

Sygdom og aldring

Det kan være vanskeligt at skelne mellem sygdomme og aldersforandringer, men det er én af udfordringerne for at give den rigtige behandling til aldrende mennesker

Det er ikke en sygdom at blive gammel. Men med stigende alder øges risikoen for en eller flere sygdomme. I dagligdagen mærker vi ikke meget til aldersforandringer, hvis vi undgår sygdom. Men udfordringen ligger i at kunne skelne, om små funktionsforandringer skyldes uundgåelige aldersforandringer, livsstil eller begyndende sygdom. Hvis man er lidt langsommere til at rejse sig og har stivhed i leddene - er det så udtryk for: Uundgåelige aldersforandringer, for lidt fysisk aktivitet eller fx slidgigt?

Der er stor variation i, hvordan vi ældes. Vi kender alle den 50-årige, der fremtræder svækket fysisk og kognitivt og den 80-årige, der måske nok er blevet lidt grå i toppen men fungerer med stor vitalitet og energi. Er det så ikke bare en konstruktion at opdele voksne i midaldrende og gamle, når det handler om sundhed og sygdom? For årsagerne til sygdomme er jo de samme hos ældre og yngre. Men med årene bliver vi mere

sårbare over for indre og ydre påvirkninger. Sårbarheden skyldes aldersforandringer i alle kroppens organer fra molekylniveau over celleniveau til sammensatte organfunktioner og livsstilspåvirkninger. Sygdomme er derfor hyppigere, har mere langtrukket forløb og får ofte større konsekvenser for funktionsevne hos ældre. Den øgede risiko for flere samtidige kroniske sygdomme (multimorbiditet) giver herudover specielle problemstillinger for den enkelte mht. at håndtere og leve med sygdom(me) i hverdagen.

Det er vigtigt, at det enkelte menneske deltager aktivt, når symptomer skal vurderes og håndteres samt får mulighed for inddragelse, når beslutninger om evt. undersøgelse og behandling skal tages. Tilsvarende skal sundhedsprofessionelle benytte viden, kommunikation og indlevelsessevne. Det er en af udfordringerne i samarbejdet mellem den ældre patient og sundhedsprofessionelle.

Udfordringer ved diagnostik og behandling

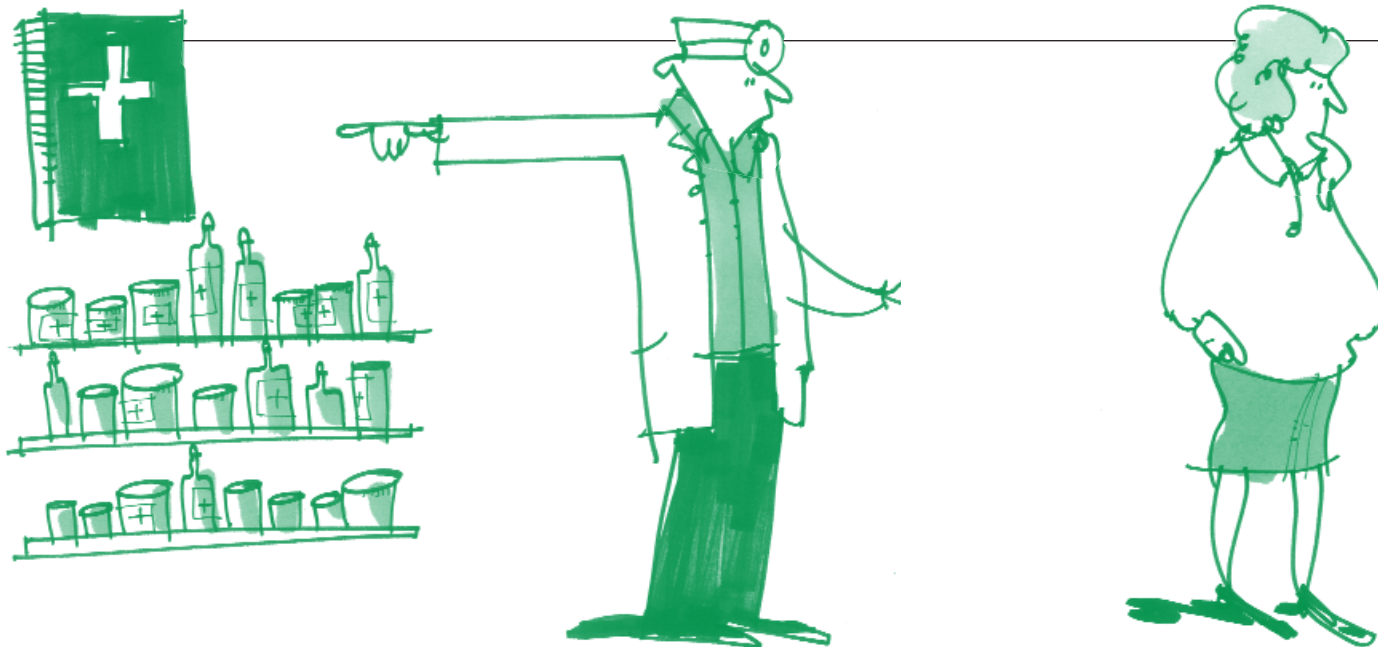
I de sidste 50 år er der sket en dramatisk udvikling inden for diagnostisk udredning og behandling, fordi de teknologiske og medikamentelle muligheder er blevet væsentligt forbedrede.

Avancerede undersøgelsesmetoder har medført en langt mere præcis diagnostik og dermed større mulighed for optimal og specifik behandling. Mere skånsomme operationsmetoder og bedøvelsesprincipper har medført, at mennesker i meget høj alder nu uden problemer kan opereres for fx slidgigt, grå stær etc. Medikamenteral behandling af fx hjertesygdom har medført, at flere overlever med ingen eller få gener. Der er ikke de store dilemmaer ved at håndtere akutte sygdomme som lungebetændelse hos i øvrigt velfungerende ældre. Men hos ældre med symptomer på flere kroniske sygdomme og i den sidste del af livet er der væsentlige fag-



FOTO: ANNE LEONORA BLAAKILDE

Udfordringen ligger i at kunne skelne, om små funktionsforandringer skyldes uundgåelige aldersforandringer, livsstil eller begyndende sygdom



Syg eller gammel?

lige udfordringer. Hvad er konsekvensen af en diagnostisk udredning? Hvad udsættes personen for af gener i forhold til mulig gavnlige effekt på funktionsevnen?

Under- og overbehandling

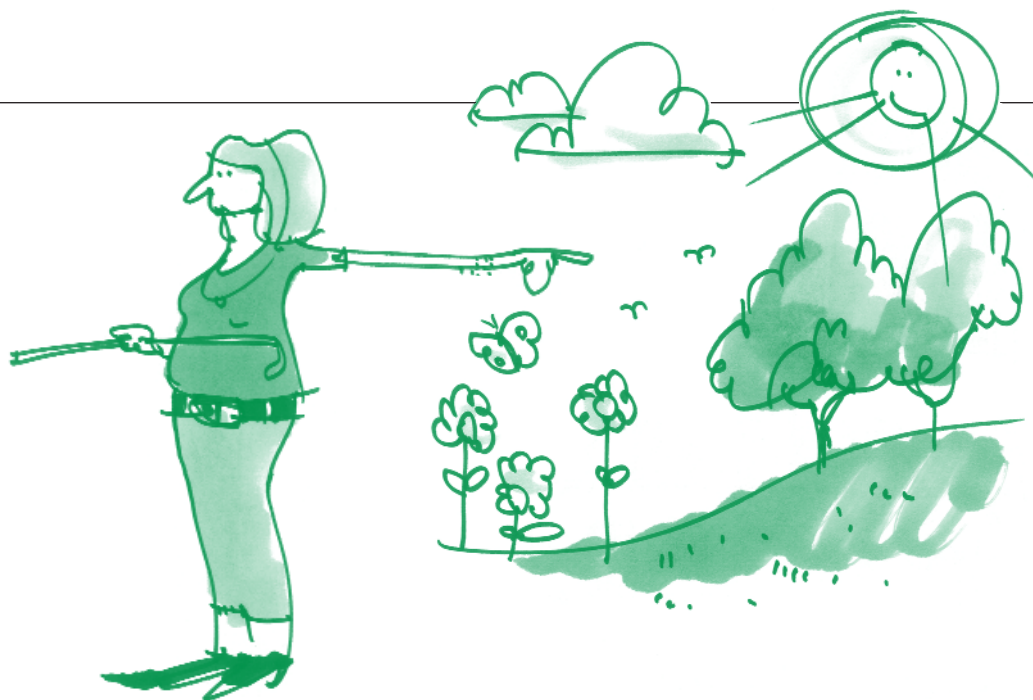
At identificere helbredsmæssige problemer, som kræver udredning og behandling, er et fagligt kerneområde i indsatsen i sundhedsvæsenet. Hvis ethvert symptom opfattes som udtryk for alder, underdiagnosticeres ældre. Opfattes alle symptomer som sygdomstegn, overdiagnosticeres lægen let. Balancen mellem disse to yderpunkter er essentiel i kontakten med ældre. Terapeutisk nihilisme pga. alder hører fortiden til. Ofte er ændret adfærd som f. x et fald eller træthed ved daglige aktiviteter. I stedet for blot at tilskrive forandringerne alderen, skal lægen vurdere årsagen og sammen med patienten tage stilling til udredning etc. Kendskab til den ældres funktionsevne før og aktuelt er en nødvendig forudsætning for planlægning af udredning og behandling. Det opnås kun ved samspil mellem læge og patient. Små helbredsforandringer skal få sundhedsprofessionelle til at tænke

og handle hurtigt. Selv om symptomer ikke er livstruende, kan få dage med inaktivitet få store funktionsmæssige konsekvenser. At forebygge tidligt funktionsevnetab (proaktiv indsats) er et nøgleord. Derfor bør f. eks. utilsigtet vægttab, kognitive symptomer, ændret fysisk funktionsevne og ønske om at modtage hjemmehjælp give anledning til overvejelser om grundig udredning og vurdering af behov for genoptræning.

Medikamentel behandling – et tvægget sværd

Aldrig har ældre haft så mange år med bevaret funktionsevne som nutidens ældre generation. Dette skyldes bl. a. moderne medikamentel behandling – ingen tvivl om det. Men med stigende alder nærmer vi os et tvægget sværd. Blandt 75+årige indtager 85 % mindst ét receptpligtigt lægemiddel, 60 % mindst 3, og mennesker der bor i plejeboliger, ofte 10-12 forskellige receptpligtige medikamenter. Det er en udfordring at vurdere, om medikamenterne er givet på den rette indikation, og om behandlingens længde revurderes løbende. Ingen medikamentel behandling bør iværksættes uden regelmæssigt at vurdere

effekt over for bivirkninger f. x muskelsvækkelse og seksuel dysfunktion. Det er naturligvis vigtigt, at ældre mennesker får relevant behandling, men tidsperspektivet for effekt skal inddrages over for forventet levetid. I hvor stor en del af et resterende liv vil man acceptere evt. bivirkninger i forhold til virkninger fra et medikament? Lægerne er gode til at ordinere medikamenter, men der mangler viden om konsekvenser af seponering (ophør) af en eller flere medikamenter. Når ca. 1/4 af alle ældre indtager antidepressiv behandling er der f. x behov for undersøgelser mht. konsekvenser af seponering. Forebyggende medikamenter er et centralt område for ældre og i samspillet med sundhedsvæsenets aktører. Forebyggende medikamenter, som fx statiner, antihypertensiva og antitrombotika, tilbydes ud fra en risikovurdering af den enkelte borger, hvor evidensen er baseret på undersøgelser på gruppeniveau og ikke altid inkluderende mennesker i høj alder. Inden påbegyndelse eller fortsættelse med forebyggende medikamenter er det derfor nødvendigt at vurdere den enkelte ældre patients risiko for udvikling af en given sygdom



overfor mulig effekt, og samtidig bør der vurderes risiko for bivirkninger og interaktioner med andre medikamenter samt overvejelser i et livstidsperspektiv. Der er indbygget en række udfordringer i denne problemstilling. Hvor længe skal behandling fortsætte?

Samordning af offentlig indsats

Ved en samordnet indsats er der tale om et udbygget samarbejde mellem praktiserende læge, kommunens hjemmepleje og regionens hospital. Et helt centralt område er, hvordan samarbejdet foregår mellem specialist- og generalistniveauet. Med flere kroniske sygdomme er der fx stor sandsynlighed for, at borgeren bliver behandlet ambulant i forskellige specialer på et eller flere hospitaler, og den praktiserende læge forventes at være "tovholder" på den samlede indsats. Der foregår meget lidt koordinering på tværs i behandlingsindsatsen fx mht. den medikamentelle behandling. Hvordan har den praktiserende læge, som i sundhedsaftalerne beskrives som tovholder, mulighed for at få overblik, hvis kommunikationen ikke er optimal? Det er en organisatorisk udfordring, som har betydning for kva-

litet og for patientens oplevelse af sammenhæng i sundhedsvæsenet. Det er et område, som bør forbedres i fremtiden. Der er heldigvis sket store forbedringer for ældre i Danmark. Men der er fortsat mange områder, hvor det halter, og hvor der er behov for forbedring. At få mennesker til mere aktivt at tage vare på eget helbred (uden sygeliggørelse), at få implementeret gerontologisk viden i daglig drift i kommuner og sundhedsvæsen samt håndtere den teknologiske og medikamentelle udvikling i et humanistisk og ressourcemæssigt perspektiv, er en kæmpe udfordring. Som udgangspunkt skal alle behandles lige, men med stigende alder og dermed øget risiko for flere samtidige sygdomme og påvirkning af funktionsevne, skal behandlingsindsatsen mere og mere baseres på individuelle overvejelser i et samspil mellem borger og behandler. Det er udfordringen og kunsten ved at samarbejde med ældre i sundhedsvæsenet, og det kræver kommunikation og viden såvel blandt ældre selv som blandt sundhedspersonale.

Med årene bliver vi mere sårbare over for indre og ydre påvirkninger. Sårbarheden skyldes aldersforandringer i alle kroppens organer fra molekylniveau over celledniveau til sammensatte organfunktioner og livsstilspåvirkninger. Hos ældre med symptomer på flere kroniske sygdomme og i den sidste del af livet er der væsentlige faglige udfordringer. Hvad er konsekvensen af en diagnostisk udredning? Hvad udsættes personen for af gener i forhold til mulig gavnlig effekt på funktionsevnen? Hvis ethvert symptom opfattes som udtryk for alder, underdiagnosticeres ældre. Opfattes alle symptomer som sygdomsteg, overdiagnosticeres lægen let. Balancen mellem disse to yderpunkter er essentiel i kontakten med ældre.

Carsten Hendriksen er overlæge, lektor, dr. med., Bispebjerg Hospital og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
cahen@sund.ku.dk