



Forebyggende helsearbeid Policydokument for Norsk forening for allmennmedisin

Forebyggende helsearbeid omfatter beslutninger og tiltak i alle samfunnssektorer og involverer mange faggrupper. Allmennlegene har en viktig rolle i dette arbeidet både som premissleverandører og utøvere.

NFA vil arbeide for flere gode leveår og reduksjon av sosiale helseforskjeller i samfunnet. Dette dokumentet gir føringer for hvordan allmennlegene best kan og bør bidra til dette. Det gir også anbefalinger til nasjonale, regionale og lokale myndigheter. Grunntenkningen er inspirert bl.a. av rapporten "Fair Society, Healthy Lives" utarbeidet av Michael Marmot og medarbeidere¹.

I tillegg vil NFA peke på vitenskapelige og etiske dilemmaer knyttet til forebyggende helsearbeid.

NFA mener

- Tiltak på samfunnsnivå og befolkningsrettede strategier bør vektlegges sterkere enn sykdomsspesifikke og individuelt primærforebyggende strategier
- Allmennlegene bør engasjere seg i forebyggende helsearbeid og fagutviklingen på området, og formidle sin viten om dette til relevante samarbeidspartnere
- Allmennlegetjenesten må dimensjoneres og organiseres slik at legene stimuleres til å snakke med sine pasienter om relevante helsefremmende tiltak.
- Allmennleger må kunne gi kunnskapsbaserte råd om hva som fremmer helse og forebygger sykdom.
- Ved vurdering av sykdomsrisiko er det viktig å ta hensyn til alle faktorer som påvirker den enkelte: Biologiske forhold, livshistorie, familiær sykdomsbelastning og livsstil. Mange av de store folkesykdommene har felles kilder og opptrer ofte samtidig hos samme pasient (multimorbiditet). Slik sykdomsoppbygning kan best forebygges ved å påvirke bakenforliggende årsaksforhold som f.eks sosial deprivasjon eller destruktive relasjoner.
- Å påvirke livsvalg i forebyggende hensikt, er en pedagogisk og etisk utfordring, og krever varsomhet. Vurderinger av hva som er viktigst for helsa i det enkelte menneskes liv, må gjøres med respekt for den enkeltes unike livssituasjon og verdier. Allmennlegene må utvikle varhet for "gyldne øyeblikk" der forutsetningene for vellykket forebyggende rådgivning er spesielt gode.

Kunnskapsgrunnlag og premisser

Dårlige levekår og manglende sosial støtte er de faktorer som samlet sett har størst negativ innvirkning på menneskers helse gjennom hele livsløpet. Jo høyere en gruppe er på den sosiale rangstigen, jo bedre er helsa. Dette er blant de største utfordringene for vår velferdsstat, og en stor utfordring i forhold til forebyggende arbeid i allmennpraksis.

De senere års forskning innen medisin og tilgrensende fagfelt har bidratt til en langt dypere forståelse av de grunnleggende sammenhengene mellom livsbetingelser, levekår og helse². Den nye kunnskapen bekrefter hvor viktig det er å betrakte det enkelte menneskes helse i et livsløpsperspektiv, hvor en ser på sosiokulturelle, relasjonelle og personlige forhold. Allmennleger har spesielt gode forutsetninger for å bidra til målrettet, forebyggende arbeid på individplan. Men da må *kunnskapsbasert allmennmedisin* favne bredt: Fagets kunnskapsbase må på den ene side inneholde *generell medisinsk kunnskap* med relevans for mennesker i sin alminnelighet. Her inngår bl.a. "kunnskapsbasert medisin" (EBM), bygget på intervensjonsstudier og epidemiologiske analyser. På den annen side må man også

¹ <http://www.marmotreview.org/>

² Tidsskr Nor Legeforen nr. 7, 2011; 131: 683-7

anerkjenne betydningen av *individuell personkjennskap* over tid, knyttet til et menneskes levekår, livsbetingelser og subjektive livsverden.

Fra mange hold er det i dag store forventninger til fastlegene om å gjennomføre risikooppfølging og tidlig intervensjon med tanke på mulig fremtidig sykdom. Vi må stille meget strenge krav til dokumentasjon for og relevansen av oppsøkende forebyggende virksomhet og alltid vurdere potensielle bivirkninger. Åpen debatt er nødvendig for god fagutvikling på feltet. Omfanget av tiltak rettet mot subjektivt friske mennesker må også tilpasses og prioriteres i forhold til andre forpliktelser og oppgaver.

Anbefalte strategier

På **nasjonalt nivå** utøves forebyggende helsearbeid ved politisk arbeid, myndighetskrav, nasjonale strategier, handlingsplaner og kampanjer.

Det er dokumentert at gode relasjoner har avgjørende betydning for den enkeltes helse. Det er grunnleggende i forebyggende helsearbeid å bidra til et samfunn der folk flest møter respekt og derigjennom lærer selvrespekt. God skole-, barnehage- og familie- og integreringspolitikk er fundamentalt. Ett av de viktigste forebyggende tiltak er å sikre at alle barn får en trygg oppvekst i nærvær av ansvarlige voksne.

Nasjonale strategier for å redusere forbruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler er viktig. Det samme gjelder arbeidet for å gjøre det lettere å være fysisk aktiv og andre generelle forebyggende tiltak i forhold til helseskadelig overvekt. Slike strategier må bygge på erkjennelsen av at grunnlaget for helsemessig ugunstige levevaner ofte er skapt tidlig i et menneskes liv under innflytelse av forhold utenfor individet selv.

Betydningen av det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet understrekes, med det forbehold at HPV-vaksinens nytteverdi fortsatt diskuteres.

Screeningprogram for kreftsykdommer er for tiden gjenstand for internasjonal debatt. Evidensgrunnlaget for det enkelte program må vurderes fortløpende. Informasjon til befolkningen må være åpen og balansert, både når det gjelder nytte og mulige skadevirkninger. Mål for effekt og bivirkninger må angis i absolutte tall og med samme nevner, slik at effektmålene lett kan sammenliknes.

På **regionalt og lokalt nivå** utøves forebyggende helsearbeid som tverrfaglig folkehelsearbeid. Kommuner og fylkeskommuner har ansvar for å skape et helsefremmende lokalmiljø, gjøre det lettere å ta sunne valg, legge til rette for relevante grupperettede helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, og for å gjøre opplysninger om disse tiltakene tilgjengelig.

Allmennleger har ansvar for å gjøre seg kjent med lokale og regionale helsefremmende aktiviteter, slik at de kan gi individuelt tilpassede råd. Allmennlegeutvalg (ALU) og Samarbeidsutvalg (LSU) kan være nyttige arenaer for utveksling av synspunkter og kunnskap på dette feltet. Allmennlegene oppfordres til å engasjere seg i lokalt samfunnsmedisinsk arbeid.

På **individuell nivå** må kunnskapsformidling, råd og veiledning tilpasses den enkelte og støtte opp under vedkommendes ressurser og livskraft. Ethvert forebyggende initiativ må betraktes i lys av at gode relasjoner til familie, venner og kolleger, meningsfylt arbeid og god integrasjon i samfunnet er av grunnleggende betydning for den enkeltes helse.

Allmennlegene har en viktig oppgave i å hjelpe og støtte den enkelte til å ha omsorg for seg selv og sine nærmeste, begrense sitt forbruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler, samt oppmuntre til regelmessig fysisk aktivitet og et sunt kosthold.

Personer som har, eller kan forventes å ha, betydelig økt risiko for fremtidig alvorlig sykdom, bør ha god tilgang til sin allmennlege. Fastlegen bør være spesielt oppmerksom på mennesker som har opplevd eller opplever omsorgssvikt, traumer og krenkelser av ulike slag. Mennesker med krevende omsorgsoppgaver, mennesker med rusproblemer og pårørende til slike, samt mennesker med tunge, psykiske lidelser og påkjenninger, har også økt risiko for annen sykdom. Det samme gjelder mennesker som har falt ut av arbeidslivet eller som av andre grunner har mistet eller er i ferd med å miste kontroll over egen livs- eller arbeidssituasjon. Det er viktig å være oppmerksom overfor barn som er pårørende til alvorlig syke eller dårlig fungerende foreldre eller søsken. Barn (fra unnfangelsen av) og gravide er spesielt sårbare grupper.

Kliniske retningslinjer for sykdomsspesifikk forebygging kan være nyttige hjelpemidler. Det er viktig at allmennlegene kjenner til disse og samtidig kjenner retningslinjenes metodologiske styrker og svakheter. Retningslinjene baseres generelt på statistiske gjennomsnittsberegninger med begrenset gyldighet for det enkelte individ. Anbefalte grenseverdier for risikointervensjon er ikke medisinske fakta, men bygger på konsensus ut fra på forskningsbaserte data og subjektive verdivalg. Konsensusprosessene er ofte influert av fagmiljøer med sterke og engasjerte opinionsledere. Dessuten har kommersielle interesser over lang tid satt dagsorden for hvilke sykdommer leger oppfordres til å forebygge og hvilke midler de skal bruke. Både farmasøytisk industri og enkelte grenspesialistmiljøer fokuserer sterkt på biologiske målinger og medikamentbruk.

Risikooppdagelse og –intervensjon er ikke alltid et gode. Dersom et tiltak ikke oppleves som relevant og realistisk, kan resultatet bli bekymring og avmakt hos individet. Et sterkt og selektivt fokus på målbare risikofaktorer kan bidra til å avlede oppmerksomheten hos lege og pasient fra mer grunnleggende forhold med større betydning for vedkommendes liv og helse.

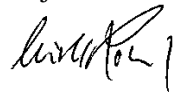
Summen av de anbefalte intervensjoner skaper betydelige praktiske problemer og etiske dilemmaer. Disse oppstår bl.a. fordi antallet lidelser som omfattes av autoritative retningslinjer stiger, og fordi terskelverdiene for intervensjon og bruk av diagnoser, senkes. Store deler av befolkningen kan, om alle anbefalte tiltak blir fulgt opp, komme til å endre status fra friske til ”risikanter”. Vi vet at god, egenvurdert helse er en viktig prognostisk faktor i seg selv. Utstrakt bruk av sykdomsdiagnoser på risikotilstander og hverdagsplager er uheldig.

NFA tar avstand fra kommunikative eller pedagogiske virkemidler som kan krenke eller stigmatisere utsatte pasienter. Erfaringer der frykt blandes med avmakt eller skam, kan i seg selv skade den enkeltes helse.

Medikamentell behandling av friske mennesker i forebyggende hensikt krever særlig årvåkenhet. Det bør stilles enda strengere krav til dokumentasjon av langtidseffekter og bivirkninger for medikamenter som skal brukes av friske enn av syke. Fagmiljøet må vie større oppmerksomhet til problemstillinger ved bruk av mange forebyggende medikamenter samtidig, spesielt hos eldre og gamle mennesker.

Allmennlegene bør kjenne til WHO's kriterier for screening og vite at storstilte ”helsekontroller” av friske mennesker sjelden representerer rasjonell og forsvarlig ressursbruk.

Siljan/Oslo 7. juli 2011



Gisle Roksund
Leder Norsk forening for allmennmedisin

Dokumentet er utarbeidet i samarbeid med de allmennmedisinske forskningsenhetene i Trondheim og Oslo.