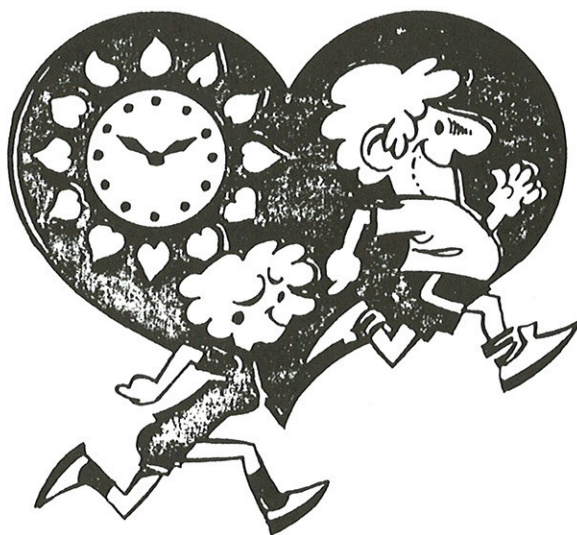


FYSISK AKTIVITETSTILBUD I ARBEIDSLIVET



En investering for bedriftene og de ansatte?

SEMINARRAPPORT

Universitetet i Oslo, 17. november 1982.



NORGES
IDRETTSFORBUND



STATENS UNGDOMS-
OG IDRETTSKONTOR



NORGES
BEDRIFTSIDRETTSFORBUND



NORGES
FRI-IDRETTSFORBUND

PROFESSOR PETER F. HJORT

SYNSPUNKTER PÅ FOREBYGGENDE TILTAK
I NORSK HELSEVESEN. HVILKEN ROLLE
KAN IDRETTSAKTIVITET SPILLE?1. Innledning

Dette innlegget har satt meg i et dilemma. Deltakerlisten viser at dette er et seminar for de troende. Dere kan pensum, f.eks. spesialnummeret om "Fysisk aktivitet for helse og trivsel" i Tidsskrift for Den norske lægeforening 5. mai 1980. Dere er fullt fortrolige med de to trosartikler:

1. Jeg tror at idrett gir god helse.
2. Jeg tror at jeg må trene minst 1/2 time hver annen dag.

Jeg har intet å si som dere ikke allerede vet. Hvorfor har jeg da påtatt meg dette oppdraget? Det har jeg gjort for å få drøfte ett viktig synspunkt som det snakkes for lite om. Satt på spissen, kan det formuleres slik: "Idrett spiller stor rolle for din personlige helse, men spiller likevel liten rolle for folkehelsen - alt for liten".

Jeg skal bruke tiden til å utdype dette paradokset. Men før jeg begynner, må jeg sikre meg mot at dere tror jeg er en falsk profet. Jeg hører også til de troende, og jeg har levert troens bevis (1).

2. Hva er helse?

Jeg må gå skrittvis og logisk til verks, og da må jeg starte med helsebegrepet. Hva er egentlig helse? Jeg - som dere - tar utgangspunkt i Verdens helseorganisasjon's definisjon av helse:

"Helse er ikke bare fravær av sykdom eller lyte, men en tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære".

*fra: Fysisk aktivitetstilbud i arbeidslivet.
Seminarrapport, Univ. i Oslo 17.11.82*

Det er tre komponenter i dette helsebegrepet - legemlig, sjelelig og sosialt velvære. Poenget er at det er en vekselvirkning mellom disse tre, en harmoni. Her har jeg tegnet helsemaskinen, slik jeg ser den - tre tannhjul som griper inn i hverandre og driver helsen. Likhhet med en sykkel er selvfølgelig ikke tilfeldig.

Helse: nye oppfatning.

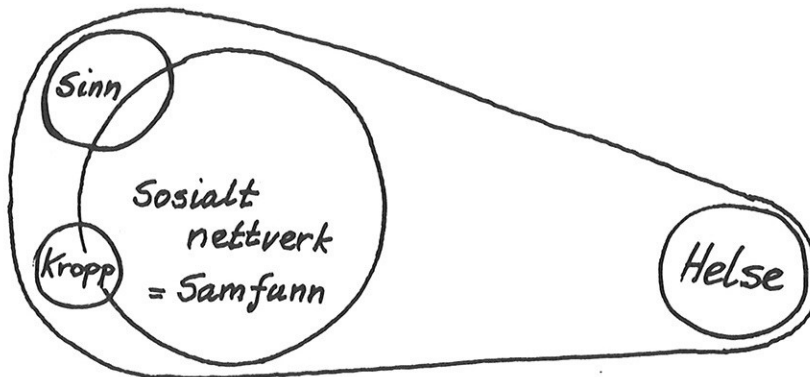


Fig. 1

Helse forutsetter harmoni mellom de tre delene av helse-treenigheten. Likevel har vi lang tradisjon for å legge hovedvekten på den legemlige delen. Mange legfolk og kanskje enda flere leger har denne oppfatningen av helsemaskinen, se Fig. 2. En naturlig motreaksjon er å legge hele vekten på det psykiske hjulet, og det har vært en tendens til å psykologisere vanskeligheter i stedet for å søke praktiske løsninger.

Helse: tre tannhjul

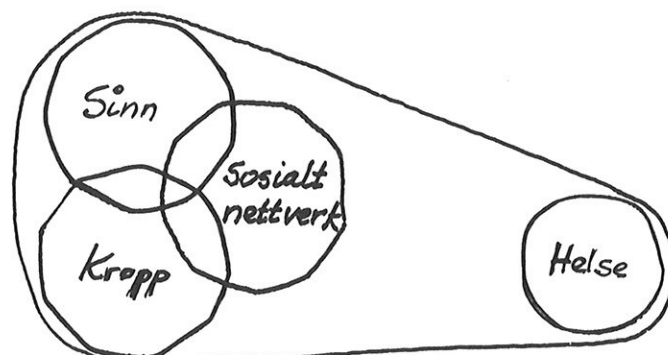


Fig. 2

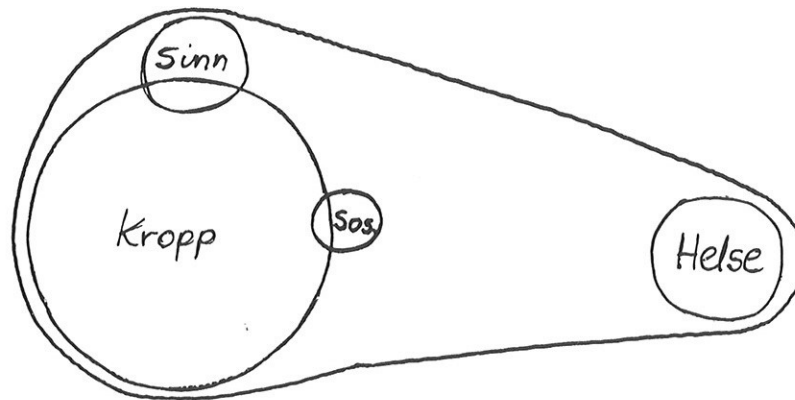
Helse: vanlige oppfatning.

Fig. 3

Tredje modell legger hovedvekten på det sosiale hjulet, og jeg tror denne modellen ligger nærmere våre dagers virkelighet enn de forrige to. Vi gjør klokt i å merke oss det. Det betyr at vi i det forebyggende arbeid ikke kan begrense oss til et verdinøytralt og trygt somatisk eller psykologisk perspektiv. Vi må se de vanskelige og ofte provoserende sammenhengene i helsemaskinen.

Hvilken betydning har dette? Det er lett å forklare, men tungt å erkjenne. Vårt bilde av idrettsutøveren er en person med god fysikk, god emosjonell helse og stor konkurranselyst - seierssugen, heter det nå. Vi liker dette bildet og har overført det til alle områder i samfunnet. F.eks. holdt Finansdepartementet nylig et seminar om regjeringens langtidsprogram. Næringslivets kvinner og menn hadde samfunns- resepten klar: "Vi må heve konkurranseevnen. Derfor må vi "pick the winners" og satse på dem". Denne oppfatningen at livet er som siste-etappen i en stafett - en kamp mann mot mann - stemmer ikke med den sosiale delen av helsemaskinen, den delen som kunne trenge idretten aller mest. Det er lett å følge denne konflikten over i politikken, hvor det er to grunnsyn. Det ene satser på konkurranseevnen og tror på vinnerne, for det gir fremgang. Det andre satser på solidaritet og bekymrer seg for taperne, for det gir samhold. Denne konflikten har ingen løsninger, og den deler befolkningen i to like store deler. Det smertelige er at fra et folkehelse-standpunkt er idretten viktigst for "the non-winners".

Men lagidretten, sier mange, den gir samhold. Gjør den det? Et bilde fra skolegården har brent seg inn i meg. Når vi valgte lag, var det alltid de samme guttene som sto igjen til slutt. To generasjoner senere står de der fremdeles, forteller min kone, som er lærer. Derfor hater hun fotball. Folkehelsen ville legge større vekt på å trene dem som står igjen til slutt enn på å stimulere dem som blir valgt først. Der har dere problemet i et nøtteskall.

3. Helse over livet

Neste skritt i tankerekken er å innføre tidsperspektivet på helsen - helsen over hele livet. For å forklare det, tar jeg utgangspunkt i biologien. Alle dyrearter, også menneskene, har en gitt og artsbestemt levealder. For menneskene er den - statistisk sett - omkring 85 år eller vel det. Dette kan også illustreres ved å vise at leveutsiktene for svenske 80-åringere praktisk talt ikke har endret seg over 200 år. Konklusjonen er klar: vi går ikke mot et oldingsamfunn, men mot et samfunn som i stadig høyere grad lar menneskene oppnå sin naturlige alder, og en naturlig død.

Fig. 11. Aterstående medellivslængd i olika åldrar 1751—1965
Life expectancy at different ages

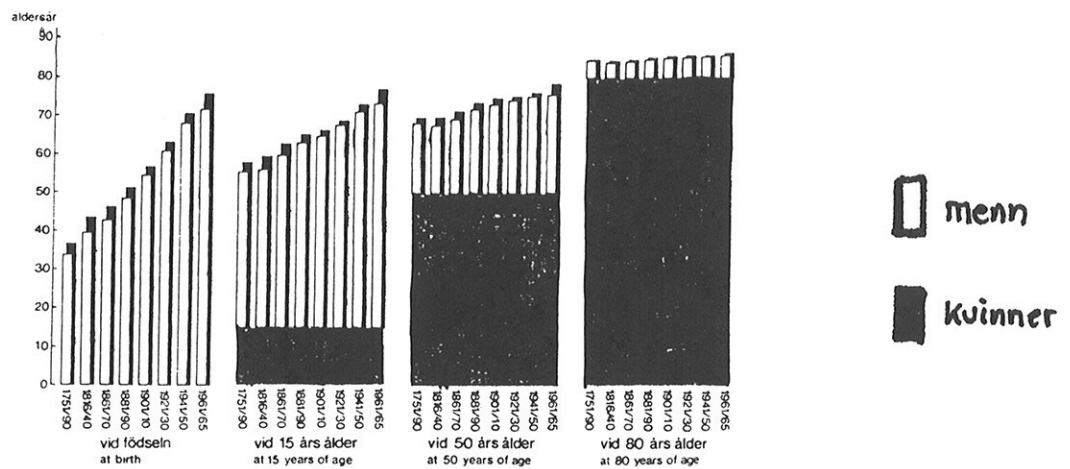


Fig. 4

Målet for det forebyggende arbeid er derfor ikke evig liv på jorden, men et godt liv avsluttet ved en naturlig død. Det store problemet for stadig flere mennesker er ikke en for tidlig død, men en tung alderdom. Derfor blir det et sentralt mål for det forebyggende arbeid å hjelpe folk til å bevare helsen så lenge som mulig i den alderdom de ikke kan unngå. En kan kanskje uttrykke dette slik: "Målet er å dø ung, så sent som mulig".

For gamle er ikke sykdom i seg selv den store truselen, men avhengighet av andre. Derfor er målet å bevare helsen så lenge som mulig, slik at en unngår, eller i all fall utsetter avhengigheten av andre. Jeg ville gi dere et feil inntrykk hvis jeg ikke understreket at målet selvfølgelig også er å unngå for tidlig død. Fremdeles er det mange som dør en alt for tidlig død ved sykdom eller ulykke som kunne vært unngått.

Derfor kan en sammenfatte målet slik: bevare helsen lengst mulig for å unngå for tidlig død og for å unngå for tidlig avhengighet. I fig. 5 har jeg forsøkt å fremstille dette så enkelt jeg kan. Litt mer avansert kan en fremstille det i form av "de to rektangulariseringer", se fig. 6.

Målet for forebyggende helsearbeid.

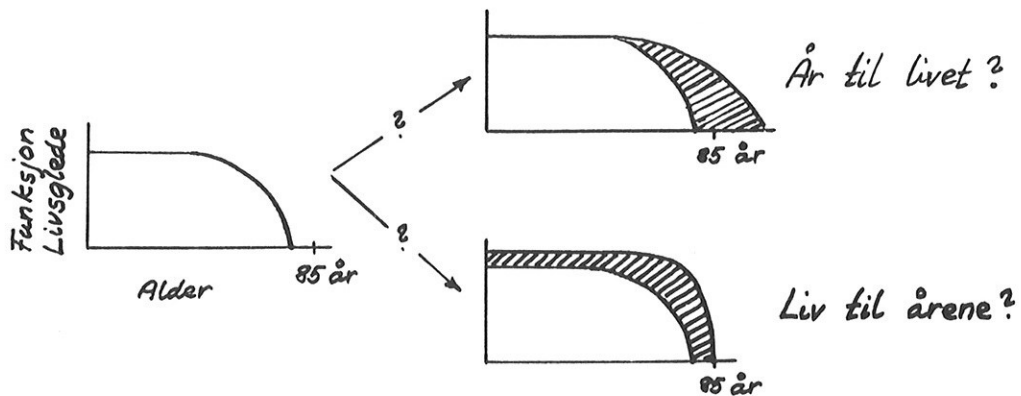


Fig. 5

De to mål i det forebyggende arbeid:

de to "rektangulariseringer."

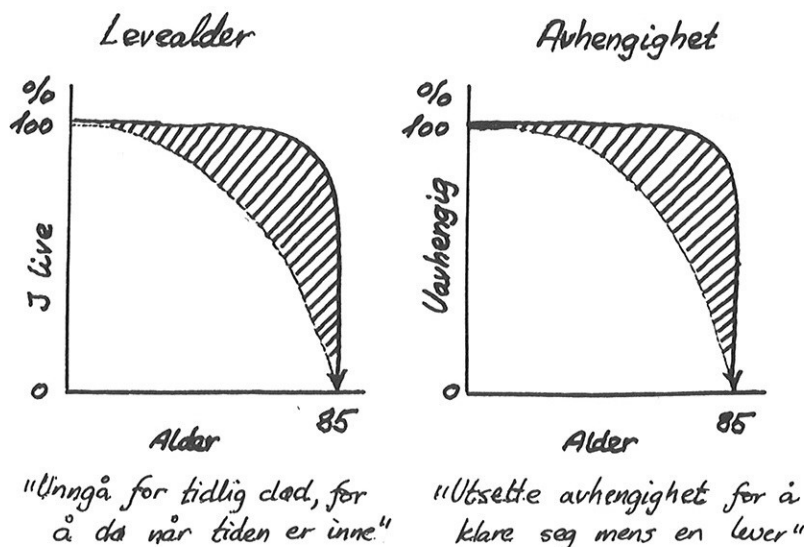


Fig. 6

Dette gir meg 3 punkter:

1. Det er fortsatt viktig å understreke at risikofaktorene er farlige og at en dør av dem - f.eks. døde 981 nordmenn av lungekreft i 1980.
2. Det er enda viktigere å få frem at de fleste av oss blir gamle - 54 % av dem som dør er over 75 år - og at målet er å bevare helsen for å unngå, eller i all fall utsette avhengighet i den alderdom vi ikke kan unngå.
3. Men det aller viktigste er å få folk til å forstå det positive i forebyggende tiltak. Bedre helse er nøkkelen til større arbeidsglede, mer overskudd til familieliv og fritid og større livsglede. Det er ikke riktig at et sunt liv tar alle gledene fra folk - det gir gleder.

Mange av dere føler antakelig at dette er vel og bra, men forholdsvis uinteressant for arbeidslivet og bedriftsidretten. Jeg tror imidlertid at det er viktig å se helsearbeid i et totalt perspektiv for hele livet.

4. Forebyggende arbeid

Dette arbeidet har to mål:

- unngå noe negativt - sykdom
- fremme noe positivt - helse

Dette er grunnleggende, og en finner dette synet i alle lands helseplaner, f.eks. i den amerikanske, som snakker om: "Prevention of disease and promotion of health" (2).

For å forholde seg til dette, må en vite hva slags sykdommer en skal forebygge. Ser en på utviklingen av sykdomsbildet - sykdomspanoramaet, kalles det ofte - kan en snakke om tre epoker i dette hundreåret:

- Den første var infeksjonssykdommene, særlig tuberkulosen.
- Den andre står vi midt oppe i - sivilisasjonssykdommene. De skyldes at menneskene faller som offer for risikofaktorer i den moderne livsstil og det moderne samfunn. Derfor dør de en for tidlig død av hjerte- og karsykdommer, kreft og ulykker. Hva dette betyr, kan en måle i tapte liv og tapte leveår. Denne illustrasjonen fra USA sier det meste.

Sykdomspanoramaet: de 3 bølger i det 20. århundre.

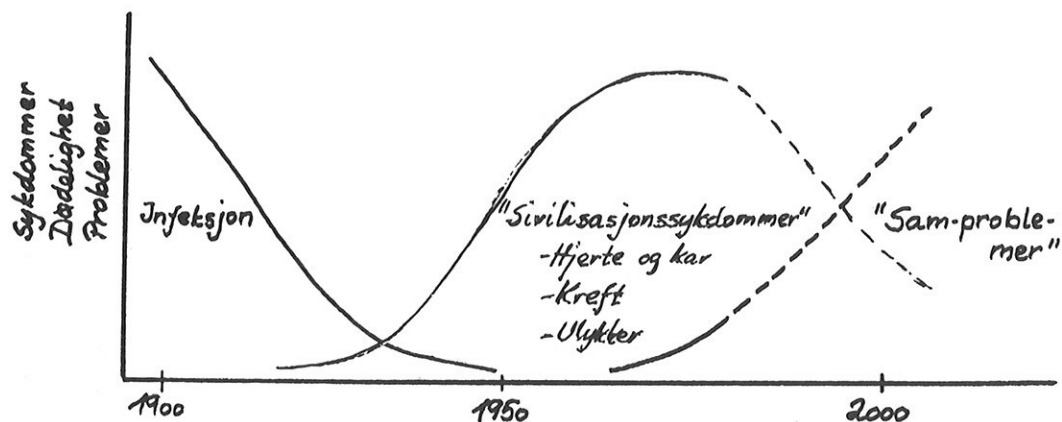


Fig. 7

Middellevetid uten sykdommer, USA.

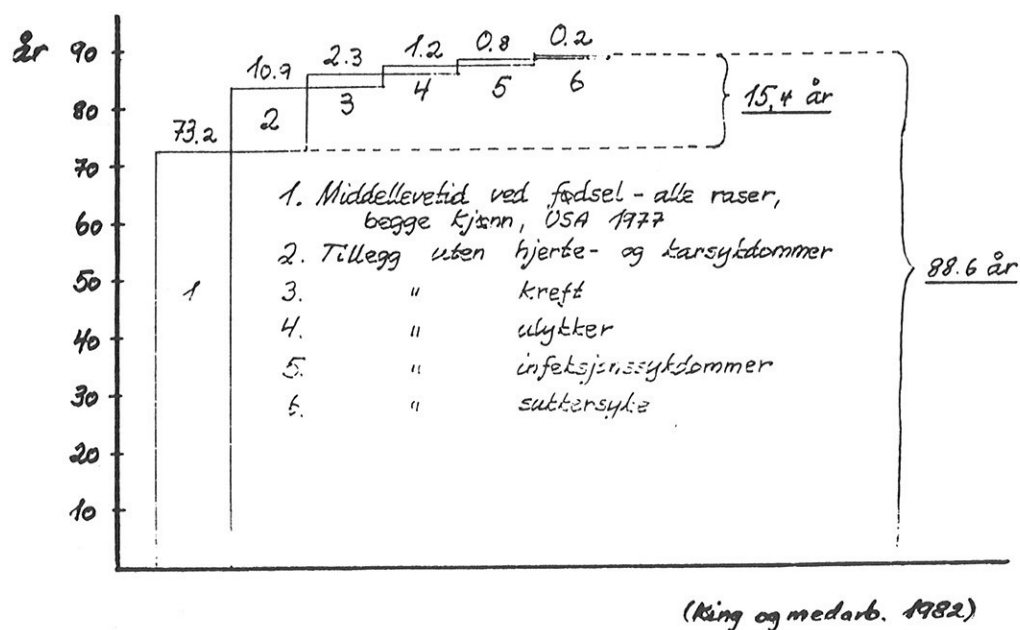


Fig. 8

- Men dødeligheten sier ikke alt, og vi ser en tredje sykdomsbølge reise seg. Jeg kaller den "sam-sykdommene", fordi de angår samliv, samarbeid og samfunn. En dør ikke av dem i første omgang, men de skaper vantrivsel, ensomhet, problemer i familien og på arbeidsplassene, ungdomsproblemer, vold, alkoholisme og narkomani.

For å gjøre bildet fullstendig, må jeg ta med enda ett forhold, som er avgjørende for de eldres helse. Det er to store problemer som formørker alderdommen. Det ene er fysisk skrøpelighet - smerter og stivhet i hele bevegelsesapparatet. Jeg tror, men kan vel ikke bevise, at fysisk aktivitet gjennom hele livet forsinkes og forminsker slike plager. Det andre store problemet er alderssløvhet. Jeg tror, men kan ikke bevise, at aktivitet i alle former kan minske følgene av denne sykdommen. I all fall kan aktivitet motvirke den sosiale sløvhet som ofte kommer i tillegg pga. inaktivitet og isolasjon.

Dette er det sykdomsterrenget vi arbeider i, og det er to arbeidsmåter. Den ene arbeider med enkeltmenneskenes livsstil og sier at: "Helse er ditt ansvar". Midlet er helseopplysning. Den andre arbeider med samfunnsmiljøet og sier at: "Helse er vårt felles ansvar". Midlet er helsepolitikk. - Disse to arbeidsmåtene henger nært sammen, fordi livsstil og samfunnsmiljø påvirker og former hverandre. Jeg har forsøkt å illustrere dette i fig. 9. Den viser Sisyfoss som triller på helsen sin, og vi sier til ham: "Du må trille hardere, for det er din egen helse". Men vi kan ikke lukke øynene for at hellningen på den bakken han triller i bestemmes av samfunnet og helsepolitikken. Det står til oss å legge bakken flat.

Forebyggende arbeid: individ og samfunn.

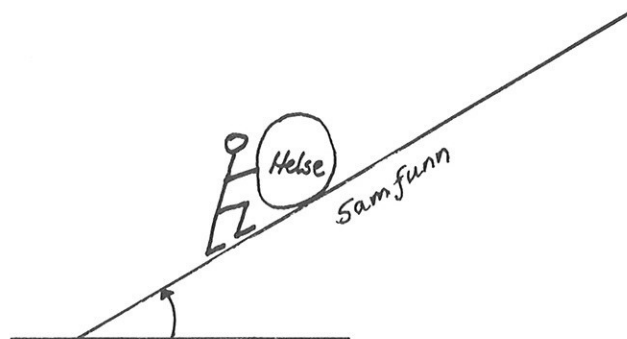


Fig. 9

5. Helsetjenesten og det forebyggende arbeid

Helsetjenestens forebyggende arbeid er preget av en historisk tradisjon fra infeksjonsepoken. Arbeidet går ut på å hindre infeksjon ved vaksinasjon og ved miljøkontroll - f.eks. av drikkevannet. Dette er fremdeles viktig, fordi vi ellers ville gli tilbake til infeksjonsepoken. Men dette løser ikke dagens helseproblemer.

Jeg tror det er riktig å si at helsetjenesten ikke har maktet å skape noen teori for moderne forebyggende arbeid og heller ikke noe engasjement for det. Det spiller liten rolle i forskning og undervisning, og en må lete etter det med mikroskop i helsebudsjettet. F.eks. bruker USA ca. 2 % av sine helseutgifter til forebyggende arbeid. Helsetjenesten er i realiteten en syketjeneste, og den skyver fra seg ansvaret for det forebyggende arbeid - dels over på individet ("Helse er ditt ansvar"), og dels over på samfunnet ("Det er ikke helsetjenestens jobb å drive politikk"). Den engelske helsetjenesten har forsøkt å plassere ansvaret der det rettelig hører hjemme: "Prevention is everybody's business" (3). Men det som er alles ansvar, er som bekjent ingens ansvar.

Helsetjenesten er fanget i sin egen oppfatning av sykdom - det en kaller "den medisinske modellen". Den er konsentrert om sykdom, ikke om helse. Fig. 10 viser hovedelementene i det forebyggende arbeid, slik helsetjenesten ser det. Det er sykdom og ikke helse som står i fokus (4).

Forebyggende arbeid

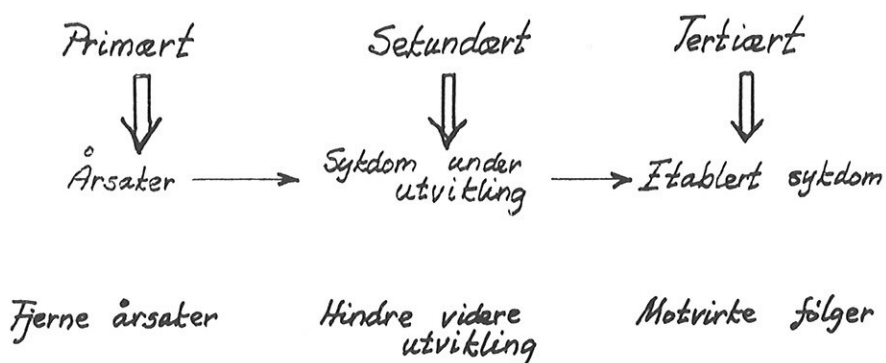


Fig. 10

For å illustrere det, vil jeg sammenligne helsevesenet og skogsvesenet. Begge arbeider med en befolkning av individer. Skogsvesenet er lite opptatt av det enkelte individ og har ingen tre-leger. Det konsentrerer seg om å forebygge sykdommer - f.eks. barkbiller, og det fremmer helsen ved gjødsling og grøfting. Helsevesenet er nesten bare opptatt av det syke individ og er lite engasjert i befolknings-skjøtsel. Det ser ikke befolkningen for bare mennesker. På en måte er dette riktig, for det forebyggende arbeid må stort sett foregå utenfor helsetjenesten, men helsetjenesten burde spille en ledende rolle i utviklingen av teori, metoder og engasjement. Dessverre gjør den ikke det, selv om mange leger engasjerer seg i helseopplysning. Likevel ser jeg et håp i de nye tanker som vokser frem i distriktshelsetjenesten om helsetjenestens ansvar for et avgrenset distrikt med en gitt befolkning. Her blir det grobunn for forskning, utvikling og lokalt ansvar.

6. Idrettens rolle for helsen

Endelig kommer jeg til idrettens rolle, og jeg starter med en lovsang. Vi vet - i all fall nesten sikkert at fysisk aktivitet styrker helsen og motvirker sykdom. Vi har sterke grunner til å tro at det gjelder hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, skjelett- og muskelsykdommer, og psykiske problemer. Det er ingen sak å sette opp en lang og imponerende liste som starter med hjerteinfarkt og slutter med forstoppelse. Bevismaterialet er ikke like sikkert over hele linjen, og jeg henviser til spesialnummeret av Lægeforeningens tidsskrift for en nøktern oversikt. Der finner en også følgende konklusjon på en slik oversikt: "Mangel på vitenskapelig bevis må ikke hindre en i å trekke sannsynlige slutninger" (5).

Den sannsynlige slutningen er at fysisk aktivitet er den viktigste helsefremmende faktor vi kjenner overhodet. "Hvis vi hadde kunnet forskrive fysisk aktivitet i form av en pille," sa en amerikansk lege, "ville den blitt brukt mer enn alle andre legemidler" (6). La meg så summere opp sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse litt grundigere - i 6 punkter:

- Fysisk aktivitet motvirker en lang rekke sykdommer, og det er sannsynlig at den reduserer dødeligheten, slik dette norske materialet viser (7).

Aldersjustert dødelighet og mosjon i arbeids- og fritid.

ca. 15.000 tilfeldig utvalgte i Norge, ca. 6 års observasjonstid.

Mosjon	% døde	
	Menn	Kvinner
Ingen	12.6	7.2
Lett	11.7	6.7
Moderat	9.0	5.0
Meget	7.1	3.6
Totalt antall	6.713	8.206.

(Zeiner-Henriksen 1976)

Fig. 11

- Fysisk aktivitet er det eneste av helsebudene som har en positiv form. Alle de andre er negative: Du skal ikke gjøre det og ikke det. Men du kan trygt bruke kroppen din - jo mer desto bedre.
- Fysisk aktivitet trekker andre gode helsevaner med seg og motarbeider røyking, overvekt etc. Det tåpeligste ordspråk på norsk er det forslitte: "Lastenes sum er konstant". Sannheten er det motsatte: "En god vane åpner veien for flere".
- Fysisk aktivitet er desto viktigere, jo dårligere formen er, og spesielt viktig for kronisk syke og eldre. Det er meget få sykdommer som forbyr fornuftig fysisk aktivitet. Spesielt er alder ingen hindring.
- Fysisk aktivitet har få uheldige bivirkninger, bortsett fra skader og ulykker. For ikke å være ukritisk positiv, tar jeg med dette materialet som belyser et kontroversielt punkt, se fig. 12 (8).

Jogge - dødsfall.

Menn 30-64 år, Rhode Island 1975-80.

7.4 % jogget

12 dødsfall under jogging

11 coronar hjertesykdom

1 mageblødning

1 dødsfall pr. 7.620 joggere, eller:

" 396.000 joggetimer

Risiko: 7 ganger økt hos "susceptible person.
d.v.s. "definite but small"

Fig. 12

(Thompson et al. 1982)

Forfatterne konkluderer med at en får jogge på egen risiko, og en må selvfølgelig veie to risikoer - å dø av for lite eller for mye mosjon. Jeg tror den siste risikoen er vesentlig mindre.

Det er ikke lett å slå denne listen, og jeg konkluderer at det er helse i hver dråpe svette for dem som driver regelmessig fysisk aktivitet.

Men - for at folkehelsen skal nyte godt av alt dette, må folk drive med fysisk aktivitet. Den store mangelen er at en ikke kan sette fysisk aktivitet i banken. Kapitalen er brukt opp på få måneder og må derfor fornyes hele tiden og hele livet. For at fysisk aktivitet skal få noen effekt på den totale folkehelsen, må den drives av mange - helst alle.

Vi mangler opplysning om omfang og aldersfordeling for fysisk aktivitet, men jeg har en mistanke om at det forholder seg slik som i fig. 13.

Fysisk aktivitet og folkehelse.

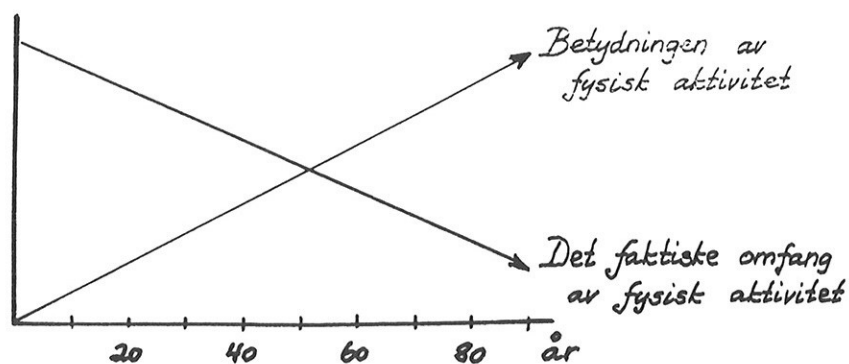


Fig. 13

$$\text{Effekt på folkehelsen} = \frac{\text{Menge fysisk aktivitet pr. dag}}{4.100.000}$$

Spesielt er jeg redd for at det er liten fysisk aktivitet blant middelaldrende og eldre og blant kronisk syke og funksjonshemmede. Det fører til at vi antakelig tar ut bare noen få prosent av det totale potensiale som ligger i idretten som helsefaktor. Og stort sett, er det slik at de som trenger det mest, driver minst med fysisk aktivitet. Her ligger det store paradokser for idretten som faktor i folkehelsen - "sjelden har så mange brukt så lite av et gode som er så stort".

7. Helsetjenesten og fysisk aktivitet

Hvordan forholder helsetjenesten seg til dette paradokset? Det er min erfaring at den ikke tar det alvorlig. En skulle vente at legene gikk foran med et godt eksempel, at de var opptatt av fysisk aktivitet, at de hadde gode kunnskaper om den, at forskning var høyt prioritert og at fysisk aktivitet var grunnstenen i alt forebyggende arbeid.

Slik er det ikke. Inntil for få år siden var vårt viktigste råd til infarkt-pasientene: "Vær forsiktig og ta det med ro". Heldigvis er dette snudd, men det er langt igjen til at fysisk aktivitet gjennomsyrrer medisinen

og helsetjenesten. F.eks. er det sannsynlig at en omlegging av livsstilen kan utsette eller forhindre medikamentell behandling av høyt blodtrykk. Men det er ofte lettvinnt å ty til piller, og det gir antakelig mer prestisje å skrive resepter enn å preke mosjon. Det er i all fall doktor Olav Førdes erfaring i Tromsø. Det er forsåvidt karakteristisk at det ble møtt med alminnelig latter da Hans Waaler og jeg foreslo at legene burde kunne forordne sykler på blå resept - til tross for at en sykkel i en del tilfelle ville være både bedre og billigere enn piller. For å øke motiveringen for mosjon hos blodtrykkspasienter, har jeg tillatt meg følgende trusel: enten får du drive regelmessig mosjon, ellers må jeg dessverre gi deg en pille som gjør deg impotent. Impotens er nemlig ingen uvanlig bivirkning ved blodtrykksmedisiner. Jeg bør kanskje nevne at ondsinnete anti-syklister har antydnet at sykling også kan ha en slik bivirkning, men denne påstanden er tilbakevist av konene til kjente syklistere.

Når jeg har sagt alt dette, bør jeg være rettferdig og føye til at det er bedring i sikte. Flere og flere leger og fysioterapeuter er opptatt av fysisk aktivitet. Og takket være en legmann - Erling Stordal - begynner flere å få forståelse for handikap idrett. Likevel er det langt frem til at helsetjenesten forstår hva det ligger i fysisk aktivitet.

8. Idrett og fysisk aktivitet

Hvordan står så regnskapet for idrettens rolle i folkehelsen? Etter mitt skjønn ligger ikke den noe bedre an enn helsetjenesten.

Det er ikke noe i veien med §2 - Idrettsforbundets formålsparagraf, og ordene fysisk aktivitet, trim og mosjon blir mye brukt. Men det er et faktum at idrett for de fleste er ensbetydende med konkurranseidrett. Jeg vil ikke si et vondt ord om konkurranseidretten, og jeg tror den stimulerer interessen for alminnelig fysisk aktivitet. Likevel må vi erkjenne at konkurranseidrett for de sprekeste spiller liten rolle for folkehelsen. Det hjelper lite å ha 22 topp-trenete spillere på banen, når det er 2 millioner tilskuere på sofaen. Hvis idretten skal leve opp til formålsparagrafen og bety noe for folkehelsen, må det skje en drastisk omprioritering. Målgruppen er ikke de store idrettstalentene, men alminnelige kvinner og menn og særlig de middelaldrende og eldre, de funksjonshemmede og de kronisk syke. Det er her oppgavene ligger - hvis det er

folkehelsen og ikke VM som er målet.

Tenk også på den sosiale siden ved idretten. Tenk på mulighetene til fellesskap, samvær og samarbeid. Den siste gutten i skolegården har også behov for fysisk aktivitet. Ja, det er han som trenger det mest. Dette gir helt andre perspektiver og prioriteringer enn de vi ser i dag. Store idrettsanlegg, spesialdekke og trenere, sponsoravtaler og massemedias reportasjer - alt spiller opp til de flinke, friske og sterke. Det er vel og bra, men hva med turstier, lysløyper, sykkelveier, småplasser for lek og løkke-fotball? For noen år siden fikk begrepene finkultur og folkekultur vind i seilene. Det er minst like stor avstand mellom finidrett og mosjon. Av og til kan en få denne avstanden demonstrert i store løp hvor det deltar både konkurransefolk og mosjonister. Et hår har det bedre i suppen enn en mosjonist som går i veien for elite-løpere. Kjeftingen er like avansert blant jenter som gutter, så det er en slags likestilling - men kom ikke med det utvidete helsebegrep og fullkomment sosialt velvære. Målet er en sunn sjel i en sunn kropp i et sunt samfunn.

Jeg vil nevne en annen side også. Hele landet blir oppskaket når en stuper tar seg en pille, men ingen sier noe om de fulle idrettslagene som en møter på fly og båt og tog når de er på hjemvei fra stevne om søndagskveldene. Alkohol er et 100 ganger større helseproblem enn doping. Hvis idretten er til for folkehelsen, må den ta stilling til alkohol på en ganske annen måte.

Men bedriftsidretten - tar ikke den nettopp opp disse problemene? Jeg er enig i at den representerer et avgjørende fremskritt. Men selv den går ikke langt nok. Også den er for de sprekeste og friskeste. Også den satser på konkurranse og premier, og Old boys er 40-åringene, ikke 70-åringene.

Etter all denne kritikk er det rimelig om tilhøreren sier: Finn på noe bedre selv. Vi hører at du har spørsmålene, men hva med svarene?

9. Forslag

Jeg vil forsøke å gi noen svar. Hele tiden er det fysisk aktivitet som

middel til en bedre folkehelse jeg har i tankene. Jeg har ordnet svarene i fem punkter.

a) Holdningen er avgjørende i dette arbeidet, og den må preges av lyst: fysisk aktivitet er morsomt. Klarer en ikke å formidle den holdningen, er slaget tapt. Jeg vet nok at det er folk som løper for livet - enda de synes det er kjedelig. Men jeg tror ikke det holder i det lange løp. Det en driver med, må en gjøre for moro skyld.

b) Målet er det viktigste og vanskeligste. Det er å motivere for livs- lang fysisk aktivitet. Skal det lykkes, må aktiviteten være lystbetont, og etter hvert må den bli et behov. Det nytter ikke å lokke et yngre menneske med en lang alderdom, ikke en gang en frisk alderdom. Folk ønsker belønning her og nå, og de får jo det også: velvære, livsglede, et positivt selv-bilde osv. Jeg tror bedriftene har store muligheter ved å satse på samvær og fellesskap, kanskje til og med et aldri så forsiktig sosialt press. Bedriftene bør stimulere til fysisk aktivitet - pause-gymnastikk, støtte til bedriftslaget, dugnader osv.

c) Målgruppen er simpelthen alle, men først og fremst de som ikke er så lette å få i gang:

- De eldre er viktige, mennene for å utsette hjertesykdommene og kvinnene for å bevare førligheten.
- Mange kroniske sykdommer har godt av fysisk aktivitet. Trimgrupper for hjertepasienter og astma gir større velvære og optimisme.
- Funksjonshemmede har både glede og nytte av fysisk aktivitet. Tandemsykkelen er et virkemiddel som har betydd mye.

Her ligger den store utfordringen til arbeidslivet. Jeg er overbevist om at fysisk trening kombinert med ergonomi kan bety mye både for produktivitet og trivsel. Og bedriftene bør ikke slippe pensjonistene. De bør ha en tilknytning til bedriften og bedriftsidretten så lenge de lever.

d) Aktiviteter. En idéell fysisk aktivitet skal tilfredsstille tre krav:

- fysisk bør den helst bruke store muskelgrupper - f.eks. jogging, ski, sykkel, svømming og ballspill.
- psykisk må den være lystbetont
- sosialt bør den gi samvær og samhold.

Folk er forskjellige og må få prøve seg frem. Derfor bør bedriftsidretten ha mange tilbud. Familieprosjekter er verdifulle - orientering, distansemerker, alminnelig tur.

For ikke å bli misforstått, må jeg presisere at konkurranse selvfølgelig er bra. De stimulerer, og vi trenger de store til å oppmuntre de små. Men vi må sørge for balanse. Gammeldans er også god mosjon.

e) Dosen er viktig, og jeg tror vi støter mange bort ved å kreve for mye. En halv times real innsats hver annen dag er kanskje nødvendig for å få full uttelling for hjerte- og karsykdommene, men ikke for å øke velværet og selvfølelse.

Det var de fem punktene, og mange av dere vil sukke oppgitt: var det alt? Desverre er det det, for det fins ingen hemmelige tricks her. Det er derfor det er så vanskelig, og det er fantasien som er mangelvare. Jeg vil illustrere det ved å fortelle at min mor på 87 år er overbevist om at fysisk aktivitet er det rene tøv. Men vi lurte henne ved å gi henne en hund, og alle vet at hunder trenger mosjon. Derfor går hun nå tur to ganger daglig for hundens skyld.

10. Økonomi

Dere har merket at jeg har store tanker om bedriftsidretten, fordi jeg tror at den kan mobilisere store grupper. Guleroten er produktivitet og trivsel og derigjennom redusert sykefravær. Waaler og jeg har antydnet at 1 % reduksjon av sykefraværet er verd 60 mill. kroner pr. år (5). Det skulle være mulig å hente ut atskillig mer, hvis en satser riktig.

11. Slutt

Jeg har forsøkt å gi dere et bilde av fysisk aktivitet som middel til en

bedre folkehelse. Mange liker ikke dette bildet. Det er for tamt - idrett for tanter.

Derfor vil jeg avslutte med to historier om sykler - tandemcykler. På begge satt far og sønn. Den ene sønnen var 9 år og blind. Han ble beruset av farten og spenningen, og han forlangte mer fart. Faren måtte slutte å røyke og legge seg i trening. Sykkelen ble et nytt bindeledd mellom dem, et bindeledd av glede. - Den andre tandemcykkelen var avertert til salgs. Min kone og jeg ble forlovet på en tandem - "a bicycle built for two", og romantikken blomstret da vi så avertissementet. Sykkelen var fin, og jeg spurte mistenksomt hvorfor de skulle selge den. De smilte, nikkete til hverandre, og med et raskt grep dro de en presentering til side for å avduke en fullblods araber av en tandemcykel. "Vi fikk den for 20.000 kroner" sa de.

Det er gleden det kommer an på. Det er den vi må forsøke å formidle og skape. I det lange løp er gleden den viktigste av alle helsefaktorer.

REFERANSER

1. HJORT, P.F. og WAALER, H.Th.: Økt sykkelbruk - bedre helse. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 2 - 1980, 52 s.
2. U.S. Department of Health, Education and Welfare: Healthy people. The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. DHEW (PHS) Publ. NO. 79-55071. Washington 1979, 177 s.
3. Department of Health and Social Security: Prevention and health: everybody's business. HMSO, London 1976, 96 s.
4. INGHE, G.: Socialmedicin I. Metodik och sjukdomspanorama. Esselte Stockholm 1973, 242 s.
- 4 5. WAALER, H.Th. og HJORT, P.F.: Fysisk aktivitet, helse og helseøkonomi. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1980, 100, 873-875.
- 2 6. BUTLER, R.N.: Exercise, the neglected therapy. Int f Aging Hum Dev 1977-78, 8, 193-195.
- 3 7. ZEINER-HENRIKSEN, T.: Six year mortality related to cardiorespiratory symptoms and environmental risk factors in a sample of the Norwegian population. J Chronic Dis 1976, 29, 15-33.
8. THOMPSON, P.D. et al.: Incidence of death during jogging in Rhode Island from 1975 through 1980. JAMA 1982, 247, 2535.