

Spidsen: Fører den fortsat stigende levetid også til en sundere levetid?

Hovedtendensen er fortsat, at antallet af "gode leveår" stiger og i nogle lande endda stiger mere end levetiden. Men det gælder kun for leveår "uden tab af funktionsevne" ikke uden videre for andre sundhedsindikatorer.

Der er intet som tyder på, at middellevetiden er ved at nå et maksimum. Verdensrekorden i middellevetid for kvinder er siden 1840 steget fuldstændig lineært med 3 måneder pr. år - fra svenske kvinders rekord på 45 år i 1840 til japanske kvinders rekord på 85 år i dag (1). Middellevetiden har udvist varierende stigningstakter i forskellige lande og endda stagnationsperioder, som f.eks. i Danmark. Men vi "bagudslæbene danskere" (2), som stadig halter ca. 3 år efter svenskerne, er ved at indhente vores efterslæb: Sidste år steg levetiden blandt danske mænd med hele 0,3 år til 75,9 år og med 0,2 år for danske kvinder til 80,4 år. Det store spørgsmål er derfor fortsat: Vil disse ekstra leveår også blive "gode år", eller vil vi blot få forlænget livet med skrøbelige år, hvor vi hverken kan se, høre eller gå?

Siden mit tidligere indlæg om dette spørgsmål (2) er der fremkommet en række nye resultater fra flere lande. Vores viden herom er derfor noget større, om end den også er blevet mere nuanceret. Disse nye resultater blev forelagt i *International Network on Health Expectancy* i maj (se mere på www.reves.net).

ADL-disability

Hovedtendensen er fortsat, at antallet "gode leveår" stiger og i nogle lande endda stiger mere end levetiden. Men det gælder kun for leveår "uden tab af funktionsevne", og ikke uden videre for andre sundhedsindikatorer, som f.eks. leveår "uden langvarig sygdom" eller "uden sygdomssymptomer" (3-8). De fleste studier viste en forbedring af evnen til at udføre de daglige gøremål

(ADL-disability) i de seneste tiår, men enkelte fandt ingen ændring eller endda en forværring.

Niveauet for ADL-disability varierer meget imellem de forskellige lande, fra ca. 10% til ca. 30% blandt ældre over 65 år. Når lande som Japan og Spanien viser klare forbedringer, må det derfor tages i betragtning, at de har gennemgået en meget hurtig udvikling fra tidligere lave levetider og højt niveau af ADL-disability til stærkt stigende levetider og lavt niveau af ADL-disability. Mens stagnationen i ADL-disability i det seneste tiår i lande som Holland og Sverige må bedømmes ud fra den kendsgerning, at disse lande i lang tid har haft høje levetider og tidligere faldende niveauer af ADL-disability til et lavt niveau i dag.

Det er derfor interessant at studere disse tendenser i Danmark. I mange år stagnerede middellevetiden næsten herhjemme, først for mænd allerede siden slutningen af 1950'erne, og dernæst for kvinderne siden begyndelsen af 1970'erne. Først fra midten af 1990'erne er middellevetiden begyndt at stige igen, i de seneste år endda ret så markant. Årsagerne til denne stagnationsperiode blev omtalt i mit tidligere indlæg (2), mens årsagerne til stigningen i den sidste 10-årsperiode er dårligt belyst.

Healthy life expectancy

Spørgsmålet er nu om denne sidste stigningsperiode også er kendetegnet ved en stigning i sund levetid (healthy life expectancy). Danske resultater af denne problemstilling blev præsenteret på REVES-mødet. De danske sygelig-

heds- og sundhedsundersøgelser (SYSU) er gennemført i 1987, 1994, 2000 og 2005, dvs. dækkende en næsten tyve års periode, som både inkluderer den sidste fase af stagnationsperioden og den efterfølgende periode med fornyet stigning. Mens restlevetiden for 65-årige ikke steg fra 1987 til 1994 (den var ca. 14 år og ca. 17,5 år hos hhv. mænd og kvinder), så steg den derefter hos mænd til 16 år og hos kvinder til 19 år i 2005, dvs. med ca. 2 år hos mænd og ca. 1,5 år hos kvinder. Det viser sig nu, at andelen af "gode år" for de fleste sundhedsindikatorer er steget endnu mere - med knap 3 år for både mænd og kvinder. Det gælder for selvrapporteret godt helbred, ingen begrænsninger i dagligdagen ved langvarig sygdom og ingen begrænsninger i mobilitet. Men det gælder ikke for antal år uden langvarig sygdom.

I nogle europæiske lande findes ikke den samme forbedring. I et svensk studie fandtes klare forbedringer for mobilitet (fx. løbe hundrede meter). Andelen af ældre, som ikke kunne løbe hundrede meter, faldt for alle aldersgrupper: for 65-69-årige fra ca. 40% i 1980 til ca. 30% i 2005 og for 80-84-årige fra lidt over 80% til ca. 70%. Også andelen af ældre, som ikke kunne foretage én eller flere IADL (såkaldt instrumentelle daglige gøremål, som fx at gå på indkøb, tage en bus eller gøre rent), faldt i løbet af hele perioden, især hos de ældste mænd. Tilsvarende fandtes forbedringer i synsevnen. Men når det drejede sig om ADL-disability faldt andelen, som ikke kunne foretage mindst én af fem basale daglige gøremål, kun i løbet af perioden 1980-1995, men steg igen herefter. Og hørelsen



viste en klar forringelse, især i den sidste del af perioden. Der fandtes således en forskellig udvikling for de forskellige sundhedsindikatorer, og denne udvikling varierede også på periode og på køn.

Også udviklingen i Holland viste et komplekst billede. I en sammenligning af 55-64-årige fra hhv. 1992 og 2002 fra LASA-studiet (Longitudinal Aging Study Amsterdam) fandtes en klart højere andel med selvrapporteret funktionsbegrænsninger i 2002 end i 1992. Omkring 40% af denne forværring kunne forklares med en dårligere livsstil og en højere forekomst af livsstilrelaterede kroniske sygdomme.

En sammenligning af funktionsbegrænsninger i de lande, som indgår i det store europæiske SHARE-projekt, viste en stor variation i forekomsten af funktionsbegrænsninger imellem landene: fra 39% til 59% blandt mænd og fra 42% til 68% blandt kvinder, og for svære funktionsbegrænsninger varierede det hos mænd fra 9% til 23% og hos kvinder fra 7% til 28%. Tilsvarende varierede andelen af sunde leveår betydeligt mellem de sammenlignede lande. Restlevetiden for 65-årige varierede med 1,5 år for mænd (Danmark lavest med ca. 16 år og Frankrig højest med ca. 17,5 år) og 2 år for kvinder (Danmark lavest med ca. 19 år og Frankrig, Italien og Spanien højest med ca. 21 år). Længere restlevetid for 65-årige var ikke generelt associeret med flere leveår uden funktionsbegrænsninger men var dog associeret med flere år uden svære funktionsbegrænsninger.

Fedmeepidemien

En ny bekymring i forskningen omkring sund levetid er spørgsmålet om fedmeepidemiens effekt. Flere foredrag på ovennævnte REVES-møde var helliget

dette emne. En meta-analyse om sammenhængen mellem fedme og dødelighed bekræftede det såkaldte fedme-paradoks hos ældre. Mens fedme, dvs. Body Mass Index (BMI) på 30 eller derover, hos voksne normalt findes associeret med høj dødelighed, har mange undersøgelser vist det modsatte hos ældre over 70 år: nemlig en lavere dødelighed. Men samtidig viste den samme metaanalyse, at fedme var forbundet med højere forekomst af tab af funktionsevne (ADL-disability). Da funktionsevnetab er en risikofaktor for død hos ældre, er denne lavere dødelighed hos ældre med BMI over 30 et paradoks. Fedme især hos ældre, der er relativt raske, viser sig at give en lavere dødelighed.

Det britiske ELSA-studie viste, at mens britiske midaldrende (under 70 år) med en BMI over 30 lever 6-7 år kortere end normalvægtige, så har 70+årige med BMI over 30 samme levetid som normalvægtige. De har til gengæld en kortere levetid uden tab af funktionsevne – ca. 1,5 år kortere for mænd og ca. 2,5 år for kvinder. Et spændende amerikansk studie viste, at den aldersafhængige ændring af sammenhængen mellem BMI og dødelighed var forskellige i yngre og ældre fødselsgenerationer, således at det mest var de seneste generationer af ældre med høj BMI, som havde en lavere dødelighed.

I et amerikansk studie fandtes, at der ikke var større forskel på restlevetiden for ældre uden fedme og uden slidgigt, ældre med fedme men uden slidgigt, ældre med slidgigt men uden fedme, og ældre med både fedme og slidgigt. Til gengæld var restlevetiden uden tab af funktionsevne, dvs. gode leveår, stærkt forkortet hos ældre med fedme og med slidgigt: 4 år kortere for mænd og 5 år kortere for kvinder.

Bernard Jeune er leder af Center for Aldringsforskning ved SDU. Har de sidste 15 år fokuseret sin forskning omkring aldring og det lange liv.

BJeune@health.sdu.dk

Referencer

1. Oeppen J, Vaupel JW. (2002). Broken limits to life expectancy. *Science*, 296:1029-1031.
2. Jeune B. (2005). De bagudslæbende danskere – fortsat lav middellevetid. *Gerontologi*, Nr.3:20.
3. Freedmann VA, Martin LG, Schoeni RF. (2002). Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States. A systematic review. *JAMA*, 288:3137-3146.
4. Crimmins EM. (2004). Trends in the health of the elderly. *Annu Rev Publ Health*, 25:79-98.
5. Manton KG, Xiliang G, Lamb VL. (2006). Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *PNAS*, 103:18374-18479.
6. Robine JM. (2006). Trends in population health. *Aging Clin Exp Res*, 18:349-351.
7. Parker MG, Thorslund M. (2007). Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *The Gerontologist*, 47:150-158.
8. Nusselder WJ, Peeters A. (2007). Successful aging: measuring the years lived with functional loss. *J Epidemiol Community Health*, 60:448-455.

Bekræftes fedmeepidemiens indflydelse på hhv. levetid og sund levetid, vil den uændrede restlevetid for flere ældre med funktionsevnetab p.g.a. fedme give stigende udgifter til pleje