

BLIVER ÆLDRE YNGRE?

Marianne Schroll

Hvad er det for helbredsmæssige forhold, der karakteriserer de ældre?

Når det drejer sig om at få en vellykket alderdom er den kronologiske alder ret underordnet, men helbredet afgørende. Helbredet med alderen er bestemt af måden den enkelte har levet sit liv på. Funktionsevnen er et simpelt mål for den samlede helbredspåvirkning af livsvilkår og unkladelses-synder med tilhørende skavanker og sygdomsfølger.

Gruppen af ældre har et lavere funktionsniveau end gruppen af yngre, men de har samme mulighed for funktionsforbedring (procentvis) ved øvelse/træning.

Der tages udgangspunkt i vedlagte *Figur 1*, som illustrerer sammenhængen mellem alder, sygdom og funktion igennem livsløbet. Begrebet "helbred" bliver konkret og målbart, når det sættes lig FUNKTION. Man har et godt helbred, når man fungerer godt i dagligdagen – og når man kan klare sig under spidsbelastninger. Den samlede funktionsevne opdeles naturligt i

- en fysisk funktion – rejse sig, stå, gå, række efter, se, høre; og
- en psykisk funktion, som igen underopdeles i
 - den intellektuelle – orientere sig, huske, beslutte, og
 - den emotionelle – holde humøret oppe og undgå angst.

Funktionsevnen ændrer sig over LIVSLØBET som led i ALDRING og SYGDOM i celler og organer under påvirkning af "slid" (belastninger fra miljøet) og "rust" (manglende brug).

ALDRING: I ungdommen er reservekapaciteten inden for de enkelte funktionsområder betydelig. Den uundgåelige aldring er styret af DNA-molekylernes arvmasse. Gradvist mindskes cellernes evne til produktion af vigtige proteinstoffer og dermed enzymer og hormoner. Funktionsevnen i de enkelte organer reduceres med ca 1% om året fra vækstens ophør, men individuelt meget forskelligt afhængigt af arvemæssige forudsætninger og livsbetingelser og livsstil. (Esther Møller: "Man fødes som kopier og dør som originaler"). Med alderen tærer man altså på reserverne, men de enkelte organers funktioner kan udmærket leve op til dagligdagens krav.

Men samtidig mindskes den samlede organismes evne til at styre komplicerede processer i hjerte-karsystem og nerve-hormonsystem. Vi opfatter senere, når noget er galt med livsvigtige processer i organismen, reparationerne sætter langsommere og mere upræcist ind. Gamle mennesker er derfor dårligere til at tilpasse sig hedeølge eller kulde og genopretter ikke fuldstændigt vægttab eller udtørring. Det betyder, at man trods høj alder kan klare dagligdagen ubesværet, men må hjælpes gennem mere belastende situationer som operation, flytning og tab af nærtstående.

DEN UUNDGÆLIGE ALDRING BETYDER MEGET LIDT FOR HELBREDET (FUNKTIONSEVNEN) INDTIL omkring 90-ÅRS ALDER.

Det tidspunkt, hvor kravene overstiger funktionsevnen (kræfterne), kan udsættes, når livsbetingelserne er gunstige og den enkeltes livsstil begunstigende: Livslang fysisk aktivitet, undgåelse af overvægt og højt blodtryk, kost med lavt indhold af animalsk fedt, ikke-rygning, moderat alkoholforbrug, god uddannelse, godt socialt netværk og passende omfang af social aktivitet.

LIVSLANGT SLID OG RUST NEDSÆTTER FUNKTIONSEVNEN MÆRKBART

SYGDOM: Hos de fleste danskere indtræder de sygdomme, vi svækkes og dør af gradvist. Livslang påvirkning af netop "slid" og "rust" fører til tidligere indsættende sygdomsprocesser (*kronisk degenerative sygdomme som åreforkalkning, knogleskørhed, Alzheimers demens*) men symptomerne kommer ofte pludseligt og voldsommere, når komplikationer indtræder (slagtilfælde, hoftebrud, delir) Disse manifestationer kan i nogen grad behandles og funktionstilstanden føres tilbage til det for alderen almindelige, men det bliver sværere jo flere sygdomme og jo flere tilfælde, der har været tale om. DET ER SYGDOM DER FOR ALVOR ÆNDRER FUNKTIONSEVNEN.

De råd og den hjælp der skal sættes ind, er stort set den samme til unge og ældre, men meget forskellig afhængigt af om den rettes mod raske, syge uden funktionstab eller mennesker, der som led i alder og sygdom har lidt funktionstab. Man har derfor indført betegnelsen *vellykket aldring*, som udtryk for funktionsevnen hos de ældre mennesker (ca 1/3), for hvem det er lykkedes at vedligeholde – eller måske forbedre – færdighederne med årene. Samtidig anvendes så betegnelsen *sædvanlig aldring* som udtryk for det gennemsnitlige funktionsniveau. Bag gennemsnitstallene skjuler sig selvsagt også individer med visse skavanker, som påvirker funktionsniveauet. Personer der er blevet gamle før tiden karakteriseres ved *fremskyndet aldring*. Årsagen må søges i manglende vedligeholdelse og følger af almindeligt forekommende sygdomme. De fører til problemer som må løses i social- og sundhedsvæsenet (ca 20%).

ÆLDRE PÅ ARBEJDSMARKEDET

Helbredet ændrer sig altså individuelt forskelligt over livsløbet, men visse *gennemsnitlige* funktionsændringer kan konstateres: Syn og hørelse, muskelstyrke og reaktionshastighed ændres betydeligt. Ændringerne skyldes såvel uundgåelige aldersforandringer som manglende aktivitet og sygdom. Det er dog kun i ganske enkelte erhverv at ændringerne fx ved 60 års alder har nogen betydning (piloter). Ændringen i arbejdskapacitet og muskelstyrke betyder meget for ufaglærte arbejdere, men problemet er afhjulpet ved efterlønsreformen. Intellektuelle og personlighedsmæssige ændringer optræder senere - og kan være af både positiv og negativ karakter pga hjernens udstrakte evne til at kompensere.

For de fleste job er der således ingen medicinske argumenter for generelt at betragte ældre som svage.

DET ER REN OG SKÆR ALDERISME, AT DISKRIMINERE 45+ ÅRIGE I ANSÆTTELSES-SITUATIONER, ELLER FYRE UFORHOLDSMÆSSIGT MANGE AF DE ÆLDRE, NÅR PRIVATE OG OFFENTLIGE(!) VIRKSOMHEDER SKÆRER NED.

INDSATS

Inden for alle tre grupper (vellykket, sædvanligt og fremskyndet aldrende) er det muligt at undgå forværring i tilstanden ved sideløbende

- sundhedsfremme (af raske funktioner),
- grundig sygdomsudredning og behandling/behandlingsjustering af alle skavanker og funktionsvedligeholdelse/forbedring gennem træning.

Hvis funktionsevnen efter sygdom ikke kan genoprettes helt, bliver tilpasning af sociale hjælpeforanstaltninger nødvendig

Indsatsen kræver, at hver enkelt menneske der har problemer med at få funktionsevne og sociale rammer til at nå sammen, bliver hørt. Derved bliver løsningen på problemer vedrørende nyopståede plejehov *unikke* – skræddersyet efter den enkeltes egen måde at fremlægge problemerne på. Særlige problemer er der, når ”mestring af sygdom” næsten destrueres af demens.

Figur 2: Den umulige trekant: Trekanten forbinder tre faktorer, der er afgørende for aldringen: Helbred/funktionsevne, psykiske ressourcer og sociale rammer. Faktorerne er indbyrdes meget afhængige af hinanden. Det forvredne perspektiv antyder, at hvis man hæfter sig ved fx præcis udmåling af sociale hjælpeforanstaltninger i forhold til et givet behov, kan løsningen muligvis ikke accepteres af den det drejer sig om.

Bliver ældre yngre?

Et fødselskuld (”en kohorte”) har fælles erfaringer i bagagen, der bæres gennem livet. Forskellig miljøpåvirkning af forskellige fødselskuld kan influere forskelligt på alderssvækkelsen. Personer født i 1897, 1914 og i 1936 fx vil have oplevet verdenskrigene, den økonomiske depression i trediverne og tressernes materialisme på forskellige alderstrin – som barn, voksen og pensionist. De spor, kriser og velfærd sætter hos mennesker, vil derfor blive forskellige i de tre fødselskuld. Levevaner, blodprøveresultater og sygelighed vil på grund af tidsalder-påvirkningen blive forskellig blandt 70-årige undersøgt i 1967, 1984 og 2006. Det er vist i forbindelse med Befolkningsundersøgelserne i Glostrup.

Vi ved derfor, at de yngre kohorters kvinder har lavere risikofaktorniveau hvad angår hjertekar-sygdomme og faktisk undgår de 1/3 af forrige fødselskuldets blodpropper. De har en bedre skoleuddannelse og dermed

erhvervsuddannelse af betydning for deres "IQ". De ryger imidlertid mere og har større risiko for knogleskørhed og ryge-relaterede sygdomme.

ÆLDRE BLIVER YNGRE

De fleste pensionister møder altså alderdommen bedre rustede til at modstå dens belastninger og denne tendens vil sikkert fortsætte (50-årige kvinder nu er også raskere end 50-årige tidligere).

DERFOR VIL VI KOMME TIL AT LEVE LÆNGERE

Man kan opfatte dette som et tidevand, der løfter alle skibe i søen – men også vrage på bunden. Med ny teknologi holder vi også dårlige liv i live. I "1/3 samfundet" er der fortsat mange uuddannede, arbejdsløse, uden partner, der livet igennem lever en belastende tilværelse og bliver gamle som "fremskyndet aldrende". Denne gruppe af svækkede ældre sammen med de meget gamle meget svage ældre, vi kan forvente, når gennemsnitsalderen stiger, vil føre til EN POLARISERING af ældrebilledet: Mange yngre, raskere end nu, og enkelte stærkt svækkede.

NY STRATEGI?

Har samfundet råd til den ældrepleje som de ældre vil have?

Flere gamle mennesker betyder øgede plejebyrder.

Historisk har vi reageret på stigende plejebehov i befolkningen således:

- Da ældrebefolkningen fordobledes efter 2. verdenskrig, byggede alle kommuner alderdomshjem - ressourcetilførsel uden styring.
- Fra ca. 1970'erne: uændret ressourcetilførsel trods stigende ældrebefolkning, men styring i form af nøje tildeling af hjælp ud fra behovsvurdering
- Når babyboomet fra 2. verdenskrig bliver gamle i dette århundrede er den eneste udvej at stille spørgsmål til om plejebehovet nødvendigvis skal øges som en direkte funktion af øgningen af antallet af ældre. Hvert eneste ældre menneskes funktionsevne kan forbedres og plejebehovet derved mindskes ved individuelt målrettet sundhedsfremme, behandling og træning.

Når gamle mennesker funktionsmæssigt "taber højde", kan vi i social- og sundhedsvæsenet ikke længere tillade os, at "tilskrive det alderen". VI HAR PLIGT TIL AT UNDRE OS. Vi kan ikke klare os med symptombehandling eller lappeløsninger, "hvor vi blot i bedste mening ruller hjælpemidler ind" i takt med at plejebehovet stiger. Forværring kan forebygges på ethvert trin. Der er evidens for, at *geriatrisk rehabilitering* nedsætter plejebehovet.

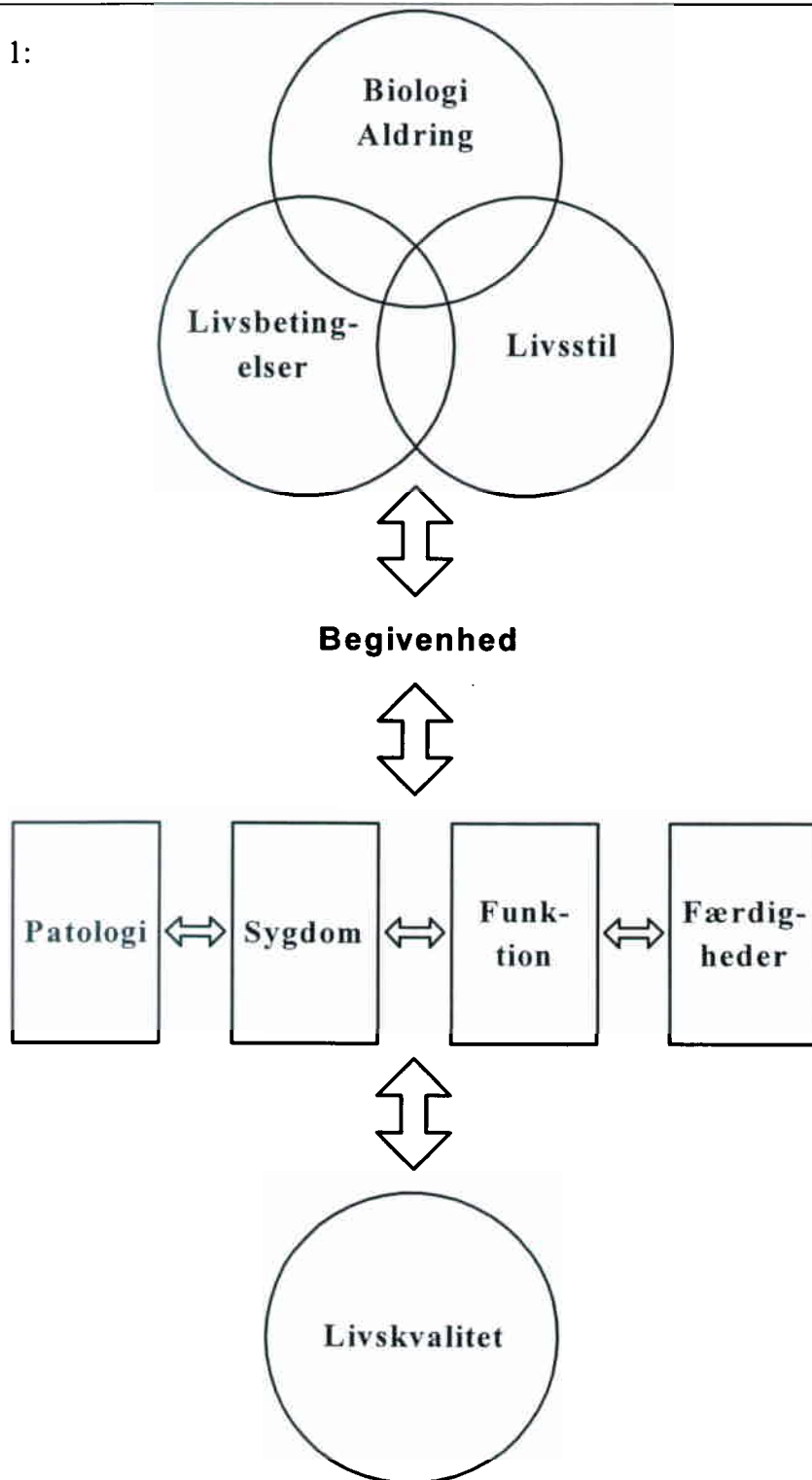
DERFOR MÅ ALLE GAMLE, SOM PGA FUNKTIONSTAB KOMMER TIL DET OFFENTLIGE SOCIAL- OG SUNDHEDSVÆSENS KENDSKAB, HAVE TILBUD OM SIDELØBENDE UDREDNING AF ALLE DE PROBLEMER, DER KAN HAVE FØRT TIL FUNKTIONSTABET, BEHANDLING AF DE BEHANDLELIGE PROBLEMER, INCL. TILBUD OM NØDVENDIG HØJTEKNOLOGI, TRÆNING AF DE TRÆNERBARE, OG INDIVIDUALISERET HJÆLP TIL RESTEN. Dette er en specialiseret tværfaglig og tværsektoriel opgave, som kræver ressourcer, men det er cost-effektivt.

Marianne Schroll, 04.01.42, 4 børn, 6 børnebørn.

Læge 1968, Specialist i intern medicin og geriatri, Klinikchef H:S Bispebjerg Hospital Geriatrisk Klinik, Medicinsk Center. Dr med 1982 på en afhandling om 1914-fødselskudet i Glostrup, nu fulgt fra 50 til 85 års alder. Professor ved Københavns Universitet 1991 Epidemiologisk og klinisk forskning vedrørende aldring og ældres sygdomme med hovedvægt på forebyggelse og behandling af funktionsbegrænsninger (immobilitet, instabilitet, kognitive og emotionelle forandringer) og betydningen af kost og motion/træning herfor. Formand for Det Tværministerielle Udvalg for anvendt ældreforskning (TVÆRS) medlem af the Expert Advisory Group for the key action, Ageing, i Quality of Life delen af, EU kommissionens 5te biomedicinske rammeprogram.*

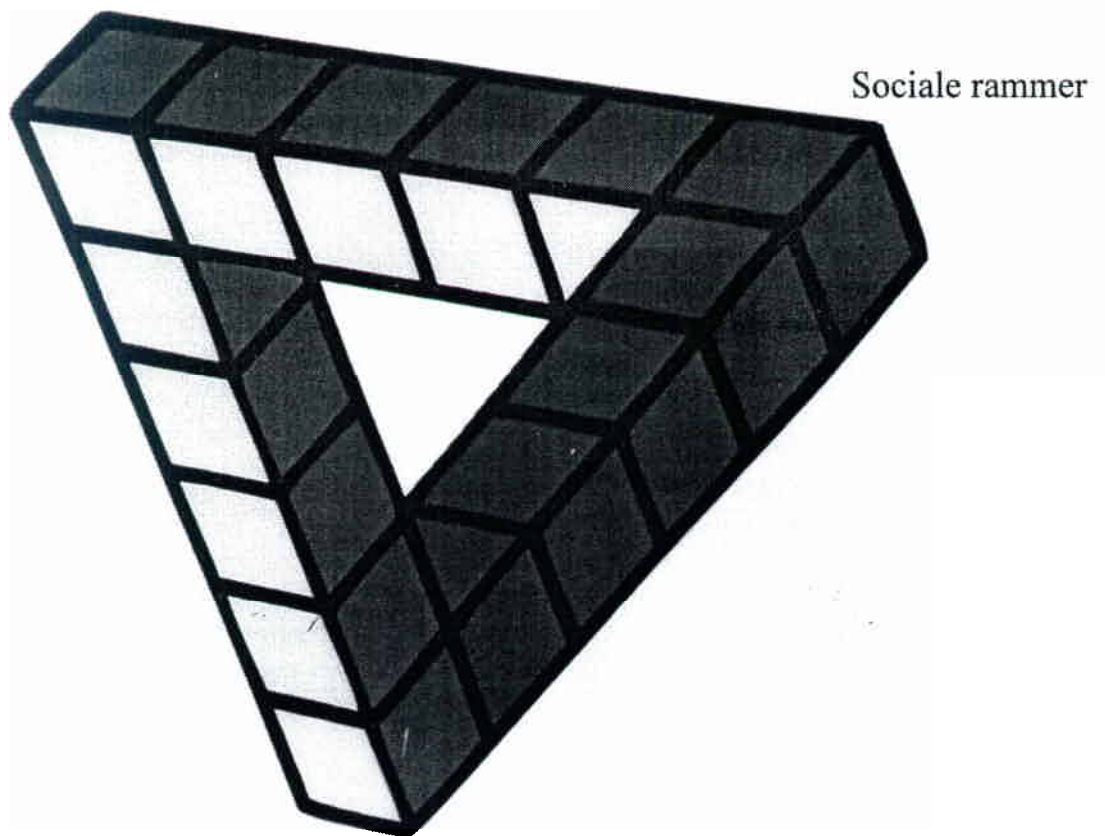
- *"Et slag for alderen - med forskning og handling" Forskningsministeriets rapport 1996 og "Viden om aldring – veje til handling" en antologi, der gør status over ældreforskningens resultater i form af modeller der kan pege mod praktisk anvendelse, redigeret af Henning Kirk og Marianne Schroll, Munksgaard 1998*

Figur 1:



Figur 2:

Psykiske ressourcer



Helbred/funktion