

Sociala skillnader i äldre kvinnors hälsa



En kunskaps-
sammanställning av
KvinnorKan

Copyright 2014 KvinnorKan
Producerad med stöd av Ungdomsstyrelsen, Stockholm
Författarna ansvarar för innehållet i sina egna texter
Textredigering: Karin Torgny
Grafisk form: Dahlbäck/Söderberg

ISBN 978-91-981993-0-7



Detta verk är licensierat enligt Creative Commons
Erkännande-Ickekommersiell-IngaBearbetningar 2.5 Sverige licens.
För att visa licensen, besök:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/se/>

Kapitel 1

sid 10

Äldre kvinnors hälsa

Carin Lennartsson



Kapitel 2

sid 24

Äldre kvinnor och psykisk ohälsa

Susanne Rolfner Suvanto



Kapitel 3

sid 32

Munhälsa hos äldre kvinnor

Ulrika Lindmark



Kapitel 4

sid 44

Ta hand om sköldkörteln

med en nypa salt

Helena Filipsson Nyström

FÖRORD

Sociala skillnader i kvinnors hälsa har varit ett tvåårigt projekt som genomförts av KvinnorKan under perioden 2012-10-01 till 2014-10-01, med projektbidrag från Ungdomsstyrelsen. Under det första året var fokus på unga kvinnor, det andra året har ägnats åt sociala skillnader i äldre kvinnors hälsa. Syftet med projektet har varit att öka såväl unga som äldre kvinnors medvetenhet om den egna hälsan, framförallt hos kvinnor som lever i social och/eller ekonomisk utsatthet.

Arbetet med projektets andra år har fortlöpt enligt första årets upplägg, med en projektledare och KvinnorKans styrelse i styrgruppen. En mindre projektbudget tilldelades år två, vilket begränsade antalet experter som kunde knytas till projektet detta år. Förutom att utifrån sina respektive kompetensområden skriva kapitlen i denna rapport, har de varit föredragshållare vid KvinnorKans seminarier i Göteborg, Jönköping och Stockholm. Rapporten bygger på evidens och forskning och är framförallt avsedd att ge stöd till dem som arbetar inom äldreomsorg, sjukvård och socialtjänst och som i sin yrkesutövning möter socialt utsatta äldre kvinnor. Projektrapporterna finns i pdf-form i följande versioner:

- ~ Del 1. Sociala skillnader i unga kvinnors hälsa (2013) ISBN 978-91-981993-2-1
 - ~ Del 2. Sociala skillnader i äldre kvinnors hälsa (2014) ISBN 978-91-981993-0-7
 - ~ Sociala skillnader i kvinnors hälsa (2014) ISBN 978-91-981993-1-4
- Sammanslagning av Del 1 och Del 2.

Rapporterna beställs kostnadsfritt från KvinnorKan: info@kvinnorkan.se. Vår förhoppning har varit att dessa rapporter ska bidra till att öka möjligheten för kvinnor att förbättra sina villkor, sitt deltagande i den demokratiska processen och bevara sin hälsa långt upp i åren.

Stockholm, augusti 2014
Projektledare Åsa Strindlund
samt styrelsen för KvinnorKan

BAKGRUND

Under arbetet med KvinnorKans projekt Kvinnors fattigdom (2012) fann vi att socioekonomisk utsatthet och ohälsa går hand i hand. Många frågor väcktes kring hur social utsatthet påverkar kvinnors hälsa. Vilka faktorer bidrar till skillnaderna i ohälsa mellan könen? Hur kommer det sig att kvinnor har längre medellivslängd än män samtidigt som män i alla åldersgrupper gör något mer positiva bedömningar av sin hälsa än kvinnor? För att lyfta dessa frågor ansökte KvinnorKan om bidrag från Ungdomsstyrelsen för ett tvåårigt projekt, Sociala skillnader i kvinnors hälsa. Första året ägnades åt unga kvinnors hälsa i förhållande till socioekonomisk utsatthet och hösten 2013 påbörjades projektets del två, med fokus på äldre kvinnor.

Framstående experter har engagerats i projektets referensgrupp och presenteras i anslutning till respektive kapitel. Carin Lennartsson redogör i det inledande kapitlet för kvinnors hälsa under den senare delen av livet och visar att det finns betydande socioekonomiska skillnader i hälsa bland kvinnor över 75 år. Skillnaderna återfinns i en mängd olika hälsoproblem samt i förväntad livslängd, där äldre kvinnor med låg socioekonomisk position har kortare förväntad livslängd än kvinnor med hög socioekonomisk position. Lennartsson konstaterar att äldre kvinnor med låg socioekonomisk position därmed är en särskilt utsatt grupp i befolkningen vad gäller hälsa och livslängd.

I det följande kapitlet ifrågasätter Susanne Rolfner Suvanto uppfattningen att kvinnor i högre grad än män drabbas av psykisk ohälsa eller oftare diagnostiseras som psykiskt sjuka, en uppfattning som endast i viss mån är sann och som bygger på våra föreställningar och värderingar kopplade till psykisk ohälsa och till kön. Rolfner Suvanto konstaterar att äldre personer med psykisk ohälsa är en heterogen grupp med oändliga variationer vad gäller livssituation och att även snälla goa mormor kan lida av alkoholism eller andra missbruksproblem.

I kapitlet Munhälsa hos äldre kvinnor presenterar Ulrika Lindmark en positiv utveckling av tandhälsan i Sverige, där allt fler äldre behåller sina egna tänder. Trots detta finns skillnader i munhälsa mellan olika grupper, där orsaken till om man har tänder eller inte kan relateras till ålder, kön, socioekonomi, etnisk bakgrund och kultur, men också till olika psykosociala faktorer och levnadsförhållanden. Även om antalet äldre kvinnor som har fler egna tänder i behåll har ökat, finns de flesta i den högre socioekonomiska gruppen, medan de med sämre ekonomiska förhållanden uppsöker tandvården mer sällan och samtidigt har en sämre allmänhälsa, med ökad risk för olika munsjukdomar som följd.

I det avslutande kapitlet redogör Helena Filipsson Nyström för olika typer av sköldkörtelsjukdomar, däribland Graves sjukdom. Filipsson Nyström betonar vikten av att konsumera jodberikat salt för att undvika sköldkörtelsjukdomar, eftersom jodinnehållet i svenska livsmedel är lågt. Förutom att räknas till folksjukdomarna är sköldkörtelsjukdom en kvinnosjukdom som blir vanligare med stigande ålder.

9

Området sociala skillnader i kvinnors hälsa är omfattande och KvinnorKan har valt att i detta projekt belysa några av många intressanta ämnesområden. Vi hoppas att våra rapporter ska vara lärorika och ge dig som läsare användbara verktyg i mötet med såväl unga som äldre kvinnor. Tillsammans kan vi mer!

Åsa Strindlund
projektledare KvinnorKan

Äldre kvinnors hälsa

CARIN LENNARTSSON

Docent i sociologi och universitetslektor vid Aging
Research Center (ARC), Karolinska Institutet/Stockholms Universitet.
Hennes forskning handlar om äldre personers levnadsförhållanden
och hälsa samt hur dessa förhållanden har förändrats under de
senaste årtiondena. Hon är också projektledare och ansvarig
för Undersökningen om äldres levnadsvillkor -SWEOLD.

10

SAMMANFATTNING

Sverige har en stor andel äldre personer i befolkningen. Närmare 20 procent är över 65 år och det är en grupp som domineras av kvinnor. Detta kvinnoöverskott ökar till nästan två tredjedelar i åldrarna över 80 år. Det här kapitlet illustrerar ojämlikhet i hälsa bland äldre kvinnor. Det vill säga hälsan i senare delen av livsloppet, då effekten av tidigare förhållanden är som störst och där ohälsa, funktionsnedsättningar och dödlighet på allvar börjat göra sig gällande.

Resultaten visar att många äldre kvinnor har god hälsa och klarar vardagen på egen hand, utan stöd eller hjälp från andra. Andra har hälsoproblem och är i behov av vård och omsorg. Det finns betydande socioekonomiska skillnader i hälsa bland kvinnor över 75 år. Skillnaderna återfinns i en mängd olika hälsoproblem, samt i förväntad livslängd. Äldre kvinnor med låg socioekonomisk position har kortare förväntad livslängd än kvinnor med hög socioekonomisk position och den förväntade livslängden har också varit svagast bland lågutbildade kvinnor. Äldre kvinnor med låg socioekonomisk position är därmed en särskilt utsatt grupp i befolkningen vad gäller hälsa och livslängd. Kapitlet avslutas med en kort diskussion om socialtjänstens äldreomsorg.

INLEDNING

Sveriges liksom världens befolkning blir generellt sett allt äldre. Vår livslängd ökar. Från mitten av 1800-talet och fram till idag har medellivslängden ökat från 49 år till närmare 84 år för kvinnorna och för männen har medellivslängden ökat från 45 år till 80 år. Det är främst förbättrade levnadsförhållanden och medicintekniska framsteg som bidragit till denna ökning. Fram till mitten av 1950-talet var det främst förbättrade levnadsförhållanden bland barn och ungdomar som låg bakom den ökade medellivslängden, men sedan dess är det främst en minskad dödlighet bland äldre som leder till en fortsatt ökad medellivslängd.

Den ökande medellivslängden tillsammans med låga födelsetal innebär att befolkningen åldras. Det är inte bara andelen vuxna personer över 65 år som ökar, utan även den allra äldsta delen av den svenska befolkningen. Siffror från Statistiska Centralbyrån visar att år 1900 var andelen över 80 år strax över en procent av den totala befolkningen, idag utgör äldre personer över 80 år drygt fem procent (5,3 %) och andelen över 90 år är 1,3 procent. Det vill säga andelen över 90 år är idag större än vad andelen över 80 år var år 1900. Antalet och andelen män dominerar i alla åldrar upp till 62 år, men därefter är det klart fler kvinnor än män och andelen kvinnor blir allt större högre upp i åldrarna.

I och med att både antalet och andelen äldre ökar i befolkningen ökar även behovet av systematiska kunskaper om äldre kvinnor och mäns levnadsvillkor. Historiskt sett har äldre personer länge betraktats som en sårbar grupp i ekonomiskt och hälsomässigt hänseende och en stor del av välfärdsstatens resurser har riktats mot äldre, bland annat i form av pensioner. Även om forskningen har visat att fattigdom numera är relativt ovanligt bland äldre i Sverige (Fritzell & Ritakallio 2010), så utgör fortfarande ensamstående äldre kvinnor en riskgrupp. I ett hälsoperspektiv är äldre och i synnerhet äldre kvinnor fortfarande en utsatt grupp.

Livet som pensionär har förlängts avsevärt och antal år i livet som ålderspensionär utgör i dag närmare en tredjedel av den genomsnittlige svenskens vuxna liv. Pensionsåldern har dessutom blivit alltmer flytande under senare år. Vid vilken ålder och på vilket sätt (exempelvis via deltid, sjukersättning) varierar mellan kvinnor och män och mellan olika yrkeskategorier och därmed olika sociala klasser. Kvinnor är i regel yngre än män när deras inkomster till största delen utgörs av "pension" och personer med tjänstemannayrken tenderar att jobba längre än arbetare (Kadefors och Wikman, 2011). Närmare 40 procent av kvinnorna fick sin största inkomst från sjukersättning åren innan de "pensionerades" (motsvarande siffra för männen var 30 %). Många kvinnor har därmed hälsoproblem redan innan de blir heltids-pensionärer (SOU 2011:05).

Hur hälsan påverkas direkt efter pensioneringen och senare i livet beror delvis på vilket yrke och arbetsförhållanden man lämnar. Att pensioneras från fysiskt krävande arbeten kan vara främjande för hälsan medan att lämna ett intellektuellt stimulerande arbete istället kan vara mindre gynnsamt för en fortsatt god kognitiv hälsa. Forskningen visar inte idag några tydliga svar på frågan om vid vilken ålder och vilken typ av arbete som lämnas och slutsatsen kommer med all sannolikhet att bero på om det är kvinnor eller män som studeras, vilken yrkesgrupp som studeras, vilken typ av hälsa och när efter pensioneringen som hälsan studeras.

ÄLDRE INGEN HOMOGEN GRUPP

Inom äldreforskningen delar man ibland in gruppen 65 år och äldre, ofta definierade som "äldre", i två olika faser. I den första fasen, som kallas den "tredje åldern", sätter hälsan inte några större hinder för vad man kan göra. Till skillnad från för bara femtio år sedan, får numera nästan alla chans att leva relativt många år i den tredje åldern. En god tendens tycks vara att om man har en god hälsa vid 65 år, har man sannolikt även en god hälsa vid 75 år. De flesta i tredje åldern är sammanboende och i flera avseenden har de yngre äldre (ofta definierat som gruppen 65–74 år) det ekonomiskt bättre än ungdomar och unga vuxna (Lennartsson & Lundberg, 2007). Den tredje åldern kan därmed ses som en period med ökad fritid och konsumtion.

För de allra flesta inträder förr eller senare en ytterligare fas, den "fjärde åldern". Den inleds ofta med en sjukdom, en stroke, ett fall eller en annan skada som i en hast förändrar livet och vardagen både för en själv och för de i den närmaste omgivningen. Endast ett fåtal äldre avlider plötsligt utan några påtagliga hälsoproblem. Den vanligaste dödsåldern för kvinnor är idag 87 år. I den "fjärde åldern" ökar antalet hälsoproblem, organen börjar svikta och fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar som uppträder samtidigt börjar bli allt vanligare. I den "fjärde åldern" är beroendet av andra människors vård och omsorg för att klara vardagen stora. När de olika faserna inleds och avslutas är inte jämnt fördelat i befolkningen, men klart är att de allra flesta får uppleva en tid med sjukdomar och funktionsnedsättningar samt ett beroende av andra – den sista delen av livet.

Sannolikheten att få uppleva ett långt friskt och oberoende liv skiljer sig mellan olika socioekonomiska grupper. De grupper med hög utbildning, hög inkomst och som arbetar eller har arbetat med traditionella medelklassyrken tenderar att i genomsnitt leva längre och ha färre hälsoproblem än grupper med lägre utbildning, lägre inkomster och som arbetat eller har arbetat med traditionella arbetarklassyrken (Rostila & Toivanen, 2010).

Det finns alltså systematiska skillnader i hälsa beroende på vilken socioekonomisk position kvinnor och män har i ett samhälle. Dessa sociala skillnader i hälsa finns i alla samhällen, även i rika länder som Sverige. De systematiska skillnaderna innebär inte att varje enskild individ med högre position har mindre hälsoproblem, utan att den grupp som den enskilde individen tillhör har i genomsnitt mindre hälsoproblem jämfört med gruppen med längre socioekonomisk position. Med andra ord är de som har det bättre ställt generellt friskare och lever längre än de som har det sämre ställt. Om den sociala ordningen i ett samhälle liknas vid en trappa så har individer bättre hälsa ju högre upp i trappan de står. Detta samband återfinns i alla åldrar och bland kvinnor och män. Det finns inte heller några tendenser till att ojämlikheten skulle minska (Rostila & Toivanen, 2010).

Ojämlikhet i hälsa kan därför förstås som hälsoskillnader som är systematiska och helt eller delvis skapade av sociala förhållanden. Hur livsvillkoren och hälsan ser ut och hur den fördelar sig mellan olika grupper varierar även mellan olika perioder och mellan olika födelsekohorter. Forskningen har dock kunnat konstatera att trots alla samhälls- och hälsoförändringar samt alla medicinska framsteg som gjorts, finns hälsoskillnaderna mellan olika sociala grupper kvar (Fritzell, 2010).

Även om dessa systematiska skillnader i hälsa finns mellan olika sociala grupper betyder det inte att alla individer kan ha ett identiskt hälsotillstånd. Vi har alla olika genetiska och biologiska förutsättningar för sjukdomar och hälsoproblem.

Det finns dock inte några forskningsresultat som tyder på att individer från olika socialt definierade grupper har olika genetiska och biologiska förutsättningar för en god hälsa.

KÖNSSKILLNADER I HÄLSA

Utöver de skillnader i hälsa och livslängd som återfinns mellan olika socialt definierade grupper, finns det även skillnader i dödlighet och hälsa mellan kvinnor och män. I genomsnitt lever kvinnor längre än män. Den vanligaste dödsåldern för kvinnor är 87 år och för män 82 år. Männerna har högre dödsrisk än kvinnor i alla åldrar upp till 95 års ålder. Samtidigt har kvinnor i alla åldrar generellt mer ohälsa och funktionsnedsättningar än jämnåriga män. Kvinnor drabbas i högre utsträckning av icke dödliga sjukdomar och hälsobesvär, de söker också oftare sjukvård och tar mer läkemedel än vad män gör, men de lever längre. Dessa skillnader kvarstår även upp i de högsta åldrarna (Schön, 2012).

Förklaringarna till varför kvinnor har sämre hälsa än män har genom åren varit flera och orsakerna är med all sannolikhet komplexa. Det handlar både om könsskillnader i olika sociokulturella faktorer, såsom socioekonomisk position, arbets- och familjeförhållanden, hälsobeteenden, etc., men även könsskillnader i biologiska faktorer, såsom gener, hormoner och fysiologi.

Mot bakgrund av rådande kunskap om ojämlikhet i hälsa mellan äldre kvinnor och män och mellan olika sociala grupper inställer sig frågan om äldre kvinnor med olika utbildningsnivåer har samma förväntade livslängd vid 65 respektive 80 års ålder? Eller varierar den återstående medellivslängden med utbildningsnivå på samma sätt som bland yngre personer? Den andra frågan är om hälsan är ojämnt fördelad mellan äldre kvinnor från olika sociala klasser? För att besvara frågorna ger kapitlet empiriska illustrationer av skillnader i förväntad livslängd mellan kvinnor med olika utbildningsnivåer samt skillnader i den genomsnittliga hälsan mellan olika sociala klasser bland äldre kvinnor.

Resultaten bygger på offentlig statistik från Statistiska Centralbyrån, SCB, och på en svensk nationell studie, Undersökningen om äldres levnadsvillkor -SWEOLD från 2011. I den studien har ett riksrepresentativt urval av den svenska befolkningen över 75 år bland annat besvarat frågor om sin hälsa och hur de klarar vardagen, vilka aktiviteter de utför och deltar i, hur ofta de träffar sina barn och vänner. Det utfördes även tester av den kognitiva och fysiska funktionsförmågan.

Hur hälsa och överlevnad fördelar sig bland äldre kvinnor beskrivs nedan. Dessa kvinnor är födda i början av 1900-talet. Deras hälsa och levnadsförhållanden på äldre dar har påverkats av samhälleliga och individuella förhållanden under livslöpet. Kapitlet inleds därför med en kortfattad beskrivning av hur livet generellt har sett ut för en individ född år 1925, det vill säga för kvinnor som idag är närmare 90 år. Bland annat ges en bild av demografiska förhållanden och några samhällsutvecklingar som födelsekohorten erfarit genom livet.

I den sista delen av detta kapitel diskuteras socioekonomiska skillnader i socialtjänstens äldreomsorg.

KVINNOR FÖDDA 1925

På 1920-talet, när dagens äldre föddes, var graviditeter och förlossningar betydligt mer riskfyllda än idag. Barnadödligheten (avlidna innan 1 års ålder) var drygt fem procent, vilket kan jämföras med de 0,2 procent som idag avlider innan 1 års ålder. För denna födelsekohort var medfödda missbildningar och infektionssjukdomar de vanligaste dödsorsakerna under det första levnadsåret.

Trots att födelsekohorten 1925 växte upp i skuggan av andra världskriget är det den första födelsekohorten där mer än 90 procent överlevde till sin 18-årsdag. Andelen var 92 procent bland flickorna och något färre bland pojkarna. Av dem födda 1925 bodde de flesta med båda sina föräldrar under uppväxten. Den vanligaste orsaken till att inte göra det var att någon av föräldrarna avled. När födelsekohorten fyllde 20 år slutade andra världskriget (Demografiska Rapporter 2014:2).

Folkskoleutbildning var den dominerande utbildningsnivån för födelsekohorten. Närmare 65 procent av kvinnorna hade grundutbildning i form av folkskola. Andelen med eftergymnasial utbildning var fortfarande låg. Det var endast sju procent av flickorna som fick en högre utbildning, vilket var betydligt färre än bland pojkarna (Demografiska Rapporter 2014:2).

Många av kvinnorna var hemmafruar under perioden när de hade småbarn och deltagandet på arbetsmarknaden bland gifta kvinnor var låg. År 1971 togs sambeskattningen bort vilket medförde att det blev mera lönsamt för gifta kvinnor att förvärvsarbeta och vid 50 års ålder förvärvsarbetade omkring 70 procent av kvinnorna. Andelen minskade kraftigt fram till den officiella pensionsålder och vid 64 års ålder förvärvsarbetade knappt 30 procent av kohorten (Demografiska Rapporter 2014:2). Många av kvinnorna som är födda 1925, har således under en period i livet "enbart" utfört hushållsarbete i det egna hemmet och tagit hand om barnen. Detta arbete var obetalt har därför inte lett till någon ekonomisk avkastning eller till en högre pension. Även om många kvinnor under delar av sitt vuxna liv var förvärvsarbetande (ofta deltid och inom den offentligt finansierade barn- och äldreomsorgen) har dessa arbeten varit lägre betalda än männens traditionella yrken och dessutom fick/får kvinnor ofta lägre betalt än män inom samma yrkeskategori. Kvinnornas möjlighet till en ekonomisk tryggad ålderdom har med andra ord varit sämre än männens.

Att gifta sig var vanligt för 1925-års kvinnor och nästan alla (93 %) av kvinnorna har varit gifta minst en gång. Den genomsnittliga åldern för förstfödelskor var 27 år och medelantalet barn bland mödrarna var 2,07. När kvinnorna var 30 år förändrades moderskapsförsäkringen, den baserades då på inkomstbortfall och täckte tre månaders frånvaro från arbete. En del av kvinnorna fick således ta del av denna nya reform (Demografiska Rapporter 2014:2). Drygt 15 procent av kvinnorna förblev barnlösa (Demografisk Rapporter 2002:5).

Det var relativt ovanligt att skilja sig. År 1970, året när kvinnorna fyllde 45 år, var omkring fem procent av kvinnorna skilda. Några år senare kom en ny skilsmässolag (1974), som medförde att betänketiden togs bort för par som var överens om att skiljas och inte hade barn under 16 år samt att betänketiden kortades i övriga fall.

Dessa kvinnor tillsammans med övriga ålderspensionärer har således upplevt hur det moderna samhället och den svenska välfärden vuxit fram. Hur och på vilket sätt dessa händelser har påverkat hälsan och andra levnadsförhållanden varierar med socioekonomisk position.

Närmare 85 procent av födelsekohorten upplevde år 1990 sin 65 årsdag. År 2005 när kvinnorna fyllde 80 år var fortfarande sju av tio i livet. Mer än var fjärde kvinna

(27 %), beräknas dessutom få uppleva sin 90-årsdag och två procent sin 100-årsdag (Demografiska Rapporter 2014:2).

De kvinnor som föddes 1925 är idag (2014) 89 år. Tillsammans med övriga födel-sekohorter som passerat 80 år (födda 1934 och tidigare) utgör de 6,4 procent av den kvinnliga befolkningen. Även om flertalet av dessa äldre kvinnor har varit gifta, bor drygt 77 procent av dem ensamma i eget boende. Det beror dels på att kvinnorna har en längre livslängd än män och dessutom gifter sig kvinnor med män som i genomsnitt är äldre. Äldre kvinnor är därför i större utsträckning ensamboende än män när ohälsa och funktionsnedsättningar på allvar börjar påverka vardagen.

SOCIOEKONOMISKA SKILLNADER I ÖVERLEVNAD BLAND ÄLDRE KVINNOR

Den förväntade livslängden i Sverige har ökat nästan oavbrutet sedan 1860-talet. Som ett resultat av att dödligheten minskade kraftigt i yngre åldrar före 1950-talet ökade medellivslängden vid födelsen snabbt, men i mindre utsträckning bland äldre personer. Sedan mitten av 1900-talet för kvinnor, och efter 1980 för män, har dödligheten i stället minskat mer bland äldre personer än bland yngre personer. Under denna period har därför även den återstående förväntade medellivslängden vid 65 års ålder ökat. Under senare tid har således dödsfallen koncentrerats till högre åldrar och idag är sju av tio kvinnor och sex av tio män, 80 år och äldre när de dör (Hemström, 2012).

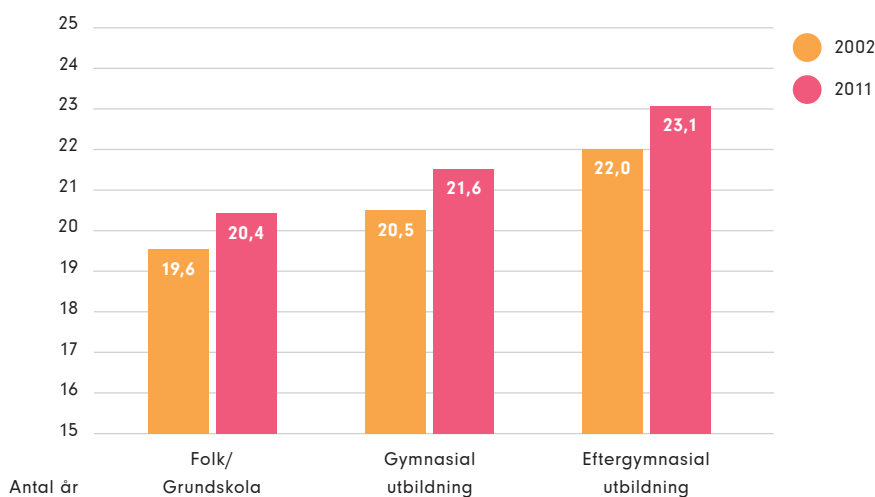
I figur 1 redovisas den förväntade livslängden vid 65 respektive 80 år bland kvinnor med olika utbildningsnivå, år 2002 och 2011. I den första figuren ser vi att den återstående förväntade livslängden vid 65 år skiljer sig åt mellan låg- och högutbildade kvinnor. År 2002 hade en kvinna med grundläggande utbildning folkskola/grundskola en förväntad livslängd på 19,6 år medan en kvinna med eftergymnasial utbildning kunde förvänta sig att leva i 22 år. Skillnaden i förväntad livslängd uppgick vid den tidpunkten till 2,4 år. Den förväntade livslängden har sedan ökat för samtliga utbildningsgrupper men ökningen har varit minst bland de lågutbildade kvinnorna. För kvinnor med folk-/grundskoleutbildning har ökningen i genomsnitt varit 0,8 år och för kvinnor med eftergymnasial utbildning har den förväntade livslängden ökat med 1,1 år. Skillnaden har därmed ökat mellan de olika utbildningsgrupperna under en tioårsperiod. Bland de äldre kvinnorna finns därmed ett tydligt samband mellan utbildning och livslängd som inte bara består över tid, den tenderar även att öka.

För kvinnor vid 80 års ålder är den återstående förväntade livslängden i genomsnitt 10 år. Av det högra diagrammet nedan går dock att utläsa att utbildningsskillnaderna i förväntad livslängd återfinns även högt upp i åldrarna. Skillnaden i förväntad livslängd mellan en låg- och högutbildad kvinna är 1,3 år och ökningen har varit mera gynnsam för kvinnorna med högre utbildning. Utbildningsskillnaderna har således ökat under de senaste decennierna. Intressant att notera är också att det finns en tydlig social gradient i förväntad livslängd mellan kvinnor med olika utbildningsnivåer. Det är således inte bara så att de med hög utbildning särskiljer sig från dem med låg utbildning. Kvinnor med utbildning utöver folk/grundskola har längre medellivslängd än kvinnor med enbart grundläggande utbildning, samtidigt som kvinnor med eftergymnasial/högskoleutbildning har längre förväntad livslängd jämfört med kvinnor med real/studentexamen. Var vi befinner oss i den

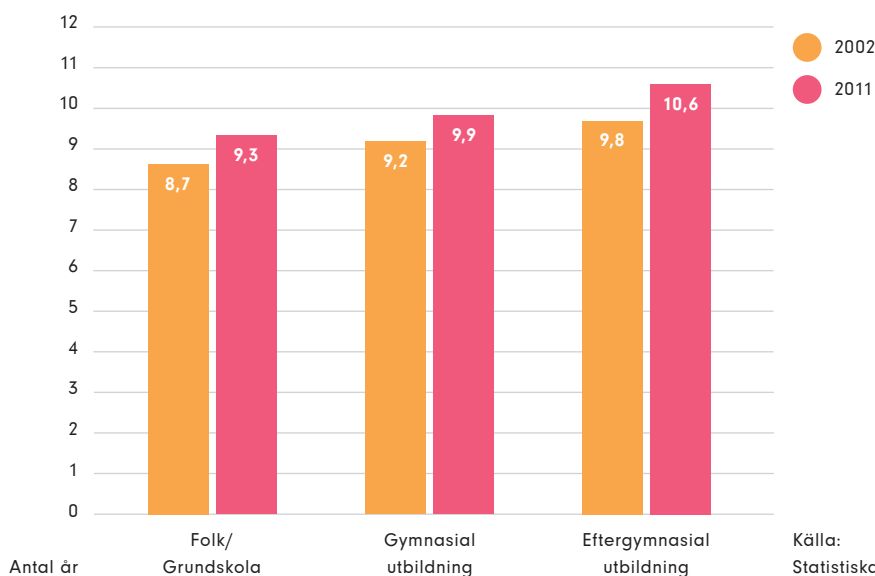
sociala hierarkin påverkar således våra chanser till ett längre liv även sent i livet.

Vi finner således samma ojämlikhet i förväntad livslängd bland äldre kvinnor som har rapporterats i den yngre befolkningen. Samtliga utbildningsgrupper har ökat sin livslängd, men ökningen har varit olika stor i de olika utbildningsgrupperna, vilket har medfört att skillnaden i förväntad livslängd har ökat dramatiskt. Sämst utveckling har kvinnor med enbart grundskoleutbildning (Fritzell, Lennartsson & Lundberg, 2007). Resultaten är anmärkningsvärda och oroväckande för trots att Sverige har en stark välfärd och ofta internationellt betraktas som ett av världens mest jämställda och jämlika samhällen så följer den förväntade livslängden en tydlig social gradient även här. Samtidigt ser de sociala skillnaderna ut att öka, det vill säga hälsan blir allt mer ojämlik.

FIGUR 1
Förväntad livslängd vid 65-års ålder efter utbildningsnivå.
År 2002 och 2011



Förväntad livslängd vid 80-års ålder efter utbildningsnivå.
År 2002 och 2011



Källa:
Statistiska Centralbyrån, 2013

SOCIOEKONOMISKA SKILLNADER I HÄLSA BLAND ÄLDRE KVINNOR

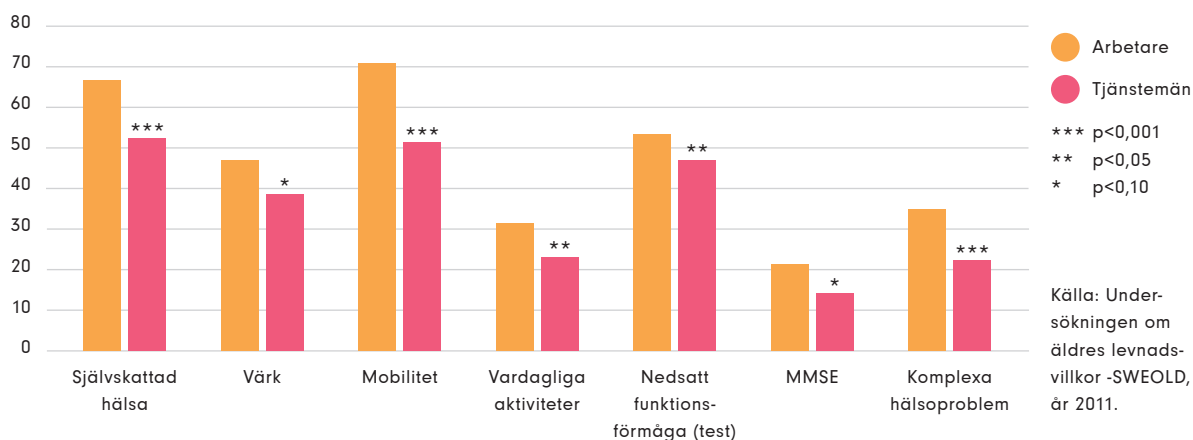
Dödlighet ger god information om en befolknings hälsostatus, med andra ord är hög dödlighet i ett land eller i en grupp en tydlig indikator på att landet/gruppen är missgynnad i många avseenden. Däremot säger dödligheten i en befolkningsgrupp ingenting om de problem, smärtor och funktionsnedsättningar som olika sjukdomar för med sig för dem som överlever.

I studier av de allra äldsta är det viktigt att komma ihåg att överlevnaden till högre åldrar är selektiv. Många av de sjukaste och svagaste individerna har redan dött. Dödligheten är ojämnt fördelad och fler individer från socialt privilegierade grupper överlever till hög ålder medan mindre resursstarka redan har dött. I Figur 2, redovisas skillnader i förekomsten av olika typer av hälsoproblem bland kvinnor med olika socioekonomisk position som överlevt till åldrarna över 75 år.

Det finns flera alternativa möjligheter att kategorisera en kvinnas socioekonomiska position. Oftast används huvudsakligt yrke, utbildning eller inkomst. Oavsett vilken markör som används blir ofta resultatet detsamma. Här har jag valt att mäta socioekonomisk position med hjälp av tidigare huvudsakligt yrke. Giftna/sammanboende kvinnor har klassificerats utifrån det egna huvudsakliga yrket. Flera av kvinnorna som är födda under de första årtiondena av 1900-talet var dock under stora delar av eller hela sitt vuxna liv hemmafruar. Om information om huvudsakligt yrke saknas har hon istället fått samma yrke som sin make. Änkorna har således fått samma yrkeskod som sin tidigare make. Hushållets sociala klass har sedan klassificerats efter något som kallas för dominansordning (Erikson 1981). Anledningen till detta är att vissa yrkespositioner dominerar över andra i hushållet vad gäller attityder, beteende, ideologi, och konsumtionsmönster. Egenskaper som tillsammans med mer strukturella förhållanden som social klass påverkar hälsa och funktionsförmåga. Vem som yrkesmässigt dominerar över vem i hushållet är inte av någon betydelse.

Hälsoskillnaderna bland äldre kvinnor redovisas här enbart utifrån två grovt definierade sociala klasser. I gruppen tjänstemän ingår de som arbetat som lägre tjänstemän, (som till exempel telefonister och kontorister), tjänstemän på mellan och hög nivå (exempelvis lärare och sjuksköterskor), större företagare med anställda och jordbrukare. I gruppen arbetare ingår de som arbetat som okvalificerade och kvalificerade arbetare samt småjordbrukare och företagare med arbetaryrken utan anställda. Arbetaryrkena bland kvinnorna domineras av affärsbiträden, lokalvårdare, sjukvårdsbiträden, barnvårdare etc. Indelningen är inte självklar men har använts i andra forskningssammanhang.

FIGUR 2
Andel med problem (procent)



SJÄLVSKATTAD HÄLSA

För att fånga hälsotillståndet på ett mer övergripande plan studeras ofta individens självskattade hälsa. I Undersökningen om äldres levnadsvillkor -SWEOLD ställs frågan om huruvida det egna hälsotillståndet är ”bra, dåligt eller något däremellan”. Här redovisas de som svarat sämre än bra i kategorin ”dåligt”. Självskattad hälsa utgår ifrån de äldre kvinnornas egen bedömning av hälsotillståndet. Oavsett om man har några sjukdomar eller inte kan hälsan upplevas som bra eller dålig. Den självskattade hälsan påverkas av olika yttre och inre faktorer samt vilka referensramar man har. Forskningen kring den självskattade hälsan har visat att äldre personer ställer andra krav på hälsan och på vad som betraktas som en god hälsa jämfört med yngre personer. Forskningen visar också att skattningen av den egna hälsan inte i så stor utsträckning tycks vara relaterad till egna sjukdomar och funktionsförmåga. Den egna hälsan jämförs istället ofta med andras i samma ålder eller med de som redan dött (Manderbacka, 1998).

Närmare sex av tio äldre kvinnor över 75 år bedömer det egna hälsotillståndet som dåligt. Av figuren ovan går att utläsa att andelen är betydligt högre bland kvinnor med tidigare arbetaryrken än bland kvinnor med tjänstemannabakgrund. Hela 67 procent av kvinnorna med arbetarklassbakgrund bedömer sin hälsa som dålig, motsvarande andel bland tjänstemannakvinnorna är 52 procent.

FYSISK FUNKTIONSFÖRMÅGA OCH VÄRK

Att i hög ålder drabbas av hälsoproblem kan medföra en nedsatt funktionsförmåga och därmed påverkas förmågan att klara vardagen. Att kunna röra sig obehindrat, att ha god fysisk funktionsförmåga, är av betydelse för att kunna klara sig på egen hand. För att kunna röra sig obehindrat krävs bland annat muskelstyrka, balans, koordination och kondition. Funktionsförmågan kan också minska på grund av värk i olika delar av kroppen, vilket är förhållandevis vanligt bland äldre och vanligast bland äldre kvinnor. Värk kan således föra med sig en försämrad livssituation och möjlighet till en självständig vardag. Bland äldre kvinnor har 43 procent svår eller

lätt värk i axlar, armbågar, händer, höfter, ben och/eller knän. Kvinnor med tidigare arbetaryrken har i större utsträckning värk än andra kvinnor.

Mobilitetsförmågan är ett ytterligare mått på funktionsförmåga. Drygt 60 procent av kvinnorna har svårigheter att på egen hand gå en kortare sträcka och/eller har svårigheter att gå i trappor. Svårigheter som ökar markant med åldern. Figur 2 visar att skillnaderna i mobilitet mellan de två definierade sociala klasserna är tydliga och följer samma mönster som självskattad hälsa och värk.

Äldre arbetarkvinnor har även i större utsträckning än tjänstemannakvinnor problem med att klara de mest basala aktiviteter i vardagen. De har oftare problem med att bada/duscha, klä sig själv, komma ur och i sängen och att gå på toaletten än vad tjänstemannakvinnor har. Dessa aktiviteter är starkt relaterade till hur bostaden är utformad och vilka hjälpmedel som finns. Arbetarkvinnor har, med andra ord, på grund av sina hälsoproblem svårare att möta de krav som omgivningen ställer och därmed klara de mest basala aktiviteterna i vardagen.

OBJEKTIVA TEST AV HÄLSAN

Även när funktionsförmågan studeras med hjälp av olika objektiva test uppvisar kvinnor från arbetarklassen sämre fysisk funktionsförmåga än tjänstemännen. Kvinnor med tidigare arbetaryrken får också i större utsträckning än tjänstemannakvinnor låga poäng på ett kognitivt test (MMSE). Testet mäter bland annat orienterings- och kommunikationsförmågan. Två av tio arbetarkvinnor och knappt 15 procent av övriga kvinnor har nedsatt kognitiv förmåga. Dessa kvinnor kan således ha svårt att få vardagen att fungera.

Våra resultat visar att hälsoskillnaderna mellan de sociala klasserna återfinns både i självrapporterad funktionsförmåga och vid uppmätta testresultat. De test på fysisk funktionsförmåga som kompletterar de självrapporterade hälsomåtten följer i stora drag samma mönster, vilket indikerar att klasskillnaderna i hälsa inte kan förklaras av att olika grupper i samhället har olika anspråk och förväntningar på sin hälsa. Testen indikerar också att den ojämlika hälsan i funktionsförmåga, bland äldre kvinnor, inte kan förklaras av yttre faktorer i bostaden och i närmiljön.

19

FLERA HÄLSOPROBLEM SAMTIDIGT

Att ha flera olika hälsoproblem samtidigt – såsom sjukdomar och symtom, nedsatt funktionsförmåga samt kognitions- eller kommunikationsproblem – ökar med stigande ålder. Dessa mått är viktiga dels för att individen ska kunna klara sig själv, dels speglar dessa mått på ohälsa behovet av sjukvård och omsorg från flera olika aktörer. Att ha flera olika hälsoproblem samtidigt är också påfrestande för individen själv samt för dennes anhöriga. Bland äldre kvinnor är det närmare 30 procent som anger att de har flera hälsoproblem samtidigt. Skillnaden mellan de sociala klasserna är stora, där arbetarkvinnorna i större utsträckning än kvinnor med tjänstemannabakgrund har flera olika hälsoproblem samtidigt.

När man tittat närmare på klassindelningen återfinns nästan i samtliga hälsoutfall en tydlig gradient. Det är inte bara så att kvinnor som tillhör tjänstemannagruppern särskiljer sig från arbetare, utan högre tjänstemän har också bättre hälsa än lägre tjänstemän och längre tjänstemän har bättre hälsa än arbetare med mera kvalificerade arbetsuppgifter. Var äldre kvinnor befinner sig i den sociala hierarkin påverkar

följaktligen hälsan och funktionsförmågan oavsett om vi mäter hälsan med objektiva test eller subjektiva frågor. Detta mönster har visat sig vara konsekvent i ett flertal studier av ojämlikhet i hälsa där äldre kvinnor och män studerats (Thorslund, 2012; Lennartsson & Fors, 2010). I detta kapitel har vi dessutom kunnat konstatera att de socioekonomiska skillnaderna i hälsa och dödlighet är tydliga bland äldre kvinnor.

SOCIOEKONOMISKA SKILLNADER I ÄLDREOMSORG BLAND ÄLDRE KVINNOR

Högt upp i åldrarna ökar antalet kvinnor som har hälsoproblem. Då ökar också risken för att drabbas av flera hälsoproblem samtidigt, vilket i sin tur ökar efterfrågan på vård och omsorg. Äldre kvinnor i livets slutskede utgör också en betydande del av patienterna inom sjukvården. I genomsnitt tillbringas de sista två åren i livet i olika former av omsorg. Flera internationella studier har dessutom visat att kvinnor i genomsnitt lever längre än män som multisjuka i den så kallade ”fjärde åldern” innan de dör (Victor 2005). I åldrarna efter 80 år bor dessutom många kvinnor ensamma när omsorgsbehovet är som störst, härav blir de beroende av den offentligt finansierade omsorgen eller av anhöriga. Drygt dubbelt så många kvinnor som män har hjälp från den offentliga hemsjukvården och äldreomsorgen (Socialstyrelsen, 2009).

Hälso- och sjukvården tillsammans med socialtjänstens äldreomsorg utgör en stor del av den offentligt finansierade välfärden. Socialtjänstens äldreomsorg utförs i huvudsak som hjälp i hemmet och som plats på särskilt boende. Tjänsterna ska sörja för de behov som finns hos äldre som de inte själva kan utföra eller om behoven inte kan bli tillgodosedda på annat håll. Med hänsyn till befolkningsutvecklingen har det under de senaste 30 åren på en rad olika områden skett stora nedskärningar i de offentligt finansierade välfärdstjänsterna.

Utvecklingen har lett till att äldreomsorg idag nästa enbart ges till personer med stora vård- och omsorgsbehov. Äldre personer som ”enbart” behöver hjälp med vardagliga hushållssysslor beviljas därmed alltmer sällan hjälp och måste i högre utsträckning förlita sig på anhöriga för att få behoven uppfyllda. För att ha möjlighet att fortsätta att bo hemma med omsorgsbehov måste det därför finnas anhöriga som kan och orkar hjälpa till. Det är främst barn och andra närstående som inte bor tillsammans med den äldre som hjälper och de har dessutom ökat sina insatser. I vissa fall ersätter de äldreomsorgens insatser och i andra fall kompletterar de äldreomsorgens insatser som inte fullt ut täcker de behov som den äldre har (Szebehely och Trydegård, 2007).

Omsorgstagarna domineras av kvinnor. Det är en konsekvens av att kvinnorna är flera i den äldre befolkningen och att de har sämre hälsa än männen. Det är också vanligast att kvinnor ger anhörigomsorg. Dels som vård- och omsorgsgivande hustru (äldre män är ofta gifta till livets slut och får därmed merparten av den hjälp och omsorg de behöver från hustrun), dels som medelålders dotter som hjälper sina gamla föräldrar.

Sedan 1990-talet har en marknadsbaserad äldreomsorg vuxit fram som betalas direkt av den hjälpbehövande. Denna utveckling tog fart när RUT-bidraget infördes 2008. Möjligheten att utnyttja dessa privata tjänster är dock beroende av ekonomiska förutsättningar och de med mest pengar är de som sannolikt behöver minst hjälp.

Marta Szebehely har studerat konsekvenserna av åtstramningarna inom den offentliga äldreomsorgen. Hon har bland annat funnit att nedskärningarna inom de offentligt finansierade välfärdstjänsterna är köns- och klassrelaterade. Bland lågutbildade äldre har anhörigas omsorgsinsatser ökat betydligt mer än bland anhöriga med hög utbildning. Det motsatta förhållandet gäller privat köpt hjälp. Privat köpt hjälp för de mer resursrika äldre och anhörigomsorg för dem med mindre resurser. Äldre kvinnor, som i stor utsträckning bor ensamma de sista åren av livet och har sämre ekonomiska förutsättningar än män och yngre äldre kvinnor, får i allt större utsträckning förlita sig på hjälp från vuxna barn (Szebehely, 2012). Närmare 15 procent av dagens äldre saknar dock egna vuxna barn.

Åtstramningarna inom äldreomsorgen med en ökad omfattning av anhörigomsorg kan även få negativa effekter för dem som utför anhörigomsorgen. Forskningen har visat att anhörigomsorg ofta leder till en stressad vardag för att få arbetslivet och hjälpinsatserna att gå ihop. En väl fungerande äldreomsorg är en förutsättning för att kvinnor (och män) med äldre anhöriga i behov av vård och omsorg, ska kunna förvärvsarbeta och försörja sig på samma villkor som andra (Sand, 2012).

Förändringen i socialtjänstens äldreomsorg påverkar på så sätt kvinnor över hela livsrytmen. För äldre kvinnor har de senaste decenniernas nedskärningar lett till att nästan enbart de med stora vård- och omsorgsbehov får hjälp. De med mindre behov får förlita sig på anhörigas hjälpinsatser eller köpa privat hjälp. Möjligheten att utnyttja privata tjänster är inte jämt fördelat i den äldre befolkningen och mest resurser har de som sannolikt behöver minst hjälp. För resurssvaga, med inte allt för sällan ett större omsorgsbehov, är familjen det enda omsorgsalternativet. För medelålders vuxna döttrar betyder nedskärningarna ett större omsorgsansvar som kan leda till förändrade förutsättningar för deras deltagande på arbetsmarknaden. Även om ökningen av anhörigomsorg berör alla socioekonomiska grupper så är anhörigomsorgen mer omfattande bland lågutbildade grupper. Det innebär troligen att mindre resursstarka grupper i olika generationer har påverkats mest negativt av de senaste årtiondenas åtstramningar av äldreomsorgen.

AVSLUTNING OCH DISKUSSION

De flesta kvinnor som idag passerar 65 år har ungefär en tredjedel av livet kvar att leva. Många kvinnor bibehåller en hög levnadstandard och en god hälsa samt förblir fysiskt och socialt aktiva i många år. Så småningom, med stigande ålder, förändras dock vardagen inom många områden, oftast med försämrade levnadsnivå och hälsa som följd. Kvinnans socioekonomiska position spelar en viktig roll för hur och när dessa förändringar sker. Det är också viktigt att komma ihåg att kvinnor i regel har sämre hälsa än män i samma ålder.

Resultaten i detta kapitel visar att det finns betydande socioekonomiska skillnader i hälsa även bland kvinnor över 75 år. Resultaten visar på ett konsekvent mönster av ojämlikhet. Äldre kvinnor med låg socioekonomisk position har en sämre hälsa oavsett om hälsan är självrapporterad eller om den mäts genom olika tester. Samtidigt är deras förväntade livslängd kortare än kvinnor med hög socioekonomisk position. Utvecklingen i den förväntade livslängden har också varit svagast bland äldre lågutbildade kvinnor. Tidigare forskning har dessutom visat att den förväntade medellivslängden för yngre lågutbildade kvinnor endast har ökat marginellt, vilket tyder på att lågutbildade kvinnor, oavsett ålder, är en särskilt utsatt grupp

i befolkningen vad gäller hälsa och livslängd. Denna ojämlikhet mellan kvinnor med olika socioekonomisk position är inte främst biologiska, inte heller orsakade av individuella val i vardagen, snarare är det en ojämn fördelning av ekonomiska, kulturella och sociala resurser som skapar olika förutsättningar för ett långt och friskt liv.

Äldre kvinnor som i stor utsträckning bor ensamma när hälsoproblemen är som störst blir ofta mer eller mindre beroende av den offentliga äldreomsorgen (där lågutbildade kvinnor arbetar) eller av anhöriga (ofta en dotter). I och med åtstramningarna inom den offentliga äldreomsorgen har även lågutbildade kvinnor i större utsträckning än högutbildade ökat sina omsorgsinsatser. Ett omsorgsansvar som för vissa kvinnor blir så krävande att de ibland, frivilligt eller ofrivilligt, tvingas att gå ner i arbetstid eller att gå i pension i förtid. En försvagad äldreomsorg riskerar därmed att få konsekvenser för framför allt döttrarnas förvärvsarbetsdeltagande men även för arbetsutbudet (Szebehely & Ulmanen, 2012).

En åldrande befolkning är en stor utmaning för välfärdsstaten. Även om hälsan bland de allra äldsta kvinnorna skulle förbättras eller att ojämlikheten i hälsan skulle utjämnas till fördel för kvinnor med låg socioekonomisk position, behöver äldreomsorgen få ökade resurser då antalet äldre kommer att öka. En gemensamt finansierad, väl utbyggd och välfungerande äldreomsorg tillräckligt attraktiv för samtliga socioekonomiska grupper skapar förutsättningar för en mer jämlik och jämställd ålderdom. Dessutom skapar en välutbyggd omsorg en mer jämlik och jämställd medelålder då alla kvinnor oavsett socioekonomisk position kan förvärvsarbeta även under perioder i livet då de har omsorgsbehövande föräldrar. Och ju fler kvinnor som förvärvsarbetar, desto större blir de offentliga intäkterna och därmed resurserna till olika välfärdstjänster, ökade resurser som kan förbättra arbetsmiljön och därmed hälsan för dem som arbetar inom äldreomsorgen. Delta-gande på arbetsmarknaden är också för de allra flesta en förutsättning för en rimlig ekonomi på äldre dagar.



KAPITEL 1
SOCIALA SKILLNADER I ÄLDRE
KVINNORS HÄLSA

REFERENSER

- Erikson, R. (1981). "Om socio-ekonomiska indelningar av hushåll. Överväganden och ett förslag", Statistisk Tidskrift, vol 19, pp 11-23.
-
- Fors, S. (2010). Blood on the tracks: life-course perspectives on health inequalities in later life [PhD Thesis]. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University.
-
- Fors, S. (2012). Ojämlighet och hälsa i ett livslöppsperspektiv. I Andersson och Öberg (red). Jämlik ålderdom? I samtiden och framtiden. Malmö: Liber.
-
- Fritzell, J. (2012). Socioekonomiska skillnader i hälsa. I Rostila, M och Toivanen, S (red.). Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm: Liber.
-
- Fritzell, J. & Ritakallio, V-M. (2010). Societal shifts and changed patterns of poverty. International Journal of Social Welfare, 19, Issue Supplement s1, S25-S41.
-
- Fritzell J, Lennartsson C, Lundberg O. (2007). Health and inequalities in Sweden: Long and short-term perspectives. In Fritzell J, Lundberg O, editors. Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden. 19-42. Brighton: Policy Press.
-
- Hemström, Ö. (2012). Medellivslängden ökar stadigt. Välfärd 3. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
-
- Kadefors, R. & Wikman, A. (2011) Inklusion och exklusion. En studie i arbetslivslängd i olika yrken. Arbetsliv i omvandling, 3, 124-141.
-
- Lennartsson, C. & Fors, S. (2012). Sociala skillnader i hälsa bland äldre. In: Rostila M, Toivanen S, editors. Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. 342-360. Stockholm: Liber.
-
- Lennartsson C, Lundberg O. (2007). What's marital status got to do with it? Gender inequalities in economic resources, health and functional abilities among older adults. In: Fritzell J, Lundberg O, editors. Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden. 179-198. Brighton: Policy Press.
-
- Manderbacka, K. (1998). Questions on survey questions on health. [PhD Thesis]. Stockholm: Swedish Institutet for Social Research, Stockholm University.
-
- Rostila, M. & Toivanen, S. (2012). Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm: Liber.
-
- Sand, A-B. (2012). Anhörigvård på ojämlika livsvillkor - en granskning av informell äldreomsorg utifrån etnicitet och kön. I Andersson och Öberg (red). Jämlik ålderdom? I samtiden och framtiden. Malmö: Liber.
-
- SCB. (2005). Hur många barn får jag när jag blir stor? Barnafödande ur ett livsperspektiv. Demografiska Rapporter: 2002:5. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
-
- SCB. (2014). Generationer genom livet - en demografisk beskrivning av födda under 1900-talet. Demografiska Rapporter: 2014:2. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
-
- Schön P. (2011). Gender matters. Differences and change in disability and health among our oldest women and men [PhD Thesis]. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University.
-
- Socialstyrelsen (2009). Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen. Stockholm.
-
- SOU 2011:05. Sjukersättning och yrke. Underlagsrapport från Pensionsåldersutredningen. Stockholm: Fritzes.
-
- Szebehely, M. (2012). Universell eller skiktad äldreomsorg - vem vinner och vem förlorar? I Andersson och Öberg (red). Jämlik ålderdom? I samtiden och framtiden. Malmö: Liber.
-
- Szebehely, M. & Ulmanen, P. (2012) Åtstramningens pris. Hur påverkas de medelålders barnen av äldreomsorgens minskning? För Kommunal. Stockholm: Stockholms universitet.
-
- Szebehely, M. & Trydegård, G-B. (2007). Omsorgstjänster äldre och funktionshindrade: Skilda villkor, skilda trender? Socialvetenskaplig tidskrift, 14 (2-3), 197-219.
-
- Thorslund, M. (2012). Hälsa och ohälsa bland äldre. I Andersson och Öberg (red). Jämlik ålderdom? I samtiden och framtiden. Malmö: Liber.
-
- Victor, C. (2005). Will old age be healthier? I J.A. Vincent, C., Phillipson & M. Downs (red), The futures of old age. London: Sage. 172-179.
-

Äldre kvinnor och psykisk ohälsa



SUSANNE ROLFNER SUVANTO
Filosofie magister/legitimerad sjuksköterska och
författare till boken "Mellan äldreomsorg och psykiatri".
Hon har under många år engagerat sig i området äldres
psykiska ohälsa samt arbetat som vårdchef, politiskt
sakkunnig, utredare på Socialstyrelsen mm.

24

SAMMANFATTNING

Av tradition framställs det som om kvinnor i högre grad än män drabbas av psykisk ohälsa eller oftare diagnostiseras som psykiskt sjuka. Det är något som starkt kan ifrågasättas. Uppfattningen bygger snarast på våra föreställningar och värderingar kopplade till psykisk ohälsa och till kön. Det finns ett stort behov av mer forskning om äldre, psykisk ohälsa och kön.

INLEDNING

Personalen på våning fyra larmar. Äldreboendet är stort och avstånden långa men jag är ung så jag skyndar mig och tar trapporna i två steg. Den gamla kvinnan ligger på golvet. Hon kan inte resa sig och har svårt att tala. Jag bedömer att det verkar troligt att hon fått en stroke, inte minst på grund av det sludriga talet, slappheten i kroppen och blicken som har svårt att fokusera. En ambulans hämtar kvinnan och jag dokumenterar det inträffade. Telefonen ringer, det är medicinakuten. De tänker skicka tillbaka kvinnan och undrar om jag kan möta upp. Jag förvånas över att det gått så snabbt. Kollegan i andra änden av telefonen fnyser – hon var ju stupfull!

Super mormor? Det är en retorisk fråga jag ofta ställer när jag föreläser om äldre och psykisk ohälsa. Frågan möts ofta med skratt och generade blickar. Nja, mormor som super, det är nog tveksamt. Däremot är supermormor en mer tilltalande tanke. Dessa reaktioner brukar föranleda att jag ställer frågan om vilka som blir äldre. Svaret blir efter en viss tvekan att det är ju vi, alla, om vi har tur och får leva. Det

betyder ju att det också måste finnas äldre med beroendeproblem, psykisk ohälsa, olika erfarenheter, kunskap – ja, kort sagt all den mångfald som mänskligheten består av. Det är som om när vi passerar 65-årsgränsen så förväntas vi bli ett kollektiv där de individuella behoven och egenskaperna suddas ut. Det gäller inte bara psykisk ohälsa utan i allra högsta grad också att vi är kvinnor och män eller definierar oss utanför den traditionella dualistiska könsuppdelningen. Ett sådant synsätt menar jag får konsekvenser och bärs upp av oss alla gemensamt, även av den ”äldre”.

Vad hände då med kvinnan i exemplet från inledningen? Ja, historien är sann till viss del med det undantaget att det var en kollega till mig som var den ansvariga sjuksköterskan. Idag kan jag konstatera att vi båda var helt handfallna och gav inte det som denna kvinna behövde. Vi ställde inga frågor om hennes mående och än mindre följde upp det inträffade. En av konsekvenserna av vår oförmåga blev att hon ramlade och bröt lårbenshalsen.

Mot bakgrund av ovanstående inleddes mitt engagemang för äldre och psykisk ohälsa. Därför är jag också väldigt glad att få lyfta upp äldre kvinnors psykiska ohälsa i det här sammanhanget. Samtidigt kommer jag att vidare belysa både äldres psykiska ohälsa allmänt och även de äldre männens psykiska ohälsa. Syftet bakom detta är att man måste se helheten för att kunna förstå delarna. Och, ja, om du redan nu är nyfiken om mormor super? Ja, det gör hon och fler äldre kvinnor har beroendeproblem idag än tidigare.

VÅRA FÖRESTÄLLNINGAR OM ÄLDRE OCH OM PSYKISK OHÄLSA

Oavsett om vi pratar om äldre eller om personer med psykisk ohälsa är det viktigt att påminna sig om att det inte rör sig om homogena grupper. Där finns en lika stor spridning och mångfald som hela den mänsklighet vi utgör. Trots det har vi alla en tendens att vid grupperingar ha ganska så fasta föreställningar om människor inom olika kategorier. Under många år har jag pekat på att äldres psykiska ohälsa är ett eftersatt område och att den huvudsakliga orsaken till det är just våra föreställningar kring åldrande och kring psykisk ohälsa. Jag har vid möten med studenter, vårdpersonal, politiker, tjänstemän och allmänhet ställt två frågor. Vem tänker du på när jag säger ”den äldre”? och Vem tänker du på om jag säger en person med psykisk ohälsa eller sjukdom? I regel svarar åtta av tio samma sak.

På den första frågan svarar man följande:

- ~ Kvinna
- ~ Ganska gammal
- ~ Rollator, svårt att gå
- ~ Snäll, glad, kanske deprimerad
- ~ Mormor

På den andra frågan:

- ~ Det kan vara vem som helst ¹
- ~ Man
- ~ Runt 40-års ålder
- ~ Det syns på honom, sliten, pratar för sig själv
- ~ Kanske farlig

Två diametralt motsatta bilder som tydligt avspeglar att begreppet äldres psykiska ohälsa inte får något fäste i människors medvetande. Attityder, bristande kunskaper leder också till ett handlande som innebär att ”mormors” psykiska ohälsa blir osynliggjord. Att det är så i praktiken vet vi genom de studier som bland annat Socialstyrelsen gjort som visar att personer över 65 år plötsligt försvinner ur statistiken över psykiatriskt vårdutnyttjande. Detta utan att det skulle finnas några epidemiologiska förklaringar. Det ska också påpekas att många delar av vården och omsorgen har ett gemensamt ansvar för äldre med psykisk ohälsa, vilket också påverkar insatserna.

Våra föreställningar om åldrande och om psykisk ohälsa kan också beskrivas i termer av ålderism och stigma. Ålderism som företeelse har myntats och beskrivits av framförallt professor Lars Andersson och handlar om stereotypa föreställningar om äldre och åldrande. Exempel på sådant som kan liknas med osynliggörandet av den psykiska ohälsan är att äldre inte har ett sexliv, beroendeproblem eller förekomst av partnervåld. För handen på hjärtat – morfar misshandlar väl ändå inte mormor?

Stigma är det andra begreppet och kopplat till psykisk ohälsa handlar det om samhällets negativa attityder till människor med psykisk ohälsa. Det kan ta sig uttryck som en ovilja att ha människor med psykisk ohälsa som grannar, arbetskamrater eller som vänner. Det förekommer också självstigmatisering som innebär att människor med psykisk ohälsa själva drar sig för eller hindrar sig själva att ta kontakt därför att de förutsätter ett negativt bemötande.

VILKA TALAR VI OM?

Vem, vad och vilka är det då vi talar om när vi pratar om äldres psykiska ohälsa? Först och främst är det heterogen grupp med ett åldersspann som sträcker från 65 år och fyrtio år framåt. Det betyder i sig att variationerna är oändliga. Det är en stor grupp då cirka 1,7 miljoner idag är 65 år eller äldre och psykisk ohälsa är mycket vanligt. En vedertagen beskrivning av hur vanligt psykisk ohälsa är att cirka en av fyra är drabbad samt tre av fyra är berörda. Det finns bland äldre likväl som bland yngre alla former av psykisk ohälsa och för att ge det en struktur kan gruppen beskrivas så här:

- ~ De som drabbas i samband med åldrandet, framförallt av ångest- och depressionssjukdomar. Symtomen skiljer sig mellan yngre och äldre genom att de senare oftare har kroppsliga besvär som symptom på en depression eller att de kroppsliga och psykiska besvären överlappar varandra. Vi talar här om storleksordningen 12–15 procent bland de över 65 år som vid en given tidpunkt är drabbade av en depressionssjukdom (punktprevalens).
- ~ De som levt under lång tid med psykisk ohälsa och som går in i åldrandet. En numerärt mindre grupp än den första men med stora och omfattande behov som inte sällan osynliggörs. Vi vet att det finns en minskad förväntad livslängd beroende på läkemedelsbehandling och somatisk sjukdom i den här gruppen, cirka 15–20 års minskad förväntad livslängd för män och 10–15 år för kvinnor. Dessutom har man en betydligt sämre ekonomi än andra i motsvarande åldersgrupp, och även i relation till andra grupper med funktionsnedsättning.
- ~ De som drabbas av demenssjukdom och annan psykisk ohälsa. Är nedstämdhet ett symptom på en demenssjukdom eller en depression? Äldre med depression får inte sällan kognitiva besvär och svårigheter med exekutiva funktioner. Det

är också vanligt att depression och demenssjukdom förekommer parallellt och kan vara svårt att både upptäcka och behandla.

~ De som drabbats av ett trauma tidigare i livet och som går in i åldrandet. Det kan vara de som tidigt i livet har mött krig, tortyr, förföljelse och övergrepp av olika slag.

Alla former av psykisk ohälsa finns representerade då ålder inte på något sätt kan sägas vara skydd mot psykiska sjukdomar. Det är snarast det motsatta. Det betyder att neuropsykiatriska tillstånd som ADHD, ADD, psykoser, beroende, tvångssyndrom, depression, bipolär sjukdom och personlighetsstörningar återfinns bland de äldre. I vissa fall, som exempelvis vid ADHD, kan det vara odiagnostiserat då det först på senare år funnits tillräckliga kunskaper att upptäcka och ge stöd vid dessa tillstånd.

KVINNOR OCH MÄNS PSYKISKA OHÄLSA

En vanlig föreställning kring kvinnor och mäns psykiska ohälsa är att kvinnor är överrepresenterade och/eller överdiagnostiserade. I viss mån är det sant, framförallt vad gäller depression, ångest och oro. Det gäller också självskattad psykisk ohälsa. Men för övriga identifierade psykiska sjukdomar är det i stort sett jämnt fördelat mellan kvinnor och män. En svårighet föreligger emellertid och det gäller om vi på grund av genusföreställningar inte definierar visst illabefinnande, framförallt männens psykiska ohälsa, och därmed osynliggör psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa har, till skillnad från många andra medicinska tillstånd, varit föremål för en långdragen debatt om vad som är social konstruktion och vad som är biologiskt påvisbart. Det som kännetecknar diskussionen, enligt min mening, är bland annat den grova kategoriseringen. Ofta görs få eller inga distinktioner mellan olika tillstånd. Därutöver finns en debatt om att tillstånd som uppstår exempelvis efter övergrepp medikaliseriseras när det egentligen handlar om en naturlig reaktion på en ohygglig händelse. Det är ”naturligt” att reagera på övergrepp, krig, tortyr, men det hindrar inte att medicinska tillstånd uppstår genom detta och kräver lindring. Att inte se det är enligt min mening samma sak som att inte gipsa ett brutet ben för att det orsakats av misshandel. Jag vill i detta sammanhang ta upp dessa tankegångar då jag menar att de har betydelse för om en person får sina behov tillgodosedda eller inte. Det drabbar som jag ser det både män och kvinnor. Det betyder inte att psykisk ohälsa och dess praktik är opåverkad av social konstruktion. Det är mer komplicerat än så.

Kvinnor lever längre än män. Ökad livslängd ökar risken för psykisk ohälsa liksom för annan ohälsa. Kvinnors längre livslängd ökar också risken för ett längre liv i ensamhet då partnern, om man lever i en tvåkönad relation, dör tidigare. Det gör att äldreboenden har en könsfördelning där cirka 70 procent är kvinnor och 30 procent är män. Då samhällets ojämlikhet vad gäller löner slår hårt mot kvinnor, som också ofta arbetat deltid, innebär det att ett stort antal kvinnor lever med mycket låga pensioner. En stor grupp kvinnor har så låg pension att de ligger under gränsen för ekonomiskt stöd (tidigare socialbidrag). Vi vet samtidigt att ekonomisk utsatthet ökar risken för psykisk ohälsa och påverkar möjligheten till återhämtning. Det betyder att samhällets insatser och kvalitet har stor betydelse för äldre kvinnors psykiska hälsa och återhämtning.

Hur ser den statistiska fördelningen ut när det gäller kvinnor och mäns psykiska ohälsa? Då en stor del av statistiken inte enskilt omfattar äldre, eller att äldre inte

alls finns representerade, väljer jag här att inte presentera den åldersmässigt utan generellt och i ett urval. Några exempel är att av de 3 066 tvångsvårdade personer i Sverige den 6 maj 2008 var 1 218 män inneliggande på vårdavdelning och 607 var kvinnor, 849 män och 392 kvinnor var på permission. Vad avser ECT-behandling (elbehandling), ofta beskriven i kontroversiella termer, finns inga helt säkra nationella data men det regionala kvalitetsregistret visade 2010 att av 441 patienter som fått ECT-behandling var 59 procent kvinnor. En viss övervikt för kvinnor, men inte den övervikt som en del forskare velat hävda. Vad gäller de mer definierade psykiatriska sjukdomarna som exempelvis schizofreni är det en övervikt av pojkar som utvecklar tillståndet och i tidigare ålder än flickor. Andelen vårdtillfällen i psykiatrisk vård är för unga kvinnor större än för unga män, men vi ser det omvända om vi tittar högre upp i åldrarna. Denna statistik är ett axplock och vi vet från andra rapporter från framförallt Socialstyrelsen, att äldre över 65 år saknas i statistiken över personer som får tillgång till psykiatrisk vård. Och det är inte bara i statistiken de saknas utan även i vården.

HISTORISK SYN PÅ PSYKISK OHÄLSA

Det finns oavsett det jag ovan har redogjort för, en stark social, historisk och könad betraktelse av den psykiska ohälsan. I den finns en utmanande utgångspunkt att det medicinska och det sociala betraktelsesättet skulle stå i motsats till varandra. Under den period då den moderna folkhälsopolitiken växer fram, från 1700-talet och framåt, ökade kraven på föränderlighet och i föränderligheten också behovet av någon sorts ordning och konstans. Det sker också en framväxt av statlig styrning genom folkhälsointerventioner vars syfte är att stärka nationalstaten. En frisk och växande befolkning skulle ge staten makt och möjlighet till expansion genom krig, produktion och export vilket samtidigt innebar behov av människor, framförallt män.

Detta skulle också kunna förklara behovet av att kontrollera sexualiteten, framförallt kvinnans. Hon var den som förväntades bära fram den kommande medborgaren, och därmed säkra reproduktionen. Denna period innebar också att "befolkningen" upptäcktes och därmed fanns ett behov av styrning. Det är ingen slump att Foucault, som intresserade sig för denna styrning, tar sexualiteten och den psykiska ohälsan som exempel på samhällets normering och styrning.

Hur såg man då på psykisk ohälsa förr i tiden? I en avhandling (Riving, 2008) beskrivs hur en kvinna med vanställt ansikte och blindhet läggs in på mentalsjukhus då hennes utseende kan förmodas väcka oro hos dem som betraktar henne. Det är i det här fallet inte kvinnans hälsa som ger motiv för vården utan vilka känslor som kan uppstå hos dem som möter henne. Även den "schizofrena kvinnan"² kunde under en period beskrivas i relation till utseende och intresse för kläder.

Dessa mönster och varierande grad av styrning följer också klass och kön och fungerar därmed stödjande och hindrande utifrån vad det omgivande samhället anser vara normen. Den manliga inåtvändheten, som uttryck för tänkande, eftertänksamhet och reaktion på ett alltför snabbt förändrande samhälle, blir i en annan tid tecken på bristande handlingskraft. Värt att notera är att det är den privilegierade klassen, inkluderande både kvinnor och män, som ges utrymme för någon sorts känslorätt. För den mindre privilegierade klassen utgörs gränsen framförallt, enligt min mening, av om individen allvarligt stör ordningen och huruvida lokalsamhället klarar att hantera den enskilda.

Över tid har utmaningar mot klass- och könsgänser och normer av under- och överordning i olika grad relaterats till psykisk ohälsa och det har aldrig varit hälsosamt att avvika från normen. Sammantaget har normer och vetenskapandet inflätats i varandra och varit starkt beroende av varandra och gränserna har förändrats beroende på det omgivande samhället. Det kvarstående är emellertid vår uppdelning av att betrakta den psykiska ohälsan utifrån klass och kön.

Det som är utmanande i den litteratur som jag bekantat mig med är att kvinnors psykiska ohälsa inte förklaras enbart med underordning, utan att den också utgör en form av makt genom att den minskar omgivningens krav och förväntningar på kvinnan, det vill säga en sorts flykt. Ett intressant exempel är Florence Nightingales starka avståndstagande mot sin familj, framförallt systemen och modern som anförde svaghet och bräcklighet som argument mot att verka i det omgivande samhället (Moberg, 2007).

EN PARADOX – KVINNORS DEPRESSION OCH MÄNS SJÄLMORD

Depression och ångest är idag några av våra vanligaste sjukdomar och ohälsotillstånd. Vi ser att alltfler unga skattar sin psykiska hälsa lågt och ofta som sämre än äldre. Könsskillnaderna är också synliga genom att fler kvinnor än män upplever depression, ångest och oro. Det gäller även äldre kvinnor. Samtidigt finns en paradox. Om vi ser på enskilda studier över äldre personers depressioner som definierade sjukdomstillstånd noterar vi att det är betydligt vanligare att äldre är drabbade än yngre. Orsakerna bakom detta är både biologiska, sociala och psykologiska. Vad vi säkert vet är att det definitivt inte är en naturlig del av åldrandet. Om vi ser i läkemedelsregistret kan vi också notera att de äldre toppar statistiken vad gäller psykofarmaka, däribland antidepressiva läkemedel. Däremot är det få om ens några som får tillgång till psykologisk behandling. Mot den bakgrunden uppstår ytterligare en paradox, att vi kan ha både en överbehandling och en underbehandling av äldres depression, den senare därför att depressionen inte diagnosticerats. Vi kan se det när det gäller läkemedelsbehandling.

Kan vi utifrån detta dra slutsatsen att kvinnor är mer utsatta för depression än män? Ger det oss bekräftelse på kvinnors utsatthet och deras reaktion på ett ojämnt samhälle? Det är nog mer komplext än så. I en nyligen genomförd studie av professor Marie Åsberg tycks depressionssjukdom vara lika vanligt hos äldre män som hos äldre kvinnor. Detta faktum noterade Åsberg med förvåning. En relativt kort tid innan hade Dagens Medicin refererat till en studie som visade att vid en genuskorrigerad bedömning av depression hos kvinnor och män reducerades skillnaderna. Det blev i stort sett 50–50 i förekomst av depression hos kvinnor och män oavsett ålder. Ytterligare en faktor som skulle kunna stödja det faktum att depression är relativt jämnt fördelad mellan män och kvinnor är andelen självmord.

En vanlig myt om självmord är att de ligger i topp i Sverige i internationella jämförelser. Så är inte fallet. Även om varje enskilt självmord är en stor tragedi är Sverige förskonat i jämförelse med många andra områden i världen. En annan myt är att de flesta självmord sker bland unga människor, i synnerhet bland unga flickor. Det stämmer inte heller. Den största andelen självmord sker bland män över 65 år. Generellt är det så att det är dubbelt så många pojkar/män som tar sitt liv jämfört med flickor/kvinnor. Det är en trend som är likartad i stora delar av västvärlden. Den

senaste rapporten från Socialstyrelsen om dödsorsaker visade att antalet självmord i Sverige ökat mellan 2011 och 2012. En ökning som ska ses med stor försiktighet då självmordsutvecklingen måste ses över en längre tid. Det var dock tydligt att ökningen mellan 2011 och 2012 bestod av att det var 50 fler män över 45 år, och 63 fler män över 65 år, som tagit sina liv. Trots det ser jag fortfarande att det är de ungas självmord, framförallt flickors, som lyfts i den dagliga debatten.

AVSLUTNING OCH DISKUSSION

Det finns förhållandevis begränsat med forskning om äldre och psykisk ohälsa och följaktligen är det få som studerar genusrelaterad psykisk ohälsa och äldre. Vi kan därför bara utgå från antaganden och rimliga hypoteser utifrån föreliggande material. Några av dessa beståndsdelar är att äldre, liksom personer med funktionsnedsättning, ofta ses som könlösa. De reduceras till en kategori med vissa generella utmärkande drag kopplade till ålder eller funktionsförmåga. De saknar inte sällan ålder om utgångspunkten är funktionsnedsättning, och i samband med åldrandet "försvinner" funktionsnedsättningen. Det leder till en enögd och i vissa fall starkt diskriminerande hållning från det omgivande samhället. Att inte längre bli tillerkänd sina behov, sin historia och sin identitet är inskränkande och undergräver den personcentrerade vård som samhället idag anser önskvärd. I detta finns också en stark fokusering på de fysiska funktionerna när kvinnor och män blir äldre. De psykiska funktionerna och behoven hamnar i skymundan. Samtidigt uttrycker vårdpersonal en hjälplöshet inför mötet med äldre med psykisk ohälsa och menar att man saknar nödvändig kompetens för att tillgodose dessa personers behov.

Av tradition, liksom i en del av den litteratur som problematiserar psykisk ohälsa och kön, framställs det som om kvinnor i högre grad än män drabbas av psykisk ohälsa eller oftare diagnostiseras som psykiskt sjuka. Jag menar att det starkt kan ifrågasättas och att det snarast bygger på våra föreställningar och värderingar kopplat till psykisk ohälsa och till kön. Det förefaller som om det inte är någon skillnad i förekomst mellan kvinnor och män när det gäller depression, samtidigt som dubbelt så många män som kvinnor tar sina liv. Dessa förhållanden tyder på att det omgivande samhället underskattar männens psykiska ohälsa. Det kanske skulle kunna liknas vid att flickor/kvinnor med ADHD är mer "osynliga" än pojkar/män.

Inget tillstånd eller samhälleligt fenomen kan anses vara befriat från relationer till norm, konstruktivism eller social relation. Samtidigt får det inte vara skäl till en relativisering av lidande eller behov av behandling. Det innebär inte att psykisk ohälsa inte kan vara en del av det medicinska panoramat eller kunna kopplas till hjärnan. Även ett avståndstagande från den medicinska förklaringsmodellen är en social konstruktion given under en viss tid och vissa förhållanden.

Slutligen vill jag lyfta behovet av en ökad forskning kring psykisk ohälsa och genus, behovet av forskning kring äldre och psykisk ohälsa generellt och en ökad forskning kring hur dessa två områden interagerar med varandra.



KAPITEL 2
SOCIALA SKILLNADER I ÄLDRE
KVINNORS HÄLSA

FOTNOT

¹ Har kommit till som första punkt de senaste åren, troligen som ett resultat av kampanjen Hjärnkoll.

² En människa är inte sin sjukdom utan har den men här åsyftas ett sätt att tala och skriva om kvinnor som hade en schizofreni sjukdom utifrån den tidens sätt att uttrycka sig.

REFERENSER

- Busfield, J. (2000). Introduction: Rethinking the Sociology of Mental Health. *Sociology of Health & Illness* vol.22 No 5, ISSN 0141-9889, pp. 543 – 558.
-
- Brunt, D., Larsson, K. & Rolfner Suvanto, S. (2010). Äldres psykiska ohälsa. I *Omsorg och mångfald*. Johansson, S. (red). Malmö: Gleerups utbildning AB.
-
- Cullberg, Johan. (2004). *Psykosor – ett integrerat perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
-
- Gunnarsson, E. & Szebehely, M. (red). (2009). *Genus i omsorgens vardag*. Stockholm: Gothia.
-
- Johannisson, K. (2009). *Melankoliska rum*. Falun: Albert Bonniers Förlag.
-
- Cleary, A (2011). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine*.
-
- Moberg, Å. (2007). *Hon var ingen Florence Nightingale: människan bakom myten*. Lund: Natur & Kultur.
-
- Olsson, U. (1997). *Folkhälsa som pedagogiskt projekt: bilden av hälsouppllysning i statens offentliga utredningar*. Uppsala: Uppsala Universitet.
-
- Payne, S., Swami, V. & Stanistreet, D.L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health* 5(1):23-35.
-
- Living, C. (2008). *Icke som en annan människa. Psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatri och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft*. Möklinta: Gidlunds Förlag.
-
- Rolfner Suvanto, S. (2012). *Mellan äldreomsorg och psykiatri. Om äldres psykiska ohälsa*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
-
- Showalter, E. (2012). *The Female Malady. Women, Madness and English Culture*. London: Virago Press.
-
- Socialstyrelsen (2008). *Äldres psykiska ohälsa*.
-
- Socialstyrelsen (2010). *ECT-behandling – en pilotstudie*.
-
- Socialstyrelsen (2010). *Öppna jämförelser. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen*.
-
- Socialstyrelsen (2013). *Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården*.
-
- Statens Folkhälsoinstitutet (2009). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression. En kunskapsöversikt*.
-
- Wasserman, D. & Wasserman, C. (red). (2009). *Oxford textbook of Suicidology and Suicid prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press.
-
- Ussher, Jane M. (2011). *The Madness of Woman: Myth and Experience*. London: Routledge.
-

Munhälsa hos äldre kvinnor

ULRIKA LINDMARK

Filosofie doktor i Oral hälsovetenskap, universitetslektor
och forskare på Hälsohögskolan i Jönköping.
Hennes forskning gäller främst beteenderelaterade
och psykosociala faktorer betydelse för den
orala hälsan utifrån ett friskperspektiv.

32

SAMMANFATTNING

På grund av olika individuella och samhälleliga förutsättningar åldras vi på olika sätt, vilket innebär att gruppen äldre personer inte är en homogen grupp. Detta innebär att liksom för den generella hälsan, skiljer sig munhälsan åt för äldre, såväl för kvinnor som för män. Framtiden visar på ett ökat antal äldre personer i befolkningen. Av dessa har allt fler äldre personer sina egna tänder i behåll. Detta är positivt, men innebär även en utmaning för tandvården, såväl som äldreomsorg och hälso- och sjukvård, att finna strategier för att möta upp behov som krävs för att bibehålla en god munhälsa för äldre, oavsett om de är friska eller sjuka. Det finns idag stödåtgärder som finansieras av landstinget och försäkringskassan och det pågår olika stödprojekt för äldre i några landsting. Studier visar dock att munhälsostöd inte når alla som har behov av detta. Munnen är en del av kroppen och påverkar det dagliga livet och livskvaliteten på en mängd olika sätt, därför bör munhälsan för äldre prioriteras.

I följande kapitel kommer äldre kvinnors munhälsa beskrivas utifrån olika kliniska munhälsomått, självskattad munhälsa och munhälsorelaterade beteenden. Vidare beskrivs hur munhälsan samverkar med allmänhälsan och munhälsorelaterad livskvalitet. Avslutningsvis beskrivs vikten av att olika aktörer kan samverka, och hur, för att främja en god munhälsa samt hur ett salutogent förhållnings- och arbetssätt kan gynna munhälsan för äldre kvinnor.

INLEDNING

”Det kommer en dag, när vi alla biter försiktigt i brödet” är ett citat ur Ivar-Lo Johanssons bok ”Ålderdoms Sverige – en stridsskrift” från 1952. Att tappa tänderna var en naturlig del av ålderdomen, och att ha hel- eller delproteser i stället för egna tänder var mer en regel än ett undantag. Så är inte längre fallet.

Enligt folkhälsorapportens sammanställning (SoS, 2009) har tandhälsan i Sverige generellt förbättrats de senaste 25 åren. Trots detta föreligger det betydande socioekonomiska skillnader i tandhälsan. Då fler äldre har fler antal egna tänder i behåll har munhälsan för äldre de senaste åren varit ett angeläget och omdiskuterat område inom tandvården. Några exempel på citat i yrkestidningar under de senaste åren har varit; *Äldre har inte råd med tandvård* (Tandläkartidningen, 2011), *Bristen på kunskap inom området äldretandvård är stor och listan på frågor som behöver besvaras är lång* (Tandhygienisttidningen nr 1, 2012) och *Sköra äldre tappar kontakt med tandvården* (Tandläkartidningen, 2014).

Att ha sina egna tänder i behåll har betydelse för en individs vardagsliv och livskvalitet på många olika sätt. Enligt tandvårdslagen (SFS, 1985:125) är målet för tandvården en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det är därför viktigt att ha kunskap om de behov som finns, så att rätt och tillräckliga resurser läggs på att främja munhälsan samt att förhindra sjukdomsutveckling i tänder och mun. Ett sådant hälsofrämjande, sk salutogent arbets- och förhållnings-sätt är gynnsamt både för individ och samhälle. Ett salutogent arbetssätt inom tandvården innebär att vi måste arbeta på flera arenor i samhället, där samverkan sker mellan olika professioner inom hälso- och sjukvård, kommun och privata sektorn. Ytterligare arenor där ett hälsofrämjande arbete kan ske är på de platser där äldre personer är aktiva i sin vardag såsom i olika föreningar och organisationer.

Munnen bör betraktas utifrån ett helhetsperspektiv och som en del av kroppen. En definition för att beskriva det är ”Oral hälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av oral sjukdom” (Hugoson m fl, 2003).

Att kunna äta, tugga, prata, skratta och le är en central del i det dagliga livet både för att överleva rent fysiskt, men också utifrån en psykosocial aspekt. Att inte kunna äta på grund av smärta eller obehag från munnen, kan göra att du undviker att äta lunch med vänner och i stället väljer ensamhet i hemmet. Att inte kunna äta och tugga kan bidra till att du inte får i dig den näring som krävs för att överleva, vilket kan öka risken för sjukdom och en sämre livskvalitet. Omvänt kan påverkan av en sjukdom eller livssituation göra att du inte orkar bry dig om att borsta tänderna, saknar förmåga eller kunskap om hur du ska sköta din munhygien på bästa sätt eller inte anser dig ha råd att uppsöka tandvård i den utsträckning du önskar. I kombination med mediciner som leder till muntorrhet, ökar risken för munsjukdomar som karies, tandlossning och svampinfektioner. Munnen brukar sägas vara ”kroppens spegel”, då den många gånger speglar hur du mår. En frisk mun bidrar till livskvalitet i vardagen och munhälsan är därför viktig att främja på olika sätt och på olika nivåer i samhället.

Den äldre generationen brukar i tandvårdssammanhang delas in i den så kallade ”fyllningsgenerationen” (födda 1940–1950-tal), samt ”kron, bro- och protes-generationen” (födda innan 1940-talet). Även om dessa grupper beräknas minska i framtiden, kräver de idag och några år framöver ett relativt stort tandvårdsbehov,

men är också en grupp som är i behov av förebyggande åtgärder (Ekman, 2006). För äldre personer kan förutsättningar och vardagsliv se mycket olika ut. Vissa äldre förblir friska och kan klara sig själv på alla sätt. Andra bor hemma, men är ändå multisjuka och mer eller mindre beroende av anhöriga och servicepersonal. Några bor på vårdhem eller är inlagda på sjukhus och är beroende av omsorg dygnet runt. Dessa faktorer påverkar också den äldres förmåga att upprätthålla en god munhälsa. Gruppen äldre kvinnor och deras munhälsa kan alltså inte heller betraktas som en homogen grupp, utan munhälsan varierar beroende på olika förutsättningar i livet så kallade bestämningsfaktorer, se nästa stycke. Det är viktigt att det finns olika och anpassade hälsofrämjande och preventiva strategier som riktar sig till olika målgrupper för äldre. Det är därför av stor betydelse att ha kunskap om vilka behov som finns hos denna heterogena grupp av äldre kvinnor, både baserat på kliniska bedömningar och självupplevd munhälsa.

ORALA HÄLSANS BESTÄMNINGSFAKTORER

Utfall av hälsa eller sjukdom är baserat på flera samverkande faktorer som finns i det sammanhang som en individ befinner sig och lever i, så kallade bestämningsfaktorer (Dahlgren & Whitehead, 1992; WHO, 2012). Flertalet av dessa faktorer är även bestämningsfaktorer för den orala hälsan. Dessa faktorer kan härledas till både individens egna interna resurser till exempel egen vilja och drivkraft, kunskap, copingstrategier och självtillit, samt externa faktorer såsom levnadsvanor till exempel tobak, kost, fysisk aktivitet, alkohol samt samhällsrelaterade faktorer som till exempel kultur, socialt nätverk, yrkesstatus/utbildning, ekonomi och tillgång till hälso- och sjukvård/tandvård (Watt, 2012). Därtill samverkar den orala hälsan med ålders- och könsrelaterade faktorer. Samma faktorer som påverkar allmänhälsan för äldre kvinnor kan därför även indirekt påverka munhälsan, både i riktning mot hälsa och ohälsa. De kan bli riskfaktorer för den som till exempel äter kolhydratrik och sockerrik kost, är stillasittande och röker. Samma faktorer kan även betraktas som friskfaktorer för den som till exempel äter fiberrik kost, grönsaker och frukt samt rör på sig och borstar tänderna med fluortandkräm. Ett hälsofrämjande och salutogent arbetssätt innebär att fokus är på att finna åtgärder och aktiviteter som underlättar och motiverar individen att göra hälsosamma val. De bestämningsfaktorer som finns och påverkar individens hälsa såväl som munhälsa ska göras till resurser och generera möjligheter.

Att åldras med fler friska tänder i behåll är fullt möjligt om individen får vara frisk och kan tillgodogöra sig de hälsoresurser som finns tillgängliga, både interna och externa. Den som är frisk kan i stor utsträckning själv påverka resurserna omkring sig. En frisk äldre person kan dock behöva kunskap om de resurser som finns, så att de av egen kraft och förmåga kan nyttja dem på ett hälsofrämjande sätt. Ibland är individens egna interna och externa resurser begränsade såsom den egna förmågan och drivkraften att hålla en god munhygien eller laga en hälsosam kost. Det blir då extra viktigt att få stöd och uppmuntran av andra personer, till exempel anhörigvårdare, tandvårds- och omsorgspersonal. Detta gäller även stöd avseende samhälleliga externa resurser som till exempel tillgång till goda matvaror och tandvård.

FLER ÄLDRE BEHÅLLER SINA EGNA TÄNDER

Inom tandvården kan generellt ses en förbättring i tandhälsan i alla åldrar, där det i den äldre åldersgruppen idag finns fler antal personer med egna tänder jämfört med för 25–30 år sedan (Edman m fl, 2012; Ekman, 2006; Hugoson m fl 2005; Lundegren m fl, 2012; Nordenram, 2012). Antalet kvinnor (70 år) med helprotes (helt tandlösa) har minskat från 16 % till 1 % mellan 1973–2003 (Hugoson m fl, 2005). Det finns inga större skillnader mellan kvinnor och män gällande tandlöshet (SoS, 2009). Detta är mycket positivt och visar att det preventiva arbetet inom tandvården varit framgångsrikt, men det beror sannolikt även på förändrade regler inom tandvårdsförsäkringen som bidragit till att fler har råd med tandersättning som kronor, broar och även implantat i större utsträckning (Lundegren m fl, 2012; Nordenram, 2012). För kvinnor i åldersgruppen 60–75 år uppges två tredjedelar ha egna tänder (Ekman, 2006). Förändrade levnads- och samhällsrelaterade faktorer tros också vara bidragande till förbättrad tandhälsa. I takt med att fler har egna intakta tänder, men även kron-, bro- och implantatersättning, medför det ett ökat behov av resurser inom både tandvård och äldreomsorg. Det finns behov av resurser för att främja och bibehålla friska förhållanden, men också ett ökat behov av stöd för att kunna bibehålla en god munhälsa och förhindra munsjukdomar som karies och tandlossning hos dem som har svårt att på egen hand sköta sin munhygien (Müller, 2014; Nordenram, 2012).

Trots den positiva utvecklingen finns det skillnader i munhälsa mellan olika grupper, där orsaken till om man har tänder eller inte kan relateras till ålder, kön, socioekonomi, etnisk bakgrund och kultur (Ekman, 2006, Nordenram, 2012) men också relaterat till olika psykosociala faktorer och levnadsförhållanden (Thorstensson och Johansson, 2009). Även om antalet äldre kvinnor som har fler egna tänder i behåll ökat, finns de flesta i den högre socioekonomiska gruppen. Likaså kan man se kulturella och demografiska skillnader, där personer med invandrarbakgrund har färre egna tänder liksom att äldre i Norrbotten och Västerbotten uppvisar tandlöshet i högre grad än i övriga regioner (Ekman, 2006; Lundegren m fl, 2012). Det finns också ett samband mellan att ha färre antal egna tänder och att man uppsöker tandvården mindre regelbundet jämfört med personer som har fler egna tänder (Nordenram, 2012), samt att de med sämre ekonomiska förhållanden uppsöker tandvården mer sällan (Wamala m fl, 2006). Detta betyder till exempel att äldre kvinnor med lägre inkomst och de som har en annan etnisk bakgrund, i större utsträckning har färre egna tänder och uppsöker tandvården mer sällan. Till detta kan tilläggas att dessa kvinnor i större utsträckning har en sämre allmänhälsa, med ökad risk för olika munsjukdomar som följd.

Antalet äldre som bor hemma ökar och studier visar att äldre med behov av mycket stöd (tre gånger/dag) har sämre munhälsa än hemmaboende med moderat behov av stöd (15–50 gånger/månad) (Holmén m fl, 2012; Strömberg m fl, 2012). Äldre hemmaboende och multisjuka har också ett stort tandvårdsbehov (Nordenram, 2012). Äldre som flyttar in i särskilt boende har ofta en bristande munhälsa och ett samband ses mellan färre antal tänder och mer oregelbunden eller ingen kontakt med tandvården (Hansson m fl, 2013).

Studier visar olika resultat med avseende på skillnader mellan kvinnors och mäns munhälsa. Vissa studier visar inga könsskillnader (Lundeberg m fl, 2012), och där skillnader föreligger, visar studier att kvinnor oftare har mer karies och tandlossning än män (Lukas och Largaespada, 2006; Norderyd och Hugoson, 1999).

SJÄLVUPPLEVD MUNHÄLSA

Individens upplevelse av munhälsan är komplex och kan inte enbart skattas utifrån kliniska mått såsom antal tänder och registrering av munsjukdomar (Ekbäck m fl, 2009). Den måste också beaktas utifrån fler dimensioner, däribland samhällsrelaterade faktorer och individens egen uppfattning om sin munhälsa när det gäller funktion, utseende, smärta och psykosociala aspekter. Äldre personer är som helhet tillfredsställda med sin munhälsa (Ekbäck m fl, 2009; Andersson och Nordenram, 2004). Men huruvida man är tillfredsställd med sin munhälsa varierar beroende på olika sociodemografiska faktorer och subjektiva munhälsorelaterade faktorer såsom dålig andedräkt, saknade tänder, erfarenhet av tandvärk samt tuggproblem, men även rökning och upplevd allmänhälsa (Ekbäck m fl, 2009). Även negativ erfarenhet från tidigare tandvård som barn, välstånd, tandvårdsförsäkring samt ekonomiska förutsättningar under uppväxt och senare, påverkar tillfredsställelsen med tänder och tandvård (Andersson och Nordenram, 2004). Det tycks finnas en skillnad mellan självupplevd munhälsa och hur tandvårdsprofessionen bedömer behov av tandvård (Hansson m fl, 2013).

De flesta äldre upplever att de har bra tuggförmåga, men 20 % uppger en nedsatt tuggförmåga. Det finns inga större skillnader mellan män och kvinnor avseende tuggförmåga (SoS, 2009). Äldre personer med övervikt upplever sämre tuggförmåga, mindre nöjdhet med sina tänders utseende, mer muntorrhet, rapporterar färre antal tänder och är mindre tillfredsställda med sin munhälsa generellt, jämfört med normalviktiga äldre personer (Ekbäck m fl, 2010).

Många av de faktorer som har med vårt beteende att göra påverkar munhälsan och det handlar framförallt om kost och rökning. Kolhydratrik kost, lättuggad och fiberfattig kost ökar risken för karies då den ofta har högt sockernehåll, är klibbig och lätt blir kvar i munnen. Näringsfattig kost kan leda till sämre immunförsvar och ökad risk för olika sjukdomar. Rökning påverkar blodkärlen, som leder till försämrat immunförsvar och ökar risken för tandlossningssjukdom.

Munhälsorelaterade beteenden inkluderar även förmågan att rengöra sina tänder och gå regelbundet till tandvården. Så länge äldre personer är friska, går de regelbundet på tandvårdskontroller (Hugoson m fl, 2005). Äldre, som har behov av stöd från anhöriga och omsorgspersonal, går däremot mer sällan eller aldrig till tandvården (SoS, 2009). Detta ökar risken för att sjukdomar i tänder och mun inte upptäcks i tid.

ALLMÄNHÄLSA OCH MUNHÄLSA

Äldre personer blir inte sjuka i munnen enbart på grund av att de blir äldre. Studier har dock visat att det finns en ökad förekomst av tandköttsinflammation och tandbeläggning (dentalt plack) hos äldre personer (Hugoson m fl 2005). Om förutsättningar för att kunna sköta sin egen munhygien förändras på grund av till exempel sjukdom ökar risken för försämrad munhälsa och munsjukdom som följd. Exempel på allmänsjukdomar som drabbar äldre är stroke och demenssjukdom, men även depression, diabetes, hjärt- och lungsjukdom är vanligt vilket ökar risken för karies, tandlossning, svampsjukdom och sår i munnen (Kandelman m fl, 2008). Det är heller inte ovanligt med mediciner som påverkar salivsekretionen genom minskad mängd saliv. Detta ökar risken för karies, men kan även ge upphov till självupplevd muntorrhet, vilket vanligen är en obehaglig känsla. Sjukdom kan

minska immunförsvaret, men ofta påverkar sjukdomen också den motoriska och mentala förmågan att upprätthålla en god munhälsa genom till exempel svårigheter att borsta tänderna och en sämre kosthållning.

Omvänt finns studier som pekar på att en försämrad munhälsa kan öka risken för olika allmänsjukdomar såsom lunginflammation, hjärt- och kärlsjukdom samt demens (Cabrera m fl, 2005; Hansson m fl, 2013). Baserat på data från Världshälsoorganisationen, WHO, rekommenderas starkt att tydliga gemensamma strategier och program tas fram för att möta de behov som krävs för att främja både allmänhälsan och den orala hälsan, så kallad "common health approach" (Petersen m fl, 2010).

MUNHÄLSA OCH LIVSKVALITET

Munhälsan har visat sig ha betydelse för livskvaliteten. Livskvalitet definieras enligt WHO som "Individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (WHO, 1997). I forskningsstudier kan munhälsorelaterad livskvalitet beskrivas på olika sätt med stöd av mätinstrument såsom GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), OHIP (Oral Health Impact Profile) och OIDP (Oral Impact on Daily Performance). Samtliga mätinstrument beaktar munhälsorelaterad livskvalitet utifrån flera dimensioner såsom psykiskt, socialt och funktionellt (Adulyanon och Sheiham, 1996; Hägglin m fl, 2007; Östberg m fl, 2008). Faktorer som visat sig påverka munhälsorelaterad livskvalitet negativt hos äldre personer är antal tänder, skadade tänder såsom karies, kvarstående rotrester och muntorrhet (Strömberg m fl, 2012). Munhälsorelaterade faktorer som påverkar livskvaliteten i det dagliga livet är förmågan att kunna äta och rengöra sina tänder, ha färre än tio tänder samt att inte kunna gapa. Dessa faktorer berör mest de äldre utifrån psykologiska aspekter. Upplevelse av sämre allmänhälsa, att ha en medicinsk diagnos samt inta mediciner är också associerat med sämre munhälsorelaterad livskvalitet. Fler äldre kvinnor än män upplever sämre oral hälsorelaterad livskvalitet (Andersson m fl, 2010; Östberg m fl, 2008; 2009). Att uppleva muntorrhet inverkar på livskvaliteten, och är mer vanligt förekommande hos kvinnor (Johansson m fl, 2012). Fler antal tänder ökar förmågan att kunna tugga, vilket är viktigt både för intaget av näringsrik mat samt för livskvaliteten. Cirka 20 % av 75–84 åringar har rapporterat en försämrad tuggförmåga (Nordenram, 2012).

MUNHÄLSA OCH KÄNSLA AV SAMMANHANG

Om en individ upplever en hög grad av känsla av sammanhang (KASAM), innebär detta att hen har tillgång till en mängd olika livserfarenheter och resurser (interna och externa) samt en förmåga, trots influenser av till exempel sjukdom och kriser, att använda dessa erfarenheter/ resurser för att göra val gynnsamma för individens hälsa (Antonovsky, 1991). Tre komponenter är viktiga för en hög KASAM. Dessa tre är känslan av begriplighet (en kognitiv förmåga för att förstå och ha kontroll på sin situation), känslan av hanterbarhet (förmågan att ha instrument/resurser att ta till för att lösa ett problem eller situation) samt känslan av meningsfullhet (förmågan att känna sig delaktig, känna nytta med att lägga ner tid på till exempel en förändring, vara motiverad). En person med hög KASAM beskrivs därmed att

ha ett adaptivt hälsobeteende. Hög grad av KASAM kan också relatera till god livskvalitet (Lindström m fl, 2007). Tidigare studier har visat ett samband mellan äldre personer som har en hög grad av KASAM och god kognitiv förmåga, fysisk aktivitet (Read m fl, 2005) samt optimism, god självkänsla, självtillit och god psykologisk hälsa (Wiesman m fl, 2009). Svenska studier har också visat att hög grad av KASAM har ett samband med god munhälsa och munhälsobeteende, till exempel fler antal tänder, friskare tänder och tandkött, regelbundna tandvårdsbesök och goda kostvanor (Lindmark m fl 2011a; 2011b). Samtidigt visar studier att även om KASAM stiger med ökad ålder, har äldre kvinnor (60 och 70 år) lägre KASAM jämfört med män i samma ålder (Lindmark m fl, 2009). Kunskapen om dessa samband visar på betydelsen av att fokusera på kvinnors förmåga att använda egna resurser och tillgång till externa resurser. Det innebär en möjlighet att, själv eller med hjälp av stöd, kunna ta hand om sina tänder men också att få tillgång till tandvårdens resurser, så kallad resurs-orienterad munhälsovård för äldre.

EKONOMISKA VILLKOR FÖR GOD MUNHÄLSA HOS ÄLDRE

Den allmänna tandvårdsförsäkringen som kom 1974 har förändrats över tid, och det har tillkommit olika tandvårdsreformer för att underlätta för individer att bibehålla en god munhälsa. Det betyder att förutsättningarna för tandvård har förändrats över tid, och de som idag är äldre har inte fått samma stöd under sin livstid som de kommande generationerna. Idag betalar alla sin tandvård upp till 3000 kr, och personer över 75 år får ett dubbelt tandvårdsbidrag på 300 kr/år. År 2000 kom reformen om ”uppsökande tandvård”, ”munhälsobedömning” och ”nödvändig tandvård”, vilka bekostas av landstingen. Uppsökande verksamhet erbjuds äldre personer boende hemma och i äldreboenden. Vanligast är att en tandhygienist ger en gratis munhälsobedömning och därefter informerar den äldre, äldrestödjare, anhöriga och personal om behov av munvård. I detta ingår även att omsorgspersonal får munvårdsutbildning en gång per år. Personer med omfattande omvårdnadsbehov har rätt till nödvändig tandvård som bekostas på samma sätt som övriga hälso- och sjukvård. Januari 2013 kom en komplettering till tandvårdsstödet, så kallad F-tandvård, vilket innebär tandvårdsstöd till personer med vissa kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar som innebär risk för försämrad munhälsa (SKL, 2006; SoSFS 2012:16; SoSFS 2012:17). Detta särskilda tandvårdsbidrag, STB, innebär ett bidrag på högst 600 kr per halvår. Enligt rapporter (SoS, 2009; Hansson m fl 2013), är det alltför många som inte nås av uppsökande verksamhet och möjlighet till särskilt tandvårdsstöd. Det är speciellt äldre som bor hemma som inte nås av stödet samt sköra äldre på särskilt boende. Personal inom kommun och landsting har en viktig roll. En stor utmaning idag är att komma i kontakt med hemmaboende äldre som har behov av dagligt stöd.

SAMVERKAN OM MUNHÄLSA FÖR ÄLDRE

Munhälsan påverkas indirekt av flera samverkande bestämningsfaktorer, allt från individens egen förmåga att till exempel hålla rent i munnen till psykosociala och samhällsrelaterade faktorer. Det finns även en samhällshistorisk relation till dagens munhälsa hos äldre. Orsaken till ojämlikheter i munhälsa beror dock inte enbart på biologiska, psykosociala och beteendefaktorer. Forskningen visar att det i stor utsträckning handlar om summan av kollektiva sociala förhållanden som skapas när människor interagerar med den sociala miljön och står i direkt relation till det socioekonomiska läget i ett samhälle eller population (Moysés, 2012; Sheiham m fl, 2011). Det är därför viktigt att samverka på flera plan, från politisk nivå inom alla samhällssektorer (privat, kommun och landsting) till personer nära den enskilda individen. Axtelius och Söderfeldt (2004), framhåller att munhälsan bör betraktas som en helhet och att åtminstone tre viktiga dimensioner krävs för att

KOMPONENTER AV MUNHÄLSORELATERAD LIVSKVALITET



FIGUR 1
Baserad på figur "Oral Health
Related Quality of Life" av Lalonde 1974
(Axtelius, Söderfeldt, 2004).

förstå begreppen oral sjukdom, oral hälsa och oral livskvalitet, nämligen biologi, individ och samspelet individ-samhälle. På den samhällsliga nivån kan bristen på välfärd ses som övergripande och innefattar bl a fattigdom, etnicitet och bristen på sociala kontakter. Fler komponenter i deras modell av munhälsorelaterad livskvalitet presenteras i Figur 1. Utifrån den helhetssynen är det av stor betydelse att samverkan beaktas utifrån alla dessa dimensioner och samband.

Det är viktigt att det finns strategier inom tandvårdens verksamhet för att bemöta denna icke homogena grupp av äldre kvinnor. Men det krävs också strategier för samverkan mellan olika professioner, både i landsting och kommun. Det finns idag goda exempel på projekt inom äldretandvården, där man på olika sätt försöker samverka med äldreomsorgen (se under Länkar). För att underlätta för vård- och omsorgspersonal finns ett riskbedömningsinstrument, Revised Oral Assessment Guide (ROAG). Instrumentet syftar till att vara ett stöd för personalen att registrera eventuella problem och avvikelser i munnen hos den äldre. Användningen av detta instrument skiljer sig åt i landet, och det kräver att personal inom tandvården samt vård- och omsorgspersonal får resurser till att implementera instrumentet. Instrumentet ingår dessutom som en del i kvalitetsregistret Senior Alert som syftar till att kunna följa upp och att arbeta preventivt för att förebygga fall, trycksår och undernäring för äldre (se under Länkar). Som tidigare beskrivits finns samverkan mellan tandvård (både privat och landsting) och äldreomsorg inom kommun genom så kallad uppsökande verksamhet. Ett annat sätt att utveckla och förbättra samverkan är tjänster som munhälsostrateg (tandhygienist) inom kommunen och/eller landsting, som i samverkan med äldrestrateg kan arbeta med munhälsofrämjande aktiviteter. Benämningen tandvårdsstrateg förekommer idag inom några landsting, men har oftast inte en operativ utan en mer övergripande roll för tandvårdens arbete och strategier. En munhälsostrateg skulle i detta sammanhang arbeta med mer vardagsnära aktiviteter och vara en viktig kontakt och länk mellan personal inom tandvård och äldreomsorg. Det är också viktigt att de aktiviteter och förbättringsarbeten som genomförs utvärderas regelbundet och att det finns tydliga metoder för det.

Enligt tandvårdslagen är målet för tandvården en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen (Svensk författningssamling, 1985:125). Även om det är tandvårdens mål, är det viktigt att vi samverkar med övrig hälso- och sjukvård samt omsorg när det gäller äldre kvinnor, men också män. Det är också viktigt att lyssna och samverka med den äldre personen själv och dennes närstående om hur de ser på den äldres munhälsa.

AVSLUTNING OCH DISKUSSION

För att på bästa sätt möta upp munhälsan hos dagens och morgondagens äldre personer, måste vi fokusera på flera olika hälsofrämjande strategier och verka på flera arenor (Silva m fl, 2008). En central del är att stärka individens egen förmåga till att göra hälsosamma val och, om den egna förmågan saknas, måste det till resurser för att stödja hälsosamma val som gynnar munhälsan och som även är i samklang med den generella hälsan. Salutogena, det vill säga hälsofrämjande förhållningssätt och metoder, innebär en ekonomisk vinst för individen och en vinst för hälsa och livskvalitet, men också en vinst för samhället i stort. Följande är några exempel på salutogena förhållnings- och arbetsmetoder.

- ~ Öka kunskapen om vikten av god munhygien, kost och fluor för äldre genom att kommunicera med den äldre själv, anhörigvårdare och omsorgspersonal.
- ~ Ge kunskap om och tillgång till bra munhygien-hjälpmiddel till den äldre själv, anhörigvårdare och omsorgspersonal.
- ~ Uppmuntra till rörelse för både kropp och käkar. Det stärker skelett, käkben och därmed salivproduktionen. Rörelse i form av fysisk aktivitet ökar möjligheterna till mindre behov av mediciner, vilket minskar risken för muntorrhet.
- ~ Introducera smakrik och tuggstimulerande mat som ökar saliv, käkfunktion och därmed välbefinnandet.
- ~ Öka tillgängligheten till tandvård oavsett boende i hemmet, äldreboende eller sjukhus/sjukhem.
- ~ Stärk resurser för uppsökande verksamhet och mobil tandvård.
- ~ Utöka samverkan och användning av riskbedömningsinstrumentet ROAG.
- ~ Öka stöd till munvård för äldre hemmaboende.
- ~ Samverka mellan professioner om kost och andra främjande aktiviteter på olika arenor där de äldre befinner sig.
- ~ Intressera dig för vad den äldre personen vill och tycker om sin munhälsa.
- ~ Stärk känslan av delaktighet och nytta med att ha en god munhälsa.
- ~ Tillsätt munhälsostrateg (tandhygienist) i kommun och landsting som i samverkan med äldrestrateg ansvarar för planering och utförande av grupp- och individanpassade hälsofrämjande insatser för äldre.



KAPITEL 3
SOCIALA SKILLNADER I ÄLDRE
KVINNORS HÄLSA

LÄNKAR

ROAG - ett riskbedömningsinstrument för
munhälsa för vård- och omsorgspersonal.
<http://plus.lj.se/infopage.jsf?nodeId=42655>

Senior Alert - ett nationellt
kvalitetsregister för vård och omsorg.
<http://plus.lj.se/index.jsf?nodeId=37392&nodeType=13>

SKL. Om samverkan mellan
huvudmännen i frågan om äldres munhälsa.
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsoochvard/tandvard

Akademiskt Centrum för Äldretandvård (ACT).
<http://ki.se/dentmed/akademiskt-centrum-for-aldretandvard-act>

Folktandvården i projekt för bättre munhälsa hos äldre.
<http://nyheter.vgregion.se/sv/Nyheter/Folktandvarden-Vastra-Gotaland/Skapa-pessmeddelanden/Folktandvarden-i-projekt-for-battre-munhalsa-hos-aldre/>

Centrum för äldretandvård.
<http://www.vardalinstitutet.se/sites/default/files/tr/aldreshalsa/aldreshalsadocs/aldreshalsaartikelpdf/10560.pdf>

Äldreteam i Gävle.
<http://www.lg.se/Jobba-med-oss/Vardgivarportalen/Aldreteam-i-Gavle/>

REFERENSER

Adulyanon S., Sheiham A. (1996). Oral impacts on daily performance. In: Slade G, editor. Measuring Oral Health and Quality of Life. Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina.

Andersson P., Hakeberg M., Karlberg G., Östberg A-L. (2010). Clinical correlates of oral impacts on daily performance. *Int J Dent Hygiene* 8:219-226.

Antonovsky A. (1991, rev 2005). Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur.

Axtelius B., Söderfeldt B. (2004). Vad är oral hälsa? *Tandläkartidningen* 96(10):50-56.

Cabrera C., Hakeberg M., Ahlqwist M., Wedel H., Bjorkelund C., Bengtsson C., Lissner L. (2005). Can the relation between tooth loss and chronic disease be explained by socio-economic status? A 24-year follow-up from the Population Study of Women in Gothenburg, Sweden. *European Journal of Epidemiology* 20: 229-236.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1992). Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Copenhagen: World Health Organization.

Silva AN, Mendonça MH, Vettore MV. (2008). A salutogenic approach to oral health promotion. *Cad Saude Publica* 24 Suppl 4:521-30.

Edman K., Öhrn K., Holmlund A., Nordström B., Hedin M., Hellberg D. (2012). Comparison of oral status in an adult population 35-75 years of age in the county of Dalarna, Sweden in 1983-2008. *Swed Dent J* 36:61-7.

Ekman A. (2006). Major public health problems - dental health. *Scand J Public Health* 2006; 34 (suppl 67):139-146.

Hansson LT., Gahnberg L., Hägglin C., Odebo L. (2013). "Skör och äldre - vad händer med tänder?" Tandvårdskontakter och munhälsa hos äldre med stort vårdbehov. FoU Väst. Rapport 4:2013.

Holmén A., Strömberg E., Hagman-Gustavsson ML. Währd I., Gabre P. (2012). Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology* 29:503-511.

Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Helkimo AN, Lundin SA, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K. (2005). Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973-2003). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J*. 29(4):139-55.

Hugoson A, Koch G, Johansson S, red. (2003). Konsensuskonferens Oral hälsa. Stockholm: Gothia.

Hägglin C., Berggren U., Hakeberg M., Edvardsson A., Eriksson M. (2007). Evaluation of a Swedish version of the OHIP-14 among patients in general and specialist dental care. *Swed Dent J* 31:91-101.

Johansson AK, Johansson A, Unell L, Ekbäck G, Ordell S, Carlsson GE. (2012). Self-reported dry mouth in Swedish population samples aged 50, 65 and 75 years. *Gerodontology* 29(2): 107-115.

- Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. (2008). Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 28(6):224-36.
-
- Lundegren N., Axtelius B., Åkerman S. (2012). Oral health in an adult population of Skåne, Sweden: a clinical study. *Acta Odont Scand* 70: 511-519.
-
- Lindmark U, Hakeberg M, Hugoson A. (2011a) Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 39(6):542-53.
-
- Lindmark U, Hakeberg M, Hugoson A. (2011b). Sense of coherence and oral health status in an adult Swedish population. *Acta Odontol Scand* 69(1):12-20.
-
- Lindmark U, Stenström U, Gerdin EW, Hugoson A. (2010). The distribution of "sense of coherence" among Swedish adults: a quantitative cross-sectional population study. *Scand J Public Health*. 38(1):1-8.
-
- Eriksson M, Lindström B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 61(11):938-44.
-
- Moysés SJ. (2012). Inequalities in oral health and oral health promotion. *Braz Oral Res*. 26 Suppl 1:86-93.
-
- Müller F. Interventions for edentate elders - what is the evidens? *Gerodontology* 2014; 31 (suppl 1): 44-51.
-
- Nordenram G. (2012). Dental Health. Health in Sweden: The national public health report 2012. Chapter 16. *Scand J Public Health* 40 (Suppl 9):281-286.
-
- Petersen PE., Kandelman D., Arpin S., Ogawa H. (2010). Global oral health of older people-call for public health action. *Community Dental Health* 27 (4 Suppl 2):257-267.
-
- Read S., Aunola K., Feldt T., Leinonen R., Ruoppila I. (2005). The Relationship Between Generalized Resistance Resources, Sense of Coherence, and Health Among Finnish People Aged 65-69. *European Psychologist* vol10 (3):244-253.
-
- Sheiham A1, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moysés S, Petersen PE, Spencer J, Watt RG, Weyant R. (2011). Global oral health inequalities: task group-implementation and delivery of oral health strategies. *Adv Dent Res* 23(2):259-67.
-
- SKL - Sveriges kommuner och Landsting. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2011 års verksamhet. DNR 12/4247.
-
- Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. SOSFS 2012:17. www.socialstyrelsen.se.
-
- Socialstyrelsen_Folkhälsorapport 2009. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/16_Tandhalsa.pdf (Hämtad 140501).
-
- Svensk författningssamling, 1985:125. Tandvårdslagen.
-
- Strömberg E., Hagman-Gustavsson ML., Holmén A., Währd I., Gabre P. (2012). Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living. *Community dent Oral Epidemiol* 40:221-229.
-
- Thorstensson H., Johansson B. (2010). Why do some people lose teeth across their lifespan whereas others retain a functional dentition into very old age? *Gerodontology* 27:19-25.
-
- Wamala S, Merlo J, Boström G. (2006). Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. *J Epidemiol Community Health* 60(12):1027-33.
-
- Watt RG. (2012). Social determinants of oral health inequalities: implications for action. *Community Dent Oral Epidemiol* 40 Suppl 2:44-8.
-
- Wiesmann U, Niehörster G, Hannich HJ. (2009). Subjective health in old age from a salutogenic perspective. *Br J Health Psychol* 14(Pt 4):767-87.
-
- World Health Organization (WHO) (1997). Measuring Quality of life. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (Hämtad 140430)
-
- World Health Organization (WHO). (2012). Social determinants of health. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/ (Hämtad 140430)
-
- Wiesmann U, Niehörster G, Hannich HJ. (2009). Subjective health in old age from a salutogenic perspective. *Br J Health Psychol* 14(Pt 4):767-87.
-
- Östberg A-L., Andersson P., Hakeberg M. (2009). Oral impact on daily performance: Associations with self-reported general health and medication. *Acta Odont Scand* 67:370-376.

Ta hand om sköldkörteln med en nypa salt



HELENA FILIPSSON NYSTRÖM
Docent och överläkare inom hormon-
sjukdomar vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset
och Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.
Hennes intresseområde är riskgrupper för jodbrist,
samt effekter på hjärnan vid Graves sjukdom.

44

SAMMANFATTNING

Jod är en bristvara i naturen men är nödvändigt för produktionen av sköldkörtelhormon. Våra huvudsakliga jodkällor är fisk och skaldjur, mjölkprodukter och joderat salt. Jod tillsätts i salt i Sverige sedan 1936 då man konstaterade att struma och bristande sköldkörtelhormonproduktion till följd av jodbrist var vanlig i svensk befolkning. Genom joderingen av bordssalt kom strumafrekvensen att gå tillbaka och Sveriges befolkning bedöms numera ha ett tillräckligt jodintag under normala omständigheter. Jodbehovet är dock större hos gravida och ammande kvinnor och det är oklart om de får i sig tillräckligt.

I äldre åldrar är sköldkörtelsjukdom vanligt både i form av låg och hög ämnesomsättning. Andelen patienter som medicinerar med sköldkörtelhormon ökar med stigande ålder och den vanligaste orsaken är en kronisk inflammation i sköldkörteln till följd av att det egna immunsystemet påverkat sköldkörteln. Allt vanligare med stigande ålder blir också knölstruman. Äldre personer riskerar också i större utsträckning att få hjärtpåverkan, till exempel förmaksflimmer.

Sköldkörtelsjukdom är, vid sidan om att vara en folksjukdom, också en kvinnosjukdom. All sköldkörtelsjukdom är vanligare hos kvinnor än hos män. Vid hög ämnesomsättning insjuknar 5–6 gånger fler kvinnor än män. Förekomsten av riskfaktorer, t ex rökning, kan påverkas av social utsatthet och därför kan sköldkörtelsjukdom vara vanligare i vissa grupper i samhället, något om dock aldrig är undersökt.

INLEDNING

Få minns idag hur situationen såg ut i Sverige innan jodering av bordssaltet infördes 1936. Kvinnor som är födda innan den tidpunkten är nu närmare 80 år eller äldre. Den äldre generationen kan dock berätta om hur vanligt det var med förstörd sköldkörtel, struma, och hur de uppmanades av sina föräldrar att äta salt med jod i. Denna kunskap håller nu på att falla i glömska och allt färre i de yngre generationerna har klart för sig vikten av joderingen och den stora betydelse det har för folkhälsan. Fortfarande står vi i valet mellan att köpa salt med eller utan jod. Jodsaltet får också konkurrens på salthyllan med gourmésalter, havssalter och flingsalter utan jodberikning och risken är stor att vi väljer utan att ha klart för oss vad det är vi väljer och varför. Detta kapitel kommer att ta oss med på jodets resa från maten vi äter fram till sköldkörteln och dess hormonproduktion. Det visar på jodets betydelse för normal sköldkörtelfunktion och på konsekvenser av såväl otillräckligt jodintag som intag av för mycket jod. Jod är viktigt för både yngre och äldre kvinnors hälsa. Vi skall heller inte glömma den resurs som äldre kvinnor utgör för att sprida kunskap om jodets betydelse, i och med att de fortfarande minns.

JOD I DÅTID OCH NUTID

Jod är ett grundämne som är nödvändigt för sköldkörtelns funktion. Utan tillgång till jod som byggsten kan sköldkörteln inte bilda sitt livsnödvändiga hormon. Utan sköldkörtelhormon kan vi inte leva och hos den nyfödde tar hjärnan snabbt skada om inte sköldkörtelhormon finns tillgängligt. Sedan länge är sköldkörtelhormonbrist en av de sjukdomar man screenar för vid födseln för att snabbt kunna säkerställa tillräcklig hormontillgång och hindra den klassiska bilden som uppstår vid grav sköldkörtelhormonbrist i tidig ålder, kretinism. Kretinism innebär kortvuxenhet, bred panna, intryckt näsrot, stor tunga, struma och grav utvecklingsrubbing. Medfödd sköldkörtelhormonbrist förekommer vid 1 av 3000 födselar. Numera är de vanligaste förklaringarna till detta att sköldkörteln inte utvecklats i normal omfattning eller att det finns en genetiskt defekt i hormonsyntesen. Jodbrist var tidigare en vanlig orsak till kretinism i Sverige.

Jod är en bristvara i jordskorpan. Genom årtusenden av nedisning och glaciärsmältning har jorden utarmats och på många håll i världen finns inte tillräckligt med jod. Detta gäller särskilt bergstrakter och områden långt ifrån haven, eftersom havsfisk är en viktig jodkälla (Nystrom et al, 2012). Kampen mot jodbristen har bedrivits i närmare 100 år och antalet jodbristområden har stadigt minskat. År 2011 rapporterade WHO att 37 länder fortfarande är jodbristiga. Tyvärr ser man på senare år att några länder återigen uppvisar jodbrist, bland annat Storbritannien (Vanderpump et al, 2011). Det belyser vikten av en medvetenhet hos myndigheter och invånare och av en kontinuerlig övervakning av jodsituationen inom landet.

I Sverige nämns struma första gången av Per Osbeck, en lärjunge till Carl von Linné, som nedtecknade dennes föreläsningar 1746. Där beskrivs att struma är en förstoring av sköldkörteln som sitter i halsen. Orsaken till struma var inte klarlagd och ännu i början av förra seklet debatterades det länge bland läkare i Sverige om det bland annat kunde röra sig om en infektionssjukdom. Det kom att dröja ända till 1920-talet innan struma bevisades bero på jodbrist (Sjoberg and Sundlof, 1971).

Från 1700-talet och framåt blev struma allt vanligare i Sverige. Det berodde sannolikt på flera faktorer. För det första ersatte potatisen spannmål som basföda.

Potatisens införande var livräddande under hårda år av missväxt, men potatis är samtidigt jodfattig vilket ledde till att det totala jodintaget minskade. För det andra blev befolkningen större under 1800-talet och tidigare obebyggda områden, där jodtillgången i marken sannolikt var lägre än i bördigare områden som tidigare varit havsbotten, lades under plogen, till exempel Norrlands inland och andra skogs och bergstrakter. För det tredje minskades tillgången på sill som under århundranden varit en betydande jodkälla (Nystrom et al, 2012).

1929 lade Carl-Axel Höjer fram sin avhandling, som handlade om strumans utbredning i Sverige. Han hade åkt runt och känt på 30 000 halsar och dokumenterat kretiner och graden av struma (Höjer, 1931). Han kom därmed att rita en karta över Sverige där områden som det inre av Småland, Östergötland, Dalarna, Hälsingland, Gästrikland och Norrlands kustland betecknades som strumaområden medan till exempel västkusten och Stockholmsområdet hade betydligt lägre förekomst av struma. Detta berodde sannolikt på att där var sillen mer tillgänglig. Detta samt den allmänna debatten ledde till att jodering av bordsalt inleddes 1936 först med 10 mg kaliumjodid (KI) per kilogram salt (Medicinalstyrelsen, 1936). 1966 ökades mängden till 50 mg KI/kg salt (Medicinalstyrelsen, 1966), eftersom struma fortfarande var vanligt i vissa regioner (Johnsson, 1965, Sjöberg and Sundlof, 1971, Gullström A, 1943, Hollström KF, 1946). Det kom att dröja till 2009 innan den första nationella uppföljningsstudien av det svenska joderingsprogrammet publicerades (Andersson et al, 2009, Filipsson Nystrom et al, 2010), som visade att Sverige har ett tillräckligt jodintag i normalbefolkningen.

JODETS BETYDELSE FÖR SKÖLDKÖRTELN

I sköldkörteln har jod ett unikt användningsområde. Jod ingår som byggsten i sköldkörtelhormonen T₄ (tetrajodothyronin) och T₃ (trijodothyronin) och namnen avspeglar antalet jodatomer som ingår i respektive hormon. Det är bara i sköldkörteln som jod används i kroppen och därför medför jodbrist framförallt en påverkan på sköldkörtelns funktion.

Vid uttalad jodbrist leder bristen på substrat till underfunktion av sköldkörteln som påverkar individen under hela livsspannet. Under fosterstadiet och småbarnsåren är denna brist allvarlig då hjärnans funktion och utveckling är beroende av sköldkörtelhormon och effekterna kan bli bestående om behandlingen sätts in för sent. Även i äldre åldrar kan grav underfunktion av sköldkörteln leda till en demensliknande bild, men tillståndet går tillbaka om underfunktionen upptäcks och behandlas. Ett blodprov för sköldkörtelhormon ingår därför i varje demensutredning.

Även mild jodbrist kan ha påtagliga konsekvenser, även om sköldkörtelhormoninivån upprätthålls i blodet. Hos skolbarn har mild jodbrist visats ge kognitiv påverkan (Zimmermann et al, 2006) och hos äldre kan en kronisk mild jodbrist bidra till att det utvecklas knutor i sköldkörteln som står för huvuddelen av hormonproduktion så kallad knölstruma. Ibland kan dessa autonoma områden överproducera hormon, så kallad toxisk knölstruma.

KOSTENS BETYDELSE OCH RISKGRUPPER

En vuxen man eller kvinna rekommenderas ett dagligt intag av 150 µg jod/dygn. Joderat salt är i svensk kost den huvudsakliga jodkällan. Hos vuxna ger bords-saltsanvändningen mer än 50 procent av rekommenderat dagsintag. Andra betydande jodkällor i svensk kost är mjölkprodukter (kofodret är joderat), saltvattensfisk och skaldjur. Jod finns i havsvatten naturligt eftersom jod kan binda till salt och därför innehåller saltvattensfisk, liksom skaldjur, jod. Hummer innehåller 700 µg/100 g ätlig del, musslor 180 µg och havsfisk 40 µg/100 g ätlig del medan våra baslivs-medel som ris, potatis, vetemjöl ligger på mycket låga värden och är förhållandevis jodfattiga. Havssalt innehåller 2000 µg/100 g ätlig del och joderat bordssalt 5000 µg/100 g ätlig del.

Saltkonsumtionsmönstret i samhället håller idag på att förändras. Bara 20 procent av det totala saltintaget kommer från bordssalt och det är inte alla hushåll som använder joderat salt, siffrorna för jodanvändning varierar mellan 75–90 procent. Resterande 80 procent av saltintaget kommer från hel- och halvfabrikat, det vill säga färdiglagade produkter och rätter där saltet inte alltid är joderat. I mat som tillagas och serveras från skol- och institutionskök används både joderat eller icke-joderat salt. Joderat salt måste köpas i mindre förpackningar på grund av egenskapen att bilda kristaller och är därför något dyrare. I dag regleras joderingen via en frivillig EU-lagstiftning, vilket innebär att råd och information är det rådande sättet att öka användningen av joderat salt i livsmedel.

Eftersom en stor andel av befolkningen, cirka 25 procent, lider av högt blodtryck och Livsmedelsverket därför uppmanar till minskat saltintag, är valet av joderat salt ännu viktigare idag. Livsmedelsverkets nationella program föreslår en minskning av saltintaget från tidigare nivåer på 8–12 g/dag till 5–6 g/dag. Dessutom har flera alternativ till vanligt bordssalt lanserats som inte är jodberikade (flingsalt, gourmetsalt, havssalt). Genom marknadsföring i matlagningstidningar och matlagingsprogram i TV blir dessa nya saltformer allt mer populära och kan minska användandet av joderat salt. Matvanor är föränderliga och medvetenheten om jodbrist är i allmänhet låg hos både yngre och äldre invånare i Sverige. Därtill influeras konsumentbeteendet av trender, där det hos vissa finns ett allmänt motstånd mot ”tillsatser”. Dessa faktorer kan utgöra framtida hot mot jodsituationen i Sverige och understryker vikten av kontinuerlig uppföljning av jodintaget i befolkningen.

Redan nu måste särskild hänsyn tas till särskilda riskgrupper för jodbrist. Gravida och ammande kvinnor behöver ett högre jodintag än befolkningen i allmänhet. och Världshälsoorganisationen, WHO, rekommenderar ett dagligt intag på 250 µg/dag. Under amningen utsöndras jod i bröstmjölken, något som är nödvändigt för att barnets egen sköldkörtelhormonproduktion skall fungera. Detta är särskilt viktigt då hjärnans utveckling är beroende av sköldkörtelhormon. För närvarande undersöks om gravida och ammande kvinnor behöver ett extra jodtillskott eller om de klarar sig med det som de får i sig naturligt via kosten.

Vissa kosthållningar kan innebära ökad risk för jodbrist. Det gäller framförallt veganer som utesluter mjölk- och kött/fisk-produkter, två betydande jodkällor (Leung et al, 2011).

ORSAKER TILL SKÖLDKÖRTELSJUKDOM I RELATION TILL KÖN OCH ÅLDER

ALLMÄNT OM SKÖLDKÖRTELN

Sköldkörtelns funktion justeras och regleras av hypofysens tyreoidestimulerande hormon (TSH) till en individuell nivå inom normalområdet för befolkningen. TSH förändras redan innan T₃ och T₄ hamnat utanför normalintervallet. Då TSH är ett stimulerande hormon innebär detta att nivån stiger för att stimulera mer när vi håller på att utveckla underfunktion och att nivån blir påtagligt låg, för att inte stimulera alls, när vi håller på att utveckla överfunktion. Inställningen inom normalområdet av T₃ och T₄ är individuell. Det finns en tendens att TSH kan stiga något under livstiden, sannolikt pga att hypofysen blir något mindre alert och det har tom visats att ett något högre TSH inom normalområdet kan vara fördelaktigt när man blir äldre (Vadiveloo et al, 2013).

TSH påverkar varje enskild sköldkörtelcell till att bilda hormon genom ett komplext system av signaler. Av den totala hormonproduktionen från sköldkörteln är 90 procent T₄ och ca 10 procent är T₃. T₃ är den aktiva hormonformen som påverkar alla kroppens celler och T₄ är ett förstadium. T₃ reglerar ämnesomsättningen i kroppens celler. Förenklat kan man tänka att T₃ reglerar kroppens "gaspedal". Vid för mycket hormon, dvs överfunktion, är "gasen" för hög, med symptom som trötthet, hjärtklappningar, svettningar, skakningar, vikt nedgång, lösare avföring, nervositet, oro, irritabilitet, ilska och koncentrationssvårigheter. Motsatsen ses vid underfunktion, då "gasen" är för låg, med trötthet, torr hud, torrt hår, förstoppning, viktuppgång, depressivitet, tanketröghet.

T₃ är ett livsnödvändigt hormon. Vid total avsaknad av hormon kan inte individen överleva på längre sikt. Därför har kroppen kompensatoriska mekanismer för att försöka upprätthålla hormonnivån vid sviktande funktion, t ex ökar aktiviteten av enzymerna dejodinaser så att mer T₃ bildas från T₄.

SKÖLDKÖRTELSJUKDOMAR ÄR OFTA AUTOIMMUNA

Sköldkörtelsjukdomar är vanligt förekommande och 5–6 procent befolkningen drabbas av förändrad sköldkörtelfunktion. Man brukar säga att 2–3 procent drabbas av låg ämnesomsättning och 2–3 procent drabbas av hög. Därtill tillkommer de som fortfarande har bevarad funktion, men där man kan spåra antikroppar mot sköldkörtel. I en stor undersökning från Norge rapporterades 13,9 procent av kvinnor och 2,8 procent av män vara TPO antikroppspositiva (Bjoro et al, 2000). Incidensen för hög ämnesomsättning är 27,6 per 100 000 invånare och år i Sverige (Abraham-Nordling et al, 2011). Precis som vid underfunktion av sköldkörteln är den vanligaste orsaken till överfunktion autoimmunitet mot sköldkörteln. Immunsystemet har två viktiga uppgifter, dels skall det skydda mot angrepp utifrån, som virus och bakterier, dels skall det känna igen den egna individen och inte reagera på kroppsegna organ. Sköldkörteln är dock i hög grad utsatt för autoimmun påverkan, dvs att kroppen bildar antikroppar mot sig själv. Den vanligaste formen av överfunktion är Graves sjukdom (incidens 21 per 100 000 invånare och år) (Abraham-Nordling et al, 2011) då antikroppar bildas mot TSH receptorn (TRAK). Även om Graves sjukdom är den dominerande orsaken

så förekommer även andra former av överfunktion, såsom knölstruma (incidens 6,5 per 100 000 invånare och år) (Abraham-Nordling et al, 2011).

Graden av autoimmuna sjukdomar styrs också av joderingsnivån i landet. Vid mild till måttlig jodbrist ökar förekomsten av knölstruma kraftigt. I Danmark som införde jodering år 2000 så var tidigare förekomsten av knölstruma lika stor som den för Graves sjukdom (Laurberg et al, 2010). Efter det att jodering infördes har knölstruman minskat, Graves har ökat och framförallt har antalet fall av underfunktion ökat (Carle et al, 2006, Carle et al, 2011). På Island, där man haft en stabil hög jodnivå i generationer, är förekomsten av hög ämnesomsättning ovanlig och panoramat av sköldkörtelsjukdomar domineras helt av autoimmun underfunktion (Laurberg et al, 2010).

SKÖLDKÖRTELSJUKDOMAR ÄR VANLIGARE HOS KVINNOR

All sköldkörtelsjukdom är vanligare hos kvinnor än hos män. Vid hög ämnesomsättning så insjuknar 5–6 ggr fler kvinnor än män (Nystrom et al, 2013). Vid sköldkörtelcancer är inte kvinnodominansen lika stor. Detta innebär att sköldkörtelsjukdom vid sidan om att vara en folksjukdom också är en kvinnosjukdom. Många ställer frågan varför man insjuknar i sköldkörtelsjukdom. Det finns en genetisk komponent som är betydande, många nyinsjuknande kan ange fler släktingar som haft hög eller låg ämnesomsättning. Med största sannolikhet spelar också omgivningsfaktorer roll för att en sårbar individ skall insjukna just nu. Här spelar jodintag, rökning och kvinnligt kön en stor roll. Många ställer också frågan om inte stress kan påverka och här är inte studieresultaten samstämmiga. Viss forskning visar på ett samband, andra har svårt att belägga det.

De kvinnliga könshormonerna är sannolikt av stor betydelse för insjuknandet. Detta illustreras av att sköldkörtelsjukdom är betydligt vanligare året efter graviditet och under klimakteriet. Exakt på vilket sätt de kvinnliga könshormonerna är med och styr sköldkörtelsjukligheten är inte känt.

FÖREKOMSTEN AV SKÖLDKÖRTEL- SJUKDOM ÖKAR MED ÅLDERN

I dagens samhälle finns fortfarande individer med minnen från tiden innan joderingens införande 1936. Strumaförekomsten minskade successivt och en kvarvarande strumaförekomst var anledningen till att joderingsnivån höjdes 1966. Då storleken av skolbarns sköldkörtlar undersökts i nutid uppvisas inte längre struma (Filipsson Nystrom et al, 2010). Storleken hos svenska barns sköldkörtlar är dock något större än hos en internationell referenspopulation av barn från flera länder (Zimmermann et al, 2004), vilket sannolikt speglar faktorer i omgivningen eller generna i den svenska populationen. Tidigare strumaområden existerar inte längre, i varje fall inte hos barn. Barn anses vara den grupp i samhället som bäst speglar hela befolkningens jodintag då de äter huvuddelen av sina måltider i hemmet.

Emellertid stöder stora befolkningsundersökningar att graden av autoimmunitet och utvecklingen av underfunktion av sköldkörteln ökar med åldern (Asvold et al, 2013) vilket också speglas i förskrivningen av sköldkörtelhormon. Detta talar för att den autoimmuna processen börjar långt tidigare i sköldkörteln och att sköld-

körteln kan kompensera en bristande funktion under lång tid. I själva verket svarar en av fyra medelålders kvinnor med förbättrad livskvalitet när man behandlar så lindring hormonbrist att FT₄ fortfarande ligger inom normalområdet men TSH är lätt stegrat (Nystrom et al, 1988).

Det blir allt fler som insjuknar med hög ämnesomsättning med ökad ålder. Flest människor insjuknar i Graves sjukdom mellan 30 och 50 års ålder. Därefter minskar andelen Graves sjukdom i högre åldrar och andelen överfungerande knölstruma ökar. Graves sjukdom blir också mildare i sitt förlopp med lägre hormonnivåer (Nystrom et al, 2013). Överfungerande knölstruma blir sällan lika uttalad som Graves sjukdom kan bli i yngre åldrar, men man skall ta i beaktande att en hög ämnesomsättning i den äldre populationen oftare ger allvarliga konsekvenser. Att ha hög ämnesomsättning är en påfrestning för individen och vanligen klarar en ung frisk människa detta betydligt bättre än en åldrad individ som har mindre marginaler och många gånger andra sjukdomar som komplicerar situationen. Förmaksflimmer är vanligt i den äldre populationen och hög ämnesomsättning kan försämra befintlig hjärtsjukdom på grund av den belastning på hjärtskärlsystemet som en för snabb hjärtrytm innebär. Situationen kan kompliceras av hjärtsvikt. Många gånger är en snar behandling av den höga ämnesomsättningen nödvändig för att få situationen under kontroll.

AUTOIMMUNA SJUKDOMAR

Majoriteten av sköldkörtelsjukdom i Sverige orsakas idag av autoimmunitet. Benägenheten för immunsystemet att reagera mot kroppsegna organ är inte specifik för sköldkörteln. Det finns en rad sjukdomar som har samma bakgrund. Vid autoimmun sköldkörtelsjukdom är det vanligare med samtidig t ex typ 1 diabetes, binjurebarks- svikt (sk Addisons sjukdom), glutenintolerans och B₁₂-vitaminbrist. Dessa sjukdomar beror på antikropps bildning mot ö-cellerna i bukspottskörteln vid diabetes, mot binjurebarken vid Addisons sjukdom, mot gluten i tarmluddet vid glutenöverkänslighet och mot magtarmslemhinna vid B₁₂-brist. Det finns ytterligare sjukdomar med samma bakgrund men dessa är de vanligaste (Gustafsson et al, 2004).

CANCER I SKÖLDKÖRTELN

Att få en knöl i sköldkörteln är vanligt. I de allra flesta fall är knölen godartad vid finnålsbiopsiundersökning, men i 5 procent av fallen hittar man elakartade celler i biopsin. Patienten behöver då opereras för bättre diagnostik och vidare planering av behandling. Panoramafot av sköldkörtelcancer påverkas också av joderingsnivå och vid ökad jodering så insjuknar fler i cancerformer med bättre prognos och färre i cancerformer med sämre prognos. Varför graden av autoimmunitet påverkas av jodnivån är okänt liksom varför jodnivån påverkar cancerspektrat.

Med ökad jodering minskar de mest allvarliga cancerformerna medan de papillära och follikulära ökar. Denna trend ser man i de nationella cancerregistren sedan 30 år tillbaka och det gäller även internationellt. Även om vissa former av sköldkörtelcancer ökar vid införande av ett joderingsprogram så minskar de mest allvarliga formerna och prognosen förbättras generellt för sköldkörtelcancergruppen som helhet.

Man kan ställa sig frågan om sköldkörtelsjukdom är kopplad till en ökad cancerförekomst. Det är otvetydigt så att relativt fler sköldkörtelcancer påvisas hos sköldkörtelsjuka människor än hos icke-sköldkörtelsjuka människor. Om detta beror på en ökad risk för canceromvandling till följd av den autoimmuna inflammationen eller att den ökade frekvensen beror på att fler sköldkörtelsjuka människor får sin sköldkörtel undersökt och fler fall diagnostiseras är oklart.

Det finns också ett samband mellan autoimmun sköldkörtelsjukdom och bröstcancer. Signifikant fler kvinnor med bröstcancer hade också TPO-antikroppar jämfört med kvinnor utan bröstcancer eller kvinnor med andra orsaker till knöl i bröstet (Giustarini et al, 2006). Orsaken till denna koppling är oklar men känt är att bröstkörteln har funktionen att koncentrera jod, vilket är viktigt för att förse det ammande barnet med jod från bröstmjölken.

51

SKILLNADER I DÖDLIGHET OCH OHÄLSA

Obehandlad hög ämnesomsättning är kopplad till en ökad risk för hjärt-kärlproblem och man har därför undersökt om hög ämnesomsättning medför en ökad dödlighet. Den första stora mortalitetsstudien genomfördes i Skottland 2006. Där kunde inte någon ökad dödlighet påvisas (Flynn et al, 2006). Man undersökte också förekomsten av hjärt-kärlsjukdom men fann ingen skillnad jämfört med normalbefolkningen. Däremot fanns det en ökad förekomst av rytmrubbningar bland dem med hög ämnesomsättning i sjukhistorien. Ytterligare studier har publicerats som studerar undergrupper av patienter med hög ämnesomsättning med avseende på behandling (Metso et al, 2007, Goldman et al, 1988, Franklyn et al, 1998, Metso et al, 2008, Hall et al, 1993), ålder (Bauer et al, 2007), kön (Bauer et al, 2007) och hormonell ersättningsbehandling (Metso et al, 2007, Franklyn et al, 2005, Bauer et al, 2007) som pekar mot att hög ämnesomsättningen hänger ihop med ökad dödlighet. En annan studie från Danmark registrerade en 30 procent ökad dödlighet och att Graves patienter hade mer hjärt-kärlsjuklighet än patienter med överfunderande knölstruma, men dessa hade istället en ökad dödlighet i cancer (Brandt et al, 2013a). Viktiga frågor är dock fortfarande obesvarade.

Frågan har också ställts om den ökade dödligheten beror på en genetisk sårbarhet för andra sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdom eller om det rör sig om en effekt av den höga ämnesomsättningen i sig. Denna frågeställning utvärderades i en dansk

studie av tvillingpar som visade att det fanns en ökad dödlighet oberoende av tidigare existerande sjuklighet och att det finns en genetisk komponent som bidrar till den ökade dödligheten vid hög ämnesomsättning (Brandt et al, 2012). Samma grupp fann vidare att översjukligheten i hjärt-kärlsjukdom fanns redan ett år innan den höga ämnesomsättningen påvisades (Brandt et al, 2013b) vilket ytterligare understryker det komplexa sambandet mellan dödlighet och hög ämnesomsättning.

Livskvaliteten när man insjuknar i hög ämnesomsättning är nedsatt på grund av de kroppsliga och psykiska symptom som uppkommer av den höga hormonproduktionen. När behandling inletts och hormonerna blivit normala återgår livskvaliteten till en normal nivå hos de allra flesta. Det finns dock en liten grupp av patienter som inte upplever att livet återgår till den normala (Elberling et al, 2004). Om detta uppkommer till följd av den stress man utsatts för på grund av sjukdom, eller om hjärnan påverkas på något annat sätt är fortfarande en obesvarad fråga. En ytterligare möjlighet är att det finns en samsjuklighet för psykiatriska sjukdomar och sköldkörtelsjukdom. I en stor nationell dansk studie har det nyligen påvisats att individer med låg ämnesomsättning har en ökad risk att bli diagnostiserade med psykiatriska sjukdomar både före och efter sköldkörteldiagnosen (Thvilum et al, 2014). En liknande effekt har visats avseende patienter med hög ämnesomsättning (Brandt et al, 2014). Mer forskning och ökad kunskap behövs kring psykisk påverkan vid Graves sjukdom för att fullständigt förstå mekanismer och kunna bemöta och behandla förebyggande för minska ohälsa på lång sikt.

LEVNADSFAKTORER I RELATION TILL SKÖLDKÖRTELN

Sjukdom tenderar att drabba individen oberoende av social tillhörighet. När det gäller sköldkörtelsjukdomar kan förekomsten av riskfaktorer påverkas av social utsatthet och därför torde sköldkörtelsjukdom kunna vara vanligare inom vissa grupper i samhället, även om detta aldrig är undersökt i sig.

Rökning påverkar jodomsättningen då tobak innehåller tiocyanater (Erdogan, 2003, Hansen et al, 2004). Rökning är också kopplat till en tredubblad risk för Graves sjukdom jämfört med dem som aldrig rökt. Däremot verkar risken minska när man slutar röka och skiljer sig därefter inte från normalbefolkningens risk. Det föreligger också en koppling mellan struma och rökning. Risken kopplat till rökning är lägre hos män än hos kvinnor både för Graves sjukdom och för struma (Vestergaard, 2002). Vissa data talar också för att risken för autoimmun underfunktion ökar vid rökning (Vestergaard, 2002, Vestergaard et al, 2002).

Alkohol är en stark förebyggande faktor för många autoimmuna sjukdomar. Avseende sköldkörteln så minskar alkoholkonsumtionen risken för autoimmun underfunktion (Carle et al, 2012). Även när det gäller Graves sjukdom så minskar moderat alkoholkonsumtion risken.

BEHANDLING AV SKÖLDKÖRTELSJUKDOM

Patient med struma och trycksymptom, såsom tryckkänsla, sväljnings- och andnings-svårigheter, skall bedömas av kirurg. En underfunktion av sköldkörteln behandlas på vårdcentralnivå med sköldkörtelhormon. Det heter på apoteket antingen Levaxin® eller Euthyrox®. Startdosen är låg och trappas upp successivt med 4–6 veckors mellanrum. Hos den äldre patienten kan startdosen behöva bli ännu lägre och upptrappningsstegen mindre med större intervall för att kroppen skall klara av att långsamt vänja sig utan att eventuell hjärtkärlsjukdom gör sig påmind.

En patient med hög ämnesomsättning remitteras ofta till hormonspecialister på sjukhusen efter primär diagnostik och behandling på vårdcentralen som innefattar betablockad mot hjärtklappning. På sjukhusens hormonmottagningar brukar man ta emot den här typen av patienter snabbt. I Danmark har man undersökt om alla som behöver komma till sjukhusspecialister verkligen remitteras dit. Man visade i den studien att de som remitterades i större utsträckning var yngre patienter som hade högre hormonnivåer än äldre (Carle et al, 2013). Det är viktigt att se till att alla som behöver behandling får det. Som tidigare nämns så är äldre mer känsliga för sköldkörtelsjukdom.

Hög ämnesomsättning som beror på ökad produktion av hormon kan behandlas på tre sätt. Antingen hämmas man hormonproduktionen med medicinerna Thacapzol® eller Tiotil® eller opererar man sköldkörteln efter förbehandling med Thacapzol® eller Tiotil®. Det tredje sättet att behandla en hög ämnesomsättning är med radioaktivt jod. Denna behandlingsmetod innebär att jod märks med en radioaktiv isotop. Först gör man mätningar över sköldkörteln från en testdos för att räkna ut vilken aktivitet man skall ge, och därefter dricker man rätt mängd radioaktivt jod. Jodet tas upp av sköldkörteln och utövar en lokal stråleffekt. Effekten kommer successivt och full effekt får man först efter 3–4 månader.

53

ETT GENOMTÄNKT BEMÖTANDE

En patient med sköldkörtelsjukdom har ofta försenats i sin diagnostik i och med att man själv har haft olika förklaringar till sina symptom. Symptom som smyger sig på långsamt accepteras av individen på ett annat sätt än symptom som utvecklas snabbt. Symptomatologin är dessutom diffus och därför behöver läkaren på vårdcentralen dit man ofta söker ha ett brett tänkande och kontrollera FT₄ och TSH med ett blodprov.

När sköldkörtelsjukdom konstaterats är det viktigt att bekräfta symptomen, framför allt gäller det de psykiska symptomen. Här behövs tid vid besöket och den som blivit sjuk bör få stöd och verktyg för att hantera sina symptom. Utvecklingen inom medicinsk kunskap har varit enorm de sista 50 åren och sannolikt kommer de närmsta 50 åren innebära liknande medicinska landvinningar. Vi måste vara ödmjuka och förstå att all kunskap inte är oss given ännu.

Många patienter har en ökad trötthet och en kognitiv påverkan. Det skulle vara önskvärt att dessa kunde bedömas parallellt av neuropsykiatrisk kompetens. De flesta patienter med underfunktion hanteras inom primärvården medan alla med hög ämnesomsättning tas omhand av specialister i invärtesmedicin eller endokrinologi (hormonsjukdomar).

FÖREBYGGANDE STRATEGIER

Att lösa autoimmunitetens gåta genererar sannolikt ett Nobelpris. Den genetiska benägenheten är inte mycket att göra åt, men eftersom rökning ökar risken både för Graves sjukdom och en autoimmun låg ämnesomsättning skulle en person med diger ärftlighet kunna minska sin risk genom att inte röka. Särskilt gäller det den komplikation i form av ögonpåverkan som kan inträffa vid Graves sjukdom där rökning ökar risken betydligt mer. Vid ärftlighet är det viktigt att vara medveten om riskerna och tidigt få en diagnos vid symptom. Många gånger kan sköldkörtelsjukdom likna andra tillstånd och det finns en tendens hos många att förklara trötthet och andra symptom med stress eller utbrändhet. Därför är det viktigt att med ett blodprov av FT₄ och TSH kontrollera om funktionen i sköldkörteln är rubbad då detta kräver en helt annan diagnostik och behandling. Det samma gäller avseende provtagning vid t ex allmän avtackling, demens, förmaksflimmer och hjärtsvikt då rubbningar i ämnesomsättningen kan vara monosymptomatiska, det vill säga bara presentera sig med ett symptom, särskilt hos äldre människor.

Att se till att intaget av jod är normalt är också viktigt. Som tidigare nämnts är rekommenderat dagligt intag av jod för vuxna 150 µg/dygn, medan gravida och ammande kvinnor har ett förhöjt behov, 250 µg/dygn. Man bör särskilt under graviditet och amning tänka på att modern försörjer det ofödda barnet med jod och sköldkörtelhormon och att detta är en nödvändig komponent för hjärnans utveckling. Veganer bör ta ett vitamintillskott innehållande 150 µg jod/dygn för att förvissa sig om ett tillräckligt jodintag. Lakto-ovovegetarianer har visserligen i studier ett tillräckligt intag av jod då mjölkprodukter ingår i kosthållningen (Leung et al, 2011), men skulle mängden vara liten bör man se till att få i sig jod på annat sätt.

Jod har ett snävt terapeutiskt fönster, det vill säga för lite jod är inte bra men inte heller för mycket. Detta kan också orsaka sköldkörtelsjukdom. I situationer då man tvingas till ett högt jodintag eller hög jodtillförsel, t ex i samband med röntgen då vissa röntgenkontrastmedel innehåller rikligt med jod, är det viktigt att kontrollera sköldkörtelhormonfunktionen efter 6 och 12 veckor. Det gäller särskilt i de fall där individen uppvisar struma eller har tidigare haft sköldkörtelsjukdom. I vissa fall måste man välja andra röntgenmetoder där kontrastmedlet inte innehåller jod. Detta är särskilt viktigt om man utreds för misstänkt eller konstaterad sköldkörtelcancer.

AVSLUTNING OCH DISKUSSION

Trots att tillräckliga jodnivåer i befolkningen bekräftades vid en nationell kartläggning 2007 kvarstår flera frågetecken kring jodsituationen i Sverige. Dels måste det undersökas om gravida och ammande kvinnor, som har ett högre jodbehov än normalbefolkningen, har tillräckliga jodintag för sina och barnens behov. Dessutom kommer vi att undersöka om magtarmopererade, som blir av med en del av magsäcken och tunntarmen, tar upp jod i tillräcklig omfattning så att vi inte får en långsiktig ökning av sköldkörtelsjukligheten. Därutöver påverkas vi av det ändrade saltkonsumtionsmönstret i samhället. Idag när saltintaget dessutom skall minska är det ännu viktigare att det salt vi får i oss är joderat. Därför krävs en ständig kunskapsspridning så att kännedomen om vikten av joderingen inte försvinner. Det har snart gått en livstid sedan vi införde jodering av bordssalt i Sverige 1936 för att förhindra strumautveckling och att barn föds med en nedsatt intelligens till följd av jodbrist, men dagens samhällsmedborgare är inte alltid medvetna om vikten av jod. Livsmedelsindustrin och skol- och institutionskök måste informeras så att joderat salt används i större omfattning än idag. Det krävs regelbundna nationella undersökningar av befolkningens jodstatus då jodbrist kan återkomma på grund av oavsiktliga förändringar i t ex mjölkhanteringen. Detta inträffade nyligen i Storbritannien som efter flera decennier av tillräckligt jodintag nu återigen är milt jodbristiga (Vanderpump et al, 2011). Situationen är också föränderlig i Sverige, vilket illustreras av att det nyligen larmades om att jodnivån i mjölk minskat med 40 procent. Orsaken till detta håller på att undersökas. Joderingen går under en EU-lagstiftning kring tillsatser av vitaminer och mineraler. Den är frivillig och därför blir dialogen mellan Livsmedelsverket och livsmedels-intressenter ännu viktigare.

Intag av tillräckligt med jod är nödvändig för en normal sköldkörtelfunktion. Särskilt viktigt är detta för gravida och ammande kvinnor då barnens hjärnutveckling kräver tillräckliga nivåer av sköldkörtelhormon. Sköldkörtelrubbingar är vanliga och det är viktigt att vara observant på symptom så att diagnosen kan ställas i tid. Särskilt viktigt är detta för äldre patienter som ofta är skörare och där symptomen kan vara allvarliga även vid lindriga hormonavvikelser.



REFERENSER

- Abraham-Nordling M., Bystrom K., Topping O., Lantz M., Berg G., Calissendorff J., Filipsson Nystrom H., Jansson S., Jorreskog G., Karlsson A., Nyström E., Ohrling H., Orn T., Hallengren B. & Wallin G. (2011). *European Journal of Endocrinology*. Vol. 165, No. 6: 899-905.
-
- Andersson M., Berg G., Eggertsen R., Filipsson H., Gramatkovski E., Hansson M., Hulthén L., Milakovic M. & Nyström E. (2009). Adequate iodine nutrition in Sweden: A cross-sectional national study of urinary iodine concentration in school-age children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, 828-834.
-
- Asvold B. O., Vatten L. J. & Bjoro T. (2013). Changes in the prevalence of hypothyroidism: the HUNT Study in Norway. *Eur J Endocrinol*, 169, 613-20.
-
- Bauer D. C., Rodondi N., Stone K. L. & Hiller T. A. (2007). Thyroid hormone use, hyperthyroidism and mortality in older women. *Am J Med*, 120, 343-9.
-
- Bjoro T., Holmen J., Kruger O., Midthjell K., Hunstad K., Schreiner T., Sandnes L. & Brochmann H. (2000). Prevalence of thyroid disease, thyroid dysfunction and thyroid peroxidase antibodies in a large, unselected population. The Health Study of Nord-Trøndelag (HUNT). *Eur J Endocrinol*, 143, 639-47.
-
- Brandt F., Almind D., Christensen K., Green A., Brix T. H. & Hegedus L. (2012). Excess mortality in hyperthyroidism: the influence of preexisting comorbidity and genetic confounding: a danish nationwide register-based cohort study of twins and singletons. *J Clin Endocrinol Metab*, 97, 4123-9.
-
- Brandt F., Thvilum M., Almind D., Christensen K., Green A., Hegedus L & Brix T. H. (2013a). Graves' disease and toxic nodular goiter are both associated with increased mortality but differ with respect to the cause of death: a Danish population-based register study. *Thyroid*, 23, 408-13.
-
- Brandt F., Thvilum M., Almind D., Christensen K., Green A., Hegedus L & Brix T. H. (2013b). Morbidity before and after the diagnosis of hyperthyroidism: a nationwide register-based study. *PLoS One*, 8, e66711.
-
- Brandt F., Thvilum M., Almind D., Christensen K., Green A., Hegedus L & Brix T. H. (2014). Hyperthyroidism and psychiatric morbidity: evidence from a Danish nationwide register study. *Eur J Endocrinol*, 170, 341-8.
-
- Carle A., Laurberg P., Pedersen I. B., Knudsen N., Perrild H., Ovesen L., Rasmussen L. B. & Jorgensen T. (2006). Epidemiology of subtypes of hypothyroidism in Denmark. *Eur J Endocrinol*, 154, 21-8.
-
- Carle A., Pedersen I. B., Knudsen N., Perrild H., Ovesen L., Rasmussen L. B., Jorgensen T. & Laurberg P. (2012). Moderate alcohol consumption may protect against overt autoimmune hypothyroidism: a population-based case-control study. *Eur J Endocrinol*, 167, 483-90.
-
- Carle A., Pedersen I. B., Knudsen N., Perrild H., Ovesen L., Rasmussen L. B., Jorgensen T. & Laurberg P. (2011). Epidemiology of subtypes of hyperthyroidism in Denmark: a population-based study. *Eur J Endocrinol*, 164, 801-9.
-
- Carle A., Pedersen I. B., Perrild H., Ovesen L., Jorgensen T. & Laurberg P. (2013). High age predicts low referral of hyperthyroid patients to specialized hospital departments: evidence for referral bias. *Thyroid*, 23, 1518-24.
-
- Elberling T. V., Rasmussen A. K., Feldt-Rasmussen U., Hording M., Perrild H. & Waldemar G. (2004). Impaired health-related quality of life in Graves' disease. A prospective study. *Eur J Endocrinol*, 151, 549-55.
-
- Erdogan M. F. (2003). Thiocyanate overload and thyroid disease. *Biofactors*, 19, 107-11.
-
- Filipsson Nystrom H., Andersson M., Berg G., Eggertsen R., Gramatkovski E., Hansson M., Hulthen L., Milakovic M. & Nystrom E. (2010). Thyroid volume in Swedish school children: a national, stratified, population-based survey. *Eur J Clin Nutr*, 64, 1289-95.
-
- Flynn R. W., MacDonald T. M., Jung R. T., Morris A. D. & Leese G. P. (2006). Mortality and vascular outcomes in patients treated for thyroid dysfunction. *J Clin Endocrinol Metab*, 91, 2159-64.
-
- Franklyn J. A., Maisonneuve P., Sheppard M. C., Betteridge J. & Boyle P. (1998). Mortality after the treatment of hyperthyroidism with radioactive iodine. *N Engl J Med*, 338, 712-8.
-
- Franklyn J. A., Sheppard M. C. & Maisonneuve P. (2005). Thyroid function and mortality in patients treated for hyperthyroidism. *Jama*, 294, 71-80.
-
- Giustarini E., Pinchera A., Fierabracci P., Roncella M., Fustaino L., Mammoli C. & Giani C. (2006). Thyroid autoimmunity in patients with malignant and benign breast diseases before surgery. *Eur J Endocrinol*, 154, 645-9.
-
- Goldman M. B., Maloof F., Monson R. R., Aschengrau A., Cooper D. S. & Ridgway E. C. (1988). Radioactive iodine therapy and breast cancer. A follow-up study of hyperthyroid women. *Am J Epidemiol*, 127, 969-80.
-
- Gullström A. (1943). Om strumaprofylax. *Svenska Läkartidningen*, 40, 455-459.
-
- Gustafsson J., Alimohammadi M., Ekwall O., Gebre-Mehdin G., Halldin-Stenlid M., Hedstrand H., Landgren E., Nilsson T., Rorsman F., Skoldberg F., Winqvist O. & Kampe O. (2004). [APS I--a severe autoimmune disease with endocrine and non-endocrine symptoms]. *Lakartidningen*, 101, 2096-8, 2101-3.

KAPITEL 4
SOCIALA SKILLNADER I ÄLDRE
KVINNORS HÄLSA

Hall P., Lundell G., & Holm L. E. (1993). Mortality in patients treated for hyperthyroidism with iodine-131. *Acta Endocrinol (Copenh)*, 128, 230-4.

Hansen P. S., Brix T. H., Bennedbaek F. N., Bonnema S. J., Kyvik K. O. & Hegedus L. (2004). Genetic and environmental causes of individual differences in thyroid size: a study of healthy Danish twins. *J Clin Endocrinol Metab*, 89, 2071-7.

Hollström K. F. (1946). Om förekomsten av struma bland skolbarn i Falun och om profylaktisk användning av jodhaltigt matsalt. *Svenska Läkartidningen*, 43, 163-171.

Höjer J. (1931). Kropfstudien Die Verbreitung des endemischen Kropfes in Schweden. *Svenska Läkaresällskapets handlingar*, 57, 1-104.

Johnsson S. (1965). [Endemic struma--average frequency]. *Lakartidningen*, 62, 2049-56.

Laurberg P., Cerqueira C., Ovesen L., Rasmussen L. B., Perrild H., Andersen S., Pedersen I. B., & Carlé A. (2010). Iodine intake as a determinant of thyroid disorders in populations. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, 24, 13-27.

Leung A. M., Lamar A., He X., Braverman L. E. & Pearce E. N. (2011). Iodine status and thyroid function of Boston-area vegetarians and vegans. *J Clin Endocrinol Metab*, 96, E1303-7.

Medicinalstyrelsen (1966). Jodering av koksalt. *Cirkulär*, 11.

Medicinalstyrelsen (1936). Förebyggande åtgärder mot endemisk struma. *Cirkulär*, 30.

Metso S., Auvinen A., Salmi J., Huhtala H. & Jaatinen P. (2008). Increased long-term cardiovascular morbidity among patients treated with radioactive iodine for hyperthyroidism. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 68, 450-7.

Metso S., Jaatinen P., Huhtala H., Auvinen A., Oksala H & Salmi J. (2007). Increased cardiovascular and cancer mortality after radioiodine treatment for hyperthyroidism. *J Clin Endocrinol Metab*, 92, 2190-6.

Nystrom E., Caidahl K., Fager G., Wikkelso C., Lundberg P. A. & Lindstedt G. (1988). A double-blind cross-over 12-month study of L-thyroxine treatment of women with 'subclinical' hypothyroidism. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 29, 63-75.

Nystrom H. F., Berg G., Eggertsen R., Hulthen L. & Milakovic M. (2012). [Swedish iodination of salt has decreased the incidence of goiter. But low use of iodinated salt in the schools raises concerns for the future]. *Lakartidningen*, 109, 90-3.

Nystrom H. F., Jansson S. & Berg G. (2013). Incidence rate and clinical features of hyperthyroidism in a long-term iodine sufficient area of Sweden (Gothenburg) 2003-2005. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 78, 768-76.

Sjoberg K. H. & Sundlof G. (1971). [The occurrence of struma before and after iodine prophylaxis]. *Lakartidningen*, 68, 980-4.

Thvilum M., Brandt F., Almind D., Christensen K., Brix T. H. & Hegedus L. (2014). Increased Psychiatric Morbidity Before and After the Diagnosis of Hypothyroidism: A Nationwide Register Study. *Thyroid*.

Vadiveloo T., Donnan P. T., Murphy M. J. & Leese G. P. (2013). Age- and gender-specific TSH reference intervals in people with no obvious thyroid disease in Tayside, Scotland: the Thyroid Epidemiology, Audit, and Research Study (TEARS). *J Clin Endocrinol Metab*, 98, 1147-53.

Vanderoump M. P., Lazarus J. H., Smyth P. P., Laurberg P., Holder R. L., Boelaert K & Franklyn J. A. (2011). Iodine status of UK schoolgirls: a cross-sectional survey. *Lancet*, 377, 2007-12.

Vestergaard P. (2002). Smoking and thyroid disorders--a meta-analysis. *Eur J Endocrinol*, 146, 153-61.

Vestergaard P., Rejnmark L., Weeke J., Hoech H. C., Nielsen H. K., Rungby J., Laurberg P. & Mosekilde L. (2002). Smoking as a risk factor for Graves' disease, toxic nodular goiter, and autoimmune hypothyroidism. *Thyroid*, 12, 69-75.

Zimmermann M. B., Connolly K., Bozo M., Bridson J., Rohner F. & Grimci L. (2006). Iodine supplementation improves cognition in iodine-deficient schoolchildren in Albania: a randomized, controlled, double-blind study. *Am J Clin Nutr*, 83, 108-14.

Zimmermann M. B., Hess S. Y., Molinari L., De Benoist B., Delange F., Braverman L. E., Fujieda K., Ito Y., Jooste P. L., Moosa K., Pearce E. N., Pretell E. A. & Shishiba Y. (2004). New reference values for thyroid volume by ultrasound in iodine-sufficient schoolchildren: a World Health Organization/Nutrition for Health and Development Iodine Deficiency Study Group Report. *Am J Clin Nutr*, 79, 231-7.



Hej! KvinnorKan
är en ideell, politiskt obunden
organisation som vill medverka till
ett samhälle och ett näringsliv, nationellt
och internationellt, som tar till vara på allas
möjligheter och intressen, oberoende av kön, klass,
etnisk tillhörighet och nationalitet. KvinnorKan utkommer
med nyhetsbrev, ordnar föreläsningar och seminarier, till-
handahåller studiecirkelmaterialet Kloka KvinnorKan
samt driver projekt. KvinnorKan har sitt kontor i
centrala Stockholm och strävar efter lokalav-
delningar i hela Sverige. Hör gärna av
dig till oss om du vill vara med i
vårt viktiga arbete.



KVINNORKAN.SE
INFO@KVINNORKAN.SE
FACEBOOK.COM/KVINNORKAN
RÅDMANSGATAN 2, NB
114 25 STOCKHOLM

ISBN 978-91-981993-0-7