

Hälsovårdsupplysning i England



Lars Himmelmann

I början av 1800-talet förekom hälsoundervisning i ett litet antal av Englands privatskolor under ämnesrubriken "physics". I och med att den sanitära standarden i landet förbättrades så uppstod krav på att biologiundervisning skulle införas i skolorna. Vid den industriella revolutionens slut började man undervisa i "humanfysiologi och hälsoregler". Även omgivningshygieniska faktorerers påverkan på hälsan stod då på schemat. Emellertid var många skolor motståndare till en undervisning i fysiologi, speciellt de undervisningsanstalter som tillhörde kyrkan. Det engelska skolsystemet har alltid givit rektorerna för skolorna en stor självständighet, då det gäller undervisningens innehåll. Tillkomsten av allt fler statliga och kommunala skolor under sista decenniet har dock medfört en bättre uniformitet i skol-schemat. Fortfarande föreligger dock motstånd mot sexualundervisning i de privata skolorna, speciellt då i skolor som tillhör katolska kyrkan. På allra sista åren har dock isen brutits på enstaka håll, beroende på att framsynta katolska präster givit sitt tillstånd till sexualundervisning i katolska skolor inom sina församlingar. Mindre

Den hälsovårdsupplysning som sedan länge bedrivits i England har varit ett föredöme för andra länder. Verksamheten har nyligen reorganiserats och förstärkts genom tillkomsten av ett centralt ämbetsverk för hälsoupplysning. Samtidigt har landstingen successivt ökat sin satsning på detta område.

Lars Himmelmann som är t. f. länsläkare i Bohuslän har dels i samband med studier vid London School of Hygiene & Tropical Medicine 1965—66 och dels under en stipendieresa till England 1969 sett närmare på upplysningsverksamheten inom hälsovården.

kontroversiella ämnen som renlighet, motion etc. har dock länge varit obligatoriska inom alla skolor. I lärarutbildningen ingår sedan 1939 som 1/3 av pedagogikundervisningen hälsoundervisning och sociala aspekter på utbildning.

Hälsovårdsupplysningen samordnas

Hälsoundervisning i begränsad utsträckning hade alltså förekommit i skolorna i flera årtionden då man 1927 bildade en central organisation för hälsoupplysning på initiativ av ett par landstingsläkare. Organisationens arbetsområde blev mycket begränsad och finansierades med insamlade medel och ett litet stöd från staten. Under andra världskriget dominerades verksamheten av sexualundervisning och bekämpande av veneriska sjukdomar. 1948 övertogs denna organisation av kommunerna och fick då namnet Central Council for Health Education (CCHE). I dess styrelse ingick i majoritet representanter för de lokala myndigheterna. Kommunerna, vars anslutning var frivillig, betalade en medlemsavgift baserad på kommunens innevånareantal. Den totala budgeten 1966 var 40.000 pund. För dessa medel erbjöds kom-

munerna utbildning av personer inom kommunen som hade med hälsoundervisning att göra. CCHE kunde på begäran av de lokala myndigheterna ge kurser inom 12 olika ämnesområden. Som lärare vid dessa kurser medverkade läkare och pedagoger, där läkaren informerade om de senaste medicinska rönen på området och pedagogen om undervisningsmetoder och audiovisuella hjälpmedel.

CCHE producerade en stor mängd undervisningsmaterial, affischer, broschyrer etc. som erbjöds kommunerna till självkostnadspris. Organisationen blev också ett kontaktorgan för press, radio, TV och allmänheten. I begränsad omfattning bedrevs även hälsoundervisning avsedd för gemene man. En viss forskning kunde även utföras, huvudsakligen finansierad från speciella fonder.

Jämsides med CCHE producerade en avdelning vid hälsodepartementet ett fåtal affischtyper, avsedda för riksomfattande hälsokampanjer medan CCHE:s material huvudsakligen var till för lokala aktioner.

Cohen-rapporten

Det centrala organet för hälsoupplýsning var dock alltför svagt och arbetade med för små anslag för att man skulle kunna få en önskvärd effekt av verksamheten. 1959 tillsattes en kommitté, under ordförandeskap av lord Cohen, med uppgift att göra en översyn av hälsoupplýsningen centralt och lokalt. Kommittén hade sitt första sammanträde 1960 och fyra år senare lade man fram sitt betänkande. Man konstaterade bl.a. att ingen medicinsk service kan bedrivas utan samtidig hälsoupplýsningsverksamhet och att hälsoupplýsningen är en av de viktigaste komponenterna i den förebyggande medicinen. Man ansåg vidare att organisationen för hälsoupplýsning både centralt och lokalt borde förstärkas betydligt, såväl ekonomiskt som personellt. Orsaken till detta var att hälsoupplýsning borde innebära något mer än att sprida information. I hälsoupplýsningen måste också ingå att övertyga människor om att det som läres ut är riktigt och att råden som ges är värda att följa. De mätbara resultat som dithills

hade erhållits genom hälsoupplýsning fastslogs ha varit direkt proportionellt till de ansträngningar som gjorts och skickligheten hos hälsoupplýsarna. I betänkandet föreslogs att man skulle skapa en stark central organisation för hälsoupplýsning. För denna verksamhet föreslog man ett anslag på 500.000 pund initialt, motsvarande ungefär två procent av vad som 1960 användes till reklam för snask och cigaretter.

Statlig satsning på hälsoupplýsning

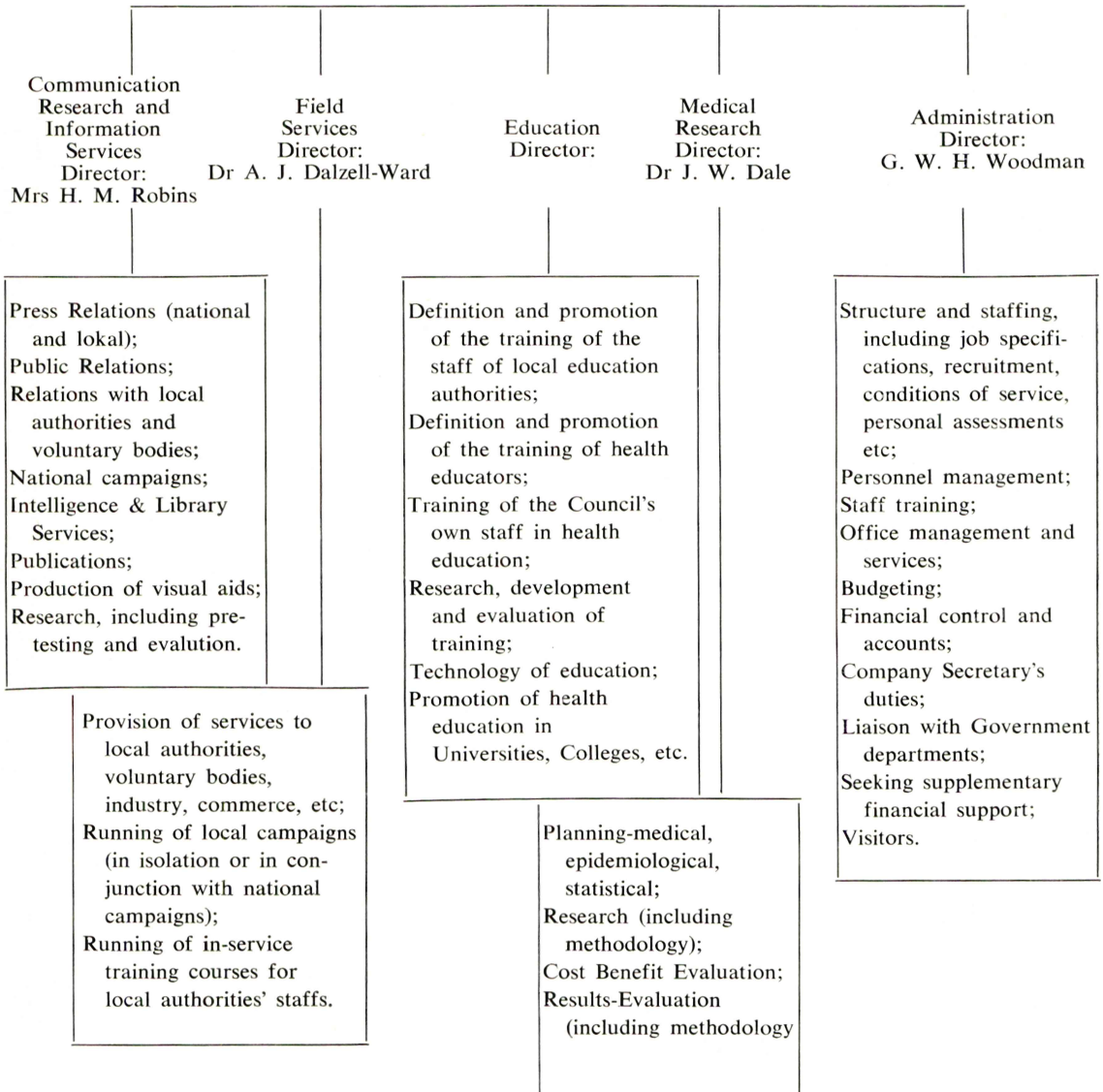
Cohen-rapporten lade grunden till en ny organisation av hälsoupplýsningen centralt. Den nya organisationen började sin verksamhet 1968, och byggdes upp succesivt. 1969 anställdes en generaldirektör som chef för verket. Vid sista årsskiftet, var fortfarande organisationen ej fullt utbyggd trots att då cirka 80 personer anställdes.

Namnet på det centrala verket blev Health Education Council Ltd, dvs. man skapade en bolagsform för dess administration. Inkomsterna kom i huvudsak från staten och 1969 års budget löd på 321.000 pund. Av dessa pengar bidrog kommunerna med 13.000 pund genom medlemsavgifter. Långt ifrån alla kommuner har dock anslutit sig, detta på grund av en viss tveksamhet över organisationsformen. Under hösten 1969 gick diskussionens vågor höga mellan tjänstemän vid verket och representanter för kommunerna. De sistnämnda ansåg, att verket med det stora statsunderstödet inte kunde handla utan en viss tvångsdirigering från staten, vilket kunde påverka valet av ämnesområden för hälsokampanjerna. Man ifrågasatte bl.a. om inte de stora skatteintäkterna på alkohol skulle innebära ett ljust intresse för kampanjer som avsåg att minska alkoholkonsumtionen.

I ett tidigt förslag till organisation tänkte man att verket skulle uppdelas på ett flertal sakbyråer, där varje byrå sysslade med ett speciellt medicinskt område. Man skulle ha en mentalhälso-byrå, en byrå för barnuppföstran, en byrå för alkoholområdet osv. Förslaget övergavs emellertid och den slutliga organisationsplanen innebar att verket delades upp på fem avdelningar under generaldirektören (se organisationsschemat).

ORGANISATION OF THE COUNCIL'S FUNCTIONS

The Director General
responsible to the Council for the management and administration
of all the Council's activities and responsibilities.



Liksom i svenska ämbetsverk finnes en verkstyreelse. Denna har utsetts av hälsoministern. I styrelsen ingår representanter för kommunerna, universiteten, skolorna, läkarförbundet, tandläkarförbundet och landstingsläkarna. Generaldirektören är ansvarig inför styrelsen för verkets drift och administration och har under sig de fem avdelningarna med var sin direktör.

Samtidigt som det nya verket bildades upplöstes det gamla Central Council for Health Education. Större delen av den verksamhet som ingått i denna organisation övergick till det nya verket och inordnades under avdelningen för "Field Services". Även chefen för CCHE överflyttades och blev direktör för denna avdelning. Field Services drivs delvis på kommersiell bas, dvs. avdelningen skall i första hand tillgodose de anslutna kommunernas behov dels med hjälp vid lokala kampanjer och dels genom utbildning av kommunernas eget folk. Dessutom kan man stå frivilliga organisationer, industrin och handeln till tjänst. Man har ett mycket rikhaltigt urval av audiovisuella hjälpmedel, broschyrer, affischer m.m. Man förfogar också över två stora bildtagna husvagnar som inretts med de tekniskt mest avancerade undervisningshjälpmedel som finns på marknaden. Bl.a. ingår videobandspelare och intern television.

Avdelningen för kommunikationsforskning och informationstjänst handhar produktionen av audiovisuella hjälpmedel samt publikationsverksamheten. Från CCHE har man övertagit utgivningen av Health Education Journal och Health Education Digest samt Better Health. Kontakterna med massmedia som är mycket betydelsefulla sker via samma avdelning. Under 1969 hade två serier program producerats tillsammans med televisionen dels om rökning och dels om olycksfall i hemmen. Båda serierna var avsedda att visas för såväl allmänheten som i skoltelevisionen. Tyvärr hade man fått programtider så sent på kvällarna att flertalet TV-tittare då stängt av sina apparater.

Utbildningsavdelningen, som i oktober 1969 ännu inte hade fått sin avdelningschef, är den vik-

tigaste delen av verket då det gäller att föra ut hälsoupplysningen som en väsentlig komponent i den förebyggande medicinen. Hälsoupplysning som undervisningsämne på universitetsnivå är mycket sparsamt förekommande. Vid Institutet of Education, London University finns en ett-årig kurs som leder till Diploma in Health Education. Flertalet studenter som genomgår denna kurs kommer från utvecklingsländerna. Kritiska röster har gjort gällande att dessa kurser måste hållas på alltför låg nivå på grund av studenternas mycket varierande bakgrund och att kursen ger dåligt utbyte för de som kommer från den industrialiserade världen. I läkarens och sjuksköterskans normala utbildning ingår alltför litet av den undervisning som skall göra medicinalpersonal bättre skickad att sprida information till enskilda patienter och patientgrupper. Utbildningsavdelningen har därför bl.a. till uppgift att påverka universiteten att ge större utrymme för ämnet hälsoupplysning, speciellt inom de medicinska högskolorna.

Den mest intressanta avdelningen är dock den för medicinsk forskning. Avdelningen har förlagts till Bristol, en stad med cirka 430 000 innevånare. Stadens storlek tillåter att man gör slumpmässiga urval bland befolkningen samtidigt som den ej är så stor att inte lokala kampanjer får en tillräcklig genomslagskraft. Som avdelningschef har utsetts professor Dale vid universitetet i Bristol. En av de viktigaste uppgifterna för denna avdelning är att göra beräkningar av de kostnadsbesparingar som man kan uppnå genom hälsoupplysning, kostnadsbesparingar i form av minskad sjukfrånvaro, minskade vårdkostnader etc. Dessutom åligger det avdelningen att göra prioriteringar vid riktade hälsokampanjer genom att välja ut ämnesområden inom vilka man kan uppnå största möjliga effekt med minsta möjliga insats i form av upplysning.

Enligt verkets generalprogram vill man i första hand satsa på tretton områden för hälsoupplysning: tobaksrökning, kostfrågor, kariesprofylax, födoämnesförgiftningar, cancer, infektionssjukdomar, veneriska sjukdomar, alkohol, narkotika,

sexualupplysning, hälsoproblem bland nya immigranter, olycksfallsprofylax och förberedelse inför ålderspensioneringen. All verksamhet sker i ett nära samarbete med hälsodepartementet, departementet för utbildning och teknik samt med lokala myndigheter och frivilliga organisationer.

Hälsoupplysning på det lokala och regionala planet

England är liksom Skottland indelat i administrativt relativt självständiga områden. Man skiljer mellan Administrative Counties, som närmast motsvaras av våra landsting och County boroughs, som motsvaras av våra landstingsfria städer. Landstingsområdena är i sin tur indelade i mindre delar som dock i detta sammanhang saknar intresse. Landstingen och de landstingsfria städerna är Local Government Authorities. Detta innebär att de också enligt lag är lokala hälsovårdsmyndigheter. National Health Service Act, som reglerar hälsovårdsmyndigheternas verksamhet ger dessa befogenheter att utöva hälsoupplysning.

Man talar i England ofta om att hälso- och sjukvårdens organisation är tredelad. För sjukhusen finns ett system med 15 regionala sjukhusområden var och en med en sjukhusdirektion. Sjukhusdirektionerna utses av hälsoministern och är direkt ansvariga inför denne. Vid sidan om de 15 direktionerna finns det speciella direktioner för undervisningssjukhusen. Den andra delen av systemet utgöres av tjänsteläkarna som arbetar relativt oberoende av regional dirigering. Den tredje och återstående delen av hälso- och sjukvårdssystemet administreras av de lokala hälsovårdsmyndigheterna under ledning av landstingsläkaren. I den service som erbjuds av de lokala myndigheterna ingår förebyggande mödra- och barnavård, distriktssköterskevård, vaccinationsprofylax, tuberkuloskontroll, hälsoupplysning och öppen mentalvård. I samarbete med de lokala skolmyndigheterna administreras också skolhälsovården och hälsoupplysningsverksamheten inom skolans ram.

All medicinalpersonal som är anställd av hälso-

vårdsmyndigheten förväntas bedriva hälsoupplysning i samband med att de fullgör sina normala arbetsuppgifter. Inom varje lokalt hälsovårdsområde finns dessutom sköterskor som förutom att vara utbildade distriktssköterskebarnmorskor har en nio månaders specialkurs i förebyggande medicin och hälsoupplysning. Dessa s. k. Health Visitors arbetade från början endast med förebyggande mödra- och barnavård och skolhälsovård. I och med att de lokala hälsovårdsmyndigheternas kompetensområde utökades har hälsobesökarna fått mer omfattande arbetsuppgifter och används numera även inom den öppna åldringsvården och långtidssjukvården och inom den öppna mentalhälsovården.

Ett landsting som givit resurser åt upplysningsarbete

Under en studieresa i England hösten 1969 fick jag tillfälle att under en vecka få studera hur hälsovårdsupplysning bedrevs inom Lancashire County. Landstinget i Lancashire har troligen satsat mer på hälsoupplysning än något annat landsting. Man har inom landstingets kansli byggt upp en särskild enhet som förutom kontorslokaler förfogar över en större byggnad för produktion av upplysningsmaterial. Verksamheten ledes av en Health Education Officer vars grundutbildning är byggnadsingenjör, men som i 11 år arbetat med hälsoupplysning i Uganda. Han hade genom sin entusiasm lyckats få landstinget att under några få år öka det årliga anslaget för hälsoupplysning från 400 pund till 47.000 pund. Vid besöket i september 1969 fanns 13 heltidsanställda inom enheten varav två kvalificerade reklamtecknare. I enheten ingick också en skåpbil, två land-Rovers, en större husvagn och två trailers.

Genom en mycket god information om verksamheten hade efterfrågan på hälsoupplysning stegrats kraftigt. Man kunde från landstinget erbjuda föreläsare och diskussionsledare. Från ett filmarkiv med 300 filmer kunde lärare, fortbildningsledare och andra gratis få låna filmer. Filmutlåningen till skolor tillgick i allmänhet så att en lärare som önskade låna film kontaktade någon tjänsteman på enheten för hälsoupplysning.

Denne åkte därefter ut till läraren för att få en personlig kontakt och närmare upplysningar om vad man var intresserad av. Ett antal filmer inom önskat ämnesområde kördes sedan till läraren som i lugn och ro fick filmerna förevisade. Efter det läraren gjort sitt val av den film som borde visas för eleverna fick läraren kompletterande skriftligt material till filmen. Först därefter bestämdes tidpunkt för visning.

Produktionen av pamfletter och affischer var mycket omfattande. Under 1967 hade man tillverkat cirka 1.000.000 trycksaker. Färdiga utställningar fanns även inom vitt skilda områden för gratis utlåning. Landstinget kunde med hjälp av ett föredömligt utformat informationsmaterial sprida kännedom om sin verksamhet.

De ämnesområden som behandlades var i stort sett desamma som Central Council for Health Education har på sitt program. Både husvagnar och trailers användes i olika kampanjer. Husvagnen var vid besöket utrustad med tandhålsomaterial avsett för skolelever i 5-8 års ålder. I vagnen fanns förutom papier-maché-figurer runt vägarna, en dockteater och filmförelisningsmöjligheter. Husvagnen uppställdes på skolgårdar runt om i landstingsområdet och fick användas under två dagar av varje klass. Under första dagen visades film och skolans lärare gick igenom utställningsmaterialet. Barnen skulle därefter författa en pjäs om tandvård som kunde spelas med hjälp av dockorna i dockteatern. Andra dagen ägde denna föreställning rum och avslutades med utdelning av äpplen och tandborstar.

På de två trailers som fanns byggdes i bästa karnevalsstil upp utställningar med olika temata. Dessa vagnar kördes sedan omkring i samhällena och deltog i karnevaler och då större folkfester gick av stapeln. Under året hade man haft en vagn om olycksfall i hemmet, en om drunkning och en om olycksfall genom fyrverkeripjäser.

Trots den omfattande verksamheten visste man mycket litet om de resultat den gav. I vissa fall kunde man dock konstatera en trolig effekt genom ett ökat antal deltagare i poliovaccinationer, ett ökat antal kvinnor som kom för gyneko-

logisk cancerkontroll efter kampanjer på dessa områden.

Manchester Regional Committee on Cancer

Jämsides med den av samhället bedrivna hälsovårdsupplysningen finns en rad frivilliga organisationer med upplysningsverksamhet på sitt program t.ex. Chest and Heart Association, British Diabetic Association, Multiple Sclerosis Society, British Epilepsy Association etc. Alla dessa föreningar tillvaratager i första hand de intressen som patienter med en viss specifik sjukdom lider av. Till skillnad från dessa organisationer arbetar Manchester Committee on Cancer för att ändra människors inställning till cancer och samtidigt för att få folk med symptom så tidigt som möjligt till behandling. Genom ett brett upplagt hälsovårdsupplysningsprogram, finansierat av de lokala myndigheterna i södra Lancashire och Cheshire har man i dessa landstingsområden nått 45 % av den vuxna befolkningen och 25 % av barnen i åldern 10—18 år med information. Detta i en befolkning på 2.500.000 människor. Genom ett intimt samarbete med Department of Social Research knutet till Christie Hospital och Holt Radium Institute har man mycket noggrant kunnat följa resultatet av upplysningsprogrammet. Attitydundersökningar före projektets början och fem år senare har visat att antalet som trodde att cancer kunde botas ökade från 36 % till 55 % och insikten om att tidig behandling ökade möjligheterna till överlevnad ökade från 57 % till 71 %. I ett kontrollområde kunde ej några attitydförändringar påvisas. Antalet kvinnor som sökte för tumör i bröstet inom två månader efter det hon upptäckt resistenser i bröstet ökade från 28 % till 38 %.

Överlevnadsprocenten ökade dock ej signifikant eventuellt beroende på att läkaren ibland visade tendens att expektera om symptom debuterat sent. Hade kvinnan emellertid länge haft symptom blev hon i allmänhet genast remitterad för specialistbehandling, dvs. summan av läkarens och patientens avvaktan förblev ungefär konstant.

En undersökning rörande den utlösande orsaken till att en kvinna sökte läkarvård för miss-

tänkta knutor i bröstet visade att hon oftast inte talat med maken eller någon väninna om sina besvär. Uppenbarligen var kvinnorna i undersökningen alltför känslomässigt berörda för att ta upp problemet med en icke-neutral person. I stället visade det sig att dessa kvinnor i hög utsträckning sökte läkare efter att ha diskuterat saken med sin damfrisörska. På grund av detta något uppseendeväckande resultat planerar nu Manchester Regional Committee on Cancer att ge en speciell information till damfrisörskorna inom området.

Kommittén har under åren publicerat en mängd resultat av sitt upplysningsarbete genom vetenskapligt väl genomförda studier. Det finns de som säger att det mesta av värde som redovisats om hälsoupplýsning i England kommer från kommittén och Departement of Social Research i Manchester.

Slutord

England har efter många års arbete, ofta genom frivilliga insatser, skapat förutsättningar för en slagkraftig hälsovårdsupplýsning numera med starkt statligt stöd. Den nya organisationen centralt, som knappast ännu fått tid att verka så länge att några resultat kan redovisas, har emellertid försetts med ekonomiska och personella resurser för ett framgångsrikt arbete. En relativt snabb utbyggnad av landstingens hälsoupplýsningsverksamhet har också förmärkts under senare år och allt fler landsting anställer Health Education Officers. Verksamheten är emellertid frivillig och många politiker anser fortfarande att det ej är ekonomiskt försvarbart att satsa på denna mycket viktiga del av den preventiva medicinen. Det nya centrala ämbetsverket kan kanske påverka de anslagsbeviljande myndigheterna till större friskostighet på detta område.

ALTERNATIV SOCIALVÅRD

Konferenstryck från Föreningen Sveriges Socialchefer's årsmöte och studiedagar i Eskilstuna 1969 har utkommit.

Rekvireras från

Föreningen Sveriges socialchefer

Box 8085

200 41 Malmö 8

Tel 040/99 50 00 ankn 102