

Några intryck från en WHO-konferens om health education i Wiesbaden sommaren 1957

Av docent *Gunnar Biörck*

I april 1953 ägde den första europeiska konferensen om health education rum i London. En redogörelse för denna konferens har utgivits av WHO år 1953 (1). I två artiklar (2, 3) har Malcolm Tottie, som deltog såsom svensk delegat, redogjort för konferensens syften och resultat. Konferensen åtföljdes av arbete inom en expertkommitté, som framlade resultaten av sitt arbete i en liten skrift i WHO:s tekniska rapportserie (4). I år hade WHO:s europakontor sammankallat en ny konferens om Health education of the public, vilken ägde rum i Wiesbaden 27 juni—5 juli innevarande år. Sverige representerades där av sjuksköterskan fröken Birgitta Liljekrantz från Göteborg och mig. Det kanske kan vara skäl att lämna en kortare redogörelse för konferensens förlopp och resultat.

I förarbetena till konferensen framhölls från WHO, att det nu gällde att diskutera de hitillsvarande och framtida möjligheterna för träning av läkare, sköterskor och andra, som är verksamma i hälsovårdande uppgifter i systematisk health education (hälsofostran). Särskilt skulle man intressera sig för de psykologiska och sociologiska grundvalarna för denna utbildning, dels i allmänhet, dels med hänsyn till de olika yrkesgrupperna, och i det syftet begärde WHO av varje land en redogörelse för de rådande förhållandena ifråga om health education där. En sådan rapport sammanställdes för Sveriges del inom nämnden för internationella hälsovårdsärenden på grundval av diskussioner och korrespondens med företrädare för de medicinska fakulteterna och sjuksköterskeskolorna. Dessa rapporter kom emellertid att spela en relativt underordnad roll vid sammankomsten i Wiesbaden. Jag vill dock icke underlåta att nämna, att de besök jag i studiesyfte gjorde vid några av de svenska sjuksköterskeskolorna för att få en mera praktisk uppfattning om undervisningsmetoderna

där f. n., gav mig ett mycket starkt intryck av den avancerade pedagogiska skicklighet, med vilken dessa sköterskeskolor arbetade, och jag blev även imponerad av den aktivitet och frimodighet, som eleverna lade i dagen.

Vid konferensen i Wiesbaden var 21 europeiska länder representerade och därjämte deltog representanter för WHO, UNESCO och Internationella Röda Korset. Bland deltagarna kunde man urskilja en central grupp, som i stor utsträckning svarat för förberedelsearbetena och som under de första dagarna av konferensen försökte itaga befälet över de övriga konferensdeltagarna. Denna grupp utgjordes bl. a. av miss Helen Martikainen, WHO:s chef för health educationavdelningen, dr. John Burton från den engelska Central council for health education och professor Ruth Grout från School of public health i Minneapolis, samt professor Canaperia från Italien. Det fanns emellertid en hel del deltagare, som tyckte att trycket "uppifrån" var litet väl starkt, och som därför kom att bidra till en ganska livlig debatt under den påföljande veckan. Bland dessa deltagare kan nämnas professorn i farmakologi och medicin vid S:t Andrews university i Dundee, Skottland, R. B. Hunter, professor Axel Strøm från Oslo, dr. C. J. Möllenbach från Köpenhamn, dr. Ojala från Helsingfors och undertecknad. Sannolikt fanns också enstaka motståndsnästen inom den tyska delegationen, vilken dock i egenskap av värd för konferensen bemödade sig om att iakttaga ett mycket diplomatiskt, älskvärt och tillbakadraget uppträdande. I stor utsträckning avslöjade de fortsatta diskussionerna, att health education-problemen i Sydeuropa i en mängd avseenden skiljer sig från dem, som vi har att brottas med i Nordeuropa och England. I de sydeuropeiska länderna tycks fortfarande grundläggande hygieniska och sanitära problem utgöra den väsentligaste uppgiften för

health education, medan i vår del av Europa dessa problem sedan länge är tämligen genomarbetade och de nya hälsoproblem, som möter oss, i stor utsträckning har klinisk prägel och inte är åtkomliga med sedvanliga hygieniska föreskrifter. Varje ekonomisk och kulturell nivå har väl sin problematik, och det var uppenbart, att det ibland var mycket svårt att komma fram till ståndpunkter, som var meningsfulla och acceptabla för samtliga deltagare.

Wiesbaden-konferensen inleddes de första dagarna med en serie föredrag från den tidigare nämnda gruppen av initiativtagare och organisatörer. Under det senare förloppet togs vissa speciella problem upp till debatt, dels i fyra blandade diskussionsgrupper, dels i fyra grupper sammansatta med hänsyn till yrket (en läkargrupp, en sköterskegrupp och två grupper för public health-arbetare). Gruppernas rapporter diskuterades, alltför kortfattat, på ett par plenarsammanträden och vid en avslutande estraddiskussion.

Inte bara ifråga om de olika nivåer, på vilka de aktuella arbetsuppgifterna tycktes befinna sig, men också på andra områden förekom starka motsättningar. Dr. John Burton, en av health-educations-rörelsens andliga ledare, startade mycket olyckligt och utmanande i sitt inledningsanförande genom att bl. a. angripa läkarutbildningen och de kliniska lärarna i mycket grova och schematiska termer. En omtyckt melodi, som nynnades på flera håll, var läkarnas förmenta okunnighet om psykologiska mekanismer och deras materialistiska betraktelsesätt inför sjukdomar — allt i kontrast till health-educatörernas högre kunskande, och "essentially scientific way of behaving". Denna, om starka ressentiment mot läkarna vittnande attityd tog sig bl. a. uttryck i en fråga av Burton, om icke samhällsvetenskaperna och health education för dagens läkare vore viktigare grundvetenskaper än fysik och kemi. Han fick senare, i gruppdiskussionerna, svar på tal av professor Hunter, som förklarade att om "health educators were to tell the physician his business, they will run against a stone wall", och han fortsatte: "The clinician has been by-passed by the health education movement. The whole thing is going to run into very heavy weather — and rightly so."

Hunter frågade också Burton, huruvida kliniker användes som lärare vid dennes kurser i health education, och när svaret blev nej, replikerade Hunter: "This is absolutely fantastic. The people, who really know, are not consulted."

En annan fråga, om vilken meningarna bröt sig, gällde den speciella psykologiska teknik, som föreföll att vara health-educationisternas stora slagnummer. Demonstrerad med en entusiasm, som stundom överskred gränsen mellan det sublima och det löjliga, föreföll den att utgöras av truismer, sunt förnuft och uppenbara naiviteter i en något ojämn blandning. Men bakom den relativt oförargliga praktiken, fanns på sina håll en filosofi, som måste väcka betänkligheter. I ett av föredragen talades det sålunda om, att "we have to influence people and change their behaviour in regard to matters of health", vilket i förstone kan verka enkelt, ända till dess man börjar fråga sig, vilken rätt "vi" har att försöka ändra andra människors levnadssätt. Men när, i ett annat föredrag, det framhålls, att health education "does not seek merely to impart factual information but to *develop an attitude of mind* etc.", är det uppenbart att man är ute på hal is. Ty här lyser igenom missionärens brist på respekt för den personliga integriteten hos dem han söker omvända. Och här går kanske en annan och djupare skiljelinje mellan health-education-specialisterna å ena sidan och klinikerna å den andra. Health education-entusiasterna är säkert i god tro, men deras väg framåt är kantad, inte bara av goda föresatser, utan också av en barnslig glädje över psykologiska tricks och metoder, som står konditioneringen nära, och som — i händerna på personer med dåligt omdöme — kan bereda vägen för ett samhälle av modell 1984. Dessbättre föreföll det som om WHO:s cheffsspecialist inom health education, miss Helen Martikainen, var väl medveten om allvaret i den problematik, som ligger i att arbeta med människor på ett sådant sätt att de själva finner den rätta vägen — inte blott att genom skicklig grupparbetesteknik leda dem dit man själv vill, samtidigt som man ger gruppen intrycket att den funnit sin egen lösning av problemen. I rapporten från en av de blandade diskussionsgrupperna blev det också

klart utsagt, att "health education is not primarily concerned with changing people's behaviour but with interpreting carefully to the public scientific knowledge and basic facts regarding healthy living."

Denna tvekan inför metoderna är inte obettigad. I läkargruppens rapport kom den till uttryck i bl. a. följande ord: "There was some doubt as to the propriety of the doctor extending his influence on the patient beyond the condition for which he had sought advice... and it was felt that attempts to influence the behaviour of groups of people should only be made after very careful consideration, and that programmes undertaken without due sense of responsibility were not justified and might do harm."

Det är uppenbart, att så länge health education sysselsätter sig med uppgifter sådana som att rekommendera handtvätt efter toalettbesök; tandborstning; vatten- och livsmedelshygien o. s. v. — sådant som jag vill beteckna som grundläggande hygien — föreligger knappast några etiska eller praktiska problem. Men när man går vidare utefter skalan, till veneriska sjukdomar, hjärtinfarkt eller lungcancer, är situationen en annan. Skall health education ifråga om veneriska sjukdomar avse utdelning av kondomer, eller ta sikte på en förbättrad livsåskådning? Professor Axel Strøm ansåg för sin del, om jag förstod honom rätt, att det senare området låg utanför medicinens och även health educations kompetensområde. Har vi rätt att ingripa i befolkningens kostvanor för att hejda arteriosklerosen? Får en health educationist själv röka, om han skall fara omkring och bedriva upplysningsverksamhet om cancerbekämpande? Inför denna personliga fråga slöt sig somliga av de mest övertygade health-educationisterna som musslor inom sitt skal. Där förelåg ingen vilja att "change their behaviour in regard to matters of health". Bakom många av vår kulturs sjukdomar ligger djupa psykologiska mekanismer, som är svåra att röra vid, och man vet heller icke, vilka andra rubbningar, som kompensatoriskt skulle uppstå, om man lyckades att ändra folks beteende. Detta är ingen ursäkt för *laissez faire*, men en maning till varsamhet både med målsättningar och metoder.

Uppgifterna för diskussionsgrupperna var egentligen att gå in på de mera tekniska aspekterna av *utbildningen* i health education för olika kategorier av medicinalpersonal. De ovan antydda allmänna motsättningarna medförde dock, att gruppdiskussionerna i betydande utsträckning också kom att sysselsätta sig med mera fundamentala problem, definitioner och semantik. Det blev för mig i viss mån en överraskning, att så heterogena grupper kunde komma fram till några resultat alls. Att så likväl skedde, berodde säkerligen på skickligheten hos ordföranden och rapportörer, bland vilka jag gärna vill nämna: professor Jessop, socialmedicinare från Dublin, dr. Minnie Johnson, London, professor Axel Strøm, dr. Möllenbach och den goda och kloka sjuksköterskan Anna Wagner från Köpenhamn samt den charmerande, intelligenta och snabba mademoiselle Le Meitour från Internationella röda korset.

Stora svårigheter mötte att definiera health education. Expertkommitténs (4) definitioner är omständliga och urvattnade och kan täcka nästan vad som helst. En angelägen uppgift under konferensen blev därför att oavbrutet uppmärksamma terminologifrågorna. Å ena sidan användes nämligen begreppet health education för att beskriva *all* form av upplysning och fostran i sådana hänseenden, som kan påverka hälsan, å den andra, däremot, begagnas uttrycket som benämning på en specifik *teknik*. Det råder, för mitt sätt att se, ingen tvekan om, att modern tillämpad psykologi och reklamvetenskap känner till den effektivaste tekniken att "sälja" (get across) information och argument till enskilda och grupper, och att välmentade läkarföredrag i Blomstermåla röda korskrets inte alltid utnyttjar alla nu kända möjligheter i branschen. Sannolikt är det väl också så, att vi läkare, i våra samtal med de enskilda patienterna, inte alltid uttrycker oss eller beter oss så, att vi uppnår de psykologiska effekter vi inbillar oss eller eftersträvar. Frågan är då: är detta något som den blivande läkaren bör och kan lära sig och, i så fall, hur skall det gå till?

Av de diskussioner, som fördes i Wiesbaden, fick jag det intrycket, att man har att göra med tre olika aspekter av frågan. För den vanlige läkaren är problemet närmast ett om intervju-

och samtalsteknik i läkare-patient-situationen; för vissa läkare i administrativa eller undervisningsbefattningar tillkommer önskvärdheten av kännedom om informationsteknik ifråga om grupper; båda kategorierna bör dessutom vara medvetna om att de vid sin sida har medhjälpare, som gärna tar på sig en del av health-education-uppgifterna, om de får tillräckligt stöd, i första hand sjuksköterskor och socialarbetare. Särskilt från skandinaviskt håll, och icke utan motstånd från en del troende health-educationister, underströks den centrala roll, som skollärarna har och borde ha i hälsofostran — särskilt biologi- och gymnastiklärare. Från franskt håll underströks i gengäld apotekarnas stora betydelse. Sjuksköterskornas stora insatser här uppfattas ju av oss som nästan självklara, men det kan vara skäl att understryka ett uttalande som gjordes vid konferensen, nämligen: "If the doctors are not taught about health education, then the nurses are left in a vacuum".

Inom läkargruppen gick stridens vågor höga ifråga om health education's plats i den medicinska undervisningen. Steg för steg fick dr Burton draga sig tillbaka från sina i förväg intagna ställningar, och den slutliga rapporten fick en nyanserad och realistisk utformning. I den sägs det, att all verksamhet med patienter är en form av health education, och att nyckelpersonen i den verksamheten är den praktiserande läkaren. Hans utbildning i health education skall integreras med den övriga utbildningen, både i prekliniska ämnen (t.ex. fysiologi och sinnesfysiologi) och, framför allt, i de kliniska ämnena genom arbetet med patienterna. Det underströks särskilt, att medicinerna måste lära sig att göra inte blott en sjukdomsdiagnos, utan också att bedöma patientens personlighet och miljöbakgrund för att kunna hjälpa honom på rätt sätt.

I plenardiskussionen kom heta meningsutbyten att gälla både praktikerns uppgifter i hälsofostran och sjukhusets. Den franskspråkiga public-health-gruppen hade i en av byråkratiskt översitteri färgad rapport framställt den praktiserande läkaren som det största hindret (!) för medicinalbyråkratens verksamhet för health education of the public. Självfallet inlade dr Möllenbach och jag för våra länders

räkning skarpa gensagor mot detta barocka uttalande. Professor Pangalos från Aten ryckte till fransmännens undsättning genom att framhålla att ingen läkare, som uppbar ersättning direkt från sina patienter, kunde tänkas bedriva health education. Som helhet demonstrerade denna debatt och det sätt, på vilket medelhavsblockets företrädare smutskastade sina egna yrkesbröder, ett starkt intryck av de stora klyftor, som tycks finnas ifråga om medicinsk struktur inom Europa.

Läkargruppens rapport innehöll även en analys av sjukhusets möjligheter till health education. Det framhölls, att den ökande tendensen hos sjukhusläkarna att se sin uppgift som medicinska tekniker kunde påverka kontakten med patienterna och deras anhöriga på ett ogynnsamt sätt. Även tendensen att genom follow-up-polikliniker säga av den naturliga kontakten mellan den sjuke och hans familjeläkare kan resultera i en försämrad vård av patienten som helhet (the patient as a person). Dessa risker måste sjukhusen försöka aktivt motverka, bl. a. genom att ge patienterna och deras anhöriga upplysning om sjukhusets uppgifter och verksamhetsform (t. ex. sådana broschyrer som finns vid en del svenska sjukhus), samt genom personliga insatser av sjuksköterskor och socialarbetare m. fl. Här, som eljest, gäller dock att ingen organisation kan fungera om den inte bärs upp av läkarnas intresse och stöd. Om så sker, däremot, kan sjukhuset — och dess öppna, mot samhället vända, verksamhet — bli ett betydelsefullt instrument i hälsoupplysningens tjänst. Som man nästan kunde ha väntat, röntte denna synpunkt ingen förståelse på franskoriterat håll.

Det är möjligt, att denna konferens från visst håll haft till syfte att ge en start åt "health education" som en ny para-medicinsk specialitet med egna företrädare och egna utbildningsinstitut. Även om enstaka röster i det längsta gjorde sig hörda till förmån härför, torde de ha värvat få proselyter. Den övervägande åsikten tycktes vara den, att health-education synpunkter bör genomsyra den ordinarie utbildningen av all "medicinsk" personal, men att något behov av speciella health-educationists inte förelåg, åtminstone i vår världsdel. Möjligen kunde man tänka sig ett

behov av några experter på den speciella psykologisk-pedagogiska teknik, som kan vara önskvärd, särskilt vid arbete med grupper av befolkningen. I gengäld underströks det starkt, hur nödvändigt det är att sådana personer håller sig mycket väl informerade om den medicinska utvecklingen, och hur väsentligt det är, att de vid sin utbildning också får del av kliniskernas kunskaper och synpunkter.

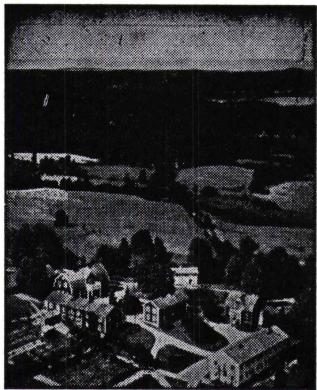
Vad utbildningen av den "medicinska" personalen beträffar, främst då av läkare, sjuksköterskor och kuratorer, diskuterades det rätt mycket, huruvida det kunde vara lämpligt att undervisa dessa grupper gemensamt eller var för sig. Härom var meningarna delade. Personligen tror jag emellertid att det vore värt att pröva en samundervisning av medicinare, sjuksköterskeelever och blivande kuratorer kring en del av de problem, som rör "the patient as a person" — också ur synpunkten health education. Jag tror icke att deras grundförutsättningar är alltför olika, men väl att deras personliga attityder och erfarenheter kan komplettera varandra. Om det är möjligt att inom ramen för undervisningen i socialmedicin pröva en sådan gruppundervisning, skall jag gärna göra försöket.

I den estraddiskussion på Wiesbadens teater, som avslutade konferensen, beskrev jag mitt intryck av health education på ungefär följande sätt: "I tidernas morgon levde klinisk medicin och public health tillsammans i ett lyckligt äktenskap. Den kliniska medicinen var ute på strövtåg och kom hem med kunskaper och kapital, som public health tillämpade och

gjorde av med i sina ansträngningar att hålla rent i huset. När fru public health på senare tid fick mera tid över, genom alla moderna bekvämligheter, råkade hon kasta sina ögon på en uppvaktande kavaljer, en son av psykologien, som kallade sig public-relations-mannen. Frukten av deras förbindelse blev ett barn, som kallades health education. Den kliniska medicinen blev i förstone förvånad, men med den tolerans som den trots allt har, accepterade den i alla fall barnet, men det tjänar ingenting till att dölja, att situationen kan bli spänd, om barnet health education inte uppför sig väl." Ett av de resultat, som jag tror att denna konferens fört med sig, och som dr. Grzegorzewski från WHO i Genève, som var med i Wiesbaden, underströk, var den växande insikten om att WHO — i varje fall evad det gäller Europas problem — inte längre kan bygga så övervägande på public-healthsidans företrädare, utan måste ta kontakt på bredare front med den kliniska medicinen och den medicinska undervisningen och forskningen.

Litteraturförteckning

1. European Conference of Health Education of the Public. WHO 1953.
2. *M. Tottie*: Svenska Läkartidningen, 50: 1805, 1953
3. *M. Tottie*: Nordisk Hygienisk Tidskrift, sid. 122, 1954.
4. Expert Committee on Health Education of the Public. First Report.
WHO Tech. Rep. Ser. nr 89, 1954.



Nyhyttans Badanstalt

Fysikalisk-dietisk kurort

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: *Dr G. Smårs.*

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation.

Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningar.

Tel. Järnboås 13.

OBS! Post- och järnvägsstation JÄRNBOÅS.