

Utvidet eller opprinnelig helsebegrep?

Karl Evang

De som idag angriper medicinen for ett individualistisk, sjukdomskoncentrerat och biologisk-fysisk orienterat helsebegrep är inte helt ajour. De undervärderar de förändringar som sker i riktning mot ett socialmedicinskt orienterat och mer realistiskt helsebegrep och som redan gett klara utslag också i hälsovårdens struktur och funktioner. Detta framhåller dr Karl Evang i en historisk analys av hälso- och sjukdomsbegreppens utveckling de senaste 100 åren.

Karl Evang har varit Norges helsedirektör från 1939 till 1973.

Det er vanlig når det såkalte "utvidede" helsebegrep diskuteres at man tar sitt utgangspunkt i en setning som finnes i innledningen (the preamble) i Verdens Helseorganisasjons (WHO) grunnlov, sålydende:

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."

Det er beklagelig, og det har stadig ført diskusjoner på avveie, at man på denne måte har *revet løs én enkelt setning* av noe som er ment som et forsøk på et samlet og sammenhengende bidrag til forståelse av hva helse egentlig er, og hvilken betydning den har. Således er FN's menneskerettighetserklæring (som da ennå ikke var utformet) foregrepet når det gjelder rett til helse; videre er helsens betydning satt inn i global sammenheng og fredssammenheng, betydningen av hvordan barnet møter "a changing total environment" er understreket, likeså nødvendigheten av helseopplysning og av "active co-operation on the part of the public".

Velger man å diskutere det "utvidede" helsebe-

grep på basis av formuleringene i WHO's grunnlov, må man derfor for det første legge hele innledningen til grunn. Like viktig er det imidlertid selvsagt å søke å danne seg et bilde av hvilke konsekvenser de land som er medlemmer av organisasjonen, og har ratifisert grunnlovsteksten, har trukket av formuleringene, dvs hvordan de har innvirket på WHO's og de enkelte medlemslands helsepolitikk i de ca 30 år som nå er gått. Medlemslandene var i WHO's begynnelsesfase preget av den tradisjonelle helse- og sykdomsfilosofi som dominerte i medlemslandene. I de siste 10—15 år har det imidlertid funnet sted en nærmest revolusjonerende utvikling både i begrepsdannelse og praksis i ett flertall av medlemslandene, og i WHO selv.

Det er forsåvidt berettiget å bruke uttrykket "utvidet" om dette helsebegrep, men man må da søke å gjøre seg klart hva man sammenligner med, altså hvilket helsebegrep man har funnet det nødvendig å supplere eller "utvide". Den kritikk av det konvensjonelle og tradisjonelle helse- og sykdomsbegrep som allerede lenge er kommet til uttrykk fra spredte røster blant medisinerne selv, har — særlig i de siste år — fått langt bredere tilslutning. Den tiltredes kanskje i særlig grad av sosiologer og psykologer, men også — om enn på noe andre premisser — av økonomer og politikere. Også brukerne (allmenheten) deltar for tiden livlig i den meget utbredte kritikk av det helse- og sykdomsbegrep som altså den nye tankegang skulle representere en "utvidelse" av.

Spesifikke sykdommer

Det var ikke noe helsebegrep, men et *sykdomsbegrep* som behersket medisinen i den første del av det korte tidsrom (ca 100 år) da vitenskapelig fundert medisin i det hele har bestått. Dette må for størstedelen antas å skyldes at den vitenskapelig baserte medisin brøt igjennom fra 1870 årene

Det var ikke noe helsebegrep, men et sykdoms-
begrep som behersket medisinen i den første
del av det korte tidsrom (ca 100 år) da viten-
skapelig fundert medisin i det hele har bestått.

med en serie dramatiske funn av bakterier som kunne fremkalle en rekke farlige sykdommer (spedalskhet, tuberkulose, difteri, stivkrampe, koler og andre tarminfeksjoner, barsel feber osv.) Samtlige disse sykdomsfremkallende bakterier var forskjellige, spesifikke, individuelt som bakterieslag og økologisk. De sykdomsbilder de fremkalte, var også spesifikke. Noe angrep gjennom ett organsystem, andre gjennom et annet. Ved spredning i større grupper (epidemier) viste det seg også at hver epidemi hadde sin spesielle kurve. Det menneskelige legemes reaksjon på bakterienes angrep var også spesifikt. For første gang i medisins historie kunne legen slutte tilbake fra symptomene til årsaken.

Ikke bare datidens bakteriologer og leger, men hele samtidens holdning til sykdom var preget av denne oppdagelse av hvor uventet mange, forskjelligeartede og farlige fiender menneskene hadde i naturen. Å stille en riktig diagnose basert på de spesifikke symptomer var avgjørende for behandlingen, og etterhvert for de forebyggende tiltak som også nå for første gang fikk ett vitenskapelig fundament. Det var derfor naturlig at medisinen konsentrerte seg om å oppstille klart definierbare og beskrive sykdomsenheter, og i første rekke interessere seg for forholdet mellom det spesifikke skadelige agens og individet, eventuelt en gruppe individer. Når det gjaldt miljøet, måtte interessen nødvendigvis først og fremst knytte seg til de biologiske og fysiske faktorer (drikkevann, kloakk, søppel, bolig- og næringsmiddelhygiene). Dette historiske vitenskapelige gjennombrudd fant sted på den somatiske medisins område.

For første gang i medisins historie kunne le-
gen slutte tilbake fra symptomene til årsaken.

Sykehusmedisinens og sykdomsideologiens dominans

Den enorme suksess helsevesenet, basert på disse vitenskapelige fremskritt, kunne oppvise, er den historiske bakgrunn for den tids sykdomsbegrep. Det var somatisk og individualistisk, biologisk-fysisk orientert og basert i alt vesentlig på data funnet ved naturvitenskapelige metoder. Det forhold at innføring i kroppen av et eller annet bakterieslag var et vilkår for at sykdommen kunne oppstå, overskygget til å begynne med ganske sterkt det faktum at man i alminnelighet også måtte regne med en rekke andre årsaksfaktorer, ikke bare alder, kjønn og andre biologiske forhold, men også sosiale faktorer som yrke, økonomisk evne, bosetningsmønster, transportforhold, omdannelse av lokalsamfunnene, alminnelig atferdsmønster osv.

Også psykiatrien lå under for det individualistiske betonte sykdomsbegrep og søkte å beskrive klare sykdomsenheter.

Kjennskapet til, og etterhvert beherskelsen av, sykdomsvekkende bakterier (infeksjon) muliggjorde kirurgiens eventyrlige utvikling, med en somatisk og organ-orientert spesialisering. Det samme gjaldt indremedisinen og en rekke andre spesialiteter som etterhvert oppstod. Da en rekke alvorlige sykdomstilstander måtte behandles eller iallfall isoleres i institusjoner, fikk sykehusmedisinen dominans. Dette preget i høy grad den medisinske undervisning, som i stor utstrekning ble undervisning i sykehusmedisin med konsentrasjon om det syke individ.

Den forebyggende medisin utviklet seg som egen, relativt uavhengig spesialitet og med oppmerksomheten dels rettet mot det biologisk-fysisk-kjemiske miljø, dels mot mulighetene for å styrke menneskenes motstandskraft mot sykdom ved generelle eller spesifikke forebyggende tiltak. Til tross for at behandlingen av de som var blitt syke, spilte liten eller ingen rolle når det gjaldt å nedsette hyppigheten av de farlige smittsomme sykdommer, eller bedre folkehelsen på annen måte, var det den kurative medisin som fikk løvens andel av ressursene i helsetjenesten.

En befolkning bestod altså ut fra den tids be-

Denne sykdomsideologi får — som så mange andre forhold — ett alvorlig grunnskudd gjennom den annen verdenskrig (1939—45).

greper av "syke" og "friske" mennesker, og det var legenes oppgave å ta seg av de syke. På dette område hadde de — sammen med sykepleierne — ubetinget monopol. Den økonomiske utjevning av utgiftene i form av sykeforsikring (syketrygd) som blir gjennomført etterhvert fra begynnelsen av dette århundre, bærer også preg av dette enkle bilde, idet det er *behandlingen av syke* som nesten ensidig tilgodeses: hverken forebyggende medisin, ettervern, attføring eller omsorg er tatt med.

Legestanden befinner seg vel innenfor denne ramme som gir den muligheter for stadig å kunne gi et bedre behandlingstilbud, samtidig som den har høy status og gode inntekter, og innenfor sitt system "sitter på toppen av pyramiden".

Denne sykdomsideologi får — som så mange andre forhold — ett alvorlig grunnskudd gjennom den annen verdenskrig (1939—45). Denne representerte på den ene side et avgjørende gjennombrudd for den vitenskapelig funderte forebyggende medisin, både når det gjaldt generelle og spesifikke forebyggende tiltak, noe som endret såvel politikernes som økonomenes holdning og prioriteringer (iallfall i teorien). Samtidig hadde den annen verdenskrig representert et grufullt masse-eksperiment når det gjaldt sosiale faktors betydning for helsen. Og endelig hadde krigen lagt grunnlaget for oppløsningen av kolonialveldet, og hadde i all sin nakenhet avdekket forskjellene mellom rike og fattige land.

Det var i denne situasjon (våren 1946) at formuleringen av WHO's grunnlov fant sted.*

Helsebegrepets hovedelementer

Helsebegrepet, slik det da noe famlende ble utformet, og senere har fått mere kjøtt og blod i samsvar med den økonomiske og sosiale utvikling,

innebærer derfor som hovedelementer:

1. En forkastelse av det ovenfor beskrevne individualistiske, i stor utstrekning mono-kausale sykdomsbegrep, basert på beskrivelse av spesifikke og vel avgrensede sykdomsenheter. Isteden settes *sosial-medisinsk tankegange*, dvs påstanden om att det ikke finnes noen sykdom, skade, arvelig eller medfødt utviklingshemning eller funksjonsnedsettelse uten at man for å få en realistisk oppfatning også må ta hensyn til en rekke sosiale faktorer. De kan ha betydning for oppståen, diagnose, behandling, ettervern, omsorg. Enhver sykdom, skade osv setter også ringvirkninger i omgivende samfunn. Det dreier seg *ikke om individuelle*, men om sosiale hendelser.
2. Legen har ikke lenger (delvis sammen med den annen tradisjonelle "helsearbeider", sykepleieren) noe monopol på å være sakkyndig i helse spørsmål. Denne innsikt, og den status og maktposisjon som den medfører, må han fra nå av i voksende utstrekning dele med, for det første, det store antall typer spesial-utdannede personell som går inn i helse- og de nærliggende deler av sosialtjenesten: helsesøstre, sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, spesialpedagoger, miløarbeidere av forskjellig art, stråle-fysikere, laboratoriepersonell osv. Også arkitekter, ingeniører, by- og områdesplanleggere, naturvern- og ressurssekspertene kommer inn i bildet. På det vitenskapelige plan blir atferdsvitenskapene, særlig sosiologien og psykologien, med sine spesialiserte forgreninger, uunnværlige når det gjelder å forstå årsaksammenhenger og bygge ut samfunnenes evne til å befordre og bevare helsen.
3. De mellom-menneskelige forhold og lokalsamfunnets betydning når det gjelder å gi grobunn for forsvarlig helse, somatisk, mentalt og so-

En forkastelse av det ovenfor beskrevne individualistiske, i stor utstrekning mono-kausale sykdomsbegrep, basert på beskrivelse av spesifikke og vel avgrensede sykdomsenheter.

* "Helse og Samfunn" s 32—43, Gyldendal Norsk Forlag 1974

Det enkelte menneskes, den enkelte families og lokalsamfunnets aktive medvirkning i og ansvar for egen helse får en ny valør.

sialt, kommer i et nytt lys, og det enkelte menneskes, den enkelte families og lokalsamfunnets aktive medvirkning i og ansvar for egen helse får en ny valør.

4. En befolkning blir ikke lenger oppfattet som bestående av to grupper, "syke" og "friske", heller ikke av tre grupper, "syke", "funksjonshemmede" og "friske" (slik som i Norge enkelte særgrupper av funksjonshemmede har ivret for). Man søker å fjerne seg fra konsentrasjon om begrepet sykdom, og å unngå å sette sykdomsstempel på mennesker. Isteden oppfattes en befolkning som fordelt over en skala fra optimal somatisk, mental og sosial utfoldelse, til en tilstand som krever full omsorg. Graden av funksjonsevne settes med andre ord i sentrum av oppmerksomheten, og med erkjennelse av at ingen er 100 % funksjonsdyktig i den forstand at han ikke kunne fungere bedre, om visse ting i forholdene mellom ham og omgivelsene var endret. Det samme kan uttrykkes ved å si at det nye sosial-medisinske helsebegrep avløser de mere statiske begreper: sykdom, handicap, skade, medfødt svakhet, kroniske tilstand, utviklingshemning osv. Helse såvel som sykdom osv blir relative begrep. Man søker å bevege seg mot en holistisk, eller om man vil, integrert oppfatning av helsebegrepet med grad av funksjonsevne (ut fra vedkommendes mangfold av varierte forutsetninger) i sentrum.

Gjenopplivelse eller gjeninnføring av et eldre helsebegrep

Det kan med god grunn anføres at det sosial-me-

Helse såvel som sykdom osv blir relative begrep.

Legene er de fattiges naturlige advokater, og det sosiale spørsmål faller for størstedelen inn under deres område.

disinske helsebegrepet ikke bør karakteriseres som en utvidelse av det bestående, men heller som en gjenopplivelse eller gjeninnføring av et eldre helsebegrep. Går man tilbake til pionerene i sosialmedisinen, vil man ikke sjelden kunne finne formuleringer som helt eller langt på vei kan underskrives idag. *Johann Peter Franck* (1779—1812) gav uttrykk for den oppfatning at de viktigste hindringer for god helse var fattigdom og uvitenhet. *Virchow* og *Leubuscher*, som utgav det første sosialistiske medisinske tidsskrift i 1847—48 under innflytelse av Februarrevolusjonen, uttrykte seg blant annet slik:

"Legene er de fattiges naturlige advokater, og det sosiale spørsmål faller for størstedelen inn under deres område".

En annen sosial-medisinsk pionér, *Neumann*, formulerer seg (1847) slik:

"At den største del av de sykdommer som enten nedsetter full trivsel og livsnytelse, eller endog river bort en betydelig del av menneskene før det naturlige tidspunkt, ikke beror på naturlige, men på samfunnsmessige forhold, behøver ikke noe bevis. Den medisinske vitenskap er i sin innerste kjerne en sosial vitenskap, og så lenge den ikke virkelig blir seg denne betydning bevisst, vil man heller ikke kunne høste fruktene av den, men må nøye seg med skallet og illusjonen".

Går man så langt frem som til den sosial-medisinske tankegangs bredere gjennombrudd omkring århundreskiftet (særlig representativ er *Grotjahn*), finner man slik tankegang bygget ut til en langt på vei selvstendig sektor innenfor medisinen, av *Grotjahn* selv kalt "soziale Hygiene".

De som idag angriper medisinen for et individualistisk, sykdomskonsentrert og biologisk-fysisk orientert helsebegrep, er derfor ikke helt ajour. Eller kanskje rettere sagt, de angriper — og med rette — de ganske betydlige overlevninger av den-

.....

Mere forbausende er at en del av dem som deltar livligst i kritikken av medisinenes tidligere ensporethet, samtidig synes å nære et ønske om fortsatt å stenge legen inn i den samme trange bygning.

.....

ne ideologi, som ennå preger mange legers og medisinske institusjoners holdning iallfall av samfunn av vår type. De undervurderer på den annen side etter mitt skjønn de endringer som er foregått i retning av et sosial-medisinsk orientert og mere realistisk helsebegrep, og som allerede har gitt seg klare utslag også i helsevesenets struktur og funksjoner.*

Det hersker også et rivende oppbrudd når det gjelder legenes status og funksjoner.**

Et interessant sosiologisk spørsmål er selvsagt hvorfor motstand mot å forlate de gamle tradisjonelle posisjoner og akseptere en sosial-medisinsk ideologi mange steder er så hard og seig. Vi har f.eks. nær 20 år etter at forslag ble fremsatt, bare 4 sosial-medisinske avdelinger ved norske sykehus. At den konvensjonelle medisins representanter stiller seg fiendtlige og avvisende, er naturlig nok. De ønsker ikke den "rene" og "verdinøytrale" medisinske virksomhet "forurenset" med utenfra-kommende og uvedkommende data og faktorer, i stor utstrekning basert på det de betrakter som "bløte" data og gjennomsyret av verdimåling, ja, endog politisk vurdering. Mere forbausende er at en del av dem som deltar livligst i kritikken av medisinenes tidligere ensporethet, samtidig synes å nære et ønske om fortsatt å stenge legen inn i den samme trange bygning.

Men motstanden mot å akseptere en sosial-medisinsk tankegang er faktisk ennå sterkere utenfor legenes egen krets. Dette gjelder først og fremst *befolkningen selv*, som ennå i stor utstrekning er behersket av av den gamle sykdomsfilosofi

* Dette har jeg gjort nærmere rede for i "Helse og Samfunn", Gyldendal 1974, i kapitlet Social-medisinske redskaper i norsk helsestell", s 190—213.

** Se "Legen i dagens samfunn", T norske Lægeforen nr 30 (30 okt 1975).

tilsatt elementer av magisk og fatalistisk holdning. Det gjelder politikere, økonomer, og ikke minst nær beslektede vitenskapsgrener som sosiologien og psykologien.

Motstandet mot et sosial-medisinsk helsebegrep

Det jeg til avslutning har lyst til å peke på, er at den sterke og seige motstand mot et sosial-medisinsk helsebegrep også har dype emosjonelle røtter, som uten særlig overdrivelse må kunne sies å være generelt utbredt. Forholdet er jo nemlig at *ingen av oss fungerer optimalt sosialt sett*, i egen bevissthet, eller underbevissthet. Vi er alle ut fra et sosial-medisinsk tankegang funksjonshemmet. Motstanden minner — med mange forskjelligheter — i sin art om motstanden f.eks. mot seksualkunnskap. Også der er det etter min erfaring meget få — om noen — som synes at de seksuelt helt ut fungerer optimalt sett ut fra egen, partnerens og omgivelsenes synspunkt. Det er frykten for å "face the music", dvs se virkeligheten i øynene, som i begge tilfellene lammer viljen til å fordype seg i problematikken, med en holdningsendring som mulig resultat.

Motviljen mot sosial-medisinsk tankegang er tabu-belastet også fordi den innebærer en forsmædelig innrømmelse av at den type samfunn vi har skapt, medfører et voksende antall menneskeskapte helse-nedbrytende faktorer.

Det ligger i sakens natur at det i de fattige land i verden, hvor helseproblemer ennå i hovedsak er av den "gamle" type, dvs farlige infeksjoner, parasitt-sykdommer og underernæring, har vært en viss tilbøyelighet til å oppfatte den utvidede problemstillingen som en slags avledningsmanøver. Den industrialisering, urbanisering, m.v. som nå i voksende tempo foregår også i disse land, har imidlertid forbausende hurtig skapt en mere realistisk holdning også til de sosiale sykdomsvek-kende faktorer i disse land. Hvor langt man faktisk var kommet på felles grunnlag i denne tankegang, kom til uttrykk ved de såkalte "faglige diskusjoner" (technical discussions) på Verdens Helseforsamling i 1974. Med unntak av noen få av de fattige land (særlig i den gruppe som ikke selv rår

Det innebærer selvsagt ikke at man gir avkall på nøyaktig diagnostisering eller på beskrivelse av sykdomsenheter der hvor dette er ønskelig og mulig.

over verdifulle råstoffer) var det bred enighet om at utviklingen, særlig etter den annen verdenskrig, hadde ført til nødvendigheten av en nydefinering av begrepet "sundt miljø" eller "helsemessige forsvarlige omgivelser".*

Det som ovenfor er sagt, innebærer selvsagt ikke at man gir avkall på nøyaktig diagnostisering eller på beskrivelse av sykdomsenheter der hvor dette er ønskelig og mulig. Men det betyr bl a at et menneske kan ha en støtte- eller behandlingskvalifiserende funksjonsnedsettelse uten at man har mulighet for å henge en merkelapp på vedkom-

* Resultatene av disse diskusjoner kan finnes i en liten bok: "Promoting health in the human environment". WHO, Geneve 1975.

mende med en tradisjonell sykdomsdiagnose. Og det innebærer også at man generelt aksepterer en multifaktoriell tankegang.

Men dette opphever ikke ønskeligheten av tidlig, nøyaktig og differensiert diagnose. Med de sterkt økte muligheter for behandling (i dette ords videste mening) som de vitenskapelige og teknologiske fremskritt har skapt (ikke bare innenfor medisinen, men også innenfor atferdsvitenskapene og pedagogikken), er tvert imot behovet for mest mulig nøyaktig og samtidig holistisk beskrivelse blitt ennå mere påkrevet enn før. De sterkt-virkende og spesifikt virkende legemidler, ikke sjelden med uønskede bivirkninger, de forfinete og høyt spesialiserte kirurgiske inngrep, forutsetter også at det stilles en mest mulig nøyaktig diagnose.

Sosial-medisinsk tankegang representerer derfor ikke noen ensidig forkastelse, men en nødvendig supplering av det sykdomsbegrep og den sykdomsfilosofi som har behersket medisinen, riktignok gjennom en forholdsvis kort periode.