

Legenes rolle i folkehelsearbeid – fra hovedrolle til statist?

Michael 2009;6:395–401.

Folkehelsearbeid er definert som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. Dette skal innebære forebyggende arbeid som reduserer risiko for sykdom, men også helsefremmende arbeid og aktiviteter. Legene har historisk hatt en hovedrolle både som premissleverandører, som planleggere og som aktører innenfor folkehelse. I dag står det norske samfunnet ovenfor andre utfordringer enn tidligere og det moderne helsebegrepet omfavner mye mer enn dimensjonene frisk og syk. Trivsel, mestring og livskvalitet er viktige faktorer som beskriver helse, og folkehelsearbeidet bør også handle om å øke befolkningens mulighet til å oppnå disse faktorene. Men det er et problem for folkehelsearbeidet at mye av fokuset fremdeles er på det sykdomsforebyggende, og at relativt lite satses på det helsefremmende arbeidet. Det kan derfor se ut som legenes historiske hovedrolle innen folkehelse har satt sine spor, og i artikkelen diskuteres legenes rolle i folkehelsearbeid i dag.

Folkehelse er et vidt begrep som skal omfavne og beskrive et folks samlede helse. Kjente personer fra folkehelsearbeidets historie, som John Snow (1813-1858), Ignaz Semmelweiss (1818-1865), Robert Koch (1843-1910), Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) og Karl Evang (1902-1981), forteller oss at medisinfaget og legestanden har spilt en viktig hovedrolle både som premissleverandører, som planleggere og som aktører innenfor folkehelsearbeidet. Dette har også hatt betydning for hvordan man tenker, planlegger og gjennomfører folkehelsearbeid i Norge i dag. Men har egentlig medisinen som fag noe med folkehelse å gjøre lenger? Og har legene, eller burde de ha, en viktig rolle i folkehelsearbeid i dagens Norge?

Legenes rolle før

Ingen fremstilling eller forelesning om folkehelse og folkehelsearbeid synes å være komplett uten historien om legen John Snow. Han er en av de store hoverolleinnehaverne i folkehelsearbeidets historie. Som kjent for de fleste var John Snow lege i London på 1800 tallet. Under det store utbruddet av kolera i London i 1854 kartla han hvor smittede pasienter bodde, og fant ut at utbruddene av kolera ikke fordelte seg tilfeldig rundt omkring i byen. De som var smittet tilhørte husstander som alle var knyttet til samme vannforsyning. John Snow greide å lokalisere smittetilstanden til en brønn i det som da het Broad Street (nå: Broadwick Street), og han fikk stoppet epidemien ved å få myndighetene til å fjerne håndtaket på vannpumpen til brønnen (1).

På John Snows tid var det høy dødelighet og høye fødselstall i befolkningen. Slik var det også i Norge. Den høye dødeligheten skyldtes i stor grad lite mat og dårlig kosthold, kriger og ikke minst epidemier. Etter freden i 1814 begynte levestandarden i Norge sakte, men sikkert å gå opp. Dette førte til at dødeligheten gikk ned, men fødselstallet forble høyt en stund før det begynte å avta og dette førte til at befolkningstallet økte voldsomt. I løpet av 1800-tallet økte folketallet i Norge fra knapt en til to millioner, og en økende urbanisering fant sted. Den raske urbaniseringen førte til en ukontrollert byvekst og dårlige boligforhold. Mange bodde under trange og tette forhold i boliger med dårlige lys, luft og sanitære forhold samt forurenset drikkevannsforsyning. Dette bidro til økt risiko for smittsomme sykdommer og epidemier som f. eks kolera, tuberkulose, og på begynnelsen av 1900-tallet spanskesyken (2).

Rollen til leger som John Snow og hans samtidige kolleger handlet altså i stor grad om å få bukt med epidemier. Andre leger som hadde hovedroller, var for eksempel Robert Koch og vår egen Gerhard Armauer Hansen, som gjorde viktige oppdagelser av sykdomsagens som tuberkulosebakterien, kolerabakterien og leprabacillen. Man fikk en økt kunnskap om smittetilstanden, smitteveier og behandling.

På 1800-tallet var folkehelsearbeidet derfor konsentrert om å hindre smitte og spredning av epidemiske sykdommer, blant annet ved å bedre de hygieniske forhold. Dette arbeidet ble i stor grad ledet og drevet fremover av legene. I 1860 ble myndighetenes rolle klarere definert i dette folkehelsearbeidet ved at vi fikk Sundhedsloven (2). Det ble opprettet Sundhedscomissioner, de senere Helserråd, som blant annet hadde som oppgave å etterse at boligforholdene var hygieniske, at drikkevannet var rent, de skulle holde øye med offentlige bygg og saker som behandling av lik, avfallshåndtering og sanitærvesen, samt forebygge sykdom og formidle kunnskap om dette.

Sundhedsloven ble først i 1984 erstattet av en ny lov – kommunehelsetjenesteloven (3). Mens helserådenes ledere, distriktslegene, var statlig ansatte og representerte statlige helsemyndigheter ute i distriktene, skulle kommunelegene være en del av kommunens stab, hvilket utgjorde en viktig forskjell.

Hva ligger egentlig i folkehelsebegrepet?

Før vi kan si noe om legenes rolle i folkehelsearbeid i dag, må vi se litt nærmere på hva som ligger i folkehelsebegrepet. I dagens norske velferds-samfunn har vi andre utfordringer enn å bekjempe epidemier – i alle fall i tradisjonell betydning av ordet. Vi har beveget oss fra et samfunn der sykdom og høy dødelighet var en del av hverdagen, til et samfunn der de fleste oppnår høy levealder. Det har samtidig skjedd en gradvis endring i hva man legger i begrepene sykdom, helse og folkehelse.

I NOU rapporten *Det er bruk for alle* blir folkehelsearbeid definert som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen (4). Dette skal innebære forebyggende arbeid som vil være å fjerne eller redusere faktorer som kan føre til sykdom eller plager, men også helsefremmende arbeid som vil være å styrke aktiviteter som er positive og som gjør at vi får det bedre (5).

Det har altså skjedd en dreining mot å styrke og legge til rette for det friske.

I Norge er det Folkehelseinstituttet som har hovedansvar for å arbeide med helseovervåking, forskning og forbygging for å bedre befolkningens helse. Folkehelseinstituttet har visjonen «Et friskere folk». En flott visjon, som overensstemmer med NOU'ene og som alle med letthet kan slutte seg til. Men hva betyr egentlig denne visjonen? Visjonen om et friskere folk vil av de aller fleste bli tolket som en visjon om færre syke i fremtidens Norge, fordi man (nesten) automatisk tenker at å være frisk betyr å ikke være syk.

Den historiske oppfatningen om at befolkningen består av syke eller friske, og at det er legens oppgave å ta seg av de syke, sitter igjen hos de aller fleste av oss. Et betimelig spørsmål vil da være: Hva er det å være *syk*? Det kan virke som et enkelt spørsmål, men hvis man ikke skal svare med tautologien: «å være syk er å ikke være frisk» (å være frisk er å ikke være syk osv), så er det ikke så enkelt. De fleste forsøk på å definere sykdomsbegrepet er ikke adekvate, og sykdomsbegrepet er så komplekst at man ikke kan lage en enkel definisjon (6). Sykdomsbegrepet har mange funksjoner, og det har vært problematisert og diskutert omkring begrepets relevans og dets begrensninger (7). Ved å definere hva sykdom er og ikke er, står man i fare for

å ikke anerkjenne at folk er syke (vi finner ingenting), på den annen side kan man definere folk som syke som føler seg helt friske (vi finner nok noe hvis vi bare leter litt mer).

Beveger vi oss over til begrepet *helse* (som i folkehelse) blir det enda mer ullent og vanskelig. Helse er noe som omfavner mye mer enn dimensjonene frisk og syk. I den berømte helsedefinisjonen til WHO heter det at: «Helse er en tilstand av fullkomment fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lidelse». Denne helsedefinisjonen er mye omdiskutert, og kritisert for sin noe utopiske tilnærming, og den har blitt omskrevet flere ganger. Den har likevel vært viktig fordi den åpner for et holistisk og helhetlig syn på helsebegrepet. Definisjonen innebærer at begreper som for eksempel mestring, trivsel og livskvalitet er like viktige helsedimensjoner som nærvær eller fravær av sykdom. Fugelli & Ingstad (8) fant i en kvalitativ undersøkelse at det folkelige perspektiv på helse har tre kjennetegn: helhet, pragmatisme og individualisme. De fant at det som folk opplever som god helse, er beskrevet med fenomener som trivsel, funksjon, humør, mestring, overskudd, energi og bruk av natur.

Selv om folk ikke nødvendigvis tenker på nærvær eller fravær av sykdom når de tenker på og beskriver helsen sin, men på helt andre ikke-medisinske faktorer, så viser det seg at dette noe ubestemmelige helsebegrepet har høy prediktiv verdi for en rekke svært målbare og objektive helseutfallsmål. En norsk studie har f. eks vist at selvrapportert dårlig helse har høy prediktiv verdi for uførepensjonering (9), og man finner også en klar sammenheng mellom selvrapportert helse og det mest objektive mål av alle – dødelighet (10). Det utvidede helsebegrepet og dets betydning for folks liv og helse, altså folkehelse, gjør at man må diskutere hvordan folkehelsearbeid skal foregå. Hvis trivsel, mestring og livskvalitet er viktige faktorer som beskriver helse, og som til og med predikerer dødelighet, så må folkehelsearbeidet også handle om å øke befolkningens mulighet til å oppleve disse faktorene.

Hva er legens rolle i dag?

Wildawskys 90/10 regel for folkehelsearbeid sier at 90 % av folkehelsearbeidet forgår utenfor helsetjenesten og at bare 10 % foregår innenfor helsetjenesten (11). I dag vil de fleste godta og erkjenne at det forgår mye viktig folkehelsearbeid som ikke er relatert til helsetjenesten. Men selv innenfor de 10 % der legene virkelig har sin hovedrolle, er det noen utfordringer.

Det er ikke pest eller kolera som er årsakene til at folk oppsøker legen i dagens Norge. Infeksjonssykdommer som var en av de viktigste dødsårsakene opp gjennom historien, har siden begynnelsen av 1900-tallet vært i sterk

nedgang og er nå bare årsak til mindre enn én prosent av dødsfallene i Norge. Det har riktignok vært en økning i forekomst av smittsomme sykdommer i de senere år, som et resultat av økt globalisering (12). Det har også vært en økning i ulike kreftformer, delvis fordi vi har fått bedre diagnostiske metoder og fordi vi lever lenger (13). Men det viser seg at de vanligste årsakene for å oppsøke legen eller alternative helsetjenester i dag, ikke er sykdom i tradisjonell forstand, men psykiske problemer og muskel- og skjelettsmerter (14). Slike helseplager er svært vanlige i befolkningen, og så mange som 95 % vil oppleve dette i løpet av en måned (15). De aller fleste som rapporterer slike helseplager, vil ha lette plager som ikke er til hinder for funksjon i daglig liv og yrkesliv, og bare for mindretallet vil plagene være så uttalte og betydelige at de har alvorlige konsekvenser. Men det finnes ingen distinkt grenseverdi som kan skille mellom hva som er normale plager som man må forvente i løpet av et liv, og plager som trenger behandling.

Hvordan slike plager blir oppfattet av den enkelte, og hvilke konsekvenser de får for funksjonsnivå og dagligliv, er influert av en rekke faktorer som arbeidssituasjon, sosioøkonomiske forhold, mestring og andre psykologiske faktorer. Den medisinske profesjonen er til og med av noen påstått å utgjøre en alvorlig trussel mot folkehelse nettopp fordi legene bidrar til økt medikalisering av slike normale plager (16). Medikalisering er med på å gjøre noe med folks oppfatning om og forventning til hva som er god helse, og det kan føre til at normale plager blir tolket og oppfattet som tegn på alvorlig sykdom. Frykten for å bli syk er faktisk en av de viktigste årsakene til uføretrygd i Norge (17).

Det foregår mye bra folkehelsearbeid i kommunene. Det er kommuneoverlegene som skal samordne helsetjenestene med andre kommunale tjenester. De er derfor viktige premissleverandører og rådgivere for folkehelsearbeidet.

De fleste kommunene i Norge har gode beredskapsplaner for større ulykker, planer for smittevern, rent drikkevann og fornuftig avfallshåndtering. Slik sett opprettholdes på utmerket vis mange av de gode gamle oppgavene til Sundhedscommissionene. At alle disse oppgavene er svært viktige i en folkehelsesammenheng, er det ingen tvil om. Men det er et problem for folkehelsearbeidet at mye av fokuset fremdeles er på de fysiske risikofaktorene og det sykdomsforebyggende arbeidet, og at relativt lite satses på de psykososiale faktorene og det *helsefremmende* arbeidet. Det kan derfor se ut som legenes historiske hovedrolle innen folkehelse, og deres rolle i kommunene i dag, setter sine spor fordi man i den forebyggende delen av legenes arbeid fortsatt har sterkest fokus på det *sykdomsforebyggende*.

Det skjer i disse dager endringer som er positive sett fra et folkehelseperspektiv. I den nye plan- og bygningsloven som er vedtatt, ønsker man å sette fokus på folkehelse og det helsefremmende ved at det kommunale planarbeidet skal gå fra å være arealplanlegging til å være samfunnsplanlegging.

I den foreslåtte Samhandlingsreformen ønsker man å styrke satsning på det forebyggende og helsefremmende. Dette er vel og bra, men hvordan skal man sikre at kommunens innbyggere opplever god helse i form av mestring, trivsel og god livskvalitet? Og er det fortsatt formålstjenlig at det er kommuneoverlegen skal etterse dette? Det er ingen som synes det er lett eller morsomt å skulle gå fra en hovedrolle til en birolle eller kanskje til og med ende opp som en statist.

Likevel er kanskje tiden kommet for å gjøre det som er vanlig før man besetter roller, nemlig å gjennomføre en «audition» der flere aktører i tillegg til legene kan melde seg på. Så kan legene spille hovedrollen i det de er gode til; å forebygge og behandle *sykdom*.

Det skjer en sakte utvikling i kommunene, og enkelte kommuner har ansatt egne helsesjefer eller folkehelsekoordinatorene. Jeg har tillatt meg å beskrive legenes rolle nokså generelt og kategorisk her. Det hører med til historien at mange norske leger og samfunnsmedisinere har vært blant de første og sterkeste kritikerne til legenes rolle i dagens folkehelsearbeid.

Litteratur

1. Wilcox AJ. Snow in September. *Epidemiology*, 2004; 15: 513.
2. Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*, bind 2. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
3. Kogstad RE. *Miljørettet helsevern. Folkehelse, forebygging og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget, 2002
4. NOU 1998:18 *Det er bruk for alle*.
5. NOU 1991:10 *Flere gode leveår for alle*.
6. Nordby H. En enhetlig eller en mangfoldig forståelse av sykdom? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2004; 124: 201-2.
7. Hofmann B. Trenger helsevesenet sykdomsbegrepet? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2003; 123: 487-90.
8. Fugelli P, Ingstad B. Helse – slik folk ser det. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2001; 121: 3600-4.
9. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *Int J Epidemiol*, 2002; 31: 1183-91.
10. Schou MB, Krokstad S, Westin S. Hva betyr selvpålevd helse for dødeligheten? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2006; 126: 2644-7.

11. Wildavsky A. Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy. *Daedalus*, 1977; 106, 105-23.
12. Folkehelseinstituttet: *Meldingssystem for smittsomme sykdommer, MSIS-rapport 2002*; 30: 19.
13. Folkehelseinstituttet: *Helsetilstanden i Norge, kreft*. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70807::1:6043:13:::0:0
14. Steinsbekk A, Adams J, Sibbritt D, Jacobsen G, Johnsen R. The profiles of adults who consult alternative health practitioners and/or general practitioners. *Scand J Prim Health Care*, 2007; 25: 86-92.
15. Ihlebæk C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med*, 2007; 57: 43-9.
16. Illich I. The medicalization of life. *J Med Ethics*, 1975; 1: 73-7.
17. Mykletun A, Heradstveit O, Eriksen K, Glozier N, Øverland S, Maeland JG, Wilhelmsen I. Health anxiety and disability pension award: The HUSK Study. *Psychosom Med*. 2009; 71: 353-60.

Camilla Ihlebæk

camilla.ihlebak@umb.no

Helse UMB, Forskergruppe for natur helse og livskvalitet

Universitet for Miljø og Biovitenskap (UMB)

IHA,

Pb 5003,

1430 Ås

og

Forskningsenhet for stress, helse og rehabilitering,

Unifob helse,

Bergen