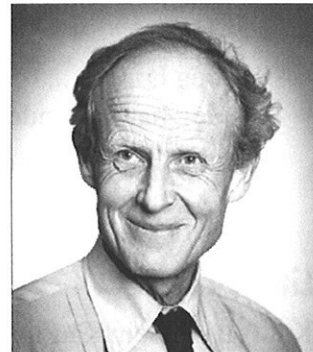


7

Om «Samsykdommene» - begrep, innhold, mekanismer, tiltak

Professor Peter F. Hjort

Peter F. Hjort, Statens Institutt for folkehelse, Gruppe for helsetjenesteforskning



Forelesningen har en lengde på 47,50 min.

Denne forelesningen handler om "samsykdommene". I forelesningen vil det bli forklart hvordan begrepet ble til og hva det inneholder. Det vil også bli drøftet mulige årsakssammenhenger og mulige tiltak.

Ordet samsykdommer ble skapt på landsmøtet til Nasjonalforeningen for folkehelsen på Lillehammer i juni 1981. I en diskusjon i grupper om helseproblemer i de forskjellige faser av livet kom det frem at de kroppslige helseproblemene var forholdsvis beskjedne. De psykiske problemene var antakelig større, men de dominerende problemene var av psykososial karakter. Den nye oppfatningen som kom frem på landsmøtet, satte det sosiale livet og nettverket i sentrum. For å beskrive disse "nye sykdommene" ble begrepet "samsykdommer" valgt, fordi disse kvinnene så ofte brukte ord som samliv, samarbeid, samvær og samfunn.

Ved å se historisk på dette begrepet ser en fire sykdomsbølger i vårt hundreår: Først infeksjonssykdommene, så sivilisasjonssykdommene (hjerte og karsykdommene, kreft og ulykker), og til slutt samsykdommene og alderssykdommene. Det er rimelig å knytte disse bølgene til utviklingen i historien generelt. Særlig har Hans Th. Waaler pekt på at bølgene faller sammen med den økonomiske utviklingen:

- Infeksjonssykdommene hang sammen med fattigdommen i jordbrukssamfunnet og i de tidlige industrisamfunnene. Selv i de nordiske land varte denne fattigdomsperioden langt in i det 20. århundre. Den eksisterer selvfølgelig fremdeles i U-landene, og den svenske legen Ulf Høgberg har skrevet en sosial historie (3) som trekker paralleller mellom Fattig Sverige og Ulandene:
- Sivilisasjonssykdommene henger sammen med rask industriell vekst
- Samsykdommene henger sammen med det rike postindustrielle samfunn der folk har vanskeligheter med omstillinger og klamrer seg til konkurransevne og fortsatt rask økonomisk vekst
- Alderssykdommene henger sammen med økningen i antall eldre: "eldrebølgen".

fra: Kombinerte trykkestudier. Veiledningshefte for videoforelesninger, Medisin og samfunn, Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer, 1997.

Peter F. Hjort - Om «Samsykdommene»

Dette var bakgrunnen, og det blir understreket at begrepet samsykdommer ikke er skapt ved forskning, men ved å lytte til innsiktsfulle legfolks, særlig kvinners, vurderinger.

Årsaken til samsykdommene er mange. Det er tre karakteristiske trekk:

- De har mange årsaker, multifaktorielle, sier medisinerne.
- Årsakene virker sammen i kjeder, og det er uhyre vanskelig å nøste seg tilbake til den årsaken som egentlig startet det hele. Epidemiologene har strevet med dette problemet i årevis, jfr. diskusjonen om risikofaktorer.
- Årsakene virker som regel over lang tid for det blir manifest sykdom.

Stress, stress-symptomer og psykosomatisk sykdom hører også hjemme i den store gruppen av samsykdommer, også blodtrykk og slitasjeproblemer.

Det blir onde sirkler, fordi de legemlige symptomene forverrer de psykososiale problemene.

I foredraget vil det bli nøstet videre på samsykdomstråden, og en vil komme inn på alkoholisme, medikamentavhengighet og narkomani. Årsakene er åpenbart kompliserte, men psykososiale faktorer spiller en rolle - ofte avgjørende.

Videre er betydningen av den psykososiale situasjonen for helsen dokumentert, og det fører en tråd herfra og over til livssituasjon og boforhold.

En vil diskutere skilsmisse og helse, ettersom det finnes dokumentasjon som viser at skilsmisse kan skape helseproblemer, men det er selvfølgelig klart at det også finnes nødvendige og gode skilsmisser. Det må også understrekes at de samfunnsmessige rammebetingelsene spiller stor rolle for skilsmissefrekvensen.

Årsaker til kriminalitet, og forklaringer på dette, er også viet plass i forelesningen.

Samsykdommene har med det grunnleggende klima i samfunnet å gjøre. Sterkt forenklet, er det to hovedsyn på samfunnets oppgaver i forhold til menneskene. I forelesningen vil disse hovedsyn bli belyst.

Det ene, som tradisjonelt kalles det blå, tar utgangspunkt i det økonomene oppfatter som grunnleggende økonomiske lover. De tror at samfunnet får det beste resultatet ved å stimulere konkurranse og la markedskreftene få utfolde seg. Det gjelder å satse på vinnerne, for da blir det mer for alle å dele. De tror på vekst, individuelt ansvar og innsats - "enhver er sin egen lykkes smed".

Det andre, som tradisjonelt kalles det røde, tar utgangspunkt i solidaritet. Det hevder at markedskreftene må styres for å hindre at de sterke tar alt. Det gjelder å beskytte taperne og sikre fellesskapet. De røde tror også på vekst, men bekymrer seg for vekstens skadevirkninger og tror at menneskene trenger et sikkerhetsnett, vevet av fellesskapet.

Forebyggende arbeid er viet bred plass mot slutten av foredraget.

Det er lett å peke på tre fellesnevner i det forebyggende arbeid:

- Den ene er et positivt selvbilde, trygghet på seg selv
- Den andre er et positivt sosialt nettverk som gir trygghet, støtte og hjelp
- Den tredje er et samfunn som bevisst går inn for fellesskap og solidaritet.

I denne delen vil det bli diskutert både det enkeltmennesker må forsøke og gjøre selv og de "sfærer" menneskene lever i. Her tenker en første og fremst på familien, jobben, venner, nabo- og nærmiljø, organisasjonslivet, skolen og helsetjenesten.

Samsykdommene øker fordi samfunnet blir mer komplisert, mindre stabilt og preges av rasjonalisering, effektivisering, omstrukturering og konkurranse. Foreleseren vil helt til slutt knytte an noen kommentarer til nettopp denne utviklingen og hvordan den kan påvirkes.

Spørsmål

1. Hvorfor tror du at frivillige medlemmer av f.eks et helselag er opptatt av samsykdommer? Hva kan de bidra med i sitt arbeid på lokalplanet i kommunene?
2. Hva kan gjøres for å motvirke stress og stress-symptomer i dagens samfunn?
3. Diskuter ulike konsekvenser en skilsmisse eller en separasjon kan ha for de som er involvert. Hvordan forebygge evt. uheldige personlige konsekvenser?
4. Diskuter helsebegrepet? Hva er din egen forståelse av hva som er god og dårlig helse?
5. Diskuter videre de to grunnsyn som blir presentert i forelesningen. Hvilket hovedsyn på samfunnets oppgaver i forhold til menneskene er rådende i ulike deler av verden i dag? Er det forskjeller mellom ulike geografiske områder, evt. ulike sosiale lag i Norge?
6. Hvor skal ansvaret for det forebyggende arbeidet ligge: Hos enkeltmennesket eller hos samfunnet?
7. Hva skal til for å etablere og vedlikeholde et godt sosialt nettverk i lokalsamfunnet?
8. Diskuter hva som ligger i slagordet: Vær egoist, vis solidaritet!

Litteratur til Hjorts forelesning

Hjort PF. Om trygghet og solidaritet som medisin for våre nye sykdommer: samsykdommene. Innlegg på kontaktkonferanse om "Solidaritetssamfunnet". Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning (INAS), 18.9.1987.

Hjort PF. Om samsykdommene. s. 75-85 i Hjort PF: "Helse for alle! Foredrag og artikler 1974-93". Oslo: Statens institutt for folkehelse, Avd. for samfunnsmedisin. Utredningsrapport nr. U11994.

Høgberg U. Svågårens barn. Ur folkhälsans historia. Stockholm: Liber, 1983.

Lavik NJ. En sunn sjel i et sykt samfunn? Oslo: Universitetsforlaget, 1983.

Graff Iversen S. Psykososiale forhold ved koronarsykdom. Betydning og intervensjonsmuligheter. En litteraturstudie Rapport nr. 5/1987. Oslo: Statens institutt for folkehelse, Seksjon for helsetjenesteforskning, 1987.

Lynch JJ. Når hjertet brister. Medisinske konsekvenser av ensomhet, Oslo: Universitetsforlaget, 1983.

Rubermann W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. N Engl J Med 1984; 311: 5529.

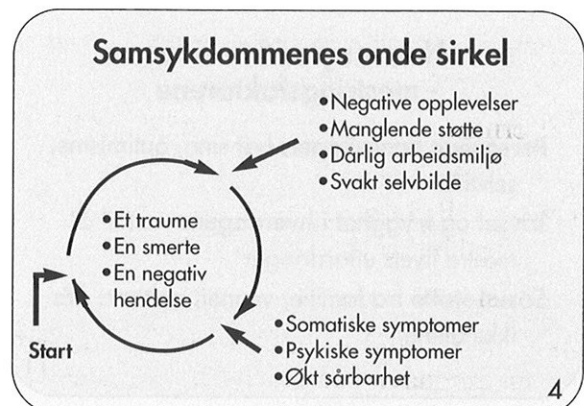
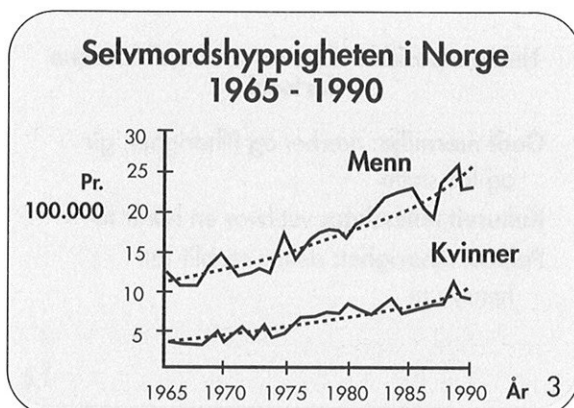
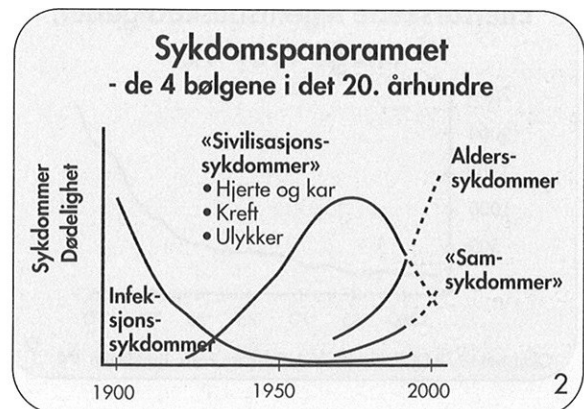
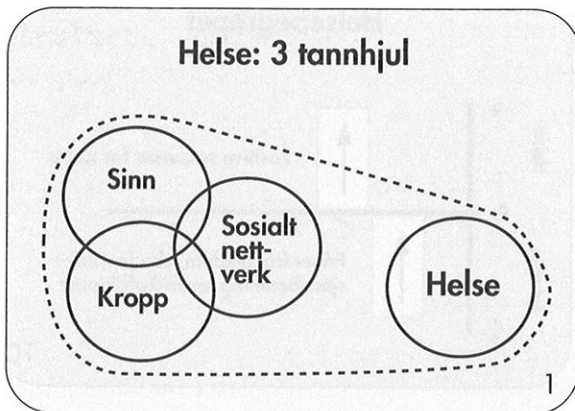
Chermaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. Sociology of Health and Illness 1983; 5: 16895.

J. Cousins N. Seier over sykdommen. Oslo: Cappelen, 1981.

Madsen M, Lindahl A, Osler M, Bjerregaard P. Børns sundhed ved skolestart 1988/89. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1991.

- Nordhagen R. Barns helse i Norge. Rapport nr. 2/1993. Oslo: Statens institutt for folkehelse, Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid, 1993.
- Haslund U. Kriminaliteten i 1980-årene: Fortsatt sterk økning, mest for volds- og narkotikaforbrytelser. Samfunnsspeilet 1991; nr. 1: 26.
- Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: JosseyBass Publ., 1987.
- Hjort PF. Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. s. 11-31 i "Helsepolitikk og helseadministrasjon", red. PE Lorentzen. Oslo: TanumNorli, 1982.
- World Health Organization. Aging and working capacity. Geneva: World Health Organization. Technical Report Series 385, 1993.
- Kvangraven PH. Personlig meddelelse. Oslo kommune, 1995.
- Brevik I. Hjelpebehov og tilgang på omsorg til eldre i storby 1991. Utkast til rapport. Oslo: Norsk institutt for by og regionforskning, 1993.
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: de Gruyter, 1994.
- Fein R. Choosing the arbiter: The market or the government. N Engl J Med 1985; 313: 1135.
- Kee R. Ireland, a history. London: Abacus, 1982.
- Buxrud EG, Forsèn L, Otterstad HK: Hvordan de har det - hvordan de tar det. En analyse av drift og arbeidsmiljø i offentlig og privat almenhelsetjeneste i Oslo. Rapport nr. 4/1985. Oslo. Statens institutt for folkehelse. Seksjon for helsetjenesteforskning, 1985.

Plansjer



Dødelighet over 3 år etter hjerteinfarkt

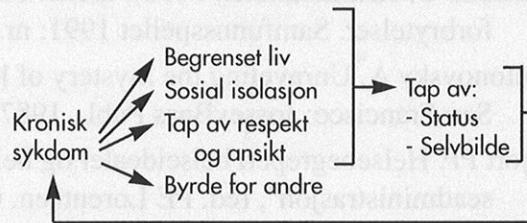
Sjansen for død etter 3 år

- Både ensomhet og «life stresses» 16%
- En av delene 5%
- Ingen av delene 2%

(Forenklet etter NEJM 1984;311:552
2320 menn etter infarkt, USA 1978-83)

5

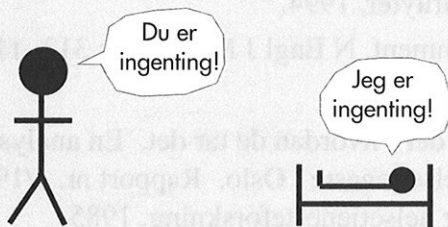
Sosiale og personlige konsekvenser av kronisk sykdom



(Charmaz 1983)

6

Diskriminerings paradoks



7

Dødelighet og sosial situasjon

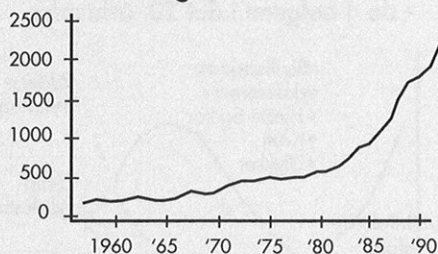
Aldersstandardisert dødelighet for amerikanske menn 40-69 år.

	Ikke-røkere	Røker 20+ sigaretter/dag
Gifte	796	1.560
Enslige	1.074	2.567
Enkemenn	1.396	2.570
Fraskilte	1.420	2.675

(Etter Lynch 1984)

8

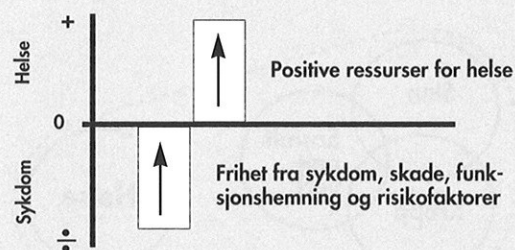
Etterforskede legemsbeskadigelser, Norge 1957-92



Olaussen LP. Det Kgl. Norske Vid. Selskabs Forh. Trondheim '94

9

Helsebegrepet



10

Helsens positive sider - mestringsfaktorene

Personlige egenskaper: lyst sinn, optimisme, selvtilit

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

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

11

Helsens positive sider - mestringsfaktorene (fortsett)

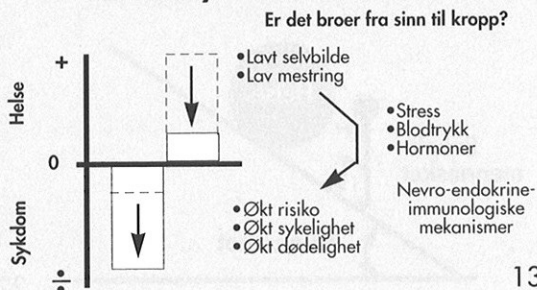
Godt nærmiljø: nærhet og tilhørighet, gir og får støtte

Kulturelt fellesskap: vet hvor en hører til

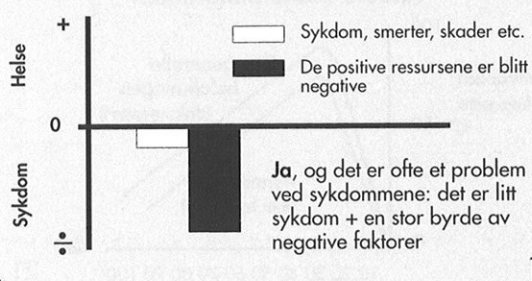
Politisk tilhørighet: deltar og blir tatt hensyn til

12

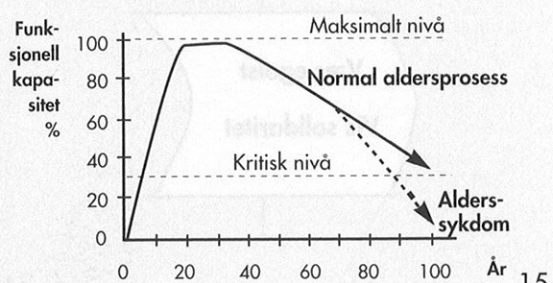
Hvordan gir lave positive ressurser økt sykdomsrisiko?



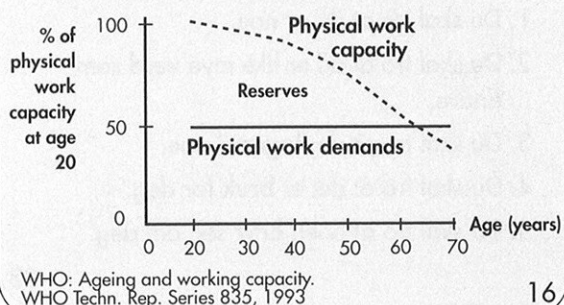
Kan positive helseressurser bli negative?



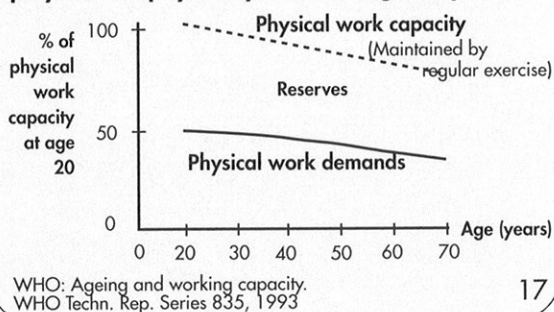
Normal aldersprosess og alderssykdom



Theoretical relation between physical work capacity and physical work demands with ageing



Suggested modifications to permit continued employment in physically demanding occupations



Trekk ved den svakere minoriteten

- Mindre ressurser: utdanning inntekt, arbeid, bolig, frihet
- Ofte dårlig helse og funksjon
- Ofte uheldig livsstil
- Ofte lavt selvbilde og selvtillit
- Ofte svakt sosialt nettverk og støtte
- Ofte reduserte muligheter til fysisk og kulturell aktivitet

➔ «Mindre attraktiv arbeidskraft» 18

Dødelighet og sosial situasjon

Døde pr. 1000 i aldersgruppen 60-79 år i Oslo 1990-93:

Bydeler i ytre vest	23,4
Bydeler i indre øst	44,1
Uten fast bopel	144,5

Kilde: PH Kvangraven, Oslo kommune 1995)

19

Eldres helse etter utdanning, aldersgruppen 70-79 år, prosent

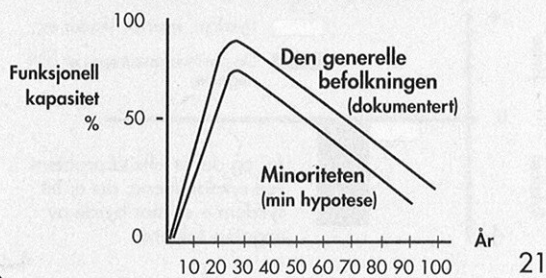
Storbyer i Norge 1991, korrigert for alder, kjønn, husholdstype og bosted.

	Folkeskole	Universitet, høgskole
Dårlig subjektiv helse	12	6
Dårlig hukommelse	20	11
Daglige smerter	12	5
Nedsatt gangfunksjon	33	15
Tap av ADL-funksjoner	10	6

Kilde: Ivar Brevik, NIBR 1993

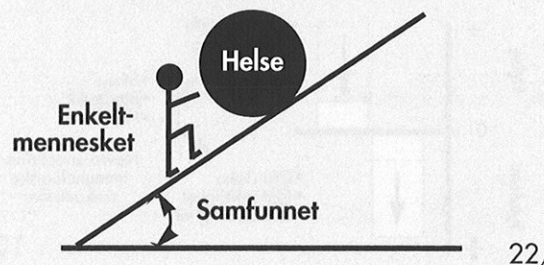
20

Funksjonell kapasitet: reduksjonen med alderen i den generelle befolkningen og i den ressurs-svake minoriteten



21

Helse - samfunnets og enkeltmenneskets ansvar



22

Den positive Janteloven

1. Du skal tro at du **er** noe.
2. Du skal tro at du er like mye **verd** som andre.
3. Du skal tro at du **duger** til noe.
4. Du skal tro at det er **bruk** for deg.
5. Du skal tro at noen **bryr** seg om deg.

23

Vær egoist
Vis solidaritet

24