
Kan forebyggende helsearbeid avgrenses?

REDAKSJONELT

BOTTEN G

Fra å være et tema som var ofret lite oppmerksomhet, har forebyggende og helsefremmende arbeid nå fått oppmerksomhet fra nær sagt alle hold; dels som rettesnor i eget dagligliv, i virksomhet innen helsetjenesten og frivilligeorganisasjoner, i andre samfunnssektorer, i helsepolitikken og i politikken generelt. Men selve ideologien iforebyggende helsearbeid drøftes fremdeles lite, til tross for at virksomheten kan være vanskelig å avgrense og rommer grunnleggende normative spørsmål.

Therese Andrews tar i dette nummer av Tidsskriftet (1) utgangspunkt i helsebegrepet og hevder blant annet at WHOshelsebegrep er både forvirrende og lite håndterbart. Hun argumenterer for at forebygging bør være mer sentrert omsykdom, slik at virksomheten lettere kan målrettes og avgrenses mot velferdspolitikken og andre sektorer.

WHO's helsebegrep har vært kritisert av mange, vesentlig for sin utopiske karakter, sjeldnere med utgangspunkt iforholdet til sykdomsbegrepet. Andrews' kritikk dreier seg også om det normative og altomfattende, og da som en motsetning til sykdomsbegrepet, som hun oppfatter som mer entydig. Men heller ikke sykdomsbegrepet er entydig ellers avgrenset (2, 3). WHO's helsebegrep har først og fremst bidratt til problemer med avgrensning av sykdom nettoppgjennom å se helse som motsetning til sykdom, andre avvik og velbefinnende.

Forebyggende helsearbeid trenger en forståelsesmodell om hvordan man kan redusere sykkelighet, plager og for tidligdød. Det utvidede helsebegrepet er ingen slik modell. Men det finnes andre. Antonovsky (4) har vist hvordan man kantenke seg et selvstendig helsebegrep hvor helse uttrykker sannsynligheten for å unngå å bli eller forbli syk; jo bedre helse, desto mindre risiko for å bli syk og desto bedre prognose ved sykdom. *Flere gode leveår for alle* (5) inneholder en definisjon av helse som en ressurs som påvirker sannsynligheten for å holde seg frisk eller bli friskigjen. Å bruke en slik tankegang som grunnlag for forebygging er mer fruktbart enn å bygge på et bredt begrep om "fravær av sykdom og funksjonshemning", uansett om innsatsen skjer i eller utenfor helsetjenesten.

Kommunehelsetjenesten skal dokumentere befolkningens helsetilstand. Utfordringen blir å finne gode indikatorer på befolkningens helsetilstand. Ut fra forståelsen av at en befolkning med god helse er mindre syke, vil sykkelighet faktisk kunne være en god indikator på helsetilstanden. Opplysninger om forhold i samfunnet og om befolkningens livsvilkår eller levemåte med klar relevans for sykkelighet hører med i beskrivelse av helsetilstanden dersom helse defineres som en ressurs. Hva som så skal gjøres av politiske vedtak, nasjonalt eller lokalt, eller som målrettede intervensjoner fra helsetjenesten, må avveies mot andre legitime verdier i samfunnet.

Å avgrense forebyggende helsepolitikk fra velferdspolitikken er ikke lett, om overhodet mulig, også dersom man mener at forebyggende helsepolitikk skal beskjefte seg med sykdom. For forebygging handler om å redusere sannsynligheten for å bli syk gjennom å styrke helsen. Arbeidet ligger da dels langt utenfor helsetjenestens eget virkefelt. Nettopp derfor må man ha et selvstendig helsebegrep, ikke for at helsetjenesten skal monopolisere forebyggende arbeid, men for å synliggjøre hvor ressurser kan settes inn. Moderne forebygging, slik det er utformet i forebyggingsmeldingen (6), går ut på at folkehelsen må bedres gjennom intersektorielt arbeid. Helsesektoren må først og fremst presentere kunnskap om hvilke forhold som bidrar til plager og lidelser.

Hvilken rolle medisinen skal ha i forebygging, diskuteres og bør diskuteres. Ett ytterpunkt er at medisinen skal drive høyrisikostراتيجية med tidlig diagnose og individuell rådgivning. Et annet ytterpunkt er å se medisinen som pådriver i lokalsamfunnets utvikling og i velferdspolitikken generelt. Begge disse ståsteder kan by på problemer (7). Avgrensning til tidlig diagnose, helsesjekker og rådgivning gir sykdomsfokusering. Forbruket av helsetjenester vil bli stort i et slikt gjennommedikalisert samfunn. Å få helsehensyn inn i beslutninger i ulike sektorer og i individers egne preferanser gir mindre sykdomsfokusering, men betinger at helse som verdi står sterkt. Fra et helse synspunkt er det logisk å argumentere for at helse rangerer meget høyt. Men i en samlet avveining er det ikke like innlysende at helse alltid skal rangere høyest og for alle. Hvor langt forebyggingspolitikken kan og bør gå i å påvirke eller ensrettelivsvilkår og levemåte, med minst mulig sykdom som den styrende verdi, er ikke først og fremst et begrepsproblem, men et politisk problem. Og det omfatter ikke bare forebyggingspolitikk og velferdspolitikken, men politikk i sin alminnelighet.

Grete Botten

LITTERATUR

1. Andrews T. Det utvidede helsebegrepet - begrepsmessig forvirrende og praktisk uhåndterlig. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3312-5.
2. Freidson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd Mead, 1970.
3. Helmann CG. Culture, health and illness. Oxford: Butterworth Heinemann, 1996.
4. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
5. Norges offentlige utredninger. Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. NOU 1991: 10. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1991.
6. St.melding 37 (1992-93). Utfordringer i forebyggende og helsefremmende arbeid.

7. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.

Publisert: 10. september 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. juni 2026.