

# Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak

Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål. Sykdomsforebygging skal identifisere sykdomstegn og forhindre, utsette eller minske konsekvenser av sykdom. Økt satsing på helsefremmende arbeid er samfunnet tjent med.

## Forfattere

**Bjørg Synnøve Aglen**

Førstelektor

Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Vibeke Olufsen**

Førstelektor

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet

**Geir-Arild Espnes**

Professor

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet

## Nøkkelord

Helsefremming

Bærekraft

Folkehelse

Sykepleien 2018 106(70809)(e-70809)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809>

I denne artikkelen vil vi argumentere for helsefremming som et fundamentalt forskjellig utgangspunkt enn sykdomsforebygging. Helsefremmende arbeid stimulerer utløsning av ressurser i individer, familier og lokalsamfunn, slik at de kan mestre utfordringer selv, oppleve mening, livsglede og tiltro til egne ressurser.

Økt mestringstro og evne til selvhjelp i befolkningen, både som individ og kollektiv, kan dempe etterspørselen etter hjelp fra helse- og velferdstjenester. Det er nødvendig både for en bærekraftig helsetjeneste og et bærekraftig folkehelsearbeid. Det gjør ikke sykdomsforebyggende og kurativt arbeid overflødig, men til et supplement.

Når helsestasjoner og skolehelsetjenesten støtter og bekrefter barn, unge og foreldre i deres valg av handlinger ved normale livsutfordringer, fremmer det god helse. God helse forsterkes ved at helsetjenesten samtidig peker på og aktiverer mestringsressurser i hver enkelt person, i familien, i skolen og i lokalsamfunnet. På den måten kan vi oppnå bedre folkehelse og få en bærekraftig helsefremmende og forebyggende helsetjeneste.

## Viktig skille

Hvorfor er det så påtrengende å løfte frem skillet mellom helsefremmende og forebyggende arbeid?

Mønstret for sykdom og helse i Europa og verden over har endret seg. Det er økning i forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, hjertesykdom, kreft, muskel-skjelettlidelser og mentale helseproblemer, blant annet som følge av at vi lever lenger. Samtidig innebærer bedre behandling og overlevelse at flere lever med sykdomssymptomer, funksjonsnedsettelse og bivirkninger av behandling.

Helsetjenestens kapasitet utfordres. Det er ikke bare flere eldre med kroniske sykdomstilstander som truer kapasiteten. Befolkningens økende forventninger om at helsetjenesten skal gi dem et liv fritt for sykdom og bivirkninger av behandling, øker etterspørselen og kravene til medisinsk behandling (1, 2). Det har vært en formidabel økning i helsetjenestens tilbud basert på nyvinninger i medisinsk forskning. Samtidig viser utviklingen at økt tilgang til medisinsk behandling ikke bedrer folkehelsen (2, 3).

### FOLKEHELSEARBEID

Folkehelse er definert som «kunsten og vitenskapen om å forebygge sykdom, forlenge livet og fremme helse gjennom organisert samfunnsarbeid» (Acheson, 1988; WHO, udatert). Folkehelsearbeid har som mål å legge til rette samfunnet slik at befolkningen selv kan ivareta og forbedre sin helse og trivsel. Folkehelsearbeid har helse i vid forstand som mål, ikke bare å utrydde og bekjempe visse sykdommer. Folkehelsearbeid kan være befolkningsrettet - slik som rett til utdanning for alle, helseopplysningskampanjer og regulering av tilgang til alkohol og tobakk, eller individrettet slik vaksinasjoner, veiledning og rådgivning (3, 5, 6).

## Når livet blir sykelliggjort

Det mest påfallende, og også alvorligste «symptomet» på situasjonen, er økningen i ungdommers rapportering av psykiske problemer, bekymringer og belastende stress (4). Det er påfallende, fordi tilbudene til dagens ungdom overgår forrige generasjoners tilbud på alle områder. Det er alvorlig, fordi disse ungdommene på den ene siden representerer framtidens befolkning som skal skape velferd og på den andre siden representerer framtidens pasienter som helsetjenesten skal bistå.

I møte med disse utfordringene er det gjerne individuelle behandlingstiltak som etterspørres, fordi vi i vårt samfunn er vant til å tenke at helsetjenesten skal «reparere» individet slik at det blir friskt igjen. Både det å bli voksen, å bli gammel og det å leve med sykdom kan sees som normale, men utfordrende, livshendelser som ikke nødvendigvis trenger behandling.



## **«Myndigheter og samfunnsplanleggere i Europa og resten av verden erkjenner at vi ikke kan fortsette som nå.»**

Myndigheter og samfunnsplanleggere i Europa og resten av verden erkjenner at vi ikke kan fortsette som nå, men har behov for nye bærekraftige løsninger i samfunnet som helhet, både i helsetjenesten og i folkehelsearbeidet (3, 5, 6). Økende omfang av uhelse, i tillegg til både den offentlige og private helsetjenestens sykdomsfokus og behandlingsiver, skaper en situasjon som ikke er bærekraftig på sikt. Den behandlingsiveren og forventningen om behandling som er beskrevet ovenfor, er ikke bærekraftig. Noen vil utvilsomt trenge behandling. På en annen side, som helsetjeneste og samfunn kan vi ikke fortsette å «produsere» pasienter gjennom å sykkeliggjøre livsutfordringer.

## **Helsefremming**

Ettersom vi argumenterer for at helsefremming er noe fundamental annet enn sykdomsforebygging, er det vesentlig å redegjøre for forskjellene.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helsefremming som en prosess som gir folk økt kontroll over og muligheter til å forbedre helse sin (7).

Ottawacharteret, som ble utarbeidet på den første internasjonale kongressen om helsefremming i 1986, bygger på erkjennelsen av at helse skapes av befolkningen selv der de lever, bor og arbeider (8). Myndigheter og helsetjeneste skal derfor understøtte helsefremmende prosesser. Ut fra denne erkjennelsen, er helse forstått som individer, grupper og samfunnets evne til å mestre og tilpasse seg de utfordringer livet byr på (9). Denne forståelsen av helse er en annen enn den som tradisjonelt har vært benyttet av helsetjenesten: Helse som fravær av sykdom. Økt kontroll og muligheter skapes gjennom at folk involveres og får muligheten til å påvirke de faktorene som fremmer helse i sine liv. Disse faktorene er benevnt som helsedeterminanter og omfatter utdanning, inntekt, bomiljø, sosial støtte, kjønn og annet (10).



## «Helse skapes der folk lever, bor og arbeider.»

Helse skapes der folk lever, bor og arbeider. Folkehelsearbeid og helsefremming henger nøye sammen (11). Folkehelse skapes når folk opplever en reell mulighet til å delta i utformingen av de sosiale sammenhengene de inngår i. Folkehelsearbeid innebærer derfor å mobilisere befolkning eller befolkningsgrupper til å engasjere seg i utforming av lokalsamfunn og arbeidsforhold.

I folkehelsearbeid er det å mobilisere befolkningsgrupper minst like viktig som innsats rettet mot enkeltindivider. Dette er en ny og annerledes måte å forstå folkehelsearbeid på, i hvert fall her i Norge. Det er folkehelsearbeid i et helsefremmende perspektiv som i større grad stemmer overens med WHO sin forståelse av folkehelsearbeid enn den myndighetene i Norge til nå har stått for.

## Aktivering av mestringsressurser

Helsefremmende arbeid bygger på salutogen tenkning, i motsetning til sykdomsforebyggende som bygger på en patogen tenkning (12).

En salutogen tenkning innebærer at enhver hendelse i livet gir mulighet for vekst og læring, forutsatt at personen opplever å ha ressurser til å takle hendelsene og har den forventningen til seg selv at de kan takles (13). Slike mestringsressurser kan aktiveres både i personen selv og i omgivelsene. Aktivering av mestringsressursene bidrar til at personen kan oppleve alle hendelser i livet som forståelige, håndterlige og meningsfulle. Gjennom oppveksten kan en person bygge mestringsressurser forutsatt et støttende oppvekstmiljø med tilpassete utfordringer. Poenget er altså ikke å skjerme barn og unge fra utfordringer i livet, men å lære dem å takle dem og få tiltro til at de kan takles.

I en helsefremmende dialog er fokus å finne frem til og aktivisere mestringsressurser både i og utenfor individene og familiene, slik at situasjonen oppleves begripelig, håndterbar og meningsfull. Tiltakene består i sosial støtte tilpasset ressursene i individet eller familien, men hele tiden slik at den understøtter prosessen mot å gjenvinne kontroll for individet eller familien.

## **Sykdomsforebyggende arbeid**

I sykdomsforebyggende arbeid forutsettes det at helsepersonell vet hvilke tegn på sykdom de ser etter, hvilke risikoatferder de skal kunne identifisere, og de må kunne skille normal fra unormal utvikling (14).

Mens helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål, har sykdomsforebygging identifisering av sykdomstegn og å forhindre, utsette eller minske konsekvenser at sykdom (12).

I sykdomsforebyggende arbeid er det eksperten, det vil si helsepersonellet, som vet hva som er rett og best, definerer problemet og presenterer løsningen for pasienten. Pasienten blir møtt med generell informasjon som er tilpasset de fleste. I den sykdomsforebyggende arbeidsmåten er helsepersonell ekspertkunnskap i fokus, både hos «pasienten» og helsepersonellet.

Barn, unge og familier blir «pasienter» som lener seg til ekspertens kompetanse. Denne måten å arbeide på kan medføre passivisering og tillært hjelpeløshet (15) fordi pasientens ressurser i liten grad har fokus og aktiviseres.



## **«En sykdomsforebyggende arbeidsmåte kan kombineres med en helsefremmende.»**

Denne arbeidsmåten står derfor i motsetning til arbeidsmåten i det helsefremmende arbeidet (12). Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid er derfor ikke to sider av samme sak, men to fundamentalt ulike, men komplementære, forståelser i tilnærmingen til folkehelsearbeid. En sykdomsforebyggende arbeidsmåte kan kombineres med en helsefremmende. Poenget er å være bevisst på forskjellen og balansen mellom dem.

Slik sykdomsforebyggende arbeid er utformet i dag, hviler det på forestillinger om at det er mulig å identifiser risiko og kunne snu en uheldig utvikling gjennom kartlegging og tidlig intervensjon av enkeltindivider, fortrinnsvis basert på standardiserte programmer og tiltak (se for eksempel programmet «Tidlig inn») (16, 17). Etter år med epidemiologisk forskning på sykdomsforebyggende arbeid vokser det frem en gryende erkjennelse både blant praktikere, samfunnsplanleggere og forskere om at risiko for sykdom og skjevutvikling er sammensatt av mange faktorer, mange flere enn vi i dag klarer å identifisere.

## Skapes der folk bor

Fordi helse skapes der folk bor, lever og arbeider, er enkeltindividets valg betinget av forhold knyttet til fellesskapets normer, verdier og betingelser (12). I de aller fleste tilfeller sammenfaller ikke eksperterens synspunkt på nødvendige endringer i livsførsel med hva vanlige folk ønsker å prioritere i livene sine. Hva folk prioriterer er begrunnet i verdivalg utenfor helsetjenestens påvirkningsfelt. Det er først når «skaden er skjedd» at individer kan være villig til å endre atferd.

Ettersom helseatferd er tillært gjennom oppdragelse og kulturelt betingete forventninger, vil heller ikke raten av dem som «rekrutteres» til risikoatferd endres med individrettede sykdomsforebyggende tiltak (18).

Tiltakene for bedre folkehelse må skapes av dem det gjelder, med støtte og tilrettelegging fra myndigheter som tenker «folkehelse i alt vi gjør». Det som kan vise seg virksomt, også når målet er å redusere sykdom, er mer helsefremmende arbeid!



**«Tiltakene for bedre folkehelse må skapes av dem det gjelder, med støtte og tilrettelegging fra myndigheter.»**

Eksempler på samfunnsorientert og systemorienterte tiltak kan være tilrettelegging for og oppmuntring til å ta sykkel til jobb, utvikling av positive læringsmiljø i videregående skole slik at elever får lyst til å møte opp, eller utforming av uformelle møteplasser i lokalsamfunnet som innbyggerne selv finner attraktive å bruke. For at slik tiltak skal virke, kan de ikke «vedtas» av eksperter, som for eksempel helsepersonell, men må være et resultat av demokratiske prosesser som involverer de berørte.



Frem til nå kan det synes som det er arbeidet ut fra forestillingen om at jo mere sykdom vi forebygger, jo mer helse skapes. Denne sammenhengen synes altså ikke å være fruktbar alene, når det vi ønsker å oppnå er bedre folkehelse og en bærekraftig helsetjeneste.

Våre nye faglige retningslinjer for helsestasjon og skolehelsetjeneste (19) gir konkrete føringer for sykdomsforebyggende arbeid, men er på langt nær så konkret når det gjelder det helsefremmende arbeidet. Tvert om synes det som om det patogene tankegodset fra sykdomsforebygging fremdeles gjennomsyrrer retningslinjen. Å fremme helse og forebygge sykdom blir nevnt som om det er synonymt og uten å tydeliggjøre noen forskjell.


Våre fagmyndigheter poengterer at skille mellom helsefremming og forebygging er teoretisk og ikke har noen praktisk betydning:

«Fagteoretisk og prinsipielt er et slikt skille [mellom helsefremming og forebygging] hensiktsmessig. I det praktiske folkehelsearbeidet vil imidlertid innsats langs de to aksene [helsefremming og forebygging] gå hånd i hånd, utfylle hverandre og i stor grad overlape hverandre. De fleste helsefremmende tiltak vil også ha en sykdomsforebyggende effekt. På samme måte vil det meste som gjøres av forebyggende innsats også ha potensial til å styrke og fremme helsen. I daglig, praktisk arbeid har skillet derfor begrenset verdi» (20).

## **Helsestasjons- og skolehelsetjenesten**

Hvordan settes helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Norge i stand til å jobbe helsefremmende?

Vår påstand er at hverken våre helsemyndigheter eller vi selv om helsesøstre er tydelige på skillet mellom helsefremming og sykdomsforebyggende arbeid. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal i henhold til myndighetskravene både forebygge sykdom og skade, og fremme helse. Mens vår tidligere veileder til forskrift for helsestasjon og skolehelsetjenesten var mer tydelig på skillet mellom helsefremming og forebygging, er ikke våre nye faglig retningslinjer det.



## **«Det synes derfor nødvendig med en nyorientering av folkehelsearbeidet generelt sett, og helsestasjons- og skolehelsetjenesten spesielt.»**

Det synes derfor nødvendig med en nyorientering av folkehelsearbeidet generelt sett, og helsestasjons og skolehelsetjenesten spesielt. Vi hevder at det er nødvendig med utvikling og forskning på folkehelsearbeid som hviler på WHO sin forståelse av hva helsefremming er.

Det finnes eksempler på helsefremmende strategier som bygger på WHO sin forståelse av helsefremming. MEST er et helsefremmende program utviklet av Nina Holmen. Hun er helsesøster i skolehelsetjenesten i videregående skole i Trondheim (21). Programmet bygger på en anonym elektronisk kartlegging av elevers selvrapporterte mestringsutfordringer ved skolestart hvert år. Eleven registrerer kun hvilken klasse de går i. Ut fra kartleggingen samhandler skolehelsetjenesten med skoleledelsen, lærere, elever og foreldre om hvilke strategier og tiltak som best skaper mestring, trivsel og læring. Denne formen å jobbe på gir nødvendig fleksibilitet til å skreddersy tiltak som oppleves relevante for skolen, klasser og grupper av elever hvert år. Det fremmer elevenes autonomi og innflytelse på skolens arbeid for et godt psykososialt miljø.

Det vektlegges at elevene selv skal ta ansvar for egen helse, og at elevene får tilbud om både individuell oppfølging, så vel som tiltak som påvirker skolemiljøet som helhet, elever og deres foreldre for at gode helsevalg skal bli enklere å ta (22).

## Nye muligheter

Vi har argumentert for at det helsefremmende arbeidet har liten plass i både folkehelsearbeidet og i helsetjenesten.

Majoriteten av forskning i folkehelsearbeidet dreier seg om sykdomsforebyggende arbeid og epidemiologi. På en annen side, det er fra dette forskningsmiljøet erkjennelsen nå kommer om at det kanskje er på tide å endre kurs (se for eksempel Syme og medarbeidere (2007) sin artikkel).

Kanskje det er på tide å etablere et forsknings- og utviklingscenter for helsefremmende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste? Et senter som tar på alvor at helsefremming og sykdomsforebygging er to fundamentalt ulike tilnærminger til folkehelsearbeid? Kanskje det også er på tide å sørge for at en helsefremmende tankegang får utviklingsmuligheter i alt helsetjenestearbeid og i all helsepersonellutdanning?

## Referanser

1. Meld. St. 34. (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet; 2016.
2. WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium development goals to SDGs, Sustainable Development Goals. WHO; 2015.
3. Schroeder K, Thompson T, Frith K, Pencheon D. Sustainable healthcare. Hoboken: Wiley; 2012.

4. Bakken A. Ungdata Nasjonale resultater. NOVA -rapport nr 8/16 [internett]. Oslo: NOVA; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/N...>

(nedlastet 30.05.18)

5. Acheson D. Public health in England : the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. Great B, Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health F, red. London: H.M.S.O.; 1988.

6. WHO. Public health services udatert [Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-se...>]

7. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. In: WHO, red. Geneva: World Health Organization; 1998.

8. World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION/ CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ. Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique. 1986;77(6):4230.

9. Fugelli P, Ingstad B. Helse - slik folk ser det Tidsskrift for den norske legeforening [Internett]. 2001; 121:[3600–4 pp.]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser...>

10. WHO, red. Health Impact Assessment - the determinants of health 2018.

11. Lillefjell M, Wist G, Knudtsen MS. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid: kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regionalt. Trondheim: Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU; 2011.

12. Gammersvik Å. Helsefremmende arbeid i sykepleie. In: Gammersvik Å, Larsen TB, red. Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2018. p. 113–33.
13. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
14. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
15. Seligman MEP. Learned Helplessness. Annual Review of Medicine. 1972;23(1):407–12.
16. KORUS. Tidlig inn 2018, 20. april, [Tilgjengelig fra: <http://www.korusnord.no/Tidlig-identifikasjon/Tidlig-inn/>].
17. Mathiesen IH, Skoland K. Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn - hva har skjedd i kommunene? 2016. I: Rapport IRIS - 2016/054, [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/Global/Oppdatert%20rapport%20om%20tidlig%20inn...>
18. Syme SL. The prevention of disease and promotion of health: the need for a new approach. European Journal of Public Health. 2007;17(4):329–30
19. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelset...>
20. Helsedirektoratet. Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle: Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utvikli...>

21. Holmen N. MEST er et tilbud fra skolehelsetjenesten til elever på videregående skole med fokus på mestring av hverdagsutfordringer [internett]. Tilgjengelig fra: [http://www.heimdal.vgs.no/upload/Heimdal\\_vgs/dokumenter/helsesoster/Info...](http://www.heimdal.vgs.no/upload/Heimdal_vgs/dokumenter/helsesoster/Info...) (nedlastet 30.05.18)

22. Bjørnsen HN, Ringdal R, Eilertsen M-E, Espenes G-A, Holmen NS, Moksnes UK. Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse [internett]. Oslo: Sykepleien; 2018. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/01/kunnskap-kan-gi-ungdom-bedre-psy...> (nedlastet 30.05.18)