

# Jubileumsår – Socialmedicinsk tidskrift fyller 100 år 2024

Den här ledaren vill vara en start på Jubileumsåret för Socialmedicinsk tidskrifts 100 årsfirande. I ledaren lyfts socialmedicin fram, dess praktik, akademiska ämne med dess ifrågasatthet under början av 2000-talet samt beskrivning av framväxten av SMT.

I nummer 6, 2024, ett Jubileumsnummer som kommer ut i slutet av året, har vi använt Paulo Freire tänkande där han säger att vår roll under vår stund på jorden är att förändra (1, 2). Samma tänkande som återfinns när socialmedicin definierades som akademiskt ämne år 1948: ”Alla strävanden att genom ändring av dessa faktorer (determinanter för vår hälsa) förbättra individens och gruppens hälsotillstånd räknas sålunda hit”. Frågor om liv och död om klimathot och himlens oändlighet, existentiella frågor som: stjärnorna i skyn – De är alltid där, men syns bara om natten. Men numret är också framtaget med syfte att försöka spegla vilken roll tidskriften ville ha och har haft vid framväxten av välfärdsstaten under de senaste 100 åren. En kärnfråga under den här tidsperioden har varit relationen till socialt arbete. Idén hämtad från Freire i jubileumsnumret är att beskriva historien, lära av historien och analysera dagens situation och förhoppningsvis kunna ge några förslag för att forma en bättre framtid.

## Socialmedicin internationellt

Socialmedicinen som område växte framför allt fram i Tyskland i mitten av 1800-talet. En av områdets pionjärer var den tyske läkaren Rudolf Virchow (3), som verkade som läkare bland fattiga gruvarbetare i Schlesien på 1840-talet (4). Han lade märke till hur de sociala villkoren och sjukdom tydligt hängde ihop bland dessa grupper. Begreppet socialmedicin, *médecine sociale*, lanserades av den fransk-belgiske ortopederna Jules Guérin (5) i den tidskrift han gav ut, *Gazette Médicale de Paris*. Han menade med detta begrepp att det behövdes en medicin som inte bara behandlade enskilda patienter utan hela samhället. Under början av 1900-talet etablerades socialmedicin som ett akademiskt område av tysken Alfred Grotjahn (6) Många tidiga socialmedicinare hade politiska syften med sin verksamhet, bland andra Grotjahn var socialist. I likhet med andra områden inom medicinen har senare evidensbaserad blivit en viktig fråga inom socialmedicinen, efter Archie Cochrane's (7) pionjärinsatser inom Evidensbaserad medicin från 1940-talet och framåt (8).

## Socialmedicinska föregångare - fattigläkare

Den socialmedicinska praktiken har på sitt sätt en föregångare i de fattigläkare som bland annat fanns i Stockholm under 1700- och 1800-talen (9). Bland de som senare varit uppmärksammade finns läkaren Andrew Alfvén (1870–1960), som bedrev filantropisk verksamhet bland bostadslösa och mest behövande män i Stockholm under första halvan av 1900-talet, och verkade för att förhindra epidemier. En annan är gynekologen Ada Nilsson (1872–1964), som hjälpte prostituerade kvinnor och fattiga kvinnor att föda barn.

Den svenska beteckningen för det socialmedicinska kunskapsområdet var fram till början av 1900-talet statsmedicin, och området omfattade då även hygien. 1923 bytte Svenska läkarsällskapet sektion för statsmedicin namn till socialmedicin, och 1924 startade Socialmedicinsk tidskrift. Uppdelningen av den tidigare statsmedicinen i socialmedicin och hygien inom läkarutbildningen genomfördes först efter att 1948 års läkarutbildningskommitté hade föreslagit detta.

## Socialmedicin som akademiskt ämne

Socialmedicinen i Sverige utvecklades starkt från 1950-talet, och har utvecklats längs två olika linjer, dels en där det socialpolitiska engagemanget fanns starkt företrätt, och en där de vetenskapliga studierna stod i fokus. Gunnar Inghe (1910–1977) räknas som en av socialmedicinens pionjärer i Sverige, och då framför allt för den mer socialpolitiska linjen av socialmedicinen. Han var en av initiativtagarna till RFSU (10) och under 1930-talet en ledande person i föreningen Socialistiska läkare (11). Han var den förste i Sverige som hade en tjänst som socialläkare (12), i Stockholms stad 1944–1961, och han var därefter professor i socialmedicin, först vid Göteborgs universitet 1961–1963 och därefter vid Karolinska Institutet under åren 1963–1975. Andra pionjärer som vid denna tid verkade i samma anda som Inghe var Gustav Jonsson (13) och John Takman (14). Dessa socialmedicinare började utveckla metoder att hjälpa resurssvaga människor som ofta levde i misär (15). En annan svensk pionjär för den mer vetenskapligt fokuserade socialmedicinen var Ragnar Berfenstam (1916–2009) (16, 17), som var professor i Uppsala. 1958 tillkom de första två professurerna i ämnet, i Göteborg följt av Lund, och därefter tillkom professurer i Umeå, Uppsala och Stockholm under perioden fram till 1963, och i Linköping 1969.

I artikeln *Professurer och professorer i Socialmedicin* presenterar Urban Janlert utvecklingen i en SMT artikel från 2004 (18). Under 1980 talet förelåg regelbundna möten för socialmedicinska professurer, vilka redovisas i figur 1.

## Den socialmedicinska praktiken

Fram till i början av 1980-talet fanns socialmedicinska team, som hjälpte kommunernas socialbyråer att hitta lösningar för så kallade multiproblem-klienter. Teamens multidisciplinära sammansättning, med läkare, sköterska, kurator och kanslist, möjliggjorde att klienter/patienter kunde ges kompetent stöd. I och med att Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) trädde i kraft 1982 (19), hade de svenska kommunerna inte längre möjlighet att anställa läkare för att ägna sig åt sjukvårdsuppgifter. De flesta kommunalt anställda socialläkare försvann därför under 1980-talet, och den siste 2007. Detta ledde till ett ändrat fokus för socialmedicinerna. Utbildningen till specialistkompetens inom socialmedicin i Sverige omfattar därför inte längre någon klinisk verksamhet med patientfokus, utöver den som grupperspektivet ger specialistens ämnesinnehåll.

Specialistbegreppet och specialistkompetensen var ursprungligen en facklig fråga som reglerades av Svenska läkarförbundet. I takt med att behörighetskraven för läkare successivt skärptes kom även kompetensen i fokus. Relativt sent kom denna behörighet att formaliseras i termer av ”specialitet”. Även om socialmedicinen var ett begrepp redan på 1920-talet skulle det dröja fram till 1950-talet innan socialmedicinen fick status som akademisk disciplin. 1948 års läkarutbildningskommitté (20) föreslog att ämnet socialmedicin skulle introduceras i läkarutbildningen och 1958 inrättades de två första lärostolarna i socialmedicin, i Göteborg respektive Lund. I samband med detta startades också socialmedicinska kliniker, och man kan därigenom säga att något slags informell socialmedicinsk medicinsk specialitet hade etablerats. Först i och med lagen om behörighet att utöva läkaryrket från 1960 kom villkoren för rätt att tillkännage specialitet att officiellt fastställas. Den första mer genomgripande regleringen av medicinska specialiteter inom den offentligt rättsliga sfären ägde rum 1960. År 1974 kom socialmedicinen att inkluderas i behörighetsämnen, sedermera specialiteterna.

Svensk socialmedicinsk förening ägnade mycket tid i slutet av 1960- och början av 1970-talet åt frågan om socialmedicinen som medicinsk specialitet. En särskild kommitté tillsattes 1969, bestående av professorn Ragnar Berfenstam, provinsialläkaren Gustav Haglund och socialläkaren Sune Nyström.

Sune Nyström, föreningens ordförande 1970–72, sammanfattar i en artikel föreningens argumentering för en specialitet på följande sätt: ”Genom specialistbestämmelser styres vidareutbildningen mot tjänstgöringar som är av speciell betydelse för lösandet av de arbetsuppgifter man vill låta verksamhetsområdet omfatta. För den utbildningssökande innebär förekomsten av specialitetsbestämmelser att verksamheten är erkänd vilket har en rekryteringsstimulerande effekt. För de huvudmän som önskar introducera socialmedicinen i sjukvården,



Figur 1. Socialmedicinska professorer ca 1989 hemma hos Leif Svanström. På bilden från vänster Rad 1: Olle Bygren (Umeå), Gunnar Lindgren (Malmö/Lund), Ragnar Berfenstam (Uppsala), Per Bjurulf (Linköping). Rad 2: Leif Svanström (Stockholm), Sven-Olov Isacson (Malmö/Lund), Bo J A Haglund (Stockholm), Bengt Arnetz (Michigan State University), Claes-Göran Westrin (Uppsala), Peter Allebeck (Stockholm), i trappan Finn Diderichsen (Stockholm, senare Köpenhamn)

torde specialistbestämmelserna kunna tjäna som en varudeklaration på den arbetskraft som utbjuds” (21).

År 1970 beslöt styrelsen för Svensk socialmedicinsk förening att föreslå Nämnden för läkares vidareutbildning att inrätta en socialmedicinsk specialitet till vilken vidareutbildningen skulle omfatta i princip 2 år socialmedicin, 1½ år psykiatri och 1 år invärtesmedicin, totalt 4½ år. Ungefär samtidigt lämnade professorn i socialmedicin i Göteborg, Bengt Lindegård, in ett eget förslag till utbildning av socialläkare vilket innebar 2 år socialmedicin, 2 år psykiatri och 1 år invärtesmedicin och övrig somatik, tillsammans 5 år (22). År 1971 presenterade Läkartjänstutredningen sitt betänkande där man föreslog 41 olika medicinska specialiteter (13). Här fanns dock inte socialmedicinen med som specialitet varför frågan om socialmedicinen som medicinsk specialitet återigen togs upp av styrelsen 1972 då en ny arbetsgrupp tillsattes. Denna gång bestod den av socialläkaren Gunilla Landergren (sammankallande), professorn Per Bjurulf och chefsläkaren Bengt Berg. Dessutom tjänstgjorde docenterna Erik Allander och

Sune Nyström som adjungerade ledamöter (23). Nu riktade man sin skrivelse till Socialstyrelsens kommitté för klinisk socialmedicin. Man citerade betänkandet om läkares grundutbildning och vidareutbildning där det klargjordes att socialmedicinen var ett av de fem huvudämnena i den kliniska grundutbildningen av läkare (de övriga var medicin, kirurgi, pediatrik och psykiatri) (24). Sedan beskrev man socialmedicinens fyra huvudområden: *epidemiologi med vitalstatistik, preventiv medicin, praktisk klinisk socialmedicin (socialmedicinsk rehabilitering) och sjukvårdsorganisation och författningskunskap*. Det förslag till innehåll i en tänkt specialistutbildning kom att ligga nära det allmänmedicinska verksamhetsområdet. För specialister i socialmedicin skulle krävas 18 månaders tjänstgöring i medicin, 12 månader i socialmedicin, 12 månader i psykiatri, 6 månader i öppenvård eller socialmedicin, 3 månader i pediatrik och 3 månader i valfri somatisk disciplin, sammanlagt 54 månader eller 4½ år. Tanken var att man på de stora vårdcentralerna skulle ha en specialist i socialmedicin, och till denna grupp fördes också de socialläkartjänsterna som redan fanns (20 stycken). På centralasaretten behövdes också socialmedicinare, både i överordnad ställning och som läkare under utbildning. I varje region behövdes dessutom två överordnade läkartjänster i socialmedicin. Tillhoppa innebar detta ett behov av mellan 160 och 170 läkartjänster i socialmedicin, varav 34 föreslogs som utbildningstjänster (25). Utöver detta konstaterade man att det fanns verksamhetsområden med ett omfattande socialmedicinskt innehåll, t.ex. läkare vid länsarbetsnämnden och arbetsvårdsinrättningar, läkare inom kriminalvården och företagsläkare. De skulle få särskild utbildning i socialmedicin.

Om man skall ange något födelsedatum för specialiteten socialmedicinen så torde det vara datum för när denna föreskrift antogs, 28 februari 1974. De behörighetskrav som ställdes för socialmedicinen var dels att man hade uppnått allmänläkarkompetens, dels att man kompletterade denna utbildning med tjänstgöring inom verksamhetsområdet socialmedicin (2 år) och allmän psykiatri (1 år och 6 månader).

## **Socialmedicinen ifrågasatt**

På regeringens uppdrag gjorde Socialstyrelsen år 2003 en översyn av läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter. Utredare var Gudmar Lundqvist. Bakom utredningen låg bland annat Landstingsförbundets önskan att minska antalet specialiteter, för att därigenom göra jourlinjerna färre och jourkostnaderna lägre (26). Förslaget väckte mycken debatt, och särskilt socialmedicinen kände sig missförstådd. Efter Svensk socialmedicinsk förenings uppvaktnings hos Socialstyrelsen beslöts att en särskild utredning om socialmedicinen som medicinsk specialitet skulle tillsättas. Som utredningsman utsågs Bernhard Grewin, tidigare ordförande i Svenska läkarförbundet men också i svenska läkare-

sällskapet. Bernhard Grewin gick mycket noggrant tillväga och kunde i sin utredning konstatera att behovet av socialmedicinsk kompetens var stort inom hälso- och sjukvården, och att det därför var angeläget att ämnet behölls som medicinsk specialitet (27). Sammanfattningsvis konstaterade utredningen att:

- åtgärder måste vidtas för att tillförsäkra socialmedicinsk kompetens i hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete
- socialmedicinsk kompetens tillförsäkras bäst genom fortsatt myndighetsreglerad medicinsk specialistutbildning i ämnet socialmedicin som bör vara basspecialitet i den medicinska specialitetsstrukturen
- socialmedicin bibehålls som specialistkompetensens namn
- den socialmedicinska specialiteten ska utmärkas av ett samhälls- och grupperspektiv varför klinisk socialmedicin inte ska vara en regelmässig del av verksamheten.

## Ny utredning år 2020 om fler ST-tjänster i socialmedicin

År 2020 fick Socialstyrelsen uppdraget att utreda om det går att stärka området socialmedicin genom att genomföra åtgärder som kan ge förutsättningar för fler ST-tjänster (28). I dag är det bara två regioner som erbjuder ST-tjänster inom socialmedicin, Stockholm och Östergötland. Tillsammans handlar det om fyra platser. Samtidigt har regionerna uppgett för Socialstyrelsen att de ST-tjänster som finns är attraktiva med många sökande på varje plats. Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa har i en debattartikel i Läkartidningen (29) efterlyst fler ST-tjänster. De vill se minst en socialmedicinare per 100 000 invånare, samt en på varje relevant myndighet och en vid varje lärosäte med läkarutbildning. Enligt deras beräkningar innebär det att det behövs drygt 110 specialister.

Efter att ha övervägt alternativet tilläggsspecialitet så landar Socialstyrelsen i att socialmedicin ska fortsätta vara en enskild basspecialitet. Myndigheten konstaterar att inriktningen de senaste åren alltmer har rört sig från det kliniska till att mer handla om arbete på system- och populationsnivå. Enligt Socialstyrelsen finns det inte någon anledning att styra specialiteten till att bli mer klinisk. Däremot anser Socialstyrelsen att ett namnbyte från socialmedicin till »socialmedicin och folkhälsa« är nödvändig. Man vill också göra förändringar i målbeskrivningarna för att tydliggöra det socialmedicinska kompetensområdet, som alltså blivit mindre patientnära och alltmer handlar om hälso- och sjukvårdens organisering. I sin kartläggning konstaterar Socialstyrelsen att det finns en okunskap ute bland regionerna om vad socialmedicinare bidrar med, liksom en frånvaro av ett socialmedicinskt »tänk«. Fler läkare med kompetens inom epidemiologi, global hälsa, folkhälsoarbete samt planering, organisation, utveckling och utvärdering av hälso- och sjukvård skulle kunna bidra kraftfullt till att utveckla folkhälsan, minska hälsoklyftorna och utveckla hälso- och sjukvår-

den för att bättre motsvara befolkningens behov och ta vara på professionens perspektiv. Detta innefattar arbetet med FN:s hållbarhetsmål och genomförandet av Agenda 2030, både i Sverige och globalt. Givetvis behövs många olika kompetenser för detta arbete, inte bara läkare, men specialister i socialmedicin kan spela en mycket viktig roll genom att kombinera kliniskt medicinskt och folkhälsovetenskapligt kunnande med kunskap om hälso- och sjukvården.

Regionerna tenderar att anställa folkhälsovetare framför socialmedicinare eftersom de anser att den folkhälsovetenskapliga kompetensen är tillräcklig. Tillsättningen av en ST-tjänst betraktas inte som en investering som går tillbaka till regionerna, utan något som snarare fyller samhällets vårdbehov.

Aktörer som hörts i utredningen menar att det måste bli tydligare att den medicinska kompetensen, som just utmärker en socialmedicinare, är viktig både i organiseringen av det hälsofrämjande arbetet för att stötta det kliniska, och i organiseringen av det kliniska arbetet för att stötta hälsofrämjande insatser. Region Östergötland, en av få som erbjuder ST i dag, betonar den organisatoriska aspekten och vikten av medicinsk kompetens när underlag ska tas fram för planering av insatser för jämlik vård.

Specialistföreningens ordförande Anna Sarkadi anser att rapporten väl belyser problematiken. ”Vi håller med om att namnbytet och ändringarna i målbeskrivningarna är nödvändiga för att tydliggöra vår kompetens. Och inriktningen bör behållas som en basspecialitet”, säger hon. Anna Sarkadi menar dock att åtgärderna inte räcker och att det krävs mer för att man på regional nivå ska tillsätta fler ST-platser.

## Hur definieras då Socialmedicin och folkhälsovetenskap?

**Socialmedicin** är ett flervetenskapligt kunskapsområde, och en medicinsk specialitet, som handlar om människors hälsa och sjukdom i samspel med det omgivande samhället, särskilt hur människors livsvillkor påverkar sjukdomspanorama och den ojämlika hälsan. Detta innefattar betydelsen av samhällsstruktur, livsmiljö, arbetsliv, levnadsvanor, sociala och psykosociala faktorer för utveckling av sjukdom och hälsa liksom för sociala konsekvenser av sjukdom. Socialmedicin handlar särskilt om hur man kan förebygga sjukdom och främja hälsa hos den enskilde, grupper och i befolkningen liksom hur hälso- och sjukvården och andra välfärdssystem behöver utvecklas för att möta nya behov. Med bakgrund i sjukvården och medicinen bidrar socialmedicinen med sakkunskap i folkhälsoarbete, global hälsa, planering, organisation, utveckling och utvärdering av hälso- och sjukvård och i övriga samhällssektorer. Socialmedicin är nära besläktat med folkhälsovetenskap, och kan sägas utgöra folkhälsovetenskapens medicinska perspektiv, tillsammans med samhällsmedicin, som dock är vanligare som verksamhetsbeteckning än som en akademisk ämnesbeteckning.

**Folkhälsovetenskap** är ett tvärvetenskapligt ämne som studerar och systematiserar kunskap om hur olika faktorer påverkar utveckling och fördelning av hälsan i befolkningen. Det kan exempelvis handla om miljö, livsvillkor, levnadsvanor, samhällsstrukturer och hälso- och sjukvårdens organisation och sätt att arbeta. Fokus ligger på att minska klyftorna i hälsa mellan olika grupper i samhället. Folkhälsoarbete kan bedrivas på många olika arenor och handlar om att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador i hela befolkningen. I folkhälsovetenskapen ingår också att planera, genomföra och utvärdera hälsofrämjande och förebyggande insatser på befolkningsnivå.

**Socialmedicin** definierades först av 1948 års läkarutbildningskommitté: ”Socialmedicin innefattar de faktorer hos människorna i deras samlevnad i olika sociala grupper, ävensom de faktorer i samhällets struktur vilka har inflytande på det allmänna hälsotillståndet. Alla strävanden att genom ändring av dessa faktorer förbättra individens och gruppens hälsotillstånd räknas sålunda hit” (30). Återges även i *Samhällsmedicin - en introduktion* (31).

### **Framväxten av Socialmedicinsk tidskrift**

Socialmedicinsk tidskrift (SMT) har sedan 1924 varit ett forum för möte mellan forskare och praktiker runt sociala och socialmedicinska frågor. Under åren har den bytt namn som *Socialmedicinsk tidskrift – organ för sjuk och hälsovård* (1924–1952), *Socialmedicinsk tidskrift: ett socialt och socialmedicinskt forum* (1978–2004) och från år 2005; *SMT: Socialmedicinsk tidskrift*. Under de 100 år SMT funnits har i tider av social och ekonomisk oro klassiska socialmedicinska frågor varit mer framträdande i samhällsdebatten. Vilka folkhälsokonsekvenser får det som äger rum i den samhällsförändring vi ser idag? Vad innebär det att ”skillnaderna mellan fattiga och rika ökar dramatiskt” i det svenska samhället. Vad skall man göra för att påverka folkhälsan positivt?

Socialmedicinen har alltid spelat en viktig roll för folkhälsoarbetet och vid socialmedicinens födelse var det dramatiska förändringar i samhället som skapade det sjukdomspanorama man såg.

I samband med industrialiseringen under 1700- och 1800-talen i Europa hade man stora folkomflyttningar med anhopning av människor i städerna. I t.ex. Frankrike där socialmedicinens fader Jules Guérin verkade hade man en ökning från 15% till 25% av befolkningen i städerna under 1800-talets början. Det medförde överbefolkning i städerna med dåliga bostäder. Transportväsendet och distribution hängde inte med och fick till följd att matbrist var vanligt. Det var koncentrerat till arbetarklasskvarteren där invånarna hade långa arbetsdagar (12 till 16 timmar per dygn) med dåliga löner. Barnarbete var vanligt och kvinnor fick slita för att familjerna över huvud taget skulle överleva. Samma utveckling



ägde rum i Tyskland och England. Under 1800-talet blev tillstånden i städerna allt svårare med tilltagande sjuklighet i fr.a. vattenburna sjukdomar som tyfus, kolera och rödsot. Men även en rad sjukdomar till följd av brist på mat. Det var i dessa samhällen som John Snow genomförde de klassiska studierna i Soho distriktet i London, där han såg att kolerafallen var anhopade till infekterade pumpar av förorenat vatten. Detta brukar betecknas som några av de första epidemiologiska studierna, en hörnsten i det socialmedicinska arbetet.

Under de senaste 100 åren har en utveckling ägt rum i Sverige från ett jordbrukssamhälle till ett industrisamhälle. Förändrade samhällsförhållanden har haft återverkningar på närmiljö såsom arbete, boende och fritid men även på familjebildning, matvanor och utbildning. Samhällsstrukturrella förändringar kan avläsas i förändrade hälsoförändringar för den enskilde och därmed också ett förändrat sjukdomsmönster i befolkningen. I jordbrukssamhället dominerade akuta infektionssjukdomar. Med idag utgör kroniska sjukdomar de vanligaste orsakerna till ohälsa. Men man uppmärksammade också tidigt att kosten var viktig för en god hälsa (32, 33)

Socialmedicinsk tidskrift startades år 1924 av kvinnoläkaren Waldemar Gårdlund som ansvarig utgivare och som ett helt privat projekt. Gårdlund ägde själv tidskriften och den finansierades bl.a. av reklamintäkter. Gårdlund var själv privatpraktiker och till sin hjälp som redaktör hade han en annan uppbyten praktiker från huvudstaden, Carl Bernhard Lagerlöf. I samband med att SMT blev 80 år skrev Ragnar Westerling och Urban Janlert en artikel om framväxten av tidskriften (34). År 1928 övertogs Socialmedicinsk tidskrift av Sveriges läkarförbund som ägde tidskriften fram till 1943 då nybildade Socialmedicinsk tidskrifts Aktiebolag tog över som ägare. Bakom aktiebolaget stod Sveriges läkarförbund tillsammans med ett antal delföreningar. År 1966 bildades Stiftelsen socialmedicinsk tidskrift som tog över tidskriften och fortfarande är ägare. Professorer inom socialmedicin och medicinsk rehabilitering ingick i styrelsen, och från 1970 ingick också representanter från Föreningen Sveriges socialchefer. Sedan 2008 har det varit forskningsrådet FORTE som ekonomiskt givit ekonomiskt stöd till SMT. Till en början efter årliga ansökningar men sedan sex år för treårsperioder. Sedan två år tillbaka bidrar även forskningsgruppen för Civilsamhällesforskning vid Marie Cederschiölds högskola i redaktionen och genom ekonomiskt stöd. År 2008 kompletterades SMT med en internetbaserad digital version som fram till år 2024 varit förlagd till ett universitet i Kanada. Detta jubileumsår har SMT flyttat över till Kungliga bibliotekets nyinrättade portal Publicera (35). Där är vår nya adress: <https://publicera.kb.se/smt>.

Socialmedicinsk Tidskrift utkom första gången 1924, dvs för 100 år sedan. SMT har under hela sin tillvaro präglats av exceptionell kontinuitet vad gäller chefredaktörer. Således tillkom den nuvarande layouten redan 1966 under Erik

Husmark och PC Jersild, vilka efterträddes 1968 av Claes-Göran Westrin, som lämnade över till Ingvar Karlberg år 2002. Han skrev då: ”När Claes-Göran nu lämnar SMT är det alltså efter 33 år som redaktör och ansvarig utgivare. För oss som var medicinare i slutet av 1960-talet och intresserade av samhällsmedicin var Claes-Göran Westrin redan en auktoritet och dessutom en nyckelperson genom sitt redaktörskap i SMT. När nu Claes-Göran överlåter redaktörskapet garanteras kontinuiteten av ett ovärderligt arv och av en erfaren styrelse för SMT” skrev Ingvar Karlberg i nr 1, 2002 när han tillträdde som redaktör.

I temanumret *Hälsa är konst* år 2019 presenterades en ny layout av Socialmedicinsk Tidskrift (Nr 2, 2019). Temat var utgångspunkten för artiklarna om hälsan, sedd ur ett existentiellt perspektiv. Många upplever idag världen som alltmer fragmenterad och komplex, och kan sakna upplevelser av mening och tillhörighet. Hur kan konsten bli en närvarande kraft i en tid som vår? Konsten har tydliga beröringspunkter med livsfrågorna. SMT hade år 2010 ett temanummer om Kultur och hälsa som huvudsakligen berörde den kreativa kraften som skapar hälsa och som finns i musiken men där även konstens betydelse för hälsan togs upp (36). Synsättet på begreppet hälsa är i detta temanummer, förutom existentiellt, också holistiskt och konsten kan öppna upp för samtal, som kan stimulera det friska inom varje människa. Konsten erbjuder rum där vi kan utforska en inre och en yttre värld, och kan på så sätt lära oss hantera förändringar och instabilitet (37). Under 2000-talet har dessa teman uppmärksammats som i temanumret om Existentiell hälsa (38) och Inre och yttre hållbarhet (39). och behovet av nya berättelser.

I tabell 1 redovisas huvudredaktörer under de första 100 åren av SMT:s utgivning. Under perioden 1953 till 1967 uppmärksammade DN nästen 80 artiklar i SMT. Under den perioden var John Erik Husmark (1968–1998) redaktör för tidskriften.

Den anmälan som inleder det första numret i februari 1924 säger att tidskriften ”vill göra ett försök att bilda en litterär föreningspunkt för alla dessa olika socialt intresserade, som i ett eller annat avseende ha någon kontakt med sjuk- och hälsovård”. Tidskriften beskrivs två år efter start på följande sätt i det då just utgivna 38 supplementbandet av Nordisk familjebok: ”Socialmedicinsk tidskrift, organ för sjuk- och hälsovård, afser att meddela upplysning i social medicin både åt läkarkåren och åt allmänheten och behandlar allehanda sociala frågor, för hvilkas lösning medicinsk sakkunskap är af nöden, t.ex. sjukförsäkring, sjukhusbyggnader – deras tidsenliga anordnande till rimliga pris”.

Tabell I. Redaktörer och ansvariga utgivare 1924–2024

Redaktör	Tidsperiod	Var	Kommentarer
Carl Bertil Lagerlöf	(1924–1927)	Stockholm	
Waldemar Gårdlund	(1928:1–9),	Stockholm	
Lennart Sahlin	(1928:10–1940),	Stockholm	
Bengt Hammar	(1941–1943:10).	Stockholm	
Ragnar Huss och Ragnar Ekman	(1943:11–1944),	Stockholm	
Ragnar Ekman	(1945–1952),	Stockholm	
Erik Husmark	(1953–1967),	Stockholm	
Claes-Göran Westrin	(1968–2002),	Ekerö	1980–87 Sundbyberg
Ingvar Karlberg	(2004–2007),	Göteborg	
Bo J A Haglund	(2008 -	Stockholm	

Ansv. utg.: Waldemar Gårdlund (1924–1928:8, 1943:11–1944), Lennart Sahlin (1929–1941:3), B. Hammar (1941:4–1943:10), Ragnar Ekman (1945–1952), Erik Husmark (1953–1967), Claes-Göran Westrin (1968–2002), Ingvar Karlsberg (2002–2007), Bo J A Haglund (2008 –

### SMT i DN 1924-2024 – en sökning i DN:s historiska arkiv

Totalt 166 omnämmanden föreligger i DN:s historiska arkiv. Det första omnämmandet var ett beslut från Justitiedepartementet 19240401 om att Dr. Ch.H.N. Gårdlund fick ge ut Socialmedicinsk tidskrift.

På framsidan av DN lyfter man fram en diskussion om tandvårdsfrågan från nummer 1. Där Gårdlund fört fram förslaget att läkarna också skulle lära sig att fylla i amalgam i tänder vilket han fick mothugg för. Kritikerna menade att det skulle leda till en styvmoderlig behandling av tänder. Den andra läkaren som engagerade sig i socialmedicinsk tidskrift som togs upp av DN (19250907) var Lagerlöfs betoning av fungerande sjukförsäkringar och sjukkasseverksamhet främst för de grupper i samhället som levde i ekonomisk misär.

Nästa gång DN (1927 11 13) uppmärksammar SMT på sin första sida berättas om att sjösjukans gåta är löst och att orsaken finns att finna i mellanörat. Det sista omnämmandet i DN på 1920-talet är från 19280340 då man lyfter ”Gammal huskur till heder igen”. Det som kom till heders var användning av blodiglar. SMT togs inte upp alls i DN under åren 1931 till 1941. I Tabell II ges en översikt av antalet SMT artiklar i DN efter 10 års perioder.

Tabell 2. Antal artiklar i SMT som omnämns i DN per årtal

Årtal	Antal nummer	Kommentarer
1924 - 29	8	
1930 - 39	3	Inga nummer under åren 1931–1939 omnämns i DN
1940 – 49	14	Inga nummer under nder 1940–1941 omnämns i DN
1950 - 59	47	
1960 – 69	39	
1970 - 79	20	
1980 – 89	16	
1990 - 99	9	
2000 - 09	4	
2010–19	1	
2020 - 24	1	

I de följande 2 sidorna finns innehållsförteckningen för år 1924 den första årgången av SMT.

De teman som lyfts i registret för artiklarna är *Epidemisjukvård* med artiklar om att bygga nya sjukhus och var de skall ligga, liksom vilka som skall tilldelas chefstjänsterna. *Sinnessjukvården* diskuterades på samma sätt skulle den finnas kommunalt eller landstingsdriven. *Skolhygien* var ett tema där erfarenheter hämtades från Grekland. *Tandvården* diskuterades utifrån vilka som skulle ha hand om befolkningens tandvård. Skulle det var ett ansvar för provinsialläkare? *Tuberkulosjukvården* var en viktig fråga på 1920-talet. Samma gällde *Pensions- och sjukförsäkringsfrågor*. Under temat *Diverse sjukvårdsfrågor* diskuteras samarbetet med det ”sociala hjälparbetet” och mellan sjuk- och fattigvård och ”hur mindre bemedlade på landsbygden erhålla bidrag direkt av staten till läkarvård”. Under rubriken *Populärvetenskapliga originalartiklar* diskuteras Jodbehandling till förebyggande av endemisk struma. Liksom principer för dietiska behandlingen av mag- och tarmsjukdomar och Vegetarisk äggvitefattig kost för sjuka. Några viktiga punkter i vården av våra barns hälsa. Under rubriken finns även en artikel ”Den medicinska vetenskapen och dess uppgifter i det moderna kultur- och samhällslivet”. Under rubriken *Anmälningar och referat* m.m. finns böcker anmälda om Sjukhusförvaltning, Folktandvård i England, Handboken om alkoholfrågan.

Som synes skulle många av artiklarna passa väl idag under våra temanummer. Institutionen för Idé och lärdomshistoria vid Uppsala universitet gjorde för några år sedan en digitalisering av i stort sett alla nummer från 1924 till 2003. Följande två sidor är exempel från denna digitalisering av äldre nummer av SMT.

# *SOCIAL- MEDICINSK TIDSKRIFT*

ORGAN FÖR SJUK- OCH HÄLSOVÅRD



---

FEBRUARI

HÄFTE 1-2

ÅR 1924

## R E G I S T E R .

<b>Epidemisjukvård:</b>	Sid.	<b>Tuberkulosjukvård:</b>	Sid.
Bidrag till frågan om de nya epidemisjukhusen och speciellt om epidemisjukhuset i Falkenberg: <i>G. Krikortz</i> . . . . .	128	Dispensärerna och tuberkuloskampen: <i>Anders Aronson</i> . . . . .	210
Centralisering eller decentralisering i epidemisjukvården?: <i>Frans Berglund</i> . . . . .	124	Några ord i dispensärfrågan: <i>Fr. Gernandt</i> . . . . .	153
Epidemisjukvård . . . . .	124	Tuberkulosjukvård . . . . .	153
Gennämle till artikeln om sjukhusvård och sjukhustjänst ur social-medicinsk synpunkt: <i>Ebbe Petrén</i> . . . . .	116	Tuberkulos och röntgendiagnostik: <i>E. Björck</i> . . . . .	177
Överläkartjänsten vid Stockholms Epidemisjukhus — en uppseendeväckande stridsfråga . . . . .	166		
		<b>Diverse sjukvårdsfrågor:</b>	
<b>Sinnessjukvård:</b>		En gammal stadsläkares återblick: <i>Vilhelm Sjögren</i> . . . . .	8
Huru bör sinnessjukvårdsfrågan i vårt land lösas? <i>Alfred Petrén</i> . . . . .	205	Examen »rigorosum» och läkartillgången: <i>Ake Berglund</i> . . . . .	45
Kommunala sinnessjukhus på landet: <i>R. Holmström</i> . . . . .	103	Finnes någon effektiv kontroll över sjukhusbygandet i Sverige? . . . . .	141, 162, 191
Landstingen och sinnessjukvården . . . . .	144	Lasarettssdelningen, en huvudfråga för vår sjukvård: <i>J. W. Nordenson</i> . . . . .	146
Till frågan om sinnessjukvårdens ordnande: <i>N. Kulneff</i> . . . . .	131	Läkarne böra arbeta för ett kommunalt samarbete och uppdelande av sjuk- och fattigvård på specialanstalter: <i>Georg Hallbäck</i> . . . . .	47
Till Malmöhus läns landsting (angående den kommunala vården av sinnessjuka) . . . . .	155	Läkarnes och allmänhetens ställning till poliklinikväsendet: <i>C. B. Lagerlöf</i> . . . . .	52
		Läkaren och det sociala hjälparbetet:	
<b>Skolhygien:</b>		<i>G. H. von Koch</i> . . . . .	4
Några sociala synpunkter på ungdomens yrkesval: <i>Vilhelm Helle</i> . . . . .	170	<i>A. O. Bergquist</i> . . . . .	80
Skolhygienisk organisation i Grekland . . . . .	176	Mindre bemedlade på landsbygden erhålla bidrag direkt av staten till läkarvård . . . . .	2, 59
Ungdomens yrkesval . . . . .	161	Om grunderna för legosängsavgifternas bestämmande . . . . .	122
		Primärkommunala åsikter om anstaltsvård: <i>G. Hallbäck</i> . . . . .	197
<b>Tandvård:</b>		Sjukhusvård och sjukhustjänst ur socialmedicinsk synpunkt . . . . .	41
En rationell tandvårds förutsättningar . . . . .	101	Socialmedicinska riksdagsfrågor . . . . .	95
Några synpunkter med anledning av Med Dr. W. Gärdlunds artikel i tandvårdsfrågan: <i>Sam Karlström</i> . . . . .	218	Vanförevården: <i>Patrik Haglund</i> . . . . .	65
Tandvårdsfrågans lösning: <i>W. Gärdlund</i> . . . . .	106		
		<b>Pensions- och sjukförsäkringsfrågor:</b>	
		Diskussionen om Pensionsstyrelsen . . . . .	81

	Sid.		Sid.
Ett bidrag till frågan om utmättningsfrihet vid konkurs för pensioner utgående från understödsföreningar: <i>W. Gårdlund</i> .....	72	<i>Lindberg, Hakon</i> : Principerna för den dietiska behandlingen av mag- och tarmsjukdomar ..	32
Folksjukförsäkring i Sverige .....	21	<i>Quensel, Ulrik</i> : Den medicinska vetenskapen och dess uppgifter i det moderna kultur- och samhällslivet .....	198, 214
Försäkringens betydelse för vår ekonomiska trygghet .....	213	<i>Wernstedt, Wilh.</i> : Några viktiga punkter i vården om våra barns hälsa .....	12, 24
Kollektivavtal mellan läkare och sjukkassor: <i>C. B. Lagerlöf</i> .....	29	<i>Vogelsang, Thomas M.</i> : Vegetarisk, äggvitefattig kost för sjuka .....	82
Parisläkarnes egen sjukkassa .....	166		
Pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet ..	131		
»Riksförbundet för befrämjande av sjukkassornas sjukvårdsverksamhet» — ett beaktansvärt uppslag i den sociala sjukförsäkringfrågan	181		
Några reflexioner beträffande Pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet .....	87		
Stadsläkarnes pensionsfråga .....	134		
Staten bör i lämplig utsträckning skydda medborgarnes för sjukdom, ålder och frånfälle hopsparade kapital .....	61		
Svenska Läkarnes Pensionskassa .....	178		
<b>Populärvetenskapliga originalartiklar:</b>			
<i>Andreen-Svedberg, Andrea</i> : Urinundersökningens betydelse för bedömande av hälsotillståndet .....	137		
<i>Gentz, L.</i> : Kruschensalt .....	58		
<i>Lagerlöf, C. B.</i> : Jodbehandling till förebyggande av endemisk struma .....	156		
<i>Lagerlöf, C. B.</i> : Medicinaltaxan år 1924 samt några reflexioner om läkemedelshandel och läkekonst i Sverige .....	17		
		<b>Anmälningar, referat m. m.</b>	
		Anmälan för år 1924 .....	1
		Apotekare John Lindgrens oavslutade arbete »Läkemedelsnamn, ordförklaring och historik» .....	217
		Desinfektionen i Nordamerikas städer (The medical officer 1923 Ch. V. Chapin). Ref.: <i>W. G.</i> .....	129
		Folk tandvård i England: Ref. <i>C. B. L.</i> .....	120
		Fritz Bauer 60 år .....	121
		Handboken i alkoholfrågan: Ref. <i>Einar Sjöwall</i> ..	37
		Om klimatoterapi: »Klimatbehandling av sjukdomar», av <i>A. Berghel</i> .....	96, 114
		»Om sjukhusförvaltning»: Ref. av <i>Gillis T. Bergqvist</i> .....	92
		Populär Medicin: Tidens Läkarbok. Medicinskt Folkbibliotek .....	100
		Till Red. insända böcker och skrifter .....	204
		Vad pressen säger om S. M. T. ....	40

## Referenser

1. Haglund BJA. De förtrycktas pedagogik som befriar till handling. Paulo Freire 100 år. <https://socialmedicinstidskrift.se/index.php/smt/article/view/2625>
2. Paulo Freire (2021). De förtrycktas pedagogik. Trinambai, Stockholm. ISBN 978-91-88226-12-
3. [https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Rudolf\\_Virchow](https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Virchow)
4. <https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Schlesien>
5. [https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Jules\\_Guérin\\_\(läkare\)](https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Jules_Guérin_(läkare))
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1965908/?page=1> Grothjan
7. <https://lakartidningen.se/aktuellt/kultur-2/2008/04/archie-cochrane-mannen-bakom-evidensbaserad-medicin/>
8. [https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Socialmedicin#cite\\_note-SMT\\_2010-5](https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Socialmedicin#cite_note-SMT_2010-5)
9. [https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Socialmedicin#cite\\_note-SMT\\_2009-6](https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Socialmedicin#cite_note-SMT_2009-6)
10. [https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Riksförbundet\\_för\\_sexuell\\_upplysning](https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Riksförbundet_för_sexuell_upplysning)
11. [https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Socialistiska\\_Läkare](https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Socialistiska_Läkare)
12. Halldin J. XX. Svensk Medicinhistorisk Tidskrift Vol. 23 Nr. 1. 2019 sid 67–78.
13. [https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Gustav\\_Jonsson](https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Gustav_Jonsson)
14. [https://sv.m.wikipedia.org/wiki/John\\_Takman](https://sv.m.wikipedia.org/wiki/John_Takman)
15. Burström B. Hälsan bland hemlösa och andra socialt och ekonomiskt utsatta grupper. <https://socialmedicinstidskrift.se/index.php/smt/article/view/1185>
16. [https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Ragnar\\_Berfenstam](https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Ragnar_Berfenstam)
17. Smedby B. (2020) Ragnar Berfenstam – en förgrundsgestalt i svensk socialmedicin <https://socialmedicinstidskrift.se/index.php/smt/article/view/728/535>
18. Janlert U. Professurer och professorer i socialmedicin i Sverige. <https://socialmedicinstidskrift.se/index.php/smt/article/view/1512/1286>
19. [https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Hälso-\\_och\\_sjukvårdslagen](https://sv.m.wikipedia.org/wiki/Hälso-_och_sjukvårdslagen)
20. 1948 års läkarutbildningskommitté (LUK). Läkarutbildning. Stockholm, 1953. SOU 1953:7.
21. Nyström, S. Frågan om socialmedicin som specialitet. Socialmedicinsk tidskrift 1973, 50 (4):216-8.
22. Lindegård B. Allmänläkaren, socialläkaren och psykiatern – tre yrkesroller. Sjukhuset, 1970, nr 5.
23. Berg B, Bjurulf P, Landergren G, Nyström S. Socialmedicinens kliniska utformning. Socialmedicinsk tidskrift 1973, 50 (4), 218-221.
24. Läkares grundutbildning och vidareutbildning. Betänkande av sakkunniga tillkallade av Medicinalstyrelsen och Universitetskanslersämbetet. Stockholm 1967 (SOU 1967:51)



25. Berg B, Bjurulf P, Landergren G, Nyström S. Socialmedicinens kliniska utformning. *Socialmedicinsk tidskrift* 1973, 50 (4), 218-221.
26. Läkares specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar. Stockholm, Socialstyrelsen 1992.
27. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005
28. Insatser för att stärka läkarspecialiteten socialmedicin. Utredning av om det kan vara ändamålsenligt att genomföra ändringar i specialitetsindelningen och målbeskrivningarna för socialmedicin. Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se) Artikelnummer 2021-8-7515. Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), augusti 2021. Rapporten har skrivits av en projektgrupp bestående av projektledaren Karin Ellingsen samt utredarna Ragnhild Mogren och Jesper Sellerberg. Ansvarig enhetschef har varit Emil Bergschöld.
29. Holmer H, Hurtig, A-K, Irestig, R. o.a. En ny chans för läkarspecialiteten socialmedicin. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2020/11/en-ny-chans-for-lakarspecialiteten-socialmedicin/>
30. Läkarutbildningen. (1948), 1948 års läkarutbildningskommitté, SOU 1953:7.
31. Haglund BJA, Svanström L. (1983) Samhällsmedicin – en introduktion. Studentlitteratur, Lund
32. Haglund BJA, Svanström L. (1992). Folkhälsovetenskap – en introduktion. Studentlitteratur, Lund.
33. Temanummer Socialmedicinsk tidskrift om Den medicinska matrevolutionen. <https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/2573/2381>
34. Westerling R., Janlert U. (2004) Åttio socialmedicinska år. <https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1511/1302>
35. Haglund BJA, Hedlund H. (2023) SMT flyttar till Kungliga biblioteket. <https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/3139/2939>
36. Haglund BJA. Att återvända till livet Några tankar om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. *Socialmedicinsk tidskrift* 2010; 111-8. <http://www.socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/667/498>
37. Haglund BJA. Att återvända till livet Några tankar om en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. *Socialmedicinsk tidskrift* 2010; 111-8. <http://www.socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/667/498>
38. Existentiell hälsa <https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/issue/view/179>
39. Inre och yttre hållbarhet <https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/issue/view/189>