

Med Rudolf Ludwig Karl Virchow som veiviser i folkehelsearbeidet

Per Fugelli

I The Solomon R. Guggenheim Museum of Modern Art på Manhattan var der, i 1994, en utstilling som viste at den drivende kraft i billedkunsten fra 1920-30-årene fram til i dag, har vært driften etter nytt. Kvalitetskriteriet har vært forandring, oppfinnsomhet, nyhet. Malerne har målt hverandre etter evnen til å feste nye ideer på lerretet. En av de nye ideene så slik ut: en svær hvit flate, 3 x 4 m, med tilsynelatende ingenting på, kanskje en mørk utyelighet i midten. Når du kom helt inntil, stod der å lese med fin skrift: No ideas have entered this work.

Noen vil ta dette som en ærlig selvangivelse av min artikkel. Jeg opplever bildet som en treffsikker varedeklarerer av nordisk samfunnsmedisin i dag: i kommunehelsetjenesten, på fylkesplan, i statsforvaltningen, på akademiet. Den praktiske samfunnsmedisinen er, med få unntak, lydig og en anelse grå. Den mangler politisk potens, utfordrer ingen, knapt seg selv (1). Folkehelsevitenskapene vet ikke riktig hvem de er, preges av distanse til det konkrete og betjener felten dårlig (2). Nordisk folkehelsearbeid trenger tidsinnstilling og politisk ladning.

Per Fugelli har arbeidet som distriktslege i Lofoten og Finnmark i seks år. Han var professor i allmenmedisin ved Universitetet i Bergen fra 1984-91. Fra 1992 er han professor i sosialmedisin ved Universitetet i Oslo. Både i forskning og formidling er han særlig opptatt av hvordan politiske og kulturelle utviklingstrekk påvirker folks helse og bruk av helsetjenesten.

Artikkelen er omarbeidet ut fra en artikkel af författaren i Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115:1091-4.

Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902)

Where are you now that we need you? spurte Leon Eisenberg, professor i sosialmedisin ved Harvard, for noen år siden (3). Kanskje i himmelen, for Virchow inkarnerte folkehelsearbeidets siamesiske dyder: medisinsk kyndighet og sosialt engasjement. Han var faglig kompetent og politisk tent. På jorden kan Virchow forenklet og foredlet beskrives slik (3-7):

Virchow ble født i 1821, tok medisinsk embeds-eksamen i 1843, ble prosekutor ved det berømte Charite hospitalet i 1846, foreleser ved Berlin universitetet i 1847, fratatt begge stillinger pga. politisk aktivisme i 1849, professor i patologi i Würzburg frem til 1856, da et enstemmig fakultet kalte ham tilbake til Berlin, til et professorat i patologisk anatomi.

Formelt var han i patologien, men Virchow brukte patologien til å avdekke hvilke syke sider ved samfunnet som skapte syke kropp, og intervenerte mot disse politiske patogene faktorene. Historien har først og fremst holdt et ærefullt lys på hans oppdagelser innen patologisk anatomi (5). Hans faglige bragder innen politisk patologi er, i pakt med vårt misforståtte ideal om ikke å blande fag og politikk, henvist til minnenes skygge. Der er seks kromosomer i Virchows samfunnsmedisinske arvestoff, som bør reproduseres gjennom alle generasjoner:

Det biomedisinske kromosom

Virchow elsket den naturvitenskapelige medisinen. Han falt for kroppens logikk. Han var en rasjonalist med strenge krav til observasjon, deduksjon og induksjon. For ham var det arbeidet med de syke kroppene som vakte interessen for det syke samfunnet.

Det politiske kromosom

Virchow var en fremragende biomedisiner, men han så i mikroskopet at fattigdom forandrer cellene, at undertrykkelse ødelegger organer. Derfor utstyrte han seg også med et makroskop som tok inn samfunnsårsakene til og dermed den politiske forebyggingen av

Virchow var en rasjonalist med strenge krav til observasjon, deduksjon og induksjon

Riksdagen er det essensielle organ for folkehelsen, der er helseeller sykdom i ethvert politisk vedtak

sykdom. Det første selvsyn av sammenhengen mellom politikk og patologi fikk Virchow som 26 åring. Sommeren 1847 herjet en pest, kalt hungerfeber (trolig tyfus), blant utfattige gruvefolk i Øvre Silesia. Pesten drepte så mange at det ble en politisk skandale. Regjeringen i Berlin ble tvunget til å sette ned en granskingskommisjon. Unge Virchow kom med, reiste til Øvre Silesia, stilte en kommunediagnose som sa at årsaken til epidemien var sosial, at levekårene til gruvearbeiderne, særlig trangboddheten og underernæringen, gjorde dem sårbare for sykdom. Han skrev en folkehelseresept som rystet makthaverne i den preussiske feudalstat. På den sto det at bare to midler kan forebygge nye pestbølger: bedre lønn, mer frihet.

Øvre Silesia ble formgivende for Virchows kommende faglige dobbeltliv som dr. Jekyll and Mr. Hyde, som nøktern vitenskapsmann og sosialpolitisk reformator. Ved siden av pasienten lå alltid Bismarcks feudalstat på obduksjonsbordet. Virchow beskrev, kaldt og nakent, hvordan politiske maktstrukturer kan avleses i patologiske cellestrukturer. På obduksjonssalen oppdaget han at Riksdagen er det essensielle organ for folkehelsen, at der er helse eller sykdom i ethvert politisk vedtak. I krystall formulerte Virchow sin samfunnsmedisinske livserfaring slik: Die Politik ist nichts als die Medizin im Grossen.

Virchows disseksjon av den politiske patologi ble aldri populær hos makthaverne. Derfor var det godt at han også var utstyrt med:

Det autonome kromosom

Han fikk erfare at våkent og ærlig folkehelsearbeid må bli politisk kontroversielt. En av samfunnsmedisinens oppgaver er å synliggjøre de sykdommene som følger av avmakt. Det liker ikke Makten. Virchow sto imot alle forsøk på å skjevutvikle samfunnsmedisinen i retning av en keiserlig administrasjonsmedisin. Jeg har allerede nevnt at han ble fjernet fra sin stilling i Berlin i 1849. I 1865 ble han valgt inn i Den Preussiske Riksdag for Det radikale parti. Samme år ledet han opposisjonen mot Otto von Bismarcks ekspansive militærbudsjett som Virchow mente ville få katastrofale følger for folkehelsen. Jernkansleren oppfattet Virchows tale som en personlig krenkelse og utfordret

ham til duell, noe som ble forhindret i siste øyeblikk av general Manteufel. Til Virchows trøst kom han på Bismarcks beryktede fiendeliste, og sto der stolt i syv år. Dermed fikk han utviklet den fjerde del av sitt arvstoff:

Det demokratiske kromosom

Siden han ikke alltid kunne gå tjenestevei, foretok han tidvis samfunnsmedisinske by-pass-operasjoner. Han shuntet forbi obstruerende helseministre og skleroserte byråkratier, og gikk rett til folket med kunnskap om personlig hygiene, meldinger om frihetens og rettferdighetens helsebringende virkninger, med samfunnsmedisinske råd om politiske veivalg. I Virchows arvstoff ligger også:

Det humanistiske kromosom

Virchows arbeid for folkehelsen var forstandsstyrt og verdistyrt. Han solidariserste seg selv og sitt fag med de underprivilegerte. Faget skulle brukes, bevisst, til å beskytte de på bønn mot sykdom, hån og selvforakt. Både den vitenskapelige og den praktiske samfunnsmedisinen skulle være redskaper i kampen for frihet, likhet og brorskap, kjennetegnene på det sunne samfunn. Dette høres gammeldags ut nå, men var det ikke da. Virchow hadde en fabelaktig evne til å være det samfunnsmedisineren må være: aktuell, helst en anelse futuristisk, han var i besittelse av:

Det synkrone kromosom

Fortidens risikofaktorer har allerede gjort sin skade. Dagens miljøfarer påvirker folks framtidshelse i dette øyeblikk. Ideelt sett bør derfor folkehelsearbeidet skje ved prospektiv diagnostikk. Samfunnsmedisinerne må framskrive utviklingstrekk, sannsynliggjøre trender, advare mot helsefarer før de kommer. Det vitale folkehelsearbeidet må være forut for sin tid, og våge den usikkerhet og kontrovers som følger av føre-var-prinsippet.

Virchow døde i 1902. Hvordan har det gått med hans samfunnsmedisinske arvstoff disse hundre årene? Det er som forskerne nå har funnet ut for hele det humane genom: det ligger der på et enormt og evig lager, hvilke

Det vitale folkehelsearbeidet må være forut for sin tid, og våge den usikkerhet og kontrovers som følger av føre-var-prinsippet

gener som framkalles, veksler med tidens krav. Rudolf Ludwig Karl Virchow har ligget og slumret en stund, men gjenoppstår nå i skikkelse av:

DET NYE FOLKEHELSEARBEIDET

The new public health begrunner sin nyhet på tre plan (8-11):

- Nye samfunnsmedisinske problemstillinger
- Nye rammebetingelser og arbeidsformer
- Nye vitenskapelige allianser.

Nye samfunnsmedisinske problemstillinger

Den første av disse er tilbakefall av en gammel:

Det delte samfunns patologi

1980- og 90-årene har bragt den sosiale likestillingen i revers (1,12,13): En frisk, vellykket majoritet beriker seg på bekostning av kronisk syke, uføre, arbeidsløse og fattige. Den som klokest og klarest har formulert denne utviklingen er John Kenneth Galbraith, hvis tese er denne (14): De vestlige demokratiene styres nå av tilfredshetspolitikere som holder seg ved makten ved å gjøre den tilfredse majoritet enda mer tilfreds. For å øke sin egen trygghet, velferd og komfort, er den tilfredse majoritet villig til å gi opp den gamle tids forsøk på å løfte opp taperne og dele med de syke og uføre. Solidariteten er borte, sier Galbraith, kanskje har den aldri vært der. Velferdsstaten ble muligens bygget på en skinnsolidaritet. Det var et fattig og undertrykt, men likevel sterkt flertall som krevde sine rettigheter for 50, 60, 70 år siden. De bar fanen med samhold så lenge de selv tjente på rettferdighet, men nå er bildet et annet. De som nå trenger solidaritet er ikke i stand til å kjempe for den. I det senkapitalistiske samfunn har vi fått en ny underklasse som er fåtallig og ressurs svak. Den utgjør tapernes fjerdedel av vinnernes samfunn.

Som et paradoks kan vi si at det gamle folkehelsearbeidet beskjeftiget seg med for-lite-problemer, det nye folkehelsearbeidet ser også helsefarene ved for-mye-problemer. Folkehelsearbeidet i Norden framover vil både arbeide med:

Den nye underklassens mangelsykdommer: ernærings sykdommer og infeksjonssykdommer, sykdommer som følger av arbeidsledighet og utstøting, psykisk og sosial utviklingshemning som følge av ghetto-dannelser, vold, rus og utbrudd av sosial desperasjon (kriminalitet, opptøyer) - og med:

Den tilfredse majoritets overflodssykdommer: Jeg-

Fattigdommens helsefarer forsterkes ved at innspyringer i trygder og sosiale ytelser systematisk legges til de som er svake på helse, penger og protestevne

sykdommer (kosmetiske avvik, seksualforstyrrelser, samlivsvansker, ensomhet), konkurranse- og prestasjonssykdommer, perfeksjonisme- og forventnings-sykdommer, sosiale samvittighetssykdommer, sosiale fryktsykdommer og miljøhypokondri.

Det gjenoppstående økonomiske og medisinske klasse-samfunn byr på store utfordringer for folkehelsearbeidet i Norden:

Pengemangelsykdommer

Fattigdom og sykdom er samme dom. Vi har en økende skjevhet av fordeling av inntekt og formue i de nordiske landene. For hvert år blir her flere rike og flere fattige. Den sosiale skjevrekutteringen til høyere utdanning er også forsterket (1). Med ulikhet i inntekt og utdanning følger ulikhet i helse. Mennesker med lav inntekt og utdanning har flest kroniske sykdommer, mest uførhet og høyest dødelighet.

Fattigdommens helsefarer forsterkes ved at innspyringer i trygder og sosiale ytelser systematisk legges til de som er svake på helse, penger og protestevne, mens de friske og politisk lydsterke langt på vei får beholde sine privilegier.

Arbeidsmangelsykdommer

Bak retorikken, viser praktikken at de nordiske regjeringene i virkeligheten har bestemt seg for å tåle en arbeidsløshet i størrelsesorden 150 000 - 500 000 arbeidsledige, som en beklagelig men nødvendig post i sosialøkonomenes kaldblodige regnskap. I samfunnsmedisinsk forstand betyr dette at den rådende økonomiske orden påfører Norden en alvorlig epidemi. Vi har solid dokumentasjon som klargjør at mange av de over en million arbeidsledige vil bli syke, noen vil bli uføre, noen vil dø for tidlig av arbeidsløshet.

Respektmangelsykdommer

Den tredje mangelsykdom det rådende politisk-økonomiske systemet smitter flere og flere mennesker i Norden med nå, skyldes mangel på respekt. Plutselig begynner syke mennesker å spørre seg: *Er jeg en nytte eller en byrde ?* En fundamental verdi i den nordiske

Helsetilstanden i et folk bestemmes ikke av antall sykdommer alene, men også hvordan syke mennesker blir møtt av de friske, og hvordan syke mennesker ser på seg selv

helsetjenesten har vært likhet for legen. Nå er næringslivet i samarbeid med private forsikringsselskaper og private klinikker i ferd med å gradere mennesker som medisinske investeringsobjekter. Bedriften forsikrer sine ledere og verdifulle arbeidere slik at de får rask og effektiv operasjon på private klinikker når sykdom rammer.

Det økonomiske systemet forfølger også de som ikke får det til med spørsmålet: *Er du en vinner eller en taper?* De nordiske dydene nå er: Konkurranseevne, effektivitet, fart, styrke. I kontrastens speil ser den syke sine feil større enn før: Svakheter, manglende selvtro, følelsen av å være en byrde og en taper. Helsetilstanden i et folk bestemmes ikke av antall sykdommer alene, men også av hvordan syke mennesker blir møtt av de friske, og hvordan syke mennesker ser på seg selv. Et sosialt klima preget av godtaking, respekt, hjelp og samhold gjør det lettere å være syk. Omvendt vil et sosialt klima preget av mistenkeligjøring og egoisme gjøre det tynge å være syk.

Prestasjonssykdommer

Men det er ikke bare «taperne» som påføres politiske helseskader, «vinnerne» må også betale en medisinsk pris.

For noen år siden lanserte Gro Harlem Brundtland et nytt nasjonalt slagord: «Det er typisk norsk å være god». Det kunne like godt lyde: «Det er typisk nordisk å være god». Med god mener hun ikke snill, men flink, effektiv, produktiv, konkurransedyktig. Hun mener god i betydningen: Vær en vinner, ha suksess. Aldri før har elitedyrkingen og prestasjonsfikseringen vært så rabiat i skolen, ved universitetene, i næringslivet og på arbeidsplassene.

Prestasjonskulturen kan skade folkehelsen på to måter:
- Ved å ekskludere mennesker som ikke har optimal funksjon. Jo mer kresen arbeidsplassen blir, jo vanskeligere blir det å komme inn, og jo lettere å falle ut.
- Ved å skape stress-, frykt- og tretthetssykdommer hos de som må holde ut i prestasjonsdominerte arbeidsmiljøer.

Reklamesykdommer

Reklamekulturen kan også skade helsen. Reklamen setter idealet: Den unge, friske, slanke, vakre, spenstige kroppen: Hva viktigere kan du bruke tid, penger og krefter på enn å perfeksjonere den? Den perfekte kroppsmaskin reklamen propaganderer for, kan lokke unge mennesker inn i en farlig kroppsoptatthet. Kroppslige vrangforestillinger og depresjoner kan bli følgen. Det eksklusive kroppsidealet innsnevrer også den kroppslige toleransen og trivselen i samfunnet. Tykke, korte, skjeve, trette, sene, syke kropper tåles dårligere og liker seg selv mindre.

Den postmoderne helsekulturen

Den postmoderne helsekulturen er en fersk utfordring for det nye folkehelsearbeidet (15,16). Kulturen har en sterk, men kanskje innflytelse på helse og medisin. Tradisjoner og allmenne sosialpsykologiske trender påvirker menneskenes helseatferd, egenomsorgsevne, sykdomsoppfatning og forventninger til helsetjenesten. Aktuelle bevegelser i den vestlige folkesjelen som forplanter seg inn i medisinen er (17,18):

- Fallende tålsomhet for plager (medisinsk inflasjon)
- Økende selvdyrking og kroppskultus (narssisme)
- Tiltagende sykdomsfrykt med overdreven tro på helsekontroller (medisinsk sikkerhetshysteri)
- Økende sans for mystikk/okkultisme (alternativmedisinsk oppdrift).
- Forbruksmani med forbruk av økonomiske og økologiske ressurser med tilhørende utarming av helsemulighetene for framtidige generasjoner.

De globale miljøproblemene

Den økologiske krisen representerer en ny utfordring for folkehelsearbeidet (19). Pasienten Jorden blir sykere og sykere:

- Konsentrasjonen av drivhusgassen karbondioksid har økt med 9% de siste 20 årene, og ligger 26% over nivået i førindustriell tid.
- Jordens overflate er varmere enn noen gang siden termaturmålingene startet på midten av 1800-tallet. Den globale gjennomsnittstemperaturen vil øke 0,2-0,5 grader per tiår med dagens utslipp av drivhusgasser.
- Det er sannsynlig at ozonlaget er redusert med 0,5% pr. år fra midten av 1970-årene.

Kulturen har en sterk men kanskje innflytelse på helse og medisin

En ny, økologisk profilert samfunnsmedisin som setter søkelyset på samspillet mellom politikk, økonomi, biologi, miljø og helse kan bli medisinenes viktigste instrument i behandlingen av pasienten Jorden

- Omlag 50 000 arter planter og dyr forsvinner fra Jorden hvert år pga. forurensning og tap av tropisk skog.
- På grunn av intensivt landbruk (erosjon) har Jorden mistet 500 milliarder tonn matjord de siste 20 årene.
- Rovdrift på skogene gjør at jordens grønne lunger blir 17 - 20 millioner hektar mindre for hvert år.

Vi er trolig i ferd med å sprengte Jordens økologiske bæreevne. En bekvem forklaring for oss i Den rike verden er befolkningseksplorasjonen. Fra 1950 til 1995 økte folketallet i verden fra 2,6 til 5,8 milliarder, for det meste i u-landene. Men i samme tidsrom fant det sted en femdobling av verdensøkonomien (produksjon og forbruk), for det meste i i-landene. Konsumkulturen i de rike landene er antagelig like farlig for Jordens miljø som befolkningsutviklingen i de fattige landene. En innbygger i Norden forbruker og forurenser i dag 30-40 ganger mer enn et menneske i Den tredje verden. Norge med sine fire millioner innbyggere, har eksempelvis like mange personbiler som India med 800 millioner. Hvis alle mennesker på Jorden skal forbruke som i overflodslandene, vil det kreve fem planeter for å levere energien og tåle giften.

En ny, økologisk profilert samfunnsmedisin som setter søkelyset på samspillet mellom politikk, økonomi, biologi, miljø og helse kan bli medisinenes viktigste instrument i behandlingen av pasienten Jorden (20).

Det medisinsk-industrielle kompleks

Den nye samfunnsmedisinen har utnevnt seg selv til faglig vokter av den folkehelsetrussel administrativt inkompetente, sosialt skjeve eller kommersielt overutviklede helsetjenester kan representere (21-23). Vestlig medisin representerer en ekstrem forbrukskultur. Den farmasøytiske industrien og de medisinske teknologifirmaene er blant de raskest voksende forretningsvirksomhetene i USA, Japan og Tyskland. I USA vil antakelig helseutgiftens andel av brutto nasjonalproduktet øke fra 12% til 18% i løpet av de neste syv årene (24).

Det er ikke bare økonomien som er ute av kontroll i de vestlige helsesystemene. Bærekraften synes også å svikte på det politiske, psykologiske og moralske området (1). Dehumanisering av lege/pasientforholdet,

medikalisering av hverdagslivets problemer, overfor-skrivning av legemidler, juridisk og økonomisk betinget overforbruk av høykostmedisin, økende sosiale skjevheter i tilgjengelighet og kvalitet på medisinske tjenester - alt bidrar til bildet av økonomisk og økologisk syke helsevesener i den rike verden.

Nye rammebetingelser og arbeidsformer

Fornyelsen av folkehelsearbeidet består ikke bare i at problemstillingene til dels er nye. Rammebetingelsene og arbeidsformene endrer seg også.

Vi lever i et mer demokratisk og opplyst samfunn enn Virchow. Folk er kunnskapsrike og selvsikre. De ønsker ansvar og makt over noe så viktig som egen helse og eget miljø. År-2000-samfunnsmedisinen har derfor et nytt potensial - i folket. Derav nye arbeidsformer og begreper som community participation, empowering, nærmiljøarbeid (10,11).

Det moderne samfunnet har et avansert forvaltningsapparat, også på lokalplanet. Derfor kan ikke folkehelsearbeidet være et one-man-show. Det nye folkehelsearbeidet må praktiseres tverrsektorielt, tverrdisiplinært (21,25,26).

Avantgarden i Den nye samfunnsmedisinen kjenntegnes også av et friskt medisinsk-politisk mot, nesten ad modum Virchow (27-31). Den dokumenterer, med forskning eller veid erfaring, risikoen for helseskader, og går så på krigsstien, politisk og mediemessig: mot sosialt brutale regjeringer, mot menneske-rettighetsbrudd, mot tobakksindustrien, mot legemiddelindustrien, mot TV-reklame, mot multinasjonale firma som dumper sitt giftavfall i Den tredje verden. Til og med ærverdige Lancet oppfordrer til medisinsk-politisk mot på lederplass (22): «Let us return to the Acheson report that has done so much for the rebirth of the public health movement. Sir Donald holds that directors of public health should not make politically sensitive remarks - except possibly in their annual reports. One can readily see why it would be politically uncomfortable for them to do so, but surely if the specialty is to flourish and if the directors are to do their job properly, they will have to speak out on sensitive issues.»

Folkhelsearbeidet kan ikke være et one-man-show. Det nye folkehelsearbeidet må praktiseres tverrsektorielt, tverrdisiplinært

Det nye folkehelsearbeidet provoserer eliter ved å påvise helseskadene som følger av ulikhet

Nye vitenskapelige allianser

Folkehelsevitenskapen må skape viten om de problemene og løsningsmåtene som er aktuelle. Det betyr at samfunnsmedisinens faglige allianser og vitenskapelige metoder må veksle med tiden (32, 33). I første halvdel av dette hundreåret var infeksjonssykdommene en dominerende utfordring. Hygiene og bakteriologi ble naturlige samarbeidsfag. De siste tiårene har såkalte livsstilsykdommer (hjerte- og karsykdommer, kreft mm.) preget folkehelsen. Epidemiologisk metode og kunnskap har derfor stått sentralt. Det nye folkehelsearbeidet vil i økende grad arbeide med helsefremmere og helsehemmere som er koblet til politikk, kultur og miljø. Derfor bør redskap og kunnskap fra fag som sosiologi, medisinsk antropologi, sosialpsykologi, økologi, historie og geografi tas inn i samfunnsmedisinen.

Virchow og det nye folkehelsearbeidet i Norden nå

Den nye samfunnsmedisinen er som Virchow: kontroversiell. Den utfordrer makthaverne både i fag og samfunn:

- Det nye folkehelsearbeidet bekjenner seg åpent til et verdigrunnlag: sosial rettferdighet og økologisk bærekraft.
- Det nye folkehelsearbeidet blander fag og politikk i den forstand at den anbefaler helsefremmende og advarer mot helsefarlige politiske valg.
- Det nye folkehelsearbeidet provoserer sosiale eliter ved å påvise helseskadene som følger av ulikhet.
- Det nye folkehelsearbeidet konfronterer økonomiske interesser ved å diagnostisere medisinske og økologiske skadevirkninger av en ensidig vekst/forbrukskultur.
- Det nye folkehelsearbeidet utfordrer legestanden dels ved å peke på iatrogene folkehelsestrusler, dels ved å synliggjøre medisinenes birolle i det helsefremmende arbeid.
- Det nye folkehelsearbeidet krenker det medisinsk-vitenskapelige miljøet ved å vektlegge samfunnsvitenskapelig og humanistisk helseforskning.

Motstanden kommer ikke bare utenfra. Den nye

samfunnsmedisinen må også overvinne indre vansker:

- Hva er det medisinske grunnstoffet og hvor er legens eksistensberettigelse i folkehelsearbeidet? Vandenbroucke (33) advarer mot at de samfunnsmedisinske instituttene kan utvikle seg til «departments of miscellaneous medicine, the soft underbelly of the medical schools».

- Hvordan sikre faglig redelighet og troverdighet i grenselandet mellom politikk og medisin (33-35)? Ferske erfaringer viser at farene er mange og fellene dype (36,37).

- Hvordan utvikle redskaper for praktisering av det nye folkehelsearbeidet? Litteraturen er mer preget av ønskekonsert enn av verksted (10,11,21,25,27).

- Hvordan hindre at det nye folkehelsearbeidet blir enda en manifestasjon av medisinenes omnipotens, en slags samfunnsmedisinsk ingeniørkunst på makthavernes premisser (1,33,35)?

Utfordringene er mange og motstanden mektig. Slik kan folkehelsearbeiderne få store muskler. Nordiske kommuner egner seg godt for samfunnsmedisinsk trening. Mange lokalsamfunn er geografisk velavgrensede, demografisk stabile og kulturelt homogene. Her blir sammenhengene mellom miljø og helse tydelige. Kommunene i de nordiske landene har også godt utbygget infrastruktur på helseviktige felt som: skole, politi, trafikk, teknisk hygiene, miljø, bolig, kultur og sosiale forhold. Dermed blir sammenhengene mellom miljø og helse påvirkelige. Endelig har vi et vitalt nærdemokrati med opplyste og engasjerte borgere som kan mobiliseres til helsefremmende arbeid i frivillige foreninger eller ved politisk arbeid.

I forhold til potensialene har de nordiske forsøkene på å implementere Den nye samfunnsmedisinen vært få. For å komme ytterligere på offensiven tror jeg nordisk samfunnsmedisin må ta seg selv mindre høytidelig. De samfunnsmedisinske praktikerne bør bryte med sin formal-korrekte, byråkratiske tradisjon. De samfunnsmedisinske akademikere bør bryte med epidemiologiens monopol og gå ut av den apolitisk transen som forveksles med objektivitet. Vi må, både i felten og ved

Hvordan hindre at det nye folkehelsearbeidet blir enda en manifestasjon av medisinenes omnipotens, en slags samfunnsmedisinsk ingeniørkunst på makthavernes premisser

universitetene ta oss humør til å leke og mot til å feile, være dristigere i å bekjempe politiske og kommersielle helsefarer, oppmuntre til en eksperimentell samfunnsmedisin under mottoet: Det er bedre å gå i en felle enn å stå stille. Vi bør følge Virchows siste ord: «Sikkert er det at medisinen ikke vil miste noe av sin verdighet ved å ta de høye sko av og blande seg med folket, for blant folket vil den finne ny styrke.»

REFERENSER

1. *Fugelli P*: Pasienten Norge. Studier i politisk patologi. Oslo: Cappelen, 1994.
3. *Eisenberg L*: Rudolf Ludwig Karl Virchow, where are you now that we need you? *Am J Med* 1984; 77: 524-32.
10. Ottawa charteret om helsefremmende arbeid. Oslo: Helsedirektoratet, 1987.

11. Sundsvall-erklæringen om et helsefremmende miljø. Oslo: Helsedirektoratet, 1991.
13. *Smith GD*: Income inequality and mortality: why are they related. *BMJ* 1996; 312: 987-8.
15. *Helman CG*: Culture, health and illness. Oxford: Butterworth - Heinemann, 1990.
18. *Fugelli P*: Medisin og modernitet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 3832-6.
19. *McMichael AJ*: Planetary overload. Global environmental change and the health of the human species. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
20. *Malmberg O*: Kan Rio-konferensens Agenda 21 ha betydelse for det lokale miljøarbeidet och folkhälsan? *Socialmedicinsk Tidsskrift* 1996; 73: 127-33.
21. *Hancock T*: Healthy development and the community ecosystem: three ecological models. *Health Prom Int* 1993; 8: 41-6.
28. *Robert KH*: Miljöförstöringen leder til sjukdom. *Läkarnas tystnad alibi för passivitet*. *Läkartidningen* 1993; 90: 1861-4.
33. *Vandenbroucke JD*: New public health and old rhetoric. *BMJ* 1994; 308: 994-5.

1996 ÅRS SEMINARIUM OM REHABILITERING I U-LÄNDER

Tema : Vem styr rehabiliteringen?

EMPOWERMENT

- aktiv medverkan och medbestämmande av funktionshindrade

Begreppet Empowerment kommer att belysas ur olika perspektiv bl a med praktiska erfarenheter från Föreningen Rekryteringsgruppens internationella verksamhet i Polen, Litauen och Ukraina, samt från arbete inom CBR (Community Based Rehabilitation) i Palestina.

En föreläsare från Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg kommer att ge en teoretisk bakgrund till begreppet.

Tid: Lördagen den 16 november 1996
kl 9.30 - 16.00

Plats: Rädda Barnen
Torsgatan 4, Stockholm

Frågor: Anna Mellgren Anna Lindström
08-668 62 91 08-84 74 64

Arrangör: Föreningen för Rehabilitering
i U-länder, FRU

Anslag för reumatologisk forskning

Reumatikerförbundet anslår ett belopp om ca 5 Mkr till reumatologisk forskning samt till omvårdnadsforskning.

Aktuella forskningsprojekt skall vara godkända av respektive etiska komité.

Ansökningar om anslag jämte bilagor i elva exemplar (särtryck endast ett exemplar) skall vara oss tillhanda senast den 30 september 1996.

Vi är ytterst angelägna om att arbetsterapeuter, kuratorer, sjukgymnaster och sjuksköterskor söker omvårdnadsforskningsanslag.

Ansökninghandlingar med uppgifter om bestämmelser för godkännande av ansökan skall rekvideras från oss.

Välkommen med Din ansökan!

R EUMATIKERFÖRBUNDET
Box 12851, 112 98 Stockholm
Telefon 08 692 58 00, Fax 08-650 64 15