



HELSE OG ULIKHET

*Vi trenger et handlingsprogram for
Finnmark*

Redigert av Anders Forsdahl, Atle Svendal, Aslak Syse og Dag Thelle

Universitetet i Tromsø
Institutt for Samfunnsmedisin

ISM skriftserie
blir utgitt av Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø.

Skriftene skal gi plass for manuskript som fortener publisering på grunn av innhald og kvalitet, men som ikkje høver for vanleg tidsskrift.

Forfattarane er sjølve ansvarlege for sine funn og konklusjonar, innhaldet i artiklane er difor ikkje noko uttrykk for ISM's syn.

Redaksjonen avslutta 15. februar 1989.
Egil Arnesen

ISBN 82-90262-15-9

Trykk: Tromsprodukt A.S.

INNHOOLD

	Side
1. Forord	1
2. Utkast til handlingsprogram	3
3. Foredrag	
Hvordan kan et områdes kompaarative fordeler ødelegges av Ottar Brox	19
Levevilkår - viktigere for helsetilstanden enn godt utbygde helsetjenester? av Asbjørn Aase	28
Utdanningslikhet. Hva kan og bør gjøres av Isak Aleksandersen	39
Attføring og velferd i Finnmark av Georg Midre	42
Kostholdskultur og erfaringer fra ernæringspolitisk arbeid av Asbjørn Tandberg	49
Sentrale trekk ved sykdoms- og dødelighets- mønsteret i Finnmark av Knut Westlund	55
Helse og ulikheter av Tor Erik Halvorsen	80
Fra vondt til verre - en helsetjeneste i revers? - Innlegg på konferansen helse og ulikhet Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark, av Øyvind Rolstad	87
Utkanhelsetjeneste - problem og potensialer av Per Fugelli	95
Flere gode år i et godt fylke av Aslak Syse	101
Nordkarelen prosjektet - dess bakgrunn och resultater av Timo Lahti	109
Andre forsøk på brede helseutviklingsprogrammer av Anne Johanne Søgaaard	115
Politiske synspunkter på handlingsprogram for helsemessig likhet av Tove Strand Gerhardsen	131

Om helse og ulikhet av Steinar Eriksen	135
Helse og ulikhet av Karl Eirik Schjøtt Pedersen	139
Faglige synspunkter på "handlingsprogram for helsemessig likhet" av Peter F. Hjort	143
"Helse for alle innen år 2000" - hvordan passer handlingsprogrammet inn? av Marit Kromberg	151
En oppsummering av Nils Petter Pedersen	155
4. Deltakerliste	157

FORORD

Fylkeshelsesjefen i Finnmark og Universitetet i Tromsø satte tidlig i 1986 ned en arbeidsgruppe med sikte på å få dokumentert en del viten om ulikheter i helsetilstand mellom Finnmark og resten av landet.

Dokumentasjonen skulle presenteres på en konferanse i Finnmark mot slutten av året.

Arbeidsgruppen kom tidlig frem til at dokumentasjon ikke er nok. Ulikhetene i helsetilstand kan til en viss grad avhjelpes ved målrettet forebyggende arbeid over et vidt spekter av tiltak på tvers av tradisjonelle sektorgrenser og forvaltningsnivå.

Honningsvåg ble valgt som sted for konferansen, 13.-15.oktober 1986.

Her la arbeidsgruppen frem utkast til et program for å få ned dødelighet og sykkelighet i Finnmark. Samtidig ble det lagt stor vekt på dokumentasjon av den viten som idag har om overdødelighet og oversykkelighet i fylket.

Konferansen inneholdt en fast del der den overnevnte dokumentasjon ble fremlagt av levokårs- og utkastforskere, samt epidemiologisk og samfunnsmedisinsk ekspertise i og utenfor landsdelen.

Utkast til handlingsprogrammet ble fremlagt som en del to, sammen med den viten en har om andre tilsvarende program. Spesielt ble undersøkelser fra Finland, Vest-Tyskland og USA lagt frem, som helhetlige forebyggende tiltaksplaner der en kan høste erfaringer for tilsvarende arbeid i Finnmark.

Siste del av konferansen var mer knyttet til muligheten for og ønskeligheten av å sette i gang en 10-års handlingsprogram for Finnmark for gjennom forebyggende helsearbeid over et bredt spekter å redusere sykkelighet og dødelighet. Dette ble belyst fra politisk synspunkt og mer faglig rettede innspill.

Ved siden av innledere var konferansen åpen for representanter for ulike etater og institusjoner som arbeider på feltet forebyggende medisin. Representanter fra faglig politiske og næringspolitiske organisasjoner var invitert. Likeledes var kommunene i Finnmark invitert samt ulike etater på statlig og fylkeskommunalt plan i fylket. Representanter for helsestell og helseadministrasjon i nabofylkene deltok også. Ulike samiske organisasjoner var representert. En del av helsepersonellets fagorganisasjoner sendte også representanter. Deltakerliste er vedlagt.

Da et slikt handlingsprogram krevet politisk vedtak, er arbeidsgruppen glad for at representanter fra kommunal og fylkeskommunale beslutningsorgan, stortingsrepresentanter fra fylket samt den politiske ledelse i Sosialdepartementet deltok aktivt under diskusjonen om muligheten for og ønskeligheten av å realisere et handlingsprogram.

Konferansen var ikke noe beslutningsorgan, men et åpent forum for kontakt og forståelse for at det på dette området ligger store og uløste oppgaver.

Under konferansen ble det enighet om at en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Fylkeslegen i Finnmark, Fylkeshelsesjefen i Finnmark, Universitetet i Tromsø, Statens Helseundersøkelse og Nasjonalforeningen for Folkehelsen skal fortsette arbeidet fram mot eventuelt en mulig realisering av et handlingsprogram.

Undertegnede arrangører av konferansen og tilretteleggere av utkast til handlingsprogram slutfører derfor vår oppgave gjennom publisering av den dokumentasjon og de innlegg som ble holdt i Honningsvåg 13.-15.oktober.

Vadsø/Kirkenes/Tromsø

9. november 1986

Anders Forsdahl

Atle Svendal

Aslak Syse

Dag Thelle

Denne publikasjonen er av tekniske grunner blitt vesentlig forsinket. Da dokumentasjonen i de ulike innlegg likevel har mer allmenn karakter, og fordi "Helse og ulikhet i Finnmark" er medtatt som eget pkt. i St.meld. nr. 41 (1987-88) "Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan", har vi likevel funnet grunn til å utgi dokumentasjon og innlegg fra konferansen.

Kirkenes/Tromsø

1.desember 1988

Anders Forsdahl

Aslak Syse

HELSE- OG ULIKHET - UTKAST TIL HANDLINGSPROGRAM

Fylkeshelsesjefen i Finnmark og
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Vadsø 18.september 1986

Motto: "flere og bedre år i et godt fylke"

1. INNLEDNING.

1.1. Helse- og sosialtjeneste.

Velferdssamfunnets hovedide er at goder skal deles. Når det gjelder helse- og sosialtjenester har målsettingen om likebehandling stått særlig sterkt. Tendensen til økt privatisering av helsetjenesten, økte egenandeler og økt konsentrasjon av helsepersonell ser ut til å slå sprekker i dette. Det er derfor grunn til å klargjøre rettferdighetsideen, som fortsatt må vise hovedretningen for utvikling av helse- og sosialtjenester.

Det er ikke vanskelig å slå fast at helse- og sosialtjenester ikke er rettferdig fordelt.

- mellom utkant og sentrum
- mellom ulike sosiale lag og
- mellom ulike typer sykdomstilfelle.

I Oslo er det spesialist for hver 300 innbygger, i Finnmark en for hver 6000 innbygger. Oslo kommune må betale driftstilskudd til flere legespesialister enn det er behov for. I Finnmark mangler spesialisttilbud som andre steder er utbygget.

Forskningsresultater viser at det er betydelige forskjeller i helse mellom ulike sosiale lag. Forskjellen er påvist med så å si alle slags mål for helse- og sykkelighet og forfølger menneskene fra fødsel til død. I Finnmark er levealderen betydelig lavere enn på landsbasis, særlig for menn.

Undersøkelser tyder på at helse- og sosialvesenet er med på å forsterke forskjellen ved at de ressurssterke, foruten å være friskest, også vet å betjene seg mest effektivt av tjenestene. De som har minst penger, utdanning og helse, er også fattigst på evner og muligheter til å nyttiggjøre seg helsetjenestene.

Menn i lavere sosiale lag har dobbelt så høy risiko for hjertesykdom som menn i høyere sosiale lag. Dette kan dels komme av at helseopplysning drives av de utdannede for de velutdannede, dels av folk i de lavere sosiale lag ikke klarer å omsette lære til liv på grunn av et belastende arbeidsmiljø og en vanskelig hverdagssituasjon.

Det helsemessige klassesamfunn deles ikke bare inn av sosiale og geografiske grenser. Sykdommene selv har sin egen medisinske status som er med på å bestemme behandlingens kvalitet. Høy medisinsk status har de akutte og faglig utfordrende sykdommer, hvor stor innsats av teknologi kan lede til helbredelse. Lav medisinsk status har de uhelbredelige, de pleietrengende og de psyko-sosiale avvik. Helse- og sosialtjenestene er derfor ofte mer formet av helsepersonellens ønsker enn av befolkningens behov.

Det er altså grove ulikheter i helsetilstand og tjenestetilbud, ulikheter knyttet til geografi, sosial gruppe og sykdommenes faglige status. Finnmark er et levende laboratorium for den som vil studere skjevhetene.

1.2 HVORFOR HANDLINGSPROGRAM I FINNMARK.

Framstillingen foran er i sin helhet hentet fra den helse- og sosialplan som Finnmark fylkesting vedtok i desember 1985, for perioden 1986-87. Handlingsprogrammet er en oppfølging av gjeldende plan. Hensikten med et handlingsprogram er å redusere ulikhet i helse og helsetilstand.

Ulikhet i helsetilstand er ikke et særfenomen for Finnmark, og tiltak for økt helsemessig likhet har interesse også for andre geografiske områder eller befolkningsgrupper. Handlingsprogrammet foreslås imidlertid iverksatt i Finnmark som et pilotprosjekt. De erfaringer som høstes vil danne grunnlag for planlegging- og utviklingsarbeid på kommune og fylkesnivå i Finnmark.

Erfaringen vil i sin tur også være av stor interesse for andre landsdeler eller sosiale grupper.

De problemstillinger som her tas opp har tilknytning til Helse-direktoratets arbeid med "Helse for alle år 2000".

1.3 FINNMARK - ET MØTEPUNKT MELLOM MANGE KULTURER.

I Finnmark lever flere etniske grupper eller kulturer side om side. Også innenfor hver kultur er det ulikheter i språk, levemåte og kulturell bakgrunn. Dette gjør det nødvendig at et handlingsprogram modifiseres og rettes spesielt inn mot etniske minoriteter. Det er viktig å ta utgangspunkt i de spesielle helsesrisiko som finnes blandt finske- eller samisktalende.

1.4 GRUNNLAGET FOR FOREBYGGENDE TILTAK.

Den kurative medisinen vil bare i liten grad kunne påvirke sykdomsforekomsten, i hvert fall slik tjenesten er organisert idag.

Med denne handlingsplanen vil vi vise hvordan det med dagens kunnskap og metoder er mulig å oppnå en bedre helse ved en samlet innsats, også av ikke-medisinsk natur. Skissen er basert på en generell mal trukket opp av de europeiske medlemsland i Verdens Helseorganisasjon.

De kroniske sykdommene, som omfatter hjerte-karsykdommer, kreft, sukkersyke, sykdommer i muskel-skjelettsystemet, psykiske problemer og ulykker, utgjør i dag våre største helseproblemer. Det er disse tilstander som betyr mest når det gjelder dødelighet og sykelighet, uferhet og nedsatt arbeidskapasitet. Enkelte av disse sykdomsgruppene kan til en viss grad unngås, eller tidspunktet for sykdom kan forskyves. Dette har vært vist ved flere prosjekter både i Europa og USA. Det foreligger et betydelig forskningsmateriale der en har påvist hvilke risikofaktorer, adferdsmønstre og sosiale forhold som er med på å øke risikoen for slike sykdommer. I Verdens Helseorganisasjons regi, og på nasjonalt plan har det blitt utviklet programmer rettet mot flere av disse sykdoms- og skadegruppene.

Et samlet program der flere sektorer blir aktiviserer, kan påvirke sykdomsrisiko og dødsrisiko i betydelig grad. En rekke av de risikofaktorer og livsstilforhold som forårsaker en stor del av sykdomsforekomsten, er felles for sykdomsgruppene.

2. HELSE- OG SOSIALSITUASJONEN I FINNMARK.

2.1 INNLEDNING.

I løpet av de siste femten år har sykehusene i Kirkenes og Hammerfest blitt utbygd og modernisert. De er godt utrustet materielt til å fungere som lokale sykehus.

Sykehusene har problemer med å få tilknyttet spesialister i faste stillinger, og i stor grad har media fokusert på personellmangelen. Imidlertid har vanlige kirurgiske og indre-medisinske lidelser blitt tatt raskere hånd om i Finnmark enn mange andre steder i landet. Antall pasienter på venteliste for slike lidelser er lavere enn i de fleste andre fylkeskommuner. Sykehusene har også påtatt seg sosialmedisinske oppgaver innen dødspleie, fysikalsk medisin, alkoholomsorg, psykisk helsevern m.v., og utviklet fleksibilitet i innskrivning, behandling og kontakt med pasientens/klientens hjemmemiljø.

Også primærhelsetjenesten er godt utbygd i Finnmark. De aller fleste kommunene har gjennomført fastlønnsystem for sine leger, noe som muliggjør en økt satsing på forebyggende arbeid. Enkelte kommuner har imidlertid gjennom flere år måttet slite med en svært ujevn og mangelfull dekning i sine legestillinger.

Der det har vært stabilitet i helsetjenester finner vi et gjensidig tillitsforhold mellom helsepersonell og befolkning. Sykebesøk og andre tjenester rettet mot heimen er godt utbygd.

På grunn av de store avstandene til sykehusene er det etablert mange sykestuer i fylket. Primærhelsetjenesten har derfor mulighet til å observere og behandle pasienter uten at pasienter/klienten må sendes på sykehus.

Spebarnsdødeligheten har tidligere vært høyere i Finnmark enn i resten av landet. Denne overdødeligheten har nå jevnet seg ut.

Tannhelse var tidligere langt dårligere i Finnmark enn i resten av landet. De senere år har vi opplevd en markert tannhelsebedring, særlig for barn og ungdom. For disse gruppene tyder endel av indikatorene på tannhelse på en bedre utvikling enn ellers i landet. Voksne og spesielt eldre har imidlertid færre tenner og flere proteser enn i landet forøvrig.

På tross av en rekke gunstige forhold har befolkningen i Finnmark dårligere levekår enn befolkningen i landet ellers. Sykelighet og dødelighet utgjør det mest alvorlige levekårsproblem i fylket. Dette er hovedkonklusjonen i "Levekår for Finnmark" av Asbjørn Aase (1982).

Antall uføretrygdete kan også gi et bilde av helseforholdene i fylket. Rapporten "Uføretrygdet i Finnmark" (1985) fra Norsk

Institutt for by- og regionforskning viser at 5,6% av befolkningen i Finnmark er uførepensjonert. For landet som helhet er prosentatsen 3,9%.

Dødeligheten i Finnmark har alltid (så lenge en har hatt tilgjengelig statistikk) ligget høyere enn resten av landet. For perioden 1976-80 var dødelighetene per 1000 innbygger 13,2 for menn og 7,2 for kvinner. For landet som helhet var tallene 10,4 og 6,3. For kvinnene har det i hele etterkrigstiden vært en gunstig utvikling, mens det for mennenes vedkommende ikke vært noen bedring. Dødsraten for menn var lavere både i 1949-52 og 1964-67.

2.2 HJERTE- OG KARSYKDOMMENE.

Det er den viktigste enkeltårsak til død blandt folk over 30 år. Sykdomsgruppen omfatter både hjerteinfarkt, angina pectoris og forskjellige former for hjerneblødning.

I Finnmark har dødeligheten av slike sykdommer stabilisert seg de siste ti årene, men er fortsatt den høyeste i landet. Flere tiltak har vært satt iverk for å redusere forekomsten, bl.a: masseundersøkelser og større helseopplysningskampanjer. Tiltakene har vært bredt anlagt, men har hatt relativt kort varighet.

I alt dør hvert år omlag 140 menn og 40 kvinner av akutt hjerteinfarkt i Finnmark fylke. Av disse er 40 personer under 60 år. Vi har ikke nøyaktige tall for nye tilfeller i året, men kan anslå dette til ca. 400, hvorav 100 rammer personer under 60 år. Antall hjerneblødninger kan anslås til ca. 100 pr.år, hvorav 25 rammer personer under 60 år.

Forebyggende tiltak ovenfor hjerte-karsykdommer vil i første rekke bety tiltak som utsetter sykdoms- og dødstidspunkt. Men det er sannsynlig at det totale antall tilfeller av hjerte-karsykdommer også reduseres. Med utgangspunkt i de tallene som er nevnt tidligere, vil en reduksjon på 50% i antallet hjerteinfarkt-tilfeller før 60 år bety 50 færre tilfeller. Og for 20 personer vil tidspunktet for død være forskjøvet til etter 60 år. For gruppen over 60 år bør en reduksjon på omlag 20% være oppnåelig. Det ville føre til ca. 60 færre tilfeller totalt. Antall innleggelser vil bli redusert med ca. 35-40, og tidspunktet for død vil bli forskjøvet for 25-30 personer.

Samlet vil et program rettet mot hjerteinfarkt redusere antall dødsfall i fylket med ca. 65 i året. I tillegg vil en få reduksjon i forekomsten av angina pectoris, og dermed nedsatt behov for koronaroperasjoner.

Dødsfall på grunn av hjerneblødninger har vært på tilbakegang over hele landet etter krigen, også i Finnmark. Det er sannsynlig at en ytterligere reduksjon på 30-40% er oppnåelig ved bedre blodtrykkskontroll og behandling. Dette ville forskyve ytterligere 8-10 dødsfall som nå rammer yngre mennesker.

2.3 KREFTSYKDOMMER.

Kreftsykdommene er den andre hovedårsak til død i de noe eldre aldersgrupper. Det er litt lavere samlet risiko for kreft i Nord-Norge sammenliknet med hele landet.

Hudkreft, kreft i tykktarm og endetarm og brystkreft er mindre hyppig i Finnmark enn i landet forøvrig. At hudkreft er mindre utbredt antas å ha sammenheng med mindre soleksponering. Hyppigheten av brystkreft kan henge sammen med at kvinnene tidlig har fått barn og at de får relativt mange barn.

Kreft i spiserør og magesekk er høyere enn resten av landet. Lungekreft er 1.7 ganger hyppigere i Finnmark enn i resten av landet. Samme mønster ses når det gjelder strupekreft og bukspyttkjertelkreft. Livmorskreft har også en høyere forekomst.

Flere av disse kreftformene kan settes i forbindelse med røykevaner. Høy risiko for livmorskreft kan ha sammenheng med at en systematisk masseundersøkelse ikke er utført.

Forebyggende virksomhet ovenfor kreftsykdommer kan deles i to hovedtyper. Ved den ene brukes masseundersøkelser eller siling for å finne forstadier eller tidlig stadium av kreft. Det mest realistiske i nærmeste framtid er systematiske undersøkelser med tanke på brystkreft og kreft i livmorhalsen. Den andre modellen er å endre forekomsten av de miljøfaktorene som er knyttet til økt kreftrisiko. Her står sigarettøykingen som den sentrale faktoren. De kreftsykdommer som er knyttet til sigarettøyking, utgjør 13 % av alle tilfellene, og behandlingsmulighetene er meget dårlige.

Når det gjelder kosthold er det samsvar mellom råd som gis med hensyn til å forebygge hjerte-karsykdommer og kreft, d.v.s. mindre fett, mer fiber, mindre salt, tilstrekkelig mengde vitaminer og mindre alkoholinntak.

Industrirelatert kreft er sjeldent i Finnmark, og relativt lite viktig sett fra et større forebyggende perspektiv.

En systematisk masseundersøkelse med tanke på brystkreft vil trolig redusere dødeligheten av denne sykdommen med 30-50 %. For tiden er forekomsten ca 15 tilfeller per år, men en regner med en økning til omlag 20 per år innen år 2000. Livmorhalskreft utgjør ca 10 per år. Her venter en ingen stigning i tiden fremover. Antall nye tilfeller bør kunne reduseres med 20-30%. Samlet vil et systematisk program rettet mot brystkreft og livmorhalskreft, kunne redusere antall nye tilfeller med ca 10 per år.

Lungekreft er den sykdom som i største grad er forårsaket av sigarettøyking. En fullstendig røykestopp ville redusere forekomsten med 80 %. I dag er det vel 25 nye tilfeller per år, og dette tallet vil stige dersom røykevanene ikke endrer seg. Tallet burde kunne halveres i løpet av 10-15 år.

Samlet bør en kunne oppnå en reduksjon på 30-40 krefttilfeller per år med et program som omfatter systematisk screening for

brystkreft og underlivskreft, og som samtidig er rettet mot dagens røykevaner.

2.4 SUKKERSYKE

Forekomsten av insulinavhengig sukkersyke er lavere i Finnmark enn f.eks. i Troms, mens ikke-insulinavhengig sukkersyke har en relativt hyppig forekomst. Denne tilstanden er tildels betinget i kostvaner og vil for en stor grad kunne reduseres ved en omlegging i kostholdet. Spesielt vil kontroll av overvekt være viktig.

2.5 ULYKKER

Gjennomsnittlig dør ca 65 mennesker av ulykker av forskjellige slag i løpet av et år i Finnmark. Det utgjør 10 % av samtlige dødsfall, mens tallet for landet som helhet er 6 %. Av de 65 personene omkommer 15 i trafikkuulykker. Forøvrig er det om lag 200 slike ulykker med personskade i året.

Vel 20 personer forulykker på sjøen eller drukner på annen måte i løpet av et år. Slike ulykker utgjør dobbelt så stor andel av samtlige dødsfall som i landet forøvrig.

Ulykker rammer gjerne folk i yngre alder, f.eks. er de fleste trafikkdrepte og skadde i alderen 7-25 år. Antall sparte leveår ved å unngå ulykker er meget stort. Et program rettet mot ulykker kunne f.eks. omfatte følgende forhold:

- Strengere kontroll med hensyn til bruk av alkohol og narkotika i forbindelse med bilkjøring, snøscooterkjøring og på farlige arbeidsplasser.
- Generell reduksjon i bruk av alkohol og andre rusmidler.
- Strengere fartskontroll og straffeutmålinger overfor fartsøvertredere
- Bedre kontroll over kjøretøy
- By og veiplanlegging legger større vekt på trafikkikkerhet
- Større innsats på opplysning og undervisningssektoren når det gjelder trafikk og ulykker.
- Etablering av skade- og ulykkesregister for fylket.

Det er vanskelig å anslå den mulige gevinst på dette området, men antall dødsfall burde kunne reduseres med 30 %, det vil si ca 20 færre dødsfall i året. Fortsatt vil ulykkestallene ligge høyere enn landsgjennomsnittet.

2.6 SOSIALE FORHOLD.

Sammenhengen mellom barns oppvekstmiljø og helseforhold er lite tallfestet - antagelig fordi det her er tale om problemer som skapes i en sammenheng men viser seg i en annen. Erfaring har lært oss at barn som har hatt ugunstige oppvekstvilkår ofte har betydelige helseproblemer allerede før myndighetsalderen er nådd.

Bevissheten om disse sammenhenger er grunnlaget for at barn og ungdom er prioriterte grupper i den foreliggende helse- og sosialplanen.

En aksjonsplan med et perspektiv på 10 år kan vektlegge forebyggende arbeid med ny styrke. Oppvekstvilkår er de forutsetninger samfunnet legger for barn og unge. Viktige områder er:

- Boliger, pris, tilgjengelighet og standard.
- Økonomiske forhold.
- Helsestasjonenes ressurser
- Barnehager og fritidshjem

Barn i risikogruppen gir tidlige signaler på behov om hjelp. Jo tidligere hjelp kan gis, jo mindre risiko for alvorlige skader. For å møte hjelpebehovet tidligst mulig er følgende viktig:

- Gode arbeidsforhold for PP-tjenesten
- Opprustning av sosialkontor med tanke på arbeid med barnefamilier og utekontaktvirksomhet.
- Tilgang på familiebehandling
- Tilgang på barne- og ungdomspsykiatri-tjenester
- Tilstrekkelige og gode omsorgstilbud.

Hvordan bedre oppvekstforhold vil påvirke dødsraten vet vi ikke, men vi vet at "sosial uførhet", som er et multi-helse-problem, ofte går i arv. Vi vet også at denne type uførhet inntreffer tidlig og er meget vanskelig å behandle i voksen alder. Omregnet til antall år med tilfredstillende helsetilstand vil det her være store gevinster å hente.

10-25% av befolkningen lider av nevroser og 1-2% av de voksne i Finnmark lider av psykoser. Mindre enn halvparten av disse får tjenester fra psykisk helsevern, men er likevel forbrukere av andre helse- og sosialtjenester. Viktige årsaker til utvikling av psykiske lidelser er vanlige levekårsproblemer:

- dårlig økonomi (lav inntekt)
- dårlige boforhold
- farefullt arbeid
- arbeidsledighet
- krisesituasjoner

Kort sagt - når folk har mye å engste seg over kan angsten etter hvert bli et hovedproblem. Forebygging av psykiske lidelser må i hovedsak skje gjennom bedring av generelle levekår:

- tilstrekkelig inntekt
- tilfredsstillende bolig
- trygt arbeid
- meningsfylt fritid

Informasjon som virkemiddel har erfaringsmessig liten virkning overfor mennesker med mange bekymringer.

I Finnmark bor ca 1600 storkonsumenter av alkohol dvs. personer som drikker mer enn 10cl ren alkohol pr. dag. (Asland 1983). Salg og egenproduksjon har større omfang enn i noe annet fylke. Totalt forbrukes ca 12 liter pr. person i fylket. Særlig benyttes brennvin og øl. Nordkapp plasserte seg i 1985 på fylkestoppen ved salg av 99 l øl pr. person (Bryggeriforeningens statistikk, Finnmark 30.6.86).

Det er en klar sammenheng mellom alkoholmisbruk og tap av helse/dødelighet. I Sør-Varanger har minimum 4% av dødsfallene sammenheng med alkoholforbruk. De som led en alkoholrelatert død mistet i gjennomsnitt 20 år av sin forventede levealder. De som døde av kreft mistet til sammenlikning 10 år (FFD 10/85 Delplan for rusmiddeltjenesten i Finnmark)

Et program rettet mot alkoholmisbruk kan omfatte bl.a. :

- opplysningsvirksomhet
- strengere alkoholpolitikk i kommunene (salg og skjenkebevilgning)
- økt tverretattlig samarbeid og bruk av nye organisasjonsformer.

2.7 SAMLET EFFEKT PÅ SYKELIGHET OG PÅ DØDELIGHET I FINNMARK VED EN MÅLRETTEET AKSJON MOT HJERTE-KARSYKDOMMER, KREFT OG ULYKKER.

Et organisert program for økt helse og sosial utjevning kan medføre at ca 180 personer unngår alvorlige hjerte og karsykdommer, kreftsykdommer og ulykker. Tabellen under oppsummerer en del av de vurderinger som er presentert foran. På en rekke områder har vi ikke grunnlag for å foreta tallfesting.

Tabell 1.

BEREGNET EFFEKT AV FOREBYGGENDE TILTAK OVERFOR ENKELTE SYKDOMSGRUPPER I FINNMARK.

	Avslag over nye tilfeller pr. år	Forventet antall pr. år etter handlingsprogram
Hjerteinfarkt	400	290*
Hjerneblødning	100	75
Lungekreft	25	15
Livmorhalskreft	10	8
Brystkreft	20	12
Ulykker (dødsfall)	65	45
Tilsammen	620	445

* Den største effekten vil en oppnå hos personer under 65 år.

Hvert år dør ca. 650 personer i Finnmark. Ved en reduksjon i de tre hoved-dødsårsakene som er nevnt tidligere vil en redusere antall dødsfall med ca .100 per år. Det vil føre til dødsrater som bare ligger 5% over landsgjennomsnittet. I tillegg vil dette føre med seg en samlet reduksjon av sykkelighet og uførhet som det er vanskelig å gi noe klart tallmessig uttrykk for, men den vil trolig ligge omkring 20 % lavere enn dagens nivå.

3. HANDLINGSPROGRAMMETS HOVEDMÅL

Hovedmålet bør være å redusere dødsraten for menn fra 125% til 105% i løpet av 10 år, og kvinner fra 114% til 105%. Landsgjennomsnittet er 100 %.

Dette målet vil gi innbyggerne bedre helse, med mindre pleiebehov og uførhet. Det vil gi befolkningen flere gode år i et godt fylke.

Pga. strukturelle og naturgitte forutsetninger, som avstand og spredt bosetning, er det i perioden 1988-98 ikke realistisk å senke dødeligheten ytterligere.

4. VIKTIGE AKTØRER OG SAMARBEIDSPARTNERE FOR Å NÅ MÅLET

4.1 INNLEDNING.

Målet kan ikke nås ved en innsats fra helse- og sosialsektoren alene. Forebygging av sykdom og ulykker og arbeid for bedre helsetilstand krever at en rekke offentlige instanser og private organisasjoner aktivt medvirker. På lokalplan må de stå for den utøvende virksomhet. De må også være premissleverandører og ha innflytelse på handlingsprogrammets gjennomføring, prioritering og evaluering.

Nedenfor nevnes en rekke sentrale instanser, og mulige tiltak. Framstillingen er ikke ment å være fullstendig, men å gi et bilde av hvor mange instanser som berøres.

4.2 HELSE- OG SOSIALTJENESTEN.

Primærhelsetjenesten er en viktig ivaretager av forebyggende helsetjenester. Likevel går en stor del av ressurser og kapasitet til sykdomsbehandling. For en gjennomføring av programmet må tid og ressurser frigjøres til helseopplysning, informasjonsinnhenting og modifisering av helsenedbrytende og helseskadelige strukturer.

Helsetjenesten må identifisere enkeltpersoner med høy risiko for ulike typer lidelser, og delta i kontrollundersøkelser av de kreftformer som framtrer med overhyppighet i deler av Finnmark.

Sosialhelsetjenesten er idag i svært stor utstrekning opptatt med å løse akutte behov, enten det dreier seg om penger, avrusning, mishandling eller nødvendig avlastning. Dette kan endres, f.eks. ved større vekt på forebyggende tiltak.

Det må være viktig å finne forsøkskommuner eller forsøksfelt der man velger å legge større vekt på forebyggende arbeid, for å vinne erfaring om dette gir bedre av helsetilstand.

4.3 SKOLE OG UTDANNINGSSYSTEM.

Skoleverket bør danne grunnstammen i helseopplysningsarbeidet. De rår over den pedagogiske teknikken, men trenger informasjon fra helsetjenesten om retningslinjer for sin undervisning. En

vesentlig del av handlingsprogrammet må derfor rettes inn mot skolen. F.eks. ved at skolens eget personell rustes opp ved etterutdanningskurs, utvikling av undervisningsmateriell og samarbeid med helsetjenesten.

4.4 ARBEIDSPLASSENE.

Bedriftshelsetjenesten bør prioritere forebyggende oppgaver istedet for helsekontroller. Arbeidstilsynet bør f. eks. legge opp et program rettet mot bedring av arbeidsforhold i fiskeindustrien og følge opp at de oppstrukne retningslinjer blir fulgt. Større vekt bør legges på opplæring av verneombud og arbeidsmiljøpersonell.

Fiskerne er en utsatt yrkesgruppe, og i samarbeid med Finnmark fylkesfiskarlag bør arbeidet med målrettet forebyggende helsearbeid og ulykkesforebygging for fiskere styrkes ytterligere.

En utbygging av arbeidsplasser i Finnmark er helt nødvendig for å hindre unødvendig uføretrygding. Fast arbeid er en viktig helsebyggende faktor. Attføringsarbeidet i Finnmark bør komme på linje landet forøvrig, likeledes muligheten for vernet sysselsetting.

4.5 PRIVATE ORGANISASJONER.

De ulike private organisasjoner som arbeider med spørsmål tilknyttet forebyggende helsearbeid må trekkes aktivt inn i iverksettelsen av programmet, og også ha muligheter til å influere på den videre modifisering av programmets enkelte deler. Det dreier seg om Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og ulike interesseorganisasjoner for avgrensede lidelser.

4.6 SAMISKE ORGANISASJONER.

Egne prosjekt bør igangsettes i nært samarbeid med de samiske organisasjoner. Arbeidet bør utføres av personell som behersker samisk språk.

4.7 KOMMUNALE MYNDIGHETER.

Fylkeskommunen må på de ulike sektorer satse helhjertet for at programmets intensjoner skal kunne oppfylles. Fylkeskommunen bør inngå i konkrete samarbeidstiltak med enkeltkommuner, og være behjelpelig med å legge tilrette for interkommunale tiltak der dette er den beste organisasjonsformen.

4.8 SENTRALE MYNDIGHETER.

Flere departementer må medvirke. Det gjelder Fiskeridepartementet, Landbruksdepartementet, Forbruker- og administrasjonsdepartementet, Sosialdepartementet og Kommunaldepartementet. Det

er viktig at programmet blir tverretatelig styrt og utført på alle tre forvaltningsnivå.

Sentrale myndigheter bør også bidra økonomisk.

5. GJENNOMFØRING AV HANDLINGSPROGRAM

5.1 FASEINDELING.

Arbeidet kan deles inn i fire faser

- Fase 1: Etablering av et helseaksjonsråd
 2: Forprosjekter
 3: Iverksetting og styring av hovedprosjekter
 4: Evaluering av delprosjekter og resultater

I resten av dette avsnitt skal vi gå nærmere inn på de ulike faser, gi et eksempel og antyde økonomiske kostnader.

5.2 HELSEAKSJONSRADET - OPPGAVER OG ORGANISERING.

Det bør etableres et helseaksjonsråd. Helseaksjonsrådet skal faglig lede arbeidet med å igangsette og å styre delprosjekter. De viktigste oppgaver blir:

- sørge for at det for grupper, eller geografiske områder blir utarbeidet mål og tiltak som kan gi økt helsemessig likhet.
- Aktivisere og forplikte de instanser som må delta for at målene skal oppnås. Berørte instanser må tilbys bistand til å organisere arbeidet slik at resultater oppnås.
- dokumentere delprosjekter og resultater.

For å utføre disse hovedoppgaver må helseaksjonsrådet ha kompetanse innen sosialmedisin, epidemiologi, prosjektorganisering, økonomi, levekår, lokalsamfunnsutvikling og informasjon. Rådet bør ha seks stillingshjelmer, både fordi oppgavene er omfangsrike og fordi det er behov for en bred kompetanse.

Helseaksjonsrådet må utgjøre en frittstående faggruppe, administrativt tilknyttet Finnmark fylkeskommune. Det bør ha nær faglig tilknytning til Universitetet i Tromsø og Statens Helseundersøkelser.

Helseaksjonsrådet bør ha sekretæriat i Finnmark.

5.3 FORPROSJEKTFASEN.

Forprosjektet bør starte med en foreløpig basisregistrering av risikofaktorer og sykdomsfremmede forhold. Dette er nødvendig for å utarbeide mål og tiltak. Rådet skal i utgangspunktet ikke innsamle data selv, men trekke veksler på organer som har dette som oppgave, f. eks. Statistisk Sentralbyrå, Statens Institutt for folkehelse, Edruskapsdirektoratet, Fylkeslegen i Finnmark m.v.

Å utvikle mål og tiltak for økt helsemessig likhet vil danne grunnlaget for hovedprosjektene. Ved avslutning av hvert delprosjekt må det skapes enighet om mål og tiltak. Bare når slik enighet foreligger kan arbeidet videreføres med et hovedprosjekt.

Dette vil være det mest kritiske punkt for å lykkes. Generelt er det ikke lett å få etablerte organisasjoner til å arbeide for nye mål. I særdeleshet oppstår problemer når løsningen ligger mellom etablerte institusjoners mål og virke. Dette gjelder for offentlige instanser, men til også private. Private instanser vil være orienterte mot økonomisk gevinst som kan realiseres innen rimelig tid. Disse faktorer vil skape vansker for å oppnå resultater. Et generelt noe lavt kompetansenivå i fylket gjør ikke utfordringene mindre.

For å legge grunnlag for et vellykket resultat må berørte instanser forplikte seg både økonomisk og organisatorisk. Økonomisk må det gjøres klart at rådet ikke kan forplikte de berørte instanser økonomisk og disse selv må klargjøre hvilke merkostnader de kan klare. Nasjonale låne- og støtteordninger til næringsliv, arbeidsmarked, enkeltpersoner, kommuner etc. må om nødvendig justeres for å oppnå økt helse-messig likhet. Organisatorisk må de berørte innstanser forplikte seg skriftlig vis-à-vis prosjektets mål. Det bør utformes en kontrakt der mål og ansvarsfordeling framgår. I kontrakten bør også partene forplikte seg til å svare på skriftlige henvendelser innen bestemte frister. Videre må de berørte gis anledning til innflytelse, slik at det for hvert forprosjekt bør etableres en styringsgruppe.

Ut fra behovet for å dispensere fra eller å endre regelverk bør sentrale myndigheter og sentrale organisasjoner i arbeids- og næringsliv ved handlingsprogrammets oppstart forplikte seg til hovedmålene.

Helseaksjonsrådet må gis adgang til å møte ledelsen i sentrale organisasjoner. Rådet må på sin side forplikte seg til å avgi halvårsrapporter, til alle samarbeidspartnere.

5.4 HOVEDPROSJEKTFASEN.

Hovedprosjektfasen, vil som forprosjektfasen bestå av mange delprosjekter med avgrensede mål. Noen vil gå over 1-2 år, andre over 6-8 år. Bare når det er sannsynlige resultater å oppnå kan et hovedprosjekt iverksettes.

Helseaksjonsrådets viktigste oppgave i denne fasen vil være

- å se til at tiltak iverksettes i forhold til de mål og den kontrakt som er satt opp.
- veilede partene, og gripe inn om nødvendig.
- dokumentere og informere.

I forhold til forprosjektfasen, og en etterfølgende evaluering-fase, kan hovedprosjektfasen illustreres slik:

88 89 90 91 92 93 94 95 96 97

Forprosjektfase

Hovedprosjektfase

Evalueringsfase

5.5 EVALUERING.

Hvert delprosjekt må evalueres og dokumenteres. Helseaksjonsrådet må selv kunne utføre dette, men bør ha mulighet til å engasjere noe faglig bistand.

5.6 ET EKSEMPEL.

Fiskeryrket er hardt, og mangelen på alternative arbeidsplasser bidrar til høy uførhet. Som gruppe kjennetegnes fiskernes helse ved

- sykdommer i muskler, sener og ledd som følge av kroppslig slit
- skader som følger av bevegelige arbeidsplasser, trøtthet og kulde
- nervøse plager som følge av en uregelmessig og usikker tilværelse
- livsstilsykdommer
- ulykker

Målet må være å forberede helsetilstanden, f.eks. ved levealder og yrkesaktivitet forlenges med 5 % innen 1995.

Hvem som bør delta i et slikt prosjekt vil være avhengig av hvilke tiltak som synes aktuelle. Forutsatt de tiltak som er listet opp under bør følgende delta:

- Muskel og skjelettsykdommer kan forebygges, f.eks. gjennom opplæring i arbeids- og løfteteknikk.
- skader kan forhindres. F. eks. kan båtene forbedres gjennom antiskli-belegg, økt rekkehøyde, skjerming av vinsjer etc. Også gjennom motiverings- og opplysningsarbeid kan skader hindres.
- Livsstilsykdommer, som følge av mye røyking, uregelmessige

- måltider, galt kosthold etc., kan påvirkes gjennom helseopplysning skreddersydd for fiskere og fiskerfamilier.
- Omfanget av ulykker kan påvirkes gjennom bedre kondemneringsvilkår, bedre minstelott- og avløserordninger etc.

Et forprosjekt omkring helsetilstand til fiskere vil bestå i å

- dokumentere hva vi vet om årsakssammenhenger
- skissere mål for utvikling av helse og velge parametre for måling
- foreslå tiltak
- skape dialog og samarbeid med sentrale aktører.

Et hovedprosjekt vil bestå i å

- inngå kontrakt med sentrale aktører, og slik avgrense rettigheter og plikter
- velge en hensiktsmessig organisering
- gjennomføre tiltak, evt. justere "kursen".

Helseaksjonsrådet bør i dette tilfelle økonomisk bidra med midler til informasjonstiltak. Kostnadene for øvrig må dekkes over budsjettene til berørte instanser.

Eksemplet foran tar utgangspunkt i erfaringer som er høstet bl. a. fra Værøy/Røst-prosjektet og Norges Fiskarlags arbeid de siste år, jfr. Per Fuggeli, Det medisinske klassesamfunn, U.forl.1982.

5.7 KOSTNADER.

De årlige driftsutgifter til helseaksjonsrådet vil utgjøre anslagsvis 2 mill. pr. år. Helseaksjonsrådet må i tillegg disponere midler for å stimulere berørte instanser til å delta og til å initiere tiltak som faller "mellom to stoler". Helseaksjonsrådet bør til slike oppgaver disponere 2 mill. årlig.

Etableringskostnadene kan anslås til 0,75 mill. kr.

Helseaksjonsrådet vil, i de 10 år det skal fungere, koste ca 40 mill. 1986 kroner.

Sentrale myndigheter bør dekke 75 % av kostnadene med arbeidet, og de fylkeskommunale/kommunale myndigheter 25%.

6. DEN VIDERE BESLUTNINGSPROSESS FOR Å IGANGSETTE HANDLINGS-PROGRAMMET

Helseaksjonsrådet bør være operativt og forprosjektfasen starte 1.1.88. For å få til dette vil vi antyde følgende beslutningsprosess:

Trinn 1: Finnmark fylkeskommune bearbeider handlingsprogrammet bl.a. ut fra de syn som fremmes på konferansen i Honningsvåg 13-15.10.86, og tar initiativ overfor Sosialdepartementet for å klargjøre de økonomiske og organisatoriske rammer for prosjektet.
Høst - 86.

Trinn 2: Sosialdepartementet, gjerne i samarbeid med andre departementer, Norske Kommuners Sentralforbund, Universitetet i Tromsø og Statens Helseundersøkelser, fastsetter/foreslår rammevilkår for det videre arbeid. Vår - 87.

Trinn 3: Programmet behandles politisk av fylkestinget, kommunestyre, universitetstyre og sentrale styringsmakter. Høst - 87

Vadsø/Tromsø den 18.9.86

Anders Forsdahl
professor

Dag S. Thelle
professor

Atle Svendal
adm.sjef

Aslak Syse
overlege

HVORDAN KAN ET OMRÅDES KOMPARATIVE FORDELER ØDELEGGES?

Av Ottar Brox

Ingress: Vi har fått høve til å trykke opp et internt notat som Ottar Brox presiserer ikke er utarbeidet for offentlig gjennomgang, men som han la til grunn for sitt foredrag. Litteraturreferanser er ikke med. En fullstendig versjon blir trykt:
Brox: "Kan primærnæringene bli lønnsomme?" Gyldendal 1989.

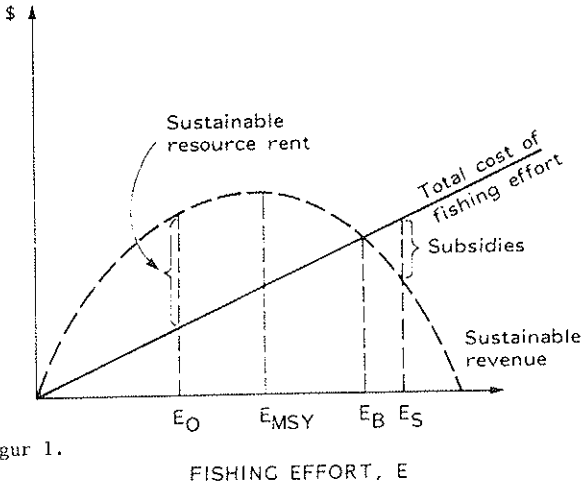
Nord-Norges fiskerihistorie i lys av grunnrentebegrepet.

Regionalpolitisk motiverte overføringer er grunnlagt med det formål at visse regionale handicaps skal søkes kompensert over offentlige budsjetter. Nord-Norge er i global sammenheng et ekstremt marginalt jordbruksområde, mens de naturlige mulighetene for fiske bare kan sammenlignes med Island, Newfoundland og visse områder i det østlige Stillehav. Om en dessuten tar hensyn til at mye av disse nord-norske ressursene kan fanges i beskyttede farvann, tilgjengelig hele året, er det ikke noen stor overdrivelse å si at vi i Nord-Norge har verdens mest attraktive fiskeriområde. Likevel må fisket i nordnorske farvann subsidieres på samme nivå som det klimamessig sterkt handikapte jordbruket.

Dette paradokset skal jeg prøve å drøfte med utgangspunkt i fiskerøkonomisk teori som har demantert logikken i "allmenningens tragedie", og derigjennom utviklet verktøy for å bestemme det teoretisk optimale nivå for fiskeriinnsats med sikte på å oppnå best mulig samfunnsøkonomisk utbytte av fiskeressursene

Dette vil jeg gjøre uten å problematisere de viktige forskjeller mellom storfiskressurser og torsk (og andre fiskeslag) som det er vanskelig å ødelegge helt med god bedriftsøkonomisk lønnsomhet. De enkelte bestander, og de fiskerisystemer som er knyttet til dem, må analyseres med hensyn til de spesifikke faktorene som gjør seg gjeldende i det aktuelle fisket. Jeg gjør likevel et forsøk på å bruke noen enkle fiskerøkonomiske resonnement på det nord-norske fisket som helhet.

Fiskeriøkonomenes viktigste budskap kan oppnummereres slik: (fig.1)



Figur 1.

Fangstinntektene øker sterkt med innsatsen av folk, kapital og teknologi, men flater ut og når sitt maksimum ved innsatsnivået E_{MSY} . Ved denne innsatsen får vi størst mulig stabilt fangstutbytte - "maximum sustained yield".

Om vi forutsetter å øke fangstinnsetsen begynner fangstene snart å bli mindre, og inntekts- og kostnadskurven møtes ved innsatsnivået E_B .

Etter dette punktet (f.eks. ved nivå E_S) skulle en jo ikke tro at noen ville fiske, fordi de ikke ville få kostnadsdekning. Det blir imidlertid gjort under minst to typer av situasjoner: Om subsidier dekker underskottet, slik som i Norge i perioder, - eller om fiskere likevel må fiske for å overleve.

Det kritiske nivået ligger imidlertid mellom innsatsnivået E_{MSY} og E_B . Hadde havet blitt brukt av en fisker, ville han ha holdt innsatsen på dette nivået. Men dette er sjelden tilfelle. Hver enkelt fisker kan hele tiden få mer ut enn han setter inn helt til punktet E_B nås. Om vi sammenligner med situasjonen i skogen kan vi få et klart bilde av hva som egentlig ligger i "allmenn- ingens tragedie".

Tenk deg denne situasjonen: Du står med motorsaga klar i din skog foran ei vekstkraftig furu som du veit skal vokse i ennå noen år, og bare bli mer verdifullt skurtømmer. Har du lommekalkulator, kan du regne på det og sammenligne nå-verdien med forventet verdi om 5 år, trekke fra kalkulasjonsrenter og finne ut at det lønner seg å la furua stå. Sammenlign denne situasjonen med den du står overfor om du får ei halvoksen kveite opp til båtripa. Også her kan du gjøre lignende regnestykker, men de er irrelevante. Ikke nok med at det ville være mye bryderi å få tak i slike ikke

rotfaste verdier når vekstenergien var utnyttet, men først og fremst risikerte du at andre slo kloa i dem.

Situasjonen i skogbruket ville være analog om den furua lot stå, ikke hadde noen verdi for deg. Da ville det lønne seg for deg å høste den om du bare fikk igjen for bensin til motorsaga, arbeidet og transporten.

Det er dette som er "Allmenningens tragedie", og denne tragedien følger logisk av at fisken er en allemannsressurs. Rent logisk ser vi at årsakene til at fangsttynnsatsen økes helt til punkt E_B , er at mens skipperen må honorere de to andre klassiske innsatsfaktorene, arbeidet og kapital, dvs. betale mannskapet og banken, betaler han ingenting for fisken.

Like logisk har noen trukket den konsekvens at "allmenningens tragedie" bare kan løses dersom det innføres privat eiendomsrett til fiskeressursene. Å delta i diskusjonen om operasjonelle alternativer, er ikke mitt ærend i dag, selv om jeg ikke skal nekte for at jeg ser store problemer med å bruke fiskeri-økonomiske resonnerer til å legitimere den operasjonen å ta tradisjonelle rettigheter fra de mange og gjøre dem til omsettelige verdipapirer for de få.

Det problem som en eventuell privat eiendomsrett til ressursene skal løse, er jo at grunnrenten går tapt, eller i tilfelle av subsidiering blir negativ, noen som må bety at staten på vegne av samfunnet betaler noen for å ødelegge ressursen.

Det som er en eller annen form for avskaffelse av allmenningsretten presumptivt skal hjelpe oss til, er å redusere den samlede innsatsen av arbeid og kapital, slik at fiske igjen kan bli lønnsomt. Om en skal ta den forrige regjeringen bokstavelig, ville denne "lønnsomhet" måtte innebære markedsmessig honorering av arbeid og kapital som ble satt inn i fangsten. Det betyr at innsatsen måtte reduseres til E_B , for ved dette innsatsnivået får mannskapet nok penger til å fortsette som mannskap og rederen såpass avkastning for sin kapital at han ikke selger båten og setter pengene inn på noe annet.

Likevel er det grunn til å merke seg at ved dette innsatsnivået blir det ikke noe til å betale ressursene med. Det betyr at grunnrenten går tapt selv om fisket i og for seg er "lønnsomt". Skal grunnrenten ivaretas, må innsatsnivået reduseres ytterligere, - noe i retning av E_{MSY} . Samfunnsøkonomisk må det jo være bedre å få maksimale inntekter av fisket enn de inntekter som tilpasning i E_B gir, - særlig når kostnadene ved virksomheten samtidig kan reduseres meget kraftig slik det fremgår av kurven.

Foreløpig må jeg nøye meg med å trekke den slutningen at alle måter å redusere fangsttynnsatsen på, - i retning av E_{MSY} eller enda lavere, i og for seg må være like gode når det gjelder sikre seg grunnrenta av fisket, og at vurderingene av de forskjellige kostnadene og ulempene ved alternativene får være avgjørende for valget.

For å stimulere diskusjonen skal jeg se litt på hvordan grunnrenten ble sikret i tidligere faser av Nord-Norges utvikling.

La oss rekonstruere en kalkyle for den type økonomisk aktivitet som nord-norske fiskere f.eks., på 50-tallet på Senja, var engasjert i:

Vi holder fast ved at "grunnrente" står for et overskott ut over godtgjørelse til arbeid og kapital pluss en "normal" profitt. I alle fall deler av året på gode fiskeplasser var det mulig å få døgnfangster på 500 kg førsteklases råstoff pr. mann. Om Råfisklaget's pris var 1 krone pr. kg, innebærer det en fangst-inntekt på 500 kroner.

Hva så med kostnadene? På dette tidspunktet lå kanskje tariff-lønna for sjauing og enkelt bygningsarbeid på ca. 5 kroner pr. time. Det var vanskelig å få slikt arbeid i heimbygda, men om vi likevel bruker tariff-lønna som skyggepris, kan vi sette arbeidskostnadene til 50 kroner for sjøværet. Båten kunne kjøpes for 10 000 kroner, noe som gir oss en kapitalkostnad pr. sjøvær (100 sjøvær pr. år i 10 år) på kr. 10. Utgifter til diesel, og smørrolje og nye makkangler på juksa kan settes til et liknende beløp.

I dette regneeksemplet blir altså grunnrenten $kr\ 500 - kr\ 70 = kr\ 430$.

Er så dette et realistisk regnestykke? Noen vil finne det står i sterk kontrast til den offisielle inntektsstatistikken.

Fangstkvantum er i alle fall ikke urealistisk, noe som naturligvis ikke innebærer en påstand om gjennomsnittlige årsfangster på 150 tonn. Et halvt tonn pr. snøre pr. døgn var gode fangster, som særlig kunne oppnås under vårfisket på Finnmarka, sei og tare-torskfiske om sommeren i mange regioner, - og naturligvis på Lofoten. Men selv om vi halverer fangsten eller prisen blir det likevel 180 kroner igjen.

Viktigere enn variasjonen i fangster og prisnoteringer var imidlertid mulighetene til i det hele å få avsatt fangsten. På 50-tallet var det om sommeren, da fangstsjansene med juksa var best, f.eks. for Senja-væringene, - vanligvis umulig å få solgt fisken. Naturrikdommen representerte altså et potensial, på et nivå som er illustrert i kalylen ovenfor, men det var et potensi-ale som ble registrert i såpass tilfeldig utstrekning at den ekstremt høye grunnrenten, eller naturens avkastning, ikke ga seg utslag i like imponerende årsinntekter. Likevel var kombinasjonen av de konstantinntaktene som sesongfiskeriene innbrakte, og subsistensproduksjonen på småbrukene, - såpass attraktive at proletær industri- og løsarbeid stort sett ble avvist som alternativ.

Men vi skal legge merke til at den kalkylen som jeg har skissert ovenfor bare har gyldighet i en bestemt avgrenset fase i Nord-Norges historie: nærmere bestemt avgrenset fase i Nord-Norges historie: nærmere bestemt mellom Råfisklovens innføring i 1938 (eller fra den nye situasjonen på 70-tallet, karakterisert ved nedfiskede bestander og offentlige inngrep i den frie fiskeretten (konesjoner og kvoteringer)). Dvs. at den reflekterer forhold fra 1940-, 50- og 60-tallet.

Før Råfisklaget fikk høve til å fastsette førstehandspriser ut fra en vurdering av hva eksportmarkedene kunne betale, var det lokalmarkedet som bestemte råfiskprisen. Maktforholdet mellom fiskekjøper og fisker ble bestemt av alternativkost på fiskerens arbeidskraft. Mye fisk - dårlig pris/lite fisk - god pris. Lofotlotten varierte langt mindre enn fangstmengdene. Det innebærer om vi setter fangstinntektene = den lønna som kunne oppnås i den tida som ble brukt til fiske, at det var fiskekjøper og eksportør som innkasserte grunnrenten. Legg merke til at det var etter Nygaardsvold at det nord-norske kystfisket for alvor ble motorisert - som en refleks at nå var grunnrenten sikra for kystfiskerne. Men helt vanntett var naturligvis ikke systemet for fiskekjøperne før heller. Ble det for grovt, kunne fiskerne henge sjøl, i allefall utenom makktida, slik at de sto noe sterkere enn på det lokale råfiskmarkedet. Lengre tilbake vet vi at de hadde sine egne institusjoner - bygdefarjektene - som knytta dem til eksportmarkedet mer direkte. Det er jo også klart at det kunne lønne seg for fiskekjøperen å la noe av grunnrenten passere over til fiskerne - for å motivere dem til maksimere volum, nettopp i den utstrekning av det var mye å tjene på hver vekt tørrfisk, og han hadde kapasitet til å ta vare på store fangster.

Men vi skal naturligvis merke oss at en forutsetning for høsting av grunnrente, enten det nå er fiskere eller fiskekjøpere som får den, er at fangsten holdes innafor grensen av det jeg er vant til å kalle balansekvantum, men som altså fiskriøkonomen kaller "maximum sustainable yield". En gruppe forutsetninger for dette er knytta til teknologi: Høsteren er fysisk ute av stand til å oppsøke oppvekstområdene, eller beskatte bestandene i visse viktige faser i deres livssyklus, fordi de hadde for små båter. (De var kanskje heller ikke motivert, fordi de kunne nå sin "income target" i nære beskyttede farvatn.) De hadde vel heller ikke, til tross for den sterke veksten i tallet på fiskere, en samlet fangstkapasitet som kunne true bestandene, bl.a. på grunn av den "knapphets lov" som alle "peasant"-befolkninger er underlagt, også fordi nessekongeklassen ekspropierte grunnrenten, som Ricardos britiske jordeierklasse. Men like viktig er det kanskje at de som ikke var underlagt knapphetens lov, slik som norske kapitalister, kunne holdes ute av fisket gjennom aksjoner, (Trollfjord og Mehann-opprørene), organisasjoner, partipolitikk og lover. Det var først da eksperter som bare hadde lært produksjons- og ikke innhøstingsteori, for alvor fikk innflytelse, at dette institusjonelle systemet til ivaretakelse av grunnrente ble ødelagt. (Dette er sjølvsagt etterpåklokskap. Det fantes vel ikke noen teori for høsting før omkring 1955, bortsett fra at mange temaer hos klassikere som Malthus, Ricardo og Marx kunne ha vært utvikla parallelt med produksjons- og arbeidsmarkedsteori etc.

Da "problemet Nord-Norge" ble tatt opp til analyse under gjenreinsningsperioden mot slutten av 1940-tallet, ble dette problemet definert som et spørsmål om å øke anvendelsen av kapital og moderne teknologi i landsdelen. Det viktigste virkemidlet var kapitalsubsidiar. I utgangspunktet var kapitalsubsidiene retta mot alle næringene, og særlig mot alternativer til fisket, ettersom det å få folk over fra primær- til sekundærnæringene konvensjonelt ble oppfattet som selve nøkkelsen til fremgang. Her skjedde det imidlertid tidlig betydningsfulle omlegginger: De fleste forsøk på å utvikle ny industri var lite vellykkede. Det var vanskelig å skaffe lønnsomme konkurransedyktige bedrifter

Nord-Norge-fondet trakk derfor tidlig den slutning at det var best å konsentrere seg om fiske og fiskeforedling.

I et grunnrenteperspektiv er dette lett å forstå: Alternativ industri måtte leve av den verdi som kunne skapes ved å bearbeide råstoffer ved hjelp av markedsmessig honorert kapital og arbeidskraft. Det betyr at nord-norsk industri måtte operere med viktige handicap: avstander, mangel på kompetanse og infrastruktur, uten noen kompenserende fordeler. Investeringer i fisket, derimot, kunne honoreres ved hjelp av verdien av naturressurser som sto til disposisjon gratis. En kan kanskje uttrykke det slik at investeringer i fiskerinæringen, i motsetning til de alternative næringene, ble "subsidiert" ved hjelp av grunnrenten. Derfor konkurrerte fiskeindustrien ut disse andre næringene.

I lys av grunnrenteressonnementene er det også lett å se drivkreftene bak tilløp til vertikal integrasjon i fiskeindustrien. Foredlingsindustri som måtte betale markedspris for de øvrige innsatsfaktorene, og en råstoffpris som ble fastsatt av Råfisklaget ut fra et studium av eksportmarkedet, ville være helt avhengig av sin rent industrielle kompetanse for å oppnå dette. Om bedriften derimot kunne få være med å høste grunnrente, kanskje særlig ved hjelp av subsidiert (ofte gratis) kapitalutstyr, ville denne kunne brukes til å kompensere for eventuell dårlig drift i forretningsleddet.

Dette resonnementet forutsetter at Råfisklaget virkelig sto på og presset opp prisen til det eksportmarkedet maksimalt kunne bære, slik at industriens marginer konstant ble holdt knappe. Av forskjellige grunner var dette neppe mulig på permanent basis. Betydningen av Råfiskloven kommer likevel godt fram, om en sammenlikner råfiskprisen i Nord-Norge med tilsvarende områder i land der lokalmarkedet bestemte prisen: Midt på 60-tallet fikk nord-norske fiskere i alle fall 4 ganger mer enn newfoundlandske pr. kilo råstoff. Men til tross for Råfiskelagets makt, var det nok mulig for industrien i visse perioder å innkassere store deler av grunnrenten gjennom "for lave" fiskepriser. De avsatte midlene fra slike ekstraordinære overskott var det stort sett mest lønnsomt å bruke til nødvendig egenkapital i industrikontrollerte trålerrederier, - som særlig var begrunnet med at det var nødvendig for rasjonell drift i industrien å sikre seg en prediktabel, styrbar råstofftilgang.

Her oppstår det paradoks at selvstendige uintegreerte trålerrederier stort sett var ulønnsomme, trass i kapitalsubsidiene, og at de bare vertikalt integrert trålfiske var lønnsomme. - Disse to forklaringene på vertikal integrasjon virker innbyrdes motstridende. En mulig løsning på paradokset kan være at selv om råstoffet fra egne trålere ble dyrere pr. kilo enn det som ble levert av sjølstendige fiskere til råfisklagrets priser, så gjorde denne styrte råstofftilgangen likevel selve den industrielle bearbeidinga av råstoffet mer lønnsomt (bedre kapasitetsutnyttelse), og at slik verdi, skapt på land, kunne brukes til å subsidiere overflødig kapital i innhøstinga. ("Overflødig" refererer her til det forhold at kystfiskerne kunne skaffe billigere råstoff med langt mindre kapitalinnsats.)

Om vi nå går tilbake til det elementære bio-økonomiske resonnement i begynnelsen av denne artikkelen, er det ikke vanskelig å

se det samlede resultat av 1) den potensielt høge grunnrenten i nord-norsk fiske av 1950, 2) den sterke statlige subsidieringen av kapitalinnsatsen som lå i de distriktpolitiske virkemidlene og 3) det forhold at kapitalinnsatsen i fisket også kunne subsidieres av industriell verdiskaping: Det måtte bli en kumulativ økning i fangstinnnsatsen. Om innsatsnivået lå omkring E_0 i 1938 (maksimal grunnrente) hadde det kanskje nådd EMSY i 1960, og gikk raskt mot E_B i slutten av dette decenniet. I begynnelsen av 1970-tallet var situasjonen blitt så drastisk for stadig flere fiskerier at kvote- og konsesjonsvirkemidler ble uunnngåelige.

Det betyr at en epoke var slutt. Det som hadde gjort Nord-Norge beboelig, og som kunne forklares at denne landsdelen hadde vokst raskere enn resten av landet i det meste av perioden 1815 - 1950, var ikke mulighetene til å kombinere arbeidskraft med kapital, men mulighetene til å høste grunnrente. Til tross for at det enorme potensialet i primærproduksjonen i nord-norske hav var tilfeldig ivaretatt, slik at vi så av de manglende avsetningsmulighetene, og til tross for at store deler av grunnrenten ble "ekspropriert" av mellomledd, hadde denne muligheten til høsting av frie naturressurser likevel gitt Nord-Norge en komparativ fordel i konkurransen om innbyggere med resten av landet. I det øyeblikk innsatsnivået i fisket når E_B , er Nord-Norge blitt ubeboelig, dvs. at landsdelen ikke lenger kan bære oppe en befolkning gjennom utnyttelse av egne ressurser og egen verdiskaping, og slett ikke lenger øke sin andel av det nasjonale folketall. Fra da av er behovet for overføringer permanent og stigende, om en ikke aksepterer en rask og drastisk demografisk tilbakegang.

Mens Ricardo kunne referere til "the original and indestructible powers of the soil", som alltid ville være der, beholde sin verdi og dermed yte grunnrente på permanent basis, ser vi at den ekstraordinære produktivitet i den nord-norske allmenningen har latt seg ødelegge gjennom en såvel utstyrt som subsidiert vekst i kapitalanvendelsen i løpet av en knapp mannsalder. Fra å være selve det rike grunnlaget for tusenvis av voksende lokalsamfunn på den nord-norske kysten, er fiskeressursene blitt irrelevante for en stadig større del av befolkningen, og en økonomisk belastning for en stadig større del av befolkningen, og en økonomisk belastning for nasjonen, som må subsidiere utnyttelsen av den, - som en malmressurs som ny teknologi har gjort verdiløs.

Det er klart at dette falsifiserer alle hypoteser om at det såkalte "periferi-problemet" skyldes lange avstander, dårlig vær, manglende kompetanse eller inadekvate holdninger i periferi-befolkningen. De umiddelbare synlige forklaringene finnes selvfølgelig i sentrum, der de nasjonale spillereglene for økonomien fastsettes, og der den problemskapende overinnsatsen av kapital ble finansiert. Dersom det var manglende kompetanse og inadekvate holdninger noe sted, var det i departementene og sekretariatene og ikke i fiskeværene.

Men som alltid ellers er det selvfølgelig for enkelt å skyldte på departementet. Det virkelige tankekors ligger i det forholdet at den parameterstrukturen som begrenset fangstinnnsatsen til mindre enn EMSY, var et biprodukt av at fiskerne på mange måter kunne beskrives som "peasants", i alle fall fram til 1938, dvs. uten innflytelse over kommandohøyden i det økonomiske storsamfunnet

En konsekvens av at det meste av grunnrenten gikk til mellomleddene, var at fiskerbøndene ikke hadde særlig incentiv til å investere i mer kapasitet og ny teknologi. Råfiskloven, som ga dem kontroll over grunnrenten, utløste også en "kapitalistisk" vekstprosess innafor fiskerbondesamfunnet. Flere enn før av fiskerbøndene kunne engasjere seg i akkumulative entrepriser, dvs. bli redere.

Likevel er det viktig å holde fra hverandre og vurdere størrelsen av slike endogene vekstfaktorer som fiskerbøndenes kapitalakkumulasjon, og de exogene, dvs. først og fremst kapital generert helt andre steder enn i fiskerbondesamfunnet. I annen sammenheng har jeg behandla det forhold at den samme Råfiskloven som gjorde det bedre og lettere å være fiskerbonde, også gjorde det lettere å satse på en ekspansiv, kapitalintensiv rederkarriere. Fiskerbonden fikk sikkerhet for sitt utkomme, men samtidig fikk investorer i fiskeflåten sikkerhet for sin kapitalavkastning.

Om eierinteressene i et raskt voksende silderederi kom fra fiskerbondesamfunnet eller fra f.eks. urbane handels- eller shippingbedrifter, kan for så vidt komme ut på ett. Det viktige er at begge varianter av akkumulasjonsprosess ble stimulert, ikke bare av egne profitter, bankkreditter og generøse statlige subsidier, men også av de endringene (som Råfiskloven) som ga fangsledet kontroll over grunnrenten. Alt som kunne bringe den samlede fangstinnnsatsen ut over ^{EMSY} bidro til å ødelegge mulighetene for å basere Nord-Norges busetting på høstbruk.

Særlig måtte det få store betydninger av de nordnorske ressursene i stadig større utstrekning ble gjenstand for fangstinnnsats fra hele den nasjonale flåten, som sjølsagt ble stadig mer mobil, avansert med hensyn til elektronikk og fangstutstyr og dermed i stand til å høste av fiskepopulasjonene i alle stadier. I annen sammenheng har jeg analysert konsekvensene for utviklinga av den nasjonale flåtestrukturen av at det kystnære fisket varierte så sterkt mellom landsdeler. Muligheten for en kystbefolkning til å høste grunnrente ved hjelp av lite kapitalutstyr var stor i Finnmark, og liten på det meste av Sunnmøre. Større Finnmarksbåter hadde dermed vanskelig for å holde på gode mannskaper. Og fiskemiljøene på Sunnmøre ga god grobunn for fremveksten av en "bortefisker-kultur" som var optimal for utviklingen av en mobil storbåtflåte. Dette fikk særlig drastiske konsekvenser da bestandene i begynnelsen av 1970-tallet var så sterkt desimert at fisket måtte "lukkes", og forskjellige prosesser som ekskluderte de svakeste deltagerne som igang. - I dag brukes det meste av de pelagiske storfiskressursene i nord-norske farvann til å betjene den kapitalen som var investert i en vest-norsk ringnotflåte, mens mannskapskostnadene i store trekk tilsvares av subsidier som tilflyter rederiene.

Å utvikle forslag til løsning av de praktiske økonomiserings- og styringsproblemer som er skapt gjennom kapitalakkumulasjonen, er ikke mitt ærend i dette arbeidet. Men det er lett å se at bare det å unngå kapitalsubsidiering ville ha vært et substansielt bidrag til vedlikehold av den formidable grunnrente som fisket ga for Nord-Norge-planen fikk effekt. Men slik subsidiering har naturligvis tildels vært begrunnet med egalitære argumenter: Staten må hjelpe til med å finansiere kapitalutstyr for de som ikke har egenkapital og som ikke får bankkreditt. Det å unngå

subsidiering måtte derfor suppleres med restriksjoner som hemmet ekspansjonsplanene til de som ikke trengte kapital subsidier. Disse to typer av tiltak ville i alle fall ha bremset økningen i innsatsnivået så sterkt at vi kanskje fremdeles ikke vil vært i nærheten av EMSY om da ikke tallet på fiskere hadde vokst for sterkt, fordi mulighetene til å høste grunnrente da hadde blitt holdt vedlike.

Det er ikke lett å trekke den slutning, både fra kalkyleeksemplet ovenfor, fra 1960-tallets lokalsamfunnsforskning og fra fangststatistikken, at svært mye kunne ha vært gjort gjennom organisering av avsetning, desentralisering av mottaksanlegg etc., for å realisere det potensialet for kystbefolkningen som grunnrenten representerte. Men i praksis ble det overlatt til tilfældighetene om slike potensialer kunne realiseres, mens formidable ressurser ble satt inn for å transformere høstingsøkonomien til industri. Lenge før konsesjoner, kvoter og andre former for fangstbegrensning ble oppfatta som nødvendig av sentrale fiskerimyndigheter, altså lenge før EMSY var overskredet, hørte jeg fiskere være sterkt opptatt av de samlede ressurskonsekvensene av all denne økende innsatsen, og også av mulige løsninger. En av dem var årskvoter pr. mann, uavhengig av hvor store kostnader du hadde og hvor mye de hadde investert. Selv om dette er en primitiv, som kanskje også kunne være vanskelig å kontrollere implementeringa av, ville den vært en effektiv bremse på den problemskapende investeringsprosessen i fisket. Grunnrenten ville bli fordelt mellom dem som anvendte innsatsfaktoren arbeid i høstingen, og ikke til å honorere kapitalinnsats. Men resultatet ville sjølvsagt også være sterke svingninger i ilandført kvantum gjennom sesongene i denne formen for høstingsbruk, som i andre former for biologisk produksjon. (Det er f.eks. ikke formulert som et problem at skurtreskere skal kunne utnyttes hele året!) Vi ville være nødt til å tilpasse oss disse svingningene, istedet for å ta maskinkapasiteten for gitt, og så satse på å eliminere mest mulig sesongvariasjon. Med en spissformulering kan vi si, med støtte i grunnrenteressonnementene, at det er de krampaktige forsøkene på å industrialisere fisket som holder på å gjøre Nord-Norge ubeboelig.

LEVEVILKÅR - VIKTIGERE FOR HELSETILSTANDEN ENN GODT UTBYGDE HELSETJENESTER ?

Av Asbjørn Aase

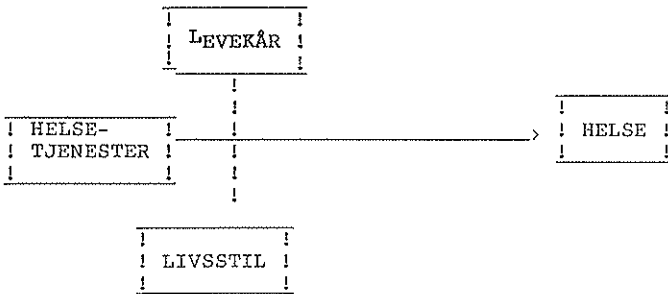
Tittelen på dette foredrag har jeg fått oppgitt av arrangørene. Mitt eneste selvstendige bidrag til utformingen er spørsmåltegnen til slutt. Oppdraget skal altså bestå i å veie opp mot hverandre to strategier for å fremme helsetilstanden, bedring av levevilkårene og videre utbygging av helsetjenestene, og å avgjøre hvilken av dem som er mest effektiv. Som om ikke dette er vanskelig nok, har jeg kommet til at det også må trekkes inn et tredje alternativ i drøftingene, nemlig helseforbedringer gjennom omlegging av den enkeltes atferd.

Hvilken vekt den enkelte av oss vil tillegge hver av de tre strategiene, avhenger for en stor del av hvilke fakta vi gjennom våre individuelle erfaringer har liggende foran oss. Men den virkeligheten vi står overfor er så kompleks at også bakenforliggende ting kommer inn, slik som eget politisk og profesjonspreget og filosofisk livssyn.

Den første strategien, utbyggingen av helsevesenet, har tradisjonelt blitt oppfattet som det eneste seriøse alternativ i helsepolitikken. Denne enestående tillit til helsevesenet bygger på et utviklingsoptimistisk, teknologisk grunnsyn, der en forutsetter at enhver lidelse har en konkret årsak, og at denne kan angripes gjennom medisinske virkemidler. Etter hvert har det meldt seg en økende skepsis mot denne grunnholdningen, ikke minst fra mange medisinerere. Men allikevel er det fortsatt slik at når helse diskuteres i økonomisk-politiske sammenhenger, så er det så å si bare bevilgninger til helsesektoren det er tale om.

Den andre strategien, levevilkårsforbedringer, bygger på den oppfatning at det er en sammenheng mellom helsesituasjonen og andre sider ved folks levekår, for eksempel økonomi, arbeidsmiljø, boforhold, utdanning osv. En må da angripe disse grunnproblemene, framfor å rette hele oppmerksomheten mot de symptomene som helse representerer. Hvordan en vil gå til verks for å løse grunnproblemene, avhenger av hvor en befinner seg i det politiske spektrum, om en har en marxistisk eller liberal innstilling til levekårsproblematikken.

Den tredje strategien retter seg mot livsstilen til det enkelte individ. Det foreligger som kjent mye medisinsk informasjon og adferdstrekk som medfører sykdomsrisiko, og det er også et velkjent gap mellom den informasjon som gis og folks tilbøyelighet til å legge om sin livsførsel deretter. Det må nødvendigvis ligge et element av moralisme i livsstilpåvirkning som strategi. Så velbegrunnet den enn kan være, er det en fare for at den kan utnyttes fra politisk konservativt hold, til å legge ansvaret på den enkelte og lukke øynene for behovet for investeringer i levekårsforbedringer og utbygging av helsevesenet.



I den enkle figuren er det vist en sammenheng mellom henholdsvis helsevesen, levekår og individuell adferd på den ene side, og helse på den annen. De tre strategiene er imidlertid ikke uavhengig av hverandre. Mellom levekår og livstil er det en klar sammenheng. Undersøkelse etter undersøkelse blir det påvist at det er de mest ressurssvake som har vanskeligst for å legge om sine levevaner. Det kan være mange grunner til dette. Det kan være at de ikke har råd til å legge om enkelte sider av livsstilen. De kan ha et hardt og risikabelt arbeid som gjør at de unner seg en avkopling selv om den er usunn. Det kan ha sammenheng med lavt utdanningsnivå; vi vet at det er de som har minst informasjon fra før som har tyngst for å absorbere ny informasjon. Det kan også dreie seg om mennesker som befinner seg i en geografisk periferi, dit informasjon når sent ut, eller der forsyningssituasjonen gjør det vanskelig å ta etter levevaner fra den store verden. Når vi ser livsstil i et slikt perspektiv, blir det klart at dette et stykke på vei henger sammen med samfunnets struktur og ikke bare ses løsrevet som et individuelt ansvar.

Det går også forbindelser mellom helsetjenesten og de to andre strategiene. Et godt helsevesen som når fram til den enkelte er viktig når det gjelder livsstilspåvirkninger; det er faktisk viktigere jo mer ressurs svak og perifere deler av befolkningen en står overfor. På samme måte må helsevesnet engasjere seg i samfunnsplanleggingen, både nasjonalt og lokalt, når det gjelder å kartlegge sammenhenger mellom levekår og helsepåkjenninger.

La oss nå gå over fra det teoretiske til det konkrete, og begynne med en kort karakteristikk av helsesituasjonen i Finnmark. Finnmark er som kjent det av våre fylker som høyeste dødeligheten, og forskjellen i forhold til de andre fylkene er markant. Dette er en situasjon som har vedvart fra Eilert Sundt gjorde sine undersøkelser av forholdene for 150 år siden og fram til i dag. På slutten av 1970-tallet var den forventede levealderen for menn 3,5 år under landsgjennomsnittet, for kvinner var den 1,6 år. Ser vi på dødsårsaker, er det hjerte- og karsykdommer som gir det største bidrag til overdødeligheten både for menn og kvinner, dernest kommer lungebetennelse, bronkitt mm. For menn kommer ulykker ut som en viktig faktor i tillegg, mens det er svak overhyppighet av kreft totalt. Innenfor Finnmark er dødeligheten høyere i fiskeristrøkene enn andre steder. Når det gjelder sykkeligheten, foreligger det data fra Levevilkårsundersøkelsen

1980 som gjør det mulig å sammenligne Finnmark med resten av landet. For fylket som helhet gir hjertesykdommene klart utslag. Hvis vi skiller ut fiskeristrøkene, kommer det i tillegg ut en lang liste med plager som viser overhyppighet: først kommer virkninger av skade, dernest artritt og revmatisme, eksem og bronkitt og astma.

Levekårssituasjonen i Finnmark er nå så velkjent og gjennomdiskutert at en oppsummering kan gjøres kort. Mange av de levekårsproblemene vi finner, kan føres tilbake til fylkets utkantposisjon. Vi finner utkantkarakteristika i form av et relativt lavt inntektsnivå, høye transport- og reisekostnader, et ensidig, naturressursorientert næringsliv, med mange ustabile arbeidsplasser og jobber som medfører risiko og fysiske påkjenninger. Det er kvinneunderskudd i yngre årsklasser og i et lavt utdanningsnivå. Men bare hvis vi innskrenker oss til å beskrive Finnmarks situasjon bare som en del av en utkantsproblematikk, så mister vi grepet på det som er spesielt for Finnmark. Vi skal huske at den typiske norske utkant er et område med stor stabilitet i det sosiale liv, og der levealderen er høyere enn landsgjennomsnittet. Når vi sammenligner levekårene i ulike strøk av landet, finner vi at på de indikatorene der den norske utkanten kommer dårlig ut, er Finnmark med, ofte med ekstreme utslag. Men samtidig følger Finnmark gjerne Oslo til døren når det gjelder høy flyttehyppighet, lav grad av ekteskapsinngåelser kombinert med høy skilsmisseprosent, problemer med disiplin og avhopp i skolen, voldskriminalitet (men ikke vinningsforbrytelser) Men dødeligheten som nevnt er høyest i Finnmark, kommer Oslo deretter, noe som særlig skyldes utslaget for menn. Som en tredje faktor kommer selvsagt klimaet; det bidrar til å forsterke både den økonomiske og sosiale dimensjonen ved levekårene.

Dersom en skal søke å beskrive sammenhengen mellom levekår og helse, står en overfor det problem at det er umulig å påvise direkte punkt-til-punkt-sammenhenger - at ett konkret aspekt ved levekårene gir ett bestemt helseutslag. Det er heller slik at mange negative levekårsforhold knytter seg sammen i syndromer som gir utslag på flere sider ved helsesituasjonen. Hvis vi tar utgangspunkt i at Finnmark er overrepresentert i yrkesgruppene fiske og bergverk, og i gruppen ikke gifte i den voksne befolkning, og vi legger inn den overdødelighet som gjelder for disse gruppene nasjonalt, så har vi "forklart" noe av den høye dødeligheten i Finnmark, men bare en mindre del. For yrkesgrupper som er belastet generelt i landet, må være klar over at belastningene blir spesielt store under finnmarksforhold. De høye ulykkestallene har i viss grad sammenheng med farefylte yrker utøvd i et hardt klima. Fattige oppvekstforhold, slik de gjorde seg gjeldende for store grupper i den befolkning som når begynner å dra på årene, nevnes som en bidragende årsak til hjertekarsykdommer. Lungebetennelse, bronkitt o.l. som dødsårsak. Ser vi på sykkelighetsstatistikene, er det også plager som kan ha sammenheng med belastede yrker og hardt klima, særlig i kyststrøkene. Dette gjelde f.eks. leddgikt og virkninger av skade.

Som nevnt kan det være vanskelig å skille levekår og livsstil fra hverandre i en helsesammenheng. Vi vil imidlertid søke å trekke fram et par mulige sammenhenger mellom livsstil og helse. Det som for tiden kan regnes som "livsstilsykdom nr. 1" er hjertekarsykdommer, særlig ischemisk hjertesykdom (infarkt m.m.) Det

forligger en relativt god innsikt i risikofaktorer for denne sykdommen, og her kommer kosthold og røyking ut som de to viktigste faktorene. Vi vet at det røykes mye mer i Finnmark enn ellers i landet, og at det konsumeres for mye av skadelige fettstoffer. Samtidig ligger dødeligheten for denne sykdomsgruppen ca. 40% høyere i Finnmark enn gjennomsnittet for landet. Sammenhengen mellom sykkelighet og dødelighet på den ene siden og levevaner på den annen, skulle her være ganske klar, selv om det også er andre faktorer som kan inngå i forandringen. Hvis vi ser på utviklingen over de siste par ti-år, har det vært en nedgang i dødeligheten både for menn og kvinner. For Finnmarks vedkommende er det slik at mennene i de siste årene har forbedret sin stilling i forhold til resten av landet når det gjelder hjertesykdom mens kvinnene har forverret sin. Dette gir et interessant utgangspunkt for å se nærmere på sider ved utviklingen i levekår og levevaner for de to kjønnene hver for seg.

Som nevnt ligger hyppigheten for kreft samlet noe høyere i Finnmark enn ellers i landet når det gjelder menn, mens den for kvinner ligger noe under gjennomsnittet. Vi skal her se nærmere på to grupper av kreft for menn, kreft i åndedretsorganene (lungekreft mm.) og all annen kreft tilsammen.

DØDELIGHET AV KREFT. MENN 40 - 74 ÅR.
FINNMARK I % AV RIKET.

	LUNGEKREFT MM.	ALL ANNEN KREFT.
1971 - 1975	165	99
1976 - 1980	162	95
1979 - 1983	154	98

Lungekreft er den kreftform som klarest kan settes i sammenheng med røyking, selv om det også eksisterer andre årsaker. Vi ser at lungekreft gir et sterkt negativt utslag for Finnmark, og at det er dette som trekker kreftdødeligheten totalt over landsgjennomsnittet. Riktignok ser vi at det har vært en svak bedring for Finnmarks vedkommende i relasjon til hele landet, men da skal vi samtidig huske på at dette er den kreftformen som viser den sterkeste økning i samfunnet som helhet.

Det høye tall for ulykker, både med og uten dødelig utgang, er et særtrekk som Finnmark deler med andre nordlige områder som f.eks. Grønland og Alaska. De skyldes sikkert et samspill mellom livsform og levekår. De harde forhold som deler av befolkningen lever og arbeider under, kombinert med faktorer som ustabilitet i næringslivet; en unormal familiestruktur og kjønnsbalanse, fører sannsynligvis til adferdstrekk som virker risikoskapende. Selv om det kan gjøres mer for å forebygge ulykker, er det vanskelig å tenke seg den samlede livssituasjonen i Finnmark kan forandres så sterkt at dette trekket ved tilværelsen helt vil forsvinne.

Det var omkring 1980 at levekårsdebatten blusset opp i Finnmark. Det er i og for seg påfallende at det skulle skje akkurat da, etter den sterke utbyggingen av velferdssamfunnet som hadde funnet sted gjennom et par ti-år, en utbygging som hadde vært raskere i Finnmark enn andre steder fordi en i utgangspunktet lå så langt etter. Utbyggingen innebar ikke utdanning, helsestell og

andre sektorer ble sterkt forbedret, men den førte også med seg en omstrukturering av næringslivet. På et par ti-år tok Finnmark steget fra et primærnæringsorientert samfunn til et samfunn dominert av tjenesteyting, uten å gå veien om en virkelig industrialisering. Selv om dette ikke var nok til å overvinne hele etterslepet når det gjelder levekår, så ville det være rimelig å vente at en så omfattende samfunnsendring på en eller annen måte ville sette spor etter seg i helsesituasjonen. Jeg vil gjerne drøfte dette spørsmålet ved hjelp av noen utviklingstrekk når det gjelder samlet dødelighet, for perioden fra 1966 til og med 1983. Tallene er samlet i gjennomsnitt for flerårsperioder for å nøytralisere virkningen av mer tilfeldige utslag for enkeltår.

Figur 1 viser utviklingen for kvinnene i hele fylket. Fram til begynnelsen av 1970-årene bedret kvinnene sin posisjon i forhold til resten av landet, en bedring som hadde pågått i hele etterkrigstiden. Men etter den tid har situasjonen stabilisert seg; det har vært en parallell trend i positiv retning både for Finnmark og for hele landet, men forskjellen, 18% i Finnmarks disfavør, har ikke krympt.

Figur 2 viser endringer for mennenes vedkommende i den samme perioden. Her er det helt andre trender som kommer fram. Fra slutten av 1960-årene og inn i 1970-årene blir situasjonen i Finnmark dårligere, både absolutt og i forhold til hele landet. Fra 1981 har det imidlertid funnet sted en markant bedring. Den perioden som denne oppløftende observasjon bygger på, omfatter imidlertid bare tre år, og det skal bli spennende å følge utviklingen videre etter hvert som vi får nye data.

Disse fylkesgjennomsnittene har kanskje ikke så stor forklaringskraft isolert sett når det gjelder å gi en forståelse av hva som har skjedd i Finnmark i de senere år. Med de strukturendringer som har funnet sted i befolkningen, næringsliv og bosetting, kunne det være interessant å vite: er det noen grupper som har tjent helsemessig på den utviklingen som har funnet sted mens andre har klart seg dårligere, eller har trekkene vært mer eller mindre ensartet innen befolkningen? Det er vanskelig å få fram data som viser endringer over tid for grupper innen en lokal befolkning, men vi kan komme et stykke på vei ved å dele fylket inn i områder av ulik type og holde utviklingen i disse områdene opp mot hverandre.

Figur 3 viser utviklingen i dødelighet for kvinner i Finnmark, splittet opp på åtte regioner. Det mest slående trekket er at det har skjedd en konvergens, at det er mindre kontraster i kvinners helsetilstand i ulike deler av fylket i begynnelsen av 1980-årene enn det var i slutten av 1960-årene. Dette betyr muligens at det har funnet sted en utjevning i kvinnes levekår og livsstil innen fylket, og at strategier for helseforbedringer for kvinnene kan ta utgangspunkt i visse trekk som kan antas å være felles for hele fylket. Vi merker oss for øvrig at utviklingen i to av de mest urbaniserte områdene, Sør-Varanger og Vadsø-Nesseby har vendt til det verre i siste femårsperiode. Dette er kanskje bare et tilfeldig utslag, men det kan være grunn til å følge utviklingen videre med viss oppmerksomhet.

Figur 4 viser et tilsvarende diagram for mennenes vedkommende. Igjen ser vi at utviklingen for kvinner og menn er helt forskjellig. I slutten av 1960-årene var Finnmark delt inn i tre soner med hensyn til dødelighet. Det samiskdominerte innlandsområdet Kautokeino-Karasjok-Tana lå suverent best an, fiskeristrøkene i Vest og Øst-Finnmark var dårligst, mens de øvrige fem regionene lå midt imellom. Senere har det skjedd en del forskyvninger. Samekommunene har opprettholdt sin gunstige posisjon, men de mer urbaniserte områder i Finnmark har forbedret seg markant og har en utviklingsretning som peker mot landsgjennomsnittet. Dette gjelder først og fremst Vadsø-Nesseby og Hammerfest - Sørøysund, men også Alta og Sør-Varanger. Utviklingen for de to fiskeriregionene har gått fra vondt til verre.

Vi nærmer oss nå konklusjonene på dette foredraget og vil først og fremst ta opp spørsmålet: Hva sier det materialet vi har tatt for oss om sammenhengen mellom levekår og helse? For det første ser vi at helsesituasjonen er klart dårligst i det området som med like stor klarhet er pekt ut som det levekårsmessig mest belastede innen fylket, og kanskje i hele landet, nemlig fiskerifinnmark. For det andre ser vi at utviklingen, i alle fall for menn, har vært gunstigst i de områdene der servicenæringene har hatt den sterkeste utbygging. Den bedring i gjennomsnittlig dødelighet som omsider har begynt å tre fram for mennenes vedkommende, skyldes kanskje ikke at helsesituasjonen innen de tradisjonelle yrker og rollemønstre er blitt forbedret, men at det skapes nye roller som er blitt fylt med "nye" mennesker, både finmarkinger og innflyttere. Det kan se ut som om velferdsstaten gir utslag på helsesituasjonen like mye gjennom de jobbene den har skapt som på de tilbudene den gir. Det er imidlertid en kjennsgjerning at en ikke kan "omstrukturere bort" en basisnæring som fiskerierne, eller legge ned alle fiskerisamfunnene. Derfor må det tas et kraftttak for å bedre leve- og helseforholdene for dem som fortsatt skal gjøre en nyttig innsats innen fiske og andre tradisjonelle næringer. Vi kan ikke sette oss ned og si oss tilfreds med de gjennomsnittstall for helseforbedringer som forhåpentligvis vil komme, uten å rette søkelyset på dem som kanskje ikke får delta i denne utviklingen.

Hva sier så materialet om livsstilsfaktoren? Det reiser seg noen interessante spørsmål ut fra det forhold at situasjonen nå kanskje begynner å bedre seg for mennenes vedkommende og ikke for kvinnene, mens det tidligere var tvertom. Kan det være at all den skremmende helseinformasjonen som er kommet fram gjennom levekårsundersøkelsene og på annen måte, og som først og fremst har berørt mennene, har fått dem til å reagere mer enn kvinnene? Kan det være at den trend for røykevaner som gjør seg gjeldende i samfunnet generelt, med nedgang for mennene og økning for kvinnene, gjør seg gjeldende på helsesituasjonen? Når dødelighetsnedgangen for mennene nå er tydeligst i de mest urbaniserte strøk, kan dette være utslag av sunnere levevaner som har fulgt det allmenne mønster for innovasjonsspredning, der nyheten først tas opp av de velutdannede og i sentrale strøk, for senere å spre seg utover? De samiske kjerneområdene er et interessant tilfelle. Kan befolkningen her, med den informasjon som nå er tilgjengelig, ta skrittet fra tradisjonelle, sunne levevaner til moderne, sunne vaner, uten å passere et risikofylt mellomstadium?

Den vanskeligste delen av oppgaven er å påvise konkrete virkninger på levealderen av helsevesenets utbygging. Dette er i så

fall et problem som helsetjenesteforskningen i sin helhet har stått overfor. Vi må imidlertid huske at helsetjenesten har et videre sett av oppgaver som velferdsskaper enn bare det å forlenge levealderen. Helsevesenet har også en viktig oppgave i å styrke de prosesser som kan bidra til å skape bedre helse gjennom levekårsforbedringer og adferdsendringer.

Det spørsmålet som ble stilt - om bedre levekår er viktigere for helsetilstanden enn godt utbygde helsetjenester, kan altså ikke besvares på en enkel og kategorisk måte. Det som imidlertid kan sies med full sikkerhet, er at helsepolitikk som bare interesserer seg for utbygging av helseinstitusjoner, representerer en lite effektiv strategi, i Finnmark kanskje enda mer enn andre steder.

De dødlighetsdata som her er lagt fram, bygger på tall fra Statistisk Sentralbyrå. De er tilrettelagt i en database ved Geografisk institutt, Universitetet i Trondheim, og gjort tilgjengelig gjennom et samarbeid med Statens Helseundersøkelse.

FINNMARK - NORGE
TOTAL DØDELIGHET
KVINNER 40 - 74 år.

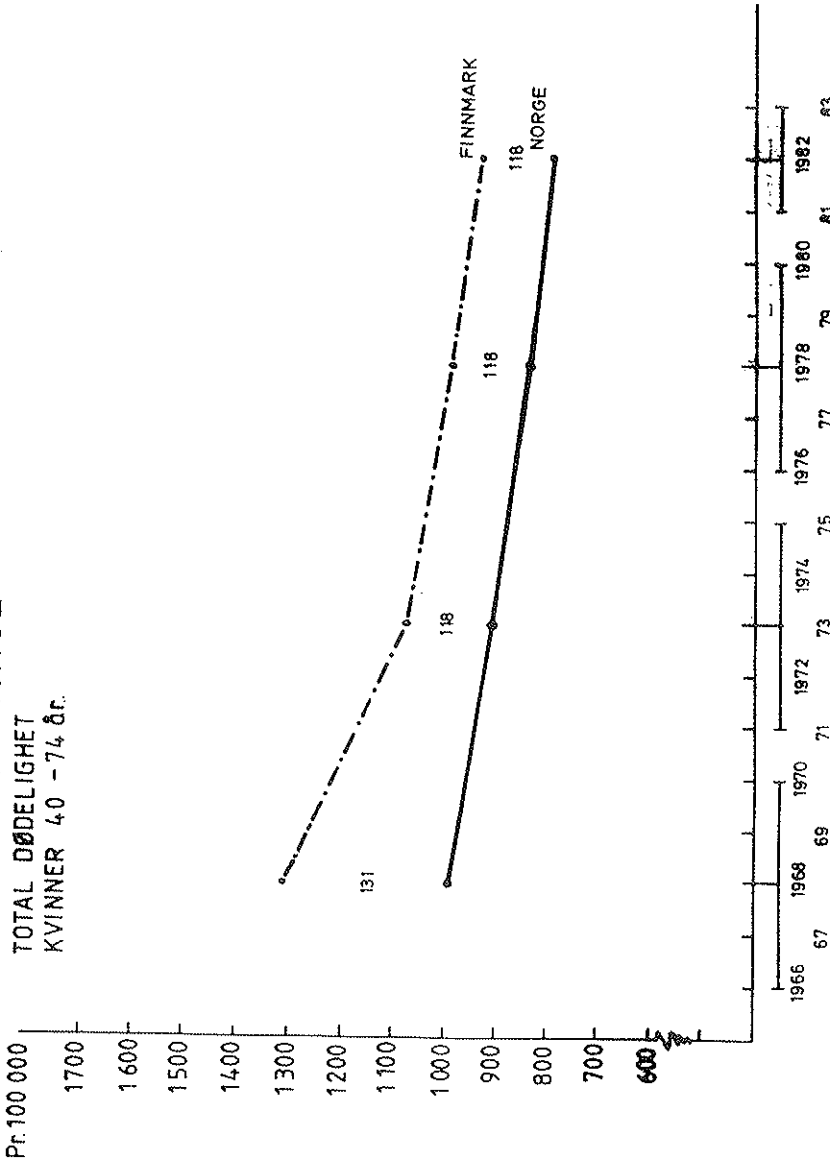
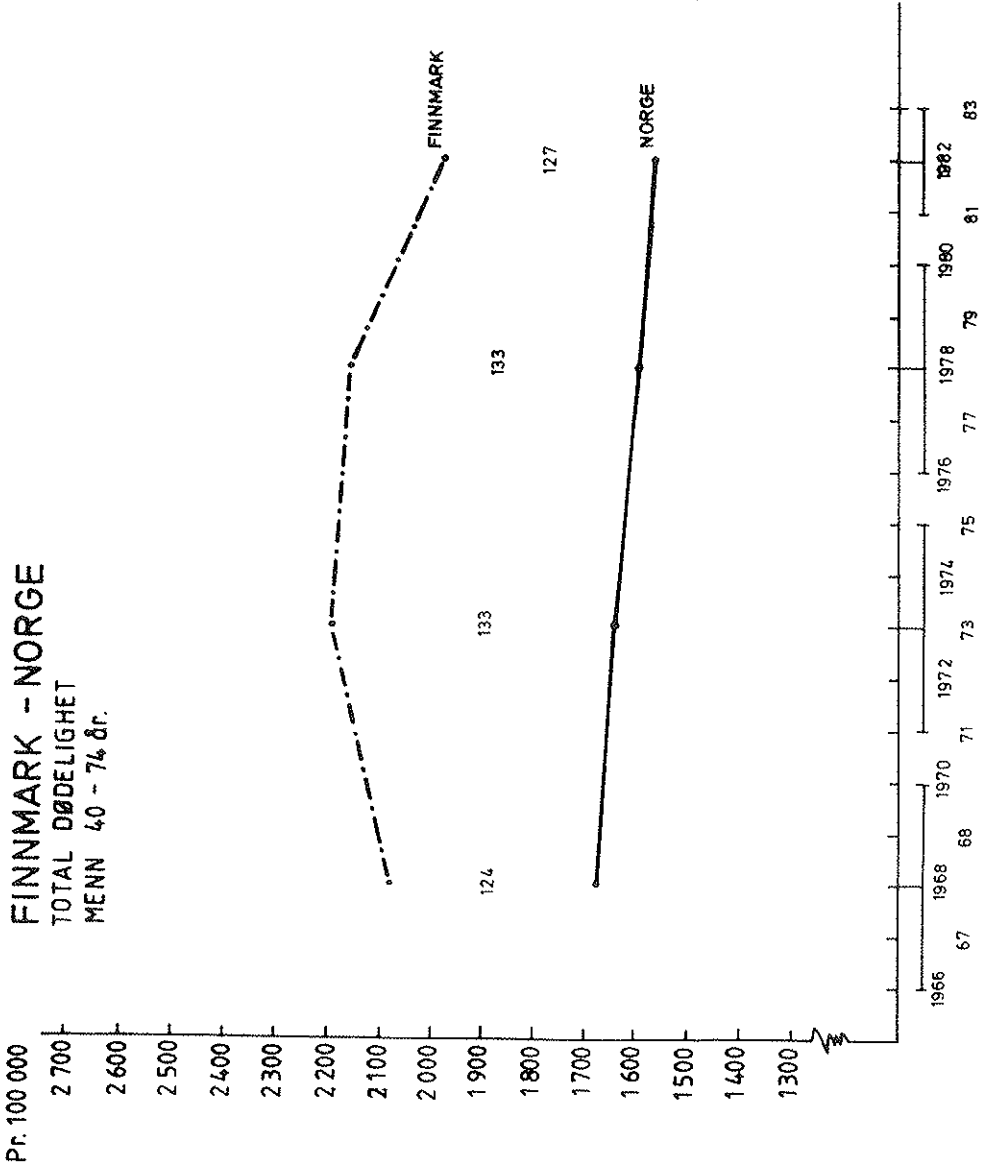


Fig. 1. Dødelighet for kvinner, Finnmark og Norge. Tallene mellom linjene = Finnmark i % av Norge.

FINNMARK - NORGE
TOTAL DØDELIGHET
MENN 40 - 74 år.



Figur 2. Dødelighet for menn, Finnmark og Norge. Tallene mellom linjene = Finnmark i % av Norge.

FINNMARK
TOTAL DØDELIGHET
KVINNER 40-74 år.

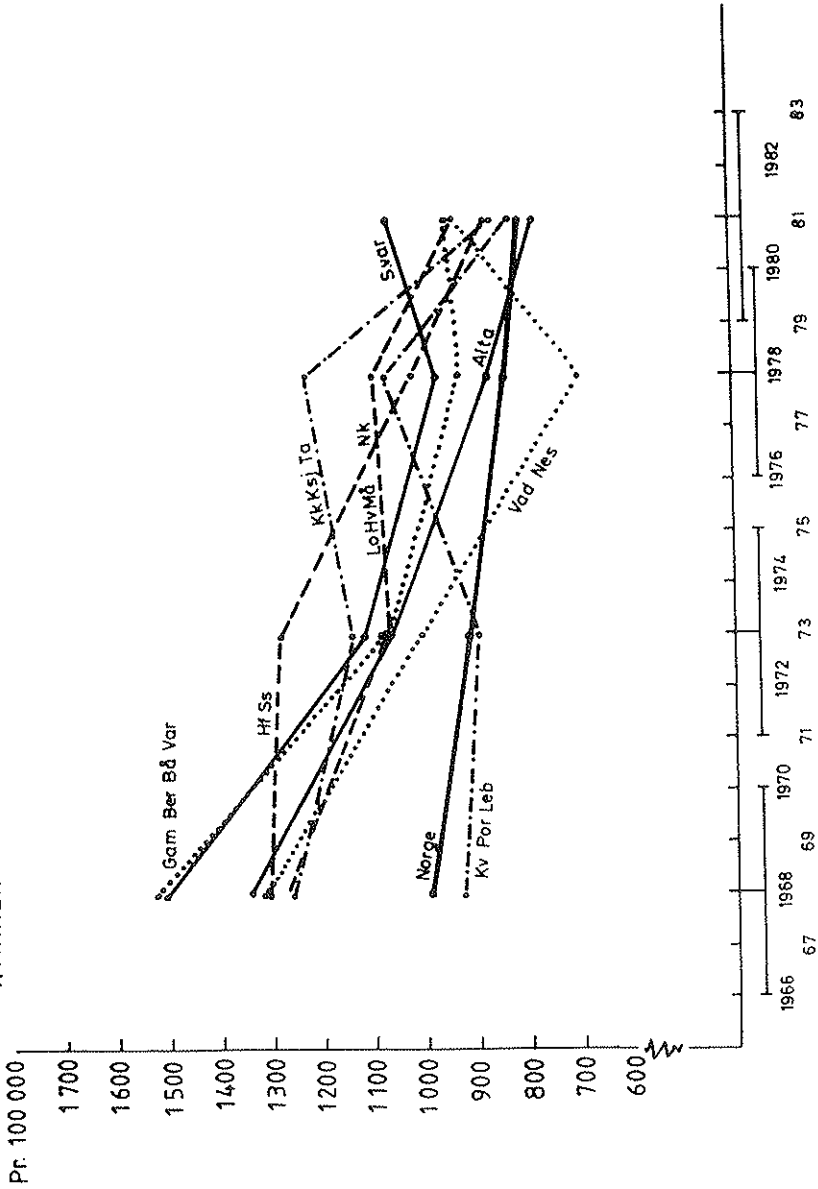


Fig. 3. Dødelighet kvinner 1966-1983 for åtte regioner i Finnmark, og for Norge.

FINNMARK
TOTAL DØDELIGHET
MENN 40-74 år

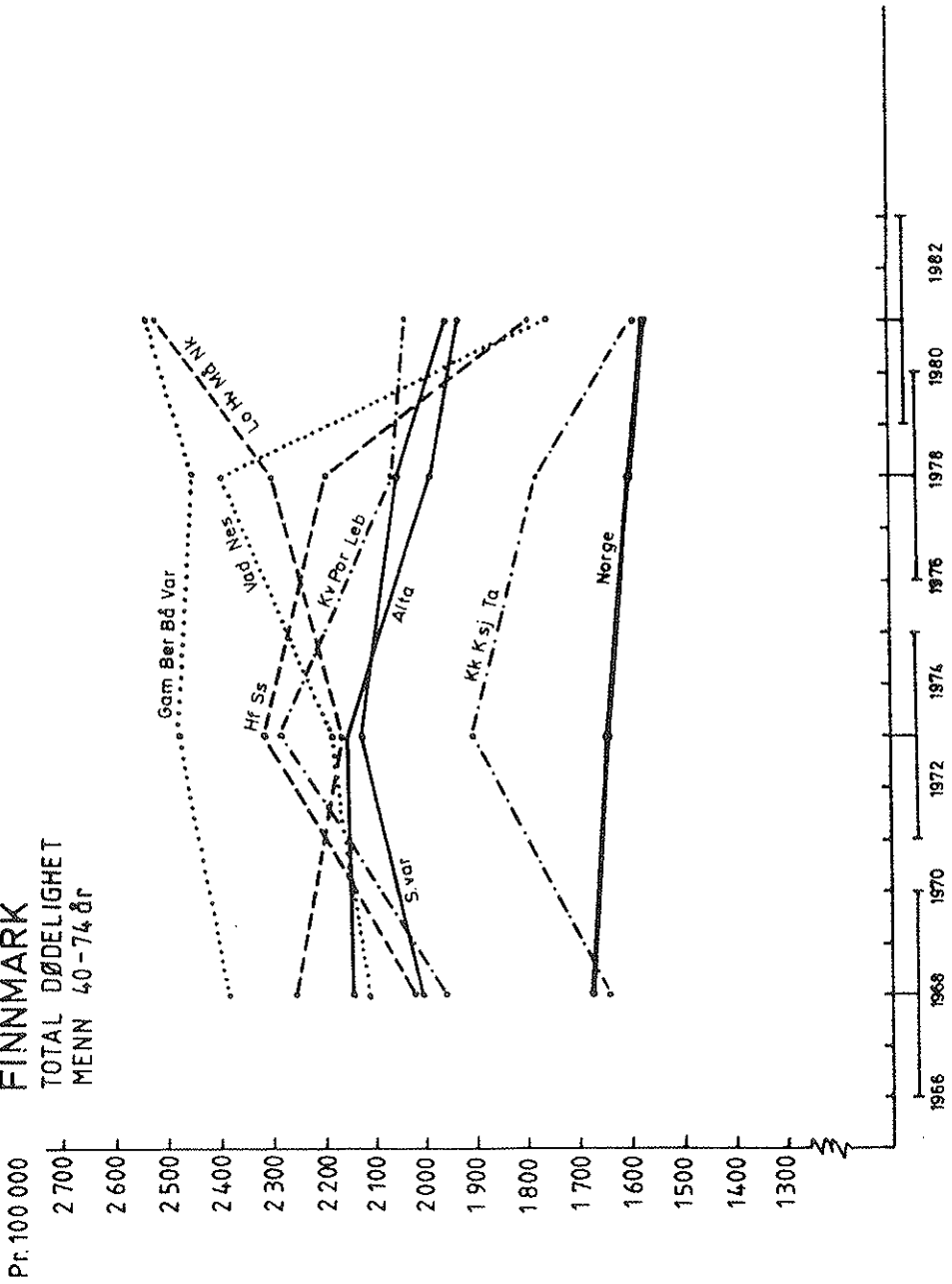


Fig. 4. Dødelighet menn 1966-1983 for åtte regioner i Finnmark, og for Norge.

UTDANNINGSLIKHET HVA KAN OG BØR GJØRES?

AV ISAK ALEKSANDERSEN

I 1973/74 begynte skoledirektøren i Finnmark å arbeide for nettopp å skape utdanningsulikhet i landet. Vi ønsket å skape en skole som i innhold, organisasjon og form var mer tilpasset forholdene i fylket enn forholdene i Sør-Norge. Vi ønsket m.a.o. å skape utdanningsulikhet for å få en skole som var likeverdig.

Vi ønsket å skape en skole i nærkontakt med arbeids- og næringslivet i fylket, i nærkontakt med vår kulturelle egenart, i nærkontakt med vårt naturmiljø. Vi ønsket å blankpusse identitetsstålet i finnmarkingen, om det ennå fantes noe igjen. I dag er dette vi arbeidet for en av hovedbærebjelkene i mønsterplanen av 1986.

Levekårsdebatten går som sådan tilbake til 1977 da særlig fagbevegelsen og Kvinnegruppen i Finnmark Arbeiderparti trykket den til sitt bryst. De skapte politikk av den!

I 1977 ble også de første spirene til en "utdanningspolitisk region" sådd, selv om begrepet ennå ikke var oppfunnet. På det tidspunkt snakket vi om Finnmark som et "forsøksfylke for desentralisert forsøks og utviklingsarbeid. P.g.a. gjentagne kriser i lærersituasjonen i 1978, fikk vi ikke fred til å arbeide med saken før i 1980.

Her må jeg nevne at på slutten av 70-tallet arbeidet jeg med planer om ei bok om levekår i Finnmark. Tidsfaktoren skrumpet planene - og boka ble til et lite hefte. Dette kom ut vinteren 1981 og satte virkelig god fart i levekårsdebatten. Opprinnelig var ønsket å få skiftet ut Finnmark som en egen politisk region. Da dette var omtrent umulig å få støtte for både innad i fylket og utad, ble strategien "skritt for skritt". Altså først få gjennomslag for en sektor - så gå videre til neste.

Utdanning ble prioritert. Stadige kriser i lærersituasjonen hjalp oss faktisk framover. Dette var brekkstanga vi brukte. Utopia sa mange av våre pedagoger og politikere og snudde ikke bare tomme ned, men hele armen. "Stå på", sa noen urealistiske idealister. Vi sto på. I 1983 formulerte vi tesen som alle politiske partier/fagbevegelser har båret på sin rygg.

"Finnmark skilles ut som en egen utdanningspolitisk region der spesielle tiltak kan iverksettes uten at det skaper presedens for resten av landet."

Dette ble nedfelt i Fylkesplanen 1984-1987 og skoledirektøren fikk beskjed fra fylkeskommunen om at nå behøvde de ikke jobbe mer med denne saken. De skulle kjøre den videre. Jeg synes de har rotet med både veivalg og kjøring. I allefall kom den ikke skikkelig fram til regjeringen før skoledirektøren igjen tok et innspill i februar 1986.

En presset regjering Willoch oppfattet dette samstemmige brevet fra et tverrpolitisk enig fylke. Helt parallellt og uten sam-

ordning, så langt jeg har sjekket, tok Kirke - og undervisningskomiteen og statsråd Bondevik opp saken.

Arbeiderpartiregjeringen arvet den. Etter presentasjon av "Finnmarkspakken" kan en virkelig spørre om de har forvaltet arven godt!?

Det mest konstruktive forslaget for å løse fagfolkproblemet for på sikt å gi ungdom en kick til å satse på fylket - og gi oss tro på en handlingskraftig regjering - er igjen ute på vandring. Hvorfor har denne regjeringen ikke turt å gå med på finnmarkskravet om UTDANNINGSSTIPEND?

Denne Peer Gyntiske holdning med å tørre, ville, ønske med, men gjøre (?) fører til pessimisme.

Den viktigste enkeltsatsning som på sikt vil bedre levekårene i fylket er en formidabel styrking av utdanningssektoren. En rekke undersøkelser og forskning konkluderer med at utdanningsnivået er svært avgjørende for hvordan en får det seinere i livet. Levekårsundersøkelsens utdanningsrapport konkluderer med: "Den utdanning besitter, har klare virkninger med hensyn til det en får av andre goder i livet. Utdanning betinger den inntekt en mottar, de forhold en arbeider under og den yrkesstatus en oppnår. Men utdanning har konsekvenser ikke bare for ens evne til å tilpasse seg under rådende forhold. Den påvirker også ens politiske ressurser eller ens evne til å modifisere de rådende forhold. Både motivasjonen til å delta, tro på at ens innsats vil ha politisk virkning og kunnskap om politiske forhold og rutiner øker med økende utdanning. Det samme gjør organisasjonsgraden. Jo høyere utdanning, jo mer sannsynlig er det også at man innehar slike sosiale posisjoner som gir politisk styrke!!

Jeg skal ikke gå i detalj inn på hvordan utdanningsnivået er i fylket, men bare konkludere med at vi fortsatt ligger på bunn. I 1978 var studiefrekvensen 19-24 år:

- 5,5% i Finnmark
- 10,6% i landsgjennomsnitt

I 1982 var studiefrekvensen:

- 7,1% i Finnmark
- 12,4% i landsgjennomsnitt

Kilde: Det regionale høgskolestyret for Finnmark aug. 1986

Behovet for personell i "ekspertgruppa" er i kronisk ubalanse. Helsevesenet mangler sykepleiere. 30% ubesatte stillinger i mars 1986. Leger, tannleger (våren 1986 bare danske og svenske søkere). Manko på spesialsykepleiere, overleger, spesialister, jordmødre, fysioterapeuter osv. osv. Næringsliv og offentlige etater står i samme situasjon - en kronisk mangel.

Jeg er kronisk lei av å ha påpekt dette i snart 10 år.

Vi vet nok - slutt opp med utredninger, kom i gang med en skikkelig handlingsplan for Finnmark og Nord-Troms. En handlingsplan som kan gi folk tro på at regjeringen akter å satse her for å opprettholde bosettingen. Hvorfor lages det ikke en totalplan med klare målsettinger på de ulike sektorer der også personorienterte tiltak er innbakt? Jeg skulle ønske regjeringen hadde

sagt: Kjære finnmarkinger og Nord-Tromsværinga. Vi har ikke råd til å gjennomføre alle tiltak på en gang, men vi skal begynne og så trappe opp tiltakene etter følgende intensjoner:

- fra 1987 skal alle i Finnmark og Nord-Troms få ei uke lengre ferie. I 1990 utvides ferien til 14 dager mer enn resten av landet.
- Fra 1987 vil 50 finnmarksungdommer få tilbud om å studere med rente og avdragsfrie lån mot at de binder seg til å jobbe i fylket i 10 år - gjeldsfri.
- Fra 1988 vil 100 finnmarksungdommer få dette tilbudet. Det skal øremerkes studieplasser på høyskoler og universiteter for finnmarksungdom.
- Kjære finnmarkinger! Fra 1987 vil alle finnmarkinger over 64 år få tilbud om førtidspensjonering hvis de er i arbeid. Fra 1989 vil alle som er 62 år få tilbudet osv. osv.

Slik en opptrappingsplan med politiske intensjoner for Finnmarks fremtid etterlyser jeg.

ATTFØRING OG VELFERD I FINNMARK.

AV GEORGES MIDRE

Innledning.

Et viktig kjennetegn ved enhver velferdsstat er at den har ordninger som skal kompensere for virkningene av ulykker og ulikheter, slik at alle befolkningsgrupper lever under kår som ligger over minstestandard. En kan si at velferdsstatens fremste mål er å skape større likhet blant folk. Så lenge det eksisterer større forskjeller i levevilkår i befolkningen, har velferdsorganene ugjorte oppgaver. Behov for inngrep defineres nettopp ved ulikheter og avvik i forhold til politiske og profesjonelle normer. De vedvarende ulikheter i levemåte og helse mellom Finnmarks befolkning og folk i andre deler av landet, omgjøres i velferdsstaten til handlingsimpulser - eller i det minste til en slags sosialpolitikkens dårlige samvittighet.

Det er ingen enkel oppgave å skape større likhet i et landskap preget av variasjoner mange oppfatter som naturgitte. Store avstander og spredt bosetting skaper spesielle vansker for å redusere terskelen som hindrer forbruk av velferdsytelser. Slike naturgitte forskjeller kan også påvirke oppfatninger om behovet for tiltak: Folk som velger å bo i utkanten må akseptere at veien til velferdsstatens goder er smal og bratt. Vi hører f.eks. i disse dager (1986) stadig at arbeidsløsheten i Norge praktisk talt er borte. I september, måneden som vanligvis har den laveste sesongmessige ledigheten, var i år nesten 800 personer registrert som helt arbeidsløse i Finnmark. Vil alle disse være enig i at arbeidsløsheten i Norge er utryddet?

Nå er heldigvis ikke folks velferd prisgitt sosialpolitiske tiltak. Dette er bra bl.a. fordi mange av de kompensatoriske ordningene i seg selv kan bidra til å øke velferdsmessige ulikheter. Tiltak som tar sikte på å fjerne forskjeller kan tydeliggjøre at det eksisterer forskjeller. Selve påpekingen kan føre til en stigmatisering av grupper eller geografiske områder. Velmente forsøk på å skape krisedefinisjoner ved å understreke eksisterende velferdsforskjeller kan bidra til et ytterligere velferdstap. Vi husker alle reaksjonene på levekårsrapporten fra Finnmark for få år siden. Et annet eksempel kan være det lokalsamfunnet i fylket som i løpet av 30 år to ganger har fått legeerklæring på at det bodde mange med psykiatriske lidelser. Det er tvilsomt om denne beskrivelsen har økt trivselen ved å bo der.

Slik kan forsøkene på å komme fram til en diagnose gjøre den sjuke dårligere. Særlig ille er jo dette når behandlingstiltakene er usikre eller vanskelig tilgjengelige, slik som tilfellet ofte er i samfunnsvitenskapene og i medisinen.

Jeg har selv deltatt i undersøkelser som rammes av den samme kritikken. Problemet er at en krisedefinisjon ofte vil være nødvendig for å tvinge fram endringer. Som forskere har vi også et krav om å beskrive det vi ser så korrekt som mulig. Poenget her er likevel at selve forsøkene på å bestemme behovet for

sosialpolitiske tiltak innebærer en type virksomhet med omkostninger som ofte vil være lite synlige når rapportene skrives.

Regine Normann, som vokste opp i Vesterålen, er inne på et liknende problem i sin bok, Havørnens Nabo. Denne naboen var distriktslege i Vargøyvær, en sjøsterk mann, utslitt av en-delte vakter og av å trøste en hjemmeværende kone som lengtet tilbake til det milde Kristiania. Doktor Hagbart, som han het, sier et sted:

"Yderst faa av de unge læger volde nordover. De skyldte paa liten praksis, paa de store avstande, paa dagslyset sommer halvaaret og paa mørket og stormen det andre halvaaret. Men sandheten var ganske enkelt den at landet nordenfor polarcirkeleien var paa vei til at bli et slags forvinsningssted en fik be Gud bevare sig fra at komme til. Og kunde en vente andet naar storting og regjering villig væk var med til at sette op ekstra præmier for de embeds- og bestillingsmænd som endnu aatte mands mod til at ha en job nogen faa aar her nord". 1

Hagbarts analyse inneholder et sentralt sosiologisk poeng, som den finske forfatteren Henrik Tikkanen formulerte slik: "Si til en dårlig elsker at han er det, så blir han helt udugelig". Selve undersøkelsen, diagnostiseringen og behandlingen kan gjøre et mindre problem til et stort og uløselig.

Attføring og markedet for arbeid.

Velferdsordningene kan virke ulikt, til tross for intensjonene om at de skal utjevne sosiale skjevheter. Dette skyldes også at offentlige tiltak bygger på bestemte verdimeslige og erkjennelsesmessige forutsetninger. I møtet med virkeligheten vil tiltakene som springer ut av disse forutsetningene, vise seg å være mer eller mindre fruktbare, avhengig av de sammenhenger de skal arbeide i. Jeg skal illustrere dette problemet ved å beskrive noen sider ved attføringsvirksomheten.

Attføringsvirksomheten bygger i utgangspunktet på et begrep om arbeid som et gode. Den er samtidig innrettet mot bestemte typer arbeidsrelasjoner, mot et urbant lønnsarbeidsmarked og i stor grad mot industri og etterhvert også, tjenesteytende virksomhet.

Dette kom til å prege utformingen av attføringsapparatets virkemidler. Det fikk et administrativt tyngdepunkt i Arbeidsformidlingen og ble et element i statens arbeidsmarkedspolitikk.

Arbeidsformidlingens emne er lønnsarbeidsmarkedet. Dets filosofi og de praktiske virkemidler er innrettet mot det. Selve begrepet om arbeidsmarkedet - hvor kjøpere og selgere av arbeidskraft møtes - treffer best et urbant miljø. Det er mindre egnet til å beskrive sammensetningen og atferd til et båtmannskap på Bugøynes, et hushold som arbeidert med jorda i Tana, en siida i Kautokeino eller en familie som driver butikk i Honningsvåg.

Også attføringsapparatets tiltak tar i hovedsak sikte på å påvirke markedet, og dets klienter er i utgangspunktet lite etterspurt på markedet hvor arbeidskraft og arbeidsplasser omsettes. En forsøker å kompensere for dette ved å gjøre klientene mer "attraktive". Dette skjer i prinsippet på to måter: Dels søkes klientens verdi som arbeidsselger høynet ved å gjøre

han eller henne bedre kvalifisert til arbeid. Det andre virkemidlet er å øke etterspørselen etter attføringsapparatets klienter ved å redusere prisen på deres arbeidskraft. Dette skjer ved lønnstilskudd til bedrifter som ansetter dem. Om slike tiltak ikke virker, kan det opprettes vernet arbeidsplasser, eller forsøket på yrkesmessig attføring oppgis.

Apparatets urbane utgangspunkt og markedsmessige innretning gjør at det arbeider mest effektivt i områder preget av en sterk etterspørsel etter arbeidskraft i industrien og service-næringene. 2

Antakelig ville tiltak i retning av å hjelpe attføringsklienter i gang med selvstendige yrker i primærnæringene eller i ulike kombinasjoner mellom næringer, være mer i tråd med en nord-norsk tradisjon. Det gis riktignok anledning til å gi hjelp til å skaffe fiskebåt, komme igang med småbruk eller butikk gjennom folketrygden. Her er imidlertid myndighetene svært restriktive. I 1984 var det bare gitt slike lån og /eller tilskudd i 184 tilfeller for hele landet. 3 Samme år avsluttet omlag 5200 personer en periode med attføringspenger. 4

Motstanden mot slike ordninger kan også komme fra attføringsklientenes omgivelser, fra folk som kanskje selv sliter med store lån på produksjonsutstyr. Et sted i Finnmark var det innkjøpt et par sjarker ved lån og tilskudd fra Folketrygden. I nabolaget mente noen at båtene ble liggende mye i bøylene, og det var trolig deres skepsis til denne bruk av trygdemidler som var bakgrunnen for at båtene fikk navnet "Stillehavsflåten".

En annen følge av attføringsapparatets nære tilknytning til Arbeidsformidlingen er også verdt å nevne. Det er vanlig å si at helse-, trygde- og sosialvesenet er behovs- og/eller rettighetsorientert. Det er anslag over behov eller en vurdering av formelle rettigheter som avgjør om folk blir behandlet eller får annen hjelp. Attføringsapparatet må derimot snarere kalles markedsorientert. Tilgangen på hjelp er også her avhengig av at behov og rettigheter er til stede, men dersom sjansene på arbeidsmarkedet i utgangspunktet bedømmes å være små, så utelukkes man fra hjelpeapparatet. I loven er dette formulert som et krav om at attføringsplanen skal være realistisk. Det er et paradoks at klientene nektes støtte når behovene er særlig store.

Attføringssystemet er nært knyttet til arbeidsmarkedet og dets virksomhet er sterkt påvirket av denne forbindelsen. Jeg har påstått at markedsorientering gir apparatet en urban vridding som gjør det mindre effektivt i andre områder. Antakelig er dette en av grunnene til at apparatet virker mindre effektivt i Finnmark enn i mange andre fylker. I tillegg vil selve markedsorienteringen gjøre det mindre egnet til å jevne ut forskjeller i sjanser til å komme i lønnet arbeid, siden folk med særlig store behov i utgangspunktet blir utelukket.

Attføring og medisin.

Apparatet for yrkesmessig attføring har også et annet fundament enn arbeidsmarkedet. Det er medisinen. For å bli klient i attføringssystemet kreves det at problemene på arbeidsmarkedet skal kunne beskrives i medisinske termer. Det er et liknend

uførebegrep i attføringsssystemet og i uførepensjonen: Uførheten skal ha en ervervsmessig og en medisinsk komponent.

Bak dette kravet kan det ligge et ønske om å sile bort potensielle misbrukere. Men enda viktigere er det at både myndighetene og de som arbeider i attføringsapparatet med dette håper på å få en entydig påpeking av årsaken til at en person er yrkeshemmet. Når grunnen til yrkeshemmingen er klar, foreligger også en teoretisk mulighet for å behandle den.

I virkeligheten er de medisinske diagnosene ofte til liten hjelp. De kan i ettertid gi en forklaring på at en person er uføretrygdet, men de sier lite om årsaken til om folk står i arbeid eller ikke. Diagnosen gir ingen entydig informasjon om den atferd man kan vente av folk som har fått den.

Guðmund Harlems undersøkelse fra 1950- og 60-åra illustrerer dette ganske klart: I en befolkningsgruppe som ble bedømt til å være medisinsk ufør, var 75% selvforsørget ved arbeid. Alle ville hatt en god medisinsk begrunnelse til å være utenfor arbeidsmarkedet. 5

Utviklingen i problempanoramaet blant attføringsklientene svekker sammenhengen mellom diagnose og sjukdomsatferd ytterligere. Attføringsapparatet ble bygget opp for å behandle velmotiverte menn med klart avgrenset medisinsk problematikk: Vanføre, tuberkuløse, blinde og personer med varige skader etter ulykker.

Kort tid etter at attføringshjelpen og uføretrygden ble innført viste det seg at den somatiske, "objektivt registrerbare" uførheten ikke var så framtrødende som man hadde ventet. Klienter med psykiatriske lidelser var hyppigere representert. Mange hadde mer eller mindre diffuse plager i "bevegelsesapparatet", i armer, bein, rygg og skuldre.

Ved begynnelsen av 1980-åra hadde tilsammen 2/3 av klientene i attføringsapparatet lidelser i disse diagnosegruppene. Dette gjaldt også for Finnmark, men andelen attføringsklienter med psykiske lidelser var her noe lavere og lidelser i bevegelsesapparatet noe høyere enn ellers i landet.

Attføring og pensjon.

I 1961 ble attføringsssystemet koplet sammen med uførepensjonen. Men stikk i strid med forutsetningene som da ble stilt, er det nå bare en mindre del av uførepensjonistene som noen gang stifter bekjentskap med attføringsapparatet. Av de nesten 1300 personer som var registrert ved attføringstjenesten i Finnmark i 1985 var det bare 1/3 som hadde personlig kontakt med den. 6 I en landsomfattende undersøkelse fra 1979 svarte et flertall uførepensjonister at de ikke hadde prøvd noe attføringstiltak. Avhengig av alder varierte tallet mellom 55 og 79% av pensjonistene. 7

Sammenliknet med utgiftene til uførepensjonen er det forholdsvis lite som anvendes direkte til yrkesmessig attføring. Til tross for en betydelig relativ økning i subsidieomfanget, har utplasseringen til arbeidslivet blitt stadig vanskeligere å realisere, også for dem som blir registrert som klienter.

Et viktig spørsmål er om arbeidsplikten - som et krav fra samfunnets side - er blitt mindre betydningsfull enn før. Kan lavere etterspørsel etter arbeidskraft - og spesielt etter personer med den type problematikk som er dominerende blant attføringsklientene - ha sammenheng med at samfunnet nå har mindre bruk for de delvis arbeidsføre? Er det da blitt slik at kravet om arbeidsdeltakelse for betydelige grupper er fraveket i forhold til en plikt til å godta pensjonsalternativet.

Hvordan oppleves møtet med hjelpeapparatet?

Disse viktige spørsmålene kan ikke besvares her. Men vi har muligheter til å si noe om hvordan klienter opplever møtet med attføringsapparatet. Dersom det er slik at forventningene fra apparatets side til klientene er endret, hvorledes vil dette oppfattes av dem som søker om hjelp? Er de forberedt på en slik endring?

For noen år siden gjennomførte jeg en undersøkelse av attføringsarbeidet i en kommune i Finnmark. Her var jeg bl.a. opptatt av i hvilken grad attføringsklientene var fornøyd etter å ha vært i kontakt med apparatet, og særlig om de hadde fått den hjelpen de hadde bedt om. 8

Nokså uventet viste det seg at de som seinere var blitt uføretrygdet, var mer fornøyd med behandlingen enn de som som var kommet i arbeid. Dette kan bety at klienter som faktisk venter å få hjelp til arbeid blir skuffet. De vil, som flere sa i intervjuer, kunne oppleve attføringsapparatet som en blindvei i forhold til arbeidsmarkedet.

Den viktigste grunnen til at forholdsvis få klienter får arbeid, er at etterspørselen etter deres arbeidskraft er liten. Men selve oppbyggingen av attføringsapparatet er også av betydning. Det er blitt komplisert, uoversiktlig og tungrodd. Det bruker ofte lang tid på å reagere på initiativ. Vedtak krever lengre og omfattende saksbehandling.

Svært mye av kommunikasjonen synes å skje mellom de ulike delene av apparatet. Klientene selv står oftest som tilskuere på sidelinjen, eller de er objekter for ekspertenes behandling. Klientenes rolle preges av passivitet, venting og usikkerhet. Det er sannsynlig at den omfattende og tidkrevende saksbehandlingen har negative konsekvenser i forhold til målet om å komme inn i - eller tilbake til - lønnet arbeid.

Blant dem som søker uføretrygd vil derimot møtet med attførings-systemet ofte bety en moralsk støtte. De vil kunne få en offisiell bekreftelse på at det ikke finnes plass for dem på arbeidsmarkedet. De vil dessuten få en medisinsk beskrivelse av en tilstand som omgivelsene - og de selv - kan oppfatte som årsaken til at de ikke lenger kan arbeide. Disse klientene vil med andre ord ha oppnådd en legitimering av en rolle som det ellers ofte vil være svært vanskelig å gå inn i. For mange vil møtet med attføringsapparatet derfor innebære at overgangen til uføretrygden blir lettere, og de vil derfor uttrykke tilfredshet med attføringsapparatets arbeid.

Attføring og statlig legitimering.

Attføringsapparatet kan også ha en legitimerende funksjon på et mer generelt plan. Napoleon Bonaparte skal ha uttalt: "Med bajonetter kan man gjøre alt, bare ikke sitte på dem". Han siktet trolig til at alle stater må ha en viss støtte i befolkningen for å beholde makten. Dette gjelder ikke minst i de parlamentariske demokratier. Min påstand er at attførings-systemet har viktige legitimerende funksjoner selv om stadig færre klienter finner veien tilbake til arbeidslivet.

Attføringsapparatet og det vernet arbeidsmarkedet er blitt viktige understøttelsessystemer. Bidragene gis i en form som likner lønn, men som likevel er løserevet fra den ordinære økonomiske sfære. Når arbeidsløsheten blir kanalisert inn i attføringsystemet er den blitt definert som en ervervsmessig, men likevel medisinsk betinget uførhet. På samme tid vil anvendelsen av det dynamiske begrepet "attføring" gi inntrykk av aktivitet og at noe blir gjort: myndighetene prøver å føre klientene tilbake til lønnet arbeid.

I virkeligheten er attføringsklientens rolle ofte preget av passivitet. Dette gjenspeiler seg i hva attføringsstønad faktisk brukes til. Bare en mindre del av stønaden anvendes til yrkesmessig attføring. Det meste går til ren understøttelse.

Det er viktig nok for dem som lever av den, men dette er ikke poenget her. Uførebegrepet har legitimerende funksjoner. Det bidrar til å befeste vårt politiske system ved at arbeidslivets manglende evne til å integrere arbeidssøkere blir forklart med referanse til den enkeltes personlige evner og egenskaper. Kimen til en politisk protest kan som en følge av den medisinske omdefineringen bli transformert til en etterspørsel etter tjenester fra attføringsapparatet og helsevesenet. Det er lettere å etterkomme slik etterspørsel enn å skape arbeidsplasser for en gruppe arbeidssøkere som er lite etterspurt.

Avslutning.

Jeg har her sett attføringsapparatets arbeid i sammenheng med noen av dets historiske og teoretiske forutsetninger. Idag er det preget dels av markeds- og sentrumsorientering, og dels av at det er konstruert for å løse andre oppgaver enn det nå møter.

Apparatet har imidlertid legitimerende funksjoner på flere nivåer: Det kan bidra til økt legitimitet for sider av statens økonomiske politikk ved at sosiale omkostninger forsvinner fra regnskapet. Det kan gjøre overgangen til en trygdetilværelse mindre vanskelig for yrkeshemmede ved at omgivelsenes trygdeskepsis blir redusert. Også dette er en viktig oppgave i velferdsstaten. Men "attføring" er neppe en god betegnelse på disse sidene ved apparatets virksomhet. "Forføring" ville kanskje være mer beskrivende for den systemlegitimerende funksjonen, mens "bortføring" bedre ville treffe den trygdelegitimerende.

NOTER

1. Regine Normann: Havørnens Nabo. (H. Aschehoug & Co.), Kristiania, 1921, s. 45,46.
2. Georges Midre: "Det markedsorienterte hjelpeapparat. Yrkesmessig attføring i krisetider". Tidsskrift for samfunnsforskning, 1981, 22, 463-480
3. Statistisk Årbok 1985, Tabell 8.1.8., Rikstrygdeverket, 1986.
4. Gjelder når attføringspenger blir gitt til ervervsmessig attføring eller i ventetid til kvalifiserende tiltak og tilbakefall. Statistisk Årbok 1985, Tabell 8.1.10., Rikstrygdeverket 1986.
5. Gudmund Harlem: Studies on the relation between impairment, disability and dependency, Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, Supplement No 4, 1976.
6. Opplysninger fra Fylkesarbeidskontoret i Finnmark.
7. Statistisk Sentralbyrå: Arbeid og Helse 1982. Rapporter 83/8, Oslo, 1983.

8. KLIENTENES HOLDNING TIL ATTFØRINGSAPPARATETS ARBEID ETTER UTGANGSSTATUS. PROSENT.

HOLDNING	ARBEID	TRYGD
POSITIV	22	40
NØYTRAL	22	26
NEGATIV	55	34
SUM	99	100
(N)	(67)	(35)

Georges Midre: Hjelp til arbeid?, Institutt for samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø, 1981.

KOSTHOLDSKULTUR OG ERFARINGER FRA ERNÆRINGSPOLITISK ARBEID

AV ASBJØRN TANDBERG

Innlegg til konferansen "Helse og ulikhet - vi trenger et handlingsprogram for Finnmark". Honningsvåg, 13. - 15. okt. 1986

ASBJØRN TANDBERG, ernæringskonsulent for Nasjonalforeningen for Folkehelsen, hovedkontoret i Oslo

Min bakgrunn i forhold til Finnmark: Var ernæringskonsulent hos fylkeslegen i Finnmark fra 1981 til 1986. Der var det min oppgave primært å bidra til at forskningsresultater og teoretisk viten ble omsatt slik at det kunne føre til positive kostholdsendringer blandt folk i Finnmark.

Utgangspunktet var resultatene fra "hjerte- og karundersøkelsen" i Finnmark på 70-tallet og fylkets lite flatterende plassering på "Norsktoppen" når det gjelder slike sykdommer. Et samspill av ulike risikofaktorer bidrar til dette. Vi vet at kosthold spiller en sentral rolle når det gjelder å forebygge hjerte-karsykdommer. Blandt annet gjennom Statens Helseundersøkelsers "Oslo undersøkelse" er det vist at kostholdet bidrar til å senke sykkeligheten og dødeligheten av hjerte- og karsykdommer (heretter referert til som HKS).

For oversiktens skyld skal jeg nevne at kostholdet har sammenheng også med en rekke av våre øvrige livsstilssykdommer.

Det statlige fagråd i ernærings saker (Statens ernæringsråd) har utgitt anbefalinger for hvordan kostholdet bør være sammensatt slik at det kan bidra til å forebygge og senke sykkelighet og dødelighet av slike sykdommer som nevnt ovenfor. Siden denne konferansen fokuserer på helse og ulikhet, er det nærliggende å spørre: Er kostholdet i Finnmark spesielt dårlig? Vi har ikke holdepunkter for å kunne påstå noe slikt. De få undersøkelsene vi har hatt å holde oss til, tyder på at noe er bra og noe er dårlig. Statistisk Sentralbyrås forbrukerundersøkelser (1982) viser sammenligninger mellom landsdeler. Der går det f. eks. fram at Nord-Norge har det høyeste fiskeforbruket, det høyeste potetforbruket, det laveste forbruket av søtsaker og brus, og den gunstigste sammensetning av "sunt" og "usunt" fett. Derimot hadde Nord-Norge det laveste forbruket av frukt og grønnsaker, det høyeste forbruket av kjøtt og flesk, lavere forbruk av mjøl- og brødvarer, og det høyeste fettforbruket. Supplert med de resultater man har fra kostholdsundersøkelser fra "Finnmarkundersøkelsene" på 70-tallet og den informasjon som ble samlet mens jeg var konsulent hos fylkeslegen, er det grunnlag for å si:

- Det er store ulikheter når det gjelder kosthold og spisevaner innen fylket.
- Flere (de fleste ?) grupper av befolkningen i Finnmark som vil ha spesielt stor nytte av å endre enkelte spisevaner de har en opphopning av flere risikofaktorer (eks. røyking, mye "stress" og høyt fettforbruk samtidig).

Tittelen på mitt innlegg er "Kostholdskultur og erfaringer fra ernæringspolitisk arbeid i Finnmark". Dette fant vi ut var en passe "ullen" tittel på et tidspunkt hvor jeg ennå ikke hadde helt klart for meg hva jeg skulle legge frem på konferansen. Men selv om tittelen i seg selv ikke forteller så mye, er ordene "kostholdskultur" og "ernæringspolitisk" av sentral betydning og vil prege resten av innlegget.

Først litt om kostholdskultur:

Ved å legge opp en skikkelig markedsføringsstrategi har det vært en relativt enkel sak å få finnmarkinger med på å spise mer grovt brød og drikke magrere melk.

- I Alta hadde studenter ved Lærerhøgskolen (Faglærerutdanninga, Kost og Miljøfag) i 1984 en svært vellykket aksjon for grovt brød. Forretninger, bakere og massemedia, samt skole-elever, var involvert. Resultatet var en betydelig økning i omsetningen av grove brødvarer.

- I 1985 tok fylkeslegen i Finnmark initiativet til en aksjon for "mindre fett - bedre helse". På bakgrunn av kunnskap om finnmarkingers melkevaner (mye fett fra melk) og at det nye produktet lettmelk var smaksmessig og prismessig osv. akseptabelt, var hovedbudskapet å bytte ut helmelka med lettmelk. Resultat: Fra å være det fylket som hadde de dårligste melkevanene, er Finnmark blitt blant de beste. På årsbasis har finnmarkingene gjennom sine nye melkevaner "spart" 120 tonn fett (NB: Dette er ikke kompensert av mer fett fra andre melkeprodukter.) Dette tilsvarer ca. 1,5 kg. fett pr. person på årsbasis, noe som betyr at man i Finnmark var kommet 17% nærmere det mål som Statens ernæringsråd har satt for praktisk ønskelig inntak av fett. Dette resultatet kostet i "ekstrautgifter" kr 0,60 pr. innbygger i fylket.

- Under hjerte-karundersøkelsene i Finnmark på 70-tallet gikk man bl. a. ut med følgende budskap: Spis mindre fett, og bytt ut hard margarin med myk margarin (soya-margarin). Kostholds- og forbruksundersøkelser som ble gjort i farvannet av denne informasjonens virksomheten viser følgende: Andelen av soya-margarin har i perioden fra 1972 til 1984 øket kraftig i Finnmark; langt kraftigere enn i andre fylker hvor tilsvarende undersøkelser er gjort. Men samtidig er det påvist at det totale inntaket av fett generelt og av margarin spesielt ikke i vesentlig grad er redusert i samme periode.

Hovedpoenget med disse eksemplene er å illustrere hvordan resultater relativt lett kan oppnås når budskapet ikke skaper særlig konflikter og ikke i vesentlig grad bryter med etablerte vaner, med livsstil og tradisjoner. Det koster ikke folk stort å spise grovere brød (det smaker jo faktisk vel så godt...), bytte ut helmelk med lettmelk, eller hard margarin med soya-margarin (som til og med er mer smørevillig...). På toppen av det hele ble folk forespeilet en viss helsegevinst.

Det å gi avkall på noe derimot, uten å føle kanskje at man har noe igjen for det mer enn ei tørr brødskive, det er langt verre. Dessuten er det å ha smeltet fett på fiskemiddagen og ren kremfløte må moltene når det kommer gjester, mattradisjoner som ser ut til å bety langt mer for mange finnmarkinger enn bare det å døyve sulten. Og blant folk som har opplevd krigen er smør og margarin forbundet med status og gode tider.

Den informasjon man tradisjonelt har hatt tilgjengelig om kosthold og spisevaner har i stor grad betraktet inntak av mat

som et isolert fenomen. Det er min erfaring at skal man komme videre utover de enkle problemstillingene som er nevnt i eksemplene ovenfor, må man i mye større grad legge vekt på å se kosthold og spisevaner i sammenheng med kultur og levekår:

Som ernæringskonsulent hos fylkeslegen i Finnmark la jeg opp til en strategi hvor fiskere og skolebarn i barneskolen var to prioriterte primær-målgrupper: Førstnevnte fordi de representerer en gruppe som på mange måter er spesielt utsatt i helsesammenheng, og sistnevnte fordi det er viktig å forebygge sykdom hos den oppvoksende slekt, og i skolen treffer man alle. Da vi gikk ut til skolene i forbindelse med "melke-aksjonen" i 1985, var det mange lærere som lurte på hvorfor vi valgte å fokusere på melk i stedet for snacks, gotteri og brus. Det er flere grunner til dette. Viktig i denne sammenheng er at sistnevnte er et omfattende problemområde som involverer en rekke aktører også utenfor skolen, det støter ofte på sterke og motstridende meninger og oppfatninger, og sist men ikke minst griper det inn i barns og ungdoms kultur og livsstil på en helt annen og mer komplisert måte enn det melkevanene gjør. Å angripe dette problemet ville således kreve mer tid og ressurser enn det vi (og lærerne) ville kunne bidra med da for å kunne løse slike problemer. Jeg har ennå til gode å se håndfaste resultater av enkle og lite ressurskrevende tiltak i denne forbindelse.

I 1983 tok fylkeslegen i Finnmark initiativet til en undersøkelse omkring kosthold og spisevaner hos finnmarksfiskere. En viktig del av undersøkelsen var å se kostholdet i sammenheng med fiskerens arbeids- og livssituasjon. Resultatene ble sammenholdt med annen informasjon som bl. a. Norges Fiskarlag satte inn med om fiskernes livs- og helseforhold, og med undersøkelser i fiskevær i Finnmark om fiskernes miljø og levekår. På bakgrunn av dette begynte arbeidet med å finne fram til innfallsvinkler til kostholdsinformasjon som kunne få fiskeren til å oppleve sitt eget kosthold som betydningsfullt for helsa, for i neste omgang å ville gjøre noe konkret med de kostholdsproblemer som ble avdekket i vår undersøkelse.

Gjennom omfattende utprøving og eksperimentering i forbindelse med Sikkerhetsopplæringa for fiskere som driver de nå obligatoriske sikkerhetskurs for fiskere over hele landet, har fiskere selv bidratt til utformingen av et informasjonsopplegg som inngår i nevnte kurs. Det er altså først nå, etter dette omfattende og ressurskrevende forarbeidet at man føler seg i stand til å tilby fiskerne kostholdsinformasjon i større omfang som de identifiserer seg med, som er bygget på et for dem realistisk grunnlag, og hvor man kan forvente betydelige endringer over et bredt spekter.

I Finnmark er det veldig få grupper vi har slik systematisk og problemorientert viten om i dag som fiskerne.

Kostholdskultur er allikevel bare ett aspekt ved det å gå inn på bekjempelse av helsemessige ulikheter med utgangspunkt i kostholdsendringer: Kostholdsinformasjon har sine klare begrensninger når det gjelder å endre folks adferd i helsemessig positiv retning.

Dette bringer oss over på det andre sentrale området i mitt innlegg, nemlig ernæringspolitiske tiltak:

Ofte støter kostholdsinformasjon på hindringer av politisk, økonomisk, strukturell o.a. karakter; hindringer som ofte er større for de grupper av befolkningen som mest vil ha behov for kostholdsendringer. Ensidig satsing på informasjon som virkemiddel kan således medvirke til å forsterke helsemessige ulikheter i befolkningen.

Dette er et omfattende område som jeg bare rekker å belyse i korte trekk med enkelte eksempler.

For å begynne med den tidligere nevnte "melke-aksjonen", så var heller ikke dette tiltaket helt fritt for problemer av ovennevnte karakter.

Det er en kjent sak at meieribransjen er lite begeistret for det fettoverskuddet som følger av at folk går over til å drikke magrere melk. Dette ble også i Finnmark forsøkt kompensert ved et billig-sag på smør. I rettferdighetens navn skal det sies at vi i Finnmark har hatt et generelt godt samarbeid med meieriene. Allikevel var det først etter organisert "forbrukerpress" fra en del skoler at to av meieriene tok til med produksjon av småpakninger med lettmeik til skolebruk.

På tross av de positive resultater vi kan forvente av informasjonsvirksomhet overfor yrkesgruppen firsere, er dette alene et svært begrenset virkemiddel i bekjempelsen av den helsemessige ulikheten som her eksisterer i forhold til andre befolkningsgrupper i Finnmark. I en artikkel om kostholdsundersøkelse som er i ferd med å bli publisert i Tidsskrift for Den norske Lægeforening, pekes det på behovet for organisatoriske og fiskeripolitiske tiltak i tillegg til den type informasjonsvirksomhet som er påbegynt. Strukturelle betingelser må legges til rette på en måte som favoriserer et helsemessig fordelaktig kosthold. I artikkelen er det trukket fram konkrete forslag til slike.

Skolebarn er som tidligere nevnt ansett for å være en svært viktig målgruppe m.h.p. forebyggende helsearbeid. Gjennom mine erfaringer med denne gruppen oppleves skoleelevers spisevaner på skolen ofte som et stort problem. Burde det ikke være et tanke-kors at grunnskole-elever er en av de "yrkesgrupper" som ikke har tilfredstillende spiseforhold på "jobben"? Voksne arbeidstakere har som regel både en trivelig kantine og en rimelig lang spise-pause. Skoles egne rutiner for undervisning og bruk av skole-lokalene er blant de faktorer som er til hinder for dette.

Jeg kan ikke forlate denne talerstolen uten å ha berørt den evig tilbakevendende "frukt- og grønnsaksproblematikken". Er det noe folk i Finnmark er årviss opptatt av så er det denne. Det er ønskelig å øke inntaket av frukt og grønnsaker i kostholdet og dermed bidra til å senke risikoen for HKS. Utgiftene til slike matvarer er høyere i Nord-Norge enn ellers i landet. En undersøkelse foretatt i regi av fylkeslegen i Finnmark i 1983 (en del av resultatene foreligger i forbindelse med denne konferansen) viser i tillegg til dette store variasjoner i pris, kvalitet og tilgjengelighet på en rekke vanlige frukt- og grønnsakstyper innen fylket.

I forbindelse med undersøkelsen har man formulert følgende mål som utgangspunkt for kostholdspolitisk virksomhet når det gjelder frukt og grønnsakforbruket:

Med den vekt man i ernæringsmessig sammenheng legger på frukt, grønnsaker og poteter i vårt kosthold, skal alle forbrukere kunne tilbys et visst utvalg av slike varer av god kvalitet på en regelmessig basis og til nogenlunde samme pris over hele landet.

Man er langt fra å oppfylle en slik målsetting for Finnmark, selv for de vanligste typer av frukt og grønnsaker. Forbruket av slike matvarer i Finnmark er i dag lavere enn ernæringsmessig ønskelig. I følge en undersøkelse utført av Statens Pristilsyn i Troms og Finnmark (1985), er det sågar tegn som tyder på at forbruket av frukt i Nord-Norge er synkende.

Mulige årsaker til de ulike forholdene er i ferd med å kartlegges gjennom Fondet for markeds- og Distribusjonsforskning i Oslo, der de også ser nærmere på forholdene i Finnmark sammenlignet med andre steder i landet.

Under slike forhold som jeg her har trukket fram, har ensidig fokusering på opplysningsvirksomhet i Finnmark vist seg å støte på store motstand og til dels irritasjon. Det er min oppfatning at så lenge folk i Finnmark opplever forholdene som et problem det ikke blir gjort noe vesentlig for å bedre på, vil det være vanskelig, spesielt i enkelte områder i fylket, å påvirke forbruket av frukt og grønnsaker i vesentlig grad mot et høyere forbruk. Det bør være av interesse å undersøke denne påstanden nærmere, bl. a. ved å se i hvilken grad forbruket i forskjellige deler av Finnmark påvirkes av de forhold som er dokumentert i fylkeslegens undersøkelse.

Som siste punkt skal jeg kort nevne enkelte problemer av strukturell og ressursmessig karakter som var og ennå i stor grad er til hinder for et effektivt ernæringspolitisk og opplysningsmessig arbeid i Finnmark.

En del av den strategi som ble lagt opp for ernæringsarbeidet da jeg var konsulent hos fylkeslegen, gikk ut på i størst mulig grad å basere seg på lokale og regionale krefter både m.h.p. å utforme og utføre tiltak, og ideelt sett også for å definere problemene slik folk oppfatter dem. Effektivt arbeid i denne sammenheng forutsetter at man har ressurser, faste kanaler og rutiner både regionalt og lokalt.

Loven om helsetjenesten i kommunene pålegger den enkelte kommune ansvaret for å fremme befolkningens helse og trivsel. Helseopplysning er i denne sammenheng definert som en egen del-tjeneste, på linje med skolehelsetjenesten, almenlegetjenesten osv. Men i motsetning til de sistnevnte har den ikke et apparat i systemet. I 1984 var det 1 kommune i Finnmark som oppga å ha et særskilt handlingsprogram for helseopplysning, og ingen kommuner hadde egne formelle strukturer for denne virksomheten. Med utgangspunkt i kosthold, og senere i tilknytning til emnet fysisk aktivitet, har det de siste årene vært arbeidet med å strukturere og koordinere helseopplysningsvirksomheten i Finnmark både regionalt og lokalt. Bl. a. etter modell fra prosjektet "Forebygging av hjerte- og karsykdommer" i Sogn og Fjordane og Oppland, er det etablert en fylkeskomitee for helseopplysning, og lokale arbeidsgrupper er i ferd med å etableres i enkelte kommuner. Førstnevnte har ennå ingen fast forankring i det helsepolitiske system. Tilsvarende gjelder også for de fleste av arbeidsgruppene lokalt.

Både regionalt og lokalt er det behov for å utrede personell- og øvrig ressursbehov (økonomiske midler, videre- og etterutdanningsbehov), med tanke på muligheten for en reell prioritering av såvel ernærings- som annet helseforebyggende arbeid. Avslutningsvis kan jeg selvfølgelig her trekke linjene til et av de grunnleggende problemer i forbindelse med helse og ulikhet i Finnmark, nemlig den prekære mangel på helsepersonell i fylket. Også ernæringsarbeidet i fylket lider sterkt under denne.

SENTRALE TREKK VED SYKDOMS- OG DØDELIGHETSMØNSTERET I FINNMARK

Av professor Knut Westlund

"..arnesteder for alskens smitsom sykdom, saa man let undskylder lægen at han i de dage, da kvænfeberen raste som værst, istedetfor at vove sig ind i pesthulen kløv op paa taket og gjennom ljaaren stak sin gulknappede stok for med den at føle patienten paa pulsen."

Axel Hagemann: "Vestfinnmarken" i:
"Norge 1814-1914"

Disposisjonen er:

1. Dødeligheten etter alder og årsak.
2. Sykdomshyppighet og forekomst.
Kreftregisteret.
Tuberkuloseregisteret.
Meldesystem for infeksjonssykdommer (MSIS)
Diverse andre datakilder.
3. Litt om risikomønster.
Hos infarkt- og sukkersykepasienter.
I befolkningen generelt.

At dødeligheten i Finnmark er høyere enn i resten av landet, er et velkjent fenomen. Tab. 1 viser noen tall fra Statistisk Sentralbyrås publikasjon Regional dødelighet 1976-80. Finnmarks dødelighet er gitt som prosent av Norges. Tallene er aldersjustert, hvilket vil si at man har tatt hensyn til forskjellen i aldersstruktur mellom Finnmark og Norge. Vi ser at for alle årsaker under ett ligger Finnmarks menn 24% over landsgjennomsnittet, Finnmarks kvinner 14%. Men vi ser også at forholdet varierer ved dødsårsak. For hjerte-karsykdommer, sykdommer i åndedretsorganene og ulykker ligger tallene over 100. At tallet er høyest for drukning og andre ulykker i skipsfart og fiske, overrasker vel ingen. Men det er også årsaker med tall under 100: Brystkreft hos kvinner, og selvmord.

"Forventet antall gjenstående leveår" er en populær metode til å resymere en gruppes dødelighet. Tab. 2 viser gjennomsnittlige gjenstående leveår for nyfødte som gjennom sin levetid blir utsatt for de aldersspesifikke dødelighetsrater som gjaldt i 1976-80. Det må understrekes at det dreier seg om en måte å beskrive fortiden på, det er ingen spådom om hvor lenge åtti-årenes nyfødte kommer til å leve. Vi ser at forskjellen mellom Norge og Finnmark var 3,3 år for menn, 1,6 år for kvinner. Sogn og Fjordane lå her, som på så mange andre områder, best an.

Så langt har vi sett på dødeligheten i alle aldre. Av de aldersspesifikke dødelighetsrater inntar spedbarnsdødeligheten en sentral plass. Det er antall dødsfall i alder under ett år dividert med antall tusen levende fødte. Fig. 1 viser utviklingen i Norge og i Finnmark. Skalaen er logaritmisk (prosent-

skala), slik at en rett linje betyr konstant prosentvis nedgang over tid. Vi ser at Norge har gått ned i praktisk talt samme takt gjennom hele tidsrommet 1949 til 1984. Finnmarks linje har nærmet seg til Norge, d.v.s. at nedgangen prosentvis har vært sterkere i Finnmark. Uttrykt i rater blir utjevningen ennå mere slående. Omkring 1950 døde det 20 flere spedbarn pr. 1000 levende fødte i Finnmark enn i Norge. I 1981-84 var forskjellen 2 barn pr. 1000. En annen måte å uttrykke forholdet på er at Finnmark ligger 6-7 år etter landsgjennomsnittet i utvikling.

Som mål for miljøets hygieniske kvalitet bruker man ofte den postneonatale dødelighet, d.v.s. den del av spedbarnsdødeligheten som kan henføres til alder mellom 4 uker og ett år. Utviklingen er vist i Tab. 3. Vi ser at for perioden 1981-84 er Finnmark helt nede på Norges nivå. Men det er å merke at både for Finnmark og Norge er det ytterligere gevinst å hente. Erfaringen fra våre nordiske naboland tyder på at man bør komme ned i alle fall i 2 pr. 1000 levende fødte.

Vi skal her gjøre en avstikker fra dødelighetsdrøftingen og se på fødselsvekten i Finnmark i 1985. Tallene i tab. 4 er hentet fra Medisinsk fødselsregister. Forskjellen i fødselsvekt mellom Finnmark og Norge er bare 64 gram, men Finnmark var det fylke som hadde lavest gjennomsnitt. Det var imidlertid flere fylker, bl.a. Oslo, som hadde en høyere prosent med fødselsvekt under 2500 gram.

Blant dødsårsakene har den høye hjerteinfarktdødelighet i Finnmark tiltrukket seg oppmerksomhet. De geografiske og etniske kontraster innen fylket er av stor forskningsmessig interesse, bl.a. har professor Anders Forsdahl studert den finskattede befolkning i Sør-Varanger. Her får jeg bare tid til å vise noen tall for fylket som helhet. Tab. 5 gir utviklingen over fire fire-års perioder, 1969-72 til 1981-84, for aldersgruppen 40-59 år. Plutselig død av ukjent årsak er tallet sammen med dødsfall som er henført til hjerteinfarkt. Vi merker oss hvor små tallene blir for kvinner, slik at det neppe er mulig å tolke utviklingen over tid. For menn er det en nedgang, både i antall og pr. 1000 levende i aldersgruppen. Grafisk er utviklingen vist i figur 2. Ennå er det langt igjen - men ikke nødvendigvis lenge - før Finnmarks menn kommer ned på norsk gjennomsnittsnivå.

Den annen store hjerte-karsykdomsgruppe er hjerneslag. Stort sett rammer hjerneslag en eldre aldersgruppe enn hjerteinfarkt. Antall dødsfall i aldersgruppen 40-59 år blir derfor lite, både for menn og kvinner, som man kan se i tab 6. Grafisk er utviklingen over tid vist i fig. 3. For Norge er det en jevn nedgang, kanskje noe sterkere for kvinner enn for menn. Om Finnmark er det neppe mulig å si noe mere enn at dødeligheten er høyere enn i Norge, og utviklingen er forenlig med at det også i Finnmark har vært en nedgang.

Jeg har innledet med å vise tall fra Statistisk Sentralbyrås analyse av dødeligheten i perioden 1976-80. Naturligvis møteser vi publikasjonen om den fylkesvise dødelighet i 1981-85 med stor interesse. Som en erstatning har jeg sett på dødsfallene i Finnmark i 1984, det siste år som vi foreløpig har tall fra. Jeg har begrenset meg til dødsfall i alder under 60 år. Tab. 7 viser disse 110 dødsfall for menn og 41 for kvinner, fordelt etter alder. Jeg har også angitt det antall døde som man skulle vente

ut fra den aldersspesifikke dødelighet i Norge i 1984 og befolkningens størrelse og aldersstruktur i Finnmark. For aldersintervallet 0-59 år som helhet ligger Finnmark 50% over Norge for menn og 25% over for kvinner. Særlig stor er forskjellen i Finnmark-Norge for menn i alder 30-49 år.

Vi må altså regne med at overdødeligheten i Finnmark fremdeles består.

I tab. 8 har jeg fordelt etter dødsårsak disse 110 mannlige og 41 kvinnelige Finnmarks-dødsfall i alder under 60 år i 1984. Det dreier seg om antall døde, ikke om rater pr. 1000. For menn ser vi hvor dominerende hjerteinfarkt + plutselig død er som dødsårsak. "Atferdsforstyrrelser" i årsaksklassifikasjonen er narkomani og kronisk alkoholisme. Hvis vi ser dem sammen med akutt alkoholforgiftning, drap, selvmord og kanskje leverkirrose og motorkjøreulykker, finner vi at atferdsforstyrrelser i vid forstand er en stor dødsårsaksgruppe. Hos kvinner kan vi merke oss at bare 3 av de 41 dødsfall skyldes brystkreft.

Før vi forlater dødsfallene, skal vi kaste et blikk på en spesiell form for livsavslutning. Tab. 9 viser utførte svangerskapsavbrudd som prosent av levende fødte. Fra 1979 til 1984 har Finnmark nærmet seg landsgjennomsnittet og ligger nå betydelig under Oslo.

Når vi går over til sykkelighet, er det naturlig å starte med Krefregisterets data. Tab. 10 viser et ekstrakt fra den store publikasjonen om fylkenes kreftsykkelighet i 1972-76. Hyppigheten, eller insidensen, i Finnmark er uttrykt som prosent av hyppigheten i Norge. Alle aldre er inkludert, men tallene er aldersjustert. Vi ser en overvekt i Finnmark for kreft i mavesekk og lunge. Dessuten har kvinner en overvekt av kreft i livmorhals, og vi ser den velkjente sterke oversykkelighet av kreft i skjoldbruskkjertelen - 2 1/2 gang Norges. Nå må det her understrekes at kreft i skjoldbruskkjertelen er en liten gruppe - noe jeg skal komme tilbake til.

For å illustrere utviklingen over tid har jeg beregnet den samlede krefthyppighet i femårs-perioden 1980-84 for sammenligning med 1972-76. Tallene i tab. 11 omfatter alle aldre og viser aldersjustert hyppighet (insidens): Nye tilfeller pr. 100 000 befolkning pr. år. Vi ser at i denne perioden på 8 år har hyppigheten økt for menn med 25% i Finnmark mot 17% i landet som helhet. For kvinner er økningen henholdsvis 4% og 11%. Nå skal man ikke legge vekt på forskjellen i den prosentvise økning. Tallene er ikke større enn at disse forskjellene - 25% mot 17% og 4% mot 11% - kan skyldes tilfeldigheter. Videre skal man være oppmerksom på at noe av den økning i diagnostisert kreft som utvilsomt har funnet sted, kan skyldes bedret diagnostikk. For å illustrere utviklingen i Finnmark for noen spesielle kreftformer har jeg laget tab. 12. Det viser antall tilfeller i de to femårsperioder 1972-76 og 1980-84, alle aldre. Folketallet i Finnmark var praktisk talt det samme i de to perioder, men befolkningen er blitt eldre, hvilket vil si at vi skulle vente et noe høyere antall av de fleste kreftformer i 1980-84. I lys av dette må utviklingen av kreft i mavesekken karakteriseres som fredelig. Det er vel ennå for tidlig å si noe sikkert om den nedgang vi har hatt i denne kreftform er ved å stanse opp. Forøvrig har utviklingen vært fredelig både for menn og kvinner

når det gjelder skjoldbruskkjertel og leukemi, samt for livmor-kropp og eggestokk. For kreft i livmorhals har det vært nedgang. Derimot ser vi en sterk økning av antall tilfelle av kreft i tykktarm og - noe mindre sterk - i bukspyttkjertel for begge kjønn. Lungekreft er den dominerende enkeltform for menn, mens vi hos kvinner meget overraskende har et uendret tall. At den kvinnelige lungekreft kommer til å stige sterkt i Finnmark i de år som kommer, er det dessverre liten tvil om. Vi har hatt en sterk økning av urinblærekreft hos menn. Dette skyldes neppe en overføring av blærepapillomer til kreft, i og med at det i 1972-76 bare ble meldt 4 tilfeller av blærepapillom fra Finnmark. Brystkreft hos kvinner har vist sterk økning, men Finnmark er neppe kommet opp på landsgjennomsnittet ennå. Endelig kan vi merke oss ondartet føflekk, eller malignt melanom, opp fra 0 til 14 hos kvinner.

Tuberkulosen var tidligere den store folkesykdom. Ennå er den ikke helt borte. I tab. 13 har jeg vist hyppigheten av smitteførende tuberkulose i tre perioder: Året 1960, årene 1973-77 og årene 1981-85. Både i Finnmark og i Norge, og både for menn og kvinner, er det en nedgang til omtrent 1/10 fra 1960 til 1981-85. Men for menn er hyppigheten i Finnmark fremdeles det dobbelte av rikets gjennomsnitt.

Når det gjelder andre infeksjonssykdommer, skiller vi mellom summariske og nominative meldinger. De første er ukentlige meldinger av observert antall i den enkelte legepraksis, uten pasientidentifikasjon. De nominative meldinger skjer med pasientens navn og adresse. Meldingenes fullstendighet kan variere noe. I tab. 14 har jeg plukket ut noen få av sykdommene som meldes, og gitt hyppigheter pr. 1000 pr. år for Finnmark og Norge i 1981-84. Mononucleose ligger lavere i Finnmark enn i Norge, mens skabb, gonore og syfilis ligger klart over. For herpes genitalis er det liten forskjell. Blant de nominative diagnoser er det identiske tall i Finnmark og Norge for hepatitt. Meningokokkinfeksjon, som er en alvorlig tilstand, var nesten dobbelt så hyppig i Finnmark som i landet som helhet.

Statistisk Sentralbyrå gjennomførte i 1967, 1975 og 1985 landsomfattende helseundersøkelser ved hjelp av intervju. Fra 1985 foreligger det naturlig nok ennå ingen resultater, men rapportene fra de tidligere undersøkelser gir et vell av informasjon som ikke er tilgjengelig på annen måte, spesielt om bruken av helsetjenester og om den totale sykkelighet av forskjellige årsaker. Undersøkelsene er slik lagt opp at det ikke er mulig å gi resultater for Finnmark isolert, man får data enten for Finnmark + Troms, eller for Nord-Norge under ett. Jeg skal bare vise en enkelt detalj fra undersøkelsen i 1975. Tab. 15 viser tannstatus i alder 50-66 i Norge og i Nord-Norge. Det er forholdene i 1920- og 1930-årene som gjenspeiles her.

Sukkersyke er en viktig sykdom som er ujevnt fordelt i landet. Arvelig, såvel som miljømessig, er det minst to hovedtyper, den insulinkrevende hos barn og ungdom og den vanligvis ikke insulin-krevende form hos eldre. Jøner og Søvik foretok en landsomfattende undersøkelse av nye tilfeller av barnediabetes i årene 1973-77. Det var en fin undersøkelse, fordi den kryssspeilet individopplysninger fra sykehusene med individopplysninger fra Rikstrykdeverket om personer som fikk stønad til insulin. En tilsvarende metode burde vi bruke i langt større utstrekning for

de kroniske sykdommers vedkommende. I tab. 16 gis resultatene for Finnmark og Norge, med en hyppighet i Finnmark som bare er 40% av Norges. Også for sukkersyke i høyere alder ligger Finnmark lavt. Tab. 17 gir forekomsten - prevalensen - av kjent sukkersyke blant personer i alder 40-49 år som har møtt frem til en hjerte-karundersøkelse. Finnmark ligger lavere enn både Sogn og Fjordane, Oppland og Oslo.

Hjerte-karundersøkelsene gir også prevalenstall for gjennomgått hjerteinfarkt, som vist i tab. 18. Det dreier seg fremdeles om alder 40-49 år. For kvinner er tallene meget små, men for menn ligger Finnmark klart høyere enn de øvrige fylker. Forholdet mellom Finnmark og Sogn og Fjordane er omtrent som 2:1, hvilket er det samme forhold som vi finner for dødeligheten. Dette viser da at overdødeligheten av hjerteinfarkt i Finnmark ikke er en følge av dårligere behandling, men må skyldes at hjerteinfarkt-anfallene opptrer hyppigere i Finnmark.

Multipel sklerose er en kronisk nervesykdom som rammer relativt unge mennesker og har et lunefullt forløp. Ukjente miljøfaktorer må være av betydning for sykdommens opptreden. Det har lenge vært kjent at vi innenfor Norges grenser har store forskjeller i forekomst og dødelighet av m.s. - forskjeller som vi har utnyttet altfor dårlig til årsaksrettet forskning. Finnmark har påfallende lite m.s. I tab. 19 har jeg vist antall uføretrygdde på grunn av m.s., samt forholdstall mellom prevalenser, hvor prevalensen (tilfeller pr. 100 000 befolkning) i Norge er satt lik 100. Den lave forekomst i Finnmark er bekreftet ved undersøkelser fra nevrologisk avdeling i Tromsø, først av de Graaf og nylig igjen av Grønning og Mellgren.

Når det gjelder dødsfall og tilfeller av sykdom, blir tallene oftest så små at det er vanskelig å studere de etniske og geografiske kontraster innen Finnmark. Dette blir noe annerledes når vi vender oss til risikomønsteret og teller opp eller måler i den friske befolkning forhold som vi vet sier noe om risiko for sykdom eller død. Riktignok møter vi andre problemer enn de små tall, f.eks. det forhold at serumkolesterol synes å variere med årstiden, slik at det kan være vanskelig å tolke en forskjell mellom to kommuner hvis kommunen er undersøkt på forskjellig tid av året. Jeg kan her bare vise noen få data for fylket som helhet. Først skal det dreie seg om ikke-medikamentell behandling. I de hjerte-karundersøkelser som Statens helseundersøkelser har foretatt, møter det, som allerede nevnt, endel personer som svarer at de har sukkersyke, eller at de har hatt et hjerteinfarkt. I tab. 20 gis noen data fra undersøkelsen i Finnmark i 1977. Personer i alder 35-52 år som svarte ja på spørsmål om hjerteinfarkt er sammenlignet med dem som svarte nei. Infarktpasientene hadde betydelig høyere serumkolesterol og triglyserider - faktisk kan forholdet ikke ha vært vesentlig annerledes enn før de fikk sitt infarkt. Den godartede, beskyttende kolesterolfraksjon, HDL, er lavere hos infarktpasientene, og de er litt mere overvektige enn andre. Mennene har redusert sitt sigarettkonsum litt i forhold til situasjonen før infarkt. Men alt i alt er det ingen tegn til at pasientgruppen har lagt om sitt levesett, til tross for at en slik omlegging trolig vil halvere risikoen for fremtidig hjerteinfarkt eller plutselig død.

Tilsvarende kan vi sammenligne sukkersykepasientene i Finnmark 1977 med andre (Tab. 21). Blodsukkeret, som er tatt ikke-fast-

ende, er naturlig nok høyere hos sukkersykepasientene. Om et gjennomsnitt på ca. 9 mmol/l vitner om tilfredsstillende kontroll, får andre uttale seg om. Jeg vil bare nevne at i enkelte andre områder har vi funnet gjennomsnitt for diabetikerene helt opp i 11-12 mmol/l. Men når det gjelder kolesterol og sigarett-ter, som begge øker risikoen for hjerteinfarkt, så har disse sukkersykepasientene ikke gjort noe for å redusere nivået - til tross for at selve sukkersyken medfører en høyere risiko enn vanlig for hjerteinfarkt og hjerneslag.

Nå kunne man kanskje tro at disse observasjoner skyldes at Finnmarks-legene ikke informerer sine pasienter skikkelig, eller at pasienter i Finnmark er mindre tilbøyelig enn andre til å klusse med sin risikoprofil bare for kanskje å kunne leve noe lenger. Forholdet er imidlertid at vi har prinsipielt akkurat den samme situasjonen i Sogn og Fjordane og Oppland. Hverken infarktpasienter eller diabetikere synes å ha noen interesse av å ta seg selv under ikke-medikamentell behandling. Jeg tror dette illustrerer de store vanskeligheter vi står overfor når det gjelder å redusere en allerede utviklet overrisiko.

Til slutt vil jeg nevne et par trekk ved totalbefolkningens risikomønster. Fig. 4 viser gjennomsnittlig serumkolesterol, som er den viktigste risikofaktor for hjerteinfarkt, etter alder og kjønn i Finnmark og i Sogn og Fjordane. Finnmarksgjennomsnittene er meget høye - f.eks. har bare ca. 10% av amerikanerne så høye verdier. Vi er naturligvis meget spente på hvorledes verdiene vil ligge ved den nye undersøkelsen i Finnmark i 1987. En effektiv forebygging av hjerteinfarktsykdommen oppnår vi hvis - og bare hvis - vi klarer å legge disse kolesterolkurvene flate, slik at gjennomsnittene ikke stiger over f.eks. 5 mmol/l med stigende alder.

Fig. 5 viser prosent som røykte sigaretter daglig i Finnmark 1977 og i Sogn og Fjordane 1980. Her er målsettingen for det forebyggende arbeid lett å definere. For den nye generasjon viser fig. 6 tall fremskaffet av Statens tobakkskaderåd. Det dreier seg om utviklingen fra 1975 til 1985 av prosent daglig røykere i ungdomsskolens niende klasse. Piker ligger over gutter, og Finnmark ligger over landsgjennomsnittet. Men det går den riktige veien.

Som et sammendrag vil jeg si at hyppighet og forekomst i Finnmark for mange sykdommers vedkommende er høyere enn i landet som helhet. Det er også flere viktige sykdommer hvor Finnmark ligger gunstigere an enn Norge. Nettoeffekten av forskjellene i sykkelighetsmønster er imidlertid en overdødelighet i Finnmark i alle aldersgrupper, en overdødelighet som forsterkes av ulykkestallene. Nedgangen av dødeligheten i Finnmark i de senere år har vært bra, men ikke bra nok. For lungekreft hos menn og hjerteinfarktsykdommen er det samsvar mellom Finnmarks høye dødelighet og det høye nivå av serumkolesterol og sigarettforbruk.

Men hva konklusjonen bør være - hva, hvem og hvorledes man bør angripe først -, det er det heldigvis ikke min bestemmelse å finne ut av.

Tabell 1.

DØDELIGHET 1976 - 80.
 FINNMARK I PROSENT AV NORGE
 ALLE ALDRE, ALDERSJUSTERT

	MENN	KVINNER
ALLE ÅRSAKER	124	114
ISCHEMISK HJERTESYKDOM	118	113
HJERNESLAG	112	118
LUNGEKREFT	167	(57)
ANDRE SYKDOMMER I ÅNDRERETSORG.	145	140
KREFT I FORDØYELSESORG.	93	106
ANDRE SYKDOMMER I FORDØYELSESORG.	93	100
ERYSTKREFT	-	69
VEITRAFIKKULYKKER	131	(80)
DRUKNING, SKIPSFART, FISKE	300	-
ANDRE ULYKKER	120	117
SELMORD	88	(50)

PROSENTER I PARENTIES: BYGGER PÅ MINDRE ENN 20 DØDSFALL
 1976 - 80.

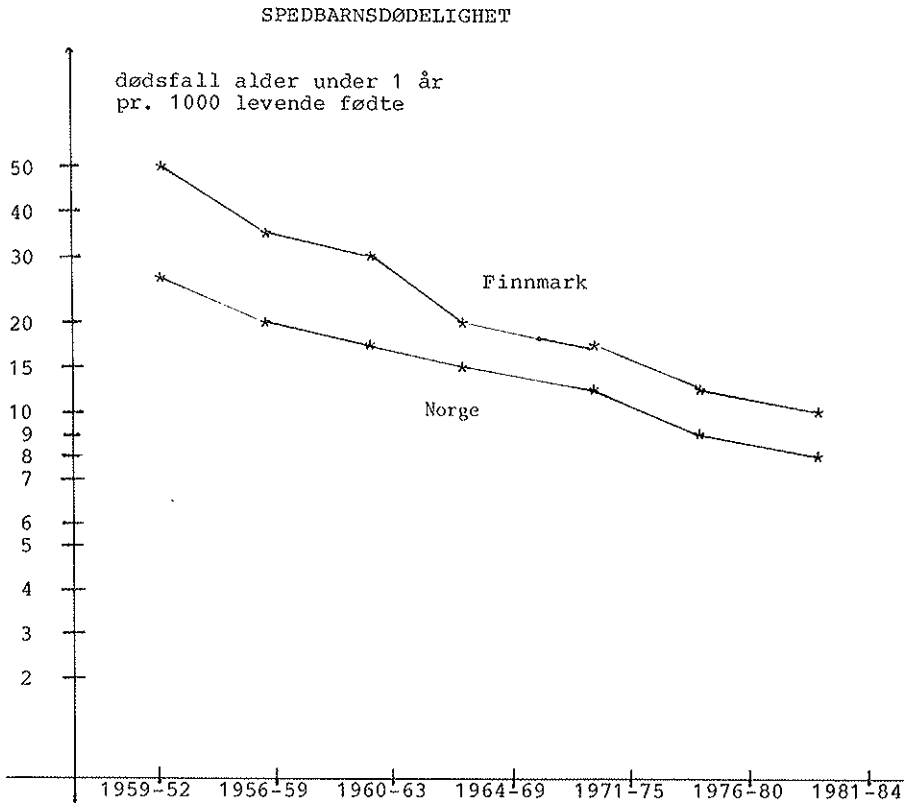
Tabell 2.

1976 - 80

"GJENSTÅENDE LEVEÅR" VED ALDER 0

	MENN	KVINNER
NORGE	72,2	78,7
FINNMARK	68,9	77,1
OSLO	70,8	78,0
SOGN OG FJORDANE	74,5	80,1

Figur 1.



Tabell 1.

DØDELIGHET 1976 - 80.
 FINNMARK I PROSENT AV NORGE
 ALLE ALDRE, ALDERSJUSTERT

	MENN	KVINNER
ALLE ÅRSAKER	124	114
ISCHEMISK HJERTESYKDOM	118	113
HJERNESLAG	112	118
LUNGEKREFT	167	(57)
ANDRE SYKDOMMER I ÅNDRDRETTSSORG.	145	140
KREFT I FORDØYELSESORG.	93	106
ANDRE SYKDOMMER I FORDØYELSESORG.	93	100
BRYSTKREFT	-	69
VEITRAFIKKULYKKER	131	(80)
DRUKNING, SKIPSPART, FISKE	300	-
ANDRE ULYKKER	120	117
SELMORD	88	(50)

PROSENTER I PARENTES: BYGGER PÅ MINDRE ENN 20 DØDSFALL
 1976 - 80.

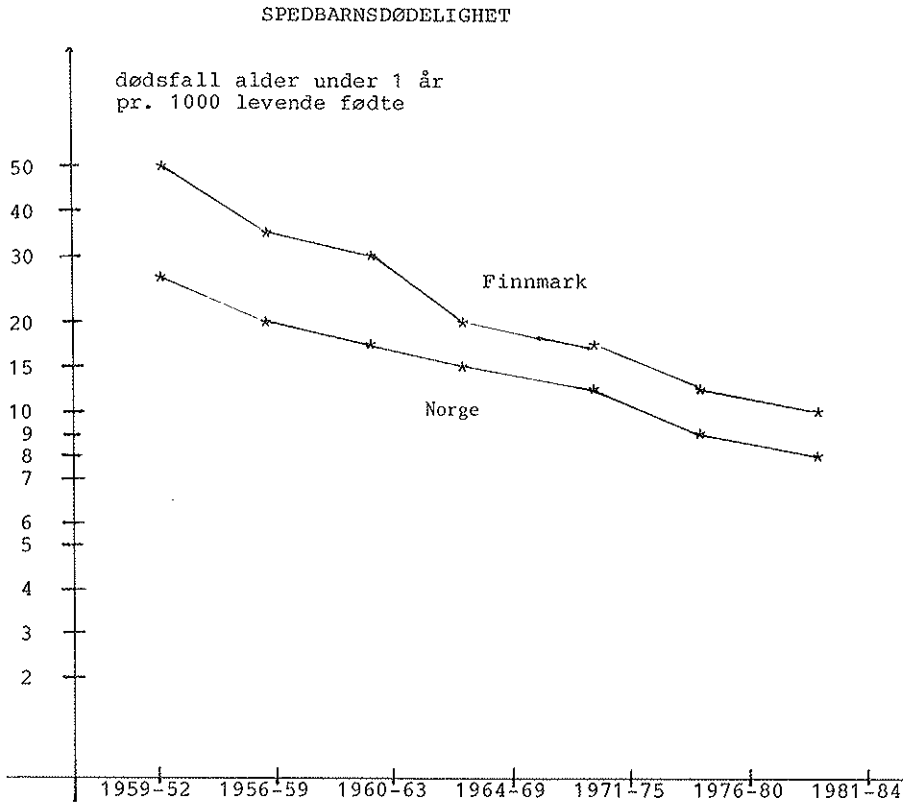
Tabell 2.

1976 - 80

"GJENSTÅENDE LEVEÅR" VED ALDER 0

	MENN	KVINNER
NORGE	72,2	78,7
FINNMARK	68,9	77,1
OSLO	70,8	78,0
SOGN OG FJORDANE	74,5	80,1

Figur 1.



Tabell 3.

POSTNEONATAL DØDELIGHET
 DØDE I ALDER 4 UKER - 1 ÅR
 PR. 1000 LEVENDE FØDTE

	FINNMARK	NORGE
1971 - 75	5,4	3,2
1976 - 80	5,3	3,2
1981 - 84	3,3	3,4

Tabell 4.

1985
 FØDTE

	FØDSELSVEKT GJENNOMSNIITT GRAM	PROSENT UNDER 2500 GRAM
NORGE	3477	5,0
FINNMARK	3413	5,3
OSLO	3430	5,7

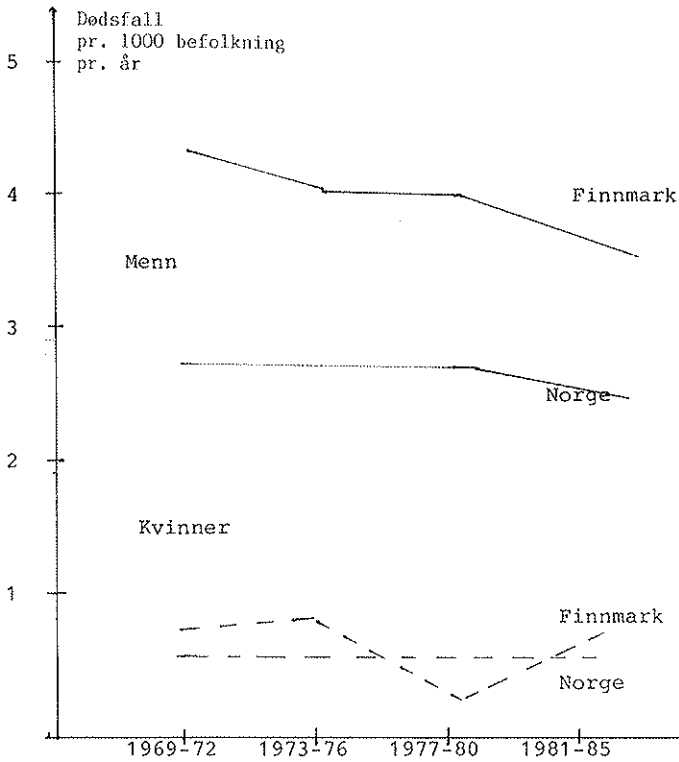
Tabell 5.

HJERTEFARKT + PLUTSELIG DØD

ALDER 40 - 59 ÅR, ALDERSJUSTERTE RATER

		FINNMARK	NORGE
MENN			
	ANTALL	DØDSFALL PR 1000 PR ÅR	DØDSFALL PR 1000 PR ÅR
1969 - 72	141	4.29	2.75
1973 - 76	127	3.93	2.72
1977 - 80	122	3.86	2.67
1981 - 84	100	3.25	2.36
KVINNER			
1969 - 72	17	0,58	0.46
1973 - 76	20	0,69	0.44
1977 - 80	10	0,36	0.44
1981 - 84	19	0,70	0.39

Figur 2.

HJERTEINFARKT + PLUTSELIG DØD
ALDER 40-59, ALDERSJUSTERT

Tabell 6.

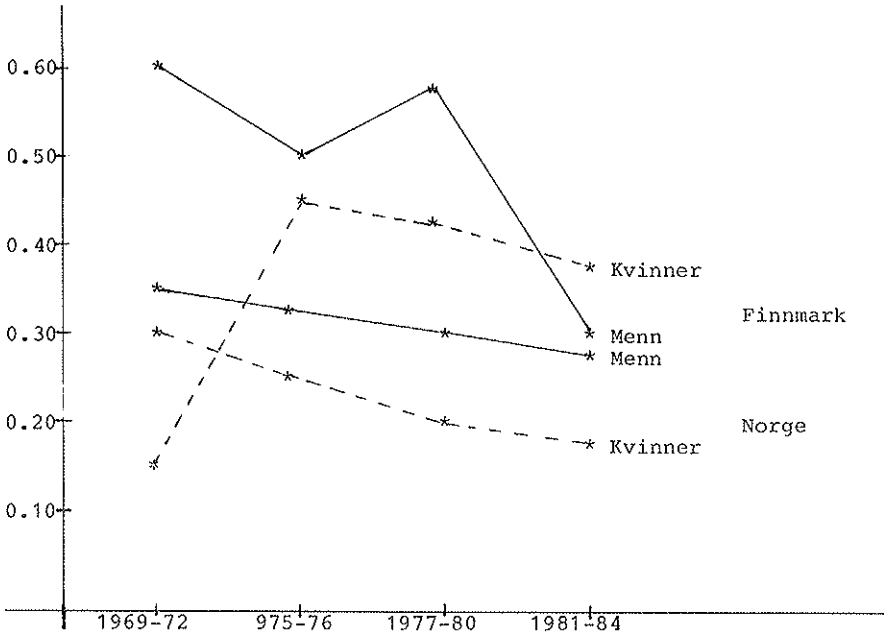
HJERNESLAG
ALDER 40-59 ÅR

	FINNMARK		NORGE
	ANTALL	PR. 1000	PR. 1000
	DØDSFALL	PR. ÅR	PR. ÅR
		ALDERSJUSTERT	ALDERSJUSTERT
MENN			
1969-72	19	0.58	0.35
1973-76	17	0.52	0.33
1977-80	18	0.57	0.29
1981-84	9	0.29	0.27
KVINNER			
1969-72	5	0.17	0.30
1973-76	13	0.44	0.26
1977-80	12	0.42	0.20
1981-84	10	0.37	0.19

Figur 3.

HJERNESLAG
ALDER 40-59 ÅR, ALDERSJUSTERT

DØDSFALL
PR. 1000 BEFOLKNING
PR. ÅR.



Tabell 7.

FINNMARK
DØDSFALL 1984

ALDER	MENN		KVINNER	
	OBSERVERT	FORVENTET BASIS NORGE	OBSERVERT	FORVENTET BASIS NORGE
0	6	4.5	4	4.4
1-14	8	2.6	3	1.8
15-29	12	10.3	5	2.8
30-49	41	22.2	12	9.5
50-59	43	33.7	17	14.3
0-59 I ALT	110	73.3	41	32.8
	1.50		1.25	

Tabell 8.

FINNMARK 1984

DØDSFALL I ALDER UNDER 60 ÅR

HOVEDÅRSÅK	ANTALL	
	MENN	KVINNER
Kreft		
Fordøyelsesorgan	4	2
Åndedrettsorgan	6	-
Bryst	-	3
Andre former	7	6
Hjerteinfarkt	30	8
Hjerneslag	2	6
Plutselig død	4	2
Atferdsforstyrrelse	3	-
Akutt alkoholforgiftning	4	-
Leverkirrose	2	1
Drap	2	-
Ulykker		
Motorkjøretøy	7	2
Andre	7	1
Selv mord	13	2
Øvrige årsaker	19	8
	110	41

Tabell 9.

UTFØRT SVANGERSKAPSAVBRUDD I PROSENT AV LEVENDE FØDTE

	1979	1984
NORGE	28.0	28.0
FINNMARK	42.2	32.6
OSLO	48.0	53.5
ROGALAND	15.2	16.0

Tabell 10.

KREFT 1972 - 76

HYPPIGHETEN I FINNMARK SOM PROSENT AV NORSKE

ALDERSJUSTERT

Kreftform	MENN	KVINNER
Magesekk	110	150
Tykketarm	52	61
Bukspyttkjertel	113	99
Lunge	162	104
Bryst	-	57
Livmorhals	-	142
Livmorkropp	-	74
Eggstokk	-	87
Prostata	56	-
Urinblære	89	48
Ondartet føflekk	46	0
Skjoldbruskkjertel	79	243
Leukemi	72	64

Tabell 11.

KREFT, ALLE FORMER

NYE TILFELLE PR. 100.000 BEFOLKNING PR. ÅR.

ALDERSJUSTERT

	MENN		Kvinner	
	FINNMARK	NORGE	FINNMARK	NORGE
1972-76	302.6	317.4	267.8	306.6
1980-84	378.4	370.0	279.7	339.8
PROSENT ØKNING	25.0	16.6	4.4	10.8

Tabell 12.

FINNMARK

ANTALL NYE KREFTTILFELLER

ALLE ALDER

KREFTFORM	MENN		KVINNER	
	1972-76	1980-84	1972-76	1980-84
Magesekk	54	56	39	38
Tykkarm	18	48	22	36
Bukspyttkjertel	22	36	11	18
Lunge	89	121	12	12
Bryst	0	1	60	87
Livmorhals	-	-	49	30
Livmorkropp	-	-	18	18
Eggstokk	-	-	26	27
Prostata	48	66	-	-
Urinblære	27	54	5	9
Ondartet føflekk	7	6	0	14
Skjoldbruskkjertel	3	4	21	16
Leukemi	12	13	9	6
Øvrige former	177	210	98	121
Kreft i alt	457	615	370	432

Tabell 13.

NYE TILFELLE AV SMITTEFØRENDE TUBERKULOSE
PR. 100.000 INNBYGGERE PR. ÅR.

	MENN		KVINNER	
	FINNMARK	NORGE	FINNMARK	NORGE
1960	121.8	64.0	73.1	35.7
1973-77	20.9	12.7	6.2	7.1
1981-85	12.5	5.6	5.9	3.6

Tabell 14

1981 - 84
 INFEKSJONSSYKDOMMER
 PR. 1000 INNBYGERE PR. ÅR.

	FINNMARK	NORGE
SUMMARISK		
Mononucleose	0.46	0.88
Skabb	4.92	1.94
Gonore	7.41	2.06
Syfilis	0.11	0.04
Herpes Genitalis (1983-84)	0.41	0.54
NOMINATIVT		
Hepatitt A	0.04	0.05
Hepatitt B (serum)	0.08	0.08
Meningokokkinfeksjon	0.13	0.07
Ornitose	0.07	0.08
Stafylokokkinfeksjon hos nyfødte (pr. 1000 levende fødte)	24.2	14.9

Tabell 15

TANNSTATUS
 HELSEUNDERSØKELSE 1975
 (Statistisk Sentralbyrå)

ALDER 50 - 66 ÅR

	PROSENT	
	NORGE	NORD-NORGE
Egne tenner, få hull	17.6	7.2
Egne tenner, mange hull	25.0	6.1
Få egne tenner	25.0	25.9
Ingen egne tenner	32.4	60.8
	100.0	100.0

Tabell 16.

SUKKERSYKE
BARN 0-14 ÅR I 1973-1977

	FINNMARK	NORGE
Antall nye tilfelle	8	845
pr. 100.000 pr. år	6.8	17.6

Tabell 17.

SUKKERSYKE
"JA" PÅ SPØRRESKJEMA
VED HJERTE-KARUNDERSØKELSER
ALDER 40-49 ÅR

	MENN		KVINNER	
	ANTALL	PR. 1000	ANTALL	PR. 1000
	UNDERSØKTE		UNDERSØKTE	
FINNMARK	23	6.3	15	4.5
SOGN OG FJORDANE 1980	34	7.4	26	5.9
OPPLAND 1981	99	12.1	53	6.4
OSLO 1972	153	9.4	-	-

Tabell 18.

HJERTEINFARKT
 "JÅ" PÅ SPØRRESKJEMA
 VED HJERTE-KARUNDERSØKELSER
 ALDER 40-49 ÅR

	MENN		KVINNER	
	ANTALL	PR. 1000 UNDERSØKTE	ANTALL	PR. 1000 UNDERSØKTE
FINNMARK 1977	61	16.8	4	1.2
SOGN OG FJORDANE 1980	32	7.0	5	1.1
OPPLAND 1981	69	8.5	10	1.2
OSLO 1972	164	10.1	-	-

Tabell 19.

MULTIPPEL SKLEROSE
 UFØRETRYGD PR. 1.1.1984
 MENN + KVINNER, ALDER 16-66 ÅR

	ANTALL TRYGDET P.G.A. M.S.	I PROSENT AV NORGES PREVALENS
Norge	1653	100
Finnmark	7	22
Oppland	112	155

Tabell 20.

FINNMARK 1977
ALDER 35-52 ÅR
PERSONER MED TIDLIGERE HJERTEINFARKT
ALDERSJUSTERTE GJENNOMSNIITT

		SERUM (MMOL/L)					
	Antall	Koles- terol	HDL- kolesterol	Tri- glyce- rider	Daven- ports indeks	Sigaretter pr. dag	
MENN							
Spørreskjema:							
Hjerteinfarkt?							
	JA	88	7.54	1.03	2.49	2.62	7.5
	NEI	6566	6.70	1.18	1.90	2.54	8.5
		0.84	-0.15	0.59	0.08	-1.0	
KVINNER							
Spørreskjema:							
Hjerteinfarkt?							
	JA	9	7.42	1.29	1.73	2.85	9.2
	NEI	6096	6.52	1.41	1.37	2.51	4.9
		0.90	-0.12	0.36	0.34	4.3	

Tabell 21.

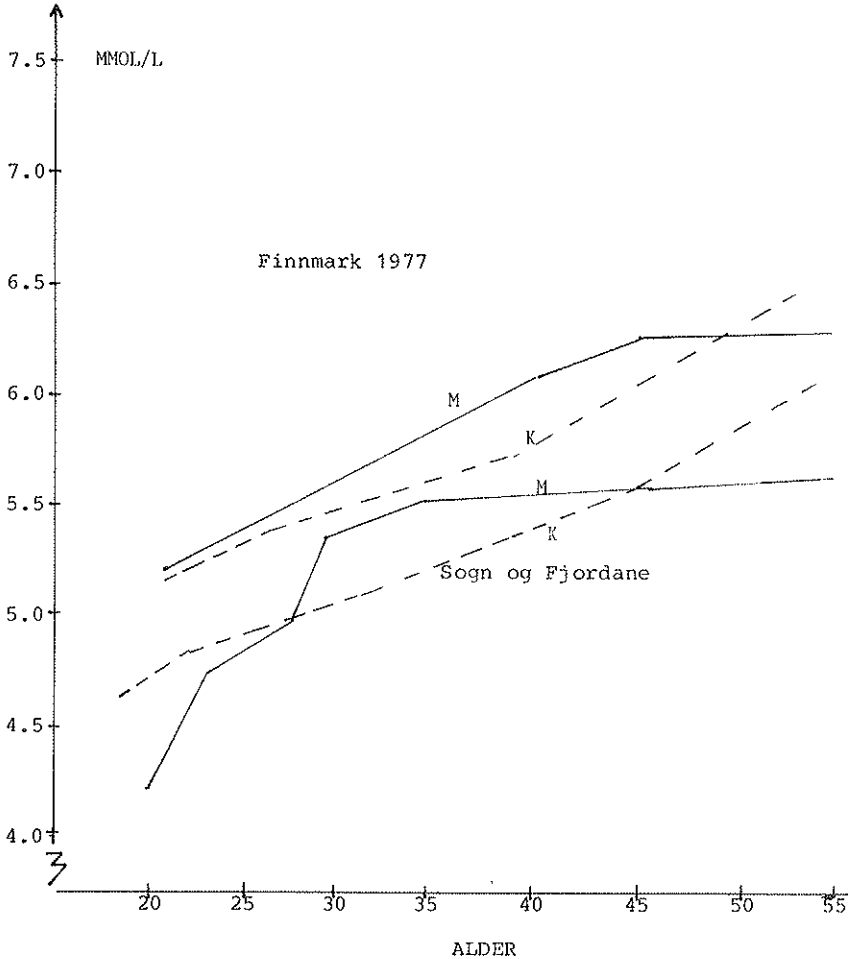
FINNMARK 1977
ALDER 35-52 ÅR
PERSONER MED KJENT SUKKERSYKE
ALDERSJUSTERTE GJENNOMSNIITT

SERUM (MMOL/L)

	Antall	Glukose	koles- terol	Tri- glyce- rider	Daven ports indeks	Sigaretter pr. dag
MENN						
Spørreskjema:						
Sukkersyke?						
JA	37	9.27	6.90	2.40	2.68	11.5
NEI	6617	5.95	6.71	1.90	2.54	8.5
		3.32	0.19	0.50	0.14	3.0
KVINNER						
Spørreskjema:						
Sukkersyke?						
JA	25	8.60	7.25	2.19	2.84	4.1
NEI	6076	5.83	6.52	1.37	2.51	4.9
		2.77	0.73	0.82	0.33	-0.8

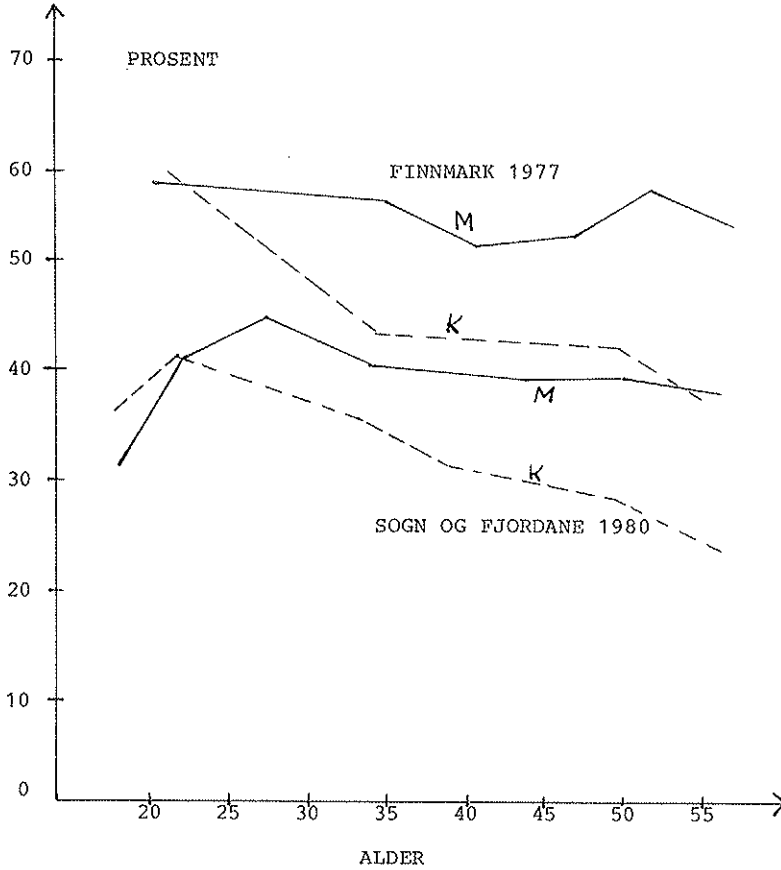
Figur 4.

GJENNOMSNITTLIG SERUMKOLESTEROL

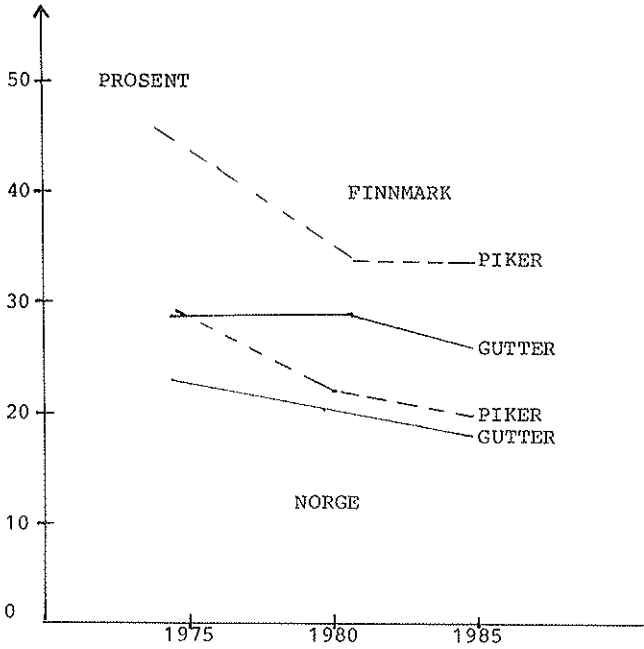


Figur 5.

DAGLIG SIGARETTRØYKERE



FIGUR 6.

DAGLIG RØYKERE
9. KLASSE

HELSE OG ULIKHETER

Av TOR ERIK HALVORSEN

HVORFOR DRIKKER JEPPE? OM RUSMIDDELBRUK I FINNMARK.

11. På en halv time skal jeg forsøke å belyse 2 vanskelige tema:

a) Hvorfor drikker Jeppe (Oluf), og

b) Beskrive, og helst forklare rusmiddelbruken i Finnmark.

Jeg vil dessuten ta for meg behandlings-/rehabiliterings tilbudet i Finnmark.

Hver for seg er temaene enorme, og det gis neppe fasitsvar. Dessuten er min kompetanse for å belyse temaene ikke spesielt oppsiktsvekkende; jeg har hverken drevet forskning eller arbeidet i mange år spesielt med rusmiddelspørsmål. Min erfaringsbakgrunn er fra sosialt arbeid i en del kommuner, samt kommunal helse- og sosialadministrasjon, hvorav 3 år i Finnmark.

Etter å ha sett programmet for konferansen, er jeg noe overrasket over at en ikke også for temaet rusmiddelbruk har invitert en faglig kapasitet på området til å innlede. Dette sier kanskje noe om at rusmiddelspørsmål ofte blir lavt prioritert. Jeg har derfor ikke tatt mål av meg til å presentere svar på alle spørsmål. Snarere har jeg forsøkt å finne en del trekk ved rusmiddelbruken i Finnmark, og ut fra dette belyse en del problemstillinger.

2. HVORFOR DRIKKER JEPPE (OLUF)?

Når vi stiller dette spørsmålet er det som regel stordrikkeren vi tenker på.

Grovt sett har vi hatt eller har følgende hovedforklaringsmodeller på hvorfor Jeppe drikker:

- a) Vilje/moralmodellen: Moralsk svikt ved individet. Moralmodellen som ikke er basert på kunnskap og forskning, har idag ingen vitenskapelig støtte.
- b) Sykdomsmodellen: Alkoholisme er en sykdom med fysiologiske og psykologiske forandringer. For å bli frisk må personen undergå medisinsk og/eller psykoterapeutisk behandling, og behandlingens mål er at pasienten slutter å drikke. Ved å gjenoppta drikkingen blusser sykdommen opp igjen (tenning).
- c) Sosiologiske modeller: Samfunnsmessige eller grupperelaterte påvirkninger på individet er avgjørende for drikkeadferden. Sosiologiske teorier har vært særlig opptatt av alkoholikerens som en sosial rolle noen kan ønske å tre inn i, eller blir presset inn i.
- d) Læringsmodellen: Læring av alkoholbruk foregår i en sosial ramme og i en kulturell sammenheng. Virkningen av alkoholrus har vist seg å være forskjellig i ulike kulturer og sosiale grupper, slik at alkoholens farmakologiske egenskaper (nedsatt motorisk

ferdighet og søvnighet) ikke gir universelt samme atferd og opplevelse. Virkningen av alkoholrus synes derfor lært, og alkoholatferd kan følgelig også avlæres.

Flere nyere forskningsresultater viser også at det er en nær sammenheng mellom det som totalt drikkes i befolkningen og andelen storforbrukere. Utbredelsen av alkohol i sin alminnelighet er dermed bestemmende for hvor mange som drikker store mengder alkohol ("Statssekretærutvalgets" forslag).

Oppsummert kan vi si at jo mer vi har fått kunnskap om alkohol og alkoholforbruk, dess verre har det blitt å presentere en enhetlig og helhetlig forklaringsmodell på hvorfor Jeppe drikker. I den siste tiden har imidlertid læringsmodellen og totalforbruks-teorien vunnet mange tilhengere både nasjonalt og internasjonalt.

3. RUSMIDDELSITUASJONEN I FINNMARK.

Med rusmiddelsituasjonen forstår jeg bruk av alkohol i befolkningen. Denne begrensning er gjort av følgende årsaker:

- Nødvendigheten av å begrense temaet innenfor den tidsramme jeg har fått til disposisjon.
- Alkohol utgjør det suverent mest utbredte rusmiddel.
- Selv om det er vanskelig å få fullt ut pålitelig tallmateriale over alkoholbruk splittet ned på fylke og deler av fylke/kommune, er dette nærmest umulig når det gjelder særlig illegalt narkotikabruk.

Vi kan først slå fast at alkoholforbruket pr. innbygger er stort i Finnmark, faktisk ligger vi på landstoppen.

TRANSPARENT 1

Hvorfor er det slik?

For det første vil svaret, eller snarere teoriene, være avhengig av hvilke forklaringsmodeller vi er tilhengere av. (F. eks. moralmodellen = Finnmarkingene er mindre moralske enn i andre landsdeler).

Vi kan neppe skylde på hardt klima, ihvertfall ikke utelukkende, fordi andre fylker med utsatt kystklima har langt mindre alkoholbruk pr. innbygger.

Jeg vil kaste frem noen stikkord som kan bidra til en forklaring. Dette er imidlertid ikke ment som ferdige teorier, men som utgangspunkt for en debatt og videre undersøkelser:

Tilgjengelighet til alkohol.

Umiddelbart skulle en formode at tilgjengeligheten til alkohol var relativt begrenset i Finnmark p.g.a. at vi har et stort fylke i areal med tildels spredt befolkning. I noen grad stemmer vel dette, men beskrivelsen dekker ikke hele sannheten.

Vinmonopolutsalgene i Finnmark finner vi i Hammerfest, Alta og Kirkenes. Disse kommunene har ca. 40% av fylkets befolkning. 2 av kommunene har under 10.000 innbyggere, mens en har ca.

14.000. Innbyggerne i disse kommunene, og nærområdene har relativ god tilgjengelighet til vin og brennevinutsalg.

I tillegg er det et inntrykk, ihvertfall for en innflytter, at mobiliteten blant Finnmarkbefolkningen er relativt stor. Mange vil derfor ved reiser ha tilgang til salgssteder for vin og brennevin, eller ha kjente som kan handle med. En ikke ubetydelig del av Vinmonopolutsalgenes omsetning synes også å gå ut av kommunen hvor utsalgene ligger. Utsalget i Kirkenes anslår at ca 1/2 parten av salget går ut av kommunen.

Alle Finnmarkskommunene unntatt 3 har salg av øl. I alle kommuner er det skjenkesteder for øl.

Selv om Finnmark har en relativt spredt bosetning over et stort landområde, mener jeg tilgangen til alkohol, ihvertfall i de befolkningstunge strøkene, er relativt lett.

Imidlertid mener jeg at tilgangen alene ikke kan forklare Finnmarkbefolkningens høge alkoholforbruk. For det er andre deler av landet med minst like god og lettere tilgang til alkohol som har et lavere totalforbruk.

Befolkningens akseptering av alkoholforbruk.

Jeg må bekjenne at jeg nå baserer meg på egne inntrykk mer enn holdbare og uangripelige data.

På meg synes det imidlertid som befolkningens akseptering av alkoholforbruk i Finnmark er stor.

Alkoholbruk synes å være en akseptert og relativt sentral del ved ulike fester og arrangement. Tildels synes også holdningen å være at når man fester så fester man; det skal ikke spyttes i glasset.

Mitt inntrykk er også at avholdsbevegelsen står relativt svakt i Finnmark.

Jeg har også blitt noe overrasket over at næringslivsargumenter om at alkohol servert utover natten er en nødvendig forutsetning for at hotellnæringen skal kunne konkurrere bl.a. på kursmarkedet, blir svelget bart av politiske partier som ellers ofte har et mer restriktivt alkoholpolitisksyn (unntatt Kr.f).

Kulturens akseptering av et ofte høgt alkoholforbruk står derfor for mrg som en sentral faktor for å forklare det høge alkoholforbruket.

Hvorfor det er slik, vil jeg i denne sammenheng la bli stående som ubesvart.

Dersom en betrakter alkoholforbruket i de enkelte kommuner fremkommer enkelte forskjeller.

Jeg har tatt for meg tallmateriale over omsetningen av øl i de ulike Finnmarkskommunene. Tall over omsetningen av vin og brennevin splittet ned på kommune er det vanskelig å få pålitelig, jfr. det jeg tidligere sa om Vinmonopolomsetningen.

TRANSPARENT 2

4. BEHANDLINGS-/REHABILITERINGSTILBUDET.

Jeg har tidligere hevdet at alkoholforbruket blant Finnmarksbefolkningen er stort i landssammenheng. Hvordan er dette faktum

fulgt opp m.h.t. behandlings- og rehabiliteringstilbud overfor storforbrukere av alkohol?

I alle land en har data fra, viser det seg å være en nær sammenheng mellom det som totalt drikkes i befolkningen og andelen storforbrukere. Noen har hevdet at dersom totalforbruket deles i befolkningen, firedobles antallet storforbrukere. Disse erkjennelsene burde medføre at behandlings- og rehabiliteringstilbudet var godt utbygd i Finnmark.

I Finnmark har vi en behandlingstinstitusjon for alkoholmisbrukere og ett vernehjem.

Jeg vil i denne sammenheng ikke ta standpunkt til om behandlingsskapiteten ved egne institusjoner er for liten eller for stor, ei heller bedømme kvaliteten av tilbudet. Ut fra nyere forskningsser kjennelse av at det ikke finnes en samlende teori for å forklare alkoholmisbruk, og dermed heller ikke en behandlingsmetode som vil passe alle misbrukere, burde behandlingstilbudet imidlertid vært mer differensiert.

Vi har også i Finnmark voksenalderpsykiatriske poliklinikker som kan være et tilbud for personer med alkoholproblemer, og i noen grad er de vel også det. Poliklinikkene sliter imidlertid med kapasitetsproblemer, og for Øst- Finnmarks vedkommende vil en ofte måtte ha et nokså langt tidsperspektiv hvis en person med alkoholproblemer henvises til VPP.

I Finnmark burde forholdene ligge til rette for at en satset på lokale tilbud til rusmiddelbrukere. Dette vil ofte også være å foretrekke rent faglig. Jeg vil imidlertid hevde at metodisk rehabiliteringstilbud til alkoholmisbrukere i den kommunale helse- og sosialtjeneste i beste fall er mangelfull i Finnmarkskommunene; hos oss kan et slikt tilbud knapt sies å eksistere for tiden.

En kan her selvfølgelig be kommunene prioritere arbeidet med rusmiddelproblematikken, men dette vil i hovedsak bli skrivebordsmat så lenge de totale ressurser er utilstrekkelige. F.eks. i min egen kommune har vi mer enn nok med å bygge ut våre eldretjenester i takt med antallet eldre.

Ser vi på statens signaler om lokale prioriteringer gjennom den delen av inntektsoverføringen som er beregnet til helse- og sosialtjenester blir en heller ikke imponert, da statens beregnede tilskudd til helse- og sosialsektoren i vår kommune vil vise en realnedgang fra 1985 til 1986.

FFK søkte for en tid tilbake Sosialdepartementet om forsøksmidler for å utvikle en modell for lokale tilbud overfor rusmiddelmisbrukere i Finnmark. Denne søknaden ble imidlertid avslått under henvisning til at et lignende prosjekt var igangsatt i Østfold, senere også i Nordland.

Dette er sikkert riktig, og en kan mene at for forsøkets del er det tilstrekkelig å ha utprøvet en modell i disse fylkene. Jeg kan imidlertid ikke fri meg fra å mene at dersom departementet hadde tatt de oppgaver vi har i Finnmark m.h.t. behov, tilbud og ressurser alvorlig, kunne det vært igangsatt et forsøk også her. Bl.a. kan det umulig være uten interesse å se hvordan modeller for lokale tilbud til rusmiddelmisbrukere kan utvikles i Finnmark.

Når vi snakker om behandlingstilbudet til rusmiddelbrukere må en ta med det tilbud lokalsykehusene representerer. Kirkenes sykehus, som jeg har erfaring med, gir et ikke ubetydelig tilbud overfor alkoholmisbrukere. Etter en undersøkelse hadde medisinsk avdeling ved sykehuset i en 4 måneders periode i 1981 tilsammen 27 pasienter innlagt p.g.a. alkoholrelaterte problemer.

De 27 pasientene var splittet opp i 3 kategorier:

Alkohol viktig: 13

Kun avrusning: 3

Øvrig alkoholisme: 11.

Vi står ikke uten behandlings- og rehabiliseringstilbud i Finnmark. Men tilbudet er mangelfullt utbygd i forhold til behovet; behandlingstilbudene er lite varierte og ikke utviklet som en sammenhengende kjede; de lokale tiltakene er mangelfullt utbygd.

5. KONKLUSJON.

Vi har et høgt gjennomsnittlig alkoholkonsum i Finnmark, samtidig som forbruket synes å vise tildels store lokale forskjeller. Hvis vi ønsker å redusere forbruket, og ut fra et helse- og sosialfaglig synspunkt er dette ønskelig, er det mulig; jfr. læringsteorien og totalforbruksteorien. Tiltak for å redusere alkoholforbruket møter imidlertid ofte sterk motstand i befolkningen. Hvorvidt noe kan gjøres, og hvilke tiltak som skal settes inn, kommer dermed på den politiske dagsorden.

En strategi for å redusere alkoholforbruket kan inneholde:

Identifisering av (lokale) faktorer som utvikler og opprettholder drikkeatferd.

Iverksette tiltak for å redusere totalforbruket:

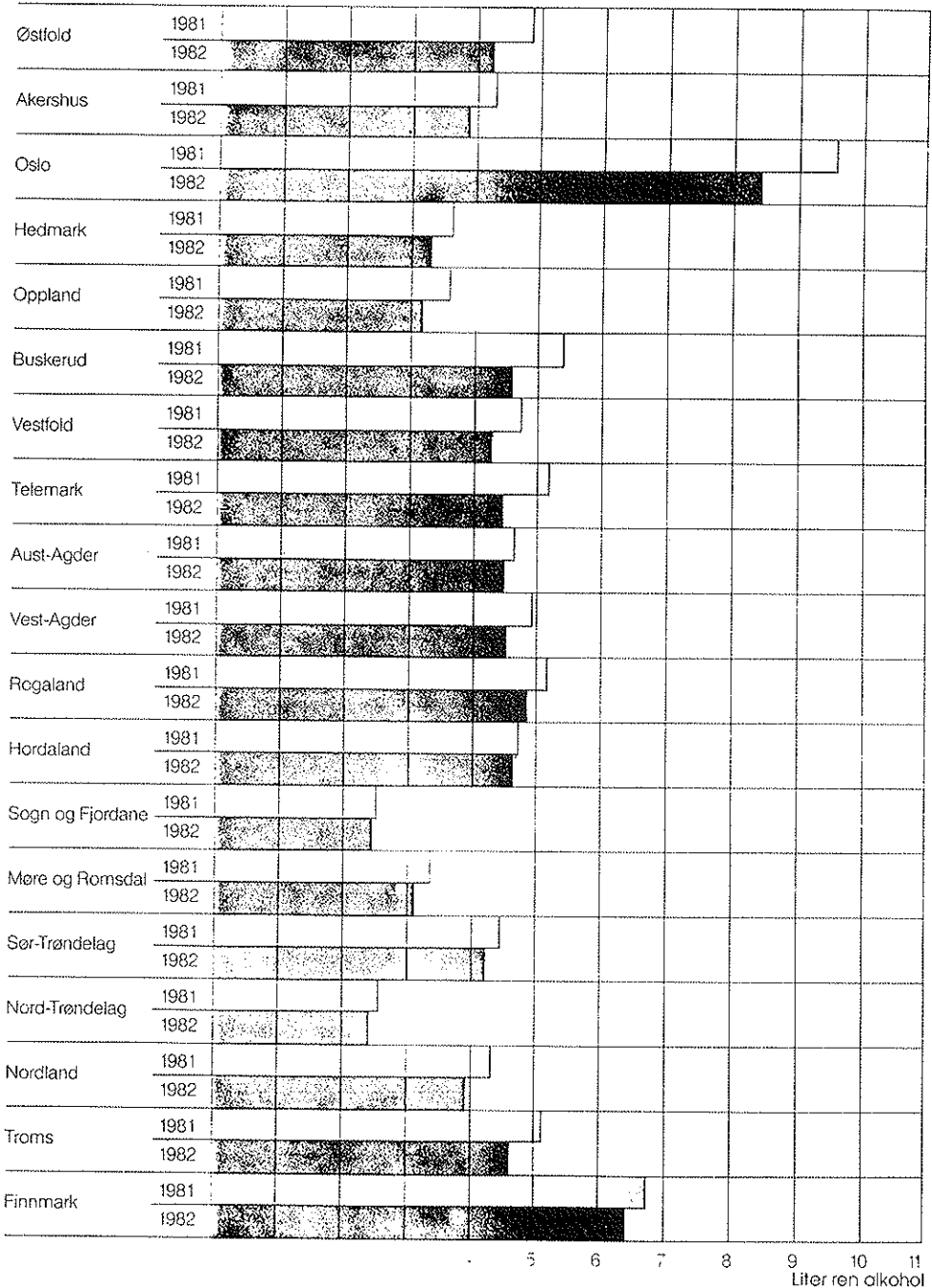
- Holdningspåvirkning
- Redusert tilgjengelighet
- Overgang fra alkoholsterkt til alkoholsvakt.

Videre må behandlingstilbudene søkes lagt opp som en tiltaks-kjede, og behandlingstilbudet må bli mer variert ut fra kunnskapen om at ikke alle alkoholmisbrukere er like og profiterer på samme type behandlingssopplegg.

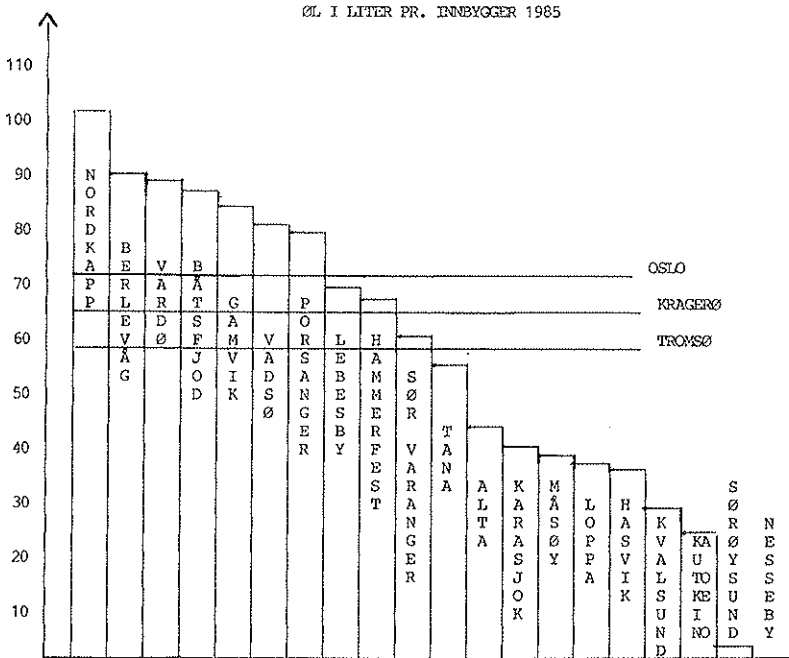
Det lokale tilbud til personer med alkoholproblemer må utvikles, gjerne i første rekke som et forsøk for å prøve ut hensiktsmessige modeller for arbeidet.

Rusmidler i Norge

Registrert alkoholforbruk pr. innbygger, 15 år og over, 1981 og 1982



transp. 2.



FRA VONDT TIL VERRE - EN HELSETJENESTE I REVERS? -
 VI TRENGER ET HANDLINGSPROGRAM FOR FINNMARK.

AV ØYVIND ROLSTAD

Det er et gammelt ordspråk som sier at ingen blir profet i sitt eget land - og denne konferansen om helse og ulikhet viser vel det til fulle: Fraflyttede finnmarkinger står nærmest i kø for å bidra til å løse helsevesenets krise og problemer i fylket. Dersom vi hadde blitt lyttet til den gangen vi arbeidet i fylket, er det ikke sikkert at en slik oppryddingsaksjon som nå er igang, hadde vært nødvendig. Imidlertid er det en kjensgjerning at ingen av oss - profetstatus eller ikke - har vært i stand til å løse denne krisen, og noen av årsakene til det vil jeg komme inn på i det lille innlegg som jeg her skal holde.

Tillatt meg en liten digresjon innledningsvis.

Jeg begynte å forberede dette innlegget mens jeg var på fylkestingsamling i Oppland fylkesting - og hvis ordtaket "nest etter egen lykke er intet så godt som andres ulykke" noen gang har hatt gyldighet, så kan jeg i hvert fall referere at hele fylkestingsamlingen gikk med på å debattere krisen i Oppland fylkeskommunes helsestell. 50 millioner må spares på budsjettet for 1987. Av 52 prioriterte tiltak fra helsesektorens politiske organer har rådmannen i langtidsbudsjettet 86 - 90 ikke funnet plass til et eneste ett. Dette gjelder tiltak for psykisk utviklingshemmede med tilbakeføring og standardhevinger, en høyst nødvendig opprustning og sektorisering av psykiatrien og mange andre viktige, lenge planlagte tiltak. Altså en krise av dimensjoner. Dersom vi gjør visitter til andre fylker ser vi stort sett det samme - stenging av sengeavdelinger, mangelfull utbygging av sykehjemsplasser, manglende eller for dårlig tilbud til psykiatriske pasienter, pasienter i helsevesnet for psykisk utviklingshemmede o.s.v. o.s.v.. Listen kan forfleres i det uendelige. Er det så på bakgrunn av dette noen grunn til å behandle Finnmarks problemer annerledes? Er den permanente krisen vi alle har gjennomlevd i Finnmarks helsevesen de siste 10-årene vesensforskjellig og annerledes enn andre fylkeskommuners problemer, så vesensforskjellig og annerledes at det er grunn til f.eks. å sammenkalle en konferanse for å prøve å løse dem?

For min egen del tror jeg at svaret på dette spørsmålet er "Ja", og det er det flere grunner til. For selv om helsestellet over alt oppfattes som viktig - og dette behøver vi jo bare å gå til forrige stortingsvalgkamp for å se - så er det klart at helsestellet blir livsviktig i et fylke som balanserer på kanten av den menneskelige sivilisasjonens yttergrense - og hvor levevilkårene er så mye vanskeligere enn i landet forøvrig. Dette har vi på konferansen tidligere fått belyst gjennom den gjennomgang av levekårsundersøkelsene som vi allerede har hørt. Men det er en annen og mye viktigere grunn til at krisen i Finnmark er farligere og vanskeligere enn ellers i landet og

dette skyldes at det er en fundamental forskjell mellom krisene sørpå og i Nord-Norge.

Mens krisene i sør stort sett er strukturelle og økonomiske, er de i nord knyttet til den absolutt virkelig avgjørende faktor i alt helsestell, nemlig personellet! Det er nå en gang slik at helsestellet står og faller med det personell som arbeider der - eller som nettopp, som for Finnmarks vedkommende, ikke arbeider der. Det kan sies så enkelt at uten bygninger men med personell er det fortsatt muligheter for å drive et noenlunde tilfredsstillende helsestell - men med bygninger uten personell er helsestellet ikke eksisterende. Så enkel - og samtidig så vanskelig er problematikken.

Noen er kanskje overrasket over den tittel jeg har valgt for dette lille innlegget. Joda, tittelen er bevisst polemisk, men den dekker samtidig over noe jeg selv oppfatter som en realitet: At helsestellet i Finnmark fylke i tidligere tider sto mere på likefot med det som var gjengs i landet - ihvertfall på kommune-nivå. Det er ikke lenge siden den gamle modellen med en distriktslege og en helsesøster var standarden på det kommunale helsestell, ihvertfall utenom de store kommunene og sentrale bykommuner - og her skilte Finnmark seg ikke nevneverdig ut. I forbindelse med arbeidet med NOU 1982: 35 - Nasjonale tiltak for en geografisk likeverdig helsetjeneste - det såkalte "Kvamm-utvalget" - ble det foretatt en undersøkelse i fylkeslegen i Finnmark sitt arkiv over legedekningen i distriktene - d.v.s. kommunene i Finnmark - så langt tilbake som arkivet rakk. Og en ting var ganske slående:

Stillingene - de var selvsagt få den gangen - var stort sett besatt. Og legene forble i sine stillinger i lang tid. Og mens kravene til godt helsestell stadig har vært økende - har denne stabilitet og trygghet i legetjenesten blitt mer og mer ugunstig - noe jeg seinere vil komme nærmere tilbake til. Altså - det har vært en utvikling i revers sett i forhold til de oppgaver og utfordringer helsetjenesten i vår tid stilles overfor. Jeg tror at hvis vi hadde gått på tilsvarende måte gjennom andre sektorer, ville vi kunne funnet - selvfølgelig ikke over alt - en god del tjenester og tiltak hvor gapet faktisk har utviklet seg til å være større enn det var bare for ganske få tiår tilbake. Det siste lille forbehold før vi gyver løs - og en unnskyldning like godt først som sist: Det er mulig at noe av det jeg kommer til å si vil virke politisk - og det skal ikke være god takt og tone for en kongens mann å beskjefte seg med denseslags problemer. Men alt helsevesen er i bunn og grunn politikk - i den forstand at helsevesenet og de problemer helsevesenet står over for, og de problemer helsevesenet eventuelt kan løse, til en hver tid avhenger av de politiske betingelser vesenet har å rette seg etter. Men det er ikke min mening på noen måte å dele ut partipolitiske karakterer. Det at vi alle sammen i dag deltar for om mulig å finne måter å forbedre Finnmarks helsetjeneste på, er i seg selv en erkjennelse av de virkemidler - herunder politiske - som fra etterkrigstida er satt inn av skiftende regjeringer ikke har hatt den tilsluktede og fornødne virkning. Her i ligger da mitt alibi og min unnskyldning hvis jeg skulle komme i skade for å berøre politiske temaer.

Det tema jeg oppfatter som min oppgave å dekke, er å gi en oversikt over spesielt personellutviklingen i helsestellet i

Finnmark gjennom de siste årene. Selv har jeg fulgt den i 15 år fra 1970 og utover med små avbrekk.

Jeg synes imidlertid at det for det første ville være å sløse med tiden å gå detaljert til verks for hver personellkategori i og utenfor institusjon for hvert år i denne perioden. Det at vi, som jeg tidligere har vært inne på, er samlet så mange her, tar jeg som et sikkert tegn på at vi erkjenner at personellsituasjonen først og fremst har vært og er den store anstøtssteinen for å utvikle Finnmarks helsestell videre. Jeg vil også tru at alle her er kjent med - i grove trekk - hvordan personellsituasjonen har vært opp gjennom årene, noen i egenskap av politikere, andre som aktive og engasjerte avislesere - og atter andre har fått de innberetninger som kommunale, fylkeskommunale og statlige organer jevnlig har avgitt for å belyse situasjonen. Men for ikke helt å springe over detaljene og for å sette sinnene i den rette stemning, vil jeg trekke fram en del tall som belyser situasjonen og fokuserer en del av problemstillingene.

Nå er det med tall at de ofte er gale. Av og til er de faktisk misvisende. Tellingene av hoder på gunstige tidspunkter kan tilsynelatende vise at alt er såre vel - fordi tallene skjuler andre og mere kompliserte problemstillinger enn å legge sammen og trekke fra. Det er riktig det som sies om at det finnes tre typer løgn - løgner, fordømte løgner - og statistikk! Og det er blant annet den ukritiske bruk av tall som mer enn en gang har dysset sentrale helsemyndigheter og andre i søvn hver gang trompetstøtene har lydt nordfra - hva enten det har dreid seg om personellkriser i sykehus eller i distriktshelsetjenesten og hva enten trompetstøtene har vært utstøtt fra kommunale myndigheter, fylkeskommunale eller statlige myndigheter og andre.

Det tallmateriale som jeg vil vise er tatt både litt herifra og derifra. Et uendelig nyttig kildeskift er den allerede omtalte NOU 1982: 35. I denne framkommer det tall som på en helt annen måte enn i andre statistikker viser turbulensen i helsepersonellsituasjonen i Finnmark, og i 15 kommuner i Troms. Det kan selvsagt innvendes at tallene er gamle, men som jeg skal vise senere understøttes tendensen av en helt fersk undersøkelse som er utført ved fylkeslegekontorene i Troms og Nordland og som omfatter de tre nord-norske fylkene.

Tilhørerne bes unnskyldte at tallene først og fremst dreier seg om leger i primærhelsetjenesten. Dette er ikke uttrykk for en verdighetsvurdering - men kort og godt fordi det er denne personellgruppe som er best undersøkt - for å si det slik. Jeg bruker dem her som representativ for den samlede helsetjeneste - et fyrtårn - og vi vet fra medisinalmeldinger og ellers at andre personellgrupper som sykepleiere, sykepleiere med spesialutdanning, helsesøstre, anestesisykepleiere, psykiatriske sykepleiere, jordmødre samt andre yrkesgrupper som fysioterapeuter, hjelpepleiere o.s.v. frambyr tilsvarende dystre tall og for institusjonenes vedkommende kanskje verre tall enn de som jeg nå skal vise.

Det er tre hovedtrekk som helt tydelig peker seg ut av tallmaterialet:

1. Det har vært stor gjennomtrekk i stillingene. I løpet av de 30 årene er det blitt en betydelig økning i antall stillinger.

Dette har selvsagt bedret legesituasjonen i distriktene. Men imidlertid har det hele tiden vært en stor instabilitet i stillingene. I hver 5-årsperiode har en stor andel av legene sluttet og for Finnmarks vedkommende har andelen vært 81%. Den vanskeligste perioden var 1976/80 hvor gjennomsnittlig 101% av legestillingene i Finnmark fikk ny lege.

2. Kort tjenestetid.

Den store gjennomtrekken avspeiles i kort tjenestetid i legestillingene. Andelen nytilsatte distriktsleger med under ett års tjenestetid var 23% i gjennomsnitt i Finnmark. Det er ønskelig at tjenestetiden er lengst mulig og helst ikke under 3 år. Den andel leger som har mer enn 3 års tjenestetid har i perioden i Finnmark vært 35%. Dersom vi setter ønsket tjenestetid til 5 år har dette gjennomsnitt bare vært tilfelle i 25% av Finnmarkslegene. Dersom vi setter som mål at minst halvparten av legene i et distrikt burde ha en tjeneste på minst 10 år i distriktet bak seg - og årsakene til en slik vurdering er selvsagt muligheten for kontinuerlig omsorg og langsiktig planlegging - ser vi at det i gjennomsnitt bare var 9% av distriktslegene i Finnmark i perioden som hadde mer enn 10 års tjenestetid.

3. Stor ledighet.

Det har vært den store ledigheten i legestillingene som har utløst de mange innslagene i massemedia fra Nord-Norge. Et distrikt uten leger har store problemer. Ledigheten i distriktene fører igjen til stor arbeidsbelastning for nabolagene og at tjenestetiden derfor blir kortere enn den ellers kunne blitt med stabile arbeidsforhold.

Jeg nevnte tidligere at tallene i Kvammeutvalgets utredning går fram til og med 1980. Det kunne da kanskje være slik at forholdene siden 1980 har blitt vesentlig bedre - slik at de problemstillinger som Kvammeutvalget beskriver, ikke lenger er aktuelle. Dessverre er dette ikke tilfelle. Dersom en går nærmere inn på årene fra 1950 til 1980, vil en finne store svingninger, og den største svingningen fant sted noe ut på 70-tallet hvor det vel i samfunnet i sin alminnelighet var en såkalt "grønn bølge" og hvor noe av innholdet i bølgen var en oppvurdering av verdien av både å arbeide og å bo i utkantene. Dette førte til en, etter forholdene, bra søkning på distriktslegestillingene, og dette var bl.a. noe av bakgrunnen til at man i 1974 turde å starte den første store hjerte/kar-undersøkelsen i Finnmark. Vi kjenner alle til hvordan dette gikk - allerede 1 1/2 år etterpå var legedekningen katastrofal. Også på 80-tallet var det en klar bedring i søkningen på distriktslegestillinger - og det er sikkert mange her som husker det historisk berømte bilde av fylkeslegen i Vadsø med et skrivebord fullt av søknader på distriktslegestillinger. Dette var også en kortvarig glede. Som det har framgått av fylkeslegens medisinalmelding de siste 2 år, har forholdene igjen utviklet seg svært i ugunstig retning - en utvikling som har skutt fart først og fremst etter innføringen av den nye lov om helsetjenesten i kommunene. Etter at medisinutdanninga i Tromsø skjøt fart, har andelen av leger med tilhørighet i landsdelen vært økende. Det har særlig vært Nordland og Troms som har nytt godt av denne utviklingen. Men om dette vil fortsette framover, er det ingen gitt å spå om. En undersøkelse som er foretatt ved fylkeslegekontorene i Nordland og Troms viser at vi kan oppleve en ny fraflyttingsbølge i tida som kommer. Undersøkelsen viser dessverre - og det er et tanke-

vekkende funn - at mange av dagens kommuneleger overveier å skifte beite - enten til annen virksomhet eller andre kommuner, fortrinnsvis sørpå. Dette stemmer vel overens med det fylkeslegen i Finnmark skriver i sin medisinalmelding for 1985: "Etter en personellmessig god og stabil periode i 1983/84 og de første månedene av 1985 kom sprekken i løpet av annet kvartal 1985. I løpet av noen måneder opplevde vi noe som nærmest kan karakteriseres som en flukt fra primærhelsetjenesten i Finnmark. De fleste kommunene i fylket ble rammet av dette, men i noe varierende utstrekning. Avgangen var så stor at den vanskelig lot seg erstatte på kort sikt.

Etter den gode tilgang på leger og betydelig stabilitet blant disse, i de foregående par år var denne "sprekken" svært uventet for de fleste, både for politikere og fagfolk og ikke minst befolkningen. Umiddelbart før hadde man på sentralt hold antydnet at lov om kommunehelsetjenesten hadde ført til en betydelig bedring av legetjenesten i utkantstrøk, spesielt Finnmark. Nå var det nærmest det motsatte som ble bevist.

Utover sommeren, høsten og forvinteren kom det imidlertid et jevnt tilslag av nye kommuneleger, slik at man ved utgangen av 1985 igjen hadde fått de fleste stillinger i kommunehelsetjenesten besatt. Unntaket var enkelte kommuner på kysten, spesielt Vardø, Berlevåg og Måsøy.

For å foregripe begivenhetene litt så har legesituasjonen utover i 1986 igjen forverret seg. Det er nå en rekke av de som har vært lenge i Finnmark som er i ferd med å forlate fylket. I tillegg viser det seg at tilgangen på søkere til ledige stillinger er blitt helt minimal. Det kan nevnes at Vadsø som til 3 utlyste kommunelegestillinger fikk 0 søkere. Dette er en kommune som tidligere har hatt relativt lett for å få dekket sine legestillinger". (sitat slutt).

Altså: Tilbake til gamle tilstander med sterk fluktuasjon i legestillingene, stor sirkulasjon og kort tjenestetid.

Samtidig har sykepleiermangelen i helsetjenesten vært svært følbart. Dette gjelder i kommunehelsetjenesten såvel som på institusjonene. I kommunehelsetjenesten er det også grunn til å bemerke at utbyggingstakten av nye stillinger har vært forholdsvis svak. Hvis flere stillinger hadde blitt opprettet, ville sannsynligvis mangelen vært desto mer følbart statistisk.

Disse få tallene er ment som en smakebit på den kommunale fattigdom på helsepersonell. Den fylkeskommunale er ikke stort bedre. Stort sett har de overordnede sykehusleger i Finnmark hatt tre manns arbeid uten å være utstyrt som de tilsvarende troll med 3 par armer og hoder, samtidig som sykepleiermangelen - spesielt når det gjelder spesialsykepleiere - har vært permanent. Uten tilførsel fra Finnmark fylkes sykepleierhøgskole - hvor det i praksis har vært en form for kvotering til fordel for Finnmark-søkere - hadde situasjonen vært katastrofal.

Jeg kan ikke unnlate å nevne det tragiske - eller kanskje er det det komiske - i at fylkeskommunen i 1985 nærmet seg Loppas gamle rekord i antall vikarleger i en og samme stilling på ett år - da de i spesiallegestillingene ved sjukehusene hadde 60 vikarer

fordelt på 7 årsverk - d.v.s. 8,6 leger pr. årsverk mens rekorden for Loppas vedkommende lyder på bort i 20 vikarer i samme distriktslegestilling på ett år.

Det går an å sammenfatte det jeg hittil har sagt kortfattet som følger:

1. Det har i hele perioden fra 1970 vært en konstant personal mangel i helsesektoren i Finnmark.
2. Tegn til bedring i tilstanden har i løpet av kort tid snudd til en negativ utvikling - og svingningene har gått fra det absolutte bunnmål til korte perioder med tilnærmet full dekning.
3. Personaltturnover har vært eksepsjonelt rask og stabiliteten har manglet fullstendig.
4. Alle tiltak som har vært satt inn har vært uvirksomme i forhold til problemstillingen.
Et unntak som i rettferdighetens navn må nevnes, er at det i det siste året hvor lov om regulering av legetjenester virket, var en forbedring av rekrutteringen til distrikts legestillinger.
Samtidig med dette skjedde imidlertid en innstramming i arbeidsmarkedet for underordnede leger i sykehus, samtidig som antall uteksaminerte kandidater steg.
5. Alle virkemidler som hittil har vært satt inn, har stort sett vært av kosmetisk karakter:
2 uker lenger ferie - brenseltilskott (opphevet) - Nord Norges-permisjon - alle disse tiltak har i realiteten ikke vært spesielt attraktive i forhold til hva helsepersonell har kunnet oppnå i andre deler av landet - og de har slett ikke blitt oppfattet som en fullgod erstatning for goder av sosial, geografisk og faglig karakter i andre landsdeler.
6. Endrede forutsetninger på arbeidsmarkedet har gjort at konkurranse- og ansiennitetsmessige fordeler har falt bort, med dertil hørende usikkerhet ved å ta arbeid i utkantstrøkene.
7. Alt er, med andre ord, med det gamle.

Listen kan forlenges og suppleres etter behov. Det er ikke til å undres over at den gang fylkeslegen på vegne av Staten og fylkeskommunen administrerte deler av kommunehelsetjenesten, så hadde fylkeslegen en følelse av å si tte overskrevet på ei tidsinnstilt bombe. Det er ille! Men enda verre er det når du ikke kjenner tidsinnstillingen for tennmekanismen.

Nå er det jo slik at et helsevesen ikke har noen verdi i seg selv. Det er evnen til å gjøre den jobben omstendighetene krever som avgjør verdien av et hvert tiltak, og for Finnmarks vedkommende vet vi at i tillegg til de oppgaver som i sin alminnelighet synes å defineres som helsevesenets, finnes en rekke ekstraproblemer som stiller spesielle krav til helsearbeiderne her. Disse "ekstra" - problemstillingene er det redegjort for i så utmerket detalj tidligere, at jeg her vil konsentrere meg om mere generelle krav til et velfungerende helsevesen.

eksisterende tilstand opp mot kort og ufullstendig diskuterte brokker av krav som det i hvertfall ikke er urimelig å vente at helsevesenet skulle kunne innfri. Jeg tar her overhodet ikke med tradisjonelle krav som sikker akuttbehandling, god transport-tjeneste, skikkelig legevaktformidling som - dersom helsepersonellet ikke er utkjørt - vanligvis, men ikke alltid og for alle grupper vil bli ivaretatt. Nei - her dreier det seg om plassen helsevesenet skal ha i menneskenes liv så og si, helsevesenets oppgaver i et større perspektiv som er viktig (kanskje den viktigste) del av vårt samfunn. Og det er her vi feiler så kapitalt. Det er her Finnmark møter sitt Waaterlo - fordi det aldri har blitt satt i stand til å fylle slike krav.

Helsevesenet andre steder møter det også - her er det mindre unnskyldelig for ressursene burde ha rukket til - men i Finnmark - på bakgrunn av det vi har gjennomgått, er det min oppfatning at helsevesenet aldri har fått forlate garderoben for å stille laget opp på banen - og i hvert fall har laget aldri vært fulltallig. Lagoppstillingen skifter uavlatelig - nøkkelspillere er plutselig borte, reservene uteblir.

Ja, tilgi meg denne sammenligningen med f.eks. et fotballlag - men hvor godt passer den ikke!?

Fotball er lagidrett - å dra lassett sammen mot felles mål - å jobbe med og for hverandre. Men selv den beste trener kan aldri oppnå noe uten spillere! Og det krever tid, omtanke og kløkt å få spilleforståelse og fellesfølelse til å blomstre. Helsevesenet i Finnmark har aldri vært i nærheten av å komme i en situasjon som en fotballtrener, selv i 6. divisjon, ville ha funnet akseptabel!.

Og trenerne - hvor er de? Jo, utslitte, desillusjonerte, utskjelt og overarbeidede er de å finne der hvor deres ervervede kunnskaper, hardt opplevde virkelighetsfølelse ikke lenger kommer finnmarkslaget til gode - som professorer i Bergen, helsesjefer i Ringerike, som fylkeslege i

Og her står vi også overfor et spesielt finnmarksproblem. Det er den ødeleggende virkning av at erfaringer og kunnskap hos dem som har vært lenge nok, eller vært åpne nok til å skaffe seg det - ikke går i arv til nye generasjoner. Kontinuiteten i kunnskap finnes ikke. Det blir et slags vakuum i kanskje den viktigste forutsetning for å lykkes i alle de arbeidsoppgaver vi har skissert - selve fundamentet - kjennskap til land og folk, mangler! Og hvem kan utforme et samfunn og en samfunnsmodell til det bedre, når man ikke engang kjenner den til det verre? Revers! Javisst!!!

Kjære ordstyrer, min tilmålte tid går mot slutten. Jeg er oppriktig lei meg for at mitt innlegg nødvendigvis måtte få et slikt innhold som det har fått.

Men vi er enda ikke kommet til bunns. Jeg synes også det er på sin plass å filosofere litt til slutt over hvordan slike tilstander som vi har beskrevet kan virke inn på folks holdninger og tiltro til helsevesenet. Og at folk føler helsevesenets kriser og øvrige virksomhet i stor utstrekning det behøver vi ikke tvile på. Tenk på overskrifter og oppslag i massemedia, både lokale og riksdekkende, tenk på ukepressen og den plass den vier helse-spørsmål osv.. Og jeg tror det først og fremst er to trekk ved publikums reaksjon som peker seg ut, og jeg har selv opplevd den mange ganger.

Det er for det første usikkerheten ved om man i det hele tatt har

et helsetilbud tilgjengelig i hvert fall i morgen og usikkerheten ved om tilbudet holder faglig mål.

Finnmarks folk har alltid levd som Edvard Pærsson beskriver: "Vid en landsveg i hela sitt liv - og sett menniskor komma ock gå" - ikke minst har de sett helsepersonell komme og gå. Og ikke alltid har det kommet noen samtidig med at noen har gått - store hull er oppstått i tjenesten. Fredrik III gamle forordning er forlengst glemt: Det var han som er far til det offentlige helsevesen og han bestemte en gang på 1600-tallet at i hvert amt i Norge skulle være en lege. Altså ikke to leger i ett amt og ingen i et annet! Nåvel - det er klart at slik usikkerhet ikke gir den trygghet for at hjelp kan fås når det er nødvendig som er grunnleggende for tillitsforholdet mellom folket og folkets helsetjeneste. Det er sannelig ikke rart at det hyppigste spørsmål som stilles helsepersonell i Finnmark er "Kor lenge blir du"? Hele turbulensproblematikken rommes egentlig innenfor dette spørsmålet.

Den raske turnover medfører mange problemer som jeg ikke vil gå inn på - men ett er verdt å nevne særskilt: Folk "gir opp" å fortelle om sine problemer fordi det i tilfelle vil bli for n'te gang og det har aldri hjulpet å fortelle om dem tidligere. På denne måten mister helsepersonellet sine viktigste opplysninger - både når det gjelder diagnose av kroppslige sykdommer, og selvsagt spesielt innafor sosiale og psykiatriske problemområder. Det er enkeltmennesket selv som fortsatt er den beste informant om sine plager - og uten full oversikt over dem vil behandlingen ofte være forfeilet eller virkningsløs. Ofte vil folk ikke fortelle om sine innerste plager og bekymringer også fordi de oppfatter helsepersonellet - og delvis med rette - som uerfarne valper. Dette har jeg selv opplevd - og jeg skal aldri glemme ansiktsuttrykket til den noe eldre damen som etter avsluttet konsultasjon sa til den unge turnuskandidaten: "Ja ja - doktoren er ung ----". Det å være ung er i og for seg ingen synd, og kanskje er vi kunnskapsmessig på topp nettopp i ungdommen. Men kunnskaper må slipes og utvikles sammen med erfaring, og den kommer først og fremst med alderen. Og med alderen flytter helsepersonellet vekk. Det er sør på befolkningen først og fremst nyter de goder som er vunnet på finnmarkingenes bekostning. Dette er en omkostning med ustabilitet som kanskje har de største konsekvenser. Troen på kvalitet og det faglige innhold i helsetjenesten i Finnmark svekkes - og som nevnt uten tiltro, ingen tillit. Det er da heller ikke forunderlig at noen finnmarkinger prøver å få seg behandling - med alle de omkostninger det medfører - utenfor fylkets grenser, og at utflyttede finnmarkinger ikke rent sjelden ordner med spesialistundersøkelse for slekninger og venner mens de er på besøk i Sør-Norge. Selv om den faglige begrunnelse i mange tilfeller kan være tvilsom, så sier dette noe om holdningen til vårt eget helsevesen som det nå er på høy tid å få gjort noe med.

Ærede forsamling!

Jeg tror det var dikteren Chesterton som en gang formulerte følgende paradoks: "It is not that they can not see the answer, it is that they can not see the problem!"
Nå ser vi problemet, det gjenstår bare å finne svarene!

UTKANTHELSETJESTE - PROBLEMER OG POTENSIALER

Av PER FUGELLI

INNLEDNING

Det er farlig å reise fra legekantoret i utkanten til professorstolen ved Universitetet. Fra å ha folk og liv på hjertet, får du snart tall og bokstaver på hjernen. Etter en tid kan du ikke begynne et foredrag uten å si at:

- 1a. vil jeg nå se på hvilke problemer som truer utkantlegen.
- 1b. vil jeg så peke på hvordan vi kan gjøre disse problemene mindre,
- 2a. vil jeg nå klargjøre hvilke fordeler som byr seg frem for utkantlegen,
- 2b. vil jeg så vise hvordan vi kan gjøre disse fordelene større og
3. vil jeg til slutt si at det hele handler om solidaritet.

Det er farlig å flytte fra fjæresteinene til akademiet også ved at du fort blir fjern og abstrakt. Jeg skal prøve å la dette foredraget bli et tilbakefall til en lokal og konkret måte å tenke og handle på. Utgangspunktet er en lege og en utkant i Finnmark og spørsmål 1 lyder: Hva er det som truer han, - hvilke problemer har hun?

PROBLEMER

Været. På den sosiale, allmenntrivselsiden kan utkantlegen blant annet rammes av nord-norsk vær. Men mange av oss vil være uenige i å føre været opp som et sosialt problem. Tvert om vil jeg og andre se på en storm i Vestfjorden og en midnattsol over Tamsøya som en sosial verdi. Vi vil underskrive på det gamle visdomsord fra Kon Fu Tse, eller var det Helly Hansen: Det finnes ikke dårlig vær, bare dårlige klær. For ikke å snakke om hvilket samtaleemne nettopp været er nordpå: nært, viktig, personlig, - kulingen heter han og sola ho. Været er bygget inn i livet og hverdagen som maten og søvnen og arbeidet, mens det sørpå kun er prat til å fylle tomrom med. I Oslo f.eks. har de jo ikke vær. Der står luften stille. Av og til blå, av og til grå, - det er som å leve i en kuvøse, - du merker ingenting.

I Bergen har vi noen sure regndråper og en flau bris. Nok til å gi byen et rykte i det værfattige Sør-Norge, men for intet å regne etter nord-norsk målestokk. Men la gå, vi må forstå at ikke alle er like begeistret for de nord-norske stormene, for regn-somrene, for kulden og mørket, for sjørøkket og snøfokket. Så plaget blir enkelte at de overveier å flykte fra det, og på den resepten vi kan skrive ut for den værasyke utkantlegen med familie må det stå: 6 ukers ferie (som etter de gamle Nord-Norge reglene) og effektive vikarordninger som gjør det mulig å nyte sol og varme og badeliv sørpå eller i syden.

Kulturkollisjonen. Nå er det ikke bare været, men også stedet og folket nordpå som kan blåse legen eller helsearbeideren sørover igjen. De fleste legene jeg vet om opplever den nord-norske lokal-kulturen som en tiltrekkende erfaring. Men ikke alle. Enkelte kommer inn i en kulturell mismatch ved at avstanden mellom legens egen sosiokulturelle bakgrunn og det nord-norske lokalsamfunnet blir for stor. Det kan bli for vanskelige forskjeller mellom legene og lokalbefolkningen i tenkning, i følelser, i samværsformer, i tradisjoner, i målestokk og normer.

Jeg har en skummel mistanke om at antall av slike kulturelt kollisjonsskadede leger vil øke i den nære fremtid. Ego-bølgen ruller gjennom medisinerstudiet og legestanden også. JEG og SUKSESS er på moten. Deler av medisinerstudentene digger seg selv og dyrker hverandre med flid og glød, men samfunnsmedisinske problemer i Nord-Norge faller på stengrunn på de kalde og harde marmorgulvene i Universitetsbyenes yappe-cafeer. Jeg møtte 4 turnuskandidater i vår, alle i arbeid i nord-norske utkantdistrikter. Felles for dem var en negativ, ja nesten fiendtlig innstilling til legevirksomheten og lokalsamfunnet. De mente seg forvist hit av en formyndende stat som ikke burde ha lov til å herse slik med enkeltskjebner. De tenkte på sine egne som de hadde en rørende omsorg for, mens de var uten en eneste anstendig følelse for de 1500 enkeltskjebnene i Berlevåg. Ett holdt dem i live disse 4 medisinske ego-ulvene, - at de om to måneder kunne kaste åket og flytte sine navler fra dette norske Sibir og hjem til cafe Sjakk Matt i hovedstaden.

Hva kan vi gjøre med dette kulturelle inkongruensproblemet? To ting. Finnmark er det fylket hvor tre stammer møtes, norske, samer og kvener. Norske helsearbeidere som skal jobbe i samiske og kvenske distrikter bør obligatorisk gå gjennom grunnleggende innføringskurs i disse folkegruppernes historie og kultur samt nåværende særpreg ved næringsliv, samfunnsordning og levesett.

Det andre tiltak mot kulturkollisjon har Anders Forsdahl vært modig og klarsynt talsmann for i mange år: Radikal Nord-Norge-kvotering ved universiteter og høyskoler som utdanner helsepersonell. Bare slik kan vi få leger, sykepleiere og fysioterapeuter som er en del av Nord-Norge, som forstår seg på folket, liker landet, føler samhold og tilhørighet.

Ektefelles jobb. Det tredje sosialproblem som kan true utkanthelse-tjenesten følger av at ektefellen ofte har vansker med å finne brukbar jobb. Dette problemet vokser og er større nå enn i de gode gamle dager da Guds orden hersket i medisinen og i hjemmet og legen var mann og kvinnen tok seg av Kinder og Küche, - og kun forlot huset for å gå i Kirche.

Men sann er det ikke lenger, og ikke meget, men to ting kan utkant-kommunene gjøre med det:

1. Litt nytt og frekt, men kanskje mulig: å lage tvillingutlysninger målrettet mot vanlige ekteparkombinasjoner i helsevesenet: lege-sykepleier, lege-fysioterapeut, lege-lege.
2. Være romslig med deltidstillinger, f.eks. godta at legeektepar deler på hel stilling. Det er svært mange unge legeektepar med småbarn som ønsker seg slike opplegg, men som møter kommunebyråkratiske barrierer.

Mangelfulle service-tilbud i lokalsamfunnet. Vansker med ungene sin utdanning går også igjen som grunn for ikke å ta jobb i utkanthelse-tjenesten. Dette er i grunnen en del av et mer allment problem, nemlig at service-tilbudene i den nord-norske utkant kan være så mangelfulle at det skremmer helsearbeiderene fra å komme, - eller får ham/henne til å flytte fort. Jeg tenker på de nære ting:

- at det er en viss orden og ekspeditthet i kommuneadministrasjonen
- at det er brukbare kommunikasjoner
- at det er et noenlunde vareutvalg i butikkene
- at det er rimelig kyndige håndverkere som kan fikse bilen og reparere oljefyren.

Altså: Kvaliteten på hverdagstjenestene i lokalsamfunnet er i høy grad med på å avgjøre rekrutteringen til utkanthelsetjenesten. Det betyr at en distriktspolitikk som hever den alminnelige standard i utkant-Norge, - en skikkelig Finnmarkspakke f.eks., er samtidig med på å sikre legedekningen i fylket.

Strevsomt arbeid og harde vakter. Det siste sosiale problem vi må bebyrde utkanten med, heter strevsomt arbeid og harde vakter. Jobben kan være så belastende, særlig i distrikter som er rammet av legenød, at den blir familiefiendtlig, umuliggjør dyrking av hobbies, ikke tillater hvile og rekreasjon, - ja i verste fall ser vi at overarbeide for leger i utkanten kan lede til helseskader, ikke bare for pasienten, men også for legen selv. Det danner seg lett selvforverrende sirkler i utkanthelsetjenesten. En lege slutter, stillingen blir stående tom, det blir tøft for de som er igjen, en til gir opp, - vi er inne i den onde sirkel. La nå arbeidsbelastningen være koblingen mellom de sosiale problemene vi nå har gått gjennom og de faglige problemene utkantlegen møter.

Den krevende klinikk. For det første blir det stilt brede krav til utkantlegens kliniske kunnskaper og ferdigheter, krav som kan oppleves som umulige å fylle. Dette kan lede til en kronisk utilstrekkelighetsfølelse. Det er ingen spesialister i utkanten. Det er langt til sykehus. Det er uvær, stengte veier og flyplasser. Utkantlegen må derfor ta seg av mer, innbefattet dramatisk akuttmedisin, enn allmennpraktikere ellers i landet. Jeg tror det medisinske ansvaret hviler tyngre på utkantleger enn på mange andre fordi han tvinges til å ta usikre avgjørelser noe som leder til angst for å ha bedømt feil og utrygghet for å ha oversett vesentlige funn. Deler av dette problemet kan fjernes ved å bygge ut ordningen med ambulerende spesialiteter i utkantdistriktene. Som vi senere skal se, kan den kliniske bredden også oppleves som en faglig verdi, men det forutsetter:

- tid til faglig vedlikehold
- praktiske/økonomiske muligheter til stadig videre- og etterutdanning,

hvilket bringer oss frem til det neste profesjonelle problemet for utkantlegen, nemlig:

Den faglige isolasjonen. Isolasjonen har to minuser i seg:

1. En trivselmessig som går på at utkantlegen lengter etter å høre stammens hyl av og til. To midler ser jeg mot denne medisinske selskapssyken:
 - a. å legge forholdene til rette for hyppig studentutplassering i utkantdistriktene
 - b. å gjøre det lett for utkantlegen å reise på kurs og møter.
2. Isolasjonen kan også medføre en medisinsk fare idet risikoen for faglig skjevutvikling, ja endog havari, blir større i et slikt kontrollfritt og feed-backløst miljø.

Igjen må forebyggingen bestå i rikelig tilgang på videre- og etterutdanning, innbefattet den gamle Nord-Norge regel om 4 måneders permisjon med lønn og vikar til faglig oppdatering hvert 3. år. Og forebyggingen må bestå i at de allmenntilleggs og samfunnsmedisinske instituttene skreddersyr modelloppllegg og lager stipend- og veilederordninger som stimulerer utkantlegen til å drive selvevaluering, kvalitets kontroll eller forskning i egen praksis. De medisinske fakultetene har etter mitt skjønn diskriminert utkantbefolkningen grovt og lenge. Denne kritikken gjelder også Universitetet i Tromsø som skulle ha et særlig nyttepreg for landsdelen.

Universitetene har forsømt forskning som kan kaste lys over de alvorlige helseskader som etter all sannsynlighet påføres folk i den nord-norske utkant som følge av kronisk legenød.

Universitetene har langt på vei neglisjert sin servicefunksjon med stimulering og veiledning av helsearbeidere i utkanten som ønsker å drive fagutvikling og desentralisert forskning.

Endelig har universitetene, denne gang med Tromsø som et visst unntak, sementert et medisinerstudium som er direkte utkantfientlig, fullt som det er av vitenskapelige subtiliteter og universitetskliniske rariteter, tomt som det er for hverdagsmedisinske realiteter og lokalsamfunnsmedisinske innslag.

Sosialdepartement et bør, via Kultur- og Vitenskapsdepartementet gi de medisinske fakultetene et styrende råd om å vise større utkant-hensyn, hvilket betyr en radikal styrking av de nåværende lilleputtinstituttene for allmenntilleggs og samfunnsmedisin.

Som en overgang fra faglige til stillingsmessige/administrative problemer må vi ta for oss:

Den allmenntilleggs spesialitet. Det føles litt meningsløst å regnskapsføre denne viktige og gledelige nyvinning som et problem. Men det kan bli meget problematisk for utkantlegen å skaffe seg denne spesialiteten. Kravene er:

1. Et års sykehustjeneste
2. 400 kurstimer over 5 år
3. 2 års strukturert allmenntilleggs medisinsk tjeneste med møter hver 14. dag i en lokal veiledningsgruppe.

Det er ingen tvil om at de nye almenpraktikerene vil ha den spesialistutdanningen. Hvis det nå, som jeg frykter, blir legenvint å oppnå spesialiteten som primærlege i utkanten på grunn av lengvint som kompetiserer fravær, på grunn av mangel på veiledningsgruppe i rimelig nærhet, på grunn av vrangvillig kommuneadministrasjon, - ja da kan den almenmedisinske spesialitet paradoksalt nok innevarsle en ytterligere utarming av utkanthelsetjenesten. Det må Lægeföreningen, kommunene og Sosialdepartementet forhindre ved å anlegge strukturer som gjør det greiere for utkantlegen enn for andre å oppnå spesialkompetanse i almenmedisin. Hvis det er noen som trenger det, er det han eller hun.

Avansement. Det neste stillingsmessige problem som kan true utkantlegen har med ansiennitet og avanseringsmuligheter å gjøre. Vi har hittil hatt en flat karrierestruktur i primærhelsetjenesten. Det er nå i ferd med å endre seg. Vi har fått stillinger som kommuneoverleger, helsesjefer, kommunelege I og II, gruppeleder i legesentre o.s.v. Denne rangordningen innebærer at karriereplanlegging plutselig er blitt et nødvendig onde i primærhelsetjenesten. Og på ny kommer utkantlegen i faresonen. Den som i dag jobber i Berlevåg er med rette redd for at den ansiennitet han/hun opparbeider kun blir verdsatt i Berlevåg. Utkantlegene frykter at jo lenger de nå jobber perifert, jo mindre blir sjansen for å få stilling sentralt. Når det nå fester seg et inntrykk av at en kanskje går i en felle på livstid ved å ta jobb som primærlege i den nord-norske utkant, da må det ikke undre noen at det fort blir legetomt, særlig i de ytterste utkantene. Vi må, derfor, og dette haster, få en nasjonalt forpliktende ordning som sikrer at utkantlegene får ekstra ansiennitet og særlig fortrinn som enhver kommune i landet må bindes til å følge i ansettelsessaker.

Kommuneadministrasjon. Den siste minuspost i utkantlegeregnskapet gjelder forholdet til kommuneadministrasjonen. I den kartlegging Reidar Robertsen og Egil Bowim nylig har gjennomført blant kommunelegene i Nord-Norge, oppgir 1/4 at de har samarbeidsproblemer med kommuneadministrasjonen. Flere føler seg dårlig behandlet og lite tatt vare på av kommunen. Mange har problemer med å få gjennomslag for samfunnsmedisinske tiltak. En del føler seg mistrodd og blir tillagt politiske motiver. Et konstruktivt samarbeid mellom legen og kommunen er særlig viktig i den lille utkantkommunen. Her lever legen og kommuneadministrasjonen så tett innpå hverandre at det ikke går an å lage veier forbi problemene eller gå rundt konfliktene særlig lenge. Begge parter må ta ansvar for å rette opp dette skumle funn. Kommunen må møte legen med en viss romslighet, verdsette samfunnsmedisinsk initiativ, støtte videre- og etterutdanningstiltak, vise tillit og fleksibilitet i personalpolitikken. Legene på sin side må både skjærpe sine kunnskaper om kommunal forvaltning og helseadministrasjon og slippe sine høye tanker om seg selv litt ned. Vi bærer fortsatt med oss fra studiet og universitetsklinikkene en egenoppfatning av legen som en opphøyet skikkelse med innebygde forventninger om særbehandling. Det må vi holde opp med.

POTENSIALER.

Vi må stoppe, før vi nedstemt av mismot begraver utkantlegen helt. Vi skal over på plussiden i regnskapet og forlyste oss med fordelene, gledene og mulighetene som ligger der og lover godt i utkanthelsetjenesten.

Kliniske potensialer. Ved god legedekning og skikkelige kvalifiseringsordninger kan mangfoldet og akuttpreget i førstelinjeklinikken oppleves som en utfordring og spenning. Klarere enn i noen bypraksis eller sykehusvirksomhet blir du i utkantdistriktet i stand til å overskue pasientens hele situasjon, altså ikke bare den strengt medisinske tilstand, men det som ofte er like betydningsfullt familieforhold, bolig, yrkesbakgrunn, økonomi, sosial plass og meget mer. Klinisk arbeid i det lille lokalsamfunn gir legen en unik anledning til å se sammenhenger mellom soma, psyko og socio. Utkantlegen kan jobbe tredimensjonalt med en sykdom, i et menneske, i et samfunn som arbeidsenhet. Dette i frodig motsats til den sterile organteknologien som preger resten av helsetjenesten, ganske særlig sykehusene.

En annen klinisk verdi du kan nyte som utkantlege, er den gode følelse av hver dag å ha gjort gagns arbeid. Dagen er full av håndfaste gjøremål og du ser umiddelbare og målbare resultater av din innsats. Det er som å rydde opp på Jæren, eller å hente fisk opp av Lofothavet. Du kan ta på innsatsen din. Sy et sår, lindre en nyresmerte, hjelpe en nedslitt småbruker til uføretrygd.

FLERE GODE ÅR I ET GODT FYLKE

AV ASLAK SYSE

Om helse og ulikhet, og et program for bedret helsetilstand i Finnmark.

1. Innledning

Ludwig van Beethoven var 54 år gammel da hans niende og siste symfoni ble utfremført. Han var imidlertid forlengst døv, og han hadde heller ikke mange år igjen å leve. I denne siste symfonien hylles gleden og friheten. Men før Beethoven lar sitt nå velkjente tema til Schillers Ode klinge fra kor og orkester, har disharmonien og kantete og ubehagelige akkorder blitt ført sammen. Beethoven lar en baryton rope mot disharmonien:

"Å venner, ikke disse tonene! La oss heller være mer optimistiske og glade!"

Jeg ønsker hverken å sammenligne vårt utkast til handlingsprogram for bedret helsetilstand i Finnmark med Beethovens store niende symfoni, og jeg har verken forhåpninger om eller ønske om at den store harmonien skal råde etter at handlingsprogrammet er lagt frem for denne forsamlingen.

Imidlertid håper jeg, som tenoren i denne symfonifinalen, å kunne slå an mer positive og mer optimistiske vendinger. Gårdagens og dagens møte så langt har vist at det ikke er mangel på problemer i Finnmark. Vårt formål med denne konferansen er både å belyse problemene, men også å gi et første bidrag til noe som eventuelt skal utvikle seg til et handlingsprogram for bedring av helsetilstanden i Finnmark.

Jeg er selvfølgelig glad for å være den som fremlegger dette utkast til handlingsprogram. Jeg skylder imidlertid å gjøre oppmerksom på at handlingsprogrammet er et fellesarbeid utført av en arbeidsgruppe fra Fylkeshelsesjefen i Finnmark og Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. I den rå form programmet legges fram nå, er det denne arbeidsgruppa som står de ansvarlig for feil og mangler som hefter ved dokumentet. Vi føler likeledes at denne konferansen vil være det naturlige slutt punkt for arbeidsgruppen's arbeid. Nå må oppfølgingen skje via offisielle kanaler.

Arbeidsgruppa har bestått av administrasjonssjef Atle Svendal og overlege Aslak Syse som representanter fra fylkeshelsesjefen i Finnmark og professor Anders Forsdahl og professor Dag S. Thelle som representanter for Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø. Også enkelte andre innenfor helseadministrasjonen og behandlingsapparatet i Finnmark, har bidratt til dokumentet i den form det foreligger.

2. Helse for alle - likhet og rettferd

Det har vært et overordnet prinsipp for utbygging av helsevesenet i Norge at det skal nå ut til alle deler av landet og alle deler av folket. Helsegodene skulle nå ut til folk etter behov.

Samtidig har de blitt solidarisk finansiert gjennom skatten, etter prinsippet fra enhver etter evne.

Slik er situasjonen, i alle fall i teorien. Empiriske data viser at ikke bare følger sykdom og sosiale problemer tradisjonelle klasseskiller. I tillegg er det ofte de med minst behov og best helsetilstand som får det beste helsetilbudet. Dette gjelder både for ulikhetene etter sosial tilhørighet, og det gjelder ulikheter som skyldes geografi. Også innenfor fylket foreligger påny geografiske systematiske forskjeller i utbygging av helsetilbud. Ofte er helsetilbudene, som f.eks. fysioterapitjeneste, dårligst utbygd der arbeidssituasjonen sliter mest på folks fysiske helse, som i fiskerisamfunn på kysten.

Konferansen har allerede hatt sin dokumentasjonssekvens over det mangfold av problem Finnmark står overfor, og som direkte eller indirekte virker inn på helsetilstanden. Det skulle derfor være nødvendig påny å fastslå at bak vårt handlingsprogram ligger nettopp et ønske om å få til større likhet og større rettferd når det gjelder en så vesentlig del av et individs totale situasjon, som helsetilstanden.

Utkastet til handlingsprogramet har likevel en innledning som nettopp går på rettferd og denne rettferdsdelen er i sin helhet hentet fra helse- og sosialplan som Finnmark fylkesting vedtok i desember 1985, for perioden 1986-1987. Utvalgets arbeid er derfor på mange måter en oppfølging av denne planens krav om større rettferd mellom sosiale grupper og ulike geografiske områder.

Finnmark er også et møtepunkt mellom mange kulturer. Det er store ulikheter mellom det å ha tilholdssted knyttet til fiskerinæring og reindriftsnæring. I tillegg har vi i Finnmark flere etniske grupper, og også på dette området er det vist systematiske forskjeller i helsetilstanden og helsetilbud. Dette er forhold som handlingsprogrammet må fange opp.

3. Hvorfor et handlingsprogram i Finnmark?

Ulikhet i helsetilstand og helsetilbud er ikke et særproblem for Finnmark. Finnmarks problemer er også en del av utkantsproblemene i Norge. Sånn sett er det dokumentert store likheter, men også ulikheter, mellom utkantfylker som Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Finnmark.

Imidlertid er dødeligheten høyere i Finnmark enn andre plasser. Helsetilbudet har gjennom en årrekke vært sviktende, fraflyttingen i fylket er stor og de fleste av oss sliter vel etter hvert med "tusseladd"-syndromet.

Verdens helseorganisasjon (WHO) arbeider med målsettingen: Helse for alle innen år 2000. Programmet tar sikte på å utjevne de enorme ulikheter i sykdomspanorama og helsetilstand mellom den fattige verden og den rike verden. Men en egen del av planen tar for seg de tiltak som må settes i verk i Europa for å få til en utjevning og en bedring av helsetilstanden også i europeiske land. Et slikt pilotprosjekt som foreslått for Finnmark, vil falle naturlig inn i en total helseplanlegging for Norge. Ønsker man helse for alle innen år 2000, ja da må det positivt diskrimineres til fordel for de grupper som rammes av den systematisk urettferdige fordeling av helsegoder. Finnmark fylke er en

underpriviligert del av landet når det gjelder helsetilstand, og bare positive særtiltak over en lang rekke områder kan gi en effekt som bringer oss mer på linje med landet forøvrig innen år 2000.

4. Hvorfor satse på forebyggende tiltak?

Utkastet til handlingsprogram som legges frem her i Honningsvåg satser i all vesentlighet på forebyggende tiltak. Det har lenge hersket enighet i norsk medisin om at større vektlegging av forebyggende medisin, vil gi resultater for sykkelighet og dødelighet, en bedring som ikke kan nås ved utelukkende å bygge ut behandlingsapparatet. I tillegg står Finnmark i den ulykkelige situasjon at det heller ikke er politisk vilje til å sikre fylket nødvendig opprustning av behandlingsapparatet, noe som også presser oss til å tenke mer utradisjonelt.

Men forebyggende tiltak må ha et vitenskapelig grunnlag. En må støtte seg på kunnskap om sykdomspanorama i de ulike befolkningsgrupper, viten om sykdommens oppståen og utvikling, kunnskap om risikogrupper og endelig forståelse av de beste betingelser for en god helsetilstand.

Det er godt belegg for at flere av de vanligste sykdommer skyldes livsstil og miljø, i mindre grad den biologiske utrustning og behandlingsrettede tiltak. Jeg viser til følgende tabell av epidemiologen Dever fra 1976, modifisert av Einar Kringlen i den nyutkomne boka "Medisin og samfunn" (Universitetsforlaget 1986).

Tabell 1. Dødeligheten av noen vanlige sykdommer.

Andel i prosent	Dødsårsak	Ulike faktorerens prosentvise betydning			
		Livsstil	Biologi	Miljø	Behandling
34	Hjertesykdom **	52	27	9	12
15	Kreft	37	29	24	10
13	Hjerneslag **	50	21	22	7
4	Trafikkulykker	69	1	18	12
4	Andre ulykker	51	4	31	14
3	Åndedrettsorgan-sykdommer	39	24	24	13
3	Sykdom i arterier og vener	49	26	8	18
2	Drap	59	5	36	0
2	Fødselsskade og sykdom etter fødsel	30	28	0	6
1	Selvmord	60	2	35	3
1	Medfødte skader	9	79	6	6
	Gjennomsnitt	43	27	19	11

* Behandling står for behandlingssystemets mulighet til påvirkning.

** Hjertesykdom omfatter etter WHO's klassifikasjon 390-398-402-hjerneslag står for cerebro-vaskulære sykdommer 430-438.

Modifisert etter Dever (1976) og Borgenhammar (1981a). Kringlen 1986.

Dever har studert dødeligheten i ulike aldersgrupper i den amerikanske staten Georgia, og det er en ekspertgruppe som har bedømt dødsårsakene for de ulike sykdomsgrupper og forsøkt å tilskrive de ulike faktorene den prosentvise betydning. "Livsstil" er definert som mer eller mindre selvpåført risiko i forbindelse med forbruk, fritid og arbeid og inkluderer altså mat- og drikkevaner, tobakk og stoffbruk, samt fysisk aktivitet på fritid. Med "miljø" forstår forfatteren ytre faktorer som individet har liten innflytelse på, forurensning av luft og vann, urbanisering, arbeidsmiljø og sosialt nettverk. Med "biologi" synes forfatteren å forstå genetisk utrustning. "Behandling" omfatter både kurativt og forebyggende arbeid - i praksis i første rekke behandling i institusjoner og primærhelsetjenesten.

Når vi ser i hvor sterk grad livsstil og miljø spiller inn på de viktigste dødsårsakene, skulle vi tro at midler for å bedre helsetilstanden ble satt inn på dette område. Imidlertid påviste Dever i samme undersøkelse at behandlingssystemet i virkeligheten forbruker 90% av ressursene. Knappt 7% går til biologisk forskning og under 3% går til å endre livsstil og ytre miljøforhold.

Tabell 2. Føderale helseutgifter i USA i forhold til bedømming i tabell 27.

Faktorer	Prosentvis fordeling av utgifter	Ulike faktorerers prosentvise betydning
Behandling	90.4	11
Biologi	6.9	27
Miljø	1.5	19
Livsstil	1.2	43
Total	100.0	100

Etter Dever (1976).
Kringlen 1986.

Tilsvarende undersøkelser er så vidt jeg vet ikke gjort i Norge, men det er vel fare for at innsatsen på den forebyggende side er like minimal og like skjev i forhold til det vi vet om årsaksfaktorer.

5. Hva kan oppnås i Finnmark?

Arbeidsgruppen bak utkastet til handlingsprogram har konkret forsøkt å se på ulike sykdomskategorier i Finnmark, det vises til hovedkapitel 2, spesielt punktene 2.2 til 2.6 der det foreligger en mer detaljert gjennomgang vedrørende hjerte og karsykdommer, kreftsykdommer, sukkersyke, ulykker og sosiale forhold.

Den samlede effekt på sykkelighet og dødelighet ved en målrettet aksjon mot bare tre av disse sykdommene går frem av aksjonsplanens tabell 1, i dette manus tabell 3.

Tabell 3. Beregnet effekt av forebyggende tiltak overfor enkelte sykdomsgrupper i Finnmark.

	Anslag over nye tilfeller pr. år	Forventet antall pr. år etter handlingsprogram
Hjerteinfarkt	400	290*
Hjerneblødning	100	75
Lungekreft	25	15
Livmorhalskreft	10	8
Brystkreft	20	12
Ulykker (dødsfall)	65	45
Tilsammen	620	440

* Den største effekten vil en oppnå hos personer under 65 år.

Ved en reduksjon i de tre hoveddødsårsakene som aksjonsprogrammet spesielt behandler, er det en målsetting å redusere antall

dødsfall fra 650 personer pr. år med ca. 100 pr. år. Dette gir dødsrater som bare ligger 5% over landsgjennomsnitt. I tillegg vil dette føre med seg en samlet reduksjon av sykkelighet og uførhet som det er vanskelig å gi noe klart tallmessig uttrykk for, men som arbeidsgruppen anslår kan ligge omtrent 20% lavere en dagens nivå.

6. Handlingsprogrammets hovedmål

Hovedmålet for handlingsprogrammet er å redusere dødsraten for menn fra 125% til 105% i løpet av 10 år, og fra kvinner fra 114% til 105% når landsgjennomsnittet for dødelighet settes til 100%.

Dette målet vil gi innbyggerne bedre helse, med mindre pleiebehov og uførhet. Det ville gi befolkningen flere gode år i et godt fylke.

På grunn av strukturelle og naturgitte forutsetninger, som avstand og spredt bosetting, er det i perioden 1988-98 ikke realistisk å senke dødeligheten ytterligere.

7. Viktige aktører og samarbeidspartnere for å nå målet

Et handlingsprogram som retter seg mot ulike store sykdomsgrupper, ulike etniske grupperinger, ulike yrkesgrupper, og ulike geografiske områder innen fylket, må bygges ut ved hjelp av delprosjekter.

Handlingsprogrammet påpeker at en realisering av et målrettet tverretattlig arbeid for bedret helsetilstand må involvere en rad med samarbeidspartnere og aktører. Det krever også aktiv medvirkning fra befolkningen i fylket om et slikt prosjekt kan lykkes. I handlingsprogrammet har vi sett noe nøyere på de mest naturlige samarbeidspartnerne, og hvordan disse bør trekkes inn både som premissleverandører og som utøvere.

En medvirkning fra lokalsamfunn, lag og organisasjoner, skoler og arbeidsplasser osv. kan også motvirke den følelse av hjelpsløshet og motløshet som lett tar oss når Finnmark fremstilles som det fylke der alt er ille.

Utkast til handlingsprogram peker på nødvendigheten av at sentrale statlige myndigheter aktivt medvirker, ikke minst for en ressursallokering som kan føre til en tverretattlig satsing for bedring av helsetilstanden. Videre er handlingsprogrammet avhengig av en faglig forankring, og der har vi foreslått at såvel Universitetet i Tromsø som Statens Helseundersøkelser bør stå sentralt.

8. Programmets organisering og kostnader.

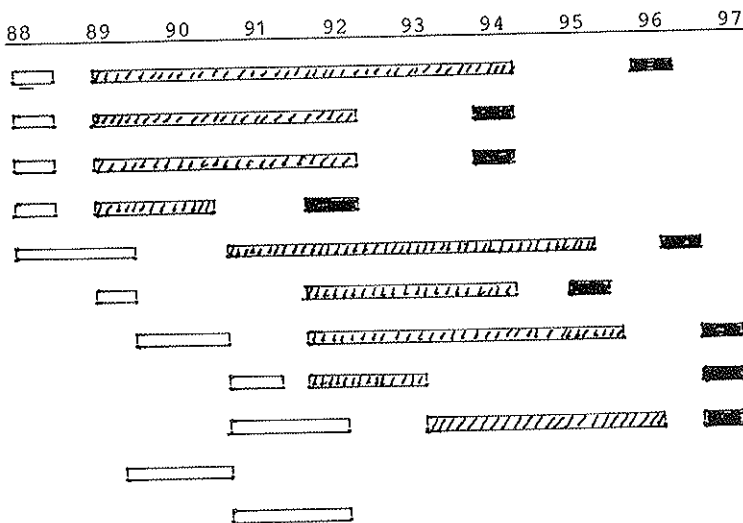
Konkret foreslår vi at det etableres et helseaksjonsråd som blir stående ansvarlig for utarbeidelse av delprosjekter i samarbeid med de grupper prosjektene retter seg mot. Videre vil aksjonsrådet ha en viktig funksjon i monitorering, evaluering og dokumentasjon. Vi har pekt på at helseaksjonsrådet må ha kompetanse innenfor sosialmedisin, epidemiologi, prosjektorganisering, økonomi, levekår, lokalsamfunnsutvikling og informasjon.

Det videre arbeid kan deles i 4 faser:

1. Etablering av et helseaksjonsråd (fram til 1.1.1988)
2. Forprosjekter
3. Iverksetting og styring av hovedprosjekter 1988-1998
4. Evalueringsfase

Selve prosjektene er ment å starte i 1988 og vil vare i 10 år. Vi skulle derfor kunne bidra til å realisere målsettingen om "Helse for alle innen år 2000".

Skjematisk langs en tidsakse kan handlingsprogrammet fremstilles slik:



Forprosjektfase

Hovedprosjektfase

Evalueringsfase

Kostnadene er anslått til 40 mill. 1986-kroner over en tiårsperiode, eller 4 mill. pr. år. Vi går inn for at fylkeskommunale og kommunale myndigheter bør dekke 25%, mens sentrale myndigheter bør dekke 75% av kostnadene. Når det her er tale om å dekke opp systematiske ulikheter innenfor landet, må dette være en rimelig fordeling, og et rimelig beløp.

9. Gjennomføring av handlingsprogrammet.

Vi ser det som nødvendig og viktig at vi nøye diskuterer rammene for programmet, hvor hensiktsmessig det er og hvordan det bør endres eller modifiseres. Denne konferansen er en del av en slik modifikasjon. Den senere behandling i kompetente organ vil gi

utvärdera den totala betydelsen av programmet under 5-årsperioden 1972-1977. Efter positiva resultat från denna 5-årsperiod har man beslutat fortsätta programmet.

MÅLSÄTTING

Programmets huvudmålsättning har varit att minska dödligheten och insjuknandet i hjärt-kärlsjukdomar hos befolkningen i hela Nordkarelen län speciellt hos medelålders män.

Som delmål finns:

1. Sänkning av risikonivån för de kända riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdomar i hela befolkningen (primärprevention)
2. Tidligt upptäckande av hjärt-kärlsjukdomar, befrämjande av akutvård och effektiv rehabilitering inom länet (sekundärprevention).

PROGRAMMETS INNHÅLL

På grund av dessa sjukdomarnas kroniska natur var det redan i planeringsskedet klart att förebyggande har potentiellt större betydelse än vård. Frågan om orsakerna till koronarsjukdomar i allmänhet och Nordkarelen i synnerhet blev en nyckelfråga. Mot vilka riskfaktorer borde intervention riktas? I epidemiologiska prospektiva undersökningar har upprepade gånger visats att det bara är tre faktorer som på ett väsentligt sätt självständigt påverkar risken för uppkomst av koronarsjukdomar, nämligen rökning, blodets kolesteroltal och blodtrycksnivån. Inverkan av andra undersökta faktorer än dessa är mindre eller oklar. I många internationella specialisters och myndigheters rekommendationer betonas att man borde vidta åtgärder för att minska tobaksbruket, ändra kostvanor och sänka höga blodtrycksvärden. Nivån på alla dessa tre riskfaktorer var mycket hög hos befolkningen i Nordkarelen. Å andra sidan var många andra faktorer, som ofta förenats med hög risk för hjärtsjukdomar, såsom övervikt, brist på motion osv. mindre förhärskande i länet.

För vidare planering av projektet var det viktigt att närmare förstå riskfaktorernas verkningsprinciper. Den första viktiga principen är att man inte har konstaterat någon naturlig gräns för någon riskfaktor. Ju högre riskfaktornivån är, desto större är individets möjlighet att insjukna i koronarsjukdom. Nordkarelen problem synes vara att befolkningens medelriskfaktornivå är exceptionellt hög.

För det andra är det viktigt att notera riskfaktorernas kumulativa effekt. Uppföljningsundersökningar visar nämligen att risken växer brant i de fall patienten samtidigt har höga värden på flera riskfaktorer. Då medelnivån på alla tre riskfaktorerna är hög hos den nordkarelska befolkningen förutsäger detta en hög kronor morbiditet i befolkningen.

Den tredje viktiga synpunkten hör samman med riskfaktorernas förklaringsvärden. Fastän det bland befolkningen finns en hel del ganska få av totala antalet insjuknade. I själva verket är största delen av insjuknade patienter sådana som bara har haft lätt förhöjd riskfaktornivå. Därför förutsätter en väsentlig

sänkning av morbiditetssiffrorna en sänkning av riskfaktornivån hos större delen av befolkningen.

När man därtill beaktar att riskfaktorerna hör till människornas vardagliga liv, blir man lätt övertygad om betydelsen av åtgärder i hela samhället. Preventionsprogrammet kan inte genomföras som en enskild medicinsk åtgärd riktad mot några avvikande individer. Det måste vara en vidsträckt, mot hela samhället riktad, intervention, som förverkligas via det existerande medicinska service-systemet samt via samhällets sociala organisationer.

Huvudavsikten har alltså varit att åstadkomma allmänna förändringar i levnadsvanor hos hela befolkningen. Dessa skulle sedan leda till en allmän minskning av riskfaktornivån.

De i programmet använda åtgärderna kan schematiskt indelas i följande delar:

ALLMÄN INFORMATIONSVERKSAMHET BLAND BEFOLKNINGEN

I den här informationsverksamheten har bl. a. lokalradio, press, affischer, broschyrer, informationsmöten genom olika organisationer angående hälsoupplifstran osv aktiv använts.

UTBILDNING AV PERSONALEN

Avsikten med den regelbundna, systematiska utbildningen har varit att göra olika personalgrupper i länet medvetna om projektets mål.

ORGANISATION AV PERSONLIGA TJÄNSTER OCH GRUPPTJÄNSTER

Speciellt inom folkhälsoarbetet har man försökt integrera den verksamhet där projektets mål överensstämmer med hela service-systemet.

Som exempel har nämnas bl. a. screening-studies bland riskgrupper för hjärt-kärlsjukdomar, avvämjningskurser för rökare, intensifierade kurser i näringslära, öppen vårdsmottagningar för blodtrycksmätning, infarktpoliklinik, rehabiliterings grupper för hjärt patienter osv.

Speciellt betydande har nyorganisationen av hälsovårdens service-system i fråga om blodtrycksprogrammet varit. Man har försökt spåra alla personer med förhöjt blodtryck och inkludera dem i preventionsprogrammet. För att organisera vården av patienterna startades blodtrycksmottagningar vid hälsosentralerna. Dessa sköts huvudsakligen av sjuksköterskor och de flesta av patienternas uppföljningsbesök sker der.

FÖRENDRING I OMGIVNINGEN

I den mån det har varit möjligt har man försökt få till stånd en förändring som stöder projektets mål på lokala nivå. I samarbete med mejerier och livsmedelsindustri har man försökt producera och marknadsföra produkter med lägre fetthalt. Avsikten har också varit att påverka storköketens kostutbud, tex skolor, sjukhus, osv. Man har strävat efter att begränsa rökning inomhus så mycket som möjligt, tex. med hjälp av olika slags förbuds-

plakat och klisterremсор. Før att förbättra tillgången på grønsaker har man försøkt befrämja grønsaksodling.

DATASYSTEM

Till hela verksamheten har man knutit ett ändamålsenligt datasystem.

FÖRVERKLIGANDE OCH ADMINISTRATION.

Programmet har genomförts i Nordkarelen som ett nationellt försøks- och utvecklingsprogram under Medicinalstyrelsen. Det egentliga praktiska utförandet har letts av Nordkarelen länsstyrelses social- och hälsovårdsavdelning. Den vetenskapliga utvärderingen av programmet har utförts vid universitetet i Kuopio. Den epidemiologiska avdelningen vid Folkhälsoinstitutet i Helsingfors har sedan blivit allt mer ansvarlig för den fortsatta uppföljning och det vetenskapliga arbetet. Enligt projektplanen bestod det ursprungliga projektet av en 5-årig fältperiod från 1972 till 1977. Efter detta har man beslutat fortsätta programmet i Nordkarelen och följa utvecklingen. Nu gäller det att utvidga programmet att gälla också andra osmittosamma stora folksjukdomar som kräfta, diabetes, kroniska lungsjukdomar och olyckeshändelser.

Målet med utvärderingen har varit att klarlägga programmets

- Förverklingande
- effekter
- kostnader

samt att få en mångsidig helhetsbild av förändringarna och förändringsprocessen.

Till grund för projektets utvärdering utfördes innan programmet startade, våren 1972, en omfattande "baskartläggning" av bl. a. hälsotillståndet hos ett representativt befolkningsutvl. Likaså gjordes en så kallad "slutkartläggning" med samma metoder.

Våren 1982 genomfördes en uppföljningsstudie i Nordkarelen och förändringsprocessen.

Till grund för projektets utvärdering utfördes innan programmet startade, våren 1972, en omfattande "baskartläggning" av bl. a. hälsotillståndet hos ett representativt befolkningsurval. Likaså gjordes en så kallad "slutkartläggning" med samma metoder.

Våren 1982 genomfördes en uppföljningsstudie i Nordkarelen och referensområdet för att utvärdera resultaten efter 10 år. Samtidigt samlade och analyserade man de senaste tillgängliga uppgifterna om förändringar i mortalitet i koronarsjukdom i Nordkarelen och i andra län i Finland. Våren 1987 skall genomföras 15 års uppföljningstudie.

Deltagarfrekvensen i baskartläggningen var 94% i Nordkarelen och 91% i referensområdet. Vid kartläggningen 1977 var frekvensen 89% i Nordkarelen och 91% i referensområdet och 1982 80% i Nordkarelen och 82% i referensområdet.

RESULTAT

Resultaten har publicerats i ett flertal publikationer och i en monografi publicerad av WHO. Resultaten visade att:

- Programmet var användbart
- Programmet hade en klar effekt på populationens riskfaktorornivå (en större nedgång av riskfaktor-medelvärdena i Nordkarelen jämfört med dem i referensområdet)
- Mortaliteten i hjärt-kärlsjukdomar började minska i området, men på grund av en nedgång även i referensområdet kunde man inte dra några slutsatser av programmets effekt.
- Kostnaderna för programmet var moderata och besparingarna (på grund av minskade kostnader för arbetsförmåga) betydligt större än kostnaderna
- Den lokala befolkningen var tillfredställd med programmet och man kunde inte konstatera några negativa känslomässiga reaktioner

För analyserna var åldersfördelningen 30-59 år. Programmets effekt uppskattades som riskfaktor - nettoskillnad, dvs skillnaden mellan områdenas uppföljnings- och basdatamedelvärden.

Skillnaden i rökning mellan baskartläggningen och i 1977 års kartläggning var signifikant större i Nordkarelen än i referensområdet. Programmet hade en signifikant effekt endast för män, men inte för kvinnor. Bland männen skedde från 1977 till 1982 en ytterligare minskning som var större i Nordkarelen. Netto-reduktion i Nordkarelen 1972-1982 var 28%. Bland kvinnor ökade rökningen 1977-1982 i båda områdena, men mer i referensområdet. Sålunda skedde en netto-reduktion på 14% bland kvinnorna i Nordkarelen 1972-1982.

Programmets effekt på serumkolesterol under 1972-1977 var statistisk signifikant. Fördelat på kön var effekten signifikant endast för män, men inte för kvinnor i de olika åldersgrupperna.

Programmets effekt på serumkolesterol och systoliskt blodtryck förblev oförändrad och effekten på diastoliskt blodtryck minskade, även om effekten över hela 10-årsperioden förblev signifikant.

Under 1970-talet minskade koronar dödlighet i hela Finland. Den största nedgången för både män och kvinnor skedde i Nordkarelen (24%) men även i referensområdet sjönk koronardödligheten drastisk (21%)

SAMMANFATNING AV RESULTATER

Som helhet var den observerade reduktionen av riskfaktorer i Nordkarelen under programmets 10 år betydande. För män:

- Rökning 36%
- Medelvärde serumkolesterol 11%
- Medelvärde diastoliskt blodtryck 5%

Förändringarna av biologiska riskfaktorerna (serumkolesterol och blodtryck) var mycket mindre än för rökning, vilket är naturligt. Dessa riskfaktorförändringar kunde anses vara begränsande för en

individ, men de representerar medelvärdesförändringar hos en hel population och skall därför betraktas som betydelsefulla för populationens sjukdomsfrekvens. Kvinnorna uppvisade liknande biologiska riskfaktorförändringar som männen, men resultaten av rökvanorna ser annolunda ut på grund av den låga initiala rökfrekvensen bland kvinnor.

Risikfaktornivåerna minskade klart också i referensområdet under den första 5-årsperioden. Denna reduktion var emellertid större för män i Nordkarelen beträffande alla riskfaktorer och för kvinnor beträffande blodtryck. Nu kan man kontatera att netto-skillnaden till förmån för Nordkarelen ökade ytterligare beträffande rökning, förblev densamma för serumkolesterol och systoliskt blodtryck och minskade för diastoliskt blodtryck. I stort beträffande sålunda resultaten från 1982 effekten av interventionsprogrammet i Nordkarelen.

Nu har analysen av de senast tillgängliga mortalitetsuppgifterna visat att koronarkärldödligheten har sjunkit ännu mer under slutet av 1970-talet i Nordkarelen och mer än i referensområdet och resten av landet. Reduktionen av dödligheten i hjärt-kärlesjukdomar i Nordkarelen är nu signifikant större än i resten av landet. Det är alltså möjligt att satsningen på programmet börjar ge resultat efter ett visst dröjsmål, också beträffande huvudmålsättningen för programmet, dvs reducerad mortalitet.

Tillgängliga data uppvisar en genomsnittlig årlig nedgång i koronarsjukdomsdödlighet under 1970-talet i Finland med 1% för män och 2% för kvinnor i åldersgrupperna från 35 till 64 år. Under denna tidsperiod noterade man den högsta koronarkärlesdödligheten både bland män och kvinnor år 1971. Från och med år 1974 och vidare har den börjat minska tämligen konstant. Därav följer att en stor del av den observerade förändringen bland män skedde mellan 1974 och 1979.

MAN KAN ALLTSÅ DRA SLUTSATSEN ATT VEL FÖRBEREDDA SAMHÄLLSBASERADE PROGRAM KAN HA EN MENINGSFULL EFFEKT PÅ HJERTSJUKDOMENS RISKFAKTORNIVÅ. MED ETT LÅNGVERKANDE PROGRAM ÄR DET OCKSÅ MÖJLIGT UTVECKLING KOMMER SANNOLIKT ATT AVSPEGLA SIG I SÄNKT HJERTSJUKDOMSFREKVENNS OCH ETT FÖRBÄTTRAT HELSOTILLSTÅND HOS BEFOLKNINGEN.

ANDRE FORSØK PÅ BREDE HELSEUTVIKLINGSPROGRAMMER

Av ANNE JOHANNE SØGAARD

Grunnen til at jeg er bedt om å si noe om andre helseutviklingsprogrammer er antagelig at man håper å kunne lære noe av andres feil og suksess.

Kanskje er det fåfengt. Invertfall hvis man blir litt tilbake i historien og leser hva William Farr skrev i 1839 - altså for 150 år siden.

"Ethvert fremskritt i sykdomsbehandling og all økt kunnskap innenfor medisin vil føre til redusert lidelse, men en registrering av dødsårsaker vil ha en enda mer direkte virkning på folkehelsen. Det er lettere å forebygge sykdom enn å helbrede dem, og det første trinn for å forebygge er å kartlegge de utløsende årsakene. Et sykdomsregister vil gi tallmessig uttrykk for disse årsakene, og dermed gi et mål for deres innflydelse".

150 år etter diskuterer vi fortsatt kartlegging av årsaker, sykdoms- og ulykkesregistrering - og ikke minst hvordan vi skal greie å forebygge at sykdom oppstår. Men vi vet mer idag enn William Farr gjorde i midten av forrige århundre. Vi vet vel faktisk nok til å kunne redusere f.eks. hjerte - kar dødeligheten ganske vesentlig. Men da må vi være villig til å også å trekke inn andre fagområder. Sosialpsykologene har f.eks. forsket på folks adferd og hvordan denne kan endres i massevis av år. Sosiologer kan lære oss om sosiale og strukturelle forholds innvirkning på helsen - og kommunikasjonsforskere kan fortelle oss hvordan massemediene virker, hvem de når og hva slags effekt de har.

Om helsepersonell vet tilstrekkelig om årsakssforhold, sykdomsforløp, utbredelse og risiko, så hjelper det lite hvis vi ikke kan nok om hvordan mennesket selv, dets nærmeste miljø og samfunnet omkring tenker og handler. Og det har ikke helsepersonell lært så mye om. Derfor må vi samarbeide med andre.

Flere av de større helseutviklingsprogrammene vi kjenner har nettopp gjort dette - de har lederteam sammensatt av epidemiologer, statistikere, sosialpsykologer, ernæringsfysiologer, eksperter på massemedia og sosiologer. Og mange av disse prosjektene kan vise til betydelig effekt. Jeg skal komme tilbake til 2 av dem senere - ett i USA og ett i Tyskland.

PRIMÆR FOREBYGGING

Først vil jeg si litt generelt om forebyggende arbeid.

Man kan si at primærforebyggende arbeid har 3 målsetninger (Fig.1):

- å påvirke forhold i samfunnet som har innflytelse på helsen
- å gi individer og grupper bedre muligheter til å leve sunt
- å bidra til at enkeltmennesket blir bedre i stand til å ta vare på sin egen og andres helse

Det første punket er antagelig det viktigste - selvom vi oftest konsentrerer oss om det siste - å endre folks adferd. Jeg har lyst til å stoppe litt ved dette første punktet. Som Aslak Syse har vist er det forhold utenfor helsesektoren som har mest å si for sykkelighet og dødelighet. Den samme konklusjon som Syse presenterte er også vist av andre - f.ks. helseøkonomen Wildavsky (Fig.2). Det tradisjonelle helse- og sykehusvesen kan bare i liten grad influere på sykkelighet og dødelighet etter hans beregninger.

Av samfunnsforhold som påvirker helsen, er det noen som virker direkte - slik som luftforurensning, sur nedbør, støyplager, stråling, helsefarlige arbeidsplasser osv. Men de indirekte faktorene er kanskje vel så viktige - at man har arbeid, at det finnes gode boliger og et trygt oppvekstmiljø og at det finnes utdanningsmuligheter. Derfor var det kanskje ikke bare sosialministeren som burde vært på denne konferansen. For helsen ville det antakelig vært vel så viktig med kommunalministeren, industriministeren og kirke- og undervisningsministeren - for ikke å snakke om finansministeren. Hva ville det f.eks. ikke betydd for folkehelsen i Finnmark om man fjernet statsskatten? Det ville selvfølgelig ikke løse Finnmarks problemer, men det ville betydd at stabiliteten ble bedre og fraflyttingen mindre, at oppbruddstemningen og oppgittheten ble snudd til noe positivt. Når 20-50 % av arbeidsstokken i enkelte etater og bedrifter skiftes ut hvert år, er det åpenbart for alle at det sliter kollosalt - spesielt på de som blir igjen. Slår man f.eks. opp i den nyeste telefonkatalogen for Nord-Norge, er det ikke den fylkeslegen som fungerer nå som står oppført som fylkeslege. Det er faktisk heller ikke den forrige, men han som var fylkeslege før det igjen som står i katalogen. Når vi så vet at det tiltrer enda en ny fylkeslege i Finnmark i neste måned, så er det ikke vanskelig å se problemene. Kanskje er 4 fylkesleger i løpet av en telefonkatalog noe uvanlig, men det er et illustrerende eksempel. Man er kommet inn i en vond sirkel. Denne sirkelen tror jeg kan brytes ved så enkle tiltak som å fjerne statsskatten og gi folk i Finnmark to uker ekstra ferie. Det forundrer meg stadig at ingen regjering har gjennomført noe av dette. Det kan umulig være pga. de pengene de da taper. Statsskatten fra Finnmark tilsvarende det staten tapte i skatter og avgifter på en dag under siste storkonflikt i Nordsjøen. En dag utgjorde i underkant av 136 millioner, som er statsskatten i Finnmark. En annen sammenligning er kanskje enda mer illustrerende. I radioen på fredag ble det fortalt at Stortinget selv har bevilget seg garasje for sine 200 kjøretøyer til 70 millioner norske kroner - altså halvparten av statsskatten i Finnmark.

Dette er selvfølgelig å forenkle et sammensatt problem. Det jeg imidlertid ønsker å presisere er at før det blir en viss stabilitet, trygghet og tro på fremtiden i Finnmark, nytter det ikke å kjøre holdningskampanjer for redusert røyking eller mindre bruk av alkohol. Man laster da enkeltmennesket for at de får dårlig helse, mens de bakenforliggende og viktige årsakene ligger i strukturelle forhold, som enkeltmennesket alene ikke kan gjøre noe med.

Det neste målet for primærforebyggende arbeid, som ikke klart kan skilles fra det første, er å legge forholdene bedre til rette for at folk kan leve sunt - f.eks. sykkelstier, innendørs idrettsanlegg,

røykfrie lokaler, billigere frukt og grønnsaker, tilgjengelig softmargarin og skummet melk. Når det gjelder å tilrettelegge et godt miljø går dette også på det sosiale miljøet, som uten tvil

betyr svært mye for folks vanemønster. Det er mye lettere å være i utakt med seg selv enn å være i utakt med omgivelsene. Dette har førsteamanuensis Leif E. Aarø klart vist gjennom en studie av ungdoms røykevaner. En 15-åring som lever i et røyke-positivt miljø - dvs. at eldre søsken røyker, beste venn/venninne røyker, begge foreldrene røyker og de får lov å røyke hjemme - da røyker rundt 90%. Er miljøet derimot maksimalt røykenegativt, røker bare 3%.

Og til slutt det som ofte fokuseres når det er snakk om primærforebyggende tiltak - nemlig å arbeide for å fremme vaner som gir god helse - og påvirke forhold som har sammenheng med disse vanene, slik som - kunnskap, holdning, motivasjon, mestringsevne og personlighet. Selvom disse faktorene har sammenheng med adferd, er det ikke slik at økt kunnskap nødvendigvis gir en mer positiv holdning, som så igjen fører til endret adferd. Enkelte undersøkelser viser f.eks. at røykere vet mer om røyking enn ikke-røykere.

Skal vi ha håp om å få til endringer i helsetilstanden blant befolkningen i Finnmark, må vi arbeide med alle disse målsettingene, det nytter ikke bare å satse på en av dem.

NYE MÅTER Å DRIVE FOREBYGGING PÅ

I tillegg må vi drive det forebyggende arbeidet på en annen måte, vi må ta nye midler og metoder i bruk, enn dem vi i hovedsak har benyttet de senere årene. Det er flere grunner til dette. Jeg vil peke på 4:

- 1) Både helsevaner og risiko for sykdom og død er sosialt skjevfordelt. F.eks. øker andelen som røyker med synkende utdanningslengde (Fig.3) - og risikoen for å dø av hjerte-kar sykdom er mangedobbelte i lavere sosial lag sammenlignet med akademikergruppen (Fig.4). Ved den form for helseopplysning og forebyggende arbeid vi hittil har drevet, har vi i stor grad nådd frem til høystatusgruppene - de med lang utdanning og høy inntekt. Vi har nådd dem som på denne modellen (Fig.5) er kalt innovatører, tidlige adaptører og tidlig majoritet. De utgjør rundt halvparten av befolkningen - og for dem er det relativt kort vei fra det å bli oppmerksom på en ting - f.eks. spise mer fiber, til de interesserer seg aktivt for fiber, prøver det, bestemmer seg for å bruke det - og til det blir en vane. Denne veien er mye lengre for dem som her kalles den majoritet og etterløperne. Mange av dem er nok oppmerksom på fiber - har kanskje noe kunnskap om virkningen, men har ikke prøvd. Mange av disse vil sannsynligvis heller aldri prøve uten at de blir påvirket på annen måte enn gjennom tradisjonelle holdningskampanjer via massemedia. Det skal helt andre strategier til for å få en innovatør til å endre en helsevane enn å nå frem til en etterløper. Mens de første kan plukke opp et budskap fra massemedia og handler utfra det, må de siste også ha påvirkning gjennom personlig kontakt, gjennom veiledning, gjennom gruppepress og gjennom støtte fra omgivelsene. Denne modellen er forøvrig utviklet for mange år siden av 2 kommunikasjonsforskere, men har først de siste årene blitt satt inn i en helseopplysningsammenheng.

- 2) En annen grunn til at vi må tenke nytt og gjøre ting anderledes, er at den tradisjonelle måten rett og slett ikke virker. Vi kaster bort en hel masse penger på lite effektive informasjonskampanjer. Dette har vært kritisert av forskere innenfor kommunikasjon og helseopplysning lenge. F.eks. sto det et oppslag i Aftenposten for et år siden: "Feil satsing i offentlig informasjon". To forskerne konkluderer her med at offentlige informasjonsarbeidere er altfor opptatt av å spre sitt budskap gjennom massemediene, mens det faktisk er fra venner, kolleger og familie at folk flest henter de opplysninger som de reagerer på i form av handling. Det ser også ut som de lavere sosiale lag i større grad enn høystatusgruppene stoler på og er avhengig av råd fra sitt nærmiljø. Ytterligere holdningskampanjer via massemedia, som står alene og ikke følges opp av lokale aksjoner, må på denne bakgrunn bare karakteriseres som propaganda fra myndighetenes side - for å vise opinionen at de gjør noe i forebyggende øyemed. Alt vises jo så godt når det kjøres i massemedia.
- 3) Et tredje forhold som indikerer at vi må satse anderledes, er de holdningene som vi finner ute i befolkningen. Ved en større intervju-undersøkelse i 1980 ble et representativt utvalg forelagt følgende utsagn: "Det er ingen vits i å følge kostholdsekspertenes råd, det som regnes som skadelig idag, kan like godt regnes som sunt i morgen". 52% var helt eller noe enig i dette utsagnet. Tilsvarende var 56% noe eller helt enig i følgende: "Folk flest har problemer nok uten at en skal lage flere ved å mase om alt som kan være skadelig for helsa". Disse resultatene tyder også på at en omlegning er påkrevet.
- 4) Til slutt vil jeg hevde at det er mye riktigere å drive forebyggende arbeid etter en helseutviklingsstrategi. Man unngår en rekke etiske problemer ved at det er folk selv som definerer problemene, setter opp målene, foreslår tiltakene osv. Det ligger implisitt et helt annet menneskesyn i en slik bevisstgjørende helseopplysningsmodell i forhold til en tradisjonell modell, som lett kan få preg av moralisering og indoktrinering.

I et bredt anlagt helseutviklingsprogram vil selve prosessen være noe av det viktigste. Jeg tenker på det som skjer underveis i form av engasjement, deltakelse, aktivitet og diskusjoner. At folk blir involvert skaper samhold, vennskap og trivsel. Flere og flere undersøkelser viser at dette er forhold som har helt klare sammenhenger med sykdom og død.

Gjennom nærmiljø-baserte programmer retter vi ikke bare skytsen mot den andre store sykdomsbølgen - livsstilssykdommene, men vi prøver også å forebygge den tredje - som Peter Hjørt har kalt "samlivssykdommene" eller "samproblemene" - sykdomer eller problemer som oppstår pga. mangel på samhold, solidaritet, samarbeid og støtte (Fig.6).

HØY-RISIKO STRATEGI - BEFOLKNINGSSTRATEGI

Når vi setter iverk et helseutviklingsprogram bruker vi en befolkningsstrategi (Fig.7), i motsetning til en høy-risiko strategi. Ved en befolkningsstrategi har vi hele befolkningen som målgruppe, og håper å oppnå bedre helse gjennom en forflytning av hele sykdomskurven mot venstre. Ved en høy-risiko strategi

(Fig.8) prøver vi å redusere sykdom og død blant dem som ligger dårligst an. Kurven vil da også forandre seg, men våre tiltak vil ikke komme mer enn noen ganske få tilgode. Det er mange fordeler ved å satse på en befolkningsstrategi:

1. Hjerte-kar sykdom er svært utbredt. Det er ikke bare de som har høy risiko, som dør. De fleste dødsfallene skjer faktisk blant dem som har moderat forhøyet risiko. Mens høy-risiko strategien gir stor gevinst for noen få individer, vil befolkningsstrategien ha liten betydning for enkeltindividet, men derimot gi store samfunnmessige gevinster.
2. Befolkningsstrategien er dessuten en billigere måte å oppnå mere helse på. En av forskerne som er tilknyttet det store Minnesota Heart Health Program, har regnet ut at hvert forebygget dødsfall ved en høy-risiko strategi vil koste ca. 800 dollar - altså i underkant av kr. 6000, mens det bare vil koste 1300 kroner å forebygge et dødsfall gjennom en befolkningsstrategi.

Det er imidlertid ingen motsetning mellom høy-risiko strategi og befolkningsstrategi. Vi trenger begge for å nå dem som henger etter.

ANDRE HELSEUTVIKLINGSPROSJEKTER

I tillegg til Nord-Karelen prosjektet, er vel Stanford Three-Community Study den som er mest kjent. Stanford er nå igang med en Five-Community Study, som på evalueringssiden er meget nøyaktig lagt opp. Jeg har imidlertid lyst til å fortelle litt fra et annet amerikansk "community-wide program" - nemlig et 10-års prosjekt i Minnesota. De har ikke fremkommet med noen særlige resultater enda, men metodene og midlene de bruker er godt beskrevet i et 50 talls artikler. Det er tre intervensjonskommuner og tre referansekommuner involvert i prosjektet, som har 18 vitenskapelig ansatte tilknyttet, i tillegg til 24 teknisk/administrative stillinger og 64 hel- eller deltidsansatte personer.

De har satt igang en hel rekke ulike tiltak, hvor de involverer skoler, bedrifter, helsepersonell, frivillige organisasjoner, massemedia osv. Etter 2 år har de funnet ut at 85% av befolkningen i intervensjonskommunene var oppmerksom på aksjonen. Foreløpig er det bare kommet resultater fra ett av skoleprosjektene.

Der lot de hver klasse velge en utsending til et kurs som dreiet seg om forebygging av hjerte-kar sykdom. Elevene lærte også noe om hvordan de skulle legge dette frem for sine medelever etterpå. Man bruker altså opinionsleder-prinsippet eller det markedsførerne kaller "trendsettere", samt kunnskapen om at ungdom i stor grad lærer av hverandre - av jevnaldrene - ikke av foreldre eller lærere. Resultatene fra denne skoleintervensjonen, som selvfølgelig inneholder mange flere komponenter enn den jeg har fremhevet, viser økning i kunnskap om kosthold sammenlignet med kontrollskolene.

Det var også en langt mindre økning i andelen daglig røykere i løpet av 2 år i forsøksgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen.

Et annet land som nylig har forsøkt å starte forebyggende tiltak på utradisjonelt vis er Vest-Tyskland. Der har man bevilget midler til et 8-års forskningsprosjekt som skal foregå i flere ulike byer og med forskjellige typer tiltak. Denne sterke satsningen har sitt utspring i et prosjekt som har gått over noen år i en liten by som heter Eberbach utenfor Heidelberg. Der var det en prestefru - litt tykk og misfornøyd - som begynte på et slanke-kurs - en ekvivalent til Grete Rodhe. Hun oppdaget snart at hun ikke var alene om sine vekt-problemer, og tok initiativ til en aksjonsgruppe som den dag i dag består av interesserte og innflytelsesrike mennesker innenfor organisasjons- og samfunns-liv. Dette er ikke noen demokratisk eller politisk valgt gruppe. Den består av entusiaster. Det er mulig at dette er grunnen til at prosjektet i det hele tatt har klart å markedsføre seg så effektiv som det har, og fått befolkningen til å endre endel av sine levevaner. Arbeidsgruppen har en ideologi som går på følgende: Din helse er ditt eget ansvar, sykdom er helsevesenets oppgave. De legger også vekt på at enkeltindivider trenger støtte fra omgivelsene for å ta vare på sin egen helse, og at folk må få tilgang på mer informasjon for å kunne gjøre fornuftige valg. De har også arbeidet for bedre tilgjengelighet av hensiktsmessige matvarer, joggestier, steder hvor eldre mennesker kan få lov til å spasere i fred og steder hvor ungdommer kan være sammen uten at de nødvendigvis trenger å drikke seg fulle. Gruppen har kontakt med ernæringssekspertene, med restauranter, slaktere og bakere. Det siste for å forsøke å endre sammensetningen på matvarene som blir solgt i forretningene, f.eks. mindre salt i brødet, mindre fett i pølser og opplaget kjøttmat. Restaurantene angir på menyen om kalori-innholdet i de enkelte rettene er høyt eller lavt. Alt dette for å gi innbyggere en mulighet for å velge ut fra egne forutsetninger og behov.

I tillegg til dette har arbeidsgruppen kontakt med barnehager, skoler, fagforeninger og idrettsorganisasjoner. I skolene og idrettsorganisasjonene har man lært opp folk til å måle blodtrykket på hverandre slik at alle har en ide om hvordan deres eget blodtrykk er, og slik at de eventuelt kan ta kontakt med en behandlende lege i byen. I barnehagene brukes dukketeater og leker til å innøve hensiktsmessige helsevaner, i skolene brukes helseopplysning som del av den alminnelige undervisning, f.eks. i biologi og kroppsøving. Og politikerne er involvert - ikke som underskrivere på store bevilgninger til forebyggende helsearbeid, men som gallionsfigurer - som symboler på at dette også er et offentlig ansvar. På borgermesterens kontor henger ikke oversikter over byens budsjettsituasjon, men derimot grafiske kurver som viser endring i blodtrykk, kolesterol, gjennomsnittlig kroppsvekt og høyde, samt sykdomsforekomst i byen. Jeg gadd se den ordfører i Norge som har noen særlig ide om helsesituasjonen i hans eller hennes kommune.

OPPSUMMERING

For å avslutte med begynnelsen - hva kan vi trekke ut av erfaringer fra tidligere forebyggende prosjekter, både dem jeg har beskrevet og fra andre:

1. Våre verdier er ikke nødvendigvis de samme som befolkningens.

Vi må kjenne kulturbakgrunn, normer og holdninger før vi setter igang forebyggende aktiviteter. Hvis ikke kan våre gode tiltak få motsatt effekt av forventet. Livsstil og vaner ligger nedfelt i de sosiale rammer folk lever innenfor. Folk endrer ikke adferd hvis dette kommer i konflikt med egne opplevde interesser. Det er derfor viktig å ta utgangspunkt i det folk selv mener bør gjøres for å bedre livskvaliteten. Ta folk med fra begynnelsen, ta utgangspunkt i hva de er opptatt av, la dem definere problemene, sette opp målene og foreslå tiltakene.

Selvfølgelig kan dette være risikabelt. Folk kan komme frem med problemer som slett ikke var forventet. Slik vi opplevet da vi dro inn til Malangen i Balsfjord kommune og spurte medlemmene i 6 av Nasjonalforeningens helselag hva som ville øke deres livskvalitet mest. De forslagene som kom frem under diskusjonen på det første møte, ble satt opp i et spørreskjema med avkryssingsmuligheter og distribuert rundt i nærmiljøet ved at hvert helselagsmedlem besøkte 5 familier. De avkryssede skjemaene ble sendt til Universitetet i Tromsø. Og resultatet var som jeg antydte svært uventet. Det som ville øke livskvaliteten mest var:

For det første - bedre tilbud om fysikalsk behandling, dernest det å slippe å engste seg for at ungdommen skulle komme bort i narkotika- og som nr. 3 bedre vei. Dernest kom bedre kommunikasjonsforhold, flere og bedre venner og fast arbeid/bedre arbeidsmuligheter. Denne lille piloten er belastet med vesentlige metodiske svakheter, og må ikke oppfattes som noe representativt uttrykk for malangsværingenes meninger. Men svarene er forbausende samsvarende med dem kommunelege Helge Worren finner ved en større undersøkelse i Sør-Aurdal. Folk ser ut til å definere helse mye videre enn det helsepersonell gjør og de ser ut til å se sammenhenger som vi innenfor helsevesenet ofte kunne misunne dem.

2. Folks egen medvirkning, deltagelse og involvering er sentral i enhver endringsprosess. F.eks. har arbeidskontoret i Oslo satt i gang et prøveprosjekt der langtidsledige har gått igjennom et opplæringsprogram som skulle sette dem bedre i stand til å skaffe seg en jobb selv. De arbeidet sammen i grupper, hjalp hverandre og lærte bl.a. alle knep og teknikker som skal til når man søker arbeid. Til nå har 10% av de langtidsledige skaffet seg jobb på denne måten. Det å gjøre noe selv, ta ansvar, diskutere, se resultater av innsatsen og få positiv

tilbakemeldig, er viktige momenter i ethvert utviklingsprosjekt. Jeg tror f.eks. vi kan lære noe av dem som organiserer folkebevegelser eller folkeaksjoner, f.eks. denne her:

Hva kan jeg gjøre?

- bære og spre bevegelsens jakkemerke
- diskutere med venner og kjente
- bli støttemedlem
- bli med i en lokalgruppe
- spre avisa på arbeidsplasser, skoler, i boligområder, ved postkasseaksjoner
- starte en studiesirkel sammen med andre
- si din mening i lokalpressen
- spre våre trykksaker til venner og kjente
- ta spørsmålene opp i organisasjoner hvor du er aktiv - lage informasjonsmøter, debattmøter, resolusjoner
- skrive til dine stortingsrepresentanter
- starte et lokallag

3. Folks adferd styres primært av kortsiktige konsekvenser. Folk må oppleve umiddelbare gevinster av en endring, ikke løfter om et langt liv. I et slikt utviklingsprogram som det man har tenkt på i Finnmark, må man derfor sette opp mange delmål - nære mål som det er realistisk at folk når raskt og som er observerbare. Folk må få hyppige tilbakemeldinger om hvordan det går.
4. Før jeg slutter må jeg nevne et viktig punkt til. Vi må ha som mål å øke folks trivsel og velvære, ikke bare senke kolesterol-nivået. Vi må gjennom vårt arbeid styrke folks selvtillitt, ikke påføre folk skyldfølelse. Vi må være varsomme slik at vi ikke får mange slike som Aftenposten beskrev for et år siden: Den moderne taper - mannen som ikke jogger før frokost. Mannen som ønsker seg frihet fra alt maset i hver dagen.

PRIMÆRFOREBYGGENDE ARBEID HAR SOM OPPGAVE:

... Å PÅVIRKE FORHOLD I SAMFUNNET SOM HAR
INNFLYTELSE PÅ HELSEN

- Å GI INDIVIDER OG GRUPPER BEDRE
MULIGHETER TIL Å LEVE SUNT

- Å BIDRA TIL AT ENKELTMENNESKET BLIR
BEDRE I STAND TIL Å TA VARE PÅ SIN
EGEN OG ANDRES HELSE

FAKTORER SOM PAVIRKER FOLKS HELSE (WILDAVSKY 1978).

TILTAK UTENFOR HELSETJENESTEN

- ARBEIDSPASSER
- BOLIG
- SKOLE OG UTDANNING
- SOSIAL TRYGGHET
- INNTEKTSNIVÅ
- TRAFIKK
- PERSONLIG LIVSSTIL
- FAMILIEFORHOLD
- O.S.V.

90 %

FOLKS HELSE

10 %

-DØDELIGHET
-SYKELIGHET
O.S.V.

TILTAK INNENFOR HELSETJENESTEN

- INSTITUSJONER
- LEGER
- SYKEPLEIERE
- MEDIKAMENTER
- O.S.V.

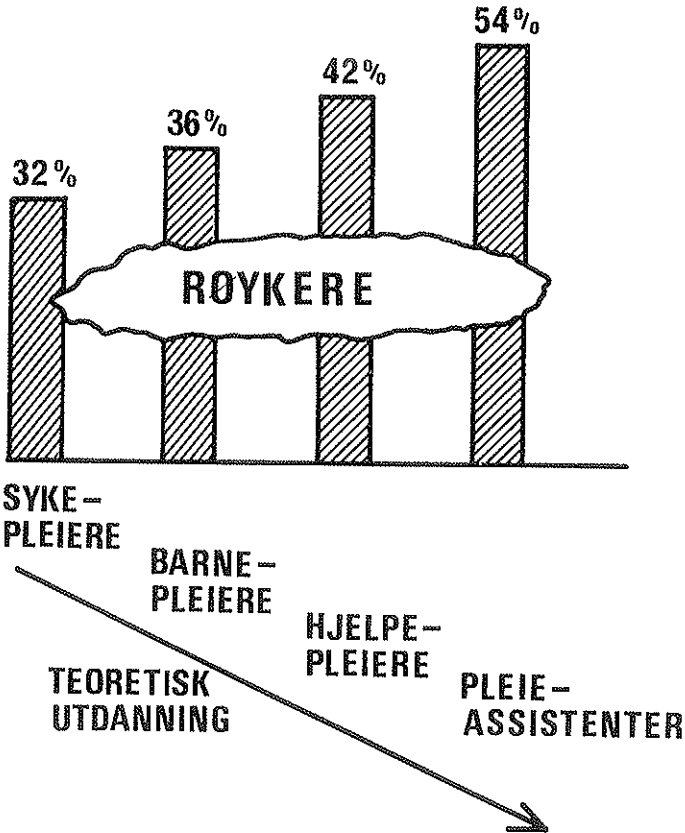
**„HELSEMESSIG RETTFERDIGHET
FINNES IKKE I NORGE I DAG ”**

OSLO-UNDERSØKELSEN:

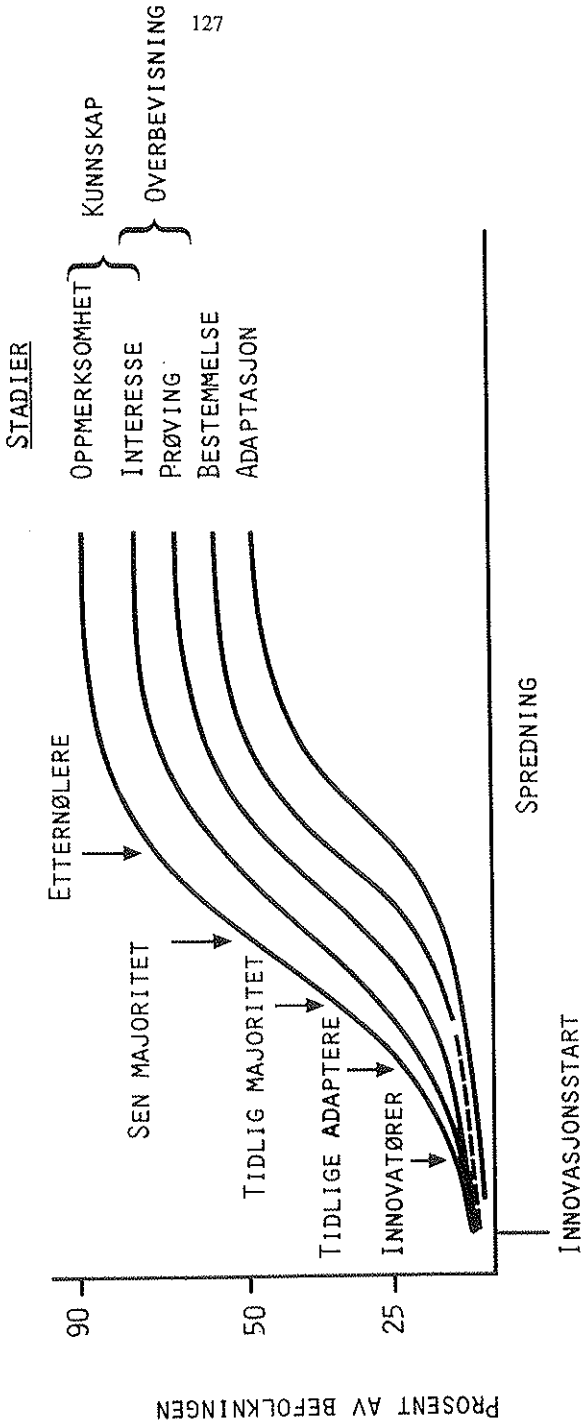
AKADEMIKERE FUNKSJONÆRER	ARBEIDERE
†	† † † † †
3-5 DOBBEL HELSE- RISIKO	

**HELSETILSTANDEN ER STERKT
AVHENGIG AV SOSIAL ARV,
UTDANNING, YRKE, INNTEKT**

RØYKEVANER:
HELSEPERSONELL : 1979



FEM STADIER AV INFORMASJONSOPPTAK OG FEM GRUPPER AV MOTTAKERE



PROSENT AV BEFOLKNINGEN

SPREDNING

INNOVASJONSSTART

90

50

25

ETTERNØLERE

SEN MAJORITET

TIDLIG MAJORITET

TIDLIGE ADAPTERE

INNOVATØRER

STADIER

OPPMERKSOMHET

INTERESSE

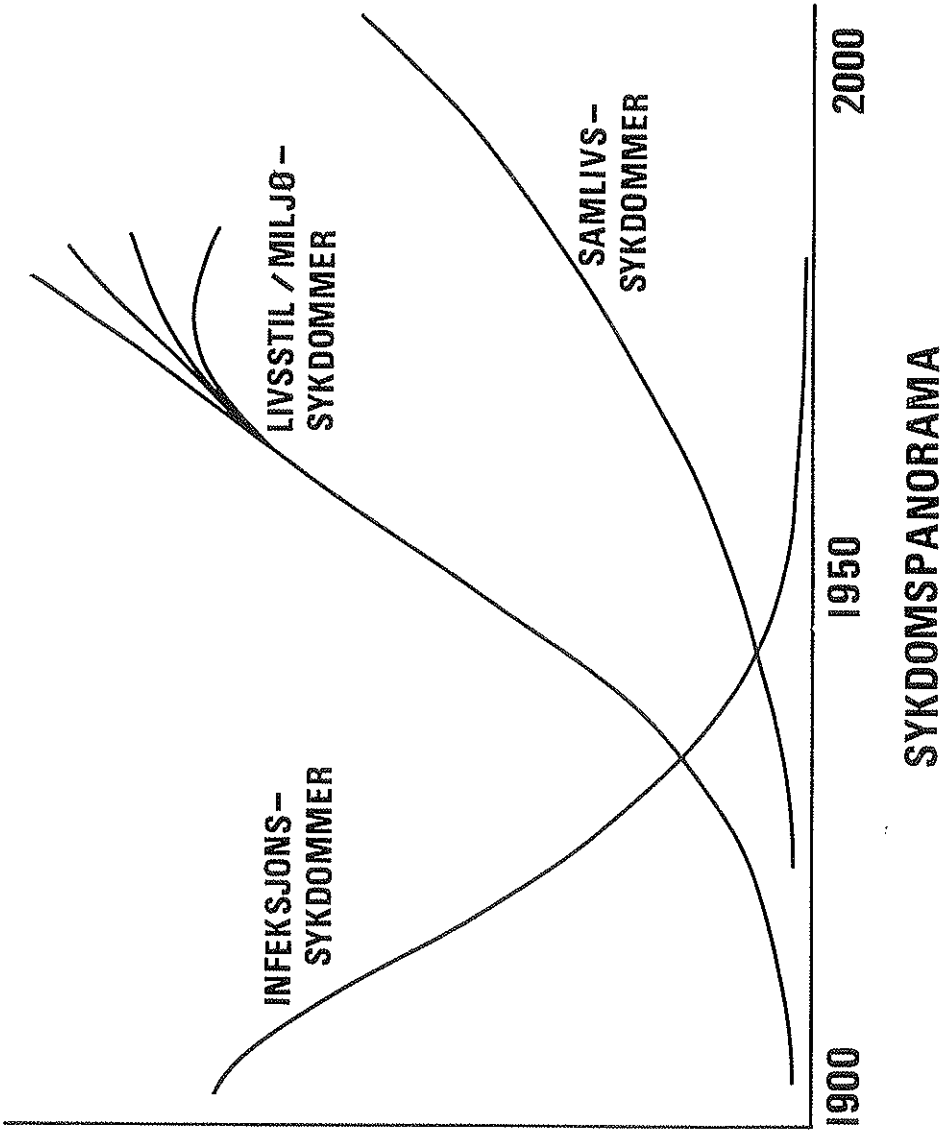
PRØVING

BESTEMMELSE

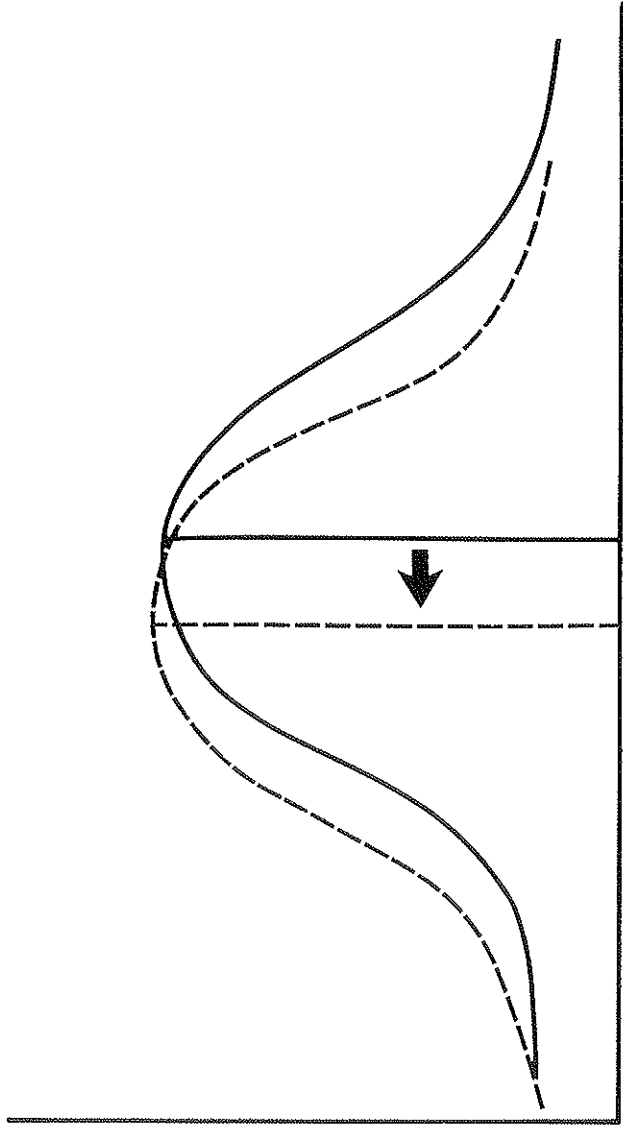
ADAPTASJON

KUNNSKAP

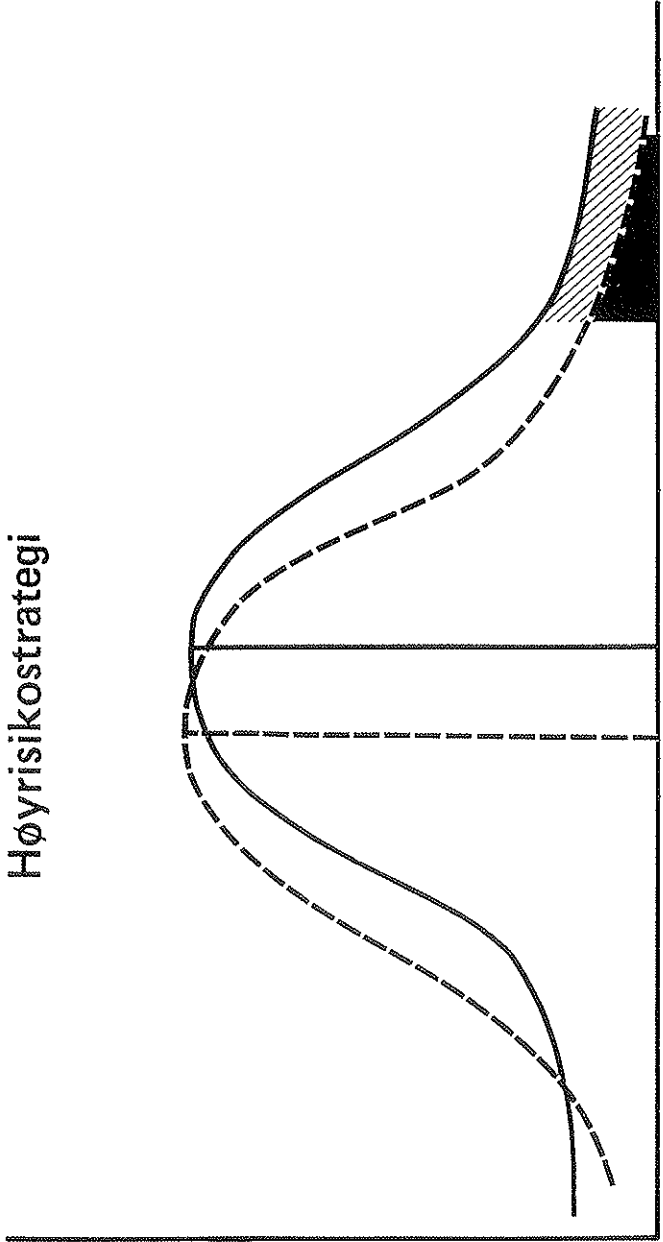
OVERBEVISNING



Befolkningsstrategi



Høyrisikostrategi



POLITISKE SYNSPUNKTER PÅ HANDLINGSPROGRAM FOR HELSEMESSIG LIKHET.

AV TOVE STRAND GERHARDSEN

Jeg vil starte med å berømme det initiativ som er tatt til å få utarbeidet et konkret handlingprogram for helsemessig likhet i en landsdel. Vi har på grunnlag av enkeltundersøkelser vært klar over at både dødelighet og sykkelighet er høyere i Finnmark enn landsgjennomsnittet. Tidligere har vi ikke fått en samlet fremstilling av dette. Nå har vi fått det og vi har også fått konkrete forslag om hva vi kan gjøre for å bedre situasjonen. Jeg synes også mottoet for handlingsprogrammet "flere og bedre år i et godt fylke" har i seg den nødvendige motivasjon og oppfordring til felles innsats for å gjøre Finnmark til et bedre fylke å bo i.

WHO's plan for "Helse for alle år 2000" bygger på likhet som en viktig forutsetning, større likhet i levekår og større likhet i helsetjenestetilbud. Som kjent har vi i Norge sluttet oss til denne strategien. Som en del av planen er det utarbeidet et eget program for sosial likhet og helse. Dette programmet tar spesielt opp at noen grupper er ekstra sårbare (grupper). Det gjelder f. eks. arbeidsløse, innvandrere og deres familier, etniske minoriteter, en-foreldre-familier, isolerte eldre og fysisk og psykisk funksjonshemmede. Programmet tar også opp ulikheter i psykisk, fysisk og sosialt velvære mellom forskjellige land, mellom ulike geografiske områder innen et land og mellom ulike grupper innen befolkningen i et land. I dette perspektivet er det handlingsprogrammet vi har fått presentert her i dag "midt i blinken".

Men også i nasjonal sammenheng treffer dette handlingsprogrammet i blinken. For oss i Arbeiderpartiet er likhet og likeverd en viktig dimensjon ved det samfunnet vi ønsker å skape, alle skal ha samme rett til utfoldelse og utvikling, til trygghet og til nærhet med andre. Vår helse- og sosialtjeneste må følgelig bygge på prinsippet om lik rett til behandling og omsorg, en rett som skal være avhengig av behov, og ikke av geografi, alder, kjønn, bekjentskaper eller egen lommebok. Denne regjering har ikke tenkt at vi skal redusere på kravene på dette området sjøl om økonomien er vanskelig. Gjennom utbygging av de offentlige tjenestene vil felleskap ta et ansvar for hverandre og for hvert enkelt menneskes velferd. Det betyr samtidig at de som har trygge og brukbare inntekter må betale til felleskapet. Et slikt verdivalg gir mindre som f.eks. jeg-dyrking og unnaluring i forhold til skattevesenet.

Rettferdig fordeling av helse- og sosialtjenestene er selvsagt viktig. Men minst like viktig er det at vi generelt har en fordelingspolitikk som tar hensyn til alle forhold som kan ha betydning for folks levekår. Vi vet nå at levekår generelt betyr svært mye for helsetilstanden i en befolkning. Helt enkelt kan vi si at livskvaliteten generelt bestemmer helsetilstanden. Livskvaliteten avhenger av så mye. Retten til arbeid. Retten til bolig. Måten bomiljøet er utformet på. Muligheten til å delta i felleskap med andre i arbeid og fritid. Nærhet og trygghet i forhold til andre mennesker. Forurensing, trafikk o.s.v. Livskvaliteten henger også sammen med måten vi tar vare på kroppen vår på. Slurver vi ved å røyke, drikke for mye, lee oss lite, ved

å rote til samlivet vårt reduseres så vel helse som livsstandars. Vi kan med andre ord redusere behovet for hjelp fra helse- og sosialtjenesten ved å være bevisste når vi utformer bomiljøene våre, ved å sikre retten til utdanning, arbeid og andre sosiale goder. Og ved å bevisstgjøre den enkelte om ansvar for egen helse.

Forebyggende arbeid skal ikke bare redusere faren for helseskade og sosiale problemer, men også være med på å skape glede, trivsel og et godt sosialt nettverk. Vi er blitt mer og mer klar over at forebygging først og fremst er en oppgave for helse- og sosialtjenesten, men en minst like viktig oppgave for andre sektorer innenfor og utenfor det offentliges ansvarsområde. Helse- og sosialsektoren må likevel ha oversikten over helsetilstanden og over risikofaktorene i det norske samfunnet. Vi må så informere og bevisstgjøre andre sektorer og foreslå tiltak som bør og kan settes ut i livet.

Sosialdepartementet arbeider for tiden med en lovproposisjon om miljørettet helsevern som skal erstatte viktige deler av Sunnhetsloven. Denne proposisjonen vil gi viktige premisser for hvordan vi skal drive forebyggende helsearbeid fremover. Proposisjonen vil inneholde en del om forebygging generelt, og materialet er basert på WHOs strategi for helse for alle år 2000.

Vi arbeider også med å følge opp forslagene fra Sosiallovutvalget til ny lov om sosiale tjenester. Også i dette arbeidet vil det bli lagt stor vekt på helseforebyggende tiltak og på å bedre grunnlaget for å drive forebyggende arbeid. Disse arbeidene vil begge sannsynligvis foreslå lovfesting av helse- og sosialsektorens ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden, sosiale problemer, risikofaktorer, og for å informere andre sektorer og foreslå tiltak.

Vi har begynt arbeidet med å lage en "Nasjonal helseplan" som skal legges fram for Stortinget, sannsynligvis i juni 1988. Denne planen skal bli det samlede dokumentet for den helsepolitikken Regjeringen vil føre, og den skal gi retningslinjer for prioriteringer framover. Planen skal inneholde en oversikt over helsetilstanden i Norge. Her vil bl. a. de forskjellige sidene ved helsemessig ulikhet bli tatt opp i sin fulle bredde. Det skal videre stilles opp målsettinger som er tilpasset Norge, og disse målsettingene blir et ledd i vårt arbeid med oppfølging av helse for alle år 2000. Planen skal være de politiske myndigheters instrument for å få samsvar mellom helsetjenestens mål og oppgaver, og de økonomiske og personellmessige ressurser som stilles til disposisjon.

I forhold til disse arbeidene jeg har nevnt, er det handlingsprogrammet som er lagt fram her idag spesielt interessant. Dere har på en måte gjort det for Finnmark som vi ønsker å gjøre på landsbasis. Handlingsprogrammet, knyttet til den planlegging som ellers skjer i fylket, bør politikerne og administrasjon et godt redskap i årene fremover.

Så til noen litt mer konkrete synspunkter på handlingsprogrammet. Som jeg allerede har nevnt, er det svært interessant og nyttig å få en samlet oversikt over helse- og sosialsituasjonen i Finnmark. Den illustrerer på mange måter det jeg var inne på innledningsvis, nemlig at sjansen for å bli syk ikke er jevnt

fordelt i befolkningen. Visse grupper og visse landsdeler er mer utsatt enn andre. Oversikten illustrerer godt ulikhetene mellom Finnmarks befolkning og landsgjennomsnittet, og også visse ulikheter innad i fylket.

F. eks. viser den største kreftundersøkelsen som noen gang er gjennomført her i landet (innslag i Dagsrevyen 8. oktober), at forekomsten av kreft er størst i Oslo, Kristiansand og Finnmark.

En viktig årsak til forskjellen i helsetilstanden er selvsagt også ulikheten i fordeling av helsetjenester. En måte å fordele rettferdig på i forhold til dette er å drive positiv forskjellsbehandling. Dette har Regjeringen lagt opp til gjennom de tiltak som er foreslått i årets statsbudsjett. Vi har der foreslått en rekke tiltak rettet mot helsesektoren, og har bare over Sosialdepartementets budsjett øremerket tiltak for 18 mill. kroner. Dette gjelder støtte til videre- og etterutdanningstiltak, dekning av en del av meromkostnadene ved de såkalte "fadderordningene", en ekstra klasse for sykepleierutdanning i Tromsø, støtte til etablering av yrkesmedisin ved Regionsykehuset i Tromsø, delvis dekning av driften av "Nye Åsgård" i en overgangsperiode og oppretting av professor II-stilling ved Universitetet i Tromsø for legespesialister med hovedstilling ved sykehusene i Finnmark.

Totalt sett summerer de spesielle satsningene overfor Finnmark seg opp til nærmere 100 mill. kroner. Av disse tiltakene kan nevnes at arbeidsgiveravgiften er redusert med ytterligere 1%, det er satt av midler til arbeidsplassutvikling i Sør-Varanger, etablering av samisk teater i Kautokeino, spesielle tiltak i barne- og ungdomspsykiatrien og etterutdanning i sykepleie, Finnmark blir en egen utdanningsregion, andre tiltak knyttet til utdanning/opplærings situasjonen i fylket som ingeniørutdanning i Alta, barnevernpedagogutdanning i Alta og bedriftsøkonomisk utdanning, forsering av barnehageutbyggingen i fylket, økt støtte til samisk utviklingsfond og Norsk sameråd, utbedringstilskudd til husstander i Nord-Troms og Finnmark og støtte til opprustning av kommunesentra. Vi mener at ulik behandling av fylker kan forsvares for å fremme likhetsprinsippet.

Oversikten over helse- og sosialsituasjonen peker på endel av de spesielle levekår dere står overfor i Finnmark, og som påvirker den helse- og sosialsituasjonen dere har i fylket. Jeg vil nevne et forhold, nemlig sesongarbeid og de konsekvenser det kan ha. Ikke bare for sesongarbeideren selv, men f.eks. også den betydning sesongarbeidet har for kvinners levekår, som ofte er de som i perioder av året er å regne som alene-foreldre.

Det foreslåtte handlingsprogrammet viser på en god måte at dersom vi skal gjøre noe med helse- og sosialsituasjonen i Finnmark, må vi samarbeide på tvers av fagområder og tradisjonelle sektor-grenser. De tiltak som er foreslått ligger like mye utenfor som innenfor helse- og sosialsektoren. Handlingsprogrammet viser også at det er helt nødvendig med en ekstraordinær satsing. Problemet blir å finne fram til gode nok tiltak og måter å møte utfordringene på. Jeg ser med spenning fram til det videre arbeid med handlingsplanen for Finnmark. Både for å se om vi nå kan lykkes i å se ting i sammenheng, og om vi i samfunnsplanleggingen greier å ta hensyn til den kunnskap vi i dag har om hva som virker inn på folks helse og sosiale problemer.

Løsningene på de enkelte utfordringene må finnes lokalt. I mange sammenhenger vil det være nødvendig å tenke nytt, prøve ut nye måter å løse oppgavene på. Jeg vil derfor nevne at vi har øremerket midler til forsøk innen eldreomsorg og også innenfor barnevernet. Her vil vi fra statens side simulere til nytenkning og forsøksvirksomhet. De erfaringene som så gjøres forsøker vi å få ut til alle andre kommuner og fylker.

Jeg sa at løsningene på de enkelte utfordringene må finnes lokalt, og jeg tror det er riktig. Men vi må jo erkjenne at enkelte av de utfordringene dere står overfor, er et felles ansvar. Det gjelder ikke minst på det området jeg jobber på, bl.a. fordeling av helsepersonell. Der har vi foreløpig ikke gode nok løsninger. Dette er et av de aller viktigste spørsmålene jeg håper å få til et samarbeid om i det nye kontaktforumet med Lægeforeningen, Sykepleierforbundet, Hjelpepleierforbundet og Kommuneforbundet. Håpet er at vi ved et nært samarbeid kan komme fram til tiltak som sikrer en rettferdig geografisk fordeling av fagpersonell innenfor helse- og sosialsektoren.

I innledningen til beskrivelsen av helse- og sosialtjenesten, har jeg også merket meg enkelte lysglimt når det gjelder helse-tjenestetilbudet i fylket. Jeg håper at disse skal bli mange flere gjennom den positive forskjellsbehandling det er lagt opp til bl. a. gjennom budsjettforslagene for 1987.

Jeg har selvsagt lagt merke til at det i handlingsprogrammet er foreslått at sentrale myndigheter bør dekke 75% av kostnadene ved arbeidet for helsemessig likhet i Finnmark, og at Sosialdepartementet er tiltenkt en samordnende rolle på sentralt hold.

Som jeg tidligere har vært inne på har jo dette nær tilknytning til flere arbeider som for tiden pågår i departementet, og vi er derfor svært interessert i å følge dette videre som endel av vårt arbeid.

Vi vil vurdere en henvendelse om vår rolle i dette i tilknytning til bl. a. arbeidet med Nasjonal helseplan. En innfallsvinkel til dette kan jo også være at arbeidet i Finnmark gis status som prosjekt/prøvefylke. Det er spesielt aktuelt siden det også er lagt opp til en evaluering av tiltakene.

Dette var noen foreløpige synspunkter som vi må komme mer tilbake til når vi får studert forslagene nærmere. Jeg vil med dette ønske lykke til for "flere og bedre år i et godt fylke".

OM HELSE OG ULIKHET

AV STEINAR ERIKSEN

Jeg vil innledningsvis gi initiativtagerne til denne konferansen ros både for å ha arrangert denne konferansen og for å ta opp den utfordring det ligger i å forbedre levealderen, levevilkårene og levestandarden til befolkningen i Finnmark, slik dette handlingsprogrammet legger opp til.

Det utkast til handlingsprogram vi har fått presentert, innleder med en situasjonsbeskrivelse som er hentet fra gjeldende helse- og sosialplan for Finnmark fylkeskommune. Helse- og sosialtjenesten i Finnmark styres etter sosialistiske prinsipper. Selvsagt fordi Finnmark i meget lang tid har vært styrt av Arbeiderpartiet og fordi landet i hovedsak har hatt regjeringer utgått fra det samme partiet. Også beskrivelsen av situasjonen i Finnmark har tatt sitt utgangspunkt i sosialistenes måte å se på verden, jeg refererer til uttrykk som "det helsemessige klasse-sammenheng".

Utgangspunktet har denne gangen ikke ført forfatterne på villspor. Situasjonen i fylket og ulikhetene, både innen befolkningen i fylket og ulikhetene i landssammenheng er korrekt beskrevet. Men beskrivelsen inviterer til å minne dere om at sosialistenes prinsipielle holdning til generelle tiltak, som har vært en rettesnor i myndighetenes arbeid, særlig innenfor denne sektoren, gir resultatulikheter. Finnmarks krav om resultatlikhet i levevilkår med resten av landet, krever selektive tiltak.

Jeg sier dette også som en velvillig støtte til Finnmark Arbeiderparti, som langt på vei har innsett at dette må gjelde for de sentrale myndigheters innsats overfor Finnmark, men som av og til møter den ideologiske veggen hos sine ledere.

Jeg kjenner meg igjen i handlingsplanens situasjonsbeskrivelse og godtar den. Ettersom jeg ikke er fagmann på området kan jeg vanskelig argumentere mot planens mer faglig/medisinske del. Men et kjernespor til forfatterne - og til konferansens deltagere blir: Er det grunn til å tro at de oppsatte målene kan nås innenfor planens rammer?

Ettersom jeg som sagt ikke er fagmann, kan jeg ikke svare på et faglig grunnlag. Men jeg minner om at folk, ikke minst i Finnmark, bruker altfor mye tobakk og rusmidler. Det kan ikke være mange som ikke vet og godtar at slikt er skadelig for helsen. Bredt anlagte kampanjer og undervisning i skolen sørger bl.a. for dette. Likevel røykes det for mye, likevel drikkes det for mye. Og likevel er kostholdet risikoskapende. Kort sagt, er det samsvar mellom målsettinger og tiltak?

Det foreslåtte handlingsprogrammet synes for meg å være bygd på tradisjonelt forebyggende helsearbeid, undersøkelser og folkeopplysning. Godt og greit kan være passende ord til å beskrive handlingsprogrammet.

Mitt hovedsynspunkt på handlingsprogrammet blir at det er godt, men kan bli enda bedre. Og bedre kan det bli hvis opplysnings-siden av programmet blir mer rettet direkte mot den enkelte innbygger.

Jeg antar den beste parallell til dette handlingsprogrammet var arbeidet for å utrydde tuberkulosen og lusa. Det var før mine dager, og hverken media, skoleverk eller organisasjonsliv var så godt utbygget som i dag. Personlig påvirkning og oppsøkende virksomhet måtte derfor ha stor plass. Selv om vi har andre og sterkere virkemidler for å nå frem til befolkningen i dag, så tror jeg at personlig påvirkning og oppsøkende virksomhet er like viktig nå som i første halvpart av dette århundre. Som jeg tidligere sa, folk røyker og drikker på tross av kampanjene, neste skritt må være å gjøre påvirkningen mer personlig.

Personlig påvirkning ivaretas riktignok gjennom skoleverket, og det står på side 10 at "skoleverket bør danne grunnstammen i helseopplysningsarbeidet". Men hvorfor ikke ta et skritt videre, jeg savner nemlig familiens og foreldrenes plass i programmet. Så derfor, resultatet blir sikkert bedre om både familien og skoleverket danner grunnstammen i helseopplysningsarbeidet.

Med henvisning til det jeg tidligere sa om behovet for selektive tiltak overfor forskjellige målgrupper, vil jeg også understreke behovet for personlig kontakt og oppsøking for å nå målsettingene.

Jeg har festet meg ved, og er noe overrasket over, den store vekt og plass forfatterne av handlingsprogrammet har gitt fylkeskommunen. Bl.a. er det sagt at "Helseaksjonsrådet må utgjøre en frittstående faggruppe administrativt tilknyttet Finnmark fylkeskommune". Det vil være nyttig å få vite om forfatterne har glemte, eller bevisst oversett at forebyggende helsearbeid er en av de fire oppgavene som er lovfestede kommunale oppgaver i henhold til den nye loven om helsetjenesten i kommunene.

Jeg tror dette lovgrunnlaget i seg selv vil gi kommunene en langt sterkere innflytelse i et slikt handlingsprogram enn forfatterne har gitt uttrykk for. Et økt kommunalt ansvar for programmet vil i sin tur også gi et økt ansvar for finansieringen av tiltakene. Lovgrunnlaget trenger hverken å få følger for gjennomføringen av programmet eller negative følger for resultatet, men må få betydning for beslutningsprosessen og planleggingen.

Jeg har et inntrykk av at dagens konferanse i første rekke har organisasjonene, fylkeskommunen og sentrale myndigheter som målgrupper. Dette tyder også på at kommunens ansvar og plass i dette arbeidet ikke er nok vektlagt.

På bakgrunn av det jeg her har sagt antar jeg at det i stor grad vil være opp til kommunene å bestemme hvordan aksjonen skal organiseres og ledes. Forslaget til handlingsprogram forutsetter et sentralt helseaksjonsråd med betydelige fullmakter. Dette kan være den riktige måten å ordne styringen på, men det kan tenkes andre modeller.

Min mening er at det ikke bør bygges opp en fylkeskommunal eller interkommunal institusjon, med et stort og pengeslukende byråkra-

ti. De pengene aksjonen kommer til å råde over må i første rekke brukes til å få budskapet frem til folk. Derfor bør man nøye vurdere om det kan finnes en alternativ styringsform med et enkelt styringsredskap for å samordne bruken av de pengene aksjonen kommer til å råde over.

Uansett styringsform er det innlysende at styringen skal være fra Finnmark og i Finnmark.

Min umiddelbare reaksjon da jeg leste handlingsprogrammet var at vellykket gjennomføring av et slikt handlingsprogram måtte være meget god forretning for kommunene i Finnmark og for fylkeskommunen. Som det fremgår av fylkets helse- og sosialplan er sykehusdriften i Finnmark drevet med bemerkelsesverdig dårlig økonomisk resultat. Å redusere sykkeligheten i Finnmark så mye som målsettingen tilsier, vil bare for fylkeskommunens ansvarsområde spare inn langt større beløp enn 4 mill. kr. årlig. Også kommunene må ha store summer å spare på en slik aksjon om målene nås.

Men vi har vel erfart at behovene på helsesektoren nærmest er uendelig store. Bare legevitenenskapen alene utvikler behandlingsmuligheter og derved behov, langt raskere enn samfunnet øker sine ressurser. De tomme senger og de andre tomrom som et vellykket resultat av aksjonen vil føre til, vil ventelig bli fylt av andre og enda mer ressurskrevende pasienter.

Dette selvsagt ikke nevnt som et argument for å droppe denne aksjonen, men for å vise at de besparelsene som et vellykket resultat av aksjonen kan føre til, ikke er noe trygt grunnlag for å finansiere aksjonen.

Jeg støtter det som står i det foreliggende forslaget om arbeidsgivernes og arbeidstagerorganisasjonenes plass i finansieringen av tiltakene. For arbeidsgiverne bør nytten av å delta økonomisk være åpenbar, men også yrkesorganisasjonene bør se et betydelig økonomisk ansvar. Etersom organisasjonene har nådd målene som dekker medlemmenes grunnleggende behov, antar jeg det er en erkjennelse innen disse av at det gode liv ikke oppnås gjennom pengepungen alene. For fagforeninger bør dette ikke være noen ny erkjennelse, og jeg minner om at arbeidet for bedre økonomi, ideologi og personlig moral gikk hånd i hånd i fag- bevegelsens tidlige år.

Jeg har tidligere påpekt at kommunens lovfestede ansvar for forebyggende helsearbeid må få følger også for aksjonens finansiering. Det foreliggende forslaget forutsetter at sentrale myndigheter dekker 75% av kostnadene og fylket/kommunene resten av de årlige utgiftene. 3 mill. kr. pr. år bør ikke være et urimelig krav til sentrale myndigheter, men vi bør også stille oss spørsmål om disse pengene kan finnes andre steder i systemet. Det er ingen grunn til å kreve hele beløpet av et hardt presset statlig sosialbudsjett, hvis mesteparten av pengene kan fremskaffes ved omdisponeringer. Jeg kan ikke nok om dette til å gi et fullstendig svar, men vil peke på noen av de kilder hvor det kan være penger å hente ved samordning, f.eks.:

- Edruskapsdirektoratet
- Arbeidslivet (AKAN)
- Skoleverket (Midler for opplysning om rusmidler og andre narkotika)
- Årlige bevilgninger for å bekjempe bruken av narkotika.

Det finnes sikkert flere kilder, og det må bli en meget viktig sak å skaffe penger ved å samordne disse midlene i denne aksjonen. Derneft får kommunene og fylket bidra med midler i henhold til ansvar og evne.

Til slutt vil det så bli Sosialdepartementets oppgave å finansiere programmet.

Jeg berører kostnadssiden ved handlingsplanen såpass overfladisk fordi jeg tror nytten av handlingsprogrammet er så stor, hvis målsettingsoppfylning kan sannsynliggjøres i tilstrekkelig grad, at finansiering av 4 mill. kr. årlig ikke vil være noen hovedsak i planleggingen og gjennomføringen av dette viktige Finnmarks-tiltaket.

Jeg ønsker alle som kommer til å arbeide videre med dette lykke til, og lover å følge opp saken fra min plass.

HELSE OG ULIKHET

AV KARL EIRIK SCHJØTT PEDERSEN

Vi har under denne konferansen fått dokumentert at helsepolitikk er noe mer enn forebyggende og kurativ medisin. Helsepolitikk dreier seg om fordeling av goder, - fordeling av livskvalitet mellom ulike grupper.

Utjamning av forskjeller mellom de ulike landsdeler og mellom ulike sosiale lag har vært en ledesnor i oppbyggingen av det norske velferdssamfunnet. Gjennom solidaritet har vi skapt et bedre samfunn for hverandre. Helsesektoren har kanskje vært det område hvor likhetstanken har hatt aller sterkeste rotfeste. Målet var å gi alle den samme medisinske trygghet uavhengig av bosted, kjønn, økonomisk- og sosial status. Likefullt har stadig nye forskningsrapporter slått fast at ulikhetene eksisterer, mellom landsdeler, mellom sosiale grupper.

De siste årene har imidlertid gitt værskifte i norsk helsepolitikk. Under den borgerlige regjeringen ble politikken på viktige områder lagt om, slik at det ikke ble skapt større likhet, men tvert imot større ulikhet. La meg nevne noen eksempler:

Vi har sett konturene av et privatisert helsevesen. Et helsevesen hvor det blir etablert et tilbud for de som har råd til å kjøpe seg forbi køene, og et helsevesen for de som ikke har råd og for de som det private helsevesen ikke ønsker å behandle på grunn av behandlingskostnadene. Dette skaper økte sosiale skillelinjer. Det blir lomneboka og ikke helsetilstanden som bestemmer hvor og når du skal behandles.

For oss i Finnmark er det imidlertid vel så viktig at det skapes økte geografiske skiller. Oppbyggingen av et privat helsevesen legger beslag på helsepersonell som ellers ville ha vært innenfor det offentlige helsevesen. Da det stort sett bare er de store befolkningssentraene som har et godt nok marked for private helsetilbud, opplever vi at helsepersonell konsentreres i senterområdene, mens personellmangelen i utkantområdene blir ennå mere følbare.

Aller verst er det at vi alle gjennom folketrygden er med på å finansiere en slik utvikling. Fiskeren i Havøysund er nødt til å være med på å betale for at velstående Oslo folk skal få et eksklusivt helsetilbud som attpåtil er med på å rive grunnlaget under helsetjenesten i Havøysund og andre Finnmarks kommuner.

Et annet eksempel er økningen i egenbetalingen for helse-tjenester. Personer som jevnlig besøker lege betalte ingen egenandel ved legebesøk før 1983. Barn og pensjonister betalte ingen egenandel for livsviktig medisin. I dag må de samme gruppene betale hundrevis av kroner i egenandel på disse tjenestene. Personer med helseproblemer har opplevd økende ulikhet i forhold til andre grupper i samfunnet.

La meg som et tredje følsomt eksempel her i fylket nevne Willoch-regjeringens innføring av fjorten dagers ventetid for fiskere som blir syk før de får rett til sykelønn. Også dette er et skrikende eksempel på helsemessig ulikhet.

Jeg kan fortsette rekka. Hovedkonklusjonen er imidlertid at helseulikhetene i Norge er blitt større de siste årene. Dette svekker tryggheten og friheten til store grupper. For det er bare hvis alle har den samme likeverdige rett og mulighet til å få dekket sine behov og løst sine problemer at de samme gruppene har reell frihet. Eller for å si som den svenske finansministeren Kjell-Olof Feldt: "Likheter er en forutsetning for at man skal kunne leve ut sine individuelle ulikheter". Og, la meg føye til Olof Palmes ord om at "Frihet når man ikke mot fellesskapet, men for en vesentlig del gjennom fellesskapet".

For å øke menneskenes frihet, for å øke menneskenes trygghet, for å øke menneskenes livsstandard er det derfor ønskelig og nødvendig å utjamne de helsemessige ulikhetene som vi ser i det norske samfunnet. Finnmark er det fylket som sterkest merker disse ulikhetene i dag.

Finnmark er det fylket som sterkest merker de geografiske ulikhetene. Vi merker at inntektsnivået, evnen til å kjøpe helse-tjenester, er mindre enn landsgjennomsnittet. Vi merker at arbeidsmiljøet er hardere, og arbeidsplassstilbudet smalere. Vi merker at utdanningsnivået og med det mange personlige ressurs-faktorer, er svakere.

Finnmark er samtidig et av de fylker som sterkest merker de sosiale ulikhetene. Vi merker at inntektsnivået, evnen til å kjøpe helsetjenester, er mindre enn landsgjennomsnittet. Vi merker at arbeidsmiljøet er hardere, og arbeidsplassstilbudet smalere. Vi merker at utdanningsnivået og med det mange personlige ressursfaktorer, er svakere.

Og, resultatene uteblir ikke, dem kan vi avlese i dødsstatistikken, i sykkelighetsstatistikken og i uførhetsgraden.

Samtidig er det også her min påstand at mange av disse ulikhets-faktorene er blitt ennå verre med årene. Helsepersonell-problemene har økt. Lønnsnivået er blitt relativt dårligere i forhold til andre deler av landet. Tilbudet av verne arbeidsplasser er blitt svekket.

Behovet for planmessig utjamning av helsemessige ulikheter er derfor påtrengende. Og, i diskusjonen om ulike levekårstiltak i Finnmark skader det ikke å minne om at levekårsrapporten slo fast at helseproblemer var det mest påtrengende levekårsproblem for Finnmarks befolkning. Jeg synes derfor det er grunn til å reise honnør for det initiativ som nå er tatt for å utjamne de helsemessige ulikheter som dette fylket opplever.

Jeg har verken ønske om eller kunnskap til å kunne gå inn i de rent helsefaglige vurderinger som ligger i programutkastet. Jeg synes like fullt det er grunn til å framheve at helsesituasjonen, både for den enkelte og i samfunnet, ikke bare påvirkes av rent medisinske tiltak. Tvert imot. Bosituasjonen, arbeidssituasjonen, fritid- og rekreasjon, fysisk og psykisk miljø, økonomi,

- ja, alt påvirker såvel fremveksten av sykdom som helbredelsen av dem. Helsepolitikk blir derfor i sin videste betydning et spørsmål om hvordan vi organiserer hele vår hverdag, vår tilværelse. Derfor må også all politisk utforming ha i seg en dimensjon som sikter mot å bedre helsetilstanden. Det er lettere å forebygge, enn å reparere.

En plan for utjamning av helsemessige ulikheter må derfor også bære i seg en plan for å utjamne mange andre ulikheter. En plan for en mer rettferdig fordeling av levevilkår.

Samtidig må planen bære i seg en erkjennelse av de mange ulike utfordringene i dette vidstrakte fylket. Fra erkjennelse av at helsesituasjonen er mest alvorlig i de mest utsatte kystområdene til en erkjennelse av at ulik etnisitet skaper ulike helseproblemer.

Men, uansett om et mer helhetlig helsebegrep er nødvendig for å forstå og løse helseproblemene, kommer en vanskelig utenom at kapasiteten og kvaliteten i selve helsevesenet er grunnfaktoren dersom en slik plan skal bli vellykket. Fylkets helse- og omsorgstjeneste må derfor bygges videre ut slik at vi kan tilby Finnmarks befolkning et like godt tilbud som befolkningen i andre deler av landet.

Jeg er derfor glad for at regjeringen i sitt framlegg til statsbudsjett har prioritert en sterk vekst i helse- og sosialtjenesten neste år. Samtidig er kommuneforvaltningens inntekter dreid slik at overføringene vokser sterkere enn skatteinntektene, noe som kommer de svakeste og mest overføringsavhengige områdene til gode. Jeg er klar over at enkelte Finnmarkskommuner kommer uheldig ut med overgangen til det nye inntektssystemet. Dette er noe som skjer uavhengig av regjeringens prioriteringer i budsjettet. Men det er all grunn til å se nærmere på utslagene i Finnmarks kommuner ved den planlagte gjennomgangen av det nye systemet.

Jeg er dessuten glad for at regjeringen vil stoppe privatiseringen av helsevesenet for å sikre personell til utkantområdene, at utdanningen av helsepersonell øker og at stimuleringstiltakene for helsepersonell i Finnmark styrkes. Jeg synes det er spesielt interessant at det nå igangsettes en desentralisert sykepleierutdanning i Finnmark. Den desentraliserte almenlæreutdanningen har vist oss at dette kan være veien å gå.

Når det gjelder personellsituasjonen vil jeg i tråd med Finnmark Arbeiderpartis årsmøte hevde at tiltak for å motivere spesielle yrkesgrupper til å søke stillinger i Finnmark gradvis bør avløses av en ordning med mer utbygde personrettede tiltak for alle fylkets innbyggere, noe som bl.a. kan skje ved en særskilt skattelette i Finnmark.

Jeg synes for øvrig det er grunn til å merke seg at regjeringen vil gjøre helse, miljø og levekårsforskning til det sjette hovedinnsatsområdet for norsk forskning.

Gjennomføringen av et program for å utjamne helsemessige ulikheter vil kreve en samordnet innsats mellom ulike faggrupper og sektorer. En rekke lovendringer de senere år har lagt forholdene

til rette for en samordning av helse- og sosialtjenesten både på kommune- og fylkesplan. Mange steder går imidlertid den praktiske samordningen noe tregere enn en kunne ønske. Jeg tror derfor det er nødvendig å erkjenne at en bedre samordning av virksomheten såvel innen helse- og sosialtjenesten, som i forhold til andre etater og organisasjoner, er nødvendig dersom vi skal nå de ønskede resultatene gjennom handlingsplanen. Det gjelder også en samordning mellom tjenester på kommunalt nivå, fylkeskommunalt nivå og på landsnivå. En slik samordning kan bli lettere ved at regjeringen nå vurderer å gjøre Finnmark til særskilt forsøkskommune eller såkalt frikommune, hvor det kan dispenseres fra regelverk som ellers kan vanskeliggjøre slik samordning.

Et handlingsprogram som det arbeidsgruppen har skissert vil kreve aktiv deltakelse fra sentrale styringsmakter, ikke minst med hensyn til finansieringen av prosjektet. Jeg går derfor ut fra at flere enn meg har merket seg sosialministerens positive signaler til en slik deltakelse. Et program for utjamning av helseulikhetene i Finnmark er da også både i tråd med Arbeiderpartiets arbeid for å utjamne forskjellene mellom ulike deler av landet og i tråd med partiets ønske om større sosial utjamning og videre utbygging av velferdssamfunnet.

Skal disse målene bli virkeliggjort for Finnmark er det imidlertid ikke tilstrekkelig med likhet i ressursinnsatsen. Ambisjonene må være likhet gir resultat, - en like god helsetilstand i Finnmark som i resten av landet. Med de store ulikhetene som er i utgangspunktet, og med de store geografiske og kostnadsmessige utfordringene vi står overfor, krever dette at de ressursene som settes inn i dette fylket må være større og sterkere enn innsatsen i andre deler av landet. Jeg tolker både sosialministerens innlegg her i dag og regjeringens klare prioritering av Finnmark i neste års statsbudsjett som et klart uttrykk for forståelse av at en slik ekstra innsats er nødvendig. Dette går også fram av den trontalen som regjeringen for kort tid siden la fram for stortinget. Ressursinnsatsen må imidlertid økes ytterligere hvis vi skal nå de mål vi har satt oss.

Avslutningsvis vil jeg både ut fra et ønske om å bedre Finnmarkingenes trivsel og levekår og ut fra et ønske om større likhet og frihet i det norske samfunnet, gi full tilslutning til de mål som programutkastet trekker opp. Gjennom samordnet innsats vil et slikt program også for Finnmark kunne virkeliggjøre de inter nasjonale målsettingene om å gi mer år til livet og mer liv til årene.

Lykke til med videre arbeid.

FAGLIGE SYNSPUNKTER PÅ "HANDLINGSPROGRAM FOR HELSEMESSIG LIKHET"

AV PETER F. HJORT

1. Innledning

Dette er en viktig konferanse som angår alle nordmenn, dels fordi Finnmark er en viktig del av Norge, og dels fordi Finnmark deler sine problemer med endel andre utkantstrøk. Det betyr at erfaringene fra Finnmark har almen interesse. Derfor vil jeg også takke for invitasjonen og for denne muligheten til å legge fram mine synspunkter.

Fem års arbeid i Nord-Norge lærte meg en viktig ting: en søring er en søring, og han bør gå stille i dørene når han er nordpå. Det er så mange ting han ikke vet og ikke forstår, at det er stor fare for at han misforstår og blir misforstått. Dessuten snakker vi om ting som er så vanskelige og så sammensatte - både faglig og politisk - at jeg må uttrykke meg forsiktig.

Jeg vil tone flagg med en gang. Jeg er enig i Handlingsprogramets mål og filosofi, fordi det bygger på solidaritet mellom menneskene og landsdelene. Jeg har imidlertid problemer med noen deler av programmet, og vi er jo samlet her for å drøfte slik tvil.

2. Visjonen

"Helse og ulikhet", er tittelen på programmet. Jeg synes dere skulle forandre den. For det første er den ikke logisk: Utgangspunktet for programmet er "Uhelse og ulikheter", og målet er "Helse og likhet". For det andre har den ingen appell til meg.

Helse er ikke alt her i verden, men likevel er helse et klokt mål å arbeide mot:

- Dels er helse et mål alle kan slutte seg til, og ingen kan være uenige i det.
- Dels får en alt annet på kjøpet, hvis en satser på helse. Det skal jeg vise om et øyeblikk.

Derfor synes jeg dere skulle beholde målet, men forandre slagordet til det som Verdens Helseorganisasjon har valgt, og jeg foreslår: "Helse for alle i Finnmark", eller til og med: "Helse for alle - også i Finnmark". Det ligger en visjon i dette som alle kan slutte seg til, og det er et flagg å selle under.

3. Forutsetninger

Før jeg går videre, må jeg si noe om forutsetningene for dette programmet. Jeg tror det er fem enkle punkter:

1. Helse er en treenighet av kropp, sinn og sosialt liv. God helse krever harmoni i denne treenigheten. Det henger sammen med at mennesket er en helhet.

2. Perspektivet i det forebyggende arbeid er hele livet, ikke minst den lange pensjonisttiden.
3. Helsen formes og påvirkes av fire sett av faktorer:
 - Levekår, dvs. utdanning, arbeid, bolig, inntekt osv.
 - Psykososiale forhold
 - Personlig livsstil
 - Helsetjenesten
4. Det er en vekselvirkning mellom disse faktorene, og det forebyggende arbeidet må drives på to plan:
 - Det ene er individet. Målet er en sunn livsstil, og midlet er helseopplysning.
 - Det andre er samfunnet. Målet er et sunt samfunn, og midlet er politikk.

Disse to planene griper også inn i hverandre. Menneskene lever i samfunn, og den enkelte står ofte ikke fritt til å velge en sunn livsstil. Derfor er de samfunnsmessige faktorer så viktige, slik WHO også understreker i sitt slagord: "Equity", dvs likhet. Dette er ikke nye tanker. For snart 150 år siden sa Rudolf Virchow - han de kalte professorenes professor - at "medisin er politikk", og derfor engasjerte han seg i politikken også.

5. Enkeltmenneskenes oppgave er å leve sunt. Vi kjenner risikofaktorene og kan stille dem sammen i oversiktlige tabeller, (tab.1) som denne. Vi kan også sammenfatte det personlige forebyggende arbeidet i enkle leveregler, og her er ett forsøk på å lage slike helsebud. (Fig.1) Det kan være uenighet om detaljer og om den vekt det skal legges på de enkelte faktorene, men i store trekk summerer dette opp hovedpunktene i det forebyggende arbeid som hver enkelt menneske må drive. Ingen av disse budene er overflødige, og i disse AIDS-tider har jeg føyet til et II. bud "Seks er bra, men en er best!"

Dette er en forutsetning for Handlingsprogrammet, slik jeg ser det. Jeg tror programmet bør få fram disse sammenhengene på en overbevisende måte. Folk må forstå at en ikke kan rive helsen løs fra levekårene og de psykososiale forhold. Men en kan heller ikke fikse helsen bare ved politiske virkemidler, hvis en ikke får enkelt-menneskene til å arbeide med sin egen livsstil.

Disse forutsetningene viser også at det er klokt å sette helse som mål for programmet, fordi en ikke kan nå dette målet uten å bedre levekår, psykososiale forhold og helsetjenesten. Det var det jeg mente da jeg sa at helse gir alt annet på kjøpet.

4. Noen kritiske synspunkter

Jeg føler at Handlingsprogrammet på mange måter trekker helsen ut av politikken og gjør oppgaven til en ren helsesak, nesten en helsetjenestesak. Dette er ikke riktig - hverken faglig eller politisk. Helse må plasseres der den hører hjemme - midt i politikken. Både befolkningen, helsepersonell og politikere må se

disse sammenhengene helt klart. Derfor må Handlingsprogrammet veves inn i Finnmarks fylkesplan og i statens politikk for Nord-Norge. For meg står og faller hele programmet med trygge arbeidsplasser, og helseargumentene bør gi en ny dimensjon til politikken her i fylket.

Handlingsprogrammet er skrevet av fire menn som alle er øvrighetspersoner på sine felt. Jeg gir dem full honnør for initiativ og ansvarsbevissthet. Likevel føler jeg at programmet bærer preg av at det planlegges et stykke arbeid "ovenfra-ned", ledet av et Helseaksjonsråd med høyt kompetente mennesker, for ikke å si menn. Jeg er betenkt over det, fordi jeg tror at arbeidet må organiseres "nedenfra-opp". Oppgaven er å engasjere enkeltmenneskene, familiene, arbeidsplassene, foreningene, lokalpressen osv. Det en planlegger, er en parallell til Mao's "Det store spranget", og det må ha rot i hvert enkelt menneske. Det må organiseres i små celler som arbeider på mikroplanet, slik at det engasjerer og aktiviserer. Selvsagt trenger en også planlegging og ledelse på makroplanet, men jeg tror en må bygge på erfaringene fra forsøk på å organisere massebevegelser. Her i landet har Nasjonalforeningen for folkehelsen bred erfaring med slike folkeaksjoner i to fylker - Sogn og Fjordane og Oppland.

Dette har stor betydning for valg av ledere, for ikke å si leder. Denne aksjonen trenger en ildsjel som forstår sammenhengene og kan engasjere folk. Ildsjelen kan være omtrent hvem som helst, bare det brenner i henne og svinger rundt henne. Samtidig må det selvfølgelig organiseres et nettverk av samarbeidende folk og instanser. Det er ikke tale om en holdningskampanje bare, selvom det er det også. Men en holdningskampanje alene vil mislykkes. Det må være politisk handling i tillegg. Derfor må administrasjon og politikere være med på laget for å bygge opp "Det store spranget i Finnmark".

Hittil har jeg snakket om samfunnsforhold og politikk. Nå går jeg over til personlig livsstil. Mitt utgangspunkt er et paradoks vi har her i Norge, nemlig de store likhetene og forskjellene mellom fylkene Finnmark og Sogn og Fjordane. (Tab.2) Disse to fylkene er begge utkantstrøk, og begge har lav inntekt og dårlig legedekning. Men Sogn og Fjordane ligger på toppen i helse, og Finnmark ligger på bunnen. Vi kjenner ikke årsakene til dette fullt ut, men det er gode grunner til å tro at de har med livsstil, psykososiale forhold og miljø å gjøre. Disse tankene sier meg at Finnmarks problemer ikke bare har med politikk å gjøre. De har også med enkeltmenneskenes livsstil å gjøre.

Dette er komplekse problemer - av flere grunner. For det første er det klart at livsstilen påvirkes av miljø og arbeid. Det er lettere for en småbruker i Sogn enn for en fisker i Finnmark å leve sunt. Poenget er bare at biologien ikke tar hensyn til disse unnskyldende momenter for fiskere i Finnmark - kanskje tvertimot. Konsekvensene kommer ubønnhørlig, slik statistikken viser. Men for det andre er det ikke opplagt at fiskerne i Finnmark er enige i de valg som småbrukerne i Sogn har truffet. Sogningene lever 5-6 år lengere, men det er ikke uten videre gitt at Finnmarkingen ønsker å prioritere dette foran den levemåte og livsstil han er vant til. Jeg antar at det smaker bedre med en dram enn med et glass skummet melk når fiskeren kommer ned i ruffen, sliten og klissvåt. Dette er problemer en må ta opp og drøfte, både med fiskeren og med hans kone.

Vil en få helsen bedre, må disse problemene settes på dagsorden. Selv om jeg antar og håper at tyske turister har hjulpet folk i Nordkapp kommune å svelge unna 99 liter øl pr. innbygger pr. år, så er alkohol og røyk alvorlige problemer i Finnmark. Vil en målet helse, må en også ville midlene. Men - midlene må velges med forstand. Jeg tror ikke medliet er å preke moral, selv om jeg har en skrekkslagen beundring for Lars Levi Lestadius og hans verk.

Jeg må også si noen ord om helsetjenesten i Finnmark. Jeg synes dere har skjønnet den i Handlingsprogrammet. Jeg er ikke i tvil om at det gjøres imponerende innsats i helsetjenesten, men vakanser, rask turnover og høyt sykefravær er et problem i Finnmark, som i andre utkantstrøk. Tiden er inne til å kreve nasjonale tiltak mot dette problemet som denne tabellen viser. (Tab.3) Jeg mener det er en nasjonal skam. Løsningen ligger ikke i å sende opp turistleger fra Sør-Norge. Det kreves ganske andre politiske virkemidler som både gjør tjenesten i Finnmark attraktiv og samtidig korer alle smutthullene i Sør-Norge. Handlingsprogrammet må ta dette spørsmålet opp i sin fulle bredde.

5. Noen forslag

Jeg tror denne planen må presenteres som det den er - en visjon for helse og likhet - "Helse for alle, også i Finnmark". Det er tale om en folkeaksjon for rettferd og helse, kanskje et "Helsens tiår". Skal en nå frem, tror jeg en må satse på disse fire punktene:

1. En må arbeide på alle de plan som Handlingsprogrammet nevner, men først og fremst må en organisere en bred folkebevegelse etter prinsippet nedenfra-opp. Dette målet må prege hele organiseringen av arbeidet.
2. Handlingsprogrammet må passes inn i en større politisk plan for Finnmark, som sikter mot likeverd og likhet med resten av landet.
3. En må finne måter å nærme seg det forebyggende arbeid for enkeltmenneskene.
4. En må få en stabilitet i helsetjenesten og trene og motivere den for forebyggende arbeid.

Jeg har tro på dette programmet, og jeg vil ønske dere lykke til i arbeidet. Hvis vår forskningsgruppe kan støtte dere på noen måte, vil vi se det som en utfordring og en stor glede.

Tabell 1.

FELLES RISIKOFAKTORER

RISIKO FAKTORER	HJERTE- OG KARSYKDOM	KREFT	ULYKKER	BELASTNINGS- SYKDOM	TUNG ALDERDOM	SAM-SYKDOM VANTRIV.
FEIL ERNERING	+	+		+	+	+
RØYKING	+	+	+		+	
HØYT BLODTRYKK	+				+	
FOR LITE MOSJON	+			+	+	+
STRESS	+		+	+	+	+
ALKOHOL	(+)	+	+		+	+
ARBEIDSMILJØ						
-FYSISK/ KJEMISK		+	+	+	+	
-SOSIALT	+		+	+	+	+
SOSIALT NETTVERK	+		+	+	+	+
INAKTIVITET	+				+	+

FIGUR 1.

HELSEVETT

1. TA ANSVAR FOR DIN EGEN HELSE
2. BRUK KROPPEN DIN
3. STUMP RØYKEN
4. MATEN ER HALVE HELSA
5. SOV DEG FRISK
6. STRESS MED VETT
7. HOLD FRED MED FAMILIEN DIN
8. UNNGÅ ULYKKER
9. VIS RESPEKT FOR ALKOHOL
10. BRUK IKKE PILLE FOR ALT SOM ER ILLE
11. SEKS ER BRA, MEN EN ER BEST

TABELL 2.

DØDELIGHET, INNTEKT OG HELSETJENESTE

	FINNMARK	SOGN OG FJORDANE	OSLO	NORGE
MIDDELLEVEETID 1976-80				
MENN	68.9	74.5	70.3	72.2
KVINNER	77.1	80.1	78.0	78.7
ALDERSSTANDARDISERT DØDELIGHET PR. 100.000				
MENN	1317	852	1182	1044
KVINNER	716	553	661	626
NETTOINNTEKT PR INNBYGGER I 1984	46.213	42.707	64.873	50.336
INNBYGGERE PR. LEGE I 1984	572	528	179	425

TABELL 3.

SPØRRERUNDE TIL ALLE NORSKE SYKEHUS, JANUAR 1986

VAKANSER

FYLKE	PROSENT	"ÅRSVERK"
FINNMARK	37.8	15.3
NORDLAND	18.8	29.1
NORD-TRØNDERLAG	16.9	10.4
TROMS	13.4	13.9
SOGN OG FJORDANE	11.7	9.0
MØRE OG ROMSDAL	6.9	9.7
HORDALAND	6.8	15.6
TELEMARK	6.7	6.7
ROGALAND	6.4	10.1
HEDMARK	6.0	6.3
SØR-TRØNDERLAG	5.7	9.0
OPPLAND	3.7	3.0
VESTFOLD	3.2	2.7
ØSTFOLD	1.3	1.6
VEST-AGDER	1.3	1.0
AUST-AGDER	1.1	0.5
AKERSHUS	0.7	0.8
BUSKERUD	0.0	0.0
OSLO	0.0	0.0

"HELSE FOR ALLE INNEN ÅR 2000" - HVORDAN PASSER HANDLINGS-PROGRAMMET INN ?

Av Marit Kromberg

Likhetstanken og ønsket om å redusere ulikhet står helt sentralt i den strategi vi sammen med de andre medlemslandene i WHO har valgt å satse på for å nå målet "Helse for alle innen år 2000". Som representant for Helsedirektoratet er det meg derfor en fornøyelse å kunne gratulere Finnmark med å være først ute med et konkret forslag til handlingsprogram for å redusere ulikhet og de helsemessige konsekvensene av ulikhet.

Etter å ha lest utkastet til handlingsplan grundig og etter å ha hørt overlege Syses presentasjon, har jeg imidlertid forstått at man så langt har tenkt å satse på en innsats i helsesektoren. Ved en sterk satsing på forebyggende helsearbeid, håper man å få mer "normale" tall for sykkelighet og dødelighet sammenliknet med resten av landet, og det har vært uttrykt håp om at lavere dødelighet skal gi bedre helse, mindre uførhet og lavere pleiebehov.

Jeg finner det derfor nødvendig å beskrive strategien for å nå "Helse for alle innen år 2000" relativt utførlig, slik at likheter og forskjeller mellom WHO-strategien og handlingsplanen kan bli tydeligere. La meg bare skyte inn at WHO ikke har noen autoritet utover den vi som medlemsland har gitt organisasjonen fra sak til sak.

I 1977 var altså Norge med på å vedta en resolusjon i Verdens helseforsamling om at arbeidet for at alle mennesker i verden skal få god nok helse til å kunne leve et sosialt og økonomisk tilfredsstillende liv, skulle være det viktigste mål for alle medlemslandenes regjeringer.

Landene i Europaregionen ba sekretariatet i WHO's Københavnkontor om å utarbeide en strategi for arbeidet. Den ble ferdig og vedtatt i 1980. Strategien går ut på å identifisere de viktigste helseproblemene som det bør OG KAN gjøres noe med, å arbeide med helseproblemene over flere innsatsområder, og å legge seks omforente prinsipper til grunn for arbeidet.

Det ble identifisert 12 helsespørsmål:

- 1 - å utjevne ulikhet
- 2 - å ta vare på det enkelte menneskes iboende ressurser
- 3 - å redusere konsekvensene av funksjonshemming
- 4 - å redusere omfanget av funksjonshemming
- 5 - å utrydde visse smittsomme sykdommer
- 6 - å øke den gjennomsnittlige levealderen
- 7 - å redusere spebarndødeligheten
- 8 - å redusere mødre- og fødselsdødeligheten
- 9 - å redusere tapte leveår p.g.a. hjerte-karsykdommer
- 10 - å redusere tapte leveår p.g.a. kreft
- 11 - å redusere tapte leveår p.g.a. ulykker
- 12 - å snu trenden i den økende selvmordshyppigheten.

Disse målene burde vi kunne nå ved å arbeide samtidig på flere innsatsområder: LIVSSTIL, MILJØFORHOLD, HELSESEKTOREN OG DEN GENERELLE POLITISKE UTVIKLINGEN.

De overordnede prinsippene som er lagt til grunn, går ut på at

- god helse har framfor alt med like rettigheter til goder å gjøre. Derfor må vi oppspore ulikhet og arbeide for å bedre forholdene for dem som er dårligst stilt.
- målet er å gi folk en subjektiv opplevelse av god helse slik at de kan få brukt sine fysiske, mentale og følelsesmessige evner. Hovedvekten må derfor legges på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (jeg sa ikke forebyggende helsearbeid);
- Forutsetningene for god helse skapes i alt vesentlig i andre sektorer i samfunnet. Helsetjenesten kan bare ta seg av en liten del av det helsefremmende arbeidet. Tverrsektorielt samarbeid er det eneste effektive middel til å fremme helse. (Samarbeidet må ikke bare gjelde nivå og arbeidsfelt innen helse- og sosialsektoren, men også industriutvikling, sysselsetning, distriktpolitikk, samferdsel, undervisning, etc.).
- helse er noe folk selv må være med på å definere og skape. "Forbrukermedvirkning" er derfor en nøkkel til vellykket arbeid;
- innenfor helsetjenesten må hovedvekten legges på primærhelse tjenesten som er der hvor folk er og som folk selv er med på å definere;
- helseproblemer estimerer ikke de grensene mennesker har satt opp mellom forskjellige land. Internasjonalt samarbeid er nødvendig.

Etter å ha vedtatt strategien, ba medlemslandene WHO's sekretariat om å bli mer konkrete. Da utarbeidet sekretariatet 38 delmål med tidshorisont, målgruppe og ønsket endring. Disse 38 delmålene ble vedtatt i Europaregionen i 1984. I november 1985 kunngjorde daværende sosialminister Heløe at Norge vil arbeide med en nasjonal helseplan, basert på "helse for alle"-strategien. I vel ett år har Helsedirektoratet arbeidet på et faglig grunnlagsdokument som belyser hvor Norge står i forhold til de 38 delmålene. Dette dokumentet er nå ferdig i manuskript, og vi håper det kan foreligge i bokform ganske snart.

Jeg har brukt litt tid på å forklare strategien, og jeg skal bruke litt mer tid på å snakke litt om delmålene.

De helseproblemer vi har valgt ut, er satt opp som de 12 første av de 38 delmålene. De skiller seg ut som en gruppe resultatomål. For arbeidet mot disse resultatene, er det innen hvert innsatsområde utarbeidet egne delmål. Innenfor hvert innsatsområde har vi 3 typer virkemidler: Informasjon - samarbeid - regelverk og ressursstyring. De forskjellige nivåer rår over forskjellige virkemidler. De forskjellige sektorene vil bruke virkemidlene forskjellig. Når vi har fått ferdig grunnlagsdokumentet, vil Helsedirektoratet måtte ta det alvorlig, og lage sin egen handlingsplan eller sitt eget strategidokument. Vi håper at alle som er her vil ta det alvorlig, hvert på sitt arbeidsfelt.

Gjennom hele delmål-dokumentet blir det understreket igjen og igjen hvor lite som egentlig kan gjøres innenfor helsesektoren for å skape helse. Et helt kapittel er skrevet for å belyse sammenhengen mellom god helse og en del grunnleggende samfunnsforhold som er en forutsetning for slik helse:

fred, ikke bare fravær av krig, men trygghet og optimisme i forhold til framtida, sosial rettighet, mat, nok mat og riktig mat, utdanning som en forutsetning for samfunnsdeltakelse og for å treffe informerte valg om egen framtid, gode boforhold og nærmiljø, trygghet for arbeid og meningsfullt arbeid, visshet om å være til nytte for noen, politisk vilje - vilje til å måle landets politikk i forhold til om den skaper helse.

Helseproblemene i et samfunn er altså beskrevet som indikatorer eller prøver på om forutsetningene for god helse er og har vært innfridd. Samtidig har helseproblemene negativ innflytelse på levekårene for den enkelte.

Hovedansvaret for å skape bedre helse og redusere ulikhet ligger utenfor helsesektoren. Alle forsøk på å bedre helsa ved en innsats i helsevesenet vil samtidig bli MEGET DYRE OG LITE EFFEKTIVE. Men når folk blir har de krav på, som et alminnelig velferdsgode, at de får en skikkelig syketjeneste.

Til tross for at Finnmark har slitt med å skaffe helsepersonell på mange områder, har fylket som helhet, altså både fylkeskommunen og kommunene klart å skape et omsorgstilbud som det står respekt av.

Det bildet vi fikk av problemene i andre sektorer den første ettermiddagen gir minst like stor anledning til bekymring, og medvirker nok tilk dårlig rekruttering i helsesektoren. En urovekkende stor andel av befolkningen uttrykker sine bekymringer over de almene levekårene ved å flytte fra Finnmark. Det forverrer i sin tur levekårene for dem som blir.

Helsetjenestens største og viktigste oppgave for å bidra til å fremme helsa, er å samle fakta om de helsemessige konsekvensene av utviklingen, og dem finner vi især ved å studere ulikhetene, og så gjøre disse kjent for alle. Det har konferansen bidratt til, og den oppgaven er blitt ordentlig tilgodesett i utkastet til handlingsprogram. Men når jeg leser om de aktivitetene som skal iverksettes, så føler jeg at det er noe som mangler i forhold til den strategien jeg har brukt så lang tid på å beskrive.

Handlingsplanen sier mest om enkeltpersoner. For å spissformulere dette, kunne jeg fristes til å si at det er lagt vekt på å lære folk hvordan de selv kan trekke seg oppetter støvlelissene, (være sin egen lykkes smed). Det er imidlertid også viktig å gi helsefremmede opplysning om hvordan folk kan gå sammen om å forstå og forandre levekårsforhold som bryter ned helsa.

Forbrukermedvirkning betyr medvirkning i planleggings- og beslutningsprosessen, ikke bare å følge helsevesenets råd om en sunn livsstil.

Dersom vi ikke har en god helse- og sosialtjeneste som er der når vi er syke og har problemer - da undergraver vi folks tillit til oss - og vi unngår den kontakten med problemene som vi trenger

for at vi skal ha noe å si til resten av verden. Det skal faktisk ikke så mye til å drive forebyggende helse-arbeid. Det som krever tid er å evaluere egen innsats, å trekke de rette konklusjonene av erfaringen, og meddele seg folk i andre sektorer.

Skoleverket kan blant annet danne grunnstammen i helseopplivningsarbeidet. Men framfor alt må skolen gi elevene kunnskaper nok til å mestre hverdagen i dag og morgendagen. Hvilken hverdag - og hvilken morgendag? Det hjelper ikke med pedagogisk teknikk hvis foreldrene er stresset på grunn av dagens arbeidsmarked, og elevene ikke ser noen mening i morgendagen. Heldigvis er ungdommen ofte optimistisk, men rusmiddelproblemenes omfang i fylket tyder på at optimismen er truet.

I utkastet til handlingsplan leser vi:

"Fiskeryrket er hardt, og mangelen på alternative arbeidsplasser bidrar til høy uførhet". Eksemplet viser et opplegg for å gjøre yrket mindre hardt. Men kanskje er det noe ved markedet som gjør det urimelig kostbart å gjøre yrket mindre hardt. Kanskje kreves det nytenkning innenfor markedet for fiske eller innenfor det totale arbeidsmarkedet.

Kort sagt: Jeg savner ord og setninger som tar dette med tverrsektorielt samarbeid på alvor.

Professor Hjort har understreket det samme i sitt foredrag, og det er tilstrekkelig for meg å gi min tilslutning til det han har sagt.

Avslutningsvis vil jeg derfor oppsummere ved å vise til at "helse for alle" -strategien ikke inneholder noe som vi i og for seg ikke visste fra før. Det "nye" er at vi oppfordres til å satse på en helhetlig strategi, på en samtidig satsing på alle innsatsområdene og i alle sektorer.

Vi vet at arbeidet med å utforme en endelig handlingsplan vil fortsette, og jeg ønsker lykke til i det videre arbeidet mot ulikhet - for helse i Finnmark.

EN OPPSUMMERING

AV NILS PETTER PEDERSEN

Iverksette

Å iverksette en plan eller et program er vanskelig. - iverksettelsen er det kritiske punkt i prosessen. En god plan som ikke blir iversatt er ingen plan - den er bare et utkast inntil den bidrar til endring.

Plan er mål

Når folkevalgte formulerer mål er de vide - og det er bra. Eks. K.E. Schjøtt Pedersen:

- Helsepolitikk er fordeling av velferd og livskvalitet

Operasjonal

Vi som iverksetterne må imidlertid gjøre målene operasjonelle. I min posisjon vil det si at fylkeskommunens helse og sosialpersonell må bidra til:

- å gi et prioritert problembilde eller m.a.o. et bilde av helsetilstand eller sykdomsbilde.
- spørre oss hva kan/bør vi gjøre?
- hva kan/bør andre gjøre?
eks: i kommunene, veivesenet, fiskarlaget og skolen

Konferansen

På denne konferansen har vi dels vært inne på helsetilstanden (problembildet) dels inne på helsetjenestens (personellet) d.v.s. vi har vært innom både mål og middel.

Ulikhet i helsetilstanden i fylket, eksempelvis innen fiskerinæringen i kyst-Finnmark og innen den samiske befolkning i forhold til fylket forøvrig, er vårt ansvar om vi med den helsetjeneste vi rår over gjør det vi kan, og likevel har nasjonal ulikhet i helsetilstanden, vil dette også være et nasjonalt ansvar.

Eksempel på situasjon, erkjennelse og nasjonale tiltak har vi i bekjempelsen av tuberkulosen - kfr. Bjartveits innlegg.

Prosjekt

Konferansens tema og gjennomføring innbyr til å tenke vidt - kanskje for vidt selv om dette fra arbeidsgruppens side ikke har vært meningen. Utkastet til handlingsprogram bør oppfattes som forslag til et prosjekt for høyere levealder knyttet til overdødelighet som følge av hjerte/kar, kreft og ulykker.

Jeg har merket meg at representantene for regjering og storting gir uttrykk for at penger ikke er en begrensning for iverksettning. Jeg tror vi må kunne supplere med at hus/bygg heller ikke er det. Begrensningen ligger i personellressursene. Her har jeg

merket meg tilbudene fra de vitenskapelige miljøer og de mer nasjonale ressursentra.

Plan/LTB

Dette prosjekt må inn i kommende vinters plan/LTB-arbeide. Dermed går prosjektet inn i en nødvendig sammenheng med felles planforutsetninger og

- næringspolitikk, utdanningspolitikk
- felles organisering av kommune-/fylkeshelsetjenester ved overføringen av som.sykehjem
- legespesialistene - still.struktur-utvalget
- vedlikehold/rekruttering av personell

Personell

Når det gjelder det siste vil jeg også understreke nødvendigheten å ta på alvor det politiske lederskaps advarsler om "elendighetsfokusering". Om å være varsom med å avdekke problem vi ikke kan eller er klar til å gjøre noe med.

Tvert om vi må ta vare på våre problemer - ikke "eksprotere råstoffet før det er videreforedlet" i fylket. M.a.o. vi må gjøre problem om til utfordrende og faglig interessante arbeidsoppgaver - og vi må vedlikeholde og rekruttere til oppgaver og ikke til stillinger.

Fotballaget

Fylkeslege Rolstad trakk i sin innledning i går paralleller til fotballspillet. Som en av laglederne vil jeg trekke frem den sentrale oppgave som ligger i å mobilisere de ressurser som ligger i laget uansett.

Om laget tidvis ikke er komplett - tilpasser man både arena, antall spillere, regler osv. Man henter gjerne inn gjestespillere fra større og bedre lag utenfor fylket - også de må vi stille pent med. Vi kan sørge for høvelige overganger internt - jeg tenker da på høyskolemiljøet i fylket, fagbevegelsen, organisasjonene o.l.

Og til slutt - om vi skulle få - "utvist" - noen spillere så hender det jo at man vinner likevel.

Arbeidsgruppe/kontorpersonale

Arbeidsgruppa og vårt kontorpersonale har gjort en god jobb. Program, innledninger og deltakelse her på konferansen har bekreftet dette - takk og honnør til de som har forberedt og gjennomført konferansen.

Vi går etter min oppfatning bedre rustet til neste omgang - vi trenger 5 minutter og hvil i garderoben - kanskje med en slurk tran og noen velvalgte linjer fra Postillen.

DELTAKERLISTE

NAVN

Aase, Asbjørn, Professor, Institutt for geografi
 Aleksandersen Isak, Personalsjef, Sydvaranger,
 Andersen Gunn-Eva, Kontorfullmektig, Universitetet i Tromsø
 Andreassen Wilfred, Nestformann, Finnmark Fiskarlag
 Balsvik Per Dagfinn, Fylkeslege, Troms
 Bersvendsen Bernt Øyvind, Ass.Fylkesrådmann, Finnmark Fylkeskommune
 Bertheussen Tor H., Finnmark Bondelag, Vardø
 Bjartveit Kjell, Overlege, Statens Helseundersøkelser
 Bjørnstad Eyvind, Prosjektsekretær, Fylkeskomiteen for Helse-
 lysning, Finnmark
 Brodwall Jørn, Kommunelege, Finnmark legeförening, Vadsø
 Brox Ottar, Professor, Norsk Institutt for By- og Regionforskning
 Bør Per Anders, Konsulent, Norsk Sameråd
 Courbat Claude, Sekretær, Prioriteringsutvalget, Sos.Dep.
 Einarsen Karin, Sekretær, Fylkesrådet for funksjonshemmede
 Ellingsen Ernst, Finnmark Fylkeslag av Norsk Revmatikerforbund,
 Hammerfest
 Enevold Sylvi, HSU-medlem, Finnmark Fylkeskommune
 Eriksen Ragnar, Informasjonskonsulent, Fylkesrådmannen i Finnmark
 Eriksen Steinar, Stortingsrepresentant, Stortinget
 Fjeldstad Erik, Rektor, Finnmark Sykepleiehøyskole
 Fløtten Erling, Leder HSU, Finnmark Fylkeskommune
 Forsdahl Anders, Professor, Universitetet i Tromsø
 Fosse Siri, Fung, Fylkeslege, Vadsø
 Fugelli Per, Professor, Institutt for almenmedisin
 Halvorsen Tor Erik, Helse- og Sosialsje, Sør-varanger
 Hansen Bjørnar, 1.konsulent, Fylkeshelsesjefen i Finnmark

Hansen Bodil, 1.Sekretær, Fylkeshelsesjefens kontor
 Haraldstad Søren, Gruppefører Finnmark Høyre, Alta
 Hansen Rpy Sture, Distriktsarbeidsjef, Honningsvåg
 Hildonen Bjørn, HSU-medlem, Finnmark Fylkeskommune
 Hillesund Erik, Fylkestannlege, Finnmark Fylkeskommune
 Hjort Peter F., Professor, Gruppe for Helsetjenesteforskning, SIFF
 Holder Arnljot, Overingeniør, Statens Vegvesen
 Holmgren Odd, Ordfører, Nordkapp kommune
 Høgsæt Rolf, Fylkeshelsesjef, Nordland Fylkeskommune
 Hågensen Thorleif, HSU-medlem, Finnmark Fylkeskommune
 Iversen Inger, HSU-medlem, Finnmark Fylkeskommune
 Jansen Jan Helge, Stortingsrepresentant, Stortinget
 Jensen Robert, Helse- og sosialsjef, Vardø kommune
 Johansen Einar, Leder Næringsutvalget, Finnmark Fylkeskommune
 Johansen Torbjørn, Fiskerisjefens kontor
 Johnsen Knut, Lege, Karasjok kommune
 Johnsen Magne, Økonomisjef, Regionsykehuset i Tromsø
 Kromberg Marit, Fagsjef, Helsedirektoratet
 Lahti Timo, Dr. National Public Health Institute, Helsinki,
 Lande Brit, Ernæringskonsulent, Fylkeslegen i Finnmark
 Langfeldt Erik, Helsesjef, Nordkapp kommune
 Langmark Frøydis, Overlege, Kreftregistret, Oslo
 Laurila Leif, LO-sekretær, Kirkenes
 Lindi Eli, Kretsleder, Norsk Sykepleieforbund, Karasjon
 Madsen Randi Nordbeck, Skoledirektør, Finnmark
 Marki Anny Gerd, Helse- og Sosialsjef, Vadsø kommune
 Meløy Kari, Fylkesutvalgsmedlem, Alta
 Midre Georges, Førsteamanuensis, Universitetet i Tromsø
 Midttun Evy Ann, Personlig sekretær, Sosialdepartementet
 Muller Elisabeth, Fylkeshelsesjefens kontor, Troms Fylkeskommune

Nilsen Gudrun, Sykepleier, Sørøysund kommune
Norvang Dag, Adm.sjef, Åsgård Sykehus
Nystad Ragnhild, Leder, Samisk Sykepleierforbund, Sykepleiehøgskolen, Tromsø
Olaussen Olga, HSU-medlem, Finnmark Fylkeskommune
Olsen Berit, Fylkeslege, Finnmark
Olsen Åge A., Administrasjonssjef, Hammerfest sykehus
Olsen Ole, Formann Hovedutvalget, Nordkapp kommune
Olsen Solbjørg, Tillitsvalgt, Norsk kommuneforbund
Ovanger Målfrid, Fylkessykepleier, Fylkeslegen i Finnmark
Pedersen Karl Erik Schjøtt, Stortingsrepresentant
Pedersen Nils Petter, Fylkeshelsesjef, Finnmark fylkeskommune
Pedersen Turid Kjellmann, Fylkesvareordfører, Finnmark fylkeskommune
Pettersen Oddrun, Stortingsrepresentant, Stortinget
Rasmussen Knut, Professor, Prioriteringsutvalget
Riise Sonja, Finnmark Fiskarlag
Rolstad Øyvind, Helsesjef, Lillehammer kommune
Samuelson Arna, Norsk Hjelpepleierforbund, Avd. Finnmark
Samuelson Kjell, Sosialsekretær, Landsorganisasjonen i Norge
Sandtrøen Lisbeth, Undervisningsleder, Lærerhøgskolen Alta
Sandvik Anne Lise, NSF. Lokalgruppe av helsesøstre, Alta Helsesenter
Skogholdt Arne, Kommunelege I, Nesseby kommune
Solberg Anne Kristine, Opplæringsleder, Fylkesrådmannen i Finnmark
Somby Per, Øyelege, Samisk legeforening
Straume Eystein, Kommunelege I, Loppa kommune
Svandal Atle, Adm.sjef, Vadsø helsesenter
Syse Aslak, Overlege, HVPU, Kirkenes
Søgaard Anne Johanne, Amanuensis, Universitetet i Tromsø
Tandberg Asbjørn, Nasjonalforeningen for Folkehelsen
Thelle Dag, Professor, Universitetet i Tromsø
Thomassen Knut, Leder Organisasjonsutvalg, Norges Fiskarlag

Trøan Arild, Sosialsjef, Nordkapp kommune

Tunby, Jan Kommunelege I, Lebesby kommune

Uchermann Arnt, Sjeflege, Kirkenes sykehus

Vassmyr Unni, Fullmektig i særklasse Fylkehelsesjefens kontor

Westlund Knut, Forskningsjef, Statens Helseundersøkelse

Weydal Andi, Amanuensis, Finnmark Distriktshøgskole, Alta

Ødegård Jan, Personalsjef, Fylkesrådmannen i Finnmark