

Helsen i Norge 1950 – 98

Peter F. Hjort og Hans Thomas Waaler

1. Innledning

Vårt oppdrag – fra Dag Hareide – er å skrive en kort oversikt over utviklingen av helsen, helse-tjenesten og «helseverdiene» i Norge gjennom de siste ca.50 år. Den ene av oss (Waaler) er sosialøkonom og epidemiolog, den andre er lege og samfunnsmedisiner. Vi er begge over sytti år og har levet vårt arbeidsliv i denne peri-oden. Vi har forsøkt å løse oppgaven ved å legge hovedvekten på erfaringer og egne vurderinger.

2. Utvikling av dødelighet og sykkelighet

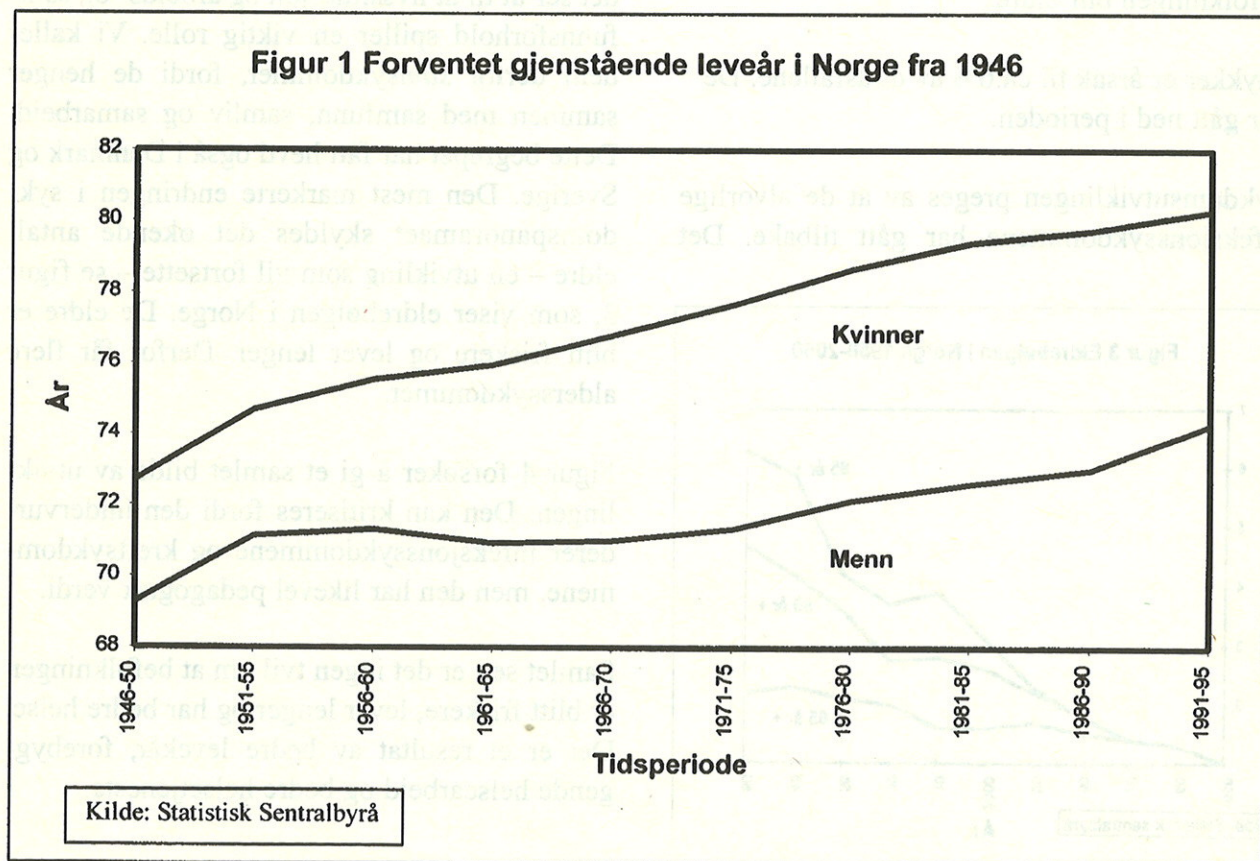
Figur 1 viser utviklingen av forventet levealder (og dermed nedgangen i dødelighet) i denne

perioden. Norge er med i gruppen av land med lengst levealder.

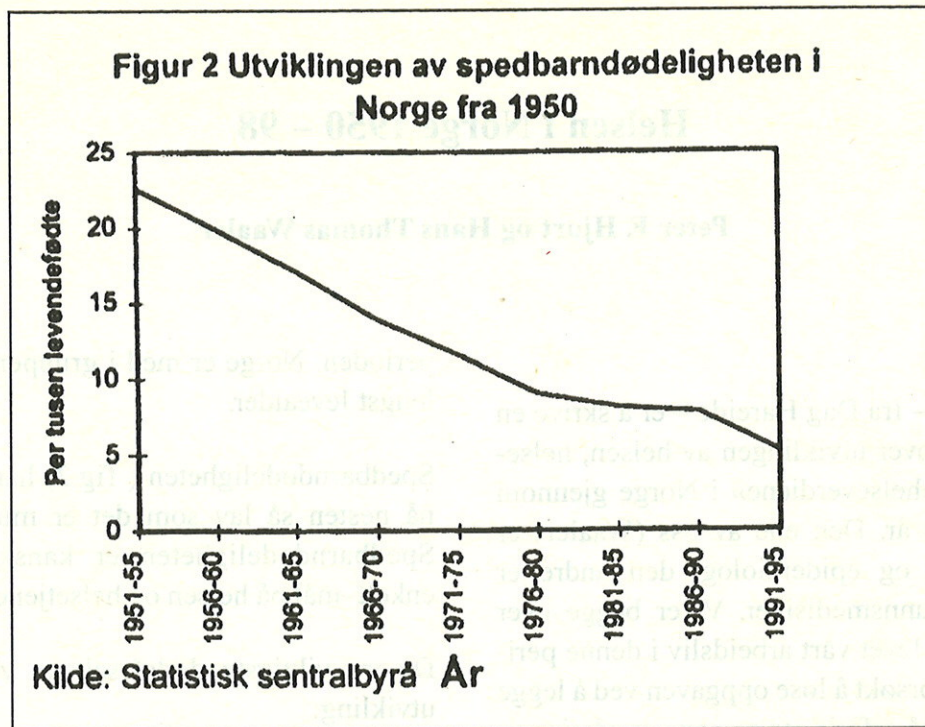
Spedbarndødeligheten (fig.2) har sunket og er nå nesten så lav som det er mulig å få den. Spedbarndødeligheten er kanskje det beste enkelt-mål på helsen og helsetjenesten i et land.

De tre viktigste dødsårsakene viser følgende utvikling:

Hjerte- og karsykdommer er årsak til nesten 50% av dødsfallene. Dødeligheten har sunket med ca. 25% i løpet av de siste 30 år. Det skyldes antakelig først og fremst et sunnere kosthold (mindre fett og mer fiber, frukt og grønnsaker).



Figur 1. Forventet gjenstående levetid for nyfødte (dvs. forventet levealder i Norge 1946-96).



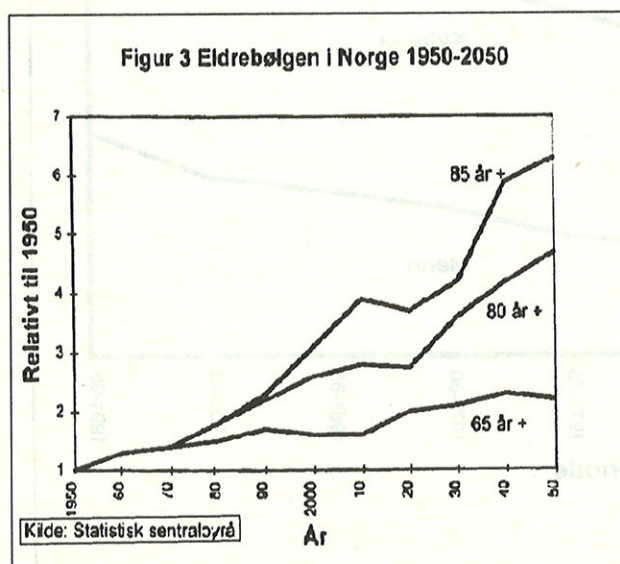
Figur 2. Utviklingen av spedbarn dødeligheten i Norge 1951-95.

Kreftsykdommene er årsak til knapt 25% av dødsfallene. Som gruppe øker kreftsykdommene, og vi må regne med fortsatt økning. Den skyldes dels en reell økning og dels at befolkningen blir eldre.

Ulykker er årsak til ca.6% av dødsfallene. De har gått ned i perioden.

Sykdomsutviklingen preges av at de alvorlige infeksjonssykdommene har gått tilbake. Det

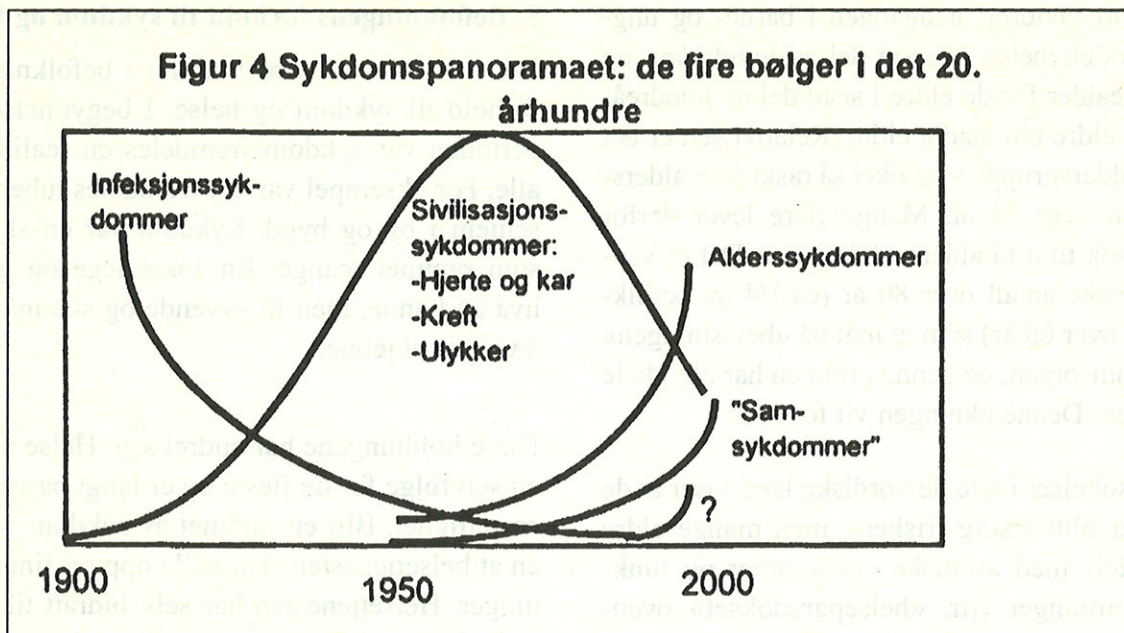
gjør også hjerte- og karsykdommene. Derimot er det kommet en betydelig økning av belastningssykdommer (skjelett-muskelsykdommer) og psykiske lidelser. Årsakene er uklare, men det ser ut til at livssituasjon og arbeids- og samfunnsforhold spiller en viktig rolle. Vi kaller dem derfor *samsykdommer*, fordi de henger sammen med samfunn, samliv og samarbeid. Dette begrepet har fått hevd også i Danmark og Sverige. Den mest markerte endringen i sykdomspanoramaet skyldes det økende antall eldre – en utvikling som vil fortsette – se figur 3, som viser eldrebølgen i Norge. De eldre er blitt friskere og lever lenger. Derfor får flere alderssykdommer.



Figur 3. Eldrebølgen i Norge 1950-2050.

Figur 4 forsøker å gi et samlet bilde av utviklingen. Den kan kritiseres fordi den undervurderer infeksjonssykdommene og kreftsykdommene, men den har likevel pedagogisk verdi.

Samlet sett er det ingen tvil om at befolkningen er blitt friskere, lever lenger og har bedre helse. Det er et resultat av bedre levekår, forebyggende helsearbeid og bedre helsetjeneste.



Figur 4. Sykdomspanoramaet: De fire bølger i det 20. århundre.

3. Helsetjenesten

I denne perioden er det skjedd utrolige fremskritt i medisinen og i helsetjenesten. Samtidig er helsetjenesten bygget ut både kvantitativt og kvalitativt. Vi har ikke plass til detaljert dokumentasjon, men vi nevner at Norge har fem ganger så mange leger i dag som i 1950. Stikkordene er vekst og spesialisering.

Likevel opplever befolkningen at helsetjenesten har for liten kapasitet, og ventelistene til sykehus (først og fremst til kirurgi) er et stadig politisk tema. Det er ingen overdrivelse å si at helsepolitikken i Norge er redusert og forenklet til en ventelistepolitikk.

Det er skjedd en dramatisk forbedring av helse-tjenestens vitenskapelige og tekniske grunnlag. Dette gjør det mulig å behandle mange sykdommer som ikke kunne behandles før, og det er en viktig årsak til presset på helsetjenesten. Samtidig har det ført til en paradoksal effekt, nemlig at vi har fått flere mennesker med kronisk sykdom fordi helsetjenesten har reddet dem fra døden, men ikke klart å gjøre dem friske. Dette kalles ofte helsetjenestens (eller helsens) paradoks.

En viktig side ved utviklingen er en sterk

økning i spesialisering og sentralisering. Det er blitt stadig flere helseprofesjoner, og legene spesialiserer seg på stadig snevrere områder. I 1950 var det to store spesialiteter – generell kirurgi og indremedisin – foruten de små spesialitetene (barnesykdommer, øyesykdommer osv.). I dag er disse store spesialitetene delt opp i grenspesialiteter (for eksempel hjertekirurgi) og er på vei mot «kvistspesialiteter». Denne spesialiseringen og utviklingen av den medisinske teknologien har gitt store nye muligheter, men har også ført med seg uheldige bivirkninger. Dels har mange pasienter – spesielt de eldre – flere forskjellige sykdommer, dels søker pasienter leger for en plage eller et symptom, ikke for en ferdig diagnose, og dels føler mange at «menneskelegen» er erstattet av spesialister eller «sykdomsleger». Kanskje kan en si at legekunsten er fordrevet av legevitenskapen og teknologien.

4. Eldreomsorgen

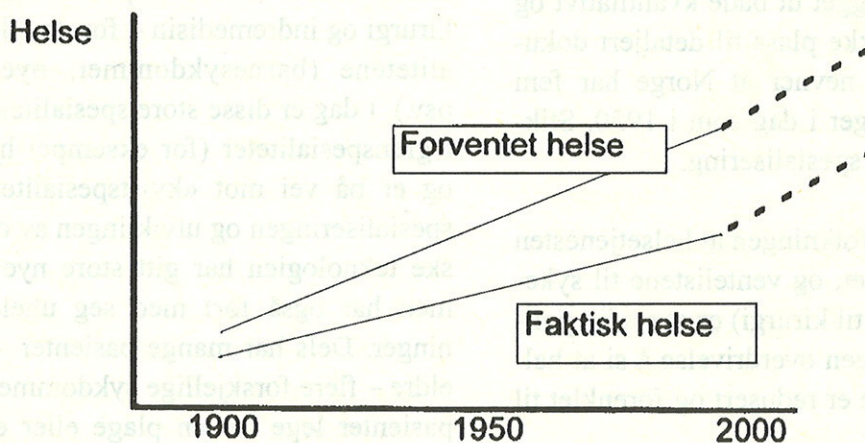
Eldreomsorgen er en hovedutfordring for helsetjenesten og for helse- og samfunns politikken. Ca. halvdel av helsebudsjettet går til alderspensjonistene.

Eldrebølgen (se fig. 3) er en realitet og skyldes

særlig to faktorer: nedgangen i barne- og ungdomsdødeligheten i første del av hundreåret og økt levealder for de eldre i siste del av hundreåret. De eldre blir stadig eldre. Relativt sett er det ingen aldersgruppe som øker så raskt som aldersgruppen over 85 år. Mange flere lever derfor lenge nok til å få alderssykdommer. Det er vanlig å bruke antall over 80 år (ca. 1/4 av befolkningen over 65 år) som et mål på «belastningen» i eldreomsorgen, og denne gruppen har økt i hele perioden. Denne økningen vil fortsette.

Undersøkelser i alle de nordiske land viser at de eldre er blitt stadig friskere, men mange eldre lever dels med kroniske sykdommer og funksjonshemninger (jfr. «helseparadokset» ovenfor) og dels med alderssykdommer.

Eldrebolegen er ikke negativ. Tvert imot er den resultatet av at folk har fått det bedre på alle måter. En kan si det slik: Eldrebolegen er det vi har fått til gjennom 100 års samfunnsbygging i Norge. Samtidig er det klart at eldrebolegen er



Figur 5. Helse og forventning.

en stor utfordring for den enkelte, for familiene, for helsetjenesten og for samfunnet. Denne utviklingen krever en betydelig innsats i det forebyggende og helsefremmende arbeid («Helse og livskvalitet i den alderdom du ikke kan unngå»), i boligpolitikken, i distriktpolitikken, i helsetjenesten og i den generelle samfunnspolitikken. På det praktiske plan er de store samfunnsoppgavene eldreboliger, hjemmetjenester og aldersinstitusjoner.

5. Befolkningens forhold til sykdom og helse

Det er skjedd en klar endring i befolkningens forhold til sykdom og helse. I begynnelsen av perioden var sykdom fremdeles en realitet for alle. For eksempel var det fremdeles tuberkulosehjem i by og bygd. Sykdom var en skjebne som rammet mange. En søkte lege og gjorde hva en kunne, men til syvende og sist måtte en bære sin skjebne.

Disse holdningene har endret seg. Helse er blitt en selvfølge for de fleste og er langt på vei blitt en rettighet. Blir en rammet av sykdom, venter en at helsetjenesten skal stille opp og finne løsninger. Helsetjenesten har selv bidratt til disse holdningene. Den har krevet utbygging og lovet resultater. I en del tilfelle kan ikke løftene innfris, og det skapes frustrasjon og bitterhet. Derfor snakker mange om krisen i helsetjenesten. Den er delvis reell og delvis en forventningskrise. Figur 5 forsøker på en skjematisk måte å illustrere denne utviklingen: Helsen er blitt

bedre, men forventningene er samtidig blitt så store at gapet mellom faktisk og forventet helse er blitt større.

I begynnelsen av perioden var helsetjenesten paternalistisk, og folk hadde tillit til den. Legene visste råd, og pasientene fulgte rådene. «Jeg vet hva som er best for deg», sa legen og ventet lydighet («compliance») av pasientene. I dag er situasjonen radikalt endret. Pasientene har mindre tillit og større kunnskaper, ikke så sjelden basert på internett. Paternalismen er

borte og skulle erstattes av samarbeid basert på rådgivning og pasient – autonomi (jfr. Norges Diabetesforbunds slagord: «Fra lydighet til eget ansvar»). Moderne medisinsk behandling er komplisert, krevende og ofte effektiv, men samtidig kan den også være risikabel. Samarbeidet mellom pasient og lege er krevende for begge parter: Legen må forklare og motivere, pasienten må forstå og ville gjøre sin del av jobben. Det kan lett skjære seg, og resultatet kan bli frustrasjon for legen og aggresjon fra pasienten.

Helsepersonellens holdninger er et vanskelig tema. I begynnelsen av perioden var helsearbeidet et kall – iallfall for mange. I dag er det en profesjon, og pasienter blir lett behandlings- og pleieobjekter, ikke lidende medmennesker. Løsningen har vært å gjøre pasientene til brukere og helsepersonell til vanlig arbeidstakere. Brukerens viktigste kritikk gjelder ikke det medisinske – tekniske arbeid, men det menneskelige, spesielt informasjonen. Samtalen med pasienten er blitt salderingsposten i det effektiviserte helsevesen.

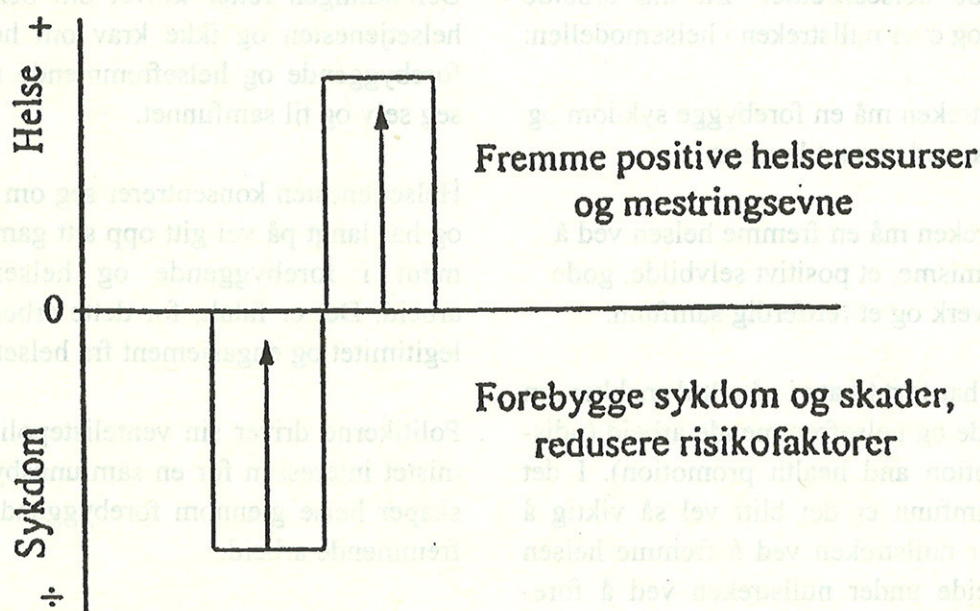
Et slagord fra sosialdemokratiets barndom var: «Gjør din plikt. Krev din rett.» En enkel beskrivelse av utviklingen er at plikten er blitt borte, mens rettighetskravet er styrket: «Krev din rett og vel så det!» Det gjelder både pasient og personell.

6. Forebyggende og helsefremmende arbeid

To sannheter er grunnleggende. For det første er det bedre og billigere å forebygge enn å behandle: «Et gram forebygging er mer verdifullt enn en kilo behandling.» For det andre kan en ikke overlate forebyggingen til helsetjenesten. Den 20 år gamle «10-90 regelen» sier at helsetjenesten svarer for bare 10% av folks helse. Resten skapes – eller tapes – i livsstil, miljø, og samfunnsforhold.

Kjernen i det forebyggende arbeid for enkeltmenneskene er enkel. Det dreier seg ikke om kompliserte leveregler, asketisk puritanisme eller moralistiske påbud, men om sunt måtehold. De viktigste levereglene er enkle: sunt kosthold, daglig mosjon og nei til røyk og rus. Det er blitt et hovedproblem i det forebyggende arbeid at folk får mindre mosjon enn før.

I de senere år er det blitt klart at helse både er noe annet og noe mer enn fravær av sykdom. Bortimot en tredjedel av befolkningen har et kronisk helseproblem, men er likevel fornøyd med helsen sin. De har faktisk helse på tross av sykdom. Derfor kan vi ikke definere helse som fravær av sykdom, men som et overskudd i forhold til hverdagens krav. Denne tankegangen fører til en modell for helsen - se figur 6. Poenget er den vertikale skalaen som starter nede



Figur 6. En modell for helse og det forebyggende og helsefremmende arbeid.

Personlige egenskaper: lyst sinn, optimisme, selvtillit

Trivsel og trygghet i hverdagen: vant til å mestre livets utfordringer

Sosial støtte fra familie, venner, naboer: står ikke alene

Godt nærmiljø: nærhet og tilhørighet, gir og får støtte

Kulturelt fellesskap: vet hvor en hører til

Politisk tilhørighet: deltar og blir tatt hensyn til.

Figur 7. Positive helseressurser.

i det negative – sykdom, passerer gjennom 0 – ikke syk, og fortsetter opp i det positive – helse. Under nullstreken ligger sykdom, skader, funksjonshemninger og risikofaktorer. Over nullstreken ligger de positive helseressursene, som ofte kalles mestringsressurser («coping resources»). Disse positive ressursene omfatter optimisme, fremtidshåp og sosial støtte – se figur 7. Helse på tross av sykdom skyldes at folk har positive ressurser til å mestre helseproblemene med. Erfaringen viser at svært mange har det.

Denne tankegangen har ført til et nytt syn på det forebyggende helsearbeidet. En må arbeide både under og over nullstreken i helsemodellen:

Under nullstreken må en forebygge sykdom og ulykker, bl.a. ved et sunt levesett.

Over nullstreken må en fremme helsen ved å utvikle optimisme, et positivt selvbilde, gode sosiale nettverk og et rettferdig samfunn.

Dette synet har ført til at vi nå alltid snakker om forebyggende og helsefremmende arbeid («disease prevention and health promotion»). I det moderne samfunn er det blitt vel så viktig å arbeide over nullstreken ved å fremme helsen som å arbeide under nullstreken ved å forebygge sykdom.

For vel 20 år siden skapte Verdens helseorganisasjon slagordet «Helse for alle» og fulgte det opp med et aktivt program for forebyggende og helsefremmende arbeid. Også Norge sluttet seg til både mål og program. Det er vår mening at dette programmet ikke har skapt de resultater vi drømte om. Utviklingen har gått i en annen retning som best kan sammenfattes i dette slagordet: «Behandling for alt og alle». Det er skapt en uheldig allianse mellom befolkningen, helsetjenesten og politikerne, og den krever behandling – ikke forebyggende og helsefremmende arbeid:

Befolkningen retter kravet om behandling til helsetjenesten og ikke krav om helse – dvs. forebyggende og helsefremmende arbeid – til seg selv og til samfunnet.

Helsetjenesten konsentrerer seg om behandling og har langt på vei gitt opp sitt gamle engasjement i forebyggende og helsefremmende arbeid. Det er fatalt, for dette arbeidet trenger legitimitet og engasjement fra helsetjenesten.

Politikerne driver sin ventelistepolitikk og har mistet interessen for en samfunnsbygging som skaper helse gjennom forebyggende og helsefremmende arbeid.

Det forebyggende og helsefremmende arbeid rommer to krav, ett til enkeltmenneskene og ett

til samfunnet. Figur 8, som bygger på Sisyfos – legenden, illustrerer dette: Enkeltmenneskene må skyve på sin egen helse, men samfunnet bestemmer hvor bratt bakken blir. For noen mennesker er bakken blitt for bratt.

Dette henger sammen med forskjellene i samfunnet. Epidemiologiske undersøkelser i alle land viser at befolkningen er lagdelt eller klas-sedelt, som det het i gamle dager. Sykelighet og dødelighet er vesentlig høyere i de lavere lagene. I Norge kommer det spesielt tydelig frem i forskjellene mellom Oslo øst og vest. Forskjellene i helse og dødelighet skyldes ikke lenger fysisk nød, men at livet nedover i det sosiale og økonomiske hierarki gir for lite fremtidshåp og muligheter. Sosial og økonomisk utjevning er derfor kjernen både i sunn helsepolitikk og i det forebyggende og helsefremmende arbeid. Vil en helse, må en bringe solidariteten tilbake til samfunnet.

Vi må også nevne et moderne problem, nemlig folks holdninger til risiko. Arbeidet med å forbedre folkehelsen er basert på epidemiologisk forskning om helserisiko. For eksempel viste denne forskningen for 40 år siden at risikoen for lungekreft var mye større hos røykere enn hos ikke-røykere. Forskningen har dokumentert en serie risikofaktorer, og folkehelsearbeidet forsøker å redusere disse faktorene. Risikofaktorer er godt stoff i media, og etter hvert har det vist seg at omtrent alt kan sies å være farlig. Befolkningen er sterkt opptatt av enkelte risikofaktorer

og setter hjelm på barn som skal klatre i trær. Disse tendensene styrkes av velmenende helseopplysere, og vi ser en reaksjon: Helseopplysning er blitt til helseterror. Resultatet er at befolkning og media er ekstremt opptatt av risiko, men samtidig lite villige til å gjøre noe med opplagte og alvorlige risikofaktorer som røyking og uforsvarlig alkoholbruk. Det er to botemidler mot dette: Vi må få et nøkternt syn på risiko, og vi må ta ansvar for et alminnelig sunt måtehold selv.

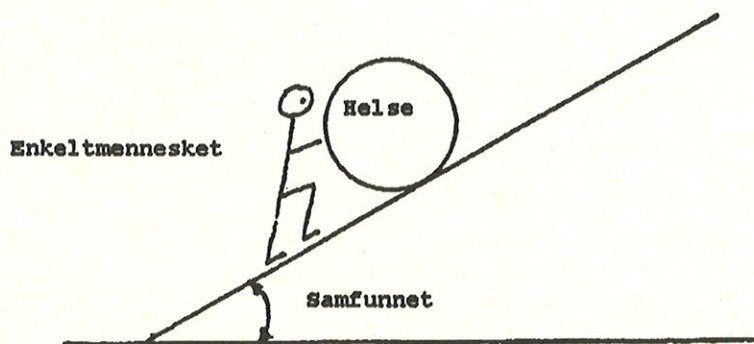
7. Slutt

Stort sett er både helsen og helsetjenesten i Norge god. Vi tror det er viktig å understreke det. Likevel kan begge deler bli bedre, og vi setter to oppgaver øverst:

Det forebyggende og helsefremmende arbeid må styrkes. Enkeltmenneskene må ta sitt ansvar for egen helse og levesett, og samfunnet må sørge for en rettferdig politikk som satser på solidaritet og større likhet.

Helsetjenesten må fortsatt bygges ut. Det gjelder spesielt psykiatri, kreftomsorg og eldreomsorg.

Til slutt vil vi si at eldre kanskje har fått for stor oppmerksomhet. Vi mener at ungdommens vilkår er forsømt og bør gis aller første prioritet. Ca. 20 % av ungdommen har problemer med å finne seg selv og sin plass i livet. Dette er kanskje hovedproblemet i samfunnet i dag.



Figur 8. Forebyggende og helsefremmende arbeid: Individ og samfunn.