

Helse og livskvalitet i eldre år

258



Utarbeidet av Norsk Pensjonistforbund

Støttet av Sosial- og helsedepartementet og samarbeidende organisasjoner

INNHOOLD

1. Innledning	5
2. Kunnskapsgrunnlaget	6
3. Den enkelte eldre	18
4. Familien	24
5. Norsk Pensjonistforbund	26
6. Kommunene	28
7. Fylkene	34
8. Staten	36
9. Sluttkommentar	39
Litteratur	40
Forslag til samtalegrupper om NPFs program	41

STIKKORD

Aldersprosessen	10
Antall eldre i samfunnet	6
Familien og de eldre	24
Forebygging av sykdom	18
Fylkene og helsearbeidet	34
Helse i eldre år	7/14
Kommunene og helsearbeidet	28
Livskvalitet i eldre år	16
Norsk Pensjonistforbund	26
Staten og helsearbeidet	36
Sykdommer i eldre år	9
Samtalegrupper for helse- og livs- kvalitet i eldre år	41

Forord

I mitt arbeide som tillitsvalgt for både yrkesaktive og pensjonister er jeg ikke i tvil om hva som er første valg for trygghet og trivsel. Ordet er HELSE med store bokstaver.

For den enkelte har en slik prioritering klare forutsetninger.

Lønnstakerne må være sikret jobb og en lønn som gir forsvarlig levestandard. Pensjonistene må være sikret en forutsigbar etterlønn – pensjon som er anstendig. Det gjelder enten pensjonen er hjemlet i offentlig pensjonskasse eller gjennom Folketrygden.

Med dette som utgangspunkt kan den enkelte føle som en plikt å ta ansvar for egen helse, og dermed bidra til bedre livskvalitet i eldre år.

Pensjonistenes krav ovenfor samfunnet, til folkevalgte i kommuner og i Stortinget, om juridisk rett til medisinsk behandling, pleie og omsorg, må bli en selvfølge. Det betyr at pensjonistene må ha krav på tilstrekkelige og kvalifiserte sykehus, sykehjem, hjemmetjenester osv. Det ligger et rettmessig krav om de beste leger, sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

En riktig disponering av velferdssystemets ressurser kan gjennomføres med en planmessig forskning om gerontologien (aldersprosessen) og geriatri (eldres sykdommer). Den beste garanti for at livskvaliteten for eldre kan bli en realitet er at det totale ansvar blir et samfunnsansvar.

I dette ligger en utfordring til alle folkevalgte om å fornye og forbedre de offentlige tjenester med sikte på trygghet og respekt for de eldre. Dette ansvar kan ikke overlates til private spekulative firmaer og personer som har som hovedoppgave å tjene penger, fordi samfunnet ikke oppfyller sin plikt. Det er direkte usolidarisk når folkevalgte legger til rette for at mangel på helsetilbud med derav følgende sykdom, blir et marked for fortjeneste og profitt. Et slikt system rammer de svakeste i vårt samfunn.

Innenfor Norsk Pensjonistforbunds omfattende organisasjon er Eldres livskvalitet og helse et tilbakevendende tema.

I diskusjonene om dette har vi hatt god bistand fra medlemmene i våre helseutvalg og våre fylkesforeninger. Vårt sentrale Helseutvalg har på denne bakgrunn gått inn for at det utarbeides et eget utvidet Helseprogram. Dette er det enstemmighet om i Forbundets styre.

Medlem av vårt sentrale Helseutvalg, professor Peter F. Hjort har tatt på seg å redigere programmet, som er preget av medisinsk sakkunnskap og et sosialt og humanistisk syn. Jeg takker han for et uegennyttig arbeide som er nedlagt til gagn for våre medlemmer og andre.

Georg Lieungh, med sin erfaring fra opplysnings- og voksenopplæringsvirksomhet, har skrevet et eget avsnitt til slutt, med gode råd om hvordan vi alle kan skape debatt om dette viktige emne.

Til slutt vil jeg uttrykke min takknemlighet ovenfor Sosial- og Helsedepartementet og til mange samarbeidende organisasjoner som har gitt sin støtte, ikke bare økonomisk men også med aktiv spredning av heftet «Helse og Trivsel i eldre år». Alle medvirkende institusjoner og organisasjoner har markert dette i heftets omslagsside med sine logoer og navn.

Lykke til!

Oslo, 15. oktober 1999.

Einar Strand
forbundsleder

1. Innledning

Dette programmet sammenfatter Norsk Pensjonistforbunds syn og mål på tre store områder som er avgjørende for en trygg og god pensjonisttilværelse.:

- Helse og det forebyggende og helsefremmende arbeid
- Sykdom og diagnose, behandling og rehabilitering
- Livskvalitet og trivsel

På alle tre områder drøfter vi hva den enkelte kan gjøre selv og hva familien, frivillige organisasjoner, helsetjenesten og samfunnet kan gjøre. Ansvar og handling er viktige stikkord. Målet er å styrke kunnskapsgrunnlaget, både for egen innsats og for de krav det er rimelig å stille til andre, først og fremst til helsetjenesten og samfunnet.

Målgruppen er i første rekke medlemmene i Norsk Pensjonistforbund og deres familier, men vi tror at alle eldre kan ha nytte av programmet. Vi håper også at helsepersonell og helsepolitikere vil bruke det.

Programmet drøfter ikke de enkelte sykdommer og deres behandling. Slike kunnskaper er viktige for pasienter med kroniske sykdommer, men de må en søke i oppslagsbøker (1) og i samtaler med helsepersonell om konkrete helseproblemer.

Norsk Pensjonistforbund er en interesseorganisasjon, og det er vår oppgave å fremme krav til myndighetene på vegne av de eldre. Det gir større tyngde og legitimitet til kravene når vi viser at vi også stiller krav til oss selv, både som enkeltmennesker og som organisasjon.

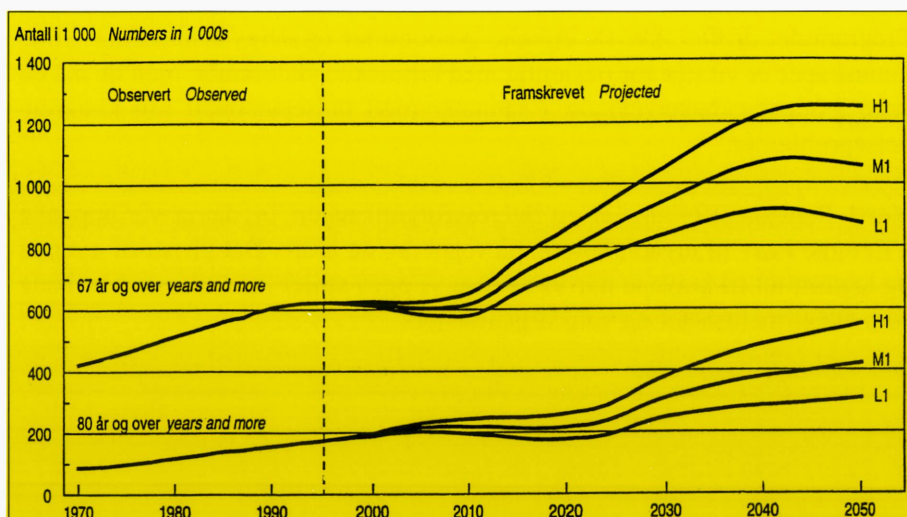
2. Kunnskapsgrunnlaget

Eldreølgen

Eldreølgen

Utrykket "eldreølgen" var opprinnelig en saklig beskrivelse av Statistisk sentralbyrås kurver for økningen av den eldre befolkningen i landet. Etter hvert har uttrykket fått en negativ klang, fordi mange ser på eldreølgen som en flodbølge som skyller over oss og sluker ressursene.

Figur 1 viser eldreølgen slik den fremstilles i den siste "Framskrivning av folkemengden 1996-2050" (2). For planleggingen av eldreomsorgen er nøkkeltallet antall 80 år og over. Dette tallet var ca. 177 000 i 1996. Etter det midlere alternativet (MI – se Fig. 1) forventes dette tallet å være ca 192 000 i år 2000 (+ 8% i forhold til 1996), ca. 216 000 i år 2020 (+ 22%), ca 311 000 i år 2030 (+ 76%) og ca. 423 000 i år 2050 (+ 139%). Tallene er usikre, men det er ingen tvil om at aldersgruppen 80 år og over vil fortsette å øke. De nærmeste 20 årene er økningen moderat – ca. 1% pr. år, men deretter kommer en kraftig økning frem til år 2050. Økningen vil være forskjellig i de enkelte kommuner og bydeler, og en må derfor alltid bruke lokale tall i planleggingen.



Figur 1 - Antall personer i alder 67 år og over og 80 år og over 1. januar. Registrert 1970-1996. Framskrevet 1997-2050.

Eldreølgen er altså moderat de kommende 20 år. Det er viktig at disse årene ikke blir en sovepute før den store kraftanstrengelsen i perioden 2020-2050. De kommende 20 årene må brukes til å fortsette en jevn, men tross alt moderat utbygging av eldreomsorgen, og – frem for alt – til å sikre kvaliteten i alle ledd.

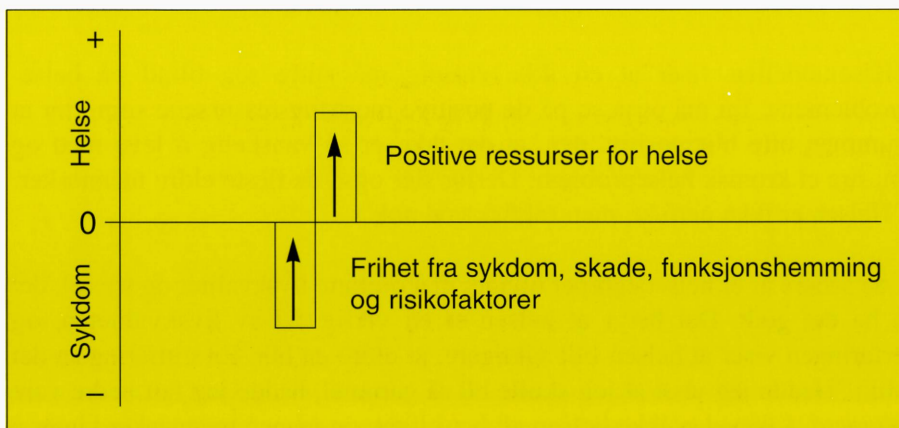
Uttrykket eldrebølgen er en korrekt beskrivelse av utviklingen, og vi ser den ikke som noen trussel. Tvert imot er eldrebølgen et uttrykk for det vårt land har fått til gjennom 100 års samfunnsbygging. Det blir tydelig når en ser på årsakene: nedgangen i barne- og ungdomsdødeligheten i første del av hundreåret og nedgangen i eldredødeligheten i siste del av hundreåret.

Eldrebølgen følges av to andre viktige endringer i befolkningens sammensetning. Den ene er at det blir færre barn. Regner en ut den totale "forsørgelsesbyrden" av barn og unge (0-20 år) og eldre (65 år og eldre), viser det seg at denne byrden faktisk reduseres. Eldrebølgen representerer derfor ikke noen økonomisk katastrofe for samfunnet. Den andre endringen er at det blir færre yngre yrkesaktive. En kan derfor si at færre yngre må forsørge flere eldre i samfunnet.

Hva er helse?

Verdens helseorganisasjon definerer helse slik: "Helse er ikke bare frihet fra sykdom og svakhet, men fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære". Denne definisjonen kalles ofte utopisk, fordi mange mennesker har et kronisk helseproblem, men likevel er fornøyd med helsen sin. Blant folk over 70 år har minst 75% et kronisk helseproblem, men storparten er likevel fornøyd med helsen. Mange sier: "Helsen er god nok". En rimelig og praktisk definisjon av helse er derfor at helse er å ha et overskudd i forhold til hverdagens krav, dvs. at helsen ikke behøver å være fullkommen, men god nok til at det er litt å gå på.

Disse erfaringene er bekreftet i grundige internasjonale undersøkelser, og de viser at "helse på tross av sykdom" faktisk er vanlig. Det skyldes at de fleste mennesker har positive helseressurser som gjør at de har et overskudd, selv om de har et helseproblem. Slike erfaringer er grunnlaget for en helsemodell – se Fig. 2. Den loddrette streken starter nede i det negative – sykdom, passerer gjennom null – ikke syk, og fortsetter opp i det positive – helse. Den vannrette 0-streken er et viktig skille:



Figur 2 – Helsemodellen

Hva er helse?

- Under denne streken har vi alle sykdommer, skader, funksjonshemninger og risikofaktorer – dvs. alle helseproblemene.
- Over 0-streken har vi de positive helseressursene eller mestringsressursene, som de ofte kalles. Boks 1 sammenfatter kunnskapene om disse positive helseressursene, og Boks 2 viser at en positiv versjon av Jante-loven gir en god beskrivelse.

Boks 1 - Helsens positive sider - mestringsfaktorer.

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
Samfunnsmessig tilhørighet: deltar og blir tatt hensyn til

Boks 2 - 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

Helsemodellen viser at en ikke ensidig må stirre seg blind på helseproblemene. En må også se på de positive mestringsressursene som gjør at summen ofte blir positiv, dvs. at det ikke er så vanskelig å leve med og mestre et kronisk helseproblem. Derfor sier også de fleste eldre mennesker: "Helsen er ikke perfekt, men faktisk god nok".

I de senere år er helsebegrepet utvidet til å omfatte livskvalitet og trivsel, det å ha det godt. Det betyr at helsen er en viktig del av livskvaliteten, og erfaringen viser at helsen blir viktigere, jo eldre en blir. En nittiåring sa det slik: "Hadde jeg visst at jeg skulle bli så gammel, hadde jeg tatt bedre vare på meg". Likevel er ikke helsen alt her i livet, og mange mennesker klarer å skape seg et godt liv på tross av dårlig helse og alvorlig funksjonshemming.

Hva er sykdom?

Det kan se ut som et unødvendig spørsmål, men det er like viktig å tenke igjennom sykdomsbegrepet som helsebegrepet. Sykdomsbegrepet blir lettere å forstå, hvis vi bruker de to engelske ordene for sykdom:

- **”disease”** er det å være syk, dvs. å ha en påviselig sykdom, for eksempel leddgikt eller sukkersyke. Legene diagnostiserer slike sykdommer ved objektive metoder, for eksempel blodprøver og røntgenundersøkelser.
- **”illness”** er det å føle seg syk, med eller uten objektive tegn på sykdom. Legene har vanskelig for å diagnostisere slike sykdommer, fordi det ofte ikke er objektive tegn.

Ofte overlapper de to sykdomsbegrepene, fordi den som er syk også føler seg syk, og omvendt. Men ikke sjelden overlapper de ikke. En kan føle seg syk uten at legen finner målbare tegn til sykdom, for eksempel ved muskelsmerter. Omvendt kan en ha klare objektive tegn til sykdom, selv om en føler seg frisk. Det er viktig at både legen og pasienten forstår disse sykdomsbegrepene, fordi de ellers lett kan snakke forbi hverandre og misforstå hverandre.

Det er også viktig å forstå hva risikofaktorer for sykdom er. En risikofaktor øker den statistiske sjansen for sykdom, men behøver ikke å være en direkte årsak til sykdom (selv om den også kan være det). Typiske risikofaktorer er betydelig overvekt, høyt kolesterol i blodet, høyt blodtrykk, fysisk inaktivitet og røyking. Økt risiko for en sykdom betyr ikke at en **må** få sykdommen. Mange med økt risiko får ikke sykdom, for eksempel øker røyking risikoen for lungekreft, men de fleste røykere får ikke lungekreft. Sjansen øker, jo større eller høyere risikofaktorene er, og sjansen øker jo flere risikofaktorer en har. Det er selvfølgelig klokt å forsøke å redusere risikofaktorer før de evt. slår ut i sykdom, men det er også viktig at en ikke blir sykkelig opptatt av risikofaktorer, for det kan redusere både livskvalitet og mestrings-evne.

Når det er slik at de fleste eldre har ett eller flere kroniske helseproblemer, kan det ofte være vanskelig å svare på to spørsmål:

- Når skal en gå til legen?
- Hvilke helseproblemer trenger behandling?

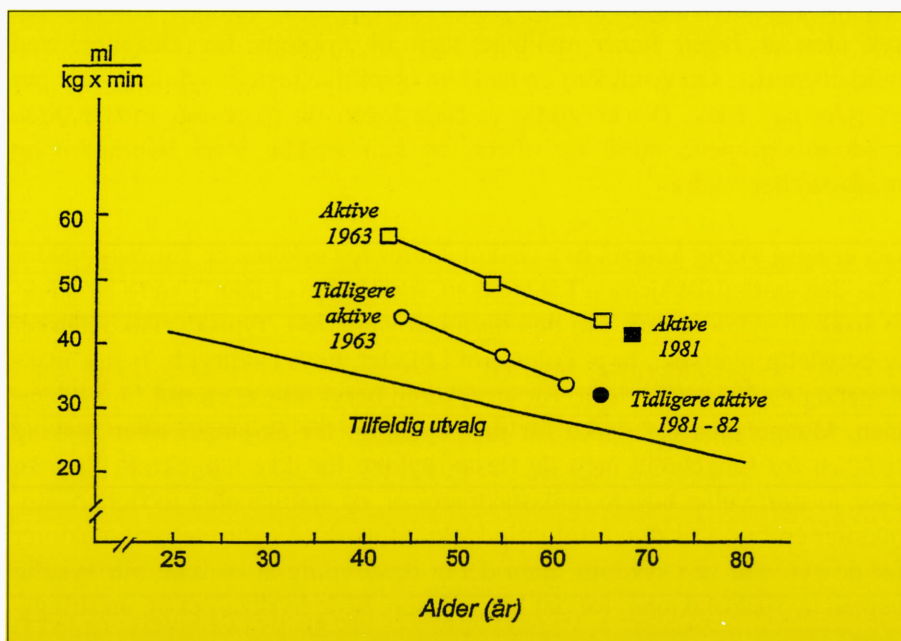
Det er ofte klokt å få legens vurdering av problemet, men det er ikke alle helseproblemer som trenger behandling. Ofte er det klokt å følge de gamle rådene: ”å se det an” og ”å leve med problemet”. I vår tid er det skapt en forventning om at alt kan behandles, også mer allmenne livsproblemer. Denne ”medikaliseringen” av hverdagslige småplager er ofte uheldig, ikke minst fordi behandlingen ofte har bivirkninger.

Aldersprosessen – hva gjør den?

Aldersprosessen – hva gjør den?

Gerontologien er vitenskapen om den normale aldersprosessen, som går sin ubønnhørlige gang i oss alle, fra det øyeblikk vi blir født (3). Det er fire viktige perspektiver.

Det første er det kroppslige perspektivet. Det kan best forstås ut fra evnen til maksimal muskelanstrengelse eller kondisjon. Denne evnen måles som det maksimale oksygenopptaket under anstrengelse, for eksempel på en ergometersykel eller tredemølle. Den når maksimum midt i 20-årene og reduseres deretter med knapt 1% pr. år (se Fig.3). Det betyr at en 75-åring har mistet ca. halvparten av den kapasitet han eller hun hadde i 20-årene. Denne kapasiteten kan imidlertid økes kraftig ved trening, slik at en gjennom trent 65-åring har omtrent samme kapasitet som en vanlig 25-åring. Trening øker kapasiteten i alle aldre, men kan ikke forhindre aldersprosessen.



Figur 3 - Maksimalt oksygenopptak hos aktive og tidligere aktive orienteringsløpere, dels undersøkt i 1963 - delt i tre aldersgrupper (åpne symboler) - og dels undersøkt i 1981-82 slått sammen til én aldersgruppe (svarte symboler). Tilfeldig utvalg viser gjennomsnittsverdier hos utrente menn i ulike aldre (8).

Det er tilsvarende alderskurver for alle organer i kroppen. Det innebærer at det er en jevn reduksjon i kroppens funksjonelle kapasitet. Det sentrale i aldersprosessen er derfor minkende reserver, men organene i en ung kropp har omtrent ti ganger den kapasitet som er nødvendig, og friske eldre har derfor rikelig med kapasitet igjen. En gammel birkebeiner som fortsatte å gå langrenn til han var over 80 år sa det slik: "Jeg går like fort, men det tar lenger tid".

Det andre perspektivet er den psykiske aldersprosessen. Eldre blir langsommere og bruker lenger tid, men blir ikke dummere. De er mindre lystne på å lære nye ting og trenger lenger opplæringstid, men de kan lære like godt som yngre. Dessuten er det ofte slik at det de taper i hastighet, vinner de i erfaring, omtanke, grundighet og forsiktighet. En svensk intervjuundersøkelse av eldre arbeidstakere viste at de fleste følte at de hadde vokset, både personlig og sosialt. Hukommelsen svekkes med alderen, og det tar lenger tid å finne frem i "arkivet". Spesielt er det vanskelig å huske navn. Denne glemsomheten er helt normal og har intet med senil demens eller Alzheimers sykdom å gjøre.

Ett viktig trekk i de eldres følelsesliv er at de ofte blir mer sårbare og får et svekket selvbilde. Det henger sammen med at en ikke lenger kan gjøre nyttig arbeid og blir avhengig av andres hjelp. Dette er nok først og fremst sosialt og kulturelt betinget, men det truer ofte livskvalitet og livsglede i eldre år. Dette fallet i selvbildet kan ofte være det alvorligste trekket i aldersprosessen, og det kan være en av årsakene til depresjon. Depresjon er ikke sjelden hos eldre, og den kan føre til ensomhet og isolasjon. Omvendt er ensomhet ikke sjelden årsak til depresjon, og det blir lett en ond sirkel mellom ensomhet og depresjon.

Det tredje perspektivet er det sosiale, og det er avhengig av det samfunnet en blir eldre i. I det gamle samfunnet var det respekt for de grå hår, i dagens samfunn opplever mange eldre små og store sosiale "stikk". Arbeidstakerne blir fort for gamle til å bli sendt på kurs, eldre blir ikke nominert til politiske verv, og de føler at de tilhører fortiden. Deres kunnskaper er foreldet, og deres erfaringer er uten interesse. Ofte godtar de eldre diskrimineringen og mener at den er berettiget, for eksempel på arbeidsplassene. Dette svekker selvfølgelig selvbildet.

Det fjerde perspektivet er det åndelige. Det blir sjelden diskutert, og det er umulig å måle. Antakelig er dette perspektivet en naturlig del av aldersprosessen. Det får eldre til å bli mer opptatt av verdispørsmål, jfr. uttrykket "åndelige verdier", av og til også av religiøse spørsmål. Mange eldre finner trøst i "barnelærdommen".

Aldersprosessen er en grunnleggende egenskap hos alt som lever, og de store spørsmålene er fremdeles uløst. Årsakene til aldersprosessen og mekanismene som driver den, er knyttet til arvematerialet i cellene (DNA), men detaljene er ennå uløst. Kronisk underernæring forlenger levealderen hos forsøksdyr, men vi kjenner ingen praktiske muligheter til å påvirke aldersprosessen hos mennesker. Det er fortsatt diskusjon om hvilken levealder mennesket er "programmert" for. Lenge mente forskerne at 85 år var et rimelig anslag, men i de senere år har anslaget begynt å nærme seg 100 år.

Eldre menneskers sykdommer

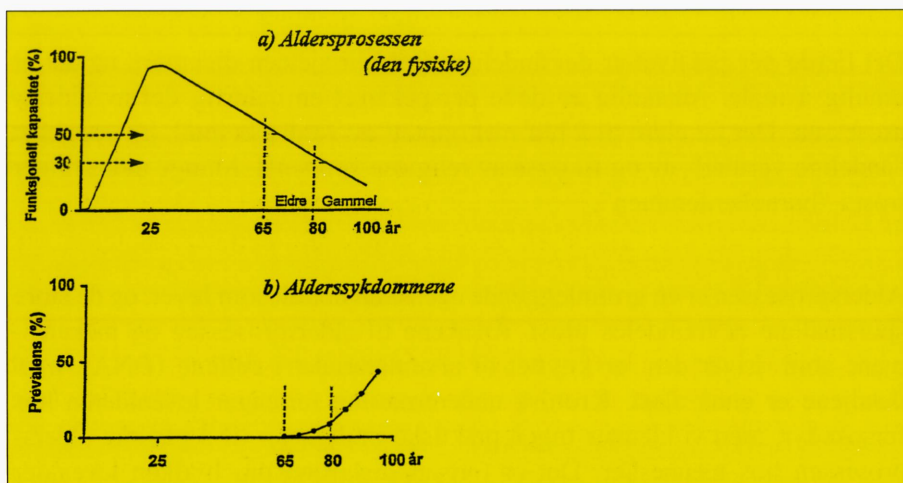
Alderdommen arter seg forskjellig for kvinner og menn. I gjennomsnitt lever norske kvinner nesten seks år lengre enn mennene (i 1997 var forventet levetid for en kvinne 80,97 år og for en mann 75,45 år), men eldre kvinner har ofte mer plager og uførhet enn eldre menn. Årsakene til disse forskjellene er bare delvis kjent. En årsak til at kvinnene lever lenger er at de stort sett lever fornuftigere, men det er ganske sikkert også grunnleggende biologiske forskjeller som påvirker livslengden. Benskjørhet er en hyppig årsak til at kvinner har mer plager og uførhet enn menn, men det er nok mange andre årsaker også.

Eldre menneskers sykdommer

Geriatrien er vitenskapen om eldre menneskers sykdommer. Eldre mennesker kan selvfølgelig få de samme sykdommene som yngre, men de har ofte et mer "stillferdig" sykdomsbilde, for eksempel blindtarmbetennelse uten smerte eller lungebetennelse uten feber. Derfor er det ofte vanskelig å være lege for eldre mennesker, og de eldre trenger erfarne leger.

I tillegg er det en stor gruppe sykdommer som sammenfattes under betegnelsen alderssykdommer. De rammer meget sjelden yngre mennesker, og hyppigheten øker med alderen etter en spesiell kurve (eksponentiell kurve – se Fig.4). Det betyr at sykdommene er sjeldne før 70-75 år, og deretter øker de år for år. Alderssykdommene rammer alle organer, men hjernen og skjelettet er mest utsatt, se Boks 3. Det er viktig å vite at alderssykdommene – i motsetning til aldersprosessen – ikke rammer alle. Selv senil demens, som er en av de hyppigste alderssykdommene, rammer noe under halvparten av de aller eldste.

Årsakene til alderssykdommene er et sentralt forskningsområde. Kjente vi årsakene, kunne vi kanskje forebygge dem, helt eller delvis. Arvelige (genetiske) faktorer spiller en viktig rolle. I tillegg kjenner vi mange risikofaktorer, spesielt røyking, høyt blodtrykk og fysisk inaktivitet.



Figur 4 - Samlet fremstilling av alders- og sykdomsprosessene. En ser at 80 år er et skille, fordi organreservene er små, og sjansen for sykdom er blitt stor.

Hjernen:	Senil demens Hjerneslag (evt. med demens) Parkinsons sykdom
Blodårene:	Hjerteinfarkt Hjerneslag Nedsatt sirkulasjon i beina
Skjelettet:	Beinskjørhet (osteoporose) med brudd Slitte ledd (artroser)
Hormoner:	Aldersdiabetes Lavt stoffskifte
Øyne:	Grå og grønn stær Netthinnedegenerasjon
Ører:	Nedsatt hørsel
Tenner:	Tann- og tannkjøttssykdommer (tennene løsner)

Boks 3 - De vanligste alderssykdommene.

Aldersprosessen og alderssykdommene – samlet syn

Aldersprosessen og alderssykdommene har forskjellige mekanismer, men i det enkelte menneske griper de ofte inn i hverandre. Det er legens oppgave å sortere dem fra hverandre, og det kan ofte være vanskelig. Generelt er det en tendens, spesielt blant eldre selv, til å skyldes på alderen, ”og den kan en jo ikke gjøre noe med”, føyer de til. Det er ofte feil, og historien om 90-åringen som søkte lege for smerter i det ene kneet er nokså illustrerende. Legen mente smertene skyldtes alderen, men da innvendte mannen: ”Det andre kneet da, doktor, det er jo like gammelt”.

Figur 4 gir en samlet fremstilling av aldersprosessen og alderssykdommene. Verdens helseorganisasjon har valgt 65 år som en grense – over den er en blitt eldre. Den andre grensen er 80 år – over den er en blitt gammel. Det er viktig å se at først ved 80 år har aldersprosessen godt og vel halvert de funksjonelle reservene i kroppen, samtidig som alderssykdommene begynner å øke sterkere. Under 80 år er det fremdeles gode funksjonelle reserver, og alderssykdommene spiller liten rolle.

Det er nesten ufattelig store forskjeller mellom eldre mennesker, og forskjellene blir større, jo eldre vi blir: ”Vi fødes som kopier, men dør som originaler”. Disse store forskjellene skyldes først og fremst forskjellene i det liv de eldre har bak seg. Et liv på solsiden i samfunnet gir bedre helse og flere leveår, mens et liv på skyggesiden med lite håp om fremgang gir dårligere helse og færre leveår.

Til slutt i dette avsnittet understreker vi at helsen er blitt stadig bedre gjennom hele det hundreåret vi snart har bak oss, og kanskje særlig i den siste generasjonen. Det har ført til at levealderen har økt med ca. 25 år i dette hundreåret, både for kvinner og menn – for kvinner fra 55,19 til 80,97 år og for menn fra 51,47 til 75,45 år. Dessuten er førligheten i eldre år blitt bedre. Det er altså stort sett gode leveår som er lagt til livet. Det er all grunn til å tro at denne utviklingen vil fortsette.

Aldersprosessen og alderssykdommene – samlet syn

Helsearbeidet

Helsearbeidet går ut på å styrke helsen. Tar vi utgangspunkt i helsemodellen (Fig.2), er det lett å se at dette arbeidet har to store felter:

- Under den vannrette 0-streken er oppgaven å forebygge sykdom, skader og funksjonshemninger og å minske risikofaktorene. Vi sammenfatter dette arbeidet under betegnelsen "forebyggende helsearbeid", og vi skiller mellom primær forebygging (hindre at sykdom og skade inntreffer) og sekundær forebygging (hindre videre utvikling og forverring etter at sykdom eller skade har inntruffet.).
- Over 0-streken er oppgaven å styrke alle de positive helseressursene eller mestringsfaktorene. Vi sammenfatter dette arbeidet under betegnelsen "helsefremmende arbeid".

Begge felt er viktige, og de utfyller hverandre. Tradisjonelt har legene og helsetjenesten vært mest opptatt av det sykdomsforebyggende arbeidet, men i de senere år har det helsefremmende arbeid fått større interesse og betydning. Dette arbeidet er spesielt viktig for eldre mennesker, fordi de så ofte har kroniske sykdommer som ikke kan fjernes totalt ved behandling. De må leves med og mestres i hverdagen, og da spiller de positive helseressursene stor rolle. Det er ikke skarpe grenser mellom de to feltene. Enkelte tiltak, for eksempel fysisk aktivitet, virker både over og under 0-streken i helsemodellen. Det er derfor aldri tale om enten forebyggende eller helsefremmende arbeid. Det er alltid begge deler.

Det er viktig å være klar over de nesten ufattelig muligheter i helsearbeidet. Verdens helseorganisasjon sier det slik: "Med noen få og klare unntak kan sykdom i prinsippet forebygges ved å endre livsstil, miljø og samfunn".

Vi understreker også at det aldri er for sent å begynne. Selv etter at sykdom er påvist, har helsearbeidet store muligheter.

Endelig nevner vi et viktig og kontroversielt punkt: En skal ikke være **for** opptatt av helsen sin, slik at livet går med til å bekymre seg for alt som er farlig for helsen og til å tenke på at alt skal være sunt. Helsen bygges opp i hverdagen, og ingen har vondt av en fest. Livsglede er kanskje den aller viktigste helsefaktoren. Vi understreker dette, for mange er bekymret over at helseopplysningen kan gjøre folk sykkelig opptatt av helsen, ofte parret med fordømmelse av andres livsstil. Dette kalles ofte "helsisme" og er en uheldig side ved helsearbeidet.

Sykdomsarbeidet

Sykdomsarbeidet ligger i sin helhet under 0-streken i helsemodellen, og det er helsetjenestens arbeidsfelt. Oppgaven er først å oppdage og diagnostisere sykdom, deretter å behandle den, og til slutt kommer rehabiliteringsarbeidet som skal hjelpe pasienten tilbake til best mulig funksjonsnivå. Rehabiliteringsarbeidet for eldre har lenge vært lavt prioritert. Det trenger nå

et krafttak for å øke tilbudet og styrke kompetanse og kvalitet. Dette arbeidet må drives både i kommunene og i fylkene.

Selv om sykdomsarbeidet er helsetjenestens arbeidsfelt, er det viktig at folk flest tenker igjennom hva dette arbeidet dreier seg om og hvordan det drives.

For det første er det nødvendig at pasienten engasjerer seg i sitt eget helseproblem. Det innebærer at han eller hun forstår sykdommen og skaffer seg kunnskaper om den. Ofte er det mye å sette seg inn i, for eksempel ved sukkersyke. Det innebærer også at pasienten tar ansvar for sin del av behandling og rehabilitering. I gamle dager, dvs. for 20-30 år siden, var det andre holdninger. Legen ga beskjed om hva som skulle gjøres, og pasienten skulle bare være lydige. I dag er medisinen blitt mer effektiv, men samtidig mer komplisert og krever samspill og medansvar fra pasientens side. To ting er nødvendige – kunnskap om sykdommen og vilje til egen innsats. Jo mer krevende sykdommen er, desto viktigere er dette. Norges Diabetesforbund har gjort et pionerarbeid på dette feltet og laget et opplæringsprogram for sukkersyke-pasienter (4).

For det andre er det viktig at pasienter har realistiske forventninger til helse-tjenesten. Moderne medisin er imponerende og redder ofte liv og helbreder sykdom. Likevel er det klare grenser for hva som er mulig å oppnå. Mange yngre mennesker tar ikke sitt eget helsearbeid alvorlig, fordi de regner med at helsetjenesten kan "fikse" det meste. Desto større blir skuffelsen når de oppdager at medisinen har klare grenser. Det har vist seg at eldre mennesker ofte tåler store inngrep og krevende behandling. Likevel setter alderen naturlige grenser, og det er viktig å justere sine forventninger til et noenlunde realistisk nivå.

Når en er syk, trenger en håp, men håpet må forankres i realitetenes verden. Urealistisk håp ender med å skape fortvilelse og hindrer den gamles tilpasning til sin skjebne. Følger en gamle mennesker under alvorlig sykdom, er håpet alltid der. Til å begynne med håper en å bli frisk, så håper en å bli litt bedre og få en god periode, og til slutt håper en på en fredelig og god død. Det er viktig å kjenne denne tilpasningen og forstå den. Den syke trenger støtte og trøst, ikke klapp på skulderen og en setning om at: "Det går nok bra, skal du se", når den syke vet at det ikke er sant. En god rettesnor er: "Du skal ha et realistisk håp, men legg til 10% for optimisme".

Jo eldre en blir, desto nærmere kommer døden. Likevel snakker vi sjelden om døden, og den kommer ofte helt uventet. Vi tror at eldre mennesker bør drøfte disse vanskelige spørsmål med sine nærmeste, slik at de er bedre forberedt når tiden kommer.

Mange eldre rammes av sorg, spesielt når ektefellen dør. Sorgreaksjonene kan bli både tunge og langvarige, og det kreves et sorgarbeid – ikke for å glemme den døde, men for å klare det nye livet. Sorgarbeidet tar ofte lang tid, og det er viktig at den sørgende får snakke om sin sorg og sitt nye liv. Ensomhet forsterker sorgen, og slekt og venner må ikke avslutte sin deltakelse begravelsesdagen. Tvert imot, er det da sorgarbeidet starter.

Livskvalitet

Livskvalitet er et moderne ord som betyr omtrent det samme som trivsel – det å ha det godt. Livskvalitet er en subjektiv følelse, og det er nesten ufattelige forskjeller i folks vurderinger og følelser om hva som skal til for ”det gode liv i alderdommen”.

Helsen og alt som henger sammen med den er antakelig den viktigste faktoren. Nedenfor gjør vi kort rede for andre faktorer som betyr mye for livskvaliteten i eldre år.

Sosial rettferdighet og likeverd er en avgjørende forutsetning for en god alderdom for alle. Ovenfor har vi nevnt at et tungt liv på skyggesiden i samfunnet gir kortere levealder, dårligere helse og dårligere funksjon som eldre. Mange mekanismer ligger bak denne sammenhengen. Fattigdom, dårlig bolig, arbeidsløshet eller dårlig arbeidsmiljø, utrygghet, manglende reell valgfrihet, manglende optimisme og håp om fremgang og uheldig livsstil er faktorer som spiller inn. Derfor er Norsk Pensjonistforbund opptatt av kampen for et rettferdig samfunn og bekymrer seg over at forskjellene øker i dagens Norge.

Økonomi er selvsagt viktig for en trygg alderdom. Derfor kjemper Norsk Pensjonistforbund for høyere minstepensjoner, og vi mener at forsvarlige minstepensjoner er bedre enn enkelte «honnørrabatter» som kan være på grensen til det uverdige. Fremtidens samfunn vil antakelig legge større vekt på at folk sparer til egen alderdom.

Arbeid. De siste ca. 35 år har pensjoneringsalderen sunket i alle de industrialiserte land, og den er nå nede i ca. 60 år i Norge. Mange – spesielt de som har svekket helse og tungt arbeid – gleder seg over det. Andre er bekymret over at vi forlenger alderdommen i begge ender – vi begynner på den tidligere, og vi lever lenger (5).

Mange eldre har glede av å fortsette i arbeidet, og flere arbeidsgivere har begynt å innse at eldre arbeidstakere er en ressurs for bedriftene. Derfor er det viktig å tilpasse arbeidet for dem som ønsker å fortsette. Diskriminering av eldre arbeidstakere, som kan begynne allerede før 50-års alderen, må motarbeides.

Boligen blir ofte et stort problem for eldre som får funksjonshemninger. Hvis boligen ikke kan tilpasses, må den eldre flytte. Derfor bør alle eldre i tide overveie om det er mulig å bli gammel i boligen. Er det ikke det, for eksempel pga. besværlige trapper, bør boligen tilpasses eller en må flytte til en egnet bolig. Erfaringen viser at mange eldre utsetter dette så lenge at det blir for sent.

Sosialt nettverk er avgjørende når en kommer i en vanskelig situasjon. Vi omtaler det nedenfor.

Aktivitet er kanskje den mest grunnleggende betingelsen for en god alderdom, ved siden av helsen. I sin bok om alderdommen fra år 44 f. K. understreker Cicero at aktivitet er det aller viktigste for en god alderdom (6). Aktivitet omfatter både kroppen, sinnet (tanker og følelser), det sosiale livet og det åndelige livet. Det betyr i praksis: gå en tur hver dag, driv med noe som interesserer deg, stell med nettverket ditt, og engasjer deg i verdispørsmål.

Deltaking, engasjement og kultur er helsefremmende aktiviteter, fordi de gir positive opplevelser, glede og samvær. En kan si det slik: Helsetjenesten behandler det syke, kulturen stimulerer det friske.

Trygghet er grunnleggende for en god alderdom, og mange eldre frykter volden, både den som skjer i hjemmene og den som skjer på gatene. Alkohol og rus ligger ofte bak volden, og forebyggende tiltak – inklusive en god ungdomspolitik – er antakelig mer effektive enn mer politi og strengere straffer.

Helsetjenesten, eldreomsorgen og dødspleien møter alle eldre før eller senere, og en grunnleggende tillit til disse tjenester er en forutsetning for en god alderdom. Vi drøfter dem grundigere i det følgende.

Livets slutt og dødspleien

Alderdommen avsluttes med døden, og tanker om døden er derfor en del av livskvaliteten, viktigere jo eldre en er. Før var det tanker om det hinsidige som opptok folk, i dag er de fleste mer opptatt av selve døden – om en ser på den med trygghet og fortrøstning eller med angst og uro.

I dag kan de aller fleste få en god død. Den gode dødspleien kan lindre alle plager – smerter, åndenød, kvalme, uro, angst – uten å dope pasienten. Samtidig trekker den inn de pårørende og gir menneskelig nærhet, trygghet og varme.

De fleste eldre er imot aktiv dødshjelp, dvs. å avslutte livet med en sprøyte. De føler at det er imot naturens orden, og de er engstelige for at det kan legge et press på de gamle som vet at de er til byrde.

Samtidig mener de fleste at en ikke skal trekke ut livet (eller døden) på en unaturlig og urealistisk måte ved hjelp av en aktiv livsforlengende behandling som ikke lenger har noen hensikt «når tiden er inne».

Disse prinsippene gir trygghet og fortrøstning. Det er viktig at gamle mennesker tenker over disse spørsmålene og snakker med sine nærmeste om dem. Samtidig må vi arbeide for at helsetjenesten og eldreomsorgen skal ha nødvendig tid, omtanke, kunnskaper og holdninger for å yte en god dødspleie.

Livets slutt og dødspleien

3. Den enkelte eldre

Alle ønsker seg en god og trygg alderdom, og de aller fleste får det også. Det er viktig å forberede og trygge alderdommen på de områder som berører helse og trivsel. I dette kapitlet drøfter vi hva den enkelte kan gjøre for å sikre en trygg alderdom. Det er umulig å skaffe seg full trygghet, for sykdom og ulykker kan komme uventet og uten kjente årsaker. Men både forskning og erfaring viser at en kan gjøre meget for egen alderdom.

Sykdomsforebyggende arbeid

Forskningen har gradvis bygget opp kunnskaper om årsakene til de store folkesykdommene. Kunnskapene er ikke fullstendige ennå, men de er tilstrekkelige for et praktisk forebyggende arbeid. Det er viktig å vite at årsakene som regel virker over lang tid og at de gjensidig forsterker hverandre. Denne kunnskapen kan omsettes i praktiske leveregler eller "helsebud", og Fig. 5 viser disse helsebudene. Det er viktig å forstå dem rett, for det er ikke snakk om fanatisme, askese eller puritanisme, bare om sunt måtehold. Det skyldes at for de fleste av disse områdene gjelder såkalte U-kurver, dvs. at både alt for lite og alt for mye er skadelig. Tar en kroppsvekten som eksempel, er det uheldig både å være alt for tynn og alt for tykk. Det er middelveien og fornuftig måtehold som er det beste. I det følgende gir vi korte kommentarer til de enkelte helsebudene.

Ta ditt ansvar for egen helse. Du må ta ditt ansvar, for ingen andre kan ta det for deg. Men legg merke til at det står ditt ansvar og ikke hele ansvaret. Det skyldes to forhold. For det første er noen sykdommer umulige å forebygge, og for det andre påvirkes helsen også av forhold som den enkelte ikke kan styre selv, særlig samfunnsforhold, arbeidsforhold og miljøet. Likevel blir det meget igjen som den enkelte kan ta ansvar for, og Norsk Pensjonistforbund understreker at det enkelte menneske har hovedansvaret for sin egen helse.

Bruk kroppen din. Dette helsebudet har seilt opp som det nest viktigste, etter stump røyken. Det skyldes flere viktige forhold. Det blir ofte en ond sirkel mellom fysisk inaktivitet og aldersprosessen, slik at inaktiviteten forsterker aldersprosessen. Det kan føre til at det mange tilskriver alderen i virkeligheten skyldes fysisk inaktivitet – det forskerne kaller "inaktivitetsyndromet" (på engelsk: "the disuse syndrome"). Fysisk inaktivitet dobler stort sett risikoen for hjerneslag, hjerteinfarkt, sukkersyke og benskjørhet med brudd.

Fysisk inaktivitet har økt kraftig pga. bilen, TV'en og PC'en. Mange går tur i helgene, men det blir for lite til å erstatte den daglige aktiviteten som er blitt borte. Vi går ikke lenger inn i alderdommen, vi sitter inn i den. Forskningen

Ansvar for egen helse

Ansvar for egen helse



Figur 5 - Helsebudene.

viser at det ikke skal så mye til: gå en daglig tur på 30 minutter. Det virker bedre, jo lenger og fortere en går, men 30 minutter i det tempo som passer en er nok. Forskningen viser også at gamle mennesker får samme type treningseffekt som yngre.

Vi understreker at fysisk aktivitet også virker over 0-streken i helsemodellen, fordi aktivitet virker positivt på humør og optimisme.

Stump røyken. Dette er det aller viktigste helsebudet. Røyking er en viktig årsak til kreft og for tidlig død. Men enda viktigere er det at røyking er en viktig årsak til invaliditet hos eldre, fordi røyking øker sjansen for kroniske lungesykdommer, sukkersyke, hjerneslag, hjerteinfarkt, benskjørhet, sirkulasjonsproblemer i bena og tannhelseproblemer. Det er ingen U-kurve for røyking – selv små mengder er skadelige. Derfor bør røykerne slutte, og det er aldri for sent å slutte. Helse risikoen reduseres når en slutter, selv om en har røkt i mange år.

Maten er halve helsen. Maten er viktig, og et gammelt ord sier: "Kroppen blir det du spiser". Budskapet er enkelt: Lite fett, sukker og salt og mye fisk, fiber, frukt, grønnsaker og grovt brød. Nedgangen i hjerte- og karsykdommer gjennom de siste ca. 30 år skyldes for en stor del at folk følger dette budskapet. Eldre mennesker kan godt unne seg fløte i kaffen og godt smør på brødet, og en liten overvekt er ikke noe å bekymre seg over i eldre alder. En viktig tilleggsgrunn til å følge kostholds budskapet er at det motvirker den forstoppelsen som plager mange eldre. Vi understreker også at det er viktig å spise regelmessig og ikke hoppe over måltider. Mange eldre får også for lite væske. Helst bør en komme opp i halvannen liter i døgnet.

Sov nok. De fleste eldre får nok søvn, hvis de ikke henfaller til sene TV-programmer. Middagslur er bra for de fleste eldre.

Stress med vett. De fleste må stresse litt for å få gjort noe, men det er viktig at stresset ikke får overtaket på en. Ett tegn på at en stresser for mye, er at en våkner grytidlig og blir liggende og gruble over alt det ugjorte.

Hold fred med dine nærmeste. Fred i sinnet er en viktig forutsetning for godt liv og god helse. Aller viktigst er fred i familien. Fred i sinnet bidrar også til et godt sosialt nettverk og skaper gode sirkler.

Unngå ulykker. Eldre må huske at de fleste ulykker skjer i hjemmet. Pass på snublefellene (tepper og ledninger), sørg for godt lys (også i ganger og trapper) og vær forsiktig med å klatre opp på stoler. Mange eldre går på toalettet om natten. De er ofte svimle når de reiser seg brått opp og snubler i mørket. Slike fall kan forebygges ved at en blir stående litt før en begynner å gå.

Noen eldre er for opptatt av risiko og føler at alt er farlig. Da blir livet både kjedelig og vanskelig. Det gjelder å velge sin risiko med omtanke.

Vis respekt for alkohol. For 20 år siden ble dette helsebudet tolket slik at en helst burde unngå alkohol. Forskningen har imidlertid vist at måteholds-drikking har en forebyggende effekt på hjerte- og karsykdommer. I dag tolkes budet slik at et glass rødvin om dagen er sunt for helsen, men store doser skader helsen.

Bruk ikke pille for alt som er ille. Moderne medisiner er effektive og til stor velsignelse for mange mennesker. Men de har også bivirkninger – særlig når en bruker flere medisiner samtidig. Derfor er det best å begrense pillebruken til det helt nødvendige, og det er viktig å følge legens forskrifter nøye. Det blir lett overforbruk av sovemidler, beroligende midler, smertestillende midler og avføringsmidler. Hvis dette blir et problem, bør en snakke med legen om det.

Sex er bra, én er best. Dette helsebudet kom til under inntrykket av AIDS-epidemien, og har størst betydning for de unge. Mange eldre har fortsatt glede av sitt seksuelle samliv, og det kan de rolig fortsette med: sex er sunt, også for de eldre.

Helsefremmende arbeid

Forskningen om det helsefremmende arbeid er mindre omfattende og systematisk enn forskningen om det forebyggende arbeid. Det er ett viktig unntak til dette, nemlig forskningen om sosialt nettverk og sosial støtte. Men det er også samlet meget menneskelig erfaring på dette feltet, og det er mulig å sammenfatte kunnskapene på en enkel måte. Derimot har ingen ennå laget "helsebud" for det helsefremmende arbeid.

Håp og optimisme er sikre helsefremmende faktorer. Dette går frem både av forskningen og av gamles livserfaringer. Forskningen har også vist at optimister lever lenger enn pessimister, selv om deres objektive helse er den samme i utgangspunktet. En kan si det slik at pessimistene får rett til slutt: de dør før optimistene.

Positivt selvbilde er viktig. Derfor gjelder det å motarbeide det fallet i selvbildet som så ofte kommer med alderen. Boks 4 sammenfatter den livserfaring mange eldre har samlet om kampen for selvbildet.

Vær aktiv. Driv med noe som engasjerer deg
Vær realistisk, men legg på 10% for optimisme
Ta vare på humøret og selvironien
Ta vare på alderdommens mange lyse sider
Ta vare på nettverket ditt og vær et hyggelig menneske

Boks 4 - Kampen for selvbildet.

Helsefremmende arbeid

Sosialt nettverk og sosial støtte er avgjørende i alle livets situasjoner, og spesielt i alderdommen, fordi eldre mennesker er særlig utsatt for ensomhet og depresjon. Nettverket utgjør en ring av mennesker som vil en vel – familien, venner, naboer og arbeidskamerater. Erfaringen viser at personlige trekk spiller en rolle for den støtten en får. Ett viktig trekk er et lyst og vennlig vesen, rett og slett at en er et hyggelig menneske som folk gjerne vil være sammen med. Et annet viktig trekk er at en interesserer seg for andres problemer og aktivt støtter og hjelper dem. Nettverket bygger jo nettopp på at solidaritet og hjelpsomhet er gjensidig så langt det går. En gammel kvinne sa det slik: "Ingen ting kommer i en lukket hånd". En hjelper ved en Frivillighetssentral sa: "Egentlig er det jo vi hjelpere som får mest". Det er for sent å begynne å bygge nettverk når en trenger det. Nettverket må en bygge opp over livet.

Kultur, interesser og engasjement er sterke positive krefter i det helsefremmende arbeid, fordi det skaper deltaking og positive opplevelser.

Fysisk aktivitet har vi nevnt ovenfor, og vi gjentar det her. Mange eldre finner spesiell glede i fysisk aktivitet som samtidig er sosial aktivitet, dvs. turer, fellestrim og lignende.

Sykdom og helsetjenesten

De fleste eldre mennesker har minst ett kronisk helseproblem. Det er viktig å ha en gjennomtenkt holdning til sykdom. Det beste er å ha en saklig og rasjonell holdning, og det innebærer to ting:

- at en kan det en bør kunne om sykdommen sin,
- at en vil gjøre det en bør gjøre for å holde den i sjakk.

De fleste har god nok helse på tross av helseproblemer, og det er bedre å glede seg over den helsen en tross alt har enn å gremme seg over de helseproblemene alderen har ført med seg.

Alle eldre bør ha en fast lege som kjenner en både som pasient og som menneske. Det gir trygghet og bedre oppfølging. Legen bør føle et spesielt ansvar for eldre som har alvorlige kroniske helseproblemer ("risikopasienter") og sørge for en forsvarlig oppfølging, evt. ved besøk i hjemmet.

Mange har tro på regelmessige helsekontroller for eldre, evt. ved eldre- sentrene eller ved en egen helsestasjon for eldre. Vi tror at den faste legen bør ha ansvaret for de kontroller som er nødvendige.

Ett vanskelig punkt er å tilpasse sine forventninger til medisinen og helse-tjenesten til det som faktisk er mulig og riktig. Mange har en overdreven tro på at helsetjenesten kan løse så å si alle helseproblemer. Moderne helse-tjeneste kan ofte utrette det utrolige, men det er likevel klare grenser for det muliges kunst. Det er viktig å drøfte dette med legen, slik at pasient, pårørende og legen i fellesskap finner en realistisk vei.

Tenner og munnhelse

For ikke så svært mange år siden hadde de fleste eldre gebiss. I dag har de fleste eldre en god del av sine egne tenner. Dermed blir tann- og munnhelsen en viktig – og ofte forsømt – del av helsearbeidet. Gamle tenner krever mer stell enn unge. Tannkjøttproblemer og tannløsning er hyppig, spesielt hos røykere. Dessuten reduserer mange legemidler spyttproduksjonen og munnhelsen.

Munnstell morgen og kveld er nødvendig, og regelmessig kontroll hos tannlege hvert halvår er en god vane.

Norsk Pensjonistforbund krever at det skal være en spesiell tann- og munnhelse- kompetanse i hvert fylke.

Livskvalitet

Den enkelte kan gjøre meget for å trygge sin egen livskvalitet. Her summerer vi opp det viktigste.

Økonomi. Eldre har så lang erfaring i å styre sin egen økonomi at de ikke trenger snusfornuftige råd fra Norsk Pensjonistforbund. Skulle vi likevel driste oss til ett råd, vil vi si: Bruk litt penger på deg selv og dine interesser, ikke bare på barn og barnebarn.

Bolig. Tenk over om boligen egner seg også når du blir eldre og kanskje får en funksjonshemning. Gjør den ikke det, gjelder det å gjøre noe i tide – enten å tilpasse boligen eller å flytte.

Sosialt nettverk. Du får det nettverket du skaper selv, og det gjelder å bygge nettverket før du trenger det.

Aktivitet, deltaking, engasjement og interesser er avgjørende, og det gjelder å drive med noe – helst med noe du er god til og kan gjøre sammen med andre.

Tenner og munn- helse

Livs- kvalitet

4. Familien

Jo eldre en blir, desto viktigere blir familien, fordi den gir nærhet, tilhørighet og trygghet. Derfor gjelder det å holde på familierelasjonene. Mange eldre, spesielt kvinner, blir til slutt alene. Og da blir også de litt fjernere familierelasjoner viktige, selvfølgelig i tillegg til barn og barnebarn. Erfaringen viser at familierelasjonene holder også når behovet for hjelp melder seg. Storparten, kanskje 70-80%, av all eldreomsorg ytes av familiene.

Erfaringen viser også at familiene deler holdninger, levevaner, livsmønstre og det en kan kalle "stil". Det skyldes livslang gjensidig påvirkning (sosial arv). Familien er en pedagogisk "arena" som setter sine tydelige spor i generasjoner.

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Ovenfor har vi pekt på at eldre mennesker har mindre fysiske ressurser, mindre "å gå på". Det betyr at det forebyggende og helsefremmende arbeid blir viktigere, jo eldre en blir, og det er viktig å drøfte dette arbeidet i familiene. De viktigste punktene er enkle:

- **Kosten.** Eldre spiser mindre enn yngre, og derfor må kosten være fullverdig. Grovt brød, frukt og grønnsaker er grunnlaget i den daglige kosten. Mange eldre får også for lite væske i seg – 11/2 liter er et godt mål. Det er fornuftig å ta et tilskudd av vitaminer, iallfall om vinteren. Mange kvinner bør også ta tilskudd av kalk.
- **Daglig mosjon** er viktig. Det beste er å gå en tur på ca. 30 min. i det tempoet som passer en. Turen blir hyggeligere, hvis en går sammen med noen.
- **Interesser og engasjement** må til for å holde seg i ånde. Hjernen trenger også trim.
- **Godt tannstell** er nødvendig for å bevare tenner og tannkjøtt. Det lønner seg å gå regelmessig til tannlege, for eksempel hvert halvår.

Det skal altså ikke mye til, og i det lange løp har en mye igjen for disse enkle tingene. Likevel er det aller viktigste fred og samhold i familien.

Mange er opptatt av mer spesielle tiltak, for eksempel spesielle kosttilskudd. For de fleste er det ikke nødvendig, hvis kosten er variert og fullverdig.

Erfaringsmessig er det et større problem at mange eldre, og spesielt de eldste, spiser for lite enn for mye. Mange gamle går gradvis ned i vekt, som regel fordi de spiser for lite.

Sykdom og bruk av helsetjenesten

For et familiemenneske er sykdom ingen privatsak, og det er fornuftig at familien drøfter og har en gjennomtenkt holdning til de helseproblemer som dukker opp. Alle eldre bør ha fast lege, og det er klokt at familie-medlemmene har samme lege, slik at legen kjenner familien.

Mange familier får før eller senere et omsorgsproblem. Erfaringen er at de fleste familier både kan og vil yte omsorg. Hvis behovet blir mer omfattende, må løsningene drøftes både med legen og med hjemmetjenestene i kommunen. Det er mange eksempler på at eldre ektepar, som hver for seg er pleiepasienter, klarer seg bra sammen, med nødvendig hjelp fra hjemmetjenestene. Den avgjørende forutsetningen for at det skal gå bra, er en god følelse av samhold og fellesskap. Gammel kjærlighet ruster som regel ikke.

Det er mange grunner til at familien – som regel ektefellen – ønsker å påta seg en langvarig og kanskje tung pleieoppgave: gammel kjærlighet og lojalitet («han fortjener det»), stolthet («jeg vil like å tenke på at jeg klarte dette») og samvittighet («jeg har ikke samvittighet til å sende ham på sykehjem»). I slike tilfeller må kommunen gi tilbud om regelmessige avlastningsopphold, slik at pleieren ikke sliter seg helt ut.

Overgrep mot eldre

Overgrep mot eldre forblir ofte skjult, men vi antar at det rammer 3 – 4 % av den eldre befolkningen. Da inkluderer vi både psykisk trakassering, økonomiske overgrep, fysisk vold og seksuelle overgrep.

Problemet henger sammen med familiekonflikter, og kan ta mange former. Sykdom og omsorgsbyrde kan være en medvirkende årsak til at mange konflikter oppstår, og en lidelse som aldersdemens kan føre til at den syke blir både verbalt og fysisk aggressiv mot sine nærmeste. I andre saker er psykiatrisk lidelse eller alkohol- og rusmiddelmisbruk hos overgriper et hovedproblem.

Selv om mange eldre blir utsatt for overgrep fra sine barn og barnebarn, er overgrepene like ofte knyttet til parkonflikter. Kvinnemishandling, sjalusi og andre ekteskapskonflikter forekommer også i eldre par. I noen tilfeller blir slike problemer forverret i tilknytning til pensjonering, sykdom, omsorgsavhengighet eller andre livsforandringer forbundet med høy alder. Snakk med legen først, evt. også med politiet. Det fins også en god bok om dette alvorlige problemet (7).

Sykdom og bruk av helsetjenesten

Overgrep mot eldre

5. Norsk Pensjonistforbund

Forbundet er først og fremst en interessorganisasjon for alle pensjonister. Det er ingen tvil om at det har vært og fortsatt er behov for en sterk organisasjon til å ivareta pensjonistenes interesser og tale deres sak. Dette er den ytre oppgaven. Men forbundet har også en indre oppgave som er å hjelpe og støtte den enkelte pensjonist i hans og hennes strev for å finne veien til en god og trygg alderdom. Dette er en meget viktig del av lokallagenes arbeid.

Forbundet sentralt

Forbundet sentralt

Hovedoppgaven er å utforme de politiske krav til staten, fylkeskommunene og kommunene. Arbeidsprogrammet gjør rede for dette arbeidet.

I tillegg skal forbundet veilede fylkes- og lokallagene i deres arbeid. I fremtiden vil forbundet legge større vekt på dette arbeidet, og dette helseprogrammet er et eksempel på det. Forbundets sentrale helseutvalg vil løpende drøfte og revidere programmet.

Fylkeslagene

Fylkeslagene

Fylkeslagene skal overvåke levekårene for pensjonistene i fylket, og spesielt skal de følge nøye med i eldreomsorgen. Helseutvalgene i fylkene spiller en viktig rolle i dette arbeidet. Forbundet arbeider med felles retningslinjer og metoder for arbeidet i fylkene slik at det blir lettere å sammenligne eldreomsorgens kapasitet og kvalitet i de forskjellige fylkene.

Lokallagene

Lokallagene

Lokallagene skal på tilsvarende måte følge med i den kommunale eldreomsorgen. Samarbeidet med eldrerådet i kommunen er viktig.

En viktig del av lokallagets arbeid er å øke medlemmenes kunnskaper om alderdommen og de forhold som påvirker helse og livskvalitet. Dette arbeidet må forankres i lokal kultur og miljø for å gi rom for de store forskjeller mellom eldre. Mangfoldet er en del av den gode alderdommen. Viktige arbeidsfelt er:

- Alminnelig helseopplysning, hvor medlemmene ikke bare blir forelest for, men får mulighet til gode samtaler og diskusjoner. Opplysning virker ikke før den blir diskutert, veiet og vurdert, slik at den slår rot blant folk.
- Mat for eldre er et viktig tema, gjerne med kokekurs for dem som trenger det, særlig mennene.

- Turer og fellestrim er viktig, fordi erfaringen viser at sosialt fellesskap stimulerer til aktivitet. Lokallagene kan finne lokale prosjekter som kombinerer trim og andre gode formål, for eksempel rydding av løyper og turstier.
- Kulturelle tiltak som gir fellesskap og deltaking er positive for trivsel og mestring.
- Forståelse for sosialt fellesskap, solidaritet og vennskap: Hva det betyr for alderdommen og hvordan det kan bygges og styrkes. Det er viktig å bygge opp en kultur for å ta vare på hverandre, for eksempel besøk og telefon til dem som er ensomme, funksjonshemmet eller syke.
- Tilpasning av bolig kan være et godt diskusjonstema, og det fins ofte medlemmer som har nødvendige tekniske kunnskaper.

Mange eldre, spesielt de over 80 år, trenger praktisk hjelp og støtte for å klare hverdagen. Medlemmene kan gjøre en verdifull innsats i et slikt støtteamarbeid, for eksempel ved regelmessige besøk hos ensomme eldre. Et slikt arbeid har mange verdier: det støtter den enkelte som trenger det, det skaper fellesskap, og det bygger en kultur for hjelpsomhet og det at folk "bryr seg" på en positiv måte. Mange har oppdaget at et slikt arbeid skaper verdier i ens eget liv og at "det er den som gir, som får". I dette arbeidet er det ofte naturlig å samarbeide med eldrementorene, andre frivillige organisasjoner og frivillighetssentralene. Endelig understreker vi at eldrementorene har avgjørende betydning og trenger aktiv støtte fra lokallagene.

6. Kommunene

Generelt

Generelt

Kommunene har hovedansvaret for fire store oppgaver:

- Fremme helse og forebygging av sykdom, skade eller lyte
- Diagnostikk og behandling av sykdom, skade eller lyte (førstelinjetjenesten)
- Medisinsk habilitering og rehabilitering
- Pleie og omsorg.

Dette er en svær virksomhet. I 1995 var det vel 180 000 brukere av pleie- og omsorgstjenestene, og ca. 44 000 av dem var i institusjoner. De samlede utgiftene er vel 25 milliarder kr om året.

Prinsippet er at brukerne av pleie- og omsorgstjenesten skal få tilfredsstillt "grunnleggende behov". I Sosial- og helsedepartementets "Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene" av mars 1997 er dette utdypet i 13 punkter:

- * oppleve trygghet, forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet
- * mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg
- * grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- * tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- * få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- * tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- * følge en normal døgnrytme og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- * mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv
- * mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- * tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne
- * nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- * nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- * en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

Kommunene forsøker å tilpasse sitt arbeid til bosettingsmønster, tradisjoner, økonomi og kultur. Derfor er det store forskjeller mellom kommunene. Disse forskjellene kan være både forståelige og rimelige, men de kan også skyldes for lav standard og kvalitet i enkelte kommuner. Kravene til kvalitet er skjerpet og systematisert i et rundskriv som er nevnt ovenfor. Fire forhold har grunnleggende betydning:

- Ressurser, spesielt bemanning
- Personellens utdanning og holdninger
- Organisering av tjenestene
- Kvalitet på tjenestene

Ett problem går igjen i hjemmetjenestene, og det er mangelen på kontinuitet, slik at brukerne møter en strøm av nye ansikter.

I det følgende drøfter vi de enkelte tjenester.

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Dette er ikke noen enhetlig tjeneste eller etat i kommunene. Arbeidet omfatter så å si alt kommunen driver med, fra rent drikkevann til et blomstrende kulturliv. Kommunen skal sette seg som mål å være et godt sted å bli gammel. Noen viktige punkter for eldre er bl.a.:

- Skade- og ulykkesforebyggende arbeid: gode trafikkforhold, sandstrøing om vinteren, god veibelysning osv.
- Trygghet i hverdagen: vern mot kriminalitet og vold
- Gode nærmiljøer med butikk, postkontor osv.
- Gode muligheter for fysisk aktivitet i nærmiljøet: tur- og sykkelveier, mulighet for friluftsliv og rekreasjon, gode kollektive transportmuligheter
- Støtte til eldrecentre, frivillighetssentraler og frivillige organisasjoner
- Et kulturliv som frister eldre til engasjement og deltaking
- Besøktjeneste for eldre som er blitt ensomme

Eldrerådene skal interessere seg for disse oppgavene, og alle som har gode idéer bør ta kontakt med elderrådet.

Eldresentre

Det bør være eldrecentre i alle kommuner og bydeler, men det er langt igjen til det. Dessverre er det ennå ikke lovpålagt at kommunene skal sørge for at det er et eller flere eldrecentre i kommunen. Norsk Pensjonistforbund arbeider for dette.

Eldresentrene har en nøkkelrolle i det forebyggende og helsefremmende arbeid. De står for aktivitets- og kulturtilbud av mange slag, inklusive hobbyvirksomheter, trimaktivitet og kafeteria. Det sosiale livet er viktig, og mange sentre har også servicetilbud, for eksempel fysioterapi, fotpleie, hårpleie, rådgivning, «eldre hjelper eldre», matombringning etc. Mange ønsker seg også et enkelt helsetilbud, for eksempel at en sykepleier kunne ha faste timer for samtaler og enkle undersøkelser (blodtrykk, blodsukker o.l.). Det er også foreslått å knytte helsestasjoner for eldre til eldrecentre.

Eldresentrene skal være kommunenes ansvar, men ha et sterkt innslag av frivillig arbeid og dugnad fra de eldres organisasjoner.

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Eldrecentre

Hjemme- hjelp

Hjemmehjelp

Søknad om hjemmehjelp er ofte det første signal om at det er hendt noe med eldre mennesker som gjør at de trenger hjelp. Helst skulle hjemmehjelpen derfor være en ressursperson for den eldre, i tillegg til å gjøre rent i huset. Forsøk i Kristiansund har vist at hjemmehjelperne etter en kort opplæring kan observere den eldre og legge merke til tegn som tyder på at hun eller han begynner å utvikle en helsesvikt. Det er derfor både mulig og nyttig å organisere et samarbeid mellom hjemmehjelpen og legen som kan forebygge en uheldig utvikling.

Dermed blir to ting viktige:

- Hjemmehjelper-yrket bør oppgraderes, og hjemmehjelperne bør få en grundigere opplæring
- Kontinuiteten i tjenesten er viktig, slik at det er den samme hjelperen som kommer hver gang.

Dessverre har det vist seg meget vanskelig å organisere arbeidet slik at det blir kontinuitet. Vi tror at dette henger sammen med yrkets status og lønn, og vi ønsker en offentlig utredning om dette. Samtidig foreslår vi at eldrerådene bør drøfte dette spørsmålet i den enkelte kommune.

Hjemme- sykepleie

Hjemmesykepleie

Det er gjort et krafttak i hjemmesykepleien siden den ble opprettet som offentlig tjeneste i 1971. I 1993 (siste året vi har spesifisert statistikk) var det ca. 10 000 årsverk og ca 73 000 brukere i hjemmesykepleien. Samtidig er både kvalitet og organisasjon styrket. Det er behov for en fortsatt betydelig økning av hjemmesykepleien, fordi det blir flere av dem som er 80 år og eldre (se kap.1).

Det er et mål for både de aller fleste eldre og for myndighetene at de eldre får bo hjemme så lenge det er mulig. Det kan bli vanskelige konflikter omkring hva som er mulig, fordi den gamle, de pårørende og kommunen har forskjellige meninger om hva som er mulig – og rimelig. Den moderne ”bo- og behandlingsideologien” forutsetter at gamle pleiepasienter skal bli boende i tilpassede boliger og få sin pleie av hjemmesykepleien. I praksis blir det et valg mellom dette alternativet og sykehjem. Pensjonistforbundet mener at mange kommuner presser bo- og behandlingsideologien for langt og at sterkt pleie-trengende – og spesielt de demente – skal få tilbud om sykehjem.

For mange eldre er hjemmesykepleien et godt tilbud, og det store slagordet er ”på brukernes premisser”. Meningen er at den gamle og hjemmesykepleien skal drøfte behovene og bli enige om løsningene. Enigheten skal nedfelles i en skriftlig kontrakt. Som regel fungerer dette godt, men hjemmesykepleien har én stor svakhet, og det er manglende kontinuitet. Mange

brukere opplever en strøm av nye ansikter – opptil 100 på ett år. Hver for seg er de dyktige og gir god pleie, men den menneskelige nærheten kan bli for svak. For å bedre kontinuiteten, kan det være en fordel å organisere hjemmesykepleien i mindre soner. Kontinuitetsproblemet er spesielt viktig for gamle pleiepasienter som ikke har nære pårørende. Da kan sykehjem bli en bedre løsning.

Primærlegetjenesten

Eldre mennesker har ofte uklare og sammensatte sykdomsbilder, fordi de har både aldersforandringer og flere kroniske sykdommer. De trenger derfor erfarne og dyktige leger, og det er en stor fordel om pasient og lege kjenner hverandre over tid. Derfor er prinsippet om fast lege spesielt viktig for eldre, og Pensjonistforbundet støtter forslaget om en fastlegeordning. Som prinsipp er ”legevaktmedisinen” et dårlig tilbud til eldre, dels fordi sykdom oppdages for sent, og dels fordi pasient og lege er helt ukjente for hverandre. Dette systemet gir ofte dårlige resultater, og det fører også til et overforbruk av undersøkelser og behandling ”for sikkerhets skyld”, fordi pasient og lege ikke kjenner hverandre. Resultatet blir dyrt og dårlig.

Pensjonistforbundet har to krav til primærlegetjenesten:

- Bedre kontinuitet enn i dag, og vi regner med at fastlegeordningen vil gi oss det.
- Bedre kunnskaper om og interesse for eldre menneskers sykdommer. Vi krever derfor at undervisningen i geriatri må styrkes, både i grunnutdanningen og i videre- og etterutdanning av leger. Vi begrunner dette kravet med at ca. 50% av den totale innsatsen i helse-tjenesten går til folk over 65 år.

Boligspørsmålet

Når helsen svikter, blir boligen viktig, og ofte trenger den eldre en tilpasset bolig for å klare seg. Trapper blir vanskelige, og det kan være umulig å komme seg inn på et trangt toalett eller bad.

Før ble aldershjemmet løsningen, men i dag foretrekker de fleste å klare seg så lenge som mulig i sitt eget hjem. Noen bygger om boligen i tide, og i alle kommuner bør det være tilgang på folk som kan gi tekniske og økonomiske råd. Bostøtteordninger for minstepensjonister og andre som trenger det, er viktige. Andre velger å flytte til eldreboliger som er lagt til rette for folk med bevegelseshemninger. Mange kommuner bygger også serviceboliger hvor de gamle får nødvendig service fra kommunens hjemmetjenester. Mange samler slike boliger i bo- og behandlingssentre, og tanken er at beboerne skal bli boende livet ut. For mange fungerer dette godt, selv om dårlig kontinuitet i tjenestene (dvs. stadig nye hjelpere) er et vanlig problem.

Primær- lege- tjenesten

Bolig- spørsmålet

For de mest pleietrengende – særlig de demente – er det to hovedsyn:

- Tilpasset bolig (evt. i et bo- og behandlingssenter) med nødvendig hjelp fra kommunens hjemmetjenester. Tanken er at beboerne – som alle andre – skal bo i sitt eget hjem og få den hjelp de trenger fra hjemmetjenestene. Dette synet kan kalles ”beboersynet”.
- Sykehjem hvor pasientene oppfattes som alvorlig syke og trenger hjelp døgnet rundt fra et fast personale. Dette synet kan en kalle ”pasientsynet”.

I de siste ca. ti år har beboersynet hatt mest vind i seilene, og kommunene har holdt igjen på utbyggingen av sykehjemmene. Argumentene har vært at det er best å bo i eget hjem, og dessuten blir det som regel billigere for kommunene. Pensjonistforbundet mener at myndighetene i de senere år har undervurdert behovet for sykehjem, og vi understreker at de eldre og deres pårørende må få velge løsning selv. Vi mener at det nå trengs et krafttak for sykehjemsutbyggingen for å sikre reell valgfrihet.

Sykehjem

Sykehjem

Tradisjonelt har sykehjemmene tatt seg av de mest pleietrengende eldre. Liggetiden var lang, og alle pasientene døde til slutt. Ettersom hjemmetjenestene er bygget ut, er pasientene blitt tyngre, og liggetiden er blitt kortere. En stadig større andel av pasientene er demente.

Den politiske diskusjonen har hovedsakelig dreiet seg om ett krav, nemlig enerom for alle pasienter. Det er selvfølgelig gode argumenter for det. Likevel mener Pensjonistforbundet at denne diskusjonen har skygget for andre og viktigere krav, først og fremst kravet til kvalitet. Vi mener at kvaliteten i legetjenesten er gått ned pga. manglende prioritering både fra kommunenes og legenes side. Mange sykehjem har også generelle problemer med stort sykefravær, rask turnover av personell, mange vakanser og dårlig rekruttering. Utdanningskapasiteten for pleiepersonell er åpenbart for lav.

Fire andre punkter er også meget viktige:

- Behovet for skjermede avdelinger, dvs. avdelinger som er spesielt innrettet og bemannet for pleie av demente som ikke passer i vanlige, åpne sykehjemsavdelinger. Pensjonistforbundet mener at vi fremdeles har et udekket behov for slike avdelinger. Det kan også tenkes at det bør være små skjermede enheter utenfor sykehjemmene.
- Behovet for korttidsplasser, dels for avlastning og dels for rehabilitering. I praksis er det vanskelig å hindre at korttidsplassene blir belagt med langtidspasienter, fordi så mange kommuner har for få sykehjems-plasser. Pensjonistforbundet mener det trenges flere korttidsplasser og større ressurser for rehabilitering i sykehjemmene.

- Noen få kommuner har laget egne såkalte trygghetsavdelinger, hvor gamle selv kan legge seg inn, hvis de er kommet i en vanskelig situasjon. De kan bli inntil 14 dager, og erfaringene er positive. Pensjonistforbundet støtter denne tanken.
- Enkelte steder i landet har sykehjemmene også en såkalt sykestue-funksjon, dvs. at primærlegene kan legge vanlige pasienter inn til observasjon og behandling.

Det er viktig at sykehjemmet har en lokal tilhørighet og identitet, og her er det rom for initiativ og mange virkemidler:

- Venneforening som driver med besøkstjeneste, dugnader og støttetiltak
- Åpne kulturkvelder
- Kafeteria som er åpen for pårørende og venner
- Samarbeid med skolene, for eksempel om faste besøk, «uketjeneste» osv.

Eldrerådene

Alle kommuner skal ha eldreråd, men det er store forskjeller i aktivitet og betydning. Eldrerådene burde ha tale- og forslagsrett i kommunestyret/bydelsutvalget. De bør føle seg både som vakthund for de eldre i kommunen og som pådriver for gode tiltak. Pensjonistforeninger bør samarbeide aktivt med eldrerådene.

Eldre- rådene

7. Fylkene

Fylkene har ikke noe lovpålagt ansvar for det forebyggende og helsefremmende arbeid. Deres ansvar er spesialist- og sykehustjenestene. Behovet for disse tjenestene øker med alderen, og eldre er derfor de store kundene for fylkeshelsetjenesten. Likevel møter eldre pasienter ofte to problemer. Det ene er at de som regel har kroniske sykdommer, mens sykehusene mer og mer blir innrettet for akutte problemer og har stadig kortere liggetid (nå 6-7 dager). Det andre er at eldre pasienter ofte har flere sykdommer, mens spesialistene har én spesialitet. Derfor kan eldre pasienter oppleve at det er vanskelig å få en helhetlig vurdering.

I det følgende drøfter vi noen viktige problemer ved fylkeshelsetjenesten:

Diagnosen er svaret på spørsmålet: "Hva feiler det meg?" Den er grunnlaget for all behandling. Legen kommer frem til diagnosen på grunnlag av sykehistorien og undersøkelsene. Diagnosen må være fullstendig, jfr. at eldre pasienter ofte har flere sykdommer. Det hender at gamle pasienter ikke får en fullstendig og korrekt diagnose, nettopp fordi de er gamle. Pensjonistforbundet mener at gamle har krav på en fullstendig og presis diagnostikk. En blir aldri for gammel til å bli skikkelig undersøkt og vurdert.

Behandling. Gamle mennesker er forskjellige. Noen tåler store operasjoner og omfattende behandling, men andre er mer sårbare og tåler mindre. Det hender derfor at gamle pasienter kan være mer tjent med en mindre omfattende behandling som har mindre risiko. Det er ikke alderen, men pasientens tilstand som avgjør risikoen. I slike alvorlige tilfelle bør pasient og lege – ofte også de pårørende - i fellesskap komme frem til en behandlingsplan som veier både resultat og risiko.

Rehabilitering går ut på å gjenvinne mest mulig av den funksjon som er gått tapt ved sykdom, skade eller behandling. Rehabiliteringen tar ofte lang tid hos eldre og krever stor personlig innsats fra pasienten. Men det er helse-tjenestens oppgave å legge til rette for en god rehabilitering. Pensjonistforbundet ser det som en viktig oppgave å styrke rehabiliteringstilbudene til eldre.

Geriatri er læren om Eldres sykdommer. For legene er geriatri en grenspe-sialitet under indremedisinen. Disse spesialistene er trent til å utarbeide en samlet vurdering av en eldre pasient, inklusive en plan for behandling og rehabilitering. Denne spesialiteten er alt for svakt utbygget i Norge – bare ca. 70 spesialister. Pensjonistforbundet mener at geriatrien må bli en egen fullverdig spesialitet, at den må utbygges kraftig og at det må finnes geriatere ved alle norske sykehus.

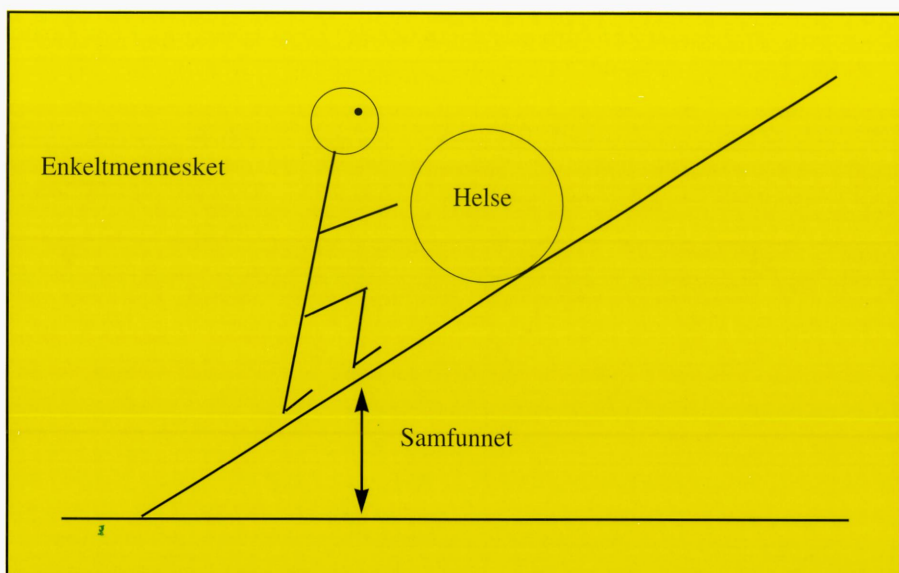
Pleiepasienter. Sykehusene får ofte innlagt gamle mennesker med alvorlige sykdommer, for eksempel hjerneslag. Når den akutte fasen er over, har pasientene ofte behov for fortsatt pleie og behandling. Sykehusene definerer dem da som "ferdig behandlede pleiepasienter" og krever at kommunehelsetjenesten skal overta dem. I mange tilfelle mangler kommunen både kapasitet og vilje til det, og pasienten blir liggende på sykehuset. For å tvinge kommunene til å ta disse pasientene ut av sykehusene, vil myndighetene innføre en dagmulkt på 1300 kr for kommuner som ikke tar sine pleiepasienter ut av sykehuset.

Pensjonistforbundet tar sterk avstand fra denne politikken. For det første er det ikke riktig at sykehusene ensidig avgjør om en pasient er ferdig behandlet. Det hender at sykehusets vurdering er overfladisk og feilaktig. For det andre virker denne bestemmelsen diskriminerende. Den rimelige ordningen er at sykehuset og pasientens hjem-kommune samarbeider om slike pasienter og i fellesskap blir enige om den beste løsningen for pasienten.

8. Staten

Staten har delegert fra seg det direkte ansvaret for det forebyggende og helsefremmende arbeid, primærlegetjenesten og eldreomsorgen til kommunene og for sykehusene og spesialisthelsetjenesten til fylkene. Likevel sitter staten igjen med et grunnleggende ansvar for de eldres livskvalitet og for helsetjenestens og eldreomsorgens kvalitet. Vi illustrerer dette ved å drøfte fire perspektiver.

Rammebetingelsene for alderdommen. Ovenfor har vi vist at alle mennesker et stykke på vei har ansvar for sin egen alderdom --men bare et stykke på vei. Det skyldes at vi som enkeltmennesker har liten innflytelse på rammebetingelsene for livet vårt – for arbeidsforhold, arbeidsløshet, miljøforhold og politiske forhold. For å illustrere den gjensidige avhengighet mellom enkeltmenneskene og samfunnsvilkårene, bruker vi legenden om Sisyfos, mannen som var dømt til å skyve en stein oppover en bakke (se Fig.6). Enkeltmenneskene må skyve på sin egen helse hele livet, men samfunnet bestemmer hvor bratt bakken blir for dem. For noen er bakken for bratt, og vi illustrerer dette ved forskjellen i levetid for menn på østkanten og vestkanten i Oslo – 6-8 år. Et grunnleggende rettferdig samfunn med mindre forskjeller mellom folk er derfor betingelsen for en god alderdom – for alle. Pensjonistforbundet beklager meget sterkt at samfunnspolitikken for tiden øker forskjellene mellom folk, og vi krever at denne politikken blir lagt om.



Figur 6 - Enkeltmenneskene må skyve på sin egen helse, men samfunnet bestemmer hvor bratt bakken blir.

Minstenormer. I mange år har staten delegert ansvaret for helsetjenesten og eldreomsorgen til kommuner og fylker. Dette har ført til store forskjeller mellom kommunene og fylkene. Et stykke på vei kan slike forskjeller forklares av tradisjoner og kultur.

I mange år avviste staten krav om at det skulle fastsettes minstenormer for standard og bemanning i eldreomsorgen. I de senere år er det større vilje til å godta minstenormer, og Pensjonistforbundet mener at minstenormer er en forutsetning for å skape en rettferdig eldreomsorg. Vi henstiller derfor til statlige myndigheter å fastsette et sett av grunnleggende minstenormer for eldreomsorgen.

Utdanning og rekruttering. Helsetjenesten og eldreomsorgen utføres av mennesker, og kvaliteten på arbeidet avhenger av personellet. Pensjonistforbundet har tre viktige synspunkter i dette feltet:

- **Utdanningskapasiteten** må være tilstrekkelig til at helsetjenesten og eldreomsorgen kan bemannes på en ansvarlig og rettferdig måte. For lav utdanningskapasitet for leger, sykepleiere og hjelpepleiere har preget helsetjenesten og eldreomsorgen i mange år, og kapasiteten må nå bringes opp på et tilstrekkelig nivå. Rekrutteringen er spesielt vanskelig i utkantstrøkene, og det er rimelig å sette inn stimulerings-tiltak der det er nødvendig.
- **Den faglige kvaliteten** må være tilfredsstillende, og utdanningen i geriatri er etter Pensjonistforbundets mening for svak for mange grupper av helsepersonell. Dette gjelder både grunn-, videre- og etterutdanningen, spesielt for leger og sykepleiere. Vi understreker igjen vårt gamle krav om at geriatrien må bli en selvstendig hovedspesialitet for leger og at vi trenger mange flere geriater.

Den gamle	Helsepersonellet
Gammel	Yngre
Syk	Frisk
Avhengig	Uavhengig
«Jeg er ingenting»	«Jeg er OK»
Engstelig, bekymret	Rutine
Spesiell situasjon	Vanlig hverdag
Oseaner av tid	Travel
Håp om hjelp og trøst	Har ikke tid, iallfall ikke nå
Avmakt	Makt

Boks 5 - "Asymmetrien" mellom den gamle pasient og helsepersonellet.

- **De menneskelige holdningene** er avgjørende for en god helsetjeneste og omsorg for eldre pasienter. Eldre pasienter har ofte et spesielt problem i helsetjenesten. Det kalles for ”asymmetri”, og det betyr at helsepersonellet ikke møter den gamle pasienten på like fot – se Boks 5. Pensjonistforbundet mener at det legges for liten vekt på dette i alle utdanninger for helsepersonell, og vi mener at eldre med pasienterfaring bør brukes som ressurspersoner i videre- og etterutdanningen av helsepersonellet.

Forskning. Eldre pasienter bruker vel halvparten av den totale innsatsen i norsk helsetjeneste, inklusive eldreomsorgen. Likevel er forskning om eldre, aldersprosessen, Eldres sykdommer, helsetjenesten for eldre og eldreomsorgen meget lavt prioritert. Deler av denne forskningen er internasjonal, men vi trenger gode norske forskningsmiljøer som kan delta i og være en aktiv del av denne internasjonale forskningen. I tillegg trenger vi norsk forskning som studerer Eldres situasjon, helsetjenesten for eldre og eldreomsorgen i Norge. Endelig er det en klar sammenheng mellom forskningsinnsatsen på et område og områdets kvalitet og prestisje. De to store positive eksemplene på dette er kreft og hjertesykdommer.

Norsk Pensjonistforbund krever i sitt arbeidsprogram at norsk aldersforskning styrkes. For å få til det, trenger vi et nasjonalt program for aldersforskning, i første omgang med en statlig bevilgning på 10 mill. kr om året. Forskningen må ledes av et tverrfaglig råd av forskere, og rådet må også ha representanter for brukerne. Norsk Pensjonistforbund må være representert i dette rådet. Vi ser dette som ett av de viktigste målene for forbundets arbeid.

9. Slutt kommentar

I dette programmet har vi forsøkt å legge frem et samlet syn på eldres helse og livskvalitet, helsetjenesten for eldre og eldreomsorgen. Et godt resultat krever at alle har nødvendige kunnskaper og at det foregår en løpende debatt om de grunnleggende spørsmålene. Målet er bedre helse og alderdom for alle og en bedre helsetjeneste og eldreomsorg når vi trenger disse tjenestene.

For å stimulere til videre tenking og debatt, presenterer vi til slutt Tab.1 over alle de faktorer som påvirker eldres helse og livskvalitet og som vi har drøftet i dette programmet. Vi har våget oss på to vurderinger:

- Hvordan ser fremtiden ut for de enkelte faktorene?
- Hvordan er ansvarsfordelingen mellom den enkelte og det offentlige?

Vi understreker at disse vurderingene er subjektive og følelsesmessige.

Fremtiden virker lys for de fleste av faktorene. Det betyr at det er sterke muligheter for en god alderdom i fremtidens samfunn. For fem områder er det satt spørsmålstegn som uttrykk for bekymring. Alle disse områdene er underlagt offentlig styring. Derfor er det fullt mulig å snu bekymring til optimisme, og det betyr at Norsk Pensjonistforbund bør engasjere seg på disse områdene.

	Fremtiden - positiv eller negativ?	Ansvarsfordeling (%)	
		Personlig	Offentlig
Helse	+	80	20
Helsetjeneste	?	10	90
Eldreomsorg	?	30	70
Livets slutt, dødspleie	?	20	80
Sosial rettferd og likeverd	?	0	100
Økonomi	+	50	50
Arbeid	+	50	50
Bolig	+	60	40
Sosialt nettverk	+	80	20
Aktivitet	+	80	20
Deltaking, engasjement, kultur	+	60	40
Trygghet	?	10	90

Tabell 1 - Helse og livskvalitet i eldre år – tanker om fremtiden og om ansvarsfordelingen.

Fordelingen av ansvar er viktig, og for flere av faktorene har enkeltmenneskene et stort ansvar selv. For å sette dette på spissen, avslutter vi med en moderne tilpasning av det slagordet som velferdsstaten har bygget på:

- Gjør din plikt ved å ta ansvar for ditt eget arbeid for helse og nettverket og for din egen aktivitet.
- Krev din rett til behandling, pleie og omsorg når du trenger det.

Til slutt vil Norsk Pensjonistforbund ønske lykke til med alderdommen i fremtidens samfunn.

Litteratur

Litteratur

- 1 Kåss E, Hjort P.F. Helseleksikon for eldre. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1997.
- 2 Norges offisielle statistikk. Framskrivning av folkemengden 1996-2050. Nasjonale og regionale tall. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1997.
- 3 Kirk H, Schroll M (red.). Viden om aldring – veje til handling. København: Munksgaard, 1998.
- 4 Fra lydighet til selvstendighet. Rammeplan for opplæring av personer med diabetes. Oslo: Norges Diabetesforbund, 1995.
- 5 Finans- og tolldepartementet. Fleksibel pensjonering. NOU 1998: 19. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1998.
- 6 Cicero. Om pliktene. Om alderdommen. Til norsk ved H. Mørland. Oslo: Aschehoug, 1971.
- 7 Juklestad ON, Johns S. Vern for eldre. Tiltak mot overgrep i hjemmet. Oslo: Kommuneforlaget 1997.
- 8 Grimby G. Fysisk träning – fysiologisk anpassning hos äldre. I: Engström L-M, Forsberg A, red. Vuxnas motionsvanor. Stockholm: Sveriges Riksidrottsförbund, 1983.

Forslag til samtalegrupper om NPFs Program HELSE og LIVSKVALITET I ELDRE ÅR

LA OSS SAMTALE SAMMEN OM OSS SELV!

Å kunne snakke sammen er en fin ting. Gjennom samtalen kan vi fortelle om egne opplevelser og meninger, høre hva andre mener og i fellesskap bli enige om hvordan vi skal forholde oss. Da er samtalen med å lette forståelsen og å utdype det vi søker. Den åpne og målrettede samtalen er en av våre beste måter å lære på.

Forslaget til helseprogram for Norsk Pensjonsforbund gir oss en fin anledning til å snakke sammen om spørsmål som gjelder vår helse og hverdag som pensjonister og hvordan vi kan samarbeide og støtte hverandre.

Dette lille vedlegget er ment som en håndrekning for å få i gang samtalen om programmet og gi noen tips om hvordan vi kan legge opp samtaler. Men først, hvordan vi kan komme i gang rent praktisk. Det greieste er om styret i foreningen inviterer til samtalegruppe. Gruppen bør ikke være for stor, 5-8 deltakere kan være passe. Blir det flere, bør det startes flere grupper. Kanskje er det en idé at også styret lager en samtale i sin egen midte.

Gruppen kan selv bestemme hvor mange sammenkomster den vil ha. I dette opplegget tenker vi oss 3-5 møter, gjerne med et møte i uka eller hver 14. dag. Møtene kan holdes privat, på eldresenteret eller et annet passende sted. Det er greiest om en er leder og ordner med praktiske ting, skaffer materiell, avtaler møtetider, leder samtaler i gruppa m.m. Og en viktig ting: Glem ikke kaffekoppen, den løsner på tungebåndene.

«Jeg er for gammel til å lære» er en myte vi hører ofte. Men som myter flest er heller ikke denne sann. Det er ganske enkelte ikke sant at vi blir for gamle til å lære. Faktisk kan vi lære så lenge vi lever. Mange av oss opplever riktignok at hukommelsen kan være noe svekket, særlig er det ikke like greit t.eks. å huske navn, men med litt vilje, trening og gjentakelsens kunst, får vi tak i og beholder det meste. Men vi trenger altså mer tid til å arbeide med stoffet og oss selv. På samme måten som vi vet at det er viktig å bruke musklene i kroppen for å holde oss i form, må vi heller ikke glemme at også hjernen trenger mosjon. Vær aktiv med hodet, søk etter ting du bestemmer deg for å huske. Og en ting til, det gir glede å oppleve det nye og ukjente. Finn denne gleden i samtalen med de andre i gruppa, og gi samtidig plass til det gode humøret.

Det er flere måter å ta tak i stoffet på som diskusjonstema. Her har vi valgt fem sammenkomster, et innledende møte, tre opplagte samtalemøter og et avsluttende møte.

1. Sammenkomst, vi planlegger og blir kjent med hverandre (side 6 til 17)

Hensikten med denne sammenkomsten er at vi skal bli kjent med hverandre, hva hver enkelt forventer av samværene, planlegge sammenkomstene og andre praktiske ting som t.eks. hvem skal ordne kaffen osv. Det er fint om alle har fått Helseprogrammet og har lest det første avsnittet, Kunnskapsgrunnlaget, som en innføring om hva det hele dreier seg om. Vi kan jo kalle det første møtet for en «oppvarmingsrunde». Det kan være en god idé om dere spesielt bruker tid på å samtale om avsnittet «Livskvalitet». Dette underlige ordet som rommer så mye. Ta for dere punktene som er nevnt, hvilke punkter synes dere er viktige for god livskvalitet? Hva mener forresten dere med livskvalitet?

Det er ellers viktig at alle deltakerne på forhånd leser de avsnittene som det skal snakkes om på møtene.

2. Sammenkomst: Den enkelte eldre og Familien (side 18 til 23).

Disse to avsnittene er viktige for hva vi som eldre, og med familiens hjelp, kan gjøre for å ta vare på helsa vår. Her er noen tips til samtalen. Alle tipsene er ledet ut av tekstene i programmet.

- Vi må ta ansvar for egen helse hevdes det i programmet.. Ja, hvordan kan vi det, og er vi sånn ubetinget enige?
- Blir vi for makelige med alderen og glemmer å mosjonere? Hva mener vi egentlig med mosjon, og kan vi trene opp gamle muskler? Diskuter former for mosjon.
- Hva er et fornuftig og godt kosthold? Hva mener dere selv og venner og bekjente, snakk litt sammen om kostholdsvaner?
- Hva er et sosialt nettverk? Hvordan kan vi styrke og bygge ut sosiale nettverk? Finn noen konkrete eksempler.
- Hvilke erfaringer har vi med «snublefeller» hjemme? Diskuter eksempler på slike snublefeller og hvordan vi kan fjerne dem.
- Det er lov å være optimist, særlig når optimismen kan forlenge livet. Men det er ikke like lett for alle å være sorgløse optimister, kan vi gjøre noe med det og bevisst søke til de lysere sidene av livet vårt?
- Hva kan den enkelte gjøre for å trygge sin egen livskvalitet og hvordan kan vi i fellesskap lage et godt miljø som hjelper oss å styrke vår livskvalitet?

Helseprogrammet advarer mot høyt pillebruk blant eldre. Har vi for stor tro på «å ta en pille»? Hva mener dere om den såkalte «lykkepillen»?

3. Sammenkomst: Norsk Pensjonistforbund og Lokalforeningen (side 26 til 27)

- Programmet peker på at Forbundet har en ytre og en indre oppgave. Den ytre oppgaven er å ivareta pensjonistenes interesser og tale deres sak overfor myndighetene og det øvrige samfunnet. Den indre oppgaven er å hjelpe den enkelte pensjonist i hennes eller hans strev for å finne veien til en trygg og god alderdom. Hva mener dere med en «trygg og god alderdom» og er dette likt for alle?
- Hva er eldrepolitikk og hva mener dere om Forbundets arbeid for de eldre? Er det noe dere savner?
- Det står i programmet at Forbundet i framtida vil legge større vekt på å veilede fylkes- og lokalforeningene i deres arbeid. Hva trenger foreningen hjelp til av Forbundet?
- Har foreningen deres hatt noen kontakt med fylkesforeningens helseutvalg? Er det en idé å invitere helseutvalget til et møte i foreningen?
- Lokalforeningene er livsnerven i alt levende organisasjonsarbeid. Det er her medlemmene møtes og vinner nye venner, er aktive, kan vise omsorg for hverandre og i fellesskap arbeide for organisasjonens mål. Slik også i Norsk Pensjonistforbund. Diskuter møtevirksomheten i foreningen på hjemstedet, får vi til det vi ønsker med gode møter, og er vi flinke nok med å hjelpe til?
- Er det t.eks. en god idé at samtalegruppa inviterer seg selv til å redegjøre for helseprogrammet på ett eller flere medlemsmøter slik at vi trekker alle med i samtalen? I programmet nevnes det flere tiltak lokalforeningene kan arbeide med, og her er flere; felles trim- og mosjonsopplegg for medlemmene t.eks. dans, besøk til eldre som er hjemmebundene, kurs og opplysningsvirksomhet om mat og matstell, sang, amatørgruppe, musikk, kåserier.
- Er det flere pensjonistforeninger i kommunen, og i tilfellet hvordan er samarbeidet?

4. Sammenkomst: Kommunene og Fylkene (side 28 til 35)

- Kommunene har i helsepolitisk sammenheng ansvar for fire store områder: Fremme helse og forebygge sykdom, Diagnostikk og behandling av sykdom, Medisinsk habilitering og rehabilitering, Pleie og omsorg.
- I et rundskriv har Sosial- og Helsedepartementet utdypet kvaliteten i pleie og omsorgssektoren i 13 punkter (side 17). Synes dere at disse 13 punktene er dekket tilfredsstillende i deres kommune, eller er det sider dere bør ta opp med kommunens folkevalgte organer og administrasjon?

- Et annet viktig område er det som programmet beskriver som Forebyggende og helsefremmende arbeid (side 18). Faktisk omfatter dette punktet ting som er nødvendig for at kommunen skal være et godt sted å bli gammel, fra gode nærmiljøer til støtte til frivillige organisasjoner og et levende kulturliv som kan engasjere eldre. Er det ting som bør tilføyes lista og hvordan erfarer dere at kommunen følger oppgavene?
- «På brukernes premisser» er blitt et uttrykk som får stadig større betydning, ikke minst innen eldreomsorgen. Hva menes det egentlig med at den støtte og service eldre har krav på og skal få, skal være på brukernes premisser? Hvilke erfaringer har dere med den kommunale servicen?
- Hjemmesykepleien og hjemmehjelpsordningene er for mange eldre nødvendige tjenester. Hvordan fungerer tjenestene for dere? Er det et problem at mange opplever «en strøm av nye ansikter – opptil 100 på ett år», slik det står i programmet?
- Hva med primærhelsetjenesten? Diskuter forholdet mellom en fastlegeordning og såkalt «legevaktmedisin», og hva føler dere å være beste tjent med?
- Hva skal til for at vi kan bo i eget hjem så lenge som mulig? Hvordan vurderer dere bruk av serviceboliger, bo- og behandlingssentre, aldershjem og sykehjem?
- Alle kommuner er ved lov pålagt å ha egne Eldreråd. Rådene skal arbeide med aktuelle oppgaver og saker for eldre og være et representativt bindeledd mellom de eldre, deres organisasjoner og kommunen. Hvor godt fungerer Eldrerådet i deres kommune?

5. Sammenkomst, oppsummering.

Samtalegruppa har med gjennomgangen av forslaget til helseprogram drøftet en rekke aktuelle spørsmål som gjelder den enkelte eldre, livet i pensjonistforeningene, eldreomsorgen i kommunene og fylkene og statens overordnede ansvar. Underveis har det sikkert også vært ulike meninger om programmet deltakerne imellom. Forsøk å summere opp hva dere er enige om, og send gjerne gruppas synspunkter og forslag til Norsk Pensjonistforbund.

- Hva har samtalene i gruppa lært oss om hvordan vi kan ta vare på oss selv og hjelpe hverandre i hverdagen?
- Foreningsarbeidet trenger aktive og engasjerte medlemmer og tillitsvalgte som vil ta et ekstra tak for fellesskapet. Hvordan kan vi være med å styrke foreningen vår?
- Samarbeider dere med andre foreninger i kommunen, f.eks. sosiale eller humanitære? Hvis ikke, hva kunne dere tenke dere å samarbeide om?
- Bør pensjonistforeningen bli mer pågående overfor kommunen og invitere til et nærmere samarbeid med kommunens Eldreråd?

- Hvordan kan dere samarbeide med og gjøre bedre bruk av fylkesforeningens helseutvalg?

I forslaget til helseprogram reises det flere krav overfor Staten om økt innsats på flere sentrale områder innen eldreomsorgen:

1. Forbundet peker på at dagens politikk øker forskjellen mellom folk og krever at denne politikken må legges om for større likhet og trygghet for alle i alderdommen.
2. Statens delegering av ansvaret for helsetjenestene og eldreomsorgen til kommunene og fylkene fører til store forskjeller i omsorgs- og servicetilbudene til eldre. For å få til mer rettferdig fordeling i eldreomsorgen, krever Forbundet at det innføres minstenormer.
3. Geriatrien – læren om Eldres sykdommer – må bli en selvstendig hovedspesialitet i utdanningen av leger, og det er behov for flere geriater i eldreomsorgen.
4. Eldre med pasienterfaring bør brukes som ressurspersoner i etter- og videreutdanningen av helsepersonell.
5. Forbundet krever at norsk aldersforskning styrkes og at det opprettes et nasjonalt program for aldersforskning.

Diskuter disse fem punktene spesielt og send om mulig samtalegruppas synspunkter til Forbundet, det gir et bedre grunnlag når programmet seinere skal fornyes.

Notater:

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

Notater:

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

Støttet av:



Norsk Kommuneforbund



NORGES DIABETESFORBUND 



Jernbanepensionistenes Forbund



Landslaget for Offentlige Pensjonister



Politiets Pensjonistforbund



Telepensjonistenes
Landsforbund



POSTPENSJONISTENES
LANDSFORBUND



Norges Røde Kors



Norske Kvinners Sanitetsforening



NASJONALFORENINGEN
for folkehelsen



Norsk
Pensjonistforbund

Norsk Pensjonistforbund, Henrik Ibsensgt. 7, 0179 OSLO
Telefon 22 98 17 70. Telefax 22 36 26 56
E-mail: ntf@pensjonistforbundet.no