

favner bredest, med en arbeidsstil som skiller seg noe fra de øvrige sykehusspesialistene. Dette gjenspeiles også i den indremedisinske journal. På mange måter består det et nært slektskap mellom indremedisinen og allmennmedisinen, og derfor kan også allmennmedisin fremstå som en konkurrent til den generelle indremedisin (2), først og fremst representert ved den praktiserende spesialist. Hos gode utøvere i begge fag finner vi vidsyn, evne til å leve med usikkerhet, et humanistisk sinnelag og sansen for divergent tenkning. Det er neppe noen tilfeldighet at de to første allmennmedisinske professorater her i landet ble bekledd av indremedisinere (Christian F. Borchgrevink og Sigurd B. Humerfelt).

Den generelle indremedisin representerer en kultur innen klinisk forskning, diagnostikk og omsorg (1) som i høyeste grad er verne- og utviklingsverdig. Spørsmålet blir hvordan vi skal greie dette. Skal vi fortsatt, slik Rasmussen går inn for (1), satse på å forene superspesialisten og generalisten i én og samme person, eller må vi, slik Hjort & Stene-Larsen hevder, erkjenne at grenspesialisten og den generelle indremedisiner er ulike personer som har ulike funksjoner og krever ulike utdanningsmodeller? (2).

Hjort & Stene-Larsens konklusjoner er radikale og vil nok vekke motstand hos mange indremedisinere. Enig eller uenig, deres grundige analyse, klare konklusjoner og konkrete forslag til utdanningsmodell og funksjonsfordeling mellom den generelle indremedisiner og grenspesialisten bør stimulere til diskusjon blant fagets utøvere.

Det synes å være liten uenighet om, i hvert fall blant indremedisinere, at sykehusmedisinen på alle nivåer trenger utøvere med de kunnskaper, holdninger og verdier som vi ofte forbinder med den generelle indremedisin, og at denne indremedisineren også har mye å tilby spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus. Det er kanskje nettopp denne type indremedisiner som vil være rekrutteringsgrunnlaget for fremtidens ledere av de medisinske avdelinger, små som store, der ledelse blir en hovedfunksjon. Et kritisk spørsmål blir da: Hva er det i vår medisinske kultur, i avdelingenes kultur og i den medisinske utdanning, i grunnutdanningen og den indremedisinske spesialistutdanningen, som kan sikre, ikke bare faglig vekst, men også den personlige vekst, som er nødvendig for å utvikle de egenskaper vi ønsker den gode indremedisiner skal ha? Til nå har denne type spørsmål

vært lite debattert og enda mindre utforsket, og det er et spørsmål som ikke bare berører indremedisinen! Her bør moderfagets utøvere lede an og spore til debatt og forskning, vedrørende sammenhengen mellom kunnskap, ferdigheter og holdninger, mål og innhold i utdanningen, mellom organisasjon og funksjon og resultatene av vår virksomhet. Dette er omfattende, vanskelige og til dels sensitive spørsmål, og som har med kvaliteten på virksomheten å gjøre. Det haster å komme i gang (5).

Hans Asbjørn Holm  
Den norske lægeforening  
Pedagogisk avdeling  
Fjellveien 5  
1324 Lysaker

**Litteratur**

1. Rasmussen K. Refleksjoner over indremedisinens faglige og organisatoriske utvikling. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3359-61.
2. Hjort PF, Stene-Larsen G. Indremedisinens rolle i helsetjenesten - moderfaget som må på gamlehjem? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3352-6.
3. Bergesen Ø, Bjørnstad E, Nordhaug B, Abildgaard U, Stene-Larsen G. Indremedisin - snever eller vid spesialisitet? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3357-8.
4. Bjørnstad E, Bergesen Ø, Nordhaug B, Abildgaard U, Stene-Larsen G. Innleggelse i medisinsk avdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3362-5.
5. Evensen S. Kvalitetsvurdering i sykehus nå! Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 2333-4. ○

## Behandling for alle eller helse for alle?

Forebyggende arbeid har vind i seilene. Tiden vil vise om denne forfriskende bris vil vare ved eller dable av. Fag- og satsningsområdet har også tidligere vært ofret mange ord og lite handling. Handling krever som kjent penger, og det har vist seg vanskelig å omprioritere ressurser i retning av tiltak som først vil gi avkastning på lang sikt.

Likevel er det oppmuntrende at så mange instanser nå puster til vinden, om enn ikke helt koordinert. Både i Sosialdepartementet (1), i Helsedirektoratet (2), i NAVF (3), ved universitetene og ute i kommu-

nene vies det forebyggende helsearbeid oppmerksomhet. Det bærer bud om at forebyggende arbeid nå burde kunne løftes: fra tanke til kunnskap til holdning til handling.

For å lykkes i det forebyggende arbeid, er det nødvendig med kunnskap av minst to slag:

- Man må kjenne årsakene bak sykdom og ulykker, for det er årsakene som må bekjempes
- Man må vite hvilke tiltak som er effektive

Slik kunnskap må vinnes ved forskning. Også fordi forskning

skaper entusiasme, oppslutning og gjennomslagskraft, er det spesielt viktig å satse på forskning om helsefremmende og forebyggende arbeid i tiden fremover.

To artikler i dette nummer av Tidsskriftet vitner på flere måter om at forandringens vind blåser over dette fagområdet (4, 5). Artiklene utgår fra Nasjonalforeningens senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil, en spennende felles satsning av Universitetet og en av de frivillige organisasjoner som i årtier har holdt «den forebyggende fane»



høyt hevet. Nasjonalforeningens senter har én fot i samfunnsvitenskapelig teori og én i praktiske forsøk og fremstår nå som et av de sterkeste forskningsmiljøene på dette feltet i Norge.

Tematisk forteller artiklene om endringer i den forebyggende aktivitet i lokalsamfunnet. Arne H. Eides artikkel viser at det nå arbeides mer med helseopplysning i kommunene enn tidligere og at helsepersonellet vier dette arbeidet økende oppmerksomhet (4). Denne oppmuntrende melding skygges legges i noen grad av svak lokal planlegging, dårlig samarbeid mellom helsetjenesten og de frivillige organisasjoner og vansker med å føre det forebyggende arbeid inn i lokalpolitikken. Ressursmangel kjøres av kommunene frem som den viktigste hindring for arbeidet. Ikke bare er kommunene i en vanskelig økonomisk situasjon generelt, men det forebyggende arbeid og helseopplysning skal også konkurrere om ressurser med det kurative arbeid som har tradisjonell prioritet og popularitet i befolkningen og i helsetjenesten. Staten har nå gitt fra seg styringsmuligheter pga. rammefinansieringen og kan bare påvirke kommunene gjennom planlegging og veiledning. En derav følgende ulikhet i kommunal forebyggende iver viser seg allerede i denne studien, som ulik satsning på helseopplysning. Ulikheter mellom kommuner kan være positivt og stimulere de beste til en innsats som vil synliggjøre at det nytter. En negativ mulighet er «elendighetens opphopning»; fattige kommuner med store problemer og stort behov for forebyggende helsearbeid blir hengende etter pga. ressursmangel.

Den andre artikkelen handler om ulykkesforebyggende arbeid (5). Aksjon mot hjemmeulykker ble startet i 1988 og har som siktemål å stimulere kommunene til lokal innsats for å forebygge dette viktige helseproblem. Den foreløpige evaluering av aksjonen viser at noe, men ikke nok, er skjedd i kommunene. Bare en tredel av kommunene har nedsatt ulykkesforebyggende utvalg, og kun en fire-del har satt i verk konkrete tiltak

som følge av aksjonen. Ikke overraskende viser resultatene at helseøstrene i større grad enn legene og helse- og sosialsjefene er engasjert i aksjonen. Samlet tyder artiklene på at mye gjenstår før vi på lokalt plan har en effektiv og engasjert innsats for å forebygge helseproblemer i Norge.

Vi etterlyser legenes innsats i det forebyggende helsearbeid. En viktig utfordring er å utnytte 12 millioner konsultasjoner og 750 000 innleggelsesår til å påvirke pasientene til et fornuftig levestett. Det krever bl.a. at legene er motivert, at de har gode kunnskaper om risikofaktorer og risikoberegninger, og at de utvikler strategier for å nå frem med budskapet.

Det handler altså både om å finne, påvirke og følge opp pasientene. Verken sykehus- eller primærleger har hittil utnyttet «case finding»-metoden til en systematisk kartlegging av risikofaktorer hos de pasienter som allerede er innen rekkevidde. Dernest har vi organisert vår helsetjeneste slik at legene slipper å ta ansvar for de mennesker som ikke oppsøker dem. Man kjenner derfor verken risikoprofilen til pasientene eller populasjonen.

Å påvirke pasienter kan være vanskelig, og mange kan føle at de mangler en pedagogisk nådegave. Det er imidlertid flere ganger vist at pasientene reagerer på det enkle, konkrete og personlige budskap, bl.a. gjennom Oslo-undersøkelsen (6). Likevel ligger det en betydelig utfordring i å utvikle effektive pedagogiske tiltak over hele spekteret av pasienter og problemer, tiltak som kan innpasses i hverdagens strev både på sykehuset og primærlegekontoret. Slike strategier må tuftes på en type frigjørende pedagogikk, slik at pasientene unngår opplevelser av det slag Olaf Bull henviste til når han sukket: Legen hadde naturligvis helt rett, men det var en uheldig måte å ha rett på. I dette arbeidet er det nødvendig å søke samarbeid med pedagoger og andre typer helsepersonell, men det er fremfor alt viktig at legene griper initiativet.

Også når det gjelder forebyggende arbeid i samfunnet, bør legene

markere seg sterkere. De bør f.eks. ta på seg den koordinerende oppgave som ligger nær for hånden og som er en nødvendig forutsetning for et effektivt forebyggende arbeid i lokalsamfunnet. Dette arbeidet krevet at man trekker med alle samfunnets etater og sektorer i en bred satsning i retning av helse for alle. I distriktene har vi en sterk tradisjon å bygge videre på, med helserådsordføreren som ansvarlig for det miljørettede helsevern. Det er bekymringsfullt at politikerne finner grunn til å frata legene det medisinsk-faglige ansvar i kommunene. Men svaret på denne utfordringen må ikke bli en tilbaketrekning til kurativt arbeid, men en fremrykning mot andre posisjoner i det forebyggende helsearbeid. I byene kreves det større endringer, også i legenes holdninger og handlinger, for å tvinge helsetjenesten fra et ensporet kurativt virke og over på dobbeltspor med det forebyggende helsearbeid.

Det er mulig å lykkes i det forebyggende arbeid. Men det krever endringer, bl.a. i samfunnets prioriteringer og i legens arbeidsform. «Når forandringens vind blåser, løper noen i skjul, mens andre drar ut for å bygge vindmøller», skrev Mao. Heri ligger den medisinske utfordring og utfordringen til medisinerne.

Arild Bjørndal  
Peter F. Hjort

Avdeling for samfunnsmedisin  
Statens institutt for folkehelse  
Geitmyrsveien 75  
0462 Oslo 4

#### Litteratur

1. St.meld. nr. 41 (1987-88). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan. Oslo: Sosialdepartementet, 1988.
2. Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Oslo: Helsedirektoratet, 1989.
3. Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, Rådet for medisinsk forskning. Programnotat for programstyret for forskning om forebyggende helsearbeid. Oslo: NAVF/RMF, 1990.
4. Eide AH. Helseopplysning i kommunene. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3383-6.
5. Thuen F, Klepp KI, Jacobsen R. Aksjon mot hjemmeulykker - ulykkesforebyggende arbeid i kommunene. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3387-90.
6. Hjermann I, Holme I, Byre KV, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary disease. Lancet 1981; 2: 1303-10. ○