

**Peter F Hjort**

# Med närkontakt och fågelperspektiv på folkhälsan

**V**i är många i Norden som under åren lyssnat koncentrerat när prof Peter F Hjort stått i talarstolen. Systematiskt har han benat upp problem och analyserat orsakerna till hälsa och sjukdom i vid bemärkelse. Han har en lång och skiftande karriär att se tillbaka på, men nu, vid nära 70 års ålder, startar han en ny fas i sitt liv med att bygga upp geriatrik forskning vid universitetet i Tromsø. Vem är han egentligen, mannen med de glasklara åsikterna, det blida leendet och intensivblå ögonen?

Idealist och pragmatiker, säger någon. Analytiker och systematiker, säger en annan. En av våra främste hematologer. Hälsoprofet, men inte fanatiker. Han har gjort mycket för norsk läkarutbildning. Cykelfantast, suckar en mer flegmatisk kollega. Ledande inom nordisk samhällsmedicin. Inspirerande ledare. Lite för mycket scout, anser någon. Men vi känner honom egentligen inte.

Han är född i Oslo mars 1924 och tog sin läkarexamen vid Oslo Universitet 1950, står det i Curriculum Vitae, som han – systematiskt nog – ger mig när vi träffas på hans tjänsterum på Statens Institutt for Folkehelse på Geitmyrsveien i Oslo. Jag vill ju gärna veta vad som står emellan raderna och har på känn att några av de 26 år, som sammanfattas i den första meningen, var dramatiska.

## Respekt för människan

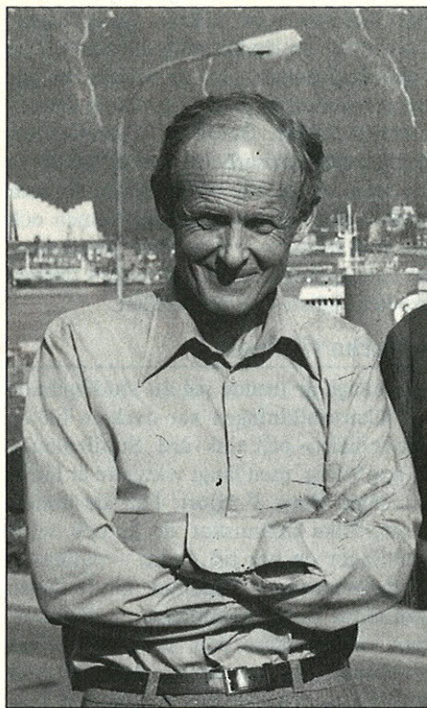
– Ja, medger han. Som så många andra unga män flydde jag under kriget för att kunna ta aktiv del i kampen, men blev stoppad i Sverige och flykting 1943. Jag började läsa medicin vid Karolinska Institutet i Stockholm. Så småningom bildades de norska polititroppene i Sverige, där jag blev sergent. Jag var den ende studenten och östlänningen och lärde mig mycket om livet och människorna. Framför allt respekt för andra. Det är tex inte alltid den man tror som visar mest mod när det verkligen gäller.

## Författare

### Eva Oldinger

NM-redaktionen, intervjuade prof Peter F Hjort, Avd för samfunnsmedisin, Statens Institutt for Folkehelse, Geitmyrsveien 75, N-0462 Oslo.

Nord Med 1993; 108:263–5.



*Tvårvetenskaplig forskning om äldre byggs upp i Tromsø, dit Peter F Hjort återvänder nästa år.*

Efter kriget och läkarstudierna i Oslo skrev han sin medicinska avhandling 1957 och fick ett stipendium för att studera hematologi vid University of Washington och vid Brookhaven National Laboratory i USA 1957–1958.

– Det var i USA jag blev socialist. I Seattle, där jag bodde, fanns många utvandrare norrmän, så många att man nästan klarade sig med norska. Många arbetade som fiskare och flera levde i stor misär. De hade inte råd med försäkringar och kunde inte betala för tex läkarvård. Jag hade ju vuxit upp i ett tryggt advokathem med sex syskon och detta var första gången jag verkligen upplevde de stora orättvisorna i samhället. Tiden i USA har kommit att prägla mycket av mitt senare arbete.

## Hemofilimodellen

1959 återvände Peter F Hjort till Oslo och blev chef för den kliniska hematologiska avdelningen vid Rikshospitalet och biträdande professor i medicin. Efter specialisering i internmedicin och ett år som visiting professor vid University of Southern California blev han 1969 professor i medicin (hematologi) vid Oslo Universitet.

– Jag ägnade mig intensivt åt forskning, men slogs ofta av att de unga hemofiliker-na levde ett så bedrövt liv. De hade svåra och återkommande blödningsepisoder och hade lärt sig att behandling inte lindrade särskilt mycket. Deras leder och tänder var i dålig kondition och de flesta fick knappast utbildning eller arbete. På grund av risken för blödning hölls de hemma från skolan under långa perioder. Deras självrespekt och framtid krossades av sjukdomen och de levde ofta ensamma med sina problem. Vi hoppades på ett medicinskt genombrott, men insåg att vi behövde öppna en andra – humanitär, social och politisk – front. 1966 startades Forening for blødere, den första patientföreningen i Norden.

Hemofilimodellen kom att bli mönsterbildande och något att sträva efter även för andra handikappgrupper.

Den bestod av fyra delar: Den första var en egen avdelning på Rikshospitalet för hemofiliker, där speciella team samarbetade kring kliniska problem inklusive ortopedisk kirurgi, tandvård etc. Den andra var forskning inom alla aspekter av hemostas, tex antikogulantterapi. Den tredje var ett institut för hemofili, som arbetade med alla praktiska problem kring sjukdomen, inklusive utbildning av föräldrar och patienter. Pojkarna fick i början bo och utbildas där. Socialarbetare och sköterskor tränades senare att göra hembesök även till avlägset belägna hem och bygga upp lokala arrangemang för vård och utbildning, vilket hade stor betydelse för pojkarna. Sommarläger ordnades för ungdomarna och blev en inspiration. Den fjärde delen var hemofiliföreningen, som drivs av patienterna och deras familjer och som fungerar som ett viktigt socialt nätverk och stöd. Idag är situationen helt annorlunda för blödarsjuka.

## Studieplanen i Tromsø

Så kom 1968, ett år av omvälvningar. Man ville stärka Nordnorge och Stortinget beslöt att bygga ett universitet i Tromsø. Harlemkommissionen hade förordat en medicinsk fakultet där.

– Jag var djupt engagerad av hematologin, men tillfälligheter har spelat stor roll i mitt liv, säger Peter F Hjort. Vid universitetets årsfest ombads jag hålla huvudföreläsningen och valde att prata om framtidens utbildning av medicinare. Jag blev senare ombedd att göra en studieplan för



en medicinsk fakultet i Tromsø. Detta var mycket kontroversiellt. HelseDirektoratet och den medicinska fakulteten i Oslo ansåg att det var omöjligt, och vid röstningen i fakulteten var jag den ende som röstade för. Frågan diskuterades livligt också i Tidsskrift for Den norske Lægeforsening (där Peter F Hjort för övrigt ingick i redaktionen). Jag tror allt motstånd ökade min lust att försöka! Jag pratade med familjen, som gav mig sitt stöd och 1969 började vi.

Alla vet hur det gick. Tromsø fick en helt ny medicinarutbildning där biologiska, kliniska och samhällsmedicinska ämnen integrerades under hela studietiden. Forskning blev en viktig del. Studenterna fick kontakt med patienter redan från första dagen av studierna och man bröt ner gränserna mellan sjukhusmedicin och helsetjenster genom samarbete med allmänpraktiker och små sjukhus utanför universitetet.

### Klart huvud och varmt hjärta

Studieplanen inleds med ett citat av *William Osler*: "Legen trenger både et klart hode og et varmt hjerte".

Jag har varit intresserad av två kontrasterande huvudlinjer och hur läkare lyckas smälta samman dem, säger Peter F Hjort. Den ena är den medicinska vetenskapens verklighet – en abstrakt, teoretisk värld som rör sig om sjukdomars orsaker, mekanismer, diagnos, prognos och behandling. Detta är faktiska kunskaper som studenter kan lära sig. Den andra är sjuka människors värld och det är här läkarkonsten kommer in. Här gäller det kvalitativ förståelse, mänsklig inkaning, syntes och helhetssyn. Denna del är varken logisk eller rationell och bygger på tyst kunskap som inte kan doseras och läsas in. Detta lär man sig via praktiskt arbete, helst i ett lärlings-mästar-förhållande under lång tid.

Jag tror det är konkurrens mellan dessa världar och de värdesystem de står för. Den vetenskapliga medicinen har haft enorm framgång under senare år. Snart kan vi läsa den genetiska koden och också rätta till felen. Specialisering har varit en förutsättning, och idag uppfattar sig de flesta inremedicinare sig som grenspecialister eller organspecialister, något som radikalt ändrat medicinens praxis.

Min morfar var professor i invärtesmedicin. Han var specialist på sjuka människor. Det var hans stolthet och gav honom hans position. Med specialiseringen har vi förlorat en del av helhetssynen och kontinuiteten som fanns förr och trots att vi blivit skickligare på att behandla sjukdomar har det skett en radikal nedgång i läkarnas och skolmedicinens position, påpekar Peter F Hjort.

Under vårt århundrade har sjukdomspanoramata ändrat sig dramatiskt. Patienterna har blivit mycket äldre – pensionä-

erna använder nu ca hälften av sjukvårdens samlade resurser. Kroniska sjukdomar och funktionshämningar har blivit viktigare. Ungefär 17 procent av befolkningen har en långvarig och väsentlig funktionshämning och över 80 procent av patienterna på internmedicinska avdelningar har en – ofta flera – kroniska sjukdomar. Psykosociala sjukdomar ("Samsjukdomar") och muskel- och skelettsjukdomar har blivit de vanligaste sjukdomarna i befolkningen. Många läkare klagat över att de använder alltför mycket tid på "banala problem". De är viktiga för patienterna men är mer livsproblem än medicinska frågor. Detta har förändrat det dagliga sjukvårdsarbetet. Det är lätt att se att det är en ökande klyfta mellan det som upptar den vetenskapliga medicinen och det som plågar och bekymrar befolkningen och upptar en stor del av det dagliga arbetet i hälso- och sjukvården.

### Lärarna viktigast!

I många år trodde jag att studieplanen för läkarutbildningen var nyckeln till en bättre hälso- och sjukvård. Studieplanen är nog viktig, men långt viktigare är lärarna, säger Peter F Hjort. Hur de undervisar, vilka människor de är och vilka hållningar de har till andra – patienter, medarbetare och studenter. Goda lärare kan rädda en dålig studieplan – dåliga lärare kan ödelägga den. Lärarna har två huvuduppgifter, att undervisa och att vara roll-modeller. Det är tre saker som är viktiga: Tid – minst flera månader. Nära relationer – yrkesmässiga och mänskliga i ett lärlings-mästar-förhållande samt överföring av tyst kunskap genom exemplets makt. Den kliniska undervisningen måste få liv och status!

Peter F Hjort var formen i interimsstyret vid den medicinska fakulteten i Tromsø i fem år (därav rektor för universitetet ett år). Det stormade åtskilligt – inte bara från Atlanten – och han blev mer och mer intresserad av medicinens roll i samhället. Så inträffade två saker.

### Hur stod det till med folkhälsan?

Nasjonalforeningen for folkehelse (den tidigare Tuberkuloseforeningen) med 160 000 medlemmer och 1 500 lokalföreningar behövde en formen.

Att jag påtog mig det innebar att jag måste resa en hel del och fick möta ryggraden i norska folket: de allmänt kloka, medelålders husmödrarna utan lång utbildning. De bekymrade sig t ex över att självmorden ökade bland ungdomen och att folk mädde dåligt utan att vara egentligt sjuka. Det fick mig att intressera mig för förebyggande hälsovård, t ex fysisk aktivitet och hälsa (det blev senare en bok om det). Det fick mig också att inse hur samhälle, samliv och samarbete påverkade människors hälsa, det jag kallade "samsjukdomar" och som hälso- och sjukvår-

den var alltför lite engagerat i. Peter F Hjorts *Ti bud for helse* (när AIDS-epidemin kom blev det Elve bud), kom att spridas i hela Norden (*Figur 1*).

Jag fick i Tromsø också intresse för hälsoekonomi, hälso-personal, planering, prioritering, evaluering och filosofin bakom detta. Dessa områden utgör stora utmaningar för hälso- och sjukvården och måste lösas inom dess ram. Vi behöver veta vad vi gör. Jag hade agiterat för forskning kring dessa frågor och blev 1976 erbjuden av det medicinska forskningsrådet att leda en enhet för hälso- och sjukvårdsforskning (Helsetjenesteforskning). Så jag gav bort mina hematologiböcker. Hälso- och sjukvårdsforskning blev mitt nya liv.

### Pressfaktorer inom hälso- och sjukvården

När jag började arbeta 1950 var vi 3 000 läkare i Norge och sjukvården var nedsliten. Uppgiften var att bygga upp en offentlig sjukvård som var bra, effektiv och rättvis. En äldre kollega sa: Vi har jo JSF-programmet (*Jobb som fan*). Det fungerade också under den ekonomiska tillväxtens dagar. Omkring 1980 började kurvorna vända, men vi har byggt in en rad pressfaktorer som kräver ökade resurser:

Demografin pressar på. Pensionärerna använder ca hälften av resurserna och andelen människor över 80 år ökar med 1 procent per år. Sjukdomspanoramata är förändrat. De medicinska framstegen har varit betydande. Vi har ökade krav på förnyelse både bland personal och när det gäller utrustning och byggnader. Demokratiseringen ökar, vi har fått patienträttigheter och människors förväntningar och krav har stigit. Men det är inte troligt att de ekonomiska resurserna till sjukvården kommer att öka.

### Sju problem för folkhälsan

Det finns sju stora problem för folkhälsan, som jag ser det, sammanfattar Peter F Hjort:

Vi är på väg att få ett 20–80 samhället, dvs att ca 80 procent av människorna både mår bra och har det bra, medan 20 procent får ökande problem med hälsa, arbete och levnadsomständigheter. Hälso- och sjukvården har ansvar för förlorarna, men det kommer att leda till ökande motsättningar mellan samhället och individerna.

Vilka gränser skall vi ha inom hälso- och sjukvården? Vilket ansvar har vi för människor i livets olika skiften? Hemtjänsten kan t ex inte lösa alla problem för äldre sjuka. Vi behöver vara människors "advokater", eftersom ingen annan instans kan ta hand om dem och påverka vad som sker i samhället, t ex till följd av arbetslöshet, utstötning och skilsmässor. Och jag har ändrat mig när det gäller privatvård. Människor har idag råd att betala för vissa "småproblem", typ kosmetisk



kirurgi. En privatisering av delar av sjukvården bör dock ske med omtanke och försiktighet.

○ Hur stor del av BNP bör gå till hälso- och sjukvård och hur prioriterar vi inom de ekonomiska ramar vi har?

○ Utvecklingen ställer också ökade etiska krav. Fram till 1965 gällde läkarettiken främst läkar-patientrelationen enligt Hippokrates' regler, men sedan har samhällsperspektivet och prioriteringskonflikterna kommit till. Vi måste väga sjukdomarna mot nyttan av behandlingen – och det involverar både läkare, filosofer, befolkning och deras politiska representanter. Vad som händer med arbetsmoralen och engagemanget inom hälso- och sjukvården under en marknadsekonomi, bekymrar mig också mycket.

○ Det förebyggande arbetet måste få större betydelse. Här väntar sannolikt

konflikter mellan individens, samhällets och hälso- och sjukvårdens ansvar för hälsa och sjukdom.

○ Arbetsfördelningen inom hälso- och sjukvården behöver diskuteras. Alla kan inte göra allt lika bra. Vi har i Norge haft en grupp som studerat hur de högspecialiserade tjänsterna bäst kan ges. Vi kom fram till att för att kunna ge bästa möjliga kvalitet bör ett 20-tal tjänster förläggas till nationella kompetenscentra, t ex diagnostisering av medfödda muskelsjukdomar till Tromsø. För några sällsynta sjukdomar kanske nordiska kompetenscentra är mest relevant.

○ Dialogen mellan hälso- och sjukvårdspersonal, befolkning och media måste förbättras så att vi använder resurserna förnuftigt. Det innebär att hälso- och sjukvården talar om vad den kan och inte kan göra och att människor inspireras att

diskutera både vad de själva kan göra för hälsan och hur vi skall prioritera inom sjukvården.

## Hälso- och sjukvårdsforskningen framöver

– De uppgifter som helsetjenesteforskningen står inför framöver är att evaluera och se vilka resultat vi når, att förbättra organisationen, att arbeta med utbildning av personalen och slutligen se den ekonomiska verkligheten i ögonen, anser Peter F Hjort.

Sedan 1981 finns Seksjon for Helsetjenesteforskning vid Statens Institutt for Folkehelse. Det finns idag drygt 20 forskare (läkare, ekonomer, samhällsvetare och statistiker) och annan hälso-personal. De större forskningsprojekten har rört utvärdering av åldringsvård, vård av terminalt sjuka, regionala skillnader inom hälso- och sjukvården, hälso- och sjukvårdsplanering, effektivisering av kirurgin och sociala skillnader vad gäller hälsa samt hälsoekonomi.

## Mjøsa runt

Cykeln står parkerad på gården. Den är inte bara ett medel för transport till och från arbetet (1,5 mil varje dag) – den är en passion.

– Jag har cyklat i alla år, berättar Peter F Hjort, och jag tänker inte ge upp det i Tromsø. Jag deltar gärna i de olika "turritter" (mellan 5 och 54 mil . . .) som ordnas på landsvägarna i Norge t ex "Mjøsa runt". Och nästa sommar blir det också en cykeltur på Sjælland med min hustru Tone för att fira vår 50-åriga kärlek. Vi träffades när hon var 17 och jag 19 år. Hon är en mycket viktig person i mitt liv. Vi har fyra barn (ingen är läkare, men den äldste sonen leder Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, paraplyorgan för Norges nu 44 patientföreningar) och flera barnbarn.

## Nytt blad

Vid sidan av hälso- och sjukvårdsforskningen har Peter F Hjort i 15 år varit läkare vid ett geriatriskt sjukhem i Oslo för att ha kvar kontakten med patienterna. Från nyår kommer han att ägna sig åt geriatrisk forskning vid Universitetet i Tromsø.

– Det har varit svårt att få fart på den geriatriska forskningen i Norden, säger han. Jag glädjer mig åt att få forska om åldrandet och äldre människors situation och om vilken hälso- och sjukvård vi bör ha under livets slutfas. Det blir tvärvetenskaplig forskning. Några av de områden jag skulle vilja studera närmare är hur människors självbild skiftar under livet och varför blodtrycket ökar hos vissa men inte hos alla äldre. men det finns många aspekter på åldrande, som vi behöver veta mer om!



Figur 1.