

Behov for en reorientering?

Den salutogene modell handler om å få økt trivsel og selvopplevd helse gjennom å mestre stress og påkjenninger som livet uunngåelig bringer med seg. Dette er en sterk motpol til vår tilnærming til helse som er basert på vitenskapen om sykdommer (patogenese). I stedet for å bare spørre «hva var det som gjorde at pasienten ble rammet av en bestemt sykdom», må vi også rette oppmerksomheten mot mestringsressurser og pasientens omgivelser. Som fastlege er man i en privilegert posisjon til å hjelpe pasienten med å finne styrke og kunnskap til å mestre livet – det man på engelske gjerne omtaler som 'empowerment'.

I tråd med dette perspektivet, er det positivt å registrere at stadig flere – både leger og beslutningstakere – understreker behovet for mer helhetstenkning i helsetjenestens organisering så vel som i pasientbehandlingen. Primærhelsetjenesten, som kom i 2015, går så langt som å si at totalbildet av primærhelsetjenesten er preget av fragmentering.

Legegjerningen kan bli mer givende og spennende dersom vi – i møte med pasientene – i større grad får brukt det allmennmedisinske idealet om «å gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse» (jf. 'de 7 tesene') i kombinasjon med vårt kjennskap til lokalsamfunnet, levekårene og pasientens sosiale bakgrunn. Så bør vi også spørre om ikke honoreringssystemet for leger fortsatt i altfor stor grad belønner korte konsultasjoner og kjappe henvisninger fremfor grundig og helhetlig legearbeid?

Det er en rød tråd i myndighetenes folkehelsepolitikk som sier at det må satses mer på forebyggende tiltak og myndiggjøring av befolkningen slik at flere mestrer sine plager uten å måtte ha hjelp av helsevesenet. I årets tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet står det at et av de langsiktige målene for primærhelsetjenesten er *styrket forebyggende og helsefremmende innsats og økt mestringstilbud i kommunale helse- og omsorgstjenester*. I rundskrivet IS-1 fra Helsedirektoratet, *Nasjonale mål og prioriteringer på helseområdet*, er det et overordnet mål at en *trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom*. Folkehelseloven bragte dessuten med

seg et lovkrav som sier at kommunene skal utarbeide oversiktsdokumenter som beskriver befolkningens helse, og hva som påvirker den både på godt og på vondt. I denne oversikten bør kommunene sikre seg innspill fra fastlegegruppa, som tar pulsen på befolkningens helse på en måte som ingen andre. Samfunnsmedisinere har her en oppgave å ta tak i.

Det overordnede målet i den norske folkehelsestrategien er å *styrke befolkningens helse og redusere sosiale helseforskjeller*. Norge har også i likhet med en rekke andre land forpliktet seg til å bidra til WHO's NCD-strategi som tar sikte på 25 prosent reduksjon av ikke-smittsomme sykdommer. Den norske folkehelsestrategien er dessuten nært knyttet til WHO's HiAP-strategi (health in all policies) som igjen bygger på Ottawa-charteret fra 1986. Der pekes det på fem «søylar» for folkehelsearbeidet, og den ene av disse søylene handler om at det trengs en *reorientering av helsetjenestene*.

Debatten om overdiagnostisering og unødvendige henvisninger kan ses i lys av dette. Å si NEI er et viktig bidrag til å skape en friskere befolkning. Det kan ses på som en del av en nødvendig reorientering av helsetjenestene der også klinikere, både på sykehus og i kommunene, kan og bør ha en sterkere salutogen tilnærming i det individrettede arbeidet. Altså å hjelpe pasientene til å finne sin styrke og

mestringsevne, istedenfor å henvise til unødvendige undersøkelser som ofte fjerner pasienten fra målet om bedre helse. Å si nei bidrar til økt innsats lengre opp i «helseelva» (SE FIGUR).

Da jeg nylig holdt foredrag om folkehelsearbeid på grunnkurs C (forebyggende medisin) for allmennleger i Bodø, snakket jeg om *reorientering av helsetjenestene* og fastlegenes rolle i dette. Det kom spennende innspill fra salen, blant annet fra en lege som hadde begynt å bruke gruppetakst når han tar pasientene med på treningsøkt hver fredag morgen. En annen kom bort til meg etter kurset og ga uttrykk for frustrasjon over at fellesmøtene på legesenteret for det meste handler om drift, drift, drift... Han savnet det å jobbe som «skikkelig» lege – å ha tid til å tenke helhetlig og se pasientens plager i en sammenheng med miljøet personen lever i. Er det ikke tid til det i dagens system?

For å ikke drukne sammen med pasientene nederst i helseelva, trenger vi å ha større fokus på hvordan helsesektoren i økende grad kan bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester. Noen sykehus er allerede medlemmer i nettverket for helsefremmende sykehus. Kanskje noen starter et nettverk for helsefremmende fastleger?

DAG-HELGE RØNNEVIK

