

Peter F Hjort, professor Statens Institutt for Folkehelse i Oslo, Norge.

Forskningsområde: Helsetjenesteforskning

Fritidsinteresse/n: Friluftsliv

Senast lästa bok: "The fountain of age" av Betty Friedan

Senast sedda film: "Bridges of Madison County"

Adress: Bjerkåsen 32, 1300 Sandvika, Norge

Telefon: 22 04 22 00

Telefax: 22 04 25 93

2/3-samfunnet – definisjoner, mekanismer, konsekvenser

Peter F Hjort, professor Statens Institutt for

Folkehelse i Oslo, Norge

Innledning

Jeg har vært lege i 46 år. Medisinen og helsetjenesten har preget meg for livet. Medisinen er en vitenskap, men legearbeidet er også en kunst. Det skyldes at pasientene er individer. De er alle forskjellige - familiebakgrunn, utdanning, yrke, håp, bekymringer og engstelser. Legen skal arbeide vitenskapelig og logisk, men han innser fort at "Life is larger than logic". Det er kombinasjonen av legevitenenskap og legekunst som er den store utfordringen – å tenke og føle på samme tid og uten å miste balansen. Dere vil merke denne schizofrene holdningen til mitt tema.

Historien

Jeg starter med en historisk skisse av utviklingen, slik jeg har opplevd den i mitt eget liv. Jeg kom som flyktning til Sverige under krigen, i 1943, og jeg gjorde tjeneste som sersjant i de norske polititroppene som ble utdannet her i Sverige. Vi kom hjem til Norge den 8 mai 1945, og vår bataljon marsjerte inn i Trondheim under endeløs jubel. Fremdeles – mer enn 50 år senere – regner jeg dette som den største dag i mitt liv.

Landet var i ruiner etter fem års okkupasjon. Mange byer var bombet, en stor del av Nord-Norge var systematisk brent ned, og mange i befolkningen hadde vært gjennom svære lidelser. Sykehuse-ene var nedslitte, og vi manglet omtrent alt. Men vi hadde en ufattelig tro på fremtiden. Vi var den utvalgte generasjonen som skulle bygge Norges fremtid. De politiske partiene gikk sammen om et felles program for gjenreisningen av landet. Alt måtte gjøres fra grunnen av, og det gjaldt bare å arbeide. Det var mangel på alt – på materialer, på penger og på arbeidskraft. Men det var bruk for alle, og vi bygde landet opp igjen. Grunnlaget var en sosialdemokratisk ideologi om solidaritet, fellesskap og velferd.

Jeg begynte som lege i en fjordbygd på Vestlandet. Det var fattigdom, tuberkulose og poliomyelitt, men det var også optimisme og

Stockholm: FKFS Förlag, 1996

fellesskap. Alle sparte. Jeg hadde vært lege i ti år før jeg hadde råd til å kjøpe bil.

Vi fortsatte å arbeide, og i dag ser vi en ufattelig velstand. Reiser en rundt i Norge i dag, ser en velstelte gårder, nye hus, velkledde og friske barn – og to millioner biler. Alle sykehusene er bygget ut, og det er helsesentre i alle kommuner.

Men fra omkring 1970 – kanskje litt før – begynte noe å skje. Ingen likte det. Det bare kom av seg selv. Jeg sammenfatter disse trendene slik:

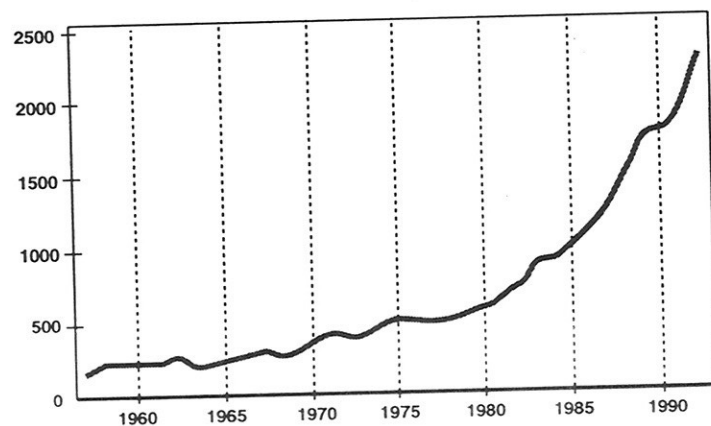
A. Økende trender:

- bruk av alkohol, narkotika, medikamenter
- kriminalitet, vold, mord
- selvmord
- skilsmisser
- misbruk av barn og kvinner, mobbing
- arbeidsløshet, uføretrygd, sosialtrygd
- bruk av helse- og sosialtjenester
- forventninger, krav, rettigheter

B. Synkende trender:

- solidaritet og fellesskap
- subjektiv helse og trivsel
- selvtillit og egenomsorg
- tradisjoner og religion

Figur 1. Etterforskede legembeskadigelser i Norge 1957-92. (Olaussen LP. Det Kgl. Norske Videnskabers Selskabs Forhandlinger-Trondheim 1994.)s



Figur 1 viser den nye utviklingen som startet omkring 1970. Det er tilsvarende utvikling i alle de industrialiserte land. Det er rimelig å oppfatte disse trendene som utilsiktede bivirkninger ved den raske økonomiske vekst. For meg som lege er ikke det noe merkelig, for jeg er vant til bivirkninger av medisinsk behandling, av og til er de til og med dødelige.

To tredjedels samfunnet har vokset frem som en del av denne utviklingen. Ingen har ønsket det, men det er vel riktig å si at vi har brukt alt for lang tid på å forstå alvoret. Det kan minne om pasienten som går og kjenner på en kul alt for lenge før han får vite at det er kreft.

To tredjedels samfunnet – definisjon

Før jeg definerer to tredjedelssamfunnet, må jeg si at alle menneskelige samfunn er organisert som hierarkier med sosiale klasser. De store forskjellene mellom klassene er utdanning, yrke, bolig, inntekt og muligheter for et aktivt og tilfredsstillende liv. Det norske samfunnet har selvfølgelig alltid hatt klasser, men nordmenn har mislikt det og hevdet at vi utgjør et homogent samfunn. Derfor har vi feid klasseforskjellene under teppet i vårt sosialdemokratiske velferdssamfunn. Klasseforskjellene er ganske sikkert større i mange andre land, men det er et faktum at de øker i de vestlige land, også i Norge. Denne utviklingen har vært tydelig i de siste 20-30 år.

Dette betyr at vi har fått et samfunn ingen egentlig ønsker. Grovt forenklet består det av to grupper:

- En majoritet som har det bra på alle måter, og den økonomiske utviklingen gjør at de får det stadig bedre.
- En minoritet som har det vanskelig, og utviklingen gjør at de får det vanskeligere. Denne minoriteten lider ikke fysisk nød, og den sulter ikke, men den lider likevel.

Minoriteten er en sammensatt gruppe. Noen er arbeidsløse, noen er kronisk syke eller funksjonshemmede, noen er enslige mødre, noen er innvandrere, noen er gamle. Som gruppe har de en del felles trekk som jeg summerer opp her:

- Mindre ressurser: utdanning, inntekt, arbeid, bolig, frihet
- Ofte dårlig helse og funksjon
- Ofte uheldig livsstil

- Oftere lavt selvbylde og selvtillit
- Oftere svakt sosialt nettverk og støtte
- Oftere reduserte muligheter til fysisk og kulturell aktivitet

Kanskje kan en i denne markedstenkningen tid gi den en felles merkelapp: "Lite attraktiv arbeidskraft".

Denne todelingen av befolkningen har fått flere navn. Det startet med 10-90 samfunnet. Så ble det 20-80 samfunnet, og nå snakker vi om 2/3-samfunnet. Jeg kan ikke gi en presis definisjon som skjærer gjennom gråsonen mellom majoriteten og minoriteten. Derfor kan jeg heller ikke gi nøyaktige tall, for tallene vil selvfølgelig avhenge av definisjonen, dvs av hvor en legger listen. Jeg føler at definisjonen er mer komplisert enn å fastsette en økonomisk "poverty level", fordi definisjonen avhenger av de tanker en gjør seg om både mekanismer og konsekvenser. For å forklare det, må jeg ta utgangspunkt i en helsemodell.

Men før jeg forlater definisjonen og de tallmessige konsekvensene av den, vil jeg si at jeg ser det som en viktig forskningsoppgave å beregne minoritetens størrelse ved forskjellige definisjoner. For noen år siden gjorde vi et tilsvarende regnestykke, nemlig å beregne hvor mange mennesker det var i den norske befolkningen som var "varig og vesentlig funksjonshemmet". Svaret var 770 000 eller knapt 18 % (1). Dette regnestykket har spilt stor rolle i den norske samfunnsdebatten.

Helsemodell

For å diskutere mekanismene for og konsekvensene av to tredjedels-samfunnet, tar jeg utgangspunkt i en helsemodell. Jeg gjør det, fordi jeg føler at den fanger inn menneskelivet på en forståelig måte. WHO's definisjon av helse er:

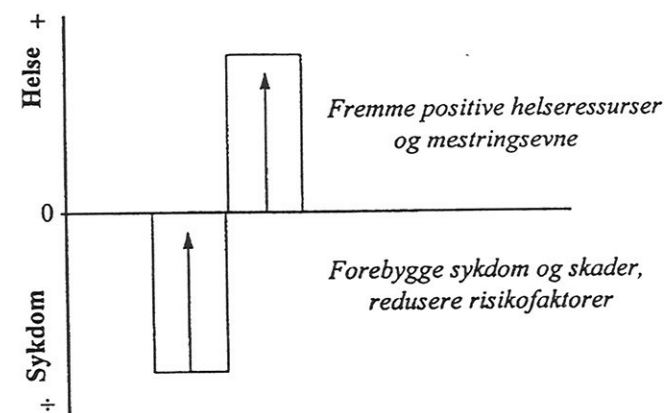
"Helse er ikke bare frihet fra sykdom, men fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende".

Denne definisjonen er velment, men utopisk, og den er ikke forenlig med livets realiteter. I de siste 20 år har jeg vært lege for meget gamle mennesker, og jeg har lært noe viktig. Jeg hører stadig pasientene si at de har hatt alvorlige sykdommer – tuberkulose, poliomyelitt, leddgikt og til og med kreft, men likevel holder de fast på at de har hatt god helse. Denne erfaringen ble bekreftet i den norske helseundersøkelsen (2). Her svarte en tredjedel av befolkningen ja på to

helt motsatte spørsmål. De sa: "Ja, jeg har et kronisk helseproblem", og de sa: "Ja, jeg er fornøyd med helsen". Det viser at mange mennesker ikke oppfyller WHO's definisjon, men de føler likevel at de har helse. Min definisjon av helse er derfor annerledes:

"Helse er evnen til å mestre og tilpasse seg til livets uunn-gåelige vanskeligheter: sykdom, funksjonshemming, ulykker, livsproblemer, konflikter og alderdom. Helse er overskudd i forhold til hverdagens krav".

Figur 2. En modell for sykdom og helse.



Jeg har utviklet denne definisjonen til en generell modell for helse og sykdom, se Fig. 2. Den vertikale skalaen starter nede i det negative – sykdom, passerer gjennom null – ikke syk, og fortsetter opp i det positive – helse. Denne tanken er ulogisk filosofisk sett, fordi det er et kvalitativt sprang ved null. Det er ikke et kontinuum mellom sykdom og helse:

- Under null er sykdom, ulykker og risikofaktorer – dvs medisinen og den kurative helsetjenestens domene
- Over null er de positive ressurser – styrke, vennskap, familie, kjærlighet – alt det som til sammen utgjør det gode liv.

Jeg føler at den logiske svakheten ved den kontinuerlige skalaen samtidig er modellens styrke, fordi den tvinger oss til å se helheten i menneskelivet – sammensatt av positive og negative faktorer. Den il-

lustrerer også den vanlige situasjonen med helse på tross av sykdom, en situasjon som ikke kan forenes med WHO's definisjon, men som passer med folks erfaringer.

Forskning viser også at modellen ikke er biologisk ulogisk, fordi det er biologiske broer mellom områdene over og under null. Det innebærer at positive ressurser over null reduserer mottakelighet og sårbarhet for sykdom. Mangler slike ressurser, øker mottakelighet og sårbarhet for sykdom. Både i nevrobiologien, endokrinologien og immunologien er det nå mulig å se slike broer. Jeg er overbevist om at forskningen vil styrke og utvide disse broene.

Det er viktig å analysere de positive helsefaktorene, dvs. det som ligger over null. Mine kilder for en slik analyse er utallige samtaler med gamle mennesker, over mange år. Her kommer min oppsummering av de viktigste "salutary factors", slik mine gamle pasienter og jeg ser dem:

- Personlige egenskaper – å ha håp og optimisme, et positivt syn på seg selv og en naturlig selvtillit.
- Trivsel og trygghet – å ha positive erfaringer og evne til å mestre livet.
- Sosialt nettverk og støtte fra familie, venner og naboer – å vite at en ikke står alene.
- Et positivt nærmiljø, å føle nærhet og tilhørighet, å gi og få støtte.
- Et kulturelt fellesskap – å kjenne sine røtter og verdier, å høre til i en kultur.
- En politisk tilhørighet – å delta i samfunnet og føle at en blir tatt hensyn til.

Disse inntrykk får støtte i mange vitenskapelige undersøkelser, kanskje særlig av Aaron Antonovsky som skapte begrepet "sense of coherence" på grunnlag av sine studier av jøder som overlevde konsentrasjonsleirene. De tre sentrale delene av dette begrepet er: "comprehensibility, manageability, meaningfulness". Det betyr at en må forstå livet, mestre det og finne mening i det (3).

Den enkle livserfaringen til mine gamle pasienter er at jo mer du har av positive ressurser over null i modellen, jo bedre klarer du å mestre problemer under null. Og de forteller meg de mest utrolige historier om hva de har mestret i livet sitt, dvs. helse på tross av sykdom.

Mekanismer

På dette grunnlaget er det lettere å forstå mekanismene bak to tredjedels samfunnet. Den sentrale drivkraften i utviklingen av samfunnet etter krigen har vært økonomisk vekst. Til å begynne med ble veksten styrt av samfunnet, først og fremst av sosialdemokratiet som så økonomisk vekst som midlet til å nå alle gode mål. Utbyggingen av elektrisk kraft var symbolet i Norge. "Kraft-sosialisme", kalte vi det. Senere, kanskje fra omkring 1980, har markedstenkningen overtatt. Vi tenker nå i markedsmekanismer og konkurranse. Sosialdemokratene har fulgt med, fordi de så at markedsøkonomien ga en større kake å dele. Derfor kom fordelingspolitikken i skyggen av vekstpolitikken.

Fra mitt synspunkt er det klart at jeg er takknemlig for veksten, både i samfunnet og i min egen lommebok. Men samtidig ser jeg at konkurranse nødvendigvis må produsere både vinnere og tapere. Vinnerne, spesielt de som vinner hele tiden, kommer seg opp og frem, mens taperne, spesielt de som taper hele tiden, går "nordur og nedur", som det heter på Island.

Jeg vil nevne ett eksempel på hva positiv støtte betyr. Det gjelder jødiske soldater som ble såret i 6-dagers krigen. Det viste seg ved etterundersøkelsene ti år senere at det ikke var skadens størrelse som avgjorde hvordan det var gått med dem, men deres egen styrke og den støtte de hadde fått (4).

Poenget er at en ikke må tenke statisk, fra én årsak til én virkning, som i dette tilfellet er utslagning, det å bli taper. En må se det som en dynamisk prosess som driver folk inn i en ond sirkel og etter hvert ned i en ond spiral, hvor årsakene skaper virkninger som ytterligere forsterker årsakene. Jeg tror at f.eks. arbeidsløshet hos ungdom kan virke på denne måten, fordi den ødelegger selvtillit og selvbylde.

Når jeg tenker på denne måten, synes jeg det er lettere å forstå det mysteriet som hjerte- og karsykdommer representerer. Det er vist i mange land – også i Sverige – at disse sykdommene er hyppigere i de lave sosiale klassene, som alle andre sykdommer også. Vi kjenner en serie risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer: høyt blodtrykk, høyt kolesterol, overvekt, røyking og fysisk inaktivitet. Alle disse risikofaktorene er skjevt fordelt i samfunnet og er hyppigere i de lave sosiale klassene. Men denne økningen i risikofaktorer forklarer bare tredjedelen av økningen i hjerte- og karsykdommer i de lave klassene,

som den berømte Whitehall-studien viser (5). Mysteriet er: Hva forklarer de andre to tredjedelene? Jeg tror forklaringen må ligge i resonnementet om de onde sirkler. Det å leve med lite håp, få gleder og få ressurser over null skaper sykdom under null. En amerikansk undersøkelse illustrerer dette. Den fulgte pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt. Etter tre år hadde de pasientene som både var ensomme og hadde "life stresses" en dødelighet på 16 %. De som bare hadde en av disse negative faktorene hadde en dødelighet på 5 %, og de som manglet begge negative faktorer hadde en dødelighet på bare 2 % (6).

Jeg har funnet støtte for disse resonnementene i en bok fra Kanada av Evans og medarb. (7). Jeg synes at dette er den viktigste boken som er kommet om 2/3-samfunnet. Budskapet er at små positive ressurser gir en generell, dvs. ikke sykdoms-spesifikk, sårbarhet som skaper grobunn for all sykdom. Derfor døde fattigfolk av tuberkulose i min barndom, mens de nå dør av hjerte- og karsykdommer.

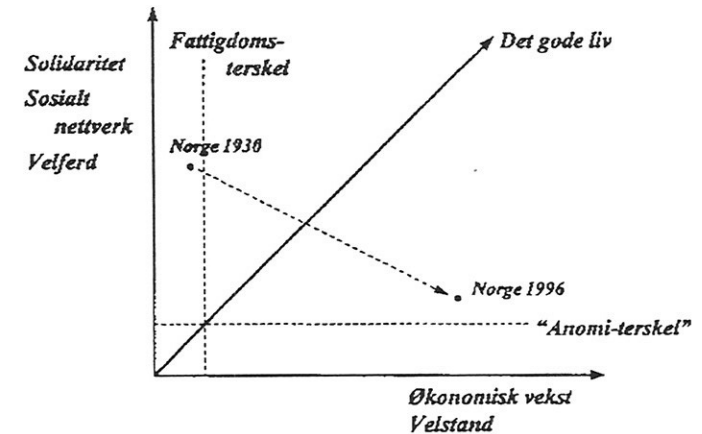
Det er en viktig forskningsoppgave å finne de mekanismer som ligger bak denne uspesifikke sårbarheten. Ett interessant forsøk på det er gjort på bavianer som lever i frihet i nasjonalparker i Afrika. De organiserer sitt samfunn i et sosialt hierarki, og sjefsbavianen har førsteretten til maten og til de unge hunnbavianene. Forskerne bedøvet hann-bavianene med piler, målte blodtrykk og stresshormoner og fant at sjefen hadde lavt blodtrykk og lavt nivå på stresshormonene. Underklasse-bavianene viste motsatte funn, og det viste seg også at stressreaksjoner varte mye lenger i de lave sosiale gruppene (8).

Jeg vil ta frem enda ett eksempel som jeg henter fra USA. Når en studerer dødeligheten i forhold til rase og sosial klasse, støter en på det som kalles "The Hispanic paradox". Det innebærer at hispanerne har vesentlig lavere dødelighet enn negerne, til tross for at de også lever i dårlige kår (9). Etter å ha arbeidet på sykehuset i Los Angeles ett år, tror jeg at forklaringen kanskje ligger i at negrene har vært undertrykket på en alvorligere og mye langvarigere måte enn hispanerne. Negrene har mistet håpet og det er katastrofalt. Det vet enhver doktor.

Når jeg nå tenker tilbake til den fantastiske optimismen som preget den norske befolkningen etter krigen, føler jeg både bitterhet og skuffelse over at drømmen ble borte. Vi har fått det rike samfunn, men ikke det gode samfunn vi drømte om. Ingen ville det slik, men

slik er det gått, og kanskje kan utviklingen illustreres som i Figur 3. Jeg tror at dette er mekanismen bak 2/3-samfunnet. Vi har fått en minoritet i samfunnet som lever med for lite håp og for lavt selvbylde, og det skaper en generell sårbarhet for sykdom. Jeg bør selvfølgelig understreke at det ennå gjenstår mye forskning før slike synspunkter er tilstrekkelig underbygget. Denne forskningen krever både samfunnsvitenskapelig, medisinsk og biologisk tilnærming.

Figur 3. De to vilkårene for det gode liv: økonomi og solidaritet. (Etter en idé av Jon Helge Dale 1993.)



Konsekvenser – medisinske

Jeg kommer nå til konsekvensene, og jeg starter med de vi kjenner best, nemlig de medisinske. Jeg kan gjøre dette avsnittet kort. For det første er disse konsekvensene godt kjent, og for det andre har jeg jo allerede streift dem.

De medisinske konsekvensene er økt sårbarhet for de fleste sykdommer og skader, spesielt hjerte- og karsykdommer, vold og ulykker, men også flere kreftformer og antakelig også infeksjonssykdommer. Mange forskere i mange land – også Sverige – har dokumentert et nesten monotont bilde: De lave sosiale klassene har økt forekomst av alle risikofaktorer og de fleste sykdommer fra hjerteinfarkt til AIDS. Og når de først er blitt syke, har de dårligere prognose. Jeg føler at denne strøm av nokså like forskningsrapporter etter hvert blir deprimerende. Vi er egentlig ferdige med denne deskriptive epide-

miologien. Det vi trenger nå, er neste trinn, dvs. en ny og fantasifull forskning som forsøker å klarlegge mekanismene. Dels ser jeg for meg en mer analytisk epidemiologi, og dels ønsker jeg meg kvalitative studier. Det er åpenbart store forskjeller innen klassene, ikke bare mellom dem, og jeg skulle ønske at noen forsøkte å fange inn slike forskjeller i kvalitative studier. Legene møter disse forskjellene i klinikken. Jeg viste ett eksempel om hjerteinfarktpasientene (6), og jeg ønsker meg mange slike studier – spesielt med kombinasjon av psykologiske og biologiske parametre.

Jeg vil også peke på en annen medisinsk konsekvens. Helsepersonellet må forholde seg aktivt, ikke bare til sykdommer, men også til personene som bærer sykdommene. Det betyr at en må finne ut hva slags person pasienten er for å nå frem til ham på hans egen hjemmebane. Dermed er vi inne i et stort nytt felt som er i ferd med å åpne seg, nemlig helse og kultur. Dette feltet er selvfølgelig viktig for den kurative medisin, men det er enda viktigere for det forebyggende og helsefremmende arbeid. Helsepersonellet har hittil vært tilfreds med – bokstavelig talt – å operere i området under nullstreken i helsemodellen. Der stiller de sine diagnoser og driver sin terapi på en imponerende måte. Nå må de lære seg å se over nullstreken også og spørre seg: Hva slags person er dette? Hva har han av positive ressurser? Hvordan kan vi støtte ham, så å si bygge ham opp over nullstreken? Dette er den store utfordringen i praktisk klinisk medisin, og jeg er engstelig for at den drukner i effektiviseringsbølgen. Vi har ikke tid til å holde på med slikt, til tross for at det antakelig er noe av det mest effektive en kunne gjøre i helsetjenesten.

Konsekvenser – økonomiske

Jeg vil også våge meg inn på økonomenes felt, for å si noe om de økonomiske konsekvensene av 2/3-samfunnet. Jeg har en grunnleggende tvil i meg om effektiviteten av konkurransesamfunnet, og denne tvilen vokser seg stadig sterkere. Jeg tror at markedstenkingen er god for bedriftsøkonomien, men at den har alvorlige svakheter som samfunnsøkonomi. Spesielt er jeg bekymret over to svakheter: Den er basert på sektortenkning, og den er kortsiktig. Dette fører til at helhet og langsiktighet prioriteres ned, og den skyver foran seg alle de kompliserte og kostbare problemer som ligger i 2/3-samfunnet.

Jeg vil gi ett eksempel som nylig gjorde et stort inntrykk på meg. Jeg var på en ungdomsskole for å drøfte forebyggende helsearbeid

med lærerne, og jeg holdt en konvensjonell helseopplysende forelesning. De sa at det ikke var det de var opptatt av. Deres problem var at de på denne skolen – som ligger i en av landets rikeste kommuner – hadde tyve umulige elever, som ødela skolen sosialt, pedagogisk og fysisk. De var alle gutter, kom alle fra skilte hjem, og hjemmene hadde gitt dem opp. Prognosen for en slik gutt er alvorlig. Det er fare for at han går fra skoletaper til arbeidsløs og videre til alkohol, stoff, kriminalitet og til slutt til sosial forsorg. En slik ungdom koster samfunnet enorme utgifter i løpet av livet – kanskje 20 millioner kroner eller mer. Dette må føres på regningen over utilsiktede bivirkninger, og det bekymrer meg at økonomene ikke interesserer seg for disse bivirkningene.

Det har slått meg at det stadig mer effektive produksjonsliv er avhengig av et offentlig apparat som fanger opp og tar seg av alle bivirkningene, alle konkurransesamfunnets tapere. Produksjonslivet kvitter seg med dem – uten fallskjermer. Men det offentlige kan ikke kaste dem overbord. Det offentlige høster ingen takknemlighet for denne innsatsen. Tvertimot, vi får bare høre at de offentlige utgiftene må ned.

Jeg har lest dusinvis av økonomiske rapporter, også noen svenske, som alle tar markedstenkingen som evige sannheter. Men jeg etterlyser et langsiktig totalregnskap for det samfunn den skaper. Jeg vil gjerne innrømme at det offentlige apparatet var blitt både stort og ineffektivt og at vi trengte et spark bak. Men markedsøkonomene – som legene – må hefte for sine bivirkninger, og jeg vil oppfordre økonomene til å legge frem de langsiktige beregninger. Vi er dessverre blitt vant til rettssaker mot leger pga. utilsiktede bivirkninger. Spørsmålet er om vi noen gang får tilsvarende rettssaker mot økonomer?

Dette var den emosjonelle delen av mitt innlegg, og jeg tror ikke forskere har vondt av følelser.

Konsekvenser – samfunnsvitenskapelige

Hva blir konsekvensene for samfunnsvitenskapene? Jeg har allerede nevnt behovet for kvalitative studier. Men jeg vil også si noe om en annen konsekvens, nemlig behovet for forskning om intervensjon, tiltak og forsøk. Forskningslitteraturen er sparsom på dette området. En god forklaring er at problemene er så komplekse. Dere kjenner selvfølgelig Aaron Wildavsky's 10-90 regel for helse: Bare ti prosent av helsen formes av helsetjenesten, resten formes av andre samfunns-

sektorer (10). Det fører til at en må forholde seg til så mange aktører: stat, fylker og kommuner i den offentlige og politiske sektor, hele den private sektor, alle organisasjoner og foreninger osv. Intervensjonen blir fort uoverkommelig, og dessuten tar selve intervensjonen så mye tid og kraft at det ikke blir noe overskudd til forskningen.

Likevel føler jeg at vi må drive intervensjonsforskning, spesielt i det forebyggende og helsefremmende arbeid. Jeg har lest om det prisverdige Kirseberg-prosjektet i Malmø (11), og jeg har selv i mange år strevet med et komplisert prosjekt for Helse-Kultur-Trygghet-Trivsel i Sogn og Fjordane fylke (12). Jeg ønsker meg en mer omfattende forskning på dette feltet. Vi trenger mer generell kunnskap om intervensjon: Hvordan bør den organiseres? Hvordan kan den evalueres? Hva er det mulig å oppnå? Hvordan får man varige resultater, etter at intervensjonsprosjektet er avsluttet?

Men vi trenger selvfølgelig også en serie spesielle prosjekter med konkrete mål, og jeg vil nevne ett eksempel fra Sogn og Fjordane prosjektet. Ett av målene var å redusere ulykker, og vi laget et omfattende registreringssystem for samtlige ulykker som krevde legebehandling eller sykehusinnleggelse. Ulykkene ble klassifisert etter årsak, og vi laget lokale kommunegrupper som skulle sørge for tiltak mot ulykker, basert på erfaringene fra registreringene. I noen kommuner lyktes vi. I den beste kommunen ble ulykkene redusert til en fjerdedel. Men vi oppdaget at slike resultater var avhengige av lokale ildsjeler, og jeg ønsker meg nå en ildsjelsforskning: Hvordan finner en ildsjeler, og hvordan hindrer en at de brenner ut?

Jeg ønsker meg at den samfunnsfaglige forskningen tar opp disse spørsmålene om intervensjon.

Konsekvenser – politiske

Det er klart at den moderne utviklingen radikalt har forandret politikken. Ett viktig trekk er desentraliseringen, samtidig som mange beslutninger iallfall delvis er tatt ut av politikernes hender. Arbeidsløsheten er vel et eksempel på det.

En annen viktig konsekvens er at store deler av den svake tredjedelen står utenfor politikken. Den deltar ikke i politikken, heller ikke ved valg, og den har få talsmenn. Derfor får vi en politikk som er god for majoriteten. Jeg skulle ønske at også dette problemet ble gjenstand for forskning.

Slutt

Jeg har nå sagt mitt, men til slutt vil jeg vende tilbake til der jeg startet. Det som gjorde at vi overlevde krigen og maktet gjenoppbyggingen var at befolkningen sto sammen for fellesskapet, og jeg må føye til – høytidelig – for fedrelandet.

2/3-samfunnet har forandret dette, vi er langt på vei mot det som amerikanerne kaller "The me first society". Jeg tror ikke det er noe godt samfunn og heller ikke et effektivt samfunn.

Jeg tror fremdeles på solidaritet og på at det i det lange løp lønner seg å bygge et samfunn for alle. Disse to ordene "for alle" er blitt sentrale for meg. Derfor liker jeg WHO's slagord "Health for all within the year 2000", selv om jeg i mørke stunder tror at realiteten blir "Health for all within 2000 years". Forskerne har også et ansvar for å hindre en slik utvikling. Jeg ønsker lykke til.

Referanser

1. Barth E. Funksjonshemmede i Norge. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 6-1987.
2. Statistisk sentralbyrå. Helseundersøkelse 1985. Oslo, 1987.
3. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass Publ., 1987.
4. Ben-Sira Z. Potency: a readjustment-promoting-link in rehabilitation of disabled persons. *Sociology of Health and Illness* 1989; 11: 41-61.
5. Marmot MG. Socioeconomic determinants of CHD mortality. *Int J Epidemiol* 1989; 18: 196-208.
6. Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1984; 311: 552-9.
7. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: de Gruyter, 1994.
8. Sapolsky R M. Stress in the wild. *Sc Am* 1990; 262 (1): 106-13.
9. Nickens HW. The role of race/ethnicity and social class in minority health status. *Health Serv Res* 1995; 30: 151-62.
10. Wildavsky A. Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy. *Daedalus* 1977 (Winter): 105-23.
11. Lindbladh E, Hanson BS. A critical analysis of different leadership approaches to community health work in Kirseberg, Sweden. *Health Promotion International* 1993; 8: 291-7.
12. Sogn og Fjordane fylkeskommune. Sluttrapport for Sogn og Fjordane prosjektet 1990-1995. Pb 423, 6801 Førde.