

161.

DET
KONGELIGE
NORSKE
VIDENSKABERS
SELSKAB

FORHANDLINGER

1980

SÆRTRYKK

PETER F. HJORT

Helse — en rett og et ansvar



UNIVERSITETSFORLAGET

TRONDHEIM • OSLO • BERGEN • TROMSØ

DET
KONGELIGE
NORSKE
VIDENSKABERS
SELSKAB

SKRIFTER

Editor

Olaf I. Rønning, The Royal Norwegian Society of Sciences and Letters, Universitetet i Trondheim, Norges lærerhøgskole, Rosenborg, 7000 Trondheim, Norway

Publisher

Universitetsforlaget, P.O. Box 2977, Toyen, Oslo 6

Manuscript address

Manuscripts conforming with the rules on page 3 of this cover should be addressed to the Editor.

Business address

Communications regarding accepted manuscripts, orders of reprints, subscriptions etc. should be sent to the Publisher.

Distribution offices

NORWAY

Universitetsforlaget, P.O. Box 2977, Toyen, Oslo 6

UNITED KINGDOM

Global Book Resources Ltd., 109 Great Russell Street, London WC 1B 3ND

UNITED STATES and CANADA

Columbia University Press, 136 South Broadway, Irvington-on-Hudson, New York
10533

Helse — en rett og et ansvar

PETER F. HJORT

Foredrag på Høytidsdagen 26. februar 1980

Dette foredraget er naivt, subjektivt og ufullstendig. Temaet ligger i skjæringspunktet mellom flere store tankeområder — medisin, psykologi, filosofi, sosiologi, jus og økonomi. Foredraget er naivt, fordi jeg er vant til å tenke som medisiner og bare er en interessert amatør på de andre feltene. Det er subjektivt, fordi jeg likevel forsøker å formulere meninger. Og det er ufullstendig, fordi temaet er så omfattende.

Jeg har bygget foredraget opp slik at jeg starter med individet og går videre til stadig større grupper. Men først må jeg gjennom en lang innledning som drøfter grunnbegrepene helse og helsetjeneste.

1. HVA ER HELSE?

Dette enkle spørsmålet har ikke noe enkelt svar, og allikevel er svaret grunnleggende både for menneskenes helse-adferd og for utbyggingen av helsetjenesten og samfunnet.

La oss først se på det negative helsebegrepet: helse er det motsatte av sykdom. Dette varet er logisk, men det bare flytter problemet, for hva er sykdom? Jeg vil begrense meg til to grunnleggende sykdomsbegrep, og jeg må ty til det engelske språk for å klargjøre dem (se Stacey 1977).

Det ene sykdomsbegrepet er «disease», som vel er identisk med vårt ord «sykdom». Det forutsetter at sykdom er en feil i organismens funksjon, og feilen skyldes som oftest en årsak som rammer utenfra. Den kan lokaliseres til ett eller flere organer, og sykdomsprosessen kan forstås ut fra det tankesystem som medisinen har bygget opp gjennom århundre. Ett håndfast uttrykk for dette systemet er WHO's internasjonale klassifikasjon av sykdommer — en bok med ca. 8 000 diagnoser (WHO 1965). Det forutsetter at en deler opp, klassifiserer, systematiserer og bryter livsprosessene ned i sine enkelte komponenter. Reduksjonisme — kaller filosofene denne arbeidsmåten (Berg 1973).

Medisinen er revet med av sin egen suksess og oppretter stadig nye institutter og spesialiteter — for eksempel institutt for molekylær biologi og spesialiteter som bare angår én enkelt sykdom. Suksessen har vært utrolig — for eksempel er infeksjonssykdommene praktisk talt forsvunnet fra dødsstatistikken. Både leger og legfolk tar dette som bevis for at medisi-

nens tankegang og arbeidsmåte er riktig. Det fins nok kritikere som taler nedsettende om legenes primitive "maskinfelttankegang", som leder til overfladisk reparasjonsvirksomhet. Men kritikken har hatt liten gjennomslagskraft og innflytelse på helsetjensten.

Det andre sykdomsbegrepet er «illness». Det sier noe om medisinen innflytelse at vårt språk mangler ord for dette begrepet. Vi må skrive det om og si at «illness» er det å føle seg syk. Engelskmennene kan dekke begge begrep ved forskjellige uttale av samme ord: *disease* og *disease*.

«Illness» er følelsemessig forankret. Derfor er det knyttet til individer og ikke til grupper, slik begrepet «disease» er. Det er også knyttet til hele individet, ikke til organer eller enzymssystem. Det kan derfor ikke brytes ned i enkeltkomponenter og klassifiseres, og derfor er det utilgjengelig for analytisk tankegang. Filosofene kaller det et holistisk begrep i motsetning til medisinen reduksjonistiske «disease»-begrep (Berg 1973). Det er mer omfattende enn det i det vesentlige legemlig forankrede «disease»-begrep, og det har viktige psykologiske og sosiale komponenter. Det er lett å forklare begrepet for folk som har opplevd sjøsykens kvaler — og denne diagnosen forekommer ikke i WHO's klassifikasjon.

La oss så se på det interessante i denne diskusjonen — relasjonen mellom de to begrepene. Det er klart at de delvis dekker samme tilstand, fordi syke folk oftest føler seg syke. Men de er ikke identiske, for en kan godt være syk uten å føle seg syk, og en kan føle seg syk uten å være syk.

Viktigere er allikevel at de to begrepene står for helt forskjellige tilnæringsmåter. «Disease» krever en terapeutisk intervensjon, men «illness» krever støtte, trøst, oppmuntring og mobilisering av de helbredende krefter i individ og miljø. «Disease» krever en lege, «illness» trenger en mor. Tar en dette ett skritt videre, kan en si at «disease» setter sin lit til skolemedisinen, mens «illness» trøster seg til alt annet — fra kvakksalvere til naturmedisinere.

Selvfølgelig burde det ikke være noen motsetning mellom disse to begrepene, og kloke leger har alltid forstått problemstillingen. Men skolemedisinen har en tendens til å overse «illness». Det fører til at folk hugger asketrærne og reiser opprørsfanen mot skolemedisinen. Derimot faller det dem aldri inn å redusere bevilgningene til sykehusene. Folk er kloke nok til å satse på begge deler.

La oss nå se på det positive helsebegrepet. De fleste føler at frisk er mer enn bare ikke-syk, og de føler vel også at frisk omfatter mer enn bare den legemlige tilstand. Slike overveielser ledet WHO i 1946 — påvirket av menneskenes lidelser i den annen verdenskrig — til å formulere sitt kjente helsebegrep:

«Helse er ikke bare frihet for sykdom og svakhet, men fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære.»

Dette begrepet er motstykket til ikke bare «disease», men også til «ill-

ness». Det er blitt lovprist av mange, selvfølgelig også av leger som her har fått hjemmel for alle krav om utbygging av helsetjenesten. Det er kritisert av mange, fordi medisinene i lys av denne definisjonen kan bygge ut en gigantisk helsetjeneste som gjør krav på å ivareta alle menneskers problemer, men på medisinsens premisser. «Helseimperialisme» er deres slagord, og Ivan Illich krever at det må bli slutt på det han kaller medikaliseringen av samfunnet (Illich 1975). WHO's helsebegrep var en fane i etterkrigstiden, men er blitt en hodepine for de politikere som opplever de budsjettmessige konsekvenser av utopien «fullstendig velvære». For å illustrere problemet, nevner jeg at Sander (1976) fant at 48% av pasientene ved medisinsk avdeling, Kirkenes sykehus, ikke hadde reell nytte av oppholdet.

Mange har derfor lett etter bedre definisjoner. Ole Berg, som har arbeidet lenge og grundig med disse problemene, legger hovedvekten på evnen til å arbeide og fungere under skiftende forhold, og han definerer helse som «functional fitness» (Berg 1973, 1975). Jeg synes denne definisjonen tar vare på noe vesentlig ved å peke på det dynamiske i menneskenes liv og på behovet for å fungere i samfunnet, i motsetning til WHO's både statiske og ekstatistiske «fullstendige velvære». Ivan Illich — opprørets profet — har lignende tanker om helse som en stadig tilpasningsprosess, men han understreker også menneskenes eget ansvar.

Helse er ikke noe en får — hverken av Vår Herre eller velferdsstaten, men en oppgave, en jobb og et ansvar (Illich 1975). Han hevder at medisinen er skadelig, fordi den bryter ned menneskenes eget ansvar og deres evne til selv å mestre sykdom, smerte og død.

Skulle jeg forsøke å sammenfatte alt dette i en kort definisjon, vil jeg si at helse er overskudd i forhold til hverdagens krav.

2. HVA ER HELSETJENESTEN?

Helsetjenesten avspeiler både samfunnets helsebegrep og den vekt folk legger på helsen.

Størrelsen er det mest påfallende trekk ved helsetjenesten. Den er vokset til samfunnets største organisasjon med over 100 000 ansatte og 18 milliarder kroner i driftsbudsjett. Målt i sysselsetting beskjeftiger den 6% av alle arbeidstakere — og enda viktigere — den tar ca. 25% av alle nye arbeidstakere her i landet. Målt i penger, omsetter den vel 7% av brutto nasjonalprodukt og viser fortsatt raskere vekst enn de fleste andre samfunnssektorer. Den står for en større andel av brutto nasjonalprodukt enn alle primærnæringene til sammen.

Det er minst 4 grunner til at den vil fortsette å vokse. For det første er det neppe politisk styrke til å stoppe den, selv i vår nåværende økonomiske situasjon. For det annet må den vokse, selv om målet skulle reduseres til bare å holde dagens kapasitet og standard, fordi den eldre delen av befolkningen øker. For det tredje går alle utdanningsinstitusjonene for fullt, og vi har en betydelig netto tilgang på alle helseprofesjoner. For

eksempel får vi 300 ekstra nye leger hvert år, og ingen politiker har mot til å la helsepersonell gå arbeidsledig. For det fjerde vil nye medisinske fremskritt kreve fortsatt vekst og spesialisering, jfr. for eksempel hjerte-kirurgien.

Helsetjenesten kan beskrives som et system av 3 bokser. Den første er primærhelsetjenesten, som beskjeftiger ca. 1600 primærleger (distriktsleger og almenpraktiserende leger) og ca. 5000 syke- og hjelpepleiere i hjemmesykepleien. Denne tjenesten tar hånd om alle førstekontakter med helsetjenesten — ca. 10 millioner om året — og løser over 90% av problemene selv. Tjenesten seiler i sterk verbal medvind for tiden. Den andre boksen er sykehusene med ca. 23 000 senger, vel 4000 leger og 1/2 million innleggelseser om året. De er høyt spesialiserte, teknisk kompliserte og meget kostbare institusjoner som er bygget opp for å ta hånd om akutte sykdommer og skader. De har vært favorisert etter krigen og har gjennomgått en storstilet om-, på- og utbygging. For eksempel vil det nye regionsykehuset i Tromsø bli Norges største hus og koste over en milliard kroner. Selvsagt blir det også byens største arbeidsplass og skattekilde. Den tredje boksen er pleie og omsorg, hele den virksomheten engelskmennene kaller «the Cinderella services». Denne boksen er delt i omsorger for de gamle, de psykisk utviklingshemmede, de psykisk syke, alkoholister, epileptikere og en del andre mennesker med kroniske sykdommer og handikap. Det er skjedd en kraftig vekst her også. For eksempel har vi bygget ut sykehjemmene i løpet av få år, og vi har nå flere sykehjemsplasser enn sykehusplasser. Allikevel er det en klasseforskjell mellom sykehusene og pleiesektoren. Det understrekes av Tab. 1.

Tab. 1. Ressursfordeling mellom sykehus og sykehjem, Norge 1977

	Alminnelige sykehus	Somatiske sykehjem
Senger	20 227	23 973
Leger		
heltid	3 266	20
deltid	165	246

Helsetjenestens ideologi er preget av «disease»-modellen og dens reduksjonistiske tankegang. Den har en evne til å forsterke seg selv gjennom daglige erfaringer. Helseprofesjonene vet at de kan stanse blødninger, kurere infeksjoner, fjerne svulster, osv. De ser seg selv som høyt spesialiserte og effektive problemløserne. Den eneste betingelsen er at problemene kan defineres innenfor rammen av «disease»-modellen. Det store problemet er at mange problemer *ikke* kan defineres innenfor denne rammen, men slik «illness»-modellen definerer dem. Hele den store gruppen av pleiepasienter har nok «disease»-problemer, men først og fremst har de «illness»-problemer som er uløselige etter «disease»-model-

len. De er bare pleiepasienter, heter det i sykehusterminologien, og i det lille ordet «bare» ligger det en avgrunn.

Intervjuer en folk om hvordan det er med dem på én bestemt dag, oppgir ca. 50% at de har en sykdom (Helseundersøkelsen 1975). Storparten ordner de med selv eller søker primærleger for (White et al. 1961, Helseundersøkelsen 1975). Det er vesentlig at de møter en primærlege som kjenner dem og deres liv, familie og virksomhet, en primærlege som kan gi støtte og oppmuntring og — særlig viktig — trygghet for at det ikke er noe mer alvorlig. Denne trygghetsfunksjonen er etter mitt skjønn spesielt viktig, og jeg vil illustrere den med et eksempel fra min første jobb som assisentelege hos distriktslegen i Gloppen. Vi ble oppsøkt av en ung pike som var litt engstelig for hjertet sitt. Han undersøkte henne — overfladisk syntes jeg — og avleverte så følgende dom: «Dette betyr ingen ting. Moren din hadde det samme i din alder». Pasienten forlot kontoret glad og helbredet for kr 10,—. Min plan med røntgen, EKG og spesialisthenvisning til Bergen ville kostet kr 1000,— og antakelig gitt henne varig angst for hjertet.

Det er lett å se tre følger av alt dette. Den ene er folks «hat-kjærlighets-forhold» til helsetjenesten. Den andre er kostnadsspiralen, og den tredje og viktigste er at hele systemet er sementert fast og immunt mot nye og forstyrrende tanker.

3. INDIVIDETS RETT OG ANSVAR

Nå — nesten ved halvgått løp — kommer jeg endelig til individets rett og ansvar.

To sammenfallende ideologier har lagt grunnen for individets rett til helse. Etter helsetjenestens «disease»-modell er sykdom en maskinfeil som kan finnes og rettes, og etter velferdsstatens ideologi har individet rett til å få det gjort. Har en rett, har en også krav — med krav skal land bygges. Den tid da fattigdom og sykdom var selvforskyldt, er for lengst forbi — heldigvis.

Har vi så gjennomført en full demokratisering av helsetjenesten med lik rett for alle? De fleste tror nok det, men vi kjemper fremdeles mot de fire urettferdigheter:

- Den første er *geografisk*, og stort sett er det slik i alle land at helsetjenesten er svakest utbygget i de områdene hvor behovene er størst. Vår forskningsgruppe har bekreftet dette ved å studere forskjeller mellom fylkene i helsetjenestens ressurser (Haugen og Hjort 1979) og i legemiddelforbruket (Haugen et al. 1978), Tab. 2 (side 52).

Tab. 2. *Legemiddelforbruket i Norge i 1978 og betydningen av forskjeller i fylkenes legemiddelforbruk (Haugen et al. 1978).*

	Millioner kroner
Faktisk legemiddelforbruk	1 150
Forbruk, hvis alle fylker hadde ligget på nivå med det dyreste fylket	1 410
Forbruk, hvis alle fylker hadde ligget på nivå med det billigste fylket	1 890

- Den andre er *sosial*. Også i vårt land er det store sosiale forskjeller i helsen (Holme et al. 1976, Helseundersøkelsen 1975). Vi har grunn til å tro at det også i vårt land er store sosiale forskjeller i den helse-tjeneste folk faktisk får, slik det er vist i undersøkelser fra andre land (se for eksempel Burton 1975), Tab. 3.

Tab. 3. *Helsetjenesten ved alvorlig medfødt sykdom (cystisk fibrose) og betydningen av sosial gruppe. Data fra Nord-Irland (Burton 1975).*

	Sosial gruppe		
	I-II	III	IV-V
Alder ved diagnose (mnd.)	8,4	15,0	16,3
Far til stede ved beskjed om diagnosen (%)	64	30	18
Far fått full beskjed (%)	45	25	0
God innsikt — mor (%)	28	11	18
God innsikt — far (%)	45	12	12

- Den tredje ligger i *systemet* og skyldes uheldig prioritering og finansiering. Ett eksempel er misforholdet mellom utbyggingen av sykehus og primærhelsetjenesten.
- Den fjerde er *tilfeldig*, og skyldes at leger og sykehus er forskjellige og arbeider forskjellig.

På toppen av alt dette kjemper vi også med et politisk og etisk problem: Hva er viktigst — å løse små problemer for mange eller store problemer for få? Demokratiet har lett for å prioritere det første, for eksempel sykelønn fra første dag foran eldreomsorg.

Konklusjonen blir at vi i prinsippet har godkjent retten til helse, men det gjenstår ennå meget arbeid før denne retten er blitt lik for alle.

Hva så med individenes ansvar for egen helse? Det har ligget lavt i de vestlige land, mens de østlige land stadig har understreket at helsen er

vesentlig for fellesskapet og ingen privatsak. Dette spørsmålet har nå for alvor dukket opp også i de vestlige land. Her er argumentet ikke produktiviteten, men de to store begrensningene for kurativ medisin. Den ene er enkel, nemlig økonomien. Etter mange gyldne år har helsetjenesten nå stanget hodet mot et økonomisk tak. Den andre skyldes at de store helseproblemene har forandret seg. De kan ikke lenger løses ved rask utbygging av kurativ medisin, og derfor er det behov for en ny helsepolitikk som setter det forebyggende arbeid i sentrum. Argumentene for dette ligger i sykdommene selv:

- Ser vi på dødsårsakene, er det 3 store: hjerte- og karsykdommene, kreft og ulykker. De må forebygges fordi vi kan utrette så lite, når de først er det.
- Ser vi på folks plager, er det 2 store: skjelett- og muskelsykdommer og nervøsitet. Også de må forebygges, for behandlingen er lite effektiv.

Det er tre viktige konsekvenser av dette — en for samfunnet, en for helsetjenesten og en for menneskene selv.

For *samfunnet* er konsekvensen en helt ny holdning til betydningen av miljøet for menneskene. Dette har alltid vært viktig for helsen, sannsynligvis langt viktigere enn helsetjenesten. men i fremtiden er det en hovedoppgave å skape opinion og politisk klima for et bedre miljø. For å markere at innsatsen går langt ut over medisinen, snakker jeg aldri om forebyggende medisin — bare om forebyggende arbeid. Jeg tror at fast arbeid er den viktigste forutsetning for god helse.

For *helsetjenesten* er konsekvensen en ny holdning til hva arbeidsoppgavene egentlig er. Vi må organisere en skikkelig primærhelsetjeneste med fast lege for alle, og primærhelsetjenesten må se forebyggende arbeid og helseopplysning som hovedoppgaver. Helsetjenesten må se på pasientene og på pårørende som aktive medspillere på like fot. De må informeres og motiveres for sin del av jobben, for eksempel ved rehabilitering etter hjerteinfarkt. Pleie og omsorg må prioriteres opp på bekostning av sykehusene, og vi må styrke omsorgen utenfor institusjon. En enkel analyse av eldreomsorgen forteller at ca. 11% av de eldre er på institusjon, og ca. 20% trenger service og støtte for å greie seg hjemme. De gamle selv foretrekker som regel å være hjemme. Skal det lykkes, må familiene oppmuntres og støttes, og helsetjenesten må prioritere dette — foran fortsatt utbygging av sykehusene. Slagordet må bli: «Hjemmehjelpere foran hjertekirurger».

Individene må få større ansvar for egen helse. Det nye stikkordet er «egenomsorg» (Borchgrevink og Siem 1980). Menneskene må få kunnskaper og holdninger som gjør at de stoler mer på egne krefter og ikke forsøker å løse livsproblemer med medikamenter. «There is no pill for every ill», sier engelskmennene. Dette krever opplysning og påvirkning — faktisk folkeoppdragelse. Hittil har vi ikke hatt hellet med oss i dette

arbeid. Jeg tror vi må innse at det ikke nytter å skremme med død og invaliditet. Folk røyker, fordi konsekvensene ligger langt ute i fremtiden. Unggutter kjøper tunge motorsykler, fordi døden ikke er en realitet for dem. Jeg tror heller ikke det nytter å argumentere med ansvar overfor fellesskapet. Det gjør ikke inntrykk på folk at lungekreft er pasientens ulykke, men fellesskapets utgift. Og fyllekjørerene stanses ikke av omtanke for andres liv.

Jeg tror vi må argumentere med nære og viktige fordeler: et sunt liv gir større livsglede, større inntekt og større personlige fordeler. Dessuten må vi ta i bruk reklame og massemedia og snu påvirkningen den riktige veien. Jeg ser på alt dette som den store utfordringen i årene som kommer, og jeg vil sitere den kanadiske helseminister, som har tatt klart standpunkt (Lalonde 1974): «Messages designed to influence the public must be loud, clear and unequivocal», sier han, og fortsetter med å sitere Paulus: «If the trumpet give an uncertain sound, who shall prepare himself to the battle?»

Vi har funnet et bevis for at disse tanker er riktige. Adventistene ser på kroppen som sjelens tempel og er derfor nøye med sin livsførsel — røker ikke, drikker ikke og er nøye med kosten. Waaler har studert de norske adventisters leveutsikter og fant at de lever like lenge som nordmenn ellers ville gjort hvis det ikke fantes hjerteinfarkt, Tab. 4.

Tab. 4. *Betydningen av levesett belyst ved norske adventisters levetid (H.Th. Waaler: ennå upubliserte data).*

	Forlenget levetid:	
	norske adventister	den norske befolkning, hvis det ikke hadde vært iskemiske hjertesykdommer
Menn	4,2 år	3,8 år
Kvinner	1,9 år	2,1 år

Er det noen fare i alt dette? Selvfølgelig, og jeg vil nevne to. Den ene er at vi oppdrar folk til plagsomme helseprofeter og selvgode helsefarisere. Den andre er at folk kan begynne å se på sykdom som selvfor-skyldt, slik at vi bryter ned solidariteten med de svake i samfunnet. Det ville være katastrofalt, for vårt samfunn blir mer og mer avhengig av solidaritet. Det er tale om rettferd — ikke almisser.

4. FAMILIENS RETT OG ANSVAR

Neste trinn på stigen er familien, og mange av samfunnets problemer har iallfall delvis sin rot i familien: skilsmiss, alkoholisme og andre misbruk, usikker ungdom og ensom alderdom. Dette er samfunns- og familiepolitiske problemer, men mange av dem ender i helsetjenesten, jfr. eksempelet fra Kirkenes sykehus (Sander 1976).

Jeg er opptatt av familiens rettigheter, og jeg tror vi bør innse at det er både riktig og lønnsomt å støtte familier som har problemer og belastning. For eksempel tror jeg ikke vi kan vente at familiene tar seg av sine omsorgstrengende eldre uten økonomisk kompensasjon, uten adskillig støtte og uten avlastningsmuligheter. Gir en dem det, kan en også vente mer.

Dette illustrerer et generelt problem, balansen mellom rettigheter og ansvar. Jeg tror det er en kvantitativ sammenheng mellom disse to, og jeg tror hverken det liberale synet — at rettigheter dreper ansvar, eller det sosiale synet — at rettigheter gir ansvar, uten videre er riktig. Jeg tror sammenhengen avhenger av både hvor langt samfunnet er kommet i utviklingen og av holdningene i samfunnet. Stort sett, tror jeg mer på det sosiale synet, og jeg tror trygdemisbruket er mindre enn mange andre misbruk i samfunnet. Derfor kan jeg heller ikke godta påstanden om at det bare er de velstående som ikke vil misbruke sykelønn. Jeg tror rettigheter, og enda mer rettferd, er en forutsetning for ansvar. Derfor tror jeg det er god helsepolitikk å støtte opp under familienes innsats.

5. NÆRMILJØET

Utenfor familiene har vi nærmiljøet, først og fremst arbeidsplass, nabo-
skap og organisasjonene.

Arbeidsplassens rettigheter er tatt vel vare på i loven om arbeidsmiljø, men jeg savner en tilsvarende lov om nærmiljø — det vil si en lov om småbutikker, postkontorer, legekontorer og alt det som tilsammen bygger opp et sosialt nettverk rundt folk. Særlig er de gamle avhengige av et slikt nettverk. Jeg vil derfor understreke samfunnets plikter overfor nærmiljøet. Styrker vi det, tror jeg også det blir mer naturlig for menneskene å ta på seg oppgaver og ansvar overfor dem de kjenner i nærmiljøet. Igjen synes jeg det er lett å se en vekselvirkning mellom rettigheter og ansvar. Og det er ikke nok å snakke om nærmiljøet. Vi må også gjøre noe for det. I lengden blir det dyrt å forsømme det, spesielt for helsetjenesten.

For meg er det naturlig å ta opp en særlig faktor i nærmiljøet, og det er organisasjonene. Nordmenn er et folk av medlemmer — 12 millioner i alt, og det ligger et ufattelig potensial i organisasjonene. De har jo hundrevis av formål, men de kunne brukes systematisk til 3 ting:

- påvirke opinionen til støtte for nærmiljøet.
- påvirke den enkelte til en god livsstil.
- gjøre en praktisk innsats i nærmiljøet.

De store humanitære organisasjonene, og spesielt Nasjonalforeningen for folkehelsen, har gjort disse oppgavene til en hovedsak for sine 150 000 medlemmer. Jeg tror på denne kombinasjonen av opplysning og praktisk arbeid, og jeg tror organisasjonene kanskje kan makte å snu den strømmen som holder på å drukne helsetjenesten. Målet er å mobili-

sere folk til ansvar for seg selv og innsats for medmenneskene, og det er oppmuntrende å se at dette arbeidet vinner frem — også hos myndighetene. Jeg har funnet et poetisk uttrykk for dette arbeidet hos en dansk forfatterinne: «Samfunnet,» sier hun, «krever nestens lykke av *din* hånd».

6. KOMMUNENE

Kommunene — nesten 500 i tallet — har det politiske ansvar for nærmiljøet og det formelle ansvar for sosialtjenesten, aldershjemmene og hjemmesykepleien. Om kort tid får de også ansvar for primærhelsetjenesten og pålegg om å utvikle en fullstendig helse- og sosialplan for kommunene. Formelt ligger derfor alt til rette for en god utvikling under folkevalgt ledelse.

Det er imidlertid mange eksempler på at kommunene prioriterer kort-siktige hensyn til penger på bekostning av langsiktige hensyn til mennesker. Vi hadde nylig et opprør i Askim kommune mot at E 6 skulle legges gjennom hjertet av kommunen, og folk vant kampen mot sine egne folkevalgte. I alle Norges kommuner ble aldershjemmene i en periode prioritert ned til fordel for sykehjemmene, fordi aldershjemmene var kommunens ansvar, mens sykehjemmene var folketrygdens. Det var derfor god kommunal økonomi å overføre gamle fra aldershjemmet til sykehjemmet, til tross for at en plass på sykehjemmet er dobbelt så dyr og til tross for at en del av de gamle foretrakk aldershjemmet. Vi må innse at kommunene — som alle andre — påvirkes av sektortenkning og pengehensyn. I konflikter mellom penger og mennesker vinner som regel pengene.

Derfor er det på tide å kreve en holdningsendring også av kommunene. Folks helse er et ansvar også for kommunene, og det er særlig viktig på de myke områder av helsetjenesten — det forebyggende arbeid i miljøet, primærhelsetjenesten og eldreomsorgen.

7. FYLKENE

Fylkene har ansvaret for sykehusene og sykehjemmene, som til sammen bruker ca. 70% av helsetjenestens ressurser. Sykehusene er klart den sterkeste spilleren i helseteamet. De har flest ansatte, størst budsjett og størst prestisje. I mange norske byer er sykehuset den største arbeidsgiveren. Lokalt har sykehusene fungert som en eksportindustri, fordi virksomheten ble finansiert utenfra, av Folketrygden, og fylkene hadde økonomiske fordeler av sykehusutbyggingen. Derfor har fylkespolitikkerne og sykehuslegene utgjort et uslåelig lag, og først i det siste har det reist seg kritikk mot sykehusutbyggingen og den medisinske filosofi — «disease»-modellen — sykehusene står for.

Staten ønsker å bremse sykehusutbyggingen og har innført en ny lov som gir fylkene ansvar for finansiering av sykehusene innenfor gitte rammer. I prinsippet er dette riktig, men mange frykter at det praktiske

resultat vil bli en ytterligere opptrapping av sykehusene, fordi fylkene nå vil ønske å bli selvforsynt med alle sykehustjenester. Det fins ingen enkle løsninger på dette problemet, og det fins neppe heller politisk styrke til å bremse sykehusene. Dette er mer et politisk og økonomisk spørsmål enn et helseideologisk spørsmål, og det må finne sin løsning i en langsiktig politisk prosess.

Jeg vil gjerne understreke at vi trenger sykehusene og at vi ikke må la dem forfalle, men tvert imot fortsette å bygge dem ut. Sykehuslegene fremstiller det ofte som om alternativene er enten stadig raskere utbygging eller forfall. Det er selvfølgelig ikke riktig. Det dreier seg om, er å bremse veksten ned, nok til at vi klarer å løse de forsømte oppgaver som blir stadig viktigere: forebyggende arbeid, primærhelsetjenesten og pleie. Det er fylkenes ansvar å finne politiske løsninger på dette problemet.

8. STATEN

Det er statens ansvar å utforme en helsepolitikk og spillereglene for denne politikken. Jeg bruker uttrykket «spillereglene» med vilje, fordi det er lettere å forstå det som skjer, hvis en ser på helsetjenesten som et spill med mange lag på banen:

- politikere på kommunalt, fylkes- og nasjonalt plan
- de 50 forskjellige helseprofesjoner og deres organisasjoner
- de forskjellige institusjoner i helsetjenesten
- de forskjellige geografiske regioner i landet
- de økonomiske myndigheter, spesielt Finansdepartementet og Rikstrykdeverket
- institusjonene for forskning og undervisning

Spillerne har skiftende egeninteresser — snart sammenfallende, snart kryssende — og lagene er på ingen måte samspilte. Økonomiske og profesjonelle interesser dominerer spillet. Pasient-interessene spiller en viktig rolle som alibi og forkle for alle spillerne, men pasientenes interesser er i realiteten ofte underordnet. Ingen har full oversikt over hele spillet, og det er ikke ufarlig å engasjerer seg i det.

Makter staten sitt ansvar? På mange måter har den greid det godt. Den har skapt et rettferdig finanseringssystem, rustet opp sykehusene og organisert forskning og undervisning. Resultatet er uten tvil en god helsetjeneste, blant de beste i verden. Allikevel er kritikken blitt sterkere i 70-årene, først og fremst fordi staten mangler en gjennomtenkt ideologi for helsetjenesten. En slik ideologi må bygge på en analyse av dagens problemer og det finnes forbilder, f.eks. i Canada (Lalonde 1974).

Uten en slik langsiktig ideologi blir politikken preget av kriseløsninger, kompromisser og økende problemer. En trenger ikke være genial for å se dette og heller ikke for å foreslå en ny ideologi som prioriterer forebyggende arbeid, primærhelsetjenesten og pleie. Derimot må en

være genial for å mobilisere politisk forståelse for en slik ideologi, som for hvert år må bryte stadig mer med etablerte interesser i helsetjenesten.

9. VERDEN

Har Norge noe ansvar for verdens helse? Det har vi, men de fleste lukker øynene for at 4/5 av verdens befolkning — ifølge WHO — lever i elendighet og uten noen organisert helsetjenesten (Mahler 1979). Hvor ille det faktisk er, fremgår av tabell 5, og Ivan Illich (1975) setter det på spissen slik: «Every dollar spent in Latin-America on doctors and hospitals costs a hundred lives.... Had each dollar been spent on providing safe drinking water, a hundred lives could have been saved».

Tab. 5. Norge og verden: noen tall om inntekt og helsetjeneste.

	Brutto nasjonalprodukt pr innbygger (\$)	Befolkning 1978 (millioner)	Offentlige helseutgifter pr innbygger i 1975 (\$)
Land med svak økonomi	< 200	1 330	1,5
Land med middels økonomi	300-699	1 300	3-5
Norge	10 000	4	800

Det er en ond sirkel mellom fattigdom og sykdom — en er syk fordi en er fattig, og en blir enda fattigere fordi en er syk. Derved oppstår et «fattigsyndrom» hvor leddene forsterker hverandre gjennom det Gunnar Myrdal (1954) kalte «cumulative social causation». Slike fattige samfunn blir lett bytte for autoritære regimer, som ofte gjør ting enda verre, for eksempel i Brasil og Chile (Faunders 1979).

Det er viktig å se at en god helsepolitikk for verden først og fremst er en politikk som sikrere folkene livsgrunnlag, ernæring og hygiene. En rettferdig verden er også en sunn verden for menneskene, og dette betyr langt mer enn helsetjenesten. Vi — som alle — har tusen utflukter og foretrekker å gi folk almis er for rettigheter. Det kjenner vi fra vårt eget land, og Norge burde arbeide åpent for rettferdighet.

Det er klart at Norge også må delta i det langsiktige og ofte frustrerende internasjonale samarbeid gjennom WHO og andre organisasjoner. Dette arbeid spiller en rolle, og WHO har inntatt klare og modige standpunkter i helsepolitikken. Organisasjonen har nå satt seg det utopiske, men politisk helt riktige mål: «Helse for alle innen år 2000» (WHO 1979). Vi har være med å støtte opp om dette arbeidet — både politisk, økonomisk og faglig. Vår forskningsgruppe er for eksempel opptatt av å utvikle indikatorer som skal vise om de 152 medlemslandene er på rett vei. Gjennom dette arbeidet kan en være med å øve press til beste for

mennesker i sosial, økonomisk og politisk nød. Jeg føler at det er en del av vårt ansvar som helseforskere.

Endelig må vi også delta i støtten til de land som har det vanskelig, ikke bare med penger, men også med erfaring, kunnskaper og standpunkter. Dette er ikke lett, men jeg har opplevd at Norges bidrag til Portugals helsetjeneste til slutt fikk en helt annen profil enn den som ble bestilt, og jeg har hørt fylkesmyndighetene i Vila Real i Nord-Portugal si at det var lettere å få gehør for fylkets helseproblemer i Oslo enn i Lisboa. Den gode strid må kjempes på mange fronter!

10. SLUTT

Til slutt vil jeg sammenfatte det jeg mener er de fem viktigste betingelser for folkehelsen:

1. Den første er et samfunn som sikrer folk fast arbeid, tilstrekkelig livsgrunnlag, god ernæring, god hygiene og sunt nærmiljø. Vi har kommet langt med denne betingelsen i vårt land, og det er hovedgrunnen til vår gode folkehelse. Men det står igjen et viktig arbeid med nærmiljøet.
2. Den andre betingelsen er at folk selv tar ansvaret for egen helse. Det krever opplysning og en ny holdning til livsstil og livsverdier. Denne betingelsen er nå blitt den kritiske faktor for videre fremgang.
3. Den tredje betingelsen er en god helsetjeneste. Vi har en god helsetjeneste i Norge, men den trenger en re-orientering og en bevisstgjøring omkring dagens store helseproblemer.
4. Den fjerde betingelsen er at staten engasjerer seg aktivt i utformingen av en ny helseideologi og nye spilleregler som sikrer en slik ideologi.
5. Den femte betingelsen er at utdannings- og forskningsprogrammene harmonerer med den grunnleggende ideologi for helsetjenesten.

Stikkordet i alt dette er en endret holdning til helse, en holdning som bygger på en bred forstående av grunnlaget for helse og helsetjenestens oppgaver, en holdning som bygger på at helse er både en rett og et ansvar.

LITTERATUR

1. BERG, O.: Medisinen som samfunnsinstitusjon. Institutt for samfunnsforskning, Oslo 1973, 159 stens. s.
2. BERG, O.: Health and quality of life. *Acta sociol.* 1975, 18, 3-23.
3. BORCHGREVINK, C.F. & SIEM, H.: Medisinsk egenomsorg vil bety rettigheter, men også byrder for den enkelte. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1980, 100, 239-241.
4. BURTON, L.: The family life of sick children. Routledge & Kegan Paul, London, 1975, 264 s.
5. FAUNDERS, A.: Mother and child health programming approaches under various political approaches. The case of Brazil and Chile during the last twenty years. Manus 1979, 32 stens.s.

6. HAUGEN, Ø., WAALER, H.T. & HJORT, P.F.: Legemiddelforbruk i fylkene — store forskjeller, små forklaringer. Rapport nr. 1/78 NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo 1978.
7. HAUGEN, Ø & HJORT, P.F.: Helsetjenesten i fylkene — behov og ressurser. Rapport nr. 1/79, NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo 1979, 66 s.
8. HOLME, I. et al.: Coronary risk factors and socioeconomic status. *Lancet* 1976, 2, 1396-1398.
9. ILLICH, I.: *Medical nemesis*. Calder & Boyars, London 1975, 183 s.
10. LALONDE, M.: *A new perspective on the health of Canadians*. Government of Canada, Ottawa 1974, 76 s.
11. MAHLER, H.: *Health reforms for development and peace*. Manus, Geneva 12/4-1979, 13 stens.s.
12. MYRDAL, G.: *Economic aspects of health*. *WHO Chronicle* 1952, 6, 203-218.
13. NORGES OFFISIELLE STATISTIKK: *Helseundersøkelse 1975*. Statistisk Sentralbyrå, Oslo 1977, 183 s.
14. SANDER, J.: *Evaluering av en medisinsk avdeling på et tredelt sykehus*. *Tidskr Nor Lægeforen* 1976, 96, 1634-1638.
15. STACEY, M.: *Concepts of health and illness: a working paper on the concepts and their relevance for research*. Appendix III i «*Health and Health Policy — Priorities for Research*». Social Science Research Council, London 1977, 40 stens.s.
16. WHITE, K.L., WILLIAMS, T.F. & GREENBERG, B.G.: *The ecology of medical care*. *N Engl J Med*, 1961, 265, 885-892.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *International classification of disease, 1965-revision*. WHO, Geneve.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Formulating strategies for health for all by the year 2000*. Geneve 1979, 59 s.