

Att bygga ett folk

Det Svenska folkhälsoprojektet

Karin Johannisson

Spänningen mellan samhälls- och individintresse präglar det moderna svenska folkhälsoprojektet. Det inleddes kring sekelskiftet 1900 och institutionaliserades med 30-talets befolkningskommission och inrättandet 1938 av Statens institut för folkhälsan. Strategin byggde på "intensiva och pockande" kampanjer för att åstadkomma beteendeförändringar, generös vetenskapsbaserad information, samarbete med folkrörelserna samt en rad konkreta socialpolitiska reformer.

Karin Johannisson är tf professor i idé- och lärdoms historia, med medicin historia som specialitet, vid Uppsala universitet.

Inför 1912 års Olympiska spel i Stockholm skrev Hjalmar Branting i *Socialdemokraten* att arbetarna nu blivit medvetna om betydelsen av hälsa och kroppskultur. Industrisamhällets trångboddhet, usla fabriksmiljöer, yrkessjukdomar, tuberkulos och alkoholism hotade att göra proletariatet till en kroppsligen och andligen underlägsen ras. Kampen för ett rättvist samhälle krävde att man höll kroppen sund och stark. De radikala socialisterna bakom *Stormklockan* och *Brand* hade en helt annan uppfattning. Eftersom sjukdom hade sin rot i samhället, kunde hälsa rent definitionsmässigt uppnås bara inom en ny samhällsordning. Vägen till sjukdomsbefrielse gick genom klasskampen.

Motsättningen är ett belysande exempel på att frågan om folkhälsa politiskt sett inte var okontroversiell. *Dom där uppe* vill att *vi här nere* skall hålla oss friska. Arbetarklassen hade inget intresse av ett folkhälsoprogram som syftade till att göra dem till starka tjänare av ett ojämnt samhälle.

Så småningom skulle motsättningen överbryggas, men den lyfte fram en grundläggande konflikt i själva folkhälsobegreppet. Folkhälsa – för vems skull?

Utgångspunkterna

Spänningen mellan samhällsintresse och individintresse, långsiktighet och kortsiktighet, kylig myndighetsutövning och varm patriarkalism går som en röd tråd genom det tidiga 1900-talets folkhälsoarbete.

När västvärlden kring 1900 började rikta blicken mot folkhälsoproblematiken, var detta egentligen ingenting nytt. Värdet av en frisk befolkning, av raska arbetare, dugliga soldater och sunda mödrar som föder livskraftiga barn har varit uppenbart för de flesta samhällen. Befolkningspolitiska problem kring nativitet, dödlighet och sjuklighet uppmärksammades redan vid 1600-talets slut i samband med nationalstaternas framväxt och den merkantilistiska ideologins genombrott. I Sverige genomdrevs under 1700-talets andra hälft ett radikalt och kringsynt förebyggande program inriktat på att öka arbetarstammen. Efterhand lockade insikten att hälsovård är en nationalekonomisk investering en rad europeiska länder till reformer inom fattigvård och offentlig hygien.

Fram till 1800-talets början fördes den befolkningspolitiska diskussionen i termer av kvantitet: det gällde att öka befolkningens storlek, dvs maximera arbetskraften. I allmänhet saknades kvalitativa aspekter på t ex ras, klass, arv och anlag.

Men 1800-talet proletarisering och snabba tillväxt

.....

Dom där uppe vill att vi här nere skall hålla oss friska

.....

Det gällde att finna en lösning som kombinerade kvantitet med kvalitet, dvs skapade ett fullvärdigt befolkningsmaterial

av en fattig och egendomslös befolkning där undernäring, alkoholism, tuberkulos och allmän sjuklighet blev gruppens själva särmarke, skapade nya aspekter på befolkningsdiskussionen. I Sverige ökade befolkningen 1800–1850 från 2,3 till 3,5 miljoner individer, och fram till sekelskiftet 1900 med ytterligare 1,6. På de politiska och medicinska maktnivåerna grodde oron. En stark folkropp var önskvärd, men inte förmering av alla oavsett kvalitet. Vissa grupper var mer värdefulla för samhället än andra; förlust av de mindre värdefulla kunde accepteras eller t o m uppmuntras.

En väg var att släppa emigrationen fri. Drygt en miljon människor – en femtedel av Sveriges befolkning – ur de fattigaste skikten utvandrade decennierna kring sekelskiftet. En andra väg var barnbegränsning. Frågan var också högaktuell under 1800-talets sista decennier, men strandade med preventivmedelslagen 1910 – framdriven efter en intensiv, politiskt inflammerad debatt – som förbjöd upplysning och försäljning av preventivmedel. Bl a påpekades att barnbegränsningen skulle anammas av samhällets övre skikt, dvs just dem man ville se reproducerade, medan de lägre skulle fortsätta att föröka sig.

Problemet var komplicerat. Det gällde att finna en lösning som kombinerade kvantitet med kvalitet, dvs skapade ett ur alla aspekter fullvärdigt befolkningsmaterial. Blickarna riktades särskilt mot vissa grupper: mödrarna, barnen, soldaterna å ena sidan, de sjuka, svaga och defekta å den andra. Den friska soldatkroppen fick utvald status som mätare på den nationella prestationsförmågan. Mönstringar i en rad europeiska länder visade att hälsoläget var uselt. De första undersökningarna över barnens hälsostatus gav samma nedslående resultat. Sociala aspekter på hälsa och sjukdom, och särskilt sambandet mellan fattigdom och sjuklighet, hade uppmärksamats i en växande serie studier sedan 1800-talets mitt. Fakta pekade på en och samma sanning: undernäring, trångboddhet, barnarbete och slit skapade fysiskt, psykiskt och moralist urholkade människor. Genom disposition och arv fort-

plantades en växande, tärande sjuklighet.

Det är mot den bakgrunden man måste se det tidiga 1900-talets stora intresse för ett handlingskraftigt folkhälsoprogram. Nationalistiska, darwinistiska och rasbiologiska idéer spädde på stämningarna, och bakteriologin och den nya ärftlighetsläran angav de vetenskapliga riktlinjerna. Samhället måste, med läkarvetenskapen vid sin sida, gå in med effektiva åtgärder för att forma folkroppen efter fastlagda normer och ideal.

Samhällets patologi

Det var nu som läkaren steg fram på scenen som vetenskapsman och ämbetsman i en gestalt: vitrockad, omutlig, experten. Den nya ideologin präglades av en långtgående medikalisering av samhällsproblemen, dvs strävan att integrera dem i medicinens domän, definiera dem i medicinska termer och underställa dem medicinsk kontroll. Det gällde t ex kriminaliteten, sexualiteten, det varnartiga barnet, avvikaren, lösdrivaren, alkoholisten. Folkhälsoarbetet knöts till en ny vetenskap: socialhygien, utvecklad av den tyske läkare Alfred Grotjahn i *Soziale Pathologie* som publicerades i tre mäktiga delar 1911 (nya upplagor 1915 och 1923).

Grotjahn var professor i Berlin i socialhygien, aktiv socialdemokrat och en kraftfull, internationellt uppburen socialpolitisk auktoritet fram till sin död 1931. För den tidiga svenska socialmedicinen var han en förebild. Redan i början av 1900-talet kritiserade han sin tids hygieniska vetenskap för att ensidigt betona smittbekämpning och omgivningshygien, men glömma att människan var en social varelse, vars hälsotillstånd bestämdes av hennes sociala rum, och vars sjuklighet i sin tur återverkade på samhället. Individens och samhällets patologi var olösligt förenade.

I fem noga utmejslade punkter formulerade Grotjahn kriterierna för en rationell befolknings- och hälsopolitik.

1. Sjukdomarnas sociala betydelse bestäms i första hand av deras frekvens.
2. Biologiska orsaksförklaringar till sjukdom måste kompletteras med sociala.
3. Sjuklighet påverkar i sin tur sociala förhållanden, t ex nativitet, försvarskraft och produktionskraft.
4. Medicinsk behandling måste värderas ur ett samhällsperspektiv, inte ett individperspektiv.
5. Sjuklighet kan förebyggas genom samhällsåtgär-

Det var människor som bar sjukdom från naturen
in i samhällskroppen och spred den där

der. Dessa bör riktas mot tre mål: individen, samhället och rasen (dvs förhindra att fysiskt och psykiskt mindervärdiga fortplantar sig).

Socialhygienien lanserade ett nytt epidemiologiskt sjukdomsbegrepp som skulle bli oerhört framgångsrikt. Sjukdom var inte statiska fenomen lokaliserade till en bestämd punkt eller individ, utan processer som rörde sig genom samhällskroppen. Därför behövdes en medicinsk struktur som kunde överblicka och övervaka hela samhället. Ett nytt synsätt lanserades: *potentialitet* (risk) för sjukdom. Det innebar att den medicinska blicken utsträcktes från den avvikande till den friska människan, från det sjuka till det potentiellt sjuka. Det gällde att identifiera eventuell avvikelse, möjliggöra tidig sjukdomsupptäckt och vidta lämpliga åtgärder.

Det innebar att hälsa och sjukdom inte var en privatsak, utan en samhällsangelägenhet. Den äldre miljöhygienien hade samma utgångspunkt, men såg på kroppen som ett neutralt objekt vars förhållande till omgivningen skulle regleras genom olika hygieniska och sanitära åtgärder. Omgivningen var en potentiell källa till sjukdom. Enligt den nya socialhygienien var det inte den yttre omgivningen i sig som var farlig; den fungerade bara som en bakteriologisk reservoar. Faran fanns i stället hos individerna själva och deras livssätt. Det var människor som bar sjukdom från naturen in i samhällskroppen och spred den där.

Alltså: socialhygienien innehöll en ny aspekt som skulle bli grundläggande för det stora folkhälsoprojektet – att *åstadkomma beteendeförändringar*. Folk måste upplysas, fostras och styras till en ändamålsenlig livsföring, att lägga om levnadsvanorna efter förnuftiga och nyttiga mönster. "Vad vi läkare mest böra ägna vår uppmärksamhet och intresse åt," skrev läkaren Henrik Berg apropå skostadshygieniska inspektioner, "är livet inom bostäderna – folkets levnadssätt och vanor".

Även om det tidiga 1900-talets folkhälsoarbete givetvis innehöll konkret arbete ute på fältet – det gällde framförallt tuberkulosen, de veneriska sjukdomarna och yrkesmedicinen – kom tyngdpunkten att ligga på

förebyggande hygien- och hälsopropaganda. Målet var att skapa inte bara en frisk, utan en ny människa: sund, disciplinerad, villig att underordna sin oförnuftiga kropp den förnuftiga samhällskroppen. "Vår allmänna uppfattning måste ändras därhän att vi förstå, att det visst icke alltid, men i *de allra flesta fall är en skam, en stor skam att vara sjuk och svag*", skrev Hugo Toll, överläkare vid Ersta sjukhus, i *Hälsovårdens principer* 1913.

För individen innebar detta:

För det första att individintresset måste underordnas samhällsintresset. Individen var en länk i helheten, en cell i samhällskroppen, en del av kollektivets kapital. Hälsa och hälsobeteende kunde krävas med hänsyn till samhällssolidariteten, nationens och rasens överlevnad, arbetskraften, samhällsekonomin.

För det andra att sjuklighet var bunden till livsstil. Dörren till individens vardagstillvaro, livsmönster, vanor och ovanor måste öppnas. Hälsa var ingenting man fick gratis. Hälsa måste man kämpa för med vilja, förnuft och disciplin. Den kroppsliga kroppen måste tämjas med kunskapen och viljan som vapen och den goda samhällsinsatsen som mål.

För det tredje en pockande biologisk människosyn bunden till klassificering, typologisering och sortering kring kvalitativa begrepp som *mindervärdig, undermålig, degeneration* och *arv*.

Kännetecknande för den tidiga folkhälsodiskussionen var att befolkningspolitiska, ekonomiska, medicinska, moraliska och rasbiologiska argument vävdes samman i ett svärgenomträngligt nätverk. Kamp, utveckling, nation, folk, var nyckelord. På 1930-talet var folkhälsobegreppet knutet till samma ramkomplex men formulerat i *det modernas* nya språk: befolkningsmaterial, kvalitetsstegring, effektivisering, rationalisering.

Den tunga makten höll samtidigt på att glida över från en rent medicinsk nivå till en samhällelig. Folkhälsan var inte i första hand ett medicinskt, utan ett socialt problem. Det tidiga 1900-talets medikalisering efterträddes av 1930-talets "sociologisering".

Hälsa var ingenting man fick gratis. Hälsa måste man kämpa för med vilja, förnuft och disciplin

::::::::::

På 1930-talet var folkhälsobegreppet formulerat i det modernas nya språk: befolkningsmaterial, kvalitetsstegring, effektivisering, rationalisering

::::::::::

Åtgärderna

Inför det rationella samhällets skärpta kvalitetskrav är det socialpolitikens och medicinens uppgift att framskapa ett bättre människomaterial. Det största problemet gäller inte "de svårare fallen av defekta individer, utan alla de icke fullt toppvärldiga individer, som under moderna förhållanden har svårt att klara sin existens, denna tiondel eller rentav femtedel av befolkningen, som riskerar att gå under i den hårda konkurrensskampen."

Så skrev Alva och Gunnar Myrdal i *Kris i befolkningsfrågan* 1934, snabbt en politisk bestseller med sitt dramatiska budskap om ett Sverige på väg mot nationellt självmord.

En kraftfull motoffensiv måste sättas in: omedelbart nativitetssstimulerande åtgärder, men också insatser inom den förebyggande hälsovården, barnvården, mödravården. Folkhälsan inlemmades i ett övergripande politiskt program: byggandet av den moderna välfärdsstaten.

Det var ett lysande drag att förvandla befolkningsfrågan från ett abstrakt stats- och maktintresse till ett socialpolitiskt projekt för hur samhället bäst skulle inrättas för att individerna skulle stärka sin livsvilja, behålla sig friska och bejaka sin fruktsamhet. Befolkningsfrågan i stort liksom folkhälsofrågan blev en fråga om socialpolitiska reformer.

Reaktionen blev också snabb och stark. En rad motioner till 1935 års riksdag krävde en omedelbar utredning av befolkningsfrågan. Redan samma vår tillsatte den socialdemokratiska regeringen en befolkningskommission med uppgift att utarbeta strategier och handlingsprogram.

På kort tid presenterades ett imponerande antal betänkanden. De två mest kontroversiella var utan tvekan de som gällde en ny sexualmoral respektive en ny steriliseringslag.

Sexualbetänkandet, i huvudsak formulerat av Gunnar Myrdal, syftade till inget mindre än att skapa en ny

sexualmoral med tyngdpunkt på äktenskaplig barnproduktion, men fördomsfri både till preventivmedel och utomäktenskapliga förbindelser. Målet var att stegra nativiteten, att stegra den inom de rätta sociala skikten och att inordna sexualiteten inom rationella nyttoprinciper. Som en direkt effekt av betänkandet upphävdes preventivlagen 1938.

Steriliseringsbetänkandet var ett försök att på ett effektivt sätt finna politiska handlingsformer för den ras-hygieniska debatt som pågått sedan decennier. 1922 hade Statens institut för rasbiologi öppnats, beslutat av riksdagen, finansierat av statsmakten och med tunga politikernamn som Hjalmar Branting, Arthur Engberg och Nils Wohlin i ryggen. Zoologen Nils von Hofsten och växtgenetikern Herman Nilsson-Ehle skulle höra till sympatisörerna. Det innebar att rashygien fick full politisk och vetenskaplig sanktion.

Man skilde allmänt mellan positiv och negativ rashygien. Positiv rashygien betydde praktiska åtgärder för att genetiskt förbättra folkstammen, dvs styra den mänskliga biologin i förädlings syfte. Nils von Hofsten trodde att det var möjligt att upprätta en objektiv värdeskala över önskvärda mänskliga egenskaper (intelligens, hög moral, kroppslig hälsa och styrka) i syfte att förändra en befolkning "genom positivt urval ... på liknande sätt som inom växt- och djurförädlingen."

Men problemet var omdebatterat. Få trodde att den positiva rashygienen lät sig överföras i ett konkret program; några talade om "stuterimentalitet".

Den positiva rashygienen avsåg med andra ord "fullvärdiga" människor till skillnad från den negativa som gällde de "mindervärdiga". Här ansåg man sig ha säkrare kriterier: kronisk brottslighet, alkoholism, psykopati, sinnesslöhet, sinnessjukdom, svår kroppslig sjukdom. I befolkningskommissionens torra språk: "förkomna mindervärdiga individer, och som enligt ärftlighetslagarna oavbrutet alstras såsom avfallspro-

::::::::::

Det var ett lysande drag att förvandla befolkningsfrågan från ett abstrakt stats- och maktintresse till ett socialpolitiskt projekt för hur samhället bäst skulle inrättats för att individerna skulle stärka sin livsvilja, behålla sig friska och bejaka sin fruktsamhet

::::::::::

duktur från alla socialgrupper som hava en tydlig benägenhet att fortplanta sig inbördes och således bilda familjer och grupper starkt belastade av ärftlig undermålighet.”

Åtgärderna tycktes också enklare. Det gällde att försvåra eller förhindra att dessa grupper fortplantade sig. Diskussionen var densamma som vid 1900-talets början. Då hade man som huvudväg förordat lagligt reglerad hälsokontroll inför äktenskap, nu sterilisering.

1922, samma år som Rasbiologiska institutet öppnades, var steriliseringsfrågan för första gången uppe i riksdagen. 1929 och 1933 tillsattes två olika kommittéer vars utredningar resulterade i 1934 års steriliseringslag. Indikationerna för sterilisering blev två: den rashygieniska och den sociala (oförmåga att vårda egna barn), men ingreppet begränsas till sinnessjuka och sinnesslöa. Beslut skulle fattas av Medicinalstyrelsen eller genom s k tvåläkarintyg. Krav på ytterligare skärpning resulterade i den reviderade och utvidgade steriliseringslagen 1941 som även innefattade s k rättskapabla personer. Indikationerna blev nu tre: en rashygienisk (utsträckt till att också omfatta kroppsligt svårartad sjukdom eller svårt lyte), en social (asocialt levnadssätt som grund för olämplighet att vårda barn) samt en medicinsk (sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan).

Med den nya lagen steg antalet steriliserade snabbt. Under en dryg 10-årsperiod (1941–53) fördelade de sig enligt följande: sinnesslöa: 8 746; psykiskt sjuka: 1 352; psykopater: 1 835; epileptiker: 755; speciella arvshygieniska skäl: 349; svaghet: 7 954; kroppslig sjukdom och kroppsfel: 496 (de två sista indikationerna gällde endast kvinnor).

Enligt justitieminister K G Westman innebar den nya lagen ”ett betydelsefullt steg framåt i riktning av att sanera den svenska folkstammen, att befria den ifrån fortplantning av arvsanlag, som leda till att i framtida generationer det förekommer individer, som icke äro önskvärda medlemmar av ett sunt och friskt folk”. Mot den bakgrunden steriliserades drygt 60 000 människor i Sverige under perioden 1935–1975.

Hur var det möjligt?

Givetvis är det lätt att enbart känna avstånd inför denna rationalisering av människokvalitet, denna samtidigt hurtiga och kyliga sortering i A-människor och

B-människor. Hur skall man förklara att rashygienen för stora grupper framstod som fullt rimlig? Hur kunde så många (beräkningar pekar på 2–3 procent av befolkningen, dvs 130 000–200 000 individer) bedömas som så farliga att deras arvsmassa måste avlägsnas från den gemensamma folk kroppen? Hur kunde svenska folkhemsbyggare i klassutjämnings tid ge plats åt sådana betraktelsesätt, och varför var de humanitära motkrafterna så svaga?

Kanske måste det räcka med ett enkelt konstaterande. F o m 30-talet framstod steriliseringsprogrammet – mot bakgrund av en galopperande sekularisering och en stark utvecklingsoptimism, med stöd av vetenskapliga argument, ärftlighetslärans prestige och en framgångsrik ideologi som hävdade kollektivets företräde framför individen – som en del av det moderna projektet. Rashygienen (ordet byttes mot 30-talets slut mot det mindre laddade *arvshygien*) framstod helt enkelt som en del av det osentimentala folkhälsoprogram som långsiktigt skulle gagna alla. ”Framsidan” var en övergripande, engagerad satsning på att hejda och förebygga sjukdom.

”Det var självklarheter”, skulle Hans Forssman, professor i psykiatri, lite hjälplöst kommentera i en intervju många år senare.

När befolkningskommissionen 1938 publicerade sitt slutbetänkande, betonades befolkningsfrågans kvalitativa aspekter vid sidan av de kvantitativa. Det rashygieniska programmet fanns med. Men kvalitativ befolkningspolitik betydde också – och inte minst – insikt att folkhälsan bestämdes av individernas miljö, levnadsstandard och tillgång till hälso- och sjukvård. Därför skisserades ett övergripande socialpolitiskt program: bostadshygien, näringshygien och kroppshygien, sexualupplysning och familjestöd, förebyggande barn- och mödravård, hälsokontroll av småbarnen och skolbarnen, tillgång till en meningsfull fritid.

Statens institut för folkhälsan

Men fortfarande saknades en institutionalisering av det stora folkhälsoprojektet. 1935 anhöll Medicinalstyrelsen under ledning av Axel Höjer hos Kungl. Maj:t om inrättandet av ett *Statens institut för socialhygien*. De medicinska och sociologiska vetenskapernas hastiga framsteg hade väckt allt starkare krav på socialhygieniska åtgärder från samhällets sida, fram-

Hälsa måste skapas, planeras, läras ut

- ”ej kunnat i samma utsträckning mobilisera individens vilja till verksamhet.”

(Här ekar 1990-talets folkhälsodebatt i en slags historisk aha-upplevelse: att lära individen tvätta sig och borsta tänderna är inte omöjligt, men att få henne att ändra de beteenden som styrs av hennes behov av lust, tröst och flykt är svårare.)

Institutet öppnades 1938. Dess tillkomstshistoria speglar en diskret maktkamp mellan Medicinalstyrelsen och Socialdepartementet, den latenta konflikten mellan det stränga, naturvetenskapligt orienterade läkarsamhället och en socialpolitisk institution med ambition att "socialisera" områden som medicinen betraktat som sina. Terminologin är inte oviktig för att fånga dessa skillnader. Statens institut för *social hygien* antydde just myndighetsperspektivet, en överhet som krävde ett fullgott folkmaterial till sitt förfogande. Statens institut för *folkhälsan* associerade till en varmare, godare patriarkalism.

Den stora drömmen

1930-talets socialpolitiska projekt präglades av drömmen att kunna förändra verkligheten med hjälp av den vetenskapliga kunskapen om människan, hennes villkor, beteenden och drivkrafter. Det uttryckte en optimistisk syn på möjligheten att skapa social harmoni med rationella medel och tillät påverkan av individen för att underlätta hennes anpassning till det gemensamma målet. Hälsa måste skapas, planeras, läras ut. Med rationalitet, anpassning och god vilja skulle sjukdom kunna förebyggas. Den krävde engagemang i livskurvans alla faser. För de ofödda och späda barnen mödravårds- och barnavårdscentraler, på daghemmen dagliga halsinspektioner, i skolan regelbundna hälsokontroller. Över varje barn skulle ett hälsokort föras där barnets fysiska och psykiska kvalitet antecknades till grund för eventuella korrigeringar. På vuxennivå gällde upplysning och anpassning. Fick människan bara veta vad som var rätt, sunt och riktigt, skulle hon också vilja och välja att leva rätt. Den som inte lät sig anpassas måste behandlas, analyseras eller i värsta fall steriliseras. Axel Höjer talade om möjlig-

69

Plötsligt kolliderar drömmen om den sunda folk-
kroppen med en vag Kallocainstämning

heten att skapa ett organ för registrering av personer som *borde* steriliseras; "ändamålsenligast vore att låta dylik specialregistrering ingå i en allmän psykisk hälsokontroll".

Plötsligt kolliderar drömmen om den sunda folk-kroppen med en vag Kallocainstämning: statens övervakande öga, kontrollen ständigt närvarande, villigheten att skära bort allt som inte passade i det goda mönstret. En grundton skiljde också detta moderna hygienprogram från det äldre. Det introducerade ett nytt hälsobegrepp, kopplat till vetenskaplighet, rationalitet och effektivitet.

Gagnades inte individerna då? Var det inte bra med bättre vanor som lät dem slippa magkatarr, diarréer, löss, värk och trasiga tänder? Som lät spädbarnen överleva, skolbarnen få ordentlig frukost, de vuxna hålla sig friska och gamlingarna slippa dö innan det var dags? Som t o m lät de längtande bejaka sin sexualitet? (Det sätt på vilket 1938 års sexualbetänkande ville lära ut bättre sexualvanor kring t ex ömsesidig tillfredsställelse är ett fascinerande exempel på denna rationaliserade folkhälsopolitik.)

Självklart var det så. Samtidigt måste man för varje politisk åtgärd pröva ett slags "misstankens hermeneutik". Höjer angav uttryckligen *produktionskraft* respektive *reproduktionskraft* som folkhälsoprogrammets mål. Krasst uttryckt skulle det innebära att en god och rättvist fördelad hälsovård helt enkelt var basen för en optimal arbetsproduktivitet.

Men här finns också andra aspekter. En var folkhälsoidéns klassöverbyggande funktion. Det är knappast en slump att kraven på statliga åtgärder mot sjukdom och fattigdom ökade i tider av klasspolitisk oro, först kring storstrejken 1909 och sedan under det sträva 30-talet. Folkhälsa betydde trots allt *allas* hälsa, oavsett klass, kön, makt och lön. På ett individuellt plan kunde hälsoprogrammet svara mot drömmen om den totala klassrörligheten. Den hade en klassutjämning funktion genom att koncentrera intresset till individen mera än till gruppen/klassen. Att hålla kroppen i trim, utstråla hälsa och sundhet blev ett nytt slags klassmärke,

ett socialt hävdelseinstrument – ett sätt att marknadsföra sin person. Genombrottet för en ny kroppslighet, för utseende och kroppsvård bryter igenom i veckotidningar och annonsmaterial under 30-talet: att vårda, träna och sköta sin kropp blir en ritual i den sociala bekräftelsens namn.

Sist men inte minst fanns här givetvis den gamla folkbildningsambitionen med rötter i 1800-talet: att bilda, lyfta, fostra. Kunskap om hälsa och hygien var ett led i denna sociala lyftning, i hela den sociala frågan, och ytterst i visionen av den sociala ordningen i det moderna samhället som höll på att ta form.

Det hela var ett mångtydigt pussel. "Huvudvikten i den etiska upplysningsverksamheten", skrev befolkningskommissionen, "bör läggas på ett understrykande av det självbedrägeri, som den individualistiska lyckomoralen utgör för flertalet människor." Hälsa måste uppfattas som en individuell plikt, men också som ett socialt ansvar. Och folk lystrade. Den svenska tillväxten på kapital, barn och medellivslängd var som bekant stor fr o m 1940-talet.

Till sist

Det tidiga 1900-talets folkhälsostrategi präglades av myndigheten, moraliserandet och den stränga rösten. Men här rymdes också den goda patriarkalismen. Strukturen var genial:

För det första att sprida en vetenskapsbaserad, faktainriktad och praktiskt applicerbar hälsoinformation byggd på auktoritativ medicinsk kompetens.

För det andra att etablera kontakt på lokal nivå genom t ex dispensärer, distriktsläkarstationer och distriktssköterskor, samt ett institutionaliserat samarbete med folkrörelserna.

För det tredje att kombinera hälsokampanjerna med konkreta socialpolitiska reformer.

Det var en framgångsrik strategi. Folkhälsans höjande mätt i ökad medellivslängd, minskad spädbarnsdödlighet, minskad infektions- och tuberkulosdödlighet, förbättrad hälsostatus hos skolbarn och värnpliktiga, tandhälsa m m var dramatiska fr o m 40-talet. Efter 2:a världskriget tycktes också den tidiga konflikten mellan samhälls- och klassintresse symboliskt upphävd. 1945 inledde arbetarrörelsen i samband med gymnastikförbundet och Läkarförbundet den s k *Hälsokampanjen* och samma år bildades under mottot

”Bättre hälsa – bättre folk” *Hälsokommittén* med representanter för arbetarrörelsens alla organisationer sida vid sida med Medicinalstyrelsen, Sveriges Läkärförbund och Statens institut för folkhälsan. Båda lanserade en bred upplysningsverksamhet via populära småskrifter, ”typföredrag”, filmer och bildmaterial i skilda hälsovårdsämnen, att spridas lokalt via studiecirklar, på möten och föredragskvällar.

Här samarbetade folk-, läkar- och samhällsintressen för första gången i institutionella former. Samförståndet tycktes fullständigt. ”Man måste i folkhälsobegreppet ... innefatta inte bara den fysiska och psykiska hälsan, utan även *samhällsdugligheten*, fastslås det i en av Hälsokampanjens skrifter. Och i ABF:s märkliga programskrift *Arbetarrörelsen och folkhälsan* (1944) är budskapet än tydligare: Arbetarrörelsen borde ställa upp en hundraårsplan för sjukdomarnas utrotande och därmed den sociala synen på sjukdomarna: många sjukdomar är ett medvetet brott emot samhället ... En socialt lagd medborgare har inte rätt att vara sjuk, så långt detta beror på honom själv.” I Hälsokampanjens skrifter finner man också mer av traditionell myndig hälsoideologi än av revolutionära folkhälsokrav. Arvshygienien spelar fortfarande en framträdande roll, samhällsdugligheten understryks, betonet av samhällsansvaret är stort.

En ohelig allians? Knappast, däremot en triumf för den svenska socialdemokratins förmåga att skapa konsensus kring det stora välfärdsprojektet, skickligheten att mobilisera individen för de gemensamma målen. ”Vi är alla själva ansvariga för våra demokratiska drömmar,” står det i *Arbetarrörelsen och folkhälsan* ”Det resultatet kommer ut mera av varje dags samlade arbetsprodukt än ur själva beslutet i riksdagen eller fullmäktige. I dessa församlingar kan arbetarrörelsen ha makten, men över resultaten kan den förlora den, om livet leves onormalt av förstörda människor.” Det gäller att sköta kroppen som ett produktionskapital anpassat till den samhällsomvandling som pågick.

Samtidigt kvarstod en konflikt. Folkhälsoprojektet var ett led i en rationell samhällsplanering. Den sökte mätbara kriterier på kollektivets hälsa. Dess själva nerv var en riktning bort från det individuella till det generella, från den närvarande sjukdomen till en förebyggande verksamhet där sjukdomen löstes upp i miljö, beteende och livsstil. Det gällde att eliminera det

Idag kan hälsomobilisering knappast motiveras med att vi gemensamt skall bygga landet

avvikande och irrationella, att åstadkomma en slags förnuftigt, nyttigt och lojalt handlande normalindivider. (Det kan för övrigt noteras att det är det *normala*, dvs genomsnittliga, inte det unika som upphöjs till ideal i folkhälsoprojektet.) I sträng mening var sjukdom en avvikelse från den goda ordningen, en störning i den rationella dynamiken mellan individ och samhälle.

Då som idag formulerades denna dynamik ungefär så här:

Samhället skall ansvara för undanröjande av hälsofarliga miljöer, förebyggande hälsovård och hälsoupplysning liksom för grundläggande behov av vård och behandling. Individen har å andra sidan ansvar för att – genom tillgång till upplysning och rimlig levnadsstandard – utveckla ett förnuftigt ”hälsobeteende”.

Kanske är det för att denna förnuftiga normalindivider är en utopi som folkhälsofrågan är lika aktuell idag som någonsin förr. Den förutsätter – just som Gunnar och Alva Myrdal trodde – att individen skall agera nyttigt och förnuftigt bar därför att hon vet vad som är nyttigt och förnuftigt.

I själva verket är hon långt mera mångbottnad än så (något som dagens folkhälsoideologer givetvis är högst medvetna om när de introducerar faktorer som ”livskvalitet”, ”arbete”, ”socialt nätverk”, ”meningsfullt sammanhang” i hälsokalkylen.) Inte bara därför att hon är insnärjd i en oöverskådlig väv av sociala, kulturella och symboliska vanemönster, utan därför att behovet av tröst, flykt och *oförnuft* styr henne i lika hög grad.

Och oförnuftet är någonstans förnuftigt, är en del av motståndets egna sturska estetik. För hur skulle den som är slukad av abstrakta, monotona arbetsuppgifter få tillgång till evig kraft och hälsa? Varför skulle den som känner sig tömd och trött avstå från stundens hälsofarliga njutningar? Och varför skulle det ske i namn av välfärdsprogram som man inte känner sig delaktig i?

Idag kan hälsomobilisering knappast motiveras med att vi gemensamt skall bygga landet. Förändringar i livsstil måste utgå från individuella vinster. Klass-

frågan kvarstår, inte bara vad gäller fördelning av sjukdom och ohälsa, utan också *tillgång till möjligheter*. Hälsopropagandan har alltid haft sin största framgång bland de uppåtsträvande mellanskikten just därför att de förbinder hälsa med individuella möjligheter, ett sätt att förflytta sociala gränser. Bakom sådana värderingar lurar bilder av sjukdom och svaghet som stigman för en ny slags underklass: dom utslagna, dom utanför.

Ett framgångsrikt folkhälsoarbete måste nu som på 30-talet bygga på grundfrågan: hur skall samhället inrättas för att individen skall vilja – och kunna välja – att hålla sig frisk, bejaka livslusten, känna sig tillhörig?

REFERENSER

Artikeln bygger på en större uppsats (med utförlig referenslista): "Folkhälsa: Det svenska projektet från 1900 till 2:a världskriget", *Lychnos: Årsbok för idéhistoria och vetenskapshistoria* 1991. Se äv. E Palmblad, *Medicinen som samhällslära* (Göteborg, 1990), Y Hirdman, *Att lägga livet tillrätta: Studier i svensk folkhemspolitik* (Stockholm, 1989). Om rasbiologin G Broberg & M Tydén, *Oönskade i folkhemmet: Rashygien och sterilisering i Sverige* (Stockholm, 1991). 1992).

Källa / 39

Ny framtid för akupunktur?

Forskare diskuterar akupunktur som sjukdomsbehandling

I de flesta västerländska länder används akupunktur som smärtlindring. Nu presenteras nya fakta om forskning kring akupunktur som behandlingsmetod vid sjukdom utifrån svensk erfarenhet.

Sven Andersson, Göteborgs universitet · Barbro Johansson, Lunds lasarett
Thomas Lundeborg, Karolinska institutet · Roger Stadra, Runnagården, Örebro
Inger Atterstam, medicinjournalist

FRN

FORSKNINGSRÅDSNÄMNDEN

Källa 39 kan Du köpa i Pressbyrån eller från FRN, Publikationer, Box 6710, 113 85 Stockholm. Telefon 08-610 06 50.

