

Kan det betale sig at behandle gamle?

Dansk Selskab for Geriatri

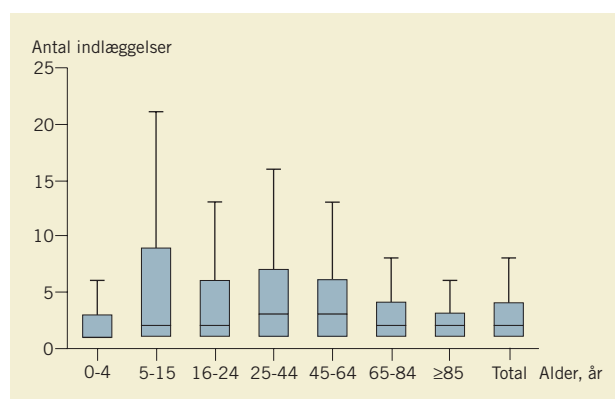
Overlæge Ellen Astrid Holm & overlæge Finn Rønholt Hansen

Ordet »ældrebyrde« er blevet populært og anvendes med be-
kymrede miner af politikere og planlæggere inden for sund-
hedsvæsenet. I de fleste lande øges middellevetiden da også,
samtidig med at vi ved, at antallet af sygdomme stiger med al-
deren. 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 levealde-
ren, der øges. At også den sygdomsfri levetid bliver længere
på grund af bedre levestandard, øget viden om levevilkårs og
livsstilsfaktorer indflydelse på sygelighed og et bedre sund-
hedsvæsen. I så fald er bekymringen måske ikke bare overflø-
dig, men direkte forkert og vildledende. Nogle undersøgelser
tyder på, at det forholder sig sådan.

En stor del af bekymringen drejer sig om anvendelse af
hospitalsressurser. Dette spørgsmål er belyst i et retrospektivt
kohortestudie af *Dixon et al* [1].

Dixon undersøgte antallet af hospitalsindlæggelser og antal
sengedage 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



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

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 syg-
domme, ligesom gamle mennesker generelt indlægges med
sygdomme, som er mindre kostbare at behandle end de syg-
domme, 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 dø-
den, der koster (og den skal vi jo alle igennem før eller siden).

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 ge-
vinst ved at behandle gamle mennesker ofte stor. Ved profyl-
aktisk behandling med f.eks. 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 behand-
ling, at gamle mennesker kan leve uden unødvendige smerter
og funktionsindskrænkninger. Det gælder f.eks. osteoartrose,
høre- og synsnedsettelse, depression og meget andet.

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 hold-
ning 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 »eksport-
teres« til den sociale sektor. En eksport, som vil blive kostbar,
menneskeligt såvel som økonomisk.

Hvis vi omvendt behandler alle, så godt vi kan, uden ske-
len til kronologisk alder, kan »ældrebyrden« måske også på
længere sigt vise sig at være en resurse.

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

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

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