

Mina folkhälsovetenskapliga synvändor

Lennart Köhler

Lennart Köhler, med.dr., docent i Socialpediatrik, Lund 1973. Barnhälsovårdsöverläkare i M
landsting. Professor i Socialmedicin och preventiv medicin samt rektor vid Nordiska
hälsovårdshögskolan (NHV) i Göteborg, 1978-1995. I takt med högskolans utveckling och
tillväxt moderniserades namnen till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, och min
professur till Socialpediatrik och senare till Barnhälsovetenskap. Seniorprofessor till 2015.
E-post: lennart.kohler@outlook.com

Utvecklingen av kunskap och erfarenhet i yrkeslivet sker normalt långsamt och kontinuerligt över tid. Men vid enstaka tillfällen kommer ett oväntat budskap som får en att stanna upp och ifrågasätta det man tidigare lärt sig och tillämpat. Synen på yrket, yrkesrollen eller yrkesinnehållet ifrågasätts. Det kan vara möten med människor, en föreläsning, en artikel, en bok. Man kan kalla det en synvända, eftersom synen har vänts mot ett nytt håll och gett ett annat perspektiv, en förändrad syn på hur saker och ting hänger ihop, en ny syn på gamla sanningar. Här har jag valt ut tre episoder, som i mitt yrkesliv inom folkhälsovetenskapen var och en för sig just åstadkommit viktiga och bestående förändringar i min uppfattning av sambanden mellan hälsa, sjukdom, medicin och samhälle. De synvändor som jag skildrar drabbade mig för många år sedan, just dessa aha-upplevelser är osannolika idag. Men principen kvarstår för varje generation: upplevelser som framkallar sådana synvändor kan ge nya förklaringar eller ändrar synen på orsakssammanhang i yrkeslivet. De har i alla fall gett mig en ökad benägenhet att ifrågasätta gamla sanningar och min egen roll som läkare, lärare, forskare.

This is a story about 3 meetings with extraordinary individuals who in my Public Health profession unexpectedly and permanently changed my vision on normal and abnormal (Olikoye Ransome-Kuti), on the role of curative and preventive medicine as determinants of population health (Thomas McKeown), and on the need of broadening the vision on health from pathogenesis to also include salutogenesis (Aaron Antonovsky).

These episodes called Vision- changers happened long ago and would not be the same nowadays. But the principle remains the same: a Change of vision, caused by e.g. meeting a person, reading a book, listening to a lecturer, may give new explanations or question the currently accepted causes of health and disease. Sometimes they make an immediate and very strong impression which may last for life.

Utvecklingen av kunskap och erfarenhet i yrkeslivet sker vanligtvis i en stadig lunk över tid. Man övar in hanteringen av den dagliga verksamheten, befäster sina rutiner, fördjupar och fyller på med nytt efter hand. Ibland översköljs man av en mängd nya kunskaper på en gång, t.ex. vid föreläsningar och konferenser. De viktigaste av dessa tas upp och infogas i den normala kunskapsutvecklingen, andra glöms snabbt.

Vid några tillfällen möter man ett budskap som får en att stanna upp och ifrågasätta det man tidigare lärt sig och tillämpat. Synen på yrket, yrkesrollen eller yrkesinnehållet ifrågasätts. Det kan vara möten med människor, en föreläsning, en artikel, en bok. Man kan kalla det en ögonöppnare, eller hellre en synvända. Ögonen är lika öppna som förut, men synen har vänts mot ett annat håll och därmed fått ett annat, tidigare okänt perspektiv. Ibland kommer det som en total överraskning, ibland blir det genombrottet för en längre utvecklingsprocess, kanske t.o.m. ett paradigmskifte. Resultatet blir detsamma, en förändrad syn på hur saker och ting hänger ihop, en ny syn på gamla sanningar, en aha-upplevelse. Effekten kan dock vara flyktig och i de dagliga rutinerna är man snart tillbaka i de gamla tankebanorna. Men i sällsynta fall blir upplevelsen bestående och kommer att påverka det fortsatta yrkeslivet.

Själv har jag stött på tre sådana bestående synvändor, som fått mig att ifrågasätta det begränsade perspektiv på hälsa jag ditintills tagit för självklart under min utbildning och i verksamheten som doktor, lärare och forskare.

1. Det första tillfället kom i början av 1960-talet då jag som nylegitimerad läkare arbetade på Barnkliniken i Lund. En dag samlades hela staben i föreläsningssalen för att lyssna på en gäst från Nigeria. *Dr Olikoye Ransome-Kuti* var inbjuden av Findus för att på utvalda barnkliniker i Sverige berätta om sin framstående forskning i nutrition och gastroenterologi och för att utbyta erfarenheter med sina svenska kollegor. Själva föreläsningen kommer jag inte ihåg, förutom att föreläsaren gjorde ett imponerande och kompetent intryck. Men något som han nämnde i förbigående fick mig att förundrat sätta mig upp. *Ni vet ju, sa han, att vi i Afrika, och i större delen av världen för den delen, inte kan dricka mjölk efter ungefär 2 års ålder. Det beror på att enzymet laktas som bryter ner laktosen i mjölk slutar att produceras då. Det behövs helt enkelt inte och detta är alltså fullständigt normalt. Vissa befolkningar, fr.a. i Skandinavien, är emellertid onormala och bibehåller genom en genetisk avvikelse sin laktasproduktion och kan därför fortsätta att dricka mjölk hela livet.*

Att vi i den ”utvecklade” delen av världen, och då särskilt den del som välsignats med avancerad välfärd skulle vara fysiskt och funktionellt abnormal, även om det gällde så små ting som enzymer, det hade ingen i utbildningen berättat. Kanske det kunde gälla andra områden också? Så här efteråt är ju reaktionen

naiv och oerfaren. Globaliseringen har gett dagens ungdom en annan referensram, men för mig då betydde det en öppnare och mera kritisk blick på begreppen normal, onormal, avvikande, konstig, patologisk, u-länder. En synvändare mot människors likheter och olikheter.

Många år senare kom jag att samarbeta och umgås nära med Dr Ransome-Kuti, både när han var professor i pediatrik i Lagos, när han arbetade i WHO och i Världsbanken och när han var hälsovårdsminister i Nigeria. Det gladdde honom alltid att bli påmind om vilken effekt hans lilla berättelse hade haft på mig i mina tidigare år.



Bild 1. Nigerias Hälsovårdsminister Olikoye Ransome-Kuti på besök på NHV i Göteborg 1988. Foto: NHV arkiv

2. Nästa tillfälle kom några år senare, då jag höll på med ett forskningsprojekt om förskolebarn, där barns hälsa och utveckling belystes från många olika håll och med olika metoder och också sattes in i ett socialt sammanhang.

Inom den kliniska världen där jag hittills vistats regerade fortfarande den traditionella naturvetenskapliga hegemonin: allt roterade kring sjukhusen, ju större desto bättre. Socialmedicin och folkhälsa handlade om avlopp, missbruk och misär, och folk som levde där. Resursfattigdom diskuterade inte på allvar som en hälsodeterminant. Medicinen levde sitt eget liv, väl skyddat av de höga sjukhusmurarna.

Fast inte alldeles överallt. Även inom medicinen fanns det folk som tänkte annorlunda och vidare, och som ville fördjupa förståelsen för hälsa och sjukdom. Människor som inte accepterade att alla hälsoproblem skulle lösas med ny teknologi, som såg det nära sambandet mellan hälsa och livsvillkor, inte minst för barnen. Dessa människor tycktes mest finnas i Storbritannien, kanske för att de sociala skillnaderna var så mycket tydligare där.

Som en del i min utbildning inför den stora barnhälsostudien skickade mina kloka chefer mig på flera studieresor utomlands, till kongresser, konferenser och seminarier. En av de första resorna gick till England, där Europas ledande experter inom socialmedicin och socialpediatrik var verksamma.

I Birmingham höll *Professor Thomas McKeown* på att skriva på sin nya bok, och i sitt trånga och bokfyllda lilla rum förklarade han för mig hur han kommit fram till sin uppfattning om medicinens begränsade betydelse för människans hälsa och utveckling. Särskilt övertygande för mig, och många andra efteråt, var en graf över nedgången i sjukligheten och dödligheten i tuberku-

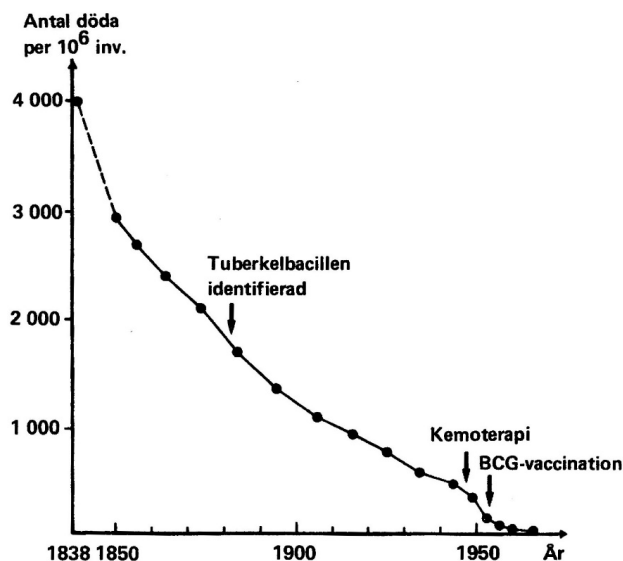


Bild 2. Figuren illustrerar den kraftigt fallande mortaliteten i tuberkulos i England under drygt 100 år. De stora medicinska landvinningarna tycks ha haft en marginell inverkan. Bilden, i svensk översättning, är tagen ur Thomas McKeown's bok *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* från 1976..

los. Nedgången löpte stadigt nedåt över tid, till synes opåverkad av de stora medicinska bidragen under samma tid, upptäckten av tuberkelbacillen och därmed möjligheterna till effektiv behandling och vaccinering.

I boken *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* sammanfattade han mer än 20 års studier av utvecklingen av befolkningens hälsa och konstaterade att medicinens roll i stort sett varit marginell. Viktigast för mänsklig överlevnad är i stället den ekonomiska och sociala utvecklingen.

Boken publicerades 1976, och kom att få ett enormt inflytande på den fortfarande pågående debatten om medicinens ställning i samhället.

För mig var det första gången som en ledande medicinare med klara vetenskapliga argument ifrågasatte medicinens och läkekonstens ensidiga förklaringsmodell som grunden till människors hälsa och överlevnad.

Denna kritiska inställning har jag fört med till mina övriga uppdrag inom folkhälsovetenskaplig verksamhet, inte minst som lärare. Ett par decennier senare råkade jag stöta på ett citat från en central svensk kulturpersonlighet på ett helt annat fält, Esaias Tegnér, professor, biskop, nationalskald, politiker. I ett tal 1815 förklarade han kärnfullt vad som låg bakom den förbättrade folkhälsan i Sverige: *freden, potäterna och vaccinen*. Med dagens terminologi alltså politiken, nutritionen och medicinen.

En kortfattad och slagkraftig sentens och dessutom fortfarande högst relevant. Ett anslående citat att använda i föreläsningar, lätt för åhörarna att ta till sig och komma ihåg.

I dag, när sociala faktorer och jämlikhet fått en helt annan plats i samhällsdebatten (om än inte i verkligheten) är bekantskapen med en bred uppsättning av hälsodeterminanter betydligt mera spridd och har gjort sitt intåg även i den medicinska utbildningen. Ett barnbarn som nyss börjat på läkarlinjen berättade förtjust att redan första veckan hade de en genomgång av Malmökommissionens arbete samt en presentation av Sir Michael Marmots analyser om orsakerna bakom orsakerna till folkets hälsa och sjukdom.

3. Den sista av min tre synvänder kom när jag var väl etablerad lärare, forskare och ledare inom folkhälsovetenskapen. Genom ett nyvaknat intresse och ett intensivt engagemang hos WHO, inte minst hos dess dynamiske ledare Halfdan Mahler hade *The New Public Health* efter konferensen *Health for All by the Year 2000* i Alma Ata 1977 blivit ledstjärnan för utvecklingen av folkhälsan i hela världen. Också den moderna folkhälsovetenskapen hade kommit att starkt påverkas av den nya strategin. Genom tätt samarbete med WHO och andra internationella organisationer, som ASPHER (Association of Schools of Public Health in the European Region) och dess motsvarigheter i andra världsdelar, hade detta tänkande också införts på Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap NHV, där jag var verksam. Forskningsprojekt, utvärderingar, granskningar, analyser och andra uppdrag för WHO och andra FN-organ, EU, ASPHER och Nordiska Ministerrådet gav mig rika tillfällen att med kollegor från hela världen diskutera folkhälsoproblem, både praktiska och ideologiska.

Så förvisso ansåg jag mig vara en god representant för den modernast tänkbara kunskapen inom folkhälsovetenskapen. Men så läste jag i början av 1980-talet boken *Health, Stress and Coping*, skriven av Aaron Antonovsky, en amerikansk-israelisk sociolog. Han hade studerat överlevare från de tyska koncentrationslägren, och som väntat funnit nedbrutna människospillror med grava fysiska och psykiska sjukdomar. Men han fann också, helt oväntat, ett fåtal individer med bibehållen psykisk och social balans, trots alla ohyggligheter de utstått. Detta kom sedan att bli inledningen till hans fortsatta studier om den mänskliga hälsan och vilka väsentliga motståndsrresurser som gör det möjligt för en individ att klara sig igenom svåra fysiska och psykiska påfrestningar. Det traditionella medicinska tänkandet med fokus på *death, disease, disability, disorder, dysfunction* tog inte tillräcklig hänsyn till de viktiga skydds- och motståndsrresurser som finns i de positiva områdena av hälsan, menade han. Med andra ord: Försök finna vad som håller människan frisk, inte bara vad som gör henne sjuk.

Att de positiva delarna av hälsan var viktiga hade visserligen poängterats tidigare av andra, inte minst av WHO. I flera senare böcker har Antonovsky byggt vidare på resultaten och utvecklat sina teorier eller snarare ideologier om salutogenesen (i motsats till patogenesen), där särskilt begreppet Känsla av Sammanhang, KASAM, (Sense of Coherence, SOC) blivit populärt och mycket använt i medicinsk sociologi och folkhälsovetenskap. De blev också grunden till de nya idéer och aktiviteter som i begreppen *Hälsofrämjande* eller *Health Promotion* kom att genomsyra folkhälsoarbetet under lång tid. Dessa tar sin utgångspunkt i människors resurser och inte bara i riskfaktorer och har utvecklats och lanserats fr.a. av WHO, men också av så ekonomifokuserade organisationer som Världsbanken, OECD och EU.

Ett poetiskt och distinkt uttryck av denna uppfattning fann jag i en prolog till firandet av WHO:s 40-årsjubileum, skriven av Piet Hein, dansk arkitekt, matematiker och poet. (Bild 3). Ännu ett slagkraftigt citat att använda i undervisningen.

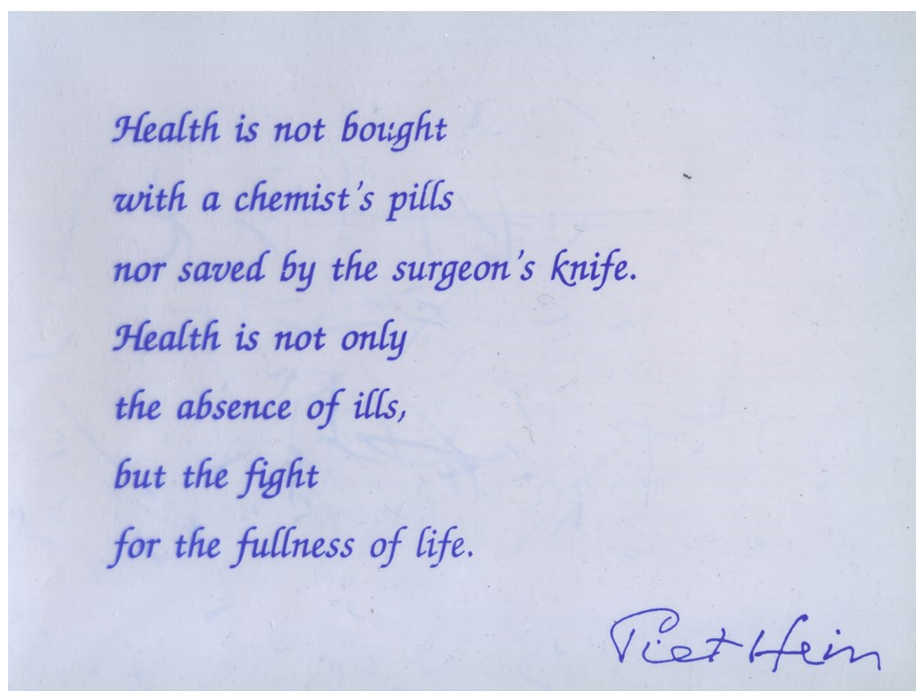


Bild 3. Ur Prolog av Piet Hein till WHO:s 40-årsjubileum i Köpenhamn 1988.

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap NHV observerade och anammade tidigt Antonovskys tänkande, och införde det både i kurser och i vetenskapliga produktioner. Som ett erkännande av Professor Aaron Antonovskys stora betydelse för folkhälsovetenskapliga idéer hade jag nöjet att 1989 promovera honom till hedersdoktor. (Bild 4)



Bild 4. Professor Aaron Antonovsky som Hedersdoktor 1993 vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg. Foto: NHV arkiv.

Att kritiskt granska gamla kunskaper, förklaringsmodeller och rutiner är en väsentlig del i all vetenskaplig verksamhet och pågår ständigt i det dagliga arbetet. Det jag här kallat synvändor är bara ett sätt som gör att man

vidgar sina vyer och ändrar sina inställningar. Genom sin överraskningseffekt är synvändorna lättare att ta till sig och att komma ihåg och därför kanske de underlättar ett bibehålllet öppet sinne i den fortsatta professionella utvecklingen.

De synvändor som jag skildrar drabbade mig alltså för många år sedan. Samhällsutvecklingen och inte minst globaliseringen har gjort just dessa aha-upplevelser osannolika idag. Men principen kvarstår för varje generation: det gäller upplevelser som ger nya förklaringar eller ändrar synen på orsakssammanhang i yrkesverksamheten.

Är det händelser som kan och bör förändra också andra som upplever dem eller sker det hos personer som av någon anledning befinner sig i en särskilt känslig fas i sin professionella utveckling?

För att göra frågan mera allmän: krävs det särskilda omständigheter, inre och yttre, för att man skall ta till sig och låta sig uppslukas av de nya idéerna? Eller blir alla då och då drabbade av synvändor? Och sker det då också utanför yrkeslivet?

Vad jag vet är att ämnet ofelbart sätter igång livliga diskussioner, bland kollegor och vänner, vid fikabord, vid middagar.

Pröva får ni se!

Referenser

Alma Ata Declaration (1978). Geneva, WHO

Antonovsky, A. (1991). Hälans mysterium. Stockholm, Natur och Kultur.

Hein Piet. (1988). Prologue at the celebration of WHO's 40th Anniversary. Copenhagen, WHO McKeown T (1976). The role of medicine: Dream, mirage or nemesis? London, Nuffield Trust

Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). Health Promotion 1(4):3–5

SAOB (2000). Stockholm, Svenska Akademien: *Synvända (i fackspr.) eg.: vändning av ngs synsätt, förändring av syn(sätt), paradigmskifte, mönsterskifte; äv. om ngt som förorsakar synvända.*