

De gamles kropp

– Av Peter F. Hjort –

Redaktøren har bedt meg å skrive om de gamles kropp. Det er umulig – av to grunner.

For det første kan ikke kroppen skilles fra sinnet og det sosiale livet, kanskje heller ikke fra sjelen. Kroppen kan riktignok beskrives som en utrolig imponerende biologisk maskin,

refleksjonert gjennom evolusjonens år-millioner. Men kroppen styres, brukes og påvirkes av sinnet og det sosiale livet. Derfor er kropp, sinn og sosialt liv en helhet, og denne holistiske tankegangen er nå alminnelig anerkjent – i det minste i teorien. Tanken om kroppen som en maskin, om sykdom som maskinfeil og om legen som kroppsingeniør er derfor misvisende – en blindgate.

For det andre gir tittelen inntrykk av at alle gamle kropp er like, mens realiteten er at det er vanskelig å tenke seg noe mer forskjellig enn gamle menneskers kropp.

Derfor var min første tanke å si nei takk til redaksjonens invitasjon. Men så tenkte jeg at det kunne være en daglig utfordring å skrive en "holistisk" artikkel om de gamles kropp. Det jeg bygger på, er først og fremst de erfaringer jeg har samlet som lege for meget gamle mennesker. Jeg har selvfølgelig lest bøker om aldringsbiologi som går systematisk igjennom aldringen i organ-systemene, immunapparatet, infeksjonsforsvaret osv. (1,2), og jeg har også lest bøker om geriatri, som går systematisk igjennom alle alderssykdommene (3), men her har jeg valgt det kliniske utgangspunktet. Jeg har gjort det fordi jeg tror det gir større mening for omsorgspersonell.

Hva gjør aldersprosessen med kroppen?

Menneskekroppen vokser, utvikles og modnes til en er ca. 25 år. Deretter blir

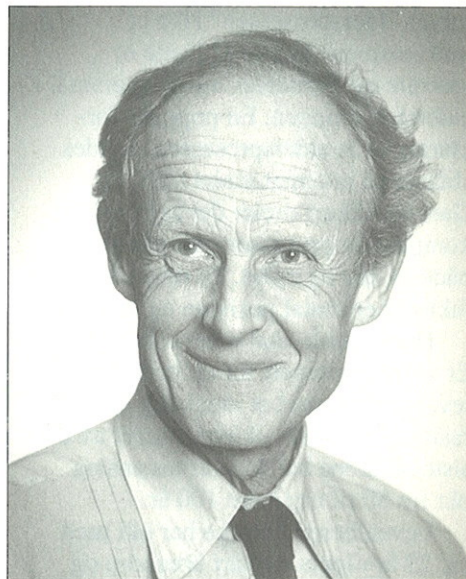
aldersprosessen både synlig og målbar og går sin gang gjennom hele resten av livet.

Jeg synes det enkleste og mest illustrerende målet på aldersprosessen er evnen til maksimal muskelanstrengelse («kondisjon»). Den måles som det maksimale oksygenopptaket under anstrengelse, for eksempel på en ergometersyssel. Denne evnen bestemmes av hjertet, lungene og musklene, og den faller jevnt og sikkert med ca. 1% pr. år, eller litt under det, fra ca. 25-års alderen. Dette illustrerer at det sentrale trekket i aldersprosessen er synkende fysisk kapasitet eller fysiske ressurser. Det kan også ses som synkende reserver. En gammel syklist holder følge med de yngre på flaten, men blir hengende etter i motbakkene, fordi han har mindre fysiske reserver, mindre å gå på. En kan også se denne utviklingen som en økende sårbarhet, fordi det er mindre reserver.

Evnen til maksimalt muskelarbeid kan styrkes gjennom trening. En vel trent 65-åring kan oppnå samme kondisjon som en gjennomsnitts 25-åring. Det betyr at trening forskyver alderdommens svakheter til høyre på aldersskalaen. Men trening kan ikke forhindre aldersprosessen.

Kondisjonsmålingene viser altså at selv en gammel kropp har effekt av trening. Siden fysisk aktivitet i befolkningen varierer fra nesten null til svært meget, er det nesten ufattelige forskjeller mellom eldre menneskers kondisjon, og disse forskjellene øker med alderen. Det finnes derfor ingen «standard gammel kropp».

Det er en stor bekymring at fysisk aktivitet går ned i hele befolkningen. Derfor vil folk møte alderdommen med mindre fysiske ressurser. Det vil føre til at de blir tidligere fysisk skrøpelige enn de ellers ville blitt.



Professor, dr.med. Peter F. Hjort, Avd. for samfunnsmedisin, Statens institutt for folkehelse, Oslo. Peter F. Hjort ble lege i 1950, professor i hematologi (Rikshospitalet) i 1969, rektor ved Universitetet i Tromsø i 1972, leder av Gruppe for helsetjenesteforskning i 1975 og av Samfunnsmedisinsk avdeling ved Statens institutt for folkehelse i 1990. Pensjonist i 1994. Tilsynslege ved Ullern alders- og sykehjem 1976-94. Arbeider nå med prosjekter og undervisning.

Tilsvarende kurver som for det maksimale oksygenopptak finner en for alle organer i kroppen, selv om det er store forskjeller mellom organene i den samme kroppen. For eksempel faller lungefunksjonen raskere enn nerveledningshastigheten (2). Det er altså forskjeller både mellom organene i den samme kroppen og mellom individene, men det felles trekket er en jevn nedgang i organenes og kroppens funksjonelle kapasitet med alderen.

De store spørsmålene er selvfølgelig: Hvorfor er det slik? Hva driver aldersprosessen? Hva er mekanismene bak den? Dette er sentrale og fremdeles uløste spørsmål i aldersforskningen. En populær forklaring er at aldersprosessen skyldes slitasje på arvematerialet (DNA). Ganske sikkert dreier det seg om kompliserte prosesser som påvirkes både av arv og miljø. To sterke miljøfaktorer er sosial posisjon og livsstil.

Hvor gamle skal menneskene bli? Er vi programmert for en maksimal levealder? Svaret er antakelig ja, men fasit er fremdeles ukjent. I løpet av de siste 30 årene har forskernes anslag økt fra 80 til nærmere 100 år.

Levealderen i Norge har økt med ca. 25 år i løpet av vårt århundre og var i 1997 75,45 år for menn og 80,97 år for kvinner (4). Samtidig er eldre mennesker blitt friskere. Denne utviklingen vil ganske sikkert fortsette, men i avtagende tempo.

Eldrebølgen vil derfor fortsette å bygge seg opp. Det viktige tallet for planleggingen i eldreomsorgen er antall over 80 år. For Norge som helhet kan en regne med at dette tallet vil dobles i de kommende 50 år (5). Det betyr selvfølgelig at hele eldreomsorgen må dobles i denne perioden.

Hva gjør alderssykdommene med kroppen?

Alderssykdommene er sjeldne før 75 års alder, men deretter øker de kraftig med økende alder, etter en såkalt eksponentiell kurve. Skjelett- og muskelsykdommer er et viktig unntak, fordi de ofte begynner tidligere, i 50-års alderen.

Alderssykdommene rammer ikke alle, og knapt noen får "fullt hus", dvs. alle alderssykdommene. Selv senil demens, som er en av de hyppigste alderssykdommene, rammer ikke flere enn ca. halvparten av de aller eldste. Men mange får flere alderssyk-

Hjernen:	Senil demens Hjerneslag (evt. med demens) Parkinsons sykdom
Blodårene:	Hjerteinfarkt Hjerneslag Nedsatt sirkulasjon i beina
Skjelettet:	Beinskjørhet (osteoporose) med brudd Slitte ledd (artroser)
Hormoner:	Aldersdiabetes Lavt stoffskifte
Øyne:	Grå og grønn stær Netthinnedegenerasjon
Ører:	Nedsatt hørsel
Tenner:	Tann- og tannkjøttssykdommer (tennene løsner)

Boks 1 – De vanligste alderssykdomme

dommer, for eksempel diabetes og hjerneslag. I noen tilfelle, men ikke på langt nær i alle, betyr slike koblinger at sykdommene har noen felles årsaker. Boks 1 viser de viktigste alderssykdommene.

Årsakene til alderssykdommene er delvis kjent. De viktigste er knyttet til livsstilsfaktorer, spesielt til maten, fysisk inaktivitet og røyking. Enkelte av alderssykdommene har felles risikofaktorer, for eksempel dobbel fysisk inaktivitet sjansen for benskjørhet med brudd, hjerneslag, hjerteinfarkt og diabetes. Genetiske faktorer spiller uten tvil en rolle, men den nøyaktige rollen ved de enkelte sykdommene er for en stor del ennå ukjent. Samlet kan en si at alderssykdommene, som mange andre sykdommer, skyldes en kombinasjon av genetisk disposisjon, livsstilsfaktorer og miljøfaktorer. Årsakene må virke over lang tid, og de samvirker ofte – potenserer hverandre.

Ett viktig spørsmål er om aldersprosessen og alderssykdommene er koblet. Er det slik at de faktorer og mekanismer som driver aldersprosessen også ligger bak iallfall noen av alderssykdommene, eller er det helt forskjellige mekanismer? Svaret på dette viktige spørsmålet har vi ennå ikke.

Alderdommen og alderssykdommene rammer menn og kvinner forskjellig. I Norge lever kvinner 5-6 år lenger enn menn, og derfor er ca. to

tredjeparter av den eldre befolkning kvinner. Men de mennene som blir gamle, er stort sett friskere og har bedre funksjon enn jevngamle kvinner. Det er spesielt skjelett- og muskelplager som skiller.

Symptomer og plager ved alderssykdommene er svært forskjellige. De utvikler seg langsomt, og symptomene er ofte moderate. Alexander Kielland sa det slik: «Min sykdom er som en vennlig losjerende». I Helseundersøkelsen 1995 oppga 88% av dem som var 80 år og eldre at de hadde en varig sykdom (86% av menn og 89% av kvinner), men av disse vurderte hele 52% sin egen helse som god/meget god (53% av menn og 51% av kvinner) (6). Symptomene øker gradvis og kan til slutt bli helt invaliderende, for eksempel ved senil demens og Parkinsons sykdom. Men de kan også være praktisk talt stumme inntil de starter uten eller nesten uten forvarsel, for eksempel hjerneslag og hjerteinfarkt.

Samlet kan en si at alderssykdommene er så hyppige at knapt noen går fri. Plagene bygger seg som regel opp langsomt. Etter en lang slumreperiode blir de alvorlige – enten brått eller gradvis.

Hva gjør aldersprosessen og alderssykdommene samlet med kroppen?

Vi har bare den ene kroppen, og det vanlige er at aldersprosessen og

alderssykdommene går sin langsomme gang samtidig. Det betyr at kroppen må møte et økende sykdomspress med synkende reserver.

Verdens helseorganisasjon har satt tall og ord på dette. Den sier at ved 65 år er en blitt eldre («elderly») og ved 80 er en blitt gammel («old»). Det er lett å se at 80 år er et statistisk skille, fordi reservene i kroppen er redusert til halyparten eller knapt det, samtidig som alderssykdommene har bygget seg opp til å bli tydelige, symptomgivende og ofte flere. Et folkelig amerikansk uttrykk sier det slik: «The 80's are not for sissies» («80-årene er ikke noe for puser»).

Det er viktig å understreke de nesten ufattelige forskjellene mellom de gamle kroppene: Ved 80 år er mange døde: av kohorten som var født 1906-10 nådde 53% 80-års alderen (5% av mennene og 71% av kvinnene) (7). Av dem som lever er mange skrøpelige, men mange (hele 55% i Helseundersøkelsen 1995) vurderer sin egen helse som god (6). Det er mitt klare inntrykk at 80-åringene ikke bare er blitt mange flere, men også er blitt sprekere og friskere. Jeg tror derfor at Verdens helseorganisasjons 80-års grense bør flyttes oppover – kanskje helt til 85 år for den norske befolkningen.

Hva kan helsearbeidet utrette for kroppen?

Er kroppen hjelpeløst fortapt i alders- og sykdomsprosessen, eller kan den bokstavelig talt verge seg mot dem? Jeg har alt nevnt at fysisk trening kan skyve aldersprosessen mot høyre på aldersskalaen. I tillegg siterer jeg hva Verdens helseorganisasjon sier om forebyggende helsearbeid: «Med noen få og klare unntak kan sykdom i prinsippet forebygges ved å endre livsstil, miljø og samfunn» (8).

De svære forskjellene på de gamle kroppene kan selvfølgelig tolkes på to måter: enten er det upåvirkelige genetiske faktorer som ligger bak, eller de skyldes påvirkelige livsstils- og miljøfaktorer. Sannsynligvis er det begge deler, men VHO mener altså at livsstil og miljø er viktig. Hva kan vi gjøre med det? Svaret er at vi kan gjøre meget, hvis vi er villige til å arbeide tålmodig på tre fronter.

Den første er den politiske fronten. Den gamle kroppen preges nemlig av det liv den har levd, og statistikken gir

skremmende beskjed om livets realiteter. Lever du et liv på solsiden av samfunnet med god utdanning og gode levekår, kan du regne med en lang alderdom og god helse. Lever du på skyggesiden med liten utdanning, usikker og slitsom jobb, dårlige levekår og lite håp om fremgang, må du regne med kortere alderdom og dårligere helse. Dette kaller forskerne Matheus-loven: «Den som har, skal få». Oslo-statistikken gir en hard illustrasjon: menn på østkanten lever opptil 8 år kortere enn menn på vestkanten. For tiden øker forskjellene i samfunnet, og vi trenger en reaksjon og en politikk mot denne utviklingen. De gamles kroppene forlanger det.

Den andre fronten er det sykdomsforebyggende arbeid. Det er viktig, for stort sett er det slik at et alminnelig sunt liv i et godt miljø og med god livsstil halverer risikoen for sykdom i eldre år. Jeg har laget 11 helsebud for det sykdomsforebyggende arbeid, men her nøyer jeg meg med tre:

- Maten er viktig, og alle kan de sunne reglene: lite fett, sukker og salt og mye fiber, frukt, fisk, grovt brød og grønnsaker. En liten overvekt er ikke noe å ta tungt, men fedme (særlig «bukfettet» hos menn) er uheldig. Det er en bekymring at vekten går opp i befolkningen.
- Røyk er uheldig fordi det øker risikoen for tidlig død og fremfor alt for kroniske og ofte invalidiserende lidelser i eldre år. Kroppen liker ikke røyk.
- Fysisk inaktivitet har seilt opp som kanskje den aller viktigste risikofaktoren. Mange eldre sier med et sukk om sine plager: «Det er jo alderen, og den kan jeg jo ikke gjøre noe med». Det er ofte feil, for plagene skyldes ikke alderen, men fysisk inaktivitet. Budskapet er enkelt og greit: Gå en tur på 30 minutter hver dag.

Det er lett å se at den enkelte selv må ta ansvaret for dette sykdomsforebyggende arbeidet. Faktisk er det langt på vei slik at den enkelte selv har ansvaret for sin egen kropp. Jeg må understreke at det ikke er snakk om askese og fanatiske krav. Det dreier seg om, er bare alminnelig

måtehold. Ta legemsvekten som eksempel: Det er uheldig å være alt for tynn, og det er uheldig å være alt for tykk. Kurven som forbinder legemsvekt og dødelighet er derfor U-formet og nokså bred i bunnen. En annen måte å si dette på er at helsen har det best når du ikke tenker alt for mye på den.

Mange undersøkelser viser at det er lettere for dem som har god utdanning og gode levekår å ta ansvaret for egen helse og livsstil enn det er for dem som mangler disse godene. Dette viser at det politiske arbeidet for rettferd og likeverd i samfunnet er en helt nødvendig forutsetning for å lykkes med det sykdomsforebyggende arbeid.

Endelig må jeg også nevne at det fins viktige risikofaktorer for alvorlige sykdommer som krever medikamentell behandling. Det gjelder særlig tre, nemlig høyt blodtrykk, høyt kolesterol i blodet og benskjørhet. Her fins det gode medisiner. Helsetjenesten har derfor også en viktig rolle i det sykdomsforebyggende arbeid.

Den tredje fronten er det helsefremmende arbeid. Målet for dette arbeidet er å styrke de positive faktorene som setter folk i stand til å mestre sykdoms- og livsproblemer. Fire av disse mestringsfaktorene har vist seg å være spesielt viktige:

- Håp og optimisme: Tro at det stort sett går bra.
- Positivt selvbilde: Tro at du er noe.
- Sosialt nettverk: Vær hyggelig, positiv og ha interesse for andre mennesker.
- Interesse, deltaking, engasjement: Driv med noe som interesserer deg og som du får til.

Det er lettere for folk som har det godt i livet å utvikle disse mestringsfaktorene. Derfor er det politiske samfunnsarbeidet viktig for denne fronten også.

Helsetjenesten – hva kan den gjøre for de gamles kropp?

Dette er et stort kapittel, og jeg kan bare ta opp noen få sentrale spørsmål.

Det første spørsmålet er: Hvilken vekt skal legene legge på alderen når de vurderer behandlingen? Lenge hadde legene faste aldersgrenser for forskjellige behandlinger. De aller fleste er falt bort, dels fordi de var diskriminerende og dels fordi det er så

store forskjeller mellom gamle at faste aldersgrenser er meningsløse. Bare på noen få områder, for eksempel innen transplantasjonsmedisinen, er det ennå aldersgrenser. De skyldes ikke ressursmangel, men at resultatene er for dårlige for gamle mennesker.

Stort sett, er erfaringen at gamle mennesker tåler mer enn man trodde før, for eksempel av store kirurgiske operasjoner. Men det er også en erfaring at det ofte er klokt å velge mer skånsomme behandlinger for gamle – ikke pga. alderen, men fordi de fysiske ressurser i kroppen rett og slett er for små til en tung og krevende behandling. Det er viktig å bygge valget av behandling på en realistisk vurdering av hva den gamle med rimelighet kan tåle. Det hender oftere enn før at både pasienter og pårørende har urealistiske forventninger og at legen strekker seg langt – kanskje for langt for å forsøke å oppfylle forventningene. Denne problemstillingen er blitt både viktigere og vanskeligere enn før, fordi de medisinske fremskrittene har økt mulighetene for behandling. Spesielt i amerikansk medisin er denne problemstillingen blitt viktig, og behandlingen kan ende med å bli verre enn sykdommen («Treatment may turn into torment») (9). Det er viktig at pasienter, pårørende og legen kan drøfte behandlingstilstandene åpent og realistisk. Medisinen er fremdeles det muligste kunst.

Det andre spørsmålet gjelder helsepersonellens holdninger til de gamle pasientene. Disse pasientene har som regel kroniske og kompliserte sykdommer, ofte flere sykdommer samtidig. De er ofte fysisk skrøpelige, mentalt langsomme, og mange ser og hører dårlig. Det betyr at de passer dårlig inn i en travel helsetjeneste som presses til stadig høyere effektivitet og kortere konsultasjoner og liggetider. Det blir en overveldende asymmetri mellom den gamle pasient og det meget yngre og travelt opptatte helsepersonell. De to begrepene makt

og avmakt er ofte til å ta og føle på, for eksempel når sykehuset definerer den gamle og skrøpelige pasient som "en ferdig behandlet pleiepasient".

Dette er et dypt alvorlig problem som krever en pedagogisk offensiv overfor helsepersonellet, og kanskje er humor en bedre vei enn moralsk indignasjon. Derfor forteller jeg at jeg for noen år siden kjørte min gamle og rustne folkevogn inn på et stort bilverksted – nærmest en universitetsklinikk i bransjen – for å få reparert rustskadene. Formannen kastet et blikk på bilen og sa: "Jeg blir kvalm når jeg ser en sånn bil. Kjør den på skraphaugen". Jeg innvendte at dette ikke var en folkevogn, men en menneskebil som jeg var knyttet til. Det endte med at bilen ble reparert, og vi hadde det godt sammen i flere år. Mitt poeng er at jeg tror gamle mennesker bør brukes i opplæringen av helsepersonell.

Det tredje spørsmålet er dødspleien, som rommer vanskelige faglige, etiske og menneskelige dilemmaer. Vi skal jo alle gjennom den, og jeg ønsker meg en helse-tjeneste som prioriterer dødspleien. Utfordringen er å skape en kultur for god dødspleie i institusjonene – en dødspleie som er preget av høy faglig og menneskelig kvalitet og av nærhet, trygghet og varme.

Hvordan ser fremtiden ut?

De gamle blir flere, eldre og friskere. Men fordi de blir eldre, vil utfordringene øke. Sjansen for alderssykdommer øker med alderen, og vi må derfor regne med en jevn økning av eldreomsorgen.

Utfordringen går dels til menneskene selv. Vi har bare den ene kroppen, og vi må leve med den og i den helt til slutt. Derfor gjelder det å ta vare på den og gi den godt stell. En mann på 104 år sa det slik: "Jeg har alltid likt å bruke kroppen min, og jeg tror den har hatt godt av det". For å gi et inntrykk av hvilket mesterverk menneskekroppen er, nevner jeg at hjertet hans til da hadde slått ca.:

70 slag x 60 min. x 24 timer
x 365 døgn x 104 år
= 3,83 mrd. slag

uten service og reparasjoner. Det betyr at vi kan ha tillit til kroppen.

Men utfordringen går også til helsetjenesten og eldreomsorgen. De gamle er de beste kundene. Tenk på asymmetrien og ta vare på disse kundene.

Opptil slutt går utfordringen til samfunnet og til politikerne. Bygg et samfunn for rettferd og likeverd, et samfunn som gir helse for alle. Det er utfordringen i 1999 – FN's eldreår.

Litteratur

- 1 Schneider EL, Rowe JW (edit.). Handbook of the biology of aging. 4th edition. San Diego: Academic Press, 1996.
- 2 Kirk H, Schroll M (red.). Viden om aldring – veje til handling. København: Munksgaard, 1998.
- 3 Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH Jr, Halter JB, Andres R (edit.). Principles of geriatric medicine and gerontology. 3rd edition. New York: McGraw-Hill, 1994.
- 4 Norges offisielle statistikk. Statistisk årbok, 1998. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1998.
- 5 Norges offisielle statistikk. Framskrivning av folkemengden 1996-2050. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1997.
- 6 Norges offisielle statistikk. Helseundersøkelsen 1995. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1999.
- 7 Norges offisielle statistikk. Historisk statistikk: Gjenlevende for utvalgte fødselskohorter. Meddelelse fra Statistisk sentralbyrå, 1999.
- 8 Advisory Committee on Health Research. Health research strategy. Geneva: World Health Organization, 1986.
- 9 Gillick MR. Choosing medical care in old age. What kind, how much, when to stop. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1994.