

DET LANGE LIV – FREMTIDENS UDFORDRING

Bernard Jeune

Vi lægger i disse år »liv til årene« som aldrig før, således som WHO har foreskrevet. En af konsekvenserne er at der også lægges »år til livet«. Artiklen beskriver bl.a. faldet i ældredødeligheden og det videnskabelige opgør med forestillingen om en fast levealder på 85 år og en maksimal levealder på 115 år.

Artiklen er en forkortet udgave af et skriftligt oplæg til Folketingets Høring om *Det aldrende samfund – grund til bekymring?*, Folketinget 20. april 2001. Bernard Jeune er lektor, institutleder, Institut for Sundhedstjenesteforskning og leder af Ældreforskningscentret, Syddansk Universitet.

Gerontologi og samfund 2001, 17; 2: 31–33

»Der skal ikke være børn, der dør som spæde, eller olding, som ikke når sine dages tal; thi den yngste, som dør, er hundred år, og forbandet er den, som ej når de hundred« (Esajas' Bog, kap. 65, 20).

Denne profeti af Esajas om det forjættede land, hvor der »ej mere høres gråd, ej heller skrig«, ligner mest en utopi hinsides den dødelighedens verden, vi lever i. For nok er den første halvdel af Esajas' profeti næsten virkeliggjort i de mest udviklede lande, hvor mindre end én procent af en fødselsårgang »dør som spæde«, og nok steg levealderen i sidste århundrede fra omkring 50 til over 75. Men kun få promille af dem, som fødtes for hundrede år siden, er stadig i live. Det virker derfor profetisk at forestille sig en fremtid, hvor »den yngste, som dør, er hundred år«.

TROEN PÅ EN FAST LEVEALDER

Mange vil desuden mene, at det heller ikke biologisk er muligt. For indtil for nylig var det en udbredt gerontologisk opfattelse, at aldringen og levealderen var uforanderlige. De, som ikke »nåede sine dages tal«, havde kun et bestemt antal år tilbage at leve i. De, som nåede 80-årsalderen, havde i gennemsnit kun 5 års restlevetid, fordi menneskers

levealder lå fast på omkring 85 år, omend enkelte kunne nå højere aldre, som dog også havde en grænse. Om denne skriver en af den moderne gerontologis pionerer, Leonard Hayflick, i sin meget læseværdige bog *How and why we age?»: Der er ingen evidens for, at den maksimale humane levealder har ændret sig over de sidste hundredtusinde år. Den er stadig 115 år«.*

ENDNU LÆNGERE-LEVERE

I dag, fem år efter at dette blev skrevet, kan vi konstatere, at denne påstand ikke er sand. Vi har nogenlunde sikker dokumentation for, at mindst 10 personer i verden i løbet af 1990'erne er blevet 115 år eller mere. Den franske kvinde, Jeanne Calment, som døde i 1997 i en alder af 122 år og 164 dage, er sandsynligvis det menneske, der har levet længst, og den amerikanske kvinde, Sarah Knauss, som døde i 1999 i en alder af 119 år og 97 dage, er sandsynligvis den, der har levet næstlængst.

Alle de øvrige 115+-årige er også kvinder fra forskellige lande, bortset fra dansk-amerikaneren Chris Mortensen, som døde i 1998 i en alder af 115 år og 8 måneder, og sandsynligvis er den mand, der har levet længst.

Disse er blot toppen på kranssekagen af en udvikling, hvor flere og flere i verden fejrer deres 100 års fødselsdag, og mindst 150 af disse har fejret deres 110 års fødselsdag inden for de seneste årtier, heriblandt to danske kvinder, som døde for få år siden som 111-årige. Den maksimale levealder er i løbet af det sidste århundrede forøget med adskillige år, især i de sidste årtier¹.

Hvis der findes en fast levealder, som mange stadig påstår, skulle man forvente, at spredningen omkring gennemsnittet for dødsalderen mindske, efterhånden som middellevealderen steg. Desuden burde faldet i ældredødeligheden over en vis høj alder ikke kunne reduceres yderligere, og restlevetiden derefter ikke kunne ændre sig. Endelig måtte den årlige dødelighed ved de alderhøjeste aldre nærme sig de 100%.

Nyere demografisk forskning viser, at intet af alt dette er tilfældet.

ÆLDREDØDELIGHEDENS FALD

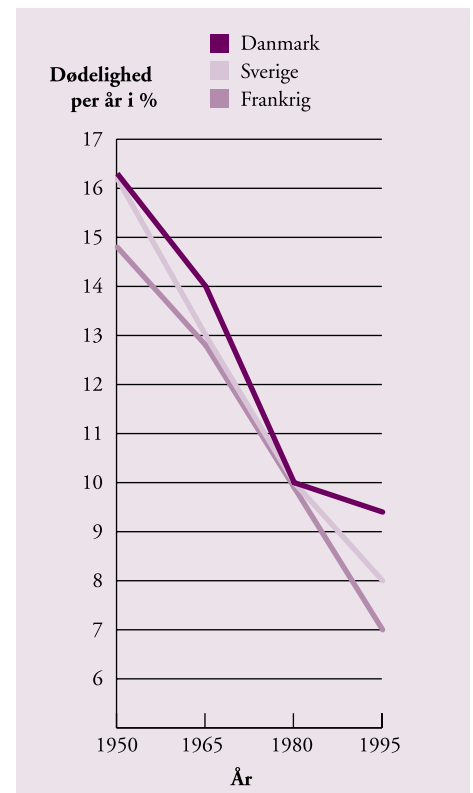
Den mest markante demografiske forandring siden spædbarnsdødelighedens fald er faldet i ældredødeligheden, som har fundet

sted siden 1950. Demografen James W. Vaupel og hans medarbejdere² har vist, at dødeligheden blandt firsårige kvinder i en række højtudviklede lande er halveret siden 1950 – fra ca. 16% til 8% årligt (se figur 1). Dødeligheden blandt personer over 80 år er faldet med ca. 1–2% pr. år siden 1950, og restlevetiden for 80-årige er steget med mere end 50% fra knap 6 år til over 9 år.

Når det tages i betragtning, at halvdelen af kvinderne i højtudviklede lande nu dør efter 80-årsalderen, og at dødeligheden her efter er halveret, er det forståeligt, at det er de allerældste aldersgrupper, som er i stærkest vækst. Mens andelen af 65+-årige er fordoblet siden 1950, er andelen af 80+-årige fordoblet, andelen af 90+-årige ottedoblet og andelen af 100+-årige tyvedoblet.

I Danmark er antallet af hundredårige steget fra ca. 25 i 1950 til ca. 500 i dag, og andelen er steget fra ca. 5 til knap 100 pr. million indbyggere³.

Figur 1
Fald i 80–89-årige kvinders dødelighed¹⁰.



Institutleder, lektor Bernard Jeune
Institut for sundhedstjenesteforskning
Inst. 1, Syddansk Universitet, Odense
Søndre Boulevard 23 A, st.
5000 Odense C
BJeune@health.sdu.dk



FORTSAT FALD

Denne kraftige stigning i antallet af de alderældste har gjort det muligt nærmere at belyse stigningen i den aldersafhængige dødelighed helt op til 115 år. Det viser sig, at den årlige dødelighed ved aldre over 100 år ikke stiger til op mod 100%, som man skulle forvente, hvis der var en fast levealder⁴. Der er ikke i noget som helst land fundet årlige dødelighedsrater på over 60% ved nogen alder op til 115 år (antallet over 115 år er for lille til, at man kan udtale sig herom). Findes der en fast maksimal alder, må den derfor ligge langt over de levaldre, vi kan observere i dag.

Hvis ovennævnte fald i ældredødeligheden fortsætter med samme hastighedsforøgelse de næste årtier, kan det forventes, at halvdelen af de piger, som fødes i dag, vil kunne fejre deres 100 års fødselsdag. Selvom dette scenarie ikke kan udelukkes, skønnes det dog næppe sandsynligt, idet der nok kan forventes en vis opbremsning i dødelighedsfaldet. Indtil videre er der dog ingen tegn herpå i noget land, heller ikke i Danmark, som ellers har haft en stagnation af middlelevalderen i perioden 1970–1995. Ældredødeligheden falder fortsat i disse år med nogenlunde samme hastighed som i de seneste årtier, og det er dette fald, som i langt højere grad end øgningen i middlelevalderen, forklarer væksten af ældre over 80 år.

FREMTIDENS GENERATIONER

Dette har store konsekvenser for sammensætningen af fremtidens ældrebefolkning. I dag er mere end 200.000 mennesker i Danmark 80 år eller mere, og de udgør mindre end 25% af ældrebefolkningen. Hvis ældredødelighedens fald fortsætter med samme hast, kan vi forvente op mod 0,5 million 80+-årige i år 2050, som vil udgøre op mod en tredjedel af ældrebefolkningen.

Hermed vil *fire-generationsfamilien* blive den dominerende i løbet af dette århundrede. Vi kan allerede nu forvente, at en ikke ubetydelig del af de store årgange, som blev født i efterkrigsårene – de senere såkaldt 68'ere – vil opleve at leve i sådanne vertikale familier. Flere af dem vil fortsat være børn, når de bliver pensionerede bedsteforældre.

ÅRSAGER TIL FALD I DØDELIGHEDEN

Hvad årsagerne til denne markante udvikling er, er fortsat dårligt belyst. Men forstå-

elsen heraf har stor betydning i alle forsøg på fremskrivninger af ældrebefolkningens videre udvikling. Demografiske studier tyder *ikke* på, at det hovedsageligt er forhold, som hænger sammen med, at disse nye generationer af ældre var børn, unge og voksne i første halvdel af sidste århundrede, selvom de er vokset op i en periode, hvor levekårene markant blev forbedret, og middlelevalderen øgedes kraftigt.

De demografiske analyser tyder i langt højere grad på, at det skyldes *forandringer, som har fundet sted efter 1950*⁵. Disse må have været nøje forbundet med de faktorer, som har betinget det kraftige fald i ældredødeligheden. Årsagerne må derfor findes i forhold, som enten har udsat fremkomsten af livstruende sygdomme og/eller afdæmpet sådanne sygdommes dødelighed, eventuelt ved en udsættelse af den kropslige aldring og dermed af modtageligheden for ældresygdomme.

LEVEKÅR, OMSORG, FYSISK AKTIVITET

Levekårene og omsorgen for ældre er øget betydeligt i det seneste tiår, hvilket må have haft indflydelse på ældres helbred. Nyere undersøgelser af ældres funktionsevne har vist, at ældre i dag bedre klarer daglige gøremål end tidligere generationer af ældre, og dermed er de blevet *mere selvhjulpne*. Enkelte undersøgelser tyder også på, at *ældres fysiske aktivitet* er større end tidligere. Dette behøver dog ikke at afspejle sig i et faldende hjemmehjælpsforbrug, da behovet herfor også afhænger af mange andre faktorer.

FEDTINDTAG OG RYGNING

Vi må formode, at andre livsstilsfaktorer som *fedtindtagelse* og *rygeadfærd* har påvirket ældredødeligheden, idet disse faktorer har indflydelse på forekomsten af kredsløbs sygdomme og kræft.

Vi ved, at hyppigheden af hjerte- og hjertekarsygdomme og enkelte kræftsygdomme er faldet i en række lande i de sidste årtier, herunder i Danmark, ikke kun blandt midaldrende, men også blandt ældre. I langt de fleste udviklede lande er dødeligheden på grund af kredsløbs sygdomme mere end halveret siden 1970. Mindst en tredjedel af denne halvering menes at skyldes et fald i fremkomsten af disse sygdomme, betinget af livsstilsændringer.

BEHANDLINGSINDSATSEN

Selvom det er vanskeligt at få et samlet overblik over den effekt, den stigende behandlingsindsats af ældre har haft, menes denne at have været mindst lige så betydningsfuld. De væsentligste sygdomsårsager til hospitalsindlæggelse blandt ældre er kredsløbs sygdomme, lungebetændelse, hoftebrud og kræft.

En række kliniske studier tyder på, at dødeligheden er faldet efter større operationer på ældre med fx hjertesygdomme, kræft og hoftebrud. Tilsvarende ses forbedringer af overlevelsen efter medicinsk behandling af potentielt dødelige sygdomme, som fx antibiotika til behandling af lungebetændelse og andre infektionssygdomme, behandling af højt blodtryk, hjertesvigt og forstyrrelser af hjerterytmen, blodfortyndende medicin efter blodpropper i hjertet, behandling af aldersdiabetes, behandling og optræning efter slagtilfælde, mv.

Ikke mindst den mere effektive medicinske behandling af hjertesygdomme, herunder det som kaldes *sekundær forebyggelse* (livsstilsændringer og behandling af for højt blodtryk, for højt kolesterol mv. hos patienter), menes at have bidraget til en betydelig nedsættelse af dødeligheden, dog ikke af sygdomsforekomsten, da flere patienter jo hermed overlever med hjertesygdom.

UDFORDRING OG DILEMMA

Vi må forvente, at sådanne forbedringer af ældres livsvilkår, livsstil, behandling og omsorg vil fortsætte i dette århundrede og dermed føre til yderligere reduktioner af ældredødeligheden i fremtiden.

Meget tyder også på, at det vil være muligt at udsætte ældresygdomme til en senere alder og at forebygge nedsættelse af funktionsevnen. Men vi vil aldrig kunne undgå at ældes og at pådrage os de ældresygdomme, som vi i sidste ende dør af. Selvom vi kan forebygge sygdomme eller formindske deres sværhedsgrad, og selvom vi kan udsætte en fysiske aldring eller formindske dens invaliderende virkning, så vil den sidste fase af livet være præget af både ældresygdomme og funktionsnedsættelse.

SVÆKKELSEFASEN

Spørgsmålet er imidlertid om den tid, vi tilbringer i denne sidste livsfase, kan afkortes til en ganske kort tid, før vi dør i en højere

»...når vi lægger liv til årene, lægger vi også år til livet.«

alder end tidligere. Det kalder man *kompresion af sygdomsforekomsten*. Eller om denne livsfase blot udsættes til en senere alder svarende til den levetidsforøgelse, vi i fremtiden vil opnå, idet svækkelsesperioden ikke afkortes nævneværdigt, eller måske forøges den endda. Her er der tale om den såkaldte *ekspansion af sygdomsforekomsten*.

Nogle udenlandske undersøgelser tyder dog på, at den livsfase, hvor ældre er præget af kronisk sygdom og invaliditet, nok er blevet *højreforskudt* (dvs. starter i en lidt højere alder end tidligere), men den er muligvis ikke blevet afkortet. Dog synes forekomsten af moderat og svær funktionsnedsættelse i denne livsfase at være faldet, mens forekomsten af let funktionsnedsættelse er steget.

SUNDHEDS- OG PLEJUDGIFTER

Det er derfor vanskeligt at forudsige, hvorvidt det vil påvirke udgifterne i sundheds- og plejesektoren nævneværdigt. Nyere sundhedsøkonomiske analyser⁶ har vist, at omkostningerne ved forbrug af sygehuseydelser stiger med alderen op til 85-årsalderen, men de falder med stigende alder for personer over 85 år. Dette er også tilfældet, selvom der korrigeres for omkostninger umiddelbart før døden indtræffer, hvor omkostningerne er højest.

Vi ved dog ikke, om dette fald i omkostninger skyldes alderisme, dvs. mindre intensiv diagnostik og behandling af de ældste ældre.

Sundhedøkonomiske fremskrivninger har endvidere vist, at det ikke så meget er demografiske ændringer i befolkningen, som bestemmer størrelsen af de fremtidige sundhedsmkostninger, men i langt højere grad udviklingen i de fremtidige forbrugsrater, som er langt vanskeligere at forudsige.

Der findes endvidere store forskelle i de fremskrevne omkostninger afhængig af den valgte metode. I ovennævnte danske undersøgelser fandtes således en lavere stigning i sundhedsmkostningerne (både sygehuse- og sygesikringsydelser), når de var fremskrevet under hensyntagen til, at omkostningerne er højest i det kalenderår, hvor døden indtræffer, end når de var fremskrevet uden hensyntagen hertil.

Der vil i fremtiden utvivlsomt ske forandringer, som bidrager til en forøgelse af sundheds- og plejekomkostningerne, som fx forbedrede og mere intensive behandlinger

af sygdomme hos ældre, herunder sekundær forebyggelse og genoptræning, og bedre kvalitet i hjemmehjælp og pleje. Men der vil også ske forandringer, som bidrager til en nedsættelse af disse omkostninger, som fx forebyggelse af ældresygdomme og bedre funktionsevne.

RELATIV AUTONOMI I HØJ ALDER

Hvad det samlede resultat heraf vil blive lader sig vanskeligt fremskrive. En vis optimisme ligger dog i resultater fra vore undersøgelser af *halvfems- og hundredårige*^{7,8}. De viser, at halvdelen af disse meget gamle boede hjemme, og at en del af dem klarede sig uden eller kun med lidt hjælp, selvom både deres fysiske og mentale funktionsevne var nedsat.

Det kan således konkluderes, at det er muligt at bevare en relativ autonomi i en meget høj alder på trods af forskellige skavanker. Vi ved desuden fra danske træningsstudier af ældre, at det aldrig er for sent at forbedre sin fysik⁹. Det kan også forventes, at fremskridt i forebyggelse og behandling af demenssygdomme vil bidrage til, at de ældste ældres mentale resurser kan fastholdes og endda øges i fremtiden.

Det må endvidere fremhæves, at fremtidens indsats for at forbedre ældres syn og hørelse sammen med øget krops- og hjerne-gymnastik altsammen kan bidrage til at øge selv de ældste ældres autonomi og glæde ved det lange liv. Det må endelig ikke glemmes, at vi ældes forskelligt, som Kaare Christensen så glimrende har beskrevet det i sin meget læseværdige bog, *Hvorfor ældes vi forskelligt?*¹⁰. Det kan forventes, at disse forskelle i aldringen vil øges i fremtiden.

MERE LIV OG FLERE ÅR

Uanset om vi ønsker det eller ej, så vil vi komme til at leve længere i fremtiden. Det er sandsynligvis ikke muligt at *lægge liv til årene*, som er vores pligt, hvis alle – uanset alder – skal behandles lige, uden også at *lægge år til livet*.

Det kan man enten begræde, som mange gør, eller nyde som det lange livs udfordringer. Det lange liv kan derfor opfattes som en del af vores postmoderne vilkår med dets særlige blanding af glæder og lidelser, hvis ikke vi vil opfatte det som det forjættede land, som Esajas profeterede. ■

LITTERATUR

- 1 Jeune B, Vaupel JW (Eds). Validation of Exceptional Longevity. Monographs on Population Aging, Vol. 6. Odense: Odense University Press 1999.
- 2 Vaupel JW, Carey JR, Christensen K, Johnson TE, Yashin AI, Holm NV, et al. Biodemographic trajectories of longevity. Science 1998;280:855–60.
- 3 Jeune B, Skytthe A. Centenarians in Denmark. In the Past and the Present. Population 2001;13:2–19.
- 4 Kannisto V. The Advancing Frontier of Survival. Odense Monographs on Population Aging, Vol. 3. Odense: Odense University Press 1996.
- 5 Robine J-M, Vaupel JW, Jeune B, Allard M (eds). Longevity: to the limits and beyond. Research and Perspectives in Longevity. Fondation Ipsen, Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1997.
- 6 Madsen J, Serup-Hansen N. Alder, død og sundhedsmkostninger. Health Economic Papers 2000;4, Syddansk Universitet.
- 7 Andersen-Ranberg K, Christensen K, Jeune B, Skytthe A, Vasegaard L, Vaupel JW. Activity of daily living among elderly and oldest-old in Denmark. Age and Ageing 1999;28:373–377.
- 8 Nybo H, Gaist D, Jeune B, Bathum L, McGue M, Vaupel JW, Christensen K. The Danish 1905 Cohort. A Genetic-Epidemiological Nationwide Survey. J Aging Health 2001; 13: 32–46.
- 9 Puggaard L. Bevæg kroppen – bevar hjernen. Gerontologi og samfund 1997;13:58–59.
- 10 Christensen K. Hvorfor ældes vi forskelligt? Gyldendal, København 2000.

