

---

# Den neglisjerte vidundermedisinen

---

KRONIKK

ØYVIND KJERPESET

[oyvind.kjerpeset@gmail.com](mailto:oyvind.kjerpeset@gmail.com)

Øyvind Kjerpeset er LIS1-lege i Oslo kommune og har nylig gjennomført ett år på Ullevål sykehus og skadelegevakten. Han har tidligere jobbet ett år på Oslo kommunale legevakt og vært allmennlegevikar ved Åros legesenter i tre måneder. Han er i tillegg toppidrettsutøver i friidrett, med tidligere norgesrekord, kongepokal og ti NM-gull i sprint og hekkeløp.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

**Ingen medisiner kan konkurrere med helsegevinstene av fysisk aktivitet. Hvordan har vi endt opp med å behandle medisinsk gull som gråstein?**

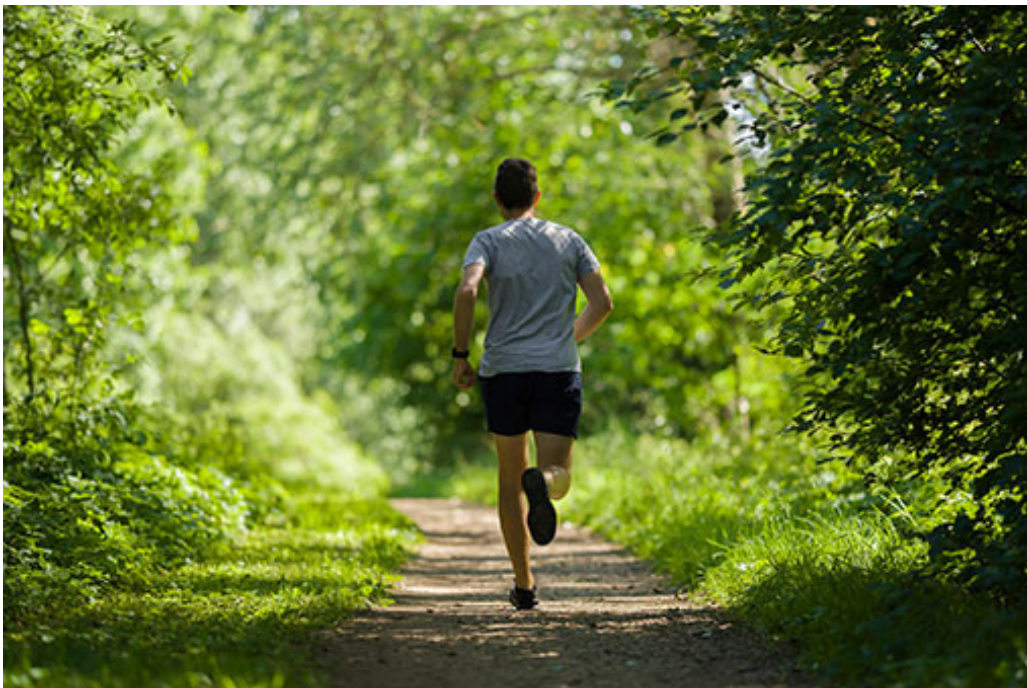


Foto: FotoDuets/iStock

Helsegevinstene av fysisk aktivitet er i et medisinsk perspektiv enestående. De vitenskapelige bevisene er overveldende, og kan blant annet vise til en risikoreduksjon på 25–50 % for mer enn 25 kroniske sykdommer (1). De viktigste risikofaktorene for sykdom er høyt blodtrykk, høy blodglukose, tobakk, inaktivitet, overvekt, høyt kolesterol og alkohol (2). Risikofaktorene er i all hovedsak livsstilsrelaterte, og den vanligste er inaktivitet. Nye tall viser at over 75 % av Norges befolkning er inaktiv (2). Det er ikke bare den vanligste risikofaktoren, det er også veldokumentert at fysisk aktivitet er effektiv som forebygging og behandling av mer eller mindre alle de resterende risikofaktorene. Av den grunn er det rimelig å se på fysisk aktivitet som kjernen i forebyggende helse.

---

## Gunstige bivirkninger

Fysisk aktivitet er en av hjørnesteinene i både forebygging og behandling av så godt som alle de største sykdomsgruppene, blant annet kreft, hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, diabetes type 2, psykisk lidelse, leversykdom, demens, osteoporose, skrøpelighet med fallskader og andre relaterte plager, og ikke minst muskel- og skjelettsykdommer (3, 4). I tillegg har fysisk aktivitet en helt fenomenal bivirkningsprofil og gir blant annet økt livskvalitet, humør, overskudd, søvnkvalitet og mulighet for mestringsfølelse og sosialt samvær (2, 5, 6). Det er med andre ord vanskelig å overdrive de potensielle helsegevinstene av fysisk aktivitet, og vi som helsepersonell feiler i stor grad i å formidle dette til både oss selv og befolkningen. Det er på tide å forvalte fysisk aktivitet som den vidundermedisinen den er.

*«En medisin som kunne etterligne en brøkdel av helsegevinstene som noen få minutter med fysisk aktivitet gir, hadde fullstendig revolusjonert medisinen»*

---

## Bedre enn tabletter

En sunn livsstil kan forlenge livet med 24 år, ifølge en stor studie publisert i januar 2024 (3). En sunn livsstil var i denne studien definert som et aktivitetsnivå på over 150 minutter per uke, et tradisjonelt sunt kosthold, syv timer søvn, under fire enheter alkohol per dag, sosialt samvær, samt avhold fra tobakk og opiat. Av disse faktorene var aktivitet den klart viktigste, viktigere enn å unngå avhengighet av både opiat og tobakk. Hele 49 % av helseeffekten kunne tilskrives aktivitet. Disse tallene går hånd i hånd med Helsedirektoratets anslag fra 2014 om at 8 til 16 kvalitetsjusterte leveår kan vinnes av å få de inaktive i aktivitet (2). Til sammenligning har våre beste forebyggende medisiner, som for eksempel kolesterolsenkende statiner, vist seg å forlenge livet med cirka en ukes tid (7, 8). Fysisk aktivitet har vist seg å redusere relativ risiko for tidlig død med over 50 %, og atferden kan samtidig vise til lignende risikoreduksjon for å utvikle hjerte- og karsykdom, diabetes type 2, slag og

hypertensjon (1, 9). Til sammenligning har blodtryksmedisinen ramipril en relativ risikoreduksjon for tidlig død med 5–10 % (10). Mot store sykdomsgrupper, som kreft, fettlever, demens, depresjon, angst og muskel- og skjelettsykdommer, finnes det mer eller mindre ingen forebyggende medisiner, mens aktivitet viser seg å redusere risikoen med rundt 50 %, og i mange tilfeller langt mer (1, 10, 11). Så lite som tre minutter med intensiv aktivitet (rask trappegange eller lignende) er funnet å gi store deler av disse helseeffektene (9). En medisin som kunne etterligne en brøkdel av helsegevinstene som noen få minutter med fysisk aktivitet gir, hadde fullstendig revolusjonert medisinen. Den hadde trolig vunnet nobelprisen over natten, vi hadde anbefalt den til alle våre pasienter, og den hadde blitt den mest verdifulle varen i verden. Likevel blir vitenskapen om denne helsemessige vidunderatferden neglisjert av oss helsepersonell, noe som resulterer i store ringvirkninger. Den preventive og mest virkningsfulle grenen av helsevesenet er i dag svært mangelfull, og denne oppgaven er altfor stor og viktig til at den kan legges på allmennpraktikere. Med dagens organisering av helsevesenet er vi et sykevesen, fremfor et helsevesen, og prisen vi betaler for denne praksisen er høy.

*«Fokuset blant medisinerer virker å rettes nesten fullstendig mot medisinerer, sykdom og reparasjon, istedenfor å jobbe med de grunnleggende problemstillingene»*

---

## Ubehagelig problemstilling

Helsevesenet er i disse dager stadig i negativt søkelys. Vi er overbelastet, samtidig som helseutgiftene våre er i verdenstoppen (12). I politikken drøftes det løsninger, blant annet skal individet i økende grad ansvarliggjøres for egen helse og alderdom, men fysisk aktivitet blir knapt nevnt (13). «Vi må benytte oss av hele verktøykassen», sier Folkehelseinstituttet (14) om overvektsproblematikken, uten ett eneste ord om fysisk aktivitet. Når det finnes overveldende vitenskapelige beviser for at fysisk aktivitet er det viktigste verktøyet vi har til rådighet mot samfunnets helseplager, samtidig som over 75 % av befolkningen er inaktiv, hvordan kan da inaktivitet unnsnippe den offentlige og politiske diskusjonen? Vi bruker 97 % av helsebudsjettet på reparasjon (6, 15), og Helsedirektoratet anslo i 2014 at inaktivitet koster samfunnet cirka 239 milliarder kroner i året (2). Helsegevinstene av aktivitet og de tilsvarende helsekonsekvensene av inaktivitet underkommuniseres på stort sett alle fronter. Her må vi leger ta en betydelig del av ansvaret. I våre medisinske kretser snakkes det nærmest utelukkende om reparasjon og medisinerer, både på universiteter, legekontorer og sykehus. Selv etter seks år på medisinstudiet med rundt ti tusen undervisningstimer, er kunnskapsnivået om fysisk aktivitet og generell helse svært mangelfullt (16). Jeg har selv nylig fullført medisinstudiet og startet som lege, og jeg har både som student og lege blitt sjokkert over mangelen på kunnskap og interesse for rotårsakene til samfunnets helseproblemer. Fokuset blant medisinerer virker å rettes nesten fullstendig mot medisinerer, sykdom og reparasjon, istedenfor å jobbe med de

grunnleggende problemstillingene. Helsevesenet kan sammenlignes med et synkende skip hvor alt fokuset er rettet mot å øse vann ut av skipet, mens det gigantiske hullet som lekker vann, er for ubehagelig å snakke om.

---

## Holdningsendring må til

Det er på høy tid med et paradigmeskifte i medisinen, skrev Verdens helseorganisasjon i 2020 i sin rapport om fysisk aktivitet, hvor de samtidig doblet den anbefalte aktivitetsmengden (4). Hvis et paradigmeskifte skal være mulig, kreves det en holdningsendring i hele samfunnet, helt fra pasienten, til oss helsepersonell, og til politikken. Inaktivitet blir en stadig større del av hverdagen til både barn og voksne, samtidig som adferden er uforenelig med god helse. Av den grunn er kunnskapen om å ta vare på egen kropp og helse helt essensielt å lære bort. Derfor bør fysisk aktivitet bli en mye større del av grunnskolen, både teoretisk og praktisk. Samtidig må den medisinske verden ta ansvar og integrere fysisk aktivitet i utdanningen av helsepersonell, spesielt for medisinstudenter, som paradoksalt nok har et spesielt mangelfullt kunnskapsnivå om livsstil og helse (16). Ikke minst må vi gjøre det til en mye større del av helsevesenets praksis som helhet. Hvordan kan leger rettferdiggjøre å behandle livsstilssykdommer med medisiner som bare kan vise til en brøkdel av helsegevinstene som en god livsstil gir, mens det er pasientene selv som står til ansvar for sin egen utdanning og livsførsel, det tiltaket som virkelig gir resultater. I nesten alle andre grener av samfunnet brukes det store ressurser på forebygging, mens i helsevesenet bruker vi kun 3 % av budsjettet til det (6, 15). Samtidig er over 80 % av utgiftene våre rettet mot å reparere livsstilsrelaterte plager. Denne utviklingen er langt fra bærekraftig, og vi må bygge opp et samfunn og et helsevesen som forebygger sykdommer i langt større grad enn vi evner i dag.

*«Vi kan ikke forvente at pasientene våre fokuserer på livsstil når helsevesenet fokuserer på medisiner»*

---

## Jobb i bakvendtland

Som leger har vi tatt på oss ansvaret for å forvalte befolkningens helse på den mest hensiktsmessige måten. Det er vår plikt å være talspersoner for helsevitenskapen. Mine to første år som lege har gitt meg følelsen av å jobbe i bakvendtland. Det å øse vann ut av skipet oppleves nærmest som bortkastet bruk av energi, spesielt når svært lite blir gjort med det grunnleggende problemet. Den nyeste *vannøsen*, semaglutid, illustrerer hvor *medisinifisert* vi som leger og samfunn har blitt. Vi kan ikke forvente at pasientene våre fokuserer på livsstil når helsevesenet fokuserer på medisiner. Hvis vi skal klare å bremse dagens stadig økende sykdomsbyrde i samfunnet, må vi i det minste få klarhet i problemstillingen og være ærlige om vitenskapens krystallklare budskap: livsstil er helse, farmasi er reparasjon. Pasientene våre er syke lenge

før symptomene melder seg. Ved å formidle klare budskap og utruste befolkningen med økt kunnskap om helse og livsstil, kan vi ansvarliggjøre hvert enkelt individ istedenfor at helsevesenet skal reparere årevis med skade. Et konkret eksempel kan være å etablere en egen gren av helsevesenet som driver med forebyggende livsstil, med langt større ambisjoner enn det som eksisterer i dag. Et annet eksempel kan være å gjøre PT (personlig trener) til en vitenskapelig utdanning, og dermed åpne muligheten for å henvise pasienter til livsstilsbehandling istedenfor medisiner. Det viktigste tiltaket for å starte paradigmeskiftet vil etter min mening være å spre kunnskap om livsstil helt fra grunnskolen til medisinstudiet, og gjøre livsstil til en langt større del av medisinsk praksis og utdanning enn vi evner i dag. Helsepersonell og samfunnet som helhet må læres opp i hvordan man lever et biologisk liv i en stadig akselererende teknologisk verden, og på denne måten løfte helsetilstanden i befolkningen, lenge før Sykevesenet slår kloa i de.

---

## REFERENCES

1. Warburton DE, Bredin SS. Reflections on Physical Activity and Health: What Should We Recommend? *Can J Cardiol* 2016; 32: 495–504. [PubMed] [CrossRef]
2. Helsedirektoratet. Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-for-fysisk-aktivitet-innspill-til-departementet/Kunnskapsgrunnlag%20for%20fysisk%20aktivitet%20innspill%20til%20departementet.pdf/\\_/attachment/inline/d7fb591e-ded4-4da9-b1c4-6dcbe82d8442:75b205e5b7403320a38acbb145b7af32ac726393/Kunnskapsgrunnlag%20for%20fysisk%20aktivitet%20innspill%20til%20departementet.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-for-fysisk-aktivitet-innspill-til-departementet/Kunnskapsgrunnlag%20for%20fysisk%20aktivitet%20innspill%20til%20departementet.pdf/_/attachment/inline/d7fb591e-ded4-4da9-b1c4-6dcbe82d8442:75b205e5b7403320a38acbb145b7af32ac726393/Kunnskapsgrunnlag%20for%20fysisk%20aktivitet%20innspill%20til%20departementet.pdf) Lest 10.5.2024.
3. Nguyen XT, Li Y, Wang DD et al. Impact of 8 lifestyle factors on mortality and life expectancy among United States veterans: The Million Veteran Program. *Am J Clin Nutr* 2024; 119: 127–35. [PubMed][CrossRef]
4. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med* 2020; 54: 1451–62. [PubMed][CrossRef]
5. Helsedirektoratet. Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetshandboken-Fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling.pdf/\\_/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetshandboken-Fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling.pdf/_/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf) Lest 10.5.2024.

6. Helsedirektoratet. Folkehelsepolitisk rapport 2017. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsepolitisk-rapport/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf/\\_/attachment/inline/4510fa5e-942c-4dcd-b169-2160d54687b8:3f359de7447af72b37c030572afe69919d0871ca/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsepolitisk-rapport/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf/_/attachment/inline/4510fa5e-942c-4dcd-b169-2160d54687b8:3f359de7447af72b37c030572afe69919d0871ca/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf) Lest 10.5.2024.
7. Kristensen ML, Christensen PM, Hallas J. The effect of statins on average survival in randomised trials, an analysis of end point postponement. *BMJ Open* 2015; 5: e007118. [PubMed][CrossRef]
8. Hansen MR, Hróbjartsson A, Pottegård A et al. Postponement of Death by Statin Use: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *J Gen Intern Med* 2019; 34: 1607–14. [PubMed][CrossRef]
9. Stamatakis E, Ahmadi MN, Gill JMR et al. Association of wearable device-measured vigorous intermittent lifestyle physical activity with mortality. *Nat Med* 2022; 28: 2521–9. [PubMed][CrossRef]
10. van Vark LC, Bertrand M, Akkerhuis KM et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors reduce mortality in hypertension: a meta-analysis of randomized clinical trials of renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors involving 158,998 patients. *Eur Heart J* 2012; 33: 2088–97. [PubMed][CrossRef]
11. Singh B, Olds T, Curtis R et al. Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *Br J Sports Med* 2023; 57: 1203–9. [PubMed][CrossRef]
12. Statistisk sentralbyrå. 83 100 kroner per innbygger til helse i 2022. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap/artikler/83-100-kroner-per-innbygger-til-helse-i-2022> Lest 10.5.2024.
13. Bærøe K. Økt ansvar for egen helse: Hvordan sikrer vi lik behandling i fremtiden? *Dagens medisin* 13.9.2023. <https://www.dagensmedisin.no/okt-ansvar-for-egen-helse-hvordan-sikrer-vi-lik-behandling-i-fremtiden/582011> Lest 10.5.2024.
14. Stoltenberg C, Viestad A. Vi må lære å snakke om fedme uten å snakke om slanking. *Aftenposten* 3.3.2023. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/nQojWB/vi-maa-laere-aa-snakke-om-fedme-uten-aa-snakke-om-slanking> Lest 10.5.2024.
15. Folkehelseinstituttet. Ti store folkehelseutfordringer i Norge: Hva sier analyse av sykdomsbyrde? <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde> Lest 10.5.2024.
16. Kolle E, Anderssen SA. Medisinstudenters kunnskapsnivå om fysisk aktivitet, ernæring, tobakk og helse. Oslo: Norges Idrettshøgskole, 2006.

---

Publisert: 19. august 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0240  
Mottatt 26.4.2024, første revisjon innsendt 8.5.2024, godkjent 10.5.2024.  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 30. juni 2026.