

Aktuellt om

November 2004

VETENSKAP & HÄLSA

*Det goda
åldrandet?*



Denna tidskrift ges ut av Medicinska fakulteten vid Lunds universitet och
Universitetssjukhuset i Lund & Universitetssjukhuset MAS vid Region Skåne

Aktuellt om

VETENSKAP & HÄLSA

Hälsa och hälsovårdsfrågor är ett område som direkt berör alla och envar. Gemensamt för oss alla är att vi söker klarhet i frågor rörande hälsa och sjukdom. Detta gäller oavsett om vi har en sjuk anhörig, om vi själva drabbas av någon form av ohälsa eller om vi vill värna om hälsan och våra barns framtid. Information om nya hälsotrender och sjukdomsbilder möter oss dagligen i samhället. Ibland är informationen god och saklig. Ibland är den otillräcklig. I värsta fall är den motstridig, oriktig eller överdriven.

Vi, Medicinska fakulteten vid Lunds universitet och Region Skånes två universitetssjukhus UMAS och USiL, vill bidra till att skapa saklig information om aktuell forskning inom hälsoområdet. *Aktuellt om vetenskap och hälsa* är en ny tidskrift som på ett brett sätt presenterar vår forskning inom olika hälsoanknutna områden. Vår ambition är att *Aktuellt om vetenskap och hälsa* ska fungera som en kontinuerlig och långsiktig källa till information och forskarkontakter för alla som är intresserade av området.

Aktuellt om vetenskap och hälsa ges ut i anslutning till vårt gemensamma populärvetenskapliga arrangemang Forskningens Dag som utgör en lång

tradition i Lund och Malmö. Forskningens Dag har arrangerats varje höst sedan 1980. Temat för årets Forskningens Dag och den första utgåvan av *Aktuellt om vetenskap och hälsa* är forskning om äldre och deras hälsa.

Tonvikten i denna utgåva ligger på medicin, men andra forskningsområden finns också representerade. Du kan läsa om bland annat en stor studie av äldre i Skåne, om en nyupptäckt orsak till yrsel, om vikten av att även äldre går på gym, om blodtryckets dubbla roller, om hur fallolyckor kan förebyggas, om befolkningsutvecklingen i Sverige och världen, och mycket mer.

Vi hoppas verkligen att du som läsare kan dra nytta av den kunskap vi vill vidareförmedla genom *Aktuellt om vetenskap och hälsa*. Vi välkomnar din reaktion.

God läsning!



Jan Nilsson

Professor och dekanus
Medicinska fakulteten,
Lunds universitet



Ingvar Wiberg

Forskningsdirektör
Region Skåne

● FORSKNINGENS DAG 2–3 NOVEMBER 2004

Det goda åldrandet? Att bli gammal i en åldrande befolkning

I samband med Forskningens Dag i Malmö den 2 november delas pris ut till yngre framgångsrika forskare vid Universitetssjukhuset MAS. I samband med Forskningens Dag i Lund den 3 november delas Eric K. Fernströms

Nordiska Pris 2004 (också kallat Lunds universitets lilla Nobelpris i medicin) ut.

Tid och plats:

- **Tisdag den 2 november i Malmö**, kl 14.00–18.00, Jubileumsaulan, Universitetssjukhuset MAS
- **Onsdag den 3 november i Lund**, kl 14.00–18.00, Aulan, Universitetssjukhuset i Lund

Aktuellt om vetenskap och hälsa ges ut av Medicinska fakulteten vid Lunds universitet och Universitetssjukhuset i Lund & Universitetssjukhuset MAS vid Region Skåne • **Texter:** Ingela Björck, Informationsenheten vid Lunds universitet • **Layout:** Petra Francke, Informationsenheten vid Lunds universitet • **Omslagsbild:** Pernille Tofte/MIRA • **Upplaga:** 7000 ex. • **Tryck:** Ljungbergs tryckeri i Klippan, 2004.

Äldre skåningar GÅS igenom

Kommer de som är äldre om 10–15 år att vara friskare eller sjukare än dagens åldringar, kommer de att leva längre eller kortare? Det kan ingen säga idag, trots att svaren har stor betydelse för samhällets resurser och planering.

Men den stora studien GÅS, Gott Åldrande i Skåne, kanske kan ge den kunskap som behövs.

Idag finns det omkring 450 000 personer över 80 år i Sverige, men om 10–15 år finns det omkring 830 000 i samma ålder. Hur det blir med deras hälsa är svårt att säga, eftersom olika faktorer pekar åt olika håll.

Morgondagens äldre kommer till exempel under sitt liv att ha haft mindre fysiska aktiviteter och ätit mindre nyttig kost än dagens äldre. Många av kvinnorna kommer också att ha varit rökare, vilket inte är så vanligt bland de gamla idag. Å andra sidan har dessa äldre samtidigt fått bättre förebyggande ➤



Ett gott skratt förlänger livet! Eller gör det det? Vilka är faktorerna som lägger grunden för ett gott åldrande? Det är frågor som studeras i den projektet GÅS, Gott Åldrande i Skåne. FOTO: SYDSVENSKA DAGBLADET/JESSICA GOW.



Sölve Elmståhl är en av ledarna för studien Gott Åldrande i Skåne.
FOTO: INGELA BJÖRCK.

► hälsovård än tidigare generationer, och den medicinska utvecklingen har gett nya möjligheter att behandla äldre patienter.

Vilken av dessa faktorer som kommer att väga tyngst, och hur de äldres funktionsförmåga och möjligheter att klara sig själva kommer att se ut om ett drygt decennium, vet man alltså inte. För att få kunskap behövs epidemiologiska studier, dvs. studier av stora befolkningsgrupper som följs under lång tid. Först med sådana fakta kan man med någorlunda sannolikhet avgöra vartåt utvecklingen pekar.

EN SÅDAN STOR STUDIE är GÅS, Gott Åldrande i Skåne. Här deltar slumpvis urvalda äldre mellan 60 och 93 år i kommunerna Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad. En mängd uppgifter samlas in, inte bara om deltagarnas hälsa utan också om deras matvanor och livsstil, vilket arbete de har eller har haft, vilka aktiviteter de ägnar sig åt, hur de bor och hur väl bostaden möter deras behov, om de behöver och får någon vård av sjukvården eller av anhöriga, och så vidare.

Alla ämnesområden går igenom i detalj. Dessutom mäts olika kroppsliga funktionsförmågor t.ex. syn, hörsel, hjärt-lungfunktion, bentäthet, muskelstyrka, balans och gånghastighet.

Studien kommer att pågå i 15–20 år och omfattar redan ca 3000 personer. Nya 60-åringar kommer att bjudas in allteftersom, så att man kan göra jämförelser mellan personer med samma ålder från olika generationer.

– Det unika med GÅS är att här finns så många infallsvinklar, säger geriatrikprofessorn Sölve Elmståhl som är en av studiens ledare (den andra är Ingalill Rahm Hallberg, se sidan 10)

– Vi vill titta på medicinska frågor om riskfaktorer och sjukdomsförlopp, psykologiska frågor om hur människor hanterar sjukdomar och upp-

lever livskvalitet, hälsoekonomiska och organisatoriska frågor om samarbetet mellan kommuner och landsting, och mycket mera...

Alla ämnesområden går igenom i detalj. Dessutom mäts olika kroppsliga funktionsförmågor t.ex. syn, hörsel, hjärt-lungfunktion, bentäthet, muskelstyrka, balans och gånghastighet.

EN HEL DEL FAKTA har redan kommit fram. När det gäller balans exempelvis, en del av den kroppsliga funktionsförmågan, visar det sig att 90 procent av 60-åringarna kan stå på ett ben i mer än tre sekunder. Högre i åldrarna är det däremot 90 procent av dem som är över 80 som *inte* kan det. Med den siffran i åtanke kanske hemtjänst, anhöriga och de äldre själva bör fundera extra mycket på hur de klär på sig: finns det sätt att få på sig strumpor och byxor utan att behöva stå på ett ben och riskera att tappa balansen och kanske få en onödig fraktur?

ANNAN STATISTIK INOM GÅS visar att en fjärdedel av alla som är över 80 saknar möjlighet att ta sig till grundläggande samhällsservice som vårdcentral, apotek och varuhus. Sölve Elmståhl tycker det är en skrämmande hög siffra, som tyder på att färdtjänst och kommunala transportmedel inte ger tillräcklig hjälp till de gamla.

En annan uppgift han reagerat på är att mer än hälften av dem som är över 80 har återkommande värk och smärtor, och att en fjärdedel upplever detta som uttalade besvär.

– Ändå har de flesta av dessa äldre kontakt med läkare. Man kan ju undra om felet är att läkaren inte lyckats lösa deras smärtproblem, eller att läkaren inte fått klart för sig att personen i fråga verkligen lider av smärta? säger Sölve Elmståhl.

GÅS-projektet ingår i en större nationell studie om åldrande och vård (SNAC) och samarbetar också med andra europeiska projekt. Det innebär att liv och hälsa hos de äldre i Skåne så småningom kommer att kunna jämföras med motsvarande uppgifter för äldre i hela Sverige, respektive i olika europeiska länder. ■



Styrketräning är bra för i stort sett alla äldre. Med starkare ben orkar man mer och får möjlighet att hålla sig mer aktiv. FOTO: KENNET RUONA.

Aldrig för sent att bygga muskler

– Hur gammal man än är, så är det aldrig för sent att träna upp sina muskler!

Det säger muskelspecialisten Jan Lexell på Rehabcentrum Lund-Orup. Han skulle vilja se fler äldre som styrketränar, och fler gym som vänder sig till äldre människor.

Jan Lexell är idrottsmedicinare i grunden, fast han nu är lektor i geriatrik och överläkare vid Rehabcentrum Lund-Orup. Det ligger på Orupsjukhuset utanför Höör, som hör till Universitetssjukhuset i Lund.

Att en idrottsmedicinare arbetar med gamla och sjuka patienter är inte så konstigt som det kan låta, eftersom kunskaperna om kroppens reaktioner på träning inte gäller bara idrottare utan kan tillämpas på alla människor.

Det som händer i musklerna när man tränar är nämligen precis detsamma. Först förändras de nervceller som har kontakt med en viss muskel. Deras samordning ökar, så att fler nervceller sam-

tidigt skickar sammandragningsimpulser till muskeln. Antalet impulser per sekund och nervcell blir också fler. Det är denna förändring som gör att nybörjaren oavsett ålder brukar göra överraskande framsteg redan efter några veckors träning.

Muskelbyggandet tar lite längre tid, men när det kommer i gång kan muskelcellerna öka två-tre gånger i storlek.

– Musklernas byggstenar omsätts hela tiden – varje byggsten i en muskel byts ut flera gånger om året. Man kan alltså säga att vi varannan månad får en ny uppsättning muskler! Det är detta som gör det så lätt att påverka musklerna, förklarar Jan Lexell.

OCH DETTA GÄLLER ALLTSÅ gamla människor lika mycket som unga. Även om en äldre människa aldrig återfår sin ungdoms muskelmassa, så kan alla bli starkare. Träningen kan öka muskelmassan med upp till 30 procent – lika mycket hos äldre som hos yngre. ➤



Jan Lexell tycker att fler äldre borde styrketränar. FOTO: INGELA BJÖRCK.

► Jan Lexell menar att man tidigare varit alldeles försiktig när det gäller gamla och sjuka personer. Man har undvikit belastning, och trott att sådan skulle vara farlig i stället för nyttig för deras kroppar.

– På sjukhem har de gamla fått sitta och kasta balonger eller i bästa fall ärtpåsar till varandra. Men styrketräning är ingen omöjlighet även i höga åldrar! säger han.

Lexell fick själv en gång stor uppmärksamhet på Läkarsammansamlingen för en poster med rubriken ”Bodybuilding för gamla damer”. Och i en amerikansk studie hade man stora framgångar med styrketräning för sjukhemspatienter, där den äldsta deltagaren var över 90 år...

Jan Lexell rekommenderar äldre som vill börja träna att ta hjälp av en sjukgymnast eller gyminstruktör första gången. Då kan belastningen läggas på en lagom nivå, stor nog för att göra verkan men inte så stor att den blir påfrestande för kroppen. Sedan kan belastningen gradvis höjas i takt med att muskelstyrkan förbättras. I början bör man gå på gymmet två-tre gånger i veckan, sedan räcker det med en gång i veckan för att hålla styrkan uppe.

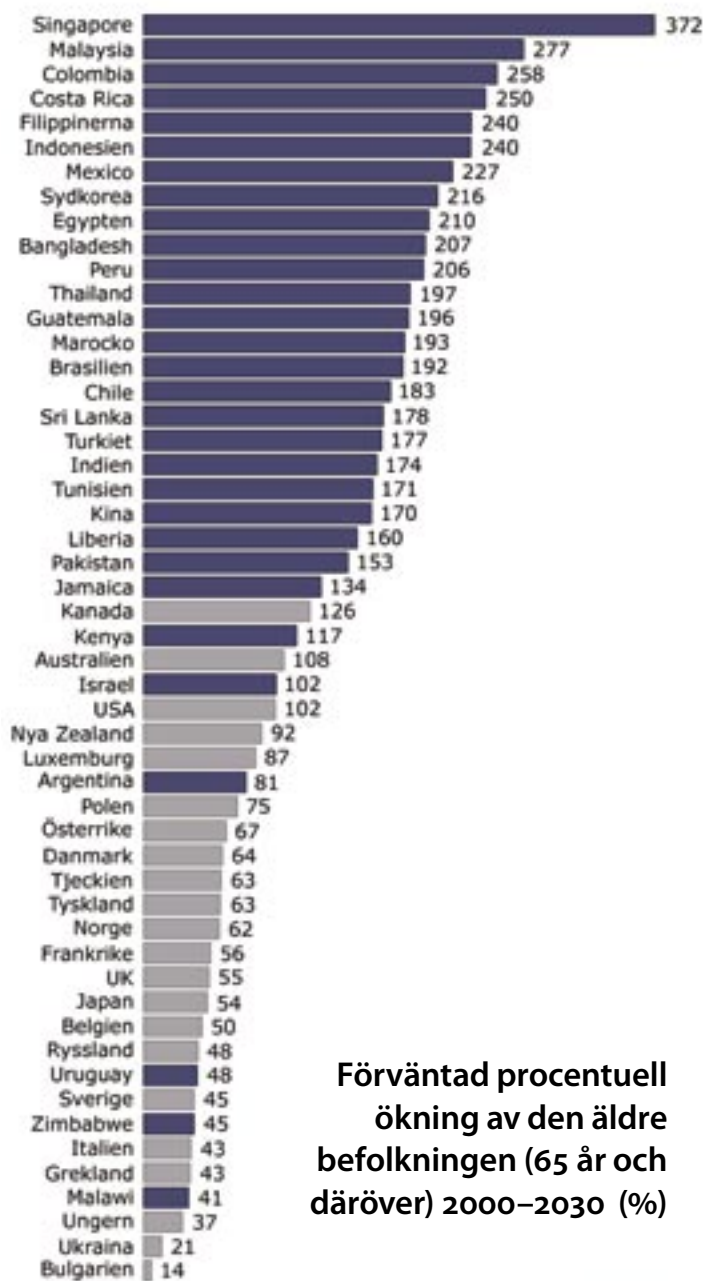
STYRKETRÄNING ÄR BRA för i stort sett alla äldre, menar Lexell. Med starkare ben orkar man mer, och får möjlighet att hålla sig mer aktiv. Styrketräning är också ett sätt att förebygga skador från benskörhet, genom att risken för fall och frakturer minskar för den som har starka och stadiga ben.

– Jag möter ibland äldre personer som frågar om de bör göra en läkarundersökning innan de börjar motionera. Nej, svarar jag då – man bör i stället läkarundersöka sig om man *inte* motionerar! Det är mycket farligare för kroppen att vara passiv än att vara aktiv, säger Jan Lexell.

Men individuell anpassning av träningen är förstås A och O. Den som är helt otränad bör ta det väldigt lugnt på motionscykeln i början. Och en 80-årig kvinna kanske ska ha en belastning på 2 kilo i benstyrkeapparaten, där en yngre person skulle ha 20 och en muskelbyggare hela 200 kilos belastning.

Även de som redan är sjuka kan ha nytta av styrketräning. Jan Lexell startar snart en studie av strokepatienter för att se hur mycket en sådan träning kan förändra deras vardag. För att sätta in träningsresurserna där de gör mest nytta vill man vara säker på att patienterna inte bara får mer muskler, utan också i praktiken kan använda dessa för olika aktiviteter som ger dem ett rikare liv. ■

Allt fler blir allt äldre



Källa: U.S Census Bureau, 2000a

■ I - länder
■ U - länder

Problemet störst i u-länder...

Det talas mycket om problemet med den ökande andelen äldre i befolkningen i Sverige. Men vad det sällan talas om är att samma problem är på väg att bli mycket större utomlands, framför allt i tredje världen.

– Vi är vana vid att länderna i tredje världen präglats av en snabb befolkningsökning och en stor andel barn och ungdomar. Men riktigt så är det inte längre: befolkningsökningen har avtagit, samtidigt som bättre hälsovård gör att människor lever längre. Det innebär stora problem i framtiden för dessa länder, som oftast inte har någon äldreomsorg att tala om, säger professorn i vårdvetenskap Ingalill Rahm Hallberg.

Siffrorna, som är sammanställda i USA, visar tydligt att det nu är tredje världen som upplever den stora ökningen av andelen äldre. Högsta siffran har

Singapore, där antalet äldre mellan år 2000 och år 2030 väntas öka med hela 372 procent, nästan en fyrdubbling! Över 200 procent, alltså en fördubbling, har Malaysia, Colombia, Costa Rica, Filippinerna och sex andra länder i Asien, Latinamerika och Afrika. Sverige befinner sig i den nedersta delen av listan med en ökning på "bara" 45 procent.

Till problemet hör att ökningen av andelen äldre i tredje världen går så fort. I vår del av världen har den tagit längre tid, vilket har gett samhället större möjligheter att anpassa sig. I Frankrike tog det 115 år och i Sverige 85 år för andelen personer över 65 att stiga från 7 till 14 procent av befolkningen, men i utvecklingsländerna beräknas samma utveckling ta bara 20–30 år. Detta kommer att ge stora påfrestningar för fattiga länder som redan har många sociala problem. ■

...men kännbart också i Sverige

"Kris i befolkningsfrågan" skrev Gunnar och Alva Myrdal om på 30-talet. Då handlade det om de låga födelsetalen. Dagens kris handlar om befolkningens åldrande, både i i- och i u-länder.

Att det föddes för få barn var egentligen inte ett akut bekymmer på makarna Myrdals tid, utan snarare ett problem på längre sikt.

– På kort sikt var de fallande födelsetalen i första halvan av 1900-talet en demografisk gåva, eftersom försörjningsbördan minskade. Det var först senare som "baksmällan" kom i form av en ökad andel äldre, säger professorn i ekonomisk historia och demografi (befolkningslära) Tommy Bengtsson.

Det är de sjunkande födelsetalen och inte den ökade medellivslängden som ligger bakom dagens åldrande befolkning i Sverige. Om det fötts lika många barn idag som år 1900 så hade andelen 60-åringar och äldre i befolkningen varit lika hög som vid förra sekelskiftet (12 procent), i stället för dagens 23 procent.

Invandringen utgör inte den hjälp för befolkningsutvecklingen som många tror.

– Dels återutvandrare hälften av alla invandrare, de flesta redan efter några år, dels anpassar de

flesta invandrare sitt barnafödande till den svenska normen, säger Kirk Scott. Han är lektor i ekonomisk historia och har specialiserat sig på invandningsforskning.

Dessutom blir ju även invandrare en dag pensionärer. Trots att Sverige haft en omfattande invandring under efterkrigstiden, så har därför befolkningens ålderssammansättning bara påverkats marginellt. Och även om invandrarna ofta kommer hit i arbetsföra åldrar, så är arbetslösheten och sjukligheten generellt större bland invandrare än bland svenskfödda, även om det finns stora skillnader mellan olika invandrargrupper.

Att födelsetalen kommer att öka igen i Sverige eller medellivslängden minska tror inte Tommy Bengtsson. Även om invandringen fortsätter i samma omfattning som idag, så lär därför den andel av befolkningen som är i arbetsför ålder fortsätta sjunka under de närmaste årtiondena. Det som kan göras är i stället att försöka få ut fler människor på arbetsmarknaden, eftersom bara 66 procent av alla som är i arbetsför ålder idag arbetar. Här finns en stor arbetskraftsreserv bland arbetslösa och sjukskrivna, både bland svenskfödda och (i ännu högre grad) bland invandrare. Fler måste få möjlighet att arbeta, både för sin egen och för samhällets skull. ■



Att möta patienternas ångest, och kanske inte kunna lindra den, är svårt både för anhöriga och vårdpersonal. FOTO: MIRA/ANDERS PETERSEN.

Demensvårdare behöver stöd

Att ta hand om personer med demens är svårt och tålamodsprövande. Därför har både närstående och personal stort behov av stöd. Samtal eller handledning har också ibland – men inte alltid – visat sig fungera bra.

Flera forskare vid Lunds universitet har ägnat sig åt det här området. Signe Andrén vid Samhällsmedicinska institutionen i Malmö har utvecklat ett sätt att hjälpa de närstående, som drar ett tungt lass i form av oro, trötthet och otillräcklighetskänslor. Ofta får dessa närstående själva psykiska och fysiska problem som depression, högt blodtryck med mera.

I malmöforskarnas modell fick de närstående först delta i fem kvällar med information om demenssjukdomar, vad samhället kan ställa upp

med och hur man bäst bemöter en person med demens. Därefter kunde de som ville fortsätta i en samtalsgrupp i tre månader.

Modellen fungerade bra: uppföljningar både ett halvår och ett år efteråt visade att de närstående kände sig mer nöjda med sin roll och att deras börda kändes mindre tung.

– Insatserna från familj och nära vänner till en demenssjuk är otroligt viktiga. Därför har samhället mycket att vinna på att de får stöd de behöver för att orka med sin uppgift, säger Signe Andrén.

HON SER ETT PROGRAM av den här omfattningen som så pass hanterligt att det bör kunna genomföras på många håll. I Malmö har nu demenssjuksköterskan i Västra Innerstaden, den stadsdel där studien gjordes, övertagit arbetet med att ordna informationskvällar och samtalsgrupper. Även andra malmöstadsdelar har visat intresse för att ordna den här sortens verksamhet.

Vården av personer med demens kan vara svår och frustrerande inte bara för de anhöriga, utan också för personalen. I en studie av mer än 2 500 äldre vårdtagare och deras kommunala vårdpersonal sa sig personalen ha svårigheter i mötet med nästan en fjärdedel av vårdtagarna. De vanligaste skälen var just demens samt oro och ångest, det senare både hos äldre med och utan demens.

– Att gå ifrån en orolig vårdtagare är svårt för de anställda. De måste ju alltid skynda sig vidare, men lider av att tvingas lämna en gammal människa med ångest utan att ha kunnat lugna honom eller henne, säger Anna-Karin Edberg från institutionen för omvårdnad i Lund.

I DEN STUDIE HON ANSVARAT för hade personalen störst svårigheter med de vårdtagare som hade en måttlig nedsättning av minnesfunktionerna. Skälet kan vara att personer med måttlig demens fortfarande ofta är rätt aktiva. Därför märks eventuell oro och ångest tydligare hos dem, och de kan också företa sig riskabla saker som att vandra iväg och komma vilse.

Personalens svårigheter borde lättas både genom en noggrann planering och genom mer stöd, menar Anna-Karin Edberg.

– I planeringen borde man ta hänsyn inte som nu bara till en vårdtagares fysiska omständighe-

ter, utan också till den psykiska situationen. Att t.ex. hjälpa en orolig och ångestfylld person att duscha tar ju betydligt längre tid än att hjälpa en som är rörelsehindrad. Då är det viktigt att personalen ges den tiden, säger hon.

Anna-Karin Edberg tror också på utbildning i hur man bemöter personer med oro och ångest. Dagens kurser för hemtjänstpersonal handlar mest om praktiska frågor (delegering, syrgas etc.), och sällan om hur mötet med vårdtagaren kan underlättas

Men hjälper då utbildning och handledning? Det är inte säkert, visar en annan studie utförd av Ulla Melin Emilsson från Socialhögskolan vid Lunds universitet. Hon fann till sin förvåning att ett års s.k. processorienterad handledning inte gjorde någon skillnad för hur vårdbiträden och deras arbetsledare på två vårdavdelningar utförde sitt arbete, när väl handledningsperioden var över.

Detta berodde inte på att de handledda var missnöjda. Somliga var visserligen mindre intresserade och tyckte att handledningen inte gav dem något nytt, men andra var desto nöjdare. De senare deltog i handledningen så ofta de kunde, och förklarade att den gett dem mycket stöd och hjälp.

ÄNDÅ ÄNDRADES ALLTSÅ INGET i praktiken. Även de deltagare som tyckte sig ha fått en mängd nya kunskaper fortsatte att arbeta på sina gamla, invanda sätt.

– ”Förtroghetskunskap” som detta gäller kanske behöver mer än ett år för att verkligen så rot, menar Ulla Melin Emilsson i ett försök att förklara sina oväntat nedslående resultat.

Hon påpekar också att vårdbiträdena i sin utbildning aldrig mött den typ av reflexioner kring sitt eget agerande som togs upp i handledningen. Det var ett nytt och främmande sätt för dem att se på vården. Reflekterande moment kanske därför borde läggas in redan i utbildningen, för att en senare handledning ska kunna bli till nytta.

– Arbetsledarna behöver också lära sig ledarskap och gruppdynamik, framhåller Ulla Melin Emilsson. Nu har arbetsledarna dåliga insikter i det viktiga samspelet inom en grupp. Ändå har ju gruppdynamiken och de informella normerna inom en grupp stor betydelse för hur gruppen arbetar. ■

Bättre kunskaper krävs i vården av äldre invandrare

Inom en 10-årsperiod kommer var tionde person över 65 år i Sverige att vara född utanför Norden. Det ställer nya krav på vården, som idag har en delvis bristfällig bild av de äldre invandrar- nas behov.

Doktoranden Boel Hovde från Institutionen för omvårdnad har jämfört drygt hundra utomnordiska invandrare med lika många äldre födda inom Norden. Båda grupperna har fått vård och omsorg i kommunal regi.

STUDIEN VISAR BLAND ANNAT att de utomnordiska invandrarna i större utsträckning bodde i vanligt boende, och att de fick mer hjälp av anhöriga med mat, städning, personlig hygien m.m. än den nordiska gruppen. De använde inte lika ofta så kallad APO-dos, där apoteket gör i ordning dagsdoser i en speciell låda med olika fack. De hade oftare nedsatt syn, men hade trots det färre synhjälpmedel.

– Detta tyder på bristande information, kommenterar lektor Anna-Karin Edberg, som deltagit i studien. Det kan vara ett tecken på att de äldre invandrarna och deras familjer inte känner till möjligheten att få apotekets hjälp med medicindoserna, och att vårdpersonalen på sitt håll inte känner till de gamlas synproblem.

DE UTMORNORDISKA INVANDRARNAS behovde särskilda vårdinsatser i större utsträckning än de äldre som var födda inom Norden, framför allt på grund av språksvårigheter. Personalen svarade också oftare ”vet ej” på enkätfrågorna om den här gruppen. Allt detta tyder enligt Anna-Karin Edberg på att det behövs betydligt mer kunskaper och språkförståelse för att vården ska kunna ta hand om den ökande andelen äldre invandrare på ett bra sätt. ■

Inte alltid bäst för äldre att bo kvar hemma



Ingalill Rahm Hallberg tycker det är dags för en öppen och förutsättningslös diskussion om framtidens äldreomsorg. FOTO: INGELA BJÖRCK.

– Det finns inget vetenskapligt stöd för att de flesta äldre och sjuka människor skulle må bättre av att bo kvar hemma i stället för på sjukhem. Det är en politisk ideologi, inte en slutsats baserad på fakta!

Det säger professorn i vårdvetenskap Ingalill Rahm Hallberg, som tycker det är olyckligt att så många platser i särskilda boenden lagts ner. Visserligen sägs det att hemtjänsten och hemsjukvården ska ge motsvarande service, men risken är ändå att mycket arbete och kostnader vältras över på de anhöriga och på landstingen. Och att de äldre alltid mår bättre av att bo kvar i sina hem är alltså ingen självklar sanning.

– När våra forskare frågat äldre människor om deras livskvalitet, så är det vare sig boendet eller graden av hjälp som avgör om de anser sig ha en god eller dålig livskvalitet, säger Ingalill Rahm Hallberg.

– Det avgörande är i stället vilka funktionsnedsättningar de har. Är man mycket sjuk och funk-

själv eller hans/hennes anhöriga inser problemets omfattning. Då är det ofta bråttom, och man söker sig direkt till akuten.

MED FLER ÄLDRE KVAR HEMMA lär därför sjukhus och hemma konsumera mer sjukvård än äldre på sjukhem, trots att de senare oftast vårdcentraler få en allt större belastning. Även de anhöriga får det tyngre. Ändå svarar dessa redan för merparten av all vård och omsorg av äldre: 80–85 procent av de äldre som bor kvar i hemmet får hjälp av anhöriga. 45 procent får hjälp enbart av anhöriga, 12 procent får hjälp enbart av kommunen, och 35–40 procent får hjälp av både anhöriga och kommun.

”Anhöriga” står i de här sammanhangen oftast för maka/make och barn, men det kan också vara barnbarn och andra släktingar utanför den närmaste familjekretsen. Finns det en partner så sköter han eller hon oftast den personliga omvårdnaden, medan de andra anhöriga t.ex. hjälper till med dusch och bad, städar, reparerar i hemmet, går till banken och affären samt följer med till sjukhuset.

Vem som är vårdaren i ett äldre par beror på vem som är den friskare parten. Män vårdar i lika stor utsträckning som kvinnor, om de har förmågan. Dock är det vanligare med kvinnliga vårdare, eftersom maken ofta är några år yngre än sin make.

FORSKARNAS DATA VISAR också att kvinnor som vårdar sina makar upplever en sämre livskvalitet än män som vårdar sina makor.

– Vår tolkning är att vården för dessa män blir en ny uppgift som kan kännas meningsfull och viktig. Kvinnorna däremot har utfört vårdande uppgifter hela sitt liv, och kan ha sett fram emot att på ålderns höst äntligen få tänka på sig själva.

– En man som vårdar får också mycket beröm

Redan idag ser man småannonser i tidningarna där äldre vill ha hjälp i hemmet. Den marknaden – svart eller inte – kommer säkert att växa.

tionshindrad, så mår man sämre antingen man bor på sjukhem eller i sitt eget hem.

Vårdvetarnas undersökningar har också visat att äldre som bor kvar har större medicinska problem. Skälet kan vara att vårdbehoven hos äldre som bor i särskilt boende uppmärksammas av personalen på ett tidigare stadium, och därför kan klaras av med mindre insatser. För den som bor hemma kan det dröja längre innan den äldre



Vårdbehoven hos äldre som bor i särskilt boende uppmärksammas av personalen på ett tidigare stadium, och kan därför klaras av med mindre insatser än när det gäller de äldre som bor kvar hemma. FOTO: ANDERS NORRSELL.

av omgivningen. När en kvinna vårdar ses det bara som något självklart, påpekar Ingall Hallberg.

Hon tycker det är uppenbart att äldrevården står och faller med de anhöriga och deras insatser. Därför blir det orimligt att, som somliga beslutsfattare, tala om att anhöriga ska göra *mer*:

– Vilka anhöriga är det som ska göra det, var ska man hitta dem? Eller är det de som redan engagerar sig som man ska slita ner totalt? undrar hon.

Ingall Hallberg tycker det är dags för en öppen och förutsättningslös diskussion om framtidens äldrevård. Nu sopas problemet i stor utsträckning under mattan, trots att alla vet att den offentliga vården inte har några dolda resurser att trola fram, att de anhöriga redan ofta går på knäna, och att andelen äldre i befolkningen bara ökar.

– Vi vågar inte diskutera hur långt den offentliga kakan kan räcka och vilka som kan bli utan. När landstinget i Östergötland försökte sig på en prioritering av sina behandlingar blev det ju ett ramaskri. Men sådana diskussioner är nödvändiga!

Redan idag ser man småannonser i tidningar-

na där äldre vill ha hjälp i hemmet. Den marknaden – svart eller inte – kommer säkert att växa. Och försäkringsbolagen kanske kan hitta nya försäkringsformer, så att man t.ex. i sin pensionsförsäkring kan bygga in möjligheten att få vård och omsorg när det behövs.

ANDRA NÖDVÄNDIGA FÖRÄNDRINGAR är att sjukvården och den kommunala omsorgen måste ta in de anhöriga i vårdplaneringen. Idag ses de anhöriga ofta mer som en belastning än som en tillgång, trots att de i regel är de som bäst känner till patientens behov.

De anhöriga måste dessutom få mer kunskap. Det gäller både om vården i sig (hur hjälper man enklast någon upp ur en säng, hur ger man medicin etc.) och om den anhörigas sjukdom. Detta borde inte innebära merkostnader utan samhälls-ekonomiska besparingar på sikt, eftersom anhörgivårdare som är trygga i sin uppgift inte behöver söka hjälp lika ofta.

Ingall Hallberg är också en av projektledarna för GÅS, studien om Gott Äldrande ➤

► i Skåne (se artikel på sid 3). Hon har ett särskilt ansvar för den del som rör äldres vård och omsorg. Forskargruppen har i de fem kommuner som ingår i GÅS-studien försökt få en helhetsbild av de äldres vård och omsorg, vilket inte varit det lättaste.

Märkligt nog, i ett land så fullt av personuppgifter och databaser som Sverige, finns det nämligen inga individbaserade register som visar hur mycket vård och omsorg en viss person fått av kommunen respektive av landstinget. Landsting och kommuner har var sina system, och kommunerna har i regel bara uppgifter på grupp-nivå och inte på individnivå.

De kommunala s.k. behovsbedömarna arbetar också på olika sätt. Ofta görs inga systematiska bedömningar, och dokumentationen består bara av de anteckningar som ligger till grund för besluten. Detta gör det svårt att jämföra läget i olika kommuner. I några kommuner har man inte ens känt till hur många det är som får del av kommunens vård och omsorg...

DET VÅRDVETARNA GJORT inom GÅS är att utveckla ett bedömningsformulär som svarar på en mängd frågor. Det gäller t.ex. funktionsförmåga (kan personen i fråga gå själv? tvätta sig? laga sin mat? äta själv? etc.), eventuella särskilda insatser (sår? yrsel? smärtproblem?) och boende (är hemmet anpassat? finns ett socialt nätverk? anhöriga som hjälper till?). Detta formulär ligger till grund för ett register som samkörs med Region Skånes uppgifter om olika personers sjukvårds-konsumtion. På så sätt får man en helhetsbild av de äldres vård och omsorg, och kan analysera bland annat hur vårdkedjan fungerar och hur förändringar i den ena organisationen påverkar den andra organisationen.

Arbetet har varit trögt – behovsbedömarna har känt det som en extra belastning, och tjänstemännen har inte heller alltid insett dess värde.

– Men nu börjar det lossna. I Osby fungerar det nya systemet väldigt bra, Eslöv är på god väg och i Malmö med dess tio självstyrande stadsdelar har man tagit ett centralt beslut om att ta in våra frågor i sitt datasystem, säger Ingalill Rahm Hallberg. Hon ser det som en nödvändighet att samordningen mellan landsting och kommuner blir bättre, så att man inte misshushållar med de knappa resurserna. ■

Fall kan förebyggas

Över en halv miljon svenskar över 65 år beräknas falla minst en gång om året. Av dem får mellan 50 000 och 150 000 så svåra skador att de måste tas om hand av sjukvården. Fallolyckorna ger både stort personligt lidande och stora kostnader för samhället.

– Ändå vore det ganska lätt att förebygga många av fallolyckorna! säger Gun-Britt Jarnlo vid Avdelningen för sjukgymnastik. Hon ingår i en forskargrupp som hoppas kunna starta ett förebyggande arbete vid ortopedkliniken i Lund. Forskarna vill dels vända sig direkt till dem som sökt sjukhusvård för fallolyckor, dels starta lokala träningsgrupper inom primärvården och äldre-vården.

De förebyggande åtgärderna kan vara så enkla som att se till att de äldre personerna promenterar dagligen, har rätt glasögon och inte i onödan äter mediciner som påverkar balansen. Träning som stärker muskler och balans är också viktig.

– Att sitta och stampa ett tag med fötterna innan man reser sig är ett bra sätt att slippa blodtrycksfall, som kan ge svindelkänslor, säger Gun-Britt Jarnlo. Det brukar personalen berätta för de patienter som ligger inne efter en fallolycka. Men patienter i primärvården eller i hemvården får nog inte samma nyttiga upplysning.

LIKA ENKEL SOM VIKTIG är information om hur man ska komma upp om man trots allt fallit. Att bli liggande hjälplös, kanske i flera timmar, ses av många äldre som den allra mest skrämmande följden av ett fall. Men även den som fått en fraktur kan ibland kravla eller hasa sig fram till t.ex. en stol och med dess hjälp komma på benen igen.

Med sådana nyttiga tips i bagaget – och medicin mot benskörhet, om det behövs – hoppas forskargruppen att även de som råkat ut för fallolyckor ska våga röra på sig så mycket de orkar. Det är annars vanligt att patienten för att inte riskera ett nytt fall rör sig så lite och försiktigt som möjligt, vilket får både muskelstyrkan och balansen att försämrast av brist på träning. Därmed ökas förstås risken för nya fall, tvärt emot vad man velat.

Och fall är alltså mycket vanliga. Ungefär en tredjedel av alla äldre över 65 år som bor hemma faller varje år, hälften av dem mer än en gång. De som bor på en institution faller ännu oftare. Höftfrakturer, den allvarligaste följden av ett fall, drabbar varje år omkring 18 000 personer och ger en kostnad för vården på över 3 miljarder kr. Till det kommer ofta också ökade kostnader för hemtjänst/hemvård eller för att höftpatienten tvingas flytta till särskilt boende. Det finns därför inte bara etiska utan också krasst ekonomiska skäl till att försöka minska antalet fallolyckor hos äldre.

SVERIGE HAR SEDAN JANUARI i år en lag som uppdrar åt Räddningsverket att förebygga olycksfall av alla slag. Än så länge har dock inga konkreta fallförebyggande åtgärder kommit fram. Räddningsverkets och de kommunala Räddningstjänsternas personal är van vid att ta hand om trafikolyckor och bränder, men vet än så länge väldigt lite om t.ex. äldre kvinnor som faller och bryter höften.

England och USA är föregångsländer på området, och har nyligen lanserat nationella riktlinjer för att förebygga fallolyckor hos äldre. Enligt de amerikanska riktlinjerna bör t.ex. alla äldre som råkat ut för en fallolycka bedömas med ett test där de får resa sig från sittande utan att använda armarna, gå tre meter, och sedan vända tillbaka och sätta sig. Den som klarar detta utan problem anses utom riskzonen, medan övriga bör få en vidare utredning.

I England finns idag också särskilda ”fallkliniker”, där patienter som fallit får råd och träning.

– Verksamheten började ursprungligen i liten skala med patienter som fått vård på ett visst sjuk-



En promenad om dagen är en bra förebyggande åtgärd mot fall. FOTO: ROGER LUNDHOLM.

Att sitta och stampa ett tag med fötterna innan man reser sig är ett bra sätt att slippa blodtrycksfall, som kan ge svindelkänslor.

hus efter ett fall. Det är ett sådant projekt vi nu vill dra igång. Om allt går väl hoppas vi att det även här ska växa till en större verksamhet i framtiden, säger Gun-Britt Jarnlo. ■

Bygg bort hinder redan från början!

I Sverige gjordes härom året omkring 60 000 bostadsanpassningar för äldre och personer med funktionshinder, vilket kostade drygt 830 miljoner kr. Bostadsanpassning innebär sådant som att ta bort nivåskillnader i entrén, sänka trösklar och sätta dit stödhandtag.

– Dessa åtgärder görs nästan alltid i efterhand. Det vore billigare och mer praktiskt att göra en del av detta när man ändå håller på t.ex. med en renovering.

Det anser professorn i arbetsterapi Susanne Iwarsson, som forskar kring tillgänglighet.

Idag är tillgänglighetsaspekten oftast ganska underordnad i arkitekternas och byggarnas planering. Estetiska och ekonomiska faktorer spelar i regel större roll. När t.ex. torget i Kristianstad byggdes om gjorde man en vacker stenlagd trappa ner till busstorget. Men trappan var mer dekorativ än gävanlig; dess ojämnheter gjorde att många äldre snubblade, föll och fick föras till akuten. Till slut fick hela den nya stenläggning-

en brytas upp och trappan göras om för att inte orsaka fler olyckor.

Ett annat exempel på hur estetiken vunnit över tillgängligheten är Västra hamnen i Malmö. Här ligger det genomdesignade Bo 01-området med idel dyra och påkostade lägenheter.

För en frisk vuxen utgör Västra hamnen ett tilltalande och spännande område, men för en person med funktionshinder är området fullt av fallor. Här finns till exempel räcken som har fel höjd eller tar slut för tidigt, hus med portlås som sitter för högt för en rullstolsburen, entrétrösklar som är dubbelt så höga som tillåtet, och kök och våtrum som är helt olämpliga om man har svårt att röra sig.

VÄSTRA HAMNEN I MALMÖ har helt enkelt dålig *tillgänglighet*, enligt Susanne Iwarssons definition. Hon definierar tillgänglighet utifrån mötet mellan människa och miljö – miljöns utformning och i vad mån den uppfyller existerande byggnormer, samt människans kapacitet och hennes eventuella funktionshinder.

För att få vetenskapligt användbara mått på en bostads tillgänglighet i den här betydelsen har Susanne Iwarsson utarbetat en mätmetod kallad Housing Enabler. Den består av nära 190 punkter i huset som ska bedömas.

Finns det sittplats i hissen? Finns det ledstänger i trappan? Går hissen mjukt eller stannar den tvärt? Har köket högt placerade väggskåp? Är arbetsytorna för djupa? Är ugnen placerad på fel höjd? Är golvbeläggningarna hala? Dessa och andra frågor relateras till den boendes funktionshinder och behov av hjälpmedel för att förflytta sig.

I nybyggda Västra hamnområdet i Malmö kan man hitta entrétrösklar som är dubbelt så höga som tillåtet. FOTO: TOMAS LUNDENMARK.



Tillgänglighet i denna betydelse har ett starkt samband med olika aspekter av livskvalitet och hälsa för de berörda. Det visar studier inte bara i Sverige utan också inom det europeiska projekt som Susanne Iwarsson leder, och som även omfattar England, Lettland, Tyskland och Ungern.

– Det avgörande är kombinationen av en viss människa och en viss miljö, säger hon. En bostad kan ju vara helt ”fel” i förhållande till byggnormerna, men ändå vara trivsamt för den boende så länge han eller hon är frisk och rörlig.

– Omvänt, så kan en bostad vara byggd helt enligt normerna men ändå fungera dåligt för den som har speciella funktionshinder. I sådana fall har bostaden dålig *användbarhet*, dvs. trots att den uppfyller normerna för tillgänglighet så kan den boende inte använda den till allt som han eller hon vill göra i sin vardag.

AVDELNINGEN FÖR ARBETSTERAPI har nyligen också startat ett projekt i Kristianstads kommun. Alla de s.k. bostadsanpassningsärenden som behandlas i kommunen bedöms enligt Housing Enabler-metoden och matas in i en databas. Med omkring 700 nya ärenden per år kommer databasen ganska snabbt att innehålla ett rikt material som kan användas i den kommunala planeringen.

– Vi kommer genom databasen att få svar på viktiga hinder det är som vållar gamla och personer med funktionshinder störst problem. Då kanske man kan se till att bygga bort dessa stötestenar när man ändå renoverar ett bostadsområde, i stället för att fortsätta att göra anpassningar i efterhand, säger Susanne Iwarsson.

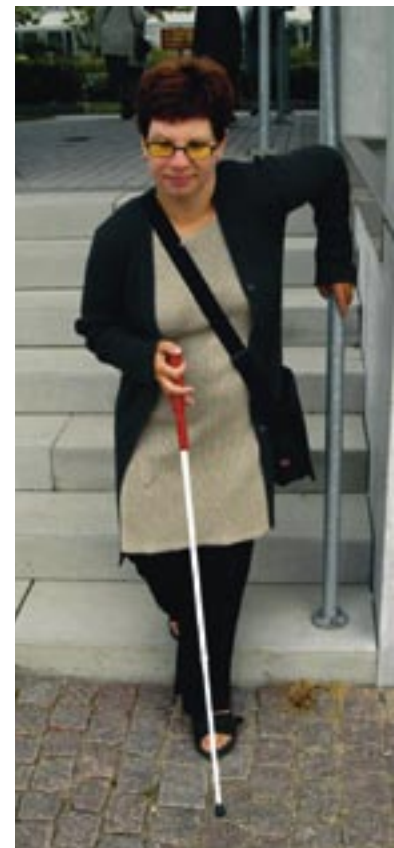
HENNES FORSKARGRUPP HAR varit lyckligt lottad när det gäller att få anslag till sitt arbete. Kanske beror det på att beslutsfattare som kommuner, Boverket och Socialstyrelsen insett att det behövs tydliga definitioner, statistik och hårda fakta för att de allt knappare resurserna ska användas så effektivt som möjligt. Tydliga definitioner och tydligt fastställda mål behövs också för att talet om ”tillgänglighet för alla” ska bli mer än en vackert formulerad fras. ■



I samband med bostadsutställningen Bo 01 i Malmö byggdes 350 lägenheter i Västra hamnen. Trots att man här satsat på det mest moderna så har det missats en hel del när det gäller tillgängligheten. FOTO: TOMAS LUNDENMARK (även nedan).



En rullstolsburen kan omöjligtvis nå att vädra.



Räcket tar slut för tidigt.

Utemiljön kan lätt göras tryggare



Agneta Ståhl deltar i ett projekt kring bättre utemiljö för äldre.
FOTO: KENNET RUONA.

Fler bänkar, bredare och mindre ojämna trottoarer, avfasade trottoarkanter vid korsningarna och att cyklister så långt möjligt hålls åtskilda från fotgängarna.

Det är förslag från äldre personer i Kristianstad som deltar i ett projekt kring en bättre utemiljö.

Det behöver inte kosta stora summor att göra utemiljön tryggare och säkrare för de äldre. Det visar det pågående projektet, där Vägverket, kommunen och Lunds universitet samarbetar.

– Vi började med att skicka ut en enkät till alla personer över 65 år i en viss stadsdel i Kristianstad, berättar professorn i trafikplanering Agneta Ståhl. Hon är tillsammans med professorn i arbetsterapi Susanne Iwarsson universitetets ansvariga i projektet.

– Sedan kontaktade vi några äldre personer med rollator eller andra gånghjälpmedel och bad

dem att gå en vägsträcka som var viktig för dem, t.ex. vägen till affären eller apoteket. De skulle rapportera alla svårigheter som dök upp längs vägen, samtidigt som en forskare gjorde motsvarande observationer.

Resultaten från enkäten stämde bra överens med resultaten från de praktiska iakttagelserna. Cyklister och mopedister som tränger in på fotgängarnas område tillhör de största problemen för de äldre. Bristen på bänkar att vila sig på, trafikljus där man har svårt att hinna över i tid och höga trottoarkanter som är svåra att klara med en rollator är andra svårigheter. På vintern är dålig snöröjning också ett stort problem, eftersom snö och is gör det osäkert på trottoarerna.

I mer än hälften av alla trafikolyckor som drabbar äldre har de drabbade gått till fots. Nio av tio av dessa fotgängarolyckor är ensamolyckor som beror på att man helt enkelt fallit under en promenad. Därför är åtgärder som gör utemiljön lätta-



För att kvinnor ska bli riktigt gamla är det bl.a. viktigt att de tycker sig ha bra hälsa och god sömn. FOTO: KENNET RUONA.

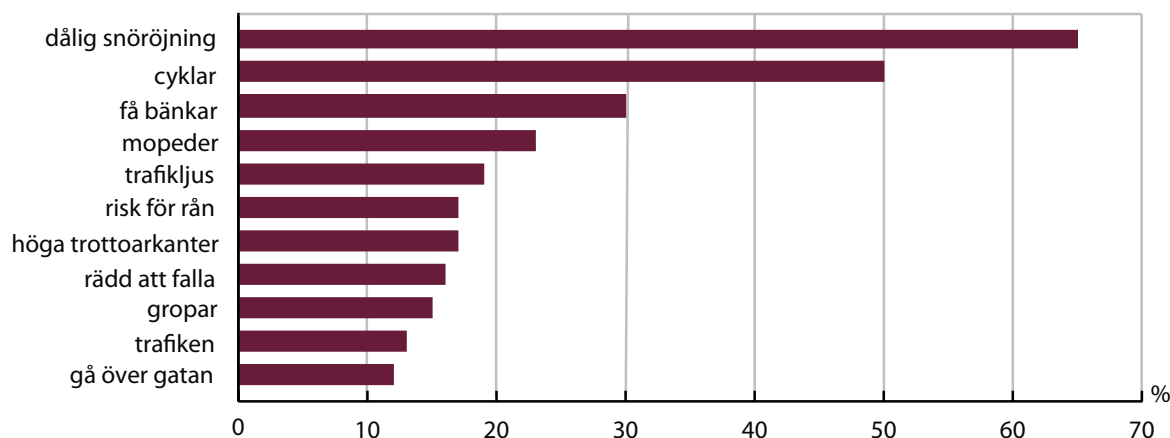
Hur blir man riktigt gammal?

Vad är det som gör att vissa människor blir mycket gamla?

En grupp lundaforskare undersöker detta genom att följa olika grupper av 80-åringar. Man har bland annat funnit en olikhet mellan könen: kvinnor och män har olika faktorer som hör ihop med lång överlevnad.

Studien "Lund 80+" började 1988 med en grupp 80-åringar födda 1908. 1993 tog man in 80-åringar födda 1913, och så har det fortsatt vart femte år. Den sista gruppen 80-åringar ska enligt planerna tas in år 2008, och innehåller då personer födda år 1928. Alla deltagare i studien har blivit

De vanligaste hindren för äldre i utemiljön enligt enkätundersökningen



re och säkrare att gå i viktigast när det gäller att skapa en trygg trafikmiljö för äldre.

Sådana åtgärder är inte heller dyra. Den budget kommunen och vägverket avsatt innebär att man kan genomföra många av de åtgärder som pensionärerna i Kristianstad själva prioriterat högst.

– Det har varit mycket lyckat att engagera de

mest berörda, pensionärerna själva, i arbetet som vi gjort. På så sätt sällar vi fram de åtgärder i trafikmiljön som kan ge bäst resultat. För kommunen var det en ny och överraskande erfarenhet att små enkla detaljer kunde betyda mycket mer än t.ex. rondeller och andra stora insatser i trafikmiljön, säger Agneta Ståhl. ■

noga hälsoundersökta, har fått sin mentala förmåga testad och har fått svara på frågor om bland annat uppväxtförhållanden, boende och familj både förr och nu.

Av de grupper som först kom in i studien är nu de flesta döda. Men de levde olika länge, och forskarna har ur alla sina data försökt vaska fram de faktorer som mest tydligt hör ihop med lång överlevnad.

FÖR KVINNOR VISAR DET SIG vara viktigt att tycka sig ha bra hälsa och god sömn, att inte behöva socialt stöd och att inte vara deprimerad. För män är det andra faktorer som är viktigast, bland annat att ha funnit sig väl till rätta som pensionär, att inte ha problem med hjärtat och att modern levtt länge. På något ännu oförklarad sätt verkar moderns (men inte faderns) livslängd ge en fingervisning om hur länge sonen kan komma att leva.

Rökning och höga blodfettssvärden, som anses riskabla för yngre personer, gjorde däremot inget utslag bland 80-åringarna. Kanske är det så att

de som trots rökning och höga blodfetter hunnit bli över 80 år har en inbyggd motståndskraft mot effekten av dessa riskfaktorer.

Forskarna jämför också olika grupper av 80-åringar, och ser klara effekter av välfärdssamhällets utveckling.

– De senare grupperna är ju födda längre in på 1900-talet och har därför fått bättre utbildning och bättre hälso- och sjukvård än de som föddes tidigare. Det märks mycket tydligt i våra data. Både den kroppsliga och mentala hälsan är bättre hos de 80-åringar som kommit senare in i vår studie, säger projektledaren Torbjörn Svensson, docent i pedagogik.

Han påpekar samtidigt att det inte är givet att hälsan kommer att fortsätta förbättras på samma sätt framöver. Framtida 80-åringar kommer ju att ha upplevt inte bara välfärden utan också välfärdens nackdelar i form av t.ex. mer onyttig mat och ett mer stillasittande liv. Men de effekterna kommer knappast att hinna visa sig inom ramarna för studien "Lund 80+". ■

Ögonforskning på bred front

Grön starr, makuladegeneration och åldersförändringar i gula fläcken är ögonsjukdomar som framför allt drabbar äldre människor. Alla är föremål för mycket forskning vid Lunds universitet.



Vid en modern gråstarrsoperation arbetar både kirurg och assisterande sköterska i mikroskop. En TV-skärm visar för övrig assisterande personal hur operationen fortlöper. FOTO: LASARETTSFOTOGRAFERNA I LUND.

Sjukdomen grön starr, glaukom, har tidigare setts som en säker väg till blindhet. Det är dock numera en oförtjänt mörk bild.

– För många patienter har det psykiska lidandet av att ha grön starr varit lika svårt eller värre än besvären av behandlingen och synpåverkan. Men i själva verket är sjukdomsutvecklingen mycket långsam och bromsas av behandlingen. Mer än 95 procent av alla patienter med glaukom bevarar därför en bra eller hygglig syn livet ut, framhåller Anders Heijl från Lunds universitets avdelning för oftalmologi i Malmö.

ÖGONFORSKARNA I MALMÖ står för världens största befolkningsstudie av grön starr, där 33 000 malmöbor deltagit. Studien visade bland annat att många går omkring med sjukdomen utan att veta om det. Man studerar nu om massundersökningar av alla personer över en viss ålder kan vara ett kostnadseffektivt sätt att fånga upp okända glaukompatienter.

Malmöforskarna har också visat att sjukdomen utvecklas olika snabbt hos olika patienter. Därför bör alla följas mycket noga i början, tills det blir tydligt vilka patienter som på grund av en snabb sjukdomsutveckling bör få så intensiv behandling som möjligt. För de andra kan behandlingen vara mindre intensiv, eftersom lindrigt glaukom inte ger några större besvär.

ÅLDERSFÖRÄNDRINGAR I GULA FLÄCKEN, så kallad makuladegeneration, är en vanligare sjukdom än glaukom. Gula fläcken är den del av näthinnan som ger det skarpaste seendet, så patienter med makuladegeneration kan fortfarande se med ”utkanterna” av näthinnan. De förlorar däremot förmågan att se skarpt och blir inte väl hjälpta av glasögon.

Sjukdomen finns i två former, en ”torr” och en ”våt”, där den senare är ovanligare men också besvärligare.

I den våta formen uppstår dåliga och läckande blodkärl under näthinnan. Blodkärlen kan brännas igen med laser, men traditionell laserbehandling ger ärr i ögonbotten och passar därför

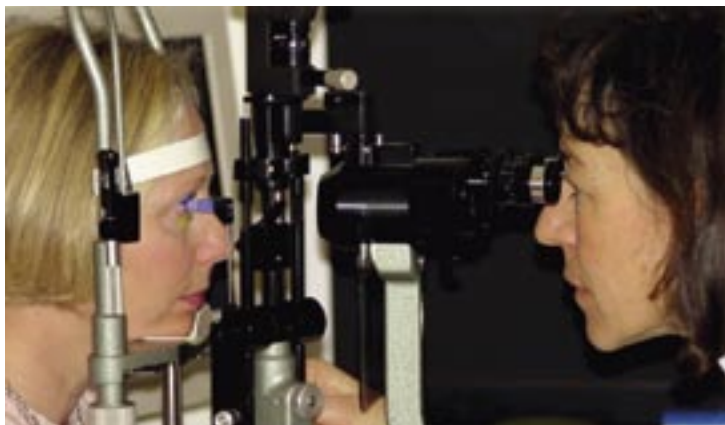
inte för att behandla blodkärl som ligger centralt i gula fläcken.

Ett nytt sätt att hantera sådana kärlförändringar är att först ge en injektion av ett ljusabsorberande ämne och sedan behandling med en annan typ av laser. Denna så kallade fotodynamiska terapi visade sig vara till nytta för var fjärde patient i en studie gjord av Elisabet Agardh i Malmö, medan en annan ny metod – värmebehandling genom pupillen – gav osäkra fördelar och ska studeras vidare. Effekterna av vitaminer är begränsade och de höga doser som är aktuella kan ge biverkningar på lång sikt.

I LUND HAR EN ANNAN ÖGNLÄKARE, Birgitta Bauer, arbetat mycket med forskning och behandling av makuladegeneration. Hennes arbete har ingått i en bred och internationellt uppmärksammas forskning om näthinnsans sjukdomar, initierad av Berndt Ehinger. Lundaforskarna arbetar nu bland annat med att försöka utveckla nya sätt att reparera näthinnor som skadats vid makuladegeneration eller andra näthinnesjukdomar.

En av dessa grupper studerar möjligheten att transplantera in små bitar frisk näthinna och få den att växa fast invid de skadade cellerna. Man har i djurförsök lärt sig en operationsteknik som fungerar trots att näthinnan sitter svåråtkomligt längst bak i ögat. De transplanterade bitarna beter sig dock inte riktigt som en frisk, fungerande näthinna, och man undersöker nu möjligheten att förbehandla transplantaten så att de blir mer effektiva.

EN ANNAN FORSKARGRUPP i Lund transplanterar in stamceller med målet att få dessa att antingen utvecklas till synceller eller bära med sig ämnen som kan hjälpa patientens egna, sjuka synceller. Idealet vore att kunna använda stamceller från patientens egna ögon och på så sätt slippa risken för avstötning. Båda forskningslinjerna har dock många års arbete kvar, och det är för tidigt att avgöra om de kan leda till fungerande behandlingsmetoder i framtiden. ■



Tryckmätning vid glaukom. FOTO: LASARETTSFOTOGRAFERNA I LUND.



I forskningsprojektet om näthinnetransplantat förs transplantatet in i ögat med ett silikonbehandlat glaströr (till vänster), och trycks med hjälp av vätska in under den sjuka näthinnan.

Lågt blodtryck också en riskfaktor?

Att högt blodtryck är skadligt för inte bara hjärtats, utan också för hjärnans funktion har varit känt en längre tid. Men nu börjar det verka som om även lågt blodtryck har ett samband med sämre hjärnförmåga.

Sambandet mellan blodtryck och s.k. kognition studeras av en forskargrupp vid universitetets geriatriska avdelning på Universitetssjukhuset MAS. Kognition står för tankeförmåga i vid bemärkelse: att lära sig nya saker, använda språket rätt, förstå skämt, delta i en diskussion, resonera logiskt osv.

Högt blodtryck är mest känt för sin koppling till hjärt-kärlsjukdomar. Det är det som är skälet

hjärnans funktion, i varje fall hos äldre personer. Forskargruppen har bland annat funnit att dementa patienter har lättare än andra att få blodtrycksfall och yrselkänslor när de hastigt reser sig, vilket är ett uttryck för fel i blodtrycksregleringen.

Man har också sett att friska personer med tendens till blodtrycksfall flera år senare utvecklat förändringar i hjärnans elektriska aktivitet som kan vara tidiga tecken på hjärnsjukdom. Vad kopplingen betyder vet man däremot inte ännu – får man blodtrycksfall på grund av förändringarna i hjärnan, eller är det förändringarna i hjärnan som leder till lågt blodtryck?

Hos medelålders och yngre personer anses det normalt och friskt att blodtrycket sjunker nattetid, men hos äldre tycks ett lågt nattligt blodtryck alltså snarare vara en riskfaktor.

till att tusentals patienter varje år får blodtrycks-sänkande medicin. Men högt blodtryck är också kopplat till en ökad risk för kognitiva problem och demens. En särskild sorts demens, vaskulär demens, beror just på störningar i blodkärlen.

– Den vaskulära demensen ansågs tidigare vara mindre vanlig. Men numera har man insett att vaskulär demens och Alzheimers inte sällan förekommer samtidigt. Kanske har de till och med en delvis gemensam grund där blodkärls- och blodtrycksfaktorer kan spela in, säger forskargruppens ledare professor Sölve Elmståhl.

Nytt är också att inte bara högt blodtryck utan också lågt blodtryck verkar vara en riskfaktor för

ETT NYTT FYND ÄR att lågt blodtryck på natten hos personer över 80 år verkar vara förknippat med både lägre resultat på kognitiva test och lägre blodflöde i de områden i hjärnan som är viktiga för minnet. Hos medelålders och yngre personer anses det normalt och friskt att blodtrycket sjunker nattetid, men hos äldre tycks ett lågt nattligt blodtryck alltså snarare vara en riskfaktor.

– Det oroande med detta är att man ju sällan vet hur ens blodtryck är på natten. Även hos dem som ofta får sitt blodtryck mätt görs mätningarna alltid på dagen och inte nattetid. Och flera av dem som hade lågt nattligt blodtryck hade ett helt normalt blodtryck på dagen, påpekar Sölve Elmståhl.

Hans forskargrupp har studerat dygnsvariationerna i blodtryck genom att låta sina försökspersoner ha en bärbar blodtrycksmätare på sig dygnet runt.

– Om fortsatta försök ger samma resultat, så kanske man måste överväga att börja mäta äldre människors blodtryck även på natten. På så sätt



Det är bra att hålla koll på sitt blodtryck. Tidigare har läkarvetenskapen mest fokuserat på riskerna med högt blodtryck, men nu har det visat sig att även lågt blodtryck kan vara farligt.

skulle man kunna fånga in de äldre som har lågt nattligt blodtryck och kan utgöra en riskgrupp. Man borde kanske också fråga sig om vissa patienter idag kanske blir överbehandlade för sitt blodtryck, dvs. får en medicin som sänker blodtrycket för mycket, säger han.

Forskargruppen kommer att följa ett stort antal personer från 60-årsåldern och framåt för att se om de som har lågt blodtryck på natten verkligen utgör en riskgrupp för framtida hjärnstörningar. Denna studie kommer att pågå i omkring tio år.

Att få blodtrycket till lagom nivå kan visa sig extra viktigt om nu vaskulär demens – demens som har med blodkärlen att göra – är vanligare än man hittills trott. Även om det inte går att bota själva demenssjukdomen, så skulle den kunna förebyggas genom åtgärder som att

sluta röka, äta nyttigare och få rätt blodtryck. På så sätt kan man kanske hindra att de små blodkärlen täpps till så att blodförsörjningen till hjärnan blir sämre.

Att få blodtrycket till lagom nivå kan visa sig extra viktigt om nu vaskulär demens – demens som har med blodkärlen att göra – är vanligare än man hittills trott.

– Vi vet att syrebrist skadar hjärnan. Och vi vet också att vissa delar av hjärnan får sin syreförsörjning från ett begränsat antal blodkärl. De delarna blir därför extra känsliga för skador på blodkärlen, förklarar Sölve Elmståhl. ■



Dans är trevlig motion och minskar också risken för benskörhet. FOTO: KENNET RUONA.

Motion och extrakilon skyddar mot benskörhet

Osteoporos, benskörhet, blir allt vanligare framför allt hos äldre kvinnor. En studie från avdelningen för ortopedi i Malmö visar att av över 1 000 malmökvinnor på 75 år, så hade 45 procent redan drabbats av minst en fraktur.

Mycket av bakgrunden till benskörhet är väl känd. Man vet t.ex. att skelettmassan minskar snabbt hos den som är stillasittande eller sängliggande, att rökning och mediciner som kortison har en dålig inverkan på skelettet, och att hög fysisk aktivitet är bra för nybildningen av ben.

I Malmöstudien visade det sig mycket riktigt att risken för benbrott var mindre för de 75-åriga

kvinnor som tog dagliga promenader, hade god balans och god muskelstyrka. Det visade sig också att kvinnor som vägde mer hade bättre benmassa och färre benbrott.

– Äldre kvinnor som väger 70 kilo eller mer har väldigt sällan osteoporos. Vikten var i vår studie faktiskt ännu mer avgörande än den fysiska aktiviteten när det gällde att skilja mellan dem som fått och dem som inte fått frakturer, säger osteoporosforskaren Kristina Åkesson.

ETT SKÄL KAN VARA att skelettet stärkts av den belastning det innebär att bära på ett antal extrakilon. Ett annat kan vara att fettceller och benceller, som biologiskt har vissa samband, på något

sätt stimulerar varandras utveckling. Den teorin studeras nu av Malmöforskarna. Ett tredje skäl kan vara bättre näring.

– Patienterna med frakturer är oftast magra, inte normalviktiga. En höftledspatient väger genomsnittligt hela sju kilo mindre än en jämförbar kvinna utan höftfraktur, säger Kristina Åkesson.

Att vara mager och undernärd är alltså en riskfaktor för benskörhet, medan en viss övervikt ger ett skydd. Rejäl övervikt är förstås av många skäl inget att rekommendera, men är också ovanligt i åldrarna över 70 år.

FÖR DEM SOM FÅTT DIAGNOSEN benskörhet finns idag mediciner som minskar nedbrytningen av skelettet. Ganska snart kan det också bli möjligt att förstärka skört ben med bencement eller konstgjort ben, det senare ett material som utvecklats av lundaortopen Lars Lidgren.

Mindre studier av sådan benförstärkning har varit mycket lovande. Nu pågår, bland annat i Lund/Malmö, studier där behandlade patienter jämförs med obehandlade kontrollpatienter. Om dessa stora studier också ger goda resultat kan sådan så kallad vertebroplastik bli ett nytt sätt att behandla skört ben. ■



Ovan: Höftfraktur som är åtgärdad.

Till vänster: En dam med handledsbrott tränar balans för att minska risken för framtida fall. FOTO: KARIN RINGSBERG.

Ojämn balansstörning kan bidra till yrsel

Äldre människor har inte sällan problem med yrsel och dålig balans, vilket är kan leda till fall och frakturer. Forskare vid avdelningen för öron-, näs- och halssjukdomar i Lund har nyligen upptäckt en hittills okänd faktor som kan bidra till yrsel och balanssvårigheter.

Att människan över huvud taget kan behålla balansen i upprätt ställning är en prestation som kräver ett komplicerat samarbete i kroppen. Musklerna har i uppgift att notera kroppsdelarnas ställning och hur vikten är fördelad på fotsulorna, och ändra detta i enlighet med kommandon från hjärnan. Dessa kommandon är i sin tur beroende av både musklernas signaler och signalerna från synen och från örats jämviktsorgan.

Redan vid 40–50 års ålder börjar människans sinnesfunktioner bli en smula sämre, men det är först flera årtionden senare som försämringarna ger effekter på balansen. Samtidigt har ofta den äldre personens muskelmassa minskat, vilket också påverkar hållning och balans.

DESSA FAKTA ÄR KÄNDA sedan länge. Det nya, som visats i en studie av lundaforskaren Måns Magnusson och hans medarbetare, är att så kallad vestibulär asymmetri kan bidra till balansstörningar. ”Vestibulär asymmetri” innebär att den så kallade vestibularapparaten, örats jämviktsorgan, är försämrad i det ena örat men inte i det andra. Hjärnan får därigenom inte likvärdiga signaler från de olika öronens jämviktsorgan. Detta visade sig vara en inte ovanlig förekomst: av 49 friska försökspersoner över 65 år hade så mycket som en tredjedel en sådan asymmetrisk störning i örats jämviktsorgan.

Intressant nog verkar också en asymmetrisk funktionsstörning vara ännu vanligare hos personer som råkat ut för fall och frakturer. Preliminära resultat tyder på att nära tre fjärdedelar av i övrigt friska höftfrakturs-patienter hade en vestibulär asymmetri, som kan ha bidragit till deras fallolyckor. När man snavar eller halkar gör kroppen spontana rörelser för att rätta upp sig och återvinna balansen, men om de båda öronens balansorgan inte fungerar på samma sätt kan det bli svårare att göra de snabba rörelser som behövs för att inte falla. ■

Håll hjärnan igång!



Patrik Brundin studerar både akuta och kroniska neurodegenerativa sjukdomar. FOTO: INGELA BJÖRCK.

Hjärnsjukdomar som stroke, Alzheimers och Parkinsons sjukdomar beräknas snart bli en vanligare dödsorsak för äldre människor än cancer. Lunds universitet deltar i flera stora internationella forskningsprogram inom dessa områden.

Även ett normalt åldrande påverkar hjärnan. De enheter inom nervcellerna som ska rensa ut slaggprodukter av olika slag blir mindre effektiva, vilket gör att slaggprodukter lagras och nervcellerna fungerar sämre. Äldre hjärnceller är också mindre benägna att formas om, tillverka tillväxtfaktorer och skapa nya kontakter med andra hjärnceller.

– Att försöka hålla sin hjärna i gång är ett viktigt sätt att motverka försämringarna, säger neuroforskaren Patrik Brundin. Många studier tyder på att även enkla saker kan vara viktiga, som t.ex. att ta olika vägar till affären i stället för att alltid gå samma invanda väg. Hjärnan mår bra av stimulans, oavsett hur gammal man är!

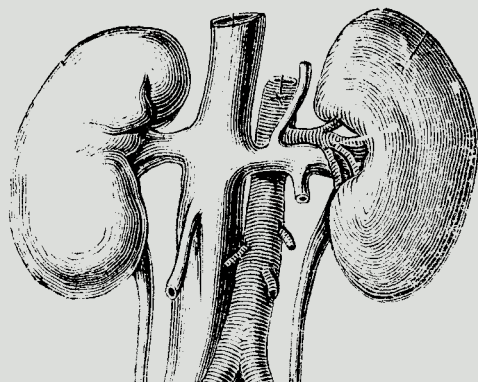
Vid stroke och sjukdomar som Alzheimers och Parkinsons handlar det dock inte om ett normalt

åldrande. Stroke innebär att ett stort antal hjärnceller dör på grund av antingen en blödning eller en blodpropp. Vid Alzheimers sjukdom uppstår så kallade plack, proteinklumpar som skadar nervcellerna, och vid Parkinsons sjukdom har de dopamintillverkande cellerna i hjärnan slutat fungera.

STROKE ÄR EN AKUT SJUKDOM, medan Alzheimers och andra s.k. neurodegenerativa (nervförvinande) sjukdomar fortskrider långsamt. Ändå tyder många forskningsrön nu på att vissa mekanismer är gemensamma för alla dessa hjärnsjukdomar. Inflammation tycks t.ex. i likhet med ett överskott av somliga signalsubstanser kunna ge startskottet för ett förlopp som leder till värre skador. Patrik Brundin har nyligen blivit koordinator för ett tvärvetenskapligt nordiskt forskarnätverk som ska studera både akuta och kroniska neurodegenerativa sjukdomar, något som är ovanligt även internationellt sett.

Brundins forskargrupp deltar också i ett EU-projekt om en grupp proteiner kallade celladhe-

Många gamla positiva till transplantation av äldre njurar



Väntetiden för att få en transplanterad njure är idag mycket lång. Ett sätt att förkorta den är att använda njurar från "marginella givare", dvs. personer som varit så pass gamla eller sjuka att deras njurar statistiskt sett har en något sämre funktion.

Etnologen Markus Idvall har i samarbete med chefsöverläkaren Nils H. Persson och transplantationskoordinatören Marie Omnell Persson undersökt hur njursjuka patienter i transplantationskön ställer sig till möjligheten att använda en njure från en sådan marginell givare.

Södra sjukvårdsdistriktet har utarbetat ett system för att informera en del av patienterna i transplantationskön om möjligheten att bli transplanterade med njurar från marginella givare. Dessa patienter är själva äldre eller har någon sjukdom som kan komplicera transplantationen och trans-

sions-molekyler, CAM. Deras uppgift i hjärnan tros vara att stärka de nervcellskontakter som får ett minne att "fastna" i stället för att bli bara en tillfälligt passerande upplevelse. Djurförsök har visat att djur vars CAM-funktion störts får sämre minne. Forskargruppens förhoppning är därför att uppnå det omvända: att hitta ett sätt att förbättra CAM-proteinernas funktion och därigenom på sikt kunna utveckla en behandling av demens.

Transplantation av nervceller vid Parkinsons sjukdom, slutligen, är en gammal forskningslinje för både Patrik Brundins grupp och flera andra forskargrupper vid Lunds universitet. 18 patienter, den äldsta av dem 69 år, har fått nervcells-transplantat till hjärnan med huvudsakligen positiva resultat.

ARBETET HAR DOCK NU TAGIT en paus på grund av bristen på lämplig vävnad att transplantera. Stamceller från aborterade foster, som forskarna hittills använt, är svåra att fortsätta med av både etiska och praktiska skäl. Celler från embryon som blivit över vid provrörsbefruktningar är ett möjligt alternativ, stamceller från en vuxen hjärna ett annat, men mycket arbete återstår innan detta kan bli en kliniskt tillämpbar verklighet. ■



Hjärnan måste stimuleras för att motverka de försvagningar som kommer med åren.

plantatets överlevnad. Tanken är att medan en frisk yngre person behöver en fullgod njure som kan fungera i många årtionden, så kanske en 70-åring eller en person med diabetes klarar sig med en njure som fungerar i lite kortare tid.

De som står i den alternativa kön står fortfarande kvar i den vanliga transplantationskön. Möjligheten att få en njure från en marginell givare är därför inte en ersättning för möjligheten att få en fullgod njure, utan ett sätt för den som vill att förhoppningsvis snabbare slippa dialysbehandlingens bundenhet.

Markus Idvall har djupintervjuat 22 njursjuka patienter som fått information från Transplantationsenheten om möjligheten att få en "marginell njure". 15 av de tillfrågade hade svarat ja till erbjudandet att få stå på den alternativa listan, medan 7 svarat nej. Samtliga var, oavsett hur de valt att svara, nöjda med möjligheten att ha fått ta en

egen ställning i frågan. Deras situation kändes uppenbarligen lättare att uthärda genom vetskapen att det fanns alternativ, och att de själva haft frihet att välja mellan alternativen.

Patienterna visade sig också ha en stor tillit till sina läkare. De som sa ja till att stå på den alternativa listan underströk att läkarna säkert vet vad de gör: "Att sätta in en dålig sak vore att öds-la tid", "Man tar inte risken att sätta in något dåligt i en person".

Oavsett svar, så visar studien att patienterna också stärkts av sina respektive beslut. De som svarat ja har kunnat stärka bilden av sig själva som aktiva patienter i motsats till de medpatienter som går i dialys i passiv väntan på en fullgod njure. De som svarat nej känner sig å sin sida stärkta av att de, trots chansen till en kortare väntetid, inte haft lust att nöja sig med annat än ett fullgott organ. ■



Markus Idvall har undersökt hur njursjuka patienter ställer sig till att få en njure från en s.k. marginell givare.



Äldre har ofta mer än en sjukdom på samma gång. Hur man bemästrar det har ofta stor betydelse för livskvaliteten. FOTO: PRESSENS BILD/OMNI PHOTO/INDEXSTOCK.

Viktigt att vara flexibel när krisen kommer

Alla har vi olika sätt att möta kriser i livet. Somliga begraver sig i arbete, andra söker tröst hos närstående eller accepterar det skedda som ödets gång. Dessa olika sätt att reagera får stor betydelse när man är gammal och sjuk i flera kanske obotliga sjukdomar. "Hur man tar det" blir då extra viktigt för "hur man har det".

Ingela Steij Stålbrand är beteendevetare och forskar om äldre som har flera sjukdomar på en gång – kanske både diabetes, hörselproblem och hjärtkärlsjukdomar, eller både reumatism, dålig syn och cancer. Det hon är intresserad av är hur dessa personer försöker bemästra de svårigheter de möter, något som på forskarspråk kallas ”coping”.

För att undersöka detta har man intervjuat drygt 1000 deltagare i det stora forskningsprojektet GÅS, Gott Åldrande i Skåne. Deltagarna, som varit mellan 60 och 93 år, har fått fylla i frågeformulär om kost, ekonomi, livsstil och hur de mår till kropp och själ. De har också fått berätta om sina reaktioner efter en svår händelse i livet, t.ex. en skilsmässa, en sjukdom eller ett dödsfall inom familjen.

UTIFRÅNDESSA BERÄTTELSEr håller forskarna nu på att identifiera olika strategier, dvs. olika handlings- och tankemönster. Några kan till exempel ha bätt om hjälp med praktiska saker eller sökt andlig vägledning. Andra kan ha låtit myndigheterna ta över ansvaret för situationen eller själva försökt påverka den. Åter andra kan ha blivit arga och aggressiva, flytt in i arbete, gått igenom en sorgfas eller tvärtom fastnat i sorgen.

Somliga av dessa strategier kan ses som mer konstruktiva än andra. Människors olika sätt att hantera svåra händelser i livet påverkar deras livskvalitet, och kan till och med ha betydelse för deras livslängd.

– Men vi är inte ute efter att säga att någon gör fel medan en annan gör rätt, understryker Ingela Steij Stålbrand. Vårt mål är snarare att kunna peka på att det finns mer än ett möjligt sätt att reagera.

Även om våra reaktioner i svåra situationer hänger samman med vår personlighet, så är de flesta personligheter mångfasetterade, menar hon. Man kanske oftast visar bara en sida av sig själv, men det finns också andra möjligheter:

– Det är som med en verktygslåda. Kanske man är van vid att i de flesta fall använda bara hamma-

re och såg. Men lådan innehåller också många andra verktyg som inte bör glömmas bort!

En kris, som t.ex. en sjukdomsdiagnos på ålderns höst, är alltid omskakande och plågsam. Men den kan också ge möjlighet att komma ur invanda mönster.

– Och då är det bra om personalen inom vård och omsorg har kännedom om olika möjliga strategier, och kan bidra med förslag: ”Kunde detta vara ett sätt? Har du provat att tänka så här i stället?”.

Tidigare forskning har visat att aktiva strategier brukar fungera bättre än passiva. De omfattar inte bara aktivitet i fysisk mening, som kanske är omöjlig för den som är gammal och sjuk, utan även aktivitet i betydelsen att hålla sig intresserad, försöka hänga med och ta initiativ. Den som ser sig som en person med möjlighet att på-

Människors olika sätt att hantera svåra händelser i livet påverkar deras livskvalitet, och kan till och med ha betydelse för deras livslängd.

verka mår bättre än den som är passiv, väntar på andras agerande och ser sig som maktlös.

PÅ SAMMA SÄTT brukar det vara bättre att möta ett problem än att undvika det. Men det är alltid den enskilda situationen som avgör.

– Undvikande kan också ha sitt värde, i vissa fall. Det kan ibland vara nödvändigt att förtränga en svår sak ett tag tills man samlat krafter nog för att konfrontera problemet.

– Det viktigaste är att vara flexibel. Den som kan reagera på olika sätt i olika lägen klarar sig bättre än den som är van vid att möta alla situationer med samma reaktionsmönster. Det motsvarar att ha tillgång till alla verktyg i verktygslådan, i stället för att försöka fila med hammaren! säger Ingela Steij Stålbrand. ■



Ingela Steij Stålbrand forskar om hur äldre med flera sjukdomar tar itu med de svårigheter de möter. FOTO: CECILIA HYLKÉN.

Bör yngre gå före äldre?



ILL: PETTER LÖNEGÅRD.

Är ålder en relevant grund för att säga nej till en viss behandling för en patient?

Inte enligt svenska riksdagen, som slagit fast att ingen patient får prioriteras bort på grund av faktorer som ålder, kön, etniskt ursprung eller social status. Enkäter i befolkningen visar däremot att yngre personer – men inte äldre – ibland ser ålder som en viktig faktor.

Det är en del av den yngre och medelålders befolkningen, både i Sverige och utomlands, som tycker att åldern är ett viktigt kriterium när valet står mellan två patienter. Man menar att de yngre i sådana fall bör gå före de äldre patienterna.

– Äldre personer ser däremot i regel inte ålder som någon viktig prioriteringsgrund. Bara de allra äldsta anser att den kan vara det – och i så fall omvänt, så att prioriteringarna gynnar de yngre! säger vårdforskaren Elisabet Werntoft.

Hon har undersökt äldre personers syn på prioriteringar i hälso- och sjukvården. 900 personer på 60 år och uppåt har tillfrågats om deras inställning i dessa frågor. En sådan studie inriktad specifikt på de äldres åsikter har inte tidigare gjorts.

Alla deltagarna i Werntofts studie anser att barn bör prioriteras. Men i övrigt tycker fyra fem-

Socialvården prioriterar alltid barn

Nackvärk, lindriga prostatabesvär och godartade tumörer behandlas inte längre av den offentliga vården i Östergötland. Landstinget i Linköping har kommit längst i den diskussion om prioriteringar inom hälso- och sjukvården som tagit ordentlig fart på senare år.

Men hur är det inom socialvården – skulle socialtjänsten kunna sätta upp en motsvarande lista över mest respektive minst prioriterade insatser?

Professorn i rättssociologi i Lund, Karsten Åström, har undersökt frågan på uppdrag av Socialstyrelsen. Han har studerat lagarna på området samt

deras förarbeten och den praxis som vuxit fram i samband när socialtjänstens beslut överklagats i olika kommuner.

En tydlig prioritering i Socialtjänstlagen gäller barn. I alla sammanhang, både när det gäller insatser till grupper och till enskilda individer, ska barns bästa prioriteras. En annan tydlig prioritering gäller frivilliga insatser framför tvångsåtgärder: det är klart utsagt att socialtjänsten inte bör ta till tvång förrän alla försök med frivillig vård misslyckats.

När det gäller äldre finns inte samma tydliga prioritering. En mängd åtgärder till förmån för äldre räknas upp i en proposition om äldrepolitik (ökad kompetens hos personalen, bättre till-

tedelar av de tillfrågade att ålder inte bör vara något avgörande kriterium för prioritering, som i stället borde grundas på faktorer som t.ex. smärta och överlevnadschanser. De tillfrågade anser också att de nödvändiga prioriteringarna bör göras av läkare hellre än av politiker.

Men även om deltagarna i Elisabet Werntofts studie inte generellt tyckte att ålder skulle vara en grund för prioriteringar, så kunde åldern spela in när det gällde olika tänkta fall. Ett sådant fall var t.ex. frågan om vem som skulle få en ny njure inopererad: en 60-åring, en 70-åring eller en 80-åring?

– Över fyra femtedelar av de svarande ville ge njuren till 60-åringen. En kvinna på 80 år motiverade sitt svar med att hon inte själv skulle vilja gå igenom en sådan operation, berättar Elisabet Werntoft.

I ANDRA TÄNKTA FALL var det patienternas övriga livssituation som blev avgörande. Det gällde exempelvis frågan om vem som skulle prioriteras för en starroperation: en dement 60-åring, en hjärtsjuk 70-åring eller en fullt frisk 80-åring?

Här valde nästan hälften att förorda den friska 80-åringen, med motiveringen att denna med återställd syn skulle kunna klara sig bra på egen hand. Den dementa 60-åringen däremot hade redan hemhjälp, och kunde på så sätt få hjälp med

uppgifter som krävde en god syn. Troligen spelade det också in att 60-åringen i det tänkta fallet led just av demens, eftersom demens är en sjukdom som i Werntofts studie överlag ledde till lägre prioriteringar.

Få av deltagarna i studien trodde att de själva i något sammanhang blivit bortprioriterade. Ändå kan detta mycket väl ha hänt, eftersom sjukvården hela tiden tvingas prioritera – valet mellan att låta en patient få förtur i kön eller placeras långt ner görs ju ständigt. Det nya är bara att detta nu börjar bli öppet diskuterat, vilket Elisabet Werntoft tycker är värdefullt.

I DEN MÅN ÄLDRE PATIENTER i praktiken hamnar lågt i prioriteringen, så kan detta också ses som en indirekt nedprioritering av kvinnor, framhåller hon. Kvinnor lever ju längre än män, och är i höga åldrar även sjukare än jämnåriga män.

Kvinnorna har också i regel sämre ekonomi. Det avspeglade sig i studien som en skillnad mellan könen när det gällde prioriteringar för en starroperation. Männen var oftare villiga att betala för att bli opererade genast, medan fler kvinnor än män föredrog att stå på väntelista i 18 månader för att sedan kunna få operationen utan kostnad. ■

”Om jag var läkare och tvingades välja mellan en gamling som jag själv på 88 år och en familjeförsörjare på 27, så vore det väl rätt att satsa på den yngre”.

”Alla ska få sjukvård. Om min son blev sjuk så skulle jag vilja att han kom först i kön. Men det skulle jag även vilja om min mamma blev sjuk”.

*Citat ur svar i
Elisabet Werntofts
studie.*

gång till rehabilitering och hjälpmedel m.m.), men är inte formulerade på ett sätt som ger dem någon stark rättslig grund. När det gäller stöd till anhöriga som vårdar äldre familjemedlemmar sägs det i ett annat sammanhang t.o.m. klart att detta ”måste ses som en frivillig verksamhet för kommunen”, alltså inget som de anhöriga har rätt att kräva.

ENLIGT KARSTEN ÅSTRÖM kan socialtjänsten, i brist på detaljerade prioriteringsregler, framför allt utgå från tre mycket övergripande kriterier som anges i lagstiftningen: demokrati, jämlikhet och solidaritet samt trygghet. Att tillämpa principen ”solidaritet” kan t.ex. innebära att prioritera dem som har störst behov, vilket ökar jämlikheten mellan kommunens invånare.

Dessa tre kriterier är så vaga att de ger dåligt stöd i konkreta fall, när det handlar om avvägning-

ar mellan enskilda individers behov. Men Karsten Åström menar att det nog inte finns någon bättre lösning:

– Det är knappast möjligt att ta fram en detaljerad prioriteringslista inom socialtjänstens område. Visst skulle man kunna förtydliga vissa skrivningar i lagen, men den måste ändå tillämpas utifrån de lokala förhållandena, menar han.

En god prioritering på det sociala området kan i så fall sägas vara den som stämmer med lagstiftarnas intentioner och som accepteras av både befolkningen och tjänstemännen inom kommunen eftersom den bygger på kunskap om lokala sociala och ekonomiska förhållanden.

En dålig prioritering däremot är den som grundar sig på andra förhållanden än den som anges, och som det därför finns anledning att ifrågasätta. ■

Hur påverkar förändrade boendekostnader äldre personers beslut att t.ex. sälja villan och flytta till ett seniorboende? Hur påverkar de ekonomiska villkoren i olika kommuner sådana flyttbeslut? Hur påverkar olika skatte- och pensionsregler de äldres vilja att fortsätta arbeta? Hur påverkas inkomst, bostad och pensionsbeslut av en persons hälsa, och hur påverkar hälsan i sin tur inkomst, bostad och pensionering?

Hälsa och ekonomi hänger ihop



Björn Lindgren är professor i hälsoekonomi.

Alla frågorna ovan hänger ihop, och alla är viktiga inte bara för de enskilda individerna utan också för samhällets möjlighet att planera för framtiden.

Om politikerna t.ex. ändrar reglerna för fastighetsskatten, för pensionsåldern eller för sjukersättningen så får det en mängd effekter inte bara direkt utan också indirekt. Höjer man exempelvis pensionsåldern är syftet att samhällsekonomin ska förbättras genom att det blir fler arbetade timmar i landet. Men förändringen kanske också tvingar många att söka förtidspension på grund av sjukdom och trötthet, vilket har motsatt effekt.

Hos det svenska finansdepartementet finns en simuleringsmodell kallad SESIM, som är till för att klargöra den här sortens samband. Modellen bygger på data om utbildning, arbete, bostadsförhållanden etc. hos Sveriges 9 miljoner invånare.

SESIM HAR HITTILLS INTE HAFT med hälsa som en av sina ingångsfaktorer. En grupp forskare vid Lunds universitets centrum för hälsoekonomi, LUCHE, håller därför på att komplettera modellen så att också hälsan – en viktig faktor i allas liv och ekonomi – kommer med.

– SESIM-simuleringarna ger en möjlighet att göra experiment med förändringar i samhället. Man kan ändra förutsättningarna för någon av alla faktorer som ingår och se vad som händer, förklarar professor Björn Lindgren.

– Vi vet t.ex. att det finns ett samband mellan utbildning och hälsa, bland annat eftersom utbildning ger bättre kunskaper om hur man ska sköta sin hälsa. Om vi då förbättrar utbildningen i Sverige, innebär det att kostnaderna för äldre-

omsorg och sjukvård sänks så att satsningen ”lönar sig” för samhället?

– En annan möjlig fråga är vad som händer om staten behöver pengar och beslutar sig för att sänka sjukersättningen. Hur påverkar det sjukskrivning, förtidspensionering och människors livsinkomst? Och vad händer i dessa avseenden om man i stället gör någon annan åtgärd, t.ex. höjer skatterna?

SESIM VAR FRÅN BÖRJAN inte inriktad på frågor kring de äldre i samhället. Men när den svenska befolkningen nu blir allt äldre är det viktigt att få med bedömningar av de val som görs just av ”babyboomens” generation. För det arbetet står forskaren Kristian Bolin.

– Jag skickar mina uppgifter till Sesims statistiker som gör löpande förbättringar av systemet, förklarar han.

– De mycket komplicerade samband som finns i simuleringsmodellen skulle inte ha gått att räkna ut för bara 10–20 år sedan. Det är först nu som datorerna blivit så kraftfulla att det går att göra så svåra beräkningar.

Forskarna vid LUCHE deltar också i två stora europeiska studier om sambanden mellan ekonomi och hälsa och om de val som politiker och enskilda kan behöva göra i framtiden. Här är det en stor fördel att kunna göra europeiska jämförelser. Förändringar som ett land just håller på att diskutera, ett nytt pensionssystem t.ex., kanske redan är införda i ett annat land vars erfarenheter det första landet kan dra nytta av. På så sätt tjänar hela Europa som ett sorts laboratorium där de olika länderna utgör naturligt uppkomna experiment- och kontrollgrupper. ■

Pensionsreform resultat av krismedvetenhet

1999 års pensionsreform, enligt vilken de framtida pensionerna i huvudsak bestäms av tillväxttakten i den svenska ekonomin, stämmer inte med gängse teorier om hur väljare betar sig i valet av pensionssystem.

Det visar universitetslektorn i nationalekonomi Agneta Kruse, som studerat pensionsreformerna i Sverige under 1900-talet.

Pensionssystem enligt västvärldens modell kan ses som ett sätt att fördela pengar mellan generationerna, från de yngre till de äldre. Enligt den så kallade public choice-teorin har ”medianväljarna”, de väljare som statistiskt sett ligger på medianen åldersmässigt, stor betydelse för hur dessa system utformas. Ju äldre medianväljarna är, desto större intresse har de av att rösta för att pensionssystemen byggs ut. Medianväljaren har ju redan avverkat många av sina avgiftsbetalande år och slipper därför att betala eventuella högre avgifter under hela sitt arbetsliv, men kan däremot vänta sig att inkassera motsvarande högre pensioner under hela sin ålderdom.

TEORIN ÄR FÖRANKRAD GENOM stora internationella undersökningar. Och den har också stämt bra även i Sverige, ända fram till den senaste pensionsreformen. Genomsnittsåldern i landet har stigit under 1900-talet samtidigt som pensionssystemet byggts ut i flera omgångar, precis som nationalekonomerna väntat sig.

1999 års reform faller däremot utanför mönstret. Pensionssystemet har nu knutits till Sveriges ekonomiska tillväxt, så att det kanske inte alls blir några höjda pensioner utan tvärtom en risk för sänkta pensioner i framtiden.

Motsvarande reformförslag har inte kunnat genomföras i länder som Frankrike, Italien och Spanien, som haft samma problem som Sverige med en åldrande befolkning och ett på sikt ohållbart pensionssystem. I dessa länder har alla pla-



ner på en reform mött våldsamma protester från medelålders väljare som motsatt sig urholkade pensionsförmåner.

Skillnaden beror troligen på en kombination av skickliga svenska politiker och en allmänhet som insett problemets vidd.

– I t.ex. Frankrike och Italien har upprepade skandaler kring politiker och pengar fått människor att tro att det finns gott om statliga medel, bara man kan tvinga politikerna att plocka fram dem. I Sverige har det funnits en större medvetenhet om att det faktiskt inte finns några sådana dolda pengar för de framtida pensionerna, säger Agneta Kruse.

– Den grupp politiker som förberedde reformen var också genuint intresserad av frågan, och lyckades undvika partipolitiska låsningar. Det gemensamma målet var att hitta ett nytt system som inte, likt det gamla, skulle lägga över en växande skuldbörda på våra barn och barnbarn. ■

Hur stor blir pensionen? Det avgörs numera delvis av Sveriges ekonomiska tillväxt.

FOTO: PRESSENS BILD/JONAS LINDKVIST.



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Medicinska fakulteten,
Lunds universitet
Box 117,
221 00 Lund
Telefon (vx): 046-222 00 00
www.medfak.lu.se



Universitetssjukhuset
i Lund
221 85 Lund
Telefon (vx): 046-17 10 00
www.lund.skane.se

Universitetssjukhuset
MAS i Malmö
205 02 Malmö
Telefon (vx): 040-33 10 00
www.umas.se