl.a. utgående från religionsfilosofen Paul Tillich (1977) teori om människans djupaste begär och önskningsar, är livskraften av central betydelse. Livskraften kan förstås som en grundförutsättning för en positiv grundhållning i livet. Att ha kraft att leva antas hänga samman med om de djupaste begärens och önskan om liv, kärlek och mening har blivit bemötta.

Enligt Tillich (1977) strävar och längtar varje människa efter liv, kärlek och mening. Orsaken till detta är att vi alla bär inom oss en inre existentiell ångest för 'icke-varats hot', d.v.s. ångest för ödet och döden, skuld och förtappelse samt tomheten och meningslösheten. Känslor av att inte duga, att inte räcka till, att uppleva livet som meningslöst och en rädsla för svåra sjukdomar och död är känslor som de flesta av oss har upplevt. Icke-varats hot kan aktualiseras när en människa insjuknar i en svår sjukdom och blir patient (Fagerström, 1999). När vi t.ex. drabbas av en hjärtinfarkt, kan vi bli påmind om 'icke-varat'. En allmän känsla av ångest omvandlas till en rädsla både för ödet och för döden. Även det meningsfulla liv som vi har är då hotat av sjukdomen och döden. Enligt Tillich är en människa som lever ett skapande, meningsfullt liv delaktig i något meningssammanhang. Viktiga meningssammanhang är nära relationer, gemenskap, och nätverk i arbetsliv och det aktuella livssammanhanget (Fagerström, 2010). Sjukdomen och döden hotar även denna delaktighet och därmed föds en ångest inför tomhet och meningslöshet som även kan upplevas som ångest inför en eventuell förlust av de mål som människan upplever som viktiga i livet.

Som människor strävar vi därför att någon eller något ska kunna tillfredsställa våra djupa begär och önsknings efter liv, kärlek och mening. De källor, såväl i det egna livet som i vår omgivning, som kan fylla våra djupaste behov blir alltså till viktiga hälsoresurser för oss (Fagerström, 2010; Fagerström, 2011b). Att medvetet sträva mot en högre grad av hälsa och liv blir därför viktigt. Känner vi oss bekräftade och älskade i gemenskap med nära och kära stärker också detta meningsfullheten i livet och modet att leva och finnas till. Även positiva livsupplevelser och materiella faktorer kan bidra till upplevelsen av meningsfullhet.

Tillich betonar både betydelsen av självbejakelse och delaktigheten med andra för upplevelse av helhet, harmoni och välbefinnande, m.a.o. att älska sin nästa som sig själv. I den mån vi lyckas med det får vi kraft att leva och därmed också en mening i livet, en livslust och kraft att se framåt i livet. Grundhållningen i livet blir därmed positiv. Människas livskraft utgörs av både egna krafter och inre resurser men också av yttre hälsoresurser som finns i det livssammanhang som personen är en del av. Tack vare dessa kraftkällor, som fungerar som hälsoresurser, kan människan fokusera på den positiva och ljusa sidan i en situation och konstruera verkligheten i linje med detta, med andra ord hon kan möta motgångar i livet med en positiv livshållning.

En positiv livshållning som en hälsoresurs för äldre personer

Inom ramen för GERDA Botnia gjordes en intervjustudie bland tolv äldre svensktalande, hemmaboende personer i norra Österbotten (Fagerström, 2011b). I detta kapitel beskrivs dessa äldre personers erfarenheter av livshållningens betydelse och vad i livet som både positivt och negativt hade inverkat på deras livshållning. Men före detta ges en kort beskrivning av dessa personer samt situationen i Finland under deras uppväxtår.

Dessa äldre personer var i åldern 67 till 87 år (medelålder 76,1). Åtta av dessa tolv var gifta, tre var änkor/änklingar och en ogift. Alla förutom den ogifta hade barn och barnbarn, allt från två till 13 barn. Antal barnbarn varierade från ett fåtal upp till runt 60. Alla var födda i Österbotten mellan 1923 och fram till mitten av 1940 talet, m.a.o. hade alla egna erfarenheter av krigets fasor. Enligt historieböckerna präglades Finlands historia av krig och oroligheter under hela första hälften av 1990-talet (Zetterberg, 2011). Efter att Finland blivit självständigt den 6 december 1917, följde ett uppsplitande inbördeskrig mellan 'vita' och 'röda' under 1917-1918. Tiden från 1918 till 1939, då vinterkriget (1939-1940) bröt ut, har kallats för mellankrigstiden. Under andra världskriget (1939-1945) var situationen i Finland mycket svår. Landet fick erfar tre skilda krig under denna tid, två var mot Sovjetunionen och

ett mot Tyskland. Många familjer drabbades av förluster av nära och kära. Fäder, släktingar och vänner drog ut till fronten och många av dem återvände aldrig. I september 1944 slöts fred mellan Sovjetunionen och Finland, men åren efteråt har bedömts som politiskt svåra år och därmed också otrygga för befolkningen. Den första halvan av 1950-talet kännetecknades av återuppbyggnad efter kriget och hårda villkor, för individer såväl som samhället. Den stora krigsskulden till Sovjetunionen belastade Finland i många år. Under åren 1939-1944 skickades ca 72 000 barn i olika åldrar till Sverige med avsikten att ge dessa barn en bättre uppväxttid.

Intervjumaterialet, de äldres berättelser om sitt liv och sin livshållning, analyserades och sex övergripande teman framsteg ur materialet; *att vara förnöjd med sitt liv; att kunna lita på sin egen förmåga; att se en mening i sitt liv; att leva i nuet; att inte oro sig i onödan; samt att ha framtidsplaner.*

Förnöjsamhet med livet i sin helhet omfattade både tider som gått och den nuvarande situationen. Ett genomgående tema i alla berättelser var en tacksamhet över det liv de fått leva, trots upplevelser av krig och oroligheter, personliga motgångar och prövningar så som förluster av nära och kära eller upplevelse av sjukdom och ohälsa. Livet hade präglats av hårt arbete och för flera av dem också ekonomiskt svåra tider. En 80-årig kvinna som i tidig ungdom led av en svår tuberkulos som gav men för hela livet uttryckte sin förnöjsamhet så här:

”Jag är tacksam och tackar Gud än i denna dag, att jag fått uppleva ett sånt liv och äktenskap...jag är fullständigt nöjd med vad jag har haft, med barnen som vi tog...vi har levt ett rikt liv, trots att jag blev sjuk så tidigt.”

Många äldre personer i denna region har präglats av en kristen tro som genomsyrat deras liv. Tacksamheten riktas uppåt men tilltron till den egna förmågan steg fram som en del av en positiv livshållning. En 75-årig man uttryckte detta:

”Jag började (som ung) lita på min egna möjligheter och egna krafter...själv avgöra vad som var rätt...sen kom livskamraten som stöd i livet som du litar på och sen också ännu mer på egna krafter. Jag arbetade med friskt mod, byggde hus, var stark... och nu när folk begär något av mig så vill jag hjälpa om jag kan.”

En kvinna på 72 år som tidig blev änka uttryckte detta så här:

”..man har blivit starkare...med allt som man har haft så har man blivit mer säker på sitt, eller man har måst börja tro på sig själv..man får en styrka nånstans ifrån. ”

Möjligheter till utbildning, både under kriget och efter kriget, var begränsade och i många familjer gjordes den bedömningen att ungdomarna behövdes hemma för att förtjäna levebrödet till familjen, där kanske en mor eller far saknades. Livet blev som det blev på grund av praktiska och nödvändiga lösningar. Men trots detta kan en mening skönjas i det som hänt.

”Jag är tacksam över allt jag varit med om, har ingenting att ångra, jag har provat på många saker...jag har en positiv livssyn...många gånger funderar jag varför vi flyttade hit och började med jordbruk...men jag tror det var meningen att vi skulle hit. Var skulle annars mormor ha varit? Hon skulle ha blivit så ensam i stan... ” (Kvinna, 69 år, mor till flere barn, med mormor boende hos sig i 30 år).

Att leva i nuet framstår som viktigt om man vill bevara en positiv livshållning. Ett par runt 80 år uttryckte detta:

”Vi har det bra nu, vet inte hur mycket bättre vi kan få...vi ser nog positivt på livet, inte kan man börja se bakåt, och negativt på det som varit, det blir tungt...vår bästa tid är nu. ” Eller ett annat par (87 resp. 88 år) *”Vi har det bäst vad vi någonsin har haft det, bara vi får vara klara i huvudet nu...sämre var det för ett år sen (hjärtproblem) ”.*

Med kriget i gott minne kan nuet med dess bekymmer framstå som ganska obetydliga. En 75 årig man, som tog starka intryck av kriget som liten, betonade vikten av att inte oro sig i onödan:

”Historien lever, svåra krigstider kan komma på nytt, dagens situation är inte stabil, den kan ändra när som helst, men i alla fall ska vi tänka positivt. Man kan nedbrytas av negativa tankar....i morgon vet jag inte vad som möter mig, men i dag får jag leva! ”.

Att se en mening i livet som gått, att inte stanna i grubblerier över det förgångna utan kunna se framåt och satsa på att leva i nuet framstår som viktiga ingredienser i en positiv livshållning. Eller som en kvinna på 72 år uttryckte sig:

”Jag är nog annars mera positiv till livet, har gått igenom ganska mycket...men ändå så är det en mening med att jag har klarat det så bra och sett framåt trots att det varit mörka stunder”.

Vad hade då påverkat deltagarnas livshållning? Åtta teman, som på ett positivt sätt hade påverkat de äldres livshållning under livet, framsteg ur materialet: *egna föräldrar, familjen, hälsan, sociala relationer, tro/religiös övertygelse, intressen, meningsfulla uppgifter och materiell välfärd*. Tre teman, som påverkat livshållningen på ett negativt sätt, framkom, d.v.s. *svåra händelser* så som förlust av när eller kär, krig, fattigdom eller *för stort ansvar* som ung samt egen eller nära anhörigs *ohälsa och sjukdom*. En 80-årig kvinna, som var svårt synskadad, betonade betydelsen av meningsfulla uppgifter: *”Det finns mycket (meningsfulla uppgifter) som ger ett liv som varit rikt”*. Intressen har sin betydelse och var kanske varit viktigare som yngre, men ohälsa och sjukdom kan inverka negativt på dessa: *”Det är nog inte möjligt med intressen längre...annat än blomskötsel”* (Kvinna 87 år). Flera äldre nämnde speciellt svåra tider då de förlorat en eller flere nära och kära samtidigt eller under en kort period. Även sjukdomar, ohälsa och funktionsnedsättning inverkade hämmande på livshållningen. På frågan om kriget gav positiva lärdomar, blev svaret klart nej: *”...det jag upplevde var kolossalt negativt”*. Kriget och därpå följande fattigdom, ransonering av mat, mörkerläggning i husen under kvällarna, rädsla för att bli sänd till Sverige som barn, för stort ansvar som ung – alla dessa erfarenheter påverkade livshållningen och synen på livet: *”Jag var barnsligt rädd för bomber när jag gick till skolan...och att bli sänd till Sverige med tåg...”* (Man 75 år).

De äldre återkom alltså flera gånger till tidigare negativa och svåra händelser i livet, som de nu kunde förstå och värdesätta på ett annat sätt. Trots sjukdomar och förluster framträdde den aktuella perioden i livet som ljus och positiv, t.o.m. som den bästa tiden i livet då man ex. inte behöver bekymra sig om arbete utan kan slå sig till ro i sitt eget hem:

”Jag är nöjd med livet nu och skulle kunna skriva kontrakt på att ha den här situationen för resten av livet...vi ska vara beredda på förändringar...inte gräva ner sig för mycket (i det förgångna) och tänka positivt!” (Man 75 år).

Sammanfattningsvis kan konstateras, att i alla berättelser framsteg genomgående både livets ljusa och mörka sidor. Att inte gräva ner sig i det förflutna var därför en medveten strävan hos de äldre, samtidig som de aktivt och medvetet fokuserade på nuet genom att försöka skingra sina dystra tankar och se på de positiva sakerna i den aktuella livssituationen. Från deras berättelser framsteg också att upplevelsen av att åldras behöver inte vara en negativ upplevelse:

”Jag är sådan att jag tycker om att bli gammal, jag trivs med det jag är..man har alltid något att göra, bor så bra, följer med folk...har alltid tyckt om att ha hand om andra..jag har det bra på ett sätt, att bli gammal ” (Kvinna 72 år).

En tolkning av resultaten som helhet visar på att personliga kriser och traumatiska händelser kan leda till en personlig utveckling och till en grundläggande förnöjsamhet: *”Man blir starkare av motgångar..man börjar se på livet på ett annat sätt, man värdesätter mera andra saker...* (Kvinna 72 år). Livet betraktat som i en backspegel ter sig alltså ljusare ut än som det upplevdes i verkligheten tidigare i livet. Vi försöker alltså förstå vårt liv och vill finna en mening i det som vi genomgått. Denna kvalitativa studie visar på att en positiv livshållning karaktäriserades av en tacksamhet och en förnöjsamhet samt en upplevelse av meningsfullhet i livet. De äldre i studien hade en positiv livshållning som innebar en förmåga att fokusera på de ljusare sidorna i livet samtidigt som de levde i nuet och strävade till att inte oroa sig onödan för saker som är utanför ens kontroll. Den hermeneutiska tolkningen av den röda tråden som fanns mellan raderna var denna: *”Oroa dig inte, var förnöjd och glad ”* (eng. *”Don’t worry, be content and happy ”*).

Sammanfattning

Livshållningens betydelse för äldres hälsa, tillfrisknande och överlevnad har tidigare utforskats endast med kvantitativa metoder. Med en kvalitativ ansats framkom det i berättelserna att livet betraktat i backspeglarna kanske ter sig ljusare ut än det i verkligheten var. Alla som deltog i studien gav dock överlag en positiv bild av sin situation. Berättelserna hade säkert sett annorlunda ut om verklig ensamhet och depression funnits med i bilden. Studiens resultat kan alltså inte generaliseras, men resultaten stöder den definition som presenterades inledningsvis, d.v.s. att positiv livshållning är en förmåga eller disposition att selektivt fokusera på den ljusare sidan i varje situation och att konstruera verkligheten utgående från

det meningsfulla i varje situation. Mera omfattande studier bör genomföras bland personer med en klar negativ livshållning, i andra åldersgrupper och även i andra kontexter och kulturer för att få en mera varierande bild av livshållningen och dess betydelse.

En möjlig förklaring till den positiva och förnöjsamma livshållningen antas vara att dessa äldre var födda före eller under andra världskriget och har därmed präglats av den tidens oroligheter och svårigheter. Tyvärr är sådana tider i många delar av världen mera regel än undantag. Lyckligtvis har vi i Finland och i hela Norden nu fått erfara goda och lugna tider allt sedan andra världskriget. Ett annat specifikt drag i denna kultur är en förankring i en tydlig kristen tradition, som framgick med tydlighet i de äldres berättelser. En förtröstansfull gudstro framsteg som en viktig hälsoresurs i denna studie.

Vilka möjligheter finns det att stöda äldres livshållning och hjälpa dem att bevara en positiv livshållning? Familjen, där maken/makan, barn och barnbarnen framsteg som de allra viktigaste personerna, var en källa till livskraft och livsglädje som gav mening i livet. Men även att få uppleva sig behövd genom att kunna hjälpa andra, delta i sociala sammanhang, samtala med andra i samma situation osv. Att uppleva att man behövs bekräftar människovärdet och stärker meningsfullheten i livet och ger därmed kraft att leva vidare. Forskning om betydelsen av en positiv livshållning pekar på att människans själsliga och existentiella/andliga dimension är av stor betydelse för upplevelsen av hälsa och välbefinnande under hela livet samt att en positiv livshållning är en hälsoresurs som stöder tillfrisknande (recovery), bidrar till egen kontroll och hantering av motgångar (jmf Pearling & Scholer, 1978; Pearlin et al., 1981; Maruta et al., 2000). Ett viktigt område för fortsatt forskning blir därför att utveckla kunskap om hur vi inom vården kan främja och bidra till att upprätthålla en positiv livshållning i syfte att stärka den mentala hälsoresursen vid ohälsa och i en åldrandeprocess som kanske begränsar ett meningsfullt liv.

Referenser

Agarwal, M., Dalal, A. K., Agarwal, D. K., & Agarwal, R. K. (1995). Positive life orientation and recovery from myocardial infarction. *Social Science & Medicine*, 40, 125-130.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.

Fagerström, L. (1999). *The Patient's Caring Needs To understand and measure the unmeasurable*. Akademisk avhandling. Åbo: Åbo Akademi University.

Fagerström, L. (2010). Positive life orientation – an inner health resource among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 349-356.

Fagerström, L. (2011a). Centrala omvårdnadsvetenskapliga perspektiv på avancerad klinisk omvårdnad. I L. Fagerström (red.), *Avancerad klinisk sjuksköterska Avancerad klinisk omvårdnad* (s. 111-130). Lund: Studentlitteratur.

Fagerström, L. (2011b). 'Don't worry be content and happy' – Older Persons' Experiences of Their Life Orientation. Presentation on Second International Conference in Holistic Medicine, ICHM-2011, 11-13.09.2011, Book of Abstract, p. 48-49.

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.

Maruta, T., Colligan, R. C., Malinchoc, M., & Offord, K. P. (2000). Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic Proceedings* 75, 140-143.

Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.

Pearling, L. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.

Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.

Peterson, C., Barrett, L. C. (1987). Explanatory style and academic performance among university freshmen. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 603-607.

Pitkälä, K. H., Valvanne, J., Kulp, S., Strandberg, T. E., & Tilvis, R. S. (2001). Secular Trends in Self-Reported Functioning, Need for Assistance and Attitudes Towards Life: 10-Year Differences of Three Older Cohorts. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 596-600.

Pitkälä, K. H., Laakkonen, M. L., Strandberg, T. E., & Tilvis, R. S. (2004). Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population. *Journal of Clinical Epidemiology*, *57*, 409-414.

Pudrovska, T., Schieman, S., Pearlin, L. I., & Nguyen, K. (2005). The Sense of Mastery as a Mediator and Moderator in the Association Between Economic Hardship and Health in Late Life. *Journal of Aging and Health*, *17*, 634-660.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*, 219-247.

Strandberg, T. E., Strandberg, A. Y., Pitkälä, K. H., Salomaa, V. V., Tilvis, R. S., & Miettinen, T. A. (2006). Cardiovascular Risk in Midlife and Psychological well-being Among Older Men. *Archives of Internal Medicine*, *166*, 2266-2271.

Tillich, P. (1977). *Modet att vara till*. Lund: Studentlitteratur.

Valvanne, J. (1992). *The prognostic significance of clinical findings in the elderly* (In Finnish). Akademisk avhandling. Helsinki: University of Helsinki, Department of Geriatrics.

Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, *17*(2), 110-119.

Zetterberg, S. (2011, March). *Main outlines of Finnish history*. Hämtad 20 januari 2012, från <http://finland.fi/history>.

Egna anteckningar:

Om Novia

Yrkeshögskolan Novia har ca 3500 studerande och personalstyrkan uppgår till ca 390 personer. Novia är den största svenskspråkiga yrkeshögskolan i Finland som har examensinriktad ungdoms- och vuxenutbildning, utbildning som leder till högre yrkeshögskoleexamen samt fortbildning och specialiseringsutbildning. Novia har utbildningsverksamhet i Vasa, Esbo, Helsingfors, Jakobstad, Nykarleby, Raseborg och Åbo.


Yrkeshögskolan Novia är en internationell yrkeshögskola, via samarbetsavtal utomlands och internationalisering på hemmaplan.

Novias styrka ligger i närvaron och nätverket i hela Svenskfinland. Novia representerar med sitt breda utbildningsutbud de flesta samhällssektorer. Det är få organisationer som kan uppvisa en sådan kompetensmässig och geografisk täckning. Högklassiga och moderna utbildningsprogram ger studerande en bra plattform för sina framtida yrkeskarriärer.

Yrkeshögskolan Novia, Fabriksgatan 1, 65100 Vasa, Finland
Tfn +358 6 328 5000 (växel), fax +358 6 328 5110

Ansökningsbyrån, PB 6, 65201 Vasa, Finland
Tfn +358 6 328 5555, fax +358 6 328 5117
ansokningsbyran@novia.fi

www.novia.fi



GERDA Botnia är ett tvärvetenskapligt samarbetsprojekt med fokus på äldres livsvillkor. Projektparter är Yrkeshögskolan Novia, Åbo Akademi och Umeå universitet. Projektets huvudsyfte är att genom forskning och utveckling fördjupa den medicinska, vård- och omsorgsinriktade samt samhällsvetenskapliga kunskapen om vad ett gott åldrande och gott liv för äldre människor innebär. Projektet har gjort omfattande datainsamlingar bland den äldre befolkningen i Österbotten och i Västerbotten. Datainsamlingarna har varit av två slag: postenkäter till yngre äldre (65–80 år) och hembesök till de äldsta (85+). Denna publikation avser att lyfta fram några av de resultat som framkommit under projektets gång. Essäerna i boken tar fasta på tre olika teman som berör äldres liv och vardag: värdighet, delaktighet och hälsa.



Gränsöverskridande samarbete över fjäll och hav



ISSN 1799-4179

ISBN (Online) 978-952-5839-41-8



YRKESHÖGSKOLAN
NOVIA