

Socialmedicin i klassamhället — mellan statsmedicin och försäkringsmedicin

Finn Diderichsen

Urban Janlert

Socialmedicinens historia kan beskrivas som en pendling mellan två traditioner — en statsmedicinsk och en försäkringsmedicinsk. I båda traditionerna har sambandet mellan klass och ohälsa varit en grundläggande fråga som genomsyrat många av de frågor som socialmedicinen ställt. Den statsmedicinska traditionen tycks återkomma i perioder av ekonomisk kris och har följaktligen åter varit aktuell under 1980-talet. Kvarstående sociala klyftor i ohälsans fördelning har blivit ett viktigt argument för regeringens hälsopolitiska initiativ.

Finn Diderichsen är tf professor i socialmedicin vid Institutionen för socialmedicin, Sundbyberg och Urban Janlert är distriktsläkare och chef för Socialmedicinska Forskningsenheten i Luleå.

Merkantilismen

Socialmedicinen är en produkt av merkantilismens politiska ekonomi. 1600- och 1700-talet präglades av stark rivalitet mellan de framväxande europeiska nationalstaterna. Sverige låg i krig 75 av de 120 åren mellan 1600 och 1720. Ekonomisk självständighet var ett måste. Ekonomisk välfärd var olösligt knuten till politisk och militär makt och staten utövade socialpolitik med samma självklarhet som utrikespolitik. Båda gav staten den nödvändiga legitimiteten efter en tid av feodalmaktens upplösning, inbördeskrig m m. (1)

Då teknologisk utveckling skedde i ett nästan omärkbart tempo kunde man inte konkurrera med andra nationer genom utveckling av produktionsmedlen. I stället måste man öka antalet människor i produktionen. Rikt skulle landet bli genom att den produktiva delen av befolkningen snabbt ökade i storlek. Fattigdom skapade ohälsa och sjuka människor kunde inte arbeta. Hälsopolitiken blev ett viktigt inslag i den ekonomiska politiken. Det klassiska socialmedicinska sambandet mellan fattigdom och ohälsa var tydligt redan för 300 år sedan. (2)

Medicinsk polis

1790 — året efter utbrottet av Franska Revolutionen höll Johann Peter Frank en föreläsningsserie i Pavia: "De populorum miseria: Morborum genitrix" (folkets fattigdom som orsak till sjukdom). (3)

"För varje klass av medborgare kan deras hälsa och sjukdomstyper härledas från deras levnads-sätt. Sjukdomar hos hovet och adeln är olika från soldaternas och de lärdas. Hantverkarna har sina olika speciella sjukdomar. Jag har undersökt orsakerna till denna sorgliga verklighet och fann den snart i livegenskapen. Ett förslavat folk är ett kakektiskt folk".

Frank såg medicinen i sin politiskt-ekonomiska dimension. Sambandet mellan klass och ohälsa var från början en kärnfråga för socialmedicinen. Han var inte sen att föreslå åtgärder. Ett 9-bands verk "System einer vollständigen medicinischen Polizey" utkom med början 1779 och gav anvisningar för bättre kosthållning för barn, avskaffandet av snörlivet, regler för ungdomens danstider, förbätt-

.....
Läkarens kunskap och statens makt var basen för en handlingskraftig statsmedicin eller "medicinsk polis"
.....

ring av sophantering etc. Läkarnas kunskaper och statens makt skulle bli basen för statsmedicinen eller för den "Medicinska polisen" (Polis betydde då mera administration och politik än polis). (4)

En av Franks motto var: "DE MAGISTRATU MEDICO FELICISSIMO", dvs lagstiftaren är den mest framgångsrike läkaren. Men det dröjde 50 år innan statsmedicinen fick mer påtagliga effekter i lagstiftningen. Under första hälften av 1800-talet upplevde Europa stigande befolkningstal, industrialisering, urbanisering och trångboddhet. Kolera- och tyfusepidemier härjade. (2)

1842 framhöll Edwin Chadwick i sina epidemiologiska undersökningar av dödligheten i de engelska städerna: "Medelåldern bland överklassen är 35 år medan den för arbetarna är 15. Skillnaden i medellivslängden mellan klasserna förefaller vara en någorlunda exakt skala över deras bostadsstandard". Epidemiologin gav honom kunskap om etiologin även om mekanismerna inte var kända. (5)

1848 var det revolution i Paris och Berlin. Marx' och Engels' gav ut *Det kommunistiska Manifestet* och socialmedicinen etablerades som begrepp. Jules Guérin skriver 1848 i sin tidning *Gazette Médicale de Paris*. (6)

"I stället för de obeslutsamma och dåligt samordnade närmanden till problemet som vi har blivit vana vid under benämningar som medicinsk polis, allmän hälsovård, statsmedicin, har stunden kommit för att samla dem i en organiserad helhet och höja dem till den högsta nivån under beteckningen *socialmedicin* som bättre uttrycker deras syfte.

För att beröra de mest fundamentala frågorna, vem kan bäst närma sig det stora problemet att förbättra de lägre klassernas förhållanden? Vem kan bättre än doktorn visa den moraliska vägen, genom fysisk utveckling, som börjar med uppfostran av barnen och slutar med att förändra de kloka? Vem är mer kvalificerad att göra mänskliga och produktiva bedömningar av förhållandet mellan arbetskapacitet vid olika åldrar och indu-

strins skilda behov? Vem, om inte doktorn, kan bedöma orsakerna till fysisk efterblivenhet i de klasser som på sistone fått dra nytta av privilegiets destruktion, och hitta vägar för att göra dem friskare, starkare och lyckligare?

En stor fråga finns idag i allas våra tankar: vilket skulle resultatet bli av högre löner och kortare arbetstid? Undersökt i ljuset av socialmedicinen besvaras denna fråga lätt och tillfredsställande. Kortare arbetstid skulle innebära mindre trötthet för de arbetande, högre löner skulle innebära större energi och större välbefinnande eftersom man då kommer att ha möjlighet att skaffa bättre föda och mer föda. Det fysiologiska konsekvenserna av dessa två faktorer vilket tycktes båda så illa för industrin, skulle i själva verket bli en bättre och mer produktiv arbetskraft.

Från en annan synpunkt och från en annan mer omedelbar betydelse, låt oss inte glömma vikten av de tjänster till vilka läkaren kallas för att tjäna samhället. Vid en tid som denna, när misstron finns överallt, behöver vi någon som agerar som medlare mellan fraktioner och motsatta intressen. Doktorn ensam kan utföra denna medlargärning. Ingen annan har sådan förmåga att visa och försvara behoven hos de olika klasserna i samhället, eftersom ingen annan känner dem så väl, frekventeras med dem så ofta eller håller deras intressen så nära hjärtat.

I sanning är socialmedicinen nyckeln till de brännande frågorna i dessa timmar av pånyttfödelse, och denna deklaration borde vara marchordern för den medicinska professionen Socialmedicinen, i regeringens tjänst, kommer härnäst att vara ledande över rent vetenskaplig medicin".

Rudolf Virchow såg i marsrevolutionen 1848 det medel som skulle öppna vägen för den rationella hälsopolitiken:

"Varje folksjukdom visar oss folkets liv under föränderliga förhållanden och det gäller för oss endast att erkänna denna abnormitet, påpeka det för statsmännen så att de kan undanröja den". (7)

.....
Socialmedicinen och den rationella hälsopolitiken skulle överbrygga motsättningarna i 1840-talets Europa
.....

Optimismen vände snart i en stor besvikelse över att så inte blev fallet. Redan i november samma år skriver Virchow. (8)

”Och revolutionen hade knappt hunnit segra förrän medicinen i alla länder insåg att denna rörelse även innefattade medicinen och att dess uppgift som socialvetenskap skulle vara en större och mera allmän sådan och ändå mistog vi oss, ändå hade vi glömt ett moment i räkenskapet – nämligen att det inte låg i vår hand att fasthålla de gynnsamma villkoren eller reglera dem efter behoven.

Idén om en medicin i statens eller det arbetande folkets tjänst levde dock kvar och kunde tas fram i kristider.

Försäkringsmedicin

I slutet på 1800-talet införde Bismarck de första försäkringarna för sjuka och invalider. Administrationen av försäkringsväsendet krävde snart läkarnas medverkan. Det blev från början ofta rättsmedicinerna som utförde detta arbete som dock oftast betecknades socialmedicin eller försäkringsmedicin. (9)

Alfred Grothjahn, som 1912 tillträdde en docentur i Berlin med beteckningen socialhygien, ägnade mycket tid åt att bekämpa beteckningen socialmedicin som han ville avgränsa till att endast omfatta försäkringsmedicinen. Studiet av den sociala miljöns negativa konsekvenser för folkhälsan betecknade han social patologi, åtgärderna social hygien. Grothjahn gjorde banbrytande insatser på det empiriska området, som delvis kom att skymmas av att de åtgärder han föreslog ofta var mera rashygieniska än socialhygieniska. (10)

Grothjahns nomenklaturstrid kom att prägla utvecklingen även i de nordiska länderna. Universitetsdisciplinerna betecknades hygien eller allmän hälsovårdslära och socialmedicinen utvecklades till en början i Sverige som en klinisk verksamhet inom socialläkarväsendet. Gunnar Inghe tillträdde 1944 den första socialläkartjänsten som inrättades. Det var en medicin som explicit tog ställning för de svaga i samhället, för understödstagare, arbetslösa och bostadslösa. Det var ett ställningstagande som framför allt skedde i det individinriktade kliniska

arbetet med rehabilitering och vård av långvarigt sjuka, utslagna och förtidspensionerade. Socialmedicinen kom att syssla med den lägsta klassen i vårt samhälle. Studier av hur det expanderande sociala skyddsnätet nådde eller inte nådde utsatta grupper blev ett viktigt forskningsfält för socialmedicinen under efterkrigstiden. (11)

Det var också i detta perspektiv mycket av den första hälso- och sjukvårdsforskningen bedrevs. Utvecklingen av det sociala arbetet i sjukvården blev en central uppgift för undervisning och forskning.

För socialmedicin i stort skedde därför under efterkrigstiden en svängning från den statsmedicinska inriktningen till en mera försäkringsmedicinsk. Gunnar Inghes unika insats låg kanske bl a däri att han var en av de få som lyckades förena ett kliniskt engagemang med ett socialt reformarbete inom ett flertal statliga utredningar. (12)

Statsmedicinens renässans

Chocken efter den oväntade influensaepidemin 1918, oron över den sjunkande nativiteten och 1930-talets ekonomiska kris förde åter socialmedicinens folkhälsoperspektiv i förgrunden (13). 1938 motiverade Gunnar Myrdal och Sam Larsson om en utredning av läkarutbildningen. Utgångspunkten var att läkarkåren behövde bättre sociala kunskaper i samband med det sociala reformarbetet. En utredning, läkarutbildningssakkunniga, föreslog utbildning i socialmedicin. Förslaget mötte dock motstånd från de kliniska läkarna och ledde inte till något förslag från regeringens sida. Det blev först 1948 års läkarutbildningskommitté som kom att etablera ämnet i läkarutbildningen. (14)

De faktum att det fanns betydande klasskillnader i spädbarnsdödlighet spelade en viktig roll inför satsningen på mödra- och barnhälsovården. I Stockholm varierade exempelvis spädbarnsdödligheten på 30-talet mellan 14 och 49 promille beroende på familjens sociala och ekonomiska situation.

.....
”Vad en socialgrupp kan köpa för pengar skall samhället tillgodose för andra grupper”
(Medicinalstyrelsen 1935)
.....

.....

"De stora folksjukdomarna är betydligt vanligare bland dem med lägre välfärd än bland dem med bättre livsvillkor. Trots detta kallas dessa sjukdomar ofta välfärdssjukdomar. En mera adekvat beteckning i ett svenskt perspektiv – vore ofärdssjukdomar." (Prop 1984/85:181)

.....

Detta föranledde medicinalstyrelsen att 1935 framhålla att det inte fanns anledning acceptera en spädbarnsdödlighet inom någon samhällsgrupp som var högre än den som gällde för den ekonomiskt mest välsituerade fjärdedelen av befolkningen. "Vad en socialgrupp kan köpa för pengar skall samhället tillgodose för andra grupper". Två år senare antog riksdagen bl a mot denna bakgrund ett förslag om en avgiftsfri mödra- och barnhälsovård. (15)

1985-års hälsopolitik

Det är ingen slump att just dessa rader citeras i 1985 års regeringsproposition om hälsopolitiken (15). På basis av HS-90-utredningen konstaterar regeringen att det trots en omfattande utbyggnad av en offentlig lättillgänglig sjukvård i landet fortfarande finns betydande klasskillnader i sjuklighet och dödlighet i den svenska befolkningen. Ekonomisk åtstramning och nyliberala krav på en privatisering av huvudmannaskapet för och finansieringen av hälso- och sjukvården har krävt en skärpning av argumenten för en offentlig vård. Ett sådant argument har blivit att endast en offentlig vård kan garantera en fortsatt strävan mot hälso- och vårdpolitiska jämlikhetsmål. Samtidigt råder det en icke obetydlig osäkerhet om vilka medel som faktiskt krävs för att minska klassklyftorna i dödlighet och sjuklighet i dagens Sverige. 30-talets recept med en utbyggd och lättillgänglig primärvård är fortfarande aktuellt men förefaller ändå inte tillräckligt. Socialmedicinen står fortfarande famlande inför vilka mekanismer det är som skapar denna ojämlikhet.

Det är mot denna bakgrund Svensk Socialmedicinsk Förening har tagit initiativ till återkommande symposier vid Svenska Läkaresällskapets riksstämma under temat Klass och Ohälsa. Detta temanummer av Socialmedicinsk Tidskrift söker förmedla något av den nuvarande kunskapen på detta område.

REFERENSER

1. *Heckscher EF*: Merkantilismen. Vol 1–2. Stockholm 1931.
2. *Rosen G*: Cameralism and the concept of medical police. Bulletin of the history of medicine, 1952, 27, 21–42. Även i: *Rosen*: From medical Police to Social Medicine, N.Y. 1974. s 120–141.
3. *Frank JP*: De populorum miseria: Morborum genitrix. Pavia 1790. En tysk översättning finns i Deppe & Regus (Hrsg) "Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte", Frankfurt am Main, 1975, s 149–162.
4. *Frank JP*: System einer vollständigen medicinischen Polizey, Wien 1779–1827.
5. *Chadwick E*: Report on an Inquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain, London 1842. (Omtryckt Edinburgh 1965). Se även Shryock: The Development of Modern Medicine. Wisconsin 1979 (1936).
6. Gazette médicale, Paris 1848, Vol III, no 11, pp 183–185.
7. Virchow R efter Deppe och Regus a.a s 55.
8. Virchow R efter Deppe och Regus a.a s 59.
9. *Timmer M & Hansma*: Social medicine in Western Europe 1848–1972. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 53 (1975) Suppl 1.
10. *Grothjahn A*: Soziale Pathologie. Berlin 1911.
11. *Inghe G*: Socialläkaren och den sociologiska medicinen. Medicinska föreningens tidskrift 1946, nr 2, 54–62.
12. *Jonsson G*: När vi började. Socialmedicinsk tidskrift, 1976, 53, (5–6) 315–321.
13. *Myrdal A, Myrdal G*: Kris i befolkningsfrågan, Stockholm 1934.
14. *Sjövall H*: Socialmedicin, ett nytt ämne i läkarutbildningen. Svenska läkartidningen, 1957, 54 (39).
15. Proposition 1984/85: 181.