

Aids och den historiska erfarenheten

Karin Johannisson

Även om de panikreaktioner som aids utlöste i sitt initialske har dämpats, är attityder, myter och värderingar kopplade till smittosamma sjukdomar fortfarande aktuella. Samma sjukdomsföreställningar och syndabockssyndrom, samma former för myndighetsutövning har återkommit i samband med varje epidemi. De har alla hög relevans för dagens aidssituation.

Karin Johannisson är docent i idé- och lärdomshistoria vid Uppsala universitet och innehar en forskartjänst i medicinshistoria vid HSFR. Inom ramarna för bla Stockholms läns landsting, Noaks ark och Psykhälsan har hon i ett flertal sammanhang behandlat epidemihistoriska perspektiv.

Den historiska erfarenheten kan användas på flera sätt. I aids massmediala inledningsskede omkring 1985 dominerade panikstämningarna. Prognoserna pekade mot en snabb spridning, skrämmande framtidsscenario formulerades, bilderna av de aidssjuka fläckiga hud och utmärglade kroppar plågade oss alla. Rädslorna förkroppsligades i myter, skräckhistorier och plötsligt legitimerad fördömdhet mot sk avvikande grupper. Ropen på lag, tvång och isolering var starka. Läkare som föreslog livslång avskiljning av HIV-smittade från det övriga samhället togs på fullt allvar.

I den situationen var det viktigt att använda den historiska erfarenheten på huvudsakligen två olika sätt. För det första för att frilägga mekanismerna i de offentliga panikreaktionerna. Och för det andra för att beskriva hur samhälleligt tvång har fungerat som kontrollinstrument i samband med tidigare epidemier.

På den andra punkten kunde den historiska erfarenheten ge ett entydigt svar. Tvång (om man undantar karantänerna) riktat mot enskilda individer eller grupper i syfte att förhindra smittspridning har i allmänhet inte fungerat. Just de som varit – eller misstänkt sig vara – smittade har hållit sig undan. Koleran fungerade här som typexempel; på ett massmedialt/psykologiskt plan hade dess epidemiska ansikte stora likheter med aids (bägge var tidigare okända sjukdomar, slog till plötsligt, väckte starka ångestreaktioner, drabbade i första hand redan utsatta grupper). Tvångsåtgärder visade sig få rakt motsatt effekt till den avsedda.

I dagens aidsdebatt har också ropen på tvång, isolering och hårda tag tystnat. Naturligtvis med rätta. Det är kortsiktigt att tro att effektiv smittbekämpning kan bygga på annat än förtroende, respekt och solidaritet.

Den första punkten – att frilägga mekanismerna i de psyko-sociala reaktionerna på epidemier – är däremot fortfarande lika aktuell. Idag är offentlighetens sätt att hantera aidsproblematiken visserligen betydligt dämpad i sin framtoning. Upplysningsarbetet har formaliserats och integrerats i socialstyrelsens och landstingens allmänna upplysningsarbete. Men aids har också tematiskt inordnats i ett mer avgränsat problemkomplex knutet till sex och sexuellt beteende mera än till epidemiologiska perspektiv. Därmed tycks man ha avvärjat den sin omedelbara farlighet. Som sjukdom och som metafor, som allmänt hot och som makt över vårt enskilda sexualliv är aids på väg in i vårt kollektiva och individuella medvetande. Frågan är vad som händer med den där.

Det är kortsiktigt att tro att effektiv smittbekämpning kan bygga på annat än förtroende, respekt och solidaritet.

.....
Epidemier har alltid engagerat hela samhället. Det skapar arbete åt läkarna, uppgifter åt politikerna, nyhetsstoff åt massmedia, näring åt moralisterna.
.....

Mot den bakgrunden är det relevant att påminna om de föreställningar, myter och värderingar som har knutits och fortfarande är knutna till de epidemiska sjukdomarna, och som i sin tur styr samhällets förhållningssätt. För att skapa tyngd åt den historiska jämförelsen skall ett exempel presenteras närmare: syfilis.

Sjukdom som straff, skuld och hämnd

Epidemier har alltid engagerat hela samhället. De skapar arbete åt läkarna, uppgifter åt politikerna, nyhetsstoff åt massmedia, näring åt moralisterna, och nya barn åt kyrkan eller själens mera världsliga vårdare.

På makroplanet är de tunga historiska determinanter. Epidemier har utplånat befolkningar, ställt in krig, kastat om sociala och ekonomiska hierarkier, släckt gamla livsmönster och fött nya. På mikroplanet skapar de skräck, skam och syndabockssyndrom. De sätter förnuft och solidaritet på prov.

Trots ökad kunskap om epidemiernas biologiska ursprung har tre sjukdomsföreställningar hakat sig fast:

För det första *sjukdom som straff* (i Gamla testamentet berättas hur Gud straffar sina olydiga barn genom att sända farsoter över dem).

För det andra *sjukdom som självpåtagen*, dvs som en konsekvens av vårt sätt att leva eller vara.

Och för det tredje *sjukdom som naturens eget korrektiv*, dvs som naturens sätt att upprätthålla eller återställa den ordning som gäller för mänskligheten. Kring sekelskiftet 1800 blev tex tanken att epidemier var naturens sätt att hålla ner överbefolkningen en tes med vetenskaplig sanktion; den fick grym aktualitet då koleran drog in över Europa på 1830-talet och drabbade som hårdast i städernas överbefolkade arbetarkvarter.

Trots ökad kunskap om att smitta inte tar hänsyn

till klass, status och social anpassning, har syndabockssyndromet alltid återkommit. Det har riktats mot bestämda grupper: judarna och zigenarna, de prostituerade, de fattiga och eländiga, de religiösa och sociala utbrytarna — mot *de avvikande*, de som inte följt samhällets sanktionerade regler.

Både orsaksteorier och stigmatisering av enskilda grupper har haft en bestämd funktion. De har skapat känslan av en *förklaring*. Det fanns en logik, en mening, en avsikt bakom det onda.

Då och nu

Idag är situationen densamma och ändå annorlunda. Vi har för det första blivit bortskämda av medicinens och bakteriologins enorma framgångar under de senaste hundra åren. Vi har väl knappast kunna föreställa oss att en ny och (ännu) obotlig infektionssjukdom skulle drabba oss. Under 1960-talets rekordår uttryckte också Världshälsoorganisationen en gränslös optimism: med hjälp av ny kunskap, ny teknik och nya pengar skulle läkarvetenskapen snart kunna — om inte utrota — så ändå förebygga och kontrollera infektionssjukdomarna. Idag är vi inte lika säkra längre. Framtidstron har fått skrapår. På något obehagligt sätt passar aids in i en krypande vanmaktskänsla, i bilden av en värld som vi inte längre kontrollerar.

För det andra finns det inte längre några självklara förklaringar. Eller gör det? Alla de gamla sjukdomsmyterna knutna till epidemier har aktualiserats i samband med aids: Aids som straff. Aids som självpåtagen (i allra högsta grad!). Aids som naturens sätt att slå tillbaka. Mot tex människans övervåld mot naturen, mot befolkningsexplosionen, mot den avvikelse från naturens ordning som homosexualitet skulle innebära, eller mot de senaste decenniernas sexuella frigörelse.

Och talar vi inte i termer av straff, skuld och hämnd, så kan vi ändå hålla oss med syndabockar. Vårt behov att göra en skillnad mellan *oss* och *dom*, *vi* och *de andra* är fortfarande stort. Den franske filosofen Michel Foucault har talat om vårt *behov* att hålla oss med besmittade grupper. Det gör det inte bara möjligt att stöta bort och isolera dem som inte följer de fastställda normerna, utan fördjupar också vår egen känsla av att tillhöra de friska och välanpassade.

.....
Smitta har alltid förknippats med det som är främmande, det som kommer någon annanstans ifrån: främmande länder, främmande grupper och individer, främmande vanor.
.....

Det ligger en speciell, primitiv tillfredsställelse i att kunna räkna sig till de icke-smittade, icke-utstötta.

Smitta har alltid förknippats med det som är *främmande*, det som kommer någon annanstans ifrån: främmande länder, främmande grupper och individer, främmande vanor. Vad gäller HIV/aids har den farliga och i sig smittsamma syndabockstanken bekräftats med rubrikerna i de offentliga rapporter som anger antalet nysmittade, smittade, sjuka och döda: "homosexuella/bisexuella män", "sprutnarkomaner" – stämplarna som bränner ännu djupare genom att ställas mot grupper av "oskyldigt" smittade (blodsmittade, heterosexuellt smittade).

Givetvis kan man fråga sig om detta är nödvändigt. Skapar inte det – inte minst i massmedias hungriga versioner – bilder av att homosexualitet och narkotikamissbruk också är *förklaringar*? Att sjukdomens orsak är en livsstil och inte ett virus? Vad hjälper det sedan att aids kan drabba alla. Det hela började ju ändå med *dom*, med *de andra*. Vi som är oskyldiga får lida för andras orättfärdighet. Eller också invagar det oss i en falsk säkerhet: sjukdomen drabbar inte oss, bara *dom*.

Polariseringen berör en grundkonflikt, den mellan samhällsintresset och individintresset. Den har aktualiserats i samband med varje epidemisk sjukdom: spetälska, pest, smittkoppor, kolera, syfilis.

Exemplet syfilis

I svenska provinsialläkarrapporter kring 1800 berättas om den stora rädslan när den veneriska smittan sprider sig snabbt och brutalt över hela landet. Folk är rädda. Läkarnas exempel är många och utgör en skrämmande läsning. De berättar om hur de smittade – eller de som misstänks vara smittade – blir av med sina arbeten, sägs upp från sina hemman, hur föräldrar driver ut sina barn, och bröder sina systrar. Tom kyrkan, de olyckligas sista hopp om tröst och försoning, stänger sina portar.

Syfilis hotar att äta upp Sverige, den slukar en stor del av sjukvårdsresurserna, på lasaretten är upp till 60% av de intagna veneriskt sjuka. Någoting måste göras; läkarna är överens. De sjuka måste hjälpas, smittan hejdas, smittvägarna ringas in.

Men det allra viktigaste är att komma åt den farligaste smittspridaren av alla – *rädslan för att bli utstött* – som gör att folk håller sin smitta hemlig och under tiden smittar andra.

Läkarna diskuterade åtgärder och strategier. Först och främst måste folk upplysas om smittvägarna, både de "skyldiga" och de "oskyldiga": samlag, smitta från mor till barn eller från barn till amma, sängkläder, mat- och dryckeskärl, pipor, kyssar, svett. Vidare måste de farliga myterna informeras bort, inte minst den vanligaste av alla – att man befriade sig från sjukdomen genom att föra över den på någon annan. Den folkliga uppfinningsrikedom tycks i dessa förtvivlans och desperationens sammanhang ha varit stor.

Hur folk skulle förmås att yppa sin smitta var det största problemet. Det var en klassfråga. Medan de privilegierade uppsökte läkare om en *indiv*id var smittad gjorde vanligt folk det bara om *många* var sjuka och symtomen inte längre kunde hemlighållas. Under tiden hade smittan spridits ytterligare.

Kunde man hota? Med att de som dolde sjukdomen inte skulle få begravas i vigd jord? Att smittade som vägrade underkastade sig behandling inte skulle få dricka ur nattvardskalken? Förslagen vittnar informativt om att utmaningar mot individens religiösa föreställningsvärld betraktades som mer effektiva än lagliga straff.

Det hela verkade svårt. I stället diskuterades olika tvångsåtgärder, tex polisiära tillslag och läkarbesiktningar vid krogar, vårdshus, marknader och andra misstänkta smittohärdar. Ett större grepp var att kontrollera hela församlingar. En rad sådana sk besiktningar genomfördes också fr o m 1700-talets slut och

.....
Det allra viktigaste är att komma åt den farligaste smittspridaren av alla – rädslan för att bli utstött – som gör att folk håller sin smitta hemlig och under tiden smittar andra.
.....

åtminstone fram till 1820-talet; en åtgärd förmodligen unik för Sverige.

Inringade smittade skulle för behandling överföras till sk kurhus. Förslag att placera svårare fall i särskilda asyler "där de kunde från andra afskiljas på lifstid" framfördes från flera håll. Rapporterna från kurhusen berättar om delvis förfärande förhållanden: stank, våld, oroligheter och katastrofala sanitära villkor. Ännu vid 1800-talets mitt berättas hur patienterna mera behandlades som fångar än som sjuka. Verksamheten finansierades med den sk kurhusavgiften, en skatt som enligt riksdagsbeslut 1815 togs ut av varje svensk medborgare (den bytte 1873 namn till sjukvårdsavgift). Skatten väckte irritation och förstärkte utan tvivel de smittades paristställning i samhället.

Efter en första trevande fas kom smittbekämpningen att inriktas på särskilt smittfarliga grupper. Enligt kungligt cirkulär till landshövdingarna 1812 rörde det sig om följande grupper: krigsfolk, sjöfolk, prostituerade, sillfiskare (dvs rörlig säsongsarbetskraft), kringvandrande försäljare och judar.

Särskilda sk sundhetspass infördes för dessa grupper, som innebar att de på uppmaning skulle kunna visa intyg på att de var kontrollerade av läkare och befunda smittfria. Passen skulle förnyas var tredje månad. Systemet upphävdes 1860.

Samtidigt koncentrerades smittbekämpningen efter europeiskt mönster till en bestämd grupp: de prostituerade.

Det skedde med hjälp av den sk reglementeringen, en halvt om halvt legaliserad och av polis och läkare kontrollerad prostitution. Varje kvinna som misstänktes vara prostituerad skulle spåras och registreras. Hon skulle åläggas läkarkontroll två gånger i veckan på en särskild sk besiktningsbyrå. Uteblev hon skulle hon hämtas, och vid upprepning straffas med tvångsarbete. Var hon smittad skulle hon tvångsintas på sjukhus.

Dessa besiktningar uttryckte en mycket starkt myndighetsutövning. De var möjliga därför att det rörde sig om en grupp av redan utstötta. I en egendomligt glidande process försköts smittbekämpningen från sjukdomen själv till en klassisk syndabocksgrupp. Kvinnorna bar enligt samstämd medicinsk expertis på ett självförvållat öde, en följd av psykiska och

sociala defekter. Från denna förkastlighetens källa spreds smittan ut i det goda samhället.

In på 1900-talet hävdade samhället — under stark press från Svenska Läkaresällskapet — att detta var det effektivaste sättet att hejda spridningen av de smittsamma könssjukdomarna. Först sedan en statistisk undersökning (publ 1910) visat att drygt 40% av de registrerade höll sig undan de obligatoriska läkarkontrollerna och att det var tre gånger så vanligt att utebli bland de smittade som i hela gruppen, upphävdes systemet och ersattes med frivillig poliklinisk kontroll. Formellt skedde detta med den sk *lex veneris* (1919). Då hade också det första effektiva botemedlet mot syfilis, Salvarsan, förändrat bilden.

Syfilisbekämpningen innehåller flera principiellt intressanta punkter. Den koncentrerades tidigt till redan utsatta, utstötta grupper trots att smittan var spridd i alla samhällsklasser. Intagning på kurhus betydde sämre behandling än vad andra patientgrupper fick, en påminnelse om de sexuellt överförda sjukdomarnas koppling till skuld och skam. Syfilisbekämpningen legaliserade dessutom en verksamhet — prostitutionen — som innebar social misär för individen mot att samhället erövrade (skenbar) medicinsk kontroll. Problematiken påminner om den som idag är aktuell under rubriken "rena sprutor till narkomaner", där de medicinska önskemålen om kontroll av smittspridningen står mot det faktum att samhället därmed sanktionerar ett missbruk som är förödande för individen.

Konflikten är komplicerad och aktualiserar ett klassiskt problem. Samhällets roll är dubbel. I den ingår för det första skyldigheten att skydda de medlemmar/individer som samhället består av — de enskilda delarna — dvs ge ett individskydd. Men också att skydda samhället som helhet *mot* de delar som hotar helheten, dvs ge ett samhällsskydd. Skall den konflikten lösas kan det bara ske på grundval av ömsesidigt förtroende.

REFERENSER

Artikeln är en bearbetad version av en föreläsning vid Läkarstämman 1988. För en utförligare framställning se "Smittad — aids och den historiska erfarenheten", i *Johannisson, K: Medicinens öga: Sjukdom, medicin och samhälle — historiska erfarenheter* (under utgivning). Norstedts förlag.