

Spidsen: Kan det betale sig at behandle gamle?

Ordet *ældrebyrden* oser af tunge udgifter forbundet med alderdom. Det er dog ikke alderdommen, der koster, men derimod den sidste tid op til døden.

Ordet *ældrebyrde* er blevet populært og anvendes med bekymrede miner af politikere og planlæggere inden for sundhedsvæsenet. I de fleste lande øges middellevetiden da også, samtidig med at vi ved, at antallet af sygdomme stiger med alderen. Men er der et reelt grundlag for bekymring? Eller er der snarere tale om en politisk skræmmekampagne i stil med angsten for de fremmede?

Hvis man forestiller sig, at et øget antal gamle mennesker uundgåeligt vil resultere i et øget antal af patienter, der lider af kroniske sygdomme såsom hjerte-kar-sygdomme, diabetes, gigtlidelser m.m., ja, så er der måske grund til bekymring. En alternativ mulighed er imidlertid, at det ikke alene er levealderen, der øges. At også den sygdomsfri levetid bliver længere på

grund af bedre levestandard, øget viden om levevilkårs og livsstilsfaktors indflydelse på sygelighed og et bedre sundhedsvæsen. I så fald er bekymringen måske ikke bare overflødig, men direkte forkert og vildledende. Nogle undersøgelser tyder på, at det forholder sig sådan.

Sygdomme koster, ikke alderdom

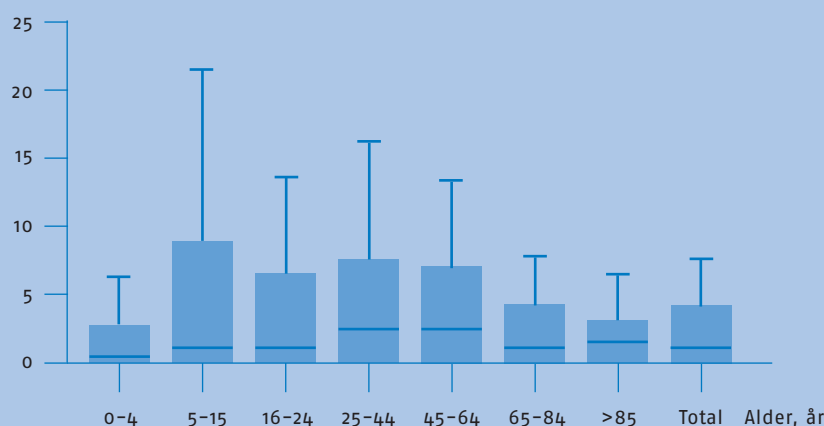
En stor del af bekymringen drejer sig om anvendelse af hospitalsressourcer. Dette spørgsmål er belyst i et retrospektivt kohortestudie af Dixon et al. (2004). Dixon undersøgte antallet af hospitalsindlæggelser og antal senge-dage pr. person i forskellige aldersgrupper. Fra tidligere undersøgelser ved man, at forbruget af sundhedsydelser især er betinget af, hvor tæt man er på døden. Dixon har derfor set på de sidste tre leveår og fandt, at gamle

mennesker ikke har et større forbrug af sengedage og ikke bliver hyppigere indlagt end unge. Hovedparten af de anvendte sengedage ligger for alle aldersgrupper i det sidste leveår. Man kan altså sige, at det er det sidste leveår, der "belaster" sundhedsvæsenet mest, hvad enten man dør som ung eller som gammel.

Den behandling, som tilbydes gamle mennesker i forhold til yngre, er generelt mindre kostbar for sammenlignelige sygdomme, ligesom gamle mennesker generelt indlægges med sygdomme, som er mindre kostbare at behandle end de sygdomme, yngre indlægges med. Den udbredte forestilling om, at *ældrebyrden* bliver tung at løfte for hospitalsvæsenet, er således forkert. Det er døden og tiden umiddelbart op til døden, der koster (og den skal vi jo alle igennem før eller siden).

FIGUR 1

Antal indlæggelser



Antal indlæggelser på hospital de sidste tre leveår, England 1999-2000. Søjlerne repræsenterer interkvartil i variationsbredde, de vandrette linier repræsenterer meridianværdier og de lodrette streger repræsenterer 1,5 gange interkvartil variationsbredde.





Effektiv behandling betaler sig

At stille diagnosen "døende inden for nær fremtid" er ofte vanskeligt. Ikke mindst når man har med gamle mennesker at gøre. Det er derfor uundgåeligt, at man regelmæssigt kommer til at behandle forgæves. På den anden side er den mulige gevinst ved at behandle gamle mennesker ofte stor. Ved profylaktisk behandling med fx antihypertensiva og statiner er den absolutte gevinst ved at behandle gamle mennesker - som har en højere sygdomsrisiko - større end ved behandling af unge. For en lang række tilstande betyder en effektiv behandling, at gamle mennesker kan leve uden unødvendige smerter og funktionsindskrænkninger. Det gælder fx osteoartrose, høre- og synsnedsættelse, depression og meget andet (se Figur 1).

Det er en fornuftig investering at give gamle mennesker en god medicinsk behandling. Ikke alene lever de patienter, som har været igennem en grundig

geriatrik vurdering og deraf afledt behandling, længere, sundhedsudgifterne pr. person bliver i denne gruppe også efterfølgende lavere.

Hvis man i sundhedsvæsenet anlægger en nihilistisk holdning i forhold til behandling af gamle, er det sandsynligt, at den voksende ældrebefolkning virkelig bliver en "byrde", om ikke for sundhedsvæsenet, så i hvert fald for den kommunale plejesektor. Resultatet bliver, at sundhedsproblemer "eksporteres" til den sociale sektor. En eksport, som vil blive kostbar, menneskeligt såvel som økonomisk.

Hvis vi omvendt behandler alle, så godt vi kan, uden skelen til kronologisk alder, kan "ældrebyrden" måske også på længere sigt vise sig at være en ressource.

Ellen Astrid Holm er overlæge og næstformand i Dansk Selskab for Geriatri. Finn Rønholt er overlæge og formand i Dansk Selskab for Geriatri.

Artiklen har været bragt som statusartikel fra Dansk Selskab for Geriatri i Ugeskrift for Læger 2005:12 og bringes her med tilladelse fra forfattere og redaktør.

Korrespondance: Ellen Astrid Holm, Geriatrik Afdeling, Roskilde Amts Sygehus Roskilde, DK-4000 Roskilde. rseaho@ra.dk

Referencer

Dixon T, Shaw M, Frankel S et al. (2004). Hospital admissions, age and death. *BMJ* 2004;328:1288-92.

NÆ, DET HAR BRUTTONATIONAL-
PRODUKTET JO INGEN GAVN AF,
SAGDE DE....

SÅ DE VIL IKKE SE PÅ
DIN LIGTORN, GERTRUD?

