

Helse for de gamle – hvordan klarer vi det?

— Av Peter F. Hjort —

Hva er helse?

En dag jeg gikk legevisitt på sykehjemmet spurte en gammel dame meg: «Vet du hva enigma betyr?» Da jeg svarte at det betyr en gåte, smilte hun og sa: «Jeg skulle bare prøve å sette deg fast!» Jeg starter med denne lille historien, for helse er i virkeligheten en gåte.

Verdens helseorganisasjon sier jo at helse er total frihet fra sykdom og svakhet, men det er en utopi. Intervjuer en gamle mennesker, svarer minst 80% at de har et kronisk helseproblem, men de fleste er likevel fornøyde med helsen sin (1). Derfor definerer jeg helse som et overskudd i forhold til hverdagens krav.

Dermed kan helse oppfattes som et regnskap. Utgiftene er sykdom, risiko for sykdom, funksjons-hemming og kroniske helseproblemer. Inntektene er mestringsressurser, dvs. alt det folk bruker for å håndtere sykdom og livsproblemer. Overskudd i dette regnskapet gir helse. Dermed blir helse på tross av sykdom fullt mulig og svært vanlig. Her er et eksempel:

En mann på 50 år hadde i mange år hatt en smertefull og invalidiserende rygg- og leddlidelse (Bechterevs sykdom). Likevel hadde han bygget opp en trevarefabrikk og var familiefar og ordfører i bygda. Da jeg spurte ham hvordan han hadde klart alt dette, svarte han: «Jeg har aldri regnet meg som syk».

Hva er alderdom?

Aldersprosessen går sin gang i alle mennesker fra vi blir født. I kroppen fører den til en jevn og langsom nedgang i de fysiske ressursene, og den kan måles som en reduksjon av evnen til maksimalt muskelarbeid

med ca. 1% per år fra 25-års alderen, dvs. at ca. halvparten er borte ved 75-års alderen. Hjernen arbeider langsommere, men vi blir ikke dummere. Samtidig blir vi mer glemsomme, men ikke sløve. Personligheten forandres lite, og vi vinner i erfaring, innsikt og evne til samarbeid.

Det sentrale i aldersprosessen blir dermed at reservene minker, og det blir mindre å gå på. Det betyr at sårbarheten øker, men en blir ikke syk av aldersprosessen. Helsestatistikken viser imidlertid at sykdom øker ut gjennom livet, og alderssykdommene kommer som et tillegg etter ca. 75 år. Utfordringen blir derfor å møte mer risiko for sykdom med mindre ressurser.

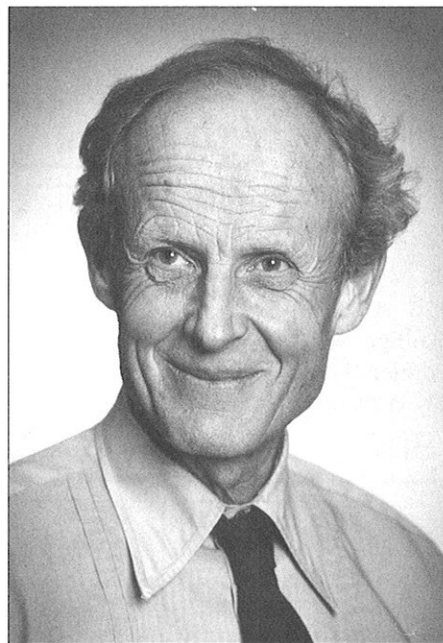
Hva kan eldre gjøre for helsen?

Jeg bruker ordet helsearbeid for alt det en kan gjøre for å bevare og styrke helsen. Det skiller seg fra sykdomsarbeid, dvs. behandling og rehabilitering for sykdom.

Denne lille oversikten over kunnskapen om helse og alderdom viser at helsearbeidet blir viktigere jo eldre en blir. Hvordan kan vi bruke denne kunnskapen i det praktiske helsearbeidet? Mitt utgangspunkt er noen ord av helseprofeten Ivan Illich: «Helse er ikke noe du har eller får, men noe du gjør» (2), og vi må arbeide på to fronter.

1. Det sykdoms- og skadeforebyggende arbeidet skal redusere risikoen for sykdom og skader. Det bygger på over 100 års forskning om årsakene til de store folkesykdommene. Det betyr at vi har solide kunnskaper som grunnlag for arbeidet.

I figuren har jeg samlet de praktiske rådene som kan trekkes ut



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 1994. Tilsynslege ved Ullern alders- og sykehjem 1976-94. Arbeider nå med prosjekter og undervisning.

Peter F. Hjort
**HELSE
VETT**



Figur 1

2. Det helsefremmende arbeidet skal styrke mestningsressursene. Her har det tatt lenger tid å bygge opp kunnskapsgrunnlaget, men i de siste 10-15 årene er det blitt solid nok til at en kan gi enkle råd, og de viser jeg i figur 2.

Hvordan får vi dette til?

Erfaringen viser at helsearbeidet er vanskelig å få til i praksis, og det er mange grunner til det:

- Helse- og levevaner formes som regel tidlig i livet, og de er ikke lette å endre. Røyking er et typisk eksempel.
- Mange føler at det er en ubehagelig forskjell mellom det gode liv og det sunne liv, «mellom det søte og det sure livet», sier noen.
- Markedskreftene motarbeider ofte helsearbeidet. Spesielt gjelder det alkohol og røyk.
- Samfunnsforholdene er viktige, fordi det er lettere å leve sunt når en sitter i gode kår (5).

Et viktig problem er at ansvarsforholdene er uklare, og det er mange eksempler på at det alle har ansvar for, har ingen ansvar for. Derfor vil jeg nå drøfte ansvarsforholdene.

1. Enkeltmenneskene har et avgjørende ansvar for sin egen helse (og dermed for sin egen alderdom. Mange eldre skylder på alderen: «Det er alderen, vet du, og den kan jeg jo ikke gjøre noe med». Sannheten er at vi langt på vei har alderdommen i våre egne hender, selv om det selvfølgelig fins mange ufor-skyldte sykdommer. Derfor er det en viktig og vanskelig oppgave å «selge» helsearbeidet til de eldre. Erfaring viser at det har liten effekt å preke helseopplysning ovenfra og ned, selv om opplysningen er aldri så riktig og velment. I de siste ca. 20 år er dette blitt mer og mer klart, og det er mange holdepunkter for at gruppearbeid har større effekt, f. eks. i form av selvhjelpsgrupper, gå-grupper og lagsarbeid. Vi strever med dette i Norsk Pensjonistforbund.

av denne kunnskapen. Jeg har gitt rådene en enkel form, men grunnlaget er forskning – ikke synsing eller moralisme.

Ett punkt er viktig, og det er at det gjelder U-formede kurver for nesten alle rådene. Legemsvekten er et eksempel: Det er uheldig å være alt for tynn, og det er uheldig å være alt for tykk, og U-kurven er ganske bred i bunnen. Det betyr at det ikke dreier seg om askese eller fanatisme, men om sunt måtehold. Det er ett unntak fra denne regelen, og det er røyking – all røyking er skadelig. For eldre mennesker tror jeg fysisk aktivitet er spesielt viktig, og rådet er enkelt: Gå 30 minutter hver dag.

Det er ofte diskusjon om hvor mye det forebyggende arbeid kan bety, og mange sier at det hjelper

ikke. Det er en enkel forklaring bak dette. Det hjelper å gjøre det forebyggende arbeid, men det hjelper ikke bare å snakke om det. Et viktig eksempel er Oslo-undersøkelsen, som viste at endring av kostholdet og røykeslutt halverte risikoen for hjerteinfarkt hos menn med høy risiko for infarkt (3). Et annet eksempel er at fysisk aktivitet halverer risikoen for hjerteinfarkt, hjerneslag og diabetes (4). Det store problemet er at det er så vanskelig å ta skritt fra snakk til handling.

For en del av risikofaktorene er det kommet legemidler, spesielt for høyt blodtrykk, høyt kolesterol og benskjørhet. De virker, men de bør brukes i tillegg til – ikke i stedet for – de praktiske tiltakene, og bare hvis de ikke har tilstrekkelig effekt.

Mestrings- Vett



Figur 2

I faglitteraturen møter en ofte ordet «empowerment», som best kan oversettes med ordet egenkontroll, dvs. at den enkelte kan og vil ta ansvar for sitt eget liv og helsearbeid. Den store utfordringen er å lykkes med dette vanskelige pedagogiske arbeidet (6).

2. Familien spiller stor rolle, og gang på gang har det slått meg at medlemmene i en familie har et felles livsmønster. Små barn sosialiseres tidlig til et livsmønster som er positivt eller negativt for helsen. Mat, tobakk, alkohol og fysisk aktivitet er typiske eksempler. Familiegrupper knyttet til grunnskolen kan være et heldig pedagogisk grep.

3. Legene kan spille en viktig rolle i motiveringsarbeidet, for både erfaring og forskning viser at pasientene ofte hører på de rådene de får, f. eks. om fysisk aktivitet, fra leger de har tillit til (7). Dessverre har vi ikke hatt noen heldig utvikling på dette området, for mange leger føler at dette rådgivningsarbeidet er slitsomt, tidkrevende og har liten effekt (8). Det er en viktig oppgave å motivere legene for dette arbeidet, og det fins gode pedagogiske metoder (9). Mange leger foretrekker imidlertid å konsentrere seg om den medikamentelle forebyggingen. Det ligger et vanskelig dilemma her, for medikamentell forebygging har effekt, men bivirkningen er en medikalisering av alderdommen.

4. Helsetjenesten som helhet har ansvar for det offentlige helsearbeidet, f. eks. svangerskapskontrollene og vaksinene. Likevel er det slik at helsetjenesten først og fremst er en syketjeneste. Den er helt nødvendig når en er syk, men den kan ikke holde folk friske. Vi snakker ofte om «10-90 regelen», dvs. at helsetjenesten bare har ansvar for 10% av folks helse. Resten ligger utenfor helsetjenesten – hos folk selv, i skolene, i arbeidslivet, hos forbrukerorganisasjonene, hos trafikkmyndighetene osv. (10).

På en måte legitimerer dette at helsetjenesten trekker seg ut av helsearbeidet, bortsett fra de spesielle oppgavene som f. eks. vaksinasjonsarbeidet. Likevel er det bokstavelig talt livsviktig at den ikke gjør det, fordi vi trenger helse-tjenestens aktive støtte og medvirkning til helsearbeidet. Mister helsetjenesten interessen for dette arbeidet, mister alle andre det også. Tenk bare på kommunene. Hvis ikke helseetaten og kommunelegene har interesse for helsearbeidet, har ikke resten av kommunen det heller.

Sykehusene må også finne sin plass i helsearbeidet. Bl. a. er utskrivningssamtalene med pasienter og pårørende ofte avgjørende. Disse samtalene er ofte et såkalt «gyllent øyeblikk» hvor pasienter og pårørende er motivert og villige til å ta imot råd. Dessverre er disse samtalene lavt prioritert og blir ofte effektivisert bort. Det er så å si ingen plass for dem på regningen.

5. De frivillige organisasjonene har en nøkkelrolle og driver mye godt helsearbeid – tenk bare på Nasjonalforeningen og Sanitetsforeningen. Men vi trenger mer, og vi trenger å fornye det – f. eks. i retning av gruppearbeid. Norsk Pensjonistforbund med sine 1300 pensjonistlag er opptatt av denne utfordringen (11).

6. Kommunene er viktige, fordi de utformer og har ansvaret for det lokale miljøet med skoler, kultur, boliger, friluftsliv osv. Dette er selvfølgelig helt avgjørende, og jeg vil nevne et slagord fra kulturfronten: «Helsetjenesten behandler det syke, kulturen stimulerer det friske».

Eldresentrene har en helt spesiell rolle i helsearbeidet for eldre. De er et møtested, og mange av dem driver et fantastisk helsearbeid. Pensjonistforbundet har kjempet for å lovfeste en kommunal plikt til å drive eldresentre, men har hittil ikke vunnet frem med dette kravet. Mange kommuner har faktisk skåret ned sine bevilgninger til eldresentrene, og vi trenger nå en politisk kamp for dem.

7. Politikerne har et overordnet ansvar for helsearbeidet, fordi de styrer rammebetingelsene for folks liv og dermed også for helsearbeidet. Jeg har gjemt det aller viktigste punktet til slutt, og det kommer nå. Store sosiale forskjeller ødelegger helsearbeidet, fordi det i alle land er en såkalt sosial gradient i helse, d.v.s. at helsen følger sosial posisjon. Mange tror at befolkningen kan deles i to: de fattige som har dårlig helse og alle andre som har en rimelig god helse. Det er feil, for den sosiale helsegradienten går tvers igjennom hele befolkningen. Ytterpunktene er skremmende. F. eks. er levetiden for menn i de fattige bydelene i Oslo 10 år kortere enn i de rike. Derfor er en politikk for rettferdig fordeling og likeverd helt avgjørende for helsearbeidet (5). Dessuten må vi huske at grunnlaget for helsen legges i ungdommen. Derfor er en god ungdomspolitikkk nøkkelen til en god eldrepolitikk.

Optimisme?

I dette innlegget har jeg lagt vekt på problemer og utfordringer, men nå – til slutt – er det tid for optimisme:

- For det første har levealderen økt med 25 år i det hundreåret vi har bak oss. Etter prognosene vil den øke med ytterligere 5 år i de kommende 50 år, og en kommune har allerede nådd det målet.
- For det andre er de eldres helse og funksjon blitt stadig bedre. Stort sett, er det derfor gode leveår som er vunnet, og denne utviklingen vil også fortsette.

Jeg startet med å fortelle om en gammel dame på sykehjemmet. Jeg vil slutte med å fortelle om en annen pasient på sykehjemmet for å illustrere det ufattelige potensialet i menneskekroppen. Han var 104 år og trente hver dag på ergometer-sykkelen. Han mente at han var blitt så gammel fordi han alltid hadde elsket friluftslivet, og jeg regnet ut at hjertet hans hadde slått ca. 4 milliarder slag – uten stans og uten service.

Så – mine damer og herrer – fortvil ikke!

Litteratur

1. Norges offisielle statistikk. Helseundersøkelsen 1995. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1999.
2. Illich I. Medical nemesis. London: Calder og Boyars, 1975
3. Hjermand I, Holme I, Byre KV, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Lancet 1981; 2: 1303-10.
4. US Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 1996.
5. Evans RG, Barer ML, Marmor TR (edit.). Why are some people healthy and others not? New York: de Gruyter, 1994.
6. Bernard M. Promoting health in old age. Buckingham: Open University Press, 2000.
7. Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM. Review of primary care-based physical activity intervention studies. J Fam Pract 2000; 49: 158-68.
8. Reventlow S, Lauritzen T. Risiko og forebyggelse. København: Foreningen af danske lægestuderendes forlag, 1998.
9. Arborelius E. Varför gör dom inte som vi säger? Stockholm: Allmänmedicinskt utvecklingscentrum, 1996.
10. Wildavsky A. Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy. Proc Am Acad Arts Sci 1972; 106: 105-23.
11. Norsk Pensjonistforbund: Helse og livskvalitet i eldre år. Oslo: Norsk Pensjonistforbund, 1999.