



Ny viden og gamle fordomme om ældre

Udgivet af ÆldreForum, marts 1997, Design: DanChristensenDesign, Fotos: ©Bulls og ZEFA, P. Barton, IFOT, Tryk: ROTA-ROTA, København

ISBN: 87-90651-00-6

Indhold

Lille ordliste	3
Forord	4
Ældrebefolkningen i tal	5
Forskning på aldrings- og ældreområdet - hvorfor er den så vigtig ?	7
De biologiske aldersforandringer	7
Aldring og hukommelse - myter og viden	8
Aldring, livsvilkår, livsstil og sygdom	9
Demens - forkalkningsmyten og lys i mørket?	9
Forebyggelse	10
ÆldreForums medlemmer	12
De seks ældreforskere	13
ÆldreForums sekretariat	13

Lille ordliste

<u>Alderdom:</u>	det livsafsnit hvor man er ældre
<u>Biologisk aldring:</u>	de processer i menneskelige arveanlæg, celler, væv, organer og i hele menneskekroppen som afspejler en fremadskridende ubalance mellem lokale beskadigelser af kroppens mindste eller større bestanddele og de lokale reparationer som kroppens egne celler udfører.
<u>Gerontologi:</u>	læren og videnskaben om aldringsprocesserne.
<u>Geriatrici:</u>	læren om de aldersbestemte og alderspåvirkelige sygdomme, undersøgelse, behandling, rehabilitering og forebyggelse.
<u>Demens:</u>	en erhvervet svækkelse af forstandsfunktionerne og mindst én anden hjernefunktion, fx. på følelseslivets område, der har bestået mere end 6 måneder.
<u>Mestringsevne:</u>	evne til at håndtere forandringer i livet.

Forord

Viden er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig forudsætning for at skabe og udbygge et samfund, der som det danske er baseret på ligeværd, gensidig respekt og selvbestemmelse. Uden kendskab til foreliggende viden fyldes tomrummet let med overleveringer og fordomme, og herved fastholdes skævheder i menneskesyn og sociale ordninger.

Ældreområdet er et godt eksempel på fordommes eksistens og dermed ny videns nødvendighed. Derfor besluttede ÆldreForum på sit første møde at skabe kontakt til danske forskere på det sundhedsvidenskabelige ældreområde for at medvirke til at videregive ny viden, hvor den findes.

ÆldreForum erkender, at der er anden vigtig forskning på ældreområdet end den sundhedsvidenskabelige, og at end ikke den sidste er dækket udtømmende ved ÆldreForums første kontakt med ældreforskningen.

Alligevel har vi ment, at den foreliggende informationspjece kan være nyttig for mange, der har med ældre at gøre.

Her tænkes på politikere og andre beslutningstagere, ansatte i amter, kommuner, Folkekirken og andre trossamfund, organisationer, ministerier, samt ældreråd, medier mfl.

ÆldreForum gør med denne pjece især opmærksom på den meget store variation, som ældrebefolkningen rummer med hensyn til helbred, funktionsevne, personlige egenskaber, personlighed, behov etc., og på vigtigheden af at være opmærksom på disse forskelle ved planlægning og iværksættelse af initiativer - for den enkelte ældre og for hele gruppen af ældre.

ÆldreForum takker de andetsteds nævnte ældreforskere for deres beredvillige samarbejde og blandt disse institutleder, dr.med. Henning Kirk, der sammen med undertegnede og ÆldreForums sekretariat har redigeret pjecen.

Povl Riis, Formand
Marts 1997

Ældrebefolkningen i tal

Flere ældre i fremtiden

I Danmark bor der i dag ca. 1 million personer over 60 år svarende til ca. 20 pct. af den samlede befolkning. I år 2020 vil ældrebefolkningen være vokset til ca. 1,3 millioner og udgøre ca. 24 pct. af den samlede befolkning.

I Europa udgør ældrebefolkningen ca. 19 pct. af den samlede befolkning, men denne vil i år 2020 være vokset til 24 pct. Der er dog stor variation i befolkningens aldersfordeling i de enkelte lande.

På verdensplan er der i alt 540 millioner ældre og heraf bor 210 millioner i de industrialiserede lande. I år 2020 vil den samlede ældrebefolkning være vokset til over 1000 millioner, og heraf vil 290 millioner bo i de industrialiserede lande. Ældrebefolkningen vokser altså langt hurtigere i udviklingslandene end i de industrialiserede lande.

Ældrebefolkningens vækst skyldes bl.a., at flere og flere mennesker lever længere.

I 1950 var levetidsudsigten i Danmark 70 år for mænd og 73 år for kvinder. I 1993 var disse tal steget til 73 år for mænd og 78 år for kvinder.

Selvom den danske middellevealder er steget støt, er det gået endnu hurtigere i en række af de lande, som vi normalt sammenligner os med. Danske drenge og piger var i 1970 på henholdsvis en 5. og 8. plads i en sammenligning af levetidsudsigterne i 23 OECD-lande. I 1990 var vi blevet overhalet af en række lande, således at danske drenge nu var på en 18. plads og pigerne på en 21. plads.

Ældres indkomster

I Danmark modtager størstedelen af ældrebefolkningen over 60 år offentlig pension eller efterløn. Af den ca. ene million danskere i denne aldersgruppe modtager ca. 700.000 folkepension, ca. 100.000 førtidspension, godt 120.000 efterløn, godt 5.000 delpension, og knap 1.000 deafterløn. Knap 160.000 personer er fortsat tilknyttet arbejdsmarkedet.

De fleste ældre klarer sig uden hjemmehjælp

Omkring 160.000 personer over 67 år modtager varig hjemmehjælp, svarende til knap 23 pct. af alle personer i denne aldersgruppe.

Inden for ældregruppen er det især de ældste, der modtager varig hjemmehjælp: i aldersgruppen fra 80 år og derover modtager 45 pct. denne form for hjælp, mens det tilsvarende tal for aldersgruppen 67-79 år er ca. 13 pct.

De fleste ældre bor i egen bolig

Kun ca. 60.000 personer over 60 år bor i særlige boliger, fordelt med 33.000 i plejehjem, knap 5.000 i beskyttede boliger og omkring 20.000 i ældreboliger.

Langt fra alle ældre bliver demente

Ud fra undersøgelser af udvalgte dele af ældrebefolkningen skønnes det, at 3-5 pct. af ældre, der er fyldt 65 år, har symptomer på svær demens, og at 10-15 pct. har symptomer på lettere eller middelsvær demens.

Forskning på aldrings- og ældreområdet - hvorfor er den så vigtig?

Hvad sker der med alderen? Hvad betyder alderen i sig selv, og hvilken rolle spiller sygdom, handicap, arbejdsophør, tab af ægtefælle osv. for, hvordan man har det i alderdommen. Disse sammenhænge forsøger ældreforskningen (gerontologien) at udrede – lige fra studiet af aldersforandringer i kroppens celler til studier af boligforhold, økonomi og kulturelle forhold.

Forskningen viser, at der er langt flere muligheder for at forebygge sygdom og svækkelse i alderdommen, end man tidligere har vidst. Stadig flere ældre kan leve længere – og leve et aktivt liv med et godt helbred. Alligevel er der fortsat mange ældre med sygdomsproblemer, fx sygdomme som følge af slid, syns- og høreproblemer eller demens. Forskningen forsøger at finde årsagerne og skabe forbedrede muligheder for behandling, genoptræning og forebyggelse.

Ældreforskningen støder imidlertid på flere problemer. En væsentlig hindring er de stadigvæk udbredte negative holdninger og forventninger til alderdommens muligheder – også blandt de ældre selv. Disse årsager har rødder langt tilbage i vores kulturhistorie.

Sådanne holdninger udforskes også, og der gøres meget herhjemme og internationalt for at anvende eksisterende forskningsresultater på ældreområdet til fx at påvirke holdninger.

De biologiske aldersforandringer

At der i dag er langt flere meget gamle end tidligere, skyldes først og fremmest en faldende dødelighed ved sygdom – i alle aldersgrupper. Det er således ikke ændringer i arvemassen hos mennesket, der forklarer denne udvikling.

Væksten i menneskets gennemsnitlige levetid begyndte for 200 år siden og har især taget til i dette århundrede, hvor det blev muligt at bekæmpe infektionssygdommene. De allerseneste år er der yderligere sket et fald i hyppigheden af hjerte-karsygdomme. Derfor opnår flere og flere ikke blot at leve til pensionsalderen, men varigheden af den tredje alder bliver også længere for flere og flere mennesker. Hvor der således

ved århundredeskiftet kun var enkelte, der nåede at blive 100 år, sker det i dag for 200-300 pr. år.

I dag ved vi en del om de biologiske aldringsprocesser, som kan måles i kroppens mindste dele, i molekylerne og cellerne. Ændringer her betyder, at man efter 35-årsalderen langsomt, men gradvis bliver dårligere i stand til at reparere og vedligeholde kroppens organer og de væv, de består af. Denne udvikling ses især i kroppens overordnede kontrolsystemer, hvorfor døden hos meget gamle mennesker netop ofte skyldes svigt i disse kontrolsystemer, fx i det såkaldte stress-beredskab, der er den legemlige alarmtilstand, som indtræder, når helbredet trues alvorligt, og som påvirker kroppens ligevægt så meget, at selv mindre sygdomme kan blive livstruende.

Da kroppens sårbarhed og styrke ændres allerede efter 35-års-alderen, er det vigtigt at gøre en indsats for at mindske disse aldringsprocesser ved at træne og vedligeholde kroppen. Træning og vedligeholdelse kan medvirke til, at tabet af funktionsevne ikke bliver så stort som uden denne indsats. Det har fx vist sig, at muskelstyrken kan trænes og vedligeholdes helt op i 90-årsalderen. Træningen mindsker også sårbarheden over for en lang række sygdomme.

Aldring og hukommelse – myter og viden

Der eksisterer mange myter om, hvad der sker med hukommelsen med alderen. Ældreforskningen kan nok bekræfte, at alderen gør os lidt langsommere, når nyt stof skal indlæres. Men samtidig viser forskningsresultater, at hjernens kapacitet er rigelig stor til, at der hele livet igennem kan lagres ny viden. De væsentligste hindringer for indlæring og en velfungerende hukommelse er dermed ikke alderen som sådan, men sygdom, samt manglende træning og vedligeholdelse.

I det praktiske liv betyder den lidt langsommere indlæring ikke så meget, blandt andet fordi man med alderen kan forbedre evnen til at håndtere den viden, man har brug for. Nogle ældre klager over, at de er blevet glemsomme med alderen, fx klager mange over vanskeligheder med at huske navne. Glemsomhed kan hænge sammen med "rust", som skyldes, at man ikke får frisket sporene i hjernen op ved daglig brug.

Ligesom for kroppens vedkommende er det vigtigt, at hjernen bruges, dvs. at der stilles opgaver til den. Hvis ingen har brug for ens viden, kan den vanskeligt vedligeholdes. Der findes en række teknikker, som kan støtte hukommelsen i det daglige: Først og fremmest er repetition vigtig - den opnår man som regel ved at bruge sin hukommelse, men man kan også bruge særlige "tricks", fx øge

indlæringsevnen ved at forbedre sin koncentration, man kan koble stoffet til anden viden gennem “hukommelseskkanaler”, dvs. andre ord (stikord), billeder, lyde (musik), bevægelser, og bruge huskesedler. Man kan også forsøge at gå tilbage til udgangspunktet for en tanke- eller handlingsrække.

Der er også andre forklaringer på vanskeligheder med at huske end “rust”. Ud over sygdom og manglende hukommelsestræning kan forklaringen være, at man præsenteres for flere og flere navne livet igennem, hvilket stiller større krav til bogholderiet. Men en vigtig forklaring er også, at mange ældre har for små forventninger til egen hukommelse – en selvopfyldende profeti træder så i funktion!

Aldring, livsvilkår, livsstil og sygdom

De biologiske aldringsprocesser påvirker reservekapaciteten i kroppens organer og deres funktioner. Med alderen fører samme sygdomsgrad derfor hyppigere til svækkelse end tidligere i livet, og tilsvarende vokser risikoen for, at også funktionsevnen forringes. Sårbarheden tiltager således med alderen, men denne sårbarhed er alligevel relativ: individuelle faktorer og forhold i omgivelserne har stor betydning. Ældreforskningen har de senere år beskæftiget sig meget med disse sammenhænge.

Den øgede sårbarhed viser sig ved, at der udvikles sygdom, svækkelse og funktionstab, når kroppen udsættes for “slid” ved gentagne overbelastninger. Men manglende brug af kroppen giver også problemer. Man skal således være opmærksom på både “slid” og “rust”. Derfor er det også vigtigt at erkende forudsætningerne for vellykket behandling og genoptræning efter sygdom. Helbredet og funktionsevnen kan ikke ses isoleret fra på den ene side psykiske faktorer, dvs. personlige egenskaber og mestringssevner, og på den anden side sociale faktorer, dvs. påvirkninger fra omgivelserne.

De færreste sygdomsproblemer i alderdommen er livsvarige. De fleste er midlertidige, men kan blive vedvarende, hvis korrekt behandling sætter ind for sent. I for mange tilfælde begynder behandlingen for sent, især når det gælder de ældste personer. Her kan problemet dog være, at der hos den samme person optræder flere sygdomme samtidig, så sårbarheden øges. Geriatriens formål er at tage sig af sådanne sygdoms- og behandlingsproblemer.

Demens – forkalkningsmyten og lys i mørket?

Det er ikke ualmindeligt, at gamle mennesker omtaler sig selv som “forkalkede”, hvis det kniber med hukommelsen. Det skyldes, at man for hundrede år siden mente, at åreforkalkning var et centralt led i aldringen. Åreforkalkning er ganske vist stadig udbredt herhjemme, men hyppigheden er begyndt at aftage. Og hjernen som sådan bliver ikke “forkalket”, når man bliver gammel. At “forkalkningsmyten” hænger ved, kan måske forklares ved at åreforkalkning kan føre til demenssygdom, hvis der afsættes mange blodpropper i hjernen.

Demens er ikke et normalt aldersfænomen, men skyldes først og fremmest demenssygdom, dvs. sygdom i hjernen. Andre sygdomme kan også give symptomer, der kan forveksles med demens, fx depression, stofskiftesygdomme og vitaminmangel. Nogle lægemidler kan også medføre bivirkninger, der ligner symptomer på demens. Man regner med, at 3-5 pct. af ældrebefolkningen over 65 år lider af demenssygdom i svær grad, oftest på grund af Alzheimers sygdom eller følger efter blodpropper i hjernen. Hertil kommer måske omkring 10 pct. der har lettere demenssymptomer, som evt. kan vise sig at være indledningen til en senere svær demens. Risikoen for demens øges med alderen, men selv hos personer over 90 år er det kun et mindretal, der rammes.

Svigtende hukommelse er det vigtigste symptom, men hertil kommer en række andre symptomer fra hjernen: forstyrrelser i intellektet som rammer evnen til abstrakt tænkning, orienteringsevnen, sproget og dømmekraften. Derfor mister den demente evnen til at klare sig selv, og der opstår et stigende behov for omsorg og pleje. Der findes endnu ikke en effektiv medicinsk behandling af demenssygdom, men der er håb om, at nyligt udviklede lægemidler vil kunne forsinke udviklingen af sygdommen. Det afgørende i dag er at sørge for gode omsorgs- og plejetilbud, og for aflastning og støtte til de pårørende, der har påtaget sig den daglige pasning.

Tidlig diagnostik er vigtig ved demens, dels for at andre sygdomme udelukkes som årsag til symptomerne, dels for at sikre personen den mest hensigtsmæssige omsorg og pleje. Hvis den demente passes af ægtefælle eller andre nærtstående, er det afgørende, at der udefra sørges for hjælp og aflastning.

Forebyggelse

Eksisterende viden er sparsom, når det gælder forebyggelse inden for ældreområdets sociale sider.

Snarere end i fordomme består blokeringen i, at vi savner videnskabelige undersøgelser på en række områder.

Et eksempel på en nyere, sundhedsvidenskabelig forskningsindsats, der har inspireret til et lovgivningsinitiativ, er undersøgelser, der har sandsynliggjort, at forebyggende hjemmebesøg kan bedre helbred og funktionsevne, og dermed mindske eller udskyde behovet for social og sundhedsprofessionel bistand. Sådanne besøg kan fx medføre et fald i forbruget af sengedage på sygehuse og plejehjemspladser.

Trods disse undersøgelser ved vi dog fortsat ikke, med hvilken vægt den sundhedsfaglige og medmenneskelige indsats indgår i den samlede forebyggende virkning, som i øvrigt næppe alene kan måles ved sundhedsvidenskabelige metoder. På dette og en række lignende områder vil en tværvidenskabelig indsats være nødvendig.

Et vigtigt område for en større fremtidig indsats er de ældres egen del af forebyggelsen, omfattende kost, motion, brug af nydelsesmidler, etablering og fastholdelse af egne sociale kontakter mm.

ÆldreForum håber at kunne følge denne pjece op på flere områder, og heriblandt belyse behovet for en konkret forskningspolitik på ældreområdet samt at beskrive de ældres egne forebyggelsesmuligheder.

ÆldreForums medlemmer

Personligt udpegede medlemmer:

Povl Riis (formand)

Grethe Nielsen (næstformand)

Esther Møller

Knud Olsen

Erling Tiedemann

Øvrige medlemmer:

Ivar Nørgaard
Ældremobiliseringen

Hans Jørgen Jensen
Ældre Sagen

Peter Bak Mortensen
Sundhedsministeriet

Lise Roepstorff
Kulturministeriet

Leif Sondrup
Socialministeriet

Frede Toftgaard Jensen
Kommunernes Landsforening

Ingrid Christensen
Amtsrådsforeningen

Ældre- og aldringsforskere som har bidraget afgørende ved udarbejdelsen af denne pjece

Lektor, cand. psych. et art. Pia Fromholt, Center for Gerontopsykologi, Risskov

Overlæge, dr. med. Carsten Hendriksen, Kommunehospitalet, København

Instituttleder, dr. med. Henning Kirk, Gerontologisk Institut, Hellerup

Overlæge Lise Lauritzen, Psykiatrisk afdeling R, Hillerød Sygehus

Professor, dr. med. Marianne Schroll, Kommunehospitalet, København

Professor, med. dr. Andrus Viidik, Anatomisk Institut, Aarhus Universitet

Det anvendte talmateriale stammer primært fra Danmarks Statistik og WHO.

ÆldreForums sekretariat

Suhmsgade 1

1125 København K

Tlf. 33 95 50 10

Fax. 33 92 87 55