

Socialmedicinen i Sverige och arvet från Ragnar Berfenstam

Claes-Göran Westrin

Professor emeritus och efterträdde Ragnar Berfenstam på professuren i socialmedicin vid Uppsala universitet. E-post: claes-goran.westrin@privat.utfors.se.

Socialmedicin är ett mångtydigt fenomen och innefattar två i viss mån olika traditioner. Den ena av dessa kännetecknas av tydliga politiska böjelser, den andra domineras av vetenskapliga strävanden. För den första linjen blev i Sverige Gunnar Inghe den obestridde ledaren medan Ragnar Berfenstam står som den främste representanten för den klinisk-vetenskapliga utvecklingslinjen. Följande essä om den svenska socialmedicinens framväxt har särskilt tagit sikte på Ragnar Berfenstams betydelse. Artikeln anknyter till en högtidsföreläsning i Svenska Läkaresällskapet 1997.

Social medicine is an ambiguous concept. In Sweden, however, one may identify two rather obvious traditions, different but with much common ground. One was dominated by strong political ambitions, another by mainly scientific objectives. In the first case Gunnar Inghe was the undisputed leader, in the other tradition Ragnar Berfenstam stands out as the most prominent figure. His importance for the Swedish development is discussed in this paper, based on a presidential lecture 1997 in the Swedish Society of Medicine.

Inledning

Begreppet socialmedicin är mångtydigt och öppet för olika politiska och yrkesbetingade tolkningar. När det gäller dess tillämpning finns dock några ganska tydliga traditioner, där en linje präglas av mer eller mindre starka politiska syften medan en annan linje domineras av vetenskapliga strävanden. För den första linjen blev i Sverige Gunnar Inghe den obestridde ledaren medan Ragnar Berfenstam står som främste representanten för en primärt vetenskaplig inriktning. Respektive inriktning är sällan ensidig. Att välja socialmedicin som forskningsområde nästan förutsätter ett socialt engagemang. Och även de

politiskt motiverade forskarna har i regel rättat sig efter sedvanliga vetenskapliga kriterier. Vårt land har så långt jag kunnat finna varit väsentligen forskonade från en sovjetisk lysenkoism.

Debuten av termen socialmedicin brukar dateras till lördagen den 11 mars 1848, då ortopederna Jules René Guérin i sin tidskrift *Gazette Médicale de Paris* öppnade en särskild spalt som han betecknade "Médecine sociale". Han proklamerade där behovet av en medicin, som inte bara behandlar enskilda patienter utan även hela samhället. Det är rimligt att anta att redan Guérin såg

ämnesbeskrivningen som en smula äventyrlig. Men den lade grunden till analyser av förhållandet mellan samhälle och hälsa och på sikt mer systematiskt arbete för att förbättra folkhälsan.

Den ”politiska” socialmedicinen

På det internationella fältet var en politisk inriktning först på plan. Som en förgrundsfigur avtecknar sig tysken Alfred Grotjahn. Han etablerar under 1900-talets första decennier ämnet som en akademisk disciplin, som skall ägnas frågor om sjukdomarnas sociala konsekvenser och om deras sociala orsaker. Som övertygad socialist betonar Grotjahn den franska revolutionens idéer, att sjukvårdspolitikerna måste utgå från rättvisa och jämlikhet. Men hans åtgärdsprogram avspeglar snarast en motsatt, paternalistisk, statskontrollerad ideologi. Läkarna, säger Grotjahn, måste i första hand se sig som samhällets tjänare. Den enskilde måste förmås att göra ”hälsa” till en del av sitt sedliga medvetande och till drivkraft för sin livsföring. Samhället måste eliminera de orsaker som framkalla sjukdom och degeneration bland annat genom att folkets fortplantning underställs medicinsk övervakning genom arvs-hygien, eugenik. Grotjahn betecknade också sitt ämne som ”socialhygien”.

Gunnar Inghes visioner och verksamhet

Gunnar Inghes var professor i socialmedicin vid Karolinska institutet 1961-1975. Han har ofta betecknats som den svenska socialmedicinens fader, bland

annat utifrån sina insatser som expert i den viktiga läkarutbildningskommittén i början på 1950-talet.

Inghes visioner och livsverk präglades av ett tidigt engagemang i ett politiskt förändringsarbete – som en av initiativtagarna till RFSU och under 1930-talet en ledare i den då livaktiga föreningen Socialistiska läkare. Hans uppfattning att politiska förändringar behövdes fick ytterligare näring av att han under nästan två decennier arbetade som socialläkare i Stockholm, något som kröntes med hans avhandling ”Fattiga i folkhemmet”, en beskrivning av sjukdom och funktionssvikt hos ett socialhjälpssklientel.

Det är också mot nämnda arbeten som Gunnar Inghes formulerade idéer om att socialmedicinsk och epidemiologisk forskning bör utgå från socialläkarefarenhet och att socialmedicinen skulle vara ett huvudämne i läkarutbildningen. Inghes förhoppningar var att detta skulle stimulera läkarna att bidra till en social förändring. Och att förverkliga ett för Gunnar Inghes typiskt ideal, att varje läkare skulle vara något av en social reformator, en målsättning som de flesta läkare helst torde placera utanför det egna verksamhetsfältet.

Den klinisk-vetenskapliga utvecklingslinjen

Utvecklingen av socialmedicin som vetenskap har under de gångna 100-150 åren i stora drag skett i takt med medicinens generella förändring. I båda fallen var den traditionella inriktningen att för olika syften utnyttja tillgänglig

kunskap. Detta skedde i väsentlig utsträckning med måttligt kritiska insikter, låt vara med en ökande medvetenhet om att konsten är svår och erfarenheten bedräglig.

Från 1940-talet och framåt kan man skönja framväxten av ett paradigmskifte med Archie Cochrane som portalfigur för en ”evidence-based medicine”. Ragnar Berfenstams arbete kan också beskrivas som en utveckling av ”evidence-based social medicine”. Med hänsyn till hans extrema blygsamhet tvivlar jag på att han själv uppfattade sin gärning i sådana termer. Som ”kultfaktum” kan dock noteras att Berfenstam relativt tidigt mötte Cochrane och att han med stor uppskattning talade om dennes arbete.

Ragnar Berfenstams egna skrifter kan liksom de arbeten som utgick från hans institution i stor utsträckning beskrivas som klinisk epidemiologi, en högst relevant bas för just en evidensbaserad socialmedicin. Ett annat huvudområde kom att bli hälso- och sjukvårdsforskning en evidensbaserad analys av hälso- och sjukvårdens funktion och resultat. (Även här kan ett litet ”kultfaktum” noteras nämligen att Ragnar Berfenstam tillsammans med Björn Smedby myntade själva termen hälso- och sjukvårdsforskning; det var ju knappast möjligt att rakt av översätta den engelska termen ”health services research”).

Socialepidemiologi och social prevention

Ragnar Berfenstam kom att handleda flera avhandlingar med en inriktning

som redan Grotjahn påtalade som central i socialmedicinen, nämligen analyser av sjukdomarnas sociala orsaker och effekter, t.ex. arbeten om astma, ulcerös kolit och om ”early pregnancy wastage”. Mest betydelsefullt blev hans egna och hans medarbetares arbeten om möjligheterna till social prevention. En utgångspunkt var ett vitalstatistiskt faktum, att från 1940-talet olycksfallen gått förbi infektionssjukdomarna som ledande dödsorsak i barnaåldern. Detta blev inledningen till en serie epidemiologiska studier, där resultaten användes i folkupplysning men också i ett samarbete med berörda beslutsfattare, lagstiftare, politiker, industrifolk, med åtgärder för att minska förekomsten av olika riskfaktorer.

Vad som sedan hände belyses närmare av andra bidrag till detta temanummer. Utvecklingen av Ragnar Berfenstams kärnområde, kampen mot olycksfallsdöden, kan dock sammanfattas som att – trots ökning av bilbestånd och andra riskfaktorer – antalet döda i barnolycksfall gått ner till mindre än en fjärdedel av incidensen under 1950-talet. Detta är internationellt unikt och Sverige intog så långt mina data räcker, dvs. ännu i början av 1990-talet, en ledande position i Europa. Orsakerna därtill är givetvis komplexa. Man har bl.a. att beakta en lägre s.k. case fatality rate, där kirurgerna har blivit allt duktigare på att rädda skadade barn till livet. Sveriges internationella position torde även kunna förklaras av kulturella faktorer med en rätt stark svensk tradition av självdisciplin och solidaritet.

Samtidigt tycks det finnas en konsen-

sus om att en väsentlig orsaksfaktor varit kombinationen av Berfenstamgruppens epidemiologiska studier och dess lobbying i en politiskt viktig samarbetskommitté mot barnolycksfall, med deltagande av politiker och betydelsefulla industrialister. Ett arbete som Abraham B. Bergman i en ledare i Injury Prevention år 2000 karakteriserat som ”arvet från Berfenstam”.

Hälso- och sjukvårdsforskning

Den andra huvudlinjen i verksamheten vid socialmedicinska institutionen i Uppsala avspeglas främst ett samarbete mellan Ragnar Berfenstam och hans mångåriga medarbetare Björn Smedby. Det innefattar bl.a. arbeten av Monica Johnssons ”Kunskapsspridning och medicinskt handlande”, en analys av effekterna av konsensuskonferenser, samt Bengt Haglunds avhandling om ”Vilka får sjukvård?”, ett exempel på en kombination av hälso- och sjukvårdsforskning och socialepidemiologi. Detta skedde genom ett statistiskt och kartografiskt utnyttjande av Tierpsmaterialet, ett epidemiologiskt laboratorium som etablerades på tidigt 1970-tal med en databas med uppgifter om i princip alla läkarkontakter, all sjukhusvård och all läkarförskrivna medicin i Tierps kommun sedan ett tjugotal år.

Empiriska studier av medicin-etiska frågor

Hälso- och sjukvårdsforskning utgör ytterst ett empiriskt studium av medicin-etiska frågor om värden, nytta, och betydelse av olika vårdinsatser. Uppsala-institutionen blev också basen för en rad sådana studier, inte minst genom Ragnar Berfenstams engagemang

i uppbyggnaden av omvårdnadsforskningen. Några exempel är här Alice Hermanssons avhandling om vården under ”Det sista året”, vidare Lenarth Johanssons studie av ”Caring for the next of kin”, såvitt jag vet den första svenska avhandlingen om anhörigvård. Ytterligare undersökningar om vård i livets slutskede kom att genomföras i samverkan mellan socialmedicin i Uppsala och universitetet i Örebro och med Britt-Marie Ternstedt som ledare.

Andra frågor med medicin-etisk bäring har varit Margareta Sanners internationellt uppmärksammade undersökningar kring frågor om organdonation och transplantation samt en rad studier av formellt och informellt tvång i psykiatri som genomförts av mig själv i samarbete efter ett initiativ av Olle Östman under hans tid som ledare för psykiatri i Västmanland. En uppenbar medicin-etisk laddning har även i hög grad Johan Calltorps arbeten om sjukvårdens prioriteringsproblematik.

Politiska och etiska konflikter

Etiska problem har dock inte enbart utgjort objekt för socialmedicinska strävanden och forskning. Sådana problem blir – på ett fält där korsvägar mellan vetenskap, prevention och vård är laddade med politiskt och etiskt stoff – i viss utsträckning inbäddade i verksamhetens egen praktik. Konflikter blir ofrånkomliga inte bara för en socialmedicin med uttalat politiska syften utan även för en väsentligen klinisk-vetenskaplig inriktning.

Exemplet steriliseringsfrågan

Politiska ambitioner som siktar på direkta samhällsförändringar är förenade med mångfaldiga konflikter. Ett tydligt konfliktfält utgör steriliseringsfrågan. Under den första delen av 1900-talet var uppfattningen om behovet av eugeniska åtgärder närmast förhärskande även hos humant inställda läkare, bland andra Gunnar Inghe. I detta avseende har hans inställning och insatser under 1940- och 50-tal uppmärksammats av vetenskapshistorikerna, bl.a. av Gunnar Broberg och Mathias Tydén. De konstaterar att Inghes främsta strävan var att söka positiva vägar till förbättringar – ”högre levnadsstandard, skydd för havande kvinnor och barn, förebyggande och behandlande verksamhet.” Men därvid förordade han bland annat sterilisering av dem som var bärare av sjukdomsframkallande anlag som en åtgärd för att ”att basera samhället på vetenskapliga, biologiska, rashygieniska fakta”. Tankegångarna låg i linje med för tiden gängse tänkesätt inom medicinen i stort. Man var fångna i tidens eugeniska antaganden och samtidigt okänslig för vad vi numer ser som ett primärt krav, att låta kvinnorna själva bestämma.

De konflikter som här diskuteras var ute på fältet på sitt sätt fortfarande aktuella ännu under 1950-1960-talen. Eugeniken hade visserligen försvunnit från horisonten. Men där fanns ändå ambitioner att utifrån en socialt ethos direkt ingripa i människors liv, att utnyttja en ”social receptur”, ett begrepp som jag tror att Gunnar Inghe introducerade, men som många andra tillämpade i mer osofistikerade former.

Här har jag (CGW) själv från arbete på en psykiatrisk klinik under 1950-talet tydliga minnen av en etisk praktik, som då kunde upplevas som ”naturlig” men som i dag ter sig ganska tvivelaktig. Så t.ex. utgick den tidens läkare (inklusive denna skrivare) från att det låg i kvinnans intresse att låta sterilisera sig i familjer där alkoholisthustrur fött barn efter barn.. Underförstått – men sällan explicit formulerat – var även ett visst samhällsintresse. Sterilisering kunde på så sätt bli ett villkor för att kunna avbryta en graviditet. Men det var då ingalunda fråga om någon rutin att de berörda kvinnorna skulle ge ett informerat samtycke på det sätt som i dag är ett oeftergivligt krav vid konfliktande etiska intressen.

Hotet om att Storebror ser dig

Etiska och politiska konflikter har emellertid även drabbat delar av socialmedicinens klinisk-vetenskapliga forskning, främst beträffande möjligheter att i preventivt och vetenskapligt syfte använda insamlade uppgifter om vårdkontakter och vårdutnyttjande. Detta kom att bli ett problem från början av 1980-talet särskilt genom att en av Stockholms kvällstidningar under devisen ”Storebror ser dig” kopplade social och medicinsk registerforskning till Orwells dystopi ”1984”. Denna sensationsjournalistik tog död på en viktig prospektiv sociologisk studie, det s.k. Metropolitprojektet Direkt socialmedicinsk verksamhet drabbades emellertid mig veterligen endast perifert. Dock attackerades även strävanden att upprätta folkhälsoregister utifrån krav på att i alla lägen skydda ”respekten för individens integritet”.

Sådana krav synes sedermera ha tonats ner med en relativt allmän acceptans att man i folkhälsoforskning i princip t.ex. skall kunna använda personnummer för att länka individdata till uppgifter om vårdutnyttjande m.m.

Socialmedicinens nutid och framtid

Guérins förhoppningar på en socialmedicin som ”inte bara behandlar enskilda patienter utan även hela samhället” har i dag i många avseenden förverkligats men under en annan beteckning, som folkhälsovetenskap och folkhälsoarbete. Konceptet har nu vunnit burskap på bred front, vetenskapligt t.ex. som ett centralt spörsmål för en av Svenska Läkaresällskapets senaste rikstämmor och praktiskt-politiskt t.ex. genom tillsättande av en ”folkhälsominister”. Även på fakultetsnivå fortlever socialmedicinen som ett ämne, om än inte som det huvudämne som Gunnar Inghe hoppades på. Samtidigt visar sig områdets livskraft genom sin fortplantning i en (låt vara mestadels illegitim) avkomma som dyker upp under olika namn – epidemiologi, hälso- och sjukvårdsforskning/hälsoekonomi, preventiv medicin, administrativ medicin m.m. Allt områden som under den svenska socialmedicinens framväxt på 1950-talet i allt väsentligt definierades som delar av ”huvudämnet socialmedicin”.

Alan Williams, den kloke och rolige hälsoekonomen, har i något sammanhang konstaterat att ”social medicine is a subject, not a discipline”. Det är ett påstående, som rymmer påtagliga

vetenskapsteoretiska och vetenskaps-sociologiska utmaningar. Williams resonemang ger även en relevant utgångspunkt för att beskriva var socialmedicinen nu hamnat efter en nominell historia om ca 160 år: Den försvinner alltmer som ”discipline” men som ”subject” segrar den över hela fronten. Och i en sådan utveckling ter sig Ragnar Berfenstams gärning som ovanligt betydelsefull – både i ett vetenskapligt och i ett hälsopolitiskt perspektiv.