

Peter F. Hjort

Alderdommen:

Hvordan jeg opplever den og møter den¹

For ni år siden skrev jeg en liten artikkel om «Mitt selvbilde som eldre» i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* (1). Jeg fikk ros den gangen, og nå er jeg bedt om en oppdatering. Jeg har kviet meg litt, for det må bli personlig, på grensen til det private rom, se ramme 1.

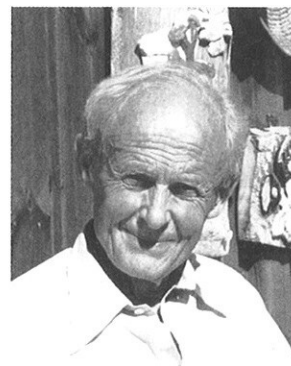
Det offentlige og objektive	Det personlige og subjektive	Det private og lukkede
--------------------------------	---------------------------------	---------------------------

Ramme 1 De tre rom

Men jeg har merket meg i livet at det fins to slags mennesker, ja-mennesker og nei-mennesker. Nei-menneskene lever et trygt, men kjedelig liv. Når de blir spurt om noe, sier de: «Nei, det orker jeg ikke», eller: «Nei, det blir for vanskelig». De roter seg ikke opp i trøbbel, men de går glipp av mye. Ja-menneskene sier ja når de blir spurt, kommer stadig opp i vanskeligheter, men til gjengjeld opplever de noe hele tiden. Jeg har arvet ja-mentaliteten etter min mor og har betalt min pris for det, men jeg angrer ikke – tvert imot. Da min mor var 95 år gammel, spurte jeg henne om hun syntes at hun var blitt misbrukt i livet. «Nei,» svarte hun «jeg vil ikke si misbrukt, men godt brukt!» Slik har det vært med meg også, og derfor står jeg her nå. En annen måte å si dette på er slik: «Om ein ikkje grip dagen, kan ein like gjerne ta kvelden» (2).

Den fjerde alder

Før jeg starter på den personlige fortellingen, må jeg plassere meg selv på kartet over aldringsprosessen. Jeg er blitt 83, og dermed har jeg passert 80, inngangen til den fjerde alder – eller «avgangsklassen», som en gammel dame kalte det. Etter WHO's definisjon er jeg ikke lenger eldre eller «elderly», men gammel eller «old». Ramme 2 viser min egen oppsummering av den tredje og fjerde alder, basert på samtaler med mange eldre og gamle. Jeg tror den er nokså riktig, for det er klart at helsen, helseproblemer, synkende ressurser og økende sårbarhet blir tydeligere etter 80. Den amerikanske oppsummeringen lyder slik: «The 80'ies are not for sissies», eller på norsk: «80-årene er ikke noe for pyser». Men jeg tror at 80-årsgrensen har sklidd oppover i den eldre befolkningen i Norge. Jeg møter så mange gamle og spreke langt over 80 at jeg tror grensen mellom den tredje og fjerde alder nærmer seg 85 år.



Professor dr.med. Peter F. Hjort ble lege i 1950, professor i hematologi (Rikshospitalet) i 1969 og rektor ved Universitetet i Tromsø i 1972. Han var leder av gruppa for helsetjenesteforskning fra 1975 og av Samfunnsmedisinsk avdeling ved Statens institutt for folkehelse i 1990. I perioden 1976–1994 var han tilsynslege ved Ullern alders- og sykehjem. Han ble pensjonist i 1994 og arbeider nå med prosjekter og undervisning.

Den tredje alder (65–80 år)	Den fjerde alder (80+ år)
økonomi og pensjon kulturtilbud reiser og ferie, Syden arbeid, interesser, hobby fysisk aktivitet, friluftsliv 2006: 466 593 = 68,4 %	helse og sykdom egnet bolig hjemmehjelp og -sykepleie sykehjem omsorg ved livets slutt 215 876 = 31,6 %

Ramme 2 Den 3. og 4. alder.

Enkemann

Men den store forandringen i livet mitt er at jeg ble enkemann for seks år siden, og det forandret alt for meg. Min kone og jeg møtte hverandre da hun var 17 år og jeg 19. Jeg falt for henne der og da, og hun falt også, selv om hun riktignok trengte et kraftig dytt fra meg. Vi fikk et godt ekteskap; jeg tror jeg kan si at vi ble hverandres liv. Vi fikk et rikt og spennende liv sammen – 17 flyttinger, fire barn og ni barnebarn.

I 1998 måtte hun opereres for et meningiom i hjernekammen. Operasjonen var vanskelig, og det støtte til blødning og trykkstigning. Resultatet ble til slutt at hun ble helt lammet, inklusive svelglammelse, og språkløs, men ikke dement – nesten et komplett «Locked-in-syndrom» (3). Hun kom hjem, og i tre år drev jeg Norges beste sykehjem. Vi var fremdeles ektefeller, ikke pasient og pleier. Det største problemet var svelglammelsen, matingen tok uendelig tid og ble ofte avbrutt av hosteanfall. Hun forsto det jeg sa, og hun fikk en daglig tur i rullestolen i all slags vær – 50 mil ble det nok. Hun likte også at jeg leste for henne – hele Brødrene Karamasov for eksempel. Hun døde til slutt hjemme, antakelig av aspirasjons-lungebetennelse.

Mange har rost meg for denne pleien, men det var klart det beste for meg også at vi fikk være sammen. Jeg vil nevne ett problem, for jeg tror det er viktig for dere å forstå det. Jeg har en venn som pleier sin demente kone, og jeg spurte ham: «Hender det at du mister tålmodigheten?» Han er verdens elskeligste mann, psykiater til og med. Han ble stille, og til slutt svarte han: «Hvordan visste du det?» Det hender at en pårørende blir sliten, fortvilet og mister tålmodigheten. For meg var det ikke ofte, og det gikk ikke lenger enn til å heve stemmen, men jeg skammet meg når det hendte, og var nøye med å be henne om unnskyldning etterpå. Jeg tror hun forsto det og tilga meg, men det er klart at det er både skammelig og uprofesjonelt, selv om det er forståelig.

Jeg var jo forberedt på å miste henne, men det ble mye verre enn jeg hadde tenkt. Alt ble annerledes, og savnet føles noen ganger uoverkommelig. Det hjalp meg å skrive en bok om henne (4), men savnet er der hele tiden. Jeg tenker ofte på Dantes ord i Den gudommelige komedie (Sang V., Helvete): «Det fins ei større smerte enn den å minnes forgangen lykke i sorgens dager» (5). Savnet er tyngre i helgene og i feriene. Da tenker jeg på alle turene våre, år ut og år inn. Ikke sjelden sier folk til meg: «Tiden leger alle sår, du kommer nok over sorgen». Det opplever jeg som grov uforstand, for jeg vil ha sorgen min – det er en god sorg å leve med, se ramme 3. Når jeg er på kirkegården og pusler med graven, ser jeg foran meg mitt eget navn under hennes, og så sier jeg: «Du får vente litt til, men jeg kommer».

Det heter:	«Tiden leger alle sår» (Menandros) «Tiden er den store lege» (Disraeli)
Folk sier:	«Du kommer jo <u>over</u> sorgen din».
Jeg føler at jeg vil <u>ha</u> sorgen min, og den skal følge meg livet ut.	Men det skal være en <u>god</u> sorg, en <u>positiv</u> verdi i livet mitt, en sorg jeg <u>liker</u> å tenke på.

Ramme 3 Hvor lenge skal sorgen vare?

Det høres kanskje ut som om familien ikke betyr noe. Barn og barnebarn er selvfølgelig helt avgjørende, men de kan ikke erstatte ektefellen. Barna er snille og vet ikke det gode de skal gjøre meg, men de bor langt unna. Jeg fikk en god idé, for den nærmeste familien bor i Rappveien på Godlia. Der er det tre barn mellom 12 og 18 år, og vi har laget et firma – A/S Rapp. Barna kommer hver 14. dag, vasker huset og steller i hagen, og vi får snakket om alt mulig. Vi diskuterte om lønningene skulle være aldersjustert, men kom til at det skulle de ikke være.

Én ting må jeg nevne. Jeg vil at det ikke skal gjøres noen forandringer, verken hjemme eller på hytta. Alt skal være som min kone ville ha det, og det minner meg om en opplevelse for mange år siden. En dag

holdt jeg på å grave i hagen, og en liten nabo jente sto og så på meg med stigende forferdelse. Til slutt kunne hun ikke styre seg lenger og sa: «Du, har du fått lov av moren din til dette?» Hun visste nok hvordan ting skulle være, og slik er det fremdeles for meg.

Da jeg var lege på sykehjemmet, gremmet jeg meg over at gamle pasienter ofte plaget barna sine med sutring og bitterhet. Derfor sier jeg til meg selv at sutring og bitterhet er forbudt, for barna har sine egne liv å ta vare på. Den viktigste oppgaven for en enkemann er å vise barna at jeg klarer meg, og er i godt humør når de kommer. Og nå har jeg til og med fått det første oldebarnet – «slekt følger slekters gang».

Kroppen

Så går jeg over til kroppen. Hvordan opplever jeg den? Kroppen er jo helt avgjørende. Den må være med overalt, og den må være med på alt som foregår. Den gir både muligheter og begrensninger, og jeg skal fortelle både hva jeg opplever, og hvordan jeg håndterer det.

En gjennomsnittlig norsk 80-åring har tre kroniske sykdommer, og jeg har også det. Den ene er en langsomt progredierende polynevropati i føttene. Den irriterer meg, spesielt om nettene. Men det fins ingen behandling, og jeg kan leve med den. Den andre er en langsom hjerteflimmer og lekkasje på to av hjerteklaffene. Det har jeg hatt i mange år. Det gjør at jeg har dårlig pust i bakker og trapper, stadig litt verre, men jeg har lært å tilpasse meg til det, selv om det er en stadig skuffelse at mange sykler forbi meg. Men jeg innser at det er livets gang og forsoner meg med det. Den tredje er en langsom prostata-cancer, som jeg har valgt å fortrenge. Jeg føler at vi har en avtale: Hvis jeg ikke plager den, skal den ikke plage meg.

Men så en dag i november 2004 hendte det noe som forandret en god del. Jeg skulle sykle ned Bærums bratteste bakke. Det var is og glatt, men jeg hadde nye og kostbare piggdekk og tenkte at det skulle nok gå bra. Det var en tåpelig feilvurdering, for jeg veltet og landet på en skarp fortauskant og slo meg omtrent i hjel. Jeg hadde tydeligvis ikke brukket noe og kom meg til slutt hjem. Det kom svære hematomer, etter hvert begynte jeg å hoste, og jeg følte at hodet ikke var som før – spirit-en var borte. Det endte til slutt på nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet med subduralt hematom, emboli i begge lunger og etter hvert trombose i venstre ben. Etter to operasjoner har det meste rettet seg, og jeg er for lengst tilbake på sykkelen. Kort sagt, jeg har vendt tilbake til mitt gamle liv – iallfall nesten. Det går tyngre enn før,

men jeg synes det går bra nok. Det har vært viktig for meg å trene, først og fremst på sykkelen, og jeg har kommet meg bra – nesten helt tilbake til der jeg var.

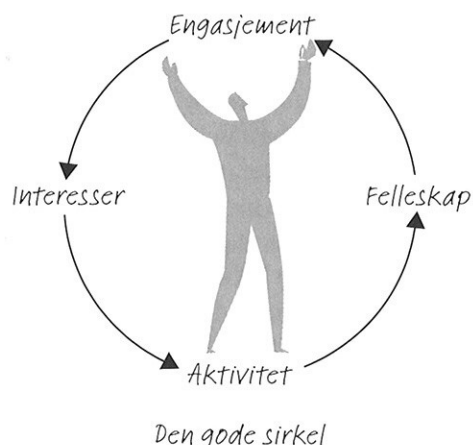
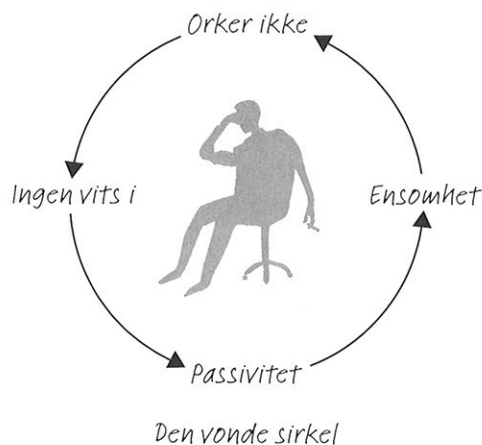
Jeg må fortelle en opplevelse fra intensivavdelingen som gjorde inntrykk på meg. Mannen i sengen ved siden av meg var knapt 50 år, hadde fått slag og så epilepsi. Om morgenen kom konen, kastet seg gråtende inn til ham og ropte: «Dette er det mest urettferdige av alt!» Det var som om han fikk skylden for at hun var ulykkelig, og det slo meg at det er en håpløs holdning til sykdom. Livet er jo ikke rettferdig, og jeg tenker på det gamle ordet: «Vi må lære å bøye oss under skjebnen». Det er vanskelig, men nødvendig.

Jeg har drevet med forebyggende og helsefremmende arbeid i mange år, helt siden jeg var formann i Nasjonalforeningen for folkehelsen i perioden 1974–80. Som formann i Helseutvalget i Norsk Pensjonistforbund skrev jeg et hefte om «Helse og livskvalitet i eldre år» (6), og fremdeles holder jeg mange foredrag om dette – mest for eldre. Jeg er blitt overbevist om at det viktigste stikkordet for eldre – faktisk nøkkelen til et godt liv – er aktivitet. Jeg tror passivitet er den viktigste av alle risikofaktorer for eldre, viktigere enn både høyt blodtrykk og høyt kolesterol. Og jeg tror det dreier seg om gode og vonde sirkler. Aktivitet fører meg inn i en god sirkel, passivitet inn i en vond, se figur 1.

Med aktivitet mener jeg både fysisk, psykisk og sosial, men kroppen er alltid nødvendig, og jeg skal jo ha den med meg overalt. – I gamle dager gikk min kone og jeg lange turer. Hun var sterk og likte å gå langt, mange timer. Men nå er turene bare en ubehagelig plikt for meg, for savnet er helt overveldende når jeg går alene i skogen. Hvert år har jeg gått hennes yndlingsstur – opp på Gyrihaugen – og det er nesten ikke til å holde ut. Men det går bedre på sykkel, for jeg sykler jo fordi jeg skal gjøre et eller annet ute i Bærum eller i Oslo.

Hvor mye fysisk aktivitet skal det til? Ramme 4 viser det offisielle svaret på det spørsmålet de siste 10–15 årene. Jeg sykler i stedet, men til gjengjeld som regel lengre tid. Jeg føler at det greier seg for meg nå, selv om jeg av og til stirrer fortapt på min gamle blankpussede og kostbare racersykel fra Den store styrkeprøven. Den er også blitt emeritus – forhenværende, og vi hvisker til hverandre: «Det var da det, og itte nå!»

Jeg må si noen ord om risiko. At jeg veltet på isen var min egen feil – direkte tåpelig i ettertid. Og alle sier triumferende: «Sånn går det når du er så dum og sykler om vinteren, og nå tar du vel til vettet og slutter med det». Men da må jeg først sitere Piet Hein, som sier: «Unnfly



Figur 1 Alderdommens to sirkler

alle gode råd, det er det eneste råd!» Og så må jeg føye til at risiko ikke er så enkelt, se ramme 5. Jeg må være mer nøye med å vurdere dårlig risiko, men jeg kommer ikke til å slutte å ta risiko, og heldigvis deler barna det synet.

Hva må du gjøre?	Gå ca. 30 min. hver dag
Hva får du igjen?	Bedre helse og halvert risiko for tidlig død

Ramme 4 Fysisk aktivitet, helse og dødelighet: Oppsummering (7)

Ingen risiko gir et flatt og kjedelig liv: «Vær forsiktig!»
God risiko gir opplevelser, glede, spenning, frihet, et godt og morsomt liv: «Ta risiko, men bruk vettet!» (= «Smart-risk»)
Dårlig risiko gir for stor risiko i forhold til gleden. Derfor: Velg risiko med omtanke!
Den største risiko er ikke å ta risiko!

Ramme 5 Risiko: et gode eller et onde?

Sinnet

Dermed er jeg kommet til sinnet. Jeg har jo alt sagt noe om det, men nå blir jeg litt mer systematisk, og jeg deler sinnet i to – tanker og følelser.

Eldre blir langsommere, men ikke nødvendigvis dummere. Alt tar lengre tid, og jeg er nok ikke så rapp i kjeften som før. Det er ikke sikkert det er en mangel, for jeg får liksom litt bedre tid til å tenke meg om. Den intellektuelle interessen blir ikke mindre. Jeg leser mer og over et bredere felt enn før. For tiden leser jeg for eksempel to bøker som er helt forskjellige:

- En bok om «Resilience engineering» som viser hvordan organisasjoner og foretak som har stor risiko, kan redusere risikoen ned mot nesten null (8). De er et eksempel for helsetjenesten.

- En bok om «Plikten, profiten och konsten att vara människa» (9) gir meg tanker om etikk og menneskelighet.

Jeg bruker en bokhandel – Norwegian Library House – som har en datamaskin med hele verdens bøker. På fem sekunder svarer han på om bøkene fins, og etter et par uker kommer de i posten, forbausende billig. Jeg holder meg til fagbøker. Romaner har liten tiltrekning. Det synes jeg er rart og litt sørgelig, men jeg opplever at jeg ikke har tid til romaner. Og her må jeg sitere min gamle onkel Erling Hjort. Han var kirurg og en av mine rollemodeller. Han ble 99 år, og han sa til meg: «Du vet, jeg leser ikke romaner på dagtid!»

Jeg føler at jeg er privilegert, for jeg har et bredt interessefelt, og mange er interessert i det som interesserer meg. Jeg har havnet i foredragsbransjen, og jeg blir glad når folk inviterer meg. Jeg forsøker stadig å ta opp nye temaer, for jeg blir lei av de gamle. Jeg tror det er viktig å beholde et intellektuelt engasjement, for det fremmer aktivitet.

Forskning forteller at aktivitet er bra for hjernen og utsetter demens (10). Derfor vil jeg drive på med dette så lenge jeg kan, for jeg tror at gamle skal fortsette med det de er gode til. Derfor frister det meg ikke å gå på kurs om alt mulig, selv om jeg sikkert kunne trenge det. Men hele tiden har jeg en liten gnagende redsel, og det er at jeg skal fortsette ut over min tilmalte tid uten at noen forteller meg at nå bør jeg slutte. Jeg har jo opplevd gamle gjesteprofessorer som lar seg lede av tilfeldige assosiasjoner inn i tåkeheimen, og noen burde fortalt dem at deres tid var over. Jeg trøster meg til at så lenge folk inviterer meg, kan

jeg fortsette. Men mine barn advarer meg. De sier: «Du tror at de inviterer deg fordi du er god, men sånn er det ikke. De inviterer deg fordi du er så billig!» Foreløpig velger jeg å fortsette, men jeg har én utbrytelig regel: Jeg forbereder meg og har alltid manuskript.

Gamle folk blir jo glemske, og det merker jeg selvfølgelig. Stort sett er ikke det så farlig, for jeg er nøye med å notere det jeg skal huske. En venn forteller meg at han handler dagligvarer uten lapp: «Jeg kan huske elleve ting», sier han. Jeg er ikke så forfengelig og har alltid lapp og briller.

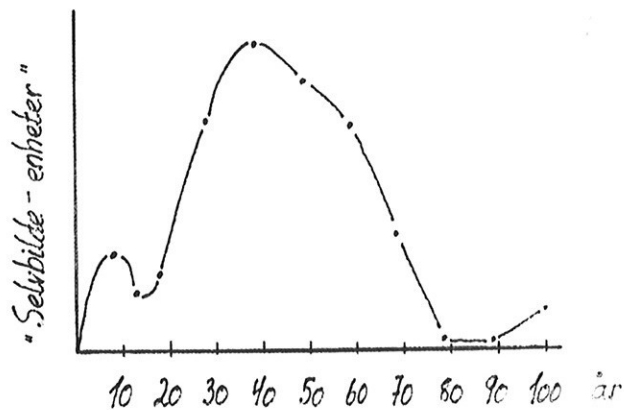
Jeg hører dårligere enn før, spesielt damestemmer, og det er et problem. Barna sendte meg til undersøkelse, og jeg har forsøkt høreapparat. Foreløpig har jeg ingen glede av det – dessverre.

Så går jeg over til følelsene. Jeg har jo snakket om min sorg, men det er forskjell på sorg og depresjon (figur 2). Jeg vil ikke ha lykkepiller, for jeg vil ta vare på sorgen min. Jeg har erfart at det eneste som hjelper mot sorg og savn, er å drive med noe. Derfor sørger jeg for at jeg hele tiden har litt for mye å gjøre. For å være helt sikker på det, ble jeg medlem av kommunestyret i Bærum. Der sitter jeg ved siden av Halfdan Hegtun, som er 87 år. Han sitter for Venstre, og jeg for Arbeiderpartiet, og han sa til meg: «Her får du lære deg til å bli stemt ned, uten å bli nedstemt!»



Figur 2 Deprimert eller lei seg? (Vincent van Gogh)

Ett punkt er viktig, og det er selvbildet. Jeg har vist denne selvlagede kurven mange ganger (fig. 3), og jeg tror den er riktig. Men det er viktig å ha et rimelig – et passe – selvbilde. Noen gamle mennesker får et for stort bilde av seg selv og det de har utrettet. En mann hadde skrevet sin egen storartede nekrolog, og en annen ville gi datteren penger til å reise en bauta på graven. Jeg opplever det ikke slik, for jeg har truffet så mange beundringsverdige mennesker i mitt liv at jeg heller blir mer beskjeden med årene. Jeg er takknemlig for det livet jeg har levd, men jeg føler ikke behov for å gjøre meg stor.

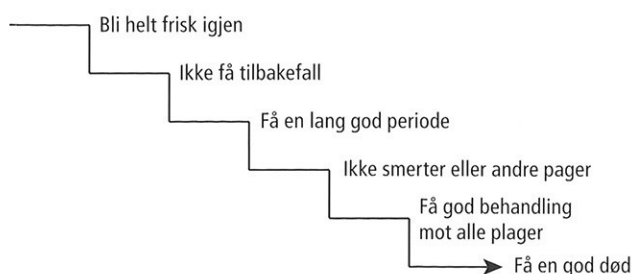


Figur 3 Selvbildet – vekst og fall

Én ting tenker jeg mye på, og det er håp. En erfaren amerikansk hematolog har skrevet en bok om håp (11) som har gitt meg mye. Jeg har jo brukt store deler av lege-livet på pasienter med alvorlig sykdom. Ramme 5 viser det jeg har kommet frem til om håp, og jeg tenker ofte på håp som en utforbakke (fig. 4). Pasientene trapper håpet ned trinn for trinn, men vi trenger håp til siste slutt. Når håpet dør, ebber livet ut. Derfor skulle det ikke hete: «Så lenge det er liv, er det håp», men omvendt: «Så lenge det er håp, er det liv».

Nødvendig – livets kilde
Håpet må være sannferdig og realistisk, men + 10 % for optimisme
Håp bygger på både tanker og følelser; mens <u>optimisme</u> bygger bare på følelser
To regler: – Du skal ikke lyve – Du skal ikke misbruke statistikk. Si aldri: «Du har tre måneder igjen»

Ramme 5 Om håp



Figur 4 Håpet reduseres etter hvert som sykdommen øker på, men det er håp til siste slutt.

Jeg tenker ofte på mitt eget håp. Jeg håper selvfølgelig at det skal gå bra for barn og barnebarn, men hva håper jeg på selv? En ting har jeg vært brennende opptatt av helt siden min kone ble operert, og det er det som går galt i helsetjenesten, det jeg kaller uheldige hendelser (12). Dette er en mye hyppigere og alvorligere utfordring enn helsetjenesten og legene vil erkjenne, og i 2003 laget jeg et forslag til en nasjonal plan for rapportering, forebygging og håndtering av uheldige hendelser. Helseministeren godtok planen, men siden har byråkratiet parkert den, og Norge – i motsetning til Sverige og Danmark – har ingen nasjonal plan for dette. Jeg brenner for denne saken og har lovet min kone at jeg skal få til dette før jeg dør. Nå har jeg skrevet en bok i håp om at den pedagogiske veien skal være mer fruktbar enn den politiske (13).

Men ellers er nok mitt eget håp beskjedent. Når jeg ser på Romørens Larvik-undersøkelse (fig. 5), håper jeg selvfølgelig at jeg blir spart for en lang slutfase på sykehjem. Men det er jo egentlig et negativt håp.

Alvorlig demens	20 %	– Økende behov over lang tid
Store hjelpebehov	36 %	– Gradvis dårligere, store hjelpebehov siste 1½ år
Skrøpelige	14 %	– Moderat sykdom og hjelpebehov
Nokså spreke	30 %	– Ingen særlige problemer, dør etter kort sykdom

Figur 5 De fire veiene mot livets slutt (14)

Jeg må si noe om humor, som jeg opplever som like nødvendig som håp. Hos mange gamle pasienter har jeg opplevd humor, ofte i form av selvironi eller galgenhumor. Jeg tror jeg har vært heldig og arvet min mors humoristiske sans. Hun bodde i sin lille leilighet med hunden Freia. Hun var glad i rødvin, og min sto-

resøster var bekymret for at hun drakk for mye. «Du drikker jo til og med alene», sa min søster. «Ikke tale om», sa mor, «skål da Freia!»

Det sosiale

Så er jeg kommet til det sosiale kapitlet. Jeg merker at jeg er avhengig av et sosialt liv og et sosialt nettverk, og jeg har sett at gamle mennesker har og får det sosiale nettverket de fortjener. Derfor er dette en viktig del av hverdagen min.

De fleste gamle er jo kvinner, og jeg har en stor krets av snille og hyggelige damer:

- Sekretæren på vår avdeling på Folkehelse er for lengst blitt pensjonist, og vi bor i nærheten av hverandre. Vi fortsetter vårt gamle opplegg, hun med PC og jeg med diktafon. Det er til gjensidig glede, og på denne måten klarer jeg meg uten PC.
- Bibliotekarene på Sosial- og helsedirektoratet er alle kvinner, og de skaffer meg all den litteratur jeg ber dem om. De søker og finner for meg.
- En gang i måneden spiser jeg lunsj med 8–10 gamle kvinner som er pensjonert fra Hematologen på Rikshospitalet, og vi snakker om alt mulig, mest om gamle dager.
- Jeg har flere damevenner. Vi utveksler tjenester, og de vet at jeg ikke liker å lage mat. Rett som det er henger det en plastpose med deilige frosne midt-dagsretter på døren.

Jeg har aldri vært noe foreningsmenneske, og jeg har aldri sunget i kor, men jeg er stadig engasjert i Pensjonistforbundet, i regelmessige søskenmøter (vi var seks søsken), i Kommunestyret og i et forskningsprosjekt som tar mye tid.

Sosiale kontakter er også en hovedgrunn til at jeg holder alle foredragene, for jeg treffer stadig mennesker som har en livsfortelling, og jeg liker å høre på dem. Se på dette eksemplet:

- En eldre kvinne med Parkinson bodde hjemme. Hun var blitt helt språkløs, og mannen fortalte om deres samliv. Plutselig smilte han og sa: «Det aller verste er at det nå er gått fire år siden jeg har fått kjeft!»

Ganske ofte ringer det mennesker som ber om råd eller hjelp, og det hender at jeg må bruke så lang tid at det utvikler seg nye vennskap. Jeg er kommet til at det er tre ting gamle mennesker frykter, se ramme 6. Ofte skal det ikke så mye til, og dere vet selvfølgelig at det er den som gir, som får. Den jødiske formuleringen av

dette skriftordet er slik: «Det du har igjen til slutt, er bare det du har gitt bort».

Evighetsperspektivet:	Jeg blir aldri frisk mer.
Avhengighetsperspektivet:	Jeg blir avhengig av andres hjelp.
Utenforperspektivet:	Jeg blir utenfor det store friske fellesskapet.

Ramme 6 De tre tyngste perspektivene ved alvorlig kronisk sykdom i alderdommen

Til slutt i dette sosiale kapitlet må jeg berøre det som gamle kaller «det sanselige», og som unge kaller sex. Mange gamle får nye og ofte rørende kjærlighetsforhold, men for meg er det utenkelig. Jeg føler at det er bare én kvinne i mitt liv. En enkemann fortalte meg at han hadde truffet igjen sin ungdoms flamme, som var blitt enke. Han ville ikke at jeg skulle misforstå noe, og derfor føyde han til: «Det er ikke noe intimt altså!» Sånn er det for meg også. Jeg har mange venner, også kvinner, men jeg vil at vi skal være venner – ikke mer. Hva de vil, har jeg aldri spurt dem om.

Sjelen

De fleste som snakker og skriver om alderdommen, begrenser seg til tre områder – kroppen, sinnet og det sosiale livet. Men en må ikke glemme det fjerde – sjelen. Jeg – som mange eldre – opplever en økende interesse for religion, filosofi og det gamle mennesker omtaler som «de store spørsmål i livet». Jeg har dessverre aldri fått «troens gave», men jeg bruker mye tid på dette.

Jeg har en nær sykkelvenn, tannlege Karl Anders Hovden, sønnesønn av den store dikterpresten Anders Hovden. En dag spurte jeg ham: «Er du egentlig kristen?» Han nølte et øyeblikk, og så svarte han: «Jeg er kristen etter Schjelderup». Neste dag kom han syklende med en kopi av en av biskop Schjelderups tidlige bøker. Den var skrevet i 1924, før han selv hadde fått troens gave. Boken het: «Hvem Jesus var – og hva Kirken har gjort ham til» (15). Jeg leste den to ganger, og siden har jeg lest mange bøker om tro. To har jeg hatt spesiell glede av (16, 17). Jeg har merket at man ikke kan tenke seg frem til å tro; troen må komme som en gave. Jeg har ikke gitt opp enda, og det betyr meget for meg å arbeide med dette uendelige stoffet. Søren Kierkegaard og en av hans mange beundrere, Johannes Møllehave, leser jeg som god medisin, spesielt når den er blandet med god humor (18, 19).

Jeg har vist dere dette for at dere skal se at lesing og filosofering – på samme måte som fysisk aktivitet – hører med blant mine mestringsmetoder.

Helsetjenesten

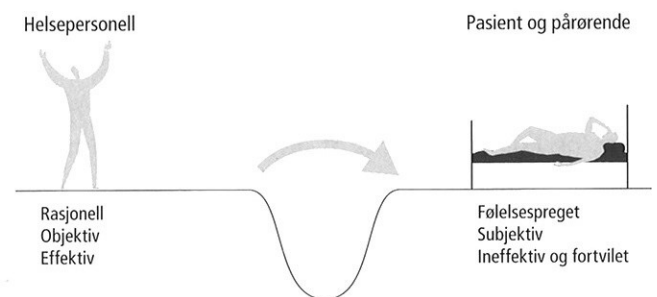
For ni år siden skrev jeg om mitt møte med helsetjenesten, og nå har jeg opplevd den på to nye måter – dels som pårørende under min kones sykdom, og dels som innlagt på Rikshospitalet etter sykkelvelten.

Mine opplevelser som pårørende gjorde sterkt inntrykk på meg. Jeg trodde jo at jeg kunne både medisinen og helsetjenesten etter nesten 50 år som lege, men nå møtte jeg helsetjenesten fra den andre siden av sengen – som pårørende. Jeg hadde dels nydelige og dels skrekkelige opplevelser, og her får dere noen stikkord.

Den gode lege og sykepleier skal stå på to ben, det biomedisinske fagbenet og det humanistiske menneskebenet. I vår tid er fagbenet blitt lengre og menneskebenet kortere, slik at helsepersonellet mister balansen. Det kommer tydeligst frem i kommunikasjonen, og jeg opplevde flere ganger at helsepersonellet snakket til meg og ikke med meg, særlig ved stående samtaler i gangen. Derfor har jeg laget denne figuren (fig. 6), for det er helsepersonellet som må bygge bro over avgrunnen. En annen måte å si dette på er denne figuren (fig. 7) om hjerne og hjerte fra den medisinske studieplanen i Tromsø. Min oppsummering er at blant helsepersonell er hjertesvikt vanligere enn hjernesvikt.

Kald hjerne	Varmt hjerte
kunnskaper, ferdigheter	holdninger
intellektuell resonnement	følelser, intuisjon
system, orden	varme
reduksjonisme	holisme
flink	snull
«competence»	«compassion»
faglig engasjement	menneskelig og sosialt engasjement

Figur 6 Kommunikasjon ved kronisk sykdom



Figur 7 Helseutdanningens to mål

Da min kone kom hjem, hadde hun hjemmesykepleie morgen og kveld, og jeg erfarte hjemmesykepleiens store problem, som er den totale mangel på kontinui-

tet: Vi hadde over 100 forskjellige pleiere i hjemmet vårt. Da jeg diskuterte dette med en av pleierne, sa hun: «Det er det beste for oss, for da slipper vi å involvere oss!» Da står vi overfor et alvorlig kulturproblem i hjemmetjenestene – fra omsorg til service.

Da jeg kom inn på nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet, opplevde jeg den høyspesialiserte helsetjenesten på sitt beste, men det var ett problem: Jeg hadde seks leger, som hver var spesialist på sin lille del av meg. Nummer seks var spesiell, for jeg opplevde plutselig å ta skrittet fra et alminnelig subduralt hematom til det å bli et «interessant kasus». Det skyldtes at de fant noen uventede celler i biopsien fra sekken rundt hematomet (fig. 8). Etter lange diskusjoner ble de enige om å glemme dem. Jeg forsøkte å be om en samtale med alle seks spesialister på en gang, men det gikk nok ikke. Det måtte jeg forstå – å samle seks travle og viktige leger for å snakke med én pasient – det var umulig. Jeg tenkte at jeg skulle fortelle dem om autonomi, at det faktisk var jeg som var sjefen for mitt eget hode. Men jeg – som andre pasienter – var så glad over å komme meg ut i live at jeg gjorde ikke det. Så nå sykler jeg omkring med det hodet jeg har igjen.

Problem	Spesialist
subduralt hematom	nevreradiolog, nevrolog, nevrokirurg
biopsi (Langerhans' histiocytter)	patolog, hematolog
trombose	trombosespesialist
lungeembolier	lungespesialist
flimmer, aortainsufficiens	hjertespesialist
prostatakreft	urolog fastlege

Figur 8 Den multisyke og høyspesialisert medisin – mitt eksempel

Slutt

Dermed er jeg ferdig med min rapport fra den fjerde alder, og konklusjonen er at den krever sin mann. Til slutt får dere tre viktige tanker:

- Den første er stor filosofi fra ingen mindre enn den romerske filosofen Seneca: Den største hindringen for et virkelig liv er at forventningen til morgendagen gjør at du mister dagen i dag (20).
- Den andre er snusfornuftig og helt riktig, som en kunne vente fra *American Journal of Preventive Medicine*, se ramme 7.

- Den tredje er poetisk og fanger opp – synes jeg – alt det vakre: sjelen, håpet, humoren og fellesskapet, alt det som gir mening til alderdommen (figur 9).

Fysisk:	opprettholde fysisk aktivitet og funksjonsevne
Psykisk:	opprettholde psykisk aktivitet og interesser
Sosialt:	opprettholde sosialt nettverk
De som er vant til fysisk aktivitet fra tidligere i livet, opprettholder fysisk funksjon lenger ut i alderdommen.	

Ramme 7 Vellykket alderdom eller «successful aging» (21)



Figur 9 Ansvar for andre og for seg selv
Galatarane 6.2–5: Ber børenes for kvarandre, og oppfyll på den måten Kristi lov. For kvar skal bera si eiga bør (22).

Noter

1. Etter 4. Nordiske kongress i eldrepedagogikk, Lillehammer 22.03.07 og på Årsmøtet i Forum Sykehjemsmedisin, Tromsø 02.06.07.

Litteratur

1. Hjort, P.F. (1998). «Mitt selvbylde som eldre». *Tidsskr Nor Lægeforen* 118:1439–41.
2. *Dag og Tid*. (2005). Slag under beltetaden må ein berre bøye seg for. 93 diskutabile sanningar på steingrunn. Oslo: Dag og Tid.
3. Åhgren, C.-E. (1986). *Förlamningen. Dagboksanteckningar*. Stockholm: LIC-Förlag/Landstingförbundet.
4. Hjort, P.F. (2001). *Til minne om Tone Seip Hjort. Min kone, kjæreste og beste venn*. Oslo: Eget forlag.
5. Dante, Alighieri (år ikke angitt). *Den gudomliga komedien*. Oversatt og kommentert av I. Björkesson. Stockholm: Natur och kultur.
6. Hjort, P.F. (1999). *Helse og livskvalitet i eldre år*. Oslo: Norsk Pensjonistforbund.
7. Gulati, M., H.R. Black, L.J. Shaw, M.F. Arnsdorf, N.B. Merz et al. (2005). «The prognostic value of a nomogram for exercise capacity in women». *NEJM* 353:468–75.

8. Hollnagel E., D.D. Woods, N. Leveson (eds.) (2006). *Resilience engineering – concepts and precepts*. Aldershot: Ashgate Publ.
9. Rosenberg, G. (2003). *Plikten, profiten och konsten att vara människa – Essä*. Stockholm: Bonnier.
10. Marx, J. (2005). «Preventing Alzheimer's: a lifelong commitment?» *Science* 309:864–6.
11. Groopman, J. (2004). *The anatomy of hope. How people prevail in the face of illness*. New York: Random House.
12. Hjort, P.F. (2004). *Uheldige hendelser i helsetjenesten. Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
13. Hjort, P.F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten. En lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal.
14. Romøren, T.I. (2001). *Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal akademisk.
15. Schjelderup, K. (1924). *Hvem Jesus var – og hva Kirken har gjort ham til*. Kristiania: Gyldendalske Bokhandel.
16. Robinson, J.A.T. (2002). *Honest to God*. Louisville: Westminster John Knox Press (40th Anniversary Edition).
17. Tillich, P. (2001). *Dynamics of faith*. New York: Perennial classics.
18. Møllehave, J. (1983). *Til trøst*. København: Lindhardt og Ringhof.
19. Møllehave, J., B. Andersen (2003). *Det skal merkes at vi lever*. Oslo: Schibsted.
20. Seneca (2005). *On the shortness of life*. London: Penguin Great Ideas.
21. Hillsdon, M.M., E.J. Brunner, J.M. Guralnik, M.G. Marmot (2005). «Prospective study of physical activity and physical function in early old age». *Amer J Prev Med* 28:245–50.
22. *Godt nytt: Det nye testamentet* (2. opplag). (1990). Oslo: Det Norske Bibelselskap.



978-82-450-0348-2

Tverrfaglig geriatri, 2. utgave En innføring

av Margareth Bondevik og Harald A. Nygaard (red.)

En innføring i de viktigste kjerneområdene i geriatri og eldreomsorg. Boken er revidert og ajourført, blant annet i forhold til lover og forskrifter, og omsorgstjenestens dilemmaer belyses i et nytt kapittel.

Boken er skrevet for sykepleierstudenter og andre helsefagstudenter på høgsolenivå, for helsepersonell i tverrfaglig videreutdanning innen aldring og eldreomsorg, og for helsepersonell som arbeider blant våre eldste gamle.



FAGBOKFORLAGET

www.fagbokforlaget.no • Telefon: 55 38 88 00 • Telefaks: 55 38 88 01 • ordre@fagbokforlaget.no