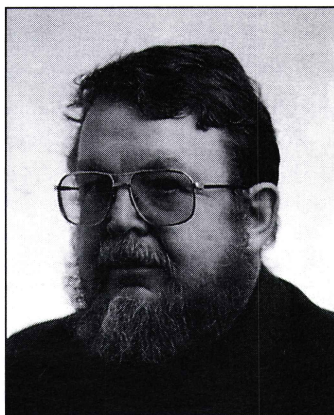


Vi fortsätter här intervjuerna med aktuella företrädare för svensk socialmedicin - möjliga genom stöd av Folkhälsoinstitutet. Här presenteras Leif Svanström professor i socialmedicin vid K I i Stockholm av medicinjournalisten Tom Ahlgren.

Olycksfall och arbete med utslagna



– Det är väl drömmen – att få följa en idé genom hela sitt yrkesverksamma liv, som jag faktiskt har fått göra.

Ja, nog känner han sig privilegierad Leif Svanström, professor i socialmedicin med ett starkt engagemang för svaga och utsatta i samhället såväl här hemma som ute i världen.

Leif Svanström har arbetat med socialmedicin hela sitt yrkesliv. Han började på socialmedicinska institutionen i Malmö 1965, samtidigt som han startade sina medicinstudier, vilka ledde till läkarexamen 1972 och disputation året efter. 1980 blev han professor med adress Karolinska institutet i Stockholm och där finns han fortfarande, på Institutionen för folkhälsovetenskap.

Mycket av arbetet har handlat och handlar om att förebygga olycksfall och skador. Under det senaste decenniet har han även haft omfattande internationella uppdrag.

När vi träffas har Leif Svanström precis åter-

vänt från en två månader lång »turné» till bland annat Bangladesh, Vietnam, Hongkong och Australien. Han har två sådana omgångar om året, en på våren och en på hösten.

Leif Svanströms internationella engagemang har egentligen sina rötter hos en socialmedicinare i Uppsala. På 50-talet kartlade denne tillsammans med en barnkirurg olycksfall bland barn.

– De upptäckte att det såg mycket illa ut. Vi låg ju till och med sämre till än USA. Det var då som socialmedicinen mutade in olycksfallsforskningen. Det snappade jag och min handledare upp och 1967 började jag med stu-

dier kring olycksfall i Malmö.

I Malmö och Lund gjorde socialmedicinarna en del epidemiologiska studier. Sedan fick de möjlighet att testa skadeförebyggande metoder i Skaraborgs län, där man satsade stora resurser på att utveckla folkhälsoarbetet. – Vi fick ett laboratorium alldeles gratis kan man säga och lärde oss mycket som vi senare också tillämpat i Stockholm. Vi jobbade på kommunnivå och utvecklade ett arbetssätt som vi kallade community intervention, berättar Leif Svanström.

Det är en social arbetsmetod som första gången användes i Karelen för att förebygga sjukdomar genom att förändra mat-, rök- och motionsvanor hos befolkningen.

Det första projektet bedrevs i Falköping, med andra kommuner som kontrollområden. – Vi upptäckte då till vår glädje att vi på två och ett halvt år lyckades sänka skadetalen med omkring 28 procent.

Samarbetar med WHO

Arbetet väckte en hel del uppmärksamhet, även internationellt. Så 1985 hörde WHO av sig och sa:

Vi har ett koncept som heter safe communities. Vi tror att ni har det praktiska kunnandet. Kan vi inte slå oss ihop?

Och så blev det. Ett samarbete etablerades och 1989 blev Leif Svanströms enhet ett »collaborating center». Uppdraget var att bygga upp ett världsomspännande nätverk kring »community safe promotion».

– Idén finns nu i ett 40-tal länder, men det är nog bara 15 som kan sägas driva den med schwung. Det gäller främst länder som till exempel Norge, Danmark, Australien, Nya Zeeland och Kanada, berättar Leif Svanström.

För att garantera att kvaliteten på arbetet i de aktuella kommunerna hålls hög har man

byggt upp ett bedömningsystem där 12 olika kriterier måste uppfyllas.

Idag har 50 kommuner i 13 länder erhållit stämpeln som safe community. Det innebär bland annat att de fungerar som demonstrationsområden för andra som vill se och lära.

Parallellt har de svenska socialmedicinarna utvecklat ett nytt nätverk bestående av institutioner. Orsaken är att safe community-nätverket håller på att bli så stort att det är svårt att hantera för en institution ensam. Så nu finns sju institutioner runt om i världen som stöd i arbetet.

Ramen har vidgats

Det är inte bara i Norden och andra i-länder man har safe communities. Med stort engagemang, och en del stöd från andra håll, har man lyckats skapa sådana även i länder som Vietnam och Bangladesh. Bland annat hölls nyligen, med 22 deltagande länder, den nionde safe community-konferensen i Bangladesh, som tidigare inte ens erkände skadeproblemen.

Till en början tog man inom ramen för safe communities upp endast rena olycksfall. Idag har området vidgats till att också omfatta våldsrelaterade skador och självmordsförsök. Vid konferensen i Bangladesh fanns ett oerhört engagemang när det gäller att öppet ta upp barnarbete samt misshandel av kvinnor och barn.

Leif Svanström menar att på många håll i världen kan man snabbt få mycket positiva effekter av ett safe community-program. Han exemplifierar med trafiken där man i vissa länder har upp till 50 gånger högre skadeincidens än i Sverige.

Han berättar om det som kallas Suzukis sjukdom i Thailand, det är alla skadade i

motorcykelolyckor. De utgör ofta uppemot 30 procent av patienterna på sjukhus och Leif Svanström kallar det en epidemi och tillägger att det finns många epidemier: drunkningsolyckor, eldsvådor, våld, misshandel, mord, fallolyckor bland äldre och så vidare.

– För alla de här problemen finns det, i teorin, ganska enkla lösningar, men det gäller att organisera samhället såväl internationellt som nationellt och lokalt.

Annars risker man att få en utveckling som i trafiken på många håll. Den betecknar han som i total obalans. I till exempel Vietnam har man sedan övergången till marknadsekonomi haft en förändring från gående och cyklister till bilar och motorcyklar. Men infrastrukturen har inte alls hängt med, vilket gör att olyckorna blir många.

En krona ger 40 kronor tillbaka

Själv har Leif Svanström främst koncentrerat sig på lokalsamhällets möjligheter att reducera antalet olycksfall.

Han understryker att man kan göra mycket stora vinster genom att satsa på att förebygga olycksfall, alldeles bortsett från allt lidande som kan sparas.

– Jag brukar säga att om du satsar en krona på safe community så får du 40 kronor tillbaka. Det finns de som använder ett högre tal, men 40 kronor kan vi stå för. Satsar du en krona på akutsjukvård får du ingenting tillbaka, i bästa fall en patient som överlever. Så nog är safe community-programmen kostnads-effektiva.

Efterlyser kraftigare insatser från samhället

I ett svenskt perspektiv ställer han krav på myndigheterna:

– Om vi ser till samtliga skador så är alla själv-

mord fortfarande det största problemet följt av trafikskadorna och fallolyckor bland äldre. Idag har vi metodik för att förebygga mycket av det där, men det fordras naturligtvis en kraftigare samhällsinsats både från kommuner, landsting och staten för att kunna göra någonting.

”Har varit med i en flod”

Leif Svanström har varit med om en dramatisk utveckling av socialmedicinen i vårt land. Han kallar det själv för att ”ha varit med i en flod”.

I början av 1950-talet hade en ny läkarutbildning införts. I samma veva skapades bland annat socialmedicin för att titta på sambandet mellan sociala förhållanden och hälsa.

Socialmedicinska institutioner inrättades först omkring 1960 och till dem rekryterade man i början människor från flera olika håll. Gemensamt för flera av de tidiga ledande socialmedicinerna var att de ingick i en klubb som hette socialistiska läkare. Där fanns namn som Gunnar Inge, Bror Rexed och Gustav Johnsson.

Den första generationens professorer inom socialmedicinen var »lånegods». Någon var internmedicinare, en annan psykiater, en tredje fysiolog och så vidare. Leif Svanström kommenterar:

– De var en lite brokig samling och de hade ganska svårt att lansera en gemensam ideologi, men de enades om ett sorts tekniskt förhållningssätt till socialmedicinen och menade att de skulle syssla med fyra områden.

- Kartläggning av sjukdomarnas utbredning och relation till sociala förhållanden.

- Förebyggande medicin.

- Hälso- och sjukvårdsadministration.

- Klinisk socialmedicin.

Leif Svanström påminner om att just kli-

nisk socialmedicin blev det mycket av på 60-talet, mycket beroende på att primärvården inte var utbyggd, inte psykiatri heller.

Blev räddare i nöden

Leif Svanström arbetade själv mycket med klinisk socialmedicin. Han hade många patienter och tilldelades en socialbyrå i Malmö där han var två dagar i veckan. Hans uppgift blev att hjälpa socialarbetarna med de många klienter som kom med medicinska problem och missbruksproblem.

– Till socialmedicin skickades de medicinskt och socialt mest komplicerade patienterna samt problemfamiljerna. Socialmedicin fick bli någon sorts räddare i nöden, men alldeles för sent. I många fall återstod ju ingen rehabilitering utan bara pensionering.

Det gällde framför allt männen. De dök ofta upp på socialbyrån när det redan gått utför i många år och då fanns ingen plats för dem i arbetslivet.

Kvinnorna var betydligt bättre ställda. De kom ofta efter att ha utsatts för makens missbruk och långvariga slitningar, som ledde till separation. Medicinskt kunde de också ha en del bekymmer. Socialbyrån kunde då hjälpa dem med bostad, barnpassning och utbildning medan doktorn tog hand om deras medicinska problem.

Så, hävdar Leif Svanström, många kvinnor fick det absolut bättre än de hade haft det på länge.

Kritisk mot kollegor

Han är kritisk mot många av sina läkarkollegor på den tiden:

– Egentligen var det inte så många inom vården som ville ha med de här patienterna att göra – det gällde hela systemet.

Sjukhusen hade ingen utbyggd kurators-

organisation, arbetsförmedlingen och försäkringskassan hade ingen medicinsk expertis. Så alla skickade de här problempatienterna vidare till socialmedicinarna.

På basen av det här behovet byggde socialmedicinen upp ganska omfattande resurser med både socialarbetare och läkare.

Vill vara en vagel i ögat på beslutsfattare

En stark drivkraft för Leif Svanström har varit, och är, omsorgen om utslagna, utstötta, svaga människor i samhället.

– Det dyker ständigt upp diskussioner på vår institution om att det kanske inte är så mycket vi kan göra när människor väl slagits ut och går där på gatan, men vi kan åtminstone ständigt påminna samhället, politiker och andra, om att det här problemet fortfarande finns. Vår uppgift är att vara en vagel i ögat på alla beslutsfattare och tala om att de måste skapa ett samhälle som är så jämlikt att man minimerar antalet utsatta och utslagna personer.

Han pekar bland annat på att det är oerhört viktigt med full sysselsättning och ger ett exempel:

– Vi vet att under perioder då vi har full sysselsättning halveras antalet prostituerade tjejer. Och det hänger ihop med sysselsättningen – inte med några fiffluriga psykologiska mekanismer. Det har vi tydligt sett ända från 60-talet tills nu.

Han pekar också på att det är ”typiskt att missbruket av alkohol och droger växer precis när det börjar bli arbetslöshet”.

Institutionen har vuxit mycket kraftigt

Leif Svanström flyttade till Stockholm och blev professor i socialmedicin vid Karolinska institutet. Sedan dess har hans institution vuxit mycket kraftigt.

- Då, 1980, var jag i stort sett ensam. Nu är vi 14 professorer och 35 docenter. Vi har 107 doktorander och i fjol disputerade vi 15.

Institutionen består av sex avdelningar:

- Socialmedicin, med både social epidemiologi och hälsofrämjande och säkerhetsfrämjande arbete. De bevakar också de hemlösas och utslagnas situation.

- Enheten för preventiv medicin arbetar framför allt med att förebygga hjärt- kärlsjukdomar hos kvinnor.

- Enheten för psykosocial miljömedicin arbetar brett med bland annat stress.

- Enheten för internationell hälsa forskar kring internationell hälso- och sjukvård.

- Rehabiliteringsmedicin.

- Yrkesmedicin.

För två år sedan startade man en ny grundutbildning, som omfattar 160 poäng i folk-

hälsovetenskap. Varje år tas 40 studenter in med målet att bli folkhälsosekreterare i kommuner och landsting, företag och skolor eller att arbeta med att planera hälso- och sjukvården.

- Det är en bred grundutbildning och ett tecken på att något nytt håller på att växa fram, kommenterar Leif Svanström.

Känner sig privilegierad

Han känner sig väldigt privilegierad och motiverar det så här:

- Jag fick en socialmedicinsk utbildning, hamnade i Skaraborgs län där man var starkt intresserade av förebyggande arbete, vi lärde oss ett arbetssätt och fick ett erbjudande av WHO att introducera det över hela världen. Det är väl drömmen - att få följa en idé genom hela sitt yrkesverksamma liv.

Inbjudan

14:e Nordiska konferensen för psykoterapeuter som arbetar med
traumatiserade flyktingar

TRAUMA OCH INTEGRATION

Vildmarkshotellet, Kolmården, Norrköping
14-16 september 2000

Konferensen anordnas av

Flyktingmedicinskt centrum Universitetssjukhuset i Linköping i samarbete med
HMR Svensk Förening för Hälsa och Mänskliga Rättigheter

För mera upplysningar: Ulla Carlsson tel 013/221 916, e-mail ulla.carlsson@lio.se