

# Tidsskrift for Den norske lægeforening

## Flere gode leveår for alle – hvordan får vi det?

To store mål har preget helsepolitikken i de siste 20 år – ett gammelt og ett nytt. Det gamle målet er Behandling for alle, og midlet er en helsetjeneste som er god, effektiv og rettferdig. «En vård på lika villkor för hela befolkningen», heter det for eksempel i svensk lov (1).

Det andre målet er Helse for alle, og midlet er en ny helsepolitikk. Den kanadiske helseminister, juristen Marc Lalonde, var først ute med en nasjonal helseplan i 1974 (2), og han poengterte at en helseplan er mer en en helsetjenesteplan. Tre år etter kom Verdens helseorganisasjon med slagordet Helse for alle innen år 2000, og siden er land etter land kommet med slike planer.

I Norge har vi tidligere fått to grunnleggende dokumenter, nemlig Helsedirektoratets Helse for alle i Norge? (3) og Sosialdepartementets Nasjonale helseplan (4). Begge kom i 1987. I år har Sosialdepartementet fulgt opp med en offentlig utredning med tittelen Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier (5). Helsedi-

rektoratet satte et spørsmålstegn etter sin tittel, og Sosialdepartementet har satt Kittelsens Soria Moria på omslaget av sin utredning. Det kan se ut som om Peer Gynt spøker i kontorene: «Ja, tenke det; ønske det; ville det med; – men gjøre det!»

Vitenskapelig er det ikke grunn til skepsis mot forebygging. I 1986 uttalte Verdens helseorganisasjons rådgivende forskningskomité i en rapport: «The report presents evidence for regarding disease, with some well-defined exceptions, as in principle preventable by modification of ... environment and behaviour ...» (6).

Forebygging er derfor et realistisk mål, og utredningen understreker at målet er todelt:

- Forebygge sykdom, skade og sosiale problemer
- Fremme helsen gjennom gode levekår, et sunt liv og gode sosiale forhold.

I mange tilfeller kan man ikke fullt ut hindre sykdom og skade, men man kan fremme helsens positive side ved å

styrke folks evne til å leve med og mestre sykdom, skade og problemer. Fremdeles er livets realiteter slik at få, om noen, unngår tunge påkjenninger. Derfor er det viktig å styrke helsens positive side, og mange mennesker opplever at de har god helse til tross for kronisk sykdom og funksjonshemming.

Forebygging krever to hovedstrategier. Den ene er å arbeide med enkeltmenneskene for å påvirke dem til et sunt liv og for å oppdage og behandle sykdom tidlig og effektivt. Den andre er å arbeide for et godt samfunn for menneskene. De to strategiene henger sammen, fordi de fleste helseproblemer er sammensatte og fordi menneskene påvirkes av livsvilkår og samfunnsforhold. Et ekstremt, men illustrerende eksempel er kystfiskeren som hadde mistet båt og hjem og forklarte legen: «Egentlig er det ikke jeg som er syk, men samfunnet.» Derfor nytter det ikke å privatisere helseproblemene og tro at helseopplysning er generalresepten for det forebyggende arbeid.

Sosialdepartementets nye utredning gir en grundig og god oversikt over både helseproblemene og de forebyggende strategier. Det pekes på at helseproblemene har endret seg og at de mentale problemer, belastningssykdommene og samsykdommene har fått større betydning, ikke minst for sykefravær og uførhet. De samfunnsmessige tiltakene er blitt viktigere, og de krever en samordnet innsats fra alle samfunnets sektorer.

Hva blir helsetjenestens rolle og ansvar i det forebyggende og helsefremmende arbeid? Det blir fem roller.

Den første er den vi alltid har hatt, nemlig å være lege for enkeltmennesker. Men denne rollen må få et målbevisst innslag av forebygging. Man må være på jakt etter skjult sykdom og helserisiko (case finding), man må kunne vurdere helserisiko, man må gi råd, og man må følge opp (7). Det er to farer i dette arbeidet. Den ene er en moraliserende arbeidsstil, den andre er en medikalisering av det forebyggende arbeid med piller istedenfor rådgivning. Vi ser klare tendenser til dette siste i håndteringen av høyt blodtrykk og høyt kolesterolnivå.

Den andre rollen er det tradisjonelle offentlige helsearbeid med vaksinasjon, hygienisk kontrollarbeid og miljømedisinsk arbeid. Denne rollen er lite synlig når den gjøres godt, men den er viktig, og blir aldri overflødig. Helsestasjonene er en hjørnestein i dette arbeidet.

Den tredje rollen er bedriftslegens tilsyn med arbeidstakerne og arbeids-

miljøet. Her vil psykososiale risikofaktorer og rehabilitering komme til å telle sterkere.

Den fjerde rollen er å være lege for befolkningen, inklusiv den delen som sjelden søker lege. Det krever en aktiv holdning for å oppdage og følge opp skjulte helseproblemer. Mange har trodd at midlet var helsekontroller, men de gikk av moten i den form de hadde (8). Likevel er vi ikke ferdige med denne problemstillingen. I 1982 ble det vedtatt en lov i Japan om helsekontroller og rådgivning for alle over 40 år. Det ser nå ut til at de byene som driver dette arbeidet aktivt, har et lavere institusjonsforbruk for eldre (9). Sammenhengen er statistisk signifikant, men det kan tenkes flere forklaringer (10). En mulighet er at en aktiv, engasjert og god primærhelsetjeneste bedrer helsen og reduserer institusjonsforbruket.

Den femte rollen understrekes i Sosialdepartementets utredning. Den er å inspirere og engasjere de andre samfunnssektorene til å arbeide forebyggende ved å gi dem informasjon om helseproblemer og bistå med råd og evaluering. Dette er en av samfunnsmedisinens og kommunehelsetjenestens viktige roller. Den krever entusiasme, takt og evne til å bli hørt.

Det er tre historiske linjer i helsearbeidet:

- Det offentlige helsearbeid går tilbake til forrige århundre: Ekspertene beskytter deg
- Helseopplysningen går tilbake til 1950-årene: Ekspertene opplyser deg

- Det moderne helsearbeidet starter i 1990-årene: Vi arbeider sammen for helse, med menneskene og med samfunnet.

Oppgaven er å forene disse aspektene i vårt daglige arbeid og i en politikk for Flere gode leveår for alle. Sosialdepartementet har nå staket opp kursen.

*Peter F. Hjort*

Avdeling for Samfunnsmedisin  
Statens Institutt for Folkehelse  
0462 Oslo 4

#### Litteratur

1. Hälsö- och sjukvårdslag utfärdad den 30 juni 1982. Svensk författningssamling SFS 1982, Nr. 763-795.
2. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.
3. Helsedirektoratet. Helse for alle i Norge. Oslo: Kommunalforlaget, 1987.
4. St.meld. nr. 41 (1987-88). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan. Oslo: Sosialdepartementet, 1988.
5. Norges offentlige utredninger. Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. NOU 1991: 10. Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor, 1991.
6. Advisory Committee on Health Research. Health research strategy. Genève: WHO, 1986.
7. Sheridan DP, Winogrand IR. The preventive approach to patient care. New York: Elsevier, 1987.
8. Siem H. Masseundersøkelser og helsekontroller. Rapport nr. 2/79. Oslo: NAVF Gruppe for helsetjenesteforskning, 1979.
9. Tataru K, Shinsho F, Suzuki M, Takatorige T, Nakanishi N, Kuroda K. Relation between use of health check ups starting in middle age and demand for inpatient care by elderly people in Japan. *BMJ* 1991; 302: 615-8.
10. Marmot MG, Haines A. Health check ups for all? *BMJ* 1991; 302: 604-5. ○