

# Aldring og sårbarhet

---

Peter F. Hjort

Den naturlige aldringen av menneskekroppen foregår i en sosial og politisk sammenheng som har stor betydning for hvordan livet leves, for hvordan menneskesinnet formes, og for hvilken form for slitasje, plager og egentlig sykdom som følger med livet. Sosiale og politiske sammenhenger ser også ut til å ha noe å si for hvordan hvert enkelt menneske takler sykdom og andre problemer i alderdommen. I dette kapitlet blir slike påstander dokumentert, og det blir gitt noen generelle råd om hvordan vi som mennesker kan handle på det politiske, profesjonelle og personlige plan for å bedre vilkårene for aldring og alderdom i framtiden.

## Et holistisk bilde

Menneskets kropp kan ikke atskilles fra sinnet og det sosiale livet, kanskje heller ikke fra sjelen. Kroppen kan selvsagt beskrives som et utrolig imponerende biologisk system, som er perfektjonert i løpet av evolusjonsprosessen gjennom millioner av år. Men kroppen styres, brukes og påvirkes av sinnet og det sosiale livet. Derfor utgjør kropp, sinn og sosialt liv en helhet. Denne holistiske, eller helhetlige, tankegangen er etter hvert blitt alminnelig anerkjent – i det minste i teorien. Ideen om kroppen som en maskin, om sykdom som en feil ved maskinen og legen som en slags kroppsingeniør er misvisende og representerer en blindgate.

Dette kapitlet forsøker å gi et holistisk bilde av kroppen til gamle mennesker, selv om det slett ikke er entydig, fordi det er vanskelig å tenke seg noe mer forskjellig enn nettopp kroppene til gamle mennesker. Kapitlet handler derfor om sammenhengen mellom kropp, sinn og sosialt liv i alderdommen – både med god helse og med sykdom.

Tuntnland H. (Red.)

Aldring og livsvilkår.

Oslo: Damm, 2005.

Jeg bygger først og fremst på mine egne erfaringer som lege for svært gamle mennesker. Jeg har naturligvis lest bøker om aldringens biologi som systematisk gjennomgår aldringen i organsystemene, immunapparatet, immunforsvaret osv. (Kirk og Schroll 1998, Scheider og Rowe 1996), bøker om aldringens psykologi (Birren og Schaie 1996, Slater 1995) og bøker om geriatri som systematisk gjennomgår de sykdommene som er de mest vanlige når vi eldes (Hazzard et al. 2003). Her har jeg imidlertid valgt å ta et klinisk utgangspunkt, noe jeg tror gir bedre mening for pleiepersonale.

Alderdommen preges av to prosesser som griper inn i hverandre. Den ene er *den naturlige aldringsprosessen*, som går sin gang hos alle mennesker. Den andre er de *aldersrelaterte sykdommene* (se figur 1.6), som ikke rammer alle mennesker, men flere og flere av oss etter at vi har passert 75 år.

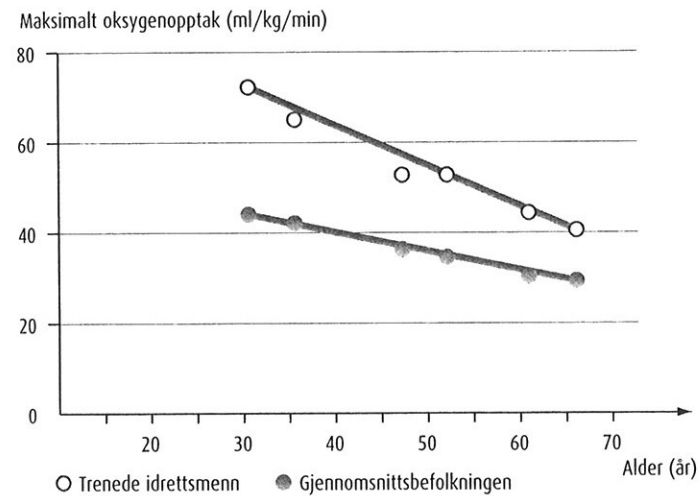
Livsstilen påvirker i svært stor grad begge prosessene. Det er legens oppgave å identifisere og skjelne mellom disse prosessene hos eldre og gamle pasienter, fordi sykdom i motsetning til aldring ofte kan behandles. Etter min oppfatning får alderen ofte skylden for altfor mye. Et klassisk eksempel i så måte er 90-åringen som hadde vondt i et kne. Da legen sa at det kom av alderen, svarte pasienten: «Men hva så med det andre kneet, doktor, det er jo like gammelt?»

## Aldringsprosessen

### Organenes kapasitet

Menneskekroppen vokser, utvikles og modnes til en er omkring 25 år gammel. Deretter blir aldringsprosessen både synlig og målbar, og den går sin gang gjennom hele den resterende delen av livet.

Evnen til maksimal muskelanstrengelse er etter min oppfatning både det mest enkle og det mest illustrerende målet for aldringsprosessen. Den måles som maksimalt opptak av oksygen ved fysiske påkjenninger, for eksempel på en ergometersyssel. Det maksimale oksygenopptaket bestemmes av hjertet, lungene og musklene, og det faller jevnt og sikkert med knapt 1 prosent om året etter 25-årsalderen, se figur 1.1. Det illustrerer det sentrale trekket ved aldringsprosessen, nemlig fallende fysisk kapasitet eller færre fysiske ressurser.



Figur 1.1 Kondisjonen (det maksimale oksygenopptaket) hos trente mannlige idrettsutøvere (øverste kurve) og gjennomsnittsmannen (Lie og Erikssen 1984).

Organenes reservekapasitet, det vil si avstanden mellom organenes maksimale kapasitet og den kapasiteten som er nødvendig for å holde oss i live, blir redusert med alderen. En gammel syklist følger de yngste når det går rett fram og er flatt, men sakter akterut når det går oppover bakke fordi han har færre fysiske reserver å ta av. Vi kan også kalle dette fenomenet for stigende sårbarhet, fordi reservene er blitt redusert.

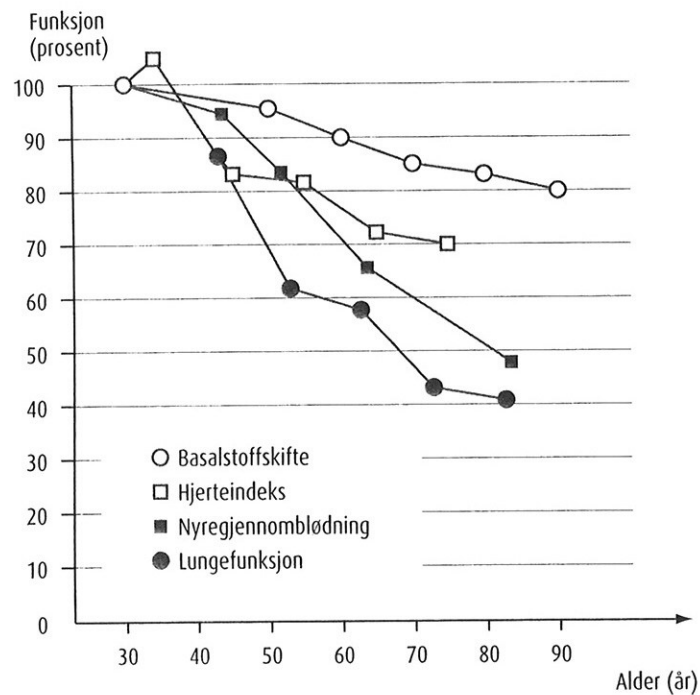
Muskelstyrken er størst omkring 30-årsalderen, og den er omtrent halvert omkring 75-årsalderen. Det skyldes et kombinert tap av muskelmasse, muskelfibrer og nervefibrer i musklene. Musklene blir mindre utholdende, men vår kunnskap om detaljene i denne prosessen er ennå mangelfull.

Evnen til maksimalt muskelarbeid kan økes ved hjelp av trening. En vel trent 65-åring kan oppnå samme kondisjon som en gjennomsnittlig 25-åring. Det betyr at trening forskyver alderdommens svakheter mot høyre på aldersskalaen. Men trening kan ikke hindre aldringen.

Kondisjonsmålinger viser altså at selv en gammel kropp har nytte av trening. Da den fysiske aktiviteten i befolkningen varierer fra nesten null til ganske mye, er det nesten ufattelige forskjeller på kondisjonen hos eldre mennesker, og disse forskjellene blir større med alderen. Det finnes derfor ikke noen standardutgave av en gammel kropp.

Det er grunn til å bekymre seg over at den fysiske aktiviteten i befolkningen blir mindre og mindre. Det betyr at mennesker vil møte alderdommen med færre fysiske ressurser. Det vil igjen føre til at vi blir fysisk skrøpelige på et tidligere tidspunkt enn vi ellers ville ha blitt.

For alle organene i kroppen finnes det kurver som beskriver den maksimale organkapasiteten, og det er stor forskjell fra organ til organ selv i en og samme kropp. Lungefunksjonen faller for eksempel raskere enn hastigheten på nerveimpulser (Kirk og Schroll 1998). Det er altså forskjeller mellom organene i den samme kroppen og mellom



Figur 1.2 Aldersrelatert nedgang i forskjellige organfunksjoner (Kirk og Schroll 1998).

ulike individer, men fellestrekket er en jevn tilbakegang for kroppens kapasitet med alderen (figur 1.2).

### Immunforsvaret

Immunforsvaret er livsnødvendig for menneskekroppen. Forskning har vist at immunforsvaret er en sammensatt og komplisert mekanisme som målretter og tilpasser sin respons på fremmede antigener. I alderdommen skjer det en gradvis svekkelse av immunforsvaret. Den varierer i styrke fra person til person og bidrar derfor til de store forskjellene som finnes mellom gamle mennesker. Hovedtrekkene er:

- *En svekkelse av den cellulære immuniteten.* Den kan påvises som en redusert reaksjon på hudundersøkelser. Klinisk kan den vise seg ved at en gammel tuberkulose blusser opp igjen eller ved helvetesild.
- *En svekkelse av antistoffresponen,* som kan påvises etter vaksinasjon, for eksempel med influensavirus.

Det svekkede immunforsvaret kan gjøre en mer mottakelig for infeksjoner og kan spille en rolle ved kreft. Selv om antistoffresponen er svekket, skjer det hyppigere dannelse av autoantistoff (det vil si antistoff mot kroppens egne antigener).

### Homeostasen

Homeostasen er summen av alle mekanismene som opprettholder et normalt og konstant indre miljø i kroppen og forsvaret dette miljøet mot alle former for ytre stress. Den friske kroppen tillater bare små svingninger i sitt indre miljø. Dette miljøet er sammensatt av forskjellige deler som hver for seg styres fra et senter med nødvendige sensorer, for eksempel for temperatur. Sentrene ligger i hypothalamus, og derfra styrer de motmekanismene som settes inn når likevekten er truet. De viktigste homeostasemekanismene er

- væske- og elektrolyttbalansen, inklusive syre-base-likevekten, hvor nyrene er spesielt viktige, og reguleringen av tørsten er en del av systemet
- blodtrykket
- temperaturen
- appetitten
- immunforsvaret

Disse reguleringssystemene har stor kapasitet, som for eksempel viser seg i at mennesker kan leve i et miljø hvor temperaturen kan variere fra  $-40$  til  $+40$  °C.

Generelt blir homeostasemekanismene svekket med alderen. Det gjør at kroppens evne til å mestre stress og samtidig opprettholde den indre likevekten blir redusert. Typiske utslag av dette er uttørring, for lavt blodtrykk, for høy eller lav kroppsvarme, sult og avmagring. Det betyr at den gamle kroppen har færre fysiologiske reserver, og det skal mindre til for å bringe den ut av balanse.

### Mekanismene bak aldringsprosessen

De viktige spørsmålene er naturligvis. Hvorfor er det slik? Hva er mekanismene bak aldringsprosessen? Det er sentrale, men stadig vekke ubesvarte spørsmål i gerontologisk forskning, og det finnes to hovedsynspunkter. Det ene er at aldringsprosessen er genetisk bestemt. Den genetiske forskjellen viser seg dels i at det er forskjell fra familie til familie, dels i at folk i noen familier blir svært gamle. Dessuten finnes det sjeldne genetiske syndromer som fører til ekstremt tidlig aldring (Werners syndrom). Det er sannsynligvis mange ulike gener involvert, og det er lite trolig at genetisk manipulasjon kan forlenge levealderen. Det andre hovedsynspunktet er at årsaken til aldringsprosessen er oppsamlede skader på celler og vev, inklusive DNA, blant annet ved at det blir dannet såkalte frie radikaler. I så fall kan antioksidanter, for eksempel vitamin E, ha en gunstig effekt.

Det er uten tvil snakk om kompliserte prosesser som blir påvirket av både arv og miljø. To tungtveiende miljøfaktorer er sosial status og livsstil. Fra dyreforsøk kjenner vi til én enkelt fysiologisk mekanisme som forlenger levetiden, nemlig en forsiktig underernæring – kalori-restriksjon (Robine et al. 1999).

### Menneskets levealder

I løpet av de siste 30 årene er forskernes antakelser om menneskets maksimale levealder steget fra 80 til over 100 år. Den offisielle verdensrekorden har den franske kvinnen Jeanne Calment som døde i en alder av 122 år (Robine et al. 1999.)

Den gjennomsnittlige levealderen i Norge har steget med ca. 25 år i løpet av forrige århundre og var i 2003 vel 77 år for menn og nesten 82 år for kvinner (Statistisk sentralbyrå 2003). Samtidig har gamle mennesker fått bedre helse. Denne utviklingen vil sannsynligvis fortsette, men i lavere tempo.

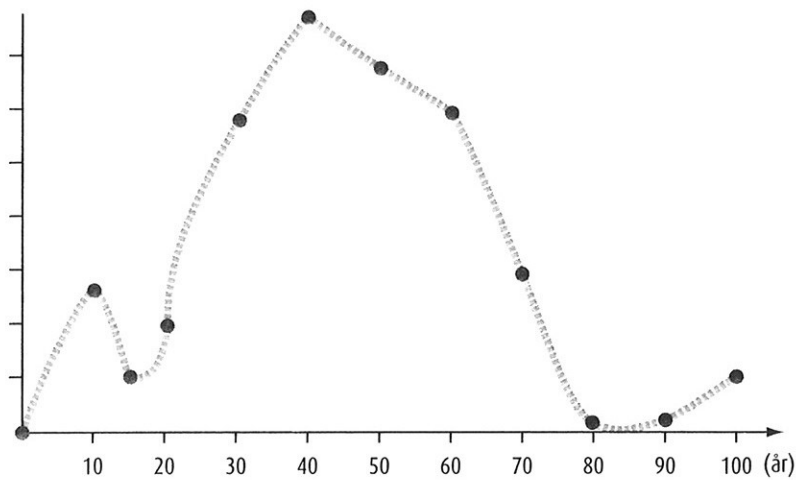
Gruppen av eldre og gamle mennesker vil derfor bli større. For planleggingen av eldreomsorgen er særlig antallet av gamle over 80 år viktig. I Norge regner en med at dette tallet vil fordobles i løpet av de neste 50 årene. Det vil si at den samlede eldreomsorgen må utvides betydelig i denne perioden.

## Aldring i psykososialt og sosialt perspektiv

Når en snakker om menneskesinnet, kan det være hensiktsmessig å skjelne mellom tanker og følelser. Tankene går langsommere med alderen, men eldre mennesker blir ikke dummere. Eldre kan lære like godt som yngre mennesker, men de behøver lengre tid til det, og læringen avhenger selvfølgelig av motivasjon.

Eldre får også erfaring, innsikt og overblikk, mange blir kloke, og noen oppnår til og med visdom. Erik H. Erikson m.fl. har definert visdom som «realisme uten fortvilelse» (1986). Hukommelsen er en forutsetning for tenkning, og hukommelsen svekkes med alderen. Spesielt navn har en tendens til å bli glemt, men ofte dukker de opp igjen av seg selv etter kort tid. Noen gamle mennesker blir ekstremt glemsomme, særlig når det gjelder de nære hendelsene, uten at de av den grunn lider av demens. Det er viktig for helsepersonalet å være klar over at en kan være glemsom uten å være dement. Demens er altfor alvorlig til at en skal spøke med «Alzheimer light».

Personligheten endrer seg ikke mye med alderen, og gamle mennesker føler at de er den samme som de alltid har vært. Initiativ og virkelyst kan svekkes, og mange får en tendens til depresjon. Jeg har lagt merke til at selvbildet – hvordan en ser på seg selv i forhold til andre mennesker – blir dårligere med årene, se figur 1.3. Særlig det å være avhengig av hjelp fra andre mennesker får selvbildet til å bli dårligere, noe som ofte kommer til uttrykk med ord som: «Jeg gjør jo ikke noe nyttig, jeg er bare til byrde.» Jeg har lagt merke til at selvbildet styr-

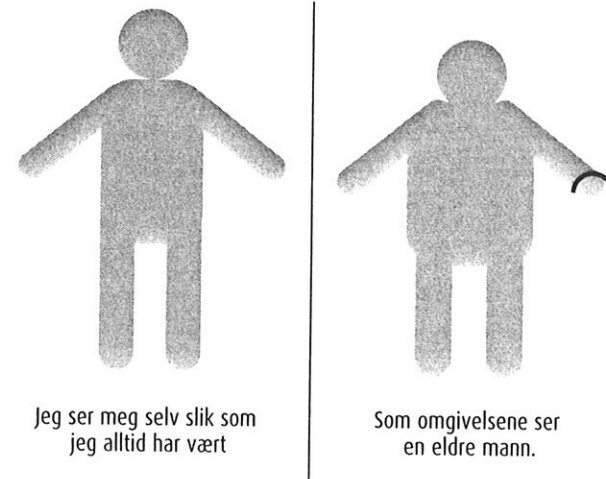


Figur 1.3 Selvbildet: Vekst og svekkelse med alderen. Kurven er tegnet på grunnlag av samtaler med gamle beboere på sykehjem.

ker seg litt igjen når en blir svært gammel og kan skimte sin 100-års fødselsdag i horisonten.

Det skjer store sosiale forandringer med alderen. En slutter i arbeidet sitt, og mange mister dermed en viktig del av sitt sosiale liv. Dessuten vil mange oppleve konflikten som er vist på figur 1.4, hvis for eksempel unge mennesker reiser seg for dem på bussen. Etter hvert blir gamle mennesker satt utenfor i det politiske og sosiale liv, og de kan oppleve seg selv som kjørt ut på et sidespor. Omgangskretsen innsnevres til familien, nære venner og naboer, foreninger og andre eldre mennesker.

Det er en sterk sosial sammenheng mellom helse og sosial status. Sosial status kan måles på utdanningslengde, yrke eller inntekt. På grunnlag av en eller flere av disse tre faktorene deles befolkningen i sosiale klasser. I alle samfunn finnes det sosiale skillelinjer, men ikke slik å forstå at det er to grupper: de ekstremt fattige og alle de andre. Alle mennesker er berørt av den sosiale lagdelingen, og jo høyere den sosiale statusen er, desto lengre levetid, bedre helse, bedre funksjon og kortere periode med definitiv invaliditet (final disability) i livets sluttfase (Mackenbach og Bakker 2002).



Figur 1.4 Den grunnleggende sosiale konflikten.

Disse forskjellene gjelder for alle mennesker, men de er mer utpreget blant menn enn blant kvinner. Forskjellene er store, og levetiden kan være ti år lengre for menn i de rike bydelene enn for menn i de fattige bydelene i en og samme by. Det er uttrykk for den fundamentale urettferdigheten, som i genteknologien ofte blir kalt Matteuseffekten: Den som har, skal få mer – eller: Den som har levd et godt liv, får også en god alderdom. Mekanismene bak disse forskjellene er sammensatte og omfatter både levevilkår, arbeidsforhold, livsstil, sosialt liv, håp og optimisme (Norges offisielle statistikk 1999). Et rettferdig samfunn er derfor den første betingelsen for en god eldrepolitikk.

## Aldersrelaterte sykdommer

Forekomsten av de fleste kroniske sykdommer stiger med alderen, og det er vanlig at gamle mennesker lider av flere symptomer og sykdommer samtidig (multimorbiditet). Det er årsaken til økt risiko for funksjonsevnetap og død (Avlund 1995). De aldersrelaterte sykdommene er forholdsvis sjeldne før 75-årsalderen, men deretter stiger de sterkt med stigende alder etter en såkalt eksponentiell kurve. Skjelett- og muskelsykdommene er et viktig unntak, fordi de ofte begynner tidligere, nemlig allerede i 50-årsalderen.

En befolkningsundersøkelse som ble gjennomført i samarbeid mellom Danmark, Sverige og Finland, der formålet var å sammenlikne funksjonsevne blant 427 menn og 567 kvinner, viste at 32 prosent av danske kvinner på 75 år slett ikke hadde noen sykdommer. For menn var det tilsvarende tallet 40 prosent (Heikkinen et al. 1997).

De aldersrelaterte sykdommene rammer ikke alle mennesker, og det er ikke mange som rammes av dem alle sammen. Ikke engang demens, som er en av de hyppigste aldersrelaterte sykdommene, forekommer hos flere enn om lag halvparten av de aller eldste. Mange mennesker får imidlertid flere aldersrelaterte sykdommer som for eksempel diabetes og hjerneslag. Iblant er et slikt sammenfall av forskjellige sykdommer uttrykk for at de har en del felles årsaker, men det er langt fra alltid tilfellet. Figur 1.5 viser de viktigste aldersrelaterte sykdommene.

Hjernen	Demens. Hjerneslag (eventuelt sammen med demens). Parkinsons sykdom
Kretsløpet	Myokardinfarkt (hjerteinfarkt). Apopleksi (hjerneslag). Nedsatt blodsirkulasjon i beina
Skjelettet	Beinskjørhet (osteoporose) og brudd. Slitte ledd (artroser)
Hormoner	Diabetes type 2. Lavt stoffskifte
Øyne	Grå og grønn stær. Netthinnedegenerasjon
Ører	Nedsatt hørsel
Tenner	Tann- og tannkjøttssykdommer (løse tenner)

Figur 1.5 De vanligste aldersrelaterte sykdommene.

Årsakene til de aldersrelaterte sykdommene kjenner vi bare delvis. De viktigste er knyttet til faktorer som har med livsstil å gjøre, særlig kost, fysisk inaktivitet og røyking. Noen av disse sykdommene har felles risikofaktorer: Fysisk inaktivitet dobler risikoen for beinskjørhet, hjerneslag, hjerteinfarkt og diabetes. Genetiske faktorer spiller uten tvil også en rolle, men den nøyaktige betydningen for de enkelte sykdommene er fremdeles ukjent for mange sykdommers vedkommende. Alt i alt kan vi si at de aldersrelaterte sykdommene, liksom mange andre sykdommer, har sin årsak i en kombinasjon av genetisk

disposisjon, livsstilsfaktorer og miljøfaktorer. Disse faktorene er virksomme over lang tid, det vil si at de forsterker hverandre.

Et viktig spørsmål er om aldringsprosessen og de aldersrelaterte sykdommene henger sammen. Forholder det seg slik at de faktorene og mekanismene som driver aldringsprosessen framover, også ligger bak i alle fall noen av de aldersrelaterte sykdommene, eller er det snakk om helt forskjellige mekanismer? Vi kjenner ennå ikke svaret på dette viktige spørsmålet.

Aldring og de aldersrelaterte sykdommene rammer menn og kvinner forskjellig. I Norge lever kvinner fem–seks år lenger enn menn, noe som er grunnen til at omkring to tredjedeler av den eldre befolkningen består av kvinner. Men de mennene som blir gamle, er generelt ved bedre helse og har bedre funksjonsevne enn jevnaldrende kvinner.

Symptomer og ubehag i forbindelse med de aldersrelaterte sykdommene er svært forskjellige. Disse sykdommene utvikler seg langsomt, og symptomene er ofte moderate. Forfatteren Alexander Kielland sa det slik: «Min sykdom er som en vennlig losjerende.» I en norsk helseundersøkelse fra 1995 opplyste 88 prosent av dem som var 80 år og eldre, at de hadde en kronisk sykdom (86 prosent av mennene og 89 prosent av kvinnene), men blant disse menneskene vurderte hele 52 prosent sin egen helse som god eller svært god (53 prosent av mennene og 51 prosent av kvinnene).

Symptomene tiltar gradvis og kan til slutt bli invalidiserende, som ved demens og Parkinsons sykdom. Men de aldersrelaterte sykdommene kan også være nesten stumme, inntil de begynner uten eller nesten uten forutgående varsel, som ved hjerneslag eller hjerteinfarkt.

Sammenfattende kan vi si at de aldersrelaterte sykdommene forekommer så hyppig at nesten ingen går klar av dem. Som regel tar det lang tid før symptomer og plager fra sykdommer bygger seg opp. Og så etter lang tids dvale kan de bli alvorlige, enten plutselig eller gradvis.

## Symptomer og sykdomsbilde

Eldre mennesker har to grupper av sykdommer – dels de vanlige sykdommene som alle mennesker kan få, for eksempel blindtarmbetennelse, dels de spesielt aldersrelaterte sykdommene.

Sykdomsbildet hos eldre er som regel vagere og mer diffust enn hos yngre. Eldre kan ha blindtarmbetennelse uten de typiske magesmertene eller lungebetennelse uten feber. Dessuten har gamle mennesker ofte flere sykdommer samtidig: *multimorbiditet*. Det kan forklares statistisk idet risikoen for sykdom stiger med alderen. Men det kan også ha sin årsak i at sykdommer kan ha de samme årsaksfaktorene. Diabetes disponerer for eksempel for hjerte- og karsykdommer, og begge kan til dels spores tilbake til kosten. Og en som røyker, har større risiko for å få lungebetennelse som komplikasjon til en influensa enn en ikke-røyker. Det er statistisk dokumentasjon for å si at en 70-åring nesten alltid lider av en kronisk sykdom, og at en 80-åring nesten alltid lider av to.

Den såkalte *dominoeffekten* er et annet begrep som henger sammen med multimorbiditet. Dette begrepet stammer fra leken med dominobrikker. Hvis vi stiller brikkene på høykant etter hverandre og gir den forreste et lite puff, velter hele rekken av brikker over ende. Tilsvarende kan vi hos gamle mennesker se at ett problem fører et annet med seg: Selv en symptomfattig og tilsynelatende harmløs blærekatarr kan føre til dehydrering, som igjen kan gi blodtrykksfall slik at både hjerte og hjerne blir belastet, noe som kan bringe den gamle i en tilstand med samtidig hjertearytmi, begynnende lungeødem og begynnende delirium. Nå kan det oppstå svært ubehagelige symptomer som svimmelhet, pustebesvær og forvirring, og tilstanden kan være livstruende. Poenget er at det er viktig for gamle mennesker at pleiepersonalet er oppmerksom på selv små tegn på sykdom og nøye vurderer når det er nødvendig å kontakte lege.

Forklaringen på disse spesielle forholdene for gamle mennesker ligger i at de er mer sårbare og utsatt fordi reservekapasiteten blir svekket og homeostasemekanismene blir mindre effektive.

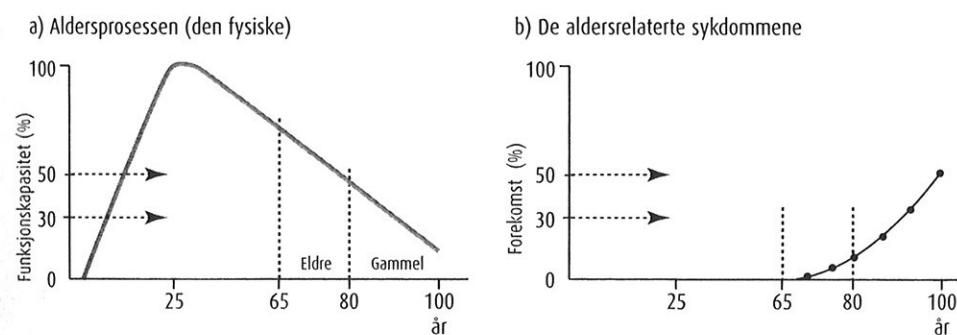
## Aldringsprosessen og de aldersrelaterte sykdommene

Vi har bare denne ene kroppen, og vanligvis går aldringsprosessen stille og rolig for seg samtidig som en blir utsatt for de aldersrelaterte sykdommene. Det betyr at kroppen skal møte et sterkere sykdomspress med færre reserver. Se figur 1.6.

WHO har satt tall og ord på dette fenomenet. WHO sier at en er blitt eldre (elderly) når en er 65 år gammel, og at en ved 80 år er blitt gammel (old). Det er god logikk i å angi alderen 80 år som en statistisk skillelinje fordi kroppens reservekapasitet på det tidspunktet er redusert til det halve eller mindre, og de aldersrelaterte sykdommene samtidig har begynt å bli tydelige, de er symptomgivende, og de kommer ofte flere på en gang. Et folkelig, amerikansk uttrykk sier noe om dette: «The 80's are not for sissies» («80-årene er ikke for sveklinger»).

Det er viktig å understreke de nesten ufattelig store forskjellene det er på gamle kropp. Ved 80 år er mange døde: Av kohorten som ble født i Norge mellom 1906 og 1910, fikk bare 53 prosent bli 80 år gamle (35 prosent av mennene og 71 prosent av kvinnene) (WHO 1986).

Mange 80-åring er blitt skrøpelige. Likevel vurderer de fleste (hele 52 prosent av dem som deltok i helseundersøkelsen fra 1995) sin egen



Figur 1.6 Samlet framstilling av aldringsprosessen og de aldersrelaterte sykdommene.

helse som god (Norges offisielle statistikk 1999). 80-åringene er ikke bare blitt flere, men mitt klare inntrykk er at de er blitt mer vitale og har bedre helse. Jeg tror derfor at WHO's 80-årsgrense bør flyttes opp – kanskje helt opp til 85 år for Skandinavias vedkommende.

I den tidligere omtalte befolkningsundersøkelsen fant en at overlevelsen blant 75-åringene født i 1914 som utgangspunkt var forskjellig. I Danmark var andelen av overlevende 53 prosent for menn og 69 prosent for kvinner, i Sverige henholdsvis 47 prosent og 65 prosent og i Finland henholdsvis 24 prosent og 48 prosent (Heikkinen et al. 1997). Her må en tenke på de historiske hendelsene, blant annet den andre verdenskrigen, som med stor sannsynlighet har betydning for disse forskjellene.

### De aller eldste

I løpet av de siste årene har forskerne blitt mer interessert i de som er svært gamle, det vil si i dem som er over 85 år. Det har vist seg at de har relativt lavere dødelighet, de har lavere forekomst av demens, og de påvirkes i mindre grad av de vanlige risikofaktorene som høyt blodtrykk, høyt kolesterolinnhold i blodet og overvekt (Robine et al.). Forskerne vet ennå ikke hvorfor det er slik, og de diskuterer to mulige forklaringer. Den ene er den naturlige utvelgelsen eller seleksjonen (de sterkeste overlever). Den andre er at fysiologien kanskje endrer seg i denne høye alderen. Mens vi venter på svar, bør vi kanskje la denne gruppa fortsette med den livsstilen de er vant med.

Opplevelse og mestring av sykdom varierer like så mye som helse og de gamle kroppene. Det finnes et helt spekter av holdninger. I den ene enden av spekteret har vi fatalismen eller den stoiske ro: «Det er alderen, og den kan jeg ikke gjøre noe med.» Her overgir den gamle seg til sin skjebne, forsømmer det forebyggende arbeidet, lar kroppen forfalle, går ikke til lege og er redd for behandling.

I den andre enden finner vi kampen for evig ungdom. Her slanker en seg, får plastisk kirurgi, er opptatt av sykdom, går til lege igjen og igjen, har en stor plastpose med medisin og vet alt om ukebladenes foryngelseskurer. Hele den eldre befolkningen finner vi mellom disse to ytterpunktene.

Det er min erfaring at de aller fleste eldre er kloke og realistiske og følger de rådene de får – på én betingelse. Denne ene og avgjørende betingelsen er at de har tillit til den som gir dem råd. Derfor er det viktig å møte de eldre med forståelse og interesse, ikke bare for sykdommene deres, men også for det livet de har levd, og for det mennesket de nå er.

## Å forebygge sykdom og styrke helse i alderdommen

Er kroppen hjelpeløst fortaapt i aldrings- og sykdomsprosessene, eller kan den bokstavelig talt forsvare seg mot dem? Jeg har allerede nevnt at fysisk trening kan forskyve aldringsprosessen oppover aldersskalaen. Videre vil jeg sitere hva WHO sier om forebyggende helsearbeid: «Med noen få, klare unntak kan sykdom i prinsippet forebygges ved å endre livsstil, miljø og samfunn» (WHO 1986).

De store forskjellene mellom gamle kroppene kan naturligvis tolkes på to måter: Enten er det upåvirkelige, genetiske faktorer som ligger bak, eller så er det påvirkelige livsstils- og miljøfaktorer. Det er sannsynligvis tale om begge deler, men WHO er altså av den oppfatning at miljø og livsstil er vesentlige faktorer. Hva kan vi gjøre med det? Svaret er at vi kan gjøre en hel del hvis vi er villige til å arbeide tålmodig på tre fronter.

For det første har vi den politiske fronten. Den gamle kroppen er preget av livet den har levd, og statistikken gir skremmende klar beskjed om livets realiteter. Hvis du lever på samfunnets solside med god utdanning og gode levevilkår, kan du forvente en lang alderdom og god helse. Hvis du derimot lever på skyggesiden med heller dårlig utdanning, et usikkert og slitsomt arbeid, dårlige levevilkår og små forhåpninger om framgang, må du regne med en kortere alderdom og en dårligere helse. For tiden øker forskjellene i samfunnet, og vi har behov for en reaksjon og en politikk som motarbeider denne utviklingen. Det har de gamle kroppene krav på.

Den andre fronten er sykdomsforebyggende arbeid. Det er viktig fordi det stort sett forholder seg slik at et alminnelig, sunt liv i



et godt miljø og med en god livsstil halverer risikoen for sykdom i eldre år. Jeg har satt opp elleve bud for sykdomsforebyggende arbeid, men her skal jeg nøye meg med å nevne tre av dem:

- *Kosten er viktig*, og alle kjenner retningslinjene for en sunn kost: bare litt fett, sukker og salt, mye fiber, mye frukt, mye fisk, grovt brød og mye grønnsaker. Lett overvekt behøver en ikke ta så tungt, men fedme (særlig »bukfettet« hos menn) er uheldig. Det er urovekkende at vekten øker i befolkningen.
- *Røyking* er uheldig fordi det øker risikoen for tidlig død og særlig for kroniske og ofte invalidiserende lidelser i eldre år. Kroppen kan ikke fordra røyk.
- *Fysisk inaktivitet* har vist seg å være den kanskje aller største risikofaktoren. Budskapet er enkelt: Gå en tur på en halv time hver dag.

Det går tydelig fram at den enkelte selv må ta ansvaret for dette sykdomsforebyggende arbeidet. Det er faktisk langt på vei slik at den enkelte selv har ansvaret for sin kropp. Jeg vil understreke at det ikke er snakk om askese eller fanatiske krav. Det dreier seg kun om vanlig måtehold. Ta for eksempel kroppsvekten. Det er uheldig å være for tynn, og det er uheldig å være altfor tykk. Den kurven som kombinerer kroppsvekt og dødelighet, er derfor U-formet og svært bred i bunnen.

Det er mange undersøkelser som viser at det er lettere for dem med god utdanning og gode levevilkår å ta ansvaret for sin egen helse og livsstil enn det er for dem som mangler disse godene. Det viser at det politiske arbeidet for rettferdighet og likevekt i samfunnet er en helt nødvendig forutsetning for at det sykdomsforebyggende arbeidet skal lykkes.

Den tredje fronten er 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 på at det nok skal gå godt.
- *Positivt selvbilde*: Tro på at du er noe.
- *Sosialt nettverk*: Vær imøtekommende, positiv og interessert i andre mennesker.

- *Interesse, deltakelse og engasjement*: Foreta deg noe som interesserer deg, og som du er god til.

Det er lettere for folk som har det godt, å utvikle slike mestringsfaktorer. Derfor er det politiske arbeidet i samfunnet også viktig på denne fronten.

## Helsevesenet og de gamle

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

Det første spørsmålet er: Hvor stor vekt skal leger legge på alderen når de vurderer spørsmålet om behandling? I mange år arbeidet leger med fastsatte aldersgrenser for ulike behandlinger. De aller fleste er nå opphevet, dels fordi de var diskriminerende, dels fordi det var så stor forskjell på gamle mennesker at faste aldersgrenser er meningsløse. Bare på ganske få områder finnes det fremdeles aldersgrenser, for eksempel i forbindelse med transplantasjoner. Disse aldersgrensene skyldes ikke ressursmangel, men at resultatene er for dårlige for gamle mennesker.

Det er stort sett erfaring for at gamle mennesker tåler mer enn en har trodd, for eksempel store kirurgiske operasjoner. Det viser seg imidlertid også at det ofte er klokt å velge mer skånsomme behandlinger av gamle mennesker – ikke på grunn av alderen, men fordi de fysiske ressursene i kroppen rett og slett er for små til en stor og krevende behandling. Det er viktig å bygge valget av behandling på en realistisk vurdering av hva den gamle med rimelighet kan tåle. I dag skjer det oftere enn før i tiden at både pasienter og pårørende har urealistiske forventninger, og at legen strekker seg langt – kanskje for langt – for å forsøke å leve opp til disse forventningene. Denne problemstillingen har blitt både viktigere og vanskeligere enn tidligere, fordi de medisinske framskrittene har utvidet mulighetene for behandling. Det gjør seg særlig gjeldende i amerikansk medisin, der behandlingen kan ende med å bli verre enn sykdommen (Gillick 1994). Det er viktig at pasientene, de pårørende og legen drøfter behandlingsmulighetene åpent og realistisk. Medisin er stadig vekk det muligens kunst.

Det andre spørsmålet dreier seg om helsepersonalets holdning til de gamle pasientene. Disse pasientene har som regel kroniske og kompliserte sykdommer, ofte flere sykdommer samtidig. De er gjerne skrøpelige og mentalt langsomme, og mange ser og hører dårlig. Det betyr at de passer dårlig sammen med et travelt helsevesen som blir presset til stadig høyere effektivitet og kortere konsultasjoner og innleggelsestider. Det blir svært stor asymmetri mellom den gamle pasienten og det mye yngre og travelt opptatte helsepersonalet.

De to begrepene makt og avmakt er ofte til å ta og føle på, for eksempel når sykehuset definerer den gamle og skrøpelige pasienten som »en ferdigbehandlet pleiepasient«. Dette er et dypt alvorlig problem som krever en pedagogisk offensiv overfor helsepersonalet, og kanskje er humor en bedre metode enn moralsk indignasjon. Derfor vil jeg fortelle at jeg for noen år siden kjørte min gamle, rustne folkevogn inn på et stort bilverksted – nærmest en universitetsklinikk i bransjen – for å få reparert rustskadene. Verkstedsjefen kastet et blikk på bilen og sa: «Jeg blir dårlig av en sånn bli. Kjør den til opphogging.» Jeg innvendte at dette ikke bare 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 at gamle mennesker bør brukes i opplæring av helsepersonale.

Det tredje spørsmålet er pleie av døende, som rommer vanskelige faglige, etiske og menneskelige dilemmaer. De fleste av oss skal jo utsettes for pleie i forbindelse med vår død, og jeg ønsker meg et helsevesen som prioriterer dette arbeidet. Utfordringen er å skape en kultur for god pleie av døende i institusjonene – en dødspleie som er preget av høy faglig og menneskelig kvalitet og av nærhet, trygghet og varme.

### Framtidens gamle

De gamle blir flere, eldre og med en bedre helse. Fordi de gamle blir eldre, vil utfordringene bli større. Risikoen for aldersrelaterte sykdommer stiger med alderen, og vi må derfor regne med en jevn stigning av behovet for eldreomsorg.

Det er dels en utfordring for hvert enkelt menneske. Vi har bare den ene kroppen, og vi skal leve med og i den helt til det siste. Det gjelder derfor å ta vare på den, å passe den godt. En mann på 104 år

uttrykte seg slik: «Jeg har alltid likt å bruke kroppen min, og jeg tror at den har hatt godt av det.» For å gi et inntrykk av hvilket mesterverk menneskekroppen er, vil jeg fortelle at hjertet hans inntil da hadde slått omtrent

70 slag · 60 minutter · 24 timer · 365 døgn · 104 år =  
3,83 milliarder slag

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

Utfordringen retter seg imidlertid også mot helsevesenet og eldreomsorgen. De gamle er de beste kundene. Tenk på asymmetrien og ta vare på disse kundene.

Til sist går utfordringen til samfunnet og til politikerne. Skap et samfunn med rettferdighet og likeverd, et samfunn med sunnhet for *alle*. Det er framtidens egentlige utfordring.

### Oppgaver

- 1 Hva kjennetegner en holistisk tankegang?
- 2 Hjort sier at alderdommen er preget av to prosesser: den naturlige aldringsprosessen og de aldersrelaterte sykdommene. Hva mener han med det?
- 3 Kommenter påstanden: «Trening forskyver alderdommens svakheter, men kan ikke hindre aldringen.»
- 4 Finn ut hvem som sitter i eldrerådet der dere bor, og hvilket mandat dette rådet har. Hvordan kan dere benytte dere av de kunnskapene dette rådet sitter inne med?
- 5 Figur 1.3 viser hvordan selvbildet utvikler seg utover i livsløpet. Hvordan vil du forklare denne utviklingen?



## Litteratur

- Advisory Committee on Health Research. Health research strategy. Geneva: World Health Organisation, 1986
- Avlund K. Måling af funktionsevne fra 70- til 75-årsalderen. (ph.d.-afhandling). København. Århus, Odense: Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag, 1995.
- Birren JE, Schaie KW (ed.) Handbook of the psychology of aging. 4. th ed. San Diego: Academic Press, 1996
- Erikson EH, Erikson JM, Kivnickt HQ. Vital involvement in old age. New York: Norton, 1986.
- Gillick MR. Choosing medical care in old age. What kind, how much, when to stop. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1994.
- Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG. Tinetti ME red. Principles of geriatric medicine and gerontology. 5 th edit. New York: Mc Graw-Hill, 2003.
- Kirk H, Schroll M (red.) Viden om aldring - veje til handling. København: Munksgaard Danmark. 2002
- Lie H; Erikssen J. Five-year follow-up of ECG aberrations, latent coronary disease and cardiopulmonary fitness in various groups of Norwegian cross-country skiers. Acta Med Scand 1984; 214:377-383
- Mackenbach J, Bakker M (ed.) Reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge, 2002
- Pedersen AN. 80-åriges ernæringsstatus - og relationen til fysisk funktionsevne. (80-års undersøkelsen 1994/95. København: Fødevarerdirektoratet, 2001
- Robine J-M, Forette B, Francheschi C, Allard M (eds.) The paradox of longevity. Berlin: Springer, 1999.
- Schneider EL, Rowe JW (eds.) Handbook of the biology of aging. 4 th ed. San Diego: Academic Press, 1996
- Schroll M, Avlund K, Pertti E, Gause-Nilsson I, Davidsen M. Chronic diseases and functional ability in three Nordic localities (NORA 75.) I: Heikkinen S, Berg M, Schroll M, Steen B, Viidik A (eds.) Facts, research and intervention in geriatrics. Serdi publisher France, 1997.
- Statistisk sentralbyrå 2003. Befolkningsstatistikk. Døde 2003. Vi lever lenger enn noen gang. <http://www.ssb.no/emner/02/02/10/dode/> (Besøkt 20.10.04).

## KAPITTEL 2

# Ord skaper alder

Anne Leonora Blaakilde

Ordet gammel har mange betydninger. Når vi snakker om at noen er gamle, bruker vi språket til å forhandle med hverandre om hva vi egentlig mener med å være gammel. Språket er likevel ikke bare tatt ut av løse lufta, men er et uttrykk for det kulturelle fellesskapet vi deler med hverandre. I dette kapitlet skal vi diskutere hvilke betydninger vi legger i alderdom ut fra en kulturgerontologisk synsvinkel.

## Alderdom - når er en gammel?

Det finnes ingen egentlige definisjoner av alderdom, men som kulturelle individer har vi likevel noenlunde overensstemmende oppfatninger av hva det vil si å være gammel. Ellers kunne vi ikke forstå hverandre når vi bruker ordet. Vi vet godt at alle mennesker er forskjellige, også at gamle mennesker er forskjellige fra hverandre. Likevel sier vi ofte rosende ord som:

«Jensen er åtti år, men han ser ut som seksti».

Slike utsagn vitner om at vi tror folk ser like ut når de er 80, og like ut når de er 60. I samtaler med denne typen utsagn *forhandler* vi oss fram til hvordan vi oppfatter alder, eller retttere hvordan vi synes at en skal se ut i en bestemt alder. Når vi derimot sier om Jensen at han oppfører seg som en på 60 selv om han er 80, forhandler vi om hvilken *atferd* vi forventer av henholdsvis 80-åringer og 60-åringer.

Vi har altså spesielle kulturelt bestemte oppfatninger av hva alderdom er, og hva den betyr for oss. Disse oppfatningene kommer til uttrykk gjennom språket vi deler.