

Referat av SPF Seniorernas **informationsdag om hälsofrågor** i Uppsala  
Onsdag 2024-10-23

Under första programpunkten berättade **Tryggve Pederby** och **Evelina Nilsson** från Region Uppsala om en omfattande enkätundersökning av "Äldres liv och hälsa" som gjorts 2022 som en uppföljning av en motsvarande undersökning 2017. Förutom Uppsala län omfattade undersökningen även äldre personer i Södermanland, Västmanland, Örebro och Värmlands län. Sammanlagt utfrågades ca 13 000 personer i åldrarna 70-84 år, men även åtskilliga från 85 år och uppåt. Här var emellertid svarsfrekvensen betydligt lägre än den för de yngre som var ca 70 %.

Överlag anser sig de äldre må relativt bra. Ändå har cirka hälften haft någon vårdkontakt under det senaste året. Åtminstone 55 % känner sig friska, något fler bland män och något färre bland kvinnor. Hälsan blir sakta sämre med åldern. För personer över 84 år är siffrorna tydligt lägre. Generellt mår också de med högre utbildning bättre än de med lägre sådan vid samma ålder.

De åkommor som man ändå har är 60 % med högt blodtryck, 18 % med diabetes, 8 % med astma och 7 % med KOL. Dessutom har drygt 40 %, särskilt kvinnor värk i rygg, skuldror och extremiteter. Också besvär med mag-tarm-systemet samt inkontinens har drabbat några, även här främst kvinnor. Tinnitus och andra hörselproblem har drabbat ca 30 %, medan ca 80 % har synbesvär och behöver glasögon. Mindre sömnbesvär är vanliga.

Den psykiska hälsan försämras sakta med ökande ålder. 10-30 % angav sådana besvär, varav fler kvinnor än män. 20-40 % besväras av ensamhet, som ökar med åldern, även ibland om man är parboende.

Fallskador har drabbat över 20 %. Sådana blir vanligare med ökande ålder och är ca 30 % i gruppen över 85 år. Ungefär hälften i gruppen 70-84 år motionerar regelbundet. Denna andel går ner mot 30 % i gruppen över 85 år. Övervikt ökar långsamt med stigande ålder.

Ca 90 % av de tillfrågade tar regelbundet någon form av läkemedel, främst blodtryckssänkare, och ca 40 % tar fem eller fler läkemedel. Personer med högre utbildning tar som regel färre läkemedel än de med lägre.

Denna undersökning bör ställas i relation till resultaten från "Centrum för åldrande och hälsa" i Göteborg, *Age Cap*.

Dagens andra föredrag hölls av psykolog **Frida Johansson Metso** från Röda Korsets Högskola som berättade om trauma och posttraumatisk stress, PTSD.

Sådana diagnoser har blivit allt vanligare även i Sverige i takt med att vi nu har ganska många invandrare med ursprung i länder som genomlevt krig och liknande traumaskapande händelser. I många fall uppträder inte symtomen förrän vid hög ålder, kanske 30-50 år efter den traumatiska händelsen.

Symtomen är varierande men kan sammanfattas ungefär som:

- \* Återupplevande av traumatiska händelser i form av hallucinationer, mardrömmar m.m.
- \* Retlighet, snar till ilska och gråt, lätt frustrerad, depression

Äldre personer är mer utsatta för PTSD-händelser. Dessa kan utlösas av bl.a. stress och är i praktiken omöjliga att förbereda sig inför. De kan orsakas av gamla och mycket obehagliga händelser, där man varit kraftigt trängd och då inte trott sig komma ur dem. Sådana skador är kumulativa och tillsammans kan flera traumahändelser senare i livet ge upphov till mycket kraftigare stressreaktioner än enstaka.

Stressande händelser gör att *amygdala* aktiveras och skapar kraftiga känslor. Den tvingar kroppen att bereda sig på försvar genom att öka adrenalin-  
insöndringen. Samtidigt har *hippocampus* reglerande funktion kraftigt dämpats och *frontalcortex* är i stort sett avstängd. Detta innebär att kroppen fungerar nästan automatiskt och prioriterar överlevnad utan det konsekvens-  
tänk som *frontalcortex* normalt bidrar med. Hippocampus skapar normalt våra minnen, men under en stressreaktion fungerar inte detta, utan man kan efteråt vara helt tom på minnen om vad som verkligen skett. Ibland finns fragmentariska minnen kvar men utan rimligt sammanhang.

PTSD innebär att traumatiska händelser kan återupplevas långt senare. De är ofta så extremt realistiska att personen i fråga flyttas ur nutid och tror att han/hon fysiskt befinner sig på annan plats och i annan tid. Man både hör, ser och upplever den tidigare händelsen igen. Det kan t.ex. vara att man tror sig höra ett flyglarm och då inte förstår varför ingen annan fattar att man snabbt måste ta sig till skyddsrummet. En sådan episod kan vara mycket plågsam och nästan omöjlig att ta sig ur.

När hippocampus åldras eller skadas ökar risken för PTSD. I en åldrande hjärna försämras även *frontalcortex* och *amygdalas* funktion med sämre impuls kontroll och konsekvenstänk som följd. Detta kan skapa demens, vilket sålunda kan utlösas av PTSD men även omvänt.

Hos krigsveteraner från 1970-, 80- och 90-talen är det inte ovanligt att PTSD har debuterat under 2000-talet. Någon farmakologisk bot, annat än tillfälligt lugnande medel, finns inte, men psykologisk samtalsterapi, kan hjälpa. Sådan kräver emellertid lång behandlingstid.

Krigsveteraner söker oftast inte hjälp direkt utan är istället överaktiva för att hålla tankarna borta från gamla trauman. Vid hög ålder kommer emellertid verkligheten inte sällan ikapp. Detsamma gäller personer som varit med om andra traumatiska händelser som övergrepp av olika slag. Även här gör sig den gamla verkligheten till slut påmind och kan skapa svåra besvär, särskilt om de drabbar en person med demens. Detta kan yttra sig i aggressivitet och allvarliga minnesproblem.

När demens och PTSD samverkar får patienten ofta mycket fragmentariska minnen utan sammanhang, vilket skapar oro, när verkligheten inte hänger ihop. Samtidigt kan enstaka minnen bli extremt realistiska och förflytta patienten i både tid och rum långt bort från den verkliga situationen. Minnena kan vara av alla slag såsom visuella eller hörselminnen eller lukt eller t.o.m. känsel som smärta. De kan trigga patienten till helt oförutsebara handlingar. Eftersom detta inte syns utanpå kan behandlande personal få mycket svårt att förstå och hantera situationen.

PTSD är en minnessjukdom som gör att patienten inte sällan ser hot överallt. Han/hon kan bli förvirrad och desorienterad och få hallucinationer samt tappa fokus, vilket blir allt vanligare vid hög ålder. Detta skapar självklart mängder med problem i form av ilska, gråt, smärta och depression. Patienten kan bli fullständigt asocial, när omgivningen inte förstår det trauma som han/hon återupplever.

Det tredje företaget hölls av läkaren **Christina Grzechnik Mörk**. Hon är allmänläkare och gerontolog och berättade främst om demenssjukdomar.

Hon började med att nämna att s.k. äldremottagningar nu ska finnas på alla vårdcentraler, men vad dessa sysslar med är inte lika tydligt. Meningen är emellertid att det på varje vårdcentral ska finnas en läkare och oftast två sjuksköterskor som främst ska ägna sig åt äldre patienter, vad som nu menas med detta. En tanke synes emellertid vara att samtliga patienter över 80 år listade på respektive vårdcentral ska kallas till en hälsogenomgång för att utröna eventuella vårdbehov. Detta har också skett på de flesta håll, men arbetet kan rimligen inte sluta här. Varje patient kräver naturligtvis återkommande kontroller vart eller vartannat år, då hälsostatus rimligen inte är helt statisk.

Christina arbetar en hel del med information till bl.a. pensionärer samt med utbildning av olika kategorier av vårdpersonal i varierande medicinska frågor relaterade till äldre personer. Dessutom ingår hon i ett av länets s.k. mobila närvårdsteam. Teamen, som består av en läkare och en sjuksköterska, kan vid behov åka hem till sjuka patienter. Detta sker om man vid akuta besvär ringer 112 eller 1177. Istället för ambulans kan då närvårdsteamet dyka upp, om så anses lämpligt.

Vid detta tillfälle talade emellertid Christina om den åldrande hjärnan och om demens, främst Alzheimers sjukdom som utgör ca 60 % av alla demensdiagnoser. Det finns också några andra som Vaskulär demens (25), Lewy body demens (10) och Frontallobsdemens (5 %). Även Parkinsons sjukdom kan leda till demens.

Precis som kroppen i övrigt så åldras våra hjärnor. De krymper något och minnet blir successivt sämre, speciellt blir det långsammare, utan att detta ger demens. Närvaro av amyloida plack i hjärnan innebär dock demens.

Men, i takt med att vi generellt blir allt äldre ökar även antalet dementa, trots att demensen debuterar allt senare i livet. I Uppsala län diagnosticeras ca 800 nya fall årligen. År 2000 var antalet dementa i Sverige ca 130 000, år 2024 är de ca 150 000 och år 2050 förväntas antalet ha stigit till ca 250 000 personer. Detta är inte på något sätt ett svenskt fenomen, utan ökningen ses i hela världen. Visserligen är demens ovanligare i Afrika, men detta beror på att befolkningen där är betydligt yngre än på övriga kontinenter.

Demenssjukdomarna är dyra för samhället. De beräknas f.n. kosta ca 40 mnkr per år. Detta är mer än reumatism, psykiska sjukdomar, cancer och depressioner som vardera kostar ca 35 mnkr/år. Behandlingen är alltid flerårig, 5-20 år, medan sjukdomen successivt blir allt allvarligare. Den brukar börja med

att närminnet försämras och går vidare mot förlorad orienteringsförmåga och ibland personlighetsförändringar. Därefter försämras successivt motoriken, varefter man får allt fler infektioner och så småningom avlider.

Den demenstyp som försämras snabbast är den vaskulära demensen som vanligen orsakas av en stroke eller annan hjärnskada. Frontallobsdemens innebär förlust av personlighet, social förmåga, bristande impulskontroll samt talproblem. Lewy Body demens ger upphov till svimning, hallucinationer och bristande verklighetsuppfattning.

En demensutredning är omfattande. I den ingår blodprov, som direkt kan avgöra om patienten har Alzheimer, datortomografi, magnetkamera, minnesutredning, olika typer av kognitiva test samt test av rumsuppfattning m.m. Även självtest finns. Det finns t.o.m. gentester som sägs ge svar på risken för demens senare i livet. Frågan är emellertid hur pålitliga gentesterna är.

Uppkomsten av demenssjukdomar försöker man generellt förhindra genom standardbehandling såsom att sänka blodtrycket, minska blodets koagulationsförmåga, sänka mängden blodfetter samt behandla eventuell diabetes och förmaksflimmer m.m.

Det verkar även som om ensamhet, för lite rörelse, för mycket alkohol, rökning, försämrad hörsel, tidigare hjärnskada liksom hjärt-kärl-problem och depression skulle kunna öka risken för demens. Däremot synes högre utbildning och motion samt intellektuellt arbete i viss mån kunna skydda.

Mer riktad behandling mot främst Alzheimer använder sig av olika acetylkolinesterashämmare som *ebixa/memantin*. Dessa öppnar de nervbanor som bryts av kolinesteras, varvid hjärnan fungerar bättre och sjukdomen fördröjs. Däremot botar eller förhindrar de inte tillväxten av amyloida plack i hjärnan. Tidig upptäckt är viktig för att kunna begränsa skadan.

Det nya läkemedlet *Lecanemab*, som är en monoklonal antikropp (mab), verkar däremot kunna angripa beta-amyloida plack. Det är emellertid dyrt och svårt att använda, då det kräver injektioner varannan vecka samt har en hel del besvärliga biverkningar som hjärnsvullnad. Lecanemab fungerar inte heller ihop med koagulationshämmare. Läkemedlet är godkänt i bl.a. USA, Storbritannien och Japan men ännu inte i EU, inklusive Sverige.

Riskfaktorer för demenssjukdomar är sålunda ålder, diabetes, högt blodtryck, mycket blodfett, övervikt, rökning och skalltrauman samt sannolikt även fysisk och psykisk inaktivitet, social isolering och hörselnedsättning.  
Håll igång!

Dagens sista föredrag hölls av professor **Eva Lindberg** vid Akademiska sjukhuset. Hon är lung- och sömnforskare och har inte minst ägnat sig åt orsakerna till och riskerna med sömnapné.

Svenskarnas medelsömntid har successivt sjunkit under relativt lång tid. Åtskilliga undersökningar av flera parametrar har visat att den optimala medelsömntiden är 7-8 timmar per natt, men med relativt stora variationer. Svenskarnas sömnlåtid är ungefär 4-10 timmar. Emellertid har de flesta korttidssovare sömnproblem och blir sällan helt utsövda. Även kvällsmänniskor får ofta för lite sömn. För de flesta ökar sömntiden efter pensionering, vilket är tydligast för dem med stressiga arbeten.

Sömn mäts via andningen samt med EEG, vilket kallas polysomnografi. Detta mått är oberoende av hur patienten själv upplever sin sömn som kan vara ett mycket subjektivt och opålitligt mått.

Fram till pensionering sjunker successivt sömntiden med ökande ålder. Kvinnor har generellt ett mycket större sömnbehov än män och även fler sömnproblem, åtminstone subjektivt sett.

Vid sömnapné trängs luftstrupen ihop och kan t.o.m. blockeras, varvid man får en sömnapné och i bästa fall vaknar. Blodets syresättning minskar, vilket kan vara farligt och bilda mikroskopiska blodproppar och ögonskador. Innan detta sker börjar emellertid den sovande ofta att snarka, vilket vanligen väcker henne. Sömnapné verkar kunna triggas av alkohol. Incidenserna kan vara mycket riskfyllda för yngre människor, men efter 65 år går risken mot noll.

Sömnapné verkar triggas av sömn i ryggläge. En bot kan därför vara att sova med ryggsäck vilket tvingar patienten att ligga på sidan. Det går även att vid behov minska risken för sömnapné genom operation av halsmandlarna som vanligen är de som täpper till luftstrupen.

Vid pennan  
*StigF*