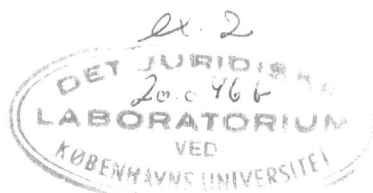


RAPPORT-SAMLING

fra

arbejdsgruppen vedr. forebyggelse, nedsat under indenrigsministeriets sundhedsprioriteringsudvalg



Denne materialesamling er blevet til på initiativ af arbejdsgruppen vedrørende forebyggelse, nedsat under prioriteringsudvalget. De enkelte bidrag, der her optrykkes uændret og uforkortet, således som de af de anførte forfattere er afleveret til arbejdsgruppen, har dannet baggrund for arbejdsgruppens overvejelser, jfr. betænkning nr. 809/1977 fra sundhedsprioriteringsudvalget, del II, kapitel III. Prioriteringsudvalget som sådant har ikke taget detaljeret stilling til de enkelte rapporter.

ISBN 87-503-2116-1

Indhold

Bilag	Side
A. Sundhedsvæsenets sygdomsforebyggelse i Danmark	5
B. Erfaringer med virkninger fra trafiksikkerhedsfremmende lovgivning	17
C. Arbejdsmiljø, rapport fra projektgruppe 1	29
D. Socialvæsenet, rapport fra projektgruppe 2	43
E. Sundhedspædagogik, rapport fra projektgruppe 3	51
F. Miljøfaktorer, rapport fra projektgruppe 4	119
G. Hjerte-karsygdomme, rapport fra projektgruppe 5	143
H. Social-psykiatri, rapport fra projektgruppe 6	199
I. Forebyggelsesrådet, rapport fra projektgruppe 7	211

»Sundhedsvæsenets sygdomsforebyggelse i Danmark«

af Ole Horwitz

Bilag A.

*Fra denne stund øv dig i blodig
færd,
min tanke, - ellers er du intet
værd,
Hamlet, 4. akt. 4. scene.*

	Side
1. Definition	7
2. Teoretiske betragtninger vedrørende sygdomsforebyggelse	7
2.1. Kriterier for at indlede profylakse	7
2.2. Diskussion	8
2.2.1. Sygdomsproblemet	8
2.2.2. Selektionsprincipper	8
2.2.3. Måling af en profylakses effekt	9
2.2.4. Udgifter	11
3. Profylaksens status i dag	12
3.1. Profylaksens art og omfang	12
3.2. Udbyttet af profylakse	14
3.2.1. Antallet af erkendte sygdomstilfælde	14
3.2.2. Mål for profylaksens effekt	14
3.3. Kontrol af profylaksens udførelse	15
3.4. Bivirkninger til profylakse	15
3.5. Omkostninger ved profylakse	15
3.6. Samlet vurdering af profylakse	16

Fra Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, Svanemøllevej 25, 2100, Kbhvn. 0.

1. Definition på sygdomsforebyggelse

Fra den klassiske oldtid og frem til dette århundredskifte havde lægen meget få muligheder for at helbrede sygdomme. Det var derfor rimeligt at anse, at vejen frem lå i et forebyggende arbejde for at forhindre de epidemier og lidelser, der hjemsøgte befolkningen. Udstødelsen af de spedalske fra samfundets fællesskab er et eksempel herpå. Men den begrænsede viden om sygdommenes årsager kombineret med de knappe ressourcer, forhindrede en bred, endsige en systematisk aktion baseret på rationelle principper. Der skete imidlertid et væsentligt brud i denne situation i slutningen af forrige århundrede. Bakterierne blev da fundet, og hermed mente man at have opdaget de smitsomme sygdommes årsag. Bekæmpelse af bakterierne og øgning af befolkningens modstandskraft gennem vaccination blev indledningen til en ny æra, hvor målet for en væsentlig del af sundhedssektoren var at forhindre, at sygdom opstod hos de udsatte.

Vaccination og effektiv behandling med penicillin og lignende lægemidler, der fremkom under og efter Anden Verdenskrig, udryddede - således var opfattelsen såvel blandt læg som lærd - infektionssygdommene. Den opfattelse bredte sig derfor, at det også var muligt at hindre andre sygdomme i at opstå. Der kunne her benyttes to forskellige principper: A) Man kunne fjerne årsagen og øge befolkningens modstandskraft. Som eksempler herpå kan nævnes, at alle børn skulle have vitamin D for at hindre »engelsk syge«, og at alle børn skulle have skolefrokost for at sikre en god ernæringstilstand. B) Man skulle behandle tilstedevæ-

rende sygdomme og symptomer i så tidligt et stadie som muligt, således at de ikke fik et alvorligt, eventuelt dødeligt, forløb. Som eksempel herpå kan nævnes de forebyggende børneundersøgelser, bedriftslægeordningen og undersøgelserne for livmoderhalskræft blandt kvinder.

Formålet med dette indlæg er at behandle de problemer, der knytter sig til de to nævnte former for profylakse inden for sundhedsvæsenet. Andre aktioner, der træffes fra samfundets side, og som har en direkte eller indirekte virkning på helbredet vil ikke blive diskuteret her; dog vil visse sider, som trafikforbedringer, boligforbedringer og miljøbeskyttelse, blive behandlet i andre dele af nærværende rapportsamling.

2. Teoretiske betragtninger vedrørende sygdomsforebyggelse

2.1 Kriterier for at indlede profylakse

For at vurdere om det ud fra et lægeligt og samfundsøkonomisk synspunkt er rimeligt at iværksætte en forebyggende indsats over for en sygdom, er der en række punkter, der på forhånd må afklares:

- a) Hvor stort et problem er sygdommen for samfundet? Hvor mange personer bliver syge om året; hvilke behandlingsmæssige konsekvenser har sygdommen med hensyn til indlæggelse, behandling osv.; hvor mange invalideres; og hvor mange dør?
- b) Er der grupper i befolkningen, der i særlig grad har risiko for at blive ramt af sygdommen? Hvis det er tilfældet, hvilke faktorer karakteriserer disse grup-

per, og hvorledes fordeler befolkningen sig på de forskellige grupper?

- c) Hvor stort er antallet af syge, der findes i de forskellige risikogrupper; hvor stor er den årlige sygelighed, invaliditetshyppighed og dødelighed i grupperne?
- d) Hvor mange af risikogrupperne opfylder kravene til en målgruppe for en forebyggende indsats:
 - 1) at gruppen skal være let at afgrænse f. eks. med edb-teknik ud fra eksisterende registre.
 - 2) at det er muligt at finde og behandle alle i gruppen. Det er velkendt, at de, der unddrager sig behandling (undersøgelse). netop er dem, der har den største sygelighed.
 - 3) at gruppen skal »producere« en væsentlig del af det samlede sygdomsproblem.
- e) Hvor effektive er de midler, man i dag har at sætte ind i det profylaktiske arbejde, vurderet både på kort og på langt sigt; hvilke bivirkninger har de?
- f) Hvad koster profylaksen?

2.2 Diskussion

2.2.1. Det første krav (2.1.a) var, at man har et sikkert kendskab til sygdomsproblemets størrelse. Dette omfatter dels en opgørelse over det antal personer, der årligt rammes, dels en opgørelse over det samlede antal syge, der i alt findes på et givet tidspunkt. Men der kræves desuden et nøje kendskab til sygdommens forløb under de eksisterende forhold. På de her nævnte områder er vores viden meget begrænset. Der eksisterer for enkelte sygdomme opgørelser, der f. eks. viser det umiddelbare forløb i tilslutning til en indlæggelse. Opgørelser, der viser forløbet over lang tid, mangler stort set, og de opgørelser, der findes, er i reglen begrænset til resultaterne for et enkelt sygehus eller en enkelt hospitalsafdeling. Dette kan bevirke en stærk forvridding af de faktiske forhold. Patienterne kan variere fra den ene afdeling til den anden, ligesom behandlingsmetoden kan variere. Endelig repræsenterer de hospitalsindlagte patienter kun toppen af isbjerget; de patienter, der ikke har søgt læge eller som udelukkende behandles i praksis, indgår ikke. Med andre ord, opgørelserne giver sygdommene en mere alvorlig

karakter end svarende til virkeligheden. Det er herunder vigtigt at fremhæve, at vores viden om det naturlige forløb af forstadierne til de kroniske sygdomme oftest er mangelfuld. En præcis viden om den hyppighed, hvormed et sådant forstadium faktisk ændres til egentlig sygdom, er nødvendig for en rationel planlægning. Hvis hyppigheden er stor, indicerer det kontrol og forebyggende behandling; hvis hyppigheden er lille, er en samfundsmæssig aktion ikke påkrævet. Der må ske en nøje afvejning af sygdomsrisikoen over for de bivirkninger, som en langvarig, måske livslang forebyggende behandling kan indebære. Det må også erkendes, at der er store og uløste problemer forbundet med at gennemføre langvarig kontrol og behandling af personer, der føler sig raske.

2.2.2. Profylakse kan baseres på to principper, det universelle eller det selektive. Det universelle indebærer, at alle tilbydes profylaksen, som det f. eks. gælder for vaccinationer. Den selektive profylakse rettes mod de grupper, hvor sygeligheden er stor. TB-undersøgelse rettes således i dag kun mod de grupper, hvor den årlige sygelighed er større end 1 pr. 1.000; udgifterne vil da ellers blive for store i forhold til udbyttet. Når man har viden om, hvordan sygdommen fordeler sig i befolkningen, kan man opstille et selektivt program efter det princip, der er vist i Tabel 1. Denne tabel belyser den årlige dødelighed af livmoderhalskræft blandt voksne kvinder i hele Danmark. Kvinderne er opdelt efter kriterierne bopæl, alder og civilstand; de er derefter underinddelt i grupper med forskellig dødelighed. For hver celle er der beregnet en årlig dødelighed, baseret på gruppens størrelse og antallet af dødsfald. Derefter er materialet således, at man begynder med dem, der har den højeste dødelighed og slutter med dem, der har den laveste. Hvis man tilrettelægger et program, der skal identificere flest mulige patienter, og som kun må omfatte 100.000 personer, begynder man ved tabellens top, og fortsætter herefter, indtil man i alt har dækket 100.000 personer. Man kan også benytte sygdomsrisikoen som indgangsnøgle. Hvis behandlingen er meget dyr eller er behæftet med mange bivirkninger, vil det være rimeligt kun at tilbyde den til personer med høj risiko. Raterne i den yderste søjle viser da, hvilke grupper programmet bør rettes mod.

Tabel 1. Fordeling af kvinder i grupper med faldende dødelighed af livmoderkræft.*)

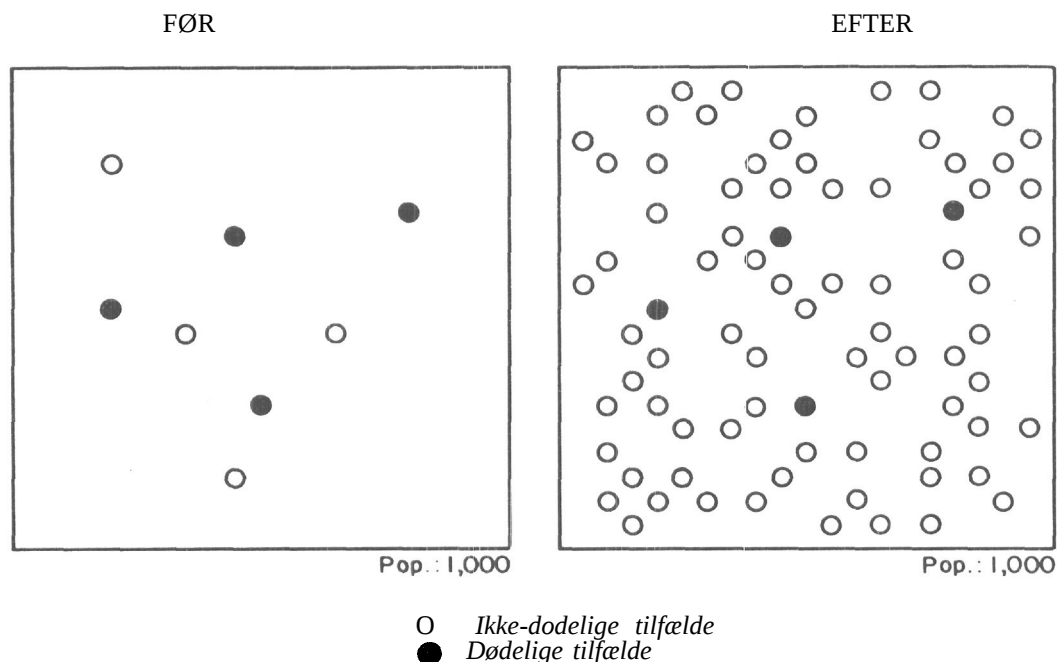
Bopæl	Alder	Ægte- skabelig stilling	Gennemsnitlig for 1961-1971		
			Antal personer i gruppen	Årligt antal dødsfald af cancer cervicis	Årlig dødelighed pr. 1000 personer
Hovedstaden	85 +	Fraskilt	180	0,2	1,0
Provinsen	70-74	Fraskilt	1.530	1,6	1,0
Provinsen	45-49	Fraskilt	4.860	3,8	0,8
Provinsen	65-69	Fraskilt	2.340	1,8	0,8
Provinsen	85 +	Gift	1.050	0,5	0,5
Hovedstaden	65-69	Fraskilt	2.700	1,4	0,5
Provinsen	85 +	Ugift	1.670	—	—
Provinsen	85 +	Fraskilt	120	—	—
I alt			1.473.000	336	0,2

*) Tabel 1 omfatter alle voksne kvinder over 30 år. Hvis det skønnes rimeligt kun at lade undersøgelsen omfatte personer i produktiv alder (d.v.s. indtil 65 år), skal kun de indgå i tabellen.

2.2.3. Måling af en profylakses effekt frembyder store problemer. Dette skal skematisk belyses ved to eksempler, som belyser forholdene for en dødelig og for en ikke-dødelig lidelse.

a) *Dødelig lidelse.* Vi tænker os, at der udføres et forebyggende sundhedsprogram rettet mod en lidelse, der kan medføre døden. Fig. 1 (venstre halvdel) viser en tænkt befolkningsgruppe på 1.000 personer.

Figur 1. Effekten af en masseundersøgelse i en hypotetisk befolkning.



Tabel 2. Samfundsmedicinsk vurdering af en masseundersøgelse.

	Før	Efter
Dødelighedsforhold for patienter	$\frac{4}{8} = 50\%$	$\frac{4}{80} = 5\%$
Dødelighed i normalbefolkningen	$\frac{4}{1.000}$	$\frac{4}{1.000}$

I den forekom 8 tilfælde af en bestemt sygdom, og heraf døde de 4. Dødeligheden blandt patienterne var således 50 pct. Lad os nu tænke os, at der udføres en masseundersøgelse i denne befolkning (højre del af figuren). Ved denne undersøgelse findes nogle tilfælde tidligere end ellers, men der findes også patienter, som normalt slet ikke ville være erkendt. Det er dels tilfælde, som ville være helet spontant eller som klinisk forløber helt stumt. Som følge heraf stiger antallet af erkendte tilfælde til 80. Det antages yderligere, at antallet af patienter, der dør, forbliver uforandret, nemlig 4. Sygdommens prognose bliver nu meget bedre idet dødeligheden blandt patienterne falder fra 50 pct. til 5 pct. Men dette er ikke en reel forbedring, idet den skyldes, at sygdomsbegrebet er blevet ændret. Set fra et samfundsmedicinsk synspunkt er forholdene fuldstændig uændrede i befolkningen; antallet af dødelige tilfælde er uforandret. Dette fremgår af tabel 2. Dødeligheden i normalbefolkningen er den samme trods massekampagnen. Med andre ord, selv om der er erkendt flere tilfælde, og selv om flere patienter er blevet sat i behandling, viser en uafhængig malestok, at befolkningens sundhedstilstand er stationær.

Værdien af at bruge denne vurderingsmetode skal illustreres med et eksempel. I 1950 blev der afholdt en folkeundersøgelse mod tuberkulose i Danmark. Der blev indbudt 3/4 million mennesker i alderen 15-34 år. En stor del af dem mødte, nemlig en halv million, mens en kvart million udeblev. Da der var udskrevet kartotekskort over begge grupper, var det muligt at følge deres dødelighed ved at sammenholde registerkortene med alle dødsanmeldelser. Det viste sig, at dødeligheden af tuberkulose blandt de mødte var meget lavere end blandt de udeblevne. Det

var rimeligt at tillægge folkeundersøgelsen en væsentlig del af denne forskel som følge af tidlig diagnose og vaccination. Det kan beregnes, at undersøgelsen i alt har hindret 50 dødsfald af tuberkulose blandt de mødte gennem de første 12 år efter folkeundersøgelsen. Der fås da følgende mål for kampagnens effektivitet, jfr. tabel 3. Når vi sætter de 50 dødsfald, der blev forebygget, i forhold til de 75 dødsfald af tuberkulose, der under normale forhold ville være opstået, blandt de mødte, fås en effekt på 67 pct. (A). Det kan imidlertid indvendes, at man i virkeligheden havde ønsket, at alle unge skulle være mødt; effekten må da vurderes ved at sætte det forebyggende antal dødsfald 1 forhold til alle tuberkulosedødsfald, der ville være opstået i hele den pågældende gruppe. Blandt dem var der i alt forventet 136 dødsfald (B). 50 hindredes, hvilket giver en effekt på 37 pct. Det vil dog være rimeligt at se, hvilken effekt det har haft som helhed at hindre de 50 dødsfald. Blandt de mødte døde i alt 4.973 af alle årsager i løbet af de 12 års follow-up (C) sat i relation hertil bliver effekten af at forebygge 50 dødsfald 1 pct. Hvis de 50 dødsfald sættes i relation til alle dødsfald i hele den befolkningsgruppe, der sigtedes mod, bliver effekten knap 1 pct. (D). Hvis man relaterer de 50 hindrede dødsfald af tuberkulose til alle TB-dødsfald, der fandt sted i hele Danmark i den samme periode (3.109), bliver effekten 2 pct. (E); og sat i relation til alle dødsfald

Tabel 3. Effekten af den danske folketuberkuloseundersøgelse.

50 forebyggede TB-dødsfald i forhold til:	Nedsættelse af dødelighed pct.
A. Forventet TB:dødsfald blandt mødte (n = 75).	67
B. Forventet TB-dødsfald blandt alle indbudte (n = 136).	37
C. Døde af alle årsager blandt mødte (n = 4.973).	1
D. Døde af alle årsager blandt indbudte (n = 8.775)	1
E. Alle TB-dødsfald i Danmark (n = 3.019).	2
F. Alle dødsfald af alle årsager i Danmark (n = 492.532).	0

af alle årsager i hele Danmark (492.523) bliver effekten 0 pct.

b) *Ikke-dødelige lidelser*. I det foregående er effekten vurderet for en sygdom, der kan lede til døden. Men mange lidelser kan ikke lede til døden; derimod forringer de livets kvalitet, som øjenssygdomme, hudlidelser og tandsygdomme. Problemerne ved at måle, hvad det betyder at udrydde dem, er ikke løst generelt, men den moderne epidemiologi råder dog over metoder, der delvis kan belyse nytten. Det skal belyses ved to eksempler. Det første viser problemer ved et sygdom-specifikt program (børnetandpleje), det andet ved et mere diffust sundhedsfremmende program, nemlig skolefrokost, ad 1: Gennem lovgivningen er det tilsikret alle skolesøgende børn, at de kan få gratis tandpleje. Effekten af dette program kan ikke måles ved det antal plomberinger, der udføres, eller det antal tænder, der rettes op. Effekten må vises gennem en langtidskontrol af de behandlede børn; hvis skoletandplejen har haft en markant virkning, vil antallet af personer, der behøver protese i voksen-alder, falde markant, ad 2: For en umiddelbar betragtning må det synes væsentligt, at børn i vækstperioden hver dag får tilstrækkelig og lodig kost. I en række kommuner søgte man, navnlig i årene omkring Anden Verdenskrig, at nå dette mål ved skolekantiner, hvor der blev uddelt gratis mælk og mad. Der findes mig bekendt ikke kontrollerede undersøgelser, der viser om, og i givet fald, hvor stor effekt dette har haft på børnenes helbredtstand. Det havde dog været muligt at få problemet talmæssigt belyst gennem »kontrollerede undersøgelser«; ved disse skulle halvdelen af skoleklasserne (eller skolerne) få skole-frokost, mens den anden halvdel skulle holdes som »kontrol« og ikke få dette tilbud. En effekt af skolefrokost ville da kunne være vurderet ved at sammenligne hornenes højde og vægt, antallet af deres sygedage, osv. i »behandlingsgruppen« og »kontrolgruppen«.

2.2.4. Det sidste punkt, der er nævnt i 2.1. er udgiften til profylaksen. Denne kan deles i følgende poster:

Etableringsudgifter

Lokaler

Instrumenter og teknisk udstyr

Direkte driftsudgifter

Lokaler

Personale

Administrativt

(Planlægning, indbydelse osv.)

Medicinsk

- Aflæsning af prøver, vaccination
- Undersøgelse af personer med mistænkelige fund
- Behandling af fundne sygdomstilfælde

Analytisk

Materialer

Vaccine etc.

EDB

Indirekte udgifter

Tabt arbejdstid for deltagere

Skader som følge af undersøgelse og vaccination

På et tidspunkt, hvor ressourcerne er begrænsede, må det kræves, at der foreligger data, der viser både virkningen af profylaksen og udgifterne hertil. Nyttetvirkningen kan herefter belyses på to måder: a) ved differencen mellem fordele og omkostninger; b) ved forholdet mellem fordele og omkostninger.

En god profylakse, der er karakteriseret ved en positiv difference og et stort ratio, bør prioriteres højt. Ved at sammenholde disse to parametre for forskellige programmer kan man klart vælge, hvilket program der er mest fordelagtigt. Der er herunder gjort den forudsætning, at der kan fastsættes en pris på de fordele, der er knyttet til profylaksen. For dødelige sygdomme og for sygdomme, der fører til uarbejdsdygtighed, kan effekten af forebyggelse gøres op i form af indvundne produktive leveår; disse kan herefter konverteres til kroner. Forholdet bliver vanskeligere, når man bevæger sig over til de ikke-dødelige lidelser som tandsygdomme og døvhed. Man skal da sætte en pris på »smerte«, »dovhed« osv. Dette vil mange vige tilbage for. I stedet vil man nøjes med at opgøre programmet ved dets effekt på sygeligheden. Her springer man over, hvor gærdet er lavest, thi skal man vælge mellem to eller flere programmer, så må deres effekt måles med samme alen. Viger man tilbage herfor, overlader man valget til den, der kan argumentere højest og længst.

3. Profylaksens status idag.

3.1. Profylaksens art og omfang.

Tabel 4. De aldersklasser, profylaksen er rettet mod; profylaksens art og omfang; personalets art.

Alder	Profylaksens art	Antal gange	Personalets art
0 år	Almen undersøgelse Vaccination Vejledning	3 5 Efter behov	Læge Læge Sundhedsplejerske
1-6 år	Almen undersøgelse Vaccination Vejledning	1 1 ¹⁾ Efter behov	Læge Læge Sundhedsplejerske
Skolepligtig alder ²⁾	Almen undersøgelse Tandundersøgelse	1 ³⁾ 2	Læge og sundhedsplejerske Tandlæge
Gravide kvinder	Almen undersøgelse	5 i alt ⁴⁾ 5 i alt (evt. flere hvis behov)	Læge Jordemoder
Voksne kvinder i fodedygtig alder	Vejledning om svangerskabsforebyggende metoder	1 i alt	Læge (i forb. med første undersøgelse efter graviditet)
Voksne kvinder ⁵⁾	Livmoderhalskræftundersøgelser	Ca. hvert 2. år	Læge/ Patologisk Institut
Voksne	Tuberkuloseundersøgelser ⁶⁾ Almen undersøgelse i forbindelse med: - ansættelse - erhvervelse af førerbevis - aftjening af værnepligt	Ca. 1 1 i alt 1 i alt 1 i alt	Lungeklinikker Læge Læge Læge
Voksne i visse virksomheder	Almen undersøgelse	Ca. 1	Bedriftslæge og sygeplejerske m.fl.

¹⁾ Vaccinationer ophører efter det 4. år.

²⁾ I nogle kommuner tilbydes børnetandpleje også til børn under skolepligtig alder.

³⁾ Obligatoriske undersøgelser hos skolelægen finder kun sted i 1., 2., 5. og 9. klasse. I de øvrige klassetrin foretager skolelægen undersøgelse efter behov; ca. 25 pct. af børnene undersøges ad denne vej.

⁴⁾ Heraf 2 efter fødsel med henblik på vejledning i svangerskabsforebyggelse.

⁵⁾ Tilbydes for tiden kun systematisk i 6 sygehuskommuner. Tilbudet rettes til forskellige aldersgrupper mellem 25 og 54 år.

⁶⁾ Efter juni 1975 skal kun særlige risikogrupper undersøges (jfr. sundhedsstyrelsens cirkulære af 1. juni 1975 om tuberkuloseundersøgelse).

Tabel 4 giver en oversigt over de grupper, der systematisk tilbydes profylakse. Profylakse omfatter i dag alle børn og en del af de

voksne i produktiv alder. Profylaksen omfatter dels almene helbredsundersøgelser (børn, gravide og arbejdere i visse virksom-

Tabel 5. Antal personer, der omfattes af de profylaktiske forholdsregler, samt undersøgelsesomfangets størrelse.

Alder	Antal personer (1975)		Antal undersøgelser (1972-73)	Udnyttelsesgrad (pct.)
0 årige ¹⁾	69.700	}	548.331 ²⁾	81 ²⁾
1-6 årige ¹⁾	435.900			
6-16 årige ¹⁾	860.200			
Alle voksne ¹⁾ (15-64 år)	3.238.200	Skolelæge Skoletandlæge Tuberkuloseundersøgelse	367.499 ²⁾ ⁴⁾ 685.000 ³⁾	ca. 100 ⁵⁾
Arbejdere i visse virksomheder ..	?		?	?
Gravide kvinder	ca. 72.000	Læge	271.799 ²⁾	6)
Voksne kvinder i fødedygtig alder	ca. 1.032.000	Jordem.	344.722 ²⁾	7)
Voksne kvinder (livmoderkræft) .	30.000 (?)		?	?

¹⁾ Danmarks Statistik: Statistisk Tabelværk 1975:V.

²⁾ Personlig meddelelse fra Sundhedsstyrelsen.

³⁾ Lungeklinikkernes virksomhed 1974, (stencil, rapport, DIKE, jan. 1976).

⁴⁾ 1973-74, tallene opgjort på grundlag af 77 pct. af totalmaterialet.

⁵⁾ Vedrører alene rutineundersøgelserne.

⁶⁾ Udnyttelse af 1. lægeundersøgelse = 100 pct.

⁷⁾ Udnyttelse af 1. jordemoderundersøgelse = 79 pct.

heder), dels undersøgelser rettet mod særskilte sygdomme (tuberkulose, livmoderhalskræft); endelig omfatter profylaksen også behandling (skoletandlægevirksomhed og vaccination). Tabel 5 belyser det antal personer, der tilbydes de profylaktiske forholdsregler. I alt var der, i 1975, 5½ million personer i de pågældende grupper; tallet bliver så stort, idet nogle personer bliver tilbudt flere former for profylakse, f. eks. både svangerskabskontrol og tuberkuloseundersøgelse. Det angivne tal på 5½ million må endda betragtes som et minimum, idet antallet af personer, der omfattes af bedriftslægeordningen, ikke er kendt. Det antal personer, der årligt undersøges, er mindst 2,3 millioner. Det samlede antal af undersøgelser er endnu højere, da visse former for profylakse indebærer gentagne undersøgelser i løbet af året; det gælder f. eks. svangerskabskontrol og spædbørnsundersøgelser. De anførte tal må betragtes som et minimum. Det skyldes dels, at det totale antal personer, som deltager i undersøgelserne, ikke kendes med sikkerhed, dels at de undersøgelser, der foregår af gravide på offentlig institution ikke indgår i statistikken. En gennemsnitlig udnyttelsesprocent af det eksisterende kan ikke angives. Udnyttelsesprocenten foreligger kun for småbørnsundersøgelser (81 pct. i 1972-73)

Tabel 6. Antal personer ansat indenfor sygdomsforebyggelse, bortset fra skoletandplejen. (De angivne tal svarer til heltidsbeskæftigede personer).

	Antal
Praktiserende læger ¹⁾	450
Hjælpepersonale hos praktiserende læger ¹⁾	450
Skolelæger ²⁾ ⁴⁾	140
Bedriftslæger	10
Lungeklinikker ³⁾	79
Læger	574
Andet personale	574
Sundhedsplejersker ⁴⁾ ⁵⁾	480
Småbørn ⁴⁾	450
Skole	450

¹⁾ Skønsmæssig går en sjettedel af en praktiserende læges tid med profylaktisk arbejde; hver praktiserende læge har ca. 1 sygeplejerske eller sekretær som hjælpepersonale.

²⁾ Der er i alt 268 skolelæger, hvoraf 218 er deltidsansat. Det svarer i alt til 140 fuldtidsansatte, idet 1 fuldtidsskolelæge dækker 5000 børn.

³⁾ Betænkning om Lungemedicinens Fremtid, 1974.

⁴⁾ Meddelt af kontorchef S. Sørensen, Sundhedsstyrelsen. Tallene refererer sig til 1975.

⁵⁾ Der er foretaget en skønsmæssig fordeling af sundheds- og sygeplejersker, der dels arbejder med småbørn, dels med skolebørn.

og skolebørnsundersøgelserne (ca. 100 pct. for rutineundersøgelserne i 1973-74).

Tabel 6 belyser, hvor meget personale der er beskæftiget inden for profylaksen. Angivelserne er behæftet med nogen usikkerhed. Det kan, som et skøn, angives, at der i alt er fuldtidsbeskæftiget 2.700 personer inden for sygdomsforebyggelsen; heraf er 700 læger, 1.500 er sundheds- og sygeplejersker, medens resten er i andre personalekategorier. Hertil kommer 1.000 tandlæger og 1.600 i andre personalekategorier, der er beskæftiget inden for børnetandplejen*).

3.2. Udbyttet af profylaksen

3.2.1. *Antallet af erkendte sygdomstilfælde*

Et mål for udbyttet af profylaktiske undersøgelser ville være det antal tilfælde af sygdom og sygdomsforstadier, der er blevet erkendt.

Medicinalberetningen giver ikke oplysning om, hvad resultatet af spædbørnsundersøgelsen har været. Blandt samtlige skolebørn blev der, i 1969, registreret i alt 8.600 tilfælde af hjertelidelse, astma, epilepsi, lamelser efter polio og af sukkersyge. Det vides ikke, hvor hyppigt det drejer sig om registrering af lidelser, der allerede er erkendt og under behandling, eller hvor ofte der er tale om, at sygdommen er erkendt for første gang. En del børn blev desuden henvist til egen læge; det var dog ofte for at fremskaffe oplysning om tidligere vaccination.

Skoletandplejen foretager indberetninger til Sundhedsstyrelsen, hvor tallene vurderes. Det angives i »Betænkningen om befolkningens tandsundhedsstatus«, at der i skolealderen opstår caries på 22 (= 15 pct.) af de næsten 140 tandflader, der er på de blivende tænder, og at en trediedel af børnene udvikler tandstillingsfejl, der kan medføre behov for senere behandling; og hvert fjerde barn får læderet en eller flere tænder ved ulykkestilfælde i skolealderen.

På lungeklinikkerne blev der i 1974 erkendt i alt 19.300 tilfælde af sygdomme eller abnorme tilstande. Dette tal må dog tages med forbehold, idet der er store svingninger fra amt til amt; svingningerne er så store, at de næppe skyldes en reel forskel i sygdommenes forekomst, men snarere skyldes en forskellig registrering. Således varierede

hyppigheden af hjertesygdomme mellem 4 pr. 100.000 og 2.420 pr. 100.000.

For de øvrige områder af profylaksen foreligger der ikke offentliggjorte publikationer om resultatet af undersøgelsen.

3.2.2. *Mål for profylaksens effekt*

I afsnit 2 er redegjort for hvorledes man - ud fra kontrollerede undersøgelser - kan vurdere en profylakses effekt ud fra det forebyggede antal tilfælde. Sådanne undersøgelser foreligger ikke for de igangværende foranstaltninger. Det kunne skyldes, at mange af de løbende foranstaltninger nu er landsomfattende; kontrol-områder, uden aktion, foreligger derfor ikke. I stedet kunne der foretages sammenligninger mellem dem, der møder, og dem, der udebliver. En god effekt af et vaccinationsprogram ville da vise sig ved, at sygeligheden var lavere blandt de mødte. Selv om der kan rejses indvendinger mod denne fremgangsmåde, kan den dog være retningsgivende og give værdifuld viden. Da denne metode ikke er anvendt, må man gå andre veje, hvis man vil søge at vurdere effekten af den løbende profylakse. Således kunne det undersøges, hvorledes sygeligheden i befolkningen har ændret sig, efter at man har introduceret profylaktiske forholdsregler. Hvis man ser på antallet af poliotilfælde, der er rapporteret efter at denne vaccination blev indført, er dette meget nær nul; det kan tyde på en positiv effekt. Hvad angår andre sygdomme, fremgår det af afsnit V i kapitel II »Hovedtendenser i udviklingen af sundhedsvæsenet og sygdomsbilledet«, i Del II i prioriteringsudvalgets betænkning, at sygdomsstatistikken er mangelfuld, og at en relevant sammenligning gennem tiden ikke kan foretages. Tilbage bliver derfor kun at vurdere profylaksens effekt på dødeligheden. Det omtalte afsnit V viser, at spædbørnsdødeligheden allerede var begyndt at falde fra århundredeskiftet, og at størstedelen af det fald, der er indtrådt i tidens løb, fandt sted, før de systematiske spædbørnsundersøgelser og vaccinationer blev indført. Det samme forhold gælder skolebørn, blandt hvem dødeligheden var jævnt faldende i dette århundrede indtil 1950.

Inden for tandlægesektoren foreligger

*) Selvom børnetandplejen har et profylaktisk sigte, og selvom en del af arbejdet er direkte profylakse, går en væsentlig del af personalets tid med behandling.

ikke opgørelser, der viser langtidseffekten af skoletandplejen.

3.3. Kontrol af profylaksens udførelse

Foruden at undersøge hvilken sygdomsforebyggende effekt profylakse har, er det væsentligt at kontrollere, om arbejdet i marken udføres efter de etablerede normer. Såvidt det vides, udføres der kun en løbende kontrol inden for BCG-vaccinationens område, ligesom det af Medicinalberetningen fremgår, i hvilken udstrækning skolebørn er blevet vaccineret.

Blandt skolebørn var. alle, på nær 2 pct., koppevaccineret. Difterivaccination var gennemført i fuld udstrækning for alle børn på nær 4 pct.; det samme gjaldt for polio vaccination. Det gjaldt, som helhed, at procentdelen, der ikke var vaccineret, var højest i 1. klasse, og lavest i 7. klasse. Vaccinationsprocenten var ensartet i de forskellige amter for den lovbestemte koppevaccination. Derimod varierede procentdelene for difteri og polio fra amt til amt. Procentdelen, der ikke havde gennemført difterivaccination, var således 4 pct. i København mod 7 pct. i Københavns amt.

3.4. Bivirkninger til profylakse

Ethvert lægeligt indgreb er forbundet med risiko. Størrelsen af denne risiko kan kun vurderes ved at sammenligne hyppigheden i en behandlet gruppe med hyppigheden i en ubehandlet kontrolgruppe. Det er sjældent, at sådanne undersøgelser er udført; som følge heraf mangler en eksakt viden om komplikationshyppighed.

De gængse vaccinationer i Danmark omfatter difteri-, stivkrampe-, kighoste-, koppe-, polio- og BCG-vaccination. Disse vaccinationer kan give anledning til dødsfald hos personer, der er overfølsomme eller stærkt svækkede. Det skønnes, at BCG-vaccination forårsager omkring 1 dødsfald pr. 1 million vaccineret. Polio-vaccine kan give anledning til lammelser med en hyppighed, der er af samme størrelsesorden. Koppevaccination kan give anledning til dødsfald eller varig hjerneskade; risikoen herfor er ca. 2,5 pr. 1 million vaccineret.

Enkelte lægelige undersøgelser er dog også i sig selv behæftet med bivirkninger; således indebærer røntgenundersøgelser både en personskeade (en let øget kræfthyp-pighed) og en skade på arvemassen. Komplikationer til almindelig helbredsundersøgelse opstår snarere som en sekundær virkning: En person sendes på grund af et mistænkeligt fund til videre undersøgelse på hospital. Selv om personen her findes at være helt rask, vil enkelte alligevel udvikle en livslang sygdoms-neurose.

3.5. Omkostninger ved profylaksen

Omkostningerne ved profylaksen udgøres dels af etableringsudgifter, dels af driftsudgifter, jfr. 2.2.4. Hvad angår etableringsudgifterne findes ingen samlet opgørelse; en detaljeret opgørelse over driftsudgifterne mangler ligeledes.

Med baggrund i de kommunale budgetter kan det offentliges udgifter til de forebyggende sundhedsmæssige foranstaltninger i 1975-76 anslås til 150 mill. kr.*). Udgifterne til børnetandpleje, der for 1975-76 var budgetteret til ca. 400 mill. kr., er ikke medregnet.

De profylaktiske forholdsregler indebærer imidlertid også et produktionstab for samfundet. Det opstår gennem den tid, som befolkningen må anvende på at gå til undersøgelse; som eksempler kan nævnes forældre, der skal bringe deres børn til læge eller som skal afvente sundhedsplejerskens hjemmebesøg, og voksne, der skal gå til undersøgelse på lungeklínik eller hos bedriftslæge. Der foreligger ikke tal, der belyser dette tidsforbrug. Det følgende må derfor kun betragtes som en teoretisk beregning. Tabel 5 viste, at der årlig foretages 548.331 børneundersøgelser; 685.000 tuberkuloseundersøgelser; 616.521 svangerskabsundersøgelser; og godt 30.000 undersøgelser for livmoderhalskræft. Hvis der inden for de nævnte områder gælder det samme tidstab som for tuberkuloseundersøgelser, nemlig at det hver gang koster den pågældende omkring 2 timer, bliver der ialt tale om et tab på 3.8 mill. timer; sættes hver time til 50 kr., betyder det et samlet tab på 190 mill. kr.

*) Hertil kommer udgifterne til vaccineproduktion på seruminstitutet; denne udgift kan ikke bedømmes, da det ikke vides, hvor stor en del af personalet, der beskæftiges hermed.

3.6. Samlet vurdering af profylaksen

En rationel vurdering af profylaksen, hvor man sammenholder omkostninger med udbytte, må forudsætte kendskab til disse tal. Da ingen af tallene foreligger, kan en sådan vurdering ikke foretages.

Den manglende mulighed for at foretage en vurdering af omkostninger og udbytte er ikke et specifikt problem for profylaksen, men gælder generelt for hele sundhedssektoren, herunder også sygehusvæsenet.

Notat nr. 130

Erfaringer med virkninger af trafikssikkerhedsfremmende lovgivning

Udarbejdet af rådets sekretariat på foranledning af indenrigsministeriets prioriteringsudvalg.

Indhold	Side
1. Metoder ved måling af trafikssikkerhedsmæssige virkninger	19
2. Omregning mellem den officielle statistik og hospitalsbelastning	19
3. Erfaringer med virkninger af trafikssikkerhedsfremmende lovgivning	20
3.1. Et svensk forsøg på en vurdering af en samlet trafikssikkerhedspolitik ...	20
3.2. Amerikanske bestræbelser m.h.t. konstruktive forbedringer af personbiler	23
3.5. Danske undersøgelser.	24

Sammenfatning

I litteraturen vedr. virkninger af færdselssikkerhedsfremmende lovgivning m. v. er virkningerne næsten altid opgjort i enheder af tilskadekomne eller dræbte personer, mens de direkte konsekvenser for sundhedsvæsenet kun undtagelsesvis er berørt. Det er muligt med tilnærmelse at omregne fra disse enheder til hospitalssengedage og skadestuebehandling ud fra generelle undersøgelser over hospitalsindbragte trafikskadede.

Et svensk forsøg på skitsering af en egentlig trafikssikkerhedspolitik referes. Svaghe-

den heri er utilstrækkelige data til forudberegning af konsekvenserne.

Amerikanske bestræbelser omkring motorkøretøjslovgivning omtales tillige med en ret omfattende kritik heraf.

Nogle danske eksempler på forsøg på effektivmåling af lovgivning m. v. omtales.

Et fremtrædende problem i færdselssikkerhedsarbejdet er, at det i mange tilfælde er muligt for trafikanterne gennem uhensigtsmæssig adfærd at eliminere de tilstræbte gunstige virkninger af en lovgivning. Data antyder, at dette faktisk finder sted i flere sammenhænge.

1. Metoder til måling af trafikikkerhedsmæssige virkninger

Det vil som regel være ønskeligt at kunne bedømme den sikkerhedsmæssige virkning af ændringer i færdselsloven, af konkrete vejreguleringer, af større anlægsarbejder el. lign.

Meget ofte vil det imidlertid kræve en omfattende dataindsamling både før og efter foranstaltningen, så omfattende at det bliver økonomisk eller praktisk uigennemførligt. I andre tilfælde - f. eks. ved mindre vejreguleringer - er den tilstræbte virkning målt i antal uheld pr. år så lille, at en optælling af uheld bliver intetsigende, på grund af tallenes tilfældige variation. Selv om man principielt bør søge risikoen målt ved de faktiske uheld, har man - på grund af vanskelighederne ved de trods alt små tal - søgt andre metoder til at måle ændringer i færdselsrisikoen.

Den risikoreducerende virkning af en lovændring eller en vejregulering vil ofte fremkomme ved, at foranstaltningen *påvirker trafikanternes adfærd i en gunstig retning, således at kritiske situationer opstår sjældnere.*

I dette tilfælde åbnes der principielt to muligheder for at måle risiko (bortset fra optælling af uheld) nemlig:

1. måling af ændringer i trafikal adfærd,
2. optælling af kritiske situationer, hvor uheld ikke indtraf (»Near accidents«).

Ad 1. De adfærdsændringer, som tilsigtes i en konkret sag, vil ofte være ret lette at måle (stort antal observationer på kort tid). Problemet er, om den adfærdsændring, der tilstræbes, faktisk nedsætter risikoen. Vor viden er svag på dette punkt.

Ad 2. Fordelen er, at også »Near accidents« er langt hyppigere end egentlige uheld, og at man hurtigere får et risikomål. Problemet er, at »Near accidents« er vanskelige at definere, således at observationer sjældent bliver reproducerbare.

Konklusionen af disse betragtninger er, at måling af risikoændringer er en kompliceret sag. Dette er i hvert fald en del af forklaringen på, at man så ofte har afstået fra at søge at måle risikoændringer.

2. Omregning mellem den officielle statistik (politirapporterede uheld) og hospitalsbelastning

Det er ved flere undersøgelser i Danmark og i vore nabolande påvist, at ikke alle personskader ved færdselsuheld rapporteres i den officielle uheldsstatistik. Man har fundet i disse undersøgelser, at færdselsdrab rapporteres fuldstændigt i den officielle statistik, at hospitalsindlagte rapporteres for omkring to trediedele vedkommende og at lettere skader (skadestuebehandlede) rapporteres for omkring en trediedels vedkommende. Tallene varierer lidt i de forskellige undersøgelser. Et almindeligst træk er, at rapporteringen er mere fuldstændig, hvor to eller flere parter er impliceret, end når kun en part er impliceret, og den er mere fuldstændig, hvor motorkøretøjer er impliceret, end hvor kun de lettere trafikanter er impliceret, (litt. 14 og 15).

For overslagsmæssige vurderinger kan man efter disse erfaringer regne på følgende måde fra den officielle statistik til hospitalsbelastning:

Antal dræbte regnes fuldstændigt rappor-

teret og har en gennemsnitlig indlæggelsesvarighed på 4 dage. Antal alvorligt tilskadekomne regnes lig hospitalsindlagte. Da de er rapporteret i ca 2/3 af tilfældene multipliceres det officielle tal med 1.5. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er sat til 17 dage. Antal lettere tilskadekomne regnes lig antallet af alene skadestuebehandlede. Det officielle tal for lettere tilskadekomne skal multipliceres med 3. Viderebehandling hos egen læge og tandlæge er ikke vurderet, ligesom der er set bort fra viderebehandling i hospitalsambulatorium. Data om indlæggelsesvarighed er taget fra litt. 14.

Beregningseksempel:

I RfT notat 118, Erfaringer med hastighedsbegrænsninger 1974-75 er angivet de officielle skadestøl for et kontrolår (1.4. 72-31.3. 73) og et forsøgsår (1.4. 74-31.3. 75): (litt. 8).

	Dræbte	Alvorligt tilsk.	Lettere tilsk.
Kontrolår	1180	13.588	11.518
Forsøgsår	783	10.412	8.783

Antal hospitalsindlæggelsesdage beregnes som (antal dræbte) $\times$ 4 + (antal alv. tilskadekomne) $\times$ 1,5 $\times$ 17;

Antal skadestuebehandlinger beregnes som (antal lettere tilskadekomne) $\times$ 3;

Heraf fås for kontrolåret:

$$1180 \times 4 + 13588 \times 1,5 \times 17 =$$

351.214 hospitalsdage

$$11518 \times 3 = 34554 \text{ skadestuebehandlinger}$$

og tilsvarende for forsøgsåret:

$$783 \times 4 + 10412 \times 1,5 \times 17 =$$

268.638 hospitalsdage

$$8783 \times 3 = 26.249 \text{ skadestuebehandlinger.}$$

På grund af usikkerheden på korrektionsfaktorerne bør resultatet formentlig fremlægges med afrundede tal, f. eks. således:

Beregnete ændringer i hospitalsbelastning.

	Antal af hospitalsdage	skadestuebehandl.
Kontrolår	350.000	35.000
Forsøgsår	270.000	26.000
Differens	80.000	9.000
I pct. af kontrolår	23 %	26 %

D. v. s. at hospitalernes belastning i form af trafikskader er faldet med en fjerdedel fra kontrolåret til forsøgsåret.

Der foretages til stadighed observationer af rapporteringens hyppighed med henblik på løbende at kunne ajourføre korrektionsfaktorerne.

3. Erfaringer med virkninger af trafiksikkerhedsfremmende lovgivning m. v.

3.1. Et svensk forsøg på en vurdering af en samlet trafiksiikkerhedspolitik

I flere lande er der gjort forsøg på at opstille en samlet fajrdssikkerhedspolitik og på forhånd at bedømme virkningerne af en sådan politik. Da det må erkendes, at datagrundlaget for sådanne omfattende vurderinger er svagt, har forsøgene enten været ret fragmentariske, men med rimeligt datagrundlag, eller ret omfattende, men med svagt datagrundlag i vurderingerne af de forventede virkninger.

I det følgende refereres dele af det hidtil mest omfattende forsøg i retning af en helhedspolitik nemlig *def svenske PM af 27. juni 1972 fra Statens Trafiksäkerhetsverk: Ökad Trafiksäkerhet, Mål och medel*. Det er ikke en offentlig betænkning og har - så vidt vides - ikke en egentlig officiel opbakning. Det foreligger dog i bogtryk med 105 sider rapport og 75 sider bilag. (litt. 10).

Rapportens hovedidé er at undersøge hele spektret af samfundets handlingsmuligheder i færdselssikkerhedsarbejde med hensyn til omkostninger og mulige uheldsbekæmpende virkninger. Af hensyn til overskueligheden er opgørelsen foretaget i antal dræbte og antal tilskadekomne personer, omkostningerne er opgjort i kroner, og der er foretaget en beregning af samfundsøkonomiske gevinster baseret på opgørelser over de samfundsøkonomiske konsekvenser af trafikulykker. (Disse er af principielt samme art som Finn Kamper-Jørgensens opgørelser for Danmark i årene 1967-69), (litt. 14).

Der opereres med en lang række forskellige handlingsmuligheder således:

1. *Trafikanten*, herunder forbedret uddannelse og information, brug af seler, styrthjelm, reflexer etc..

ændring af kørekortssystemet, knallertførerbevis.

2. *Køretøjet*, herunder en lang række mulige skærpede krav til personbilers og lastbilers indretning og udstyr, udvidede bilsyn.
3. *Trafiknettet*, herunder forbedrede vejanlæg, intensiveret vejvedligeholdelse, forbedret vejafmærkning.
4. *Byplanlægning*, herunder normer for nye byanlæg, specielt separering af trafikanterne, trafiksanering af eksisterende byområder.

De enkelte foranstaltninger er søgt bedømt ud fra tilgængeligt statistisk materiale og administrative erfaringer både med hensyn til uheldsvirkninger og gennemførelsesomkostninger.

Om baggrunden for vurderingerne af enkelte foranstaltningers virkning kan anføres følgende:

De beregnede virkninger er i næsten alle tilfælde opgjort i form af ændrede antal uheld eller af dræbte og tilskadedekomne personer. I tilfældene med passive sikkerhedsforanstaltninger (først og fremmest sikkerhedsseler og styrthjelme) kan virkningerne beskrives noget nøjere i form af ændrede antal af bestemte typer af skader. I tilfælde, hvor man ønsker en belysning af virkninger for sundhedsvæsenet, vil man normalt gå fra en opgørelse alene i form af uheld og skader i den specifikke situation via en generel beskrivelse af skadesbehandlingernes omkostninger m. v. Man har kun undtagelsesvis målt virkningerne af et specielt forhold direkte på hospitalssiden, jfr. afsnit 3.3.3.

Om de enkelte typer af virkemidler gælder, at bedst dokumenterede virkninger findes for sikkerhedsseler og styrthjelme. Dernæst er forhold omkring vejudformning og trafikreguleringer bedst dokumenteret, og relativt sikre udsagn kan gives om risikoen ved forskellige vejudformninger, jfr. i øvrigt afsnit 3.3.4.

Noget svagere står - internationalt set - virkninger i forbindelse med mere byplanmæssige dispositioner og i forbindelse med reguleringer af køretøjsbestemmelserne, jfr. afsnit 3.2.

Svagest står kendskabet til virkningerne

af indgreb over for trafikanterne i form af uddannelse, propaganda, køreprøver, politiovervågning m. v.

Disse forskelle er dels et resultat af, at det er metodisk lettest at fastslå virkningerne på det vejtekniske felt, dels et resultat af, at der - internationalt set - er sket en prioritering af forskningsmidlerne til ugunst for trafikantundersøgelser.

I rapporten beregnes *den sikkerhedsmæssige virkning af 4 alternativer* med hensyn til sikkerhedspolitiske indgreb.

Man beregner for alle alternativer de forventede uhelds- og skadetal og sammenligner disse med en prognose for, hvad der ville være sket, hvis intet var foretaget. Størrelsesordener af skadetal og økonomiske konsekvenser fremgår af rapportens sammenfatning, som er gengivet i det følgende:

»Sammanfattning

I promemorian redovisas en prognos för trafik- och trafikolycksutvecklingen under 1970-talet. I anslutning till prognosen lämnas fyra målsättningsalternativ för trafiksäkerhetsarbetet för i första hand femårsperioden 1973-1977. Med utgångspunkt i 1971 års statistik redovisas därvid i Alt. 1 de särskilda åtgärder som anses erforderliga för att hålla oförändrad nivå i fråga om skadade och dödsoffer i trafiken fram till och med 1977 trots den fortsatta trafikökningen medan Alt. 2-4 innefattar de ytterligare åtgärder som bedöms erforderliga för att trots trafikökningen åstadkomma en successiv minskning av dessa tal med 20, 40 resp. 60 procent.

I tabell 1 redovisas statistik från år 1971 beträffande skadade och dödade, prognosen i vad avser år 1977 samt de olika alternativen i absoluta tal beträffande år 1977. Vidare redovisas en uppskattning av antalet skadefall år 1977 vid genomförande av resp. alternativ. I fråga om antal dödsoffer anges även vad prognosen och de olika alternativen motsvarar beträffande antal dödade per 100.00 fordon resp. 100.000 invånare.

Tabell 2 anger de årliga merkostnaderna under perioden 1973/74-1977/78 i förhållande till budgetåret 1972/73 för de särskilda åtgärder som ingår i Alt. 1-3 och kostnaden för hela perioden enligt Alt. 4.

De samhällsekonomiska fördelarna vid realiserande av resp. alternativ framgår av

Tabell 1

	1971	Prognos	Alternativ 1977			
			1	2	3	4
Antal skadade	21.872a)	26.000	22.000	18.000	13.000	9.000
Antal dödade	1.213a)	1.425	1.200	1.000	750	500
Antal dödade per 100.000 fordon	48	45	38	31	24	16
pr. 100.000 invån.	15	17	14	12	9	6
Antal skadefall	332.700b)	480.000	360.000	360.000	300.000	
(För år 1977 uppskattad nivå vid genomförande av resp. alternativ)		Anm: a) Enligt Statistiska Centralbyråns definitiva statistik. b) Enligt Trafikförsäkringsföreningen.				

Tabell 2

	Beräknade merkostnader för särskilda åtgärder						Summa
	Miljoner kronor						
	1972/73	1973/74	1974/75	1975/76	1976/77	1977/78	1973/1974- 1977/78
Anvisade medel å anslag som finan- sieras av bilskatte- medel	2.871						
Alt. 1		56	57	47	42	42	244
Alt. 2		56	57	47	42	42	244
Alt. 3		246	502	552	577	607	2.484
Alt. 4							6.000

Tabell 3

	Miljoner kronor					Summa
	1973	1974	1975	1976	1977	
Alt. 1	85	246	488	785	1.082	2.687
Alt. 2	85	584	875	1.231	1.550	4.326
Alt. 3	85	584	1.080	1.705	2.301	5.755
Alt. 4						9.000

tabell 3, som återger beloppen enligt det högre alternativet i Mattsons rapport (bil. 2).«

1 hver af de fire alternativer indgår et antal foranstaltninger. De er udvalgt således, at i alternativ 1 indgår det billigste udvalg af foranstaltninger, som kan holde drabstallet konstant trods trafikstigning, i alternativ 2 det billigste udvalg, som kan nedbringe drabstallet med 20 pct. og i alternativ 3 og 4 de udvalg, som kan nedbringe drabstallet med henholdsvis 40 pct. og 60 pct.

Alternativ 1 og 2 er lige omkostningskræ-

vende (og i øvrigt ret billige) og består hovedsagelig i lovgivning om tvungen brug af sikkerhedssele og styrthjelm, samt i en skærpelse af politiovervågningen og i en vis aktivitet på det felt, som kaldes trafiksanering, her forstået som enkle og anlægsmæssige billige trafikreguleringer i uheldsbelastede byområder.

Alternativerne 3 og 4 er kostbare og indebærer, ud over alternativ 1 og 2, omfattende indsatser med hensyn til foreruddannelse, motorkøretøjsbestemmelser, vejbyggeri og vejbelysning samt omfattende trafiksaneringsarbejder.

Svagheden i denne politiske sammenstilling er, at de forventede besparelser i ulykker og skader næppe er tilstrækkeligt dokumenteret, og mange sagkyndige - i og uden for Sverige - vil nok betragte besparelsestallene som for optimistiske.

Konsekvenserne for sundhedssektoren er kun belyst indirekte gennem de samfundsøkonomiske kalkyler, hvoraf sundhedsvæsenets omkostninger ville kunne uddrages som et delresultat.

3.2. Amerikanske bestræbelser m. h. t. konstruktive forbedringer i personbiler

Et andet eksempel på en politik — men med mere begrænset sigte - er den amerikanske politik omkring tekniske forbedringer af personbiler. Fra midten af 1960'erne har et ret omfattende sæt af regler omkring bileirs indretning og udstyr set dagens lys. Bl. a. har man satset stærkt på gennem rent tekniske bestemmelser at fremtvinge brug af sikkerhedsseler - et forhold som har ført til så stærk politisk modstand, at bestræbelserne nu er standset.

Disse bestræbelser blev gennemført efter en periode i begyndelsen af 1960'erne, hvor USA oplevede en meget kraftig forværring af ulykkesbilledet. Situationen stabiliseredes noget i sidste halvdel af 1960'erne, hvilket er blevet taget til indtægt for motorkøretøjslovgivningen. En ret dybtgående belysning af disse forhold er offentliggjort i 1975 (litt. 3). Hovedkonklusionerne heri er for det første, at den stærke stigning i ulykkerne i begyndelsen af 1960'erne sandsynligvis kan forklares alene ud fra det forhold, at 1940'ernes store fødselsårsgange netop i de år begyndte som biltrafikanter, og at den efterfølgende stabilisering kan forklares tilfredsstillende ved den mindre tilgang af unge trafikanter. Heraf følger, at de reviderede motorkøretøjsbestemmelser har været uden virkning på det totale skadesbillede.

Den anden konklusion er, at en opsplitning af materialerne på bilistiskader og andre skader (hovedsagelig fodgængerskader) viser, at der er sket en forskydning til gunst for bilisterne og til ugunst for fodgængerne. Dette fortolkes således, at den større sikkerhed, som de forbedrede køretøjer tilbyder, delvis kompenseres gennem en mere risikobelastet adfærd hos bilisterne, og at prisen herfor betales af fodgængerne.

Det synspunkt, at »tilbud« til trafikanterne om forbedret sikkerhed misbruges til at øge fremkommeligheden på sikkerhedens bekostning, kan i visse sammenhænge underbygges, i andre afkræftes. Det er f. eks. påfaldende, at uheldsstatistikken for danske landeveje viser, at 2-sporede veje, af »dårlig« teknisk standard som helhed har lavere risiko pr. kørt kilometer end nyere 2-sporede veje af høj standard, som derfor tillader høje hastigheder. Ligeledes er det påfaldende, at risikoen pr. kørt kilometer er næsten ens for landeveje med 2 spor, med 3 spor og med 4 spor med midterrabat (motorveje undtaget), og at det blandt disse er 4-spor med midterrabat, der har højst risiko pr. kørt kilometer. Dette synes at hænge sammen med, at den forøgede sikkerhed, som midterrabatten giver, mere end tabes gennem flere uheld af andre arter, først og fremmest i krydsene. Det forhold, at motorvejene slet ikke har niveauekrydninger er den væsentligste årsag til disse vejes tydeligt lavere risiko.

Imod det synspunkt, at trafikanterne misbruger tilbud om højere sikkerhed, taler andre undersøgelser (f. eks. litt. 7), hvoraf det bl. a. fremgår, at motorcyklister, som benytter styrthjelm er impliceret i færre uheld end dem, som ikke benytter styrthjelm. Ligeledes findes fra hele verden talrige eksempler på, at lokale forbedringer på særligt uheldsbelastede vejstrækninger har medført nedgange i færdselsuheldene, uden at der har kunnet påvises nogen form for negative bivirkninger.

Den refererede amerikanske analyse (litt. 3) er næppe det sidste ord i denne sag, men det kan dog konkluderes, at det bliver vanskeligt at fastslå en sikkerhedsmæssig virkning af sådanne generelle administrative bestemmelser.

Tidligere undersøgelser fra USA (litt. 1 og 2), der specielt omhandlede lovgivning om tvungen periodisk inspektion af privatbiler, endte med at fastslå, at virkningen af periodisk inspektion sandsynligvis helt overskyggedes af andre forhold hovedsagelig af sociologisk art, og at virkningen af bilinspektion fortaber sig i det uvisse.

Yderligere kan det konkluderes, at i mange tilfælde kan trafikanterne - gennem uhensigtsmæssig adfærd - udhule eller helt eliminere virkningen af tilsyneladende rimelige foranstaltninger på det teknisk-administrative plan.

3.3. Danske undersøgelser

I dette afsnit beskrives nogle af de få - og i øvrigt ikke sammenhængende - danske forsøg på bedømmelser af lovgivningsinitiativer m. v. Det drejer sig om

1. Knallertforeralderen
2. Kampagne: Børn på bagsædet
3. Måling af sikkerhedsselelovens effekt
4. Rondemotorvejens udformning
5. Hastighedsbegrænsningerne efter oliekrisen
6. Reduceret gadebelysning under oliekrisen

5.3./ K knallert foreralderen

1 forbindelse med et lovforslag, ifølge hvilket aldersgrænsen for at fore knallert skulle ændres fra 16 til 15 år, anmodede justitsministeren forskningsrådet om en bedømmelse af de sikkerhedsmæssige virkninger af lovforslaget.

Der udførtes en beregning af den forventede stigning i knallertuheldene »på længere sigt« af en ændret aldersgrænse. Den principielle vanskelighed var spørgsmålet: Er de unge trafikanters forøgede risiko i hovedsagen et egentligt aldersfænomen, eller er det i hovedsagen et spørgsmål om erfaring som trafikant? De to muligheder fører til væsensforskellige vurderinger »på længere sigt«. Det blev anslået, at der ville ske en stigning på længere sigt mellem 100 og 500 politirapporterede uheld om året som følge af en lovændring, mindst hvis de unges forøgede risiko er et spørgsmål om rutine og erfaring. På kort sigt er spørgsmålet om rutine uden betydning.

Lovændringen gennemførtes pr. 1. maj 1971, og året efter kunne det anslås, at der faktisk var sket en stigning i størrelsesordenen 500 politirapporterede uheld om året. Det hertil svarende antal hospitalsindbragte skader er en del større, formentlig i størrelsesordenen 1.000—1.500 på årsbasis. Der skete - så vidt det kan afgøres - en samtidig reduktion i cykelskaderne blandt de 15 årige, men langt mindre, måske i størrelsesordenen 75 politirapporterede skader pr. år.

Talmaterialerne fra årene efter 1972 kunne muligvis udnyttes til en nøjere vurdering af spørgsmålet alder contra erfaring, men en sådan undersøgelse er ikke foretaget. (Litt. 5 og 6).

Nogle betragtninger over spørgsmålet er doganstillet (litt. 17).

3.2.2. Kampagne: Børn på bagsædet

En effektmåling af en propagandakampagne for at anbringe børn på bagsædet blev foretaget i 1970—71. Det kunne sandsynliggøres, at kampagnen førte til, at flere børn faktisk blev placeret på bagsædet i personbiler. Ud fra beregnede forskelle i risiko på forsæde og bagsæde kunne det anslås, at kampagnen ville føre til ca. 20 færre politirapporterede skader med børn i biler på årsbasis.

Omkostningerne ved kampagnen var ca. 75.000 kroner. Kampagnens virkning synes ikke at være aftaget i det første år efter kampagnen.

Anvendelsen af fornuftigt konstruerede bornestole var på det tidspunkt temmelig sjældent forekommende, (litt 5 og 6).

5.5.3. Måling af sikkerhedsselelovens effekt

Der foregår i øjeblikket flere detailundersøgelser til belysning af virkningerne af loven om tvungen brug af sikkerhedssele i personbiler. Interessant i denne sammenhæng er specielt, at forskningsrådet for første gang i en større undersøgelse baserer sin effektmåling på en særlig dataindsamling via 16 hospitaler fordelt over hele landet.

Effekten søges bedømt ud fra antallet af patienter indbragt til de 16 hospitalers skadestuer i to perioder nemlig oktober kvartal 1975 mod oktober kvartal 1976. Der søges oplysninger om, hvorvidt de indbragte patienter har benyttet sele. samt om deres skaders art og omfang: Skadernes anatomiske fordeling (groft), om der er sket indlæggelse og dennes varighed. Også belastning på intensivafdelinger søges registreret.

Undersøgelsernes resultat, som ventes i løbet af 1977, vil således direkte relatere lovgivningen til belastning på hospitalerne. Det må understreges, at der er tale om ret summariske data, men om et stort antal patienter (adskillige tusinde). En helt parallel undersøgelse er foretaget i Sverige. Resultaterne af denne forventes i 1976.

Sideløbende hermed sker mere dybtgående undersøgelser på et par hospitaler på Fyn og i Jylland, også ud fra indlæggelsesdata. Data bliver her mere fuldstændige men dataomfanget mindre. Også i disse sammen-

hænge bliver virkningen målt direkte i hospitalsbelastninger. Her undersøges også sociale belastninger og individkonsekvenser.

Yderligere sker en særlig undersøgelse i forbindelse med sager, hvori der foreligger færdselsdrab.

Der foretages periodiske tællinger af bragen af seler i almindelig trafik.

Undersøgelserne er direkte forudsat i lovgivningen.

3.3.4. Røndemotorvejens udformning

I forbindelse med vedtagelsen i 1972 af anlægsloven for etape 79 af den jyske motorvej - en aflastning af hovedvej A 15 fra Løgten forbi Ronde til Ebeltøftvejen - rejstes i folketinget tvivl om, hvorvidt de hidtil anvendte normer for bygning af motorveje var for kostbare for en vej, der ikke var af den største betydning i det nationale vejnet.

Der blev - vistnok for første gang i Danmark - gennemført en trafikøkonomisk sammenligning mellem 4 alternative udformninger af det samme vejanlæg: 1) en motorvej efter gældende standard, 2) en motorvej efter en tysk standard for motorveje af mindre betydning, 3) en vej forbeholdt motortrafik, med småveje ude af niveau men med nogle skæringer med andre veje i lysregulerede kryds samt 4) en vej forbeholdt motortrafik men med alle småveje tilsluttet i niveauekryds.

Sammenligningen bestod i en beregning af rane trafikale omkostninger og benefits (brændstofforbrug, ventetider, tidsforbrug), af ulykkesomkostninger (personskadeuheld, dræbte personer) og af anlægs- og driftsomkostninger for vejanlæggene. Ulykkesomkostninger var valgt til 79.000 kr. pr. personskadeuheld, et tal som nøjere var begrundet af vejdirektoratet (litt. 12).

Resultatet var interessant for det første derved, at det fremgik, at den dyreste løsning tilsyneladende var alt for dyr i forhold til trafikkenes størrelse, dvs. *de hidtil anvendte vejbygningsnormer blev sat under mistanke for at være for stive i økonomisk henseende.* Resultatet har haft betydning som incitament til at revidere de gældende normer på vejområdet, ligesom det har *bragt en egentlig kvantificering af normernes sikkerhedsvirkninger i forgrunden.*

Interessant var det også, at folketinget tillagde ulykkesbenefits højere betydning end andre trafikale benefits, dvs. *man underkendte indirekte prisen for et personskadeuheld uden at noget andet blev sat i stedet.*

Endelig rejstes i folketingsudvalget det spørgsmål, om anlægget var sikkerhedsmæssigt berettiget, eller om de samme midler anvendt i byområdet ville give flere sparede skader pr. investeret krone. Det kunne sandsynliggøres, at mellemløsningerne i denne henseende var konkurrencedygtige med f. eks. bytrafikreguleringer. *Alligevel valgte folketinget - i hvert fald i første omgang - den dyreste løsning, med den konsekvens, at den p. g. a. den ret dårlige forrentning rykkede langt ned i vejdirektoratets prioritetsliste.*

Man havde her¹ i folketingsudvalget for en gangs skyld en ret klar mulighed for at afveje sikkerhedsbenefits mod andre trafikale benefits. Men den valgte løsning med højere pris på uheldene fik måske reelt en negativ sikkerhedsvirkning, idet projektet ikke samtidig blev set i relation til de mange konkurrerende projekter med hver sine benefits, og derfor blev det udskudt.

Der gøres i vejdirektoratet til stadighed forsøg på at foretage sådanne mere omfattende vurderinger af mange projekter, dels i årlige prioriteringsbedømmelser dels gennem det løbende vejplanarbejde (se »Skitse til Vejplan« litt. 13).

Røndemotorvejssagen er i øvrigt udførligt behandlet i PP II. (litt. 4 og 11).

3.3.5. Hastighedsbegrænsningerne efter oliekrisen

I forbindelse med beslutningen i folketinget i marts 1974 om at gennemføre generelle hastighedsbegrænsninger *blev det besluttet, at der skulle gennemføres en særskilt vurdering af lovgivningens virkning på antallet af færdselsuheld og personskader.*

Som situationen var, forelå der en række uløselige metodiske problemer. Kun det forhold, at der i året efter oliekrisen indtrådte meget betydelige nedgange i uheldstal og især i drabstal, gjorde det muligt med nogen sikkerhed at henføre en del af ændringerne i ulykkerne til selve lovændringen. Det var nemlig muligt nogenlunde at indkredse den mulige virkning af en række andre faktorer.

hvorved en restvirkning fremkom. Denne restvirkning på 5-10 pct. i antal uheld og på 20-30 pct. i antal dræbte personer kunne med rimelighed tilskrives hastighedsbegrænsningerne.

Det er interessant, at meget omhyggelige studier af hastighedsbegrænsningsforsøg i Danmark i begyndelsen af 1960'erne førte til, at ingen virkning kunne påvises. Flere forhold tyder på, at omstændighederne ved de nu gennemførte hastighedsbegrænsninger var psykologisk eller politisk langt gunstigere, og at dette er årsagen til en positiv trafikantreaktion i 1974 i modsætning til negative trafikantreaktioner i 1961-64.

Konklusionen heraf er, at *virkningerne af et sådant lovgivningsinitiativ er meget usikre på forhånd*, et synspunkt der understøttes af det forhold, at man internationalt set har fået nok så forskellige resultater af forsøg med hastighedsbegrænsninger (litt. 18).

Heller ikke her søgtes konsekvenserne målt i forhold til sundhedsvæsenet. En tilnærmet vurdering af virkningerne kunne opstilles på samme måde som i afsnit 2. *Opstillingen i afsnit 2 rummer alle ændringer fra 1972 til 1974, ikke kun den del, som kan tilskrives hastighedsbegrænsningerne* (litt. 8).

Det lægevidenskabelige forskningsråd støtter et projekt, hvori konsekvenserne for sundhedsvæsenet søges belyst.

3.3.6. Reduceret gadebelysning under oliekrisen

Under oliekrisen i 1973-74 reduceredes gadebelysningen som bekendt. Normalt har et væsentligt argument for en god gade- og vejbelysning været, at den fremmer færdselssikkerheden. Imidlertid var der i efteråret 1974 et politisk ønske om igen at dæmpe belysningen af økonomiske årsager og vejregeludvalget blev bedt om en udtalelse.

Vejregeludvalget fastholdt, at det var forbundet med betydelig risiko at reducere vejbelysningen, omend det var umuligt at foretage en egentlig beregning af risikoforøgelsen. Vejregeludvalget tilbød i stedet for at iværksætte en gennemgribende revision af normerne for vejbelysning. Vejbelysningen blev herefter opretholdt.

Som et led i normrevisionen har forskningsrådet nu - på basis af uheldsdata for året 1974 - kunnet sandsynliggøre, at der i oliekriseperioden skete en risikostigning på belyste veje i mørke, svarende til mange hundrede uheld på årsbasis. Det kan dog ikke helt udelukkes, at risikostigningen skyldes andre forhold end den reducerede belysning.

Den samfundsøkonomiske gevinst (reduceret indkøb af brændstof) ved reduceret vejbelysning i samme omfang som i 1974 skønnes at ligge i størrelsesordenen 5 mill. kroner på årsbasis (litt. 9 og 16).

Litteraturliste.

1. Hall and O' Day: Causal Chain approaches to the evaluation of highway safety counter measures. Journ. of Safety Research, March 1971.
2. Little, J. W.: Uncertainties in evaluating periodic motor vehicle inspection by death rates. Accident Anal. and Prev., No. 2, 1971.
3. Pelzman, Sam: The effects of automobile safety regulation. Journ. of political Economy, Vol. 83, No. 4, 1975.
4. PP II, Perspektivplanredegørelse 1972-1987.
5. Rådet for trafiksikkerhedsforskning: Virksomheden i årene 1968-1970.
6. Rådet for trafiksikkerhedsforskning: Virksomheden i årene 1971-1972.
7. Rådet for trafiksikkerhedsforskning: Notat nr. 101, Styrthjelmes beskyttelsesvirkning, 1974.
8. Rådet for trafiksikkerhedsforskning: Notat nr. 118, Erfaringer med hastighedsbegrænsninger 1974/75.
9. Rådet for trafiksikkerhedsforskning: Notat nr. 129, af 27.2.76. Vedr. en undersøgelse af om den neddæmpede vejbelysning under oliekrisen i vinteren 1973/74 havde nogen virkning på færdselsuheldene.
10. Statens Trafiksikkerhedsverk: PM af 27.6.1972. Ökad trafiksäkerhet. Mål och medel.

11. Rapport af 13.11.1972 fra vejdirektoratets arbejdsgruppe af 22.06.1972: Motorvejsstrækningen **Skødstrup-Tåstrup**.
12. Vejdirektoratet: Grundlag for trafikøkonomiske vurderinger af vejplaner, basisår 1970.
13. Vejdirektoratet: Skitse til vejplan, 1975-1990. København 1974.
14. **Kamper-Jørgensen, F.**: Trafikulykkernes samfundsmæssige omkostninger 1967, 1968 og 1969. Institut for social medicin, København 1972.
15. Nordentoft, E. m. fl.: Rapportering af trafikulykker med personskaade. Rådet for trafiksikkerhedsforskning, rapport 13, 1972.
16. Vejdirektoratet: Redegørelse af november 1974 fra en af vejdirektoratet nedsat arbejdsgruppe om gennemførelse af kortsigtede besparelser i el-udgifterne til vejbelysning.
17. Poul Kvist Pedersen: Knallertulykker I. Epidemiologiske aspekter. Ugeskrift for læger 10.12.1973.
18. Nordentoft, E. m. fl.: Traffic Speed and Casualities, Odense 1975.

»Rapport fra projektgruppe 1: Arbejdsmiljø«

Udarbejdet af kontorchef *Torben Larsen*, Arbejdsmiljøgruppen af 1972.

Eksemplet er udarbejdet af

fuldmægtig *1b Lockenwitz*, Arbejdsmiljøgruppen af 1972.

Indhold	Side
1. Sygehusudgifterne som produktionsstøtte	31
2. Arbejdsmiljøets skader	32
3. Påvirkningerne	34
4. 1 hvor høj grad stammer skaderne fra arbejdsmiljøet	35
5. Arbejdsmiljøskadernes omkostninger	35
6. Et eksempel	36

1. Sygehusudgifterne som produktionsstøtte?

Det nuværende arbejdsmiljø påfører samfundet en lang række omkostninger, bl. a. sygehusudgifter og udgifter til anden helbredelse. Man kan udtrykke det på den måde, at virksomhederne kun betaler en del af deres reelle produktionsomkostninger - resten betales af de ansatte og det offentlige. Det kedelige er, at denne fordeling af omkostningerne ikke fører til, at den enkelte virksomhed motiveres økonomisk til at begrænse den helbredsskadelige produktion. Tværtimod. Forbrugeren motiveres heller ikke til at begrænse forbruget af de varer, som giver de høje samfundsmæssige omkostninger, fordi disse omkostninger ikke betales gennem højere priser, men over skatterne. Det offentlige yder på denne måde indirekte tilskud til netop den del af produktionen, der medfører dårligt arbejdsmiljø.

Hidtil har den offentlige indsats for at løse dette problem været temmelig beskeden. Man har prøvet at løse det gennem et offentligt tilsyn, som skulle medvirke til at skabe sikkerhed og sundhed på arbejdspladsen ved hjælp af regler, vejledning og oplysning, kontrol, forbud, påbud og straf.

Erfaringerne har - som det vil fremgå af det følgende - vist, at denne indsats ikke er tilstrækkelig.

Der er mange årsager til det. Her skal kun nævnes en, som det vil være rimeligt at tage op, når vi skal belyse arbejdsmiljøskademe. Datamaterialet om arbejdsmiljøet er for dårligt. Social- og sundhedssektoren får mange klienter fra arbejdspladsen og betaler derved en stor del af de omkostninger, der er nævnt ovenfor. Disse sektorer kunne formentlig give mange oplysninger, som ville kunne

igangsætte og forbedre det forebyggende arbejdsmiljøarbejde.

Der eksisterer spredte regler om information til og fra arbejdsmiljøsektoren. Læger og hospitaler skal f. eks. anmelde erhvervs-sygdomme til arbejdstilsynet, og skolen og arbejdstilsynet skal gensidig informere hinanden. Disse regler har det tilfælles, at de stort set ikke har nogen virkning. Det er der sikkert flere grunde til - manglende tid, dårlig viden om hvad det lige netop er for oplysninger, der skal bruges, for lidt forestilling om, »hvad det nu skal til for - som om vi ikke har nok i forvejen«.

Der trænges til et ordentligt informationssystem, som kan bringe de nødvendige oplysninger - og kun dem - fra kilden til det sted, hvor de skal bruges på det rette tidspunkt. Systematisk indsamlet viden om forgiftninger, dårlige rygge, forskellige nervøse sygdomme og meget mere i forbindelse med erhvervsmæssige oplysninger kunne rigtigt udnyttet spare de enkelte og samfundet for mange lidelser og omkostninger i fremtiden. Det var bl. a. også fra disse to alarmer om f. eks. nye farer i arbejdsmiljøet skulle komme.

Der er ikke tvivl om, at denne mangel på information - og hvad der bl. a. er en følge heraf - manglende planlægning har hæmmet en forebyggende indsats betydeligt. Veldokumenterede og velplanlagte indsatser undertrykker behov, der ikke er udrustet med data og forslag. Det betyder bl. a., at de tekniske forudsætninger for at skaffe materialet i sig selv prioriterer — et problem, der stiller store dele af det forebyggende arbejde i skyggen. Denne mangel på oplysninger om arbejdsmiljøet prøvede man i 1972 at bedre lidt på ved at lade socialforskningsinstituttet iværksætte en arbejdsmiljøundersøgelse, som om-

fattede 10.000 personer og 377 virksomheder. De efterfølgende oplysninger om arbejdsmiljøet er for en stor del baseret herpå.

2. Arbejdsmiljøets skader

Arbejdsmiljøskaderne kan deles op i forskellige typer:

- Arbejdsulykker
- Arbejdsbetingede sygdomme, herunder den langsomme fysiske og psykiske nedslidning og dårlig trivsel samt endelig
- Udstødningen fra arbejdsmarkedet

Arbejdsulykker er helbredsskader, der opstår pludseligt ved påvirkning i arbejdet. I direktoratet for ulykkesforsikringens seneste statistik for 1972 registreredes 67.700 anmeldte ulykkestilfælde, dvs. ulykker som har medført fravær i 3 dage eller derover, og anerkendte erhvervssygdomme. Den nye arbejdsulykkesstatistik, hvorefter alle ulykker, der medfører mere end 1 dags fravær, skal anmeldes, trådte i kraft 1. april 1973. Reformen var bl. a. en følge af, at dagpengereformen - hvorefter arbejdsgiveren betaler for de første 5 ugers sygdom — gjorde det umuligt at bygge statistikken på indberetningerne til ulykkesforsikringen. Anmeldelsessystemet fungerer langt fra tilfredsstillende. Opgørelsen for 1974 omfatter kun 25.000 arbejdsulykker.

I arbejdsmiljøgruppens første rapport har vi dels på grundlag af udenlandske tal og dels ud fra nogle stikprøver foretaget her i landet antydnet, at det samlede antal ulykker incl. småulykker skulle være ca. 2 mill. Her

er altså alle tilfælde - også de helt små - medtaget.

Arbejdsbetingede sygdomme består dels af de anerkendte erhvervssygdomme (der indgår i antallet af anmeldte ulykkestilfælde i henhold til ulykkesforsikringsstatistikken), dels af den langsomme fysiske og psykiske nedslidning, der skyldes øvrige sundhedsskadelige og trivselsnedsættende påvirkninger i arbejdsmiljøet.

Det seneste officielle antal registrerede tilfælde af anerkendte erhvervssygdomme er godt 400 årligt. De repræsenterer imidlertid kun et minimalt udsnit af det samlede antal arbejdsbetingede lidelser.

Socialforskningsinstitutets undersøgelse viste bl. a.:

- at 15-20 pct. af dem, der svarede, måtte tage hensyn til deres helbred i det daglige,
- at 13 pct. inden for den sidste måned havde haft kontakt med en læge, og
- at 18 pct. brugte medicin flere gange ugentlig.

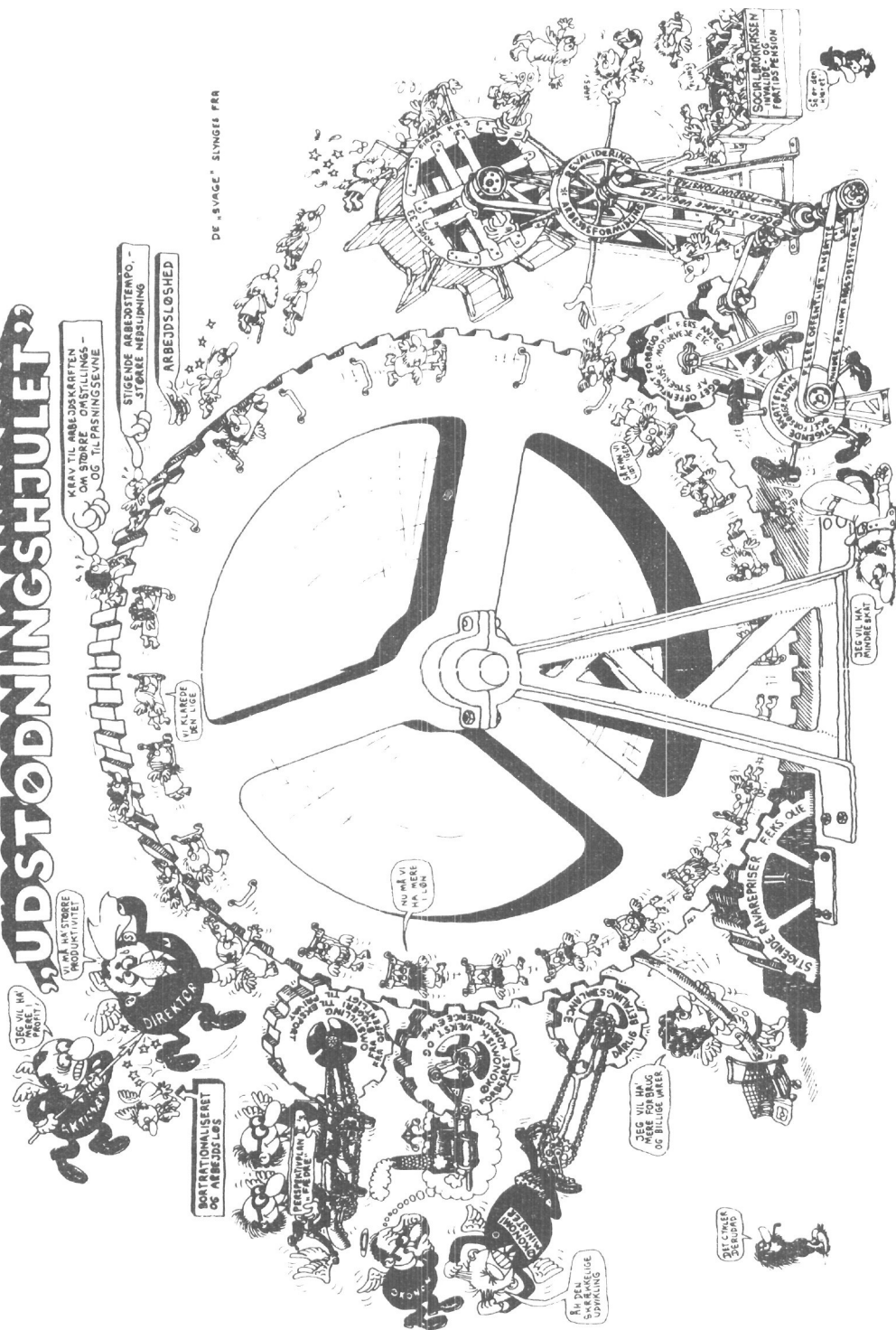
En liste over de vigtigste af de angivne symptomer er vist nedenfor.

En meget bred gruppe nemlig 80 pct. af samtlige oplyser, at de har et af de 37 sygdomssymptomer, man spurgte om, 45 pct. af samtlige havde over 5 symptomer, 10 pct. 10 symptomer eller flere. Undersøgelsen peger bl. a. på, at mange lidelser - især ryglidelser og de nervøse symptomer - har større udbredelse og betydning, end man hidtil har troet.

Hvis en arbejder ikke kan beholde sit ar-

Sygdomssymptomer	Procent af de spurgte	Omregnet til antal LO-medlemmer
Smerter i øvre rygmuskler	29	ca. 260.000
Alm. stress	27	- 240.000
Lændesmerter ved løft	26	- 230.000
Rygsmarter i øvrigt	24	- 220.000
Hovedpine uden synsforstyrrelser	21	- 190.000
Smerter i håndled eller arm	19	- 170.000
Smerter i ryg med udstråling til ben	18	- 160.000
I øvrigt kan nævnes:		
Nedsat hørelse, der gør det svært at følge en samtale	12	- 110.000
Eksem på hænder eller arme	8	- 70.000
Mindst én rygsmerter (4 symptomer)	42	- 380.000
Mindst ét stress-symptom (af 7)	50	- 450.000

UPSTODNINGSHULET



bejde og ikke kan få et nyt på det åbne arbejdsmarked efter længere tids ledighed, betragter man ham som offer for udstødningen.

Både ulykker og sygdomme - arbejdsbetingede såvel som andre - strukturforandringer, indskrænkninger, lukninger eller ændrede krav i erhvervslivet og ændringer i privatlivet er forhold, som kan føre til, at arbejdskraften udstødes fra arbejdsmarkedet og overføres til social- og sundhedssektoren for før eller siden at overgå til varig forsørgelse i form af invalide- eller tidlig folkepension.

Efter resultaterne af arbejdsmiljøundersøgelsen og undersøgelser blandt invalide- og tidlige folkepensionister er der grund til at tro, at arbejdsmiljøet medvirker til udstødningen.

Det er her værd at bemærke, at der findes godt 160.000 førtids- og invalidepensionister,

og at mere end en halv årgang 67-årige modtager pension før overgangen til folkepension. PP II forudsiger, at der vil være (i 1987) ca. 120.000 flere - der skal have invalide- og førtidspension. Der vil samtidig være færre til at klare denne stigende forsørgerbyrde. Det vil stille yderligere krav til dem med øget risiko for nedslidning og udstødning. Hertil kommer produktionens omstillingskrav. Følgen kan blive en ond cirkel.

Udstødningens »mekanik« er i arbejdsmiljøgruppens 3. rapport illustreret nærmere med tegningen på s. 33 - »udstødningshjulet«:

3. Påvirkningerne

En oversigt over fysiske og kemiske påvirkninger, der nævnes hyppigst i undersøgelser ser således ud:

Påvirkninger	Procent af svarene	Omregnet til antal LO-medlemmer
Støj	38	ca. 340.000
Byrder	33	- 300.000
Træk	33	- 300.000
Støv	26	- 230.000
Stærke temperatursvingninger	24	- 220.000
Belastninger af krop ved skub, træk eller stød	23	- 210.000
Snavs	20	- 180.000
Stærk varme	16	- 140.000
Stank eller stærke lugte	15	- 140.000

Men herudover viser det sig, at 36 pct. har meget lidt eller ingen indflydelse på deres arbejdssituation, 32 pct. har et arbejdstempo, der er for hurtigt og 16 pct. har et monotont arbejde.

Men en oversigt over påvirkningerne ville være ganske ufuldstændig uden at fremhæve de påvirkninger, som ligger *udenfor* arbejdspladsen. Det kan være konkurrenceforholdene, beskæftigelsespolitikken, boligforhold, uddannelsen, trafikplanlægningen eller meget andet. Det er forhold, som den enkelte virksomhed eller de offentlige myndigheder, der skal passe arbejdsmiljøet hidtil ikke har kunnet øve nogen videre indflydelse på. Arbejdsmiljøindsatsen har derfor ofte måttet nøjes med at komme bagefter og

dæmme op for de mest åbenbare skadelige virkninger, f. eks. ved forkortet arbejdstid ved skifteholdarbejde, gymnastik til at imødegå ensidige arbejdsstillinger, personlige beskyttelsesmidler for at hindre forgiftninger osv.

PP II siger i konsekvens heraf, at arbejdsmarkedspolitikken hovedindhold især må bestå i at påvirke indsatsen på en lang række forskellige samfundsområder, og dette gælder ganske særlig arbejdsmiljøindsatsen. Dette kan ikke gøres alene af en nok så avanceret arbejdsmiljøinstitution. Den kan kun hjælpe til med, at afgørelserne i andre samfundssektorer får den rigtige retning.

4. I hvor høj grad stammer skaderne fra arbejdsmiljøet?

For arbejdsulykkernes vedkommende er årsagsforhold nogenlunde klart. Selve registreringer garanterer, at i hvert fald en af de udløsende årsager skal findes i tilskadekomnes arbejdsforhold. Mere kompliceret er sagen for sygdommenes og udstødningens vedkommende.

I visse tilfælde kan en enkelt skadelig påvirkning være så stærk, at den i sig selv kan være skyld i, at arbejdsmiljøskader opstår, f. eks. en akut forgiftning. Men i mange tilfælde er samspillet mellem alle påvirkningerne og forholdet imellem dem afgørende for, hvordan arbejdsmiljøet virker på helbred og trivsel. Hertil kommer, at påvirkninger fra arbejdsmiljøet spiller sammen med påvirkningerne fra de øvrige miljøer (bolig, familie m. v.) og den enkeltes fysiske og psykiske egenskaber og robusthed.

Det er imidlertid alligevel muligt at sige noget om arbejdsmiljøets andel i skaderne. Der var nemlig i arbejdsmiljøundersøgelsen et klart sammenfald mellem nogle sygdomssymptomer og forskellige påvirkninger på arbejdspladsen. I en række tilfælde følges påvirkning og klage ad - f. eks. støj og hørenedsættelse. Værd at lægge mærke til er, at der også er et klart sammenfald mellem monotont forjaget arbejde og nervøse symptomer. Hvis man ellers kan se bort fra forklaringer, som at folk der søger ind i træindustrien har større tendens til høreskader end gennemsnittet eller at personer, der arbejder i sukkervareindustrien har lettere til klage end andre, må det være fuldt forsvarligt at påstå, at der ikke blot er statistisk sammenfald, men også en høj grad af årssagssammenhæng mellem klager og påvirkninger. Man spurgte i undersøgelsen i øvrigt, om svarpersonen selv mente, at et sygdomssymptom stammede fra arbejdet. Svarene gav det vigtige resultat, at der også efter svarpersonernes egen vurdering måtte rettes meget stor opmærksomhed mod arbejdssituationen ved forebyggelse og behandling af de forskellige skader i arbejdsmiljøet.

5. Arbejdsmiljøskadernes omkostninger

Her er det navnlig to typer af omkostninger, der har interesse: Produktionstab og ressourcebindingen.

Produktionstab kan illustreres ved spørgsmålet: Hvor mange flere boliger, fødevarer, maskiner m. v. ville der i 1972 kunne produceres, hvis ikke 67.700 arbejdere måtte blive væk fra arbejdet i 3 dage eller mere på grund af arbejdsulykker.

Noget af tabet omfordes i samfundet ved hjælp af indkomstoverførsler, f. eks. dagpenge eller pensioner. Her er det navnlig det offentlige - altså skatteyderne - der må betale, men også arbejdsgiverne er med i form af dagpengeydelse og præmier til ulykkesforsikring. Overførslerne er dog langt fra noget fyldestgørende udtryk for samfundstab, og i øvrigt er indkomstoverførslerne ikke i sig selv udtryk for et samfundsmæssigt tab, selv om de indebærer en udgift for den, der skal betale.

Ressourcebindingen kan illustreres tilsvarende ved at spørge: Hvilke hospitals- og andre behandlingsudgifter gav f. eks. de 67.700 ulykker i 1972 anledning til? Hvad kostede f. eks. revalidering og genoptræning, medicin, sygetransport, plejehjem og en række af de offentlige og private administrationer? Også langt den væsentligste del af disse udgifter afholdes af skatteborgerne.

Der er ikke i Danmark foretaget nøjere undersøgelser af arbejdsmiljøskadernes samfundsøkonomiske omkostninger. Skøn, der antyder størrelsesordenen af nogle af de ovenfor nævnte omkostningsposter, baseres derfor på beregninger foretaget i arbejdsmiljøgruppens sekretariat. Sådanne beregninger vil altid være behæftet med usikkerhed og må derfor tages med forbehold.

For at kunne sammenholde de forskellige arbejdsmiljøskaders omkostninger har vi valgt at se på arbejdsmiljøskadernes samfundsøkonomiske omkostninger i et enkelt år, nemlig 1972, som er det sidste beretningsår for ulykkesforsikringsstatistikken.

Uanset forbeholdene anskueliggør beregningerne alligevel, at der er tale om store samfundsmæssige omkostninger som følge af et dårligt arbejdsmiljø.

Der foreligger som nævnt ikke tilstrækkelige oplysninger fra sundhedssektoren om arbejdsmiljøet som skadevolder. Hospitalerne kan ikke oplyse, hvor stor en del af belæggningen der skyldes arbejdsforhold og heller ikke lægerne kan give oplysninger herom, - de kun 400 årlige anmeldelser af erhvervs-sygdomme taler deres tydelige sprog.

*Produktionstab: mindst 6-7 mia. kr.
Ressourcebinding: mindst 2-3 mia. kr.*

Mia. 74-kr.	Produk- tionstab	Ressource- binding
Arbejdsulykker (incl. de mindre)	1	1/4
Arbejdsbetingede sygdomme	2	
Udstødning	3 1/2-4	2
I alt	6-7	2-3

På basis af et noget usikkert talmateriale indsamlet til brug for arbejdsmiljøgruppens 1. rapport, har vi imidlertid anslået, at de ca. 70.000 anmeldte ulykkestilfælde skønsmæssigt gav anledning til et ressourceforbrug i arbejdsmarkeds-, social- og sundhedsvæsenet på 200 mill. kr., hvilket i 1974-priser svarer til godt 250 mill. kr. Godt 60 pct. af disse omkostninger falder på sygehusvæsenet, og knap 20 pct. på arbejdsmarkedsorganerne, navnlig arbejdstilsynet. Der var tale om et minimumsskon.

Et skøn over sundhedssektorens ressourcebinding i antallet af arbejdsbetingede sygdomme og udskilning kan ikke laves.

Med disse beregninger har vi ikke påstået, at alle skadeomkostningerne kunne undgås ved at investere i forebyggelse. Man kan imidlertid godt forsvare at påstå, at omkostningerne er så store og den nuværende offentlige satsning på forebyggelse så beskednen, at der er en temmelig stor sandsynlighed for, at yderligere investering i forebyggelse kan »betale sig«.

6. Et eksempel

Denne række tal og oplysninger om arbejdsmiljøets skader kan imidlertid ikke beskrive hvordan en arbejdsmiljøskade ser ud fra ofrets synspunkt. De forskellige offentlige myndigheder, der kommer i forbindelse med ofret, ser ham eller hende som »en indlæggelse«, »en arbejdssøgende«, »en klage over arbejdsforholdene«, måske som »en kværlant«. Denne opsplitning af indsatsen gør den ikke mere effektiv. Vi kan heller ikke aflæse af oplysningerne, hvordan fænome-

nerne tidsmæssigt udvikler sig. For at bøde herpå et eksempel, der beskriver et faktisk foregået begivenhedsforløb.

Historien om en maler, som ingen kunne hjælpe

En praktiserende læge fortæller

Maler - lad os kalde ham Hviid - er født 1926 og altså nu 50 år gammel. Han er gift, bor i en pæn villa i en mindre provinsby. Han har bil. Hviid begyndte at arbejde med landbrug, fra han var 14 år, men da han blev 18, kom han i malerlære. Da han var udlært og havde udstået sin militærtjeneste, begyndte han 24 år gammel som bygningsmaler, og dette arbejde har han haft indtil 1972. Han var ansat hos den samme malermester, og han arbejdede både udvendig og indvendig. Han har intet spiritusmisbrug, han ryger ca. 50 g pibetotak om ugen, og der har ikke været noget større forbrug tidligere. Han har i øvrigt heller ikke brugt medicin. Hviid er en god maler. En anbefaling fra hans tidligere arbejdsgiver ser således ud:

»Hviid har arbejdet for mig i 24 år og er holdt op på grund af forgiftning ved brug af nye malermaterialer.

Hviid er den dygtigste malersvend, jeg har haft i de 30 år jeg har drevet forretning. Hertil kommer, at Hviid er akkurat, selvstændig og omgængelig. Det har blandt andet givet sig udtryk i, at kunderne gerne har bedt om at få Hviid til at udføre arbejdet.

Jeg kan kun beklage, at en særdeles dygtig håndværker bliver tvunget til at søge andet arbejde, men jeg ved at også andre pladser vil Hviid kunne udfylde til alles tilfredshed.«

Jeg begyndte min praksis her i byen i 1963. Allerede i august så jeg Hviid første gang. Han klagede over myoser i nakken. I de 9 år, der herefter gik indtil 1972, besøgte han mig kun for at få et middel mod eksem fra sin jagthund.

En anden gang skulle han have et råd mod influenza. Hviid var altså ikke patient med hyppige lasgebesøg.

Hovedpine

I august 1972 kommer Hviid op til mig og klager over hovedpine. Han har, siger han, i

flere år pludseligt kunnet få anfald af hovedpine med ømme partier i hovedbunden. Hidtil har han kunnet passe sit arbejde alligevel, men den dag, hvor han kom op, var det så voldsomt, at han havde måttet gå hjem. Nogle af anfaldene var ledsaget af kvalme, og han havde heller ikke lyst til at spise. Jeg mente i første omgang, at det var et migræneanfald. Jeg gav lokal leostesinfiltration i et par ømme nakke-myoser og prøvede med ergokoffeintabletter. Et røntgenbillede af kraniet viste normale forhold.

14 dage senere kommer han imidlertid igen. Hovedpinen er blevet værre, pillerne virker ikke, han bliver mere og mere træt og synes, det er meget svært at klare det daglige arbejde. Når han kommer hjem, er han helt udkørt, har kvalme, kan ikke spise og bliver i øvrigt også mere og mere irriteret. I slutningen af august er det blevet endnu værre. Han har fået jagende smerter i venstre side af hovedet. De går ned mod halsen og brystet, og hjerteaktionen er blevet hurtigere og lidt uregelmæssig. Jeg sygemeldte patienten og mente, han skulle indlægges. Neurologisk afdeling på det nærmeste sygehus var så flinke at tage imod Hviid allerede dagen efter.

Den neurologiske undersøgelse på sygehuset viste fuldstændig normale forhold. Heller ikke en fysiurgisk undersøgelse fandt nogen tegn på lidelser i Hviids bevægeapparat. Psykiateren fandt, at generne heller ikke skyldtes psykiske problemer, men mente derimod, at patientens problemer udmærket godt kunne skyldes forgiftning med maleropløsningsmidler, og anbefalede derfor, at han blev undersøgt på arbejdsmedicinsk klinik. Jeg konfererede med arbejdstilsynet og talte derefter med arbejdsmedicinsk klinik på Rigshospitalet i telefonen. De oplyste, at problemerne med alkydmaling stammer fra oplysningsmidlet terpentin. Symptomerne er de almindelige ved terpentinforgiftning, nemlig hovedpine, svimmelhed og anden utilpashed. Klinikken mente ikke, at der var grund til indlæggelse der, men gav det råd at melde ham syg, indtil han følte sig bedre, og så skaffe ham andet arbejde.

Imidlertid blev han udskrevet fra sygehuset med besked om, at man ikke havde påvist tegn på nogen sygdom eller skade, og at man ikke kunne sige, at hans erhverv var

skyld i symptomerne. På den anden side kunne man vel ikke udelukke det, men sagen var nok vanskelig at komme nærmere.

Vinteren 1972-73 prøvede jeg at hjælpe Hviid med massage, stesolid til natten og anbefalede ham samtidig at få frisk luft, men han var stadig meget træt, f. eks. udkørt efter 1-2 timers havearbejde, og så opdagede han, at han ikke tålte selv ringe mængder alkohol. Et par gange han var ude i selskab, blev han meget syg efter blot et enkelt glas rødvin eller en enkelt øl. I begyndelsen af 1973 prøvede han at arbejde på halv tid, men der gik kun en uge. Han fik straks voldsom hovedpine, uro om hjertet, trykkende smerter i brystet. Jeg prøvede igen på at få ham indlagt på arbejdsmedicinsk klinik, men de mente ikke, at en indlæggelse der ville kunne føre til noget. Man havde jo ikke kunnet finde noget unormalt ved den neurologiske undersøgelse på sygehuset, og man havde jo desværre ikke kendte objektive tegn på malerforgiftning.

Den 3. januar 1973 indsender vi en anmeldelse til ulykkesforsikringsselskabet om erstatning i anledning af erhvervssygdom.

Mere hospital og et afslag fra sikringsstyrelsen

Da Hviid har det dårligt og ikke kan arbejde, bliver han indlagt igen på det nærliggende sygehus på neurologisk afdeling i 10 dage. Man kan stadig ikke finde tegn på noget unormalt, bortset fra at han har haft en virusinfektion, som har givet ham noget efterfølgende træthed, og det forklarer man Hviid, og så udskriver man ham med recept på nogle piller. Den var vi nu nødt til at opgive, for de gjorde ham rastløs, men bortset herfra begyndte han at blive bedre i løbet af foråret 1973.

For at få slået fast, om der kunne tænkes at være noget psykisk i vejen, indhentes en psykiatrisk vurdering på grundlag af en samtale. Om symptomerne udtaler psykiateren bl. a., at der foreligger træthed, øget træthedsbarhed, nedsat koncentrationsevne, nedsat indprentningsevne, indsovningsvanskeligheder, som nu er afløst af et stort søvnbehov . . . - Det hedder videre i psykiaterens erklæring:

»Præmorbidt* har han haft en »vældig

*) dvs, før han blev syg.

energi«, »gået i krig med opgaverne«, herunder fagforeningsarbejde, og han skal have haft let ved at omgå folk. Patienten har været gift i 20 år med samme ægtefælle, til hvem forholdet har været godt. Der er ingen born i ægteskabet. Økonomien i orden.

På mig virkede patienten rolig, åben, spontan, venlig, ikke deprimeret og ej heller neurotisk. Jeg finder derfor ingen grund til at sætte ham i medieamentel behandling.« Da Hviid var blevet bedre i løbet af foråret 1973, prøvede vi forskellige jobs. Hviid henvendte sig på formidlingen og revalidering. Især håbede han på en pedelstilling. Den fik han nu ikke. Inden revalideringen nåede at komme i gang, lykkedes det ham at skaffe et arbejde som assistent hos kirkegårdsgartneren. Han havde det nu også nogenlunde, men hans arbejdssevne var ikke som før.

I juni kom der så svar fra sikringsstyrelsen. Den slog fast, at Hviids lidelse ikke er en erhvervssygdom. I begrundelsen hed det:

»Styrelsen har derefter indhentet yderligere lægelige oplysninger fra . . . central-sygehus, hvoraf det blandt andet fremgår, at de symptomer. De klager over, overvejende sandsynligt må antages at være følger efter en virusinfektion.

1 denne anledning skal man meddele, at det efter det oplyste ikke med rimelig sandsynlighed kan antages, at Deres lidelse udelukkende eller i overvejende grad skyldes skadelige påvirkninger, hidrorende fra Deres arbejde eller de forhold, hvorunder det foregår, og at lidelsen derfor ikke begrunder krav på ydelser i henhold til ulykkesforsikringsloven.«

Denne afgørelse anker vi, og vi gør opmærksom på i ankeskrivelsen, at neurologisk afdeling på det pågældende sygehus kun har formodet, at der har været tale om en virusinfektion, og at der i øvrigt er tale om et sygdomsbillede, der fuldstændig stemmer overens med malerrapportens beskrivelse af alkydmalingens skadelige påvirkninger, specielt da symptomerne er begyndt langsomt i det 10-år, hvor alkydmalingen har været i brug, og at patienten har været i langsom bedring, siden han er ophørt med malerarbejdet.

*) dvs med kendskab om den syges tidligere tilstand.

Forsikringsselskabet begærer Hviid indlagt

Omkring årsskiftet 1973-74 er Hviid indlagt i halvanden måned igen på neurologisk afdeling, men man kan stadigvæk ikke finde noget særlig abnormt, og man aftalte derfor, at han skulle komme tilbage 2 måneder senere og blive indlagt på medicinsk afdeling for at blive undersøgt der. I de to måneder skulle han være sygemeldt. Ved udskrivningen udtaler sygehuset om sin tidligere erklæring om virusinfektionen:

»Noget sikkert positivt holdepunkt for en virusinfektion kunne vi dog ikke sige, der var, heller ikke anamnestic.* Vi mente desuden, at der sandsynligvis var sket en sekundær neurotisering på grund af den lange sygemelding, spekulationerne over symptomerne og bekymringerne for fremtiden.«

Men erklæringen indeholder også noget om patientens nuværende syn på sin egen situation. Han har stort set opgivet at få noget ud af sagen, men på den anden side synes han, det er rimeligt, hvis der er tvivl om, hvad der er årsag til hans sygdom, at man lader muligheden stå åben for, at det er en malerforgiftning, for det kan måske komme andre til gode senere. Han satser ikke særlig på nogen erstatning, han er nemlig klar over, at det ikke rigtig løser hans problemer. Han vil hellere være rask og komme i arbejde igen. 1 samtalerne på hospitalet er der kommet nogen bitterhed frem over for de forskellige hjælpeinstitutioner, han har været i kontakt med, og som ikke synes at kunne hjælpe ham. Revalideringscentret har flere gange tilbudt ham fabriksarbejde, men det kan han ikke tænke sig. Han er selv kommet med flere forslag om arbejde, men de er allesammen blevet afvist, først og fremmest med den begrundelse, at han er for gammel, så man »ikke gider investere noget i ham«. Det nuværende kirkegårdsarbejde har han selv skaffet sig.

I konklusionen hedder det bl. a.:

Indtil tingene forhåbentlig efter kontrolindlæggelse på medicinsk afdeling bliver mere afklarede, så man kan give forsikrede klarere besked, må man prove at holde sig så aktiv som muligt, eventuelt finde en eller anden beskæftigelse, han kan klare, helst et lidt varieret arbejde, hvor han undgår tunge belastninger.

I april måned 1974 bliver han igen indlagt. Denne gang på medicinsk afdeling, der imidlertid heller ikke kan finde tegn på sygdom. I begyndelsen af maj måned - Hviid har nu fået sygedagpenge i 3 måneder — er jeg til møde på socialkontoret, hvor vi snakker om Hviid. Han skal i arbejde igen, men han er stadig træt og har anfald af hovedpine og hjertebanken. Over for mig har Hviid imidlertid givet udtryk for, at han kun havde haft dårlige erfaringer med revalideringen. De første gange gik han derop med nogen forventning. Han blev opfordret til selv at komme med forslag til noget, han kunne tænke sig at gå i gang med. Han kom med 10 forslag, som de havde slettet allesammen, dels fordi han var for gammel, dels fordi han ikke havde nogen relevant uddannelse. Han havde selv forestillet sig, at han skulle i gang med omskoling. Det mente man åbenbart ikke.

På et vist tidspunkt var han klar over, at arbejdsformidlingen måske havde haft mulighed for at hjælpe ham, men det var ikke muligt for dem, sagde de, fordi han var under revalidering.

I midten af november måned i 1974 kommer Hviid op til mig i konsultationen. Han er vred. Han er nemlig nu for første gang blevet indkaldt til undersøgelse på arbejdsmedicinsk klinik, og det mener han er spild af skatteborgernes penge nu to år efter, at det hele er begyndt, og ingen hidtil har kunnet finde tegn på malerforgiftning. Jeg anbefaler ham alligevel at gå med til det, hvis han vil have noget ud af sin anke af forsikrings sagen. Han lader sig derfor indlægge i december måned.

Hverken den neurologiske eller en fysiurgisk undersøgelse finder noget særligt, og den arbejdsmedicinske vurdering går ud på, at man ikke finder det sandsynligt, at patientens hovedpine må skyldes hans arbejde som maler. Om patientens forbrug af smertestillende tabletter hedder det:

»Det beskedne forbrug tilskrives dels manglende effekt, dels principiel modvilje mod pillespisning, men siger vel samtidig noget om genernes omfang og styrke.«

I resuméet og konklusionen fra arbejdsmedicinsk klinik hedder det bl. a.:

»48-årig maler, som kort efter udgivelsen af »Malerrapport, København 1972« for før-

ste gang søger læge for periodisk træthed og hovedpine, udviklet over ca. 10 år. Spørgsmålet er nu, om disse symptomer kan skyldes en arbejdsbetinget forgiftning. Som det i reglen er tilfældet hos patienter med disse klager, er det trods indgående undersøgelse ikke lykkedes at påvise objektive holdpunkter for en relevant organisk lidelse, hvilket ganske vist ikke principielt udelukker en sådan, men heller ikke er af væsentlig betydning for spørgsmålets besvarelse, idet denne indtil videre alene må bygge på epidemiologiske og kliniske erfaringer.«

Jeg fandt det påfaldende, at man ikke på noget tidspunkt under de mange undersøgelser, Hviid havde været igennem, havde prøvet, om han var følsom over for de organiske opløsningsmidler eller andre af de midler, som fandtes på hans arbejdsplads. Jeg syntes heller ikke, at man i tilstrækkelig grad havde taget hensyn til, at Hviids symptomer var særlig voldsomme, når han havde arbejdet hele ugen, altså om fredagen, og mindst, når han begyndte mandag morgen, samt at de lettede i ferien. Endvidere var symptomerne helt forsvundet, da han holdt op med at male.

I øvrigt var det Hviids erfaring med de utallige lægeundersøgelser, han havde været til, at lægerne for det første ikke havde undersøgt ham på anden måde end ved at spørge ham ud, for det andet, at denne udspørgen i løbet af ganske kort tid havde koncentreret sig om at finde frem til, om han ikke på en eller anden måde led af psykiske defekter. Det var helt oplagt, at lægerne i deres spørgeform ledte efter de mindste tegn herpå. I øvrigt fortalte han, at han følte sig utryk, når han sad over for læger og myndighedspersoner. Oplysningerne om ham gik fra det ene skrivebord til det andet og lod de samme fordomme om hans person vandre fra den ene til den anden, uden at han havde mulighed for at tage til genmæle, fordi han aldrig fik noget at vide, men kun kunne fornemme tingene antydningssvis derved, at han kunne høre, hvilke holdninger der lå bag, når spørgsmålene blev stillet.

I begyndelsen af 1975 kommer Hviid op til mig og spørger, om jeg finder det forsvarligt, at han begynder som maler igen. Helbredet er ganske vist ikke som før, men han har det dog nu tåleligt. Han fortæller samtidig, at han er arbejdsløs, for der er ikke mere kirkegårdsarbejde. Det er jo vinter. Jeg lod

spørgsmålet gå videre til arbejdsmedicinsk klinik, leg var egentlig lidt sur på dem og skrev derfor:

»Når jeg nu gennemgår udskrivningskortet fra Rigshospitalet, må jeg give patienten ret i, at det har været spild af både patientens og afdelingens tid med denne indlæggelse. Da patienten har de akutte symptomer, meddeler man, at malerforgiftningen ikke giver patologiske neurologiske symptomer, der kan måles, så der er ingen grund til indlæggelse, han må holde op med at male og finde andet arbejde.

Det gør han, men to år efter finder man indlæggelse indiceret, gentager de undersøgelser, der er foretaget i den lokale neurologiske afdeling, foretager fysiurgisk undersøgelse, der viser kyphosis juvenilis (Scheuermann) med muskulært betingede gener.

Derefter konkluderer man, at det ikke er sandsynligt, at patientens hovedpine skyldes hans arbejde som maler. Forsikringselskabet er frelst, men hvad med patienten. Han er arbejdsløs for tiden, da der ikke er arbejde på kirkegården om vinteren, han har altid været en dygtig malersvend og kunne få arbejde som maler igen. Må jeg anbefale ham at genoptage sit malerarbejde?

Hvis han igen får symptomer på malerforgiftning, kan han så blive akut indlagt i Rigshospitalets arbejdsmedicinske klinik?»

Klinikken svarede i april 1975:

». . . Efter det foreliggende må det for mig at se være konsekvent at foreslå patienten at lorsege at genoptage sit malerarbejde, hvis han selv har lyst til det. Hvad vi skal gøre, hvis det giver anledning til fornyede gener, er det vanskeligere at svare på. Det er for øjeblikket ikke sandsynligt, at man vil kunne påvise noget abnormt, men arbejdsmedicinsk klinik er for øjeblikket ved at starte undersøgelser over disse forhold, bl. a. i samarbejde med neurofysiologerne i det håb, at det vil kunne gøre os klogere.

Skal vi ikke forelobig håbe, at han vil kunne genoptage sit arbejde, også hvis man kan fremhæve for ham, at generne formentlig ikke har været arbejdsbetingede, og at de derfor næppe vil komme igen.«

Ankestyrelsens afslag

I juli måned 1975 kommer så den sociale ankestyrelses afgørelse. Det bliver et afslag. Ankestyrelsen siger bl. a.:

»Den omhandlede lidelse findes ikke med rimelig sandsynlighed at kunne antages at skyldes skadelige påvirkninger hidrørende fra forsikredes arbejde eller de forhold, hvorunder det foregik, og der tilkommer derfor ikke forsikrede krav på ydelser efter ulykkesforsikringsloven.

Ankestyrelsen tiltræder derfor sikringsstyrelsens afgørelse af 7. juni 1973.«

Hvad kan vi lære af denne historie?

Både socialreformundersøgelsen fra slutningen af tresserne og arbejdsmiljøundersøgelsen fra 1973 - begge udarbejdet af Socialforskningsinstituttet - viste, at et meget stort antal danskere havde sygdomssymptomer og blev ramt af såkaldte socialbegivenheder - sygdom, arbejdsløshed, tab af forsorger o. l.

I denne som i så mange andre sager har arbejdstilsynet, arbejdsformidlingen, sygehusspecialister, revalidering, socialkontor, arbejdsmedicinsk klinik, forsikringselskab, sikringsstyrelse og ankestyrelse været inde i billedet. For Hviids vedkommende har alle sluppet den igen uden at kunne hjælpe ham med hans problem. De har næppe haft mulighed for at handle meget anderledes - bundet som de har været af de lovgivnings- og aftalemæssige rammer og målsætninger.

Tilbage bliver alene at konstatere, at maler Hviids problemer ikke blev fanget ind og afhjulpet, men han gik fra en aktiv arbejdstilværelse til en uvirksom revalidenttilværelse.

Hvordan kunne Hviid være hjulpet?

Havde han for lidt indflydelse på sin egen arbejdssituation? Kunne han selv vælge, hvilke slags maling han ville bruge? Kunne en effektiv sikkerhedsorganisation have talt hans sag de rigtige steder?

Var de rigtige specialister til rådighed på de rigtige tidspunkter? Prøvede specialisterne at løse Hviids problem sammen i stedet for blot at udtale sig? Hvad interesse-rede man sig mest for: arbejdsforholdene eller Hviids person? Har vi udnyttet vores ressourcer bedst muligt?

Hvorfor ved man så lidt om, hvordan malingen virker på mennesker? Forskes der for meget i noget, der er mere ligegyldigt? Uendervises der for lidt om arbejdslivets risici?

Hvordan sikrer vi, at vi ikke hele tiden

bliver taget på sengen af nye problemer? Kan det overhovedet lade sig gøre at forudsige noget? Er planlægning realistisk?

Det er sådanne generelle spørgsmål, vi vil diskutere i denne rapport. Vi tror ikke, vi har fundet den eneste løsning - bestemt

ikke. Men vi diskuterer forskellige muligheder og stiller forskellige forslag, der måske kan forhindre, at andre oplever samme magtesløshed hos myndighederne, som Hviid har oplevet.

Rapport fra Projektgruppe 2: Socialvæsenet

Projektgruppens medlemmer:

Læge *Gert Almind*, Holbæk (koordinator)
 Planlægningschef *Ole Høegh*, socialstyrelsen
 Embedslæge *Vagn Christensen*, Ringkøbing
 Konsulent *Kaj Wester gaard*, arbejdsministeriet
 Professor, dr. med. *Kai Tolstrup*, Rigshospitalet

Indhold	Side
1. Sammenhænge mellem socialsektorens og sundhedssektorens målsætninger specielt i forbindelse med forebyggelse	45
2. Sammenhænge mellem socialsektorens og sundhedssektorens fælles behov for at fremme primær og sekundær forebyggelse	46
3. Konkrete berøringsflader mellem social- og sundhedssektorerne	46
4. Eksempler på foranstaltninger inden for socialsektoren, som virker miljøbe-handlende/sundhedsfremmende	47

Projektgruppe II

Udvalgte foranstaltninger uden for sundhedssektoren og deres indflydelse på ressourceforbruget i sundhedssektoren.

Socialektoren

1. Sammenhænge mellem socialektorens og sundhedssektorens målsætninger specielt i forbindelse med forebyggelse.

De overordnede målsætninger inden for de to sektorer er i vidt omfang identiske. Således at WHO's sundhedsbegreb (fysisk, psykisk og socialt velbefindende) stort set er identisk med det sociale trygheds- eller trivselsbegreb. Hertil kommer, at sammenhænge mellem miljøfaktorer og sygdomsfaktorer klart fremgår af begge sektorer's begrebsanvendelse. I socialektorens begrebsapparat er dette udtrykt gennem familie- eller *totalitetssynspunktet*, hvorefter udgangspunktet skal tages i klientens samlede situation, således at sociale, psykiske eller legemlige symptomer bedømmes i forhold hertil og i forhold til de gruppedannelser, som pågældende er en del af, først og fremmest familien, men også skolen, arbejdspladsen, nærmiljøet, lokalsamfundet osv. Denne identitet i målsætningerne er fremhævet i forbindelse med socialreformkommissionens arbejde, der bl. a. førte til etablering af en fælles social- og sundhedssektor på det primære plan (under de kommunale social- og sundhedsforvaltninger) samt til stadig pågående bestræbelser for at henføre sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger under kommunalt og amtskommunalt regie. I disse administrative omlægninger er indgået den offentlige sygesikring, decentraliseringer i forbindelse med bistandsloven og af det psykiatriske sygehuvæsen fra 1. april 1976, samt decentralisering om få år af den samlede sociale særfor-sorg.

I begge sektorer søges disse målsætninger

i stigende grad opfyldt ved et samvirke mellem sundhedsvæsen og socialvæsen.

Sammenhængen kan enten være *komplementær* (dvs. at foranstaltninger inden for to sektorer supplerer hinanden i et behandlingsforløb) eller *alternerende* (dvs. at foranstaltninger inden for to sektorer kan erstatte hinanden). For begge sektorer gælder videre, at der i stigende omfang er behov for samvirke med andre sektorer, både i kommunalt regie (f. eks. skole- og uddannelsessektor), med fysisk planlægning og med andre offentlige myndigheder som f. eks. arbejdsformidlingen. Hertil kommer behov for samvirke med private sektorer f. eks. om bedriftssundhedstjeneste.

Specielt om *forebyggelsesbegrebet* gælder, at der er tale om sammenhænge mellem indsats og effekt, som er forskudt i tid, og som indeholder vanskeligt gennemskuelige årsagsforhold. Dette angår især *den primære forebyggelse* vendt mod skadevoldende eller sygdomsskabende faktorer i samfundet, hvor effekten målt i form af sparede ressourcer kun vil kunne påvises inden for længere tidsforløb, der ofte vil ligge uden for de almindelige tidsrammer for administrativ planlægning og prioritering. Perspektivanalyserne fra de seneste år lader dog ane muligheder for, at selv de mere langsigtede forløb vil komme til at indgå i den politiske prioriteringsproces både i de lokale led og på det centrale plan.

Dertil kommer imidlertid, at visse årsagssammenhænge nok lader sig påvise i de mere ekstreme situationer f. eks. sammenhænge mellem alvorlige psykiske og sociale skader og manglende stimulation i småbørnsmiljø,

medens det er vanskeligere at påvise sammenhænge mellem mangelfuld stimulation og mildere psykiske eller sociale skader. På et sådant område må man derfor indtil videre bygge på hypoteser om, at sammenhænge også gælder i de mildere tilfælde.

Mere klart gennemskuelige sammenhænge findes nok i *den sekundære forebyggelse*, hvor det drejer sig om forskellige former for tidlig indsats inden skaden eller sygdommen har udviklet sig i større omfang.

2. Sammenhænge mellem socialsektorens og sundhedssektorens fælles behov for at fremme primær og sekundær forebyggelse

Ressourcerne inden for social- og sundhedssektorerne er bl. a. karakteriseret ved at være belastet af revaliderende eller behandlende indsats over for sygdomme eller sociale skader, som har større eller mindre sammenhænge med miljøforhold i samfundet (sociale forhold i videste betydning). Dette gælder f. eks. følgetilstande fra trafik - og f. eks. fra arbejds- eller boligmiljø eller følger af levnedsmidlernes og kostvanernes udvikling. Det gælder også følgetilstande, der har sammenhæng med visse udviklinger i familiernes og personernes situation i det moderne samfund og derved de personlige og økonomiske miljøer.

Dette må sammenlignes med, at de teknologiske muligheder for sygdomsbehandling er i rivende udvikling samtidig med, at socialsektorens forebyggende og behandlende virksomhed er intensiveret kraftigt både ved udbygning af den rådgivende og vejledende virksomhed samt ved udbygning af de forskellige foranstaltninger for service i hjemmet, og på dag- eller døgninstitutioner for de forskellige alders- og klientgrupper. Når denne udvikling sammenholdes med, at der i de senere år har vist sig stærke behov for en begrænsning i de offentlige udgifter og herunder i social- og sundhedssektorerne udbygningstakt, er det naturligt, at den samfundsmæssige interesse må stille krav om den bedst mulige ressourceudnyttelse inden for de to sektorer, og om at udviklingen af den samlede behandlingsindsats underkastes en hårdere prioritering. Hertil kommer imidlertid, at man bør undersøge mulighederne for at aflaste det samlede behandlingsapparat ved at forøge den primære og den sekundære forebyggelse. I denne situation har so-

cial- og sundhedssektorerne en naturlig forpligtelse til at yde bidrag til forebyggelse ved at pege på muligheder for primær forebyggelse, dvs. på ændringer i de forskellige miljøforhold, som kan virke aflastende på de to sektoreres indsats, bl. a. fordi det står klart, at samfundet ikke har ressourcer til at udbygge de to sektoreres behandlingsindsats i overensstemmelse med de teknologiske muligheder herfor. Det drejer sig derfor også om at bidrage til ændringer i befolkningens indstilling til eller forventninger til social- og sundhedssektorerne samlede behandlingsapparat og herunder at medvirke til, at befolkningen i højere grad opfatter social- og sundhedssektorerne indsats som en bistand til den sundhedsfremmende indsats, som i vidt omfang henhører under familiernes eller enkeltpersonernes eget ansvarsområde. Et vigtigt led i bestræbelserne for primær forebyggelse fra de to sektorer side er derfor rettet mod indsats i andre sektorer og herunder i undervisnings- og oplysningssektorerne. Herudover må de to sektoreres bestræbelser for forebyggende indsats rette sig mod tidlig opsporing/stimulation/indsats med henblik på at begrænse behandlingsindsatsen mest muligt, enten ved tidlig behandling, som er af mindre omfattende karakter, eller ved mobilisering af personernes/familiernes egne ressourcer. Et vigtigt led i denne indsats er samarbejdet i de primære led af de to sektoreres rådgivning, vejledning og visitation m. v. og samvirket med og støtten hertil fra specialinstitutionerne.

3. Konkrete berøringsflader mellem social- og sundhedssektorerne

I det praktiske arbejde er der mange berøringsflader mellem de to sektorer, som ofte gør det svært at drage skarpe skillelinier. Når der i prioriteringsudvalgets materiale især er peget på sammenhænge mellem resourceforbruget inden for sygehusvæsenet og inden for plejehjemssektoren er det klart, at denne sammenhæng umiddelbart falder i øjnene, fordi der dels er tale om tidsmæssigt sammenhængende og klare alternativer samtidig med, at der med rette kan peges på et for patienter uhensigtsmæssigt sygehusforbrug.

Imidlertid er dette alternativ noget ensidigt beskrevet, fordi alternativer til sygehusophold eller ophold på andre specialinstitu-

tioner må ses som en lang række støttemuligheder, herunder med forskellige former for bistand i hjemmet. F. eks. kan udvidelse af behandling i hjemmene frem for sygehusophold («hurtig udskrivning») fremmes gennem ydelse af hjælpemidler, hjemmehjælp og hjemmepleje m. v. og herunder midlertidige foranstaltninger, jfr. f. eks. erfaringer fra Århus kommune.

Herunder hører også, at indsats og samarbejde inden for den primære social- og sundhedstjeneste og herunder almen praksis, hvis det er velfungerende, indebærer gode muligheder for aflastning af begge sektors samlede institutionsapparat, der samvirker om behandling, revalidering og omsorg. Under alle omstændigheder ligger de største muligheder for at regulere og udnytte institutionsapparatet bedst muligt i de to sektors primære led.

Der ydes på flere områder indsats i socialsektoren, som - hvis den falder heldigt ud - vil kunne reducere eller måske helt overflødiggøre, at sundhedssektoren belastes.

Tre konkrete eksempler, som bygger på erfaringer fra almen praksis, kan illustrere disse muligheder:

(1) Handicappede børn

Et fysisk, psykisk eller socialt handicappet (funktionshæmmet) barn er først og fremmest et barn; handicappet må opfattes som en del af barnets normaltilstand. Det er ikke-sygt, men kan på grund af et eller flere handicap have færre muligheder i samfundet. Handicappet kan meget vel kræve en primær indsats af sundhedssektoren (f. eks. ortopædi, psykiatri, neurologi), men støttes barnet i sin udvikling og sit erhvervsvalg, kan et senere behov for sundhedsvæsenet nedbringes. Her tænkes på psykiske og fysiske sygdomme, som opstår i forbindelse med specifikke krav til erhvervsudøvelsen, som det er svært at leve op til. Hvis denne gruppe ikke kan klare sig, fordi socialsektoren ikke har ydet nødvendig hjælp, vil den opsoge sundhedssektoren med stigende hyppighed, for efter en periode med sygefravær, lægeundersøgelser og behandlinger og revalideringsforsøg, at komme tilbage på arbejdsmarkedet eller havne i pensionistgruppen.

(2) Tidlig revalidering

Revalidering kan betragtes som en kombineret social/arbejdsmæssig/pædagogisk/medi-

cinsk foranstaltning, som tilsigter at gøre klienterne erhvervsdygtige. Revalideringen kan meget vel sætte ind, før der er tale om arbejdsudygtighed. Den kan komme på tale efter sporadiske kontakter med sundhedssektoren, ligesom det medicinske element kan være af meget beskeden karakter i selve revalideringsprocessen. Som eksempler kan nævnes lejlighedsvis overfølsomhed (allergi, astma, eksem), rygsvagthed, spinkel legemsbygning og sukkersyge. En indsats af social karakter over for disse mennesker vil ofte være en kausal behandling af en sygdom, eller en forebyggende foranstaltning, som fritager klienten for kontakt med sundhedsvæsenet.

Ex. 34-årig tømrer med overfølsomhedsgener over for cellulose og andet kommer på grund af læsion af brystkassen i kontakt med sundhedssektoren. Er motiveret for erhvervsskifte og hjælpes til buskørereport.

Ex. 16-årig pige med sukkersyge ønsker at forlade skolen efter 9. klasse for at blive berider, hvilket med denne sygdom er et ulykkeligt valg. Det lykkes at få hende til at blive i skolen, hun fortsætter siden på seminarium og sidder nu i lærerstilling med regelmæssigt arbejde.

(3) Ældre ude af erhverv

Pensionerede ældre er en gruppe som, selv om den kan betragtes som rask, lever under en øget risiko for sygdom. Det er en erfaring, at foranstaltninger ydet gennem socialsektoren, f. eks. motion, kost, godt miljø og meningsfuld beskæftigelse nedsætter behovet for sundhedssektorens ydelser, f. eks. optræning og nerve-, sove-, smertestillende medicin eller behandling i forbindelse med indlæggelse. Socialsektorens tilbud kan ofte virke som støtte til fortsat funktion i almindeligt hverdagsmiljø og derved aflaste behovet for sundhedssektorens behandlingsydelser.

4. Eksempler på foranstaltninger inden for socialsektoren som virker miljøbehandlende/sundhedsfremmende

Med totalitetssynspunktet som udgangspunkt, kan indsats fra socialsektoren vurderes som bidrag til at styrke visse befolkningsgruppers personlige, fysiske og økonomiske miljø for dermed at fremme trivsel og sundhed. Nedenfor er angivet nogle eksem-

pier, ligesom nogle sammenhænge med det sociale miljø i videste forstand er omtalt:

(1) Foranstaltninger til støtte for børnefamilier:

a) Der findes i speciallovgivningen regler om såvel generel som speciel støtte til børnefamilier. Der er dels tale om generelle børnetilskud, og i sammenhæng hermed kan nævnes boligsikring (bidrag til den primære forebyggelse), og dels tale om en række individuelle støtteforanstaltninger til børnefamilier (sekundær forebyggelse).

Formålet med disse foranstaltninger er at støtte familiemiljøet, som et led i sikringen af børnenes opvækstvilkår. I det omfang, de virker støttende på familiemiljøet, er der givetvis tale om aflastning af sundhedssektorens mere intensive foranstaltninger.

b) Der er især i det seneste tiår gennemført en kraftig udbygning af daginstitutioner for børn, især for børn i alderen fra 3-6 år. Denne udbygning har utvivlsomt sammenhæng med behovet for tilgang af kvindelig arbejdskraft på arbejdsmarkedet i tresserne, men virker yderligere som et pædagogisk supplement til kernefamiliens omsorg for småbørnene, som har stærke behov for stabile og udviklende kontakter. Disse behov for stimulerende miljøer er med større eller mindre held søgt fremmet gennem personaleuddannelse og personalenormering. Også her er der tale om en indsats, som virker aflastende på sundhedssektorens ressourceforbrug. Specielt må henvises til indsatsen for psykisk/socialt truede og andre handicappede børn ved almen eller speciel daginstitutionsindsats som støtte til familien/barnet. Der er her tale om indsats, som aflaster sundhedssektorens institutionsbehandling. Disse institutioner har også været og er i nogen grad stadig steder, hvor pædagoger, støttet af konsulenter fra sundheds- og sociale sektoren, har kunnet bidrage med en tidlig diagnostik af sygdomme, handicap og udviklingsproblemer.

I denne sammenhæng kan nævnes, at der i disse år er ved at udvikle sig et stadig mere struktureret samarbejde mellem daginstitutionerne, den sociale familiestøtte, sundhedsplejen, alment praktiserende læger m. fl. om opsøgende virksomhed og tidlig opsporing af sociale og psykiske risikofaktorer. Der er her tale om funktionelt samvirke mellem en række »nærpersoner« i den primære social-

og sundhedstjeneste og om specialstøtte i dette arbejde fra en række social- og sundhedsmæssige specialister, som kan være tilknyttet sociale og pædagogiske handicapinstitutioner eller f. eks. pædiatriske eller børnepsykiatriske afdelinger. Også dette arbejde virker aflastende på de sociale og sundhedsmæssige institutioners indsats.

c) I sammenhæng hermed må ses indsatsen fra døgninstitutionerne for børn og unge (børne- og ungdomshjem) samt fra den stigende kvalitative indsats, som kan ydes af plejefamilier, hvortil ydes fornøden støtte. Der er her tale om foranstaltningstyper, som grænser ganske tæt op til en række undersøgelser eller behandlingsformer inden for sygehusvæsenet, og som tilsammen virker ud fra den målsætning så vidt muligt at støtte børnenes tilbagevenden til det hjemlige miljø. Der er naturligvis derfor også behov for samvirke med støtteformerne til familiemiljøet fra primære social- og sundhedsteam, hvor indsats vil kunne aflaste sundhedssektorens institutioner.

(2) Foranstaltninger til støtte for ældre:

a) Med henblik på at støtte hjemmemiljøet for ældrefamilier/ældre borgere indeholder sociallovgivningen regler om en række former for bistand i hjemmet (praktisk bistand i form af hjælp til husførelse, indkøb m. v.) og andet omsorgsarbejde (hjælp til personlig omsorg/pleje/beskæftigelse og hjælpemidler), ligesom indretningen af daghjem og dagcentre for ældre tilstræber at støtte de ældres tilværelse i hjemmemiljøet. Der er også her tale om miljøstøttende foranstaltninger, som virker aflastende på såvel social- som sundhedssektorens institutioner.

b) De moderne plejeboliger (plejehjem, kollektivboliger, beskyttede boliger) tilstræber ligeledes at skabe rammer om et meningsfyldt miljø for ældre borgere, der ikke kan forblive i eget hjem, men som heller ikke har behov for sygehusbehandling. Her er som nævnt tale om klare alternativer mellem ophold på sygehus og i plejebolig, men det må tages i betragtning, at der kan forekomme lige så klare alternativer mellem sygehusophold og ophold i eget hjem med støtte bl. a. fra de under a) ovenfor nævnte støtteformer, der i første række har forebyggende betydning. Det kan således nævnes, at kun én procent af de 65-69 årige er optaget på plejehjem.

(3) *Foranstaltninger til støtte for personer med erhvervsproblemer:*

Den sociale lovgivning har gennem regler om støtte til revalideringsforanstaltninger mulighed for at afhjælpe problemer af erhvervsmæssig karakter. Også her er der naturligvis stærk sammenhæng mellem den sociale og sundhedsmæssige indsats. Det må nok fremhæves, at socialsektorens indsats med hensyn til erhvervsproblemer især foregår indirekte gennem de ovenfor nævnte støtteformer til familiemiljøet, og at den direkte sociale erhvervsstøtte som oftest først har kunnet sættes ind på et tidspunkt, hvor problemerne har fået en betydelig tyngde og typisk på grund af et eller andet fysisk/psykisk handicap. Bestræbelserne for den tidligere indsats med hensyn til den sociale/erhvervsmæssige støtte og herunder mulighederne for at forebygge overgang til invalidepension beror i høj grad på samvirke mellem social- og sundhedssektoren og f. eks. med uddannelsessektoren, hvis indsats primært må søges anvendt, hvor det er muligt, fremfor socialsektorens tilbud om støtte på særlig revalideringsinstitution eller beskyttet virksomhed.

De muligheder, der i praksis findes for at beskæftige personer med fysiske, psykiske og/eller sociale handicaps, bestemmes derfor ikke udelukkende af den personlige støtte, som den handicappede kan opnå gennem social- og sundhedslovgivningen eller uddannelseslovgivningen. Den almindelige økonomiske aktivitet i samfundet spiller en helt afgørende rolle for de handicappedes beskæftigelsesmuligheder. Erfaringerne fra

den fulde beskæftigelses periode bekræfter i høj grad disse persongrupperes konjunkturfølsomhed.

I den nuværende situation synes de handicappede ikke i større udstrækning end andre at blive ramt af afskedigelser. Men når de afskediges, har de sværere end andre ved at opnå genplacering på arbejdsmarkedet. Hvis de aktuelle beskæftigelsesproblemer varer ved - hvad noget tyder på - vil det i det lange løb betyde, at en række handicapgrupper sorteres fra på arbejdsmarkedet. Følgevirkningerne heraf vil med stor sandsynlighed blive en ringere generel sundhedstilstand i vid forstand hos de pågældende.

Et lignende problem eksisterer i relation til unge, der forlader uddannelsessystemet uden at opnå beskæftigelse. Erfaringerne fra den aktuelle økonomiske krise tyder på, at de unge bærer en forholdsmæssigt ret høj andel af den samlede ledighed. Der er nogen uenighed om, hvad de langsigtede virkninger heraf bliver. Der peges dog fra mange sider på, at de psykologiske følgevirkninger heraf kan blive alvorlige.

Disse eksempler belyser, at udviklingen i behovet for foranstaltninger inden for sundhedsvæsenet ikke alene påvirkes af konkrete tendenser inden for tilgrænsende sektorer, f. eks. bolig-, social-, uddannelses- og trafiksektoren. Der eksisterer en sammenhæng *også* mellem behovet for sundhedsvæsenets foranstaltninger på den ene side og den generelle økonomiske politik og beskæftigelsesniveauet på den anden. En sammenhæng, hvis nærmere karakter kun er fragmentarisk belyst.

Rapport fra Projektgruppe 3: Sundhedspædagogik

Indhold:	Side
Resumé og konklusion	53
I Om fremme af sundhedstilstanden ved pædagogisk indsats	55
II Begreber, metoder og effekter ved indsats over for definerede behov.	65
III Komiteen for Sundhedsoplysning, Kommunikation - Distribution.	69
IV Sundhedspædagogik i skolealderen.	71
 Bilag	
a. Hygiejnekomiteen DTF.	75
b. Komiteen for sundhedsoplysning	76
c. Komiteen for sundhedsoplysning	78
d. Erfaringer vedr. fødselsundervisning m. v. af fysioterapeut Ulla Toft	85
e. Årsberetning for sundhedsplejen i Ringkøbing amt 1975.	95

Projektgruppens medlemmer:

Direktør H. Toft-Nielsen, Komiteen for Sundhedsoplysning (koordinator).
 Lektor Henning Andersen, Danmarks Lærerhøjskole.
 Embedslæge Vagn Christensen, Ringkøbing.
 Amtssundhedsplejerske Ruth Christoffersen, Vejle.
 Læge Jens. O. Mathiesen, Institut for socialmedicin.

Bilag d er udarbejdet af fysioterapeut Ulla Toft.

Sundhedspædagogik

Resumé og konklusion

De sundhedsmæssige problemer i et vel-færdssamfund synes ikke tilfredsstillende at kunne løses ved traditionel behandling. Der er mange holdepunkter for, at forebyggende indsats kan have bedre effekt.

Formålet med en sundhedspædagogisk indsats er dobbelt. For det første er målet at give det enkelte individ mulighed for at erkende sin situation og ændre livsvaner, således at foreliggende viden om sundhedsbefordrende adfærd udnyttes i højere grad, end tilfældet er nu. For det andet er målet at skabe den brede viden og holdning, som alene kan danne grundlag for, at beslutninger på politisk, organisatorisk og administrativt plan i højere grad tilgodeser sundhedsbefordrende hensyn, end tilfældet er nu.

Sundhedspædagogisk indsats er derfor fundamental for udviklingen af sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Området for en sundhedspædagogisk indsats er bredt og uoverskueligt. Der synes navnlig at være fem områder, hvor en udvikling skønnes mulig og hensigtsmæssig:

1. Generel voksenundervisning

En række delområder er her af stor betydning:

- a) Undervisning ved sygdomstilfælde kan have stor betydning for forebyggelsen.
- b) Undervisning om kroppens funktion, idræt, dans, afspænding, bevægelse.
- c) Undervisning og samvær.
- d) Undervisning om miljøforhold, især bolig-, arbejds- og familiemiljø.

Udvikling på disse områder kan ske ved:

- a) Bedre pædagogisk uddannelse af sundhedsvæsenets personale.
- b) Udbygning af fritidsundervisningen, dels med henblik på en bredere dækning,

dels med henblik på en mere bevidst udvikling af sundhedsmæssige perspektiver.

På centralt plan bør disse spørgsmål tages op i det faglige udvalg for sundhedsuddannelser og i uddannelsesrådet for ungdoms- og voksenundervisningen.

På lokalt og regionalt plan kan en igangværende udvikling støttes af amtsrådenes konsulenter for fritidsundervisningen i samarbejde med embedslægeinstitutioner, amtsundhedsplejersker, skolepsykologer m. v. (jfr. afsnit I).

2. Specielle programmer for voksenundervisningen

På dette område er i en årrække udviklet en vis viden om teknik, problemer og virkning af en sådan indsats (jfr. afsnit II). Men indsatsen har været spredt, ukoordineret og noget tilfældig, og den sagkundskab, som udvikles, udnyttes dårligt.

En mere hensigtsmæssig udvikling kan ske, såfremt der saltes flere ressourcer ind på at samle erfaringer og nøje planlægge og koordinere indsatsen.

5. Børns udvikling

Foreliggende materiale viser, at spædbørns dødelighed ikke er noget stort problem, og at sundhedsplejens betydning herfor næppe kan dokumenteres. Men 10-15 pct. af små børn har betydelige trivsels- og udviklingsproblemer, hvor forebyggende indsats, som især varetages af sundhedsplejersker, synes at kunne have stor effekt.

Funktionen er mange steder ikke tilfredsstillende. En udbygning forudsætter, at der er et tilstrækkeligt antal sundhedsple-

jersker, hvilket ikke alle steder er tilfældet, at der investeres mere i ledelses-, uddannelses- og evalueringsfunktioner over for sundhedsplejen samt i forskning af effekten på langt sigt.

Kommuner, amtsråd, især amtssundhedsplejerskerne, ledende sundhedsplejersker samt embedslægeinstitutioner bør opfordres til at udvikle dette område.

4. Udvikling i skolealderen

Oplysninger fra skolesundhedsplejen - desværre kun spredte undersøgelser — tyder på, at børns udvikling i skolealderen ikke er tilfredsstillende.

Den fysiske udvikling er ringe, hvilket dels danner baggrund for en række fysiurgiske lidelser, når børnene forlader skolen og senere, dels for en dårlig udvikling af kredsløbsfunktionen, hvilket antages at øge risikoen for senere kredsløbssygdomme.

Den psykiske udvikling vedrører i for ringe grad barnets evne til at formulere sig, at overskue sin situation, at træffe beslutninger og at samarbejde. Disse forudsætninger er nødvendige for mennesker, som skal tilpasse sig til de stadigt skiftende forhold, som hænger sammen med velfærdssamfundet.

En mere hensigtsmæssig udvikling kan fremmes ved,

at udvikle skolesundhedsplejen, således at disse informationer bringes til debat i den enkelte skole og forældrekræds,

at tilpasse undervisningssystemer og livet i skole og fritid, således

at børnenes mulighed for fysisk udvikling bedre tilgodeses, og således

at udviklingen af børnenes samlede evner i højere grad tager sigt på

at udvikle de egenskaber, som er nødvendige ved livet i rige samfund (jfr. afsnit IV).

5. Sundhedsvæsenets undervisning over for andre jaggrupper

Det fremgår, at de livsforhold, som har sundhedsmæssig betydning, stort set tilrettelægges af faggrupper uden særlig sundhedsmæssig indsigt. Det drejer sig f. eks. om folkeskolelærere, børnehavelærere, socialrådgiv-

vere, ingeniører, byplanlæggere, arbejdsledere osv., osv.

Mange af disse grupper får en vis undervisning i hygiejne, socialmedicin, sygdomslære el. lign. Men spørgsmålet om, hvilket mål, indhold eller form denne undervisning bør have, er næppe systematisk gennemarbejdet, og i realiteten er det ofte vanskeligt at få disse opgaver varetaget, hvorfor det bliver ret tilfældigt - afhængigt af den enkelte undervisers engagement og holdning - hvorledes undervisningen gives.

En påtrængende opgave for sundhedsvæsenet er at udvikle et passende antal undervisere, således at disse funktioner - der jo er helt centrale for den fremtidige udvikling - varetages i overensstemmelse med foreliggende viden og den politiske målsætning. I forbindelse med dette spørgsmål vil der formentlig også være et meget betydeligt behov for efteruddannelse af de pågældende faggrupper (jfr. afsnit I).

6. De ældre

Det fremgår af mange undersøgelser, at de hyppigste invaliderende lidelser hos ældre er gangbesvær, hjerte-karsygdomme, psykiske lidelser, sansedefekter, følger af forkerte spise- og drikkevaner m. v.

Mange af disse lidelser er følger af uhenigtsmæssige livsvaner og livsforhold. For så vidt kan man i alderdommen aflæse følgerne af samspillet livet igennem mellem menneske og miljø.

Her foreligger meget store muligheder for forebyggelse ved pædagogisk indsats. Det drejer sig dels om tidligt at undervise i de langsigtede følger af uhenigtsmæssige livsvaner, dels om i alderdommen at give undervisningstilbud, som kan modvirke sygdomssymptomer og gener.

Konkret og på kort sigt vil man kunne opnå betydelige fremskridt ved i større udstrækning at anvende det lokale sundhedsmæssige og socialpædagogiske personale i forebyggende indsats. Det drejer sig om hjemmesygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter, hjemmehjælpere, omsorgsmedhjælpere, sagsbehandlere, praktiserende læger m. v.

I. Sundhedspædagogik

Om fremme af sundhedstilstanden ved pædagogisk indsats

I Perspektivplanlægning I, 1971, er redegjort for, at den hidtidige stigning i forbrug af ressourcer til sundhedsvæsenet ikke kan fortsætte. I redegørelsen konkluderes, at man på kortere sigt må satse mere på ambulant behandling. Men på længere sigt må man se frem til helt nye former for sygdomsforebyggelse.

Denne økonomiske analyse af samfundets udvikling og muligheder falder nøje sammen med erkendelser, som i stigende grad gøres inden for de faggrupper, som er sagkyndige inden for sundhedsmæssige, psykologiske, pædagogiske og sociale fagområder. Der synes at være gode muligheder for at foretage sådanne ændringer i samfundets indsats og funktion, at bedre sundhedstilstand kan opnås med uændret eller mindre ressourceforbrug.

Forudsætningen for, at dette kan ske, er, at der såvel i det offentliges indsats som i den brede befolkning udvikles en holdning og adfærd, som tager sigte på at udnytte den betydelige viden, som foreligger om sygdomsårsager i de rige samfund. Hvis dette skete, ville langt bedre resultater kunne opnås.

Spørgsmålet om, hvorfor foreliggende viden ikke udnyttes, er således fundamentalt. Det hænger sammen med dybtgående menneskelige, kulturelle og politiske holdninger, såvel i befolkningen som i de enkelte faggrupper. Det er derfor nødvendigt, at der udvikles større bevidsthed om disse spørgsmål således, at såvel den enkelte som samfundet som helhed får bedre mulighed for hensigtsmæssig adfærd.

A. Behandlingssamfundet

Udviklingen inden for det danske sundhedsvæsen i de sidste årtier har været en hastigt

stigende behandlingsindsats, især på institutioner. Deraf de økonomiske problemer. Men samtidig er der udviklet en bred bevidsthed om, at trivsel i den danske befolkning ikke er særlig god. Brede befolkningsundersøgelser som f. eks. arbejdsmiljøundersøgelser viser, at flertallet af befolkningen har sundhedsmæssige gener. Og de oplysninger, som foreligger i medicinalstatistikken, tyder heller ikke på særligt gode resultater af den øgede behandlingsindsats. Vi ser stigning i en række sygdomsgrupper som hjertekarsygdomme, psykiske lidelser, kræftsygdomme og ulykkestilfælde, dvs. af de sygdomsgrupper, som typisk flourer i rige samfund.

Konklusionen synes klart at være, at vi kan ikke behandle os ud af disse sygdomsproblemer. Kun en forebyggelse kan antages at have effekt.

Den samme udvikling af behandlingsindsats har vi oplevet inden for andre fagområder. Inden for den sociale sektor har man oprettet en ny type institution ca. hvert 10-år, mødrehjælpsinstitutioner omkring 1940-50, revalideringsinstitutioner omkring 1950-60, familievejledning i 60'erne, narko- og alkoholinstitutioner omkring 1970. Alle disse institutioner har haft et stadigt stigende klientel.

Inden for skolepsykologi har man i de sidste årtier haft en ganske tilsvarende udvikling, her måske særlig grelt således, at i visse sociale grupper skal 40 pct. have »behandling«.

Men heller ikke inden for disse fagområder opnår man tilfredsstillende resultater af indsatsen. Også her synes konklusionen at være, at vi ikke kan behandle os ud af de problemer af sundhedsmæssig, social eller psykologisk art, som opstår i et rigt, teknisk højt udviklet samfund.

Uden rigtigt at gøre os klart, hvad der

skete, har vi udviklet et behandlingssamfund. Flere og flere behandler flere og flere. Men resultatet er ikke særligt godt.

Denne erkendelse er efterhånden veldokumenteret og ganske udbredt. Men der drages endnu kun få konsekvenser deraf. Behandlingsbegrebet synes at være en dybtliggende bestanddel i vort liv, såvel for den enkelte som for samfundet som helhed.

Vi må nok erkende, at sygdomsbegreb, afvigerbegreb, behandlingsbegreb er en forudsætning for, at vi kan leve vort liv, som vi gor. Det drejer sig bl. a. om den traditionelle opfattelse af sygdom som en mekanisk fejl i maskineriet. Mennesket opfattes her, som en fysisk-kemisk organisme, ikke som et levende, handlende væsen i samspil med sine omgivelser. Ved en sådan mekanisk betragtning losrives sygdom fra dens sammenhænge, selv om disse i øvrigt er ganske velkendte.

Vi har vel også brug for rollen som syg. Det kan for den enkelte dreje sig om situationer, hvor han ikke kan klare belastende livsforhold. Og det kan for et miljø eller en gruppe, f. eks. en familie umiddelbart være det »letteste«, at den, som ikke kan følge med, stemples som syg, fremfor at miljøet eller gruppen skal indse, at den belastning, man skaber, er for stor. Den, som ikke kan være med, må jo være syg og skal behandles.

Den samme adskillelse mellem sygdom og dens årsagsforhold moder vi i mange politiske og organisatoriske beslutninger. På talrige områder f. eks. trafikforhold, arbejdsforhold, boligforhold, undervisning eller familiepolitik kan beslutninger have vidtrækkende sundhedsmæssig betydning. Men det er meget sjældent, man hører sundhedsmæssige argumenter inddraget i debatten. Sundhed er ligesom ikke rigtig politik.

Det bliver vanskeligt at ændre på disse sammenhænge. Men der er gode motivationer derfor: Den økonomiske nødvendighed tvinger os dertil, der er gode muligheder for bedre livskvalitet, tilstrækkelig viden foreligger. Og der er i dette perspektiv mulighed for en rig kulturel udvikling, for den enkelte således at individet får større mulighed for at tage ansvar for sin egen skæbne, for samfundet således, at vi kan forudse en fortsat udvikling af samfundets kultur, som jo klart viser sig i hensynet til de svage grupper.

Nogle eksempler vil kunne belyse, hvilke perspektiver det drejer sig om.

Børns opvækstforhold er et af de områder, hvor den forføjede prioritering har de mest u hensigtsmæssige virkninger. Vi har udbygget behandlingsmuligheder ganske godt, samtidig med at vi har velkendte og grove mangler vedrørende børns almene opvækstbetingelser.

Vi ved f. eks., at ca. 15 pct. af børnene i de første leveår har problemer vedrørende udvikling eller sygdom. Og vi ved, at ca. 80 pct. af disse børn lever under vanskelige sociale forhold. Det er her, vi skaber de grundliggende betingelser for ulighed mellem mennesker. Thi det er i disse år, der sker den største udvikling af barnets medfødte intelligensmuligheder. Det er i disse år, der skabes forudsætning for barnets karakterudvikling og dermed for dets muligheder for social tilpasning. Sker denne udvikling ikke de første leveår, kan det i mange tilfælde være til ubodelig skade for individets fremtidige skæbne. Eller resultatet kan være langvarige og ofte kostbare behandlingsforsøg i skole, ungdom eller voksertilværelse, behandling der som nævnt ofte ikke giver tilfredsstillende resultater.

Skal vi ændre på disse forhold, forudsætter det en række ændringer. Sundhedsplejen må udbygges såvel kvantitativt som kvalitativt. De profylaktiske lægeundersøgelser må ændres således, at der samles større opmærksomhed omkring de psykiske og sociale problemer.

1 forbindelse hermed må udvikles tværfagligt samarbejde med sociale myndigheder således, at sundhedsfarlige livsforhold afhjælpes, og med daginstitutioner således, at der sikres pædagogisk bistand. Ændringer af disse forhold forudsætter næppe personaleudvidelser ud over enkelte omprioriteringer. Men det vil være nødvendigt at investere i efteruddannelse og ændret uddannelse af de faggrupper, det drejer sig om.

Den afgørende forudsætning, hvis man skal sikre børn gode udviklingsbetingelser, er forældres viden, holdning og adfærd. Det er umuligt at forvente, at vore naturgivne forældrefolelser slår til under så komplicerede forhold, som vore børn vokser op under. Det anses for selvsagt, at man lærer at køre bil, for man færdes som bilist i trafikken. Ville det ikke være lige så naturligt at tilbyde undervisning - blot af samme omfang vedrørende betingelser for børns udvikling? Tilstrækkelig viden foreligger. Det

forekommer særdeles overkommeligt at tilbyde en sådan undervisning såvel i de ældre skoleklasser som til de aktuelle forældregrupper.

Hvis der skal opnås bedre resultater på dette område er det således nødvendigt,

1. at der udvikles bedre samarbejde og ændret holdning og adfærd mellem de sociale, sundhedsmæssigt og pædagogisk sagkyndige. Det er et spørgsmål om uddannelse,
2. at der investeres i at sikre børn forsvarlige opvækstforhold,
3. at der investeres i, at den viden, som foreligger om betingelser for børns udvikling, formidles til alle forældre.

Et andet eksempel på muligheder for alternativ indsats foreligger vedrørende hjerte-karsygdomme. Vi har investeret i at udbygge tekniske behandlingsmuligheder, men på trods heraf er denne sygdomsgruppe tiltagende.

Der er udbredt enighed om, at det eneste, som kan bekæmpe denne sygdomsgruppe, er forebyggelse. Og der er også udbredt enighed om, hvilke ændringer i livsforhold og adfærd som er nødvendige:

1. Vi skal ryge noget mindre, navnlig færre cigaretter.
2. Vi skal spise noget mindre, navnlig mindre fedt.
3. Vi skal røre os noget mere og blive forpustede hver dag.
4. Vi skal leve i fred med os selv og vor næste.

Ved denne sygdomsgruppe foreligger det således klart, at de afgørende forebyggende faktorer er ændringer i befolkningens livsvaner. I en årrække er der udført et betydeligt arbejde for at oplyse befolkningen herom. Der er næppe heller tvivl om, at denne oplysning har haft en vis effekt. Efter dansk tradition er denne oplysning tilrettelagt af en privat sygdomsbekæmpende forening, der har udført en pionerindsats. Men spørgsmålet er, om ikke det offentlige på helt anden måde måtte tage stilling til prioritering og indsats. Det drejer sig jo om een af samfundets væsentligste sygdomsgrupper.

Nogle forskere hævder, at åreforkalkning, der jo er det grundlæggende fysiologiske problem, er den hidtil største epidemi på jorden. Behandling er fuldt offentligt dækket, medens den forebyggelse, som synes at være

den eneste løsning, overlades til delvis fritidsarbejde for interesserede.

Det afgørende problem er at få foreliggende viden efterlevet, altså motivation for ændring af holdning og adfærd, dvs. et pædagogisk problem.

Man må nok erkende, at dette er pædagogiske problemer, hvor sundhedsvæsenets personale ikke har særlig sagkundskab. Der foreligger nogen viden om hensigtsmæssige pædagogiske metoder. Men der er formentlig behov for en betydelig forskningsmæssig indsats på dette område. Når man ser på, hvad der inden for sundhedsvæsenet ofres af ressourcer på denne sygdomsgruppe, forekommer det ikke uoverstigeligt at foretage omprioriteringer, der i væsentlig grad kunne udvikle den forebyggende indsats.

Der kan nævnes mange eksempler på denne sammenhæng mellem livsvaner, livsforhold og sygdomsreaktioner. Mange tilfælde af de mest udbredte gener f. eks. rygsmerter og hovedpine hænger sammen med uhensigtsmæssige arbejdsstillinger eller arbejdsvaner. Mange fodlidelser forårsages af uhensigtsmæssigt fodtøj. Behandling over for sådanne tilpasningsreaktioner har oftest kun forbigående effekt. Men ofte ser man, at patienten for så vidt godt ved, hvad lidelsen skyldes, for så vidt også godt ved, at behandling ikke hjælper på lang sigt. Men alligevel er det vanskeligt at skabe motivation for de ændrede vaner, eller de ændrede kulturelle og modeprægede holdninger, som kunne forebygge generne.

I realiteten må det vel erkendes, at sundhedsvæsenet på en række af disse områder er mere problembevarende end problemløsende. Idet man tilbyder et behandlingsforslag, som faktisk kun er en kortvarig dæmpning af tilpasningsreaktionerne, er man medvirkende til at opretholde urealistiske forestillinger om behandlingsmuligheder, hvorved motivationen for at foretage mere hensigtsmæssige ændringer i livsforhold og livsvaner svækkes.

Den holdning, som i de sidste årtier har ført til udvikling af behandlingssamfundet, beskrives kort i følgende sentens:

Den danske befolkning ønsker at leve sit liv, som den har lyst til - og så forventer den, at sundhedsvæsenet kan afbøde følgerne deraf.

Vi er nu ved at erkende, at dette er umuligt både økonomisk og praktisk. I de sidste

år er denne erkendelse blevet mere og mere udbredt. Inden for alle faggrupper er der en stigende debat om at finde mere hensigtsmæssige løsninger på de sundhedsmæssige problemer, som foreligger. Mange steder iværksættes forsøg. Tiden synes at være moden til, at man kan ændre på den hidtidige udvikling således, at der kan opnås bedre sundhedsmæssige resultater, af den indsats, som gøres.

Dette indebærer selvsagt ikke, at vi skal opgive al den behandling og tekniske viden, som er skabt. Hvis man blot til forebyggelse anvendte få procent af de midler, som anvendes til behandling, ville man i løbet af få år kunne komme ind i en mere hensigtsmæssig udvikling.

B. Sundhedspædagogik

I de sidste 5-10 år er i stigende grad udviklet tværfaglig debat og samarbejde mellem sundhedsmæssige og pædagogisk/psykologiske faggrupper med henblik på at udvikle undervisningsmetoder, som er hensigtsmæssige at anvende ved sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Et af de grundlæggende problemer har herved været, at det hidtil traditionelt anvendte undervisningsbegreb - som vidensformidling - ikke dækker de her foreliggende undervisningsopgaver. Som foran nævnt er problemet i alt væsentligt, at faktisk foreliggende viden ikke anvendes. Skal man ændre herpå ved undervisningstilbud, forudsætter det således, at undervisningen tager sigte på at påvirke holdning og adfærd.

Ofte vækker det modstand at vedkende sig et sådant mål for undervisning. Men realiteten er vel den, at et sådant mål også har ligget bag ved den hidtidige sundhedslære. Man har blot troet, at hvis man meddelte viden, ville denne også omsættes i holdning og adfærd. Dette har vist sig kun i ringe grad at holde stik. Den anvendte teknik har således været forkert, men målet er uændret: at fremme sundhedsbefordrende holdninger og adfærd.

Vi ser jo intet anstødeligt i at lære befolkningen holdning og adfærd ved at køre bil eller stå på ski, begge dele udmærket sygdomsforebyggende undervisning vedrørende holdning og adfærd. Den tværfaglige debat, som er ved at komme i gang på disse områder kan forekomme meget uoverskuelig.

Ofte præges den af stærkt modstridende traditionelle holdninger. Forskellig sprogbrug og menneskesyn kan volde væsentlige problemer. På mange måder minder situationen og debatten på disse områder om den debat, som i 50'erne og 60'erne var starten på samarbejdet mellem social og sundhedsmæssig sagkundskab. Erfaringerne herfra viste, at en sådan debat i løbet af nogle år kan føre til nært samarbejde, gensidig inspiration og stimulere de berørte faggrupper til ny udvikling, en udvikling, som derefter ved socialreformens gennemførelse også har fået et velunderlagt administrativt grundlag i amtskommuner og primærkommuner.

Udviklingen i de senere år har vist, at tiden nu er moden til en tværfaglig debat mellem »undervisere« og »behandlere«, og at denne debat mange steder er ved at udvikle sig, dels i form af gensidig undervisning, dels i form af et praktisk tværfagligt samarbejde.

Komiteen for Sundhedsoplysning har arbejdet med disse spørgsmål i 4-5 år. I samarbejde med Undervisningsministeriet er afholdt en række konferencer og kurser, hvor efterhånden en række af de herved væsentlige spørgsmål er taget op. Resultaterne heraf har været lovende, og interessen for deltagelse større end Komiteen har kunnet tilgodese. På grundlag af erfaringer fra denne virksomhed kan man for overskuelighedens skyld beskrive området i forskellige underafsnit.

1. Undervisning vedrørende kroppens funktion

Inden for lægevidenskaben har der længe foreligget betydelig viden om den sundhedsmæssige betydning af kroppens funktion. Afspændingsbehandling har f. eks. været en del anvendt, såvel ved psykiske som psykosomatiske lidelser. Den norske psykiater Trygve Braatoy er vel den bedst kendte forfatter vedrørende disse behandlingsmetoder, men også i Danmark har disse metoder været en del anvendt, omend man må undre sig over, at anvendelsen ikke er langt større.

Mange fysioterapeuter, afspændings- og bevægepædagoger, afspændingspædagoger, Gøsselpædagoger, Mensendiecklærere, i de senere år også gymnastiklærere i folkeskole og voksenundervisning tager nu mere og mere sådanne undervisningsopgaver op. Yoga- og meditationsundervisning kan til en

vis grad henregnes til samme undervisnings-tilbud.

Det synes at være muligt gennem undervisning, som formidles af disse faggrupper, at lære deltagerne mere hensigtsmæssige vaner vedrørende kroppens funktion således, at mange sygdomsreaktioner kan undgås, og således at det enkelte individ bedre bliver i stand til dels at indrette sig hensigtsmæssigt under givne forhold, dels at vurdere sine livsforhold og søge at gennemføre hensigtsmæssige forbedringer.

En tværfaglig debat og samarbejde mellem disse faggrupper og sundhedsvæsenets traditionelle faggrupper er under udvikling og indebærer betydelige perspektiver med hensyn til at udvikle en bred sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende undervisning på disse områder.

Graviditetsperioden er det område, hvor forebyggende undervisning ud fra disse synspunkter har vundet større udbredelse. I Here amter er en sådan undervisning ved at blive lagt i faste rammer som et gratis tilbud til alle gravide.

I øvrigt anvendes de her nævnte undervisningsformer ret udbredt på mange højskoler og i fritidsundervisningen. Tilbuddene kunne formentlig udvides og gøres mere fleksible, hvis man vil investere i sådanne former for forebyggelse. Man kan i den forbindelse rejse spørgsmålet, om det er hensigtsmæssigt, at de mennesker, som selv søger at lære at klare deres problemer, skal betale derfor, medens de, som ikke selv vil gøre en indsats, udover passivt at modtage en behandling ikke skal betale.

2. Undervisning vedrørende samvær

I de senere år er der udviklet en stigende bevidsthed om, at både menneskers psykiske reaktioner og mange legemlige stressreaktioner udvikles på baggrund af individets samspil med de nære grupper. Nogle steder er der udviklet gruppebehandlingsmetoder overfor sådanne patientgrupper eller klientgrupper. Indenfor psykiatrien udvikles mange steder såkaldte terapeutiske samfund. Indenfor psykologi og sociologi udvikles undervisnings- eller behandlingsformer under betegnelser som familiebehandling, realitetsbehandling, samarbejdsstræning, gruppetræning m.v. Dramatikundervisning tager i betydelig udstrækning lignende problemer op.

Den fælles målsætning for disse undervisningsformer er dels at træne det enkelte menneske i at udtrykke sig så klart som muligt, dels at træne mennesket i at opfatte, hvad andre udtrykker. Der er her udviklet ny viden og nye undervisningsmetoder, som kan blive af meget stor betydning. Umiddelbart forekommer disse mål for kommunikation helt banale og selvfølgelige. Men talrige erfaringer fra sygdomsreaktioner eller ved sociale problemer viser, at store grupper i befolkningen er næsten hjælpeløse overfor disse elementære samværsproblemer. Men det kan læres.

Den tværfaglige debat mellem sundhedsvæsenet og disse faggrupper vanskeliggøres ofte af betydelige holdningsforskelle. Sundhedsvæsenets personale er uddannet til at behandle det enkelte individ, og store dele af personalet har kun lært lidt eller intet om kommunikation, gruppefunktion m. v.

Sådanne undervisningstilbud mødes derfor ofte i begyndelsen med udpræget afvisning. Men der er også indenfor sundhedsvæsenet en hastigt stigende forståelse for, at disse undervisningsformer på en række områder er hensigtsmæssige både ud fra et sygdomsforebyggende sigte og ud fra et sundhedsfremmende synspunkt ved at udvikle de nære miljøforhold således, at de præges af god gensidig forståelse.

Disse undervisningsmuligheder er endnu under udvikling; og præges til en vis grad af forsøg og modstridende synspunkter. Men hvis man ser på det fælles grundlag og den praksis, som efterhånden er udviklet i fritidsundervisningens voksenundervisning, synes der at være et godt grundlag for at disse metoder vil kunne anvendes i større udstrækning. Også her synes tiden at være moden til, at en mere bevidst udvikling kan finde sted.

3. Undervisning vedrørende miljøforhold

De miljøforhold, som er afgørende for menneskets trivsel, det nære miljø, udgøres af bomiljøet, familiemiljøet og arbejdsmiljøet herunder skolemiljø. I den samfundsudvikling, som har ført til udvikling af et rigt, teknisk højt udviklet samfund, er der sket afgørende ændringer i det nære miljø, ændringer hvis virkninger efterhånden viser sig at være sygdomsforvoldende, men som vi kun i ringe grad har gjort os klart.

De senere års undersøgelser vedrørende ar-

bejdsmiljø-forhold har vist, at der foreligger meget betydelige sundhedsmæssige problemer på mange arbejdspladser. Disse forhold kan kun ændres ved ret dybtgående ændringer på arbejdspladserne, ændringer der forudsætter, dels at viden om disse forhold gøres alment kendt, dels at der i samfundet som helhed, ikke alene mellem arbejdsmarkedets parter, udvikles holdning og adfærd, som muliggør afhjælpning af disse sundhedsfarer.

Familiens situation er blevet afgørende ændret. Under tidligere tiders samfundsforhold var familien en produktionsenhed. Men nu er produktion lagt ud til erhvervslivet, hjemmets egne funktioner er formindsket på grund af tekniske hjælpemidler. Tilbage af familiens funktion er næsten kun at være en forbrugende enhed, en funktion som mere og mere viser sig at være et dårligt grundlag for børneopdragelse.

Hertil kommer, at de enkelte familiemedlemmers roller er afgørende ændret. Faderen, der tidligere var patriarken, er forsvundet ud på arbejdspladsen og vender træt hjem. Moderen er ved at følge med. Under disse omstændigheder er det vanskeligt at sikre den tilknytning mellem børn og voksne, den fælles funktion, som er grundlaget for opdragelse.

Dette stiller øgede krav om institutioner for børn. Men dels er disse ikke indstillet på og udstyret til at varetage de forsømte opdragelsesopgaver, dels har vi ikke erkendt, hvor dårlig familiens situation er for opdragerfunktionen, hvorfor vi har svært ved at acceptere, at institutioner får opgaven påtvunget.

I moderne boligmiljøer har vi afskaffet mange af de usunde hygiejniske forhold, som er et problem i ældre bebyggelse. Først sent er vi blevet opmærksom på, at **bo-miljøers** udformning kun i ringe grad tilgodeiser behov for menneskeligt, samvær og udfoldelsesmuligheder. Det rammer små børns udviklingsmuligheder, unges samværsmuligheder, hjemmegående husmødres kontaktmuligheder, og pensionistens muligheder for kontakt og funktion. Hos alle disse grupper ses væsentlige sygdomsreaktioner som følge heraf.

Hvis livsforholdene i det nære miljø, bolig, arbejdet, familien, skal ændres således, at de bringes til i højere grad at tilgodese fundamentale menneskelige behov, forelig-

ger der meget store undervisningsopgaver. Thi disse problemer kan ikke løses ved fysisk planlægning alene eller ved administrative regler eller foranstaltninger »fra oven«. Det, som kan have afgørende effekt, er, hvis de implicerede selv opnår bevidsthed om de problemer, som foreligger, og selv tager initiativ til at løse dem. Når den situation foreligger, kan der være et godt grundlag for bistand fra det offentlige side.

Den pædagogiske bistand, som kan ydes herved, beskrives ofte som »frigørende pædagogik«. - I gamle dage kaldte man det »hjælp til selvhjælp«. Det består f. eks. i at yde sagkyndig bistand ved strukturering af møder, organisering af gruppeaktivitet, opsamling og distribuering af indvundne erfaringer, rådgivning om administrative spørgsmål osv. Undersøgelser af nærmiljøet viser ret klart, at folk almindeligvis er tilfredse med det, de selv har lavet, utilfredse med det, de får trykket ned over hovedet. Det er derfor ved denne undervisning særlig vigtigt, at pædagogen gør sig den pædagogiske funktion klart. Det er vigtigt, at pædagogen undgår enhver form for formynderi. Men det er lige så vigtigt, at pædagogen vedkender sig sine opgaver og deltager i en fælles løsning af de foreliggende problemer.

Disse undervisningsopgaver vedrørende miljøforhold forekommer umiddelbart vanskelige, og opgaven uoverskuelig stor. Men der foreligger efterhånden en del erfaringer både fra **bo-miljøer** og arbejdspladser (»selvstyrende grupper«), som viser, at en udvikling som her skitseret er mulig, og at den medfører betydeligt bedre trivselsmuligheder, på arbejdspladser også ofte bedre effektivitet.

Overfor disse miljøopgaver er der behov for udvikling af tværfagligt samarbejde med nye grupper. Det drejer sig bl. a. om administratorer fra kommunens tekniske forvaltning og boligselskaber, arbejdsledere, organisationsrepræsentanter fra arbejdsmarkedets parter osv. Forholdet er jo det, at de nære miljøforhold er særdeles afgørende for en meget stor del af befolkningens sygdomsreaktioner og behandlingsbehov. Det er derfor nødvendigt, at der udvikles kontakt mellem de miljøer, hvor problemerne skabes og de faggrupper, som forsøger behandling. Kun derved er der mulighed for at udvikle miljøer, som kan forebygge sygdomsreaktioner.

4. Udviklingsmuligheder

De foran skitserede træk af udviklingen vedrørende sundhedspædagogiske aktiviteter er på ingen måde dækkende. Der sker i disse år en sådan udvikling, såvel inden for de enkelte fag som i den tværfaglige debat og aktivitet, at det kan være vanskeligt at få overblik.

Det vil formentlig ikke være en særlig vanskelig opgave at støtte denne udvikling. I de fleste kommuner vil der findes sagkyn-dige, som arbejder med disse problemer. Og i hvert amt forekommer det muligt at etablere faglige og tværfaglige grupper, som kan bidrage til udviklingen på lokalt plan.

I en sådan lokal og regional udvikling vil amtsrådenes konsulenter for fritidsundervisning og skolepsykologerne være centralt placeret. Der vil i reglen også være mulighed for at få bistand fra interesserede inden for sundhedsvæsenet, læger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, tandlæger, ergo- og fysioterapeuter m. v. fra amtsrådenes socialcentre og de kommunale sociale forvaltninger, samt navnlig fra pædagoger i skole og fritidsundervisning.

Såfremt et centralt organ havde sagkund-

skab og ressourcer til at etablere videreud-dannelse for sådanne regionale grupper, havde man dels mulighed for at fremme udviklingen, dels mulighed for at fremme den debat, som kan afklare de mange usikkerhedsmomenter, som stadig gør sig gældende, dels mulighed for at udvikle den bevidsthed, som kan muliggøre omprioriteringer på lokalt og regionalt plan.

C. Uddannelsesrådet for ungdoms- og voksenundervisning m.v.

Som et led i en ændret strukturering af undervisningssystemet i Danmark er nedsat et centralt undervisningsråd samt fire sektor-råd. Rådet for ungdoms- og voksenundervisning nedsattes i 1975. Rådet har bl. a. til opgave at søge at formulere målsætning for voksenundervisningen i en 15-års periode med henblik på at rådgive undervisningsministeriet herom.

Ved rådets indledende drøftelser var der enighed om, at man måtte se uddannelsesbehovet hos voksne under en meget bred synsvinkel. Som udgangspunkt for rådets debat har en arbejdsgruppe derefter udarbejdet følgende notat om dannelsesbegrebet.

UDDANNELSESRÅDET FOR UNGDOMS- OG VOKSENUNDERVISNING m. v.

c/o. Direktoratet for folkeskolen,
folkeoplysning, seminarier m. v.
Frederiksholms Kanal 26,
1220 København K.

København, oktober 1975

Notat om dannelsesbegrebet

Målet for undervisningen af unge og voksne formuleres i den internationale debat ofte i temmelig omfangsrige dokumenter, som tilstræber at rumme alle væsentlige sider af emnet og til gengæld bliver noget uoverskuelige.

Uddannelsesrådet har følt behov for at nå frem til en kortere beskrivelse, der fastholder nogle væsentlige synspunkter af grundlæggende og aktuel karakter, og som kan danne udgangspunkt for rådets arbejde med detailproblemerne.

I. Grundlæggende synspunkter

Livet igennem stilles der krav til et menneske af tilværelsens områder. De kan for overskuelighedens skyld samles under fire hovedpunkter:

De tætte menneskelige forbindelser. Det drejer sig om forholdet til familie, ægtefælle, børn, venner. De traditionelle former for menneskeligt samliv er i vore dage under kritik og udfordres til opbrud og fornyelse; men de elementære behov for tryghed og kærlighed synes at være uforandrede. Kravene til den, der vokser op, er derfor større

end nogensinde: Åbenhed over for forandringer, ansvar for medmenneskets liv, evne til at give og modtage kærlighed.

Arbejdspladsen. Her er fordringerne faglig dygtighed, initiativ, lyst til at samarbejde med andre og udøve medbestemmelse over forholdene. Men de teknologiske revolutioner stiller vidtgående krav om evne til at møde forandringer, der melder sig voldsomt og uventet. Måske skal den enkelte tilpasse sig til de ændrede vilkår, måske skal han tværtimod modsætte sig forandringerne og forsøge at ændre deres retning.

Samfundet. Samfundet er stat og kommune, men også den vrimmel af politiske, økonomiske og kulturelle organisationer, som til sammen danner folkestyrets struktur. At være med og gøre sig gældende i disse sammenhænge og at bidrage til deres fornyelse er kravet til en borger i Danmark. Også det krav skærpes i det moderne samfund, hvor sammenhængene bliver stedse mere uoverskuelige og nye mønstre dukker op fra år til år.

At være sig selv. Et menneske må kunne være alene med sig selv uden at blive grebet af forvirring eller angst. Det er forudsætningen for at kunne fungere i de andre sammenhænge. Man må komme til klarhed over sig selv, og man må prøve at finde sin personlige holdning til livet og døden.

Efter dansk tradition er ungdoms- og voksenundervisningen engageret på alle disse livsområder, hvadenten virksomheden beskrives som *uddannelse*, *udvikling*, *studier*, *læring*, *fritidsvirksomhed* eller *folkeoplysning*.

II. Aktuelle konsekvenser

Den tekniske, økonomiske og uddannelses-

politiske udvikling har en tendens til at skærpe uligheden og lagdelingen inden for befolkningen. Magten samles i hænderne på personer, der sidder højt oppe i de politiske og økonomiske hierakier, ofte personer, der har kvalificeret sig ved intensiv udnyttelse af samfundenes uddannelsesstilbud. Almindelige mennesker, dvs. de mindre uddannede medborgere, bliver henvist til passivt at af finde sig med beslutninger og forandringer, som de ikke forstår og heller ikke har haft medindflydelse på.

Det er en hovedopgave for ungdoms- og voksenundervisningen at modvirke tendenser til virkeliggørelse af dette skræmmebillede. Opgaven er tværtimod at bistå enhver til at udvikle sig fremad mod fuld ansvarlighed og fuld medbestemmelse over de fælles anliggender.

I ungdoms- og voksenuddannelsen må man derfor se med skepsis på den stærke tilbøjelighed til specialisering i uddannelse og arbejde. Det er naturligvis nødvendigt at udanne specialister på snævert afgrænsede virksomhedsfelter; men det er lige så vigtigt, at netop eksperterne får et levende samhørighedsforhold til helheden.

Den moderne tilbøjelighed til at lade arbejde og fritid være to forskellige verdener fjernet vidt fra hinanden kan ikke anerkendes. Mennesket er en helhed og har behov for at opleve sin verden som en helhed. Arbejde og fritid hænger sammen, og denne sammenhæng må erkendes og udvikles.

Praktisk og teoretisk arbejde, håndens og åndens virke må anerkendes som to sider af samme sag. I arbejde og fritid må de gennemtrænge hinanden og åbne mulighed for en samtale på tværs af de forskelle, som skabes af uddannelse og erhverv.

I denne sammenhæng vil formelle kompetencer ikke være afgørende for lærerrollerne.

D. Sundhed og dannelse

Ud fra en sundhedsmæssig synsvinkel er det slående i hvor høj grad denne beskrivelse af væsentlige træk i vort dannelsesbegreb svarer til de målsætninger og emneområder, man arbejder med ud fra sundhedsmæssige problemstillinger. Såfremt disse dannelsesmål kan realiseres vil det få afgørende sundhedsmæssig betydning.

De tætte menneskelige forbindelser spiller sundhedsmæssigt en stor rolle. Spørgsmålet kendes fra almen praksis, hvor skønsmæssigt halvdelen til to tredjedele af dem, som søger læge, ikke har en egentlig behandlingskrævende sygdom, men legemlige eller psykiske gener som følge af samværsproblemer. Familien synes efter mange lægers personlige vurdering at være det væsentligste problem.

På denne baggrund udvikles såvel indenfor lægelige som sociale og psykologiske fagområder teknikker for såkaldt familiebehandling. Men i realiteten var disse spørgsmål, som i væsentlig grad drejer sig om kommunikation og interaktion indenfor familien, formentlig mere hensigtsmæssigt placeret i et pædagogisk perspektiv. Ved enkelte lægepraksis er man ved at tilknytte psykologer med henblik på sådan behandling. Men problemerne er formentlig så udbredte, at det var mere hensigtsmæssigt at se dem i perspektiv af en folkeoplysning.

Et andet sundhedsmæssigt problem ved de tætte menneskelige forbindelser er børneopdragelsen. Det er vel generelt, at vi i vort samfund mangler en målsætning for børns udvikling, modstridende idealer om godt kammeratskab og konkurrencementalitet er normalt. Familiens ændrede situation og de ændrede ydre forhold skænkes ringe opmærksomhed. Derfor ser vi, at gennemsnitlig 15 pct. af børnene har sygdomsreaktioner af legemlig eller sjælelig art. I nogle daginstitutioner er det op til 40 pct. af børnene.

Det menneskelige og samfundsmæssige spild herved er uoverskueligt. Behandlingsmæssigt er der ingen udsigt til, at man kan ændre disse forhold væsentligt. Men mange erfaringer viser, at hvis der i et miljø udvikles forståelse for betydningen af børns udvikling - og viden om betingelser derfor - kan man i meget væsentlig grad reducere disse problemer. Også dette spørgsmål har derfor sin rette placering i en folkeoplysning.

Et tredje område, hvor de tætte menneskelige forbindelser spiller en væsentlig rolle er generationsproblemer. Det drejer sig dels om forholdet til de ældre, dels om forholdet mellem forældre og børn i puberteten. I begge tilfælde ser man mange psykiske lidelser som følge af uhensigtsmæssig kommunikation, vel også som følge af at mange holdninger ikke er blevet bevidst, og som følge af manglende viden om baggrunden for sygdomsreaktioner. Behandlingsmulighederne er ringe, mulighederne for forebyggelse gode.

Arbejdspladsen

De senere års forskning vedrørende de sundhedsmæssige problemer på arbejdspladser har i væsentlig grad kastet nyt lys over disse spørgsmål. Hidtil har man især hæftet sig ved arbejdsulykker og egentlige erhvervssygdomme, sygdomsproblemer som i de senere år har været tiltagende. Men derudover er man blevet klar over, at der i erhvervslivet synes at ske en betydelig nedslidning af arbejdskraften. I mange fag fungerer kun halvdelen indtil normalt pensioneringstidspunkt. Resten bliver syge og må have en eller anden form for førtidspensionering. Det drejer sig især om sygdomsreaktioner fra muskler, knogler og led, men også mange stressreaktioner og psykiske lidelser ses i denne forbindelse.

De behandlingsmæssige muligheder overfor denne sygelighed er sparsomme, medens der er gode muligheder for forebyggelse. Det drejer sig bl. a. om hos den enkelte ansatte at udvikle fysisk træningstilstand og kropsbevidsthed således, at det er naturligt at anvende hensigtsmæssige arbejdsstillinger, siddestillinger, løfteteknik, afspændingsteknik m. v. Det drejer sig også om i arbejdsmiljøer at udvikle en holdning om at undgå usunde fysiske påvirkninger som luftforurening, kraftige temperaturpåvirkninger, støj, tunge løft, for tempobetonet arbejde. Og det drejer sig om ledelses- og samarbejdsformer, således at den enkelte kan opnå en følelse af meningsfyldt arbejde og god kontakt med sine arbejdsfæller.

Samfundet

Det nære miljø-, arbejds- og familiemiljø er mest afgørende for det enkelte menneskes trivsel og sundhed. Vedrørende bomiljøer kender man ret nøje de grupper, som er mest

afhængige deraf. Det drejer sig

om små børn, hvis tidlige sociale og fysiske udvikling er afhængigt af legemuligheder,

om store børn og unge, hvis udvikling er afhængig af samværsmuligheder,

om hjemmegående husmødre, der er afhængige af meningsfulde kontakter og opgaver i miljøet,

om udearbejdende husmødre, der er afhængige af velfungerende faciliteter i miljøet og

om ældre, som er afhængige af sikre trafikforhold og gode kontaktforhold og funktionsmuligheder i miljøet.

Disse miljøforhold er kun delvis af fysisk art. Lige så afgørende er den holdning og adfærd overfor miljøet, som udvikles blandt beboerne.

Det kommunale miljø spiller en meget væsentlig sundhedsmæssig rolle. Her tilrettelægges og prioriteres i betydelig udstrækning opvækstbetingelser i småbarnealder og skole, fritidsmuligheder, omsorg for ældre, miljøplanlægning osv., dvs. forhold som er afgørende for, hvor mange sygdomsreaktioner der forekommer, og hvor mange tabere der udvikles blandt unge.

Det må erkendes, at det er på kommunalpolitisk plan mange af de afgørelser træffes, som afgør om samfundets indsats især skal foregå som sundhedsfremmende/sygdomsforebyggende eller om man undlader dette, hvorved behandlingsbehovet øges.

At være sig selv. Indenfor sundhedsvæsenet er det velkendt, at det menneske, som har en mening med sin tilværelse, en livsvilje, har større modstandskraft overfor sygdom, end den, hvis liv er uden mening og indhold. Mange sygdomsreaktioner ikke mindst hos ældre har deres baggrund i sådanne eksistensproblemer.

At være sig selv opfattes ofte som en overvejende psykisk funktion. Men selvet er også kroppen, dens reaktioner på det, vi oplever, de indtryk, den modtager, de udtryk, den giver. Fortrængning af kroppens sprog er et væsentligt sundhedsmæssigt problem.

At forholde sig til livet og døden må vel også have nogle adfærdsmæssige perspektiver såsom at forholde sig til daglige livsvaner som motion, spisevaner, rygevaner, drikkevaner, trafikvaner, omgangsform, arbejdsvaner, o.m.a.

Som det fremgår er der således ikke mange mål for en sundhedsfremmende uddannelse, som ikke naturligt falder ind i en generel uddannelse med forannævnte dannelsesbegreb som målsætning. Sundhed ses herved som et naturligt led i en menneskelig udvikling, et helt andet perspektiv end ved traditionel sygdomsforebyggelse, hvor sundhed oftest stiltiende har været betragtet som frihed for sygdom. Her foreligger således et pædagogisk udspil til en sundhedsfremmende uddannelse.

Ud fra et prioriteringssynspunkt er perspektivet også spændende. Udgifter til voksenundervisning andrager ca. 5 pct. af udgifter til sundhedsvæsenets sygdomsbehandling. Dvs. at en reduktion på få pct. i sidstnævnte med overflytning til voksenundervisning kunne fordoble disse aktiviteter, muligvis med langt større effekt.

Det må imidlertid erkendes, at der er betydelige vanskeligheder, som skal overvindes. Den tværfaglige debat mellem disse faggrupper er endnu så svagt udviklet at det for flertallet inden for sundhedsvæsenet er vanskeligt at forstå de pædagogiske muligheder, ligesom det for flertallet af pædagoger er vanskeligt at se de sundhedsmæssige perspektiver. Erfaringsmæssigt varer det år at udvikle en sådan debat. Men det er muligt at gøre det.

Et første led i en sådan udvikling kunne være at anmode det faglige landsudvalg for sundhedsuddannelser og uddannelsesrådet for voksenundervisning om i fællesskab at nedsætte en arbejdsgruppe, der skulle have til opgave mere konkret at gennemarbejde de her skitserede perspektiver og fremkomme med forslag om, hvorledes man kan tilrettelægge udviklingen af sundhedsfremmende pædagogik i perspektiv af uddannelsesrådets notat om dannelsesbegrebet.

En anden udviklingsmulighed kunne være at man gjorde relevante styrelser og organisationer opmærksom på disse perspektiver og opfordrede til, at man i den løbende uddannelsesaktivitet lagde vægt på særligt at tilgodese disse spørgsmål. Som tidligere nævnt har Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med undervisningsministeriet i de senere år gennemført en række sådanne kurser. Og hvis komiteen havde de fornødne ressourcer var der næppe noget til hinder for at denne aktivitet kunne udvikles væsentligt.

II. Begreber, metoder og effekter ved indsats over for definerede behov

A. Indledningsvis må det fastslås, at sundhedspædagogik eller sundhedsoplysning, som det traditionelt er blevet kaldt i Danmark, er en både meget ny og uudviklet teknologi. Egentlig systematisk metodeudvikling - afprøvning og - evaluering er først i de seneste år ved at komme i gang.

B. Sundhedsoplysning, der i angelsaksiske lande overvejende kalder Health Education, er i vestlige lande blevet drevet på idealistisk, men nok så amatøragtig, basis. Det amatøragtige har især gået på metoderne og forventningerne til effekten ved en given indsats, der i reglen har bestået i distribution af trykt eller audiovisuelt materiale, eventuelt fulgt op af mundtlig instruktion eller foredragskampagner. Mens metodeudviklingen og det videnskabelige grundlag for en oplysningskampagne ofte har været særdeles beskeden, kan man roligt sige, at den professionelle udformning rent teknisk og designmæssigt af meget udsendt trykt oplysningsmateriale har været særdeles avanceret. Bogtrykkerkunsten har såvel kvantitativt som kvalitativt fejret sande triumfer, mest ekstremt i 60-ernes informations-boom i USA vedrørende stofmisbrug. Troen på, at oplysning fjernede sundhedsproblemer ligesom vaskemidler fjerner snavs, har været vidt udbredt såvel blandt befolkningen som blandt administratorer og politikere.

C. Selv om filosofien og metodikken i forbindelse med hidtidige oplysningskampagner ikke har været særligt veludviklet, er der dog næppe tvivl om, at det udsendte materiale og afholdte foredrag har haft en virkning. Informationen og holdningspåvirkningen er blot på en delvis uforudsigelig måde indgået som en faktor i den enorme og

til dels modstridende mængde af påvirkninger, som et individ i et såkaldt frit, liberalt, kapitalistisk samfund rammes af mellem fødsel og død. Problematikken er væsentlig anderledes i stærkt informationskontrollerede og systematisk gennemsocialiserede samfund, men da Danmark næppe i en overskuelig fremtid vil falde ind under denne kategori, vil denne fremstilling koncentrere sig om situationen i det danske samfund, som det er for tiden.

D. Individet bevæger sig i et livsforløb igennem en lang række sociale grupperinger, miljøer og situationer, alt sammen under bestemte materielle vilkår. I den overvejende del af et »normalt« livsforløb vil individet samtidigt være et mere eller mindre centralt placeret medlem af flere eller mange sociale grupperinger. I hiver af disse grupperinger vil eksistere forskellige og eventuelt modstridende forventninger til individets adfærd, vurderet ud fra grupperingernes normer og målsætninger.

E. De sociale grupperinger, individet indgår i under opvæksten, vides at have særlig stor betydning for personlighedens udvikling og for fastlæggelsen af individets normer, herunder også for individets holdningsmæssige og videnskabsmæssige sundhedsadfærd. Påvirkningerne i denne periode vil især komme fra forældre, søskende og anden familie, kammerater, børneinstitutioner, skole, andre uddannelsesinstitutioner samt fritidsforeninger, som f. eks. sportsklubber, spejderorganisationer etc. Sideløbende sker påvirkning fra tegneserier, børne- og ungdomsbøger, ugeblade, popsange, TV, radio, aviser samt oplysningskampagner. For voksne er mønsteret stort set det samme, idet dog arbejdslivets

eller arbejdsløshedens påvirkninger indgår med tiltagende styrke gennem livet.

F. Ansvar for sundhedstilstanden i befolkningen varetages af lægerne, idet denne samfundsgruppe traditionelt har fået overdraget retten og pligten til at definere, hvad der er sygt og dermed evt. behandlingskrævende, samt at rådgive samfundet om veje og midler til at bevare sundheden.

Dette samfundsmæssige »totalansvar« varetages i praksis gennem et kompliceret samspil mellem en lang række lægeligt kontrollerede organisationer og institutioner, hvoriblandt skal nævnes Den almindelige danske Lægeforening. De lægevidenskabelige selskaber, Sundhedsstyrelsen og De lægevidenskabelige fakulteter ved universiteterne.

Visse veldefinerede funktioner er delegeret til forskellige andre persongrupper som f. eks. sygeplejersker, sundhedsplejersker, fysio- og ergoterapeuter, røntgenassistenter, jordemødre osv. Disse grupper er dog på den ene eller anden måde alle underlagt lægelig kontrol, selv om der i de senere år har været flere tilløb til at nogle af disse faggrupper har søgt at tilkæmpe sig øget selvstændig kompetence.

Tandlægerne er en sundhedsfaggruppe, der har opnået praktisk taget fuld autonomi i forholdet til lægerne, dog kun hvad angår sygdom og sundhed i forbindelse med tænder. Dette medfører da også til stadighed kompetencestridigheder mellem læger og tandlæger vedrørende lidelser i kæben.

Psykologien og psykologerne er trods dens og deres store betydning for sundhedstilstanden i et moderne samfund, ikke underlagt lægelig kontrol, medmindre psykologer arbejder i lægeligt ledede institutioner. Denne uafhængighed skyldes formodentlig psykologernes humanistiske oprindelse og lægernes hidtil beskudte interesse for normalpsykologiske fænomener.

G. Ovenstående meget summariske oversigt over den lægelige kontrol med sundheds- og sygdomsinformation er ikke taget med for at kritisere denne magtstilling og den er da også ved at smuldre i forbindelse med befolkningens tiltagende krav om at blive involveret i sundhedsvæsenets beslutningsprocesser.

Sundhedsvæsenets eller måske mere kor-

rekt sygdomsvæsenets stærke behandlingsorientering, der både er forståelig, forklarlig og acceptabel, har imidlertid haft meget indgribende konsekvenser for den hidtidige aktivitet på det sundhedspædagogiske område. Da læger har haft en slags informationsmonopol og den lægelige uddannelse, de lægelige karrieremuligheder og de lægelige eksistensmuligheder har været tæt knyttet til sygdomsbehandling, har den til rådighed værende information været sygdomsorienteret, dvs. i bedste fald været en orientering om hvilke kendte og specifikke sygdomsårsager, man burde undgå. Da sundhedspædagogik yderligere ikke har været meriterende for læge., men tværtimod er blevet betragtet som en lidt vulgær forfladigelse af de set med lægelige øjne langt interessantere sygdomsprocesser, har sundhedsoplysning nærmest været en fritidsinteresse for særligt interesserede læger. Sundhedsoplysende artikler og bøger har tilsvarende ikke vejet særligt tungt i en videnskabeligt arbejdende læges produktion, selv om de kan siges at repræsentere befolkningens direkte udbytte af den lægevidenskabelige forskningsindsats udover en mulig indflydelse på sygdomsbehandlingen. Det har derfor været vanskeligt under de nuværende prioriteringer inden for det lægevidenskabelige område at få udviklet en professionel funktion og tradition. Dog skal det siges, at interesserede fagfolk gennem blade som Helse og pjecer fra Komiteen for Sundhedsoplysning nr. ydet en værdifuld indsats overfor befolkningen, ligesom også radiodoktoren og visse dag- og ugeblades lægelige medarbejdere har nået vide kredse med kvalificeret information.

H. Som nævnt i indledningen er det først i de allerseneeste år, at en mere systematisk evaluering er kommet i stand vedrørende sundhedsoplysning. Resultaterne er derfor endnu sparsomme og nok så meget præget af en viden om, hvad der *ikke* fungerer eller i hvert tilfælde har en umålelig effekt. Når en effekt ikke har kunnet måles i mange tilfælde, skyldes det ikke mindst, at oplysningskampagner enten ikke har haft en veldefineret målsætning og det derfor er umuligt at måle virkningen, eller at målsætningen er fornufteret så vagt, at ethvert måleresultat vil kunne tolkes som en virkning, positiv eller negativ efter behag. Skal man opsummere nogle af de erfaringer, der på

nuværende tidspunkt synes at kunne holde for en nærmere prøvelse, bliver de vigtigste nok disse.

1. Det er ret let at bibringe individer ny viden.
2. Ny viden tenderer til at blive accepteret og organiseret i individets bevidsthed i overensstemmelse med dets eksisterende holdninger.
3. Individets adfærd styres primært af normerne i den eller de grupper, som individet identificerer sig nærmest med.
4. Er der konflikt mellem den viden og de holdninger, en oplysningsindsats formidler, og den viden og de holdninger, der findes i den gruppe, som individet især identificerer sig med, tenderer individet til at følge den adfærd, som gruppens normer tilsiger.
5. Man kan ikke ved en oplysningsindsats få et individ til at ændre adfærd, hvis denne derved kommer i konflikt med individets oplevede interesser.
6. Det er vanskeligt at få individer og grupper til at opgive en umiddelbar gevinst for at forebygge et tidsmæssigt fjernt eller usandsynligt onde.
7. Oplysning kan overhovedet kun accepteres af et individ eller gruppe, hvis oplysningen anses for troværdig og venligsinnet over for de oplyste.
8. Skræmmekampagner tenderer til at understøtte de ikke-truedes opfattelser og isolere de truede, hvis situation derved forværres.

J. Hvor og hvordan vil det være hensigtsmæssigt at sætte ind med sundhedsoplysning/sundhedspædagogik, set på baggrund af hidtidige danske og udenlandske erfaringer. Sundhedshensyn bør indgå som en integreret del af alle uddannelser, idet der vel næppe findes en uddannelse, der sigter mod et erhverv uden betydning for enten den uddannedes egen sundhed i videste forstand, eller andres psykiske, fysiske eller sociale velbefindende. Det er en selvfølge, at dette specielt gælder alle egentlige sundhedsuddannelser og pædagogiske uddannelser, men den betydningsfulde fornyelse ville netop være tekniske uddannelser og merkantile, idet de sundhedsmæssige betingelser, mennesker er underkastet, netop fast-

lægges af alle andre erhverv end de egentlig sygdomsbekæmpende og/eller sundhedsbevarende. Denne fornyelse bør iværksættes gennem de centrale uddannelsesråd og andre kompetente organer, men forudsætter formentlig en betydelig inspirationsindsats fra et eller flere koordinerende kraftcentre.

Eksemplificering med undervisningsvejledning og undervisningsplan for Københavns kommune.

K. Indsats over for politiske og administrative nøglepersoner, idet det er omsonst at søge at påvirke befolkningen til en mere gunstig sundhedsadfærd, hvis en eventuelt ændret adfærd ikke bliver bakket op fra politisk og administrativt hold.

L. Generelle sundhedsoplysende kampagner via massemedieteknikker rettet mod »normalbefolkningen« og med et indhold, der vides at blive almindeligt accepteret, f. eks. sund og god mad, motion og frisk luft, personlig hygiejne, bekæmpelse af kønssygdomme, forbedring af det psykiske klima for børn og voksne. Udformet sobert og ideelt appellerende i stil med Helse og Komiteen for sundhedsoplysnings kampagner. Disse kampagner vil næppe påvirke særlige risikogrupper eller risikomiljøer nævneværdigt, idet risikoen netop består i, at disse grupper eller miljøer enten ikke er i stand til eller ikke ønsker at følge de almindelige normer for sund adfærd. Som eksempler på sådanne grupper fra hver sin ende af den sociale skala kan nævnes stiknarkomaner og ambitionse politikere, administratorer og erhvervsfolk. Alle disse stressede grupper udfolder en adfærd, der set udefra ser sundhedsskadelig ud, men som alligevel fortsættes på grund af oplevede gevinster for de involverede personer og ofte på trods af pårørendes erklærede bekymring for helbredsudsigterne.

M. Specielle indsatser mod (eller hellere for) særlige grupper, der efter nærmere analyser har vist sig at være udsat for en særlig risiko på grund af deres adfærd, enten risikoen er »frivillig« eller påtvungen (som f. eks. arbejdsmiljø). Sådanne indsatser skal have karakter af »miljøudviklingsprojekter« og vil forudsætte, at den berørte gruppe selv ønsker at forbedre sin situation, evt. ved at blive gjort opmærksom på alter-

native funktionsmåder, der igen må bakkes op af det omgivende samfund. I forløbet af en sådan miljøudviklingsproces er enhver moraliseren bandlyst og adfærd, der af det

øvrige samfund karakteriseres som afvigende og forkastelig, må accepteres eller i hvert tilfælde tolereres af miljøudviklingskonsulenten.

Planlægning og gennemførelse af en oplysningskampagne. v/Jens Mathiesen.

Hovedpunkter:

1. Afgrænsning af omfanget for indsatsen.
2. Afgrænsning af målsætningen.
3. Definition af målgruppen.
4. Undersøgelse af målgruppen: forudsætninger etc.
5. Sammensætning af diskussions- og baggrundsgruppe.
6. Fastlæggelse af strategi.
7. Kontakt til formelle og uformelle nøglepersoner.
8. Afslutning af »indflydelseshandeler« med nøglepersoner.
9. Evt. modifikation af indhold og strategi efter punkt 8.
10. Udvalgelse af personer, der kan og vil arbejde konkret.
11. Fastlæggelse af, hvem der skal have æren af et vellykket projekt og tage øretæverne for et mislykket.
12. Fastlæggelse af de økonomiske interesser i projektet.
13. Koordination med konkurrerende projekter eller hvis dette ikke kan lade sig gøre, fastlæggelse af strategi over for sådanne.
14. Udarbejdelse af disposition og fastlæggelse af titel eller kampagneoverskrift, hvis dette ikke er sket i en tidligere fase.
16. Forelæggelse af planer, ideer etc. for et eventuelt overordnet ekspertpanel eller politisk beslutningsorgan.
17. Evt. modifikation af tidligere beslutninger efter punkt 16.
18. Udarbejdelse af råmanuskripter, layouts eller synops'er og diskussion af disse med diskussionsgruppen (punkt 5.) og udvalgte nøglepersoner, evt. inddragelse af helt uengagerede og forudsætningsløse personer for at få indtryk af materialets virkning på dem.
19. Testning af de reviderede rå-udkast på målgruppepersoner.
20. Forelæggelse af endelige planer, manuskripter, synops'er etc. for overordnet ekspertpanel eller beslutningsorgan.
21. Overgang til produktionsfase efter evt. revision på baggrund af punkt 19. og 20. Særlig omhyggelighed med alle talstørrelser.
22. Hvis ikke tidligere planlagt: Annoncering for offentligheden, pressestyring, evt. pressemøde og pressemeddelelse.
23. Igangsætning, styring og evaluering på alle niveauer.

III. Komiteen for Sundhedsoplysning

Kommunikation - Distribution

Komiteens kommunikation og distribution er rettet mod følgende fem hovedområder:

1. Sundhedssektoren.
2. Socialektoren.
3. Undervisningssektoren.
4. Generel offentlig information.
5. Kurser, foredrag, efteruddannelse m. v.

Sundhedssektoren

I Komiteens distributionssystem omfatter sundhedssektorens følgende målgrupper: sundhedsplejersker, sygeplejersker, hjemmesygeplejersker, hospitaler, jordemødre, fysioterapeuter, praktiserende læger, personalehøjskoler, tandlæger - offentlige såvel som private.

Som faste støttepunkter i dette distributionsområde er Komiteens store materiale-mapper placeret hos samtlige amtssundhedsplejersker, amtsjordemødre, hos skolesundhedsplejerskerne på samtlige skoler under Københavns skoledirektorat m. v.

Til rådighed for løbende aktuel information har Komiteen fast spalteplads i »Ugeskrift for Læger«, »Sygeplejersken« og »Tandlægebladet«.

Nyt materiale bliver målgrupperne i sundhedssektoren løbende orienteret om ved direkte mailing bilagt prøveeksemplarer. Mailing koordineres med omtale i den relevante fagpresse.

Samarbejdet med Dansk Tandlægeforening er udbygget efter en særlig model, der har været vist sig særdeles effektiv og tillempt kan anvendes af andre faggrupper i sundhedssektoren. Der henvises i denne forbindelse til bilag a.

Socialektoren

Socialektorens distributions- og samarbejdsområde omfatter Socialstyrelsen, social- og

sundhedsforvaltningerne landet over, de sociale højskoler og Socialmedicinsk Institut i København og Odense.

Faste støttepunkter i dette system er Komiteens materiale-mapper, der nu er til rådighed på ca. 150 af de 277 social- og sundhedsforvaltninger. Dette er et nyt initiativ affødt af bistandslovens ikrafttræden og reaktionen har foreløbig været så god, at Komiteen regner med inden kort at have materialet ude i samtlige social- og sundhedsforvaltninger.

Vigtigste kontaktorganer for løbende informationsstof for dette område er amtsrådsforeningens blad og »Meddelelser fra Socialministeriet.«

Social- og sundhedsforvaltningerne er af primær betydning for området 1, 2, 3 og bliver derfor kontinuerligt underrettet om alt relevant nyt materiale ligesom de udstationerede materiale-mapper hele tiden føres ajour. Komiteen anser det for at være af yderste vigtighed at sagbehandlerne fremover til enhver tid er i stand til at se hvilke informationsressourcer der er til rådighed.

Der er løbende samarbejde med Socialstyrelsen, idet Komiteen forestår tilrettelæggelsen af den omfattende serie »specialpædagogiske vejledninger«.

Undervisningssektoren

Aktivitet og distribution er her koncentreret primært om samtlige folkeskoler i Danmark, real- og gymnasieskoler, ungdomsskoler, højskoler, personaleskoler, ungdomsklubber m. v.

De faste støttepunkter i systemet er amtscentralerne, der alle har komplet samling af Komiteens materiale såvel det trykte som det audiovisuelle.

Samarbejdet med skolerne er meget tæt. Mailing til skolerne foregår hyppigere end for nogen anden sektors vedkommende og værdifuld respons fra pædagoger indløber kontinuerligt.

Det vigtigste undervisningsmateriale til sundhedslære i skolerne er Komiteens bog »Bedre Helse«. Sidste udgave er på 11 måneder aftaget af skolerne i et oplag på 50.000 eksemplarer. Audiovisuelt materiale står til rådighed i betydeligt omfang.

De vigtigste organer for lobende information er »Folkeskolen«, »Læsepædagogen« og en række andre pædagogiske tidsskrifter.

For undervisningssektorens vedkommende er der med held etableret et snævert samarbejde med Danmarks Radios undervisningsafdeling, således at informationsfremstod koordineres med skoleradio og skole-tv. Videre har Borne- og ungdomsafdelingen i radioen været af stor betydning ikke mindst på områder som information om konssygdomme og svangerskabsforebyggelse.

Samarbejdet med Danmarks Radio er under yderligere positiv udvikling - således regner Komiteen med koordinering og undervisningsprojektet »Tobak«, der snart er klar til at lobe af stablen. Samarbejde er i fuld gang med voksenundervisningen om kost og motion - en udsendelsesrække, der påbegyndes til efteråret i såvel radio som tv.

Generel offentlig information

Kommunikationsmodel for offentlig information er navnlig anvendt på følgende to hovedområder:

Informationsindsatsen om konssygdomme, der nu har stået på i tre år (effektvurdering se bilag b) og vejledning om svangerskabsforebyggende metoder (Komiteens publikation »Undgå uønsket svangerskab« er til dato udleveret i over 600.000 eksemplarer).

Nye distributionsveje er under overvejelse for denne sektors vedkommende. Man håber således, at det vil være muligt, at få de store kædeforretninger Irma, HB og lign. til at forhandle den ny kortfattede vejledning om svangerskabsforebyggelse. Denne publikation ventes færdig til efteråret.

Fagpresse, Dag- og ugepresse samt navnlig

radio og tv er kommunikationsmæssigt de vigtigste faktorer for dette områdes vedkommende.

Der har endvidere været særdeles gode erfaringer med samarbejdet med Ungdomsringens 1100 ungdomsklubber.

Med bladet »Helse«, der med sine 400.000 læsere har en meget bred kontaktflade, koordineres oplysningsindsatsen, således at komiteens fremstod støttes af artikelserier i »Helse«, der henviser til Komiteens materiale og oplyser om distributionsveje m. v. Det gælder også for område 1 og 2, men er navnlig af største betydning for område 4.

Kurser, foredrag m. v.

Noglepersoner fra gruppe 1, 2 og 3 deltager hvert år i Komiteens august-seminar på G.I. Alvernæs. Det grundlæggende tema siden 1971 har været den sundhedspædagogiske problemstilling, - hvordan og hvilken måde det er muligt via tværfaglig undervisning i voksen- og ungdomsundervisning at skabe forudsætninger for et adfærdsmonster, der kan virke sygdomsforebyggende.

Grundlaget for denne målsætning var en ekspert-konference på Ellested i 1972 om psykosomatik og folkeoplysning. Ellested-rapporten har siden været anvendt på mange niveauer til studiekredse m. v. og efterspørgslen efter rapporten er endnu i 1976 usvækket.

1976-seminaret vil søge at formulere, hvilke krav, der må stilles til undervisning og miljø for at fremme den enkeltes optimale muligheder som jeg-bevidst person i et socialt fællesskab. Seminaraktiviteten har bevirket, at mange faggrupper indenfor social- og sundhedssektoren har taget initiativ til at føre den sundhedspædagogiske debat ud i vide kredse - navnlig på højskoler.

Det er Komiteens håb, at der kan skaffes økonomisk mulighed for i langt højere grad at satse på kursusvirksomhed overfor sektorens noglepersoner.

Foredrag om sundhedsoplysningens mål og midler indgår i Komiteens aktivitet ligesom deltagelse i efteruddannelseskurserne for skolelærerne, embedslægekursen og undervisningstimer på Socialmedicinsk Institut i Odense og København.

IV. Sundhedspædagogik i skolealderen

Skolealderen betragtes traditionelt som en sund alder. Der optræder forholdsvis få alvorlige legemlige sygdomsreaktioner i denne alder. Udviklingen i velstandssamfundet har forstærket denne tendens. Tidligere så man hos skolebørn en del alvorlige smitsomme sygdomme som lungebetændelse og tuberkulose, men disse sygdomme er nu næsten forsvundet. Man fandt også svære legemlige udviklingsfejl som f. eks. pukkelryg, men også disse tilstande er blevet langt sjældnere.

For en umiddelbar betragtning kunne man derfor antage, at den sundhedsmæssige interesse for denne udviklingsfase ikke behøvede at være særlig stor. Og denne antagelse synes i de sidste årtier at have været ganske udbredt. Spørgsmålet har været rejst, om skolesundhedsplejen var nogen hensigtsmæssig investering. Antallet af gymnastiktimer er blevet nedskåret. Og der er udviklet skoleformer og forlænget skoletid, som måske nok tilgodeser børnenes muligheder for at lære mere vidensstof, men som på en række områder kun i ringe grad tilgodeser muligheder for børnenes almene menneskelige udvikling.

Samtidig med denne udvikling er man indenfor sundhedsvæsenet især skolesundhedsplejen i stigende grad blevet opmærksom på de sundhedsmæssige problemer i denne udviklingsperiode og perspektiverne derved. Forskellige træk kan nævnes:

a) Flere undersøgelser fra enkelte skolelæger har vist, at ganske mange børn - 20-30-50 pct. - i skolen har reaktioner og gener, som ganske vist ikke kan betragtes som egentlig sygdom, og som derfor ikke henvises til lægebehandling. Men dels kan sådanne reaktioner være generende i dagliglivet og hæmme børnenes udvikling, dels kan

disse reaktioner i perspektiv af årtier godt betyde en belastning for organismen som på langt sigt kan være sygdomsforvoldende. Det kan f. eks. dreje sig om hovedpine, om forskellige psykiske symptomer, der nu og da også kaldes sociale tilpasningsvanskeligheder, og det drejer sig hyppigt om legemlige reaktioner på psykisk belastning, såkaldte psykosomatiske reaktioner.

Hyppigheden af sådanne reaktioner synes at variere overordentlig meget, afhængig af det miljø skolen ligger i, hyppigheden varierer også fra skole til skole, fra klasse til klasse, ja fra skolelæge til skolelæge. Der foreligger som nævnt kun spredte enkeltundersøgelser, men der er næppe tvivl om, at en nærmere undersøgelse af dette spørgsmål vil kunne give nyttige oplysninger både om børnenes sundhedsmæssige tilstand og om de miljøforhold i og udenfor skolen, som er afgørende.

b) Fra mange sider især fra skolesundhedsplejen og idrætslærere er i de senere år gjort opmærksom på, at børns fysiske udvikling i skolealderen er blevet forringet. Det skyldes dels de almene livsforhold, motoriseret transport, dels dårligere muligheder for fysisk aktivitet i skoletiden. Enkelte undersøgelser har vist, at medens 5 pct. af børnene havde svage rygge og dårlig legemlig udvikling, da de kom i skole, havde 15-20 pct. af de unge sådanne symptomer, da de forlod skolen. Sådanne lidelser stiller store krav til behandlingsindsats, ligesom disse lidelser er en væsentlig del af klientellet ved revalidering og invalidepensionering.

Hertil kommer, at der synes at være holdpunkt for, at den stigende hyppighed af hjerte-karsygdomme hænger sammen med et dårligt udviklet blodkredsløb. Det udvikles i

barndom og ungdom, og forsømmes udviklingen her kan den ikke senere indhentes.

c) Mange praktiserende læger oplyser, at 30-50 pct. af de patienter, som opsøger dem, ikke har nogen egentlig sygdom, men gener og reaktioner, som hænger sammen med det liv, de lever i arbejde, familie og fritid. Ved sådanne reaktioner er den lægelige opgave stort set en undervisningsopgave som består i at hjælpe »patienten« til selv at formulere, hvad det er han reagerer på, og til selv at træffe de beslutninger som kan være hensigtsmæssige for at bedre hans situation.

Disse situationer er overordentlig hyppige. Og det er slående i hvor ringe grad store dele af befolkningen er i stand til at formulere sig, at erkende hvad det er de reagerer på, at tage beslutninger, og at tilpasse sig de forandringer som synes at følge med velstandssamfundet.

Sådanne menneskelige egenskaber synes at være afgørende for bevarelse af sundhed. Og det var vel rimeligt at sætte sådanne mål for udviklingen i skolealderen, der jo gerne skulle tage sigte på at udvikle barnet til at leve i samfundet.

d) Udvikling af sunde livsvaner vedrorende kost, motion, samværsformer, ulykkesbekæmpelse, forbrug af stimulerende eller sløvende midler osv. er afgørende for sundheden. Der gøres vel nok en indsats i skolen for at fremme sådanne livsvaner. Resultatet er, at der foreligger ganske megen viden i befolkningen herom, men den efterleves sjældent. Undervisningen heri synes ikke at lykkes særlig godt.

En sundhedsmæssig målsætning for skolealderen

En sundhedsmæssig målsætning for barnets udvikling i skolealderen har flere aspekter. For det første bør man tidligst muligt finde og behandle sygdom. Den eksisterende skolesundhedspleje synes stort set at sikre dette. Men derudover må det være afgørende, at barnet forlader skolen med de bedst mulige udsigter for dets fremtidige sundhed. Det betyder, at der er en stor sundhedsmæssig interesse i at sikre barnets fysiske udvikling og kropsbevidsthed, således at individet selv livet igennem har mulighed for at erkende kroppens funktionsvilkår og indrette sig der-

efter. Og det betyder, at der ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt må lægges vægt på at udvikle barnets evne til at erkende sin situation, til at formulere sig, til at træffe beslutninger og til at samarbejde, egenskaber der er nødvendige, hvis individet skal kunne tilpasse sig forholdene i et foranderligt velstandssamfund.

1 dette perspektiv er udviklingen af børnene i skolealderen af central betydning. På dette tidspunkt foreligger de bedste muligheder for at grundlægge den viden, holdning og adfærd som kan være afgørende for individets fremtidige sundhed.

Muligheder for en bedre sundhedspædagogisk indsats

Der skulle for så vidt være gode muligheder for at man på dette område kan opnå bedre resultater uden store investeringer. Her kan peges på tre træk:

a) Skolesundhedsplejen må ændre funktion. Det perspektiv, som har ligget over skolesundhedsplejen, har væsentligst været den lægelige undersøgelse med henblik på at finde sygdom som skulle behandles. I stedet herfor må skolesundhedsplejen beskrive børnenes sygdomme og reaktioner i relation til deres miljø i hjem og på skoler. Artige ting ville komme frem, hvis skolesundhedsplejen virkelig beskrev, hvad den godt ved, om forskelle i sygdomsreaktioner, nervøse symptomer og tilpasningsvanskeligheder på skoler i forskellige miljøer, om børnenes reaktioner på grund af manglende støtte i hjemmet eller manglende pasningsmuligheder udenfor skoletid (noglebørn) om børns angstreaktioner på visse lærere osv. osv.

Der ligger et tungt ansvar på sundhedsvæsenet i at formulere disse ting. Men sådanne omhyggelige beskrivelser er den første forudsætning for at administrative og politiske beslutningstagere kan drage nogle hensigtsmæssige konsekvenser.

Det vil formentlig være hensigtsmæssigt, at der for skolesundhedsplejen udvikles bedre »ledelses«former. Herved forstås ikke så meget tilsyn som bistand ved efteruddannelse, bistand ved indsamling og bearbejdelse af information fra skolesundhedsplejen med henblik på at denne information formidles til den enkelte kommune, den enkelte skole og forældrekræds. En sådan informa-

tion og debat må følges op fra skolesundhedsplejen, der herved direkte kommer til at indgå i det sundhedspædagogiske arbejde.

En sådan omlægning af arbejdet vil mange steder forudsætte betydelige ændringer i holdning og adfærd hos skolesundhedsplejens personale. På den anden side er en ændring som her skitseret mange steder under udvikling, uden at det synes at stode på uoverstigelige vanskeligheder.

b) Bedre mulighed for skolebørns fysiske udvikling.

Danmark nedsatte antallet af gymnastiktimer omtrent samtidig med, at de lande, vi ellers sammenligner os med øgede timetallet. Dertil kom, at man nedskar timens længde, hvilket for gymnastik er særligt ødelæggende, fordi omklædningstid går fra undervisningstid.

Men problemet er ikke blot timetal og undervisningstid. Nok så vigtig er måske den anvendte pædagogik. Det afgørende formål må være at bevare barnets medfødte glæde ved at bevæge sig, som desværre allerede er ødelagt hos en del, inden de kommer i skole. Sundhedsvæsenets kommende patienter er i væsentlig grad de dårlige og uinteresserede elever i idrætstimerne. Konkurrenceidræt i skolen er derfor fra et sundhedsmæssigt synspunkt særdeles uheldigt.

Der foregår i disse år en betydelig debat om faget idræt, og mange steder udvikles nye former som tilgodeser de sundhedsmæssige hensyn. Men alt for mange steder gives forældet idrætsundervisning med det resultat, at flest mulig pjækker, når de kommer i puberteten.

Problemet kan ikke løses i idrætstimerne alene. En række træk i skolens daglige liv kan tilrettelægges så barns fysiske udvikling bedre tilgodeses. Det drejer sig f. eks. om hensigtsmæssige borde og siddestillinger, om i videst mulige omfang at tilgodesse børns trang til fysisk aktivitet, ja det var vel en rimelig sundhedsmæssig foranstaltning, at børnene i skolen blev vænnet til nogle minutters bevægelse i hver time, en vane som også på mange arbejdspladser ville nedsætte de sundhedsmæssige gener.

Som rådgiver og drivkraft for at disse spørgsmål tages op kan skolesundhedsplejen have vigtige funktioner. Der er her ved at udvikles nye tværfaglige samarbejdsformer som åbner betydelige perspektiver.

c) Bedre mulighed for skolebørns psykiske udvikling.

Som tidligere omtalt opstår de væsentligste sundhedsmæssige problemer som individets reaktion på dets samspil med det nære miljø, dvs. bo-, arbejds- og familiemiljø. Det er derfor afgørende, at individet i sin udvikling lærer at fungere. Forudsætningen herfor er, at magte kommunikation og samvær med andre, at det kan formulere sig, informere sig, at det kan erkende sin egen situation og træffe hensigtsmæssige beslutninger.

På denne baggrund må man ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt sætte store spørgsmålstejn ved meget af den hidtidige skoleundervisning. Vidensformidling synes kun at spille en underordnet sundhedsmæssig rolle. En autoritær ledelsesform lærer måske nok barnet at indrette sig passivt til givne forhold, men giver ikke den formuleringsevne og beslutningsdygtighed som er forudsætningen for at leve i forandring.

Udviklingen af en sundhedspædagogik bliver en meget omfattende opgave. Der foreligger ganske megen viden om sygdomsfremkaldende og sundhedsbevarende faktorer. Men denne viden er sjældent konkretiseret i undervisningsmaterialer til brug i konkrete nærmere afgrænsede dele i uddannelsessystemet.

Det drejer sig også om at overveje og beskrive hensigtsmæssige metoder med henblik på at elever kommer til at beskæftige sig med disse emner på en måde der øger muligheder for, at indlæringen resulterer i handlinger og/eller ændrede holdninger.

Det er her afgørende, hvilken beskæftigelse med emnerne, undervisningsmaterialet lægger op til. Generelt kan det siges, at i jo højere grad et undervisningsmateriale lægger op til aktivitet, engageret arbejde med et stof, som deltagerne oplever som personligt vedkommende, i jo højere grad kan man forvente, at indlæringen omsættes i handling.

Endvidere handler udviklingen af en sundhedspædagogik om ændringer i holdninger og indstillinger i selve uddannelsessystemet, ændringer i retning af en mere bevidst og aktiv holdning overfor sundheds-/sygdoms-aspektet. Det drejer sig både om uddannelsernes indhold og om vilkårene for deltagerne i uddannelsen.

En undervisningssituation kan bl. a. karakteriseres ved de hensigter, der er med til at styre forløbet. Men selv om målet er klar-

lagt, materialet dertil udarbejdet, er det ikke afgørende. Det er faktisk kun de af de enkelte deltagere oplevede og accepterede mål, som spiller en aktiv rolle for indlæringen. Det er derfor vigtigt, at lægge vægt på **mål**-forestillinger hos den enkelte deltager, ligesom medindflydelse og medansvarlighed i undervisningen er af stor betydning.

Store muligheder ligger der formentlig i en pædagogik, som sætter eleverne på sporet af udforskning af deres egne livsvilkår, dvs. en undervisning, som engagerer dem aktivt i relationerne til dem selv og deres omgivelser, og som indhold har emner der umiddelbart opleves som aktuelle og vedkommende.

Sundhedspædagogik er således ikke noget, som kan eller bør begrænses til et enkelt fag, men noget som handler om alle fag og om skolens hele liv. Mange fag (alle?) handler om forholdet mellem individet og omverdenen, **og** vil således rumme sundhedspædagogiske aspekter, hvis de blot gøres bevidst.

Sådanne ændringer gennemføres ikke uden videre. De må udmøntes i en mangfoldighed af praktiske materialer og eksempler og påvirkninger må ad flere veje tilføres uddannelsessystemet.

Som tidligere nævnt må det være en nærliggende opgave for skolesundhedsplejen at udvikle den information som kan danne baggrund for sundhedspædagogiske aktiviteter.

Der er et stort behov for fremstilling af materialer og formidling af dette. På centralt plan vil det være nødvendigt, at en tværfaglig arbejdsgruppe gennemarbejder området med henblik på planlægning og prioritering af udviklingen, ligesom det formentlig for hvert enkelt spørgsmål vil være nødvendigt at etablere konkrete arbejdsgrupper.

På regionalt plan vil de eksisterende amts-skolecentraler være hensigtsmæssigt grundlag for formidling af materiale og videreuddannelse. Bistand bør her ydes af sundhedsplejen, skolesundhedsplejen, amtssundhedsplejersken og embedslægeinstitution.

På centralt administrativt plan vil det formentlig være hensigtsmæssigt at etablere kontakt mellem sundheds- og undervisningsmyndigheder. Desuden vil der være behov for bistand fra pædagogisk forskning, ligesom kontakt til uddannelsesinstitutionerne er vigtig.

Vagn Christensen.

Dansk Tandlægeforenings Hygiejnekomités samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning er nærmere formuleret i en skriftlig aftale, der henlægger opgaver vedr. distribution af Hygiejnekomiteens forskellige materialer til komiteens kontorer. Desuden fungerer komiteen som produktionstilrettelægger og -styrrer med henblik på Hygiejnekomite-materiale. Dette betyder eksempelvis, at majoriteten af Hygiejnekomiteens pjecer, plakater og lignende er produceret ved komiteens foranstaltning. Hygiejnekomiteen, projektgrupper samt ad hoc arbejdsgrupper varetager idé- og tekstarbejde, mens komiteen sorger for lay-out-arbejde og praktisk produktion af pjecer; ligesom komiteen finansierer pjeceproduktion. Pjecerne distribueres fra komiteen til en købspris, der er udregnet på basis af produktionsomkostninger + dækningsbidrag. En såkaldt 5-øres-fond modtager et bidrag fra hver solgt tryksag, plakat osv. 5-øres-fondens midler benyttes til specielt promotionsarbejde, til idéarbejde, samt i nogle tilfælde til at støtte produktionen af materiale, hvorom det gælder, at faglige beveggrundene gør materialet ønskeligt, mens de opstillelige oplagsforventninger sandsynliggør, at salgsprisen i sig selv vil stille sig hindrende i vejen for udbredt anvendelse af pågældende materiale. 5-øres-fonds-bidraget varieres i størrelse efter karakteren af det materiale, hvorom det drejer sig.

I et vist omfang finansieres materiale (pjecer og lign.) af Hygiejnekomiteens egne midler efter at samarbejdspartnerne, eksem-

pelvis fra tandplejemiddelindustrien, fødemiddelbranchen, fonds, særforening inden for tandplejen eller lignende.

En særlig aktivitet i samarbejdet Hygiejnekomiteen-Komiteen er et idécenter, som er oprettet i foråret 1976. Idécentret er indrettet i lokaler, som er placeret i nær tilknytning til Komiteens kontorer og lager. Det har fælles telefonnummer med Komiteen - (01) 29 53 00 - Det betjenes af en tandplejer, som i et vist antal timer pr. uge er til rådighed med råd og dåd til tandlæger, tandplejere og andre, som har behov for ideer, vejledning eller praktisk bistand med hensyn til at finde frem til og bestille materialer til brug i motivations- og profylaksearbejde. Idécentret har et driftsbudget for tiden på 60.000 kr. pr. år, omfattende aflønning af tandplejer, lokaleudgifter m. v. Disse 60.000 kr. er sponsordækkede.

Med hensyn til promotion i materialer, som produceres og/eller distribueres, foregår dette dels ad Komiteens sædvanlige kanaler, dels gennem tekstmøtaller og lign. i Tandlægeforeningens blad, og dels som bilag i forbindelse med tandlægeforeningens sædvanlige medlemsudsendelser til foreningens medlemmer.

Det er Hygiejnekomiteens opfattelse, at samarbejdet mellem Hygiejnekomiteen og Komiteen er et yderst vigtigt led, måske det vigtigste i bestræbelserne for bestandigt at placere det odontologiske profylaksearbejde i videste forstand i en større almen sundhedsinformativ sammenhæng.

KOMITEEN FOR SUNDHEDSOPLYSNING

Kønssygdomsinformation

Komiteen for Sundhedsoplysningss første 3-års periode med oplysning om kønssygdomme har i flere henseender givet lærerige impulser for det fortsatte oplysningsarbejde. De informationsmaterialer, der er produceret, omfatter dels elevorienteret materiale, dels materiale beregnet for pædagoger, læger og ungdomsklubledere. Ved udvælgelsen af de informationer, der skulle indgå, er der foretaget en ganske radikal omprioritering af, hvorledes de forskellige sygdomsstadier beskrives. Dette er sket under indtryk af, dels den aktuelle sygdomsforekomst, dels den kvantitative betydning af hvilke sygdomstegn, der gerne skulle bringe patienten til lægen.

Komiteen har endvidere været af den opfattelse, at det tilsyneladende paradoks i forbindelse med kønssygdomsbekæmpelsen (100 pct. effektive behandlingsmetoder i årtier uden at tallene er blevet afgjort reduceret) kun kan forklares ved, at mange, der har kønssygdomme, har så svage symptomer på denne smitte, at dette ikke giver dem grundlag for at søge læge. Oplysningens grundtema har derfor været »Mange, der har kønssygdomme, ved det ikke«, for derigennem, at motivere for kontrolundersøgelse efter mulig smitteudsættelse.

I løbet af den periode Komiteen har været engageret i oplysning om kønssygdomme (1973-1975), er der påvist en godt 25 pct. reduktion i antallet af gonorétilfælde i Danmark. Komiteen har startet en videnskabelig undersøgelse til belysning af i hvilken udstrækning oplysningsarbejdet og andre fakto-

rer i samfundet, har influeret på dette fald. Denne undersøgelse er endnu ikke afsluttet, men det synes dog klarlagt, at en ikke uvæsentlig del af nedgangen i gonoréforekomsten kan tilskrives det intensiverede oplysningsarbejde. Det er endvidere opmuntrende at 1/3 flere mænd i Københavns-området kommer til undersøgelse for en sikkerheds skyld. Forløbet i 1976 tyder indtil nu på, at denne udvikling fortsætter.

I den kommende 3-års periode agter Komiteen at tilbyde en dias-serie om gonoré og syfilis til brug i skoler og ungdomsklubber. Produktionen af førstnævnte er afsluttet om få uger. I erkendelse af behovet for et mere målgruppeorienteret materiale, er dette under udarbejdelse til: Patienter der behandles for gonoré resp. syfilis, gravide kvinder samt homoseksuelle. Der vil endvidere blive produceret en pjece, der generelt omtaler sygdomme eller gener, der kan overføres ved seksuelt samvær.

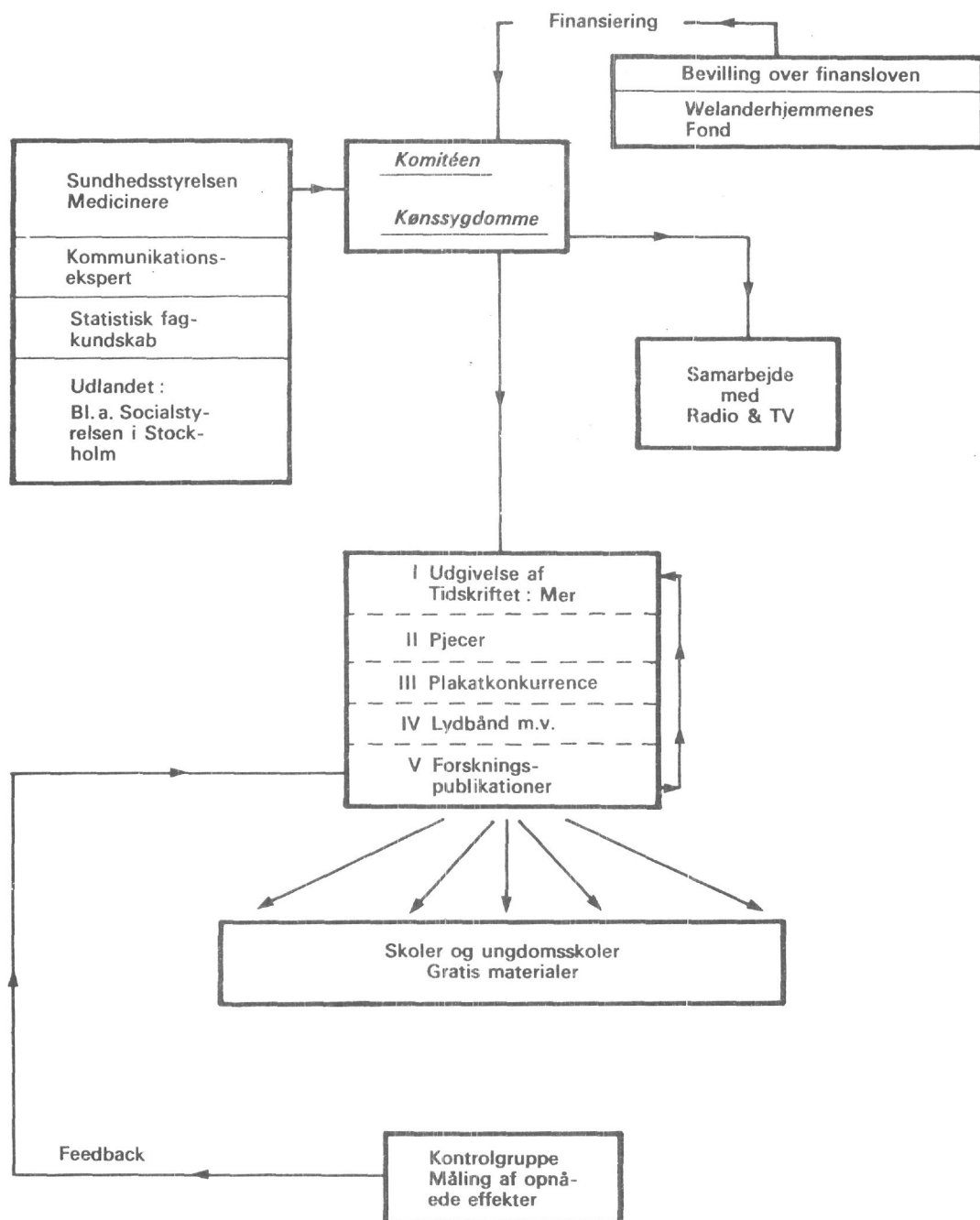
Komiteen ser sig ikke i stand til at afgive nogen præcis vurdering af i hvilken udstrækning nedgangen i kønssygdomstallene har mindsket samfundets udgifter til bekæmpelsen. Da et væsentligt sigte med oplysningsarbejdet og bekæmpelsen er, at imødegå disse sygdommes meget omkostningskrævende komplikationer, er Komiteen af den opfattelse, at det må anses for økonomisk særdeles velmotiveret at fortsætte oplysningsarbejdet efter de retningslinjer, der er skitseret.

P. K. V.

Gunnar Aagaard Olsen

Tværfaglig arbejdsgruppe (nedsat i 1972)
vedrørende *kønssygdomme* (10—25 årige)

Baggrund: Den kraftige stigning i antallet af gonorétilfælde gennem 1960'erne.



For at finde frem til, hvilken sundhedspædagogisk indsats, der er sket fra de foreningers side, som er dannet af patienter og behandlere af specifikke kroniske sygdomme, har Komiteen for Sundhedsoplysning tilskrevet en lang række af disse foreninger, jfr. fortegnelsen s. 81 ff. Heraf har knap en tredjedel svaret (mrk. *) på fortegnelsen).

Af de indløbne svar fremgår, at de færreste foreninger har kapacitet til at drive egentligt forebyggende arbejde. Foreningernes formål er primært at støtte medlemmerne, at oplyse om sygdommen, evt. drive behandlingshjem og i det omfang, det er økonomisk muligt, støtte forskning i den pågældende sygdom.

De to undtagelser er *Hjerteforeningen* og *Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse*. Her går landsforeningens oplysning dog primært på en tidlig konstatering af sygdommen ved hyppige lægeundersøgelser for livmoderkræft og selvundersøgelser for brystkræft.

Direkte forebyggende er kun foreningens *anti-tobakskampagner*. Hertil er fremstillet diverse plakater og mærkater, og foreningen

har ladet fremstille en film om lungekræft til fremvisning for skole- og ungdomsskoleelever. I forbindelse med fremvisning af filmen er foretaget rundspørge blandt 10.448 skoleelever i 1967-68 for at konstatere, om filmen havde haft indflydelse på elevernes rygning. Heraf fremgår at 9 pct. var holdt op med at ryge efter at have set filmen.

Om sit arbejde skriver *Hjerteforeningens* formand professor A. Tybjærg Hansen:

»Hjerteforeningen har gennem årene udbygget sin folkeoplysning med henblik på at opnå en sådan baggrund i befolkningen, at man kan tage mere alvorligt fat på at omdanne sundhedsvæsenet fra at være overvejende behandlingsorienteret til at blive orienteret for virkelig systematisk og velorganiseret præventiv virksomhed . . . Med hensyn til de indhøstede erfaringer, mener vi at kunne sige, at Hjerteforeningen har fået god kontakt med befolkningen, og at den har kunnet påvirke folks vaner i den ønskede retning.«

I forbindelse med en årlig hjerteuge udsender foreningen en årlig pjece. Der er hidtil kommet 11:

- Nr. 1 – 1966: A. Tybjærg Hansen: »Pacemakeren«. (Udgået).
- Nr. 2 – 1967: Poul Ottosen: »Blodtrykket og forsnævring af nyrepulsåren«. (Udgået).
- Nr. 3 – 1968: A. Tybjærg Hansen: »Tilbage igen til arbejdet«. (Udgået).
- Nr. 4 – 1969: A. Tybjærg Hansen: »Spis hvad hjertet **begærer**«.
- Nr. 5 – 1970: Peter Schnohr: »Motion - en daglig hjertestyrkning«. (Revideret udgave 1975).
- Nr. 6 – 1971: A. Tybjærg Hansen: »Lad ikke helbredet gå op i røg«.
- Nr. 7 – 1972: Peter Schnohr og A. Tybjærg Hansen: »Hånden på hjertet - passer du på det?«
- Nr. 8 – 1973: A. Tybjærg Hansen: »Vær helbredsbevidst«.
- Nr. 9 – 1974: A. Tybjærg Hansen, A. Mosfeldt Laursen og Peter Schnohr: »Stress **a'**«.
- Nr. 10 – 1975: Peter Schnohr og A. Tybjærg Hansen: »Va mæ blodtrykket«.
- Nr. 11 – 1976: A. Tybjærg Hansen, Johan Georg og Peter Schnohr: »At ryge eller ikke ryge«.

Pris: nr. 4-10: kr. 1,- pr. stk., nr. 11: kr. 2- pr. stk.

Desuden udgiver hjerteforeningen et *Motionsblad*, der udkommer 6 gange årligt, og i forbindelse hermed driver foreningen en *Motionsklub*.

I den forbindelse skal lige nævnes, at *Dansk Idræts Forbund* også er gået ind i det sygdomsforebyggende arbejde med nedsættelsen af TRIM-komiteen. Den består af repræsentanter fra Dansk Idræts Forbund, De Danske Skytte-, Gymnastik- og Idrætsforeninger, De danske Gymnastik- og ungdoms-

foreninger og Dansk Firma Idrætsforbund.

TRIM er en sammentrækning af ordene trivsel og motion, og komiteen slår i sine brochurer stærkt på motion som forebyggelse mod hjertekarsygdomme. Der findes TRIM-komiteer mange steder i landet.

N.B. Med hensyn til den aktivitet, der udføres af Komiteen for Sundhedsoplysning, henvises til diverse bilag.

Landsforeninger for de forskellige sygdomme

ASTMA-BRONCHITIS, foreningen for
Formand O. Lindeskov Petersen
Vølundsgade 26, 2200 N. - Onsdag kl. 18–20 ÆG 2834x

*) DANMARKS ASTMA-ALLERGIforbund
Finsensvej 52, 2000 F. - Kl. 17-19. GO 275

BARNETS VEL, landsforeningen for
Langagervej 5, 2500 Valby,
Formanden privat 31 35 22

BLØDERE, landsforeningen for
Pjecer: Hjemmepleje af patienter med blødersygdomme.

*) BØRNELAMMELSE, landsforeningen mod
Tuborgvej 5, 2900 Hellerup.
Frk. Rosenfeldt HE 9000
Forskning - testning - behandlingsinstitution

Pjecer: 1. Deres København
2. MEMENTO VIVERE
3. Landsforeningen mod børnelammelse
4. Duplikeret materiale
5. Retningslinier for indretning af boliger til kørestolsinvaliderede, I og II

COLOSTOMIopererede, landsforeningen for OR 4334
Konsulent Alex Christiansen (holder gerne foredrag). 22 13 66
Tibberup Møllevej 8, 3060 Espergårde.

Pjecer: 1. Råd og vejledning (Coloplast)
2. Om poser samt hjælpemidler
3. Brochure om råd og vejledning

Medlemsblad: Copa

Note: de med * mærkede har afgivet svar.

-) CYSTISK FIBROSE, landsforeningen til bekæmpelse af 86 21 08
Forretningsfører Tom Jørgensen (holder gerne orientering). **29 34 23**
Australiensvej 33, 2100 O.

Pjecer: 1. Cystisk fibrose - Lungeterapi - Sociale foranstaltninger
2. Økonomisk og social bistand for patienter med C.F.
3. I tåge telt hver nat livet ud

Medlemsblad og duplikeret materiale.

- *) DANSK BLINDESAMFUND
Randersgade 68, 2100 O. TR 9686

EPILEPSIFORENING, Dansk
Vangehusvej 12, 2100 O. 13 15 20

Pjecer: 1. Hvad er epilepsi
2. Børneepilepsi

Film: 1. Epileptikeren
2. Epilepsi i dag
3. Epilepsi
4. Benjamin

EVNESVAGES VEL, landsforeningen for. 14 97 93
Vester Voldgade 96, 1552 V.

Pjecer: 1. Vi har ikke brug for ligegyldighed men hjælp

Film: Det er tilladt at være åndssvag

- *) HJERTEFORENINGEN
Hauser Plads **10**, 1127 K.

- *) GIGTENS BEKÆMPELSE, rigsföreningen for. PA 5094
St. Strandstræde 19, 1255 K.

Pjecer: 1. Råd og vink for gigtpatienter
2. Beretning om rigsföreningen

HØREHÆMMEDE BØRNS FORÆLDREFORENING

Landsforeningen for bedre høreelse PA 5680
Tordenskjoldsgade 11, 1. sal, 1055 K.

Foredrag: Forretningsfører Thuesen

Film: Titlen ukendt

Pjecer: 1. Når hørelsen svigter
2. Landsforeningen til bedre høreelse viser vej
3. Kontakt (DTU)
4. Tænk om du ikke kunne **høre**
5. Særtryk om hørelsens væsen og værdi

DANSKE DØVES LANDSFORBUND

Brohusgade 17, 2200 N.

Medlemsblad: Døvebladet.

KREDSLØBSSYGDOMME, landsforeningen til bekæmpelse af ... 15 96 58
St. Kongensgade 36, 1264 K.

*) KRÆFTENS BEKÆMPELSE, landsforeningen til 37 70 45
Reventlowsgade 16, 1651 V.

Film: Journal 075 (lungeopr. i farver)

Pjecer: 1. Selvundersøgelse af brystet
2. Lungekræft
3. Unge - penge - tobak
4. Kræft i underlivet

KRONISK SYGES VEL, landsforeningen af ÆG 40
Lundtoftegade 84, 2200 N. - Onsdag og fredag kl. 16-18

L.M.R. Landsforeningen til hjælp for misbrugere af rusgifte
Gribskovvej 27, 2100 O. RY 9119

Foredrag: Formand Fendrich Christensen (vil meget gerne komme
og orientere)

Pjecer: Kontakt (RFHL)

Særtryk: Om stofmisbrug

Forskelligt duplikeret materiale

Helse: nr. 1/1972. Vort barn er narkoman

DEN ALM. DANSKE LÆGEFORENING
Kristianiagade 12 A, 2100 O.

KØBENHAVNS LÆGEFORENING
Kristianiagade 12 B, 2100 O.

MENTALHYGIEJNE, landsforeningen for. 11 12 55
Fredericiagade 15, 1310 K.

Årsberetning og vedtægter

Tidsskrift: Mentalhygiejne

Evt. senere lydbånd (de gamle er ødelagt)

ORDBLINDE, landsforeningen for
Callisensvej 34, 2900 Hellerup.

Fru Hessbæk 67 09 09

Pjecer: 1. Ordbland

2. Forældrenummer (særtryk af ordblindebladet)

Foredrag: politiassistent Kyndborg (tlf. 98 24 49)

*) SCLEROSE, landsforeningen til bekæmpelse af dissemineret BY 426
Rosenborggade 5, 4. sal, 1130 K.

Pjecer: Hvad er dissemineret sclerose - hvad kan vi gøre?

Årsberetning og regnskab

Beretning af Neurokemisk institut

- PSYKOTISKE BØRNS VEL, sekretær fru Munch. 81 59 46
Bent Lund (træffes bedst aften), sender pjecer.
- *) PSORIASIS FORENINGEN, Danmarks
Heimdalsvej 43, 3000 Helsingør.
Pjecer: 1. Psoriasis
2. P. S. O. Aktuelt (pjecer til alle)
3. Vedtægter
-) SINDSLIDENDES VEL. 37 13 25
Set. Markus Allé 4, 1922 V.
Forretningsfører Benl Petersen
Film: Livet er en drøm (ca. 1 times spilletid)
Medlemsblad og vedtægter
- SUKKERSYGE, landsforeningen for (Kbhvn. afdeling). ÆG 5277
Nørrebrogade 177, 2200 N. - Kl. 10-12
(Odense afdeling)
Set. Annæ Plads 2, 5000 Odense.
Pjecer: 1. Sukkersyge kort fortalt (pjecer til alle)
2. Må vi kalde på Deres opmærksomhed et øjeblik
Bøger kan købes
Film: Sommerlejrfilmen (16 min. spilletid)
- Om sukkersygeterapi - (WHO - Novo/landsforeningen)
- SPASTISK LAMMEDE BØRN, landsforeningen for. RY 465
Vangehusvej 12, 2100 O.
Pjecer: 1. Lene
2. Ud af isolationen
Beretning og regnskab
Tidsskriftet: Spastikeren
Film - lysbilledserie
-) TUBERKULOSE RAMTE, landsforeningen af EV 7009
Boserupminde
Lykkeholms Allé 14 B, 1902 V.
Pjecer: 1. Boserup Minde
2. B.M. medlemsbladet

Ulla Toft, fysioterapeut
Soldalen 10, 2100 København Ø.
Tlf. (01)20 88 05

20. maj 1976.

**Instituttet for Social Medicin,
Prioriteringsudvalgets Sekretariat,
Juliane Mariesvej 32,
2100 Ø.**

På opfordring af dr. Finn Kamper-Jørgensen skal jeg hermed redegøre for mine erfaringer vedrørende fødselsundervisning og dertil knytte nogle betragtninger over læreruddannelse og organisering af fremtidige kurser.

I.

Først gennemgås FOFs kurser med henblik på en beskrivelse af:

- a) deres formål og indhold,
- b) principperne bag,
- c) hvem der underviser,
- d) hvordan de uddannes,
- e) iagttagelser,
- f) organisation.

A. FOF's kurser i fødselsforberedelse:

Kurserne er blevet arrangeret siden 1968" og tilbydes rundt om i landet, flere steder i nært samarbejde med hospitalernes fødeafdelinger. De strækker sig over mindst 10×2 timer, der ligger i de sidste 3-4 måneder af svangerskabet - i visse lokalafdelinger med en lægeaften tilføjet tidligt i svangerskabet.

a. Formål og indhold:

Undervisningen sigter på at forebygge, henholdsvis afhjælpe fysiske og psykiske gener under svangerskab, fødsel og tiden efter, forbedre den vordende mors kondition og lære hende at føde.

Derudover sigter undervisningen på at forberede faderen til hans rolle omkring og under fødslen og forberede begge forældrene til opgaverne med barnet.

Undervisningen består af et mødrekursus samt en eller flere forældreaftener og indeholder følgende komponenter:

1. kropstræning, kropsbevidsthed,
2. oplysning,
3. samtale/gruppearbejde.

b. Principperne bag tilrettelæggelsen:

Hver undervisningsgang på mødreholdet består af

praktik: øvelser og arbejdsteknik - neuromuskulær kontrol samt respirations- og preseteknik og generel afspænding.

teori: om svangerskab, fødsel og diegivningsperiode samt om den obstetriske fysioterapi, der udøves under praktikken.

samtaler: om aktuelle spørgsmål og om situationen efter fødslen.

Deltagerne skal via lægekort godtgøre, at der ikke er kontraindikation for deres deltagelse i øvelsesprogrammet, og meddele, hvis der er specielle hensyn at iagttage.

Undervisningen på mødreholdet forestås af een underviser, der har majoriteten af timerne. Det kræves, at vedkommende er bredt uddannet inden for praktiske og teoretiske områder samt inden for voksenpædagogik. Støttelærere supplerer undervisningen.

Hovedunderviseren har ansvaret for elevernes udbytte af kurset som helhed og må sørge for en pædagogisk opbygning af stoffet samt koordinere de andre læreres indlæg. Hun må endvidere søge at skabe den trygge atmosfære, der er en forudsætning for, at deltagerne frit tør komme frem med deres spørgsmål, af hvad art de end måtte være, og hun må søge hjælp hos andre fagfolk eller henvise til dem, hvis hun ikke selv kan besvare spørgsmålene fyldestgørende. Hovedunderviseren må prøve at få kendskab til de enkelte elever, så hun i videst mulig grad kan tage individuelle hensyn og give delta-

gerne mulighed for udbytterige samtaler med hinanden.

De anvendte støttelærere bruges fortrinsvis på forældreaftener for ikke at bryde gruppesammenholdet i den daglige undervisning.

c. Undervisere:

Hovedundervisere: afspændingspædagoger, bevægelsespædagoger, fysioterapeuter eller jordemødre.

Støttelærere på forældreaftener: f. eks. læger, landlæger, sundhedsplejersker og børnepsykologer.

d. Uddannelse:

Alle hovedundervisere er uddannet i både obstetrisk fysioterapi og psykoprofylakse på deres respektive skoler og/eller på videregående seminarer (f. eks. FOFs tværfaglige seminar på Odense Sygehus, september 1974).

Hovedundervisningen har desuden pædagogisk baggrund bl. a. gennem deltagelse i de voksenpædagogiske kurser, der arrangeres under fritidsloven.

1 praksis er flertallet af hovedundervisere rekrutteret blandt fysioterapeuter og afspændingspædagoger, da disse har været mest interesseret i at uddanne sig med denne brede undervisning for øje.

e. Iagttagelser:

På grundlag af spørgeskemaer og evalueringer fra eleverne kan bemærkes:

- at gymnastik og afspænding ofte hjalp eleverne af med rygsmerte, benkrampes og andet fysisk ubehag i svangerskabet,
- at vejtræknings- og afspændingsteknikken var dem til stor hjælp under fødslen,
- at den grundige fødselsgennemgang bevirkede, at intet (eller næsten intet) kom bag på dem under fødslen,
- at samarbejdet med faderen styrkedes,
- at deltagerne havde stort udbytte af samtalerne med de andre på holdet,
- at kurset medvirker til at øge antallet af mødre, der kommer godt i gang med amningen.

B. FOF's efterfødselskurser:

Disse kurser blev etableret for 4 år siden, da FOF så betydningen af at fortsætte forældreundervisningen efter fødslen i forbindelse med en genoptræning af mødrene.

Denne undervisning findes kun under aften-skolen.

Kurserne strækker sig over mindst 10×2 timer og påbegyndes 2-4 uger efter fødslen.

a. Formål og indhold:

Undervisningen sigter på at bringe moderen »i form« efter fødslen bl. a. for at forebygge senere gynækologiske gener og hjælpe familien med at tilpasse sig den nye situation med barnet. Derudover er undervisningen tilrettelagt med henblik på at forebygge/afhjælpe ammeproblemer, øge forældrenes forståelse for spædbarnets udvikling og behov samt forebygge småbørnsulykker.

Kurset består af et modrekursus samt en eller flere forældreaftener og indeholder en opfølgning af stoffet på forberedelseskurset.

b. Principper bag tilrettelæggelsen:

Man ønsker i videst mulig grad at kunne tilbyde mødre at følge et efterfødselskursus med samme lærer, som underviste dem før fødslen, da det skønnes at bringe moderen størst tryk og kontinuitet mellem tiden før og efter barnets ankomst.

I øvrigt følges samme pædagogiske principper som ved fødselsforberedelseskurserne (bortset fra at der ikke forlanges lægekort).

c. og d. Undervisere og deres uddannelse:

Undervisningen baseres i store træk på samme lærere som ved forberedelseskurserne. 1 mangel på undervisere har det været nødvendigt at supplere med andre gymnastikuddannede folk end de hidtil nævnte.

Ekstrauddannelse af undervisere er tilvejebragt gennem afholdelse af seminarer. Også efterfødselslærerne uddannes i voksenpædagogik.

e. Iagttagelser:

Bl. a. på grundlag af spørgeskemaer og evalueringer fra elever kan bemærkes: at kurserne giver

- a) eleverne en god mulighed for at gennemarbejde fødselsoplevelsen i samtale med andre mødre og læreren, og
- b) giver læreren den bedste mulighed for ved eventuelle tidligere elevers tilbagekomst efter fødslen at få feedback på undervisningen for denne.

- at mødrene føler sig styrket både fysisk og psykisk af gymnastikken og samtalerne,
- at de føler sig tryggere i mor-rollen og har fået lyst til at fordybe sig i foreslået litteratur,
- at de har følt det givende at være med i et arbejdsfællesskab, hvor børnene trods den uro, de notorisk medfører, er fuldt accepteret,
- at der er bedre tid til samtalerne end på før-fødselskurset, hvor så mange færdigheder skulle indøves,
- at der i den pædagogiske situation opstår nye problemer:

Der stilles f. eks. større krav til ledelsen af gymnastikken, der uge for uge må ændres efter deltagernes stigende formåen, og da deltagernes forhåndsviden om børns udvikling og behov er meget forskellig, kan det være en krævende opgave at sørge for, at alle får fuldt udbytte af undervisningen. Denne må i nogen udstrækning foregå i samtaleform, der med de spørgsmål inden for kønsrolleproblematik og andre større livsspørgsmål, der ofte forekommer, stiller krav til lærerens indlevelsesevne og personlighed som helhed. Dertil kommer lejlighedsvis den vanskelighed, der ligger i at dirrigere gymnastik og afspænding med et til to klynkende spædbørn på armen, eller at tale om samlivs- og andre problemer, når stemmen må hæves for at overdøve småfolket.

Trods de undertiden lidt kaotiske forhold (børn, der græder, børn der ammes, børn der vugges til ro, medens der gymnastiseres, forklares, demonstreres eller samtales) giver mødrene udtryk for, at de har stor glæde ved at deltage.

- at sammenholdet normalt er så stærkt, at mødregruppen, når den først er smedet sammen i løbet af de første 3-4 gange, plejer at »holde ved« til sidste time,
- at antallet af fædre, der deltager i fædreafteenen, er udtalt lavere end ved kurset før fødslen, og
- at kendskabet til disse kurser endnu er så lille for alle andre end de kvinder, der følger FOFs før-fødselskursus, at det vil være ønskeligt, at bl. a. læger, sundhedsplejersker og jordemødre i større grad oplyser om kurserne. Dette kunne med-

føre, at kurserne får så stor tilslutning, at de kan placeres med større tæthed, så vanskelige transportforhold for mor og barn kan undgås.

f. Organisationen af før- og efterfødselskurseme:

Deltagerne i undervisningen skal i henhold til fritidsloven selv betale 2/8 af udgifterne til lærerløn og lederhonorar. Stat og kommune bidrager hver med 3/8 hertil.

Undervisningslokalerne er som regel skolerens gymnastiksale eller andre offentlige lokaler, der skal stilles til rådighed for fritidsundervisningen af kommunerne.

Deltagerne skal yderligere betale et indskrivningsgebyr, der bl. a. anvendes til administration og indkøb eller leje af undervisningsmateriel.

Kurser på 20-26 timer koster i dag eleven omkring kr. 100,- pr. kursus.

II. Eksisterende hospitalskursus og projekterede centerkursus.

De fleste hospitaler med fødeafdeling arrangerer i dag kursus i fødselsforberedelse, der tilbydes de vordende mødre og som oftest også fædre i den udstrækning, som hospitals kapacitet rækker.

På basis af telefonisk rundspørge og ved læsning af kursusplaner er udarbejdet skemaet på s. 88 om *timetal og timestfordeling på forskellige grupper på hospitalskursus i fødselsforberedelse*.

På Frederiksberg Hospital og på Odense Amts- og Bys Sygehus foregår den fødselsforberedende undervisning i FOFs regi og følger i alt væsentligt de tidligere beskrevne principper, hvad formål, indhold m. v. angår (patienter på Frederiksberg Hospital går gratis).

Det er vanskeligt at indsætte FOF-kursernes timestfordeling på forskellige faggrupper i skemaet til sammenligning. Grundmønstret er, at fysioterapeut/bevægelsespædagog og afspændingspædagog eller jordemoder er ansvarlig hovedunderviser, medens repræsentanter for øvrige faggrupper har enkelte timer, fortrinsvis på forældreaftener.

Af skemaet vil ses, at eksisterende kurser i fødselsforberedelse er forskellige på en lang række punkter. Af dem er der imidler-

	Forældreaften tidligt i svangerskab	Timeantal for selve kursus	Antal mødetimer	Antal timer for begge forældre	Barsels- sygeplejerske	Fysioterapeut	Jordemoder	Læge	Socialrådgiver	Sundheds- plejerske	Tandlæge	Sexolog
Gentofte Amtssygehus	÷	12-13	10	2-3	1 + F ²	8 + F ²	1 + F ²	1 ²	÷	÷	÷	÷
Glostrup Amtssygehus	÷	12	12	0	÷	7	4	1	÷	÷	÷	÷
Rigs- hospitalet	+	12	5 × 2	2	÷	5	5 + F ²	F ¹	÷	÷	÷	÷
Skt. Josefs Hospital	÷	6-7	5	1-2	÷	5 0	0 5	F ²		F ⁴	÷	÷
Projekterede centerkursus	+	8	6	1	÷	2	5 + F ¹ + F ²	F ¹	F ¹	F ¹	÷	÷
Næstved Cen- tralsygehus	÷	21	8 × 2	2 + 2	÷	8	8 + F ²	1	÷	2 + F ³	1	+
Sankta Maria, Vejle	÷	12	10	2	÷	10 + F ²	0	÷	÷	÷	÷	÷
FOF Kbh.- Frederiksberg	+	26	10 × 2	6	÷	18 + F ²	2 + F ²	F ¹	÷	F ³	(F ¹)	F ⁵

F¹ = første forældreaften tidligt i svangerskabet uden for selve kurset

F² = senere forældreaften i slutningen af svangerskabet på kurset

F³ = senere forældreaften i slutningen af svangerskabet på kurset

F⁴ = senere undervisning under barselsengsopholdet på hospitalet

F⁵ = senere undervisning i næste sæson

tid to forskelle af principiel karakter, som fortjener nærmere omtale:

- 1) langt eller kort kursus,
- 2) een hovedunderviser eller mange forskellige.

Personligt tror jeg, at tilrettelæggelsen af den fremtidige forældreundervisning i tiden omkring fødslen står over for vigtige valg inden for disse to spørgsmål.

III. Betragtninger over fremtidige fødselskurser og læreruddannelsen:

På basis af 25 års undervisning i fødselsforberedelse (heraf de sidste 8 år i Folkeligt Oplysnings Forbund) og 4 års arbejde med efterfødselskursus, på basis af spørgeskemaer og elev-evalueringer samt samtaler med kolleger, i alt vedrørende ca. 6.000 elever i København-Frederiksberg og mange flere ud over landet, vil jeg varmt gå ind for:

1. at der tilbydes alle forældre i landet et bredt omfattende fødselsforberedelseskursus (over mindst 10 ugentlige dobbelttimer + diverse forældreaftener) og et tilsvarende bredt kursus efter fødslen.
2. at princippet med een ansvarlig hovedunderviser i videst mulig grad søges gennemført.

ad 1.

Kun gennem et kursus af en sådan længde og et sådant omfang giver man kvinderne en reel mulighed for at opnå:

en effektiv kropstræning og en forbedret kropsbevidsthed, så bl. a. ben- og ryggener kan forebygges/afhjælpes, og så afspændings- og fødselsteknikken tilegnes fuldt ud.

tilstrækkelig omfattende oplysning vedrørende svangerskab, fødsel og tiden bagefter med barnet (ikke mindst om amning).

tilstrækkelig samtaletid **til**, at alle aktuelle spørgsmål kan tages op i kredsen, og til at mødre lærer hinanden at kende.

Jeg mener endvidere

at dobbelttimerne på mødreholdet må strække sig over 2 fulde timer, for at der kan blive tid til at gennemføre det 3-delte - for mig at se ideelle undervisningsprogram bestående af praktik, teori og samtale hver gang,

at fædrene må søges inddraget mindst 2 og gerne flere aftener på både før- og efterfødselskurset for at motivere og dygtiggøre dem til deres mange opgaver omkring og under fødslen.

at der bør arrangeres samtaler mellem fædre alene, for at også de kan få den støtte, der ligger i at drøfte egen situation med lige-stillede.

ad 2.

Det præger en del af hospitalskurserne og den planlagte centeraktivitet, at der er mange forskellige undervisere, ikke alene på kurset som helhed, men også på mødreholdet, hvor lærere fra forskellige faggrupper tager sig af hver deres emneområder. Selv på den enkelte undervisningsgang vil der, hvor denne arrangeres som en dobbelttime, blive skiftet faglærer midtvejs.

For mig at se er en sådan opdeling af undervisningen mellem forskellige fagfolk meget uheldig. Ganske vist kan en opdeling af kursusstoffet på de respektive fagfolk nok tilsikre faglig kvalitet inden for de enkelte undervisningsområder, men den giver samtidig en usmidig og upersonlig kursusform, hvor ingen tager sig af moderen som »helt« menneske, og hvor ingen har ansvaret for hendes udbytte af kurset som helhed. Dette er ikke kun til skade for eleverne, det gælder også for lærerne, som hver især får så **lille** et undervisningsområde og så lille et kendskab til de enkelte elever, at det ikke kan undgå at gå ud over arbejdsglæden og gøre undervisningen til en trælsom pligt i det lange løb.

Af det opstillede skema kunne det se ud **til**, at der er 5-5 forskellige lærere tilknyttet hvert kursus, men i virkeligheden er tallet endnu højere, da man inden for jordemødrenes faggrupper anvender flere forskellige lærere på det enkelte mødrehold på grund af jordemødrenes vagtordninger.

Endvidere kan det oplyses, at mødreundervisningen, både hvad angår centrenes jordemødre og hospitalernes jordemødre og fysioterapeuter de fleste steder er et led i en turnusordning, hvor disse fagfolk, hvad enten de har lyst til at forstå denne undervisning eller ej, tvinges til at udføre den, såfremt de vil være ansat det pågældende sted.

Det er min opfattelse, at der skal både talent og lyst samt et mål af pædagogisk uddannelse til for at kunne yde en undervisning, som eleverne både intellektuelt og emotionelt får fuldt udbytte af. Derfor mener jeg, at lærerne skal udvælges blandt kvinder, der er specielt interesserede i denne undervisningsaktivitet, og at der bør tages langt flere pædagogiske hensyn - end tilfældet er de fleste steder i dag - ved tilrettelæggelsen af fødselskurserne.

Dette må først og fremmest medføre, at hver mødregruppe får en ansvarlig hovedunderviser.

En pædagogisk og alsidigt uddannet lærer vil bedst kunne:

- skabe en sammenhængende og målrettet undervisning, der smidigt forener praktik, teori og samtaler,
- opnå tilstrækkeligt kendskab til de enkelte elever, så individuelle hensyn kan tages, og eventuelle risikoforældre kan findes tidligst muligt,
- udnytte muligheden for - gennem kommunikationsfremmende musik og øvelsesformer - at skabe en aktiv og fornuftig stemning på mødreholdet og fastholde denne, så eleverne vågent deltager i den teoretiske gennemgang, frit stiller spørgsmål og åbner sig i gruppesamtaler om alle aktuelle problemer, også hvad angår den enkeltes problemer og behov
- sikre en høj mødeprocent på holdene, bl. a. ved at kontakte elever, der har været fraværende nogle gange
- fremme - også de dårligst funderede - for-fødselselevs lyst til at fortsætte på efterfødselskurset
- få deltagerne til at komme hinanden så meget ved, at de ønsker at støtte og hjælpe hinanden også efter kursets ophør, eventuelt ved at danne større eller mindre grupper, der mødes for at drøfte nye aktuelle spørgsmål for familierne.

I det foregående har jeg berørt både spørgsmålet om kvalifikationer og spørgsmå-

let om, fra hvilke (fag)grupper underviserne skal rekrutteres.

Sidstnævnte spørgsmål har utvivlsomt i tidens løb givet anledning til, at de respektive faggruppers organisationer har lagt beskæftigelsespolitiske hensyn til grund i deres vurdering og udformning af den fødselsforberedende undervisning, som de hver især mener sig særlig kvalificeret til at forestå. Jeg forestiller mig, at noget lignende kunne forekomme vedrørende efterfødselskurserne.

Sagen er efter min opfattelse den, at begge kurser er så emnemæssigt omfattende, at ingen af de her omtalte faggrupper uden ekstraudannelse er kvalificerede til at forestå denne undervisning for så vidt angår de områder, der ligger uden for den pågældendes egne fagområder. Især er den pædagogiske/psykologiske uddannelse ikke tilstrækkeligt tilgodeset. Omvendt er faggrupperne inden for deres eget fag ofte overkvalificerede, og spørgsmålet om engagement/lyst til at undervise er overset.

Disse synspunkter har fort mig frem til tanken om etablering af en specialuddannelse som

Fødselspædagog

Med uddannelsen af specialuddannede fødselspædagoger vil der skabes bedre mulighed for at etablere en nær kontakt med kvinderne over en længere periode omkring børnefødslerne.

Den længerevarende kontakt med fødselspædagogen vil skaffe den enkelte kvinde et trygt holdepunkt blandt det væld af forskellige og fremmede fagfolk, hun kommer ud for i hele den paranatale periode. Hver af disse fagfolk yder deres hjælp og omsorg i ofte kun korte tidsrum og på ofte helt afgrænsede områder, hvilket kan bidrage til, at kvinden oplever de forskellige faser i den proces, det er at føde et barn, isoleret fra hinanden. Hun kommer derved let til at mangle den meningsfulde helhedsoplevelse af tiden inden, under og efter fødslen, som af mange psykologer anses for en forudsætning for, at den nødvendige modningsproces og tilpasning til moderrollen kan etableres.

Fødselspædagogen og de øvrige deltagere i mødregruppen vil naturligt kunne udgøre det gennemgående nærmiljø, der fremmer den enkelte kvindes helhedsopfattelse af perioden, og de vil yderligere i mange tilfælde

kunne give hende den praktiske og emotionelle støtte, som hun har særlig behov for i denne periode af sit liv.

a) Rekruttering:

Til fødselspædagoger skulle kunne uddannes alle interesserede kvinder, der har tilegnet sig viden og færdigheder, som det vil være hensigtsmæssigt at videregive til forældre omkring deres børns fødsel. Således skulle bl. a. følgende fagfolk kunne videreuddanne sig til fødselspædagog:

Afspændings- og bevægelsespædagoger,
fysioterapeuter,
jordemødre,
psykologer,
småbørnspædagoger,
sundhedsplejersker.

Foruden disse, og eventuelt flere fagfolk, skulle særligt interesserede mødre uden relevant faglig baggrund, men med erfaringer fra egen deltagelse i fødselsforberedelse og fra pasning af hjem og børn, kunne uddanne sig til denne stilling.

Om lærerkvalifikationer til kurserne før fødslen skriver Margareth Williams fra The National Childbirth Trust (N.C.T.) London:

»Den ideelle lærer i fødselsforberedelse er jordemoder, sundhedsplejerske, fysioterapeut, psykolog og moder til 6 børn, alle født på forskellig måde og på forskellige steder. Hun skal være lidt af en skuespiller, være en stor entusiast, have dyb interesse for unge mennesker og have humoristisk sans.«

I England bruger man som lærere til denne undervisning ikke alene jordemødre og fysioterapeuter, men også interesserede mødre, der ud fra den interesse for emnet, som de fik gennem egne oplevelser omkring og under fødslen har dygtiggjort sig til at forestå disse kurser via N.C.T.

I USA er der organisationer, der med lægers medvirken uddanner særligt interesserede forældrepar, for at de i deres eget hjem sammen kan forestå undervisningen af vordende mødre og fædre.

Jeg nævner eksemplerne for at vise, at man ikke alle steder i verden lægger hovedvægten på underviserens faglige uddannelse, men snarere udvælger dem efter deres enga-

gement i sagen og efter deres personlige holdninger. Jeg mener, princippet kan overføres her til landet, hvis man blot giver lærerne en forsvarlig uddannelse inden for alle de emner, kurserne omhandler, endvidere uddanner dem i voksenpædagogik og fremstiller gode undervisningsmidler, de kan anvende i undervisningen.

I valget af lærere tror jeg, at man hidtil for ensidigt har skelet til deres mulighed for at opfylde de kognitive og psyko-motoriske mål med undervisningen. Det affektive aspekt er ikke nær nok tilgodeset, og her kommer lærerens evne til at skabe holdninger og til at levendegøre teoretisk stof med egne modererfaringer ind som en vigtig kvalifikation.

Jeg tror, at mange »ufaglærte« - men i denne undervisning engagerede - mødre kan være langt bedre egnede end mange fagfolk til at give vordende mødre og fædre en naturlig indstilling til fodsien og give dem den opfattelse, at vel har vi de bedste fagfolk til at hjælpe os i tiden omkring og under fødslen, men vi må selv gøre et arbejde og selv have et medansvar for, at vores krop og sind - så vidt muligt - reagerer hensigtsmæssigt under alle forandringerne. Jeg tror også, at en del af de mødre, der har valgt at være hjemmegående med deres små børn, vil have en særlig baggrund for - på efterfødselskurset - at kunne lede udbytterige samtaler om glæder og problemer ved at have børn, og endvidere over for de spædbørn, der medbringes til timerne, vil kunne udvise en varm og stimulerende adfærd, som de nybagte mødre med fordel vil kunne efterligne. Netop blandt disse lærere tror jeg, man vil kunne finde gode moderskikkelser, der kan få betydning for specielt de unge mødre, der ikke selv har gode moderforbilleder.

b) Uddannelsen:

kunne opbygges af moduler inden for de forskellige områder, som kurserne strækker sig over, bl. a.:

psykoprofylakse
obstetrisk fysioterapi
bevægelseslære til musik
prævention og samlivet omkring fødslen
emner inden for spædbarnets udvikling og behov, såsom:

amning - spædbarnspleje bornemotorik
m. v.

Fødselspædagogen skulle derudover have en viden om elementære psykologiske forhold vedrørende kvindens og mandens udvikling til at blive moder og fader.

I uddannelsen kunne indgå studiebesøg på fødeafdelinger, barsels gange, vuggestuer m. v.

Modulerne kunne i vid udstrækning arrangeres som udvidede weekend-seminarer med forskellige fagfolk som lærere, og suppleres med deltagernes forudgående og efterfølgende hjemmestudier.

De kvinder, der i forvejen har en faglig baggrund, der indgår i uddannelsen, skulle gennemgå modulerne uden for deres eget fagområde samt eventuelle debat-moduler om mere almenmenneskelige spørgsmål og holdninger og endvidere gennemgå moduler om den praktiske udførelse af undervisningen. Endelig skulle de uddanne sig i almindelig voksenpædagogik. Modrene uden relevant faglig uddannelse skulle gennemgå *alle* modulerne samt eventuelt tillige en supplerende grunduddannelse.

For lobende at forsyne fødselspædagogerne med den nyeste viden inden for alle områder i undervisningsarbejdet kunne et fagblad udgives med både inden- og udenlandsk stof, og videreuddannelseskurser kunne fra tid til anden arrangeres.

Efter endt uddannelse skulle fødselspædagogen være i stand til ved hjælp af undervisningsmidler som plancher, lysbilleder, film, grundbog m. v. at forestå al praktisk, teoretisk og samtaleformet undervisning på mødrehold for og efter fødslen og skulle også kunne forberede fædrene til deres rolle omkring og under fødslen.

Uddannelsen kunne eventuelt deles i to selvstændige dele, således at fødselspædagogen kunne begynde at undervise på før-fødselsholdene, når 1. del af uddannelsen var fuldført.

Hvis man fremover - som flere steder i dag - vil anlægge den linje, at fødselsundervisningen skal foretages af ganske bestemte fagfolk, gør man etableringen af kurser de enkelte steder i landet afhængig af, at disse fagfolk forefindes: og er villige til at påtage sig undervisningen. Fra mit konsulentarbejde i FOF ved jeg, at det kan være meget vanskeligt - visse steder endog umuligt - at finde og overtale f. eks. jordemødre og fysioterapeuter til at gå ind i dette undervisningsarbejde.

Ved at oprette den foreslåede uddannelse til fødselspædagog ville man overalt i landet, hvor der er behov for det, kunne sætte fødselskurser i gang - og vel at mærke lægge kurserne ud i nærheden af boligerne (f. eks. på skolerne), således at deltagerne fik et fællesskab med andre nærboende forældre. Man ville nemlig ikke være afhængig af, om de »rette« fagfolk fandtes på stedet, da man alle vegne ville kunne finde kvinder med lyst og personlighed til at forestå undervisningen og ville kunne uddanne dem dertil.

Selvom der af pædagogiske og **praktiske** grunde må lægges vægt på princippet med den ene underviser, kan det alligevel af og til være fordelagtigt at inddrage andre lærere i undervisningen. I de tilfælde må det blot påses, at den supplerende undervisning arrangeres ud fra en nøje afstemt helhedsbetragtning, og at fremmede undervisere fortrinsvis inddrages i yderkanten af kurserne på aftener for begge forældre.

c) *Fødselspædagogens indpasning i sundheds- og socialsektorens øvrige profylaktiske arbejde:*

Vordende og nybagte mødre (og fædre) vil da få følgende tilbud:

A. personlig vejledning af læge, jordemoder, sundhedsplejerske samt i visse tilfælde til lige af fysioterapeut og socialrådgiver.

B. Undervisning af mange deltagere samtidigt på jordemodercentre, fødeafdelinger og barselsgange/barselshvileafdelinger.

Der tænkes her på følgende undervisnings-tilbud:

1. *Svangerschaften for ny-gravide par på/ via det lokale jordemoder- eller lægecenter:*
Aftenen kunne indeholde:

- gennemgang af svangerskabets fysiske, psykiske og seksuelle forandringer samt de forholdsregler, der bør iagttages.
- præsentation af forskellige fagpersoner, som de vordende forældre vil komme i forbindelse med omkring og under fødslen, og oplysningen om den hjælp, de vil kunne give. Endvidere hvornår de hver især kommer ind i billedet, og hvordan de vil kunne kontaktes.
- oplysning om de lokale før- og efterfødselskurser og tilmelding til disse.

2. *Fødselsaften senere i svangerskabet på det sted, hvor fødslen skal foregå, for moderen og den person, hun ønsker at have med til fødslen.*

Aftenen kunne indeholde:

- oplysning om stedets specielle rutine og arbejdsdag, både vedrørende indlæggelsen, selve fødslen og barselsengstiden,
- oplysning om de medikamenter og andre hjælpeforanstaltninger, der kan blive tale om at anvende,
- præsentation af fødestuen og tilstedeværende personale.

5. *Undervisning af begge forældre på barselsafdelingen under moderens og barnets ophold dér, evt. med brug af video-tape eller lignende*

- vejledning om amning og flaskemadning,
- vejledning både teoretisk og praktisk om spædbarnets pasning.

C. Holdundervisning i mindre grupper forestået af fødselspædagogen

Der er her tale om en kursusvirksomhed ad modum de indledningsvis skildrede kurser i fødselsforberedelse og efterfødselskurser, bestående af kropstræning/kropsbevidsthed, teori og samtaler i trygt gruppemiljø.

For at disse 3 undervisningsaktiviteter kan koordineres bedst muligt til gavn for familierne, må det være af betydning, at fødselspædagogen indgår i et konkret samarbejde med det øvrige faglige team, der beskæftiger sig med familien i tiden omkring børnefødslerne.

Medlemmerne af dette team (i særlig grad lægen) må således meddele, eventuelt på specielle lægekort, hvis der er særlige hensyn at tage over for den enkelte deltager (f. eks. vedrørende øvelserne eller vedrørende forhold af psykologisk art). Fødselspædagogen må på sin side kontakte de nævnte fagfolk, hvis særlige forhold skulle gøre det nødvendigt (f. eks. i forbindelse med en udvidet hjælp til særlige risiko-elever), og hun må i mange faglige spørgsmål henvise den enkelte elev til den pågældende fagspecialist.

Kun hvis der således på rette måde samarbejdes om de enkelte klienter, vil disse kunne få det fulde udbytte af de tilbud inden for den psyko-somatiske profylakse, der gives.

Tilrettelæggelsen af fødselskurserne skulle sikkert foregå fra centralt hold, men behørigt hensyn måtte i samråd med centerjordemødrene og andre fagfolk i det lokale sundhedsvæsen tages til specielle forhold i de enkelte dele af landet, ligesom der skulle være mulighed for at anvende forskellig undervisningsteknik, blot formålet med kurserne i videst mulig grad blev opfyldt. Men selve igangsættelsen af hold og opsynet med dem kunne man nok overveje at overlade til aftenskolerne, der administrativt let og økonomisk rimeligt for det offentlige - der skulle afholde alle udgifter ved kurserne - kunne sætte det nødvendige antal før- og efter-fødselskurser i gang over hele landet. Jeg kan tilføje, at en veluddannet lærer fuldt tilfredsstillende vil kunne klare holdstørrelser på omkring 15 deltagere + det dobbelte antal ved forældreaftener.

Jeg er overbevist om, at en kursusvirksomhed som den her skitserede, byggende på udviklingen af et holdfællesskab mellem nærboende unge mennesker — forskellige i både intellektuel og social henseende, men

alle stående ved starten til deres forældregering - vil bringe de bedste kræfter til udfoldelse i gruppen, således at dens enkelte medlemmer vil udveksle erfaringer og gode råd og tillige vil give hinanden praktisk hjælp, for at det må gå de »fælles« børn bedst muligt.

Jeg har gang på gang oplevet, at et sådant givende fællesskab mellem holddeltagerne varede ved også efter kursernes ophør, idet mødrene i større eller mindre grupper søgte at holde sammen ved at arrangere månedlige møder i hjemmene eller lignende. Hvis man de første år af børnenes liv lejlighedsvis indbød kursusgrupperne - f. eks. i tilslutning til de profylaktiske børneundersøgelser hos de praktiserende læger — til sammenkomster om emner i tilslutning til de stadigt ændrede forældreopgaver, tror jeg, at man - foruden at fremme et godt nærmiljø omkring familierne - ville fremme den sociale ansvarsbevidsthed i lokalsamfundene.

Med venlig hilsen

Ulla Toft.



RINGKJØBING AMTSRÅD
SOCIAL- OG SUNDHEDSFORVALTNINGEN

Årsberetning for sundhedsplejen i Ringkøbing amt 1975



Maj 1976

Indholdsfortegnelse

	Side
I. Indledning	99
II. Talmæssig belysning af sundhedsplejen i Ringkjøbing amt 1975	99
1. Talmæssig analyse af sundhedsplejen i Ringkjøbing amt 1975	100
a) Sundhedsplejens beløkningsmæssige dækning	100
b) Udviklingen i antallet af børn under sundhedsplejersketilsyn	100
c) Antallet af besøg til børn under sundhedsplejersketilsyn	101
d) Ændring i antallet af tilsynsårsager fra 31. marts til 31. december 1975 ..	102
2. Kommentarer til enkelte bilagstabeller	103
3. Tekniske kommentarer til sundhedsplejerskestatistik for Ringkjøbing amt 1975	104
III. Sundhedsplejerskernes erfaringer	104
1. For tidlig fødsel og følger efter fødselskomplikationer	105
2. Børn med forsinket legemlig eller sjælelig udvikling, samt nervøse symptomer og sociale tilpasningsvanskeligheder	106
3. Børn med alvorlige legemlige sygdomme	107
4. Børn, der vokser op under vanskelige livsforhold	107
IV. Resumé og konklusion	108
V. Bilagstabeller	110

I. Indledning

Den nye lov om sundhedsplejerskeordninger af 13. juni 1973 trådte i kraft 1. april 1974.

I henhold til loven skal kommunerne gennem ansættelse af sundhedsplejersker yde vederlagsfri vejledning og bistand med hensyn til sundhedstilstanden hos børn, der er under den undervisningspligtige alder.

I henhold til indenrigsministeriets bekendtgørelse om sundhedsplejerskeordninger af 27. marts 1974 omfatter ordningen alle børn, som har bopæl i kommunen. Ordningen må især tilgodesee børn med særlige behov, og må især omfatte for det første sundhedsvejledning til forældrene, for det andet observation af børnenes sundhedstilstand og formidling af tværfagligt samarbejde efter behov samt for det tredje vejledning og bistand til forældre, hvis børn har særlige behov.

De vigtigste principper ved den nye lov var for det første, at sundhedsplejen placeredes i kommunalt regie, for det andet skal omfatte hele førskolealderen ikke som tidligere udelukkende første leveår, samt for det tredje at sundhedsplejen skal udføres efter behov, ikke som tidligere ved generelle, regelmæssige tilsyn.

I Ringkjøbing amt havde i ca. 7 år en forsøgsordning fungeret efter disse principper. Fra denne periode forelå visse oplysninger om sundhedsplejerskearbejdet.

Der var dog ved ordningens gennemførelse enighed mellem politiske, administrative og faglige grupper i kommuner og amtsråd om, at det var nødvendigt nærmere at følge, hvorledes ordningen udviklede sig.

Dette arbejde blev i første række udført af sundhedsplejerskerne med bistand af amtsundhedsplejersken, amtsrådets social-

og sundhedsforvaltning samt embedslægeinstitutionen.

I løbet af 1974 gennemarbejdede en arbejdsgruppe principper for, hvorledes en registrering af sundhedsplejerskernes arbejde kunne foregå. I 1975 udarbejdede sundhedsplejerskerne kvartalsvise indberetninger, som indsendtes til bearbejdelse af amtsrådets social- og sundhedsforvaltning.

På grund heraf har arbejdsgrupper af sundhedsplejersker nærmere drøftet de vigtigste grupper af børn under tilsyn med henblik på nærmere at belyse, hvilke sundhedsproblemer der foreligger, hvad der kan gøres med godt resultat, og hvad der mangler for at gøre ordningens funktion bedre. Disse indberetninger og sundhedsplejerskernes rapporter for gruppedrøftelser danner grundlag for nærværende beretning.

Målet har været at give en beskrivelse af arbejdet, som kan danne grundlag for en faglig debat om udviklingen og som også overfor politikere, administration og befolkning kan vise, hvilke sundhedsproblemer, der foreligger i disse aldersklasser.

II. Talmæssig belysning af sundhedsplejen i Ringkjøbing amt 1975

1 det følgende er der først foretaget en vis, rent talmæssig, analyse af sundhedsplejerskeordningerne i Ringkjøbing amt i 1975 ud fra det materiale, der foreligger i form af løbende statistik på grundlag af sundhedsplejerskernes indberetninger. Endvidere er der anført kommentarer til de enkelte bilagstabeller og derefter er der givet nogle tekniske kommentarer om indsamlingsproceduren. tallenes usikkerhedsmomenter m. v.

1. Talmæssig analyse af sundhedsplejen i Ringkjøbing amt 1975.

a. Sundhedsplejens befolkningsmæssige dækning.

1 alt 5 af amtets 18 kommuner var pr. 31. december 1975 uden sundhedsplejerskeordning - fortrinsvis på grund af vanskeligheder med at få ansat sundhedsplejersker. Det drejer sig om Holmsland, Lemvig, Trehøje, Videbæk og Vinderup kommuner. Endvidere har én kommunes sundhedsplejerske, Ringkjøbing, undladt at indsende kvartalsindberetninger for sin sundhedsplejerskeordning, hvorfor denne kommune ikke indgår i statistikken.

I nedenstående tabel er det for de enkelte aldersgrupper af børn opgjort, hvor stor en del af det samlede antal børn i amtet pr. 31. december 1975, der er omfattet af sundhedsplejerskeordninger, hvorfra der er sket statistisk indberetning i årets løb.

Som supplement til denne tabel må det bemærkes, at der i kolonne 2 er medtaget samtlige børn i kommuner med sundhedsplejerskeordning, uanset at visse kommuners ordning ikke personalemæssigt er udbygget således, at der i hele kommunens geografiske område kan gives besøg af sundhedsplejerske. Tabellens tal må derfor betragtes som maximumstal.

Oplysninger om skolebørn er medtaget for oversigtens skyld, selvom sundhedsplejeordningen ikke omfatter skolebørn generelt. Sundhedsplejersken yder kun bistand vedrørende skolebørn for så vidt hun i øvrigt er i kontakt med familien.

Endvidere kan det bemærkes, at to kommuner i perioden fra 1. april til 31. december 1975 er kommet til at stå uden sundhedsplejerske på grund af fraflytning, nemlig Lemvig og Vinderup. I Lemvig har sundhedsplejen været stillet i bero i nogle måne-

der på grund af fraflytning og orlov, hvorfor tal ikke indgår i statistikken.

På grundlag af folketal pr. 1. januar 1975 andrager sundhedsplejerskedækningen 84,7 pct. for de 0 årige, 84,1 pct. for de 1-2 årige, 84,2 pct. for de 3-6 årige og 83,7 pct. for skolebørn pr. 31. marts 1975, hvilket totalt giver en dækning på 83,9 pct. mod den nuværende 75,5 pct.

De ovenfor nævnte tal illustrerer meget tydeligt, at spørgsmålet om at skaffe det fornødne personale til sundhedsplejen må prioriteres meget højt.

b. Udviklingen i antallet af børn under sundhedsplejersketilsyn

Opgørelse over antallet af børn under sundhedsplejersketilsyn skete første gang den 31. marts 1975, hvorfor de nedennævnte ændringer vedrører 9 måneders perioden fra dette tidspunkt til 31. december 1975.

I tabellen på s. 101 er angivet det samlede antal børn (fordelt efter kategorier og alder) under sundhedsplejersketilsyn på de nævnte tidspunkter, ligesom den procentvise ændring i tallene er beregnet.

Sammenholdt med faldet i den befolkningsmæssige dækning behandlet ovenfor under pkt. a og den stedfundne ændring i antallet af sundhedsplejerskeordninger og antallet af børn under tilsyn må det konkluderes, at den lavere dækning ikke synes at have medført et relativt lavere antal NB børn i 0 års alderen. Tilsvarende gælder også i nogen grad ukomplicerede børn af 1.-gangsfødende.

Den mindre dækning synes i forholds-mæssigt større omfang at have medført at færre ukomplicerede børn af fleregangsfødende var under sundhedsplejersketilsyn, ligesom der synes at være en tendens til at flere NB børn i alderen 1-6 år udskrives fra

	Samlet antal børn i amtet pr. 1. januar 1976	Antal børn i kommuner med sundheds. pl. ordn. pr. 1. jan. 1976	Relativ andel børn dækket af sundhedsplejerske pct.
0 årige	4.301	3.153	73,3
1-2 årige	8.249	6.687	81,1
3-6 årige	16.867	13.613	80,7
Skolebørn (7-16 årige)	45.330	32.946	72,7
I alt	74.747	56.399	75,5

	Antal børn under sundhedsplejersketilsyn		
	31. marts 1975	31. dec. 1975	procentvis ændring
NB børn: 0 årige (A I)	474	466	÷ 1,7
1-2 årige (A II)	390	351	÷ 10,0
3-6 årige (A III)	228	211	÷ 7,5
7-16 årige (A IV)	37	52	40,5
NB børn i alt (A)	1.129	1.080	÷ 4,3
Ukompl. børn af 1. gangsfødende (B)	823	778	÷ 5,5
Ukompl. børn af flergangsfødende (C)	876	699	÷ 20,2
Samlet antal børn under tilsyn (A + B + C)	2.828	2.557	÷ 9,6
Heraf 0 årige i alt	2.173	1.943	÷ 10,6

sundhedsplejen. I øvrigt må det bemærkes, at tallene vedrører en forholdsvis kort periode, hvorfor de nævnte resultater må tages med et vist forbehold.

Endvidere må man fremhæve, at der ikke i den her anvendte statistiske indsamlingsmetode ligger anden garanti for ensartet opgørelse af antallet af børn i de enkelte kategorier og aldersgrupper end at det er nogenlunde denne samme gruppe af sundhedsplejersker, som har foretaget de enkelte opgørelser.

Tallene illustrerer dels dækning af sundhedsplejersketilsyn, dels de prioriteringsproblemer, som sundhedsplejersker stilles overfor, når dækningen er for ringe. Det fremgår, at hyppigheden af tilsyn på grund af særlige sundhedsmæssige problemer (NB børn) varierer meget i aldersklasserne.

Af de 3.153 0-årige er 466 under tilsyn, det vil sige ca. 15 pct.

Af de 6.687 1 til 2-årige er 351 under tilsyn, det vil sige 5 pct.

Af de 13.613 3 til 6-årige er 211 under tilsyn, det vil sige ca. 1,6 pct.

Det er en generel erfaring i sundhedsplejen, at mange børn, som har sundhedsmæssige problemer i det første leveår, retter sig godt, således at det er rimeligt at tallene i de følgende aldersklasser er noget lavere end de 15 pct. i det første leveår. På den anden side viser undersøgelser fra skolealderen, at langt flere end 1 til 2 pct. har svære sundhedsmæssige problemer. Ofte angives antallet til 10-15-20 pct. eller højere. Det vil sige, at der i 3 til 6 års alderen må være mange børn, som ikke er under sundhedsplejersketilsyn, men som kan forudses at få sundheds-

mæssige problemer i skolealderen. Der er næppe tvivl om, at mange problemer i skolealderen kunne undgås ved hensigtsmæssig indsats i førskolealderen.

En opgørelse på de enkelte kommuner (jfr. tabel 1 og 2) viser, at der er stor forskel på dækningen i 3 til 6 års alderen. Men generelt må det nok erkendes, at mange børn med sundhedsmæssige problemer i disse aldersklasser ikke får den bistand, de har behov for og er berettiget til.

Det er derfor særligt beklageligt at konstatere, at antallet af børn under tilsyn er faldet i beretningsåret. Tallet er mindst for de 0-årige, fra 474 til 466, men de betydelige fald i tilsyn hos 1 til 2-årige og 3 til 6-årige viser, at der er langt igen før sundhedsplejen fungerer tilfredsstillende, og at udviklingen går i den forkerte retning.

c. Antallet af besøg til børn under sundhedsplejersketilsyn

Oplysninger om antal besøg indgår ikke i de medtagne bilagstabeller, men er indsamlet lobende fra sundhedsplejerskerne.

Nedenstående tabel på side 102 viser nogle hovedtal herfor.

Når man sammenligner opgørelser over antallet af besøg med den ovenfor viste opgørelse over antallet af børn under tilsyn, fremgår det, at antallet af NB børn er faldet med 4,3 pct., medens antallet af besøg til NB børn er faldet med 17,5 pct.,

at antallet af ukomplicerede børn af 1. gangsføderide er faldet med 5,5 pct., medens antallet af besøg hos disse er steget med 15,1 pct.,

	Januar kvartal 1975	Oktober kvartal 1975	Relativ ændring pct.
<i>Antal besøg til:</i>			
NB børn (A)	2.382	1.965	÷ 17,5
Ukomplicerede børn af 1. gangsfødende (B)	1.531	1.762	15,1
Ukomplicerede børn af flergangsfødende (C)	1.907	1.451	÷ 23,1
I alt	5.820	5.178	÷ 11,0
Heraf vedr. 0 årige i alt	4.939	4.371	÷ 11,5
<i>Gennemsnitligt antal besøg pr. kvartal pr. barn:</i>			
NB børn	2,1	1,8	÷ 14,3
Ukomplicerede børn af 1. gangsfødende (B)	1,9	2,3	21,1
Ukomplicerede børn af flergangsfødende (C)	2,0	2,1	5,0
I alt	2,0	2,0	0,0
Heraf vedr. 0 årige i alt	2,3	2,2	÷ 4,3

at antallet af ukomplicerede børn af flergangsfødende er faldet med 20,2 pct., medens antallet af besøg til disse er faldet med 23,1 pct.

Den samlede udvikling har således været, at antallet af NB børn er faldet og antallet af besøg hos disse børn er faldet forholdsvis mere, medens antallet af besøg hos ukomplicerede 1. gangsfødende er steget på trods af faldende bornetal.

Denne udvikling er for så vidt modsat de hensigter, som ligger til grund for loven, hvor man tværtimod ønsker at sikre bistand til de børn, som har særligt brug derfor fremfor generelle tilsyn.

Der kan næppe drages sikre generelle slutninger af disse tal. Som det fremgår af bilagslabel 1 og 2 er funktionen meget forskellig i de enkelte kommuner. Antallet af ukomplicerede børn af 1. gangsfødende under tilsyn varierer fra ca. 14 pct. til ca. 40 pct., og antallet af ukomplicerede børn af flergangsfødende under tilsyn varierer fra ca. 2 pct. til ca. 60 pct. Disse store forskelle mellem funktionen i kommunerne medfører, at selv små forskydninger kan give store udsving i den samlede opgørelse.

(I. Ændring i antallet af tilsynsårsager fra 51. marts til 51. december 1975)

Indledningsvis bør det fremhæves, dels at der inden registreringen af tilsynsårsagerne startede var indgående drøftelser sundheds-

plejerskerne imellem om indholdet af de anvendte tilsynsårsager, dels at disse drøftelser lobende er blevet taget op på sundhedsplejerskernes månedlige studiedage. På denne baggrund må man forvente, at der i periodens løb er sket en vis ændring i registreringsmåden hos de enkelte sundhedsplejersker. Af de anførte grunde kan der derfor ikke drages konsekvenser af mindre ændringer.

I den efterfølgende tabel side 103 er det samlede antal tilsynsårsager for NB børn anført pr. 31. marts og 31. december 1975, ligesom den procentvise ændring i tallene er anført.

Faldet i antallet af NB børn under sundhedsplejersketilsyn i perioden androg 4,3 pct., jfr. tabellen foran, og tabellen viser et fald i antallet af tilsynsårsager på 4,8 pct., hvorved det gennemsnitlige antal tilsynsårsager pr. NB barn falder.

Endvidere viser tabellen, at der er sket en del mere væsentlige forskydninger i arten af tilsynsårsager. Således er der sket et fald på 14 pct. i antallet af tilsynsårsager begrundet i komplikationer ved graviditet, fødsel og 1. leveuge, medens der er sket en stigning af næsten samme omfang i antallet af tilsynsårsager begrundet i præ- og dysmaturitet. Disse to tilsynsårsager udgør sammen med sociale forhold i familien næsten 69 pct. af tilsynsårsagerne for 0 årige NB børn.

Endvidere må det fremhæves, at der er et markant fald i somatiske sygdomme hos barnet som tilsynsårsag, medens der er en ligele-

	31. marts 1975	31. dec. 1975	procentvis ændring
1. Kompl. ved grav., fødsel og/eller 1. leveuge	136	117	÷ 14,0
2. Præ-/dysmaturitet	196	222	13,3
3. Medfødte misdannelser	108	114	5,6
4. Sansedefekter	53	48	÷ 9,4
5. Motorisk udviklingshæmning	110	99	÷ 10,0
6. Psykisk udviklingshæmning	103	92	÷ 10,7
7. Soc. tilpasningsvanskeligheder, nervøse symptomer	75	77	2,7
8. Somatiske sygdomme	164	125	÷ 23,8
9. Andet, herunder adoption	81	84	3,7
I alt 1-9	1.026	978	÷ 4,7
10. Sociale forhold i familien	449	430	÷ 4,2
11. Somatiske forhold i familien	74	67	÷ 9,5
12. Psykiske forhold i familien	255	234	÷ 7,5
13. Andre forhold i familien	29	34	17,2
I alt 10-13	805	765	÷ 5,0
I alt 1-13	1.831	1.743	÷ 4,8

des markant stigning i andre forhold hos familien som tilsynsårsag.

Endelig fremgår det, at der har været et fald i psykisk og motorisk udviklingshæmning som omtrentligt må påregnes at hidrøre fra ændret antal NB børn.

2. Kommentarer til enkelte bilagstabeller

I bilagstabel 1 er vist det samlede antal børn under sundhedsplejetilsyn opdelt på kommuner og kategorier, dvs. om barnet har særlige sundhedsmæssige problemer (NB børn), er under tilsyn fordi moderen er 1. gangsfødende, eller om det drejer sig om et ukompliceret barn af en flergangsfødende. Desuden er NB børnene opdelt på aldersklasser.

Det fremgår, at i alt 1.028 børn er under tilsyn på grund af særlige sundhedsmæssige problemer, heraf 466 0 årige, 351 1-2 årige, 211 3-6 årige samt 52 skolebørn. 788 børn af 1. gangsfødende uden særlige sundhedsmæssige problemer og 699 af flergangsfødende er under tilsyn, i alt 2.505.

I tabel 2 er beregnet antal af børn under sundhedsplejersketilsyn pr. 1.000 børn i de enkelte aldersgrupper fordelt efter kommune og kategori.

Det fremgår, at der synes at være ganske store forskelle på sundhedsplejens funktion.

For 0 årige er i gennemsnit 115 ‰ under tilsyn på grund af særlige sundhedsmæssige problemer, med en spredning fra 85 ‰ til 170 ‰.

For 1-2 årige er i gennemsnit 57 ‰ under tilsyn med en spredning fra 28 ‰ til 100 ‰. For 3-6 årige er i gennemsnit 17 ‰ under tilsyn med en spredning fra 2 ‰ til 48 ‰. Det samlede antal børn under tilsyn i de enkelte kommuner beregnet på grundlag af det samlede børnetal i førskolealderen varierer fra 30 ‰ til 73 ‰.

Disse variationer er næppe udtryk for reelle forskelle i hyppigheden af sundhedsmæssige problemer hos børn i de pågældende aldersklasser. Efter den viden man i øvrigt har om hyppigheden af sundhedsmæssige problemer må det antages, at selv de højeste tilsynsårsager næppe dækker behovet. Tallene illustrerer således, at der i de fleste kommuner er langt igen, før sundhedsplejen kan opfylde lovens krav om at yde bistand til familier med børn som har særlige sundhedsmæssige problemer.

I tabel 3 er vist antallet af NB børn i de enkelte kommuner fordelt efter tilsynsårsager. Og i tabel 4 er vist det gennemsnitlige antal tilsynsårsager for 100 NB børn.

Det fremgår, at i alt 117 børn er under tilsyn på grund af komplikationer ved graviditet.

tet og fødsel. Hyppigheden varierer en del fra kommune til kommune.

222 børn er under tilsyn på grund af for tidlig fødsel.

Hyppigheden er oftest omkring 20 pr. 100 NB børn. 114 børn er under tilsyn på grund af medfødte misdannelser, gennemsnitlig ca. 11 tilsynsårsager pr. 100 NB børn.

99 og 92 børn er under tilsyn på grund af forsinket udvikling enten legemligt eller psykisk. Det udgør til sammen næsten 20 tilsynsårsager pr. 100 NB børn.

77 børn har nervøse symptomer og 125 er under tilsyn på grund af legemlige sygdomme, for så vidt tankevækkende at denne tilsynsårsag kun udgør ca. 15 pct. af årsagerne til sundhedsplejetilsyn.

Det fremgår endvidere, at belastende sociale forhold er registreret hos godt 40 pct. af klientellet, helhedsmæssige problemer i familien ved ca. 30 pct.

1 tabel 5 er vist antal tilsynsårsager fordelt på NB børnenes alder. Det fremgår, at for tidlig fødsel og graviditetskomplikationer dominerer hos de 0 årige, medens forsinket udvikling, nervøse symptomer og sociale tilpasningsvanskeligheder udgør en større del af arbejdet hos de 3-6 årige.

Denne talmæssige opgørelse af sundhedsplejerskearbejdet giver et vist indtryk af de problemer, som foreligger. Det er dog vanskeligt ved en sådan talmæssig opgørelse at give en dækkende beskrivelse af de sundhedsmæssige forhold. Sundhedsplejerskerne har derfor i det følgende afsnit nærmere formuleret de positive og negative erfaringer, som er gjort i det praktiske arbejde.

3. Tekniske kommentarer til sundhedsplejerskestatistik for Ringkjøbing amt 1975

Statistikken udarbejdes på grundlag af de enkelte sundhedsplejerskers journalmateriale, således at der ved udgangen af hvert kvartal indsendes en kvartalsindberetning til amtsundhedsplejersken. Indberetningerne bearbejdes af amtsrådets social- og sundhedsforvaltning, der løbende udsender resultaterne i form af et antal tabeller.

Selve talmaterialet må betragtes som et meget korrekt udtryk for art og omfang af de problemer, som sundhedsplejen skal forsøge at løse. Det er dog nødvendigt at fremhæve enkelte tekniske forhold, som har en vis indflydelse på talmaterialet.

I den løbende statistik beregnes visse relative tal, f. eks. det samlede antal børn under sundhedsplejersketilsyn i forhold til det samlede antal børn i den enkelte kommune. Der må i den løbende statistik tages udgangspunkt i Danmarks Statistiks aldersfordeling for befolkningen pr. 1. januar i det pågældende år, idet tal herfor ikke forefindes ved udgangen af de enkelte kvartaler. For så vidt angår nærværende årsberetning er der taget udgangspunkt i oplysninger om befolkningens aldersfordeling pr. 1. januar 1976, hvor oplysninger fra sundhedsplejerskestatistikken pr. 31. december er benyttet.

Endvidere må det bemærkes, at aldersfordelingen for børn under sundhedsplejersketilsyn, således som denne indberettes kvartalsvis, hidtil har bygget på børnenes aldersfordeling ved sidste besøg, som sundhedsplejersken har aflagt i det enkelte hjem. Indberetningerne indeholder derfor f. eks. oplysninger om et vist antal 0-årige, som ved kvartalets slutning rent faktisk er blevet 1 år, men hvor alderen ikke er ajourført pr. indberetningsdagen.

Dette forhold får bl. a. betydning for bilagstabel 2, hvor der i tre tilfælde forekommer procenttal over 100. Disse tal må fortolkes, således, at praktisk taget alle 0-årige i de tre kommuner (Brande, Thyborøn-Harboøre og Ulfborg-Vemb) er under tilsyn af sundhedsplejerske.

Endelig må det fremhæves, at såvel aldersfordelingen for børn under tilsyn som tilsynsårsagerne for NB børnene vil være påvirket af, hvor længe den enkelte sundhedsplejerske har virket i sit distrikt/sin kommune. En nystartet sundhedsplejerske vil alt andet lige have relativt flest 0-årige og dermed også overvægt af tilsynsårsager, som især optræder hos denne aldersgruppe, jfr. også bilagstabel 3 og 4.

III. Sundhedsplejerskernes erfaringer

På grundlag af de opgørelser, som er foretaget på amtsplan fremgår det, at de væsentligste sygdoms- og udviklingsproblemer, som foreligger for børn i forskolealderen - og dermed for sundhedsplejerskernes arbejdsopgaver - kan samles i fire hovedgrupper:

- 1) For tidlig fødsel og følger efter fødselskomplikationer.

- 2) Børn med forsinket legemlig eller sjælelig udvikling, samt nervøse symptomer og sociale tilpasningsvanskeligheder.
- 3) Børn med alvorlige legemlige sygdomme.
- 4) Børn, der vokser op under vanskelige livsforhold.

Opdelingen er for så vidt kunstig, fordi de nævnte sygdomsreaktioner ofte hænger sammen eller må ses i forlængelse af hinanden. Vanskelige livsforhold er f. eks. en vigtig årsag til for tidlig fødsel. Og disse kan igen være årsag til forsinket udvikling. På grundlag af det foreliggende materiale kan disse sammenhænge vanskeligt beskrives, men det er disse langsigtede virkninger, som er det egentlige perspektiv i sundhedsplejen. Opdelingen i de nævnte fire kategorier kan dog være til en vis nytte, når man skal beskrive sundhedsplejens arbejdsopgaver, også med henblik på at planlægge en bedre omsorg for disse børn.

For hvert af disse områder har sundhedsplejerskerne i nogle arbejdsgrupper nærmere drøftet de sundhedsmæssige problemer som forelå, samt hvilke erfaringer sundhedsplejerskerne havde, dels med hensyn til mulighed for at yde støtte til barnets udvikling, dels hvilke problemer og mangler som forelå i det daglige arbejde.

1. For tidlige fødsler og følger efter fødselskomplikationer

Graviditetsperiodens og fødselsens forløb er afgørende for hyppigheden og sværheden af disse sygdomsproblemer. Når sundhedsplejerskerne skal yde bistand til disse familier får man derfor et indtryk af de problemer, som ikke er løst tilfredsstillende.

Hyppigheden af disse sygdomsreaktioner pr. 31. december 1975 fordeles sig således:

I aldersgruppen 0 år 224 børn = 7 pct. af samtlige børn.

I aldersgruppen 1-2 år 84 børn = 1,3 pct. af samtlige børn.

I aldersgruppen 3-6 år 26 børn = 0,2 pct. af samtlige børn.

Det bemærkes, at de anførte procenter er beregnet udfra antallet af børn i kommunen med sundhedsplejerskeordning.

De almindelige problemer ved denne sygdomsgruppe er, at disse børn kræver en særlig omhyggelig pasning. Dels stilles der store

krav til ernæringen, dels er disse børn særligt modtagelige for smitsomme sygdomme. Som oftest kan disse problemer dog løses tilfredsstillende.

Det er imidlertid en erfaring hos de fleste sundhedsplejersker, at man ikke sjældent støder på problemer vedrørende udviklingen af et normalt forhold mellem moderen og barnet, dvs. hos moderen den særlige ansvarsfølelse, den særlige følsomhed overfor barnet som betyder, at det er hendes barn. Nogle mødre er ejendommeligt usikre overfor deres børn, hvilket gør det vanskeligt under tiden umuligt for moderen at passe barnet tilfredsstillende. Den »naturgivne« moderfølelse synes her at spille en meget afgørende rolle. Fra andre undersøgelser, navnlig børnepsykiatriske., ved man, at sådanne problemer kan komme til at spille en meget afgørende rolle for barnets udvikling på langt sigt.

Der synes at være flere situationer, som kan danne baggrund for sådanne problemer. I nogle tilfælde har der været svære komplikationer under graviditeten. Mange kvinder udvikler herved en stærk angst, ja undertiden skyldfølelse. Såfremt kvinden ikke får tilstrækkelig personlig kontakt og støtte synes der herved at kunne udvikles et »kompleks«, som forhindrer kvinden i at få et normalt forhold til sit barn.

Det er derfor vigtigt, at der under graviditeten og de første uger efter fødslen er mulighed for, at der kan ydes særlig bistand til disse kvinder. Erfaringsmæssigt kan man derved forebygge senere svære handicap.

Et andet problem vedrørende udviklingen af et normalt mor-barn-forhold kan foreligge for børn, som er født for tidligt og har ligget længe på hospital. Også her sker det i nogle tilfælde, at moderen på grund af den manglende kontakt ikke får udviklet den særlige moderfølelse for sit barn, således at senere pasningsproblemer og senere psykiske symptomer udvikles. I de senere år er man på hospitalsafdelinger blevet mere opmærksom på disse forhold, således at man medvirker til, at modrene tidligst muligt kan få nær kontakt med deres børn. Men problemet er stadig ret almindeligt.

Endelig må det erkendes, at de eksisterende barselshvileordninger ikke altid giver mulighed for udviklingen af et normalt mor-barn-forhold. Problemet kan f. eks. opstå, fordi barnet p. g. a. for tidlig fødsel eller

sygdom har ligget 1-2 mdr. på hospital, hvorefter moderens barselsorlov næsten er udløbet når barnet bliver udskrevet. I en sådan situation er der særligt stort behov for nær kontakt mellem mor og barn.

Skal der for disse sygdomsgrupper ydes bedre forebyggelse foreslås:

- a) Udbygget samarbejde omkring den fødende familie, således at der bliver mulighed for ved samtalegrupper eller individuelt at yde særlig støtte efter behov.
- b) Bedre barselsorlov, f. eks. således at der ydes mindst 3 mdr. orlov efter fødslen med mulighed for yderligere 3 mdr. efter behov.

2. Børn med forsinket legemlig eller sjælelig udvikling samt nervøse symptomer og sociale tilpasningsvanskeligheder

Hyppigheden af disse symptomer som årsag til tilsyn af sundhedsplejersker er pr. 31. december 1975:

- i aldersgruppen 0 år 28 svarende til ca. 0,9 pct. af samtlige børn.
- i aldersgruppen 1-2 år 95 svarende til ca. 1,4 pct. af samtlige børn.
- i aldersgruppen 3-6 år 106 svarende til ca. 0,8 pct. af samtlige børn.

Årsagerne til disse udviklingsproblemer er mangfoldige. En del skyldes følger efter den foran omtalte sygdomsgruppe, for tidlige fødsler og komplicerede fødsler, samt medfødte misdannelser. Det er navnlig med henblik på at sikre en normal udvikling for barnet, at det er vigtigt, at der tidligt udvikles et normalt mor-barn-forhold.

Forsinket udvikling hos børn kan også skyldes, at forældrene på grund af uvidenhed, fortravlethed eller manglende kræfter ikke beskæftiger sig nok med børnene, hvorved børnene ikke får den »stimulation« og kontakt, som er nødvendig for deres udvikling.

De anførte hyppigheder af børn med disse symptomer må formentlig anses for minimumstal. Hos en del børn opdages den forsinkede udvikling ikke, fordi forældrene ikke følger de forebyggende lægeundersøgelser. Det må også erkendes, at problemet ikke altid erkendes ved lægeundersøgelsen, dels p. g. a. manglende tid, dels fordi mange læger ikke har særlig uddannelse til at vurdere små børns udvikling.

I en del tilfælde kan sundhedsplejersken selv yde den nødvendige bistand i form af vejledning til forældre. Og der er mange eksempler på, at det herved lykkes at få barnet i god udvikling. Det drejer sig f. eks. om, at forældre tager tilstrækkelig tid til personlig kontakt med barnet, at forældre er opmærksomme på betydningen af at tale med barnet, hvorved barnet udvikler sit sprog, at forældre leger med barnet, hvorved barnet udvikler sine muskler og evne til at bevæge sig. Ofte kan det være værdifuldt, at sundhedsplejersken kan vejlede om hensigtsmæssigt legetøj.

I mange tilfælde vil der dog være behov for yderligere bistand. Det kan dreje sig om fysioterapi med henblik på at give barnet en mere bevidst fysisk optræning. Eller det kan dreje sig om henvisning til daginstitution, dels med henblik på at barnets udvikling kan støttes mere bevidst og målrettet af en pædagog, som også kan vejlede forældrene, dels vil samværet med andre børn kunne bervirke en betydelig træning og udvikling af barnet, hvis det ellers lykkes at få barnet med i gruppen.

Det må erkendes, at denne pædagogiske bistand fra daginstitutionerne for tiden ofte er utilfredsstillende, dels fordi pædagogerne ikke har tilstrækkelig tid til kontakt med forældre, dels fordi der er så få pædagoger ved børnegruppen, at det bliver svært at få de svageste børn til at klare sig.

Efter at sundhedsplejen i en del år har haft gode erfaringer med samarbejde med daginstitutionerne, er mange sundhedsplejersker i det sidste års tid blevet mere tilbageholdende med at henvise svage børn, fordi man i den sidste tid har haft en del negative erfaringer.

Det er velkendt, at man indenfor skolevæsenet har betydelige problemer, fordi mange børn ved skolestart er så dårligt udviklede med hensyn til begavelse, sprog og evne til samvær med andre børn, at de har svært ved at følge normal skoleundervisning.

Det må derfor tilrådes, at man ved den sociale planlægning i de enkelte kommuner interesserer sig særligt for disse problemer. Sundhedsplejen kan pege på nogle områder, hvor en yderligere indsats kan påregnes at have forebyggende effekt:

- 1) Bedre omsorg for udvikling af den tidlige mor-barn-kontakt.

- 2) Tilstrækkelig dækning af daginstitutioner af tilstrækkelig god kvalitet.
- 3) Bedre undervisnings- og vejledningsmuligheder overfor forældre, f. eks. udvikling af samtalegrupper eller egentlig forældreundervisning under fritidsloven.
- 4) Sagkyndig konsulentbistand til daginstitutioner.

3. Børn med alvorlige legemlige sygdomme

Det drejer sig om en broget sygdomsgruppe. Medfødte misdannelser udgør en væsentlig del. Det drejer sig f. eks. om medfødte hjertesygdomme, misdannelser af arme eller ben, læbeganespalte, misdannelser i mave-tarmkanal eller nervesystem, medfødt åndssvaghed (mongolisme) o. m. a.

En anden gruppe udgøres af sansedefekter, dvs. blinde, døve, svagtseende eller børn med forsinket taleudvikling.

Endelig drejer det sig om børn med langvarige eller tilbagevendende sygdomme såsom astma, hudsygdomme, epilepsi, stofskiftesygdomme, luftvejssygdomme o. m. a.

Langt de hyppigste problemer er almene trivselsproblemer, som vedrører næsten halvdelen af de børn, som er registreret under sundhedsplejen.

Hyppigheden af disse sygdomsproblemer pr. 31. december 1975 fremgår af tabellen nedenfor.

Støtte til denne gruppe børn stiller sundhedsplejen overfor meget alsidige problemer. Målsætningen må være, at selv om et barn har en eller anden defekt fra fødslen, bør dette så vidt muligt ikke udvikles til flere alvorlige handicap. Men desværre sker dette endnu ofte.

Erfaringen viser, at det er en meget alvorlig belastning for en familie at få et handi-

cappet eller kronisk sygt barn. Der er stort behov for personlig støtte til forældrene, således at de kan udvikle en moden og realistisk holdning til barnet, dvs. på den ene side tilgodesee de særlige behov som barnet har for støtte, på den anden side undgå den overbeskyttelse som medfører, at barnet ikke får udviklet sine egne evner.

Ofte er der behov for at koordinere bistand fra en undertiden lang række af sociale og sundhedsmæssige institutioner og eksperter. Sundhedsplejen placeres her i et bredt team-arbejde.

Der foreligger efterhånden mange eksempler på, at det kan lykkes at sikre børn med svære handicap tilfredsstillende udviklingsmuligheder. Der er også eksempler på mangler som tidligere beskrevet, dels i form af tilstrækkelige og veludbyggede daginstitutioner, dels i form af bedre muligheder for forældrevejledning.

4. Børn der vokser op under vanskelige livsforhold

Det fremgår af sundhedsplejerskernes registreringer, at godt 40 pct. af de børn, som er under tilsyn, lever i familier med vanskelige sociale forhold. Det drejer sig især om boligforhold og økonomiske forhold. Ca. 20 pct. lever i familier, hvor der er psykiske lidelser hos forældrene, og godt 10 pct. i familier, hvor andre forhold f. eks. søskende giver vanskelige opvækstforhold. Det kan forekomme, at der er overlapninger mellem de enkelte grupper f. eks. samfald mellem psykiske lidelser hos forældrene og vanskelige sociale forhold. Antallet af børn, som vokser op under vanskelige livsforhold, vil således udgøre mellem 40 og 70 pct. af samtlige børn med sundhedsmæssige problemer.

Sundhedsplejen stilles herved overfor en

Antal medfødte misdannelser, sansedefekter og somatiske sygdomme i procent af samlet antal børn i aldersgruppe ¹⁾ pr. 31. december 1975.

	Medfødte misdannelser pct.	Sanse- defekter pct.	Somatiske sygdomme pct.	I alt pct.
0-årige	1,2	0,1	1,2	2,5
1-2-årige	0,6	0,2	0,7	1,5
3-6-årige	0,2	0,2	0,2	0,6
I alt	0,5	0,2	0,5	1,2

¹⁾ Der er kun medtaget børn i kommuner, der har sundhedsplejerskoordination.

række fundamentale samfundsmæssige problemer.

Et typisk problem foreligger, såfremt forsørgeren er i lavtlønsggruppen og familien har mere end 2 børn. Indtægten slår ikke til. Resultatet kan være, at familien må bo i en billig og sundhedsfarlig bolig, eller at begge ægtefæller må have fuldtidsudarbejde. De sundhedsmæssige problemer kan opstå, fordi barnet bliver sygt på grund af boligforholdene. Problemer kan også opstå, fordi ikke alle forældre har tilstrækkelige kræfter til at have fuldtidsudarbejde. Der kan udvikles belastningssygdomme hos forældrene (»stress«), eller forældrene har blot for lidt overskud til at yde børnene den støtte og kontakt, der er afgørende for opdragelse og udvikling.

Et andet typisk problem er moderne boligmiljøer. Ofte er forholdene for børnene ikke særligt gode, især i karrébyggeri. Og der er for få voksne, som interesserer sig derfor. Miljøet i et sådant kvarter kan blive meget hårdt, således at de stærkeste udvikler sig til egentlige bander, medens de svageste skubbes ud eller bliver syndebugke. Ofte forstærkes sådanne problemer af, at der er en vis tendens til, at børnerige familier samles i visse bydele eller boligkvarterer.

Enlige mødre udgør også en belastet gruppe. De er ofte overarbejdede og isolerede, mange er dårligt uddannede og det kan ofte være vanskeligt at sikre den styrke, som kan varetage barnets opdragelse.

En lille gruppe af meget belastede familier kan undertiden udgøre næsten uløselige problemer. Det kan dreje sig om kriminalitet, svære psykiske lidelser eller sociale afvigelser hos forældrene.

Overfor disse alsidige trivselsproblemer for børnene står sundhedsplejerskerne ofte i en vanskelig situation. Sundhedsplejersken vil selvsagt altid kunne yde bistand og vejledning, i mange tilfælde med ganske god effekt, navnlig hvis forældrene har en vis styrke. Vejledning om hjælpemidler til handicappede børn har også i mange tilfælde god effekt.

I en del tilfælde lykkes det også sammen med de sociale myndigheder at etablere social bistand som i væsentlig grad kan bedre barnets livsbetingelser. Det kan f. eks. dreje sig om anskaffelse af bedre bolig, anskaffelse af tøj, revalidering eller fremskaffelse af arbejde til forsørgeren.

Såfremt der er mulighed for på det rette tidspunkt at få barnet i daginstitution, kan dette også spille en væsentlig rolle for barnets udvikling.

Men der er også mange situationer, hvor det ikke lykkes at sikre rimelige og forsvarlige opvækstforhold. Et væsentligt problem er fremskaffelse af deltidsarbejde for enlige og/eller overbelastede mødre. Ofte ville en sådan ordning være langt mere fordelagtig og billigere end fremskaffelse af en dyr dagpleje eller institution.

Mange sundhedsplejersker følger også, at den bistand, der kan ydes nervøse mødre, ikke er tilfredsstillende. Der savnes mulighed for, at sundhedsplejersken kan bruge den nødvendige tid, ligesom der savnes bistand fra særlig psykologisk sagkundskab.

I de senere år har mange sundhedsplejersker taget disse opgaver op i en vis udstrækning, og amtsrådet har ydet bistand ved at stille psykologisk konsulentbistand til rådighed. Erfaringerne herved har været gode. Men hyppigheden og sværhedsgraden af disse problemer er så stor, at behovet for bistand kun i mindre grad kan dækkes. Formentlig kunne der ved anvendelse af moderne undervisningsformer i små grupper opnås betydelige fremskridt for en overkommelig indsats.

Det er derfor vigtigt, at sundhedsplejersken indgår i et bredt tværfagligt team i den sociale, sundhedsmæssige og pædagogiske sagkundskab, som fungerer på kommunalt plan. Ved et sådant bredt samarbejde, hvori også befolkningen og i særlig grad forældrene må inddrages, synes der at være mulighed for at udvikle lokalt bæredygtige miljøer, således at den »negative sociale arv« i en række tilfælde kan brydes.

IV. Resumé og konklusion

Sundhedsplejerskerne i Ringkjøbing amt har i 1975 registreret de børn, som var under tilsyn af sundhedsplejerske. Det fremgår, at dækningen med sundhedsplejersker omfattede 84 pct. af børnene ved årets begyndelse, og 75 pct. ved årets slutning. 5 af amtets kommuner havde ikke sundhedsplejersker trods opslag af stillinger.

I de kommuner, som var betjent af sundhedsplejerske, udgjorde tilsynet med børn med særlige sundhedsmæssige problemer,

I første leveår ca. 15 pct. af børnene,
Hos 1 til 2-årige ca. 5 pct. af børnene,
Hos 3 til 6-årige ca. 1,6 pct. af børnene.

Dækningen synes ikke tilfredsstillende for børn over 1 år, men forholdene varierer meget fra kommune til kommune.

De største grupper af børn med særlige sundhedsmæssige problemer udgøres af:

For tidligt fødte børn med følger efter komplicerede fødsler, i alt 334 børn under tilsyn. Børn med forsinket udvikling, i alt 229 børn under tilsyn.

Børn med medfødte misdannelser, sansedefekter og svære legemlige sygdomme, i alt 287 børn under tilsyn.

Børn som lever under vanskelige livsforhold udgør 40 til 70 pct. af samtlige børn, som har sundhedsmæssige problemer.

Sundhedsplejerskens bistand består i, at yde sundhedsmæssig vejledning og bistand overfor forældrene. I mange tilfælde opnås herved gode resultater. at følge barnets sundhedstilstand, om fornødent etablere tværfagligt samarbejde med relevant sagkundskab og koordinere indsatsen. Også herved opnås ofte gode resultater.

De mangler, som især falder i øjnene ved sundhedsplejerskeordningens funktion er:

Den manglende dækning, som dels vedrører ¼ af børnene i amtet som slet ingen sundhedspleje har, dels bevirker at for få børn over 1 årsal deren får fornødent tilsyn.

Mangel på daginstitutioner. Det drejer sig nogle steder om mangel på pladser, andre steder om mangel på personale, bistand fra specialkundskab eller mangel på kontakt mellem forældre og institutioner.

Manglende mulighed for arbejdsmæssig aflastning af forældrene ved mulighed for deltidsarbejde, mulighed for social bistand ved deltidsarbejde, samt regler om længere barselshvile.

1 mange tilfælde bliver sundhedsplejens arbejde illusorisk, fordi disse mangler i barnets elementære livsforhold ikke bliver afhjulpet.

Et meget væsentligt problem er psykiske lidelser hos forældrene. Der savnes tilstrækkelig tid til at støtte disse forældre, ligesom der savnes tilstrækkelig psykologisk sagkundskab til at yde bistanden.

Det må således erkendes, at vel er sundhedsplejen i Ringkjøbing amt ved at udvikle sig i den retning, som var tilsigtet med den nye lov i 1973, men der mangler endnu meget i, at lovens hensigt er opfyldt.

Bilags tabeller

Tabel 1. Samlet antal børn under sundhedsplejersketilsyn pr. 31. december 1975 fordelt efter kategorier og kommuner.

	NB børn					Ukompl. børn af 1. gangs fødsle under 1 år (B)	Ukompl. børn af flergangs- fødsle			Samlet antal førskole- børn under tilsyn (A+B+C) 10 (5+6+9)
	0 årige (A I)	1-2 årige (A II)	3 år og derover (excl. skole- søgende) (A III)	Skole- søgende (A IV)	I alt for- skole- børn (A I-A III) 5 (1-4)		0-3 måneder (C I)	4-12 måneder (C II)	I alt (C I-C II) 9 (7+8)	
1	2	3	4	5 (1-4)	6	7	8	9 (7+8)	10 (5+6+9)	
1. Aulum-Haderup	12	14	4	(0)	30	19	17	10	27	76
2. Brande	15	7	7	(0)	29	49	24	35	59	137
3. Egvad	15	19	28	(4)	62	32	20	2	22	116
4. Herning	166	90	63	(15)	319	134	10	10	20	473
5. Holmsland	0	0	0	(0)	0	0	0	0	0	0
6. Holstebro	108	78	33	(0)	219	217	90	87	177	613
7. Ikast	50	28	18	(3)	96	106	16	3	19	221
8. Lemvig										
9. Ringkøbing										
10. Skjern	24	36	36	(21)	96	57	35	69	104	257
11. Struer	28	30	7	(0)	65	57	30	32	62	184
12. Thyborøn-Harboøre ..	7	14	0	(0)	21	32	35	14	49	102
13. Thyholm	7	4	0	(0)	11	9	6	20	26	46
14. Trehøje										
15. Ulfborg-Vemb	23	16	1	(0)	40	31	30	45	75	146
16. Videbæk										
17. Vinderup										
18. Aaskov	11	15	14	(9)	40	35	27	32	59	134
I alt	466	351	211	(52)	1.028	778	340	359	699	2.505

Tabel 2. Antal børn under sundhedsplejersketilsyn pr. 1.000 børn i de enkelte aldersgrupper (1. januar 1976)
fordelt efter kategorier og kommuner.

	NB børn					Ukompl. børn af 1. gangs fødende under 1 år	Ukompl. børn af flergangs- fødende under 1 år	Samlet antal børn under tilsyn A+B+C
	I alt forskole- børn							
	0 årige (A I)	1-2 årige (A II)	3 år og derover (excl. skole- søgende) (A III)	Skole- søgende (A IV)	A I-A III	(B)	(C)	8 (5+6+7)
	1	2	3	4	5 (1-4)	6	7	
1. Aulum-Haderup	129,9	62,2	9,3	(0,0)	40,2	204,3	290,3	101,7
2. Brande	124,0	28,8	14,1	(0,0)	33,4	405,0	487,6	158,0
3. Egvad	120,0	65,7	44,8	(2,1)	59,7	256,0	176,0	111,6
4. Herning	170,4	47,9	16,3	(1,6)	47,6	137,6	20,5	70,5
5. Holmsland								
6. Holstebro	170,9	69,6	14,6	(0,0)	54,6	343,4	280,1	152,9
7. Ikast	155,3	41,9	12,9	(0,9)	40,2	329,2	59,0	92,5
8. Lemvig								
9. Ringkøbing								
10. Skjern	117,1	99,7	48,1	(9,6)	73,1	278,0	507,3	195,6
11. Struer	91,2	46,0	5,9	(0,0)	30,2	185,7	202,0	85,4
12. Thyborøn-Harboøre	85,4	81,4	0,0	(0,0)	35,2	390,2	597,6	171,1
13. Thyholm	122,8	37,7	0,0	(0,0)	26,1	157,9	456,1	109,0
14. Trehøje								
15. Ulfborg-Vemb	184,0	76,9	2,2	(0,0)	51,2	248,0	600,0	186,7
16. Videbæk								
17. Vinderup								
18. Aaskov	100,0	70,8	33,7	(7,2)	54,2	318,2	536,4	181,6
I alt	147,8	57,1	16,9	(1,6)	47,2	246,7	221,7	115,1

Tabel 3. NB børn fordelt efter tilsynsårsager pr.

	Forhold hos barnet									
	Kompl. v. grav. fødsel og/eller 1. leveuge	Præ-/rys- masturiet	Medfødte misdannels.	Sanse- defekter	Mot. udv.- hæmning	Psyk. udv.- hæmning	Soc. tilp.- vansk., ner- vøse sympt.	Somatiske sygdomme	Andet her- under adoption	I alt
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Aulum-Haderup . . .	0	6	2	2	1	2	0	3	2	18
2. Brande	3	7	4	0	1	1	0	1	0	17
3. Egvad	4	14	16	3	8	12	12	9	7	85
4. Herning	37	67	20	13	23	15	16	34	23	248
5. Holmsland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Holstebro	27	49	13	5	28	19	14	31	7	193
7. Ikast	11	25	19	3	11	9	7	6	12	103
8. Lemvig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9. Ringkøbing	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
10. Skjern	7	14	18	11	6	10	17	18	5	106
11. Struer	10	17	6	3	12	8	1	7	13	77
12. Thyborøn-Harb. . . .	0	1	5	4	4	3	1	0	2	20
13. Thyholm	1	5	3	0	1	0	0	0	0	10
14. Trehøje	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15. Ulfborg-Vemb	2	8	4	0	1	2	0	9	3	29
16. Videbæk	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17. Vinderup	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18. Aaskov	15	9	4	4	3	11	9	7	10	72
I alt	117	222	114	48	99	92	77	125	84	978

¹⁾ Et NB barn kan være registreret under flere tilsynsårsager.

Forhold hos familien

Sociale forhold		Somatiske forhold		Psyriske forhold		Andre forhold		I alt forhold		I alt	Tilsyns- årsager i alt
Forældre	Søskende	Forældre	Søskende	Forældre	Søskende	Forældre	Søskende	Forældre	Søskende		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
16	0	2	0	0	0	0	0	18	0	18	36
7	0	3	0	4	1	0	0	14	1	15	32
27	0	1	0	26	1	0	0	54	1	55	140
129	0	16	4	43	1	23	3	211	8	219	467
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
67	4	8	2	36	4	1	0	112	10	122	315
18	0	3	5	22	7	6	1	49	13	62	165
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63	13	5	5	40	11	0	0	108	29	137	243
24	1	2	3	5	6	0	0	31	10	41	118
11	0	0	0	0	0	0	0	11	0	11	31
3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	13
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	1	0	1	0	0	0	13	0	13	42
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	0	6	1	24	2	0	0	66	3	69	141
412	18	47	20	201	33	30	4	690	75	765	1.743

Tabel 4. Gennemsnitlig antal tilsynsårsager pr. 100

	Forhold hos barnet									
	Kompl. v. grav. fødsel og/eller 1. levedage	Præ/dys- maturitet	Medfødte misdannels.	Sans- dekræter	Mot. udv.- hæmning	Psyk. udv.- hæmning	Soc. tilp.- vansk. ner- vøse sympt.	Somatiske sygdomme	Andet her- under adoption	I alt
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Aulum-Haderup . . .	0	20	7	7	3	7	0	10	7	61
2. Brande	10	24	14	0	3	3	0	3	0	57
3. Egvad	6	21	24	5	12	18	18	14	11	129
4. Herning	11	20	6	4	7	4	5	10	7	74
5. Holmsland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Holstebro	12	22	6	2	13	9	6	14	3	87
7. Ikast	11	25	19	3	11	9	7	6	12	103
8. Lemvig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9. Ringkøbing	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
10. Skjern	6	12	15	9	5	9	15	15	4	90
11. Struer	15	26	9	5	18	12	2	11	20	118
12. Thyborøn-Harb. . . .	0	5	24	19	19	14	5	0	10	96
13. Thyholm	9	45	27	0	9	0	0	0	0	90
14. Trehøje	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15. Ulfborg-Vemb	5	20	10	0	3	5	0	23	8	74
16. Videbæk	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17. Vinderup	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18. Aaskov	31	18	8	8	6	22	18	14	20	145
I alt	11	21	11	4	9	9	7	12	8	92

Note: Et NB barn kan være registreret under flere tilsynsårsager.

NB børn pr. 31. december 1975 fordelt på kommuner.

Forhold hos familien

Sociale forhold		Somatiske forhold		Psyriske forhold		Andre forhold		I alt forhold		I alt	Tilsyns- årsager i alt
Forældre	Søskende	Forældre	Søskende	Forældre	Søskende	Forældre	Søskende	Forældre	Søskende		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
53	0	7	0	0	0	0	0	60	0	60	121
24	0	10	0	14	3	0	0	48	3	51	108
41	0	2	0	39	2	0	0	80	4	84	213
39	0	5	1	13	0	7	1	64	2	66	140
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	2	4	1	16	2	0	0	51	5	56	143
18	0	3	5	22	7	6	1	49	13	62	165
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
54	11	4	4	34	9	0	0	92	24	116	206
37	2	3	5	8	9	0	0	48	16	64	182
52	0	0	0	0	0	0	0	52	0	52	148
27	0	0	0	0	0	0	0	27	0	27	117
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	0	3	0	3	0	0	0	34	0	34	108
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
73	0	12	2	49	4	0	0	134	6	140	285
38	2	4	2	19	3	3	0	64	7	71	163

Tabel 5. Samlet antal tilsynsårsager fordelt på NB børnenes alder ved seneste besøg pr. 31. december 1975.

	0 årige	1-2 årige	3 årige og der- over excl. skole- søgende	Skole- søgende	I alt
	1	2	3	4	5 (1-4)
<i>a. Forhold hos barnet:</i>					
1. Komplikationer ved graviditet, fødsel og/eller 1. leveuge	81	27	8	1	117
2. Præmaturitet/dysmaturitet	143	57	18	4	222
3. Medfødte misdannelser	39	43	26	6	114
4. Sansedefekter	4	15	21	8	48
5. Motorisk udviklingshæmning	15	50	30	4	99
6. Psykisk udviklingshæmning	8	31	38	15	92
7. Sociale tilpasningsvanskeligheder/nervøse symptomer	5	14	38	20	77
8. Somatiske sygdomme	38	49	27	11	125
9. Andet, herunder adoptioner	31	36	14	3	84
<i>b. Forhold hos familien:</i>					
1. Sociale forhold hos:					
a. forældre	107	161	110	34	412
b. søskende	3	7	3	5	18
2. Somatiske forhold hos:					
a. forældre	13	20	13	1	47
b. søskende	3	7	9	1	20
3. Psykiske forhold hos:					
a. forældre	51	74	60	16	201
b. søskende	9	13	7	4	33
4. Andre forhold hos:					
a. forældre	21	7	2	0	30
b. søskende	1	0	3	0	4
<i>I alt tilsynsårsager:</i>					
a. Forhold hos barnet	364	322	220	72	978
b. Forhold hos familien	208	289	207	61	765
c. Total	572	611	427	133	1.743

Rapport fra projektgruppe 4:

Miljøfaktorer

Indhold:	Side
<i>1b Lockenwitz: Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse ved ændringer i arbejds- miljøet</i>	120
<i>Ingrid Gehl: Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse ved ændringer i boligmiljøet</i> . .	127
<i>N. O. Jørgensen: Muligheder for at påvirke færdselssikkerheden gennem påvirkninger af trafikmiljøet</i>	131
<i>Jens Steenberg: Sygdomsforebyggelse ved ændringer i vort omgivende miljø.</i>	140

Projektgruppens medlemmer:

Læge *Erik Holst*, Institut for Socialmedicin (koordinator)
 Cand. polit. *Mogens Camre*, MF
 Embedslæge *Vagn Christensen*, Ringkøbing
 Kontorchef *Torben Larsen*, Arbejdsmiljøgruppen af 1972
 Konsulent *Kaj Westergaard*, arbejdsministeriet
 Fuldmægtig *1b Lockenwitz*, Arbejdsmiljøgruppen af 1972
 Civilingeniør *N. O. Jørgensen*, Rådet for Trafiksikkerhedsforskning
 Overlæge *Jens Steensberg*, miljøstyrelsen
 Cand. psych. *Ingrid Gehl*
 Læge *Finn K amper-Jørgensen*, Institut for Socialmedicin

Oplæg om arbejdsmiljøforanstaltninger af 1b Lockenwitz

Indhold

1. Om mål og midler

- det politiske mål og de utilstrækkelige midler
- årsagerne til forskellen mellem erklæret hensigt og virkelighed
- hvorfor er midlerne uhensigtsmæssige?

2. Eksempler på konkrete foranstaltninger over for

- støj
- farlige stoffer
- monotont tempoarbejde
- udstodningen

3. Generelle foranstaltninger

- indflydelse på egne arbejdsvilkår
- viden om egne arbejdsvilkår
- hjælp til ændring af arbejdsvilkårene
- planlægning

1. Om mål og midler

I den nyligt vedtagne arbejdsmiljølov siges det, at lovens formål er at opnå et arbejdsmiljø, der er i overensstemmelse med den tekniske og sociale udvikling. Dette lovfæstede mål er i god overensstemmelse med perspektivplanredegørelse II, hvori det om arbejdsmiljøet bl. a. hedder:

»Hvis denne del af tilværelsen udspilles i et konstant modsætningsforhold og føles som noget, der blot skal overstås, så er samfundet forkert indrettet.«

Over for disse mål står virkeligheden om arbejdsmiljøet, således som den er aftegnet i afsnittet om arbejdsmiljøets skader. Uanset, om der kan sættes spørgsmålstejn ved nogle af de resultater der danner dette billede, kan

det ikke nægtes, at virkeligheden ligger et godt stykke fra de erklærede politiske mål.

Hvordan kan nu det være?

To forklaringer er mulige. For det første kan det tænkes, at målet kun er tænkt som noget man skal stræbe mod, men som man ikke for øjeblikket finder det muligt at realisere. Der er i dette tilfælde tale om, at man rent faktisk prioriterer andre mål højere, f. eks. behandlingen af sygdomme. En sådan prioritering er en reel politisk afgørelse - hvis den da ellers foretages åbent.

Den anden forklaring kan være, at man anvender uhensigtsmæssige midler. Dette er ikke et politisk, men et teknisk-administrativt problem.

I praksis er der formentlig tale om en kombination af begge forklaringer. Den konkrete sammenblanding af årsager gør det imidlertid vanskeligt at vælge de rette foranstaltninger: skal man koncentrere sig om at argumentere for en opprioritering af arbejdsmiljøet på bekostning af andre mål eller skal man fordybe sig i, om de enkelte midler er egnede i forhold til målene.

Der er tidligere argumenteret for at flytte ressourcer over til arbejdsmiljøet. Herved kan man forebygge skader, hvilket - såvel menneskeligt som økonomisk - vil være en fordel på længere sigt. Altså en omprioritering.

Her vil vi derfor se lidt nærmere på, hvordan man kan gøre midlerne lidt mere hensigtsmæssige eller benytte nogle nye og bedre midler.

Der er i hvert fald to væsentlige grunde til at de hidtil anvendte midler ikke har været hensigtsmæssige. Den ene er, at man tror, at arbejdsmiljøet kan forbedres afgørende ved foranstaltninger alene inden for arbejdsmarkedssektoren. Den anden er, at arbejdsmiljø

i høj grad har været karakteriseret som konfliktløst. Disse to forudsætninger har ført til, at den væsentligste indsats til et forbedret arbejdsmiljø hidtil har bestået i en arbejderbeskyttelses- (miljø) lov med stort set gode normer for, hvordan en arbejdsplads burde se ud, og et arbejdstilsyn med for få muligheder for at gennemføre loven, fortrinsvis ved spredte påbud og lige så spredte retsforfølgelser.

Det er specielt i de senere år blevet åbenbart, at der er grænser for, hvor meget fordelingspolitik, man kan føre over socialpolitikken. Noget tilsvarende gælder for arbejdsmiljøet og i øvrigt hele arbejdsmarkedspolitikken. Man kan vel som arbejdsmarkedspolitik gennemføre regler om afskærmning af maskiner, toiletforhold, minimale hvileperioder og loftshøjder og lign. udenomsværker til produktionen. Men er der tale om restriktioner i brugen af produktionsstoffer, i retten til at lede og fordele arbejdet, den tekniske arbejdsproces' tilrettelæggelse, i arbejdskraftens uddannelse og i virksomhedens økonomiske dispositioner, så er der i realiteten tale om handelspolitik, uddannelsespolitik og økonomisk politik m. v. PP II siger det på den måde, at arbejdsmarkedspolitikens hovedindhold især må bestå i at påvirke indsatsen på en lang række forskellige samfundsområder.

En anden årsag til anvendelsen af uhenigtsmæssige midler er en stadig udbredt teori om, at alle parter har samme interesse i at gøre arbejdsmiljøet bedre. Det er kun et spørgsmål om, hvornår vi får råd til at forbedre f. eks. de sociale vilkår og arbejdsmiljøet.

Efter denne opfattelse eksisterer konflikter derfor kun mellem det enkelte individ og samfundet: den enkelte må acceptere afsavn på en række områder, for at samfundet skal kunne få råd til at forbedre forholdene generelt for alle. Denne teori vil i praksis ofte føre til, at arbejdsmiljøet kun forbedres så langt, som det kan betale sig produktionsmæssigt.

Heroverfor er blevet hævdet, at konflikten snarere står mellem forskellige grupper i samfundet: de, som har indflydelse - dvs. den økonomiske og politiske magt - og de, som blot har deres arbejdskraft. Arbejdsmiljøinvesteringer vil oge omkostningerne og dermed presse udbyttet. Og så længe en maksimering af dette er en tilladt og grund-

læggende fremgangsmåde i samfundet, ja, så længe vil et bedre arbejdsmiljø kun opnås gennem en økonomisk interessekamp mellem de forskellige grupper. Denne teori siger mod at forbedre arbejdsmiljøet, også hvor det går ud over det traditionelle produktivitetsbegreb. I begge tilfælde afhænger meget af, hvordan man definerer produktivitet. Hvis dette begreb udvides, så det også omfatter arbejdsmiljøet, går det straks lettere.

En illustration af, at arbejdsmiljøproblemerne ikke er noget, der hviler lige tungt på alle befolkningsgrupper, finder vi bl.a. i den tidligere omtalte arbejdsmiljøundersøgelse fra socialforskningsinstituttet. Man fandt her, at godt $\frac{1}{3}$ mente, at de havde meget lidt eller ingen indflydelse på egen arbejdssituation. Ikke uventet viste det sig, at indflydelsen hang sammen med skole- og erhvervsuddannelse, jo længere uddannelse jo mere indflydelse. Det viste sig også, at det navnlig er industriarbejdet, der har lave tal for indflydelse.

Sådan må det nødvendigvis være - vil nogen sige. Til gengæld har de højt uddannede et større ansvar og er dermed udsat for en større stressrisiko. Denne antagelse afvises imidlertid af samme undersøgelse. Der viser sig tværtimod en tendens til, at de lavere indkomstgrupper (under 20.000) har højere stresstal end de højere indkomstgrupper (over 90.000).

At de traditionelle arbejdsulykker overvejende er forbeholdt de grupper, der har hårdt arbejde, behøver næppe nærmere dokumentation.

Det er navnlig den ret massive afvisning af den sidste konfliktopfattelse fra offentlige myndigheders og de fleste politikeres side, der har bevirket, at de erklærede mål kun er sagt gennemført ved ikke-økonomiske og derfor utilstrækkelige midler. Arbejdsmiljøet har været »hævet« over den traditionelle faglige og økonomiske magtkamp mellem arbejdsmarkedets parter.

Følger man den sidste teori eller omdefinierer produktivitetsbegrebet, vil det være en forudsætning for at forbedre arbejdsmiljøet væsentligt, at man også økonomisk kan styre produktions- og erhvervsplanlægningen. Den debat, der for tiden fores om mere samlet påvirkning af produktions- og erhvervsplanlægningen, f. eks. gennem OD, vil kunne danne udgangspunkt for en arbejdsmiljøpoli-

tik. Arbejdsmiljøgruppens forslag om en variabel forebyggende arbejdsmiljøafgift afpasset efter den enkelte virksomheds arbejdsmiljø er et forsøg på ved hjælp af markedsmekanismen at skabe en økonomisk motivation for virksomhederne til at forbedre arbejdsmiljøet.

Selv om man ikke er rede til hverken en vidtgående planlægning eller en sådan afgift, kan man dog ikke negligere det økonomiske problem. End ikke et 10- eller 100-dobbelt arbejdstilsyn vil kunne løse det dilemma, som hele tiden viser sig at være tilbage: hvordan gennemtvinger man, at virksomhederne betaler de miljøinvesteringer, som de er forpligtet til efter loven? Arbejdstilsynet har i den senere tid prøvet at løse problemet ved at forhøje bødekravene til et niveau, der svarer til, hvad virksomhederne sparede ved ikke at gennemføre en forbedring af arbejdsmiljøet. Domstolene har ikke altid været lige villige til at følge arbejdstilsynet her. Hertil kommer, at retsforfølgning er en tung vej.

Uden en løsning på det økonomiske spørgsmål vil imidlertid også de følgende konkrete og generelle forslag til foranstaltninger ende ligesom de gældende lovregler: velmente formaninger, der følges af de »flinke« virksomheder, men ikke af de uvilige som oftest er dem, der har allermost brug for dem.

2. Eksempler på konkrete foranstaltninger

Forst når man har etableret nogle generelle effektive instrumenter til at gennemføre sine målsætninger, vil det have mening at diskutere, hvad man kan tænke sig gennemført på konkrete områder. Med dette in mente vil i det følgende gennemgås nogle af de problemer, som er fremhævet som særlig påtrængende. Gennemgangen, som baserer sig på arbejdsmiljøgruppens rapporter, skal vise, hvordan man eksempelvis kunne tænke sig at angribe vidt forskellige arbejdsmiljøproblemer som støj, farlige stoffer, monotont tempoarbejde og udstødningen. Det var netop de problemer, den store arbejdsmiljøundersøgelse pegede på som særlig påtrængende.

Støj

Støj kan give høreskader, f. eks. vil den nuværende støjgrænse på 90 dB(A) betyde, at

hvis 100 tilfældigt udvalgte arbejdere gennem 10 år bliver udsat for støjen gennem hele deres 8 timers arbejdsdag, vil gennemsnitlig 10 blive så høreskadede, at det bliver svært for dem at forstå almindelig tale. I en rapport fra det amerikanske Environmental Protection Agency fastslås, at man skal ned på et niveau på 75 dB(A), hvis man skal undgå høreskader i det lange løb.

Men støj giver også andre gener end fysiologiske skader, f. eks. træthed, irritabilitet, hovedpine og andre symptomer på stress. 1 miljøstyrelsens vejledning om nabostøj fra virksomheder svinger grænserne mellem 35 og 70 dB(A), alt efter tidspunktet på døgnet og områdets karakter (bolig-erhverv).

Skal der tages både helbreds- og komfort hensyn bør en støjgrænse derfor ned omkring de 70dB(A).

Men hvad så med produktionshensyn, herunder tekniske og økonomiske vanskeligheder. Disse problemer kan klares, dels ved at skærpe kravene gradvis, dels ved tidsbegrænsede dispensationer for særlige områder. En aktionsplan kunne se således ud:

1. den eksisterende støjgrænse på 90 dB(A) skal gennemføres på kort sigt.
2. ingen nystartet erhvervsvirksomhed (efter f. eks. 1. januar 1980) må have et støjniveau, der ligger højere end 75 dB(A).
3. eksisterende virksomheder stilles over for samme krav i 1985.
4. støjen nedsættes gradvis til 70 dB(A) i alle virksomheder inden for en yderligere frist.

Farlige stoffer

Giftige og sundhedsskadelige stoffer og materialer vil få stigende udbredelse. Den danske lovgivning om emnet er spredt på mange love og myndigheder og dermed vanskelig at håndtere. Hvad kan man gøre ved det? En aktionsplan kunne se således ud:

1. Der skal skaffes og formidles viden om, hvor farlige stofferne er.
2. Der skal fastsættes påvirkningsnormer, f. eks. hygiejniske grænseværdier, og udarbejdes en officiel dansk liste over disse.
3. Der skal udarbejdes positivlister, dvs. lister der udtrykkeligt angiver, hvad der må bruges. Sådanne lister må begrænses

til visse stofgrupper og/eller erhvervs-områder.

4. Leverandører af stoffer og **materialer** skal informere kunderne og brugerne om deres produkter ved at varedeklarerer, hvad deres produkter indeholder, enten direkte på emballagen eller - hvis de vil bevare fremstillingsformen som en hemmelighed - mod gebyr til en oplysningscentral, samt benytte letforståelig og tilstrækkeligt oplysende mærkning.
5. Den enkelte virksomhed må pålægges at instruere og oplyse alle de ansatte om de enkelte stoffer og materialer bl. a. ved hjælp af datablade,
at bruge erstatningsstoffer i langt flere tilfælde, end i dag,
at kunne dokumentere, hvor meget stofferne forurener,
at lade de ansatte standse arbejdet med stoffer, hvor der er mistanke om fare, og
at lade de ansatte helbredscontrollere regelmæssigt, hvor de udsættes for risiko for skadelige påvirkninger.

Monotont tempoarbejde

Arbejdsmiljøundersøgelsen viste, at 32 pct. mente, at arbejdstempoet var for hurtigt, 16 pct., at deres arbejde var monotont, og 36 pct., at de havde for lidt indflydelse på deres daglige arbejde. Der findes altså stadigvæk på adskillige arbejdspladser en del kedeligt og uselvstændigt tempoarbejde. Det gælder særligt inden for den industrielle masseproduktion og de mange maskinpasningsjob.

Ønsker de ansatte meningsfyldt og varieret arbejde? Nogen siger, at særligt kvinder kan lide det. Sandheden er nok snarere, at kvinder på grund af det traditionelle kønsrollemønster bliver sat til arbejde, der er monotont og hurtigt – og accepterer det, fordi de ikke kan få andet.

Det afgørende er imidlertid, at monotont tempoarbejde ifølge arbejdsmiljøundersøgelsen optræder så hyppigt sammen med bestemte sygdomssymptomer som hovedpine, søvnløshed og andre stresstegn, at man må gå ud fra, at der er en sammenhæng. Alene derfor bør dette arbejde forsvinde. Hvordan kan det lade sig gøre?

Følgende aktionsplan kunne foreslås:

1. den arbejdsfysiologiske forskning skal koncentrere sig om at fastsætte psyko-hy-

giejniske grænseværdier - hastighedsgrænser for tempoarbejde.

2. dårlige akkordsystemer skal afskaffes.
3. der bør opstilles nogle »anti-Taylorkrav til arbejdet. Taylor var den amerikaner, der opfandt samlebåndsteknikken ved at opdele og specialisere arbejdsprocessen. Arbejdsmiljøgruppen foreslår, at job konstrueres efter modsatte principper. Arbejdet bør tilrettelægges ud fra både psykologiske, biologiske, sociale og ikke blot tekniske hensyn. Arbejdet bør være så selvstændigt, så skabende, så varieret og så meningsfuldt som muligt. Endelig skal jobbet konstrueres i samråd med den, der skal udføre det, og hun eller han skal have indflydelse på ændringer. For at opfylde disse krav foreslås:
at man bevilger penge til forskning i, hvordan man laver jobbene mere meningsfulde. Det synes til gengæld ikke mere nødvendigt at forske for at fastslå, at monotont arbejde er skadeligt,
at der startes et omskolingsprogram for de lodere og ingeniører og andre af arbejdspladsens planlæggere, der er uddannet i forældede jobkonstruktionsmetoder,
at der ydes støtte til at omdanne de værste job, f. eks. gennem automatisering efter de foreslåede principper,
at der indgås en rammeoverenskomst mellem arbejdsmarkedets parter til fremme af jobkonstruktionen efter moderne principper.

Udstødningen

Hidtil har indsatsen mod udstødningen været koncentreret om - gennem sociale hjælpetilbud - at hjælpe den, der er udstødt eller er ved at blive det. Dette bør erstattes/suppleres med en forebyggende indsats.

Den almindelige økonomiske politik har stor betydning for udstødningen. En politik, der mindsker den åbne og skjulte arbejdsløshed, mindsker også udstødningen. Det gælder særlig, hvis man fremmer en mere selektiv økonomisk politik over for de områder, hvor udstødningen er særlig udpræget.

For at imødegå udstødningen bør

1. voksenuddannelsen, herunder arbejdsmarkedsuddannelsen, udvides betydeligt.

2. forsøgene med de erhvervsfaglige grunduddannelser udbygges. En bred grunduddannelse, som senere kan suppleres, vil gøre det lettere at skifte fra ét arbejde til et andet.
3. arbejdsformidling og erhvervsvejledning gøres mere aktiv og bliver et servicesystem også for dem, der ikke endnu er ramt af vanskeligheder.
4. arbejdsformidlingens ydelser bringes op på et niveau, hvor de kan motivere arbejdstagerne. Visse former for mobilitet bør præmieres, så det bliver andre end de svage, der omstiller sig - f. eks. de yngre i stedet for de ældre.
5. der skabes udvidet adgang til revalidering.

3. Generelle foranstaltninger

Visse foranstaltninger angår ikke enkelte arbejdsmiljøpåvirkninger eller -skader, men virker mere generelt. Hvor disse har et overvejende forebyggende sigte, vil effekten ofte indtræde noget senere og mindre åbenbar som en konsekvens af indsatsen - end det er tilfældet ved de konkrete foranstaltninger. Dette er uheldigt, fordi det gør det mere vanskeligt at overbevise om det nødvendige i generelle forebyggende tiltag. Det gælder ikke mindst de bevilgende myndigheder som med rette vil påpege at en omlægning af indsatsen fra behandling til forebyggelse vil kræve en dobbeltinvestering indtil forebyggelsen har givet sig udslag i et mindre behandlingsbehov.

Nedenfor skal kort omtales nogle generelle foranstaltninger, som i dag må anses for nødvendige for en væsentlig forbedring af arbejdsmiljøet.

Øget indflydelse på egne arbejdsvilkår

Der er flere grunde til, at dette er den måske vigtigste måde, man generelt kan forbedre arbejdsmiljøet på.

- For det første kan man bruge indflydelse som et redskab til at skabe et bedre arbejdsmiljø.
- For det andet påvirker indflydelsen - eller mangel herpå - arbejdsmiljøet på flere måder.
- For det tredje må man betragte de ansattes indflydelse som et gode i sig selv.

Man kan forbedre indflydelsen ved at gennemføre følgende:

Det nuværende splittede system - tillidsmandsordning, samarbejdsudvalg og sikkerhedsorganisation - sammensmeltes til én organisation.

Forbindelsen mellem de ansatte og deres repræsentanter må styrkes. Det betyder, at en aftale om en samarbejds- og arbejdsmiljøorganisation på virksomhederne må indeholde regler om moder i arbejdstiden mellem de ansatte og tillidsrepræsentanterne.

De emner, indflydelsen skal omfatte, skal foreligge i en sådan form, at det er muligt for tillidsrepræsentanterne at sætte sig ind i stoffet. Repræsentanterne skal samtidig uddannes, så de kan lære at forstå og overskue problemerne.

Arbejdet med at gennemføre arbejdsmiljøforbedringer skal effektiviteres, bl. a. ved, at hver virksomhed skal udarbejde en årlig plan for sit arbejdsmiljø.

Øget viden om egne arbejdsvilkår

Større indsigt i egne vilkår giver bedre mulighed for at vælge og handle rationelt. Undervisning og oplysning på alle niveauer om arbejdsmiljøproblemer er derfor fundamentalt. Men uddannelse er ikke et universal-middel. Uden økonomiske ressourcer, legale rettigheder og politisk magt er uddannelse et utilstrækkeligt middel, om end det nogle gange kan synes det eneste at sætte sin lid til på langt sigt. Uddannelse er heller ikke tilstrækkelig, hvis den blot består i en ophobning af viden. En sådan uddannelse forandrer ingenting; og uddannelse må netop ses som et middel til forandring. Den skal derfor være problem- og løsningsorienteret. En forudsætning herfor er, at den er baseret på tværfaglighed dvs., at den samler en række aspekter inden for et emneområde, der i den videnskabelige tradition er blevet splittet op på en række enkelte fagområder. Virkelighedens problemer er jo ikke opdelt efter de traditionelle fagdiscipliner. Arbejdsmiljøproblemerne er et eksempel på et sådant område.

Endelig er det vigtigt ud fra et forebyggelsessynspunkt, at arbejdsmiljøhensyn indgår i eksisterende uddannelser på linie med andre hensyn f. eks. produktionshensyn. Det gælder f. eks. om at få ingeniører, der »konstruerer« arbejdspadser og -maskiner, til at tage

hensyn til de menneskelige jobkonstruktionsprincipper, som er nævnt tidligere.

Den eksisterende orientering og undervisning om arbejdsmiljøproblemer er generelt ringe i hele uddannelsessystemet. Og den, der er, tager praktisk taget slet ikke hensyn til de krav, som er skitseret ovenfor. En meget stor opgave ligger her forude.

Øget hjælp til ændring af arbejdsvilkårene

Det er den produktion, der skaber arbejdsmiljoskaderne, der skal løse problemerne. Dette princip er også knæsat i den nye arbejdsmiljølov. Tankgangen forbliver urealistisk, hvis der ikke stilles en solid sagkyndig støtte til rådighed - suppleret med en effektiv form for kontrol.

Den nuværende støtte opfylder ikke denne fordring fordi den

- ikke sætter ind over for alle skaderne
- er organisatorisk spredt
- ikke betragter og løser problemerne i deres indbyrdes sammenhæng og
- i bedste fald har for ringe kapacitet og kun giver en uforpligtende og generel vejledning - ikke den konkrete hjælp, der er brug for.

Hvad kan man gøre ved det?

Arbejdsmiljøloven opererer med en udvidelse af støtten til virksomhederne i form af en bedriftssundhedstjeneste uden nærmere at fastlægge, hvordan den skal se ud. Der er formentlig tænkt på en organisation, som man kender det fra flere andre lande. Det vil typisk sige en tilførsel af sagkundskab - oftest overvejende medicinsk - knyttet til virksomhederne gennem ansættelse i disse og ikke sjældent, således at det er op til virksomhederne selv at tage initiativet til at få etableret en ordning. Det er da også en lignende ordning som foreslås af et udvalg bestående af arbejdsmarkedets parter og diverse sundhedspersonaleorganisationer.

En sådan bedriftssundhedstjeneste har sine fordele, omend der kan rejses en del indvendinger mod forslag fra nævnte udvalg, bl.a. at det traditionelt behandlende sundhedspersonale fuldstændig dominerer på bekostning af et teknisk og psykologisk personale med mere forebyggende opgaver. Men uanset, hvordan man udformer en bedriftssundhedstjeneste, løser det ikke de nok så alvorlige administrative problemer, der er

i forbindelse med det øvrige offentlige service- og administrationsapparat.

En administration af arbejdsmiljøets problemer må opbygges under hensyntagen til de almindelige politisk-administrative hovedsynspunkter, der ligger bag dansk administrations opbygning i dag. Disse hovedsynspunkter er

- planlægning på alle niveauer, jfr. PP II og forskellige andre offentlige betænkninger
- overgang fra statsadministration til kommunalt selvstyre, jfr. kommunalreformen
- decentralisering - sagerne skal afgøres på et niveau tæt ved den enkelte borger
- enklere administration og helhedsprincipet - dobbeltadministration skal undgås. Beslægtede opgaver skal varetages hos samme myndighed, styring og beslutning skal samles, myndighedernes geografiske funktionsområder skal være ens
- rammestyring - fra detailregulering til rammestyring
- ny byrdefordeling - for at få beslutningskompetence og økonomisk ansvar til at følges ad.

Arbejdsmarkedsadministrationen følger ikke disse tendenser. Den er en centraliseret statsadministration uden systematisk planlægning, opdelt efter emner - arbejdsformidling, arbejdstilsyn, arbejdsmarkedsuddannelse - uden indbyrdes kontakt. Arbejdstilsynet blev skabt i slutningen af forrige århundrede. Den nuværende administrative udformning stammer stort set fra 1913.

Et forsøg på at løse både det nære hjælpebehov og de administrative problemer under ét er arbejdsmiljøgruppens forslag om en regional arbejdsmiljøtjeneste. Gruppen foreslår, at opgaverne inden for arbejdsministeriets område - arbejdstilsynet, arbejdsformidlingen, en kommende bedriftssundhedstjeneste samt uddannelsesaktiviteterne - må decentraliseres og samles regionalt i ét regi under en arbejdsmiljøtjeneste, der skal styres af arbejdsmarkedsnævnene, som i øvrigt efter gruppens forslag skal have flertal af lønmodtagere.

Øget planlægning

Nogen overordnet systematisk planlægning har ikke fundet sted inden for arbejdsmiljøområdet. Arbejdsdepartementets arbejds-

kraft har været beslægtet med at udarbejde lovforslag efterhånden som folkettinget m. fl. bad om det, at stå ministeren bi i større eller mindre konkrete sager og at fungere som overinstans i bred almindelighed. De planlæggende opgaver som PP I og II, Betænkningen om planlægningen i centraladministrationen og Betænkningen om centraladministrationens organisation taler om, arbejdes der stort set kun med i forbindelse med regelforberedelse.

Mange af de egentlige problemer i arbejdsmiljøet - konkurrenceforhold, beskæftigelsespolitikken, nye materialer, maskiner og arbejdsformer osv. - ligger stort set uden for arbejdsmarkedsmyndighedernes indflydelse. Dette betyder, at en tværgående overordnet planlægning bliver vanskelig at gennemføre, men samtidig nødvendig. Indtil i

dag har man måttet indskrænke sig til at dæmme op for de skadelige følger.

Også hvad planlægningen på direktoratsniveau angår har det hidtil knebet. Indsatsen har ikke været afpasset efter en samlet vurdering af behovet, men styret dels af politisk pression - som følge af enkelt-undersøgelser, store ulykkestilfælde, kongresudtalelser el. lign. - dels af traditionen - tilsynet med dampkedler, elevatorer og trykbeholdere - og dels af interesse for særlige emneområder - støj, styren, dagslys og adgangsforhold.

Øget planlægning betyder imidlertid, at man mere sikkert når sit mål, og at skjulte motiver til ikke at nå dette mål vanskeligere vinder indpas. Øget planlægning vil derfor åbenbare en evt. faktisk mindre prioritering end de erklærede og lovfæstede.

Det er et spørgsmål om dette ønskes.

Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse ved ændringer i boligmiljøet af Ingrid Gehl

»Hvorledes kan vi ved iværksættelse af nye eller udbygning af eksisterende, generelle og specielle foranstaltninger påvirke *boligmiljøet* til fremme af befolkningens sundhed og forebyggelse af sygdom?«

Boligmiljøer i dag er særdeles forskelligartede m. h. t. boligernes bygningsmæssige standard, udstyr (f. eks. toilet, bad) og størrelse såvel som boligområdets udformning (trafik, friarealer) samt placering i forhold til funktionelle og rekreative faciliteter.

Således er der også forskellige problemer, der er dominerende m. h. t. sygdomshelbredelse og forebyggelse.

I ældre boligkvarterer i byerne og ældre boliger i landdistrikter er det fysiske miljø det mest truende i første omgang. Boligerne er ofte fugtige, mørke, små, med dårlige hygiejniske forhold. Ofte tillige særdeles ringe fri-arealer i form af små gårdum og meget få større samlede fri-arealer.

Sammenhæng mellem dårlige boligforhold, defineret v/det fysiske miljø, og øget sygelighed, er påvist gennem forskellige undersøgelser, jfr. f. eks. Vagn Christensens u. s.).

Reaktionen mod disse dårlige, mørke slumbebyggelser er udmøntet i de sidste 30-40 år gennem en række forestillinger om »lys, luft og grønne områder« - anti-tuberkulose-byggeri.

Nyere boligmiljøer, både lejet byggeri overvejende i form af etageboliger, og eget byggeri, f. eks. i form af parcelhuse, opfylder stort set disse mål. Boligerne er gennemgående store, lyse, veludstyrede; boligområdet som regel forsynet med større fri-arealer, trafikadskillelse m. m.

Denne klare forbedring m. h. t. det fysiske miljø har i mange år forledt både planlæggere og politikere (og måske i begyndelsen

beboere) til at tro, at nyere boligbyggeri har været så sygdomsforebyggende som muligt.

Nyere boligmiljøer er imidlertid karakteriseret ved en række andre forhold, der kan antages at være sygdomsprovokerende (i sammenhæng med andre samfundsbestemte faktorer). Det er overvejende psykiske og psykosomatiske lidelser, hovedsagelig betinget af det sociale og psykiske miljø i et givet område i sammenhæng med andre faktorer, såsom arbejdspladsforhold, familiesituation m. v. Det er vigtigt at understrege, at det er en ufrugtbar abstraktion at tale om boligmiljøet som sådan, og at diskutere sygdomsforebyggelse og helbredelse gennem boligmiljøet isoleret. Dette kan kun ske i en samfunds-mæssig sammenhæng.

De psykiske skader, man kan antage, at boligmiljøet kan medvirke til at fremprovokere, er depressive tilstande, øget oplevelse af isolation, af magtesløshed og fremmedhed, øget alkoholmisbrug etc. Men det må påpeges, at det er sammenhænge, det er svært at underbygge nøjagtigt med tal m. v. Man kan ikke angive faregrænser som med f. eks. støjskader.

Nogle forhold af generel karakter skal trækkes frem, der kan antages at være sygdomsfremkaldende.

1: målspecifikke miljøer.

Bo-miljøet er i høj grad adskilt fra arbejdspladserne, også fra skoler, institutioner m. v. Dvs. at bo-funktionen bliver adskilt for sig. Beboere i et område har da meget få forhold at opbygge en nærmere tilknytning til hinanden over. Familierne er små.

2: Store enheder, lav grad af beboerindflydelse.

Meget boligbyggeri bliver opført inden for nogle få år i en skala, svarende til en lille provinsby. Forretninger, skole, institutioner opføres centraliseret og skal betjene forholdsvis mange mennesker, som derved kun får et overfladisk berøringsforhold. Det vil sige, at mulighed for nære forhold og bekendtskaber er vanskeliggjort, såvel som mulighed for at påvirke og bearbejde sit og sin gruppes miljø.

- 5: Højt forarbejdningsniveau m. h. t. planlægning.

Såvel som de store enheder er betinget af økonomiske motiver, er en høj grad af planlægning og forarbejdning af detaljer. Beboerne flytter i realiteten ind i områder med særdeles få ændringsmuligheder i boligen, såvel som boligområdets arealer er detaljeret planlagt og vanskelige at ændre.

Tilsvarende disse forhold i det byggede miljø ses i de sociale strukturer tendens til forholdsvis små familier, mange familier med kun én voksen og et eller to børn. Mange familier har tilsvarende to udearbejdende voksne eller den enlige voksne som udearbejdende.

Visse befolkningsgrupper vil være mere udsatte end andre. De socio-økonomisk dårligt stillede familier, der i øvrige situationer også måtte være hårdt belastede som f. eks. på deres arbejdsplads, er også de grupper, der er nødsaget til at opholde sig i boligområdet og er meget afhængig af de kvaliteter, det kan tilbyde.

1 øvrigt er boligmiljøet meget væsentligt for de mennesker, der opholder sig den overvejende del af deres dag i boligområdet. Det vil sige børn, og især børn under skolealderen (også hvis de er på institution i området), det er hjemmegående voksne, invalidepensionister og ældre (jfr. f. eks. Værebropark-undersøgelsen, hvor man fandt, at der i skole-dagtimerne var 40 pct. tilbage i boligområdet af det samlede indbyggertal²⁾). For disse menneskers tilværelse er boligen og boligområdet både m. h. t. det fysiske og sociale miljø af meget væsentlig betydning.

Ovenfor er overvejende nævnt generelle sygdomsprovokerende forhold. Der kan også anføres mere specifikke. M. h. t. selve boligens udformning og indretning kan der mu-

ligvis være problemer omkring betonbyggeri og brug af mange syntetiske materialer i boligindretningen. Det bidrager muligvis til forøgede luftvejsinfektioner, hovedpine etc.

Desuden sker der fortsat ulykker omkring boligen, såsom ved vinduer, der er dårligt sikrede, og ved trappeskakter, hvor børnene kan falde ned m. v.

I boligområdet er trafikulykker det dominerende problem, uanset at der i mange boligområder arbejdes med forskellige former for trafikadskillelse.

Der sker især ulykker under leg, hvor børns lege- og færdselsmuligheder ikke er tilstrækkeligt sikret mod biler.

Når man skal diskutere generelle og specifikke foranstaltninger i boligmiljøet, der kan virke sygdomshelbredende og forebyggende, må man igen foretage en vis sondring mellem ældre og nyere boligmiljøer. Det er absolut væsentligt, at der sættes kraftigt ind med en forbedring (sanering) af det fysiske miljø i ældre boligmiljøer. Men det er lige så vigtigt at være opmærksom på ikke samtidig at bortsanere en række af de sociale miljøkvaliteter, der måtte være i et givet område.

De områder, hvor der forebyggende kan sættes ind, kan f. eks. afgrænses således:

- a) familie- og boligstruktur
- b) visse aldersgruppers forhold
- c) specifikke aspekter ved det fysiske miljø.

Som nævnt er boligområder i dag ofte sammensat af mindre kernefamilier og af enlige. Det er muligt gennem udformningen af det fysiske miljø at støtte dannelsen af andre gruppe-strukturer med flere fælles muligheder, med f. eks. mulighed for fælles pasning af børn, fælles spisning nu og da³⁾). Dette ville både kunne indebære en udvidelse af den lille kernefamilie og en aflastning af de funktioner, der påhviler den alene, såvel som det kan betyde et meningsfyldt tilbud til enlige.

b) En speciel opmærksomhed må vies de grupper, der er mest afhængig af boligmiljøets kvaliteter. F. eks. er det bedre for ældre (tillige samfundsøkonomisk en fordel) at forblive længst muligt i deres eget hjem frem for at komme på et plejehjem. Derfor er det af afgørende betydning, at boligmiljøet både kan tilbyde en række sociale kvaliteter samtidig med at det også kan give de ældre et sikkert boligområde (trafiksikkerhed, sik-

kerhed i boligen, let adgang til kollektive trafikmidler).

c) Specifikke problemer.

Hensigtsmæssig udformning af boligen og af boligområdet. Især det sidstnævnte er væsentligt at understrege. Gennem udformningen af boligområdet kan helt klart forskellige egenskaber prioriteres, der kan være sygdomsforebyggende. F. eks. kan bilerne bevidst holdes i en vis afstand fra boligen gennem område-disponeringen, således at cykel- og gangtrafikken får gode betingelser. Det vil helt klart motionsmæssigt set være en fordel, om man blev nødt til at færdes et stykke til fods for at komme til sin bil, såvel

som det ville give større trafiksikkerhed. At udformningen af friarealer (opholdsarealer og legearealer) er overordentlig vigtig, er indlysende, men det bliver ikke taget op specifikt her.

Det skal sluttelig understreges igen, at læger gennem deres arbejde har en enestående mulighed for at belyse forskellige sammenhænge mellem boligmiljøets udformning og forskellige lidelser, og der påhviler dem hermed også en forpligtelse til at gøre andre faggrupper såvel som politikere opmærksom herpå og bidrage aktivt i arbejdet med at opstille alternative løsningsmodeller.

Ingrid Gehl.

Litteraturliste:

- 1) Vagn Christensen: Boligforhold og bornesygelighed. Kbhvn. 1956.
- 2) Jens Schjerup Hansen og Mogens Holm: Værebros Park. SBI-byplanlægning. Kbhvn. 1972.
- 3) jvf. f. eks.: Byplan nr. 3, 1975, hvori omtales en række beboerstyrede bebyggelser og kollektiver.

I øvrigt:

Meninger og mennesker og miljø. SBI-rapport 74. Kbhvn. 1971.
Per Gregersen (red.): Sygdom i samfundet. Kbhvn. 1971.
Nordisk psykologi, 1976. Tema-nr. om boligmiljø og samfund.

Notat 133

Muligheder for at påvirke færdselssikkerheden gennem påvirkninger af trafikmiljøet

Udarbejdet i rådets sekretariat på foranledning af indenrigsministeriets prioriteringsudvalg.

Sammenfatning

Ud fra en modelbetragtning vurderes forskellige af samfundets muligheder for at påvirke færdselsuheldene og dermed belastningen på sundhedsvæsenet. Der foregår en betydelig indsats på undervisnings- og propaganda området. Det er sandsynligt, at denne indsats har en betydelig virkning på uheldstallet, men virkningen er - videnskabelig set - kun dårligt oplyst. Analyser af helbredsundersøgelsernes betydning ved føretbevisudstedelse indicerer, at de har ingen eller ringe betydning. Tanken om »ulykkesfugle« som meget betydningsfulde i det samlede uheldsbillede, finder ingen støtte i data.

Trafikmiljøet - opfattet snævert som spillet mellem trafikken og de umiddelbare omgivelser - kan påvirkes bl. a. gennem by- og trafikplanlægning. Det er *velbegrunderet at ofre energi på trafiksaneringer i byer med særlig vægt på knallerter, cykler og fodgængere*. Derimod kan ingen af de foreliggende forslag til systemer til trafiksanering fremhæves som mest værdifuldt fra et sikkerhedssynspunkt. Et vanskeligt specialproblem - knallertens indpasning i trafiksaneringsløsninger - kunne tænkes løst gennem en ændring af knallertbegrebet, hvor de store knallerter gøres til motorcykler, mens de små knallerter derefter behandles på linie med cykler. *Dette løsningsforslag anbefales.*

Det påpeges, at trafiksaneringsproblemet er tæt sammenknyttet med problemet om friarealer.

Systemmodeller til beskrivelse af trafikrisiko

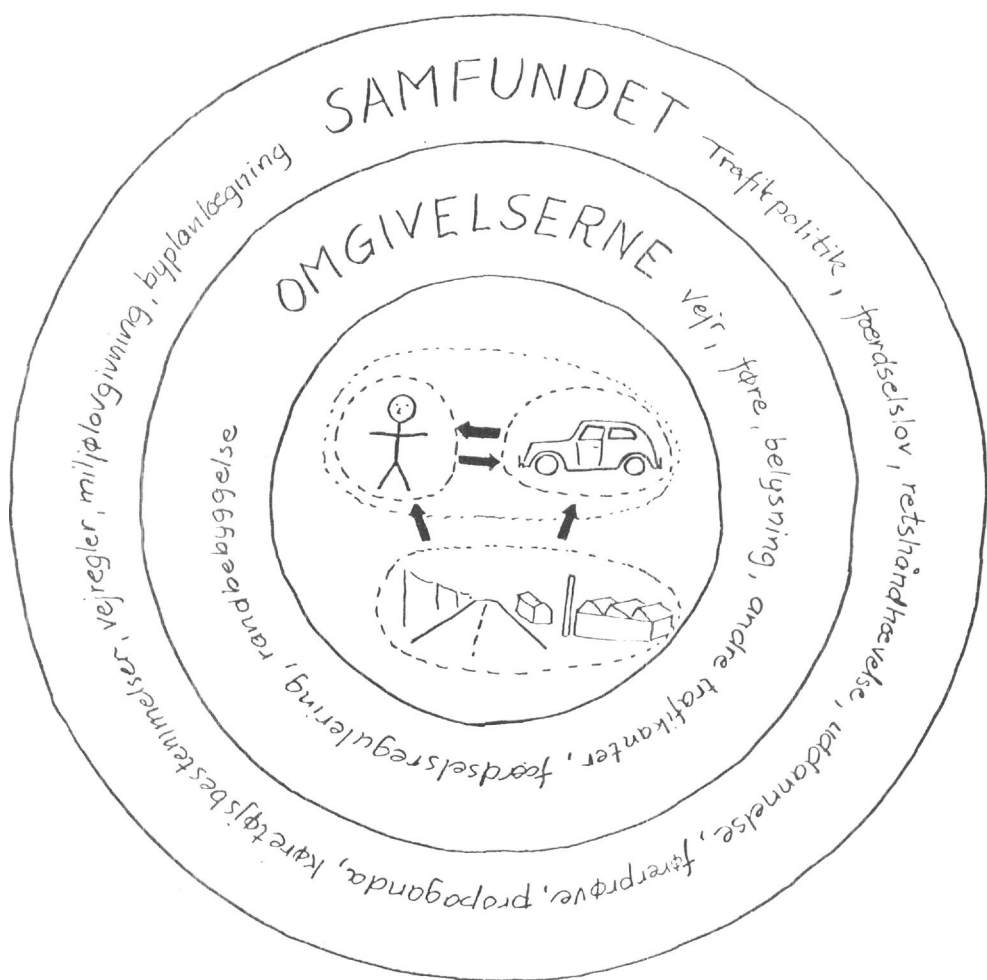
Der findes forskellige tankegange, hvorved man - rent akademisk - kan søge en analytisk model for trafikalt risiko (Litt. 1). I disse typer af modeller opfattes ulykken som

et systemsvigt og problemet i modellen er at beskrive systemet på en sådan måde, at forskellige handlingsmuligheder til afværgelse af ulykker fremtræder på en rimelig måde.

I det følgende diskuteres der ud fra en populariseret skitse til model, jfr. figuren side 152, som bl. a. har været lanceret fra svensk side. På skitsen sættes trafikant, køretøj og vej i centrum, idet man umiddelbart kan opfatte ethvert uheld som knyttet direkte til disse faktorer (retsvæsenet gør det f. eks.). Udenom anbringes - i forskellige abstraktionsniveauer - *omverdenen med dens påvirkninger i trafikken. Set på denne måde er hele figuren trafikmiljø.*

På figuren kan OMGIVELSERNE opfattes som ~ for den enkelte trafikant - givne ydre fysiske vilkår, som han ikke direkte kan påvirke. Disse forholds virkning på risikoen kan beskrives statistisk. En række af de trafikale undersøgelser, som er udført i de senere år i Danmark er af denne type (Litt. 4, 5, 12). Det fremgår f. eks. af disse, at blanding af væsensforskellige trafikarter på traditionelle gader er risikobefordrende. Det fremgår også, at vejens udformning og umiddelbare omgivelser har betydning, især randbebyggelser, som afspejler vejens benyttelse. Heri indgår trafikantsammensætning, hyppighed af krydsende bevægelser osv. Randbebyggelsen er en af de allerkræftigste enkeltparametre ved de traditionelle statistiske analyser af uheldsdata. Resultaterne af disse analyser vil først få indflydelse på uheldene efter at deres resultater er taget i betragtning i lovgivningen m. v. — i denne sammenhæng især vejlovgivning og byplanlægning.

Figurens yderste cirkel - SAMFUNDET - angiver en række muligheder, hvorved risikosituationen kan påvirkes hovedsagelig



Pilene på figuren antyder de væsentligste påvirkninger: Vejen påvirker trafikanten (visuelt) og bilen (mekanisk). Trafikant og bil påvirker indbyrdes (styring, bremsekrafter). I nogle henseender må trafikant og bil opfattes som et ergonomisk system, f. eks. ved beregning af reaktionstider.

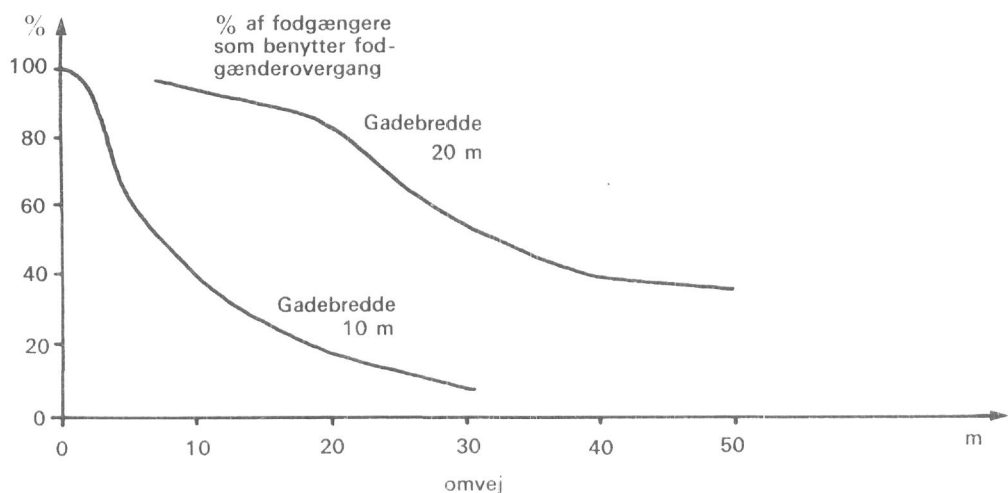
gennem love og regler. Ofte ligger disse påvirkninger på et ret abstrakt plan. Færdselsloven skal løse f. eks. konflikten mellem fodgængerer i fodgængerfeltet og den forbi-passerende bilist. Hvis dette skal virke, kræves der dels, at loven faktisk giver tilstrækkeligt klare (praktisk brugbare) anvisninger, at disse kendes og opfattes ens af begge parter, og at den konkrete situation opfattes og reglen faktisk efterleves. På tilsvarende måde gælder, at hvis en bebyggelsesplan med separate stisystemer til cykler og fodgængere ikke udnyttes af trafikanterne som

forudsat ved tegnebordet, kan virkningerne blive ganske tvivlsomme.

Som eksempler på »uhensigtsmæssige« trafikantreaktioner skal anføres dels 'en svensk og dels en dansk observation.

Det svenske eksempel (Litt. 8) viser observationer af fodgængeres tilbøjelighed til at acceptere en omvej for at kunne krydse gaden i en ikke-lysreguleret fodgængerovergang. Som man ser er ved smalle gader selv meget små omveje betydningsfulde.

Det danske eksempel viser resultatet af tællinger af benyttelsen af to fodgængertun-



Kilde : litt. 8

neler på Østerbrogade i København. Tunnellerne er beliggende med ca. 1 km's mellemrum under i øvrigt ret ens trafikale omstændigheder. Tunnellen ved Koldinggade er dog noget længere end Zionsgade-tunnellen p. g. a., at den har måttet anlægges skråt i forhold til Østerbrogade. Ved Zionsgade ligger tunnellen praktisk i forhold til naturlige gangruter bl. a. for skolebørn. Man bemærker, at udnyttelsen af tunnellerne ikke er tilfredsstillende, men klart bedst ved Zionsgade. Interessant er også, at born tilsynela-

dende opfører sig mere »rationelt« end voksne i modsætning til, hvad der ofte hævdes.

Set i dette lys bliver uddannelsen af trafikanter på alle alderstrin et virkemiddel i trafikmiljøet. Også på dette felt findes undersøgelser af virkningerne af indsatsen, omend næppe i det omfang, som indsatsens størrelse kunne retfærdiggøre (Litt. 10 og 11).

Et spørgsmål, som kunne synes særligt interessant for sundhedsvæsenet, var forerproverne og herunder de tilknyttede helbreds-

Fodgængere i og ovenpå tunneller. ØSTERBROGADE

Ved KOLDINGGADE

	Børn		Voksne		I alt	
		%		%		%
I tunnel	111	71	420	33	531	37
Ovenpå tunnel	46	29	852	67	898	63
I alt	157	100	1.272	100	1.429	100

Ved ZIONSGADE

	Børn		Voksne		I alt	
		%		%		%
I tunnel	412	95	340	70	752	82
Ovenpå tunnel	22	5	144	30	166	18
I alt	434	100	484	100	918	100

Kilde: Rådet for Trafiksikkerhedsforskning.

undersøgelser. Værdien af disse er vurderet i Norge (Litt: 2). Hovedresultatet er for det første, at en almindelig gentagelse af førerprøverne med 5 eller 10 års interval næppe kan tilskrives større betydning i færdselssikkerhedsarbejdet. Specielt om de medicinske kontroller siges det i rapporten:

»Som konklusjon vil vi hevde at ulykkesforskningen ikke gir grunnlag for å påstå at periodiske medisinske kontroller av alle bilførere er nødvendig av hensyn til sikkerheten. Slike kontroller kan heller ikke nyttes til å skille mellom mer og mindre sikre bilførere annet enn i ekstreme sykdomstilfelle. Kontroll av syn og horsel er av teoretiske grunner ansett for å være så viktig at et eget undersøkelsesopplegg er skissert, basert utelukkende på de krav som idag stilles til førstegangsproven og som vi ikke har funnet gode grunner til å foreslå endret.«

Hvor ulogisk det end måtte forekomme, at en helbredsattest, som »garanterer« den helbredstilstand, som er en legal forudsætning for retten til at føre bil, har gyldighed i årtier, så er det altså ikke umiddelbart muligt at dokumentere nytten af fornyelser af attesten.

Anvendelse af særlige metoder til at udskille specielt uegnede trafikanter (»ulykkesfugle«) regnes almindeligvis ikke for nogen meget frugtbar vej til nedbringelse af de samlede uheldstal. men den forsøges dog i et vist omfang, bl. a. i Tyskland. Der foretages således af »Technischer Überwachungs-Verein« i Rheinland und Niedersachsen årligt prøver af psykologisk art samt koreprover med ca. 15.000 personer om hvem det af en eller anden grund (f. eks. indblanding i uheld) anses for særligt påkrævet. Prøverne har hjemmel i færdselsloven. Antallet af sådanne prøver er kun en brøkdel af samtlige førerbevisprøver, dvs. det er langt fra en prøve, som almenheden må underkaste sig. Til belysning af ulykkesfugleproblemet i Danmark kan nævnes, at for en 18 mdr. periode, hvor ea. 45.000 fodgængere eller førere af køretøjer var impliceret i politirapporterede uheld, var der ca. 550, som var impliceret i 2 uheld, 12 i 3 uheld og 1 i 4 uheld.

Effektiviteten af TÜV-proverne som forudsigelsesgrundlag undersøges på forskellig måde. I en opgørelse vedr. 1.708 personer med gentagne lovovertrædelser eller uheld.

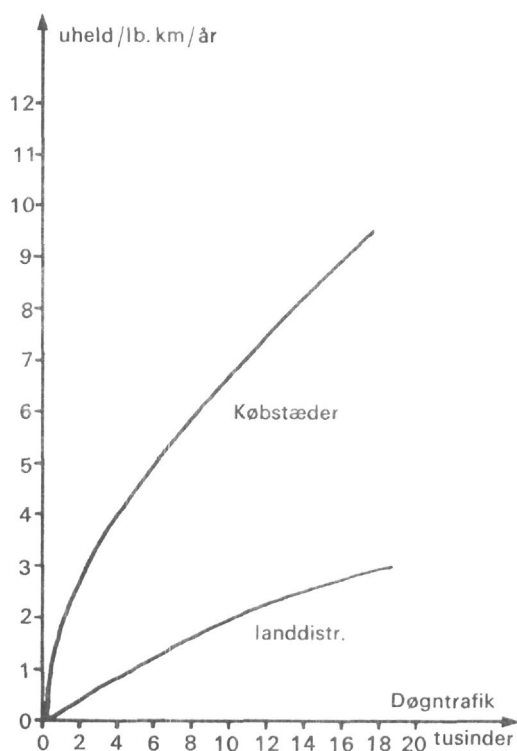
blev 164 ved prøven anset for egnede. Blandt disse havde 54 pct. tilbagefald (Litt. 7).

Sammenfattende kan om de adfærdspåvirkninger, som sker gennem færdselslov og gennem uddannelse/propaganda siges, at der arbejdes temmelig meget på begge felter, men at det efter gennemførelse af generelle hastighedsgrænser samt obligatorisk brug af sikkerhedssele og styrthjelm er vanskeligt at pege på enkelte foranstaltninger med sandsynlighed for stor virkning på det samlede uheldstal.

Trafikmiljø i snæver betydning

I det følgende diskuteres spørgsmål med relation til trafikmiljø i mere snæver betydning, dvs. de forhold som i nedenstående figur er omgivelserne og mulighederne for at påvirke disse forhold i trafik- og byplanlægningen.

Uheldstætheder ior 2-sporede veje, Kilde: litt. 12.



I denne sammenhæng er byernes forhold mest interessant p. g. a. den langt højere uheldstæthed, jfr. figuren.

For 5-10 år siden var der udbredt enighed blandt planlæggere om, at man burde stræbe mod *en gennemgribende klassificering af vejnettet* efter dets trafikale funktion og *en fuldstændig separering af motortrafikken fra cykler og fodgængere* både i nye byområder og i eksisterende byer. Disse to begreber kaldes tilsammen *vejnettets differentiering*.

Disse ideer er først gennemført i fuld skala i de »nye byer«, som er opført i England i efterkrigsårene. Der er næppe tvivl om, at man her har opnået uheldsfrekvenser, som er væsentligt lavere end hvad der kendes i eksisterende byer, og at disse forskelle i høj grad kan henføres til det differentierede system. En række af de nyere byanlæg i Danmark (Albertslund, Køge Bugt byerne) har også anvendt disse ideer. Den almindelige opfattelse er stadig, at ved nye byanlæg er det nærliggende at anvende disse ideer ud fra en sikkerhedsbetragtning. Enkelte kritiske røster har rejst sig, hovedsagelig mod anvendelsen af regelret differentiering helt ned i boligvejssystemet, idet man hævder, at de formelle krav til vejens funktion ikke svarer til den reelle anvendelse, idet de lette trafikanter (børn, cyklister, fodgængere) anvender bilvejssystemet. Differentieringen er derfor en fiktion i det laveste niveau. Derimod synes der at være udbredt enighed om, at vejnettets differentiering bør opretholdes i den »tunge« ende af nettet, dvs. på de egentligt trafikbærende veje.

Som nævnt mente de fleste planlæggere for nogle år siden, at disse ideer også burde anvendes ved trafiksanering i eksisterende byer. I dag står meningene langt mere nuancerede. Man kunne hævde, at dette bl. a. skyldes, at en række planlæggere i deres arbejde er blevet kastet ud i de praktiske vanskeligheder ved at gennemføre et teoretisk idealiseret system i eksisterende byområder.

Et interessant træk i diskussionerne er, at mens den politiske interesse i høj grad centrerer om boligveje, hvor der er ønsker om en lang række bekostelige og trafikalt »radikale« foranstaltninger (vejlukninger, »bump«, separate stier, stitunneller m. v.) så er det typiske billede, at uheldene i overordentlig høj grad er koncentreret på trafikvejene og kun relativt få på stamvej/bolig-

vejnettet. Der synes således at være et misforhold mellem oplevet og faktisk risiko på boligvejene i forhold til trafikvejene. Et andet udtryk for dette forhold er den stærke interesse for sikring af skolevejene. Selv om grundige undersøgelser på danske data endnu savnes, tyder meget på, at *det dominerende træk i boms uheld i trafikken er uheld uden for skoletiden (leg efter skoletid) og uheld på helligdage og feriedage*. Det forhold, at skolevejene synes at være relativt sikre, et forhold som også kendes i engelske og østrigske materialer, må formentlig ses som en konsekvens af den stærke politiske interesse for sikring af skolevejene, hvor mange lokale bestræbelser sandsynligvis har virket godt. Også i skoletrafikken er der formentlig et misforhold mellem oplevet og faktisk risiko.

Argumenterne imod en for stram anvendelse af trafikdifferentieringsprincipperne i eksisterende byområder kan opregnes f. eks. således:

1. Det forekommer urimeligt at foretage en *klassificering af helt ensartede gader*, så nogle bliver udnævnt til trafikbærende, mens andre bliver fredeliggjort, hvis der ikke kan påvises sikre nettogevinster derved.
2. Omfattende anvendelser af vejlukninger i boligområder - som normalt ikke har væsentlig uvedkommende trafik - medfører en hel del *omvejskørsel på boligvejene*, hvilket principielt er *et onde både sikkerhedsmæssigt og forureningsmæssigt*. Det er principielt ønskeligt at lede biltrafikken så direkte som muligt ud til det trafikbærende net.
3. Det er i praksis; næppe muligt at gennemføre en streng separering mellem biltrafik og de lette trafikarter på eksisterende gader, således at der skabes et egentligt bilfrit net.

Disse synspunkter fører til en anden tankegang om samspillet motortrafik/let trafik. Det må være ønskeligt at lede motortrafikken så direkte som muligt ud i det trafikbærende net men *dette må ske ad boligvejene*. Det medfører den betragtning, at motortrafikken er accepteret på boligvejene forudsat, at den *færdes på betingelser, som er givet af*

den lette trafik. Man taler om en *integrering af trafikarterne i modsætning til differentieringen*.

Imidlertid må integreringstanken kræve reguleringsformer for motortrafikken som effektivt sikrer lave hastigheder, specielt på kritiske punkter i nettet. Det er muligt, at der hertil vil kræves ændringer i kompetencefordelingen, politi/vejmyndighed, idet vejtekniske foranstaltninger formentlig er mere effektive end forbud eller påbud, der alene tilkendegives ved afmærkning.

Fuld-skala løsninger efter disse tankegange er udført flere steder. Størst opmærksomhed har løsninger fra Holland vakt (Couda, Delft, Alkmaar). Disse løsninger har på en række punkter forudsætninger i hollandsk tradition. Det, som kommer nærmest på dansk grund i dag er »Fiolstræde«-løsninger, men her er forudsætningerne helt anderledes, da der er tale om et centerområde i en storby.

En væsentlig årsag til den store interesse for denne type af løsninger er, at den rummer betydelige muligheder for udnyttelse af gadearealet til opholdsformål under rimeligt sikre betingelser.

Der foreligger endnu ikke uheldsanalyser, hvoraf man kan drage slutninger om de sikkerhedsmæssige konsekvenser af »integre-rede« løsninger. Løsninger efter hollandsk monster er tilsyneladende også ganske kostbare at gennemføre.

Man ledes derfor let til - hvis hovedinteressen ligger på trafiksikkerhed - at anvende endnu mere enkle trafikreguleringer, som hovedsagelig baseres på kendte virkemidler inden for de gældende love - og regelsystemer men baseret på en detaljeret og konkret analyse af de faktisk konstaterede færdselsuheld. Man får derved »skrædersyede« foranstaltninger uden langsigtede byplanperspektiver men måske med relativt gode chancer for virkning på uheldene. Den igangværende trafiksanering på Østerbro i København er af denne type. Den er blevet kritiseret for ikke at sigte på mere vidtgående konsekvenser i boligmiljøet men hovedsagelig på trafiksikkerheden.

Emner for særlig indsats

Hvis der inden for trafikmiljøet i snæver forstand skal peges på emner, som synes modne for initiativer til uheldsbekæmpelse, er fol-

gende tre forhold af væsentlig betydning som forudsætninger:

1. De strukturændringer i uheldsbilledet, der kan imødeses som følge af hastighedsbegrænsninger og sikkerhedsselelovgivning, er i særlig grad til fordel for bilisterne.
2. De lette trafikarter (knallerter, cykler og fodgængere) og deres uheld er i særlig grad byfænomener.
3. Der vil i de nærmeste år ikke blive økonomisk mulighed for storstilet investering i en ombygning af vore byer med en klart gennemført differentiering af vejnettet og hovedfærdselsårer af høj sikkerhedsmæssig kvalitet.

Hovedvægten i en indsats til reduktion af færdselsuheldene kunne derfor med megen rimelighed koncentreres om de lette trafikarter i byområderne. Da store områder i vore byer vil være i det væsentlige uændrede i årtier (og da nye byområder uden større vanskeligheder kan anlægges med hensyntagen til sikkerhedsbetragtninger) *må interessen koncentreres om trafiksaneringer under særligt hensyn til de lette trafikarter.*

Der foreligger ikke sikre erfaringer, som gør det muligt at pege på bestemte af de førnævnte tankegange for trafiksaneringer som bedst, set fra et sikkerhedssynspunkt. Det kan meget vel tænkes, at *sikkerhedsniveauet ikke afgøres af systemtankegangen. Færdselssikkerhed — set i trafikmiljøsammenhæng — er ofte et spørgsmål om rigtige detaljøsninger.*

Uanset hvilke systemer der vælges vil en lang række traditionelle problemer bestå: udformning af gadekryds eller placering af særlige faciliteter — f. eks. fodgængertunneller og fodgængerovergange. Hidtidige erfaringer viser som nævnt stor utilbøjelighed hos fodgængere til at gå omveje for at acceptere sikkerhedstilbud.

Konklusionen af disse - stærkt forkortede — overvejelser er, at set fra et færdselssikkerhedssynspunkt må enhver systemløsning følges op med rigtige detaljøsninger. *Intet system har sikkerhed for succes. Heraf følger, at andre miljøhensyn bør have afgørende indflydelse på løsningerne i hovedtræk, når blot detaljerne respekterer sikkerhedshensynene.*

Det er meget tænkeligt, at dette synspunkt

må forlades, når et større erfaringsmateriale er tilgængeligt, men der synes ikke i øjeblikket at være videnskabelig dækning for at udelukke eller fremhæve bestemte tankegange set fra et sikkerhedssynspunkt.

I de trafiksaneringsforslag, som foreligger, er der *et særligt problem, som forekommer uløst: knallerternes indplacering i systemet.* Det må erkendes, at det er vanskeligt at indpasse knallerterne i trafiksaneringsløsninger. Flere forslag forbigår i realiteten problemet.

Ikke desto mindre er risikoen ved knallertkørsel høj pr. kørt kilometer - langt højere end på cykel - og den enkelte knallertkører tilbagelægger langt flere kilometer end en cyklist normalt gør. Det betyder, at den samlede risiko bæres af en forholdsvis lille gruppe af trafikanter.

Problemet størrelse illustreres f. eks. ved, at i et københavnsk forstadsområde udgør tilskadekomne knallertførere mere end 25 pct. af alle politirapporterede personskader i årene 1970-75, og da de sandsynligvis er mere underrepræsenteret end bilistskader er der tale om et problem, hvor en indsats kunne tænkes at have betydelige konsekvenser for hospitalsbelastningen. Problemet skulle reduceres noget gennem styrthjælms-

lovgivningen, men størstedelen af de meget langvarige behandlinger (benskader) påvirkes ikke.

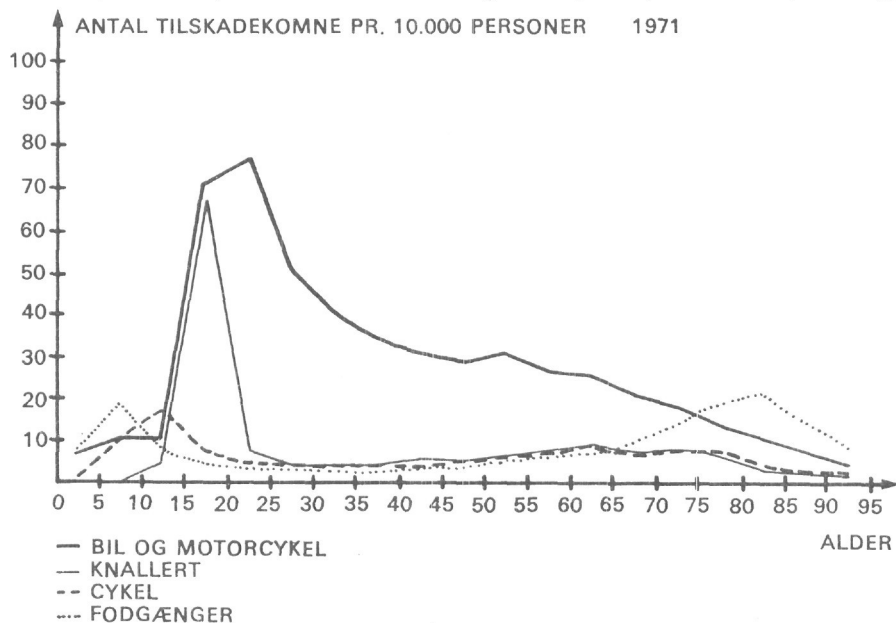
Knallertproblemerne kompliceres af helt elementære forholdt som f. eks. de betydelige vanskeligheder ved at håndhæve de tekniske bestemmelser om max. tilladt hastighed. Heller ikke spørgsmålet, om det er bedst at have knallerterne placeret på cykelstierne i byområder, synes klart besvaret.

Det er karakteristisk, at kun få ønsker knallerttrafik tilladt på stier i boligområder bl. a. af hensyn til støjen. På den anden side har netop denne trafikart et betydeligt behov for beskyttelse.

Selv om det ikke foreligger dokumenteret, er det en almindelig opfattelse, at risikoen i ikke ringe grad har forbindelse med 15-17 åriges muligheder for at køre på de store knallerter, som i realiteten er lette motorcykler. Der foreligger et forslag (Litt. 9), som går ud på at omdefinere knallertbegrebet, således at knallerten i realiteten bliver en cykel med hjælpemotor uden mulighed for ved »tuning« at kunne bringes til at køre virkeligt hurtigt, mens de nuværende store knallerter betragtes som motorcykler.

Set fra et trafiksikkerhedssynspunkt forekommer denne løsning på et næsten uløseligt

Gennemsnitlig uheldsrisiko for 5-års aldersgrupper opgjort på grundlag af den officielle statistik (Materiale fra Danmarks Statistik og Rådet for trafiksikkerhedsforskning).



Kilde : litt. 3.

problem at være et forsøg værd. Man imødekommer herved stadig de legitime behov for motoriseret transport hos de 15-17 årige uden at de udsættes for urimelig risiko. *Samtidig åbner man for trafiksystemløsninger, hvor knallerter med rimelighed kan behandles som cykler.*

En teoretisk beregning af gevinster i personskader ved denne løsning er ikke mulig, idet man ikke kan forudse, i hvor høj grad knallertrafikken vil ændre karakter.

Problemerne ved denne løsning er dels af miljømæssig dels af sociologisk art: Vil de »nye« knallerter alligevel ikke kunne accepteres som cykler i separate stisystemer? Udfylder den »gamle« knallerter en funktion som bindeled mellem unge i visse aldersgrupper? Opfylder den et behov for risikobelastet adfærd, som ellers vil blive opfyldt gennem anden - og måske farligere - risikabel adfærd? Synspunktet om risikobelastet trafikadfærd som en særlig behovstilfredsstillelse er nærmere begrundet sociologisk (litt. 6).

Mens knallerterne næppe betragtes som »de svage« i trafikken, kan denne betegnelse med større ret benyttes om børn og gamle.

Figuren side 137 illustrerer det forhold, at de yngste trafikanter af en vis art har en højere risiko end deres ældre kolleger. Denne tendens, som er internationalt kendt, fortolkes ofte som illustration af et indlærings-

problem: statistisk »koster« det noget at lære at færdes, hvadenten man er fodgænger, cyklist eller bilist.

Hvis denne fortolkning er i hovedsagen rigtig, vil trafiksaneringsløsninger ikke påvirke puklerne på figuren (men muligvis hele niveauet). Man kunne naturligvis tænke på foranstaltninger med særlig relation til børn, f. eks. en særlig sikring af skolevejene. På dette punkt synes — som før nævnt - meget allerede gjort.

Hvis det er rigtigt, at uheld med børn i særlig grad sker under leg eller ophold på gader og veje, men ikke i egentlig trafik, *peger dette på nytten af at kunne anvende gadearealer som opholdsarealer under rimeligt sikre omstændigheder.* (Hvorvidt også ældre fodgængere ofte udsættes for uheld på gader under ophold uden trafikalt formål vides ikke). Ejendommeligt nok kan ønsket om gader og veje som friarealer ikke benyttes til at skelne mellem differentierede og integrerede systemer. Begge systemer tillader ophold i et vist omfang, men forkert brug af et differentieret system skaber måske lige så stor risiko som den »kontrollerede« blanding af stærke og svage parter i et integreret system.

Konklusionen af disse betragtninger er, at *friarealproblemet er tæt sammenknyttet med trafiksaneringsproblemet.*

Litteraturliste:

1. Asmussen, E.: Transportation Research in General and Travellers Decision Making in Particular as a Tool for Transportation Management. OECD Symposium: Road User Perception and Decision Making, Rome 1972.
2. Christensen, P. m. fl.: Fornyet førerprøve som virkemiddel i trafiksikkerhedsarbejdet. TØI, Oslo 1974.
3. Hvidtfeldt, H. & Sterner, J.: Trafikuheld og trafikmiljø i boligområder. SBI byplanlægning 23, 1974.
4. Jørgensen og Rabani: Cykelstiers betydning for færdselssikkerheden. RfT rapport 1, 1969.
5. Jørgensen og Rabani: Fodgængeres sikkerhed i og ved fodgængerovergange. RfT rapport 7, 1971.
6. Klein, D.: The Influence of Societal Values on Rates of Death and Injury. Journal of Safety Research. March 1971.
7. Kroj, G.: Erfaringer med psykologisk-medicinske egnethedstest af motorførere i Vesttyskland. Foredrag ved Rådet for større Færdselssikkerheds årsmøde 1976.
8. Lövmemark, O.: Teori om gångtrafik och gångtrafiksystem SCAFT 11:3, 11:6. 1964.

9. Nordisk Trafiksikkerhedsråd: Motorcyklar och mopeder - trafiksäkerhet **och** konstruktion.
Rapport 15, Stockholm 1975.
10. OECD: Young Driver Accidents. Paris 1975.
11. Schioldberg, P.: Barn, Trafikk og trafikkopplæring.
En analyse av »Barnas Trafikklubb«. Oslo 1974.
12. Thorson, O. og Mouritsen, I.: Den koordinerede uheldsstatistik 1962-1966.
RfT rapport 6, København 1971.

Sygdomsforebyggelse ved ændringer i vort omgivende miljø af overlæge Jens Steensberg, Miljøstyrelsen

Det gælder i vore dage ligesåvel som i oldtiden, da de Hippokratiske skrifter blev udformet, at lægen må have forståelse for virkningen på mennesket af kræfter i vore omgivelser, for at kunne gennemføre en effektiv sygdomsbehandling. Lægen må også undervise patienten i hensigtsmæssig og hygiejnisk levevis, som kan formindske risikoen for optræden af sygdom. Sygdom kan ikke forstås eller med held bringes under kontrol, uden at mennesket betragtes i sit totale miljø.

I det følgende gives nogle eksempler på fysiske faktorer i vore omgivelser, der er af betydning for sygdom og sundhedstilstand, idet man dog ikke går ind på forhold i bolig-miljøet eller arbejdsmiljøet. Der foreslås en samlet indsats gennem produktvurdering og -kontrol mod de utallige især kemiske påvirkninger, mennesket i dag udsættes for, og som må anses for at være af betydning især for vor tids »epidemier« af cancersygdomme.

Forureningsbekæmpelsen i dag

I sidste del af 1960'erne oplevede man i de vestlige industrialiserede lande en stærkt øget interesse for bekæmpelse af forureningen af vore ydre omgivelser. Dette førte til betydelige økonomiske investeringer, og opbygning af både centrale og lokale administrationer med forureningsbekæmpelse som hovedformål. I Danmark har miljøstyrelsen samt kommuner og amtskommuner, som på lokalt plan har fået overdraget de tidligere sundhedskommissioners funktioner, herigennem fået en væsentlig sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende funktion. Formålet med miljøbeskyttelseslovgivningen er først og fremmest beskyttelse af menneskene, selv om der også sigtes mod bevarelse af et alsidigt dyre- og planteliv.

I 1800-årene var det først og fremmest epidemierne af smitsomme sygdomme, der satte skub i forbedringen af de hygiejniske forhold. I dag hvor disse lidelser spiller en meget mindre rolle, må vi ikke glemme nødvendigheden af en stadig indsats for at sikre betryggende sanitære forhold, først og fremmest vandforsyning og bortskaffelse af spildevand og affald.

I dagens Danmark er bakteriel forurening af drikkevand leveret fra fællesvandværker et sjældent fænomen, der næsten aldrig medfører sygdomstilfælde. Risikoen for optræden af smittekim i vandværksvand er dog stadig et potentielt betydningsfuldt spørgsmål her i landet. Derimod lader vandforsyningsstandarden i landdistrikterne meget tilbage at ønske. Desuden knytter der sig stigende sundhedsmæssig interesse til en række fysisk/kemiske faktorer i drikkevandet. Som eksempel kan nævnes nitratindholdet i drikkevandet, som hos os meget sjældent giver anledning til optræden af en methæmoglobinæmi hos spædbørn. Nitratindholdet vil dog nok få større interesse i takt med cancerforskernes stigende interesse for indtagelsen af nitrat og nitrit, der i tarmkanalen kan omdannes til nitrosaminer. Et andet eksempel: Man kan endnu ikke forklare, hvorfor dødeligheden af hjerte- og karsygdomme normalt er lavere i områder med hårdt vand. Det er uklart, om der er tale om en »gift«-faktor eller mangelfaktor i det bløde vand, eller om der findes en beskyttende faktor i det hårde vand.

Det traditionelle miljøbeskyttelsesarbejde retter sig ikke blot mod vandforureningen, men også mod luftforureningen. Luftforureningen i vore ydre omgivelser må fra lægelig side helt naturligt ses på baggrund af den mest passive form for luftforurening, som menneskene selv påfører sig, nemlig tobaks-

rygningen. Tobaksrygningen og luftforurening på arbejdspladserne er af langt større betydning end luftforureningen i indemiljøet. Det bør dog ikke være et argument for at undlade en indsats over for den eksterne luftforurening, der også har sundhedsmæssig betydning. Det har hidtil været vanskeligt at sætte ind over for den sundhedsskadelige påvirkning, som tobaksrygeren påfører sig selv, men man må i stigende grad bekæmpe tobaksrygning i offentlige trafikmidler, mødelokaler og andre steder, hvor mange mennesker samles.

Støjproblemet er i dag et alvorligt sundhedsproblem. Vi må derfor både reducere støjniveauet og nedsætte varigheden af støjpåvirkningen. Det er blevet hævdet, at omkring en femtedel af befolkningen er særlig støjfølsom og ikke i tilstrækkelig grad beskyttes af de eksisterende støjbegrænsende foranstaltninger. Specielt trafikstøjen er en belastning for et stort antal mennesker, og danske undersøgelser tyder på, at der her i landet er tusinder af mennesker, som i deres boliger udsættes for lyde, der er sundhedsfarlige. Støjbelastningen synes at være særlig stor for en i forvejen socialt set udsat befolkningsgruppe med ringe tolerans. Støjen kan her blive en yderligere faktor, der medvirker til, at individet ikke fungerer tilfredsstillende.

Det må huskes, at den forureningsbekæmpende indsats ikke skal baseres på, at der er tale om egentlig sundhedsfare for mennesker, før der skrides ind. Livskvalitet i bredere forstand har fået stigende interesse, og problemer som ilde lugt, forureningsdis, unødigt støj m. v. må i det mindste antages at have mentalhygiejnisk betydning. Med den spinkle viden man endnu har om årsagssammenhænge - ikke mindst kombinationsvirkningen af flere forskellige samtidige påvirkninger af organismen - må man endogså kunne antage, at befolkningens reaktioner på ulemper og gener er signaler fra vort biologiske »early warning system«. De kommende årtiers forskning vil formentlig vise os, at vi bør tage disse reaktioner alvorligt, ikke blot i psykisk men også i somatisk henseende.

Kontrollen med kemiske stoffer

Den forureningsbekæmpelse, vi kender i dag, er overvejende orienteret mod forebyg-

gelse og bekæmpelse af luftforurening af »medierne«: Vand, jord, luft samt støjpåvirkning. Indsatsen retter sig derved både mod den mikrobielle forurening og en række kemiske og fysiske påvirkninger af både mennesker og miljø.

Denne angrebsvinkel er dog ikke tilstrækkelig til at sikre mennesket mod påvirkning med de utallige kemiske stoffer, der i stigende grad produceres og anvendes i det industrialiserede samfund. Der må også sættes specifikt ind mod de produkter, som vi kommer i kontakt med.

Hjerte- og karsygdommene dominerer i stigende grad som dødsårsag, og næsten en fjerdedel af alle dødsfald skyldes i dag kræftsygdomme. Det forhold, at kræftlidelserne især optræder i de ældre aldersklasser, er nok medvirkende til lægernes mere resigerede holdning over for denne sygdomsgruppe, der kan siges at hærge vore samfund på samme måde som i tidligere tid epidemierne af smitsomme sygdomme. Vi tolererer her sygdomsrisici, som man aldrig ville acceptere, hvis det drejede sig om tuberkulose eller difteri. En stor del af disse cancertilfælde synes at have direkte relation til forskellige overvejende kemiske miljøfaktorer.

I 1800-årene var det især offentlige sundhedsmyndigheders opgave at kontrollere udbredelsen af smitsomme sygdomme gennem miljøhygiejniske foranstaltninger. Efterhånden som man fik kendskab til mikroorganismerne som ansvarlige for specifikke sygdomme, blev vejen åbnet for en mere rationel og specifik kontrol med infektionssygdommene. I industrilandene er tidligere tiders fremherskende mikrobiologiske forureningsproblemer i betydelig grad erstattet af de kemiske påvirkninger af organismen.

Sundheds- og miljømyndighederne må nu orientere deres indsats mere mod cancersygdomme og hjerte-karlidelser. Vi ved endnu for lidt om hvilke specifikke faktorer, der er af betydning for disse sygdommes opståen. Vi har dog tilstrækkeligt begrundede antagelser om, at de mange kemiske og fysiske påvirkninger af organismen er af afgørende betydning specielt for cancersygdommens opståen. Dette kan begrunde en indsats, især mod de kemiske stoffer, som vi ved kontakt med et utal af produkter udsættes for i hverdagen, som supplement til den nuværende indsats mod forureningen af vand, jord og luft.

Immunologien vil formentlig i løbet af de kommende årtier føre til et afgørende gennembrud i cancerforskningen (f. eks. med udvikling af specifikke vaccinationer), og derved give mulighed for en mere rationel kontrol med cancersygdommene. Til den tid vil man sikkert retrospektivt kunne se, at det var rigtigt, at vi alligevel i 1970'erne strammede grebet om de kemiske påvirkninger af menneskene, gennem en intensiveret produktkontrol. Heller ikke når det gælder vor tids folkesygdomme kan vi regne med, at enkeltfaktorer forklarer sygdommenes opståen. På langt sigt vil derfor eliminering af en række kemiske og fysiske påvirkninger af organismen være en hensigtsmæssig sygdomsforebyggende indsats, fordi sygdommene opstår ved et samspil mellem flere forskellige risikofaktorer.

Erfaringerne fra forrige og begyndelsen af dette århundrede viser, at forbedringen af levevilkårene i form af højere levestandard, bedre boligforhold og generel forbedring af de sanitære forhold betingede et fald i dødeligheden af smitsomme sygdomme. Vi må på samme måde forestille os, at en mere uspecifik indsats i dag over for de kemiske og fysiske belastninger af organismen, vil have en betydningsfuld sygdomsforebyggende effekt, selv om vi senere ved mere specifikke indgreb bliver i stand til at kontrollere cancersygdomme og hjerte/karlidelser. Ligesom den generelle indsats over for forureningen var en mærkesag i slutningen af 1960'erne, bør indsatsen over for de kemiske påvirkninger af menneskene gennem produktvurdering og kontrol blive en central sygdomsforebyggende opgave i sidste del af 1970'erne.

Når vi over for befolkning og politikere skal begrunde nødvendigheden af denne indsats, må vi erkende, at vi ikke kan komme med uigendrivelige beviser for årsagssammenhænge mellem givne påvirkninger og opståen af specifikke sygdomme. Det er en uoverkommelig opgave med den tilgængelige forskningskapacitet at skaffe videnskabeligt

set holdbare beviser bortset fra i enkelte tilfælde. Vi er derfor nødt til ud fra vor nuværende viden at opstille begrundede antagelser om årsagssammenhængene - specielt under hensyn til den helt ufuldstændige viden om den samtidige indvirkning af flere kemiske og fysiske miljøfaktorer på mennesket. Det må da i sidste instans bero på en politisk vurdering, hvor langt vi kan gå i denne form for sygdomsforebyggelse - i hvor høj grad vi har råd til at tage konsekvensen af de videnskabeligt begrundede antagelser om sammenhængene, under hensyn til de sociale og økonomiske interesser samfundet i øvrigt har i mange potentielt sundhedsfarlige aktiviteter.

Vi har i Danmark en række forskellige lovbestemmelser, som nok rent juridisk nogenlunde giver hjemmel til at regulere dette område. Opgaven er imidlertid så omfattende og kræver så betydelige laboratoriemæssige, tekniske og administrative ressourcer, at den må angribes på en mere samlet og konstruktiv måde, sådan som vi omkring 1970 tog stilling til miljøforureningsproblemerne i bred forstand.

Kort sagt drejer det sig om at sikre kontrollen med de industrielle produkters fremstilling, distribution, anvendelse og bortskaffelse, for at forebygge umiddelbare og langfristede skadevirkninger på mennesker, husdyr og miljø. Med de langfristede virkninger må man foruden cancerogen virkning tænke på risikoen for foster misdannelser, ændringer af arveanlæggene og de toksiske virkninger på vor økologiske balance i videre forstand.

På internationalt plan foregår der allerede en række nyttige aktiviteter under ledeordet »produktkontrol«. Problemet angribes dog heller ikke dér i alle tilfælde tilstrækkeligt konstruktivt og med forståelse af, at de industrialiserede lande her står over for en af de mest centrale sygdomsforebyggende opgaver i de nærmeste årtier.

Rapport fra projektgruppe 5 om hjerte-karsygdomme og indstilling om deres forebyggelse

Forord

Nærværende redegørelse for og indstilling om hjerte-karsygdommenes forebyggelse er blevet til i samarbejde med følgende medlemmer af projektgruppe 5 under prioriteringsudvalget:

Overlæge, dr. med. *Per From Hansen*. Medicinsk afdeling C, Københavns Amtssygehus i Glostrup

Universitetslektor, dr. med. *Peder Helms*. Hygiejnisk Institut, Århus Universitet

Læge *Ralph Kempinski*. Institut for Socialmedicin, Københavns Universitet

Cand. polit. *Kjeld Kjeldsen*. Hjerteregisteret

Professor, dr. med. *Anders Tybjærg Hansen*. Medicinsk afdeling B, Rigshospitalet

Læge *Peter Schnohr*. Hjertereforeningen og Medicinsk afdeling B, Rigshospitalet

<i>Indhold</i>	<i>Side</i>
Indledning	145
A. Hjerte-karsygdomme i Danmark af cand. polit Kjeld Kjeldsen, Hjerteregistret	149
B. Forebyggelse af hjerte-karsygdomme af læge Peter Schnohr, Rigshospitalet . .	155
C. Sygdom, sundhed og samfund af professor, dr. med. Anders Tybjærg Hansen, Rigshospitalet	159
D. Indstilling vedr. forebyggelse af hjerte-karsygdomme: Kostproblemer af professor dr. med. Jørgen Clausen, Roskilde Universitet: og lektor, dr. med. Peder Helms, Århus Universitet	167
E. Forebyggelse af iskæmiske hjerte-karsygdomme i den primære sundhedstjeneste af Ralph Kempinski, Københavns Universitet	190
F. Befolkningsundersøgelsen i Glostrup af overlæge, lektor, dr. med. Per From Hansen	195

Indledning

Projektgruppens oplæg baserer sig på vedlagte skriftlige redegørelse og oversigter, til hvilke der henvises i oplægget:

- A. »Hjerte-karsygdomme i Danmark« af cand. polit. Kjeld Kjeldsen, Hjerteregisteret.
- B. »Forebyggelse af hjerte-karsygdomme« af læge Peter Schnohr, Rigshospitalet, med. afd. B, Hjertereforeningen.
- C. »Sygdom, sundhed, og samfund« samt »Betydningen af stress« af Professor, dr. med. Anders Tybjærg Hansen, Rigshospitalet, med. afd. B.
- D. »Indstilling vedr. forebyggelse af Hjerte-karsygdomme: Kostproblemer« af Professor, dr. med. Jørgen Clausen, Institut for Molekylærbiologisk kemi og toksikologi, Roskilde Universitet & Lektor, dr. med. Peder Helms, Hygiejnisk Institut, Århus Universitet.
- E. »Forebyggelse af iskæmiske hjerte-karsygdomme i den primære sundhedstjeneste« af læge Ralph Kempinski, Institut for Social medicin, Københavns Universitet.
- F. »Befolkningsundersøgelsen i Glostrup« af overlæge, lektor dr. med. Per From Hansen, Præventiv medicinsk afsnit ved medicinsk afd. C, Amtssygehuset i Glostrup.

Resumé fra projektgruppe 5

I 1972 var hjerte-karsygdommene årsag til 24.000 dødsfald i Danmark; 18.000 skyldtes hjertesygdomme, 6.000 karlidelser, hvoraf de 5.000 skyldtes apoplexi. Tilsammen var de årsag til 55 pct. af dødsfald over 65-årsalderen, 37 pct. af dødsfald blandt 55-64-

årige, 25 pct. blandt 35—54-årige og 5 pct. blandt de 15-34-årige (A).

Der har været en kraftig stigning i dødeligheden af hjerte-karsygdomme efter anden verdenskrig. For hele befolkningen svarer den nu til 47 pct. af samtlige døde. Stigningen har været så udtalt, at den ikke har kunnet opvejes af bedringen i befolkningens sundhedstilstand. Stigningen har særligt ramt midaldrende mænd, som nu har en kortere forventet rest-levetid i 50-års alderen end for 20 år siden (B). Der har ikke blot været tale om en stigning i den totale dødelighed, men også om, at yngre og yngre aldersgrupper rammes.

Hjerte-karsygdomme er kroniske tilstande med langt udviklingsforløb, hvorunder symptomer ganske kan mangle (C); de viser sig i reglen pludseligt, ofte er døden det første symptom. Ca. 60-70 pct. af hjertedødsfaldene sker uden for hospitalet. Blandt dem, der når at blive indlagte, dør $\frac{1}{4}$ trods adgang til moderne behandlingsmuligheder, og de udskrevne har i de første år langt højere dødelighed end andre af samme alder og køn. Med vor nuværende viden om behandling, kan man næppe nå meget længere ved behandling (terapi). Hjerte-karsygdomme kan ikke helbredes. Vil man nedbringe deres antal må der sættes ind på forebyggelse - prævention (B).

Den rationelle basis for prævention — dvs. helbredsbevarende og forebyggende indsats er viden om de forhold, der ligger til grund for udviklingen af de langsomme, men fremadskridende ændringer i blodkarrene, som fører til iskæmiske hjerte- og karsygdomme. Ændringerne består overvejende i specielle fedtaflejringer i pulsårene, som begynder allerede i barndommen; udviklingshastigheden og omfanget er i høj grad afhængigt af

ydre forhold. Det er netop ydre forhold i den enkeltes eller samfundets levevilkår, som er anledning til den stærke stigning i hjerte-karsygdommenes hyppighed, der ses i alle industrilande (B), (C) og (D). Da dødeligheden af hjerte-karsygdomme tidligere har været langt lavere end nu, vil det være rimeligt at forvente en betydelig effekt af den forebyggende indsats.

Der er stadig et påtrængende behov for forskning til klarlægning af de væsentlige faktorer og deres rolle som medvirkende årsager, men der er allerede nu samlet så megen viden, at en præventiv indsats kan anbefales.

De væsentligste af de kendte risikofaktorer, som formodentlig kan påvirkes, er:

1. Cigaretrykning
2. Manglende fysisk aktivitet
3. Overvægt og uhensigtsmæssig ernæring
4. Forhøjet blodtryk
5. Forhøjet kolesterol i blodet
6. Stress - måske en risikofaktor (se C)

Påvirkes den enkelte samtidigt af flere risikofaktorer, stiger den pågældendes risiko for udvikling af hjerte-karsygdomme stærkt.

Præventionen må bestå i ændringer af de ydre påvirkninger med sigte på en påvirkning af risikofaktorerne i en gunstig retning.

Projektgruppen foreslår:

1. Indsats til bedre kontrol og behandling af forhøjet blodtryk (B og C).
2. Indsats mod rygning specielt mod cigaretrykning (B).
3. Indsats for øget motion (B).
4. Aktiv inddragen af den primære sundhedstjeneste i det forebyggende arbejde (E). Jævnfør pkt. 7 nedenfor.
5. Bedre statistik og individbaseret dataindsamling af registrerede målinger og iagttagelser. Systemisk anvendelse af moderne EDB-teknik (F).
6. Indsats til ændring af gennemsnitskostens kvalitet (D).

De præventive bestræbelser må følge tre retningslinier:

A. *Fremme af befolkningens sundhedsbevarende levevis gennem oplysning og debat om:*

A-1 Cigaretrykning: Genoptagelse af folke-

tingets behandling af tobaksproblemet.

A-2 Motion: Bred adgang for *alle* til motion og idræt.

A-3 Overvægt/uhensigtsmæssig ernæring/forhøjet kolesterol i blodet: se nedenfor om forslag til ændringer af kosten.

A-4 Vedrørende Stress se afsnit C og i øvrigt henvises til Næstved-projektet.

B. *Sygdomsopsporing i tidligt stadium* kan ske på tre planer:

B-1 Gennem den primære sundhedstjeneste: se nedenfor: Forsøgsordninger i den primære sundhedstjeneste (E).

B-2 Aktivisering af den forebyggende indsats på sygehusene: Et eksempel herpå er Glostrup- og Østerbro-undersøgelsen (F).

B-3 Sygdomsopsporende folkekampagner: Der henvises til f. eks. hjerteforeningens kampagner.

C. *Sideløbende forskning* i form af registrering af bl. a. sygdomme, risikofaktorer, sygdomsårsager og effekten af den forebyggende indsats.

Forslaget til ændringer af kosten består i:

1. Fedtenergiprocenten i gennemsnitskosten nedsættes. Som et opnåeligt mål under danske forhold kan sættes en fedtenergiprocent på under 33.
2. Sukker-energiprocenten nedsættes fra de nuværende 16 til 8 energiprocent.
3. Den herved fjernede energimængde i kosten erstattes med energi fra højmolekylære kulhydrater (stivelse) i form af vegetabiliske produkter - kornprodukter, kartofler, grøntsager, frugt — hvis indhold af naturlige slaggestoffer såvidt muligt er bevaret.

Ovennævnte forslag til bedring af befolkningens næringsindtagelse vedrører fra det administrative synspunkt forskellige forhold:

1. Kost-information og korrektion

1.1. Kostinformation:

1.1.1. Bedre undervisning af læger i ernæring såvel præ- som postgraduat. Oprettelse af fagområde i ernæring ved universiteterne.

1.1.2. Bedre information ved skolekøkken-undervisningen og undervisningen i biologi og kostforhold.

1.1.3. Øget indsats fra Statens Husholdningsråd og fra Statens Levnedsmiddelinsti- tuts side vedr. oplysning om rigtige kostfor- hold.

1.1.4. Øget indsats vedr. undervisning af kommende lærere i biologi, læger og skole- kokkenteneste ved Lærerskolen.

1.2. Koslkorrektion:

Man kunne forestille sig, at Landbo-, Hus- mands- og Husholdningsforeningers kostun- dersogelser udvides til at omfatte større dele af den danske befolkning, end det er tilfæl- det for øjeblikket (jfr. 6).

2. Administrative forhold:

De administrative forhold vedrører indsats for at nedsætte befolkningens indtagelse af sukker og fedt.

3. Bedring af institutionskosten:

Det drejer sig her ikke alene om at bedre in- stitutionskosten på statsinstitutioner, hvor man ernærer mennesker i længere tid, f. eks. på hospitaler, plejehjem, skoler og institutio- ner for hær, flåde m. v.

4. **Indsats til bedring af kosten** for specielle sygdomsgrupper, f. eks. diabetikere, patien- ter med arvelige stofskifteanomalier, der kan give hjerte-karsygdomme m. v.

Forsøgsordningen i den primære sundhedstjeneste:

Arbejdsgruppen under Statens Lægeviden- skabelige Forskningsråd beskæftiger sig i be- tænkningen om forskning og forsøgsvirk- somhed i den primære sundhedstjeneste med den decentraliseret placerede forskningsor- ganisation. Det er inden for denne ramme, en væsentlig del af den forebyggende ind- sats over for iskæmiske hjerte-karsygdomme kan finde sted, eftersom forskningen nød- vendigvis må udgøre en vigtig del af det fo- rebyggende arbejde. Man taler i betænkning- en om *forskningsenheder* og *forsøgsenhe- der*, hvor den første er »en enhed i den pri- mære sundhedstjenestes markorganisation, hvor der udføres forskning af de beskæfti- gede sideløbende med de daglige rutinefun- ktioner i den primære sundhedstjeneste«.

»Enheder af denne type vil meget let kunne indpasses i den bestående organisa- tion af den primære sundhedstjeneste« . . . siger man videre i betænkningen. Arbejds- gruppen »anbefaler, at de statslige myndig- heder, kommune- og kommuneforeningerne og de faglige organisationer ved overenskomstforhandlin- ger skaber det fornødne grundlag for, at der kan etableres forskningsenheder«.

En forskningsenhed af ovennævnte art har allerede siden 1974 arbejdet med forsk- ning og forebyggelse i den primære sund- hedstjeneste i lokalsamfundet Næstved. Det største lægehus i området dækkende ca. 1/3 af lokalsamfundets befolkning samarbejder med Institut for Social medicin, Københavns Universitet, om et program til forebyggelse af iskæmiske hjerte-karsygdomme blandt den til lægehuset knyttede befolkning. Man forsøger i dette program via forskning om- kring risikofaktorer hos befolkningen at gøre en forebyggende indsats ved ud over læge og patient at involvere hjemmesygeplejer- sker og patientens familie og omgangskreds i programmet.

Herudover er kontakten med den centralt placerede forskningsorganisation, i dette til- fælde Institut for Social medicin, vigtig, ef- tersom den nødvendige forskningsmæssige ekspertise endnu ikke er til stede i tilstræk- keligt omfang hos sundhedsarbejderne i den primære sundhedstjeneste. Før man forsøger at inddrage befolkningen i et projekt af denne art, er det vigtigt at få følgende spørgsmål besvaret:

1. Er lokalsamfundet rede til et sådant pro- gram?
2. Oplever befolkningen hjertesygdomme som et vigtigt problem?
3. Føler befolkningen, at det er let eller vanskeligt at bekæmpe hjertesygdomme?
4. Hvilken fremgangsmåde vil bedst blive accepteret af befolkningen?

Professionelle sundhedsarbejdere har tek- nisk effektive løsninger på mange sundheds- problemer, men de praktiske forsøg mislyk- kes ofte på grund af manglende viden om befolkningens viden, værdinormer, holdnin- ger, motiver og adfærd. Derfor må et stu- dium af disse faktorer udgøre en af de første faser i et program til forebyggelse af iskæmi- ske hjerte-karsygdomme.

Dernæst vil det være vigtigt at få et bil-

lede af *risikofaktorerne i populationen* og at identificere den del af befolkningen, som er i særlig risiko for at udvide sygdommen - altså personer med een eller flere risikofaktorer. Denne del af populationen må så indrages i *aktioner* med individuelt sigte. Det vil dreje sig om rådgivning, gruppeaktiviteter og i visse tilfælde medicinsk behandling. Parallelt hermed må aktiviteter på lokalsamfundsplan iværksættes med fokus på debat og oplysning og forsøg på sammen med befolkningen at ændre sundhedsvaner i lokalsamfundet som helhed.

På grundlag af ovenstående vil det være relevant at overveje, under hensyntagen til ønsket om helbredsbetragtninger i den primære sundhedstjeneste, at tilknytte diætassistenter eller husholdningslærere til teamet af læger, sundhedsplejersker, socialrådgivere m. fl., der under forsøgsordninger skal søge at bedre den primære sundhedstjeneste. Ved en sådan tilknytning skabes mulighed for kostinteressen på primærplanet og mulighed for bedring af institutionskosten.

Endelig vil en *evaluering* være nødvendig i form af en analyse af befolkningens med-

virken, ændringer i fordelingen af risikofaktorer i populationen og endelig ændringer i hyppigheden og dødeligheden af iskæmiske hjerte-karsygdomme.

Forsøgssenheder er i Forskningsrådets betænkning »en enhed i den primære sundhedstjenestes markorganisation, hvor de administrative rammer, personalefunktionerne - herunder ansættelsesforhold, arbejds- og ansvarsfordeling m. v. - på forsøgsbasis afviger fra eksisterende bestemmelser i overenskomster og officielle normer, standarder og andre retningslinier«. Sådanne forsøgssenheder vil være væsentlige i fremtiden, ikke mindst med henblik på introduktion af lokalsamfundsmedicin, overflytning af opgaver fra sygehusvæsenet til den primære sundhedstjeneste etc. En forebyggende indsats over for væsentlige sundhedsmæssige problemer, som f. eks. hjerte-karsygdomme, vil i fremtiden naturligt kunne udgå fra forsøgssenheder af ovennævnte art.

Flere af de ovenfor omtalte principper er alment gældende for forebyggende indsats over for andre væsentlige sundhedsmæssige problemer i den danske befolkning.

A. Hjerter-karsygdomme i Danmark

af cand. polit. Kjeld Kjeldsen, Hjertereregisteret

I kølvandet på enhver sygdom følger menneskelige såvel som samfundsmæssige problemer. Om det er rimeligt at iværksætte en forebyggende indsats afhænger dels af størrelsen af de problemer, sygdommen medfører, dels af mængden af de ressourcer, der skal sættes ind for at gøre problemerne mindre. Viden om det øjeblikkelige problems størrelse er nødvendig for at kunne sætte målene for den forebyggende indsats og for på forhånd at kunne vurdere, om de satte mål står i forhold til mængden af de ressourcer, der i givet fald måtte sættes ind. Viden om problemets størrelse er desuden nødvendig for senere at kunne vurdere i hvor høj grad, målene er nået.

En rationel afgørelse af, om der skal iværksættes profylakse eller ej, fordrer således kendskab til det øjeblikkelige problems størrelse, de profylaktiske midlers effektivitet samt prisen på anvendelsen af dem.

Problemets elementer

De problemer, en sygdom medfører for et samfund, kan ud fra et evalueringsmæssigt synspunkt med fordel opdeles i a) belastning for dem, der rammes af sygdommen, b) belastning for sundhedsvæsenet og c) belastning af samfundsøkonomien.

a) Belastning for dem, der rammes

De menneskelige problemers størrelse er bestemt af den aktuelle sygdoms natur, dvs. hvorledes den, der rammes, påvirkes fysisk og psykisk, og hvorledes den syges prognose er med hensyn til arbejdsevne og dødelighed.

b) Belastning af sundhedsvæsenet

Sygdommens belastning af sundhedsvæsenet

bestemmes af sygdommens hyppighed, af behovet for hospitalsindlæggelse og af arten af den givne behandling; også revaliderings- og invalideringshyppigheden spiller en betydelig rolle.

c) Belastning af samfundsøkonomien

Sygdommens betydning for samfundsøkonomien bestemmes af antallet af syge, og i hvilket omfang sygdommen medfører nedsættelse af arbejdsevnen og for tidlig død.

Den helsestatistik, der i øjeblikket indsamles i Danmark, giver med undtagelse af tuberkulose og blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) ikke grundlag for en blot nogenlunde udtømmende beskrivelse af de ovenstående elementer.

For hjerte- og karsygdomme, der i den foreliggende sammenhæng er den aktuelle sygdom, er det kun muligt at belyse problemets størrelse ud fra hospitalsindlæggelser, tilkendte invalidepensioner og dødeligheden.

Hospitalsindlæggelser

For hver patient, der udskrives eller som dør på hospital, foretages en registrering af patientens alder og hoveddiagnose; registreringerne fra alle landets hospitaler samles i Sundhedsstyrelsen, hvor de bearbejdes og tabelleres. De færdige opgørelser publiceres årligt i »Medicinalberetning II«. Nedenstående tal er fra den seneste Medicinalberetning II, der belyser indlæggelser, der afsluttedes i finansåret 1972-73.

I dette år udgjorde udskrevne og døde med en hjerte-karlidelse som hoveddiagnose 60.000 patienter, svarende til 7 pct. af alle, der blev udskrevet eller som døde på hospitalet i dette år (Figur 1 og tabel 1). Opdelt på alder findes betydelig variation; blandt

Fig. 1. Hoveddiagnose for udskrevne og døde i 1972-73 efter alder (Hele landet).

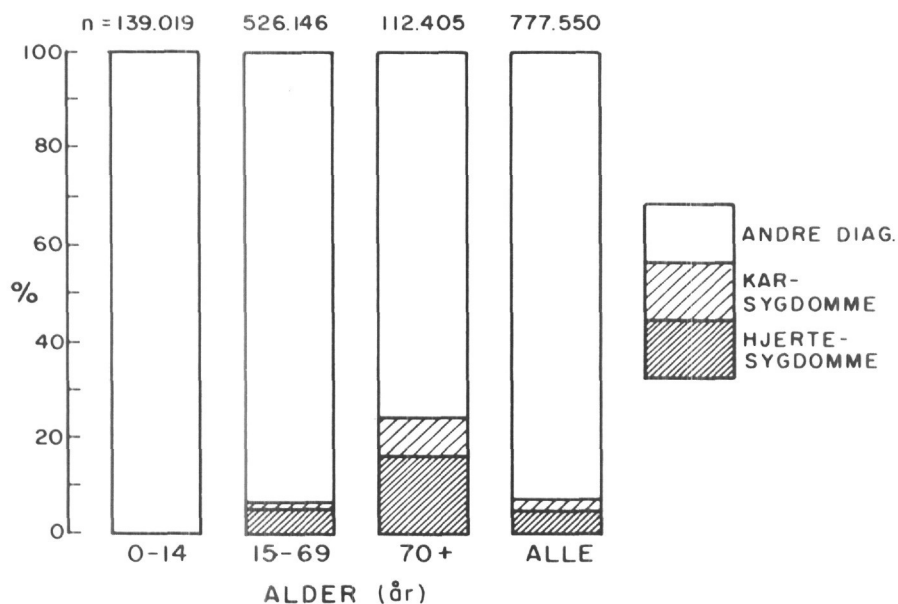
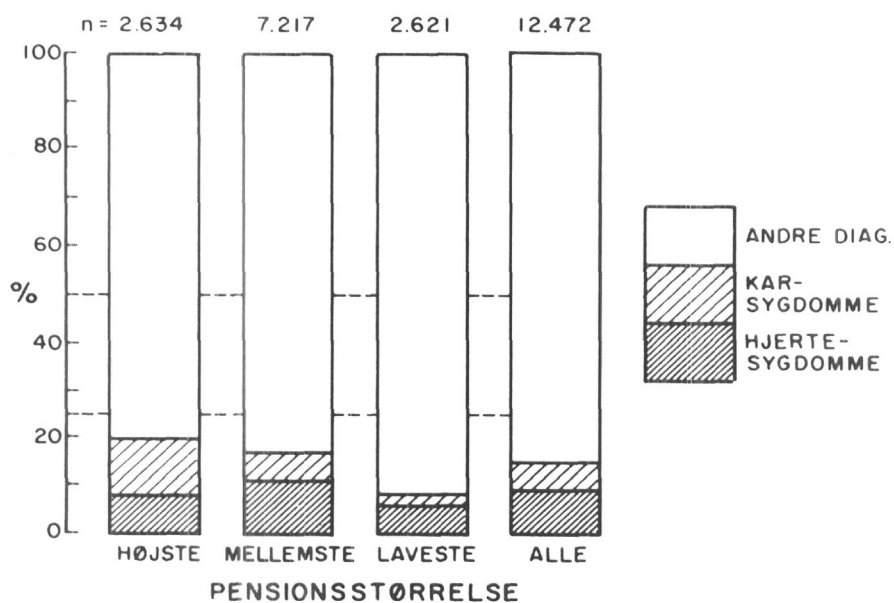


Fig. 2. Tilkendte invalidepensioner i 1974-75 efter årsagsgrupper og pensionsstørrelse.



de 0-14 årige udgjorde hjerte-karpatienterne således mindre end en halv procent af det samlede antal indlæggelser. I den produktive aldersgruppe, de 15-69 årige, var andelen 6 pct., og blandt de »gamle« 24 pct.

Set i forhold til befolkningens størrelse indlægges årligt 3 ud af 10.000 p. g. a. en hjerte-karlidelse blandt de yngste, 96 blandt de produktive og 665 blandt de ældste (tabel 2). Inden for aldersgruppen de 15-69 årige må der antages at være en betydelig variation med alderen, således at indlæggelseshyppigheden blandt de yngste er meget nær 3, som blandt børnene, og blandt de ældste i gruppen tæt ved 665, som blandt de, der er 65 år og derover.

Invaliddepensioner

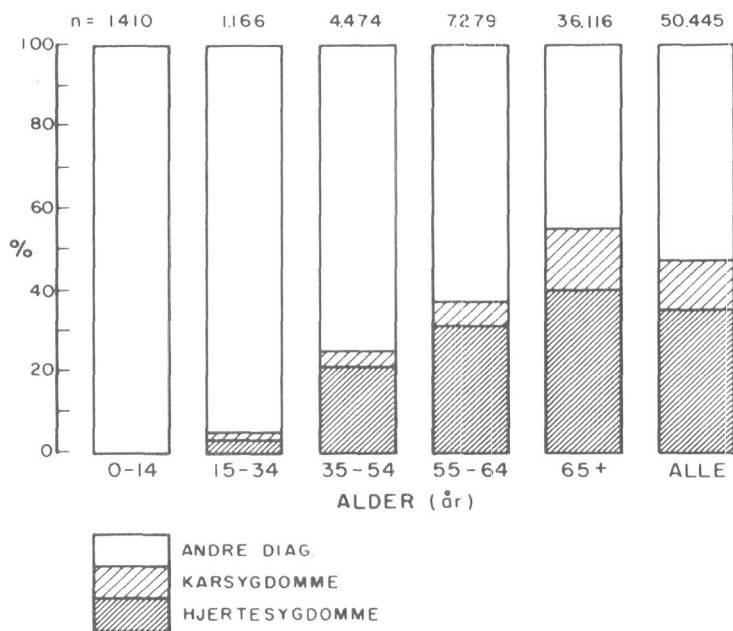
Det sidste år for hvilket, der foreligger opgørelser over tilkendte invalidepensioner er fi-

nansåret 1974-75. Det samlede antal personer, der dette år fik tilkendt invalidepension p. g. a. hjerte-karsygdomme androg 1.929 personer (Figur 2 og tabel 3), svarende til 15 pct. af alle, der tilkendes invalidepension. Højeste pension tilkendtes 526 personer, svarende til 20 pct. af alle i denne gruppe, mellemste pension tilkendtes 1.198 personer, svarende til 17 pct., mens 205 personer, svarende til 8 pct. fik tilkendt laveste pension.

Dødelighed

I 1972 var hjerte-karsygdomme årsag til 24.000 dødsfald, svarende til omkring 47 pct. af alle døde (Figur 3 og tabel 4). Blandt de ældste (over 65 år) var hjerte-karsygdomme årsag til 55 pct. af alle dødsfald. Blandt de ældre midaldrende, de 55-64 årige, var andelen 37 pct., blandt de 35-54

Fig. 3. Døde i hele landet i 1972 efter årsagsgrupper og alder.



årige 25 pct., blandt de unge voksne, de 15-34 årige, 5 pct. og blandt børn mindre end 1 pct.

Et af målene for en forebyggende indsats ville bl. a. være at nedbringe antallet af hjer-

te-kardødsfald blandt de unge og midaldrende. Af de 24.000, der årligt dør p. g. a. hjerte-karlidelser er de 3.900, svarende til 17 pct., under 65 år og 1.200, svarende til 5 pct., under 55 år.

Tabel 1.

Hoveddiagnoser for udskrevne og døde i 1972—73. (Hele landet).

Alder (år)	Hjerte- sygdomme*)		Kar- sygdomme**)		Andre diagnoser		I alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
0—14	232	0	56	0	138.731	100	139.019	100
15—69	24.292	5	8.548	1	493.306	94	526.146	100
70+	17.391	16	9.372	8	85.642	76	112.405	100
I alt	41.915	5	17.976	2	717.679	93	777.570	100

*) WHO 8. ICD No. 390-429.

•*) WHO 8. ICD No. 430-440.

Kilde: Medicinalberetning II 1972-73.

Tabel 2.

Hospitaliseringshyppighed på grund af hjerte- og karsygdomme 1972—73.

Alder (år)	Befolkning	Udskrevne og døde med en hjerte- karsygdom*) som hoveddiagnose	Hospitaliserings- hyppighed pr. år pr. 10.000
0—14	1.147.665	288	3
15—69	3.425.460	32.840	96
70+	402.528	26.763	665
I alt	4.975.653	59.891	120

*) WHO 8. ICD. No. 390—440.

Kilde: Befolkningen i de enkelte kommuner
1. januar 1972.

Tabel 3.

Tilkendte invalidepensioner i 1974-75 efter årsagsgrupper og pensionsstørrelse.

Pensions- størrelse	Hjerte- sygdomme*)		Kar- sygdomme**)		Andre diagnoser		I alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Højeste pension ..	212	8	314	12	2.108	80	2.634	100
Mellemste pension	766	11	432	6	6.019	83	7.217	100
Laveste pension ..	161	6	44	2	2.416	92	2.621	100
I alt	1.139	9	790	6	10.543	85	12.472	100

*) WHO 8. ICD No. 390-429.

**) WHO 8. ICD. No. 430-440.

Kilde: Ikke publiceret materiale fra invalideforsikringsretten.

Tabel 4.

Døde i 1972 efter årsagsgrupper og alder.

Alder (år)	Hjerte- sygdomme*)		Kar- sygdomme**)		Andre diagnoser		I alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
0-14	6	0	3	0	1.401	100	1.410	100
15-34	42	3	20	2	1.104	95	1.166	100
35-54	940	21	180	4	3.354	75	4.474	100
55-64	2.279	31	422	6	4.578	63	7.279	100
65+	14.332	40	5.474	15	16.310	45	36.116	100
I alt	17.599	35	6.099	12	26.747	53	50.445	100

*) WHO 8. ICD No. 390-429.

**) WHO 8. ICD No. 430-440.

Kilde: Dødsårsagerne i Danmark 1972.

B. Forebyggelse af hjerte-karsygdomme af læge Peter Schnohr

Rigshospitalet, med. afd. B, Hjerteforeningen

Omkring 1910 døde 15 pct. af danskerne af hjerte-karsygdomme, i dag dør næsten 50 pct. af disse lidelser, som nu rammer yngre og yngre personer.

Årligt dør ca. 18.000 af hjertesygdom og ca. 6.000 af karsygdom, hvoraf de ca. 5.000 udgøres af blodprop i hjernen (hjerneblodning).

Omkring 1/3 af alle dødsfald blandt 45-64 årige mænd skyldes hjertesygdom. Denne stigning i dødeligheden har medført, at restlevetiden for f. eks. 40 årige mænd er kortere i dag end den var for 20 år siden.

Blandt de 18.000, der årligt dør af hjertesygdom, dør 50-60 pct., *inden de når at blive indlagt på hospitalet*, og 14 af dem, der når ind på hospitalerne, dør under indlæggelsen. Blandt dem, der udskrives, er dødeligheden 5-10 gange større end hos andre med samme alder og køn.

Årsagen til denne epidemiske stigning af hjerte-karsygdomme, som man har set i de fleste industrialiserede samfund i dette århundrede, er ikke fuldt ud klarlagt, men man ved dog en hel del om udviklingen af disse lidelser. Man ved, at åreforfedtning og senere i livet åreforkalkning ligger til grund for langt de fleste tilfælde. Åreforfedtningen begynder allerede tidligt i livet. Allerede i 5-års alderen vil omkring 1/3 have fedtaflejringer i deres kransårer (de pulsårer, der forsyner hjertemusklen med blod) og ved 15 års alderen vil næsten ingen have kransårer uden fedtaflejringer. Desuden opstår der andre forandringer, således at pulsårerne lidt efter lidt forsnævres. Disse processer fortsætter i mange år uden at give symptomer, men på et eller andet tidspunkt kan de manifestere sig og medføre en svækkelse af hjertets pumpefunktion (insufficiencia cordis), hjertekrampe (angina pectoris), blod-

prop i hjertet (infarctus myocardii), der i hovedparten af tilfældene medfører pludselig død.

Åreforfedtningen og åreforkalkningen rammer nogle mere end andre. Man ved, at risikoen for at få hjertesygdom i tidlig alder er stærkt forøget hvis:

blodtrykket er forhøjet
serum-kolesterol er forhøjet
man ryger cigaretter

Desuden ved man, at hjertesygdommene hyppigt rammer personer, der er:

fysisk inaktive
betydeligt overvægtige
har forhøjede serum-triglycerider
har forældre der dør af hjertesygdomme

Hvilken konsekvens **bør der** tages

Vort sundhedsvæsen har været og er stadig behandlingsorienteret. Når det drejer sig om at bremse og herefter reducere stigningen af hjertesygdomme kan man kun nå videre ved at sætte ind tidligere i sygdomsforløbet på et tidspunkt, hvor der endnu ikke er symptomer, specielt da det første symptom på hjertesygdom kan være pludselig død.

Blodtrykket

Forhøjet blodtryk er ikke blot forbundet med øget risiko for hjerte-karsygdomme, men også for nyresygdomme. Den forventede restlevetid for en 45-årig mand med et blodtryk på 150/100 er 11 1/2 år kortere end hvis blodtrykket havde været 120/80. For kvinder er forskellen 8 1/2 år. For personer over 45 år er forskellen mindre, for yngre er den

større. Jo højere blodtrykket er, jo større er risikoen.

Det er vist, at antihypertensiv behandling kan reducere såvel sygelighed som dødelighed af hjerte-karsygdomme. Men det er også vist, at forhøjet blodtryk i mange tilfælde ikke er erkendt på grund af manglende subjektive symptomer, at mange af de erkendte tilfælde ikke behandles, og at mange ikke behandles sufficient.

En effektiv indsats over for forhøjet blodtryk og de komplikationer denne tilstand er medvirkende til er derfor betinget af en langt mere omfattende måling af blodtryk hos symptomfri mennesker og en effektiv behandling af patienter med forhøjet blodtryk.

En sådan måling af blodtrykket kan uden videre inddrages i vort sundhedsvæsen uden at dette medfører nogen strukturændring. Skolelæger, praktiserende læger, bedriftslæger og hospitalslæger samt andre inden for det medicinske personale kan alle foretage sådanne blodtryksmålinger.

Kolesterol

Jo højere blodets indhold af kolesterol er, jo større er risikoen for at man rammes af hjertesygdom. Ved at foretage mindre kostjusteringer kan blodets indhold af kolesterol ned sættes. En sådan kostjustering består først og fremmest i:

en reduktion af den samlede fedtindtagelse, så denne udgør 30—(35) pct. af den samlede energimængde i føden.

desuden kan kolesterolindholdet reduceres ved at man indtager flere polyumættede fedtsyrer og mindre kolesterolholdig føde.

Tobaksrygning

Cigaretrygere har større risiko for at få hjertesygdom og blodprop i hjernen end ikke-rygere. Jo mere der ryges, jo større er risikoen.

Rygere har desuden større risiko for at få bronkitis, lungekræft, mundhule-, strubehoved-, spiserørs- og blærekræft.

Rygere lever betydeligt kortere end ikke rygere.

At ændre en befolknings rygevaner er vanskeligt. Man bør først og fremmest koncentrere sig om, at den opvoksende generation ikke begynder at ryge, selv om forskellige kampagner i flere lande har medført at voksne rygere er ophørt med at ryge.

Fysisk aktivitet

Tidligere var det nødvendigt for de fleste at være i god fysisk form for at klare sig i tilværelsen. Dette gælder ikke i dag. Overalt er vi omgivet af tekniske hjælpemidler, som bevirker, at vi strengt taget ikke behøver at bevæge os mere for at udføre det daglige arbejde. Blodprop i hjertet rammer hyppigere mennesker, som kun er lidt fysisk aktive, sammenlignet med mennesker som er mere fysisk aktive. Man skal op på et vist højere aktivitetsniveau i perioder for at mindske risikoen for blodprop i hjertet. Hvis en fysisk aktiv person rammes af en blodprop i hjertet er chancerne for at overleve større end for den fysisk kun lidt aktive.

Overvægt

Overvægtige har større risiko for at rammes af pludselig død og angina pectoris end »normalvægtige«. Overvægtige har ofte højere blodtryk og fedtstofindhold i blodet end andre. På grund af dette og flere andre forhold er det rimeligt, at anbefale, at man holder sig slank. Dette kan opnås med rimelige kost- og motionsvaner.

Triglycerider

Jo højere blodets indhold af triglycerider er, jo større er risikoen for at man rammes af hjertesygdom. Ved at foretage mindre kostjusteringer, først og fremmest i form af mindre sukkerindtagelse og mindre indtagelse af alkohol - hvis alkoholforbruget er relativt stort - vil dette medføre et fald i triglyceriderne. Øget fysisk aktivitet bevirker også et fald i triglyceriderne. Det samme vil ses ved en vægtreduktion for de overvægtige.

Arvelige forhold

Dør én eller begge ens forældre i tidlig alder af hjertesygdom er risikoen for at man selv rammes af denne sygdom forøget. I nogle af tilfældene kan man påvise arvelige forhold, men i mange tilfælde drejer det sig først og fremmest om, at man har tilegnet sig samme levevaner som forældrene, levevaner som man selv har mulighed for at ændre.

Hvordan kan den profylaktiske indsats realiseres

En profylaktisk indsats kræver:
Oplysningsvirksomhed
justering af levevaner/behandling af asymptomatiske personer

registrering af ændring i risikofaktorer og ændring af hjerte-karsygdommenes antal, yderligere forskning.

ad oplysningsvirksomhed

Selv om man i dag ikke kender den fulde sammenhæng vedrørende årsagerne til den store stigning af hjerte-karsygdomme ved man dog så meget, at denne viden bør gøres bekendt for befolkningen. Det ville være rimeligt om en sådan oplysningsvirksomhed blev centraliseret. Og det er klart, at uden brug af radio og fjernsyn vil en sådan oplysningsvirksomhed ikke vinde megen gehør.

ad justering af levevaner/ext. behandling

Oplysningsvirksomheden bør efterfølges af en større eller mindre justering af vor kost, af rygevanerne, af motionsvanerne og tillige en reduktion af antallet af overvægtige. Desuden bør antallet af personer med forhøjet blodtryk mindskes indtil videre gennem medicinsk behandling. En sådan justering af levevaner og blodtryk bør foregå på en måde, der ikke blot accepteres af befolkningen, men også modtages som et tilbud og ikke som afsavn.

ad registrering

Der bør oprettes landsdækkende registre, som kan følge bevægelserne indenfor hjerte-karsygdomme. Indenfor visse områder bør afgrænsede befolkningsgrupper følges nøjere

for at registrere ændringer i ovennævnte risikofaktorer.

ad yderligere forskning

Sideløbende med den profylaktiske indsats har vi brug for en betydelig forskningsindsats til yderligere belysning af hjerte-karsygdommene. En sådan forskning, der ofte vil inddrage større grupper, som skal følges i en længere årrække, er Danmark specielt egnet til at udføre, fordi det er relativt nemt, at følge de enkelte personer selv om de ofte flytter etc.

Konklusion

Hjerte-karsygdommene er i dette århundrede vokset med epidemisk hast. Det etablerede, behandlingsorienterede sundhedsvæsen har ikke formået at bremse denne stigning. Den eneste mulighed for en effektiv indsats er at gribe tidligere ind i sygdomsforløbet, hvilket vil indebære at man »går ud til befolkningen« og rådgiver, først og fremmest med hensyn til rygning, kost, motion, tilligemed at man iværksætter mere regelmæssig blodtryksskontrol og behandling.

Ovenstående kræver nytænkning. Det må være rimeligt at en velfærdsstat ikke blot giver borgerne ret til behandling, men at velfærdsstaten også føler et ansvar for at holde borgerne raske, et ansvar som den enkelte lidt efter lidt også må blive sig bevidst.

C. Sygdom, sundhed og samfund

af professor, dr. med. Anders Tybjærg Hansen

Rigshospitalet, Med. afd. B.

Sygdom har altid plaget menneskeheden. Fund af forhistoriske menneskeskeletter bekræfter dette, og historien er fuld af beretninger om farsoter og anden sygdomsbetinget elendighed. Endnu i dag er summen af menneskelige lidelser på grund af sygdom uhyre - men dog af højst forskellig natur verden over.

Af den syges behov for hjælp og trøst i sin ulykke har der i alle samfund og til alle tider udviklet sig en mere eller mindre organiseret form for lægevirksomhed. Lægens rolle som den syges personlige, menneskeligt erfarne - måske endda guddommeligt inspirerede - hjælper i svære stunder, en rolle som næppe nogensinde bliver overflødig, har utvivlsomt haft en større betydning for at skabe og opretholde respekten for professionen end de opnåede resultater der har været yderst beskudne indtil sent i menneskehedens historie.

Ser vi på forholdene i Europa og Amerikas Forenede Stater, som stort set har været de samme, og som omfatter det, vi nu kalder den vestlige verden, begyndte der først at ske en ny udvikling for mindre end 200 år siden. I slutningen af 1700-tallet blev koppevaccinationen indført, og kopper forsvandt efterhånden fra vort område; men det er først for nyligt ved Verdenssundhedsorganisationens indsats, at udryddelsen af kopper jorden over er i sigte.

Det næste betydningsfulde skridt var gennemførelse af almindelige hygiejniske foranstaltninger i byerne, der i midten af det 19. århundrede hærgedes af gentagne koleraepidemier. Først senere i århundredet lærte man bakterierne at kende og fik derved et bedre grundlag for at forstå smittespredningen og benyttede sig heraf til mere direkte forsøg på begrænsning af smitten.

En egentlig behandling af infektionssyg-

dommene måtte vente helt til midten af 1930-erne, da egentligt helbredende midler som sulfapræparaterne og penicillin blev fremstillet. Disse midler, der kan påvirke den sygdomsvoldende faktor uden at genere den menneskelige organisme, er nu blevet udbygget til et helt arsenal, og både de akutte infektionssygdomme, skarlagensfeber, difteri, tyfus, tarminfektioner og andre som tuberculose og syfilis, der begge har både et acut og et kronisk forløb er blevet trængt helt i baggrunden. Samtidig med denne udvikling er kirurgien blevet sikrere og dristigere, og her har udviklingen af ny teknik og nye narkosemidler samt naturligvis antibiotika, som har forhindret infektiøse komplikationer spillet en rolle. Vaccinationer mod difteri og polio har praktisk taget udryddet disse sygdomme. Dertil kommer, at man har fået en hel del nye meget virksomme midler til at behandle symptomer ved akutte og især kroniske tilstande - midler, der har gjort livet adskilligt lettere for de syge.

Alt i alt er de nuværende generationer i vor del af verden blevet befriet for næsten alle de lidelser, som hos os tidligere og i udviklingslandene stadigvæk udgør de egentlige sygdomsproblemer. I den vestlige verden har alle aldersklasser nydt godt af denne udvikling, men det er klart, at fordelene har været størst for børn og unge voksne, der tidligere netop i så høj grad var ofre for infektionssygdomme. Det er også helt naturligt, at sygdomslandskabet ganske har skiftet karakter i denne sammenhæng. Tyngdepunktet i sygdommene er blevet de sygdomme, der erfaringsmæssigt optræder i de ældre aldersklasser, og dette accentueres yderligere ved, at antallet af ældre forøges, da børn og unge ikke længere rives bort af andre sygdomme. Dette har i sig selv ikke været problemfrit fordi netop de kroniske sygdomme

har et stort behov for behandling, selv om denne i de fleste tilfælde ikke kan blive helbredende, men kun Undrende. Alligevel er den blevet så meget bedre og omfattende, at den foruden at gøre tilværelsen betydeligt behageligere også i nogle tilfælde vil kunne forlænge livet. At dette ikke altid ubetinget kommer folk til gode, hænger sammen med at omsorgen for de gamle og kronisk syge i vort samfund endnu ikke er tilfredsstillende, hvilket kun er alt for velkendt. De fleste af problemerne er sociale og organisatoriske, og hvor vigtige de end er skal jeg ikke komme ind på dem her.

Et vigtigt problem for samfundet og for den enkelte er imidlertid også - måske lidt brutalt sagt - at tage stilling til hvad der er en passende alder at dø i, og hvad der er en passende dødsårsag. Man har ingen grund til at tro, at livet kan forlænges i det uendelige, og der er al mulig grund til at håbe, at det ikke kan. Det er imidlertid en kendsgerning, at der er en universel ulyst til at dø, og i hvert fald fra et medicinsk og fysiologisk synspunkt må man sige, at det rimeligste tidspunkt vil være det hvor alle livsvigtige organer er generelt nedslidte, så at man dør af alderdom ved en eller anden lejlighedsårsag og da forresten gerne af en blodprop i hjertet. Hvad der er alderdomsfænomener, og hvad der er sygdom, er imidlertid ikke klarlagt, og er nok snarest altid et sammen spil. Der er imidlertid ikke tvivl om, at døden af alderdom er den mest skånsomme, og der er ingen lægelig eller menneskelig grund i øvrigt til at kæmpe imod den. Uanset hvilke andre årsager der kan være til alderdomsfænomenerne er der individuelle medfødte forskelle, der også i fremtiden vil betinge, at man dør af alderdom i meget forskellig alder.

Det er imidlertid tydeligt, at mange mennesker rammes af dødelig sygdom, før en sådan harmonisk degeneration af hele organismen er indtrådt. Sammenholdt med de problemer, man havde at kæmpe med før i tiden, og som man stadig har i U-landene er dette måske ikke så betydningsfuldt eller alarmerende. For både lægen og for patienten og dermed for samfundet er det imidlertid stadig lige betydningsfuldt ikke at opgive kampen mod sygdom og død dér, hvor der er udsigter til at det lykkes og heller ikke at opgive at finde nye muligheder.

Før jeg går ind på de sygdomsproblemer,

der er aktuelle i vor tid, vil det nok være hensigtsmæssig at opholde sig lidt ved, hvad sygdom egentlig er. Man kan måske sige, at det er lidt sent, eftersom ordet sygdom har været brugt uden nærmere forklaring og reservation i den hidtidige fremstilling, og de fleste læsere har sikkert ment sig helt indforstået. Der har i tidernes løb været mange forestillinger om, hvad sygdom var, men fælles for disse forestillinger har været, at sygdom opfattedes som en realitet i sig selv, noget, som på en eller anden måde havde ramt en eller »besat« en, og som igen ved lægens eller guddommens indgriben kunne »uddrives«. De bakterielle infektionssygdomme, som med så stort held er blevet trængt i baggrunden eller udryddet, kunne kun give næring til en sådan omfattelse af sygdom. Sygdommen identificeredes så at sige med bakterien. De fleste umiddelbart iagttagelige forhold stemte med en sådan opfattelse - en sygdom, en årsag. Ved nærmere betragtning holder dette imidlertid ikke stik, og de sygdomme, vi nu beskæftiger os med, har i høj grad givet anledning til en omvurdering. Generelt sagt er alle såkaldte sygdomme resultatet af samspillet mellem organismen med dens arvelige anlæg og specifikke og mindre specifikke ydre påvirkninger. I denne henseende er de sygdomme, der nu præger vort samfund, mere komplicerede end de sygdomme, som er overvundne, og vor viden er endnu meget usikker om mange forhold.

At »en sygdom.« ikke er noget uforanderligt, at kendte og ukendte ydre og indre påvirkninger kan spille en rolle for forandringer er giftfeberens nyere historie et godt eksempel på. Den er tillige et eksempel på at selv simple observationer kan få afgørende betydning for forståelsen af de forandringer der sker, og at »den almindelige udvikling« kan spille en større rolle for bekæmpelse af sygdom end moderne helbredende midler.

I alle udviklede lande har man registreret tilfældene af giftfeber, de fleste steder dog ikke før under eller efter 2. verdenskrig. Alle steder har man set et betydeligt fald i antallet og samtidig bemærket, at den blev mildere, at den angreb senere i barnealderen end tidligere, og at den sjældnere og langsommere førte til udvikling af de klappefejl, som erfaringsmæssigt var en følge af sygdommen. Giftfeberen er en indirekte følge af halsbetændelse forårsaget af bakterier (streptokokker). Streptokokken er påvirke-

lig af penicillin, og da halsbetændelse derfor blev behandlet med penicillin, efter at det stof var blevet tilgængeligt, sluttede man, at man kunne forklare nedgangen i antallet af giftfebertilfældene ved nedkæmpelsen af streptokokinfektionerne. I Danmark har man imidlertid registreret giftfebertilfældene helt tilbage til 1860, og man kan af denne statistik se, at giftfeberen begyndte at aftage, længe før man havde midler mod streptokokker eller mod giftfeberen som sådan. Hvad det er, der har virket, kan man kun gisne om, men det er vanskeligt ikke at sætte forholdet i forbindelse med den almindelige social-økonomiske og hygiejniske fremgang, der har fundet sted i samme tidsrum. Selvom man mangler et egentligt bevis for denne sammenhæng vil man dog ikke tøve med at anbefale udviklingslandene at lægge vægt på at bedre de sociale, økonomiske og hygiejniske forhold efter samme linje som vi kender fra udviklingen i vort samfund, når man ser at giftfeberen til trods for penicillin som er til rådighed florerer i sin ondartede form, som vi kendte fra tidligere tider overalt i udviklingslandene.

1 denne forbindelse kan det nævnes at vort eget Grønland er et U-land i alle tilfælde sammenlignet med Syddanmark.

Som en extra understregning af de ydre forholds betydning kan nævnes, at under den sidste verdenskrig, hvor den hygiejniske standard for en tid var sænket, kom der en lille stigning i giftfebertilfældene her og i Norge, hvor man også har ført statistik i mange år.

Giftfeberens historie er på mange måder lærerig; den viser, at en sygdom kan forandre sig under påvirkning af ændrede ydre forhold, og at man uden en nøjere registrering af en sygdom meget let kan komme til fejlagtige slutninger om af hvilken natur disse forhold er. Giftfeberen er nu et meget lille problem her i landet. Et sådant resultat af udviklingen sammen med de andre store sundhedsmæssige fremskridt har naturligvis efterladt det indtryk, at alle vore sygdomsproblemer ville blive løst af sig selv eller ved nye behandlingsformer baseret på den stadige tekniske fremgang.

Det er derfor kommet som en ubehagelig overraskelse, at der er sygdomme, som det er gået anderledes med. Som det så ofte går, er udviklingen kommet ganske langt inden man har fået øjnene op for det. En af grundene

hertil er naturligvis, at hele sygdomslandskabet har forandret sig; den anden er, at man ikke har en sygdomsstatistik, der bedre end den sædvanlige dødelighedsstatistik, der gælder for alle dødsårsager, egner sig til hurtigt at give et billede af forholdene. Kun for infektionssygdommenes vedkommende har vi i dag en sygdomsstatistik.

To af de alvorligste sygdomme, for hvilke det gælder, at der er en reel stigning i antallet af tilfælde, er lungekræft og blodprop i hjertet. For begge sygdommes vedkommende kan det på forhånd siges, at det ikke kan skyldes arvemæssige forandringer i organismen; dertil er udviklingen sket alt for hurtigt. Kun ændringer i de ydre påvirkninger af stor og almindelig udbredelse kan tænkes at være ansvarlige. Så alarmerende det end kan være, at den almindelige udvikling har fremmet forekomsten af alvorlige sygdomme, ligger der dog samtidig heri den opmuntring, at der må være en mulighed for at finde frem til disse ydre påvirkninger, fjerne dem eller modvirke dem og derved trænge sygdommene tilbage. Denne opgave er imidlertid tilsyneladende noget vanskeligere end den man hidtil har stået overfor, når man tager i betragtning, at den så at sige går på tværs af udviklingen. Det er dog nok mere tilsyneladende end reelt i betragtning af de potentielle muligheder i det samfund, vi i dag lever i.

Begge de to nævnte alvorlige sygdomme, som er tiltaget inden for den sidste menneskealder, er i virkeligheden slutstadiet af en udvikling, der har fundet sted over en lang årrække uden at give symptomer eller i alle tilfælde symptomer af dem, vi hidtil har kunnet afsløre. Hvis man blot kender det mindste til de forandringer i organismen, der findes på det sene stadium hvor disse sygdomme giver sig til kende, vil man forstå at ingen nok så indgribende behandling kan føre de angrebne organer tilbage til deres normale tilstand. Heller ikke en behandling, som kan have virkning på udslagene af sygdommen, selv om den kan være livsreddende i nogle tilfælde og lindrende i mange, er naturligvis nogen virkelig løsning og altid af begrænset og usikker varighed. For disse sygdommes vedkommende må man, hvis virkelig betydningsfulde resultater skal opnås, helt og aldeles forlade sig på, hvad der kan opnås ved forebyggende foranstaltninger. Hvad vi hidtil har kendt, er vaccinationerne.

Det er ikke udelukket, at en vaccine mod kræft kan tænkes udviklet, men man er i alle tilfælde meget langt derfra, og selv hvis det skulle lykkes, ville det nok stadig være klogt at gøre hvad man kan for på anden måde at forebygge en kræftform som lungekræft, og i alle tilfælde er det den eneste mulighed i øjeblikket.

For de hjerte- og pulsåresygdomme, der er grundlaget for blodprop i hjertet og en del af apoplextilfældene, og som populært kaldes åreforkalkning, er forholdene noget mere udviklede og uoverskuelige mest fordi man her må regne med flere medvirkende årsager. Dette forhold der jo ikke stemmer med den gamle opfattelse bliver misforstået eller overset, hvorfor man ofte oplever at folk mener at kunne klare frisag ved at vælge at sætte ind overfor den faktor, der vil volde dem mindst overvindelse at gå i lag med. For disse sygdomme er der ikke meget håb om at vaccination nogensinde skulle få betydning. Derfor må man gå den anden vej og finde faktorer, der spiller en rolle for udviklingen, og fjerne dem, når man ikke som ved vaccination kan styrke organismens forsvarsmuligheder.

Til trods for, at tankesproget »det er bedre at forebygge end at helbrede« selv i sin skriftlige overlevering er mere end 2000 år gammelt og utvivlsomt er udtryk for en endnu ældre erfaring eller intuition, har det altid været betydeligt vanskeligere at gennemføre forebyggende foranstaltninger end at gennemføre forsøg på helbredelse. Medens den syge til alle tider har været villig til at underkaste sig en hvilken som helst nok så ubehagelig, uvirksom eller direkte farlig behandling, selv når kuren var værre end sygdommen, har den raske sjældent fantasi nok til at forestille sig at han selv bliver syg eller til at overskue evt. sygdomskonsekvenser. Det bliver naturligvis ikke lettere når det drejer sig om en langvarig indsats, der kræver et brud med vaner, der hænger nøje sammen med udvikling og livsform, som alle i det mindste indtil for nylig har befundet sig vel ved. Man ser det tydeligt for lungekræftens vedkommende, hvor cigaretrykning er af afgørende betydning. Hvis den opvoksende slægt ville afstå fra at ryge, og hvis cigaretrygere ville ophøre dermed, ville den personlige risiko for at få lungekræft formindskes til en lille brøkdel af den nuværende. Ikke desto mindre fortsætter rygning

gen til trods for at alle observationer af rygeres og ikke-rygeres risiko viser denne sammenhæng.

Som omtalt er flere faktorer medvirkende til udvikling af de forandringer, der fører til blodprop i hjertet. Det gøres yderligere udviklet ved at der må tillægges de forskellige faktorer, risikofaktorer, som man nu har kendskab til, forskellig vægt hos forskellige individer, afhængig af disses individuelle anlæg. Der er imidlertid tre ydre risikofaktorer, der spiller en meget stor rolle. De faktorer, der drejer sig om, er *cigaretrykning*, formentlig også anden rygning, hvis røgen inhaleres, den moderne tilværelses *mangel på motion* og *dårlige kostvaner*, dvs. for stort kalorieindhold i forhold til behovet og et for stort indhold af fedt - herunder ganske specielt et for lille indhold af polyumættede fedtstoffer i forhold til de mættede. Det er klart at det er sådanne ydre risikofaktorer man først og fremmest må sætte ind på at formindske ved et forsøg på generel forebyggelse.

For cigaretternes vedkommende fremgår det for det første statistisk, at der er sammenhæng, når man sammenligner vanerygeres og ikke-rygeres risiko for at få blodprop i hjertet. For det andet viser det sig, at ophører man med at ryge, falder risikoen hurtigt til ikke-rygerens niveau. Dette sidste forhold, som naturligvis er så nært et bevis for sammenhængen, som man kan forlange, fremgår bl. a. af de fremragende undersøgelser, der er udført i Framingham nær Boston i USA, og hvor man nu gennem mere end 15 år har gennemført jævnlige undersøgelser og ført en nøje statistik med særligt henblik på at følge hjertesygdommens opståen og udvikling blandt de 2.-3.000 beboere i denne lille amerikanske by.

Kostens betydning for åreforkalkning og dermed for den alvorligste komplikation, blodprop i hjertet, hænger nøje sammen med forekomsten af fedtstoffet kolesterol i blodet.

Det er en gammel iagttagelse at kolesterolaflejringer i pulsårevæggen med indsnævring af åren til følge er et vigtigt led i udviklingen af åreforkalkning.

Ved undersøgelse af indholdet af kolesterol i blodet hos grupper af mennesker, der som f. eks. i Framingham studiet (og andre lignende) er fulgt over et passende langt tidsrum, har man konstateret at risikoen for

at få blodprop i hjertet er større jo højere indhold af kolesterol.

I mere primitive samfund, hvor blodprop i hjertet er en sjældenhed, har man fundet, at indholdet af serumkolesterol ikke som i de vestlige samfund stiger med alderen og altså hos den voksne er lavt sammenlignet med hvad man finder her. Hos nyfødte er der ingen forskel.

I de samme primitive samfund er den del af den samlede næringsværdi i kosten (kalorieindholdet) som stammer fra fedtstof mindre end i de vestlige samfund og tillige er den del der stammer fra polyumættede fedtstoffer forholdsvis større.

Mennesker fra et primitivt samfund, der optager et vestligt samfunds livsvaner, inkluderet kosten, får samme indhold af kolesterol i blodet og samme risiko for blodprop i hjertet.

Ved forsøg med mennesker kan man regelmæssigt sænke indholdet af kolesterol i kosten ved at ændre kostens indhold af fedtstoffer i overensstemmelse med de anførte iagttagelser.

Selvom disse kendsgerninger er et væsentligt argument for at tilstræbe en sådan ændring i kolesterolindholdet i blodet, ved at lave om på kosten, er det naturligvis ikke noget afgørende bevis for, at denne ændring ville have den ventede effekt på sygeligheden af blodprop i hjertet. Den form for bevis, som man i en sådan situation ville forlange, hvis man arbejdede under laboratoriemæssige forhold måtte bestå i en sammenligning af to grupper (forsøgsdyr), som lever ens i alle andre henseender end netop hvad angår kostens indhold af mættede og umættede fedtstoffer. Sådanne forsøg er udført på dyr med et resultat, der fuldt ud støtter den opfattelse, som de indirekte argumenter, der er anført, fører til, men de kan naturligvis ikke i sig selv erstatte forsøg med mennesker. Et forsøg hvor mennesker var »forsøgs-kaniner« måtte tage meget lang tid, og da det naturligvis måtte udføres på tilsyneladende raske mennesker, kan man vist med sikkerhed forudsige, at et sådant forsøg aldrig vil blive udført. De forsøg, der er gjort på at påvise betydningen af fedtstofferne i kosten, er gjort med grupper af mennesker, der allerede har haft blodprop i hjertet. Hos dem kan man naturligvis som hos alle syge lettere finde den nødvendige motivation,

men til gengæld er denne gruppe på mange andre måder ikke egnet. Til trods herfor har man dog fundet forhold, der tyder på at kosten kan have betydning for at nedsætte risikoen for nye hjerteanfald.

Noget lignende som for kostens vedkommende gælder for motionen. Der er meget, der tyder på, at motion vil udskyde optræden af blodprop i hjertet og måske især bewirke, at patienter, hvis de skulle rammes, kommer lettere over det. Heller ikke her har man dog - af samme grunde som ovenfor nævnt - kunnet gennemføre et laboratoriemæssigt forsøg på at vise denne sammenhæng. Dette har plaget mange videnskabsmænd og læger og gjort dem usikre på, hvilke forholdsregler man kunne eller turde anbefale befolkningen, og det har i endnu højere grad givet anledning til en ganske ansvarsløs mistænkeliggørelse af grundlaget for den solide viden, man i øvrigt har om forholdene. Indvendingerne kommer fra to hold: dels fra raske personer, der vanskeligt kan mobilisere motivation nok til at ændre deres vaner og dels fra dem, der mener, at økonomiske interesser er i fare. Der er imidlertid i denne forbindelse grund til at pege på, at da de store hygiejniske fremskridt satte ind i midten af forrige århundrede bl. a. som en reaktion på de store koleræpidemier, man havde oplevet, havde man et meget lille videnskabeligt grundlag for, hvad man egentlig skulle foretage sig. I alle tilfælde var forholdsreglerne baseret på ligeså indirekte observationer, som vi i dag har til rådighed overfor vore nutidige problemer. Kolerabacillerne såvel som andre bakterier var ikke kendt på dette tidspunkt og beviserne for, hvorfor forholdsreglerne virkede, er først kommet til senere.

De indvendinger mod at anbefale ændringer i befolkningens vaner i et forsøg på at modvirke den for tidlige optræden af blodprop i hjertet, som for tiden vil ramme en stor del af os, forekommer særdeles overdrevne, overforsigtige og ikke velbegrundede.

Ingen af de vaner, som vi i dag lever med, kan med nogen videnskabelig begrundelse hævdes at være mere naturlige og rigtige end dem, man på grundlag af den nuværende viden, viser hen til.

Man kan med stor ret hævde, at vore spisevaner hører en tid til, hvor tilfredsstillelsen af vore behov var usikker og derfor opfor-

drede til at tage for sig af retterne, når de var der, en begrundelse, der nu savnes.

For motionens vedkommende kan det med samme gode grund hævdes, at udviklingen har bragt os i en situation, hvis uheldige sider vi har glemt at korrigere for.

Det er gået med kost og motion som med vore affaldsvaner, som vi nu reagerer stærkt imod - i alle tilfælde, når det gælder andres - vi har ikke sørget for at justere dem i forhold til den tekniske udvikling.

At cigaretrykning i sig selv er en helt overflødig ny vane og tillige den mest direkte og mest intense luftforurening, vi kender og oven i købet frivilligt udsætter os for og påtvinger andre, nævnes kun for fuldstændighedens skyld.

Megen af den interesse for helbred og sygdom, som befolkningen lægger for dagen, samler sig om de sygdomsbekæmpende foreninger. Ifølge sagens natur er hver af disse foreninger interesseret i ganske bestemte sygdomme.

Tilsammen har de dog utvivlsomt betydet meget for at samfundets officielle sundhedstjeneste har taget sig af problemerne efterhånden som de blev udpeget.

De fleste af foreningerne har også gjort et oplysningsarbejde, der har været til gavn for befolkningens viden om sygdom og sundhed.

Der er dog langt igen før alle har en sådan indsigt i organismens funktion og i hvad der for tiden kan og bør gøres for at bevare helbredet, at det vil tilfredsstille de krav, der stilles af et forebyggelsesorienteret sundhedsvæsen.

Dette giver sig bl. a. udslag i at vidunderkure og mirakelmidler stadig har et stort og ukritisk publikum i alle samfundslag til trods for at de tilbydes på så løst og pseudovidenskabeligt grundlag, at enhver med blot det mindste kendskab til forholdene let ville gennemskue bedraget.

Når sundhedsvæsenet utvivlsomt i fremtiden må indrette sig på en mere forebyggelsesorienteret virksomhed, er der derfor brug for en bedre oplysning om forhold vedrørende sundhed, sygdom og samfund. Efter al sandsynlighed bør sundhedsvæsenet selv påtage sig denne opgave i forbindelse med sine andre opgaver, hvor det kommer i direkte kontakt med befolkningen.

En anden forudsætning ville være en meget bedre sygdomsstatistik, hvor alle sundhedsvæsenets led koordineres således.

at ingen indsamlede oplysninger går tabt, hvilket sker i vid udstrækning i dag.

Før man imidlertid foretager drastiske ændringer i sundhedsvæsenets organisation eller giver efter for urealistiske forslag til masseundersøgelser af raske personer på basis af de metoder og faciliteter, der er til stede i dag, bør man sætte den forskning i gang, som er nødvendig for at tvinge vor traditionelt behandlingsorienterede sundhedsvæsen over på en forebyggelsesrettet kurs. Forskningen skulle ikke alene sigte mod studiet af sygdommens opståen og udvikling, men også mod at udvikle metoder og organisation, der bedre end de nuværende kunne opfylde de nye krav, som en forebyggende målsætning vil stille.

En sådan forskning vil kræve en indsats fra mange sider, ikke mindst fra teknisk, og kræve en veltilrettelagt organisation, samt mange flere penge end klinisk lægevidenskabelig forskning sædvanligvis kræver.

Heldigvis har man bl. a. på initiativ af en større gruppe af de sygdomsbekæmpende foreninger været forudseende nok til at lade renterne af den store sammensparede sygekasseformue komme bl. a. en sådan forskning til gode. Danmark med et indbyggertal på 5 mill. er stort nok til at man kan få pålidelige resultater, lille nok til at det kan over ses, og de, som lever i et velorganiseret samfund, kunne bidrage på betydningsfuld måde til så hurtigt som muligt at løse de sundhedsmæssige problemer, velfærdssamfundet trækkes med. Dette vil blive til glæde ikke alene for os selv og mange andre både i de lande, der som vi allerede har problemerne og i udviklingslandene, hvor de vil få dem.

Under henvisning til planlægningsskitsens stejlt stigende forbrug af personel og penge i det behandlingsorienterede sundhedsvæsen kan det være, at det viser sig, at det ikke alene er bedre at forebygge end at helbrede, men også billigere både for den enkelte og for samfundet.

Hospitalernes stilling i forebyggende sundhedspleje.

De radikalt ændrede økonomiske og sociale vilkår i den vestlige verden må i sig selv medføre ændringer i sundhedsvæsenets forudsætninger og organisation.

Dertil kommer at selve sygdomspanoramaet har ændret sig i løbet af de sidste menneskealdre således, at de (akutte) smit-

somme sygdomme er trængt stærkt i baggrunden. Samtidig er andre - kroniske - sygdomme, der på en eller anden måde, omend endnu kun ufuldstændigt forstået, har en sammenhæng med samfundsudviklingen, blevet dominerende.

Hjerte-karsygdommene kan her nævnes som et kvantitativt og kvalitativt vigtigt eksempel.

Sundhedsvæsenet har hidtil været i det væsentlige indstillet på behandling, dvs. indgriben når sygdommen har manifesteret sig klart og tydeligt såvel for patient som for læge. Overfor de akutte infektionssygdomme har den attitude været helt naturlig og med fremkomsten af kemoterapeutika og antibiotika i stigende grad effektiv.

Den i befolkningen udbredte tro på at der altid vil være behandlingsmæssige muligheder overfor den manifesterede sygdom er naturligvis blevet befæstet netop ved den moderne epokes triumfer over bakterielle sygdomme og ved kirurgiens meget store fremskridt - og her er den naturligvis fremdeles berettiget.

Mindre indtryk har det forebyggende synspunkt som sådant gjort på sundhedsvæsenets mål og organisation til trods for, at f. eks. vaccinationernes andel i de seneste års sygdomsbekæmpelse - en udpræget profylaktisk indsats - har betydet meget mere for »folkesundheden« end nogen anden aktiv indsats.

Det er imidlertid nu begyndt at blive klart, at de kroniske sygdomme, vi nu er stillet overfor, ikke kan bekæmpes ved en behandlingsmæssig indgriben når først sygdomsmanifestationerne i traditionel forstand optræder. Der er her tale om slutstadier, der afslører dybtgående irreparable forandringer, der i højeste grad begrænser de terapeutiske muligheder.

Erkendelsen heraf må føre til afgørende ændringer i vort sundhedsvæsens målsætning og derfor også i dets struktur og organisation. Målsætningen for forebyggelse - eller vel i de fleste tilfælde snarere udskydelsen - af de alvorlige manifestationer af de kemiske sygdomme kan kun opfyldes, hvis der i befolkningen opstår en erkendelse af betydningen af at bevare helbredet gennem livet. Uden en sådan indstilling og forståelse vil det ikke være muligt at organisere sundhedsvæsenet på en måde, der gør en ny målsætning realistisk og at opnå befolkningens ak-

tive medvirken i den forebyggende helbredspleje.

Hospitalerne har i stigende grad domineret i den sidste menneskealders udvikling af sundhedsvæsenet. Det vil de utvivlsomt også skulle gøre i fremtiden i et sundhedsvæsen med forebyggende sigte. Dette vil de skulle alene i kraft af den koncentration af teknik, organisation og specialiseret personel, der er nødvendig for at aktiviteter, der skal komme alle tilgode i det moderne samfund, kan fungere både »teknisk« og »økonomisk«. Hospitalernes rolle vil imidlertid i mange henseender skulle ændres. Det vigtigste og så at sige hele forudsætningen for mere detaljerede ændringer hen ad vejen vil blive at hospitalerne bliver gjort til et led i integreret sundhedsvæsen, hvor først og fremmest al lægelig virksomhed bliver organiseret således, at man undgår den isolering, som både primærlægerne og hospitalerne lider under i dag. Dybest set ligger det bestående skisma vel i at hospitalerne hidtil som den yderste konsekvens af den behandlingsmæssige doktrin har drevet undersøgelser og behandling til den største perfektionisme samtidig med, at den praktiserende læge i stigende grad har været stillet overfor problemer af profylaktisk natur — hvad enten de er blevet opfattet som sådan eller ej - som han ikke har kunnet hamle op med på den baggrund, hvor han har måttet arbejde.

I korte træk må omstillingen til et moderne sundhedsvæsen indeholde følgende punkter:

Primærlægens og hospitalernes funktioner må fuldstændig integreres. Et væsentligt led heri vil være sikring af at information om den enkelte patient samles og bearbejdes i et fælles system. Den moderne databehandlingsteknik er fortrinlig egnet til at sikre dette, hvis den anvendes rigtigt og konsekvent.

Sundhedsvæsenets faciliteter, som i meget væsentlig grad er koncentreret i hospitalerne, må kunne udnyttes fuldstændigt af hele sundhedsvæsenet. Hospitalerne må i samarbejde med primærlægen indrettes til at foretage »masseundersøgelser« af »raske« (ikke syge i traditionel forstand) personer. Dette er nødvendigt ikke alene for at finde sygdomme på et tidligt stadium, men også for at lære mere om de kroniske sygdommes udvikling - en nødvendig forudsætning for yderligere fremskridt.

Dette vil kræve en anden teknik end den man hidtil har sigtet imod og perfektioneret i hospitalsmiljøet - men ikke en mindre anvendelse af teknologi, snarere tværtimod. Automation vil spille en væsentlig rolle. Hospitalernes faciliteter må være til rådighed i en større del af døgnet end hvad tilfældet er nu. I et sundhedsvæsen med helbredsbevarende sigte vil hospitalerne komme til at spille en meget større rolle i informations-virksomhed og uddannelsesvirksomhed over for medicinalpersonale af alle afskygninger end hidtil.

Dette kunne bl. a. inkludere, at et af distriktets primærlægecentre placeres i hospitalet for at fremme integrationen af sundhedsvæsenets forskellige led bedst muligt og på et praktisk grundlag.

Som en naturlig konsekvens af at hospitalerne skal omstille deres virksomhed til at åbne sig udad mod samfundet, må de også benytte deres potentielle muligheder både hvad angår tekniske faciliteter og personel til at påtage sig oplysningsvirksomhed over for befolkningen, hvis forståelse for og aktive medvirken i et helbredsbevarende sundhedsvæsen, som tidligere fremhævet, er af afgørende betydning for dets funktion. En omstilling af hospitalernes virksomhed i sundhedsvæsenet vil også få dybtgående indflydelse på hospitalernes bemanning. Det må forudses, at man må gøre brug af »specialiserede mellemteknikere« i langt større grad end nu bl. a. for at nedsætte anvendelse af overkvalificeret arbejdskraft. Til gengæld vil der også blive brug for personale med andre akademiske og teknologiske uddannelser end dem, der hidtil har været »anerkendt«, og ikke mindst vil den lægelige struktur blive anderledes. Man må bort fra den stive tidsbegrænsede speciale-inddelte bemanning til i langt højere grad og langt mere fleksibelt at ansætte også personer med lægelig uddannelse i ikke tidsbegrænsede — men heller ikke nødvendigvis livsvarige stillinger til at varetage bestemte, velkarakteriserede opgaver i erkendelsen af, at hverken kvalitet eller omkostninger ved hospitalernes virksomhed, som den er i dag, er tilfredsstillende under -- og på grund af - det nuværende ansættelsessystem. Omlægningen af hospitalernes virksomhed til en funktion i et helbredsbevarende sundhedsvæsen, der skal betjene hele befolkningen inden for de ressourcer, der kan stilles til rådighed i fremtiden, vil

kræve brud med mange indgroede forestillinger. Man må håbe at lægerne selv stiller sig i spidsen for udviklingen, og at samfundet gør sig helt klart, at den mangel på styring af sundhedsvæsenet, der præger det nuværende system, ikke er acceptabelt og ikke vil kunne danne baggrunden for udviklingen af et moderne sundhedsvæsen, et projekt som ellers skulle have de bedste forudsætninger i et land med danmarks geografiske, befolkningsmæssige, økonomiske og politiske struktur.

Om Stress og Hjertesygdom

Stress er blevet en accepteret betegnelse, der uanset sin utvivlsomme, væsentlige betydning for helbred, trivsel og velvære fremdeles er meget dårligt defineret. Dette må naturligvis præge den sikkerhed eller usikkerhed, hvormed sygelige tilstande kan sættes i årssagssammenhæng med stress. Begrebet stress er forbundet med et individs reaktion på forskellige ydre og indre påvirkninger i dagliglivet og i forskellige tilspidsede situationer.

Når man taler om stress i uheldig betydning for helbred og trivsel, forstår man en tilstand, hvor belastningen er større, end individets modstandskraft og tilpasningsevne kan hamle op med, og der opstår en række nervøse ret karakteristiske symptomer, men formentligt også en del reaktioner, som afspiller sig i andre af organismens funktioner uden at komme til bevidsthedens erkendelse, og som efter alt at dømme kan medføre fysiske sygdomme.

Det er i denne forbindelse, man må se en mulig betydning af stress som risikofaktor ved udvikling af hjertesygdomme.

Det almindelige kliniske indtryk er, at mere akutte stresssituationer uden tvivl kan udløse blodprop i hjertet.

Hvorvidt et mere kronisk stress har betydning for udvikling; af hjertesygdomme enten via åreforfedtning eller blodtryksforhøjelse, er mere uklart. Vanskeligheden ved at måle stress af mere kronisk karakter er ganske betydelig og foreløbigt ikke praktisk muligt i større udstrækning.

Der er grund til at være opmærksom på den evt. betydning af kronisk stress og til at understøtte en seriøs forskning på dette område, men der må advares mod på nuværende tidspunkt at drage forhastede slutninger. Det synes, som om den form for stress,

der har den uheldigste virkning, er den, der rammer individuelt. Eksemplerne fra krigens tid viser, at når større befolkningsgrupper er fælles om endog særdeles belastende

situationer psykisk og fysisk, fremmer det ikke udviklingen af hjertesygdomme, i alle tilfælde ikke i nær tilknytning til selve påvirkningen.

D. Indstilling vedr. forebyggelse af hjerte-karsygdomme: Kostproblemer

af professor, dr. med. Jørgen Clausen, Institut for Molekylarbiologi, Kemi og Toksikologi, Roskilde Universitet og
Lektor, dr. med. Peder Helms, Hygiejnisk Institut, Århus Universitet.

I modsætning til infektionssygdommene, hvor sygdom og helbredelse afspilles inden for en relativ kort tidsperiode, og hvor sygdom normalt efterfølges af komplet helbredelse, foreligger der for hjerte-karsygdommenes vedkommende det forhold, at grænsen mellem sundhed og sygdom er flydende. Årsagerne hertil er, at karlæsionerne udvikles over 15-20 år, før de giver symptomer. Man kan derfor ikke ud fra sygeligheds- og dødelighedsstatistikken direkte udlede noget om, hvor udbredte hjerte-kar lidelserne er.

Vedrørende hjerte-karsygdomme må vi erkende, at helbredelse af disse ikke kan finde sted, men lægen kan igennem sin terapeutiske indsats i mange tilfælde restituere patienten så meget, at han fortsat kan leve en mere eller mindre acceptabel tilværelse.

Danske og udenlandske undersøgelser har givet mistanke om, at hjerte-karsygdomme langsomt udvikles på basis af en række patologiske ændringer i bl. a. karrenes strukturer. Ændringer kan måske sættes i forbindelse med disponerende risici.

De vigtigste risikofaktorer for udvikling af hjerte-karsygdomme er:

1. højt blodtryk
2. højt serum-cholesterol
3. arvelige faktorer
4. tobaksrygning
5. fedme
6. måske højt serum i triglyserid

Intet afsluttet dansk arbejde giver mulighed for at skønne over, hvorledes befolkningen fordeler sig på de forskellige risikogrupper, f. eks. kendes ikke hyppigheden af arvelige forkalkningssygdomme, ej heller hvor stor en del af den mandlige befolkning i al-

deren 50—54 år, der har forhøjet blodtryk, ryger cigaretter og er overvægtige. Det projekt, der nyligt er igangsat på Rigshospitalet (Østerbro-undersøgelsen) vil måske oplyse en del af disse forhold.

Risikofaktorerne overvægt og højt serum-cholesterol bestemmes af forhold som bl. a. vor daglige kost, motion, arvelige forhold m. v. Hertil kommer, at højt blodtryk kan skyldes åreforkalkning, som på sin side kan fremkaldes af dårlige kostvaner. Det har derfor interesse at bedre befolkningens næringsvaner.

I det 20. århundrede er kosten i Danmark, som i mange andre højtudviklede lande, ændret betydeligt. Den væsentligste ændring har bestået i en mindsket indtagelse af grød samt et øget totalforbrug af fedt og sukker. Det totale kaloriebehov dækkes nu for ca. halvdelen vedkommende af sukker og fedt (fra 45 til 60 pct.). Ved århundredeskiftet svarede disse to næringsbestanddele blot til 30 pct. eller mindre af kalorierne. Man anvender nu ikke så meget kartofler som tidligere, men spiser flere grøntsager og frugt og endog flere æg.

Årsagerne til kostvanernes ændring er flere. Den stigende levelfod har medført en stigende anvendelse af levnedsmidler, som er dyre at fremstille, hvorfor priserne er høje. Yderligere har den tekniske udvikling inden for levnedsmiddelindustrien, den øgede internationale handel, industrialisering og urbanisering medvirket til kostændringerne. Fra et sundhedsmæssigt synspunkt har udviklingen inden for næringsområdet været både positiv og negativ. Den varierede kost i forbindelse med berigelse af f. eks. kornproduktionerne med mineraler og vitaminer samt den øgede indtagelse af protein har medvirket til forebyggelse af mangelsyg-

dumme især hos marginalgrupper. På den anden side har mekaniseringen mindsket kropsarbejdet, hvorfor kaloriebehovet totalt set er betydelig lavere nu end tidligere. Kalorieforbruget har imidlertid ikke i tilstrækkelig grad kunnet korrigeres efter det foreliggende behov, hvilket er ugunstigt fra et sundhedsmæssigt synspunkt.

Den høje frekvens af fedme i særdeleshed hos personer over 40 år, taler for, at der foreligger et overforbrug af kalorier. Overforbruget manifesterer sig ikke alene i form af fedme, men bidrager også ved fremkomsten af en række andre sygdomme, såsom **hjerte-karsygdomme, galdesten, sukkersyge, samt belastningssyndromer vedr. skelet og led**. En kost, som i væsentlig grad består af fedt- og sukkerrige næringsstoffer, indeholder kun tomme kalorier. *En stor del af befolkningen har idag så lavt et kaloriebehov (1800-2200 Kcal/dag)*, at de herved risikerer at få utilstrækkelige mængder af vigtige næringsstoffer som protein, mineraler og vitaminer. Særlig er denne risiko stor for de såkaldte **marginalgrupper**, såsom ældre, kronisk syge samt unge i teen-ager perioden. Forekomsten af blodmangel hos kvinder står uden tvivl i forbindelse med en manglende jerntilførsel. Endelig skal måske anføres, at indtagelse af sukkerholdige produkter fremmer forekomsten af tandsygdomme, specielt karies.

Den stigende sygelighed af ischæmiske hjerte-karsygdomme på atherosclerotisk basis i dette århundrede har en forløbsudvikling, som forudgås af ændringer i gennemsnitskosten, præget af et stigende forbrug af raffinerede fødevarer, hvis fremstilling og distribution kan tilskrives

- 1) industrialiseringen,
- 2) transportvæsenets udvikling,
- 3) stigende levestandard i den brede befolkning,
- 4) overgang fra naturaløkonomi til pengeøkonomi i fødevarerforsyningen og
- 5) den moderne fødevarerindustri's forkærlighed for (afhængighed af) produktion af holdbare lagervarer.

Bilag I, side 176, viser i meget grove træk karakteristiske yderpunkter i denne udvikling samt en skematiseret kurve over det tidsmæssige forløb af de raffinerede produkters indpas i befolkningens kost samt en kurve over dødeligheden af hjertesygdomme

pr. 10.000 indbyggere indenfor det sidste århundrede. Kurven over dødsfald af hjertesygdomme er baseret på tabel 4 i Horwits & E. Bach Petersens publikation 1976.

På basis af den i *Bilag II*, side 177, anførte litteraturliste kan følgende anskuelser fremsættes:

- 1) Der synes at være en sammenhæng mellem kostens indhold af raffinerede produkter - bedst angivet i energiprocenter - og udbredelsen af hjerte-karsygdomme, domme.
- 2) Følgende forhold ved kosten har været genstand for epidemiologiske undersøgelser i udlandet:
 - a) fedtindholdet, udtrykt ved fedt-energi procentens absolutte højde, og fedtkvaliteten, udtrykt ved det relative forhold mellem mættede og polyumættede fede syrer, samt kostens indhold af kolesterol.
 - b) energiprocenten af raffineret sukker (sakkarose).
 - c) indholdet af ufordøjelige kulhydrater: cellulose, hemicellulose, pektin og lignende indtil videre oftest angivet ved kostens indhold af fibre eller slagger.

Blandt disse har fedtindholdet tiltrukket sig langt den største interesse, fordi

- 3) der såvel experimentelt som ved kliniske undersøgelser kan påvises en effekt på blodets og fedtvævet's sammensætning af ændringer i kostens fedtkvalitet,
- 4) kontrollerede målinger af serumkolesterol og serum triglycerid kan give prognostiske talværdier for en befolkningsgruppes risiko for udviklingen af hjerte-karsygdomme og underslote statistiske forudsigelser over risiko for død af hjerte-karsygdom.
- 5) suppleres disse målinger med analyse af blodets lipoproteinmonster under kontrollerede betingelser, foreligger der muligheder for at vurdere den individuelle risiko, idet
- 6) undersøgelser tyder på, at visse typer af hjerte-karsygdomme skyldes metaboliske defekter, der manifesterer sig på en bestemt kosttype, f. eks. afhængig af indhold af fedt (specielt Fredericksons type II) eller lavmolekylære kulhydrater (specielt Fredericksons type IV) er genetisk betingede.

- 7) Dette forklarer observationer af, at ændringer i kosten må ske tidligt i livet (barnealderen) for at der kan forventes; en forebyggende effekt, samt
- 8) at kostændringer efter 50-65 årsalderen ikke hæmmer udviklingen af atherosclerose.
- 9) Disse forhold kan endvidere forklare, at den målelige effekt af uheldige ændringer i gennemsnitskosten først præsenterer sig efter en latetid af størrelsesordenen 40 år (se bilag I).
- 10) Herefter må man også indstille sig på, at der ikke kan forventes effekt af en rationel ændring af kosten før mange år efter at ændringen er blevet effektiv.

Generelt forslag til ændringer af kosten

- 1) Fedtenergiprocenten i gennemsnitskosten nedsættes. Som et opnåeligt mål under danske forhold kan sættes en fedtenergiprocent på under 33.
- 2) Sukker-energiprocenten nedsættes fra de nuværende 16 til 8 energiprocent.
- 3) Den herved fjernede energimængde i kosten erstattes med energi fra højmolekylære kulhydrater (stivelse) i form af vegetabiliske produkter - kornprodukter, kartofler, grøntsager, frugt - hvis indhold af naturlige slaggestoffer såvidt muligt er bevaret.

Ovennævnte forslag til bedring af befolkningens næringsindtagelse vedrører fra det administrative synspunkt forskellige forhold:

1. Kost-information og korrektion

1.1. Kostinformation:

1.1.1. Bedre information ved skolekøkkenundervisningen og undervisningen i biologi og kostforhold.

1.1.2. Øget indsats fra Statens Husholdningsråd og fra Statens Levnedsmiddelinstutts side vedr. oplysning om rigtige kostforhold.

1.1.3. Øget indsats vedr. undervisning af kommende lærere i biologi og skolekøkkentjeneste ved Lærerskolen.

1.2. Kostkorrektion:

Man kunne forestille sig, at de samvir-

kende danske husholdningsforeningers kostundersøgelser udvides til at omfatte større dele af den danske befolkning end det er tilfældet for øjeblikket.

2. Administrative forhold:

De administrative forhold vedrører indsats for at nedsætte befolkningens indtagelse af sukker og fedt.

3. Bedring af institutionskosten:

Det drejer sig her ikke alene om at bedre institutionskosten på statsinstitutioner, hvor man ernærer mennesker i længere tid, f. eks. på hospitaler, plejehjem, skoler og institutioner for hær, flåde, m. v. Det vedrører også en aktiv indsats til bedring af den kortvarige ernæring af visse befolkningsgrupper som formidles igennem statsinstitutioner eller autoriserede firmaer såsom SAS, DSB, DSBs færger m. v. Endelig bør man vurdere om institutionskosten kan bedres, f. eks. på restauranter, cafeterier, private plejehjem m. v.

4. Indsats til bedring af kosten for specielle sygdomsgrupper, f. eks. diabetikere, patienter med arvelige stofskifteanomalier, der kan give hjerte-karsygdomme m. v.

Ad. 1. Kost information og korrektion

1.1. Kostinformation.

Siden den nordiske komité i 1968 formulerede »medicinske synspunkter vedrørende folkekosten i de nordiske lande« — som er identiske med de ovenfor anførte forslag - har disse ligget til grund for den oplysningsvirksomhed, der er ført af Statens Levnedsmiddelinstitut, Statens Husholdningsråd, Hjerteforeningen og af konsulenter inden for landbo-, husmands- og husholdningsorganisationerne. De har endvidere ligget til grund for den ernæringsundervisning, der gives på økonomiskolen, husholdningsseminarierne, Specialkursus i Husholdning, seminarierne og i folkeskolen.

En af grundene til, at 7 års oplysningsarbejde har båret så ringe frugt, at det ikke af kostundersøgelser har været muligt at spore nogen generel effekt, er, at sundhedsvæse-

nets egne repræsentanter har forholdt sig passive eller negative hertil.

En passiv holdning kan forklares ved den mangelfulde undervisning i ernæring ved de lægevidenskabelige fakulteter gennem den sidste menneskealder. I modsætning til vore nabolande har Danmark ingen lærestol i ernæring under de medicinske fakulteter.

Dette kan være en forklaring på, at institutionskosten - specielt på sygehusene, som ikke har haft direkte gavn af Levnedsmiddelinstitutts kostafdeling - ikke følger de anbefalede normer. *Lægerne føler sig ansvarlige for patienternes behandling, men ikke for deres forplejning.*

En konsekvent gennemførelse af servering af institutionskost, følgende de anbefalede retningslinier, ville virke umiddelbart overbevisende på befolkningen.

Af speciel betydning for hospitalet vil de kliniske diætassistenter blive i fremtiden, hvorfor en udvidelse af deres antal må ses som et væsentligt fremskridt.

Det er derfor overordentlig vigtigt, at der på statslige og autoriserede undervisningsinstitutioner med undervisningskompetence i ernærings- og kostforhold, fremover forekommer en indsats til bedret kostinformation. Dette drejer sig også om undervisning af læger, sygeplejersker, økonomaer, husholdningslærere m. v. *Man foreslår derfor, at der under undervisningsministeriets regie nedsættes et udvalg (analogt med udvalget til vurdering af undervisningen i miljølære i gymnasiet og realafdelingerne ved de danske skoler) til fremme af undervisning i næringslære og kostinformation for samtlige undervisningsniveauer.*

Udvalget skulle også tage stilling til fremme af kostundervisning igennem offentlige medier som Danmarks Radio og TV.

Det bør endvidere overvejes, om den aktivitet vedr. kostinformation og kostkorektion, som hidtil har været formidlet igennem Statens Levnedsmiddelinstitut og husholdningsrådet kunne effektiviseres og øges ved en sammenlægning af Statens Husholdningsråd og Statens Levnedsmiddelinstitut, og der refterer stadigvæk problemet om, hvordan kompetencefordelingen fremover skal være mellem Statens Levnedsmiddelinstitut, (afdelingen for institutionskost) og Sundhedsstyrelsen, idet begge institutioner stadigvæk har visse dele af kostinformation og kostvurdering henhørende under sit regie.

Kostkorrektion

Såfremt almenlægen fremover skal medvirke i det forebyggende arbejde og varetage hele familiens somatiske og psykosociale trivsel, må den primære sundhedstjeneste være baseret på et tværfagligt samarbejde mellem lægen og en række medarbejdere, der arbejder inden for social- og sundhedsforvaltningen på de lokale amtskommunale plan.

Af afgørende betydning for familiens somatiske velvære er, som anført ovenfor, en optimal kost. Hidtil har samfundet ikke direkte medvirket ved retledning af den enkelte familie i, hvordan man opnår sund og nærende kost. Der har fra Statens Husholdningsråds side igennem en række år været udsendt informative artikler, der skulle søge at råde bod herpå — men disse artikler har næppe nået alle målgrupper.

Tænkes imidlertid ovennævnte »generelle forslag til ændring af kosten« gennemført, medfører dette for den enkelte familie næppe øgede udgifter - tværtimod måske en besparelse pro persona på 1.3 kr. (jfr. bilag V).

Private organisationer, såsom de samvirken- de danske husholdningsforeninger (DSDH) har imidlertid igennem mange år udført et meget prisværdigt arbejde, dels med registrering af husstandenes næringsindtagelse, dels forsøgt at påvirke de registrerede husstande til forbedring af deres næringsindtagelse gennem ændret kostvalg. Set i lyset af ønsket om gennem bedret næringsindtagelse at medvirke til en nedsættelse af forekomsten af hjerte-karsygdomme i befolkningen er det interessant, at DSDHs kostundersøgelse i 1974-75 viser, at det er muligt at påvirke familierne til nedsat forbrug af både fedt og sukker. For at forbedre familiens kostvaner i Danmark kunne man forestille sig ét af følgende alternative forslag ført ud i livet:

1. at DSDHs program, evt. i reduceret form, tilbydes gennem en opsøgende virksomhed alle danske husstande. Udgifterne hertil kunne dækkes af tilskud gennem socialcentrene.
2. at den opsøgende kostinformation formidles gennem en decentralisering af husholdningsrådet eller Statens Levnedsmiddelinstitut, idet disse organisationer får personale (f. eks. husholdningslærere eller sundhedsplejersker) ansat på social- og sundhedsforvaltningerne på det

lokale plan. Dette kan så yderligere samarbejdes med at den primære sundheds-tjeneste formidler korrekt kost til familier med familiemedlemmer, der lider af sukkersyge (som i øvrigt kan give åreforkalkning) eller til familier med forekomst af arvelige forkalkningssygdomme. Ovennævnte programs gennemførelse forudsætter anvendelse af data-teknik. DSDHs kostundersøgelser og kostkorrektionsforsøg har helt klart vist, at en personlig kontakt mellem en i næringsforholdet kompetent person og familiemedlemmerne i høj grad kan medvirke til forebyggelse af fejlnæring samt til bedring af den enkelte families kostvaner.

Ad. 2. Administrative forhold

Endskønt vor daglige kost kan sammensættes korrekt ud fra kendskab til næringsindholdet i de forskellige fødebestanddele, viser bl. a. husholdningsforeningernes kostundersøgelser at fodevarevalget sjældent er bestemt af kendskab til næringsindhold, men snarere af vaner, reklamer, tradition og smag. Et af midlerne til bedring af næringsindtagelsen vil derfor være en højnelse af kvaliteten af de industrifremstillede fødevarers næringsværdi med bl. a. nedsættelse af fodens indhold af tomme kalorier fra fedt og sukker. Indtagelse af fedt og sukker medvirker til overvægt og kan øge blodets fedtindhold, hvilket disponerer til åreforkalkning. Det vil derfor være relevant således som også anbefalet i de andre nordiske lande, at søge fedtprocenten i vor kost nedsat til under 30 pct. af kalorierne og sukkerindtagelsen bør mest hensigtsmæssigt nedsættes fra et gennemsnitligt årligt forbrug på 49 kg rent sukker til halvdelen af dette forbrug.

Ad. fødens fedtindhold:

Fedt forekommer naturligt i kødvarer. På den anden side må animalsk fedt betragtes som et affaldsprodukt. Det er derfor ikke acceptabelt, hvis fedt industrielt *pumpes* aktivt ind i kød, for at øge dets vægt og det er heller *ikke acceptabelt*, at fedtindholdet i forskellige industriprodukter, f. eks. polser,

kan variere fra 25-67 g/100 g industriprodukt i Danmark.

Det er heller ikke acceptabelt, at fedtet for at dække over fedttilsætningen hyppigt farves rødligt, således at det antager en kødagtig farve. I lighed med sukkerproblemet anbefales (jfr. nedenfor) derfor, at Statens Levnedsmiddelinstitut i lighed med den svenske socialstyrelse definerer det maksimalt acceptable fedtindhold i et produkt, for at det kan kaldes kød, pølse eller leverpostej. Det samme kunne være tilfældet med fedtindholdet i andre industriprodukter.

Ad sukkerindholdet:

40 pct. af sukkerforbruget kommer fra direkte tilsætning til vor mad, medens 60 pct. kommer fra søde vande, kager m. v. Søde vande i Danmark (f. eks. sodavand, tonic m. v.) indeholder omkring 25 g sukker pr. flaske. En sodavand indtaget pr. dag vil således tilføre med det nuværende forbrug ca. 20 pct. af det daglige sukkerforbrug pr. person i Danmark (130 g). Det vil derfor være relevant at lade Statens Levnedsmiddelinstitut give regler for sukkerindhold i søde vande — det ville være rimeligt at reducere det i henhold til ovenstående til maksimalt 12,5 g pr. sodavand. Dette er muligt med den allerede eksisterende lovgivning, idet lov om levnedsmidler af 6. juni 1975 giver miljøministeren mulighed for at fastsætte sådanne regler (jfr. lovens paragraf 21, stk. 1). Det burde også tages op til overvejelse, om der skal maximeres for sukkerindhold i kager, marmelade osv.

Det kan blive nødvendigt gennem lovgivning at beskytte producenterne og salgsledet mod konkurrence om forbrugerne på et grundlag, der går imod de opstillede mål.

At ovennævnte kvalitetsmål næppe betyder produktfordyrelse bekræftes af FDB (jfr. bilag III). Civ. ing. Mogens Granborg, FDB, oplyser, at for de fleste produkters vedkommende, kan sundhedshensyn tilgodeses uden varefordyrelse (på vægtbasis) men dog fordyrelse, når prisen udtrykkes i kaloriepriser.

Fodevareproducenter, -industri og -handel såvel som konsumenter eller forbrugere må have et autoritativt organ at støtte sig til f. eks. et Ernæringsråd.

Det foreslås, at der oprettes et sagkyndigt ernæringsråd, som kan følge og vurdere den

videnskabelige udvikling og omsætte dens resultater til praktiske handlingsprogrammer, som kan accepteres af befolkningen.

3. Bedring af institutionskosten

I finansåret 1972-73 spiste godt **100.000** danskere på sygehuse, plejehjem, inden for særforsorgen og lignende steder. I 1988 regnes tallet at stige til 125.000, altså en 25 pct.s stigning. Hertil kommer, at 157.000 børn i finansåret 1972-73 tilbragte en del af deres tid på børneinstitutioner og i den forbindelse har spist et eller flere måltider på denne institutionstype. Socialstyrelsen angiver, at tallet vil vokse til **ca. 300.000** i 1988. Hertil kommer yderligere, at inden for børne- og ungdomshjemsområdet, hvor børn og unge i kortere eller længere perioder er anbragt uden for eget hjem, kalkuleres med, at 6.000 børn indtager deres daglige måltider på institutioner og dette tal vil i 1988 stige til ca. 10.000. Inden for åndssvagefor-

sorgen regnes med et nogenlunde stabilt tal på omkring ca. 10.000 personer anbragt og at dette tal næppe ændres væsentligt i de kommende 4 år. Inden for sundhedsvæsenet, især de statslige og amtskommunale sygehuse, fandtes i 1973 570.000 indlæggelser sted på de 43.500 sengepladser. Under indlæggelse varetager sygehusets institutionskøkken ernæringen af patienterne og i mange tilfælde foreligger der fra lægeligt hold endog krav om et specielt diættilbud til patienterne. Institutionskosten har derfor en betydelig indflydelse på befolkningens ernæringstilstand og er i betydelig grad en økonomisk ressourcebruger.

Kostkonsulent Annelise Klinte har beregnet (marts 1976) at der på landets dag- og døgninstitutioner blev serveret følgende måltider:

Døgninstitutioner med fuld forplejning:

114.370X3 hovedmåltider sv.t. 343.110 måltider/dag.

Døgninstitutioner med delvis forplejning:

127.500 X 1 hovedmåltid sv. t. 127.500 måltider1dag

lait 470.610måltider/dag

I alt 172 mill, måltider/år.

Under hensyntagen til en råvareudgift pr. kostdag udtrykt i 1975-tal sv.t. til 15 kr. gennemsnitligt/kostdag vil ovennævnte institutionsmåltider belaste samfundet med en udgift på 900 mill. kr. pr. år. Hertil kommer arbejdslønnen til oparbejdning, der sandsynligvis kan sættes til et tilsvarende beløb.

Vedr. fordeling på de forskellige dag- og døgninstitutioner i øvrigt, henvises til bilag IV. Kontrollen med institutionskosten i Danmark er henlagt til afdelingen for institutionskost ved Statens Levnedsmiddelinstitut. Denne afdelings medarbejdere yder et værdifuldt bidrag til rationalisering af kostforplejningen i Danmark og til bedring af kostvanerne ved at medarbejderne ved personlig kontakt med den enkelte institution diskuterer kostproblemerne igennem. Den økonomiske stramning har i den senere tid ramt kostforplejningen på en række institutioner, hvilket har tvunget disse institutioner til at reevaluere produktionsomkostningerne. Der er imidlertid næppe tvivl om, at økonomiske nedskæringer inden for kostforplejningsområdet kan indebære ernæringsmæssige fordele eksempelvis hvis fedt- og sukkerholdige

produkter viger pladsen for mere ernæringsrigtige og billigere produkter.

Af positive ernæringsøkonomiske justeringer kan nævnes

1. ombytning af fløde til grød og kaffe med mælk,
2. ombytning af smør med minarine evt. margarine og anvendelse af tyndere lag margarine på tykkere skiver brød.
3. ombytning af øl og sodavand (sodavand indeholder 25 g sukker pr. flaske) med isvand, te og mager mælk.
4. regulering af middagen, således at forholdet mellem kød, kartofler, grøntsager i vægtmængde bliver som anbefalet **1:2:1**.
5. regulering af smørrebrødet, således at brød, smør og pålæg i vægtmængde anvendes i forholdet 2:1:2 alt afhængig af pålæggets fedtindhold (jfr. ovenfor om definition af næringsprodukter i relation til deres fedt- og sukkerindhold).

Ikke mindst på drikkekontoen vil der på mange hospitaler være meget at hente, uden at det dermed behøver at gå ud over patien-

tens væskeforsyning. En regulering vil hyppigt medføre mindre tilbud af kød, flere kartofler og grøntsager, regulering og servering af magert smørrebrød. Med det formål at gennemføre en sådan stramning og forbedring af institutionskosten under hensyn til det strammere økonomiske klima, er det nødvendigt at økonomaen har tilstrækkelig grundig ernæringsfysiologisk uddannelse.

Annelise Klinte har i »Focus på forplejningsøkonomien« i Tidsskrift for Danske sygehuse, januar 1976, pg. 4 angivet en række kvalitative mangler ved institutionskosten. Det angives således, at mælk og specielt fløde indgår i plejehjemskosten i langt større mængde end ønskeligt og at også tilbuddet af kød, fisk og æg overstiger det statistiske gennemsnit med 10 pct., medens forbruget af brød, mel og gryn er 25 pct. lavere end hvad der vil være anbefalelsesværdigt. Sukkerforbruget ligger som i resten af befolkningen ca. 50 pct. højere end det er ønskeligt og for smør, margarine og fedtforbruget gælder, at på trods af at plejehjemmene har 30 pct. lavere brødforbrug, ligger fedtforbruget dog højere end ønskeligt. Annelise Klinte foreslår derfor at ændre institutionskosten på følgende punkter:

1. at reducere det daglige energitilbud i institutionskosten med 250 Kcal til maksimalt 2.350 Kcal/person/dag.
2. at reducere fødens indhold af fløde med 50 g/dag, sukker med 40 g/dag, smør med 10 g, æg med 25 g men øge forbruget af frugt med 50 g, grøntsager med 30 g og brød med 25 g.

For øjeblikket viser statistikken for plejehjemskosten specielt at der har været et betydeligt overforbrug af kalorier, idet institutionskosten på dette område indeholder gennemsnitligt 3.250 Kcal, hvilket er mindst 20 pct. over det ønskelige forbrug (måske endnu højere, nemlig 30–40 pct. over det ønskelige).

Konklusion:

For institutionskostens vedkommende har vi at gøre med en betydelig ressource-bruger, idet ressourceforbruget årligt er af størrelsesordenen ca. 900 mill. kr. pr. år -f arbejds-løn sv.t. et tilsvarende ressourceforbrug), Institutionskosten kan forbedres efter de allerede ovenfor angivne retningslinier:

1. at nedsætte fedtindholdet i kosten fra 40–45 pct. til under 30 pct. af kalorieindtagelsen.
2. at halvere sukkerforbruget,
3. at øge forbruget af brød, gryn, mel og evt. grøntsager.

Der vil herigennem kunne opnås ikke alene en i ernæringsmæssig henseende betydelig forbedring af institutionskosten, men der vil også sandsynligvis kunne spares en hel del økonomiske ressourcer, idet brød, gryn og melgruppen er væsentlig billigere end de relativt dyre sukker- og fedtkalorier.

Med de bestræbelser, der for øjeblikket forekommer, for at lade de ældre længst muligt forblive i deres hjem, i stedet for at anbringe dem på plejehjem, følger, at de store institutionskøkkener på det amtskommunale plan har fået et betydeligt ansvar for servering af tre hovedmåltider lokalt i de enkelte hjem. Herigennem spares udgifter til plejehjemspladser, men institutionskøkkenerne får herigennem et øget ansvar for en langt større befolkningsgruppes ernæring end tidligere. Det vil også på dette plan være absolut nødvendigt at ernæringshygiejniske betragtninger medtages.

Såfremt man i den primære sundhedstjeneste igangsætter større screeningsprogrammer til opsporing af patienter med disposition til åreforkalkning og de arvelige stofskifteanomalier, der kan give åreforkalkning, vil det være relevant, at de ovennævnte institutionskøkkener får ansvar for, at patienter med begyndende åreforkalkning af ovennævnte typer får et tilbud om kolesterolsenkende diæt, hvorigennem muligvis een eller flere risikofaktorer kan elimineres.

Styring af institutionskosten: Med institutionskostens stigende betydning er adækvat styring af denne vigtig. Dette synes at kunne gøres ved EDB både m.h.t. pris og optimal sammensætning, idet civ.ing. Inge-Lise Mørup (Afd. f. Biokemi og Ernæring DtH og Ernæringsfysiologisk Afd., Kommunehospitalet) har vist at dette er muligt f. eks. ved CAMP systemet med 1) besparelser på op til 30 pct. og 2) forbedret kontrol af kostens sammensætning til følge. Systemet er indkørt på Kbh. Amts Sygehusvæsen for nyligt (jfr. I.-L. Mørup: EDB assisteret styring og kontrol af kostsammensætning (ATV-Erhvervsforsker Stipendiat)).

4. Specielle kostproblemer:

Kostproblemer og screening for hjerte-karsygdomme

Lipoproteinanomalier

Siden Frederickson og medarbejdere lavede deres første inddeling af de arvelige lipoproteinanomalier er forskningen omkring disse inborn errors avanceret med hast og det er nu muligt f. eks. inden for gruppen af dominant arvelig type II lipoprotein anomali ved biokemiske metoder at opdele denne hovedgruppe i en række undergrupper med hver sin genetiske defekt, (jfr. Nature 260: 286 - 1976).

Lipoproteinelektroforese og kvantitativ bestemmelse af serum kolesterol og triglycerid er relativt simple metoder, der kan gennemføres for en relativ lille økonomisk indsats. Det vil derfor være muligt at screene for disse arvelige sygdomme. Screening kan enten udføres i almen praksis eller ved hjælp af hospitalskartotekerne, specielt ud fra de tidlige tilfælde af cardio-vaskulære insulter.

Engelske undersøgelser har i de sidste år vist, at det ikke er muligt inden for det første leveår at opspore bærere af lipoprotein-anomalierne, men fra et-års alderen er dette dog muligt. Det er derfor et spørgsmål, om man i før-skolealderen eller i skolealderen ved den almindelige skolelægeundersøgelse bør screene for nævnte lipoprotein-anomalier, hvis frekvens i den danske befolkning er ukendt, men skotske undersøgelser af patienter med angina pectoris og coronarthrombose viser for alle aldersgrupper, taget under eet, en prevalens på 54 pct. respektivt 65 pct. for de to symptomgrupper og hos patienter under 50 år 80 pct. respektivt 83 pct.

For i hvert fald to af hovedgrupperne af lipoprotein-anomalier nemlig type II og type IV er diætisk behandling mulig, hvilket allerede er angivet af Fredrickson. Fredrickson angiver i sin klassiske redegørelse for type II anomalien, at denne bør behandles med en diæt, der bør omfatte:

1. reduktion af den totale indtagelse af kolesterol,
2. substituering af mættede fedtsyrer med flerumættede fedtsyrer,
3. en reduktion af den totale daglige indtagelse af fedt, især kød, mælk, æg og køksfedt.

Fredrickson angiver, at diæten medfører et signifikant fald i serumcholesterotet. På tilsvarende måde vil type IV anomalien, der er karakteriseret ved højt serum triglycerid, men normalt serum kolesterol og en nærmest diabetes-lignende sukkerbelastningskurve kunne behandles med en saccharosefattig kost.

Diabetes Mellitus

Der kan også peges på, at da diabetes mellitus i de sene stadier hyppigt er ledsaget af en atherosclerose-lignende aflejring af fedtstoffer i karrene, er en nøje overholdelse af diabeteskosten absolut nødvendig for forebyggelse af åreforkalkningen ved denne lidelse.

Konklusion:

Da der således i overensstemmelse med ovenstående fremover må forudses, at foreligge et voksende klientel, der har behov for specifik diætisk behandling af hjerte-karsygdomme anbefales, at økonomaer ansættes ved landets hospitaler med specielt det formål at varetage den diætiske behandling af ovennævnte patientgrupper under indlæggelse og evt. i samarbejde med de amtskommunale myndigheder at tilbyde disse patienter vejledning i rigtig kost eller evt. tilbud om en centraliseret distribution af den rigtige kost.

Generel diskussion af de foreslåede ændringer

De i nærværende indstilling foreslåede ændringer på kostområdet synes at være helt i overensstemmelse med de forholdsregler, der er igangsatte i andre lande. Således anfører Schettler (Professor ved Universitetsklinikken i München) (Fette, Seifen, Anstichmittel 78: 1-9, 1976) at forslaget om nedsættelse af fedtindtagelsen (og kolesterol) er anbefalet af myndigheder eller organisationer i Norge, Sverige, England, DDR, USSR og Vesttyskland. Også i WHO's Publikationer Euro. 8202 (6) (Methodology of multifactor preventive trials in ischaemic heart disease 1973) og WHO Euro 8202 (6) 14 (1973, Working paper on blood cholesterol modification by diet) anføres at alt i alt 11 forsøgsprogrammer til multifaktoriel forebyggende indsats for øjeblikket er igangsat

af WHO dækkende i al fald 284.000 mennesker (programmer køres i Göteborg., Boden, Oslo, Kaunas, Rotterdam, London, Bruxelles, Warszawa, Gent og Øst-Karelen). Programmerne er noget forskelligt anlagte, *men de synes som en væsentlig fælles faktor at have kostinterventionen.*

Det synes rimeligt at danske forsøg med kostintervention etableres i samarbejde med WHO, således at maximal udnyttelse af det forhåndenværende erfaringsmateriale opnås.

De ernæringspolitiske forhold omkring påbud om bestemt kostkvalitet af industriprodukter samt om det relevante i at oprette et ernæringsråd bør tages op til diskussion i forbindelse med en snarlig forbedring af institutionskosten.

En egentlig effektvurdering m.h.t. forebyggelse af hjerte-karsygdomme af den foreslåede type kan for øjeblikket ikke gives som en cost/benefitberegning, men som anført af WHO bør kostinterventionen være en væsentlig del af en multifaktoriel forebyggende indsats. Man må foruden en effekt på forekomsten af hjerte-kar sygdomme også forvente en generel kostforbedring af den foreslåede *indsats*, således at marginal grupper, især ældre over 68 år, i større udstrækning end hvad det er tilfældet for øjeblikket, får dækket behovet for essentielle stoffer.

Oversigt over den foreslåede Kost-intervention

Det foreslås generelt, at den danske befolkning:

1. nedsætter fedtenergi-procenten fra de nuværende 42-45 pct. til under 33 pct.,
2. at sukkerenergi-procenten nedsættes fra de nuværende 16 til 8 energiprocent,
3. at den fjernede energi erstattes af højmo-lekylære kulhydrater (kornprodukter),
4. at man overvejer at screene befolkningen for genetisk betingede forkalkningssygdomme.

Ovennævnte forslag involverer:

1. Øget oplysning om kostproblemer alment til befolkningen gennem skole, TV m. v. og specifikt til målgrupper såsom læger, økonomaer, lærere m. fl.,
2. overvejelse om øget kostintervention i de enkelte familier formidlet dels på primærplanet gennem alment praktiserende læger og dels gennem social- og sundhedsforvaltningen,
3. øget styring af institutionskosten gennem anvendelse af EDB med det formål primært at tilbyde en i ernæringsmæssig henseende korrekt menu,
4. at tilbyde næringsrigtig kost til specifikke målgrupper: diabetikere, patienter med (genetisk betingede) forkalkningssygdomme m. fl.,
5. at lovgive om fedt- og sukkerindhold i visse industriprodukter,
6. at koble danske kostinterventionsforsøg i form af pilotprojekter til de af WHO organiserede.

førgen Clausen, Peder Helms

Kostændringer i Danmark 1875-1975

Alle tallene angiver energiprocenter (kal%)
Tallene er afrundede.

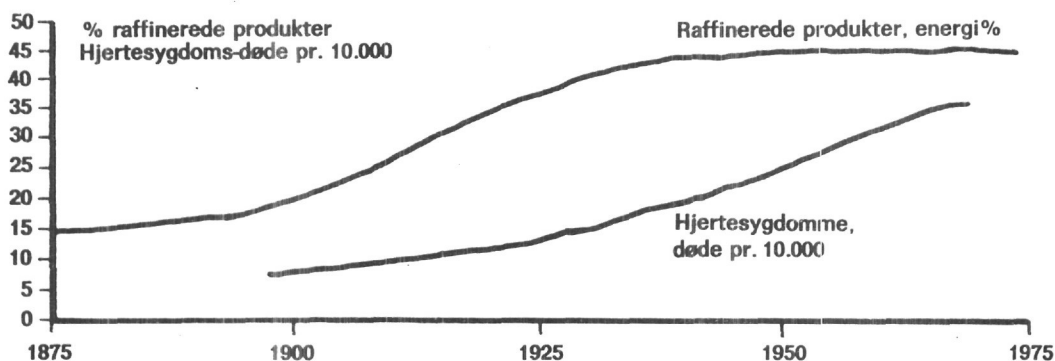
	1875		1975	
	TOTAL Energi%	Raffinerede produkter Energi%	TOTAL Energi%	Raffinerede produkter Energi%
<i>Fedstoffer</i>	20		40	
Smør		5		7
Margarine		0		13
<i>Kulhydrater</i>	65		45	
Fint hvedemel		5		10
Sukker		5		15
<i>Proteinstoffer</i>	10		10	
<i>Alkohol</i>	5		5	
I alt	100	15	100	45

Karakteristiske ændringer

1875 → 1975

Konsum af

Fedstoffer	fordoblet (20 → 40 energi%)
Raffinerede produkter	tredoblet (15 → 45 energi%)
Sukker (Sakkarose)	tredoblet (5 → 15 energi%)
Kulhydrater (excl. sukker)	halveret (60 → 30 energi%)



Litteraturliste:

1. Andersen, G. E. & Clausen, J. »Tracing and Treatment of Children with Essential Familial Hypercholesterolemia«. Zeitschr. f. Ernährungswissenschaft 1972, 11: 120-137.
2. Anonym leder. »Progression and regression of arteriosclerosis« Brit. Med. Journ. 1976:1:481.
3. Anonym leder »Lipids and Ischaemic Heart Disease« Lancet 1975:11398-399.
4. Astrup, P. »Er det farligt at spise æg?« POLITIKENs kronik 10/7-75.
5. Bali, K. & R. Turner. »Smoking and the Heart - The Basis for Action«. Lancet 1974,11:822-826.
6. Bang, H. O. & J. Dyerberg. »Blodets fedtindhold og kostens sammensætning hos en vestgrønlandsk befolkningsgruppe«. Ugeskr. Læg. 1975,137:1641-1646.
7. Bencze, W. L. »Hypolipidemic Agents«, s. 349-395 Kritchevsky, D. (ed). »Hypolipidemic Agents«, Springer, Berlin 1975.
8. Berg, Kåre, Anna-Lise Børresen & G. Dahlén. »Serum-high-density-lipoprotein and Atherosclerotic Heart-disease«. Lancet 1976,1:499-501.
9. Blix, G. »Kost och atherosclerotisk hjärtsjukdom«. Näringsforskning 1968:12: 37-45.
10. Christakis, G., S. H. Rinzler, M. Archer, G. Winslow, S. Jampel, J. Stephanson, G. Friedman, H. Fein, A. Kraus & G. James. »The anticorony club - A dietary approach to the prevention of coronary heart-disease. - A seven year report«. Am. J. Publ. Hlth. 1966,56:299-314.
11. Clausen, J. »Kost og hjerte-karsygdomme«. Husholdningslæreren 1971,42:204.
12. Dempsy, Mary E. »Cholesterol Biosynthesis in vitro«. S. 1-26 i Kritchevsky, D. (ed). »Hypolipidemic Agents«, Springer, Berlin 1975.
13. Dept. of Hlth. & Social Security. »Diet and Coronary Heart Disease«. H. M. S. O. London 1974.
14. Dyerberg, J. »Lipoproteiner i plasma«. F.a.d.L.'s forlag, København 1972.
15. Dyerberg, J., H. O. Bang & N. Hjørne. »Fatty acid composition of the plasma lipids in Greenland Eskimos«. Am. J. Clin. Nutr. 1975,28:958-966.
16. Eaton, R. P., D. S. Schade & M. Conway. »Decreased Glucagon Activity: A Mechanism for Genetic and Acquired Eudogenous Hyperlipæmia«. Lancet 1974, II: 1545-1547.
17. Eisenberg, S. & R. I. Levy. »Lipoproteins and Lipoprotein Metabolism«. S. 191—208 i Kritchevsky, D. (ed.) »Hypolipidemic Agents«, Springer, Berlin 1975.
18. Felts, J. M. & L. L. Rudel. »Mechanisms of Hyperlipidemia« s. 151-182 i Kritchevsky, D. (ed.) »Hyperlipidemic Agents«, Springer, Berlin 1975.
19. Fetcher, E. S., N. Foster, J. T. Anderson, F. Grande & A. Keys. »Quantitative Estimation of Diets to Control Serum Cholesterol« A. J. Clin. Nutr. 1967,20:475-492.
20. Frantz, J. D. »The Rationale for Hypolipidemic Therapy«. S. 409—414 i Kritchevsky, D. (ed.) »Hypolipidemic Agents« Springer, Berlin 1975.

21. From Hansen, P. »Fetdstoffernes betydning for ernæring og sundhed - menneskets behov for flerumættede fedtsyrer«. Ugeskr. Læg. 1972,134,882.
22. Goldstein, J. L. & M. S. Brown. »Familial Hypercholesterolemia. A genetic regulatory defect in cholesterol metabolism.« Am. J. Med. 1975,58,147-150.
23. Gulliksen, K. »Fetdets betydning for levnedsmidlers kvalitet«. S. 17 i »Fetdstoffer og Sundhed«. M. I. F. U. København 1970.
24. Hansen, A. Tybjærg. »Karsygdomme« s. 466-504 i »Medicinsk Kompendium«. Nyt nord. forlag København 1975.
25. Hansen, A. Tybjærg & H. Meinertz. »Atherosclerosis«. S. 505-516 i »Medicinsk Kompendium«. Nyt nord. forlag København 1975.
26. Hansen, A. Tybjærg. »Sygdom, sundhed og samfund«. Hjertereforeningens årsberetning 1972 s. 4-13.
27. Hansen, P. From. »Fetdstoffernes betydning for sundhed og sygdom«. 6' Nordiske Fedtsymposium, Grenå 1971, s. 235.
28. Heaton, K. W. »Fibre, Blood-lipids, and Heart Disease«. Lancet 1975,11:927.
29. Heaton, K. W. & E. W. Pomare. »Effects of liran on Blood Lipids and Calcium«. Lancet 1974,1:49-50.
30. Helms, P. »Hvad vil danskerne spise i fremtiden?« J. Paludans forlag København 1973.
31. Helms P. »Kosten i Danmark 1972«. Ugeskr. Læg. 1975,137:2145-2151.
32. Helms, P. & J. Clausen »Ernæringspolitik«. Ugeskr. Læg. 1975,137:2143-2144.
33. Hodges, R. E., A. F. Sahel, W. L. Dunkley, R. Zelis, P. F. McDonagh, C. Clifford, R. K. Hobbs, L. M. Smith, A. Fan, D. T. Mason & C. Lykke. »Plasma lipid changes in young adult couples consuming polyunsaturated meats and dietary products«. Am. J. Clin. Nutr. 1975,28:1125-1140.
34. Hornstra, G. B. Lewis, A. Chait, O. Turpinen, M. J. Karvonen & A. J. Vergroesen. »Influence of Dietary Fat on Platelet Function in Men«. Lancet 1976,1:1155-1157.
35. Horwitz, O. & Elsa Bach Pedersen. »Dødelighed og sygelighed i den danske befolkning perioden 1840-1972«. Dansk Inst. f. klin. Epidemiologi. København 1976.
36. Hsia, S. L., Y-S Chao, C. H. Hennekens & W. B. Reader. »Decreased Cholesterol-binding Reserve in Premature Myocardial Infarction«. Lancet 1975,11:1000-1004.
37. Hulley, S. B., W. S. Wilson, Marianne Burrows & M. Z. Nichman. »Lipid and Lipoprotein Responses of Hypertriglyceridemic Outpatients to a Low-carbohydrate Modification of the A. H. A. Fat-controlled Diet.« Lancet 1972,II,551-555.
38. Jakobsen, P. E. & K. Gulliksen. »Animalsk fedt, styring af mængde og sammensætning«. S. 49. 6' Nordiske Fedtsymposium 1971.
39. Jakobsen, P. E. & P. M. Riis. »Levnedsmidlernes fedtindhold og kolesterolbalancen«. Tidsskr. f. landøkonomi 1970/6:239.
40. Jenkins, D. J. A., A. R. Leeds, C. Newton & J. C. Cummings. »Effects of Pectin, Guar Gum, And Wheat Fibre on Serum-cholesterol«. Lancet 1975,1:1116-1117.
41. Kaunel, W. B. & Tavia Gordon. »The Framingham study«, Section 24 »The Framingham diet study: Diet and the regulation of serum-cholesterol«. Manuskript. April 1970.
42. Keys, A., J. T. Anderson & F. Grande: »Serum Cholesterol Response to Changes in the Diet. IV Particular saturated Fatty Acids in the Diet«. Metabolism 1965,14: 776-787.
43. Klevay, L. M. »Coronary heart disease: the zink/copper hypothesis«. A. J. Clin. Nutr. 1975,28:761-763.
44. Kritchevsky, D. »Animal Models for Atherosclerosis Research«. S. 216-223 i Kritchevsky, D. (ed.) »Hypolipidemic Agents«. Springer, Berlin 1975.
45. Kritchevsky, D., L. M. Davidsen, I. L. Shapiro, H. K. Kim, M. Kitagawa, S. Malhotra, P. P. Nair, T. B. Clarksen, I. Bersohn & P. A. C. Winter. »Lipid metabolism and experimental atherosclerosis in baboons: influence of cholesterol-free, semi-synthetic diets«. A. J. Clin. Nutr. 1974,27:29-50.
46. Lloyd, J. K. »Hyperlipidaemia in Children«. Brit. Heart J. 1975,37:105-114.

47. Madsen, Inga & Dorthe Petersen. »Hjemkundskab 1, Grundbog i ernæring og praktisk arbejde«. Aschehaug, København 1973.
48. Mann, J. J., Truswell, A. S., D. A. Hendricks & E. Manning. »Effects on Serum-lipids in Normal Men of Reducing Dietary Sucrose or Starch for Five Months«. *Lancet* 1970,1:870-871.
49. Mattson, F. H., E. J. Hollenbach & A. M. Kligman. »Effect of hydrogenated fat on the plasma cholesterol and triglyceride levels of man«. *Am. J. Clin. Nutr.* 1975,28: 726-731.
50. Meinertz, H. »Plasmalipidanomalier«. S. 1469-1485 i »Medicinsk Kompendium«, Nyt nord. forl. København 1975.
51. Miettinen, M., O. Turpeinen, M. J. Karvonen, R. Elosuo & E. Paavilainen. »Effect of Cholesterol-lowering Diet on Mortality from Coronary Heart-disease and other Causes«. *Lancet* 1972,11:835-838.
52. Miller, G. J. & N. E. Miller. »Plasma-high-density-lipoprotein Concentration and Development of Ischemic Heart Disease«. *Lancet* 1975,1:16—19.
53. Nicolaysen, R. »Arteriosklerotiske sygdomme i befolkningen - risikofaktorer, etiologiske, patogenetiske«. S. 88 i M.I.F.U. symposiet »Fetdstoffer og sundhed«. København 1970.
54. Nora, J. J. & Fraser, F. C. »Medical Genetics - Principles and Practise«. Lea & Fibiger, Philadelphia 1974. »Coronary Artery Disease« s. 340-344.
55. Nordisk Komité. »Medicinske synspunkter vedrørende folkekosten i de nordiske lande«. Økonomaen 1969/47:6.
56. Norum, K. R. »Kost og helse i det moderne industrisamfundet«. *Næringsforskning* 1974,78:2-9.
57. Olesen, E. S. »Ernæring og diætetik«. Nyt nord. forl. København 1975.
58. Olesen, Knud H. »Ischæmisk hjertesygdom« s. 389-408 i »Medicinsk Kompendium«. Nyt nord. forl. København 1975.
59. Ose, L. »L.D.L. and Total Cholesterol in Cord-blood screening for Familial Hypercholesterolaemia«. *Lancet* 1975,11:615-616.
60. Persson, J., K. Raby, P. Fønns-Bech & E. Jensen. »Bran and Blood Lipids«. *Lancet* 1975,11:1208.
61. Potter, J. M. & P. J. Nestel. »The effects of dietary fatty acids and cholesterol on the milk lipids of lactating women and the plasma cholesterol of breast-fed infants«. *Am. J. Clin. Nutr.* 1976,29:54-60.
62. Riis, P. M. »Bør kostens fedtindhold ændres?«. S. 122 i M.I.F.U. symposium »Fetdstoffer og sundhed« København 1970.
63. Ross, D. J. & K. A. Oster. »Milk-protein Antibodies and Myocardial Infarctions«. *Lancet* 1975,11:1037.
64. Sacks, F. M., W. B. Castelli, A. Donner & E. H. Kass. »Plasma Lipids and Lipoproteins in Vegetarians and Controls«. *N. Engl. J. Med.* 1975,284:1148-1151.
65. Schrock, C. G. & W. F. Connor. »Incorporation of the dietary trans fatty acids (C 18:1) into the serum lipids, the serum lipoproteins and adipose tissue«. *Am. J. Clin. Nutr.* 1975,28:1020-1027.
66. Seelig, M. S. & H. A. Heggveit. »Magnesium interrelationships in ischemic heart diseases: a review«. *Am. J. Clin. Nutr.* 1974,27:59-79.
67. Socialstyrelsens nämnd för hälsupplysning. »Kost och Motion«. Liber-Förlag, Stockholm 1975.
68. Sodhi, H. S. »Cholesterol Metabolism in Man«. S. 29-90 i Kritchevsky, D. (ed.) »Hypolipidemic Agents«. Springer, Berlin 1975.
69. Statens Levnedsmiddelinstitut v. Inge Hansen & Annelise Klinte. »Mad til mange«. Teknol. instituts forlag København 1973.
70. Stehbens, W. E. »The Role of Lipid in the Pathogenesis of Atherosclerosis«. *Lancet* 1975,1:724-727.
71. Thomsen, K. V. »Levnedsmidlernes; fedtindhold og fedtsyresammensætning«. S. 12 i M.I.F.U. »Fetdstoffer og sundhed« København 1970.

72. Tibblin, G. & L. Wilhelmsen. »Hjerteinfarktens riskfaktorer« s. 94 i M.I.F.U. »Fedtstoffer og sundhed«. København 1970.
73. Trowell, H. »Dietary Fibre and Coronary Heart Disease«. Rev. Europ. Etudes Clin. et Biol. 1972,17:345-349.
74. Werkö, L. »Kostfaktorer och hjärtsjukdom« s. 71-107 i Reizenstein, P. (ed.) »Klinisk Nutrition«. Scandinavian University Books 1968.
75. Westlund, K. & R. Nicolaysen. »Ten-year mortality and morbidity related to serum cholesterol«. Scand. J. clin. Lab. Invest. 1972,30, supplem. 127-1972, 1-24.
76. WHO Memorandum, »Classification of Hyperlipidemia and Hyperproteinemia«. Circulation 1972,45:510ff.
77. Whyte, H. M. »Potential Effect on Coronary-heart-disease Morbidity of Lowering Blood-cholesterol«. Lancet 1975,1:906-910.
78. Wretling, A. »Näringsläget hos den svenska befolkningen«. S. 7-70 i Reizenstein, P. (ed.) »Klinisk Nutrition«. Scandinavian University Books 1968.
79. Yudkin, J. »Sucrose in the Aethiology of Coronary Thrombosis and other Diseases«. S. 231 i Yudkin, Edelman & Hough (ed.) »Sugar«, London 1971.

*Ernæringsforbedrede produkter, april 1976.**Er de dyrere?*

Vare	Forbedring	U-pris	
		Ernærings- forbedret	Normal- vare
Kalorielet remoulade	Reduceret kalorieindhold .	3,75	4,05
Kalorielet mayonnaise, tube	Reduceret kalorieindhold .	2,85	3,10
Kalorielet mayonnaise, pose	Reduceret kalorieindhold .	3,55	4,05
Kvarg mayonnaise	Reduceret kalorieindhold .	3,55	4,05
Kalorielet italiensk salat	Reduceret kalorieindhold .	3,45	3,65
Minarine	Reduceret kalorieindhold .	2,95	3,85
Ernæringsforb. leverpostej	Reduceret kalorieindhold .	4,15	4,15
Caolé	Reduceret kalorieindhold .	1,00	1,15
Kvikke ernæringsforb. kiks	Uden sukker	3,25	2,56
Spegepølse u. farve og nitrit	U. farve, u. tilsætningsstof	10,95	6,22
Kogt salami u. farve og nitrit	U. farve, u. tilsætningsstof	10,80	10,80
Svinefedt m. soyaolie	Med polyumættede fedtsyrer	2,60	3,25
Solbærmarmelade u. kons. + farve .	U. farve, u. tilsætningsstof	6,75	5,60
Lemon squash	U. sukker	1,10	1,10
Appelsin squash	U. sukker	1,10	1,10
Sukkerfri salmiak tyggegummi	U. sukker	3,00	3,56
Sukkerfri pebermynte tyggegummi . .	U. sukker	3,00	3,56

Oversigt over nogle vigtige institutioner med hel og delvis forplejning

Institutionens art	Antal (1974) institutioner		Antal (1974) forplejede	
<i>Dogninstitutioner m. fuld forplejning:</i>				
Statshospitaler	19	}	7.412	
Plejhjem herunder				
Amtskommunale plejhjem				
Fængsler	14		2.200	
Arresthuse	52		950	
Åndssvageforsorg (interne institutioner)	122		9.492	
Særforsorg	33		1.861	
Børne- og ungdomsforsorg	373		7.107	
Sygehuse	120		43.000	
Alderdoms- og plejhjem	1.990		39.351	
Søværnets skibe	40	2.763	c. 3.000	114.373
<i>Dogninstitutioner m. delvis forplejning:</i>				
Forsvaret	90		c. 25.000	
Civilforsvaret	9		1.350	
Civile lejre + skoler	4	103	355	26.705
Dogninstitutioner, i alt		2.866		141.078
<i>Daginstitutioner m. delvis forplejning:</i>				
Vuggestuer	445		15.740	
Børnehaver	1.661	2.406	85.034	100.774
Dogn- og daginstitutioner, i alt		5.272		241.852

Oplysningerne er indhentet fra Perspektivplan II, Socialstyrelsen, Direktoratet for Statshospitalerne, Forsvarskommandoen, Civilforsvaret og Styrelsen for civil værnepligt.

*Oversigt over institutioner, der i perioden 1968-1973 er besøgt af afdelingen
for institutionskost.*

Institutionens art	Antal Institu- tioner	Antal pladser	Besøgte institutioner					
			1968	1969	1970	1971	1972	1973
<i>Døgninstitutioner m. fuld forplejning.</i>								
Statshospitaler	10	} 7.412	8	9	4	5	5	5
Plejehjem herunder	6		6	6	2	3	3	3
Amtskommunale plejehjem ..	3		3	—	3	1	2	
Fængsler	14	2.200	13	12	13	12	11	13
Arresthuse	52	950	7	6	6	7	7	6
Åndssvageforsorg (central + lokalinstitutioner)	39	7.930	5	15	11	4	9	10
<i>Døgninstitutioner m. delvis forplejning:</i>								
Civilforsvaret	9	1.350	3	4	3	2	3	2
Lejre for civile	3 (2)	175	3	3	3	3	2	2
	136	20.017	48	58	42	39	41	43

Herudover er enkelte alderdomshjem (3) og blindeinstituttet i Hellerup efter anmodning besøgt i omhandlede periode. Endvidere har afdelingen i 1973 haft et vist samarbejde med Forsvarets Cafeterier.

Ændringer af dansk gennemsnitskost til opfyldelse af normerne foreslået af nordisk komité

Konklusion

Gennemsnitskostens energiprocentfordeling afviger fra den nordiske Komité's normer: Fedt-energi 33 pct., Kulhydrat-energi 55 pct., Protein-energi 12 pct.

Ved moderate og gennemførlige ændringer kan energifordelingen bringes i overensstemmelse med normerne uden reduktion af det samlede energiindhold.

Key-s tal - der giver et mål for kostens effekt på serum-cholesterol - falder herved fra 57 til 46. Indholdet af slagger stiger fra 6,4 til 9,1 g/dag.

Prisen for gennemsnitskosten pr. dag falder med 1,34 kr. For 5 millioner indbyggere svarer dette til et beløb på 6,7 mill. kr./dag = 2.445,5 **mill./år**.

Dokumentation

Side 185. EDB-beregning viser samlede energiindhold i gennemsnitskosten på 13.738 kJ (3272 kcal) med energiprocentfordeling på Fedt = 40,1 pct., kulhydrat = 44,7 pct., protein = 11,3 pct., alkohol = 3,9 pct. Pris pr. dag = 1734 øre = 100 øre pr. 1000 kJ.

Side 186. Dækningsprocenter for næringsstoffer efter RDA-normer for voksen mand er alle over 100 undtagen for D-vitamin og Folsyre. Sukkerenergiprocent = 17,9.

Side 186. Viser de foreslåede ændringer, som ikke berører det samlede energiindhold, men reducerer fedtindholdet med 27,2 g pr. dag (og sukkerindholdet med 33,4 g pr. dag). Prisen reduceres med 134 øre.

Der er ikke foreslået drastiske ændringer. Den fjernede fedtmængde er erstattet af

grove kulhydrater fra kornprodukter og kartofler samt frugt, som også må kompensere for energiindholdet svarende til reduktionen af sukker (sakkarose). Sukkerindholdet burde formentligt reduceres yderligere.

Side 187. EDB-beregning af den ændrede gennemsnitskost med uændret energiindhold. Energiprocentfordeling: Fedt 32,5 pct., Kulhydrat 51,1 pct., Protein 12,5 pct., Alkohol 3,9 pct. Kulhydrat + Alkohol = 55,0 pct. Pris pr. dag = 1600 øre = 92 øre pr. 1000 kJ.

Side 188. Dækningsprocenter for næringsstoffer efter RDA-normer for voksen mand er alle over 100 undtagen for D-vitamin og Folsyre. Sukkerenergiprocent = 13,8.

Side 189. Kvaliteten af gennemsnitskosten og kosten efter korrektion, udtrykt ved dækningsprocenter og indholdet pr. 1000 kJ.

Alle dækningsprocenter med undtagelse af Jod's bliver højere ved ændringen. Det samme gælder indholdet af næringsstoffer pr. 1000 kJ.

Forholdet mellem fedt-energiprocent, energiprocent af mættede og polymættede fede syrer samt energiprocent kolesterol - udtrykt ved indhold i gram pr. 1000 kJ - viser, at ændringen af kosten medfører en nedgang i Key-s tal fra 57 til 46. Ved beregningen er anvendt en omskrivning af Key-s formel til brug for værdier af de indgående parametre, udtrykt i g/10000 kJ, resp. mg/1000 kJ (kostens kolesterolindhold).

Indholdet af slagger eller fibre stiger ved korrektionen af gennemsnitskosten fra 6,4 til 9,1 g pr. dag.

*Dansk gennemsnitskost 1974 efter statistisk årbog – forbrug pr. person pr. dag i g.
Priser efter Danmarks Statistik: detailpriser – gennemsnit hele landet, oktober 1975.*

	Netto g	kJ	Kal.	Fedt g	Kulh. g	Prot. g	Alkh. g	Pris øre
Sødmælk	286	772	186	10.0	13.2	9.7	0.0	63
Skummetmælk	58	84	20	.1	2.8	2.0	0.0	9
Yoghurt frugt	32	114	27	1.2	3.5	1.0	0.0	18
Piskefløde	7	108	26	2.7	.2	.2	0.0	9
Kaffefløde 18	10	80	19	1.8	.4	.3	0.0	6
Smør	24	763	182	20.2	.1	.1	0.0	50
Margarine standard	34	1054	252	27.7	.2	.2	0.0	23
Margarine plante	12	372	89	9.8	.1	.1	0.0	12
Minarine	2	30	7	.8	0.0	0.0	0.0	2
Svinefedt	14	528	126	14.0	0.0	.0	0.0	10
Ost 45	20	289	69	5.3	.2	5.1	0.0	46
Ost 30	7	75	18	1.1	.1	2.0	0.0	14
Æg hele	30	195	46	3.4	.2	3.9	0.0	29
Oksekød middelfedt	46	520	124	10.0	0.0	8.0	0.0	132
Svinekød middelfedt	107	1118	268	21.4	0.0	17.9	0.0	276
Kylling (fjerkræ, andet K.)	21	176	42	3.0	0.0	3.7	0.0	25
Sild fed	25	246	59	4.7	0.0	4.3	0.0	20
Rødspætte	10	38	9	.2	0.0	1.7	0.0	15
Torsk	20	62	15	.1	0.0	3.4	0.0	17
Franskbrød	155	1751	418	6.2	77.3	13.2	0.0	101
Rugbrød	85	820	195	1.2	40.3	6.5	0.0	46
Havregryn	7	114	27	.5	4.7	1.0	0.0	4
Ris poleret	5	73	18	.0	3.9	.3	0.0	3
Kartoffelmel	5	70	17	.0	4.2	.0	0.0	2
Cornflakes (andre kornprodukter) ..	6	86	20	.0	4.5	.5	0.0	6
Sukker som stødt melis	80	1320	308	0.0	80.0	0.0	0.0	28
Sukker som slik	40	660	154	0.0	40.0	0.0	0.0	140
Mineralvand sød	135	196	47	0.0	12.1	0.0	0.0	59
Kartofler gamle	205	728	174	.2	38.9	3.9	0.0	43
Hvidkål	30	31	7	.1	1.3	.4	0.0	17
Porre	10	15	4	.0	.6	.2	0.0	11
Gulerod	40	58	14	.0	2.9	.4	0.0	18
Agurk	15	6	1	.0	.2	.1	0.0	12
Tomat	30	24	6	.1	1.0	.3	0.0	34
Grønærter	10	38	9	.1	1.4	.7	0.0	10
Æble	65	136	32	.1	7.9	.2	0.0	25
Appelsin (citrusfrugter)	25	48	11	.1	2.4	.3	0.0	12
Banan	20	75	18	.0	4.2	.2	0.0	10
Vindrue incl. anden frugt	30	88	21	.0	4.9	.2	0.0	22
Marmelade	7	70	17	.0	4.1	.0	0.0	8
Pilsnerøl	315	472	113	0.0	7.9	.9	11.0	214
Lys hvidtøl	35	40	9	0.0	1.0	.1	.7	12
Rødvin = vin udenlandsk og dansk ..	30	82	19	0.0	.1	.1	2.7	48
Snaps = spirituosa	10	111	27	0.0	0.0	0.0	3.8	69
I alt	2160	13738	3273	146.1	366.9	93.1	18.2	1734
Pris excl. alkoholica								1391
Pr. 1.000 kJ				10.6	26.7	6.8	1.3	100
Energiprocentfordeling (kalorie-pct.) ..				40.1	44.7	11.3	3.9	

		Kostens indhold i alt	Efter RDA-1974 officielle tal		Beregnet af Basalstofskifte		
			Dags- behov	Dæk- nings- procent	Dags- behov	Dæk- nings- procent	Indhold pr. 1000 k
Protein	g	93.1	52	179	85	109	6.8
A-vitamin	mcg	1484.9	1000	148	1275	116	108.1
D-vitamin	mcg	7.5	10	75	17	44	.5
E-vitamin	mg	16.5	15	110	21	78	1.2
C-vitamin	mg	87.3	45	194	77	114	6.4
Niacinækv.	mg	35.5	20	178	20	174	2.6
B-1 vitamin	mcg	1967.9	1500	131	1530	129	143.2
B-2 vitamin	mcg	2607.9	1800	145	1913	136	189.8
B-6 vitamin	mcg	2446.5	2000	122	2550	96	178.1
B-12 vitamin	mcg	9.6	3	320	5	188	.7
Folsyre folat	mcg	112.6	400	28	553	20	8.2
Kalcium	mg	1430.9	800	179	1530	94	104.2
Magnium	mg	447.2	350	128	510	88	32.6
Jern	mg	18.1	10	181	20	89	1.3
Fosfor	mg	1611.4	800	201	1530	105	117.3
Jod	mcg	153.1	140	109	153	100	11.1
Zink	mg	15.1	15	101	21	71	1.1
Mættede fedstoffer	g	62.8					4.6
Polyumættede fedtstoffer	g	19.4					1.4
Kolesterol	mg	469.1					34.1
Slagger – fibre	g	6.4					.5
Sukker (sukkarose)	g	147.0					10.7
Sukkerkalorieprocent							

17.9

Ændringer af dansk gennemsnitskost – forslag

Aktuelle tal		Ændrede tal	g	kJ	Fedt	Pris
Sødmælk	285	Letmælk	344	÷ 168	÷ 4.3	÷ 7
Skummetmælk	58	Smør	20	÷ 127	÷ 3.4	÷ 9
Smør	24	Margarine standard	20	÷ 434	÷ 11.4	÷ 9
Margarine standard	34	Minarine	10	+ 120	+ 3.2	+ 7
Minarine	2	Svinefedt	5	÷ 339	÷ 9.0	÷ 6
Svinefedt	14	Ost 45+	15	÷ 72	÷ 1.4	÷ 12
Ost 45+	20	Ost 30+	15	+ 85	+ 1.2	+ 17
Ost 30+	7	Svinekød	60	÷ 491	÷ 9.4	÷ 121
Svinekød	107	Fjerkrækød	40	+ 160	+ 2.8	+ 23
Fjerkrækød	21	Franskbrød	200	+ 509	+ 1.8	+ 29
Franskbrød	155	Rugbrød	120	+ 338	+ 0.5	+ 19
Rugbrød	85	Havregryn	30	+ 375	+ 1.7	+ 12
Havregryn	7	Ris	15	+ 146	+ 0.1	+ 5
Ris	5	Slik	10	÷ 495	0.0	÷ 105
Slik	40	Søde mineralvande	50	÷ 123	0.0	÷ 37
Søde mineralvande	135	Kartofler	300	+ 337	+ 0.1	+ 20
Kartofler	215	Gulerødder	75	+ 51	+ 0.1	+ 16
Gulerødder	40	Æbler	130	+ 136	+ 0.1	+ 24
Æbler	65					
Balance				+ 8	÷ 27.2	÷ 134

Korrektion af dansk gennemsnitskost 1974.

	Netto g	kJ	Kal.	Fedt g	Kulh. g	Prot. g	Alkh. g	Pris øre
Letmælk	344	688	165	5.8	16.2	12.0	0.0	65
Yoghurt frugt	32	114	27	1.2	3.5	1.0	0.0	18
Piskeflode	7	108	26	2.7	.2	.2	0.0	9
Kaffeblode 18	10	80	19	1.8	.4	.3	0.0	6
Smør	20	636	152	16.8	.1	.1	0.0	41
Margarine standard	20	620	148	16.3	.1	.1	0.0	14
Margarine plante	12	372	89	9.8	.1	.1	0.0	12
Minarine	10	150	36	4.0	0.0	0.0	0.0	3
Svinefedt	5	189	45	5.0	0.0	.0	0.0	5
Ost 45	15	217	52	3.9	.1	3.9	0.0	34
Ost 30	15	160	38	2.3	.1	4.3	0.0	31
Æg hele	30	195	46	3.4	.2	3.9	0.0	29
Oksekød middelfedt	46	520	124	10.0	0.0	8.0	0.0	132
Svinekod middelfedt	60	627	150	12.0	0.0	10.0	0.0	155
Kylling (fjerkræ, andet K.)	40	336	80	5.8	0.0	7.0	0.0	48
Sild fed	25	246	59	4.7	0.0	4.3	0.0	20
Rødspætte	10	38	9	.2	0.0	1.7	0.0	15
Torsk	20	62	15	.1	0.0	3.4	0.0	17
Franskbrød	200	2260	540	8.0	99.8	17.0	0.0	130
Rugbrød	120	1158	276	1.7	56.9	9.1	0.0	65
Havregryn	30	490	117	2.2	20.1	4.2	0.0	16
Ris poleret	15	220	52	.1	11.8	1.0	0.0	8
Kartoffelmel	5	70	17	.0	4.2	.0	0.0	2
Cornflakes (andre kornprodukter) ..	6	86	20	.0	4.5	.5	0.0	6
Sukker som stodt melis	80	1320	308	0.0	80.0	0.0	0.0	28
Sukker som slik	10	165	39	0.0	10.0	0.0	0.0	35
Mineralvand sod	50	73	18	0.0	4.5	0.0	0.0	22
Kartofler gamle	300	1065	255	.3	57.0	5.7	0.0	63
Hvidkål	30	31	7	.1	1.3	.4	0.0	17
Porre	10	15	4	.0	.6	.2	0.0	11
Gulerod	75	109	26	.1	5.5	.8	0.0	34
Agurk	15	6	1	.0	.2	.1	0.0	12
Tomat	30	24	6	.1	1.0	.3	0.0	34
Gronærter	10	38	9	.1	1.4	.7	0.0	14
Æble	130	273	65	.1	15.7	.4	0.0	49
Appelsin (citrusfrugter)	25	48	11	.1	2.4	.3	0.0	12
Banan	20	75	18	.0	4.2	.2	0.0	10
Vindrue incl. anden frugt	30	88	21	.0	4.9	.2	0.0	22
Marmelade	7	70	17	.0	4.1	.0	0.0	8
Pilsnerøl	315	472	113	0.0	7.9	.9	11.0	214
Lys hvidtol	35	40	9	0.0	1.0	.1	.7	12
Rodvin = vin udenlandsk og dansk ..	30	82	19	0.0	.1	.1	2.7	48
Snaps = spirituosa	10	111	27	0.0	0.0	0.0	3.8	69
I alt	2509	13746	3277	118.9	420.2	102.5	18.2	1600
Pris excl. alkoholica								1257
Pr. 1.000 kJ				8.6	30.6	7.5	1.3	92
Energiprocentfordeling (kalorie-pct.)				32.5	51.1	12.5	3.9	

	Kostens indhold i alt	Efter RDA-1974 officielle tal		Beregnet af Basalstofskifte			
		Dags- behov	Dæk- nings- procent	Dags- behov	Dæk- nings- procent	Indhold pr. 1000 kJ	
Protein	g	102.5	52	197	85	121	7.5
A-vitamin	mcg	1980.4	1000	198	1275	155	144.1
D-vitamin	mcg	8.6	10	86	17	51	.6
E-vitamin	mg	21.6	15	144	21	102	1.6
C-vitamin	mg	105.9	45	235	77	138	7.7
Niacinækv.	mg	39.1	20	195	20	191	2.8
B-1 vitamin	mcg	2192.7	1500	146	1530	143	159.5
B-2 vitamin	mcg	2869.5	1800	159	1913	150	208.8
B-6 vitamin	mcg	2738.6	2000	137	2550	107	199.2
B-12 vitamin	mcg	7.8	3	259	5	152	.6
Folsyre folat	mcg	140.8	400	35	553	25	10.2
Kalcium	mg	1686.2	800	211	1530	110	122.7
Magnium	mg	554.6	350	158	510	109	40.4
Jern	mg	22.5	10	225	20	110	1.6
Fosfor	mg	1939.9	800	242	1530	127	141.1
Jod	mcg	139.5	140	100	153	91	10.1
Zink	mg	17.1	15	114	21	81	1.2
Mættede fedstoffer	g	49.2					3.6
Polyumættede fedtstoffer	g	19.1					1.4
Kolesterol	mg	419.4					30.5
Slagger – fibre	g	9.1					.7
Sukker (sukkarose)	g	113.6					8.3
Sukkerkalorieprocent			13.8				

DANSK GENNEMSNITSKOST 1974									
	Aktuel			Efter korrektion			Aktuel	Efter korrektion	
	Kostens indhold i alt	Efter RDA-1974 officielle tal		Kostens indhold i alt	Efter RDA-1974 officielle tal				
		Dags-behov	Dæknings-procent		Dags-behov	Dæknings-procent			
Protein	g	52	179	102.5	52	197	6.8	7.5	
A-vitamin	mcg	1000	148	1980.4	1000	198	108.1	144.1	
D-vitamin	mcg	10	75	8.6	10	86	.5	.6	
E-vitamin	mg	15	110	21.6	15	144	1.2	1.6	
C-vitamin	mg	45	194	105.9	45	235	6.4	7.7	
Niacinækv.	mg	20	178	39.1	20	195	2.6	2.8	
B-1 vitamin	mcg	1500	131	2192.7	1500	146	143.2	159.5	
B-2 vitamin	mcg	1800	145	2869.5	1800	159	189.8	208.8	
B-6 vitamin	mcg	2000	122	2738.6	2000	137	178.1	199.2	
B-12 vitamin	mcg	3	320	7.8	3	259	.7	.6	
Folsyre folat	mcg	400	28	140.8	400	35	8.2	10.2	
Kalcium	mg	800	179	1686.2	800	211	104.2	122.7	
Magnium	mg	350	128	554.6	350	158	32.6	40.4	
Jern	mg	10	181	22.5	10	225	1.3	1.6	
Fosfor	mg	800	201	1939.9	800	242	117.3	141.1	
Jod	mcg	140	109	139.5	140	100	11.1	10.1	
Zink	mg	15	101	17.1	15	114	1.1	1.2	
Mættede fedtstoffer	g			49.2			4.6	3.6	
Polyumættede fedtstoffer	g			19.1			1.4	1.4	
Kolesterol	mg			419.4			34.1	30.5	
Slagger - fibre	g			9.1			.5	.7	
Sukker (sukkarose)	g			113.6			10.7	8.3	
Sukkerkalorieprocent			17.9			13.8			

Keys' tal (Δ serumkolesterol) efter formelen:

$10 \cdot (\text{Mæ.F.S g/1000kJ} - \frac{1}{2} \text{ Pu.F.S. g/1000kJ})^3$ Kolest. mg/1000kJ

57

46

E. Forebyggelse af iskæmiske hjerte-karsygdomme i den primære sundhedstjeneste af Ralph Kempinski

Hvis man vil forsøge at iværksætte sundhedsprogrammer med et forebyggende sigte i lokalsamfundet er prioritering af opgaverne et af de vigtigste problemer, man står over for. De informationer, man har brug for, før man bestemmer sig for at gå i gang, kan samles på mange forskellige måder, og de vil, afhængig af metode og formål, se vidt forskellige ud.

Data for et survey (personer, som mener, de er syge), fra almen praksis (personer, som går til lægen), fra hospitalsindlæggelser eller fra dødelighedstabeller vil selvfølgelig give vidt forskellige oplysninger, og de konsekvenser, man vil drage, vil også være afhængige af den anvendte metode.

Men selv hvis man overkommer disse problemer, vil prioritering af opgaverne være et vanskeligt stykke arbejde,

Hvem er det, der skal bedømme, om et problem er vigtigt? Er det lægerne eller befolkningen, Sundhedsstyrelsen eller Finansministeriet, arbejdsgiverne eller arbejderne?

Alle disse overvejelser er utroligt vigtige i planlægning og opbygning af et sundhedsprogram i lokalsamfundet.

Baggrunden for den stigende interesse for forebyggelse af iskæmiske hjerte-karsygdomme her i landet er, at man anser øget middellevetid og nedgang i sygdom og død blandt midaldrende som et væsentligt mål for sundhedsvæsenets arbejde. Og tilstrækkeligt med faktorer viser, at et forsøg på at få bugt med samfundsproblemet - iskæmiske hjerte-karsygdomme - vil føre os et skridt nærmere dette mål.

Iskæmiske hjerte-karsygdomme — et samfundsproblem

I den industrialiserede verden er middellevetiden steget voldsomt i løbet af det 20. år-

hundrede, væsentligst på grund af nedgangen i hyppigheden af infektionssygdomme. I de seneste år er denne tendens imidlertid aftaget, og i visse lande har man endog været vidne til en nedgang i middellevetiden for mænd.

Tidlige iskæmiske hjerte-karsygdomme er en væsentlig årsag til denne udvikling, og disse sygdomme må i dag ses som en af vort samfunds væsentligste sundhedsmæssige udfordringer.

Intensive hjerteafsnit, som er blevet oprettet på sygehusene i de sidste år, har kun haft ringe effekt på dødeligheden af hjerte-karsygdomme. Og når man desuden husker på, at langt de fleste dødsfald sker i form af pludselig død uden for hospitalet, er det klart, at en forebyggende indsats er det eneste middel, der vil have en chance for at nedbringe antallet af de alt for mange tidlige dødsfald, som skyldes iskæmiske hjerte-karsygdomme.

Lokalsamfundsmedicin i den primære sundhedstjeneste

En forebyggende indsats kan principielt udgå fra alle dele af sundhedssystemet, men en naturlig ramme for forebyggende aktiviteter må være den del af sundhedssystemet, der har den tætteste kontakt med befolkningen i dens miljø, nemlig den primære sundhedstjeneste.

Ved en lokalsamfundsbaseret indsats, hvor epidemiologisk forskning inddrages, vil det fornødne kendskab til befolkningen og dens subgrupper være tilstede, og et program med et forebyggende sigte vil have udsigt til at lykkes.

Forebyggelse i den primære sundhedstjeneste har imidlertid til dato været hæmmet

af, hvad man kunne kalde »den åbne dørs politik«. - Lægen er ansvarlig for behandlingen af de patienter, der kommer til ham. Det er medicin i cafeteriastil: »Her er det, kom selv og hent det«. Lægen er den person, folk henvender sig til, når de har behov for behandling, og denne lægefunktion er sædvanligvis accepteret i alle samfund. Hans hovedinteresse er individet, eventuelt strækkende sig til familien, men meget få læger viser i deres lægelige funktion interesse for samfundets problemer og behov. Ikke sådan at forstå at lægerne ikke interesserer sig for det lokalsamfund, de færdes i - for det gør de - men dette er noget andet end at være en lokalsamfundsorienteret læge, som ser de samfundsproblemer i øjnene, han bliver stillet over for i sin praksis og herudfra tager beslutning om sin indsats.

Lokalsamfundslægens rolle

Forskellen mellem den gode gamle praktiserende læge og den lokalsamfundsorienterede læge kan således beskrives på følgende måde: Medens den førstnævnte gør, hvad han kan for den enkelte patient, ønsker sidstnævnte at yde sit bedste for de tusinder af mennesker i lokalsamfundet. Han vil være opmærksom på det samfund, han arbejder i, og føle sig ansvarlig for lokalsamfundet såvel som for hver enkelt af sine patienter.

Den nye »community physician's« rolle i England efter april 1974, hvor nyordningen inden for The National Health Service fandt sted, svarer godt til ovennævnte beskrivelse: »Han må konstant søge efter udtryk for lokalsamfundets behov og bevis for, at disse bliver mødt på en effektiv måde«. Denne ændring i primær sundhedstjeneste er nødvendig i et moderne industrialiseret land som England, men behovet for ændringer er endnu mere tydeligt i mange udviklingslande. Mange af disse lande har importeret et sundheds- og uddannelsessystem, der er blevet udviklet i vestlige industrialiserede samfund, nemlig et system, der sigter mod at dække behovet for den enkelte.

Indsats for de få og for de mange

Da der er enorm mangel på ressourcer og arbejdskraft de fleste steder i verden, er denne form for indsats kun for de få (og ofte for de, der mindst har behov derfor). Store dele af befolkningen er ladt tilbage og er udeluk-

ket fra adgang til tilstrækkelig service. Det er interessant, men ikke særlig overraskende at se, at manglerne ved sundhedssystem og uddannelsesmål blev erkendt i mange udviklingslande før ophavsmændene - de mere industrialiserede Lande - blev opmærksom herpå.

Lokalsamfundsj medicin (community medicine) er en praksis, som fokuserer på lokalsamfundet som en helhed, og som gør et forsøg på at forbedre sundhedstilstanden i lokalsamfundet ved at intervenere både på gruppe- og individualplan. Ved at praktisere lokalsamfundsmedicin i den primære sundhedstjeneste kan man kombinere lokalsamfundsdiagnose, aktion og evaluering af ændringer i lokalsamfundets sundhedstilstand med individdiagnose, behandling og evaluering af den enkelte patients helbredelse.

Sundhedsprogrammer i et nyt perspektiv

Lægens ansvar over for lokalsamfundet som helhed gør, at han aktivt forsøger at analysere sundhedsproblemer hos de enkelte individer og involverer disse i sundhedsprogrammer - ofte før nogen sygdom er kendt. Det kliniske eller individuelle element er således stadig centralt, men den lokalsamfundsorienterede ramme gør, at der er tale om et nyt perspektiv. Sundhedsarbejderen tager selv initiativet og får derved en ny rolle ud over den traditionelle. I en praksis af denne art må der være en viden om epidemiologi og lokalsamfundsdiagnose såvel som et kendskab til individuel undersøgelse og diagnose.

Ud over evnen til at behandle den enkelte patient må man have færdigheder, således at man kan udføre aktioner, der vil påvirke sundhedstilstanden enten i lokalsamfundet som helhed eller i dele heraf. Selv om ikke alle medarbejdere kan forventes at have lige megen viden eller samme form for kendskab til de forskellige områder, må »teamet« som helhed beherske disse i udførelsen af en lokalsamfundsorienteret virksomhed.

Nøglespørgsmål

De vigtigste spørgsmål, som trænger sig på, hvis man vil forsøge at praktisere lokalsamfundsmedicin, er følgende:

- Hvordan er lokalsamfundets sundhedstilstand?
- Hvilke faktorer er ansvarlige for denne sundhedstilstand - hvorfor og hvorledes er det sket?

Tabel 1. Klinikens og epidemiologiens komplementære funktioner i udviklingen af nyere former for lokalsamfundsmedicin og primær sundhedstjeneste.

KLINIK

Individ

Undersøgelse

Undersøgelse af patienten.

Anamnese, objektiv undersøgelse, laboratorieundersøgelser, etc.

Diagnose

a) Syg patient.

For at bestemme årsager til klager eller symptomer.

b) Rask person.

F. eks. gravide, skolebørn, tbc-kontrol.

Behandling

Ifølge diagnose.

Afhængig af patientens og institutionens resourcer. Dvs. en intervention som oftest følger efter, at patienten selv har søgt læge for en eller anden sygdom eller for at få råd.

Fortsat observation

For at følge patienten og kontrollere med henblik på yderligere diagnostik.

EPIDEMIOLOGI

Befolkningsgruppe

Studie

Studie af befolkningsgruppens sundhedstilstand.

Brug af epidemiologisk metode.

Lokalsamfundsd diagnose

a) Lokalsamfundets sundhedstilstand generelt eller sundhedstilstanden i nærmere definerede segmenter af lokalsamfundet, f. eks. gravide, mødre, gamle, etc.

b) Problemorienteret. Udbredelse og fordeling af en eller anden sygdom eller tilstand i lokalsamfundet og årsagerne til den fundne fordeling.

Intervention

Ifølge lokalsamfundsd diagnose.

Afhængig af sundhedssystemets ressourcer.

Intervention på basis af fund fra epidemiologiske undersøgelser, ofte før nogen sygdom er erkendt.

Fortsat »surveillance«

a) For at sikre løbende aktioner.

b) For løbende at følge lokalsamfundets sundhedstilstand.

(Kilde: Kark, S. L., *Epidemiology and Community Medicine*, Appleton-Century-Crofts, New York, 1974.).

- Hvilke forholdsregler tages der af lokalsamfundet eller mere specifikt af sundhedssystemet?
- Hvad kan der gøres, og hvilke resultater kan forventes?
- Hvorledes kan lokalsamfundets sundhedstilstand bedst følges i fremtiden, således at ændringer kan evalueres?

Den sædvanlige uddannelse af f. eks. læger, sygeplejersker og socialrådgivere giver dem ikke mulighed for at løse disse problemer systematisk. Klinikens og epidemiologiens komplementære funktioner i denne nye form for primær sundhedstjeneste fremgår af oversigten i tabel 1.

Primær sundhedstjeneste i fokus

I Danmark er der en lang tradition for en primær sundhedstjeneste, hvor de praktise-

rende læger som »familielæger« har indtaget en central plads. Til trods for dette har der i de sidste årtier været en stærk tendens til at investere kraftigt i udviklingen af hospitalsvæsenet, og kun få har alvorligt interesseret sig for den primære sundhedstjenestes fremtid.

Denne udvikling er nu ved at vende. Mange mennesker har udtrykt, at der er behov for en ny udvikling i den primære sundhedstjeneste, idet de har indset, at behandlingen på hospitaler ikke løser de vigtigste sundhedsproblemer, og at de økonomiske konsekvenser er for alvorlige for samfundet. Primær sundhedstjeneste er igen kommet i fokus i forbindelse med en øget interesse for forebyggende og opbyggende sundhedsarbejde. Lægehuse er dukket op overalt i landet og tendenser i retning af et tættere

samarbejde mellem de forskellige led af sundheds- og socialtjenesten kan spores mange steder. Der er ingen tvivl om, at lokalsamfundsmedicin, som det her er blevet beskrevet, kan tilbyde de praktiske muligheder for at imødekomme de behov, som flere og flere er blevet enige om eksisterer i samfundet.

Forsøgsordninger i den primære sundhedstjeneste

Arbejdsgruppen under Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd beskæftiger sig i betænkningen om forskning og forsøgsvirksomhed i den primære sundhedstjeneste med den decentraliseret placerede forskningsorganisation.

Det er inden for denne ramme en væsentlig del af den forebyggende indsats overfor iskæmiske hjerte-karsygdomme kan finde sted, eftersom forskningen nødvendigvis må udgøre en vigtig del af det forebyggende arbejde. Man taler i betænkningen om *forskningsenheder* og *forsøgsenheder*, hvor den første er »en enhed i den primære sundhedstjenestes markorganisation, hvor der udføres forskning af de beskæftigede sideløbende med de daglige rutinefunktioner i den primære sundhedstjeneste«.

»Enheder af denne type vil meget let kunne indpasses i den bestående organisation af den primære sundhedstjeneste« ... siger man videre i betænkningen. Arbejdsgruppen »anbefaler, at de statslige myndigheder, kommuneforeningerne og de faglige organisationer ved overenskomstforhandlinger skaber det fornødne grundlag for, at der kan etableres forskningsenheder«.

En forskningsenhed af ovennævnte art har allerede siden 1974 arbejdet med forskning og forebyggelse i den primære sundhedstjeneste i lokalsamfundet Næstved. Det største lægehus i området, dækkende ca. 1/3 af lokalsamfundets befolkning samarbejder med Institut for social medicin, Københavns universitet, om et program til forebyggelse af iskæmiske hjerte-karsygdomme blandt den til lægehuset tilknyttede befolkning.

Man forsøger i dette program via forskning omkring risikofaktorer hos befolkningen at gøre en forebyggende indsats ved ud over læge og patient at involvere hjemmesygeplejersker og patientens familie og omgangskreds i programmet.

Herudover er kontakten med den centralt

placerede forskningsorganisation, i dette tilfælde Institut for social medicin, vigtig, eftersom den nødvendige forskningsmæssige ekspertise endnu ikke er tilstede i tilstrækkeligt omfang hos sundhedsarbejderne i den primære sundhedstjeneste.

Før man forsøger at inddrage befolkningen i et projekt af denne art, er det vigtigt at få følgende spørgsmål besvaret:

1. Er lokalsamfundet rede til et sådant program?
2. Oplever befolkningen hjertesygdomme som et vigtigt problem?
3. Føler befolkningen, at det er let eller vanskeligt at bekæmpe hjertesygdomme?
4. Hvilken fremgangsmåde vil bedst blive accepteret af befolkningen?

Professionelle sundhedsarbejdere har teknisk effektive løsninger på mange sundhedsproblemer, men ide praktiske forsøg mislykkes ofte på grund af manglende viden om befolkningens viden, værdinormer, holdninger, motiver og adfærd. Derfor må et studium af disse faktorer udgøre en af de første faser i et program til forebyggelse af iskæmiske hjerte-karsygdomme.

Dernæst vil det være vigtigt at få et billede af *risikofaktorerne i populationen* og at identificere den del af befolkningen, som er i særlig risiko for at udvikle sygdommen - altså personer med én eller flere risikofaktorer. Denne del af populationen må så inddrages i *aktioner* med individuelt sigte. Det vil dreje sig om rådgivning, gruppeaktiviteter og i visse tilfælde medicinsk behandling. Parallelt hermed må aktiviteter på lokalsamfundsplan iværksættes med fokus på debat og oplysning og forsøg på sammen med befolkningen at ændre sundhedsvaner i lokalsamfundet som helhed.

Endelig vil en *evaluering* være nødvendig i form af en analyse af befolkningens medvirken, ændringer i fordelingen af risikofaktorer i populationen og endelig ændringer i hyppigheden og dødeligheden af iskæmiske hjerte-karsygdomme. *Forsøgsenheder* er i Forskningsrådets betænkning »en enhed i den primære sundhedstjenestes markorganisation, hvor de administrative rammer, personalefunktionerne - herunder ansættelsesforhold, arbejds- og ansvarsfordeling m. v. - på forsøgsbasis afviger fra eksisterende bestemmelser i overenskomster og officielle normer, standarder og andre retningslinier«.

Sådanne forsøgsmenheder vil være væsentlige i fremtiden, ikke mindst med henblik på introduktion af lokalsamfundsmedicin, overflytning af opgaver fra sygehusvæsenet til den primære sundhedstjeneste etc.

En forebyggende indsats overfor væsentlige sundhedsmæssige problemer, som f. eks. hjerte-karsygdomme, vil i fremtiden naturligt kunne udgå fra forsøgsmenheder af ovennævnte art.

F. Befolkningsundersøgelsen i Glostrup

af overlæge, lektor, dr. med. Per From Hansen

præventiv medicinsk afsnit ved medicinsk afdeling C, Amtssygehuset i Glostrup

En oversigt

Ved amtssygehuset i Glostrup (præventiv medicinsk afsnit under medicinsk afdeling C) har der siden 1964 været foretaget helbredsundersøgelser af befolkningen i Glostrup og omliggende kommuner.

Formålet med disse undersøgelser har været

- 1) at foretage en registrering af forekomsten af en række helbreds faktorer i det ydre og indre miljø på en geografisk afgrænset totalpopulation af eksakt 40-, 50-, 60-, 70- og 80-årige,
- 2) ved genundersøgelser at registrere opståen og forløb af en række kroniske sygdomme og andre former for svigtende helhed,
- 3) ved sådanne forløbsanalyser at finde frem til de faktorer i livsførelsen og helbredet, som alene eller i kombination giver øget sandsynlighed for opståelse af sygdom, »risikofaktorer«,
- 4) at nå frem til en dybtgående beskrivelse af helbredet i de nævnte aldersgrupper og derved fremstille et tilnærmet billede af helbredstilstanden i den danske, voksne befolkning,
- 5) så langt det er muligt at beregne helbredsquotienter for de enkelte borgere, dvs. sandsynlighedstal for forventet årsmål af bevaret sundhed og omvendt beregning af risikoen for opståelse af sygdom inden for givne årsmål.
- 6) Ud fra de fundne helbredstilstande og -forløb at forsøge
 - a) beregnet størrelse og art af ressourcerne nødvendige til dækning af forventet sygdomsbehandling,
 - b) beregnet mulige ressourcebesparelser ved etablering af præventive foranstaltninger, og
 - c) opstillet sundhedsbevarende modeller.

Materiale

Efter folkeregisteret er udtrukket og indbudt alle mænd og kvinder bosiddende i et vist antal kommuner omkring Københavns Amts Sygehus i Glostrup, se tabel 1.

Metode

Princip:

Antallet i de enkelte aldersgrupper er valgt tilstrækkelig store til, at risikofaktorer af en vis størrelsesorden efter 5-10 års forløb ved beregninger for hvert køn for sig kan vise sig statistisk udslagsgivende, men samtidig af en størrelse, som muliggør, at en person kan udføre og have ansvaret for undersøgelse af hver aldersgruppe.

Undersøgelsen består i:

Oplysninger fra personen om egen viden om helbredstilstand, levevaner, familiære og sociale forhold.

Blodprøver, herunder kolesterol, triglycerid og sukkerbelastning.

Elektrokardiogram under hvile og arbejdsbelastning.

Lungefunktionsundersøgelse.

Undersøgelse af kredsløbet i benene.

Blodtryk.

Almindelig lægelig undersøgelse og samtale.

Undersøgelse af den psykiske struktur.

Undersøgelserne er foretaget på Amtssygehuset i Glostrup i samarbejde med Statshospitalet i Glostmp (nuværende: Amtssygehuset Nordvang).

Tabel 1. Glostrup-populationsundersøgelsen.

Alder ved undersøgelsen	Født i kalender-året	Undersøgelsen i kalenderåret	Helbredsundersøgelsen	Bopæl i antal kommuner	Antal inviterede = antal indbyggere i 1. undersøgelsesår med det givne fødselsår	Antal undersøgte	Fremmødeprocent
40	1936	1976	løbende	4	1200	ca. 1000	85
50	1914	1964	afsluttet	7	975	802	82,3
60	1914	1974	afsluttet	7	975	666	68,3
70	1897	1967	afsluttet	9	649	440	67,8
80	1897	1977	planlagt	9	649	?	?

Antal helbredsundersøgte borgere ultimo 1975. 1624 1242

Antal helbredsundersøgte borgere ultimo 1976. ca. 2824 ca. 2242

Antal helbredsundersøgelser foretaget ultimo 1975. 1908

Antal helbredsundersøgelser foretaget ultimo 1976. ca. 2908

Antal helbredsundersøgelser foretaget ultimo 1977. 3000

Karakteristik

Glostrup-befolkningsundersøgelsen er såvel en tværsnitsundersøgelse som en langtids-follow-up af befolkningen i visse alderslag. Der foretages en dybtgående undersøgelse af hver inviteret borger; resultatet af undersøgelserne bearbejdes ved hjælp af sygehusets databehandlingsafdeling. Samtlige data er personbaseret eller personorienteret, hvilket muliggør, at man hos det samme individ kan sammenholde leveforhold (kost, rygning, fysisk aktivitet, psykisk struktur, familiære og sociale forhold) med helbredstilstanden og dens senere eventuelle ændringer.

Videnskabelige publikationer om helbredsundersøgelserne i Glostrup:

(Se bilag).

Undersøgelserne er udført med støtte af

Hjerteforeningen,
Statens lægevidenskabelige Forskningsråd,
Helsefonden,
Cold Store Fonden,
Rigsforeningen til Gigtens Bekæmpelse,
Den lægevidenskabelige Forskningsfond for Storkøbenhavn, Færøerne og Grønland.

Medvirkende ved Glostrup-populationsundersøgelsen

Københavns Amts Sygehus i Glostrup, præventiv medicinsk afsnit, Medicinsk afdeling C:

P. From Hansen,
Leif Hagerup (50-års undersøgelsen),
Marie Eriksen (70-års undersøgelsen),
Marianne Schroll (60-års undersøgelsen),
Hanne Hollnagel (40-års undersøgelsen).

Amtssygehuset NORDVANG

Gudmund Magnussen,
Henrik Hoffmeyer,
T. Rinder Bollerup,
Henrik Sælan,
Karin Garde,
Mogens Kyng,
Grethe Hess,
Mogens Kleven,
Lars von der Lieth.

Laboranter

Karen Grunnet,
Lone Westh,
Ragnhild Dissing,
Tove Sommer.

Lægesekretærer

Tove Witzke,
Birgit Henriksen,
Birgitte Bruun.

Sygeplejersker
Nani Frøslev,
Lis Nielsen,
Hanne Havemann.

Mette Madsen,
Niels Kousgaard.

Socialmedicinsk medvirken
Finn Kamper Jørgensen.

Datalogisk medvirken
Mogens Larsen,
Leif Mortensen,

Demografisk medvirken
Peter Skriver.

Litteraturliste

1. Deckert, T. & Hagerup, L.: Serum insulin in normal and obese persons. *Acta Med. Scand.* 1967, 182: 225.
2. Deckert, T. & Hagerup, L.: Prediabetes mellitus. *Ugeskrift for Læger* 1967, 129: 913.
3. From Hansen, P. & Hagerup, L.: Population Surveys. The epidemiological Method and Techniques of Examination. *Ugeskrift for Læger* 1968, 130: 1139.
4. Hagerup, L. & From Hansen, P.: The Survey of 50-Year old People in Glostrup 1964-65. *Ugeskrift for Læger* 1968, 130: 1145.
5. Hagerup, L., Deckert, T. & From Hansen, P.: Fasting Blood sugar and Serum Insulin in a Population Group 50-Years of Age. The Glostrup Population Study. *Acta Socio-Medica Scand.* 1969, Suppl. 1, 93-96.
6. From Hansen, P., Eriksen Marie, Hagerup, L., Lindbjerg, I. F. & Buhl-Madsen, H.: The Condition of Leg Arteries in two Unselected Population Groups 50 and 70 Years of Age Evaluated by various Parameters. The Glostrup Population Study - Preliminary Results. *Acta Socio-Medica Scand.* 1969, Suppl. 1, 97-106.
7. Hagerup, L., Deckert, T. & Larsen, M.: Fasting Serum Insulin in a normal Population. Hyperinsulinaemia as a Coronary Risk Factor Computed by Statistical Information Analysis. *Nord. Med.* 1970, 83: 198-201.
8. Hagerup, L. & Schnohr, P.: The Maximal Aerobic Power in 50-Year old Males and Females, a Prediction from Submaximal Tests. The Glostrup Survey. In: Physical Fitness and Coronary Heart Disease. Symposium, Munksgaard 1970.
9. Skov, Fl., Eriksen, Marie & Hagerup, L.: Distribution of the ABO, MNS, P, Rhesus, Lutheran, Kell, Lewis and Duffy Blood Groups and Frequency of Irregular red Cell Antibodies in a Population of Danes aged Fifty Years and a Population of Danes aged Seventy Years. From the Glostrup Population Studies. *Acta Path. Microbiol. Scand.* 1970, 78: 553-559.
10. Hagerup, L., From Hansen, P. & Skov, Fl.: Serum Cholesterol, Serum Triglyceride and ABO Blood Groups in a Population of 50-Year old Men and Women. *Am. J. Epidem.* 1972, 95: no. 2, 99-103.
11. Hagerup, L.: Coronary Risk Factors in Males and Females. Abstract, Sixth World Congress of Cardiology. 1970, 6-12 Sept.
12. Hagerup, L., Geismar, P. & Rahbek, I.: Peptic Ulcer in a Population of 50-Year old Males and Females. From the Glostrup Survey. *Ugeskrift for Læger.* 1971, 133: 21, 1022-1024.
13. Isager, H. & Hagerup, L.: Relationship between Cigarette Smoking and High Packed Cell Volume and Haemoglobin Levels. *Scand. J. Haemat.* 1971.
14. Hagerup, L. & Larsen, M.: Tobacco Smoking and Respiratory Symptoms in a Danish Population. *Ugeskrift for Læger.* 1971, 133: 27, 1302-1306.

15. Hagerup, L.: Tobacco Smoking and Coronary Risk Factors. From the Glostrup Survey.
Ugeskrift for Læger. 1971, 133: 27, 1309-1314.
16. Hagerup, L.: Coronary Heart Disease in Men and Women.
Acta Med. Scand. 1974, Suppl. 557.
17. Hess, Grethe: WAIS anvendt på 698 50-årige. Statshospitalet i Glostrup.
Akademisk Forlag, København 1974, 138: 2.
18. Schroll, Marianne: Helbredsundersøgelse af 60-årige mænd og kvinder. Foreløbig præsentation. Populationsundersøgelsen i Glostrup.
Ugeskrift for Læger 1976, 138: 2, 118.
19. Schroll, Marianne: Helbredsundersøgelse af 60-årige mænd og kvinder. 2. Årsager til udeblivelse. Populationsundersøgelsen i Glostrup.
Ugeskrift for Læger 1976, 138: 2, 123.
20. Eriksen, Marie & From Hansen, P.: 70-års undersøgelsen i Glostrup.
Ugeskrift for Læger 1976, 138: 2, 71.
21. Eriksen, Marie, Deckert, T. & From Hansen, P.: Glukosetolerans hos 70-årige personer. (En Helbredsundersøgelse).
Nord. Med. 1970, 83: 748-753.
22. Rinder Bollerup, T.: 70-års undersøgelsen i Glostrup.
Nord. Psyk. Tidsskrift 1972, 26: 47.

Rapport fra projektgruppe 6: Socialpsykiatri

Projektgruppens medlemmer:

Professor, dr. med. *Kaj Tolstrup*. Rigshospitalet

Overlæge *Henrik Hoffmeyer*. Amtssygehuset Nordvang

Overlæge *Gudmund Magnussen*. Amtssygehuset Nordvang

Overlæge *Andreas Sørensen*. Amtssygehuset Nordvang

Socialpsykiatri - forebyggelse og tidlig opsporing af truede personer og begyndende lidelser

Socialpsykiatrien omhandler lige så lidt som socialmedicinen i almindelighed særlige sygdomme. Ej heller kun sygdomme, der forekommer under socialt belastende omstændigheder. Socialpsykiatrien beskæftiger sig med de samfundsmæssige sider af de psykiske lidelser og er derfor integreret i psykiatriens samtlige discipliner. Eet af dens områder er den psykiatriske epidemiologi - dvs. de psykiske lidelsers forekomst i samfundet som helhed eller i særlige grupper af befolkningen.

Beskrivelse af forekomsten (lidelsernes epidemiologi) er inden for psykiatri forbundet med særlige vanskeligheder, som bl. a. beror på, at det kan være svært eentydigt og objektivt at afgrænse psykiske symptomer og at definere psykiatriske sygdomsenheder. Denne vanskelighed er ikke så udpræget ved de klassiske sindssygdomme (skizofreni, organiske psykoser og manio-depressiv psykose) med deres velbeskrevne sygdomsbilleder, men mere udtalt ved neuroser og karakterafvigelser, hvor subjektive klager og samfundsvurderinger indgår ved den diagnostiske afgrænsning. Vanskelighederne ved afgrænsning og beskrivelse bliver endnu mere fremtrædende, når udviklingsfaktorer (f. eks. i børnepsykiatrien) indgår i bedømmelsen af, om en bestemt tilstand er »sygelig« og behandlingskrævende. I nogle sammenhænge må patientens funktionsforstyrrelse og ikke subjektive klager være kriterium for sygelighed og behandlingsbehov. På grund af disse og andre vanskeligheder må man ved psykiatriske, epidemiologiske undersøgelser stille særlige krav til nøjagtige oplysninger og beskrivelser af det materiale, der danner grundlag for tallene. Og omvendt må man erkende, at der hyppigt er betydelig

usikkerhed forbundet med tallene, og man må acceptere, at der er store forskelle ved forskellige undersøgelser, afhængigt af de forskellige materialer og udvælgelseskriterier. Men også i den enkelte, vel gennemførte undersøgelse må man ofte give afkald på at fastslå eet, præcist tal vedrørende forekomsten af psykisk sygdom. Derimod præsenteres forskellige tal, der angiver forskellige grupper med forskellig grad af sygelighed og behandlingsbehov. Fagfolk og politikere kan da komme i den situation, at man må *vælge*, hvilket af de forskelligt definerede behandlingsbehov, man vil (har råd til at) imødekomme.

Med disse almene forbehold kan man sige, at psykiske lidelser er hyppigt forekommende, ofte kroniske, begynder ofte i tidlig alder og medfører ofte invaliditet.

Mange fysiske lidelser er komplicerede med samtidig psykisk lidelse, som ofte kan være afgørende for behandlings- og revalideringsmuligheder. Psykisk lidelse står i et gensidigt interaktionsforhold til sociale og undervisningsmæssige problemer.

Traditionelt behandles åndssvage under statslig særforsorg, men overgang til amtskommunal administration er under forberedelse.

Det samlede antal hospitalssenge her i landet er ca. 50.000. Heraf udgør de psykiatriske pladser godt 10.000. Dette antal er næsten uændret i de sidste 20 år, idet de nødvendige (og endnu ikke tilendebagte) moderniseringer af de gamle statshospitaler har medført en nedsættelse af disses sengekapacitet, som næsten modsvarer sengetallet på psykiatriske hospitaler og afdelinger, der er oprettet i den pågældende periode. Der er ret betydelige variationer i antallet af senge-

pladser for psykisk syge fra region til region. Mens Københavns Amt har 1,1 plads pr. 1.000 indbyggere, har Københavns Kommune ca. 6 pladser. 1 hele landet er der i gennemsnit ca. 2 pladser pr. 1.000 indbyggere. I betænkning nr. 165 vedr. Statens Sindssygevesen skønnede man i 1956, at man måtte tilstræbe en psykiatrisk sengekapa- citet svarende til 2,5 pladser pr. 1.000 indbyggere. Dette skøn er naturligvis usik- kert, men udviklingen har næppe givet an- ledning til at ændre det. Det må imidlertid understreges, at behovet vil variere fra re- gion til region, afhængigt af de geografiske forhold og befolkningens aldersmæssige sam- mensætning. Den store forskel på sengedæk- ningen i Københavns Kommune har således til dels sin forklaring i, at Københavns Kom- mune har relativt mange ældre, hvilket har medført, at man har bygget flere hospitaler for patienter med psykiatriske alderdomsli- delser. Indførelsen af nye og mere effektive, men samtidig mere personalekrævende be- handlingsmetoder har i øvrigt medført, at behovet for en udvidelse af sengekapa- citeten mange steder er mindre presserende end en udvidelse af personalenormeringerne.

Adskillige psykiske lidelser kan ikke skarpt adskilles fra normalt tilstande, og ma- nifesterer sig kun i særlige sammenhænge og livssituationer. Ikke desto mindre udgør de psykisk lidende direkte eller indirekte en be- tragtelig andel af alle, der er under revalide- ring, eller som har fået tilkendt invalidepen- sion, og disse patienter lægger også beslag på en betydelig del af sundhedsvæsenets res- sourcer uden for de psykiatriske institutio- ner. Langt de fleste tilfælde af lettere psyki- ske lidelser behandles af de praktiserende læger, og danske undersøgelser har vist, at gennemsnitlig ca. 1/5 af praktiserende lægers ydelser vedrørte helt eller delvis psykisk be- tingede tilfælde. Undersøgelserne viste des- uden, at disse konsultationer beslaglagde imellem 1/3 og halvdelen af de praktiserende lægers arbejdstid. En undersøgelse på en me- dicinsk afdeling viste, at kun halvdelen af patienterne havde rent somatiske lidelser, og 1/4 havde udelukkende en psykisk lidelse.

Udviklingen gennem de sidste årtier tyder ikke på nogen ændring i antallet af patienter med egentlige sindssygdomme, men der er derimod et øget antal patienter med mis- brugsproblemer og andre forstyrrelser, der i hvert fald delvist kan betragtes som udslag

af vanskeligheder i tilpasningen til de fore- liggende sociale og kulturelle forhold.

Særlige forhold gør sig gældende inden for behandlings- og undersøgelsesapparatet for *psykisk lidende børn og unge*. For det første er der på dette område traditionelt et udstrakt samarbejde mellem sundhedssektorens og socialektorens institutioner og en glidende overgang fra psykisk sygdom til so- cial defekt. For det andet findes der relativt få hospitalssenge for psykisk lidende børn og unge - nogle få hundrede. Selvom man i udpræget grad tilstræber ambulant behand- ling, er dette sengeantal afgjort for lille og må øges. Den ambulante kapacitet står langt tilbage i forhold til det påviste behandlings- behov. Så meget mere påkrævet er en opsø- gende, forebyggende og tidligt behandlende indsats for disse aldersgrupper.

Praktiske omstændigheder og den nære sammenhæng mellem legemlige og psykiske forstyrrelser, især i barnealderen, er årsager til, at man i fremtiden vil søge børnepsykia- triske afdelinger udbygget også i forbindelse med pædiatriske hospitalsafdelinger (for le- gemligt syge børn) - med samtidig bevarelse og fornøden udbygning af de bestående bør- nepsykiatriske afdelinger i tilknytning til psykiatriske afdelinger for voksne. De sær- lige ungdomspsykiatriske afdelinger må nød- vendigvis have tilknytning til både voksen- og børnepsykiatri.

Psykiske komplikationer præger en stor del af de patienter, der indstilles til invalide- pension eller revalidering enten som pri- mære handicap eller som komplikationer til fysisk handicap. Man har ofte et indtryk af, at selv de sværeste fysiske handicap umid- delbart lader sig revalidere, medens ganske lette fysiske handicap, kompliceret med psy- kologisk-psykiatrisk problematik, er resi- stente over for revalideringsforsøg. Lignende betragtninger kan anføres over for en række andre problemsituationer i det ambulante so- cialarbejde, i skoleproblemer og i den al- mene medicins problemstilling.

Det er da een af socialpsykiatriens hoved- opgaver at bidrage til løsningen af disse komplicerede problemsituationer. Det vil ofte dreje sig om situationer, hvor psykiate- ren må gå ind i et samarbejde med andre eksperter: praktiserende læger, psykologer, socialeksperter, pædagoger etc.

Ved distriktspsykiatri har man først og fremmest forstået en samordning, en koordi-

nation af de samlede psykiatrisk-psykologisk-pædagogisk-sociale ressourcer. Inden for et givet område - evt. hele eller dele af et psykiatrisk hospitals optageområde - etableres et tværfagligt team-samarbejde mellem psykiatrisk afdeling, socialforsorg, skolevæsen og praktiserende læger om en helhedsmæssig behandling og en rimelig og rationel opgavefordeling mellem de forskellige eksperter. Enkelte steder i landet er der etableret tilløb til sådanne ordninger støttet af hovedtendensen i den nu etablerede socialreform. Mange steder tøver man endnu, selvom såvel socialreformens gennemførelse som udviklingen af den ambulante psykiatri synes afhængige af en frugtbar udvikling af distrikts- eller *område-psykiatrien*. Hvor langt fremme man er med planlægning og gennemførelse af distriktspsykiatrisk organisation i vore nabolande, fremgår bl. a. af rapporter fra Norge.

Medens epidemiologien i socialpsykiatrien beskæftiger sig generelt med de psykiske lidelser og behandler disse som massefænomener, omfatter socialpsykiatrien desuden som en klinisk disciplin vurderingen (diagnosticeringen) og behandlingen af den enkelte patient i det omfang, samfundsmæssige forhold enten spiller en rolle for sygdommens udvikling eller i det omfang, behandlingen anvender eller støtter sig til samfundsmæssige (herunder evt. forsorgsmæssige) ressourcer. I visse tilfælde antages det, at de ydre sociale omstændigheder er så primære årsagsfaktorer til indtrådt sygdom, at vægten i behandlingsarbejdet helt eller delvist baseres på de ydre faktorer (miljøbehandling etc.). hvorved patienten uden nogen yderligere behandling formodes at blive rask.

Til trods for, at de centrale psykiatriske lidelser (skizofreni, manio-depressiv psykose, organiske hjernelidelser (åndssvaghed, senil demens)) først og fremmest antages for arveligt betingede med kun beskeden medvirken af miljøet for sygdommens udvikling, så består der omkring såvel disse centrale lidelser som omkring det kvantitativt meget store antal mere perifere psykiske lidelser (neuroser, karakterneuroser, karakterafvigelser) meget ofte en kompliceret socialproblematik, som påvirker såvel diagnosticering og udredning som ikke mindst behandlingen.

Vi oplever i disse år et stigende behov for en helhedsmæssig, integreret og koordineret indsats over for psykiske lidelser. En tilsva-

rende udvikling har fundet sted i socialforsorgen. Navnlig i socialforsorgen, men også i psykiatri og skolevæsen har vort hjælpeapparat i vidtgående grad været symptomorienteret - institutionerne (behandlingsstederne) er ofte oprettede med henblik på at komme eet eller andet specielt onde til livs (ofte i tilslutning til en offentlig debat, som har vakt følelserne snart for een misere, snart for en anden). Deraf de mange døre, som førte til den sociale bistand (indtil socialreform og bistsandslov nu har lukket alle undtagen een). Som tiden er gået, er man i de symptomorienterede institutioner blevet mere og mere opmærksom på at søge efter årsagerne til de sociale miserer, man har anlagt en ætiologisk tankegang - en udvikling, som også har fundet sted i medicinen og da ikke mindst i psykiatrien (ætiologisk = årsagssøgende).

Mest karakteristisk tegner situationen sig omkring de såkaldte multiproblemfamilier. Det drejer sig om familier, som ofte generation efter generation (Gustav Jonsson: Den sociale Arv) rummer en overrepræsentation af mennesker med problemer af psykisk, fysisk eller social natur. Det synes til en vis grad tilfældigt, om en miljømæssig belastning manifesterer sig i form af fysisk sygdom (psykosomatisk sygdom), neurotisk besvær, egentlig psykisk lidelse eller sociale problemer (kriminalitet, tilpasningsproblemer, skolevanskeligheder). Disse familier beslaglægger en i forhold til deres antal en særlig stor del af samfundets behandlingsmæssige, støttende og hjælpende ressourcer. Det er disse familier, der ofte samtidig behandles af praktiserende læge, hospitalets ambulante service og forskellige grene af socialforsorgen. Hidtil har denne indsats fra samfundets side kun i ringe omfang været koordineret, og selvom det er socialreformens hensigt at skabe en sådan koordination, er den dog langt fra endnu etableret - specielt gælder dette psykiatrien og almenmedicinen (praktiserende læger, familie- eller huslæger). Konsekvensen heraf har været, at psykiatrisk behandling i vidt omfang har været identificeret med indlæggelse i psykiatrisk institution. Dette til trods for, at psykiatriske patienter formentlig har ringere modstandskraft mod udviklingen af det institutionalisme-syndrom, hvis skadelige virkninger man i de senere år er blevet stadig mere opmærksom på. Patienterne regre-

dierer til passiv, uselvstændig, barnlig afhængighed og udvikler evt. grotesk adfærd, måske i form af forværrelse af lidelsens oprindelige symptomer. Dette er grunden til, at man i stigende grad lægger vægt på ambulant behandling og kortvarige indlæggelser.

En bedre balance mellem ambulant behandling og institutionsindlæggelse i form af en højere prioritering af ressourcefordelingen til de ambulante aktiviteter opnås ved en udbygning af distriktpsychiatrien, som ved sin struktur særligt fremmer det ambulante arbejde. Det er dog ikke kun et spørgsmål om indlæggelse eller ambulant behandling, men om at anvende en graderet række af kontaktformer mellem primær sundheds-tjeneste, social- og skolevæsen og psykiaterne: fra konsulentvirksomhed over ambulant undersøgelse og behandling, dag- eller natindlæggelser til fuld døgnindlæggelse.

Som nævnt må socialpsykiatriske arbejdsmåder integreres i al psykiatri. Det skal derfor understreges, at de eksempler på socialpsykiatriske problemer med forebyggelsesmuligheder, som i det følgende er hentet fra børne-(familie-)psykiatri, alkoholmisbrugets problematik og de gamles psykiatri, selvfølgelig kun repræsenterer en ringe del af socialpsykiatriens områder.

Forebyggelse inden for børnepsykiatrien.

Egentlige »problembørn« forekommer i et blandet land- og bydistrikt hos 6,4 pct. og i København hos 10,4 pct. af skolebørn lige før puberteten (Socialforskningsinstitutets undersøgelse nr. 34). Tal af tilsvarende størrelser for forekomsten af psykisk forstyrrelse, psykiatrisk lidelse eller »samspilsramte« børn er fundet af andre ved undersøgelse af børn i 5-6 års-alderen. Disse tal angiver tilstande, som utvivlsomt er så generende for børnene, deres familier og øvrige omgivelser, at en professionel hjælpeindsats med behandlingspræg er påkrævet. Hos yderligere en stor del af børnebefolkningen (procenttallet er afhængigt af kriterierne for udvælgelsen af børn) vil man finde lettere symptomer på psykisk lidelse, netop de tilstande, hvor en opsigende indsats med tidlig behandling eller rådgivning vil være aktuel. Ser man isoleret på den praktiserende læges virksomhed, findes der hos ca. 10 pct. af de børn, som familielægen kommer i kontakt

med, tegn på enten fuldt udviklet eller begyndende psykisk forstyrrelse.

Det forhold, at psykiske lidelser af alle arter, hos børn som hos voksne er forårsaget af en »mosaik« af årsagsforhold, arvelige og kårbetingede, legemlige og sjælelige, individuelle og sociale, varierende fra lidelse til lidelse og fra individ til individ, gør det umuligt at stille forslag om simple forebyggende foranstaltninger med stor kvantitativ virkning. For nogle få psykiske lidelser kender vi så meget til årsagsforholdene, at vi kan foreslå en primær forebyggelse. For de fleste må dog sekundær opsporing og tidlig behandling med vor nuværende viden være de vigtigste forebyggende foranstaltninger.

F. eks. er ved visse former for åndssvaghed arvelighedsforholdene så eentydige, at man i forbindelse med undersøgelse af fostervæskan kan råde til svangerskabsafbrydelse. Ved andre svære psykiske defektilstande kan man allerede hos den spæde påvise biokemiske forandringer og sætte ind med en tidlig behandling af barnet. Endvidere ved vi, at psykisk forstyrrelse betydeligt hyppigere vil forekomme hos børn med organiske lidelser i centralnervesystemet end hos børn med et intakt centralnervesystem. Da disse skader for en stor del indtræder i tiden omkring eller ved selve fødslen, vil en stadig bedring af fødselshygien og specialassistenten ved fødslerne også virke forebyggende med hensyn til senere psykiatrisk lidelse.

Talmæssigt vejer dog de tilfælde, hvor vi ved tilstrækkeligt om årsagsforholdene til at kunne gribe ind på en effektiv, primært profylaktisk måde, kun lidt i den samlede forekomst af psykiske lidelser og defekter hos børn.

Udviklingsforstyrrelser og tilpasningsvanskeligheder findes udbredt hos børn fra alle status-, indtægts- og erhvervsgrupper og er tilstede såvel i normalt sammensatte familier som i brudte hjem. Dette er eet af resultaterne fra socialforskningsinstitutets ovennævnte undersøgelse. På den anden side viste undersøgelsen, at problembørn vil findes forholdsvis hyppigere i familier under socialt og økonomisk dårlige vilkår og noget sjældnere blandt familier med gode vilkår. Andre undersøgelser bekræfter, at der ikke er nogen eensidig sammenhæng mellem psykisk lidelse hos børn og deres sociale opvækstvilkår. Det betyder, at vi ikke kan

nøjes med at koncentrere os om bestemte, socialt belastede familier, hvis vi med kvantitativ effekt vil forebygge udviklingen af de egentlige psykiske sygdomme samt tilpasse vanskeligheder og forskellige former for adfærdsproblemer i barnealderen. Vi kender imidlertid en række psykosociale faktorer, som er af væsentlig betydning, negativt for udvikling af psykisk lidelse, positivt for udvikling af trivsel. Af særlig stor betydning for et barns psykiske udvikling er en varig og dybtgående følelsesmæssig kontakt til nogle få personer i de første leveår. Denne velkendte sammenhæng har - også når det drejer sig om en forebyggende indsats - adskillige sociale perspektiver.

For det første må institutioner for spande og børn i de første leveår være normeret med et personale af en høj uddannelsesmæssig standard og i et sådant antal, at institutionen for det enkelte barn kan skabe et intimt miljø af hjemlig karakter. Kun såfremt institutionen har et godt boligmiljø og passende høj personalenormering, og såfremt personalet kender betydningen af at tilfredsstille små børns behov for pleje af de samme få personer og i små grupper, kan der sikres børnene i institutionen den følelsesmæssige tilknytning til den voksne, som er en forudsætning for en normal udvikling. Omvendt ved vi, at en institution med mange små børn og et lille personale kommer til at arbejde med så store børnegrupper og med et sådant skift i personalet over for de forskellige børnegrupper, at børnene let risikerer at blive følelsesmæssigt forsømte og - hvis det er særligt sensitive børn - kan udvikle alvorlige følelsesmæssige defekter med senere svær psykisk lidelse til følge.

Disse kvalitative og kvantitative krav er det særlig vigtigt at stille over for børn i første leveår, og de gælder i endnu højere grad døgn- end daginstitutioner. Også for de sidstnævnte må man dog kræve høj professionel kvalitet hos personalet og etablering af små, konstante børnegrupper med så vidt muligt det samme personale.

De samme betragtninger angående konstant og dybtgående kontakt gælder selvfølgelig for børnenes private hjem. Den nære tilknytning mellem spædbørn og småbørn og forældre er forudsætningen for, at barnet senere kan få en naturlig kontakt til andre mennesker, udvikle sig socialt tilfredsstillende og undgå psykisk disharmoni. Alle for-

holdsregler, der kan sikre moderens (eller faderens) tryghed og tid til at beskæftige sig med barnet, vil fremme barnets psykiske sundhed og være forebyggende for udvikling af følelsesmæssig forstyrrelse. F. eks. vil en overarbejdet mor, der kun har lidt tid til at tage sig af sit barn, og som i den sparsomme tid sammen med barnet er træt, bekymret eller nervøs, yde barnet for lidt.

Som en positiv foranstaltning i denne retning virker de nugældende regler om dagpenge ved fødsel (»barselsorlov«), men de 14 uger er en meget knap periode og burde ud fra de ovennævnte synspunkter urdeles betydeligt, således at den moder, der ønsker det, kan blive i hjemmet hos sit spæde barn i en længere periode, uden at familien derved lider svære økonomiske afsavn.

Det skal dog fremhæves, at problemet efter vor opfattelse ikke løses blot ved at dekretere, at moderen (eller faderen) bør blive i hjemmet hos barnet i dets første leveår. Set ud fra den samlede families og hermed også barnets synspunkt, er det vigtigt, at forældrene trives og oplever, at deres evner og muligheder kommer til den rette udfoldelse. Det vil f. eks. sige, at den mor, som er under uddannelse eller har en uddannelse, som hun godt vil bruge i et arbejde uden for hjemmet, og som måske føler sig stimuleret og trives særligt godt ved også at have et arbejde ude, i adskillige tilfælde vil blive en bedre mor for sit barn i den tid, hun kan tilbringe sammen med det, når hun får disse personlige ønsker og muligheder opfyldt, end hvis hun af ydre omstændigheder tvinges til at blive i hjemmet hele dagen. Et stort problem frembyder i denne sammenhæng de alt for begrænsede muligheder for deltidsarbejde. I børnenes første leveår burde det være muligt for forældrene, såfremt de ikke kan eller vil blive hjemme hos deres barn, at anvende kun en del af en sædvanlig arbejdsdag i erhverv eller til uddannelse. Alle forholdsregler, der kan fremme en udvikling i retning af større smidighed med hensyn til arbejdsdagens længde og tidsmæssige placering, vil familiemæssigt være en fordel.

Der knytter sig endvidere en række problemer af uddannelsesmæssig og erhvervmæssig art til de afbræk i ancienniteten, som en barselsorlov eller en frivillig forbliven i hjemmet for at passe barnet kan medføre. Både på dette område og med hensyn til de ovenfor nævnte forslag vedrørende udvidet

barselsorlov og forøgede muligheder, for deltidarbejde og deltiduddannelse er der en række erhvervsmæssige problemer. En del af dem hænger dog måske mere sammen med vanetænkning og politisk træghed, end de bunder i reelt uløselige socialpolitiske problemer. Det er i hvert fald nødvendigt at starte en debat med det udgangspunkt, at det er dårligt for det spæde barn og familien, at forældre alt for hyppigt kun har 2 muligheder: enten af økonomiske grunde at være tvunget til heltidsbeskæftigelse uden for hjemmet eller at blive i hjemmet og opgive et både for moderen (faderen), familien og samfundet ønskeligt erhverv eller uddannelse.

De to forhold: børneinstitutionernes indretning og forældrenes erhvervs- og uddannelsesmæssige bevægelsesfrihed, hører nøje sammen. F. eks. er der kun mening i, at moderen får et godt deltidarbejde, hvis hun har adgang til at få barnet passet i en god daginstitution og på de tidspunkter, hvor hun selv må arbejde uden for hjemmet.

Hvordan kan man gennem de nu bestående institutioner bedst opsøge de børn, der er truede af en uheldig psykisk udvikling?

Både vuggestuer, børnehaver, skoler og familielægenes arbejde kan med udbytte danne udgangspunkter for en sådan opsøgning. F. eks. ved vi, at størstedelen af de børn, som i skolealderen indlægges på en børnepsykiatrisk afdeling, allerede i eller før børnehavealderen frembød tegn på udvikling af psykisk lidelse. Opmærksomhed på faresignaler hos personalet i vuggestuer og børnehaver, og selvfølgelig ressourcer til at gribe ind hurtigt, kan således lønne sig.

Forudsætningen er selvfølgelig en vis elementær viden inden for børnepsykologi og -psykiatri, et kendskab til de signaler, der angiver, at et barn eller en familie er truet i den psykosociale udvikling. Herved kommer spørgsmålet om uddannelse af de nævnte institutioners personale ind i billedet. Således må uddannelsen i psykologi og psykiatri af bl. a. læger og sundhedsplejersker med tilknytning til sociale og pædagogiske institutioner intensiveres.

Ikke mindst er det af betydning, at den alment praktiserende læge, familielægen, oprustes på dette felt. Som nævnt vil ca. 10 pct. af de børn, der møder op i lægens konsultation, have symptomer på psykisk lidelse. Det betyder ikke, at alle disse børn

skal videre til specialistundersøgelse eller -behandling, men det betyder, at der er behov for en indsats af profylaktisk eller rådgivningsmæssig art på dette undersøgelsestrin. De profylaktiske undersøgelser, som gratis står til befolkningens disposition, fra barnet fødes, og til det begynder i skolen, er et apparat, der indeholder store muligheder for tidligt opsporende og profylaktisk indsats, også på det psykiske område. Disse undersøgelser er traditionelt anlagt på at opspore og forebygge legemlige lidelser, men netop i de senere år har der vist sig en stigende erkendelse af betydningen af en øget indsats på det psykosociale felt. Dertil kræves imidlertid, at lægen ved undersøgelserne får tid til at tale med mor og barn, og at han får tid til - både forud for og efter undersøgelsen - at kontakte de pædagogiske og sociale institutioner, som barnet og familien er i berøring med.

En mobilisering af familielægens børnepsykiatriske profylaktiske indsats kan f. eks. ske ved, at der til en gruppe praktiserende læger knyttes en børnepsykiatrisk konsulent på distrikt-psykiatrisk basis. En sådan ordning har forsøgsmæssigt været prøvet med god virkning. Lignende ordninger over for sociale institutioner med børnekontakt, børnehaver, vuggestuer og skoler, ville utvivlsomt indebære gode muligheder for at mobilisere specialstressourcerne på en effektiv måde i det opsøgende og profylaktiske arbejde. Vanskelighederne ved at gennemføre sådanne ordninger har hidtil for en stor del bestået i, at det samlede børnepsykiatriske-psykologiske-socialpædagogiske behandlingsapparat var så belastet af de psykisk syge, at der blev alt for lidt kapacitet tilovers til det opsøgende og forebyggende arbejde. Først i takt med, at den gennem mange år forsømte opbygning af behandlingsapparatet tilgodeses, kan man forvente, at den ønskelige højere prioritering af forebyggende forholdsregler og anvendelse f. eks. af specialistkapacitet på konsulentplanet kan gennemføres.

Udbygningen af sundhedsplejerskeinstitutionen er af central primær og sekundær profylaktisk betydning. Særlig vigtigt er det at få sundhedsplejerskernes arbejde integreret i de profylaktiske børneundersøgelser hos familielægerne. En sådan integrering kunne antageligt med stor effekt gennemføres på amtskommunalt plan.

Endelig skal det fremhæves, at aktive

mødregrupper, bestående af gravide eller mødre med spædbørn, selvstyrede og med rådgivning af professionelle eller ledet af professionelle, ifølge norske erfaringer kan vise sig værdifulde i en forebyggende indsats angående pædagogiske og psykologiske - og dermed sundhedsmæssige - problemer for familier med spæde og småbørn.

Forebyggelse af alkoholskader.

Efter at det danske alkoholforbrug i mere end 40 år havde ligget på et ret beskedent niveau, er det i løbet af de sidste 15 år steget til det dobbelte. Det gennemsnitlige forbrug - omregnet til liter ren alkohol pr. år - udgjorde i 1974 8,3 liter mod 4,2 liter i 1960.

En så voldsom stigning i forbruget af et stof med velkendte muligheder for sociale og helbredsmæssige skadevirkninger kan umiddelbart virke alarmerende. I virkeligheden er det imidlertid ikke størrelsen af det samlede (eller gennemsnitlige) forbrug, der kan give anledning til bekymring, for det svarede i 1974 kun til 2 pilsnere dagligt til hver voksen indbygger.

Alkoholproblemerne i samfundet skyldes med andre ord forbrugets ujævne fordeling, og det interessante spørgsmål i forbindelse med den konstaterede forbrugsstigning er derfor først og fremmest, hvorledes stigningen er fordelt. Der findes ingen egentlige undersøgelser, der kan give noget svar, men det er nok muligt at foretage visse skøn ud fra en almen viden om danske alkoholvaner.

Det er ikke i denne kortfattede redegørelse muligt at gennemføre en mere detaljeret argumentation, men det skal blot anføres, at der er grund til at antage, at det øgede forbrug især skyldes 3 forhold:

- 1) Den almindelige velstandsstigning har reduceret de flestes tilbageholdenhed m. h. t. »luksusforbrug« på alle områder, og det må betragtes som, ganske sikkert, at en meget stor gruppe af mådeholdende har øget deres alkoholforbrug, uden at det derved har fået en størrelse, som medfører risiko for skadevirkninger. Der er imidlertid også grund til at antage, at forbruget for nogles vedkommende herved er blevet så højt, at de har eller i fremtiden vil få problemer af den grund.
- 2) Kvinders alkoholforbrug har traditionelt ligget langt lavere end mænds. I de sid-

ste 10-20 år har deres forhold ændret sig ganske tydeligt, og kvindernes forbrug ved almindelige selskabelige lejligheder er nu hyppigt af ganske samme størrelsesorden som mændenes.

- 3) Aldersgrænsen for påbegyndelsen af et mere regelmæssigt forbrug synes at være faldet i de senere år. Dette forhold spiller næppe nogen afgørende rolle som forklaring på den samlede forbrugsudvikelse, men det har til gengæld betydelig interesse i andre sammenhænge.

Selv om det øgede forbrug i ret stort omfang må formodes at være fordelt således, at antallet af egentlige misbrugere ikke er steget tilsvarende, så må flere personer dog formodes at være kommet i risiko for at udvikle et misbrug, og det er derfor anledning til at overveje vore muligheder for at forebygge alkoholskader.

Helt alment må udviklingen af skadevoldende forbrug (et misbrug) betragtes som et symptom på manglende trivsel og tilpasning, og egentlige forebyggende foranstaltninger (primær profylakse) over for dette problem bliver derfor de samme som dem, der må tages i anvendelse over for andre udslag af social mistilpasning. Forsøg på symptombejæmpelse i form af bestræbelser på at besværliggøre adgang til alkohol kan evt. resultere i et fald i det samlede forbrug, men det egentlige misbrug vil næppe påvirkes væsentligt.

De bestræbelser, der allerede er i gang for at øge oplysningen om alkoholspørgsmålet blandt børn og unge, må støttes og styrkes.

Spørgsmålet om sekundær profylakse (tidlig opsporing og behandling) synes at være det centrale i forholdet til udvalgets kommissorium. Efter gældende lovgivning er ansvaret for behandling af alkoholmisbrug henlagt til amternes sygehusudvalg, som skal drage omsorg for, at der etableres tilstrækkelige muligheder for såvel hospitalsmæssig som ambulant behandling. Forskellige grunde taler for, at ansvaret for den ambulante behandling med fordel kunne placeres i social- og sundhedsforvaltningerne. Alkoholambulatorierne indtager i forhold til de almindelige hospitalsambulatorier en særstilling ved, at deres primære opgave hverken er at foretage »forundersøgelser« eller »efterbehandling«. Tværtimod fungerer de som selvstændige primære behandlingsinstitutio-

ner, som kun i undtagelsestilfælde henviser patienter til indlæggelse i stationære afdelinger. Efter deres natur hører de således hjemme i den primære sundhedstjeneste. Hertil kommer, at den behandlingsmæssige indsats i ambulatorierne langt mere ligner den rådgivningsvirksomhed, der foregår i social- og sundhedsforvaltningens regie, end den ligner typisk lægelig ambulatoriebehandling på hospitalerne. Endelig medfører netop problemerne vedr. tidlig opsporing og behandling, at der er et betydeligt behov for et snævert samarbejde med den kommunale social- og sundhedsforvaltning.

Der er i dag ca. 40 alkoholambulatorier i hele landet. Dette antal må øges betydeligt, hvis man effektivt skal dække behandlingsbehovet og især, hvis man specielt ønsker at fremme muligheden for tidlig opsporing og behandling.

Undersøgelser har vist, at mange børn begynder at drikke alkohol relativt jævnlige allerede i 12-13-års-alderen. Der synes sjældent at være tale om noget større forbrug, og problemet er formentlig blevet overdramatiseret i pressen.

Udviklingen må imidlertid følges opmærksomt, og man må håbe, at der hurtigt bliver skabt mulighed for, at det arbejde, der hidtil har været varetaget af undervisningsministeriets konsulenter i alkohol- og narkotikaspørgsmål, kan videreføres.

Ud over den allerede omtalte undervisnings- og oplysningsvirksomhed om alkoholspørgsmål i skolerne må der lægges vægt på den holdningsbearbejdelse, som fritidsklubber og lignende institutioner er i stand til at medvirke i. Da egentlig alkoholisme i reglen forudsætter flere års forudgående storforbrug, vil »alkoholistbehandling« sjældent komme på tale i denne aldersklasse.

Alkoholproblemer hos ganske unge må betragtes som et eklatant udslag af mere generelle tilpasningsvanskeligheder, og hjælpen skal derfor ikke søges i de særlige alkoholambulatorier. Primært må skolerne (og skolepsykologerne) naturligvis søge at løse problemerne, men derudover må det betragtes som en nærliggende opgave for amtsundscentrene.

Forebyggelse af sindslidelser hos ældre.

Der er i de ældre aldersgrupper af befolkningen relativt mange sindslidelser. I den

danske Samsø-undersøgelse, der harmonerer godt med tilsvarende undersøgelser i Norge, Sverige og Storbritannien, var knapt 40 pct. af befolkningen over 65 år sindslidende. I alderen over 80 år er over halvdelen sindslidende.

Såvel muligheden for at få et langt liv som risikoen for sindslidelser, ikke mindst i de ældre år, hviler på et arvebiologisk grundlag. Men herudover er sindslidelser hos ældre i væsentlig udstrækning forårsaget, respektive udløst af:

- 1) legemlig sygdom,
- 2) inaktivitet og
- 3) isolation.

Vor samfundsmæssige struktur, som prioriterer industri, automatisering og økonomi højere end menneskenes sundhed, er i høj grad ansvarlig for disse forhold.

Vort erhvervsliv medvirker på to måder til at forøge antallet af sindslidelser hos ældre.

Dels forårsager den hidtidige organisation af vort erhvervsliv et alt for stort antal erhvervssygdomme, som udover en betydelig dødelighed medfører en stærk forringelse af helbredstilstanden for de mennesker, som når frem til pensionsalderen. Disse er af samme grund særligt disponerede til også at udvikle sindslidelser i de ældre år.

Dels kræver erhvervslivet ofte så meget af sine udøvere, at de ikke får tid og kræfter til at udvikle fritidsinteresser, personlige færdigheder og medmenneskelige relationer - med det resultat, at de når frem til pensionsalderen uden forudsætninger for at kunne omstille sig så meget, at de kan få tilstrækkeligt indhold i denne. Deres tilværelse som pensionister bliver derfor præget af inaktivitet og isolation - med deraf følgende risiko for udvikling af sindslidelser.

Industrialisering og automatisering har yderligere medført en vækst af åreforkalkning og hjerte-kredsløbslidelser. Da sygdomme af denne art tiltager med alderen, er de også i væsentlig grad bidragende til at forøge sindslidelserne hos ældre.

Der er blevet sagt, at et menneskes liv i vort samfund er delt i tre skarpt adskilte faser, der næsten er som tre helt forskellige tilværelser: 1) opvækst og uddannelse, 2) erhvervsliv og 3) pensionisttilværelsen. Det ville fremme trivsel og sundhed, hvis indhol-

det i disse tre tilværelser i højere grad blev blandet, så overgangene blev mildere, og man var bedre forberedt på at gå ind i nye faser af livet.

Hvis man vil prioritere hensynet til menneskelig sundhed langt højere end hidtil og bl. a. virke for, at alle de tre nævnte faser af et menneskes liv kan få et rimeligt indhold af uddannelse, arbejde og medmenneskelig aktivitet, vil man give vore ældre medborgere mere livskraft og virkelyst — og spare en del omkostninger til plejehjem og institutioner.

Men naturligvis vil en sådan helbredsbeholdning af livet indebære store fordele for alle aldersgrupper. Ungdommen vil have fordel af en endnu mere udbygget »skoling for livet« end f. eks. indeholdt i den nye skolelov. Bl. a. vil et bredere tilbud af vel tilrettelagt erhvervspraktik kunne lette overgangen til ansvarsbetonet erhvervsliv, som kan være svær for nogle unge. Mange af de højere uddannelser foregår stadig i »elfenbenstårn«, dels på et for teoretisk plan, uden tilstrækkelig indlevning i praktiske og arbejdsmæssige aspekter. Dels - og navnlig - savner de i alt for høj grad indførelse i menneskelige, mentalhygiejniske og sundhedsmæssige forhold. Hvor meget lærer f. eks. de kommende virksomhedsledere inden for industrien, ingeniørerne, om mentalhygiejne og sundhedslære? Det er et af de centrale spørgsmål i bekæmpelsen af de alt for mange erhvervssygdomme, som vor industri er ansvarlig for.

Den erhvervsaktive del af befolkningen må også have tid og mulighed for at beskæftige sig med andet end arbejde. Arbejdstiden må nedsættes mærkbart, f. eks. fra 40 til 30 timer ugentlig, og der må blive mulighed for sabbatår og andre arbejdsmæssige lempelser, således at der bliver tid og kræfter til fysisk træning, bedre kostvaner og udvikling af menneskelige færdigheder, følelser og fællesskaber.

Folk, som engang efter et erhvervsliv, tilrettelagt efter sådanne retningslinier, når frem til pensionsalderen, vil være ganske anderledes livskraftige end mange af vor tids pensionister. De vil have mulighed - og behov -- for at fortsætte en afpasset erhvervsaktivitet langt op i årene, ligesom de på andre måder også vil kunne holde sig fysisk og psykisk

aktive, så de til glæde for sig selv og andre vil kunne bevare helbredet langt op i årene. De vil få langt mindre behov for social- og plejemæssig støtte.

En konsekvent sundhedspolitik vil således også på længere sigt kunne indebære økonomiske fordele.

Legemlige sygdommes betydning for de ældres sindsslidelser er fastslået. Således viser en engelsk undersøgelse, at ældre med organisk sindsslidelse i 66 pct. af tilfældene har en (eller flere) legemlige sygdomme. Det samme har 41 pct. af de ældre med ikke organisk sindsslidelse og kun 16 pct. af psykisk raske ældre. Den nævnte undersøgelse viste også hvilken *betydning inaktivitet og isolation* har for udvikling af sindsslidelser hos ældre, og bekræftede herved, ligesom amerikanske undersøgere, den klassiske udtalelse fra een af psykiatriens fædre, Schweizer-psykiateren Bleuler, der sagde:

»Man skal vogte sig for at råde et ældre menneske til at opgive sin sædvanlige beskæftigelse. Senilitet bliver ofte først til egentlig sygdom, når impulserne fra det daglige liv pludselig hører op«.

Socialforskningsinstituttet har i sin ældreundersøgelse vist, at de, der kan indrette deres erhvervsaktivitet som det passer dem bedst, kan fortsætte deres arbejde højt op i årene, til de er over 80. Ejendommeligt nok gælder dette i byerne særligt de selvstændige erhvervsdrivende, medens det på landet er landarbejderne, der holder længere end gård-ejerne.

Særligt spændende er oplysningerne fra forskellige bjergegne, hvor adskillige fortsat er aktive, til de er over 100 år. De må fortsat præstere betydeligt fysisk arbejde ved deres landarbejde i de høje bjerge, de lever af en relativt kaloriefattig kost, de er socialt velanskrevne - og de drikker og ryger! Og de forbliver åndsfriske og sindssunde!

Denne kortfattede og skitse-mæssige fremstilling af de store behov og muligheder, der foreligger for en forebyggelse af sindsslidelser hos ældre, vil kunne udbygges i alle led og underbygges af en dokumentation i kraft af den eksisterende forskning.

Henrik Hoffmeyer Kai Tolstrup.
Andreas Sørensen Gudmund Magnussen.

Litteratur:

- Forslag om organiseringen av en desentraliseret og distriktsinndelt psykiatrisk helse-tjeneste i Oslo. Dokument nr. 30. Oslo 1974.
- Profylaktiske undersøgelser af børn i alderen 0 til 7 år. Månedsskrift for Praktisk Læge-gerning. København 1976.
- Boms opvækstvilkår. Socialforskningsinstituttets publikationer. 34. Kobenhavn 1968.
- Hjermind, Elise: De praktiske behandlingsmuligheder for psykisk svært lidende bom. Ugeskrift for Læger 1971: 133, 1269-1274.
- Jonsson, G.: Den sociale onde cirkel - kan den brydes? København 1974.
- Borg, E., H. S. Sundby & I. H. Vandvik: Praktiske forsøk på forebyggende mental-hygiene i en stor-kommune set med tre par øyne. Nord. Psykiat. Tidsskr. 1976: 30: 163-177.
- Betænkning nr. 165 afgivet af kommissionen af 29. marts 1952 vedr. Statens Sindssyge-væsen.
- Betænkning om psykiatriens udvikling i Danmark i den nærmeste fremtid. Fra Sund-hedsstyrelsen V/nr. 18, september 1970. Ugeskrift for Læger 1970.
- Medicinalstatistiske meddelelser 1974: 4.
- Strømgren, Psykiatri. 1974.
- Hoffmeyer I, Distriktpsychiatri. Stencileret manuskript, april 1966.
- Hoffmeyer II, »Distrikts«-psykiatrisk virksomhed. Isolationen brydes. Stencileret manu-skript, oktober 1966.
- Lange Jacobsen (red.). Alkohol, alkoholisme, alkoholikerbehandling. 1975.
- Gudmund Magnussen: De ældres sind og sindslidelser. 1976.
- Johs. Nielsen: Geronto-psychiatric period - prevalence investigation in a geographically delimited population. Acta psychiat. scand. 1962.
- Rapport fra VI Nordiske Konference om Alkoholisme. 1971.

Rapport fra projektgruppe 7: Forebyggelsesrådet

Projektgruppens medlemmer

Stadslæge, dr. med. *H. E. Knipschildt* (koordinator)

Overlæge *Jørgen Fog*, Sundhedsstyrelsen

Læge *Finn Kamper-Jørgensen*, Institut for socialmedicin

Kontorchef *Ebbe Sørensen*, Indenrigsministeriet

Sekretærer:

Fuldmægtig *K. Holm-Petersen*

Fuldmægtig *P. Bak Mortensen*

begge Indenrigsministeriet.

I. Indledning

I det *vejledende kommissorium* for arbejdsgruppen vedr. forebyggelse er det bl. a. pålagt gruppen at overveje, hvorledes det mere permanent sikres - organisatorisk eller på anden måde - at der foretages en samlet, løbende vurdering og planlægning af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger, herunder sundhedsoplysning og -opdragelse.

Projektgruppen er af den opfattelse, at denne opgave ikke for tiden vil kunne løses tilfredsstillende inden for den eksisterende administrative organisation. Dette skyldes især, at opgaven ikke er begrænset til en enkelt samfundssektor, men tværtimod vedrører mange forskellige sektorer som f. eks. sundheds-, social-, miljø-, trafik- og undervisningssektoren.

Gruppen er opmærksom på, at en meget væsentlig del af den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats udføres på det regionale og lokale plan, hvilket taler for tilvejebringelse af regionale/lokale organer, der ubundet af fag- og sektorgrænser kan foretage en samlet planlægning af denne indsats. Forskellige forsøg i denne retning er gjort, f. eks. er der i Århus kommune etableret et (tværfagligt sammensat) trafiksikkerhedsudvalg til fremme af færdselssikkerheden på lokalt plan.

Uanset regional- og lokalplanets væsentlige betydning finder gruppen, at man først bør sætte ind på centralplanet for herved at udstikke de ydre rammer for arbejdet på det regionale og lokale niveau. De tidsmæssige rammer for gruppens virksomhed har i øvrigt ikke tilladt en mere indgående drøftelse af regional/lokalplanet.

Nedenfor foreslås, at der etableres et cen-

tralt organ - et råd - der uafhængig af sektorgrænser kan rådgive om sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger.

II. Formål og opgaver

Rådets *formål* er at virke for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse såvel i sundhedsvæsenet som i andre samfundssektorer.

I de senere år har der stadigt hyppigere lydt røster til fordel for en ændret indsats overfor sygdom. Mange har peget på, at de konstaterede ændringer i sygdoms- og dødelighedsmønstret primært er forårsaget af almene forbedringer i befolkningens levevilkår. Nært sammenhængende hermed er den gradvise ændring i opfattelsen af sygdomsbegrebet, idet det i dag mere generelt anerkendes, at sygdomme skyldes et samspil mellem mange faktorer såvel i individet som i miljøet, mens man tidligere var tilbøjelig til at mene, at en sygdom havde en helt specifik årsag. Man taler om opgivelse af apparatfejlmodellen som sygdomsbegreb til fordel for et social-medicinsk sygdomsbegreb. 1 lyset bl. a. af denne udvikling er det naturligt, at påvirkning af levevilkårene påkalder sig øget interesse, eller med andre ord at der sættes fokus på sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger i alle samfundsforhold. Rådets formål er at virke for at fremme disse aktiviteter.

Rådets formål definerer de *hovedopgaver*, som rådet skal varetage, nemlig (1) *dels* at foreslå nye foranstaltninger til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, (2) *dels* at forestå en løbende, kritisk vurdering af eksisterende sygdomsforebyggende foranstaltninger.

1. hovedopgave

Med grundlag i den eksisterende statistik over sygdomstilfælde og sundhedsskader skal rådet søge at *udvælge de områder*, hvor en sundhedsfremmende og forebyggende indsats bør sættes ind.

Ved den eksisterende statistik tænkes her først og fremmest på dødsårsagsstatistikken, sygehusvæsenets diagnosestatistik, de praktiserende lægers ugesygelister, invalideforsikringsstatistik, statistik over arbejdsulykker og arbejdsgiverforeningens statistik over fravær på grund af sygdom.

En analyse af dette materiale med henblik på nærmere angivelse af sygdomsårsager, afgrænsning af risikogrupper etc. er nødvendig, men næppe tilstrækkelig. Det vil ofte være påkrævet at tilvejebringe supplerende informationer for at kunne foretage en underbygget vurdering af sundhedsproblemernes omfang og forløb. Det påhviler derfor rådet såvel at foreslå forbedringer i den løbende statistik-indsamling som at anbefale ad hoc indsamling af informationer til belysning af områder, der er under overvejelse i rådet. Udvalgelse af områder, hvor indsats særlig er påkrævet, vil således ske med grundlag i bearbejdede informationer om sygdomsbilledet og den forventede udvikling heri. Der skal i denne forbindelse henvises til de forslag om ændret medicinalstatistik, som arbejdsgruppen vedrørende informationssystemet ventes at foreslå.

Rådet må herefter overveje, hvilken indsats af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende karakter der bør sættes ind over for de udvalgte områder. Der bør i videst muligt omfang gennemføres analyser af de forventede omkostninger og effekter ved en sådan indsats. Det skal endnu en gang understreges, at rådets forslag meget vel kan vedrøre indsats i andre samfundssektorer end sundhedsvæsenet.

Ved rådets overvejelser om ny indsats af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende karakter vil en snæver kontakt mellem rådet og forskningsorganisationen i Danmark være værdifuld, og kontakt direkte mellem rådet og forskningsinstitutioner vil ofte være nødvendig for at rådet kan varetage sine opgaver på tilfredsstillende måde. Et sådant samarbejde vil også kunne være hensigtsmæssigt i forbindelse med rådets udvælgelse af områder, hvor ny indsats bør iværksættes. Det bør derfor påhvile rådet at

tage initiativ til et snævert samarbejde med de forskningsinstitutioner, råd og nævn samt offentlige myndigheder, hvis arbejdsområder har kontaktflader til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. For så vidt angår forskningsinstitutioner tænkes her bl. a. på Socialforskningsinstituttet, Rådet for Trafik-sikkerhedsforskning, Dansk Sygehus Institut, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, de almen medicinske og socialmedicinske universitetsinstitutter og det kommende arbejdsmiljøinstitut. Forskningsinstitutionerne vil bl. a. kunne yde rådet bistand ved vurdering af statistiske oplysninger, ved formulering af forskningsprojekter osv. Det anses endvidere for naturligt, at rådet tager initiativ til udarbejdelse af et katalog over forskningsønsker med hensyn til forskning af betydning for den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats. Rådet bør virke for at overlappende projekter undgås.

Kontakten til »udforende« institutioner m. m., som f. eks. Komitéen for Sundhedsoplysning, faglige organisationers hygiejnekomitéer m. fl., og offentlige myndigheder, er af stor betydning for at sikre en fornuftig arbejdsdeling og en gensidig inspiration, se nærmere afsnit III.

Ved udarbejdelsen af sine forslag bør rådet have opmærksomheden henledt på muligheden af at anbefale gennemført forsøg i enkelte dele af landet, over for afgrænsede persongrupper etc. På denne måde kan der indhøstes værdifulde erfaringer, som vil indgå med betydelig vægt i overvejelser om landsomfattende eller på anden måde bredere anlagt indsats. Under overvejelser om forsøg og disses tilrettelæggelse bør forskningsinstitutionerne inddrages.

2. hovedopgave

I overvejelserne om gennemførelse af ny indsats må rådet som allerede påpeget tage sit udgangspunkt i sygdomspanoramaet og dets forventede udvikling. Sammenholdes de eksisterende forebyggende foranstaltninger i sundhedsvæsenets regi med det herskende sygdomspanorama springer det imidlertid i øjnene, at der er et tilsyneladende misforhold mellem det aktuelle sygdomsbillede og de sygdomme som de forebyggende foranstaltninger retter sig mod. I de seneste år er man blevet sig denne problemstilling mere bevidst, hvilket bl. a. har givet sig udslag i opgivelsen af de rutinemæssige tuberkulose-

undersøgelser og ophævelse af de obligatoriske koppevaccinationer af born.

Rådet må derfor tage initiativ til en regelmæssig vurdering af sygdomspanoramaet og sammenholde dette med eksisterende sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger med henblik på at foreslå ændringer heri.

III. Organisation

Når henses til rådets formål, således som det er beskrevet ovenfor, skal den organisation af rådet, som vælges, i videst muligt omfang kunne fremme,

dels en bredere og større forståelse i befolkningen for betydningen af sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, primært gennem en aktivering i det politisk-administrative system.

dels en samlet vurdering af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger på tværs af eksisterende sektoropdeling,

dels en tværgående indsats af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende karakter.

I lyset heraf finder gruppen, at rådets organisation bør tilrettelægges således, at man i videst muligt omfang tilgodeser følgende:

1. Rådet bør være placeret tæt på beslutningsniveauet.
2. Utraditionelle løsningsforslag må ikke hæmmes.
3. Administrationens ekspertise må kunne udnyttes uden vanskeligheder.
4. Modellen må være let at indpasse i den eksisterende administrative struktur.
5. Driftsomkostningerne bør være beskedne.
6. Der bør være mulighed for en fleksibel personalepolitik i rådets sekretariat.

Gruppen har gennemgået en række forskellige organisatoriske modeller - spændende fra et helt uafhængigt og selvstændigt råd til en integreret enhed i indenrigsministeriets departement. Ved at konfrontere de forskellige modeller med de nævnte specifikke, optimale fordringer har gruppen fundet det rigtigst at udelukke enkelte løsningsforslag på forhånd. Gruppen finder det nemlig sandsynligt, at et helt uafhængigt organ er placeret så langt fra beslutningsniveauet,

at risikoen for, at rådets forslag ikke altid undergives en rimelig seriøs behandling, bliver overhængende. Samtidig kan man ikke se bort fra, at rådet kan blive fristet til at fremsætte forslag, der er helt uden realistisk mulighed for gennemførelse. For så vidt angår en placering af rådets opgaver i en enhed i indenrigsministeriet er det tilstrækkeligt at konstatere, at en sådan løsning ikke indebærer den nødvendige nedbrydning af sektorgrænserne. I stedet har gruppen koncentreret sig om nedenstående modeller:

A. Et uafhængigt råd med tilknytning til flere dele af det administrative system.

Der tænkes her på et bredt sammensat råd med en repræsentation, der er ubundet af faggrænser og sektoropdeling, se nærmere afsnit IV.

Efter denne model er rådet uafhængigt i den forstand, at det ikke har nogen snæver tilknytning til et enkelt offentligt organ. Her ved opnås især, at rådets adgang til at fremsætte utraditionelle løsningsforslag ikke hæmmes af administrative traditioner og rutiner. Når det tages i betragtning, at rådets formål i sig selv bryder med mange årtiers traditioner både med hensyn til sygdomsbehandlingens fremtrædende placering i sundhedspolitikken og med hensyn til den skarpe sektoropdeling, kan man næppe tillægge dette aspekt for stor betydning.

Erfaringen med mere fritstående, rådgivende organer har imidlertid vist, at der består en reel risiko for, at utraditionelle råd fra et sådant forum ikke behandles tilstrækkeligt seriøst af de besluttende myndigheder. Der er med andre ord en nærliggende fare for, at sådanne råd - efter en helt formel behandling - ikke bliver realiseret. Det er gruppens opfattelse, at denne fare kan imødegås ved at placere rådet tilstrækkeligt tæt på de besluttende myndigheder. Der er her tale om en vanskelig balance, hvor man netop kun opgiver så meget af rådets uafhængighed, at relationerne til de besluttende myndigheder er tilstrækkelige til at gennemføre rådets formål.

Gruppen mener, at denne balance kan opnås gennem rådets sammensætning og sekretariatets bemanding. Gennem repræsentation i rådet for de besluttende myndigheder, der særligt har berøringsflader til rådets arbejdsområde, samt gennem sammensæt-

ning af rådets sekretariat med bl. a. embedsmænd fra disse myndigheder, vil der kunne opnås en rimelig tæt kontakt til beslutningsniveauet. Sammensætningen af råd og sekretariat behandles mere udførligt i afsnit IV, ligesom spørgsmålet om omkostninger ved rådets drift behandles der.

Ved den her skitserede model opnås yderligere, at administrationens ekspertise bliver umiddelbar tilgængelig for rådet gennem administrationens deltagelse i rådet og dettes sekretariat.

B. Et forebyggelseskontor i sundhedsstyrelsen

Ifølge loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse er sundhedsstyrelsen øverste rådgiver for det offentlige i alle forhold, der kræver lægekyndig eller apotekerkyndig indsigt. Sundhedsstyrelsens stilling i det centraladministrative system er usædvanlig, fordi styrelsens rådgivende virksomhed er uafhængig af den departementale opdeling.

Denne opgavebeskrivelse synes umiddelbart at være i overensstemmelse med væsentlige dele af den opgavebeskrivelse, som foran er skitseret for et forebyggelsesråd.

Tages imidlertid udgangspunkt i sundhedsstyrelsens nuværende struktur må det konstateres, at de forebyggende foranstaltninger i sundhedssektoren er delt mellem flere forskellige kontorer. Det drejer sig først og fremmest om afdeling F (børneundersøgelser etc.) og afdeling D (epidemiske sygdomme). Etablering af et kontor for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse kræver således en ombrydning af sundhedsstyrelsens interne struktur. Denne model forudsætter, at styrelsen tilvejebringer den fornødne ekspertbistand i form af konsulenter (fortrinsvis eksterne).

Uanset det væsentlige sammenfald i opgavebeskrivelsen for sundhedsstyrelsen og forebyggelsesrådet består der efter gruppens opfattelse en fare for, at denne model ikke vil være i stand til at indfri de forventninger til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, som i dag næres i vide kredse. Denne bedømmelse skyldes især to forhold. *For det første* er sigtet med et forebyggelsesråd langt mere vidtgående end en rådgivning, der kræver lægekyndig indsigt. Som omtalt oven for skal rådet nok tage sit udgangspunkt i konstaterede sygdomme og sundhedsskader,

men den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats kan meget vel have form af f. eks. pædagogisk, byplanmæssig, social, eller anden indsats af ikke medicinsk karakter. Dette betyder *for det andet*, at sundhedsstyrelsen gennem konsulentbistand må sikre sig den fornødne indsigt på disse områder. I virkeligheden vil styrelsens konsulenter der ved udgøre en art forebyggelsesråd, hvis medlemmer imidlertid er uden kontakt med hinanden. I denne sammenhæng kan sundhedsstyrelsens forebyggelseskontor anses som rådets sekretariat - et sekretariat uden den brede faglige berøring til den ikke-medicinske sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Efter en nøje afvejning af fordele og ulemper ved de her skitserede modeller *er gruppen nået til den indstilling, at model A bør foretrækkes* - i det mindste på kortere sigt. Gruppen finder det indlysende, at sundhedsstyrelsen må spille en betydelig og aktiv rolle i forebyggelsesrådet og dettes sekretariat. På længere sigt regner gruppen med, at samspillet mellem rådet og styrelsen vil føre til en vis organisatorisk samling af opgaverne vedr. sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse i styrelsen.

IV. Kompetence, sammensætning, sekretariat, forretningsgang og økonomi

Det fremgår af afsnit III, at gruppen anbefaler den dér skitserede model A: Et uafhængigt råd med tilknytning til flere dele af det administrative system. Af tidsmæssige årsager behandles nedenfor de emner, der omtales i overskriften til dette afsnit IV, alene for så vidt angår løsningsmodel A.

Rådets *kompetence* er for så vidt givet ved betegnelsen »råd«, nemlig en beføjelse til at vejlede om hensigtsmæssig indsats med sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende sigte.

Vanskeligheden ligger i at afgrænse den kreds af organer, som rådet kan rette sine vejledninger til.

Ser man først på de centraladministrative organer, forstået som departementer og styrelser, må vejledningen rette sig til den myndighed, der har det politiske ansvar for det pågældende område. Som et konstrueret eksempel til illustration heraf kan nævnes, at

en rekommendation om etablering af en pædagogisk udbygning af lægernes basisuddannelse skal rettes til undervisningsministeriet som ansvarlig herfor. Denne ordning indebærer, at vejledning på centraladministrativt plan så godt som altid bør rettes til vedkommende departement. På den anden side forudsættes, at departementet hører den relevante styrelse eller direktorat over indstillingen, forinden afgørelse træffes om gennemførelse af forslaget.

Sundhedsstyrelsens særstilling i det administrative system, jfr. foran under afsnit III, taler for, at rekommendationer om indsats inden for sundhedsvæsenets rammer rettes direkte til styrelsen. Denne fremgangsmåde sikrer en smidig forretningsgang, specielt når man tager i betragtning, at loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse pålægger de offentlige myndigheder at høre styrelsen i alle sager, der kræver lægekyndig eller apotekerkyndig indsigt. Afgives rekommendationer af denne karakter direkte til styrelsen, og pålægges det samtidig styrelsen at videregive rekommendationerne med styrelsens vurdering heraf, synes der etableret en rationel arbejdsgang. Det må i øvrigt - dvs., i sager der ikke klart omfattes af den høringsforpligtelse, der er omtalt i centralstyrelsesloven - forventes, at de centraladministrative myndigheder i vid udstrækning vil bede sundhedsstyrelsen vurdere forslag, som den pågældende myndighed har modtaget fra rådet. For at sikre en hurtig og smidig arbejdsgang er det vigtigt, at der er en væsentlig deltagelse fra sundhedsstyrelsens side i rådets arbejde, jfr. nedenfor under sammensætning.

I forholdet til de amtskommunale og primærkommunale organer taler på den ene side effektivitetshensyn for, at rådet får adgang til at rådgive direkte over for disse organer. På den anden side vil der i givet fald bestå en risiko for, at rådets rekommendationer ikke er i fuld overensstemmelse med den politik, som ønskes gennemført af de landspolitiske ansvarlige organer, dvs. i sidste instans regering og folketing. Det er gruppens opfattelse, at dette sidstnævnte synspunkt ikke vil kunne imødekommes gennem sammensætningen af rådet, hvorfor rådet bør give sin vejledning direkte over for de centrale myndigheder.

Rådet må have adgang til at tage problemer op til behandling såvel af egen drift som

efter henvendelse udefra. Derimod bør man ikke foreskrive en obligatorisk høring af rådet, således som det kendes for sundhedsstyrelsen; idet man i så fald må befrygte, at rådets virksomhed belastes i en sådan grad af høringer, at det vil blive vanskeligt at ofre tid til de mere vidtrækkende og principielle spørgsmål.

Som omtalt foran er et af de hensyn, der skal varetages ved *rådets sammensætning*, at sikre en rimelig snæver kontakt til de besluttede myndigheder. Dette taler for at de departementer og styrelser, som har væsentlige berøringsflader til rådets virksomhedsområde, repræsenteres af personer på det fornødne kompetenceniveau. De seneste år omfattende decentralisering af beslutningskompetencer i social- og sundhedsvæsenet må naturligt medføre, at også repræsentanter for de kommunale organer deltager i rådets virksomhed.

Kontakten til forskellige råd og nævn samt til relevante forskningsinstitutioner taler for at disse organer deltager i rådet.

Særligt for så vidt angår råd og nævn med opgaver, der direkte eller indirekte sigter mod sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, kan der være grund til at overveje en egentlig sammenlægning af disse organer med rådet. Rådet bør gennemdrøfte en eventuel sammenlægning nøje med alle berørte instanser, og gruppen vil derfor ikke gå videre end til at anbefale, at dette spørgsmål undersøges nærmere i den kommende tid.

Ved rådets sammensætning må endvidere tilstræbes, at der bliver repræsentation for forbrugerorganisationer m. v.

Ovenfor er beskrevet de hensyn ved sammensætningen, som bør iagttages for at sikre en rimelig kontakt til de besluttede myndigheder m. m. Da rådet imidlertid i høj grad skal virke som inspirator og initiativtager er det vigtigt, at der sikres deltagelse af personer med særlig indsigt og erfaring i rådets virkefelt, således at der opnås en tværfaglig ekspert-repræsentation. I en række tilfælde vil de to nævnte hensyn i øvrigt være sammenfaldende.

I bilag 1 er opstillet et foreløbigt forslag til rådets sammensætning.

Ved behandlingen af visse spørgsmål kan der vise sig behov for at udvide rådets deltagerkreds. Rådet må derfor kunne supplere sig med repræsentanter for andre institutioner eller organisationer samt enkeltpersoner,

hvis sagkundskab skønnes af betydning for dets virksomhed. Suppleringen bør være tidsbegrænset.

Et velfungerende *sekretariat* er en forudsætning for, at rådets virksomhed bliver udbytterig. Det er derfor vigtigt, at sekretariatet får en passende størrelse, og at sekretariatspersonalet kan afse så megen tid til denne virksomhed, at der ikke bliver tale om »venstrehåndsarbejde«.

Før rådet har haft lejlighed til at virke i nogen tid, kan man selvsagt kun med megen stor usikkerhed skønne over behovet for sekretariatspersonale. Når henses til rådets meget omfattende opgaver taler meget for, at sekretariatet i indkøringsperioden i hvert fald må kunne disponere over tre akademikers fulde arbejdskraft, eventuelt fordelt på mere end tre personer gennem deltidsbeskæftigelse. Det må dog anses for nødvendigt, at sekretariatslederen kan afse sin fulde arbejdskraft til denne opgave. Behovet for ikke-akademisk arbejdskraft kan anslås til ca. 2 personer.

De hensyn, der må ligge bag bemanningen af sekretariatet, er for så vidt svarende til hensynene bag rådets sammensætning, nemlig kontakt til relevante myndigheder og tværfaglig indsigt og erfaring. For så vidt angår sidstnævnte fordring er det vigtigt, at sekretariatet besidder både administrativ og statistisk indsigt.

Uanset gruppen ikke mener at burde angive sekretariatets sammensætning nærmere, skal man pege på, at sundhedsstyrelsen bør være repræsenteret, især som følge af sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske indsigt.

Af hensyn til rekrutteringen må det anbefales, at sekretariatets stillinger besættes på åremål, eventuelt i form af udlån fra offentlige myndigheder, herunder forskningsinstitutioner. På denne måde vil sekretariatet kunne indgå som led i uddannelsen af det offentliges personale.

Det bør overlades til rådet selv at fastsætte sin *forretningsorden*. Enkelte hovedpunkter skal dog fremdrages her.

Rådet nedsættes af indenrigsministeren efter indstilling fra de myndigheder og organisationer m. v. som er omtalt under rådets sammensætning.

Indenrigsministeren udpeger en formand, og rådet vælger en næstformand, begge for en periode af 4 år.

Da rådets medlemskreds bliver ret omfat-

tende, bør rådet udpege en styrelse eller et forretningsudvalg, der ikke må bestå af flere end 5 personer. Rådets formand og næstformand er »fødte medlemmer«.

Såvel rådet som styrelse/forretningsudvalg kan nedsætte sasrlige udvalg til varetagelse af nærmere afgrænsede opgaver.

Endelig må det påhvile rådet at udgive en årsberetning om sin virksomhed.

Finansieringen af rådets virksomhed kan enten være rent offentlig eller blandet offentlig og privat. Tages den foreslåede sammensætning af rådet i betragtning kan der formentlig alene blive tale om en offentlig finansiering.

Tilbage står spørgsmålet, om rådets virksomhed skal finansieres både af staten og kommunerne *eller* udelukkende af staten. Ser man på andre rådgivende organer på det centrale niveau er der typisk tale om ren statslig finansiering. Også for det centrale forebyggelsesråd må det anbefales, at staten påtager sig den fulde finansiering.

Da rådet ikke har nogen udførende opgaver, idet disse jo overlades til eksisterende institutioner, vil driftsudgifterne være begrænset til afholdelse af udgifterne ved sekretariatets drift, evt. honorering af formanden samt udgifterne i forbindelse med rådets møder.

Med den bemanning af sekretariatet, som er skitseret ovenfor, kan lønudgifterne anslås til 500.000 kr. årligt afhængigt af medarbejdernes anciennitet. Etableres udlånsordninger uden samtidig ansættelse af nyt personale i den udlånende institution, vil lønudgiften selvsagt nedbringes betydeligt. Af andre større udgifter må nævnes kontorinventar og husleje, medmindre det bliver muligt at skaffe lokaler og inventar, som i forvejen tilhører staten. Under hensyntagen til det forventede omfang af formandsskabets funktioner må man overveje enten at honorere formanden direkte eller at afsætte et beløb til aflønning af personale, der kan aflaste formanden i dennes hovedstilling. Endelig må nævnes udgifter ved rådets møder, først og fremmest rejsegodtgørelser m. m., udgivelse af årsberetning etc. Under forudsætning af at rådet ikke belastes med udgifter til lokaler og inventar, kan de årlige driftsudgifter skønsmæssigt ansættes til $\frac{3}{4}$ - 1 mill. kr.

Til slut skal kort berøres spørgsmål om *rådets navn, levetid og lovgrundlag*.

Uanset rådet i daglig tale formentlig vil blive kendt som »Forebyggelsesrådet«, forekommer det hensigtsmæssigt at beskrive rådets opgaver mere korrekt ved betegnelsen: »Rådet for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse«.

Det er selvsagt ikke muligt at skonne over rådets levetid, selvom erfaringen viser, at offentlige råd har en endog usædvanlig lang levetid. Af hensyn til effektiviteten i rådets arbejde foreslås en jævnlig tilbagevendende vurdering af de resultater, rådet har opnået. Med andre ord foreslås, at man med jævne mellemrum f. eks. hvert 4. år vurderer rå-

dets eksistensberettigelse ved nøje at undersøge i hvilket omfang rådets rekommandationer er ført ud i livet. På den anden side foreslås ikke, at rådet skal ophæves efter et bestemt kortere åremål, idet der i så fald vil være en nærliggende fare for, at frugtbare initiativer uden for rådet hæmmes.

Endelig skal peges på det ønskelige i, at en eventuel etablering af et råd som beskrevet foran sker ved lov. Kun herved dokumenteres den fornødne politiske opbakning, hvilket skønnes af væsentlig betydning for rådets arbejde.

Forslag til sammensætning

Departementer

Arbejdsministeriet	1	repræsentant
Boligministeriet	1	
Indenrigsministeriet	1	-
Justitsministeriet (færdelssikkerhedsafdelingen)	1	
Miljøministeriet	1	-
Ministeriet for offentlige arbejder	1	-
Socialministeriet	1	
Undervisningsministeriet	1	-

Styrelser

Direktoratet for arbejdstilsynet	1	repræsentant
Sundhedsstyrelsen	3	repræsentanter
Miljøstyrelsen	1	repræsentant
Planstyrelsen	1	-
Socialstyrelsen	1	-
Sikringsstyrelsen	1	-
Direktoratet for folkeskolen, folkeoplysning, seminarier m. v.	1	

Råd og nævn m. m.

Arbejdsmiljørådet	1	repræsentant
Levnedsmiddelrådet	1	-
Rådet for Større Færdelssikkerhed	1	-
Komiteen for Sundhedsoplysning	1	-
Forbrugerrådet	1	
Planlægningsrådet for Forskningen	1	

Faglige organisationer

Den alm. danske Lægeforening	1	repræsentant
Dansk Tandlægeforening	1	-
Danmarks Apotekerforening	1	-
Dansk Farmaceutforening	1	-
Dansk Sygeplejeråd	1	
Danske Fysioterapeuter og		
Foreningen af autoriserede ergoterapeuter	1	-

Forskningsinstitutioner

Dansk Sygehus Institut	1	repræsentant
Socialforskningsinstituttet	1	
Dansk Institut for klinisk Epidemiologi	1	
De almen medicinske institutter	1	-
De socialmedicinske institutter	1	-

Kommunale organisationer

Kommunernes Landsforening	1	repræsentant
Amtsrådsforeningen i Danmark	1	-
København og Frederiksberg kommuner	1	

Personligt udpegede medlemmer 5 repræsentanter

