VIDENSKAB OG PRAKSIS | INTERNATIONAL FORSKNING

Flere ældre, men færre med funktionstab

Kirsten Damgaard Pedersen

Geriatriens kerneydelse er at forbedre funktionsevnen mest muligt hos svage ældre patienter. Det har populært været anført, at opgaven først og fremmest er at lægge liv til årene i højere grad end at lægge år til livet.

I 1980 introducerede *Fries* hypotesen om *compression of morbidity,* hvor han antog, at såfremt man kunne udskyde starttidspunktet for en reduceret funktionsevne i højere grad end at øge den forventede levetid, ville man kunne komprimere levetid med funktionstab og reducere det gennemsnitlige samlede funktionstab i hele livsforløbet (**Fig. 1**) [1].

I JAMA den 25.12.2002 følger *Fries* op på denne hypotese i en leder, der trækker linjen fra hans eget arbejde frem til *Freedman et al's* review i samme nummer af JAMA [2, 3].

Freedman et al har reviewet 16 artikler, der var udarbejdet på baggrund af otte studier omhandlende data fra 1982 til 1999 om selvvurderet funktionsbegrænsning fysisk, kognitivt og sensorisk hos ældre amerikanere. De studier, der blev vurderet til at være af acceptabel kvalitet, viste alle en reduktion i omfanget af færdighedstab i perioden, såvel for *activities of daily living* (ADL)- som for *instrumental activities of daily living* (IADL)-funktioner.

Det bedste studie med de nyeste data stammer fra National Long Term Care Suveyes (NLTCS) [4]. Dette studie har data fra 1982, 1989, 1994 og 1999 og omhandler 65+-årige, såvel institutionaliserede som ikkeinstitutionaliserede. Der var i perioden et fald i antallet af institutionaliserede fra 6,8% i 1982 til 4,2% i 1999. I hele perioden er antallet af ældre med funktionsbegrænsning faldet med 1,7% om året – isoleret set er reduktionen størst fra 1994 til 1999, hvor den var på 2,6% om året. Reduktionen har været størst blandt sorte ældre, hvor den fra 1994 til 1999 har været på 4% om året. Beregninger fra de involverede studier viser en mortalitetsreduktion på 1% om året samtidig med en reduktion i funktionsbegrænsning på 2%. Heraf sluttes, at der på nationalt plan er tale om kompression af sygeligheden.

Ifølge *Fries* er årsagerne hertil mindre gennemskuelige. Forbedringerne i livsstilsrisikofaktorer er ikke tilstrækkelige til at forklare forbedringerne. Antallet af svært overvægtige er steget, omfanget af motion er ikke ændret væsentligt, og reduktionen i cigaretrygning er ikke tilstrækkelig til at forklare hele ændringen. Screeningsprocedurer har ikke haft overbevisende effekt, og helbredsprogrammer har begrænset virkning. Det er vanskeligt at kvantificere effekten af forskellige helbredstiltag, såsom indsættelse af totale ledproteser, kataraktoperationer, behandling af hypertension, diabetes og hyperlipidæmi – behandlinger som i stigende grad, grundet dokumenteret effekt, også tilbydes ældre patienter.

Fries anfører, at forventninger om et bedre helbred, også hos de ældre, i sig selv kan have en selvopfyldende effekt. Dette sammenholdt med et bedre uddannelsesniveau, selvværd og troen på, at den enkelte har indflydelse på eget helbred, kan være medvirkende faktorer, men data til at understøtte denne antagelse mangler.

Alt i alt er der ikke fundet nogen tilstrækkelig forklaring på den konstaterede reduktion i omfanget af ældre med funktionsbegrænsning. Mere detaljerede multidisciplinære undersøgelser skønnes at være nødvendige, for at man kan belyse reduktionen i tilstrækkeligt omfang. Der er dog mange tiltag og undersøgelser på området. *Fries* nævner bl.a. et studie fra Pennsylvania, hvor man kunne vise en udskydelse af funktionsbegrænsning i 7,75 år hos ældre, der motionerede, havde normalt BMI og ikke røg, i forhold til jævnaldrende, der ikke motionerede, var svært overvægtige og røg. Den kumulerede funktionsbegrænsning i den samlede levetid var reduceret til en fjerdedel hos lavrisikogruppen i forhold til hos højrisikogruppen. I et kontrolleret studie kunne der påvises en udskydelse af funktionsbegrænsning på 12,8 år hos personer, der var ihærdige motionister.

Afslutningsvis fastslår *Fries*, at ældres helbred er et af de største medicinske problemer i de veludviklede lande og en af de største økonomiske byrder. I erkendelse heraf er der også kommet politisk bevågenhed på området, og helbredsprogrammer på ældreområdet er blevet præsenteret i Kongressen.

Fries' kurve fra 1980, som viser teorien om kompression af sygelighed, har også herhjemme igennem adskillige år dannet baggrunden for indsatsen for både raske og syge ældre og der-

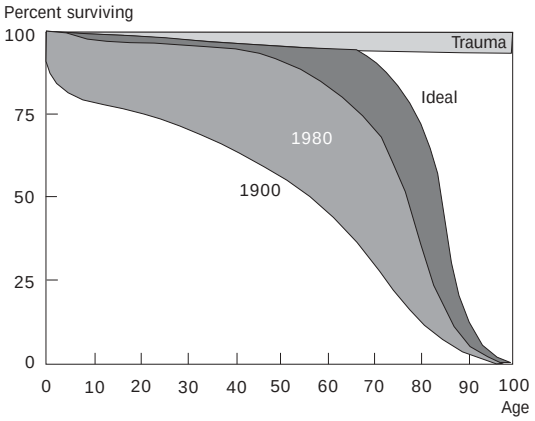

Fig. 1. The increaseingly Rectangular Survival Curve. About 80 per cent (grey area) of the difference between the 1900 curve and the ideal curve (grey area plus dark grey area) had been eliminated by 1980. Trauma is now the dominant cause of death in early life.

med både inden for primær og sekundær profylakse over for funktionsbegrænsninger hos ældre.

Relativt er problematikken i den refererede leder af *Fries* af samme omfang i Danmark som i USA, hvorfor det ville være yderst relevant også herhjemme at udarbejde et nationalt program for helbredsindsatsen over for ældrebefolkningen.

Når det gælder syge ældre, har Københavns Amt på forbilledlig vis udarbejdet en ældreplan i 2000. Hvad der er endnu vigtigere er, at man efterfølgende har nedsat en implementeringsgruppe, der skal følge op på anbefalingerne i ældreplanen inden for de store indsatsområder: geriatri, apopleksi, demens, osteoporose, collum femoris-frakturer og terminal pleje. Håbet er, at der også vil følge økonomiske resurser med til gennemførelse af anbefalingerne.

En tilsvarende national plan kombineret med en plan for primær profylakse i ældrebefolkningen er en nødvendighed for at imødegå den belastning af sundheds- og socialvæsenet, som den voksende ældrebefolkning vil medføre. Indtil videre har regeringen ret ensidigt satset på afskaffelse af ventelisterne, men man må håbe, at såvel folketings- som amtspolitikere har øje for denne væsentlige problematik og vil sætte tid og penge af til udarbejdelse og gennemførelse af en national ældreplan. Sideløbende bør *Fries'* anbefaling af multidisciplinære undersøgelser til belysning af, hvilke faktorer der er af afgørende betydning for den konstaterede *compression of morbidity*, følges op med danske undersøgelser til belysning heraf.

Amtssygehuset i Glostrup, Geriatrisk Afdeling B.

Litteratur

1. Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med 1980;303:130-5.
2. Fries JF. Reducing disability in older age. JAMA 2002;288:3164-6.
3. Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF. Resent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. JAMA 2002;288:3137-46.
4. Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and non-black population above age 65 from 1982 to 1999. Proc Natl Acad Sci U S A 2001;98:6354-9.
5. Hubert HB, Bloch DA, Oehlert JW et al. Lifestyle habits and compression of morbidity. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2002;57:M347-M351.

Et uafhængigt og troværdigt Ugeskrift – angivelse af interessekonflikter

Ugeskrift for Læger bestræber sig på uafhængigt og troværdigt at formidle resultater af dansk og international forskning. Det er derfor vigtigt, at redaktionen og læserne får kendskab til eventuelle egeninteresser eller andre interessekonflikter knyttet til indsendte manuskripter. Manuskriptvejledningen gør opmærksom på, at forfatterne skal oplyse om eventuelle interessekonflikter, men disse informationer er hidtil ikke videregivet til læserne. Det ønsker vi at ændre.

Fremover skal det fortsat tydeligt fremgå af den medsendte forfattererklæring om der er økonomiske eller andre interessekonflikter, men vi ønsker en evt. konflikt konkretiseret. Det vil sige, at hvis en af forfatterne inden for de sidste fem år har haft økonomisk tilknytning til en virksomhed eller organisation, som ville kunne tjene på offentliggørelsen af resultaterne af det aktuelle manuskript, skal det anføres i forfattererklæringen.

Det kunne dreje sig om følgende:

a) Modtaget forskningsmidler.
b) Modtaget midler til aflønning af medarbejder.
c) Modtaget honorar for at organisere uddannelse.
d) Modtaget honorar som konsulent eller ansat.
e) Ejer aktier.

Det konkrete forhold anføres f.eks.: NN har modtaget forskningsmidler og MM har modtaget honorar fra Pillelux A/S. Denne information vil blive trykt sammen med manuskriptet. Er der i forfattererklæringen intet anført trykkes følgende: *Interessekonflikter: Ingen angivet.*

Se Ugeskrift for Lægers manuskriptvejledning for Videnskab og praksis på www.ugeskriftet.dk

Ovenstående ændring vil gælde for manuskripter indsendt til redaktionen efter 1. september 2003.

Redaktionen