



Vetenskapligt supplement

VOLYM 5 NR 1 (2025)

Bilaga till Äldre i Centrum #2/25

Prenumerera på Äldre i Centrum

Din källa till forskning om äldre och åldrande

I fyra nummer om året presenterar vi nya rön inom vård och omsorg, medicin, psykologi och sociologi på ett tillgängligt sätt – med äldre personer i centrum.



Erbjudande!

Fyra nummer för 150 kronor eller prova ett nummer gratis!

Beställ genom att skanna qr-koden bredvid eller via order.flowy.se/aldreicentrum/aldreicentrum/2391



ÅiCVS INFO

ÅiC VETENSKAPLIGT SUPPLEMENT ges ut av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum för forskning på svenska om äldre personers levnadsbetingelser, hälsa och situation i samhället. **Utgivningen** sker med stöd av Forte.

FÖRFATTARANVISNINGAR och ytterligare information: Se sid 54.

VETENSKAPLIGT REDAKTIONSRÅD

Åsa Hedberg Rundgren

Krister Håkansson

REDAKTION

Mikael Mildén, chefredaktör

08-690 58 20

mikael.milden@aldrecentrum.se

ANSVARIG UTGIVARE

Åsa Hedberg Rundgren

GRAFISK FORM

Losita Design AB och redaktionen

TRYCK

Lenanders Grafiska, Kalmar 2025

UPPLAGA: 2 000 exemplar

ISSN: 2003-9050

DISTRIBUERAS med *Äldre i Centrum* #2/25 (ISSN 1653-3585)

WEBBPLATS: aicvs.se
(ISSN 2003-9069)

OPEN ACCESS enligt Creative commons BY-NC-ND 4.0. Licensen tillåter delning utan ändringar för icke-kommersiellt bruk med angivande av upphovspersoner.

PRENUMERERA på ÅiCVS tillsammans med *Äldre i Centrum*: www.aldreicentrum.se/prenumerera. Redaktionen bistår gärna med enskilda exemplar av supplementet.

En vital femåring

Med detta nummer firar vi ett jubileum för *Äldre i Centrum Vetenskapligt supplement*. Vi är nu inne på den femte volymen av tidskriften och noterar flera tecken på att vi börjat etablera oss som ett alternativ för vetenskaplig publicering på svenska om äldre och åldrande. Denna gång har vi exempelvis haft ett mycket större antal manus att arbeta med, så pass att vi fortfarande inte hunnit arbeta igenom dem alla, utan hoppas kunna ge ut ett andra nummer under 2025.

En milstöple i detta nummer av tidskriften är den första studien med ursprung i landets viktiga FoU-verksamheter. Det är STEG-projektet, som leds av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum i samarbete med Nestor FoU-center, FOU nu, FoU Nordost, Sophiahem-mets högskola och Akademiskt primärvårdscentrum vid Region Stockholm, som gjort en kartläggning över hur egenvårdsintyget används av region och kommuner i Stockholms län. Vi hoppas att fler FoU-projekt ska planera och designa sina studier för vetenskaplig publicering i framtiden. Det finns tecken som pekar i den riktningen, inte minst att FoU-projekt återkommande tilldelas medel från de statliga forskningsfinansiärerna.

Vi är också glada över att publicera vår andra artikel av Jimmy Lindberg, som förra året genomförde en studie över Sveriges superhundraåringar, en artikel som väckte visst intresse även hos bredare medier. Denna gång handlar det om 108+-åringar och en undersökning av om deras föräldrar och syskon också har levt ett längre liv än genomsnittet. Numrets tredje artikel handlar om ålderstypiska förluster hos äldre personer och vad som gör att vissa personer återhämtar sig bättre än andra när de drabbas. Författarna har ett intressant anslag då de med utgångspunkt i kvantitativa resultat har genomfört intervjuer med 20 personer. Alla artiklar är mycket läsvärda, och vi har fler under utgivning.

Mikael Mildén, chefredaktör

Egenvårdsintyg inom primärvård och äldreomsorg i Stockholms län – en kartläggning

Sara Ahrén¹, Karin Högstedt², Elin Jakobsson³ och Lina Palmlöf³

ABSTRACT. Egenvård är centralt i omställningen till en nära vård. Hälso- och sjukvårdspersonal kan skriva ett egenvårdsintyg för ansökan om praktiskt stöd från hemtjänsten för att utföra egenvård. Vi undersökte primärvårdens och kommunens användning av egenvårdsintyget, och samverkan för att stödja äldre personers egenvård i Stockholms län.

Vi samlade in data från journalsystem, samt genomförde intervjuer med primärvård och kommuner. Egenvårdsintyg inkom till samtliga kommuner i Stockholms län och antalet utfärdanden ökade mellan 2015–2022. Majoriteten utfärdades av en mindre andel primärvårdsverksamheter. Beviljandegraden av stöd till egenvård var hög, men grunderna för beviljande skilde sig mellan kommuner.

Sjuksköterskor och distriktssköterskor utfärdade flest intyg, följt av läkare och fysioterapeuter. De vanligaste egenvårdsåtgärderna var hantering av mediciner, påtagning av kompressionsstrumpor, samt fysisk aktivitet. Stöd till egenvård uppfattades som en underutnyttjad resurs, men att få till en välfungerande samverkan var svårt. Utmaningar var det stora antalet utförare av vård och hemtjänst, låg kunskap om hur samverkan kan bedrivas, samt otydlighet kring begrepp kopplade till den regionala överenskommelsen för stöd till egenvård.

¹FoU Nordost

²Nestor FoU-center

³Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum

Korrespondens: Lina Palmlöf, lina.palmlof@aldrecentrum.se

Inledning

I Sverige ökar andelen äldre personer och allt fler i den åldrande befolkningen förväntas bo kvar hemma och därmed få vård och omsorgsinsatser i det ordinarie boendet under lång tid av sitt kvarstående liv [1-3]. För att kunna bo kvar hemma, och ha en god livskvalitet, behöver äldre personer ges möjlighet och stöd att bibehålla sin hälsa och sina förmågor.

Ett flertal nationella utredningar har lett fram till en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR) om en omställning av hälso- och sjukvården mot en *god och nära vård*, med målet att verka mer effektivt, förebyggande och hälsofrämjande, samt utgå från den enskildes behov och förutsättningar [4]. Omställningen benämns numera enbart som *nära vård* [5] och beskrivs som ett nytt sätt att arbeta, där primärvården utgör ett nav inom hälso- och sjukvården. Den allra närmsta vården uppges dock vara den vård som den enskilde kan ge sig själv – *egenvård* – samt det stöd kommuner och regioner ger för att möjliggöra denna. Att vård- och omsorgsaktörer ger stöd till patienters egenvård beskrivs också som ett exempel på ett personcentrerat förhållningssätt, något som ska genomsyra flera av regeringens inriktningsmål för nära vård-omställningen [4].

Egenvård är ett lagstadgat begrepp och definieras som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande legitimerad yrkesutövare har bedömt att en individ kan utföra självständigt eller med stöd av en annan person [6]. Vilka åtgärder som kan utföras som egenvård regleras inte i lagen, utan avgörs i varje enskilt fall. Egenvård kan variera från enklare åtgärder, som påtagning av stödstrumpor eller sårömläggning, till mer komplicerade åtgärder, som sondmatning, dialys eller respiratorvård i hemmet. Lagen reglerar inte heller hur stödet till egenvård ska utformas.

Om den enskilde bedöms kunna ansvara för egenvårdsåtgärden, men behöver praktiskt stöd att

Huvudbudskap

- Utfärdandet av egenvårdsintyg från primärvården i Stockholm har ökat mellan 2015–2022, men intygen används fortfarande i relativt låg utsträckning.
- Sjuksköterskor är den professionsgrupp som utfärdar egenvårdsintyg i högst grad, följt av läkare och fysioterapeut. De vanligaste typerna av egenvård är läkemedelshantering, påtagning av kompressionsstrumpor, fysisk aktivitet och sondmatning.
- Lagen om egenvård och den regionala överenskommelsen *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård*, samt begrepp relaterade till arbetet kring att stödja egenvård, behöver tydliggöras och diskuteras för att möjliggöra samsyn mellan professionerna.

utföra den, kan hälso- och sjukvårdspersonal skriva ett intyg för detta – kallat egenvårdsintyg. Intyget kan användas för att ansöka hos kommunens biståndsenhet om att få stöd från hemtjänsten.

När hemtjänsten ger stöd till egenvård krävs samverkan mellan utfärdaren av intyget inom hälso- och sjukvården, kommunens biståndsenhet och hemtjänsten. Denna typ av organisationsöverskridande samverkan har identifierats som en nyckelfaktor för att äldre personer, som ofta har komplexa behov, ska kunna erbjudas en sammanhållen vård och omsorg [7, 8].

Vilken effekt organisationsöverskridande samverkan generellt har på individers hälsa är inte klarlagt. Resultaten från forskning som

undersöker effekter och vinster med samverkan är motstridiga, och då studierna ofta undersöker olika typer av samverkan i olika typer av kontext är det svårt att jämföra dem och dra några säkra slutsatser [9]. I forskningsrapporten *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning* konstaterar författarna att resultaten är mer motstridiga när studier mäter så kallade hårda resultatmått såsom återinskrivningar. Studier som mäter patienters upplevelse av vården, exempelvis tillgänglighet eller patienttillfredsställelse är mer entydiga och visar positiva effekter av samverkan [10].

Organisationsöverskridande samverkan är komplex och påverkas av många olika faktorer och förutsättningar i de samverkande organisationerna [11]. Att etablera och utveckla samverkan mellan region och kommun förutsätter ett grundläggande arbete där de olika aktörerna tar hänsyn till faktorer som visat sig främja processen att samverka, såsom kunskap om varandras roller och vilket ansvar som finns på olika nivåer (operativ nivå, chefsnivå, politisk nivå). En viktig del av arbetet är också att förtydliga den gemensamma visionen och syftet med samverkan [8, 12].

Forskare och myndigheter har konstaterat att samverkan mellan kommunal hemsjukvård och regionens läkare är ett område i behov av förbättring i Sverige [10]. Stockholm skiljer sig från övriga landet genom att hemsjukvården är placerad under regionens husläkarmottagningar, vilket möjligen underlättar samverkan mellan läkare och övrig hemsjukvård. Samverkansytan mellan hemsjukvård (regionens primärvård) och kommunal omsorgsverksamhet som finns i Stockholm innebär dock sannolikt liknande utmaningar som för övriga landet.

År 2015 slöt Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län en samverkansöverenskommelse, *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård*, som beskriver parternas ansvar kring bedömning, planering, genomförande och uppföljning av

egenvård [13]. Liknande överenskommelser har slutits i många regioner i Sverige. Men trots dessa överenskommelser framgick det i Socialstyrelsens kartläggning om stöd till egenvård 2017 att kommunerna ofta upplever brister i samverkan med regionerna, och att utformade samverkansrutiner inte följs [14].

I ett projekt i Danderyds kommun i Stockholms län undersökte FoU Nordost samverkan mellan regionens primärvårdsrehabilitering och kommunens hemtjänst avseende fallförebyggande träning för äldre [15]. Några slutsatser som drogs var att hemtjänstens stöd till den enskildes egenvård, i detta projekt fallförebyggande träning, hade flera positiva effekter, såsom en effektiviserad hemrehabiliteringsinsats, stärkt relation mellan den äldre och hemtjänstpersonalen, samt ökad trygghet för den enskilde i sin träning. Men även utmaningar belystes, till exempel att få till ett gott kommunikationsflöde mellan vårdgivare och hemtjänst, och att det var oklart vilken målgrupp som var lämplig för denna typ av insats.

Egenvårdsintyget och överenskommelsen för samverkan kring egenvård finns att tillgå som verktyg för en strukturerad samverkan i Stockholms län. Det har dock varit okänt i vilken grad egenvårdsintyget används och vilken typ av egenvård det används för.

Forskningsprojektet STEG

Denna studie ingår i forskningsprojektet STEG – *Samarbete kring stöd för förebyggande egenvård i hemmiljö för sköra äldre personer*. Det övergripande syftet med STEG är att undersöka hur det befintliga egenvårdsintyget kan användas för att stärka samarbetet mellan primärvård och äldreomsorg för att förebygga ohälsa och försämrade funktionsförmåga hos hemmaboende äldre personer med hemtjänst.

STEG-projektet innefattar tre delar som bygger på varandra. Första delen är den aktuella studien – en kartläggning för att undersöka i vilken

utsträckning och för vilka ändamål egenvårdsintyget används i Stockholms län i dag. I del två undersöker vi de involverade professionernas uppfattningar om arbetet med egenvårdsintyget, samt äldre personers uppfattningar om att ta emot stöd till egenvård från hemtjänsten. I projektets del tre skapar vi och testar arbetsmodeller för en bättre samverkan kring att stödja äldre personers egenvård.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna kartläggning var att undersöka primärvårdens och socialtjänstens användning av egenvårdsintyget och deras samverkan för att stödja hemmaboende äldre personers egenvård i Stockholms län. Frågeställningarna var: 1) I vilken utsträckning används egenvårdsintyget? 2) Vad påverkar användningen av egenvårdsintyget? 3) För vilken typ av egenvård används egenvårdsintyget?

Metod

För att belysa både Region Stockholms och kommunernas perspektiv på användningen av egenvårdsintyg använde vi två olika metoder för datainsamling – dels inhämtade vi data från journalsystem, dels genomförde vi strukturerade intervjuer. Intervjuerna genomfördes med personal på strategisk nivå inom både kommuner och region, då syftet var att skapa en övergripande bild av egenvårdsintygets förekomst och användningsområden i verksamheternas arbetsflöde.

För regionens perspektiv och utfärdandet av egenvårdsintyg inhämtade vi data från primärvårdens journalsystem (TakeCare) och genomförde strukturerade intervjuer med chefer inom primärvården med övergripande regionalt och delregionalt uppdrag inom beställar- och utförarverksamhet. Vi undersökte kommunernas perspektiv genom strukturerade intervjuer med personal inom äldreomsorgens biståndsenheter (tabell 1). Kommunens insats som kopplas till

egenvårdsintyg dokumenteras i de flesta kommuner i löptext i det sociala dokumentationssystemet, något vi inte hade möjlighet att studera i denna studie. Vi undersökte i stället kommunens perspektiv genom intervjuer.

Personerna som deltagit i intervjuerna representerar sina verksamheter utifrån sina respektive funktioner och benämns därför som regionrepresentanter och kommunrepresentanter.

Datainsamling

Journaldata. Totalt ingick journaldata från 191 enheter i kartläggningen. Vi hämtade data på gruppnivå från journalsystem (TakeCare): antal utfärdade egenvårdsintyg, utfärdande primärvårdsenhet, utfärdande profession, samt vilken åldersgrupp patienten som fått intyget tillhörde (18–64 år eller 65 år och äldre). För att få en bild av om utfärdandet av egenvårdsintyg skiljer sig mellan äldre och yngre vuxna individer inhämtade vi alltså även information om intyg för personer 18 år eller äldre. Både enheter i Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) egen regi och privatägda husläkarmottagningar och primärvårdsrehabiliteringsenheter som använder journalsystemet TakeCare ingick i underlaget. Ett fåtal av de privata mottagningarna använder andra typer av journalsystem och ingick således inte.

SLSO medgav uttag från samtliga enheter, vilket uppgick till 73 husläkarmottagningar och 43 primärvårdsrehabiliteringsenheter. Av de privatägda enheterna medgav 65 av de 161 husläkarmottagningarna (40%) och tio av 44 primärvårdsrehabiliteringsenheter (23%) uttag.

Intervjuer. Totalt genomförde vi 37 intervjuer under oktober 2022–januari 2023. Av dessa var 32 intervjuer med äldreomsorgsrepresentanter från kommuner i Stockholms län (32 av totalt 38 kommuner och stadsdelar deltog) och fem intervjuer med representanter från SLSO. Vid tre av kommunintervjuerna deltog två kommunrepresentanter,

TABELL 1. Organisatorisk funktion för intervjuade representanter i studien (n=40).

Representanters organisatoriska funktion	Antal	Huvudman
Närsjukvårdschef	3	Region
Verksamhetschef rehab	2	Region
Myndighetschef, verksamhetschef, resultatenhetschef, områdeschef, avdelningschef	11	Kommun
Enhetschef, biträdande enhetschef, gruppchef	20	Kommun
Gruppledare, verksamhetsledare, senior biståndshandläggare	3	Kommun
Medicinskt ansvarig sjuksköterska	1	Kommun

övriga intervjuer var enskilda. Samtliga 38 kommuner och stadsdelar i Stockholms län bjöds in att delta. Från Region Stockholm rekryterade vi de fem representanterna genom strategiskt urval för att täcka samtliga delregioner samt både rehabiliteringsverksamhet och husläkarverksamhet. Vi rekryterade samtliga representanter genom ett e-postutskick med informationsbrev om STEG-projektet inklusive en förfrågan om att delta i en kort intervju. Till de som inte besvarade förfrågan om att delta skickade vi upp till fyra påminnelser under en tidsperiod av åtta veckor. I samband med att vi bokade tid för intervju med respektive representant, inhämtade vi samtycke för deltagande digitalt med e-signering eller via pappersblankett som skickades in via post. Representanterna valde tidpunkt för intervju samt om intervjun skulle genomföras via ett telefonsamtal eller digitalt videosamtal.

Vi utformade en strukturerad intervjuguide (bilaga 1) med ett antal tillägsfrågor riktade särskilt till kommunrepresentanterna för att inhämta information om bland annat antal intyg som inkom till kommunen och vilka typer av egenvård intygen avsåg, då denna information inte kunde inhämtas via dokumentationssystem.

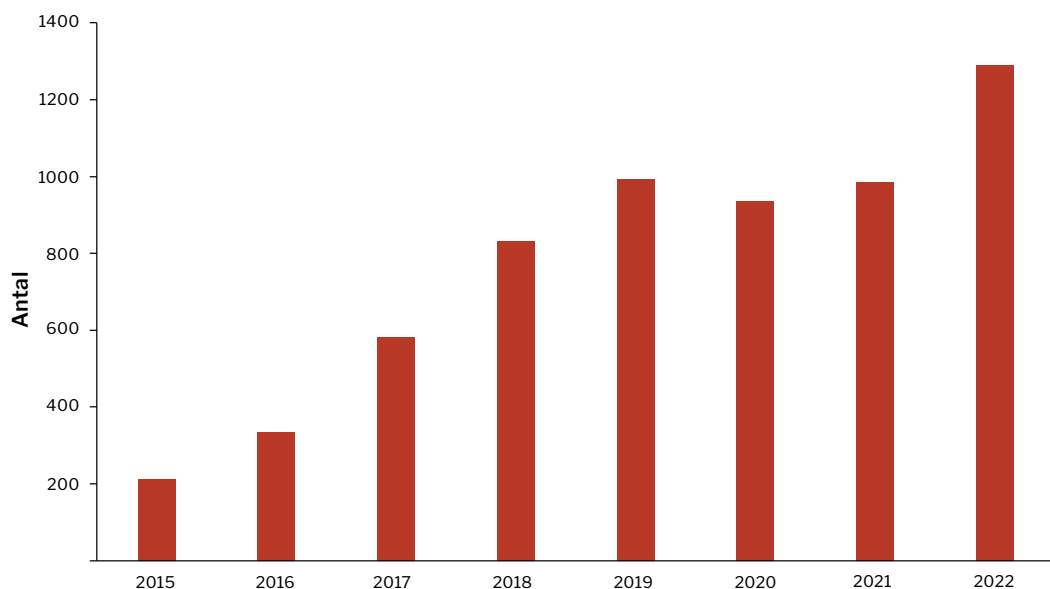
Intervjuguiden innehöll även ett par öppna följdfrågor med utrymme för beskrivande svar. Intervjuguiden pilottestades vid två intervjuer med kommunrepresentanter. Dessa intervjuer ingick i den slutliga analysen eftersom de svarade mot studiens syfte och vi behöll intervjuguidens utformning [16]. Två av studiens medförfattare (SA och KH) genomförde intervjuerna. Tidsåtgången för intervjuerna varierade mellan tio och 35 minuter, men de varade vanligtvis cirka 20 minuter. Intervjuszvaren dokumenterades skriftligen under intervjuerna.

I de fall kommunrepresentanter uppgav att lokala styrdokument rörande egenvårdsintyg hade upprättats, bad vi dem skicka dessa för att få en övergripande bild av dokumentens innehåll.

Analys

Journaldata. Vi presenterar data från journal-system deskriptivt.

Intervjudata. Vi presenterar intervjuszvaren från de strukturerade intervjuerna deskriptivt. Vi grupperade svaren direkt efter respektive intervju utifrån relevanta teman gällande egenvårdsintyget



FIGUR 1. Totalt antal utfärdade egenvårdsintyg (till patienter 18 år eller äldre) per år för primärvårdsenheter i Region Stockholm 2015–2022.

och samverkan. Temana handlade bland annat om möjligheter och hinder med egenvårdsintyget och förutsättningar för samverkan. Inledningsvis sammanställde vi intervjudata från kommun respektive region separat, för att särskilja de olika perspektiven. I nästa steg slog vi samman sammanställningarna från region och kommun och därefter hanterades de som en helhet. I resultatet presenteras datamaterialet från intervjuerna under kartläggningens respektive frågeställning samt under rubrikerna: *Faktorer som påverkar användningen av egenvårdsintyg* och *Ytterligare aspekter som representanterna uttryckte var viktiga*.

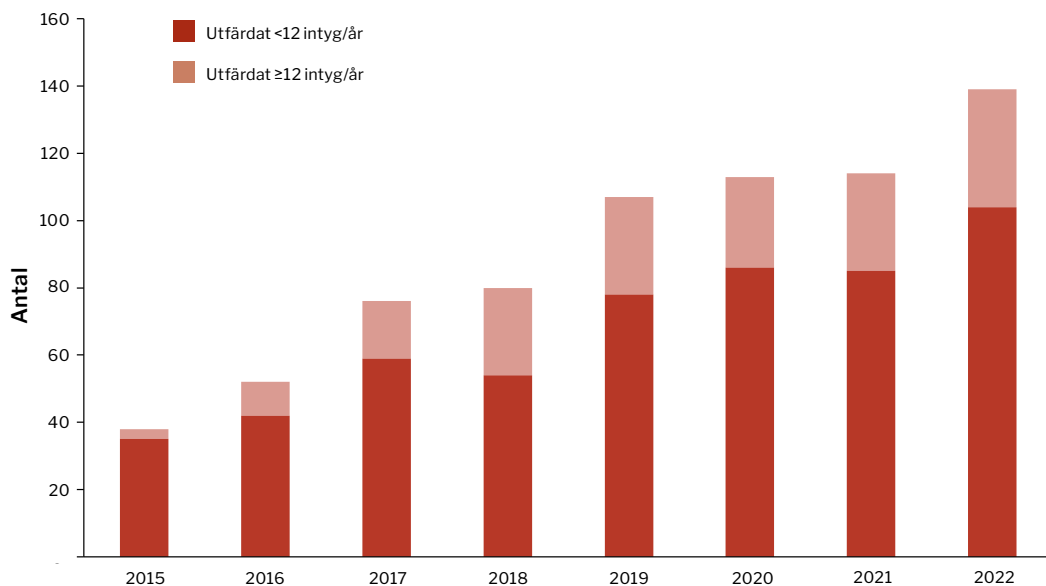
Resultat

Resultatredovisningen är uppdelad på kartläggningens frågeställningar där både journaldata och intervjudata presenteras under respektive frågeställning. Utöver detta återfinns i slutet av

resultatredovisningen ett avsnitt som sammanfattar ytterligare aspekter på samverkan för att stödja egenvård som intervjupersoner önskade tillägga utöver de strukturerade intervjufrågorna. Resultat från journaldata redovisar intyg som är skrivna för alla individer 18 år och äldre inom primärvården, och är i vissa fall uppdelat på åldersgrupperna 18–64 respektive 65 och äldre.

I vilken utsträckning används egenvårdsintyget?

Data från journalsystemet TakeCare visar att 160 primärvårdsenheter utfärdade egenvårdsintyg till personer över 18 år under perioden 2015–2022, vilket utgör 84 procent av de enheter som godkänt datauttag. Det totala antalet utfärdade egenvårdsintyg över de åtta åren var 6 161 och 88 procent av dessa var utfärdade till personer som var 65 år eller äldre.



FIGUR 2. Antal primärvårdsenheter som utfärdat egenvårdsintyg, samt hur många av dessa som utfärdat i snitt tolv intyg eller fler, redovisat per år för primärvårdsenheter i Region Stockholm 2015–2022.

Utfärdandet av egenvårdsintyg i Stockholm varierade över åren och steg från totalt 213 intyg under 2015 till 1290 intyg under 2022 (figur 1).

Antalet utfärdande enheter 2015 var 38 och 2022 hade antalet stigit till 139 enheter. Det var dock många enheter som utfärdade få intyg och relativt få enheter som utfärdade i snitt ett intyg i månaden eller fler (figur 2).

Antalet utfärdade intyg under åren 2015–2022 per primärvårdsenhet varierade från 1–278 intyg och medelvärdet var 38,5 egenvårdsintyg per enhet. 20 enheter utfärdade fler än 100 egenvårdsintyg, medan en majoritet av enheterna utfärdade färre än 50 egenvårdsintyg totalt under åren 2015–2022 (tabell 2).

Samtliga kommunrepresentanter (n=32) angav i intervjuerna att de mottar egenvårdsintyg till sin verksamhet. Åtta kommunrepresentanter uppskattade att de fått in ett fåtal intyg de senaste sex månaderna, fyra svarade cirka 5–15 intyg och

TABELL 2. Utfärdandegrad av egenvårdsintyg för primärvårdsenheter (husläkarmottagningar och rehabiliteringsmottagningar) i Region Stockholm, totalt under åren 2015–2022.

Utfärdade intyg 2015–2022	Antal enheter
<50	123
50–99	17
100–149	10
150–199	6
≥200	4

två uppskattade att de fått in mellan 25 och 50 intyg. Cirka hälften av kommunrepresentanterna kunde inte göra någon uppskattning (n=18).

Kommunrepresentanterna ombads även upp-

skatta i vilken utsträckning intygen beviljades. Tretton uppgav att alla eller nästan alla intyg beviljades och 16 uppgav att en majoritet av de inkomna egenvårdsintygen beviljades. Tre kommunrepresentanter kunde inte göra någon uppskattning av i vilken utsträckning intygen beviljades.

Intervjuerna med kommun- och regionrepresentanter visade att 26 av 37 kände till den regionala överenskommelsen *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård*. Hälften av kommunerna uppgav att de dessutom hade egna lokala rutiner kopplade till den regionala överenskommelsen.

Faktorer som påverkar användningen av egenvårdsintyg

Under intervjuerna utvecklade flertalet representanter sina svar genom att resonera kring faktorer som kunde påverka initierande av utredning, behovsbedömning och beslut om att bevilja insatsen stöd till egenvård. Vi sammanfattar och beskriver dessa faktorer under fyra rubriker nedan.

Kompleta intyg. Kommunrepresentanter lyfte fram att egenvårdsintygen måste vara kompletta och korrekt ifyllda samt innehålla en motivering för behovet av stöd, för att ärendet ska kunna handläggas. Exempel på brister var att intyg saknade uppgift om tidsbegränsning eller tidpunkt för uppföljning, eller att det inte var underskrivet av den enskilde gällande godkännande av samverkan.

Ekonomiska konsekvenser för den enskilde.

Många av de som får rekommendation om stöd till egenvård var inte medvetna om att ansökan kan leda till extra kostnader till följd av utökad hemtjänst. Detta kunde i vissa fall leda till att ansökningar drogs tillbaka av den enskilde. Alternativa lösningar, som att byta vårdgivare till en som erbjöd insatsen som hälso- och sjukvårdsåtgärd via högkostnadsskydd, förekom också.

Den enskildes förmåga att ansvara för egenvård.

Majoriteten av kommunrepresentanterna uppgav att de hade tillit till hälso- och sjukvårdspersonalens bedömningar avseende en persons behov av stöd och förmåga att ansvara för egenvårdsinsatser. Flera kommuner uppgav dock att de hade en dialog med regionen när det behövdes förtydliganden kring hanteringen av egenvården, till exempel om hemtjänstens eller biståndshandläggarens uppfattning avseende den enskildes kognitiva förmåga skilde sig från hälso- och sjukvårdspersonalens.

Vissa kommunrepresentanter uppgav att de inte beviljade stöd till någon form av egenvård om personen hade kognitiv nedsättning, oavsett grad. Andra gjorde en samlad bedömning av den enskildes förutsättningar i relation till egenvården, och kunde bevilja stöd om det ansågs lämpligt. Något som också påverkade beviljandet var osäkerhet kring personens förmåga att själv instruera hemtjänstpersonal. Detta blev extra problematiskt i de fall hemtjänsten hade många vikarier och biståndshandläggaren var osäker på vikariernas kompetensnivå.

Skälig levnadsnivå. Insatser beviljades om egenvården bedömdes vara rimlig och inom skälig levnadsnivå i enlighet med kommunens riktlinjer, samt om stödet inte kunde tillgodoses på annat sätt. Beslut underlättades om den enskilde redan var beviljad hemtjänst och om stödet till egenvård kunde ges då hemtjänst ändå var på plats. Några kommuner hade som regel att endast bevilja stöd till egenvård när pågående omsorgsinsats från hemtjänsten redan fanns.

Några kommuner uppgav att rättspraxis kring arbetsmodellen saknas och att de i mer komplexa eller omfattande bedömningar därför tar stöd av jurist, exempelvis när insatsen avsåg träning eller då den enskilde hade kognitiv svikt. Andra exempel på komplicerade ärenden var sonmatning eller insatser vid syn- eller hörselnedsättning.

TABELL 3. Antal utfärdade egenvårdsintyg till personer 18–64 år respektive ≥65 år, per legitimerad hälso- och sjukvårdsprofession i Region Stockholm under åren 2015–2022.

Befattning	Antal intyg (%) 18–64 år	Antal intyg (%) ≥65 år	Totalt (%)
Distriktssköterska/sjuksköterska	392 (52)	4 484 (83)	4 876 (79)
Läkare	270 (36)	543 (10)	813 (13)
Fysioterapeut	57 (8)	206 (4)	263 (4)
Arbetssterapeut	5 (<1)	10 (<1)	15 (<1)
Dietist	2 (<1)	-	2 (<1)
Logoped	-	1 (<1)	1 (<1)
Uppgift saknas	28 (4)	163 (3)	191 (3)
Totalt	754 (100)	5 407 (100)	6 161 (100)

För vilken typ av egenvård används egenvårdsintyget?

Information om vilken typ av egenvård som primärvårdsenheterna utfärdat intyg för kunde av datatekniska skäl inte inhämtas genom utdrag från TakeCare. Däremot kunde information inhämtas om vilken legitimerad sjukvårdsprofession som utfärdat intyget. Journaldata visade att sjuksköterska/distriktssköterska utfärdat intyg i högst utsträckning, följt av läkare och därefter fysioterapeut. Arbetsterapeuter hade utfärdat totalt 15 intyg, dietister två och logopeder ett intyg över samtliga år. Fördelningen mellan utfärdande professioner var i stort sett densamma för intyg utfärdade till personer 65 år och äldre som till vuxna personer yngre än 65 år (tabell 3).

Intygen används främst för att hantera läkemedel (till exempel dosförpackade läkemedel, handräckning, ögondroppar, smörja salva), påtagning av kompressionsstrumpor, fysisk aktivitet (träningsprogram, gång, cykling, rehabilitering, rörlighetsövningar) och sondmatning. Störst beviljande sker för läkemedelshantering och kom-

pressionsstrumpor. Fysisk aktivitet beviljades i varierad utsträckning i kommunerna – nio kommunrepresentanter beskrev det som en ofta beviljad åtgärd, medan tio andra beskrev det som en åtgärd det var mindre vanligt att bevilja stöd för.

Ytterligare aspekter på samverkan för att stödja egenvård

Utöver svar på de strukturerade intervjufrågorna lyfte ett flertal kommun- och regionrepresentanter ytterligare aspekter som de såg som relevanta avseende samverkan för stöd till äldre personers egenvård. Nedan beskriver vi dessa aspekter i två kategorier.

Underutnyttjat och otydligt arbetssätt. Egenvård uppfattades som en underutnyttjad resurs i det förbyggande och personcenterade arbetet. Intervjudeltagarna betonade att egenvård är viktigt för att kunna möta framtida utökade vård- och omsorgsbehov. De upplevde otydligheter och begreppsförvirring som hinder,

då begreppet egenvård tolkades olika av alla parter. De beskrev också kunskapen om hur intyget ska användas som bristfälligt, både mellan samarbetsparterna och inom den egna verksamheten. Ett mycket stort antal utförare inom såväl hemtjänst som primärvård beskrevs också komplicera samverkan.

Intervjupersonerna upplevde det som en svårighet att egenvårdsintyg kunde användas som ett medel för att förskjuta kostnadsansvar mellan huvudmän och verksamheter. De framhöll att det var viktigt att vara observant på att intyget inte användes för att lösa någon annan verksamhets resursbrist. De intervjuade framhävde att beslut om stöd kan kategoriseras som antingen hälso- och sjukvårdsinsats, delegerad hälso- och sjukvårdsinsats, eller stöd till egenvård. De betonas att detta val ofta grundas på organisatoriska faktorer snarare än på den enskildes specifika förmågor och behov.

Struktur och tillit. Effektiv samverkan kräver tydliga rutiner och ansvarsfördelning. Flera representanter tog upp delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser som en jämförelse, och menade att arbetet med delegering fungerade bättre än egenvårdsintyget då det innebar en tydlig ansvarsfördelning.

Enkla kommunikationsvägar och goda relationer lyftes också fram som viktiga för att kunna ta gemensamt ansvar kring stödet till egenvård och för att kunna involvera den enskilde på ett tillfredsställande sätt. Flera kommunrepresentanter beskrev vikten av att ha tillit till varandras bedömningar även om parterna hade olika uppfattningar.

Både kommun- och regionrepresentanter uttryckte att gemensamma möten och dialog tydliggjorde rutiner och främjade förståelsen för varandras organisatoriska förutsättningar, vilket underlättade samverkan kring stöd till egenvård. Att ha forum på politisk nivå och tjänstemannanivå för att uppmärksamma

samverkanssvårigheter och uppdatera kontaktuppgifter lyftes också som värdefulla resurser för en fungerande samverkan. De ansåg också att det främjade arbetssättet att den regionala överenskommelsen för samverkan kring egenvård brutits ner och anpassats till den lokala kontexten.

Diskussion

Vår kartläggning visar att alla Stockholms kommuner och stadsdelar tar emot egenvårdsintyg, men att utfärdandet varierar stort bland primärvårdsverksamheterna, med vissa som inte utfärdar några alls. Utfärdandet av egenvårdsintyg för vuxna individer (18 år och äldre) har ökat markant (600%) från 2015 till 2022, men majoriteten av intygen kommer från en mindre andel av primärvårdsverksamheterna. Antalet intyg som når olika kommuner och stadsdelar i Stockholm skiljer sig också åt.

Kartläggningen visar även att beviljandegraden för egenvårdsintyg inom äldreomsorgen är relativt hög, då 50 procent av kommunerna uppskattade att majoriteten av ansökningar om stöd till egenvård beviljas, och 40 procent uppgav att nästan alla, eller alla, beviljades. Grunden för beviljande skiljer sig dock mellan kommuner, vilket i praktiken leder till att personer har olika möjlighet att få stöd till egenvård beroende på var de bor. Exempelvis beskrev flera kommuner att bedömningen påverkades av om personen i fråga redan hade hemtjänst. Det var lättare att bevilja ansökan om stöd till egenvård om annan insats från hemtjänsten redan pågick.

Ett annat exempel var när personen hade kognitiv svikt. Kommunrepresentanter lyfte att detta avsevärt försvårade bedömningen av huruvida den enskilde skulle klara av att ansvara för egenvården, vilket är ett kriterium för att tillhöra målgruppen [13]. Vissa kommuner berättade att de nekade stöd till egenvård vid all kognitiv svikt, oavsett grad, medan andra beskrev att de gjorde en bedömning utifrån varje enskilt fall,

där grad av kognitiv svikt och typ av egenvård spelade in.

Resultatet i vår kartläggning tyder således på att möjligheten att få stöd till egenvård är ojämlik över länet. Denna typ av ojämlikhet i tillgång till äldreomsorgsinsatser föreligger inte bara i Stockholms län, utan är ett nationellt fenomen. Resultat från en tidigare studie som undersökt lokalpolitiska policyer för äldreomsorg i Sveriges samtliga kommuner, pekar på att beslutsfattande om äldreomsorgsinsatser skiljer sig mellan kommunerna, både utifrån att de lokalpolitiska riktlinjerna för beviljande av stöd skiljer sig, och att biståndshandläggares delegation för att fatta beslut om äldreomsorgsinsatser varierar [18]. I vissa kommuner har biståndshandläggare full delegation medan andra kommuner villkorat delegationen med att beslut ska följa lokala riktlinjer eller föregås av samråd med funktion på ledningsnivå. Detta leder således till att äldreomsorgsinsatser beviljas i olika grad, och på olika grunder, i landets kommuner.

Det är sjuksköterskor och distriktssköterskor som i störst utsträckning utfärdar egenvårdsintyg, därefter kommer läkare och sedan fysioterapeuter. Våra intervjudeltagare uppskattade att de vanligaste typerna av egenvård som avses för intygen som inkommer till kommunerna var hantering av mediciner, påtagning av kompressionsstrumpor samt fysisk aktivitet. Detta verkar stämma väl överens med information från journaldata om vilka professioner som oftast utfärdar intygen. Det är oftast sjuksköterskor och distriktssköterskor som hanterar mediciner och kompressionsstrumpor.

Bedömning av den enskildes förmåga att ansvara för egenvården ska enligt den regionala överenskommelsen göras av den legitimerade sjukvårdspersonal som utfärdar egenvårdsintyget. Det framkom dock under intervjuerna att det ibland finns en osäkerhet kring om sjukvårdspersonalen känner den enskilde tillräckligt väl för att göra en välgrundad bedömning.

Denna brist på tillit kan skapa en svårighet i samverkan. Tillit framhävs i flera vetenskapliga studier som en avgörande faktor för framgångsrik samverkan [19, 20]. Forskare betonar också att tydlig rollfördelning är en viktig förutsättning för samarbete mellan yrkesfunktioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst [21]. Skapande av tillit kräver ett långsiktigt och kontinuerligt arbete [8].

Interprofessionellt teamarbete och gemensamma geriatriska bedömningar är vanligt förekommande interventioner för att främja samverkan [10], och man kan anta att de både stärker tillit mellan aktörer och förtydligar rollfördelningen i samverkan. Resultatet av vår studie visar att det verkar finnas ett behov i Stockholms län av att arbeta med att stärka tilliten och förtydliga rollfördelningen för att få samverkan mellan vård- och omsorgsaktörer att fungera bättre när de gemensamt ska stödja äldre personer att utföra egenvård.

Det framkom i intervjuerna att stöd till egenvård anses vara ett viktigt verktyg för att skapa en nära vård och för att hantera den ökade belastningen på sjukvården framledes. Samtidigt framkom att det finns en oro över att kostnader skjuts över mellan huvudmännen, och att detta är något man behöver bevaka så att den egna organisationen inte behöver ta onödiga kostnader. Denna bild bekräftas i SNS rapport *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*, som påtalar att bristen på finansiella incitament för att samverka gör att vård- och omsorgsverksamheter hellre skjuter över ansvar på varandra än att ta gemensamt ansvar för den enskildes hälsa [10].

Av de intervjuade kände 26 av 37 till den samverkansöverenskommelse avseende stöd till personers egenvård som finns mellan Region Stockholm och kommuner i Stockholms län [13]. För cirka 30 procent var den alltså okänd. Det innebär givetvis inte att den är okänd för alla kollegor och medarbetare i verksamheten, men

det är likväl ett problem om chefer eller personer på strategisk nivå inte vet vilka samverkansöverenskommelser som finns för deras verksamhet, då det är viktigt att samverkansarbetet är förankrat och bedrivs både från operativ och strategisk nivå i en verksamhet [8]. Att alla berörda verksamheter i Stockholm har kännedom om samverkansöverenskommelsen är avgörande för att länets invånare ska ha en jämlik tillgång till stöd till egenvård och således en likvärdig vård och omsorg. En brett riktad informationskampanj om egenvård och den regionala samverkansöverenskommelsen till vård- och omsorgsverksamheter i Stockholms län skulle därför sannolikt vara av stort värde. En implementering av samverkan kring egenvårdsintyg kräver förstås fler strategier än så, men det är ett grundläggande steg.

En utmaning i samverkan kring egenvård som lyfts av flera intervjuade är det stora antalet utförare, både inom primärvård och hemtjänst. Det regionala och kommunala självstyret är starkt i Sverige, och det påverkar möjligheterna till samverkan på olika sätt i olika kommuner [10]. Alla parter som är inblandade i samverkan kring att stödja äldre personer med egenvård, biståndshandläggare, primärvårdspersonal och hemtjänstpersonal, har ett stort antal verksamheter att samverka med. Det kan då bli svårt att skapa en gemensam målbild, gemensamma rutiner och fungerande kontakt- och informationsvägar, vilka alla är viktiga faktorer för en hållbar samverkan [22].

Intervjupersonerna beskrev också att det fanns en kunskapsbrist avseende hur samverkan kring egenvårdsintyg och stödjande av egenvård ska gå till, både inom den egna verksamheten och bland samarbetsparter. Denna kunskapsbrist kan exempelvis bero på att överenskommelsen är okänd för många, men också att begrepp och riktlinjer kan tolkas olika, eller att tilliten mellan parterna brister. Att integrera vård och omsorg och tillsammans arbeta personcentrerat är en komplex uppgift som kräver intersektoriell sam-

verkan på klinisk (mikro), organisatorisk (makro), samt systemnivå (meso) [23]. Funktioner och system som stödjer integreringen av vård och omsorg på alla dessa nivåer, till exempel finansiella och operativa system, är nödvändiga. Men även en annan dimension av integrering, som handlar om att ha en gemensam referensram avseende mål, vision, värderingar och kultur, är grundläggande för en god samverkan [23]. Detta talar för att samverkansparterna skulle vara hjälpta av att tillsammans arbeta fram en gemensam bild av hur samverkansarbetet ska fungera, utifrån den befintliga gemensamma överenskommelsen, och med det gemensamma målet att ge en personcentrerad vård och omsorg.

Information om utfärdade egenvårdsintyg i denna studie inhämtades på ett systematiskt sätt genom utdrag från journalsystemet TakeCare, som är Region Stockholms huvudsakliga journalsystem. Datauttaget gjordes av Region Stockholm, som förfogar över databasen Intelligence, som samlar all information från samtliga vårdenheter i Stockholm som använder TakeCare. Då all vård enligt lag ska journalföras borgar detta för att de egenvårdsintyg som skrivs finns att hämta i detta system, vilket är en styrka med denna kartläggning. Dock har inte alla tillfrågade primärvårdsenheter valt att bifalla datauttaget. Möjligen kan det vara så att de som tackat nej, eller inte svarat på förfrågan, gjort det på grund av att de utfärdat intyg i låg utsträckning, och då inte såg någon anledning till att vara med i kartläggningen. Det skulle i så fall innebära att kartläggningen överskattat andelen av Stockholms primärvårdsenheter som har skrivit intyg under den undersökta perioden.

En annan styrka med kartläggningen är att intervjuer kring mottagande och användning av egenvårdsintyg gjorts med 84 procent av länets alla kommuner och stadsdelar, vilket kan klassas som en god representation. Dock har det inte varit möjligt att inhämta exakta uppgifter om antalet intyg som inkommer till kommunerna och

i vilken utsträckning de beviljas, utan endast en uppskattning. Detta beror dels på hur kommunerna registrerar egenvårdsintyg och beslut om stöd till egenvård i sina verksamhetssystem, och dels på vilken detaljkontroll intervjupersonerna haft. Sammantaget anser vi ändå att den data som inhämtats och bearbetats ger oss en god bild av i vilken utsträckning egenvårdsintyget används i Stockholms län i dag och en relativt god bild av på vilket sätt det används.

Den här studien har undersökt användningen av egenvårdsintyget i form av dess utfärdande av hälso- och sjukvårdspersonal, och mottagande och handläggning av kommunens personal. Under förutsättning att insatsen beviljas ska stödet sedan genomföras av till exempel hemtjänstpersonal, och följas upp av utfärdande hälso- och sjukvårdspersonal. Det förfarandet undersöks vidare i STEG-projektets andra del, där vi intervjuar primärvårdspersonal, biståndshandläggare och även hemtjänstpersonal.

Sammanfattningsvis belyser den aktuella studien följande aspekter, som kommer beaktas i det vidare arbetet i STEG-projektets tredje del, där arbetsmodeller för arbetet kring egenvårdsintyget ska tas fram och testas tillsammans med berörda verksamheter:

- Information om samverkansöverenskommelsen för stöd till egenvård behövs.
- Roller i samverkan behöver förtydligas.
- Tillit till varandras arbete behöver öka.
- Begrepp relaterade till arbetet behöver diskuteras för att möjliggöra samsyn.

Etiska överväganden

Studien har följt forskningsetiska principer [17]. Projektet har godkänts av Etikprövningsmyndigheten (diarienummer 2022-04018-01).

Samtliga inbjudna representanter gavs skriftlig information om projektet och erbjöds med påminnelser om att delta i projektet. Informationsbrevet beskrev syftet med projektet, att deltagandet var frivilligt och

kunde avbrytas utan att uppge orsak, samt att data hanterades konfidentiellt och presenterades oidentifierat (bilaga 2).

Certificate for self-care with support in primary and elderly care in Stockholm County – a mapping study

Abstract. Self-care is central to the transition towards *good quality local care*, as part of proactive and health-promoting efforts. Healthcare professionals can issue a *certificate for self-care with support* (CSS), enabling individuals to apply to the municipality for practical assistance from home care services in carrying out self-care. We examined the use of CSS by primary care and municipalities, as well as their collaboration to support older adults' self-care in Stockholm County.

We collected data from medical record systems and conducted interviews with primary care and municipalities. CSS were submitted to all municipalities in Stockholm County, and the number of certificates issued increased between 2015 and 2022. The majority were issued by a small proportion of primary care units. The approval rate for self-care support was high, but the criteria for approval varied between municipalities.

Nurses and district nurses issued the most certificates, followed by physicians and physiotherapists. The most common self-care measures were medication management, applying compression stockings, and physical activity.

Support for self-care was perceived as an under-utilised resource, but achieving effective collaboration around this was challenging. Obstacles included the large number of care and home care providers, limited knowledge of how collaboration should be conducted, and ambiguities regarding terms related to the regional agreement on support for self-care.

Referenser

1. Socialstyrelsen. *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*. Socialstyrelsen; 2022.
2. Socialstyrelsen. *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre*. Socialstyrelsen; 2021.

3. SCB. *Efter 60. En beskrivning av äldre i Sverige*. SCB; 2022. Demografiska rapporter 2022:2.
4. Socialdepartementet, Sveriges kommuner och regioner. *God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner*. (S2023/00372). Socialdepartementet.
5. Sveriges kommuner och regioner. *Omställning till nära vård* [internet]. Sveriges kommuner och regioner; 2024 [uppdaterad 24-06-25; citerad 24-11-14]. Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/omstallningtillnaravard.57446.html>
6. *Lag om egenvård* (SFS 2022:1250). Socialdepartementet.
7. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. PM 2017:2.
8. Hoppe M, Mördal M. *Labbet – en fristad för välfärdens utveckling*. I: Hedberg Rundgren Å, Klinga C, Löfström M, Mossberg L, redaktörer. *Perspektiv på samverkan – om utmaningar och möjligheter i välfärdens praktik*. Studentlitteratur; 2022. s. 267-88.
9. Alderwick H, Hutchings A, Briggs A, Mays N. *The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews*. BMC Public Health. 2021;21(1):753. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10630-1>
10. Blomqvist P, Winblad U. *Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning*. SNS Förlag; 2023.
11. Aunger JA, Millar R, Greenhalgh J, Mannion R, Rafferty AM, McLeod H. *Why do some inter-organisational collaborations in healthcare work when others do not? A realist review*. Systematic reviews. 2021;10(1):82. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01630-8>
12. Vangen S, Huxham C. *Aiming for collaborative advantage: challenging the concept of shared vision*. SSRN [preprint]; 2005. Advanced institute of management research paper no 015. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1306963>
13. StorSTHLM, Region Stockholm. *Samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård. Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län*. StorSTHLM och Region Stockholm; 2015.
14. Socialstyrelsen. *Kommunernas stöd vid genomförande av egenvård. En kartläggning*. Socialstyrelsen; 2017.
15. PalmLöf L, Klinga C, Hedberg Rundgren Å. *Samarbete mellan primärvårdsrehabilitering och hemtjänst för att förebygga fall hos hemmaboende äldre personer – ett pilotprojekt för att utveckla och testa en arbetsmodell*. FoU Nordost; 2019. FoU-rapport nr 34/2019.
16. Kvale S, Brinkmann S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur; 2014
17. Vetenskapsrådet. *God forskningssed*. Vetenskapsrådet; 2024.
18. Wittberg S. *Discretion for whom? Local policies and the agency problem between politicians and care managers in Swedish social service*. European journal of social work. 2024;27(6):1113-1126. <https://doi.org/10.1080/13691457.2023.2297652>
19. Aunger JA, Millar R, Rafferty AM, Mannion R, Greenhalgh J, Faulks D m fl. *How, when, and why do inter-organisational collaborations in healthcare work? A realist evaluation*. Plos one. 2022;17(4):e0266899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266899>
20. Andersson J, Ahgren B, Axelsson SB, Eriksson A, Axelsson R. *Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review*. International journal of integrated care. 2011;11:e137. <https://doi.org/10.5334/ijic.670>
21. Hewitt G, Sims S, Harris R. *Using realist synthesis to understand the mechanisms of interprofessional teamwork in health and social care*. Journal of interprofessional care. 2014;28(6):501-6. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.939744>
22. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016. PM 2016:1.
23. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*. International journal of integrated care. 2013;13:e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>

BILAGA 1.

Intervjuguide med frågor till samtliga region- och kommunrepresentanter, samt tillägsfrågor för representanter för kommunernas verksamheter.

Frågor till samtliga**Tillägsfrågor till
kommunrepresentanter**

A. Introduktionsfrågor

Beskriv kortfattat din befattning och din funktion.

I vilken organisation arbetar du?

Hur länge har du haft din nuvarande befattning?

B. Kännedom om egenvårdsintyget och dess användning

Känner du till egenvårdsintyget? (ja/nej)

Känner du till överenskommelsen kopplat till detta? (ja/nej)

Har din enhet egna, lokala rutiner kopplat till överenskommelsen och egenvårdsintyget? (ja/nej)

Om ja: Kan vi få ta del av dessa, om de är skriftliga? (ja/nej)

Inkommer egenvårdsintyg till er enhet? (ja/nej)

Om ja: Har du någon uppfattning om ungefär hur många som inkommit de senaste 6 månaderna? (antal, alternativt direkt svar)

I vilken omfattning skulle du säga att dessa beviljas som omsorgsinsats? (uppskattning procent)

För vilken typ av egenvård är det vanligast att omsorgsinsatser beviljas? (tex. träningsprogram, stödstrumpepådragning) (öppen/fritext)

För vilken typ av egenvård är det mindre vanligt att det beviljas? (öppen/fritext)

Av vilken anledning ser beviljandegraden och egenvårdstyp ut som beskrivet? (öppen/fritext)

Är det någon annan utförare än hemtjänstverksamhet som kan utföra egenvårdsstöd för äldre personer? (ja/nej) Om ja - vilka?

Tabellen fortsätter på nästa sida.

Frågor till samtliga**Tilläggsfrågor till
kommunrepresentanter**

**C. Andra överenskommelser/ rutiner/verktyg
som avser samverkan**

Utöver nämnd överenskommelse och rutiner kopplat till den, känner du till några andra överenskommelser/ rutiner/verktyg som avser samverkan mellan sjukvård och äldreomsorg för att stödja äldre personer med sin egenvård? (ja/nej)

Om ja på föregående fråga: I så fall vilka? Kan vi få ta del av dessa, om de är skriftliga? (öppen/fritext)

Används dessa i högre utsträckning än egenvårdsintyget? (ja/nej)

Om ja: Hur kommer det sig? (öppen/fritext)

D. Avslutningsfråga

Något du vill tillägga? (öppen/fritext)

BILAGA 2.

Informationsbrev, som lämnades till alla projektets deltagare.

Information till forskningspersoner

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

I Sverige ökar andelen äldre i befolkningen och majoriteten av den åldrande befolkningen kommer leva i eget boende, snarare än på äldreboende, under hela eller lång tid av sitt kvarstående liv. Många äldre personer har kontakt med både sjukvården och äldreomsorgen för att få stöd i sitt dagliga liv när de bor i eget boende. Att upprätthålla självständighet och god livskvalitet är av stor betydelse, och något som kan bidra till detta är egenvård. Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad sjukvårdspersonal har bedömt att patienten kan utföra självständigt. Att utföra en del av sin vård på egen hand kan för många kännas positivt och ge en ökad kontroll över sin situation. Men ibland behövs någon form av stöd från t.ex. närstående eller hemtjänst för att man ska kunna utföra sin egenvård.

Det övergripande syftet med detta projekt är att undersöka hur primärvård och äldreomsorg (socialtjänst och hemtjänst) kan utveckla sin samverkan för att personal i verksamheterna på bästa sätt ska kunna stödja äldre personer med förebyggande egenvård. För att undersöka vilka arbetssätt och verktyg som finns för samverkan mellan verksamheterna idag kommer individuella intervjuer att genomföras med personal på strategisk nivå från hälso- och sjukvård samt kommunal äldreomsorg.

Forskningshuvudman för projektet är Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet. Ansökan är godkänd av Etikprövningsmyndigheten, diarienummer för prövningen hos Etikprövningsmyndigheten är 2022-04018-01.

Hur går projektet till?

Att delta i projektet innebär att du blir intervjuad av en forskare i projektgruppen om ditt professionella perspektiv på samverkan mellan hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Intervjun tar ca 20 min och intervjuaren dokumenterar genom att föra anteckningar. Tid för intervjun bestäms i samråd med intervjuaren.

Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Under intervjun väljer du själv vad du vill dela med dig av och du kan välja att avstå från att svara på någon fråga, eller helt avbryta intervjun utan att detta ifrågasätts. Vi bedömer att det inte är förenat med några risker att delta i intervjun.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om din funktion och den organisation du arbetar inom.

Den information som kommer att samlas in är den som du lämnar under intervjutillfället. Informationen kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem och de kommer att förvaras under 10 år. Alla som arbetar med studien omfattas av tystnadsplikt.

Studiens resultat kommer att redovisas på gruppnivå så att ingen enskild person kommer att kunna identifieras.

All hantering av data kommer genomföras i överensstämmelse med dataskyddsförordningen GDPR och samtliga data förvaras enligt krav på säker förvaring av forskningsdata.

Ansvarig för dina personuppgifter är Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i projektet, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Rätten till radering och till begränsning av behandling av personuppgifter gäller dock inte när uppgifterna är nödvändiga för den aktuella forskningen. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Stiftelsens dataskyddsombud Mikael Mildén som nås på e-post: mikael.milden@aldrecentrum.se. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om resultatet av projektet?

Resultatet av projektet kommer redovisas som en artikel i vetenskaplig tidskrift, som t.ex. Äldre i Centrum, vetenskapligt supplement.

Försäkring och ersättning

Inget särskilt försäkringsskydd finns för din medverkan i projektet. Ingen ersättning utgår för att delta i projektet.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka ditt framtida arbete.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för projektet (se nedan).

Ansvariga för projektet

Ansvarig för projektet är:

Lina Palmlöf, utredare på Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Sveavägen 155, 113 46 Stockholm

Mobil: +46 70 003 84 52

E-post: lina.palmlof@aldrecentrum.se

Kontakta gärna Lina om du har frågor kring projektet.

Syskon och föräldrar till de allra äldsta lever längre – en studie över Sveriges äldsta personer och deras familjer

Jimmy Lindberg^{1,2}

ABSTRACT. De som lever allra längst ses ofta som en utvald grupp som har haft rätt miljö och rätt genetiska anlag för att kunna leva länge. Forskning har visat att även släktingar till de allra äldsta lever längre än resten av befolkningen. Dock har ingen sådan forskning tidigare gjorts i en svensk kontext.

Denna studie undersöker om föräldrar och syskon till 108-åringar lever längre än resten av den svenska befolkningen. Jag validerade deras ålder genom sökning i svenska folkbokföringsarkiv, samt familjerekonstruktion, och analyserade och jämförde dem med den svenska befolkningen i stort.

Resultaten visade att det 1853–1915 föddes 160 personer som jag kunde validera ha blivit över 108 år i Sverige, varav 90 procent var kvinnor. Deras föräldrar och syskon levde i snitt mer än fem år längre än resten av den svenska befolkningen född under motsvarande tidsperiod, och en högre andel syskon och föräldrar till de allra äldsta blev över 90 år.

Resultaten bekräftar tidigare forskning och visar att föräldrar och syskon till de allra äldsta i Sverige lever längre.

¹LongeviQuest

²Institutionen för kultur och samhälle, Linköpings universitet

Korrespondens: Jimmy Lindberg, jimmy.lindberg@liu.se

Inledning

Människor lever allt längre på grund av förbättrade levnadsvillkor, undvikande av riskbeteenden (såsom rökning) och tillgång till relevanta hälsoinsatser [1]. Detta resulterar i ökad medellivslängd och en ökning av antalet personer som når mycket hög ålder. Samtidigt som antalet riktigt gamla människor (över 100 år) ökar, finns det olika teorier kring vad som påverkar människors livslängd. En del teorier menar att exceptionell livslängd är ett resultat av individers diet eller livsstil, andra hävdar att livslängden är förknippad med personens gener. Dock tyder alltmer forskning på att dessa faktorer samspelar [2-3].

Hundraåringar anses ofta vara en utvald grupp som är betydligt mer robust än resten av befolkningen, då de ofta har bättre hälsa och mindre kronisk sjuklighet [4]. Forskning har bland annat visat att de som lever längst oftast föds under de kallare månaderna på året [5] och att andra faktorer såsom familjens socioekonomi och miljö under det tidiga livet kan påverka individens hälsa och överlevnad senare i livet [6-7].

En del forskare menar att det inte finns någon övre gräns för hur länge människor kan leva, samtidigt som åldersrekordet för människor (122 år och 164 dagar) har varit konstant sedan 1997 och utvecklingen av den maximala dödsåldern (mätt som det äldsta dödsfallet varje år) har stagnerat över tid [8-10].

Det är fortfarande mycket ovanligt att en person blir en superhundraåring (äldre än 110 år). En studie av svenska superhundraåringar visade att det fram till februari 2022 endast funnits 28 verifierbara superhundraåringar i Sverige [11]. Forskning indikerar att endast drygt en på tusen personer som fyller 100 år kommer att få uppleva sin 110-årsdag, på grund av mortaliteten på kring 50 procent per år som infinner sig efter 100 års ålder [12-13]. Det är något vanligare att personer blir över 108 år, vilket uppnås av drygt en av 250 hundraåringar, och det är även från

Huvudbudskap

- Internationella studier visar att familjemedlemmar till de absolut allra äldsta lever längre än genomsnittet, dock saknas sådana svenska studier.
- Antalet 108-åringar i Sverige har ökat över tid och merparten är kvinnor.
- Föräldrar och syskon till personer äldre än 108 år har en längre medellivslängd och blir oftare över 90 år, jämfört med resten av den svenska befolkningen.

runt 108 års ålder som åldersvalidering behöver utföras för att försäkra tillförlitligheten [14].

Tidigare forskning indikerar att syskon till hundraåringar lever längre än genomsnittsbefolkningen [15]. Det torde således finnas en genetisk komponent som delvis kan förklara exceptionell livslängd [2]. Syskon till hundraåringar har ofta en medellivslängd på flera år mer än medelbefolkningen, och antalet personer som blir över 90 år är även betydligt högre bland dessa syskon än bland resten av befolkningen [15, 16-17]. Liknande studier visar att barn till föräldrar som levt länge även de lever längre [18-20]. Vidare har forskning visat att personer med förfäder som levt länge även har en längre period innan de får kroniska sjukdomar [21]. En amerikansk studie som observerade syskon och föräldrar till 29 amerikanska superhundraåringar kunde se att de levde längre än resten av den amerikanska befolkningen [22]. Studien gjorde även en jämförelse med den svenska befolkningen, fast inga svenska syskon och föräldrar var del av jämförelsen.

För att kunna göra en undersökning av hur

länge människor lever är det essentiellt att data som används är validerad, detta för att kunna utesluta falska åldersanspråk som annars gjort materialet mindre tillförlitligt [23]. Det svenska folkbokföringssystemet har visat sig vara exceptionellt i världen för att dokumentera samtliga individer som har fötts, bott och dött i landet.

I en tidigare studie använde jag mig av det svenska folkbokföringssystemet för att dokumentera svenska superhundraåringar och fann att för personer som fötts i Sverige och de nordiska länderna var det fullt möjligt att validera deras åldersanspråk [11]. Eftersom systemet visat sig vara pålitligt borde det vara fullt möjligt att undersöka även de närmaste familjemedlemmarna till de allra äldsta individerna, för att få information om deras livslängd. Givet bristen på svenska studier på området och behovet av att åldersvalidera personer över 108 år (och att de som blir absolut äldst troligen har starkast anlag för att leva länge) är det relevant att undersöka denna population, samt om fenomenet att familjemedlemmar till de absolut allra äldsta lever längre stämmer även i en svensk kontext.

Syfte

Syftet med denna studie är att identifiera antalet svenska personer som blivit över 108 år, samt att undersöka om deras föräldrar och syskon lever längre än resten av den svenska befolkningen.

Metod

Jag identifierade åldersanspråk över 108 år efter år 1860 i *Sveriges dödbok 8* [24] samt genom att konsultera Skatteverket för fall där poster inte fanns i dödboken men där vetskap fanns om att individerna existerat, genom egen forskning och användande av personupplysningshemsidor. Det bör noteras att begreppet *anspråk* används här, då de registrerade åldrar som anges i dödboken inte alltid stämmer överens med de faktiska

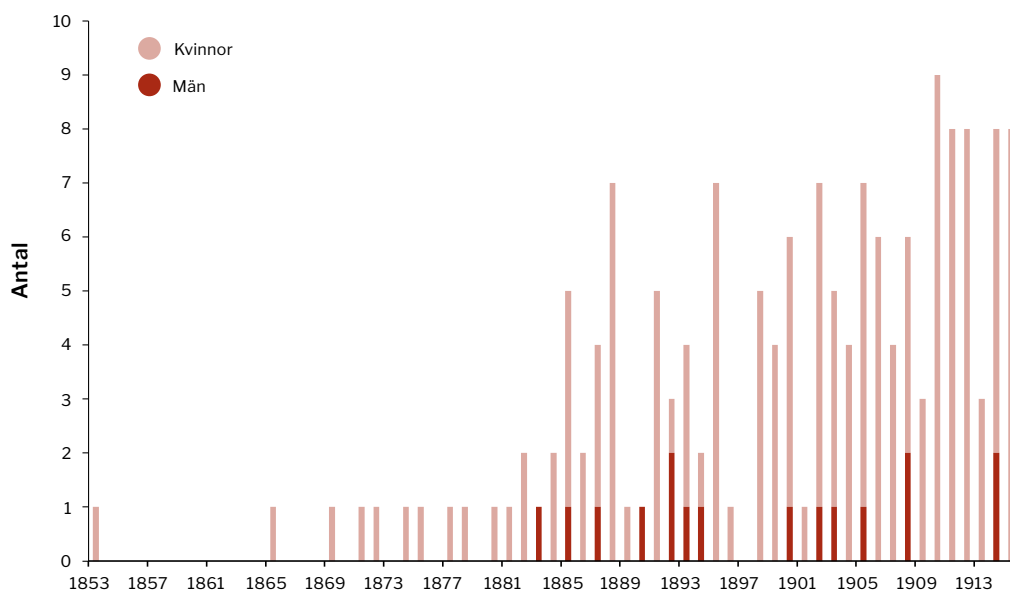
åldrarna för individerna. Jag erhöll genom detta basal information som namn, födelse- och dödsdatum, samt plats för födsel och senaste bostadsort eller dödsplats när det fanns tillgängligt.

Åldersvalidering av anspråk gjordes i enlighet med de kriterier som krävs för validering av exceptionell livslängd [23], det vill säga genom att använda svenska och korresponderande nationella arkivs dokument för födsel, levnad och eventuell död. Vid åldersvalideringen konsulterade jag svenska kyrkböcker och folkräkningar, i vilka de framtida 108-åringarna fanns listade tillsammans med sina föräldrar och, i de flesta fall, syskon. För personer födda utanför Sverige användes kyrkböcker från deras hemländer samt svenska kyrkböcker.

Efter en initial kartläggning gjorde jag en fullständig familjerekonstruktion där åldrar för föräldrar och syskon till 108-åringarna validerades på liknande sätt. I familjerekonstruktionen identifierade jag syskon och föräldrar genom att de fanns närvarande i kyrkböcker (födelseböcker och församlingsböcker) för 108-åringarna, samt genom sökningar på födelseböcker med föräldrarnas namn (både enskilt och tillsammans) och samtliga deras barn på släktforskningsidan *Ancestry.com*. På så sätt kunde jag utesluta identitetsstöld och sammanblandning av individer.

För att sätta syskons och föräldrars åldersfördelning i relation till det svenska genomsnittet konsulterade jag Statistiska centralbyråns (SCB) tabeller [25-27] och registret i *Sveriges dödbok 8* över antalet födda och antalet avlidna individer vid en viss ålder och ett visst år. Att notera är att jag gjorde separata jämförelser mellan syskon till de svenska 108-åringarna och den svenska befolkningen född strax efter årsmedelvärdet för syskonens sammanräknade födelseår, vilket gjorts i tidigare forskning [15], samt mer "matchat" och grupperat per födelsedecennium.

Jag tog fram tabeller och diagram i *Microsoft Excel*, och genomförde även statistiken där. Statistiska tester var t-test för ålder, samt Chi²-



FIGUR 1. Antal svenska 108-åringar över tid, utifrån födelseår.

test för när på året personerna var födda samt för skillnader i överlevnad mellan föräldrar eller syskon och den svenska befolkningen.

Resultat

Jag identifierade 172 åldersanspråk för svenska personer som levt över 108 år fram till januari 2024. Av dessa kunde 160 anspråk valideras. Individerna var födda under perioden 1853–1915. Sju individer föddes utanför Sverige, men kom till Sverige i ung ålder. Tolv individer saknade tillräcklig information för att validering skulle vara genomförbar, varför dessa exkluderades.

Det fanns vid tidpunkten för observationen tolv personer över 108 år vid liv, varför jag endast noterade deras födelsedatum. Jag kunde identifiera 159 mödrar och 153 fäder till individerna (det vill säga att det saknades information om föräldrar för några individer), likaså 367 systrar och 371 bröder. Andelen syskon som var halvsys-

kon var försumbar. För ett 30-tal syskon saknades uppgifter om dödsfall, detta då merparten av dem emigrerat utomlands i början av 1900-talet och inga säkra träffar kunde göras i andra länders arkiv. För dem noterade jag endast födseldatum. Jag räknade även bort några syskon som fortfarande levde vid studietillfället.

Antalet personer som når 108 års ålder har ökat med tiden. Den första verifierbara svenska 108-åringen föddes 1853, och under perioden 1853 till 1881 fanns det inget år då det föddes mer än en blivande 108-åring i Sverige (figur 1). Från mitten av 1880-talet började antalet öka och numera får mellan tre och nio personer i Sverige fira sin 108-årsdag varje år. Resultaten visade att en tydlig majoritet (90%) av alla validerade 108-åringar var kvinnor. Avseende syskon var könsfördelningen jämn och en tydlig majoritet av syskonen levde längre än 50 år (tabell 1). Medellivslängden för samtliga syskon var 70,7 år, medan den för syskon som överlevde sin 50-årsdag var 82,0 år.

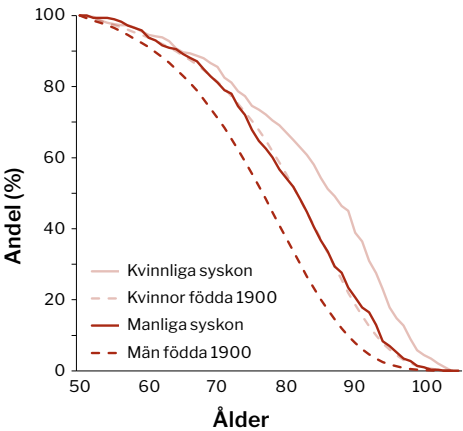
TABELL 1. Jämförelse mellan svenska 108-åringar och deras syskon avseende antal, livslängd , födelse-datum, och födelsetid på året.

	Alla syskon	Alla syskon >50 år	108+-åringar
Totalt antal	738	577	148
Medellivslängd (sd)	70,6 (27,3)	82,0 (11,9)	109,2 (1,1)
Medeldatum född	1898-11-06	1899-08-08	1899-01-23
Per familj	4,6	3,6	1,0
Över 90 år (%)	172 (23,3)	172 (29,8)	-
Över 100 år (%)	16 (2,2)	16 (2,8)	-
Födda okt-mars (%)	367 (49,7)	293 (51,1)	86 (58,1)
Döda okt-mars (%)	365 (51,7)	295 (51,5)	81 (54,7)

För kvinnliga syskon var medellivslängden 72,5 år och för manliga 68,8 år ($p=0,068$). För syskon som levde längre än 50 år var medellivslängden 83,9 år för kvinnor, respektive 80,1 år för män ($p<0,001$). Nästan 30 procent av syskonen som blev över 50 år levde längre än 90 år. Merparten av dem var kvinnor, samtidigt som nära tre procent av syskonen nådde 100 års ålder. En av tio personer som blev över 108 år hade ett syskon som också blev över 100 år. En 108-åring hade två syskon som blev över 100 år.

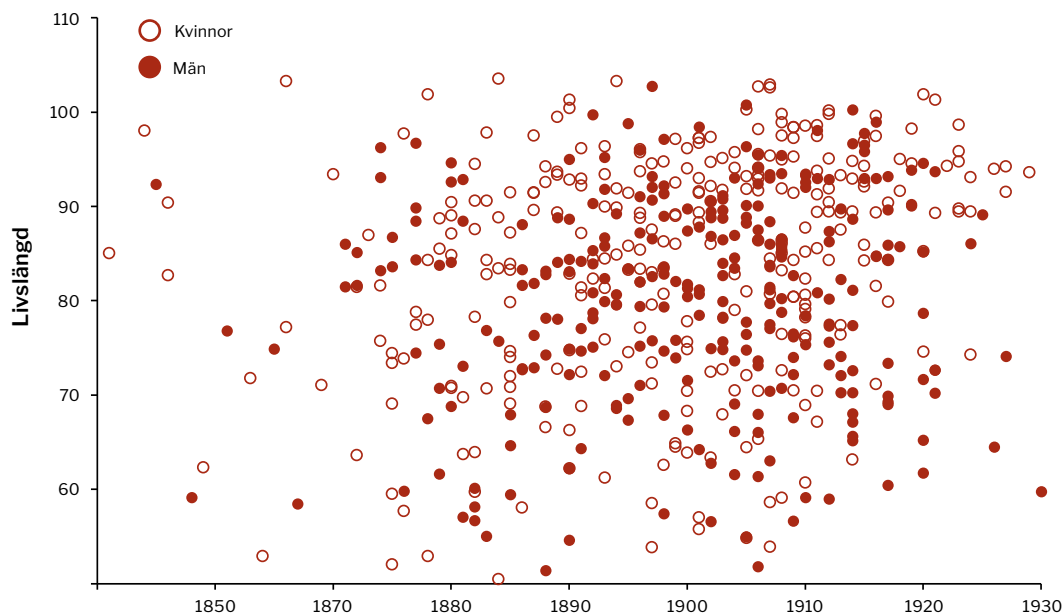
En undersökning av när på året 108-åringarna och deras syskon föddes visade en tendens till att 108-åringar i högre grad (58,1 procent) är födda under den kallare delen av året (oktober till mars) än sina syskon (51,1 procent) ($p=0,111$). Däremot fanns det inga skillnader avseende vilken period på året grupperna avled.

Jag kunde ta fram en överlevnadskurva för syskon till 108-åringar som levde längre än 50 år, samt för den svenska befolkningen född år 1900 (figur 2). Överlevnadskurvan visade att överlevnaden för kvinnliga och manliga syskon var lika fram till 65 års ålder och att kvinnorna därefter



FIGUR 2. Överlevnad för syskon till 108-åringar, som blev över 50 år, jämfört med den svenska befolkningen född år 1900 som blev över 50 år.

hade en högre överlevnad. För den svenska be-folkningen följde kurvan för kvinnor en liknande som för de manliga syskonen medan den för de svenska männen visade på lägre överlevnad redan från 50 års ålder. 50 procent av manliga



FIGUR 3. Spridning av livslängd baserat på födelseår för syskon över 50 år till svenska 108-åringar.

syskon hade dött vid 81 års ålder, kvinnliga syskon vid 86 år. För den svenska befolkningen hade 50 procent av kvinnorna dött vid 81 års ålder och männen vid 77 år. Vid 90 års ålder var nästan 40 procent av de kvinnliga och 20 procent av de manliga syskonen fortfarande i livet. För den svenska befolkningen född år 1900 var 20 procent av kvinnorna och sju procent av männen i livet vid 90 års ålder.

Syskonens födelsedatum hade en spridning mellan 1851 och 1930 (figur 3). Merparten av syskonen föddes mellan 1875 och 1915. Över hela tidsperioden fanns det syskon som blev över 90 och 100 år, med en viss ökning över tid.

Jag gjorde en beräkning av det totala antalet individer i Sverige födda under åren 1900–1920 som blev äldre än 90, respektive 100 år, och jämförde dem med syskon till 108-åringarna med samma överlevnad (tabell 2). Sannolikheten

för syskonen att leva längre än 90 år var högre än för den svenska genomsnittsbefolkningen, 29,8 procent för syskon födda i genomsnitt år 1899 mot 13,3 procent för den svenska befolkningen född 1900 ($p < 0,001$). Skillnaden gällde både systrar och bröder (båda $p < 0,001$). Likadant var det fyra gånger så många hundraåringar som förväntat bland syskonen i jämförelse med den svenska befolkningen född år 1900 (2,8 procent respektive 0,7 procent, $p < 0,001$). Skillnaden var signifikant för både systrar och bröder ($p < 0,001$ och $p = 0,002$). Såväl kvinnliga som manliga syskon som levde längre än 50 år hade en högre medellivslängd än befolkningen i stort, kvinnliga syskon levde 7,6 år längre ($p < 0,001$) och manliga syskon 5,1 år längre ($p < 0,001$).

För att skapa en mer "matchad" jämförelse och illustrera skillnaden i livslängd, ställde jag även upp en alternativ tabell med syskon som

TABELL 2. Skillnader i livslängd, antal och andelar mellan syskon till 108-åringar och den svenska befolkningen.

Född år	Medellivslängd kvinnor >50 år	Medellivslängd män >50 år	Levde >90 år (%)	Levde >90 år kvinnor (%)	Levde >90 år män (%)	Levde >100 år (%)	Levde >100 år kvinnor (%)	Levde >100 år Män (%)
Befolkning 1900	76,3	75,0	12 530 (13,3)	8 910 (18,6)	3 620 (7,8)	651 (0,7)	453 (0,9)	98 (0,2)
Befolkning 1910	78,0	75,5	18 042 (16,8)	12 636 (23,7)	5 406 (10,0)	884 (0,8)	621 (1,2)	163 (0,3)
Befolkning 1920	78,9	75,7	24 587 (20,2)	16 471 (27,2)	8 116 (13,3)	1 512 (1,2)	1 222 (2,0)	290 (0,5)
Syskon medel 1899	83,9	80,1	172 (29,8)	113 (38,8)	59 (20,6)	16 (2,8)	13 (4,5)	3 (1,0)
Dif. (syskon jmf 1900)	7,6	5,1	16,5	20,2	12,8	2,1	3,6	0,8
P (syskon jmf 1900)*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002

* Jämförelse mellan den svenska befolkningen född år 1900 som blev över 50 år, och syskon till 108-åringar, födda i snitt år 1899, som blev över 50 år. Chi²-test användes för skillnader i andelen personer som levde till 90 eller 100 år, och t-test användes för skillnader i livslängd.

TABELL 3. Jämförelse i livslängd och antal och andel mellan syskon till 108-åringar som blev över 50 år, och den svenska befolkningen som blev över 50 år, grupperade till respektive födelseårtonde.

Född år	Kvinnor			Män			Befolkning medellivs- längd	Befolkning levede >90 år (%)	Syskon medellivs- längd (antal)	Syskon levede >90 år (%)	Befolkning levede >90 år (%)
	Syskon medellivs- längd (antal)	Befolkning medellivs- längd	Syskon levede >90 år (%)	Syskon levede >90 år (%)	Befolkning levede >90 år (%)						
1871–1880	77,4 (27)	72,6	3 (11,1)	26 019 (8,1)	82,0 (23)	70,8	5 (21,7)	17 836 (5,9)			
1881–1890	81,8 (48)	73,6	17 (35,4)	44 015 (11,7)	74,3 (38)	71,9	2 (5,3)	23 965 (6,8)			
1891–1900	82,7 (62)	74,0	17 (27,4)	71 253 (16,3)	82,0 (64)	72,4	14 (21,9)	30 854 (7,4)			
1901–1910	84,5 (83)	74,7	38 (45,8)	110 730 (21,6)	80,7 (91)	73,2	20 (22,0)	45 400 (9,0)			
1911–1920	88,7 (45)	74,8	24 (53,3)	137 519 (25,9)	81,5 (55)	73,3	16 (29,1)	62 453 (11,7)			

TABELL 4. Jämförelse mellan föräldrar till 108-åringar och den svenska befolkningen i stort, ålder, antal och andel.

	Mödrar	Fäder	Befolkningen född 1860–1880
Medelålder vid första barnet (sd)	25,3 (4,9)	30,0 (5,8)	–
Medelålder vid 108-åringars födsel (sd)	31,7 (6,1)	36,6 (7,6)	–
Medellivslängd, över 50 (sd)	80,2 (11,4)	76,2 (12,5)	72,6 / 70,8 ¹
Över 40 vid födsel 108-åring (%)	13 (8,2)	42 (27,5)	–
Över 50, levde mer än 90 år (%)	31 (19,5)	16 (10,5)	78 015 (6,3)
Över 50, levde mer än 100 år (%)	0 (0,0)	1 (0,6)	1 988 (0,2)

¹ Befolkningen född 1871–1880.

levde längre än 50 år, grupperade per årtionde, och jämförde med den svenska befolkningen som levde längre än 50 år och föddes samma period (tabell 3). Decennier med färre än tio födda syskon exkluderades.

För andel 90-åringar jämförde jag syskonen födda under ett decennium med den svenska befolkningen i sin helhet född samma period. Då ett flertal personer födda under 1920-talet fortfarande levde och statistik saknades över dödstal för varje ålder gjorde jag ingen jämförelse för detta årtionde. Ingen signifikantestning utfördes. Syskon födda samtliga årtionden 1871–1920 hade längre medellivslängd och större andel individer som blev över 90 år, jämfört med den svenska befolkningen född motsvarande period, i synnerhet för de år det fanns fler födda syskon (1881–1920). Det enda undantaget var 1881–1890, där en lägre andel manliga syskon till 108-åringar än män i den svenska befolkningen blev över 90 år.

När de framtida 108-åringarna föddes var deras föräldrar oftast över 30 år, med moderns snittålder på 31,7 år och faderns på 36,6 år (tabell 4). Personen som blev 108 år var i regel inte det första barnet. Vidare var åtta procent av mödrarna över 40 år (äldsta modern var 49 år)

och över en fjärdedel av fäderna hade passerat 40 år (äldsta fadern var 60). Mödrarna hade en medellivslängd på 76,9 år och fäderna 72,8 år.

Medelår när föräldrarna föddes var för mödrar 1868 och för fäder 1863. Statistik från SCB visar att beräknad återstående livslängd för personer födda under perioden 1871–1880 (endast 12 fäder och 26 mödrar föddes efter år 1880) vid 50 års ålder var 22,6 år för kvinnor samt 20,8 år män, siffror som båda föräldragrupperna överträffade med flera år ($p < 0,001$). En stor andel föräldrar levde även över 90 år, drygt en femtedel av mödrarna och en tiondel av fäderna, vilket kan sättas i relation till att drygt sex procent av den svenska befolkningen född mellan 1860–1880 levde över 90 år ($p < 0,001$). Av föräldrarna födda efter år 1880 blev en av fäderna och fem mödrar över 90 år, vilket är i linje med andelen för föräldrarna födda innan år 1880. Däremot hade endast en 108-åring en förälder som levde över 100 år (en man född år 1875).

Diskussion

Efter att ha satt resultaten i kontext med resten av befolkningen framgår det tydligt att föräldrar

till 108-åringar levde längre än resten av populationen. Endast en person av de 312 föräldrarna blev över 100 år, vilket först föreföll lågt. Dock måste detta ses i förhållande till hur många i befolkningen som faktiskt blev över 100 år under motsvarande period (1860–1880). Det visade sig att endast drygt en promille av befolkningen född under samma period blev 100 år, vilket alltså är lägre än för föräldrarna. Data är dock för tunn för föräldrarna varför resultatet blir svårtolkat och kan bero på slumpen. En bättre jämförelse var att titta på andelen 90-åringar bland föräldrarna till 108-åringar.

Den högre överlevnaden sågs tydligt för föräldrar, med en statistiskt signifikant högre andel föräldrar som nådde 90 år än i resten av befolkningen född under motsvarande period. Resultaten visar att föräldrar till 108-åringar i regel levde längre än resten av befolkningen, dock fanns det ett begränsat antal observationer. Andra studier har även bekräftat fenomenet med att föräldrar lever längre [28-29]. Att föräldrarna var över 30 år när den framtida 108-åringen föddes indikerar att det inte verkar finnas någon nackdel med att ha äldre föräldrar för att bli exceptionellt gammal, i synnerhet inte då den äldsta modern var nästan femtio år när hon födde en person som sedan blev 112 år. Andra studier har visat att barn som har mödrar som är mellan 20 och 40 år när de föder, ofta åtnjuter den bästa hälsan [30-31], vilket även föreföll gälla för merparten av de som levde allra längst i den här studien.

Även syskon till 108-åringar har en betydligt högre sannolikhet att bli både 90 och 100 år, i synnerhet systrar. Kvinnliga syskon till 108-åringar levde i genomsnitt 7,6 år längre än den svenska befolkningen född år 1900, manliga syskon levde 5,1 år längre. Spridningen för när syskonen föddes var dock relativt stor, vilket gör att resultaten behöver tolkas med viss försiktighet.

Medelåret när syskonen föddes var 1899, varför en jämförelse med år 1900 var mest relevant då det även fanns data för detta år tillgänglig från

SCB, och jämförelser utfördes även med 1910 och 1920 (få syskon föddes efter 1920), där skillnaden fortfarande fanns kvar. Vidare visade även den "matchade" jämförelsen med syskon och den svenska befolkningen född respektive årtionde, att syskon till 108-åringar hade högre medellivslängd och högre andel 90-åringar varje decennium (andelen 90-åringar för män födda 1881-1890 var dock något lägre för syskonen), dock signifikantastade jag inte denna "matchning". I en studie som inkluderade medelår för födelse för syskon till personer som levt länge i Kanada såg forskarna att när årsmedelvärdet för syskon jämfördes med resten av de studerade individerna var mönstret detsamma även efter att de viktat resultatet baserat på födelseår [15]. Det finns inga skäl till tro att det skulle vara annorlunda för Sverige om jag använt en liknande metod i den här studien.

Det kan spekuleras i om det enbart är genererna som bidragit till fördelen i livslängd, eller om den fostran och miljö personerna levt i gjort att de utvecklat en hälsosammare livsstil. Eftersom jag inte hade tillgång till annan data än den för födsel, bostadsort och dödsfall går det inte att avgöra detta för just den svenska populationen. Liknande studier i andra länder har dock visat att ett långt liv påverkas av i vilken miljö en individ lever [32-33]. Samhället har genomgått en stor förändring sedan personerna föddes, vilket även återspeglas i att medellivslängden för syskon steg med elva år under en 75-årsperiod. Det är möjligt att de personer som tidigare hade dött i yngre ålder levde längre som ett resultat av förbättrad tillgång till vård och omsorg, vilket då skulle förklara den ökade medellivslängden [34]. Däremot förklarar inte den ökade medellivslängden varför så många syskon födda under 1800-talet också blev över 90 år, och än mindre varför 108-åringarna levde så länge. Det kan således finnas både genetiska och icke-genetiska komponenter som förklarar exceptionell livslängd, vilket vidare forskning kan utröna genom exempelvis studier av barn till personer som levt länge som inte växer upp med sina familjer.

En viss svaghet i studien var dess begränsning till enbart personer över 108 år. Urvalet gjordes för att mängden data skulle bli hanterbar. Dock bör de allra äldsta även vara de som har störst genetiskt anlag för att leva länge, vilket då även borde spegla deras närmaste familjemedlemmars livslängd. Det fanns ett visst bortfall i påstådda 108-åringar och det beror på att personerna föddes i andra länder än i Sverige och i länder med en lägre nivå på sin folkbokföring. För att öka studiens trovärdighet valde jag därför att exkludera dessa individer. Det kan även finnas en möjlighet att de släktskap som stod registrerade i folkbokföringsregistren är felaktiga som ett resultat av att fel mödrar eller fäder tagit på sig föräldraskapet. Likaså kan något enstaka syskon som dog i ung ålder och som inte dök upp i genomgången ha missats. Hänsyn tas inte heller till hur stor andel av befolkningen som är invandrad under senare delen av 1900-talet, dessa personer kan ha haft andra omständigheter som påverkat deras livslängd.

Åldersanspråk för svenskfödda individer i svenska register under denna period överensstämmer nästintill alltid, men det finns fortfarande ett behov av åldersvalidering för att kontrollera att det är rätt individer som fötts och dött. En studie om åldersvalidering av svenska superhundraåringar visade att det är svårt att validera åldersanspråk för personer födda i länder där det finns sämre tillgång till dokument och att dessa åldersanspråk kan ses som osäkra [11], varför det inte går att fullt ut lita på de poster som finns i *Sveriges dödbok*. Dödboken innehåller dock inte uppgifter om vilka individernas syskon och föräldrar är, vilket gör att åldersvalidering i många fall ändå måste göras genom kontroller av kyrkböcker och annan dokumentation som anger information om släktskap.

Jag gjorde beräkningarna med hänsyn till personer som levde över 50 år, dels för att ta hänsyn till emigrationen, då inga syskon emigrerade efter den åldern, dels för att utesluta det frånfall som skedde av personer som inte dog av åldersrela-

terade åkommor. Vidare var det ett bekvämlighetsurval, då det fanns färdiga tabeller från SCB för återstående livslängd vid 50 års ålder. Dock är det möjligt att detta introducerat en viss bias eftersom friskare individer i den svenska befolkningen kan ha emigrerat när de var äldre än 50 och levt längre än den befolkning som stannade kvar i Sverige. Dock är denna siffra troligtvis ganska låg baserat på hur utvandringen har sett ut de senaste decennierna i Sverige där endast en låg andel av de utvandrade varit över 50 år [25].

Även om jag hade jämfört med hela den svenska populationen hade det varit möjligt att en fall-kontrollstudie med personer födda på samma orter och samma år som 108-åringarna, samt deras familjemedlemmar, hade kunnat ge ännu tydligare resultat (mer liknande miljö). En fall-kontrollstudie kan därför eventuellt göras som ett nästa steg i utforskandet av exceptionell livslängd i Sverige.

Slutsats

Antalet 108-åringar har ökat över tid och majoriteten är kvinnor. Föräldrar och syskon till 108-åringar har en högre överlevnad än resten av befolkningen, med både högre medellivslängd och större andel som blir över 90 år. Resultaten bekräftar tidigare forskning från andra länder.

Etiska överväganden

I enlighet med den allmänna dataskyddsförordningen (GDPR) utfördes ingen forskning på, eller hantering av känslig information vid arbetet med artikeln. Den data som samlades in är även sammanställd på ett sådant sätt att ingen levande individ kan kopplas till resultaten. Inga intressekonflikter existerar.

Tack och erkännanden

Jag tackar Karin Modig, Thérèse Bielsten, Jeffrey Xu, Marco Wikkerink och Andrew Holmes för deras kommentarer och synpunkter på utkast av texten.

Siblings and parents of the very oldest people live longer – a study of the oldest people in Sweden and their families

Abstract. The people who live the longest are often seen as a select group who have the right environment and genetic predisposition to live long. Previous research has shown that relatives of the very oldest live longer than the rest of the population. However, no such research has been done in a Swedish context. As there is a need to validate the ages of people who live beyond 108 years, this population of Swedish people was selected, along with their parents and siblings to see if the parents and siblings of 108-year-olds live longer than the rest of the Swedish population. Age validation was carried out in the form of a search in Swedish population registration archives, and family reconstruction. The data obtained were then analyzed in comparison with data from the Swedish population. The results showed that between 1853 and 1915, 160 people over 108 years of age lived in Sweden, 90 percent of whom were women. Their parents and siblings both lived on average more than five years longer than the rest of the Swedish population born during the same period, and there was a higher proportion of siblings and parents who lived to be over 90 than in the rest of the population. The results confirm previous research and show that parents and siblings of the oldest people in Sweden live longer.

Referenser

1. Crimmins EM. *Lifespan and healthspan: past, present, and promise*. Gerontologist. 2015;55(6):901-11. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv130>
2. Passarino G, De Rango F, Montesanto A. *Human longevity: genetics or lifestyle? It takes two to tango*. Immunity and ageing. 2016;13:12. <https://doi.org/10.1186/s12979-016-0066-z>
3. Wang J, Chen C, Zhou J, Ye L, Li Y, Xu L m fl. *Healthy lifestyle in late-life, longevity genes, and life expectancy among older adults: a 20-year, population-based, prospective cohort study*. Lancet Healthy longevity. 2023;4(10):e535-43. [publicerad errata i Lancet Healthy longevity. 2023;4(12):e664] [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00140-X](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00140-X)
4. Alvarez JA, Medford A, Strozza C, Thinggaard M,

Christensen K. *Stratification in health and survival after age 100: evidence from Danish centenarians*. BMC Geriatrics. 2021;21(1):406. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02326-3>

5. Gavrilov LA, Gavrilova NS. *Season of birth and exceptional longevity: comparative study of american centenarians, their siblings, and spouses*. Journal of aging research. 2011;104616. <https://doi.org/10.4061/2011/104616>
6. Chen Y. *Childhood and adult socioeconomic status influence on late-life healthy longevity: evidence from the Chinese longitudinal healthy longevity survey*. Frontiers in public health. 2024;12:1352937. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1352937>
7. Gavrilov LA, Gavrilova NS. *Predictors of exceptional longevity: effects of early-life childhood conditions, midlife environment and parental characteristics*. Living to 100 monograph. 2014; 2014:1-18. PMID: 25664346, PMCID: PMC4318523
8. Blagosklonny MV. *No limit to maximal lifespan in humans: how to beat a 122-year-old record*. Oncoscience. 2021;8:110-19. <https://doi.org/10.18632/oncoscience.547>
9. Robine JM, Allard M, Herrmann FR, Jeune B. *The real facts supporting Jeanne Calment as the oldest ever human*. Journals of gerontology: Series A. 2019;74(Supplement 1):13-20. <https://doi.org/10.1093/gerona/glz198>
10. Modig K, Andersson T, Vaupel J, Rau R, Ahlborn A. *How long do centenarians survive? Life expectancy and maximum lifespan*. Journal of internal medicine. 2017;282(2):156-63. <https://doi.org/10.1111/joim.12627>
11. Lindberg J. *Svenska superhundraåringar. Äldre i centrum vetenskapligt supplement*. 2024;4(1):5-13. <https://doi.org/10.52585/icvs.v4i1.16>
12. Barbi E, Lagona F, Marsili M, Vaupel JW, Wachter KW. *The plateau of human mortality: demography of longevity pioneers*. Science. 2018;360(6396):1459-61. <https://doi.org/10.1126/science.aat3119>
13. Gampe J. *Human mortality beyond age 110*. I: Maier H, Gampe J, Jeune B, Robine JM, Vaupel JW, redaktörer. Supercentenarians. Springer; 2010. s. 219-30. Demographic research monographs. https://doi.org/10.1007/978-3-642-11520-2_13
14. Ouellette N, Meslé F, Vallin J, Robine JM. *Supercentenarians and semi-supercentenarians in France*. I: Maier H, Jeune B, Vaupel JW, redaktörer. Exceptional lifespans. Springer; 2010. s. 105-23. Demographic research monographs. https://doi.org/10.1007/978-3-030-49970-9_9

15. Perls TT, Wilmoth J, Levenson R, Drinkwater M, Cohen M, Bogan H m fl. *Life-long sustained mortality advantage of siblings of centenarians*. PNAS. 2002;99(12):8442-47. <https://doi.org/10.1073/pnas.122587599>
16. Perls TT, Bubrick E, Wager CG, Vijg J, Kruglyak L. *Siblings of centenarians live longer*. Lancet. 1998;351(9115):1560. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61126-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61126-9)
17. Kerber RA, O'Brien E, Smith KR, Cawthon RM. *Familial excess longevity in Utah genealogies*. Journals of gerontology: Series A. 2001;56(3):B130-9. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.b130>
18. Guerres P, Miglio R, Monti D, Mari D, Sansoni P, Caruso C m fl. *Does the longevity of one or both parents influence the health status of their offspring?* Experimental gerontology. 2013;48(4):395-400. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2013.02.004>
19. Mitchell BD, Hsueh WC, King TM, Pollin TI, Sorkin J, Agarwala R m fl. *Heritability of life span in the Old order amish*. American journal of medical genetics. 2001;102(4):346-52. <https://doi.org/10.1002/ajmg.1483>
20. Shavelle R, Paculdo D. *The effect of exceptional parental longevity on life expectancy*. Journal of the american geriatrics society. 2012;60(6):1185. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03988.x>
21. van den Berg N, Rodríguez-Girondo M, van Dijk IK, Slagboom PE, Beekman M. *Increasing number of long-lived ancestors marks a decade of healthspan extension and healthier metabolomics profiles*. Nature communications. 2023;14:4518. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-40245-6>
22. Perls T, Kohler IV, Andersen S, Schoenhofen E, Pennington J, Young R m fl. *Survival of parents and siblings of supercentenarians*. Journals of gerontology: Series A. 2007;62(9):1028-34. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.9.1028>
23. Poulain M. *On the age validation of supercentenarians*. I: Maier H, Gampe J, Jeune B, Robine JM, Vaupel JW, redaktörer. Supercentenarians. Springer; 2010. s. 3-30. Demographic research monographs. https://doi.org/10.1007/978-3-642-11520-2_1
24. Sveriges släktforskarförbund. *Sveriges dödbok 8: 1830-2020*. Version 8.0. Sveriges släktforskarförbund; 2021.
25. Statistiska centralbyrån. *Befolkningsutvecklingen i riket efter kön. År 1749–2023* [internet]. Statistiska centralbyrån; 2024. [citerad 2025-02-15] Hämtad från: [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101G/BefUtv-](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101G/BefUtv-Kon1749/?loadedQueryId=130298&timeType=top&timeValue=1)
26. Statistiska centralbyrån. *Återstående medellivslängd för åren 1751–2023* [internet]. Statistiska centralbyrån; 2024. [citerad 2024-02-15] <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning-och-levnadsforhallanden/befolkningens-sammansattning-och-utveckling/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/fodda-och-doda/aterstaende-medellivslangd-for-aren-17512023/>
27. Statistiska centralbyrån. *Sveriges folkmängd från 1749 och fram till i dag* [internet]. Statistiska centralbyrån; 2017. [citerad 2025-02-15] Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/sveriges-folkmangd-fran-1749-och-fram-till-idag/>
28. Brandts L, van Poppel FW, van den Brandt PA. *Parental lifespan and the likelihood of reaching the age of 90 years in the Netherlands cohort study*. Geriatrics and gerontology international. 2021;21(2):215-21. <https://doi.org/10.1111/ggi.14120>
29. Deluty JA, Atzmon G, Crandall J, Barzilai N, Milman S. *The influence of gender on inheritance of exceptional longevity*. Aging. 2015;7(6):412-8. <https://doi.org/10.18632/aging.100763>
30. Goisis A. *How are children of older mothers doing? Evidence from the United kingdom*. Biodemography and social biology. 2015;61(3):231-51. <https://doi.org/10.1080/19485565.2014.1001887>
31. Kemkes-Grottenthaler A. *Parental effects on offspring longevity – evidence from 17th to 19th century reproductive histories*. Annals of human biology. 2004;31(2):139-58. <https://doi.org/10.1080/03014460410001663407>
32. Jarry V, Gagnon A, Bourbeau R. *Survival advantage of siblings and spouses of centenarians in 20th-century Quebec*. Canadian studies in population. 2012;39(3-4):67-78. <https://doi.org/10.25336/P65C9R>
33. van den Berg N, Rodríguez-Girondo M, de Craen AJM, Houwing-Duistermaat JJ, Beekman M, Slagboom PE. *Longevity around the turn of the 20th century: life-long sustained survival advantage for parents of today's nonagenarians*. Journals of gerontology: Series A. 2018;73(10):1295-302. <https://doi.org/10.1093/gerona/gly049>
34. Kaplan RM, Milstein A. *Contributions of health care to longevity: a review of 4 estimation methods*. Annals of family medicine. 2019;17(3):267-72. <https://doi.org/10.1370/afm.2362>

Varför återhämtar sig vissa äldre personer bättre än andra efter förluster?

Erika Rödenhake¹, Johan Fritzell¹,
Tine Rostgaard^{2,3} och Neda Agahi¹

ABSTRACT. I denna flermetodsstudie undersöker vi skyddsfaktorer som associeras med psykosocial motståndskraft, så kallad resiliens, hos äldre personer i Sverige i samband med ålderstypiska förluster. De förluster vi fokuserar på är förlust av partner och fysisk funktionsförmåga.

Data kommer från *Levnadsnivåundersökningen* (LNU), *Undersökningen om äldre personers levnadsvillkor* (SWEOLD), samt 20 kvalitativa intervjuer med äldre personer som har förlorat sin partner eller funktionsförmåga. Vi har använt en kombinerad induktiv och deduktiv ansats och fördjupat oss i tre analytiska teman: förväntanssorg, betydelsen av sociala nätverk och upplevelse av kontroll.

Resultatet visar bland annat att förväntanssorg är relativt vanligt förekommande och att anpassningen påbörjas redan innan förlusten har inträffat. Sociala nätverk fyller en viktig funktion och har betydelse för en individs resiliens vid svåra förluster. Att uppleva kontroll över sin livssituation kan påverka återhämtningen – ekonomiska aspekter och boendesituation kan underlätta respektive försvåra återhämtningen.

¹Aging research center, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS), Karolinska institutet och Stockholms universitet

²Institutionen för samhällsvetenskap och näringsliv, Roskilde universitet

³Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

Korrespondens: Neda Agahi, neda.agahi@ki.se

Inledning

Resiliens har kommit att bli ett alltmer använt begrepp såväl inom vitt skilda fält av forskning som i politisk debatt och diskussioner. I efterdyningarna av pandemin har exempelvis Europeiska unionen påtalat behovet av att skapa mer hållbara och resilienta samhällen i tider av kriser. Forskningsmässigt kan man säga att begreppet framför allt utvecklats inom biologin för att förstå ekologiska system, men också inom socialpsykologin för att förstå individuell återhämtning. I dessa båda vitt skilda fält handlar det dock om anpassningsförmåga eller resiliens vid förändringar [1].

Under senare år har intresset för resiliens ökat inom äldreforskningen [t ex 2, 3]. Resiliens har definierats och mätts på olika sätt [för en översikt, se t ex 3, 4]. I många studier har resiliens betraktats som en individuell egenskap [t ex 5, 6]. Resiliens ses dock i allt högre grad som en föränderlig process som medför en positiv anpassning som reaktion på en stressfaktor och som formas av både individuella och strukturella faktorer samt det sociala sammanhanget [t ex 3]. Exempel på individuella faktorer som är viktiga för resiliens är hälsa och psykologiska resurser, som copingstrategier och förmågan att lösa problem, hantera känslor och nå acceptans [2, 7].

I denna artikel presenterar vi ett delresultat från den Fortefinansierade forskningsstudien *Psykosocial motståndskraft i en åldrande befolkning: varför återhämtar sig vissa efter förluster och andra inte?* Projektet studerar varför vissa äldre personer är motståndskraftiga när de möter motgångar sent i livet och andra inte. Två kritiska ålderstypiska förluster som drabbar många äldre personer är förlust av partner och förlust av fysisk funktionsförmåga. Att trots dessa förluster bibehålla eller återfå sitt välbefinnande är fokus i den här artikeln. Vi undersöker detta med hjälp av både kvantitativa och kvalitativa data, framför allt studerar vi vilka skyddsfaktorer som associeras med resiliens.

Huvudbudskap

- Personer som bibehåller nära relationer i samband med svåra förluster är resilienta i högre utsträckning.
- Tiden innan den anhörige avlider är för vissa svårare än tiden efteråt, så kallad förväntanssorg.
- Resilienta personer upplever i högre utsträckning en känsla av kontroll.

Hälsan och funktionsförmågan försämras med åren och hög ålder medför en ökad risk att förlora närstående. I Sverige förlorar cirka 25 000 äldre personer årligen sin maka eller make [8] och betydligt fler upplever försämrade funktionsförmåga [9]. Även om sådana motgångar är ålders-typiska, skiljer det sig åt hur olika individer anpassar sig och återgår till samma nivå av välbefinnande som innan förlusten. Här definierar och mäter vi resiliens som just detta – att efter en förlust anpassa sig till de nya omständigheterna och behålla eller komma tillbaka till samma nivå av livstillfredsställelse som innan förlusten. Livstillfredsställelse är ett brett mått och tillåter därmed individen att själv avgöra och väga in vad som är viktigt. Även andra studier har använt livstillfredsställelse som mått för att studera förändring i mående kring en förlust [t ex 10, 11].

Återhämningsprocessen efter en förlust kan se ut på olika sätt. För en del individer kan det ta tid att sörja, återhämta sig och anpassa sig till den nya livssituationen. Det gäller oavsett om det handlar om förlust av partner eller förlust av funktionsförmåga. Ibland kommer sorgen redan innan en förlust, så kallad förväntanssorg [12]. Detta sker till exempel när en närstående har en

degenerativ eller dödlig sjukdom och förlusten är väntad. Tiden innan förlusten, oavsett om det rör sig om år, månader eller veckor, kan färgas av relationsrelaterade rollförluster, att relationer övergår till en patient-vårdrelation eller sorgen över allt som inte går att göra tillsammans framöver. Upplevelsen av förväntanssorg kan underlätta anpassning och återhämtning efter att förlusten har ägt rum [11]. Förväntanssorg kan också upplevas i samband med förväntad hälsoförsämring [13], men detta område är mindre beforskat.

Syfte

I den här flermetodsartikeln har vi utgått från resultatet från en kvantitativ resiliensstudie där vi modellerade livstillfredsställelse före och efter en förlust [14]. I resultaten fann vi att betydelsen av socialt nätverk och upplevelse av kontroll var viktiga för resiliens, men våra resultat, som i vissa fall påvisade en nedgång av livstillfredsställelsen före förlusten, kunde också tolkas utifrån begreppet förväntanssorg. Dessa tre teman utforskades därför vidare i den kvalitativa analysen för att ge sammanhang och gräva djupare i betydelser och förklaringar. Studien kan därför ses som ett exempel på det som kallas en flermetods tematisk analys med kombinerad induktiv och deduktiv ansats [15].

Metod

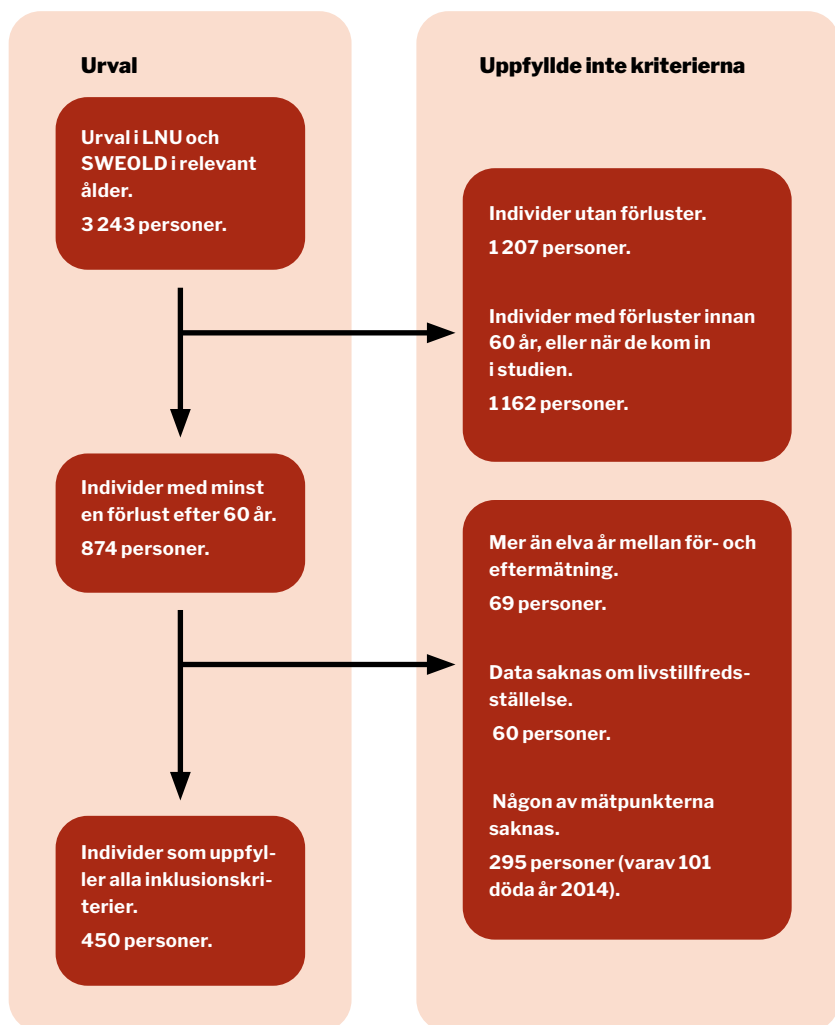
I denna flermetodsartikel ingår såväl kvantitativa som kvalitativa data för att visa hur skyddsfaktorer kan bidra till resiliens hos äldre personer. Den kvantitativa analysen (med data från en omfattande befolkningsstudie) möjliggör för oss att identifiera samband mellan variabler, och det kvalitativa materialet (intervjuer med äldre personer) syftar till att ge en djupare förståelse för den individuella betydelsen av resiliens. Vi har låtit dessa datamaterial kommunicera med varandra. Först har vi utgått från kvantitativa

data där vi undersökt hur livskvaliteten förändras i samband med förlust av partner eller funktionsförmåga. Sedan har vi låtit det kvalitativa materialet fördjupa kunskapen kring vissa av de aspekter som framkommit.

Datakällor, urval och variabler

De kvantitativa analyserna är gjorda på länkade longitudinella data från *Levnadsnivåundersökningen* (LNU) och *Undersökningen om äldre personers levnadsvillkor* (SWEOLD) [16, 17, www.sweold.se]. Båda studierna är nationellt representativa. LNU har genomförts vid upprepade tillfällen sedan 1968 på ett representativt urval av befolkningen i åldrarna 18–75. SWEOLD följer upp personerna som passerat det övre ålderstaket i LNU (75 år) och har genomförts vid upprepade tillfällen sedan 1992. I analyserna som presenteras här ingår data från 1991 och framåt, från personer som upplevt förlust av partner eller funktionsförmåga efter 60 års ålder och som har upprepade mätningar av livstillfredsställelse både före och efter förlusten. Det analytiska urvalet består av 450 personer (se figur 1 för en beskrivning av urvalet).

Vi analyserade förändring i livstillfredsställelse för att undersöka individers resiliens och anpassning efter förluster. Livstillfredsställelse mättes med frågan "På det hela taget, hur nöjd är du med ditt liv (i dag)?" Svaren gavs fram till år 2010 på en femgradig skala och därefter på en tiogradig skala. Vi skalade om den tiogradiga skalan med halva skalsteg mellan 0,5 och 5 så att den motsvarade den femgradiga skalan, samtidigt som vi kunde behålla variationen som fanns i den tiogradiga skalan. Vi inkluderade tre ålderstypiska förluster i den kvantitativa analysen: förlust av partner, gångförmåga och syn. Förluster identifierades i datamaterialet genom att individerna rapporterade att de hade en partner, förmåga att gå 100 meter, respektive god syn i en datainsamling, men inte i nästa. Eftersom den exakta



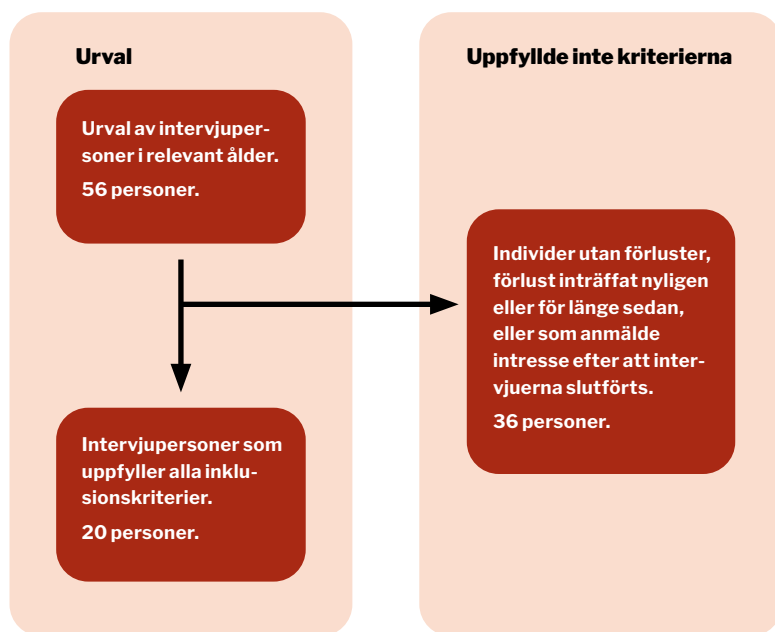
FIGUR 1. Flödesschema över urval för det kvantitativa datamaterialet i studien över ålderstypiska förluster för äldre personer. Data togs från *Levnadsnivåundersökningen* och SWEOLD.

tidpunkten för förlusten inte är känd för oss, har vi satt tidpunkten till exakt mitt emellan för- och eftermätningen.

Andra variabler som vi analyserade i relation till resiliens var ålder, kön, utbildningsnivå

(grundskola eller mer än grundskola), att ha barn, socialt umgänge med vänner och släktingar, socialt stöd och känsla av kontroll.

Socialt umgänge mättes med fyra frågor om att besöka eller få besök av vänner respektive



FIGUR 2. Flödesschema över urval av intervjupersoner för det kvalitativa datamaterialet i studien över ålderstypiska förluster för äldre personer. Personerna rekryterades via organisationerna Mind och Frivillig väntjänst.

släktingar. Svarsalternativen var nej (0), ja ibland (1) och ja ofta (2). Svaren summerades separat för umgänge med vänner respektive släktingar till en skala på 0–4. Socialt stöd mättes med frågan "Har du någon anhörig eller nära vän som ställer upp om du behöver prata med någon om personliga bekymmer?" med svarsalternativen ja och nej. Känsla av kontroll mättes med två frågor: "Brukar du känna att saker som händer dig i ditt dagliga liv är svåra att förstå?" och "Brukar du känna att du själv kan styra ditt liv?" med svarsalternativen nej, ja ibland, och ja ofta.

Det kvalitativa materialet består av 20 intervjuer med personer över 70 år, som har varit med om en åldersrelaterad förlust under de senaste åren (se figur 2). Vi genomförde intervjuerna

under hösten 2023. Intervjupersonerna rekryterades med hjälp av de ideella organisationerna Mind och Frivillig väntjänst. Genom dem distribuerade vi inbjudningar att delta i studien till medlemmar och volontärer. I informationsbrevet betonades att vi inkluderade deltagare 70+ med erfarenhet av förlust av funktionsförmåga eller partner under de senaste tio åren, och som har anpassat sig/återhämtat sig. Samtliga intervjupersoner anmälde själva intresse för att delta i studien. De fick såväl muntlig som skriftlig information om projektet och samtyckte till att medverka i studien innan intervjun genomfördes.

Urvalet består av fem män och 15 kvinnor mellan 70 och 89 år. Intervjupersonernas namn är ändrade för att de inte ska kunna identifieras

av utomstående. Av intervjupersonerna har sju erfarit förlust av fysisk förmåga och 15 har varit med om förlust av partner. Två har förlorat både partner och fysisk förmåga. 18 av intervjupersonerna drabbades för ett och ett halvt till åtta år sedan. Två har varit med om förluster som inträffade för upp till tolv år sedan.

I huvudsak genomförde vi intervjuerna hemma hos intervjupersonerna. Då fyra av intervjupersonerna bor i andra delar av Sverige genomförde vi tre intervjuer via videosamtal och en intervju per telefon. Samtliga intervjuer genomfördes enligt en och samma intervjuguide och av samma intervjuare (en av författarna). För att möjliggöra för intervjupersonerna att fritt dela med sig av sina erfarenheter av att hantera svåra förluster, var intervjuerna semistrukturerade.

Frågorna berörde följande teman:

- förlustens påverkan på livet
- olika typer av hjälp och stöd
- anpassning till livet efter förlusten
- sociala aktiviteter och nätverk
- upplevelse av andras syn på intervjupersonen
- covid-19
- personlighetens betydelse
- tidigare erfarenheter av att hantera svårigheter
- förhoppningar om framtiden.

Analysmetoder

I de kvantitativa analyserna använde vi oss av en datadriven metod, latent klassanalys [18], för att identifiera de (förändrings)kurvor som bäst beskriver förändringar i välbefinnande kring förlust av make/maka eller funktionsförmåga. Först centrerade vi data runt varje individs förlust. Sedan modellerade vi linjära, kvadratiska och kubiska förändringskurvor för att identifiera de lösningar som hade bäst BIC-värden (bayesian information criterion), det vill säga som på bästa sätt grupperade individerna i datamaterialet

utifrån vissa kriterier [18, 19]. Vi valde en lösning med fyra grupper utifrån både statistiska kriterier och teoretiska överväganden, till exempel gruppernas storlek (inte mindre än fem procent av urvalet) och om de var rimliga/realistiska. I nästa steg tittade vi närmare på vad som skilde grupperna som visade på resiliens från de som inte gjorde det.

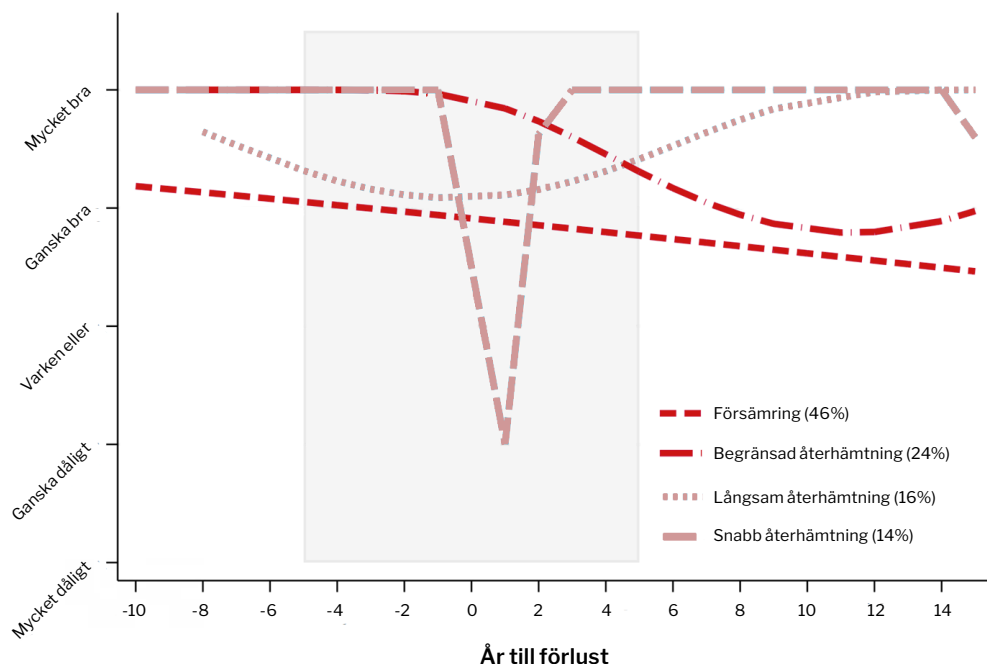
De kvalitativa intervjuerna spelades in på diktafon och pseudonymiserades i samband med transkriberingen. Vi tillämpade en tematisk analys med kombinerad induktiv och deduktiv ansats för integrativ flermetodsforskning [15], där vi lät de kvantitativa resultaten guida den kvalitativa utforskningen av intervjumaterialet. Den kvalitativa analysen hade en deduktiv ansats vilket möjliggjorde fördjupade kunskaper kring de tre områden som identifierades i det kvantitativa materialet. Det gjorde att de tre områdena sattes i ett mer detaljerat och personligt sammanhang med ökad förståelse kring begreppen. Intervjuerna kodades tematiskt. Utgångspunkten i kodningen följde resultaten från den kvantitativa analysen.

Resultat

I denna artikel kommer vi översiktligt att presentera huvudresultaten från den kvantitativa analysen och har avsiktligt lagt huvudfokus på det kvalitativa materialet. Resultatet har delats in i tre områden:

- förväntanssorg
- socialt nätverk
- upplevelse av kontroll.

I det kvantitativa datamaterialet fann vi att det fanns fyra olika förändringskurvor avseende livstillfredsställelse kring de ålderstypiska förlusterna: två som på olika sätt indikerade resiliens och två som inte gjorde det (se figur 3). Vi har kallat dem *Försämring* (46% av deltagarna), *Begränsad återhämtning* (24%), *Långsam återhämtning* (16%) och *Snabb återhämtning* (14%). De två senare grupperna har vi definierat som



FIGUR 3. Förändring i livstillfredsställelse kring åldertypiska förluster hos äldre personer i Levnadsnivåundersökningen och SWEOLD. Kurvorna representerar fyra olika förändringskurvor som identifierades i datamaterialet, och visar livstillfredsställelse över tid, i förhållande till den första identifierade förlusten vid tidpunkt 0. Det grå området anger den tidsperiod under vilken förlusten kan ha ägt rum.

resilienta. I tabell 1 finns en beskrivning av de fyra grupperna. Bland dessa tycks *Långsam återhämtning*-gruppen minska i livstillfredsställelse redan flera år innan förlusten av partner eller funktionsförmåga – vilket indikerar förväntanssorg – för att sedan återhämta sig. Även *Försämring*-gruppen, med en jämn försämring över hela uppföljningstiden, tycks uppvisa förväntanssorg, om än i mindre grad.

Förväntanssorg

Gruppen som uppvisar förväntanssorg och som återhämtar sig efter förlusten är inte särskilt stor

i det kvantitativa materialet, cirka 16 procent. Skillnaderna mellan de två grupper som återhämtat sig, det vill säga de resilienta grupperna, är inte så stora vad gäller bakgrundsvariabler, sociala variabler och upplevelse av kontroll. Det som framför allt framträder i gruppen med förväntanssorg (*Långsam återhämtning*) är att de i något högre utsträckning är kvinnor, har lägre utbildning, rapporterar lägre socialt stöd före förlusten och något mindre socialt umgänge efter förlusten, jämfört med gruppen med snabb återhämtning (tabell 1).

I det kvalitativa materialet fann vi också uttryck för förväntanssorg. Förväntanssorg upp-

levdes framför allt innan förlust av partner, men kom även upp kopplat till fysisk funktionsförmåga, i samband med en förväntan att det nuvarande hälsotillståndet kommer att försämrast.

Förväntanssorg uttrycks på varierande sätt i intervjuerna med personer som upplevt förlust av partner, till exempel i hur livet såg ut under partnerns sjukdomsperiod och hur begränsade de kände sig. Ester berättar att hon inte kunde lämna sin man ensam. Om hon ville åka någonstans kunde hon få utökad tid för avlösning, men kände en stress över att hon behövde skynda sig hem till sin man som togs om hand av främmande människor. Kristina beskriver en liknande upplevelse och säger att hon hade svårt att åka hemifrån då mannen behövde mycket hjälp. Hon upplevde att hon som mest kunde vara borta från hemmet under någon timme. Margareta säger att hennes man var väldigt sjuk under den sista tiden och att hon fick sköta kontakterna kring hans sjukvård. Hon upplevde det även som viktigt att hon själv höll sig frisk, för att kunna hjälpa honom.

Judit beskriver sin upplevelse:

"Ja, man kan inte sörja i förskott. Men, men, alltså, det är inte att sörja i förskott. Någon som man vet ska dö inom några år. Men det är... det är en förlust. Så det blev liksom en, pågående förlust hela tiden tills det blev ett avslut."

När partnerns dödsfall föregicks av en sjukdomsperiod kunde döden upplevas som en "befrielse" eller "lättnad". Exempelvis hade Freja en längre period haft värk i kroppen, sovit dåligt och lidit av dåligt humör. Två veckor efter makens bortgång märkte hon att hon återigen kunde sova och att hennes energi kom tillbaka. Samtidigt som Freja beskriver en större frihet, säger hon att det även finns en viss saknad, även om den inte är påtaglig.

Lena berättar att hennes vänner upplever henne som gladare och hon tycker att hon fått ett lättare liv efter makens bortgång. Kristina säger att hon nu kan göra det hon själv känner

för. Samtidigt som dödsfallet är förknippat med lättnad, finns även en saknad efter någon att dela livet med.

Förväntanssorg kopplad till förlust av fysisk funktionsförmåga, eller ytterligare försämring av funktionsförmågan, framkom också. Disa, som har varit rullstolsburen sedan 20-årsåldern, beskriver att hon har levt ett aktivt liv. Det är först när hon under de senaste åren drabbats av artros, som hon upplever sig begränsad. Disa berättar:

"Men om man tänker senaste två åren så har jag fått en jättesvår artros i axlarna. Och att inte kunna använda axlarna och armarna... när man sitter i rullstol är egentligen katastrof. (...) För att det förändrar mitt liv så oerhört mycket..."

Socialt nätverk

I de kvantitativa analyserna framstod det sociala nätverket som viktigt. Tabell 2 visar att resilienta personer i högre utsträckning hade barn och de umgicks mer med såväl släktingar som vänner efter förlusten. När vi i analyserna tog hänsyn till att de resilienta personerna var något yngre, kvarstod enbart sambandet mellan resiliens och att träffa vänner. Det var framför allt efter förlusten som umgänge med vänner skilde sig åt mellan grupperna – de resilienta personerna träffade sina vänner oftare.

Under de kvalitativa intervjuerna ställde vi frågor om intervjupersonernas sociala nätverk och intervjupersonerna berättade om dess betydelse både före och efter förlusten. Personer i det sociala nätverket har gett stöd och hjälp under en akut fas, exempelvis i samband med partners bortgång eller vid insjuknande i egen sjukdom. I första hand har det rört sig om stöd och praktisk hjälp från familjemedlemmar eller vänner, men också att närstående har bott hos dem, eller som de har kunnat bo hos. Berta berättar: "Du vet, när man mår så här dåligt, man klarar inte av att vara ensam. Så jag fick bo hos min syster också". Och Disa säger: "De första dagarna så var mina systrar

TABELL 1. Beskrivning av studiens urval av äldre personer med ålderstypiska förluster, som helhet och för de fyra förändringsgrupperna, baserat på data från *Levnadsnivåundersökningen* och *SWEOLD*. Procentandelar och medelvärden.

	Totalt	Icke-resilienta förändringsbanor		Resilienta förändringsbanor	
		Försämring	Begränsad återhämtning	Långsam återhämtning	Snabb återhämtning
Antal	450	208	110	70	62
Bakgrundsvariabler					
Andel kvinnor (%)	62,7	58,2	66,4	68,6	64,5
Medelålder vid förlust	73,0	73,0	73,2	72,4	71,0
Mer än grundskola (%)	54,0	48,0	60,0	50,0	67,7
Sociala variabler					
Har barn (%)	90,0	92,3	80,9	94,3	93,6
Träffar vänner¹ (index², medel)					
Före förlusten	2,6	2,5	2,7	2,6	2,7
Efter förlusten	2,4	2,1	2,3	2,7	2,9
Långt efter förlusten	2,2	2,0	2,2	2,2	2,7
Träffar släktingar¹ (index², medel)					
Före förlusten	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6
Efter förlusten	2,1	2,0	2,2	2,2	2,4
Långt efter förlusten	1,8	1,7	1,9	1,9	2,0
Har socialt stöd¹ (%)					
Före förlusten	94,6	92,7	98,1	91,3	98,4
Efter förlusten	91,7	91,0	94,4	89,6	91,7
Långt efter förlusten	95,3	94,0	93,9	100,0	96,7
Känsla av kontroll före förlusten (index³, medel)					
Saker som händer i mitt dagliga liv är svåra att förstå	1,3	1,4	1,7	1,2	1,3
Kan inte styra mitt eget liv	1,4	1,5	1,5	1,2	1,3

1: Före = 1–5,5 år före förlusten. Efter = 1–5,5 år efter förlusten. Långt efter = 3–15 år efter förlusten.

2: Träffar vänner och släktingar summeras på en skala 0–4, där 4 indikerar tätast social kontakt.

3: Känsla av kontroll presenteras på en skala 1–3, där 3 indikerar lägst känsla av kontroll.

TABELL 2. Egenskaper hos de resilienta förändringsgrupperna i jämförelse med de icke-resilienta förändringsgrupperna. Genomsnittliga marginaleffekter med 95% konfidensintervall (KI). Marginaleffekten visar skillnaden mellan grupper i procentenheter. Totalt antal deltagare var 450 personer.

	Bivariat modell	95% KI	Åldersjusterad modell	95% KI
Bakgrundsvariabler				
60–64 år	0,0	-1,2; 1,3		
65–74 år	13,4	4,2; 22,7		
75–84 år	(ref)			
80+ år	-8,1	-25,6; 9,5		
Kvinnor (jfr män)	5,0	-3,6; 13,6	4,8	-3,8; 13,3
Högre utbildning (jfr grundskola)	5,1	-3,3; 13,5	3,9	-4,6; 12,4
Sociala variabler				
Har barn (jfr barnlösa)	12,8	0,8; 24,9	12,1	-0,2; 24,4
Träffar vänner¹ (index²)				
Före förlusten	1,2	-2,7; 5,0	1,0	-2,8; 4,8
Efter förlusten	8,6	5,2; 11,9	8,3	4,8; 11,8
Långt efter förlusten	4,8	1,6; 7,9	4,2	0,95; 7,5
Träffar släktingar¹ (index²)				
Före förlusten	1,6	-2,3; 5,5	1,2	-2,7; 5,2
Efter förlusten	3,7	0,1; 7,3	3,2	-0,5; 6,9
Långt efter förlusten	2,8	-0,7; 6,4	2,4	-1,2; 6,0
Känsla av kontroll före förlusten (index³)				
Saker som händer i mitt dagliga liv är svåra att förstå	-12,6	-21,3; -3,8	-12,6	-21,3; -3,9
Kan inte styra mitt eget liv	-8,2	-15,1; -1,3	-8,2	-15,0; -1,3

1: Före = 1–5,5 år före förlusten. Efter = 1–5,5 år efter förlusten. Långt efter = 3–15 år efter förlusten.

2: Träffar vänner och släktingar summeras på en skala 0–4, där 4 indikerar tätast social kontakt.

3: Känsla av kontroll presenteras på en skala 1–3, där 3 indikerar lägst känsla av kontroll.

* Statistiskt signifikanta skillnader visas i fetstil.

hos mig. Och så. Det kände jag att jag hade, stöd av dem". Gudrun berättar att hon blev förvånad över det stöd hon fick:

"Så det var, någon bodde här hela tiden fram till begravningen som ju var tre veckor senare. Så jag var inte ensam på dom tre veckorna. (...) Det visste jag ju inte (skratt) om jag kunde förvänta mig, riktigt eftersom... Ja vi hade ju en bra relation innan, men det var ju ändå, de kunde ju ha struntat i mig på något sätt, om de hade tyckt det var viktigt. Men dom ställde upp hela tiden här."

Utöver sociala relationer som familj och vänner, beskriver flera intervjupersoner andra typer av sociala nätverk som också varit betydelsefulla för anpassningsprocessen. Exempel på sociala sammanhang som nämns under samtalen är bokcirkel, frivilligorganisationer, grannar, tidigare eller nuvarande arbetsplats, grupper för utflykter eller promenader, Svenska kyrkan och föreningar.

Dessa sammanhang kan vara meningsfulla som aktiviteter, men kan i vissa fall även möjliggöra djupare sociala relationer. Cecilia berättar att hon blev erbjuden att delta i en utflyktsgrupp och att hon där fann en ny vän. Margareta säger att hon funnit flera nya vänner via en patientförening som hon och hennes man var medlemmar i. Efter makens bortgång håller de fortfarande kontakten. Efter sin frus bortgång blev Carlos erbjuden att delta i den bokcirkel hans fru varit medlem i och som han varit med i sedan dess.

Under samtalen framkom också betydelsen av vänner för att bibehålla sin livskvalitet. Flertalet beskriver ett rikt socialt liv och uttrycker att de till största delen är nöjda och tillfreds med sitt sociala nätverk. Clas berättar att han har en vän som han umgås med och att han är nöjd med det. Pekka har några gamla goda vänner och berättar att de brukar gå på konstutställningar, på bio eller på restaurang. Margareta säger:

"Goda vänner betyder väldigt, väldigt mycket

i sådana här situationer, eller överhuvudtaget livet igenom så tycker jag att vänner är otroligt viktigt. De ska man vara rädd om."

Intervjupersonerna lyfter vikten av att prata om förlusten och hur det har hjälpt i återhämtningsprocessen. Det hade också hjälpt dem att hålla kontakt och underlättade att upprätthålla relationer. Exempelvis berättar Ester:

"Jag har många tjejbekanta, om säger så, så här. När det här hände så, var jag ju lite öppen med att, ringa runt och tala om. För att, av någon anledning så känner jag själv att, när man vet att någon har gått bort så har man ju väldigt svårt att träffa den som är kvar, anhörig och så där. Folk går undan och de törs inte prata med vederbörande och så här. Men, men, jag ringde runt själv och talade om som det var. De var jättetacksamma för det."

Även grannar framstår som betydelsefulla efter en förlust. Samvaron med grannarna beskrivs inte som förenad med djupare sociala relationer, utan snarare något som uppfyller en kravlös och grundläggande trygghet i vardagen. Judit berättar om relationen till sina grannar:

"Och någon sitter ute på sommaren. För alla har inte terrass, som jag då. Så då kan man bara gå förbi och så sitter de där ute och pratar en stund och så kan man bara slå sig ner. (...) Så det är väl det, att man kanske bryr sig om varandra."

Carlos berättar att han har bott länge i området och att alla känner honom. Två grannar har nycklar till hans bostad och tar in post och tittar till huset om han är bortrest. Ibland äter han middag tillsammans med några grannfamiljer. Han berättar att de bryr sig om honom och hör av sig om de inte har sett honom på några dagar.

Trots umgänge med grannar, släkt och vänner är det svårt att ersätta en livskamrat. Efter att ha förlorat sin partner förlorar man också den naturliga samhörigheten och kravlösheten som kan finnas tillsammans med en partner. Gudrun berättar att hon varken har barn eller syskon och att hon är rätt ensam. Bortsett från vänner

som bor i en annan stad, har hon kontakt med sin avlidne partners barn och barnbarn. Gudrun säger även:

"Men, det är någonting jag saknar. Något djup, någon vardagsnärvaro och... Inte säga att det är en tvillingsjäl, men jag saknar det här... Vardagliga samtalen och det här att man delar saker med någon. För det är ju helt borta. Och det har varit svårast, tycker jag. Att acceptera."

Carlos säger: "Det har gått elva år och jag fortfarande bor ensam här och saknar henne." Margareta berättar om när hon blev medbjuden på en resa tillsammans med en vän och hennes man:

"[...] Och det uppskattar jag verkligen och jag följde med. Men det finns ett men på det också. Att självklart så är det, alltså man går ut och äter tillsammans och man är tillsammans, men de går in till sig och jag går in ensam i mitt rum. Så du förstår?"

Det sociala nätverket kan också förändras efter förlust av en partner eller fysisk förmåga. Efter en förlust behövde både intervjupersonerna och personerna i det sociala nätverket anpassa sig och hitta sina nya roller i sociala sammanhang. Flera av kvinnorna beskriver att de efter sin mans bortgång mest umgås med andra kvinnor.

Erland tycker att de sociala relationerna förändrades vid pensioneringen och sedan ytterligare i och med att flera vänner och hans fru avled:

"Genom att goda vänner har dött här, va. Min hustru har dött. Hon var ju, ett socialt umgänge hela tiden kan man säga. Jag saknar henne. Så är det."

Efter pensioneringen så är det ensamhet också, är på något sätt. Eller. Min hustru dog. Först pensioneringen och sedan... min hustrus död. Goda vänners död. Nej, det blir tommare och tommare på något sätt. Jag vet inte hur. Det är svårt att tackla."

Under intervjuerna framkom reflektioner kring tänkbara anledningar till förändringar i det

sociala nätverket. Exempelvis hur vänner eller släktingar, som de tidigare har haft kontinuerlig kontakt med, har slutat att höra av sig. Berta reflekterar "Jag ringer ju inte heller, va. Så att, det är ju ömsesidigt". Gudrun säger att hon och hennes man ibland blev bortbjudna på middag, men att hon inte blir bortbjuden efter hans bortgång. Å andra sidan bjuder hon inte heller hem någon på middag, reflekterar hon. Judit menar att det inte bara går att sitta hemma och vänta på att andra ska höra av sig, att var och en själv behöver ta initiativ för att det ska hända något.

Disa beskriver att hon hade en god relation med makens två barn och att de ofta tog hand om barnbarnen. Disa hade hoppats att relationen skulle fortsätta efter mannens bortgång och uttrycker besvikelse över att det inte blev så.

Vardagarna beskrivs som fyllda med aktiviteter och sociala sammanhang, till skillnad från helgerna som till viss del upplevs som händelselösa och ensamma. Pekka tycker att han inte längre har samma ork och att stroketrötthet gör att han ibland får lämna återbud till planerade sociala sammanhang. Under samtalet lyfter Pekka hur nöjd han är över att ha återhämtat sig efter den stroke som drabbat honom. Han säger att han väljer att fokusera på allt han faktiskt kan göra, till exempel att umgås med vänner och familj.

Upplevelse av kontroll

Ett tredje område som verkade viktigt för god återhämtning och resiliens var att ha en upplevelse av kontroll. Individens upplevelse av kontroll och att kunna styra och påverka sitt liv är en känsla som kommer inifrån. Kontrollbegreppet var också centralt vid den ursprungliga definitionen av levnadsnivå inom den svenska välfärdsforskningen, där Johansson [20, se också 21 för en vidare diskussion] menade att förfogande av såväl materiella som immateriella resurser är viktiga för individens möjlighet att kontrollera och medvetet styra sina levnadsvillkor. I våra kvantitativa

analyser mätte vi upplevelsen av kontroll med frågor om huruvida saker som händer i livet är svåra att förstå och huruvida det går att styra sitt eget liv. Resilienta personer svarade, vid mät-punkten innan förlusten, både att de upplevde att livet är enklare att förstå och att det går att styra sitt eget liv (se tabell 2).

Under samtalen med intervjupersonerna i det kvalitativa materialet ger de, på olika sätt och i olika sammanhang, uttryck för en upplevelse av kontroll eller bristande kontroll över sin vardag. Ofta är upplevelsen kopplad till resurser eller avsaknad av resurser, till exempel boende, ekonomi och hälsa.

Vad gäller boendesituation, berättar Irene att hon kände sig tvungen att sälja sin bostad efter sin mans bortgång, då kostnaden för uppvärmningen blev för hög. Lena uttrycker att hon skäms över att bo själv i en lägenhet med fyra rum, men att hon trivs där. Olivia säger att hennes lägenhet är större än vad hon behöver, men att månadsavgiften är så låg att det inte skulle löna sig att flytta till något mindre.

Transportmedel och att kunna ta sig dit man vill verkar centralt för upplevelsen av kontroll, därför nämns bilen som viktig, både att kunna behålla den, och att ha fysiska förutsättningar för att köra den. Närheten eller avståndet till kollektiva kommunikationer, kopplat till hur lätt eller svårt det är att förflytta sig från bostaden till andra platser och sammanhang, nämns bland de som inte har tillgång till bil.

Den ekonomiska situationen är ett annat område som kan bidra till en känsla av kontroll. Ekonomin kan ha ett direkt eller indirekt samband med de olika förluster intervjupersonerna har erfarit. En god ekonomi ger intervjupersonerna en upplevelse av trygghet eller kontroll. Berta berättar att hennes man ärvt en stor summa pengar strax före sin bortgång och att det möjliggjorde för henne att börja resa. Något som hon uttrycker att hon länge velat göra. Lena och Irene berättar att de har förmånliga avtal kopp-

lade till tidigare anställningar, vilket underlättar deras ekonomiska situation. Irene berättar även att hennes man tecknade en livförsäkring innan han drabbades av sjukdom, den bidrar till att hennes ekonomiska situation är god.

Freja berättar följande om sin ekonomiska situation efter sin makes bortgång:

"Och sen har jag ju då relativt god ekonomi här, för att vi sålde sommarhuset och fick ganska bra betalt. Och de pengarna har jag tänkt, redan när vi sålde det, det var ju två år innan min man gick bort. Han orkade inte längre, så vi sålde det. Och de pengarna har jag nu att leva för. Nu kan jag ju bygga om huset, nu kan jag ju göra om vad jag vill. Så jag har det otroligt väl förspänt. Bättre än någonsin. Jag känner mig så där lite löjligt lyxig ibland, så att man, det är inte min stil (skrattar). Men det blir nästan så där att man, plötsligt så har man möjligheter att... Att göra saker."

Disa tycker inte att hennes ekonomiska situation är vare sig bra eller dålig. Efter att hon sålde sin lägenhet kunde hon köpa en ny lägenhet utan att ta lån, vilket hon tycker gör stor skillnad. Goda ekonomiska förutsättningar bidrar till möjligheten att bo kvar i sin bostad. Exempelvis berättar Gudrun att hon inte kan utföra alla sysslor själv, men att hon har råd med rörmokare eller någon som hjälper till i trädgården. Flera intervjupersoner har privat städhjälp.

Även hälsa och funktionsförmåga kopplas till upplevelse av kontroll över vardagen. Det kan, som i Agnetas fall, handla om smärta orsakad av artros:

"Det är ju förtvivlan varje dag att upptäcka att, att min, när jag vaknar, att upptäcka... Jag har ont. Jag har ont överallt, kan man säga. Utom i knäna. Tack och lov så har jag kunnat gå."

Erland berättar att han opererats för cancer i magen och att magen nu bestämmer över hans liv. Hildur berättar att hon inte längre kan cykla med sina barn och barnbarn. Hon känner sig även begränsad i vardagen då hon inte kan arbeta

i trädgården i den utsträckning hon önskar, samt att hon behöver sin mans hjälp med viss påklädning. Hon tycker det har varit svårt att acceptera att hon inte längre klarar lika mycket som tidigare. Samtidigt uttrycker Hildur en optimistisk grundsyn på livet och tränar på att möta nya situationer med nyfikenhet. Hon säger även att hon försöker leva efter mottot "det är inte hur man har det, utan hur man tar det".

Diskussion

Syftet med denna flermetsodartikel är att undersöka olika aspekter av resiliens och vilka skyddsfaktorer som är associerade med resiliens hos äldre personer i samband med ålderstypiska förluster. I den kvantitativa analysen studerar vi hur livstillfredsställelsen förändras efter att ha blivit änka/änkling, eller att ha fått kraftigt försämrade fysisk funktionsförmåga. Vi tolkade dessa resultat delvis i teman som blev än tydligare i det kvalitativa materialet: förväntanssorg, sociala nätverk och upplevelse av kontroll.

Under de kvalitativa intervjuerna beskriver flera intervjupersoner förväntanssorg, vilket är vanligast vid förlust av partner eller annan nära anhörig, och det är främst i det sammanhanget som begreppet förekommer i litteraturen [12]. Våra resultat visar att det kan vara betungande att vårda en partner som drabbats av svår eller långvarig sjukdom. Förlusten är ofta väntad och kan ibland innebära en lättnad där sorgebearbetningen till viss del redan pågått en period innan den faktiska förlusten.

Det syns till exempel i vårt kvantitativa material i gruppen *Långsam återhämtning*, som har en nedgång i livstillfredsställelse under perioden innan förlusten, följt av en uppgång i livstillfredsställelse efter förlusten. Enligt tidigare studier kan förväntanssorg leda till att återhämtningen inte blir lika svår eller tar lika lång tid som vid ett kortare sjukdomsförlopp eller vid ett oväntat dödsfall [11]. Flera intervjupersoner

beskriver en känsla av lättnad eller frihet efter förlusten, ofta kopplad till möjlighet att själv kunna styra över sitt liv och sin tid. Tiden innan den anhöriges bortgång kan således vara svårare än tiden efteråt för vissa. Liknande fynd har rapporterats i internationella studier [11]. Det kan dock vara relevant att poängtera att resiliens kan existera tillsammans med känslor av sorg eller saknad.

Det kan också förekomma förväntanssorg i samband med förlust av den egna fysiska funktionsförmågan, även om det är mindre studerat. Vi såg i det kvalitativa materialet att förväntad försämring av fysisk funktionsförmåga gav upphov till sorg och oro. I vilken utsträckning förväntanssorg kan kopplas till oro inför framtiden och det egna åldrandet behöver studeras ytterligare. Förlusten av fysisk förmåga sker ofta över tid, med en gradvis försämring. Återhämtningen kan påverkas av en successiv försämring, och resiliens kan hänga ihop med acceptans, adekvat stöd och hjälp, återhämtning från sjukdom eller att relationer förstärks som en följd av att behovet av hjälp och stöd ökar i takt med förlust av funktionsförmåga.

Personer som känner sorg eller saknad, upplever låg acceptans inför att ha förlorat sin partner, eller har drabbats av sjukdom eller förlust av funktionsförmåga, kan fortfarande vara resilienta. Flera av personerna som ingår i denna studie ger uttryck för svåra känslor kring att ha drabbats av förlust, samtidigt som de beskriver en positiv eller optimistisk syn på livet. Betydelsen av en positiv syn på livet framkommer även i en metasyntes av kvalitativa studier [22]. Enligt Martin Seligman, den positiva psykologins fader, är optimism nyckeln till resiliens [23]. Hans studier visade att vissa personer "till sin natur" är positivt lagda och tolkar svåra situationer som övergående, tillfälliga och att det går att göra något åt dem. Han menar att personer som inte är optimistiska kan lära sig att bli det. Detta är till viss del i linje med synen på resiliens som en

individuell egenskap [5, 6] snarare än ett samspel mellan individen och de tillgängliga resurserna i omgivningen [3].

Det sociala nätverket fyller generellt en viktig funktion och har betydelse för en individs resiliens och återhämtning vid svåra förluster [22]. Äldre personer med större tillgång till socialt stöd, och som träffar vänner och familj oftare, är i allmänhet mer resilienta [24, 25]. I det kvantitativa materialet fann vi att resilienta personer hade ett mer frekvent socialt umgänge efter förlusten, men inte innan. Umgänge med det sociala nätverket erbjuder möjligheter att prata om förlusten, vilket för en del personer i det kvalitativa materialet upplevdes som positivt. De intervjupersoner som pratat om sin förlust med personer i det sociala nätverket tenderar att återhämta sig bättre, samt vara mer nöjda med sina sociala relationer.

Det är viktigt att påpeka att det kan finnas flera tänkbara orsaker bakom sambandet mellan det sociala nätverket och en resiliënt anpassning efter förluster. Det kan vara så att individer med ett stöttande socialt nätverk lättare kan hantera förluster och svårigheter eftersom de kan hämta stöd och hjälp hos anhöriga och vänner i det sociala nätverket [24]. Det finns till exempel resultat som visar att personer med större socialt deltagande innan förlust av funktionsförmåga kan hantera förlusten bättre [26].

Å andra sidan kan resilienta individer enklare bibehålla sina kontakter i det sociala nätverket eftersom de hanterar svårigheterna bättre och därmed orkar upprätthålla de sociala relationerna. Det kan också vara så att en del vänner och släktingar drar sig undan som konsekvens av att den anhörige slutar höra av sig eller hör av sig i lägre utsträckning. Detta kan i sin tur tolkas som att vänner och släktingar inte längre vill ha kontakt. Ett annat scenario är släktingar och vänner som inte orkar höra om den drabbades sorg och därför minskar sin kontakt med den som varit med om en svår förlust. I det kvalitativa materi-

alet fann vi flertalet exempel på att intervjupersonernas sociala nätverk förändrats i samband med eller efter förlusten. Det handlade inte bara om en lägre frekvens av umgänge, utan även om att det sociala nätverkets karaktär förändrades. Bland annat framkom att inbjudningar till parmiddagar uteblev efter förlust av partner och att kvinnor upplevde att de i huvudsak umgicks med sina kvinnliga vänner.

Ekonomiska aspekter kan underlätta respektive försvåra återhämtningen. Att ha en god ekonomi är inte minst viktigt genom att det underlättar för människor att styra och kontrollera sina egna liv, det vill säga det som kan sägas utgöra den teoretiska grunden för den svenska levnadsnivå- eller välfärdsforskningen. Även om den senare betonat att välfärden är mångdimensionell så är ekonomin central inte minst för att den möjliggör annat, till exempel en god boendestandard. Flera intervjupersoner beskriver också en upplevelse av trygghet eller kontroll kopplad till en god ekonomi – att den goda ekonomin gjort det möjligt att leva som man önskar.

Liksom andra studier har även denna studie både styrkor och svagheter. Bland styrkorna kan nämnas att vi har ett nationellt representativt urval med hög svarsfrekvens för de kvantitativa analyserna och att vi använder en flermetodsansats och därmed väver samman kvantitativa och kvalitativa data och analyser för att bättre förstå resiliens. Generaliserbarheten, i alla fall vad gäller den kvantitativa analysen, bedömer vi som relativt hög då vi har representativa data med hög svarsfrekvens.

Bland svagheter kan nämnas att det för vissa individer är lång tid mellan mätpunkterna, vilket gör att vi kan ha missat en del fluktuationer i livstillfredsställelse. Att vi använt olika medier (fysiskt, digitalt och telefon) för att genomföra de kvalitativa intervjuerna kan ha introducerat bias, men intervjuarens upplevelse var att det inte var någon större skillnad, att samtliga intervjupersoner var lugna och trygga, och att det

fanns gott om tid att ställa frågor, både före och efter samtalet.

Sammanfattningsvis är det flera områden som framstår som relevanta och påverkansbara för att stärka förutsättningarna till resiliens hos den äldre befolkningen i samband med förlust. Ur ett policyperspektiv pekar resultaten till exempel på vikten av att ge stöd till anhöriga med svårt sjuka partners, att motverka fattigdom bland änkor och att underlätta bibehållandet av sociala nätverk och stöd vid förlust av partner eller fysisk funktionsförmåga.

Etiska överväganden

När potentiella intervjupersoner svarade på annonsen gjorde vi först en screening av deltagarna för att säkerställa att samtliga uppfyllde rekryteringskriterierna avseende ålder, typ av förlust och hur många år som gått sedan förlusten inträffade. Innan intervjun fick intervjupersonerna både ett skriftligt informationsbrev och muntlig information om studien. De blev informerade om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta intervjun eller välja att inte svara på en eller flera frågor. Vi informerade intervjupersonerna om att de även efter intervjun kunde avbryta sitt deltagande. Intervjuaren hade professionell erfarenhet av att hantera samtal kring känsliga ämnen med äldre personer. Kontaktuppgifter till samtalsstöd fanns i informationsbrevet som delades ut innan intervjun. Forskningspersonerna i det kvantitativa materialet har också samtyckt till att delta i datainsamling och forskning.

Forskningsprojektet är godkänt hos Etikprövningsmyndigheten (diarienummer 2022-06675).

Författarnas bidrag

Erika Rödenhake och Neda Agahi har skrivit det första utkastet av artikeln. Erika Rödenhake har fokuserat på det kvalitativa materialet och Neda Agahi har fokuserat på det kvantitativa materialet. Alla författare har bidragit till revidering av artikeln. Samtliga har godkänt den slutgiltiga versionen.

Tack

Tack till Forte (diarienummer 2021-00466) som finansierar studien *Psykosocial motståndskraft i en åldrande befolkning: varför återhämtar sig vissa efter förluster och andra inte?* Vi vill även rikta ett stort tack till intervjupersonerna som medverkat i studien.

Why do some older adults adjust better than others after age-typical losses?

Abstract. This mixed methods article examines protective factors associated with psychosocial resilience in older adults in Sweden in the context of age-typical loss. The losses we focus on are loss of partner and physical functioning.

Data comes from the *Level of living survey* (LNU), the *Swedish panel study of living conditions of the oldest old* (SWEOLD) and 20 qualitative interviews with older adults who have lost their partner or physical function. Using a combined inductive and deductive approach, we have made an in-depth examination of three main analytical themes that emerged in the data: anticipatory grief, the importance of social networks and the experience of control.

The results show, among other things, that anticipatory grief is relatively common, and that adaptation begins even before the loss has occurred. Social networks play an important role and are central for an individual's resilience in response to difficult losses.

Experiencing control over one's life situation can affect recovery – financial aspects and the housing situation can facilitate or hinder recovery.

Referenser

1. Daly M. *How useful is the concept of resilience for studying individuals and families with low resources?* REUsilience; 2024. Thinking about resilience series; 2023:3. <https://doi.org/10.31235/osf.io/dv5pb>
2. Pruchno R, Carr D. *Successful aging 2.0: Resilience and beyond*. Journals of gerontology: Series B. 2017;72(2):201-3. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw214>
3. Angevaere M, Roberts J, van Hout HPJ, Joling KJ,

- Smalbrugge M, Schoonmade LJ m fl. *Resilience in older persons: a systematic review of the conceptual literature*. Ageing research reviews. 2020;63:101144. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101144>
4. Cosco TD, Kok A, Wister A, Howse K. *Conceptualising and operationalising resilience in older adults*. Health psychology and behavioral medicine. 2019;28;7(1):90-104. <https://doi.org/10.1080/21642850.2019.1593845>
 5. Wagnild GM, Young HM. *Development and psychometric evaluation of the Resilience scale*. Journal of nursing measurement. 1993;1(2):165-178.
 6. Connor KM, Davidson JRT. *Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC)*. Depression and anxiety. 2003;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 7. van Kessel G. *The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept*. Geriatric nursing. 2013;34(2):122-7. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.12.011>
 8. SCB, Statistiska centralbyrån. *Statistikdatabasen: Antal nyblivna gifta, skilda och änkor/änklingar efter region, civilstånd, typ av par, ålder och kön. År 2000–2023* [internet]. SCB, Statistiska centralbyrån; 2024 [citerad 2024-04-29]. Hämtad från: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101/CivilstandTypPar/
 9. SCB, Statistiska centralbyrån. *Efter 60. En beskrivning av äldre i Sverige*. SCB, Statistiska centralbyrån; 2022. Demografiska rapporter 2022:2.
 10. Doré B, Bolger N. *Population- and individual-level changes in life satisfaction surrounding major life stressors*. Social psychological and personality science. 2018;9(7):875-84. <https://doi.org/10.1177/1948550617727589>
 11. Infurna FJ, Wiest M, Gerstorf D, Ram N, Schupp J, Wagner GG m fl. *Changes in life satisfaction when losing one's spouse: individual differences in anticipation, reaction, adaptation and longevity in the German socio-economic panel study (SOEP)*. Ageing and society. 2017;37(5):899-934. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001543>
 12. Sweeting HN, Gilhooly ML. *Anticipatory grief: a review*. Social science and medicine. 1990;30(10):1073-80. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90293-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90293-2)
 13. Werner-Lin A, Young JL, Wilsnack C, Merrill SL, Groner V, Greene MH m fl. *Waiting and "weighted down": The challenge of anticipatory loss for individuals and families with Li-Fraumeni syndrome*. Familial cancer. 2020;19:259-68. <https://doi.org/10.1007/s10689-020-00173-6>
 14. Agahi N, Augustsson E, McGarrigle C, Rostgaard T, Fritzell J. *Psychosocial resilience surrounding age-typical losses among older adults in Sweden: group-based trajectories over a 25-year-period*. Frontiers in public health. 2024;12:1434439. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1434439>
 15. Proudfoot K. *Inductive/deductive hybrid thematic analysis in mixed methods research*. Journal of mixed methods research. 2022;17(3):308-26. <https://doi.org/10.1177/15586898221126816>
 16. Fritzell J, Lundberg O (redaktörer). *Health inequalities and welfare resources: continuity and change in Sweden*. Första upplagan. Bristol university press; 2007. <https://doi.org/10.2307/j.ctt9qgn85>
 17. Lennartsson C, Agahi N, Hols-Salen L, Kelfve S, Kåreholt I, Lundberg O m fl. *Data resource profile: the Swedish panel study of living conditions of the oldest old (SWEOLD)*. International journal of epidemiology. 2014;43(3):731-8. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu057>
 18. Nagin DS. *Group-based modeling of development*. Harvard university press; 2005.
 19. Weller BE, Bowen NK, Faubert SJ. *Latent class analysis: a guide to best practice*. Journal of black psychology. 2020;46(4):287-311. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>
 20. Johansson S. *Om levnadsnivåundersökningen*. Allmänna förlaget; 1970.
 21. Kommittén Valfärdsbokslut. *Valfärd, ofärd och ojämlikhet (SOU 2000:41)*. Fritzes offentliga publikationer.
 22. Bolton KW, Praetorius RT, Smith-Osborne A. *Resilience protective factors in an older adult population: a qualitative interpretive meta-synthesis*. Social work research. 2016;40(3):171-82. <https://doi.org/10.1093/swr/svw008>
 23. Seligman ME. *Building resilience*. Harvard business review. 2011;89(4):100-6.
 24. Netuveli G, Wiggins RD, Montgomery SM, Hildon Z, Blaneet D. *Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British household panel survey*. Journal of epidemiology and community health. 2008;62:987-91. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.069138>
 25. Lamond AJ, Depp CA, Allison M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ. *Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women*. Journal of psychiatric research. 2008;43(2):148-154. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.03.007>
 26. Infurna FJ, Wiest M. *The effect of disability onset across the adult life span*. Journals of gerontology: Series B. 2018;14;73(5):755-66. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw055>

Vetenskapligt supplement till Äldre i Centrum

Syftet med ÄiC Vetenskapligt supplement är att tillgängliggöra forskningsresultat på svenska om äldre personers levnadsbetingelser, hälsa och situation i samhället för en bred publik av forskare, praktiker, kliniker och beslutsfattare, samt en intresserad allmänhet – inte minst äldre personer själva.

Utgivningen stöds av forskningsrådet Forte och öppnar möjligheten att publicera fackgranskade bidrag från både akademi och FoU-verksamheter verksamma inom äldre- och åldrandeområdet.

Äldre i Centrum Vetenskapligt supplement välkomnar bidrag från alla forskningsområden som rör äldre och åldrande, från demografi och det biologiska åldrandets processer till frågor som rör vård, omsorg och välfärd för äldre personer. Vi strävar efter att publicera artiklar med hög relevans och användbarhet:

- Originalartiklar som presenterar resultat från empiriska studier.
- Översiktsartiklar och metaanalyser som belyser eller utvärderar publicerade studier och metoder.
- Teoretiska artiklar som diskuterar generella metodologiska frågor och problem, eller söker utveckla teorier utifrån existerande forskning.
- Brev till redaktionen, som diskuterar forskningen kring äldre personer i allmänhet, eller forskning publicerad i ÄiCVS i synnerhet.

Redaktionell process

För arbetet med att bedöma artiklar för publicering ansvarar ett vetenskapligt redaktionsråd. Varje manuskript granskas dessutom av minst två oberoende ämnesexperter, som också ger förslag på hur manuskriptet eventuellt behöver komplet-

teras eller revideras. Redaktionsrådet svarar för det slutgiltiga beslutet om publicering.

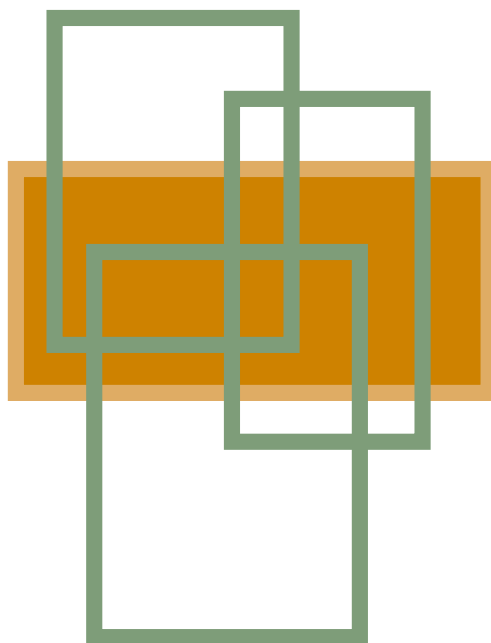
Efter att ha accepterats för publicering genomgår manus redaktionell bearbetning i samråd med författarna, för att tydliggöra artikelns syfte, metod och resultat, men också att språkligt och grafiskt göra artiklarna mer lättillgängliga för ovana läsare av vetenskapliga studier.

Författaranvisning

Manuskript får inte vara tidigare publicerat eller föremål för bedömning av annan vetenskaplig tidskrift, varken på svenska eller annat språk. Vi tar däremot emot manuskript där delar av materialet tidigare varit publicerat, men som nu kompletterats och analyserats på nytt.

Manuskriptet ska vara skrivet på svenska. För tillgänglighetens skull publicerar vi endast artiklar skrivna i aktiv verbform. Vi uppmanar författarna att skriva effektivt och tydligt. Begränsa textens omfång till 5 500 ord inklusive referenser. Vi välkomnar utöver det tabeller, grafer och illustrationer.

Om studien inte varit föremål för etisk granskning ska detta motiveras.



Önskad disposition

- Titel på både svenska och engelska.
- Kort sammanfattning (abstract) som redovisar syfte, metod, resultat och slutsatser i både en svensk och en engelsk version. (Vardera maximalt 1 000 tecken inklusive mellanslag.)
- Tre kortfattade punkter med huvudsakligt budskap. (Dessa kommer att redigeras in i en faktaruta i artikelns inledning.)
- Inledning som ger en allmän bakgrundsbeskrivning samt redovisar teoretiska utgångspunkter, syfte, frågeställningar och avgränsningar.
- Metoddel som ger möjlighet att bedöma resultatens tillförlitlighet.
- Resultat, gärna med illustrativa tabeller och figurer, med utförliga tabell- och figurtexter.
- Diskussion av resultaten i förhållande till studiens syfte samt teori och tidigare forskning.
- Referenser formaterade enligt Vancouver-systemet. Bifoga alltid doi-länk när det finns.
- I de fall det är påkallat vill vi också ha en redovisning för etiska överväganden och godkännanden, finansiering, intressekonflikter och respektive författares bidrag till studien.

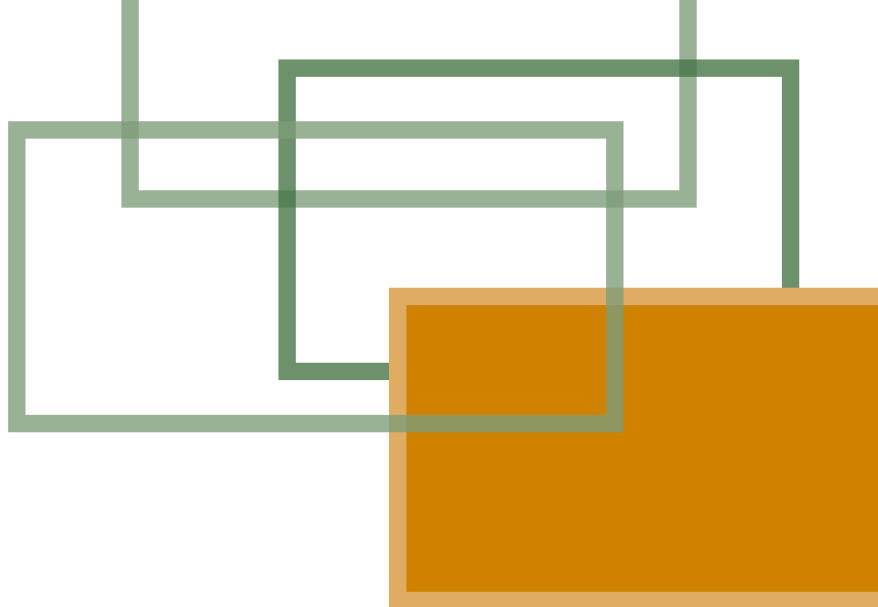
Tidplan för publicering

Vi tar löpande emot och publicerar manuskript på vår webbplats aicvs.se. Alla artiklar publiceras sedan i den tryckta upplagan av ÄiC Vetenskapligt supplement. För att komma med i vol 6 nr 1 (2026) är sista dag för manusinlämning 1 september 2025. Hör gärna av er för att diskutera om er studie kan passa för publicering i vår tidskrift.

Kontakt

Mikael Mildén, redaktör
E-post: mikael.milden@aldreicentrum.se
Tfn: 08-690 58 20
Adress: Sveavägen 155, 113 46 Stockholm

För en fullständig och uppdaterad författar-
anvisning, se vår webbplats aicvs.se.



Innehåll

5–22

*Egenvårdsintyg inom primärvård och äldreomsorg i Stockholms län
– en kartläggning*

Sara Ahrén, Karin Högstedt, Elin Jakobsson och Lina Palmlöf

23–35

*Syskon och föräldrar till de allra äldsta lever längre – en studie
över Sveriges äldsta personer och deras familjer*

Jimmy Lindberg

37–54

*Varför återhämtar sig vissa äldre personer bättre än andra
efter förluster?*

Erika Rödenhake, Johan Fritzell, Tine Rostgaard och Neda Agahi