

Preventionens historia

Finn Diderichsen

Urban Janlert

Preventionen som eget ämne kan vi tala om först under de senaste två till trehundra åren. I och med industrisamhällets framväxt blev en stor och arbetsför befolkning en viktig ekonomisk tillgång. Man kan säga att det främst var ekonomiska drivkrafter bakom de förebyggande åtgärder som man började vidta på 1700-talet. Medan lekmännen ägnade sig åt expositionsprevention – det vill säga att minska hälsoriskerna i miljön – skulle det dröja innan den medicinska preventionen, som i första hand såg orsaken till ohälsa i människors anlag och beteende (dispositionsteori), kunde bidra med effektivt förebyggande åtgärder. Fortfarande kvarstår splittringen mellan dessa två riktningar inom preventionen. Något genombrott på preventionens område är inte möjligt förrän dessa två riktningar kan förenas.

Finn Diderichsen och Urban Janlert arbetar som distriktsläkare i socialmedicin vid Socialmedicinska forskningsenheten i Luleå.

Artikeln hölls som föredrag vid Svensk socialmedicinsk förenings höstmöte 1982.

”Eftersom det är oändligt mycket lättare att förebygga fysisk sjukdom än att bota den när den väl brutit ut, är den förebyggande verksamheten den viktigaste delen av medicinen, även om den har försummats längre än någon annan del.” (Johann Peter Frank: ”System einer vollständigen medicinischen Polizey” Wien 1779).

prevention. Expositionspreventionen omfattar idag bla omgivningshygien, yrkesmedicin och socialmedicin. Den bygger på uppfattningen att sjukdom uppstår när individen utsätts för olika skadliga agens. Genom att förbättra miljön så att expositionen för dessa agens minskar, kan vi alltså förhindra sjukdom.

Dispositionsprefylaxen har en annan utgångspunkt. Dispositionsteorin antar att sjukdom i första hand är ett resultat av individens anlag och beteenden och att det är här som det preventiva budskapet ska fram.

Lärofäder

Den förste som i England kom att mer detaljerat studera dödlighetsstatistiken var en handlare vid namn John Graunt. I en skrift publicerad 1662 med titeln ”Natural and Political Observations Mentioned in a Following Index, and Made Upon the Bills of Mortality” var han den förste som visade att dödligheten i städerna var mycket större än på landet och att det fanns en ganska bestämd dödlighet från år till år till vilket kom perioder av ökad dödlighet på grund av epidemier.

Exposition och disposition

Även om det alltid funnits preventiva inslag i den medicinska verksamheten är det först under de senaste 200–300 åren som man kan tala om preventionen som ett eget ämne.

Det vi idag med en gemensam beteckning kallar prevention inom hälso- och sjukvårdsområdet, har sedan lång tid hållits isär i två begrepp, som man kan benämna *expositions-* respektive *dispositions-*

.....

Expositionspreventionen bygger på teorin att miljön orsakar sjukdom.

Dispositionspreventionen bygger på teorin att människornas anlag och beteende orsakar sjukdom.

.....

.....
J P Frank hävdade att en regering blir starkare om befolkningens hälsa förbättras.
.....

Några år därefter skrev William Petty en bok om "Politisk aritmetik" där han framför åsikten att hälsa och uppföstran var en lika viktig del av en nations tillgångar och makt som dess befolkning, handel och tillverkningsindustri. Om man antog att varje medborgare var värd tjugo pund så skulle en tjugofemprocentig reduktion av dödstalet ge ett tillskott på fyra miljoner pund per år till landet.

Österrikaren Johann Peter Frank, som vi inledde med att citera, var den förste som effektivt argumenterade för att en regering skulle stärkas av att befolkningens hälsa förbättrades. Det gjorde han i monumentalverket "System einer vollständigen medicinischen Polizey" som utkom i 6 band mellan åren 1779 och 1819. Det bästa preventiva resultatet skulle man åstadkomma om man kunde kombinera statens makt med läkarnas kunskap, med det uttalade målet att bevara och öka befolkningen, Servandis et augendis civibus.

Skriften om den medicinska polisen är en noggrann genomgång av de preventiva metoder man då kände till. Frank poängterar ofta de sociala förhållandena. Ett av hans berömda tal avhållit i Pavia 1790 hade titeln "Akademische Rede vom Volkselend als der Mutter der Krankheiten".

Edwin Chadwick

Det skulle dock ta tid innan Franks teorier skulle omsättas i praktiken. En av de första som skulle göra det var Edwin Chadwick i Storbritannien. Chadwick var advokat och sekreterare i den fattigvårdsutredning som tillsattes 1832. Med sin berömda rapport "The Sanitary Conditions of the Working Population of Great Britain" från 1842 konfronterar han Storbritanniens härskande klass med arbetarklassens alarmerande situation. Medan medellivslängden bland över- och medelklass var 44 år, så var den bara 22 år bland arbetarna. Han framhöll att epidemierna var en källa till politisk oro och att den höga dödligheten bland arbetarna ledde till en stor belastning på fattigvården genom att man fick så

många föräldralösa barn och änkor.

Chadwick var övertygad om att hälsotillståndet bland massorna i första hand berodde på de sanitära förhållandena. Som ett resultat av hans arbete inrättades en Statlig hälsovårdskommission med befogenhet att gripa in och tvinga igenom sanitära förbättringar. Reglerna för hälsovårdskommissionen förbjöd uttryckligen några läkare att vara med (utom i undantagsfall). Chadwick bidrog här till att upprätthålla den redan etablerade bodelningen mellan preventiv och kurativ medicin, som ännu lever i våra dagar.

I USA fanns en motsvarighet till Chadwick, läraren Lemuel Shattuck. Hans "Report of the Sanitary Commission of Massachusetts" från 1850 avslöjade stora brister i hälsotillståndet. Han föreslog inrättande av centrala och lokala hälsovårdsnämnder, tjänster som hälsovårdstekniker och hälsovårdsinspektörer, en förbättrad vitalstatistik, kontroll av mat och läkemedel, offentlig hälsoundervisning, familjeorienterade hälsojournaler och rutinemässiga, förebyggande hälsokontroller som skulle genomföras av läkare.

Sverige

I Sverige kom förebyggande, hälsovårdande uppgifter under 1600- och 1700-talet att ligga på provinsialläkaren. I en tid där möjligheten att bota sjukdomar som redan brutit ut var begränsade, var det naturligt att preventiva åtgärder av olika slag blev mycket betydelsefulla även för sjukvården. Provinsialläkarinstruktionen innehöll därför åtskilligt med inslag av expositionspreventiv karaktär. I upprepade skrivelser från Sundheitskollegiet i början på 1800-talet föreslog man regeringen att provinsialläkarinstruktionen skulle ändras så att läkaren hade skyldighet att endast i den mån hans övriga tjänstegöromål medgav det, meddela enskild sjukvård. Huvudparten av hans tid skulle alltså användas åt

.....
Den höga dödligheten bland arbetarna belastade fattigvården då man fick så många föräldralösa barn och änkor.
.....

.....
Sundhetskollegiet föreslog att provinsialläkarna i första hand skulle ägna sig åt hälsovård – och bara när det blev tid över åt sjukvård.
.....

hälsovårdande verksamhet. Regeringen avslag dock dessa skrivelser.

I och med inrättandet av landsting som huvudmän för sjukvården – medan hälsovården i och med 1874 års hälsovårdsstadga kom att bli en fast organiserad primärkommunal angelägenhet – blev det en skarp åtskillnad mellan hälsovård och sjukvård. Därmed lades grunden till en boskillnad mellan expositions- och dispositionsprevention.

Medicinsk prevention

Den medicinska preventionen har nästan alltid varit orienterad åt dispositionsprevention. Jämsides med all behandlande verksamhet har det alltid funnits någon form av dispositionspreventiv verksamhet – åtminstone sekundärpreventiv. Det skulle dock dröja till in på 1700-talet innan medicinsk prevention i mer generell form skulle tillämpas.

Den dispositionspreventiva utvecklingen kan sammanfattas i tre faser:

1. Ympprogrammens tid
2. Program för tidigupptäckt av sjukdom och sjukdomsrisker
3. Hälsouppllysning

Ympprogrammen var de första försöken till en primärprevention som byggde på att man skulle förändra den specifika dispositionen för en viss sjukdom. Det var också första gången specifik medicinsk behandling användes vid en individuellt orienterad massprofylax. Vaccination blev lag i Sverige redan år 1816. Det skulle dock dröja till efter 2:a världskriget innan ytterligare ympning av betydelse skulle genomföras. Då det gäller program för tidigupptäckt av sjukdom och sjukdomsorsaker så kan vi dela in utvecklingen i 3 faser:

Först har vi program som kan sammanfattas under rubriken "Om ni hade kommit tidigare". På 1940-talet hyste många uppfattningen att det var en tidsfråga när alla sjukdomar skulle vara möjliga att

bota. En förutsättning var dock att man kom till läkare i tid. Man skulle inte negligera små, bagatellartade symptom. De kunde vara de första tecknen på en allvarlig sjukdom. Boten var möjlig endast om sjukdomen inte hade hunnit för långt. Många människor började nu söka sjukvård för sådant som tidigare inte motiverat ett läkarbesök, på grund av rädslan för att det skulle kunna vara ett tidigt tecken på allvarlig sjukdom. Sjukvården tillskrevs ofta äran för behandlingen av de åkommor som spontanläkte.

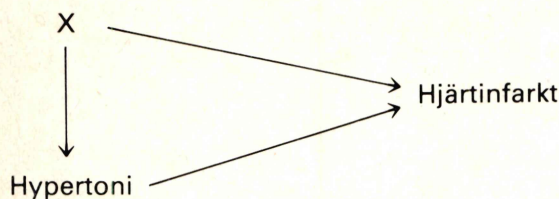
Tidigdiagnos

Nästa fas var programmen för tidigdiagnos. I många fall – särskilt gällde detta cancersjukdomarna – var det för sent att söka när man hade symptom av sin sjukdom. Chansen att bota var mycket större om man ställde diagnosen innan några subjektiva symptom hade uppträtt. Genom olika typer av hälsokontroller skulle man hitta sjukdomens förstadiet och sätta in behandling (ett exempel är cellprov för tidigupptäckt av livmoderhalscancer). Effekten av dessa program är efter många års verksamhet fortfarande osäker.

Nästa steg skulle bli screening av riskfaktorer. Olika epidemiologiska undersökningar hade visat att vissa egenskaper hos människor (tex blodtryck, blodets halt av kolesterol) var förknippade med ökad dödlighet i vissa sjukdomar. Genom screening av sådana riskfaktorer och behandling av personer som hade dessa riskfaktorer hoppades man kunna minska risken för sjukdom. Många program har dock startats utan säker kunskap om en behandling av riskfaktorn har någon större effekt. Behandling av högt blodtryck tycks inte minska risken för hjärtinfarkt och då det gäller frågan om det meningsfulla i att behandla förhöjt blodtryck kan vi titta på *figur 1*.

.....
Små, bagatellartade symptom kunde vara tecken på livshotande sjukdom i ett botbart skede.
.....

Figur 1. Det skenbara kausalsambandet mellan hypertoni och hjärtinfarkt kan förklaras av en faktor "x" som styr förekomsten av såväl hypertoni som hjärtinfarkt.



Som figur 1 visar kan behandlingen av hypertoni vara utan effekt på hjärtinfarkten om det finns ytterligare en faktor som direkt påverkar både blodtrycket och förekomsten av hjärtinfarkt.

Stora ekonomiska intressen är dock knutna till denna typ av farmakologisk prevention. För varje millimeter kvicksilver man kan sänka indikationen för blodtrycksbehandling ökar läkemedelsmarknaden till millionbelopp.

Hälsouppllysning

Den medicinska preventionens senaste stadium är "hälsouppllysning" – en riktning som växte fram i slutet av 1960-talet. Hälsouppllysningen tar fasta på att individens eget beteende har stor betydelse för hälsan – tex rökning, alkoholkonsumtion etc. Genom att informera och söka påverka människor att ändra sina levnadsvanor försöker man förebygga att sjukdom uppstår. Hälsouppllysningen ansluter här till den gamla klassiska medicinska traditionen, där hälsa och sjukdom betraktas som individuella fenomen och handläggs som sådana.

Hälsouppllysningen bygger på uppfattningen att en hälsofarlig livsstil beror på dålig kunskap. Om så vore fallet skulle ingen röka i Sverige idag. Hälsouppllysningens filosofi kan också leda till att man ser bort ifrån att livsstilen hänger samman med så

För varje millimeter kvicksilver som behandlingsgränsen för blodtrycksbehandling sänks, ökar läkemedelsomsättningen med millionbelopp.

Hälsouppllysning bygger på uppfattningen att en hälsofarlig livsstil beror på dålig kunskap.

många andra faktorer runt omkring, som den enskilde människan inte har någon makt att ändra på.

Drivkrafter

Medan det är tydligt hur ekonomiska drivkrafter – först den merkantilistiska ekonomiska teorin – ligger bakom expositionspreventionens utveckling, är mönstret inte lika klart vad gäller den medicinska preventionen. En hel del av den dispensärsverksamhet som byggdes upp bla i USA, lades med avsikt utanför det privatfinansierade sjukvårdssystemet, för att inte i onödan väcka konkurrens med läkarna som var beroende av en god patienttillströmning. Tittar vi på vad som väckte och utvecklade den medicinska preventionen i Sverige – bla med mödra- och barnavårdsverksamhet, hälsokontroller etc, så ser vi även här att omsorg om nationens ekonomiska välfärd låg bakom. Det var ekonomer som var de första som väckte tanken på de preventiva ideér som senare bla Axel Höjer skulle kämpa för. De viktigaste tankarna i hans politik hittar vi redan i Alva och Gunnar Myrdals bok "Kris i befolkningsfrågan" – skriven för att komma tillrätta med den kris det skulle innebära om det låga födelsetalet för Sverige skulle fortsätta. Men den fortsatta utvecklingen av dispositionspreventionen har mer burits upp av professionella och kommersiella intressen än av preventionens dokumenterade effekter.

Medan man sällan behöver föra någon särskild argumentation varför vi behöver medicinskt behandlande åtgärder (och vi skall då komma ihåg att merparten av dessa åtgärder ingalunda tillgrips för att göra folk friska – merparten av de åtgärder som vidtas görs för att lindra och trösta sjuka; i dessa de flesta fallen har man nämligen ingen möjlighet att bota) så krävs det alltid en omfattande argumentation då det gäller prevention. Sjukvård är direkt medmänskligt begriplig – det är på något sätt självklart att vi måste hjälpa och ta hand om dem som blivit sjuka. Att vi skall anslå medel till förebyggan-

Hälsovårdsnämnderna handlägger nu mer historiska frågeställningar.

de insatser är inte lika omedelbart klart. I många fall krävs beräkningar som visar på vinster av preventiv verksamhet.

Preventionens splittring

Preventionens två delar befinner sig idag långt från varandra. Den historiskt sett mest framgångsrika, expositionspreventionen, har stelnat i sin historia. Hälsovårdsnämnderna handlägger nu mer historiska frågeställningar (tex vatten- och avloppsfrågor) än aktuella (tex kemiska och sociala risker i hälsa och boende).

Sin styrka har expositionspreventionen däri att den står under starkare politiskt inflytande, bla genom hälsovårdsnämnderna, än den dispositionsprevention som sjukvården byggt upp och som styrs av professionella och kommersiella intressen. Denna, å sin sida, har aldrig lyckats frigöra sig från bindningen till individen. Medicinsk prevention använder samma teknik som medicinsk behandling – man ser inte den koppling till omgivande sociala förhållanden som måste till för att göra preventionen effektiv. Rökning är inte bara fråga om personliga egenskaper – det finns många samhällsfaktorer som har stor betydelse.

En förutsättning för att preventionen som ämne skall kunna utvecklas är att den nuvarande åtskillnaden mellan expositions- och dispositionsprevention kan brytas. Hälsovårdsnämnderna måste ta del av den kunskap om sjukdomspanoramat som sjukvården besitter. Sjukvården måste förstå att en effektiv prevention inte bara kan ha den enskilde individen som måltavla. Felet är knappast att den medicinska preventionen i så stor utsträckning ber människorna ta ansvar för sin egen hälsa – felet är att de förhållanden som ytterst bestämmer befolkning-

De förhållanden som ytterst bestämmer befolkningens hälsa står sällan under de enskilda människornas kontroll.

ens hälsa så sällan står under de enskilda människornas kontroll.

Hygiea – hälsans gudinna, var i Olympens hierarki underordnad Asklepios, läkekonstens gud. Uppenbarligen har det alltid varit lättare att ta sin tillflykt till sjukvården än att ordna tillvaron för ett sunt liv.

REFERENSER

- Borgers D: Primärprävention von Volkskrankheiten: Biotechnischer Eingriff und soziale Prävention. Argument für eine soziale Medizin (IX), Prävention. Berlin 1981, ss 27–52
- Frank J P: System einer vollständigen medicinische Polizey. 6 vol. Wien 1779–1819
- Freyman J G: Medicine's great schism: Prevention vs. Cure. Medical Care, 1975, 13(7) 525–536
- Grannt J: Natural and political observations . . upon the Bills of Mortality. London 1662
- Guttmacher S, Teitelman M, Chapin G, Garbowski G, Schnail P: Ethics and Preventive Medicine: The Case of borderline hypertension. Hastings Centre Report. February 1981, 12–20
- Göpel E: Gesundheitserziehung oder Dialektik der Medizin? Jahrbuch für kritische Medizin, Band 4. Berlin 1979, ss 42–54
- Karmaus W: Präventive Strategien und Gesundheitsverhalten. Argumente für eine soziale Medizin (IX), Prävention. Berlin 1981, ss 7–26
- Nicolausson U: Den öppna vården i Sverige. Kap 2. i Husläkarutredningen – en enklare och tryggare sjukvård. SOU 1978: 74
- Petty W: Political Arithmetic. London 1676 Report to . . . The Sanitary Condition of the labouring population of Great Britain. London 1842 (Chadwick)
- Shattuck L: Report of the Sanitary Commission of Massachusetts. Baltimore, Md., 1850
- Wain H: A History of Prevention. Springfield, Ill., 1970