

VI LEVER LÆNGERE

men lever vi også bedre?

Bernard Jeune

Center for Aldringsforskning
Syddansk Universitet, Odense

LITTERATUR

1. Freedmann VA, Martin LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the Unisted States. A systematic review. JAMA 2002;288:3137-3146.
2. Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. PNAS 2001;98:6354-6359.
3. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. N Engl J Med 1980;303:130-135.
4. Fries JF. Reducing disability in older age (Editorial). JAMA 2002;288:3164-3166.
5. Wilhelmson K. Longer life - better life? Studies on mortality, morbidity and quality of life among elderly people. Göteborg University 2003.
6. Brønnum-Hansen H. Health expectancy in Denmark, 1987-2000. Eur J Publ Health (in press).

På den femte europæiske gerontologikongres i Barcelona i sommer fandt et spændende symposium sted om et vigtigt spørgsmål: Har den forøgede levetid ført til en forøgelse af levetiden *uden funktionstab* eller *uden langvarig, kronisk sygdom*, dvs. til flere »gode leveår«?

Den franske demograf, Jean-Marie Robine, holdt et glimrende foredrag herom. Han fremhævede, at amerikanske studier havde vist, at antallet af »gode leveår« var steget mere end antal leveår, medens europæiske studier viste modsatrettede eller uklare tendenser i forskellige lande. Da han satte spørgsmålstegn ved nogle af de amerikanske studiers data og metoder, var hans konklusion, at spørgsmålet stadig måtte betragtes som uafklaret.

De amerikanske undersøgelser blev for nylig kritisk gennemgået af Freedmann m.fl.¹ En del af de amerikanske studier var for dårlige til at belyse spørgsmålet tilstrækkeligt godt, men de bedste studier viste et klart og tiltagende fald i andelen af ældre med funktionstab i løbet af de sidste par årtier. I National Long-Term Case Survey², hvor ca. 20.000 ældre amerikaneres funktionssevne målt med 5 års mellemrum siden 1982 (hver gang inkluderedes nye 65-årige), faldt andelen af ældre med mindst ét kronisk funktionstab af mindst tre måneders varighed fra 26,2% i 1982 til 19,7% i 1999, dvs. relativt set med 25%. Det relative fald per år i andelen af ældre med funktionstab accelererede over kalenderetid fra omkring 1% i 1980'erne til 2,6% i slutningen af 1990'erne. Da ældrebefolkningen voksede i nævnte periode, kunne faldet dog kun lige kompensere for stigningen, således at der fortsat skønnedes at være ca. 7 millioner ældre med funktionstab i USA.

De amerikanske undersøgelser har således bekræftet Fries' hypotese om »en komprimering af sygdomsforekomsten«. Allerede i 1980 fremførte James Fries i en berømt og meget omdiskuteret artikel³, at en øget sygdomsforebyggelse ville føre til, at kroniske sygdomme og funktionstab ville indtræde senere i livsforløbet og blive sammenpresset i de sidste leveår, dvs. at de gode leveår ville stige kraftigere end levetiden, som efter hans opfattelse var ved at nå sin grænse. I en senere leder⁴ efterlyser Fries tværfaglige undersøgelser, som belyser årsagerne til denne nyeste udvikling, idet han mener, at hverken uddannelsesniveaue, livsstilsændringer eller nye medicinske behandlingsformer hver for sig kan forklare ændringerne.

Resultaterne fra nye europæiske studier er dog ikke så entydige. En nyligt udgivet svensk ph.d.-afhandling

af Katarina Wilhelmson⁵ har fulgt udviklingen hos 70-årige, som var født i 1901, 1906 og 1911 i Gøteborgs-området. På den ene side fandtes der færre 70-årige i de to sidste fødselsgenerationer med dårligt selvrapporeret helbred og med mange symptomer og flere med bedre funktionsevne end i den første fødselsgeneration. Men på den anden side levede de sidste generationer i længere tid med sygdom, og de plejehjemsanbragte havde det dårligere end i den første generation.

En ny dansk undersøgelse af spørgsmålet⁶, som bygger på data fra Statens Institut for Folkesundheds- »Sundheds- og sygelighedsundersøgelser« af voksne danskere i 1987, 1991, 1994 og 2000, viste ligeledes modsatrettede tendenser. På den ene side steg antal »gode leveår« (dvs. år uden »funktionsindskrænkninger«) fra 1987 til 2000: fra 8,9 år i 1987 til 11,3 år hos 65-årige mænd og fra 9,9 år til 11,0 år hos kvinder (mens restlevetiden kun steg hhv. fra 14,1 til 15 år hos mænd og fra 17,9 til 18,1 år hos kvinder). Antal »tabte gode leveår« faldt således med over 1 år hos mænd og knap 1 år hos kvinder. Tilsvarende øgedes andelen af ældre, som selv rapporterede et godt helbred, både hos kvinder og mænd. Men på den anden side steg antallet af år med langvarig sygdom eller kronisk tilstand med ca. 1 år (fra 7,5 til 8,7 år hos 65-årige mænd og fra 10,1 til 11,1 år hos kvinder). Om Fries' hypotese kan bekræftes eller ej, afhænger således også af hvilken sundhedsindikator, der vælges.

Jean-Marie Robine gav i sit foredrag i Barcelona eksempler fra andre europæiske studier, hvoraf nogle kunne støtte Fries' hypotese, andre afkræftede den. Dog med en tendens til at antal år »uden funktionstab« steg, mens antallet af år »uden kronisk sygdom« ikke ændrede sig eller endda steg. Det kunne se ud til, at livsstilsændringer og sygdomsbehandling positivt påvirker funktionsevnen og dermed sygdommens konsekvenser, men ikke afkorter den tid, man lever med kroniske sygdomme.

De uensartede materialer, forskelle i undersøgelsesdesign, forskelle i definitionen af »funktionstab«, valg af sundhedsindikator og forskellige analysemetoder kan muligvis forklare de modsatrettede resultater. Under alle omstændigheder bør den amerikanske forsknings »selvbekræftelse« på dette område søges afprøvet i de europæiske lande med mere ensartede og bedre planlagte undersøgelser, som det nu vil ske med igangsættelsen af European Health Interview Survey (EHIS) i 2006 og efterfølgende hvert femte år. En korrekt besvarelse af spørgsmålet er afgørende for afklaringen af fremtidens udfordringer på ældreområdet. ■