

Hälsans ideologi och praktik

Carl-Gunnar Eriksson

Den nya hälso- och sjukvårdslagen ger landstingen en ansvarsfull uppgift att främja befolkningens hälsa. Det är därför väsentligt att bota-
niserar i hälsoarbetets praktik och ideologi. För att vår bild inte skall bli haltande krävs att teorier, data och värdesatser tydliggörs och blir föremål för fördjupade analyser. I dagens samhälle finns många olika hälsoideologier. I denna artikel särskiljer Carl-Gunnar Eriksson, beteendevetare vid socialmedicinska avdelningen, Region-sjukhuset i Örebro tre olika synsätt – det biomedicinska paradigmet, miljö- och hälsoparadigmen. Men ideologier i all ära det centrala är vilka yttringar de möjliggör i hälsoarbetets praktik. Hur stor klyftan blir mellan hälsans ideologi och praktik bestäms av maktförhållandena i samhället. Vi behöver både en social rättvisa och en marknadsrättvisa för att vi som samhällsmedborgare skall utvecklas att svara an på andra och ta ansvar själv.

Artikeln är en bearbetning av ett föredrag hållet vid Svensk socialmedicinsk förenings höstmöte 1982.

En vanlig utgångspunkt i våra diskussioner i hälso-politiska frågor är WHO:s välkända hälsodefinition:

”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller svaghet”.

Denna definition anses av många som alltför omfattande och oprecis (1,2). Men genom att analysera hur hälsobegreppet avgränsas kan vi få en uppfattning om de ideologier som döljer sig bakom olika synsätt. Detta studium av betydelser av texter tillsammans med handlingar och utvecklingslinjer är ett studium av latent ideologier (3). Dessa dolda ideologier kan vara angelägna att skärsåda särskilt med avseende på deras praktiska konsekvenser

inom hälso- och sjukvården. I denna artikel skall vi begränsa oss till den förebyggande verksamheten och lämna den dominerande delen av hälso- och sjukvårdsarbetet utanför.

Praktikens verklighet

Inom vetenskapen har frågan om subjektivitet kontra objektivitet ständigt varit ett tvisteämne. Detta har kanske särskilt gällt samhälls- och beteendevetenskaperna. Ett intressant och fruktbart sätt att tackla detta problem har den norske fredsforskaren Johan Galtung presenterat (4). För att analysera praktiken, aktionsdelen eller handlingar, krävs tre olika kompletterande angreppssätt:

1. Data – en kvalitativ eller kvantitativ beskrivning av förhållandena
2. Teori – teoretiska begrepp och samband mellan dessa i mer eller mindre utvecklade modeller
3. Värdesatser – satser som uttrycker mål eller ideal värda att sträva efter.

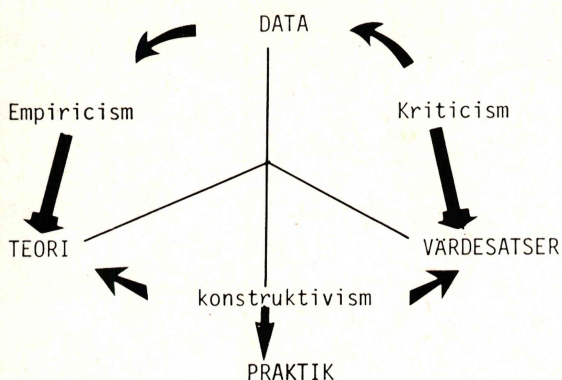
Det dagliga arbetet inom hälso- och sjukvården skulle med andra ord kunna beskrivas utifrån följande frågeställningar som kan härledas ur de tre angreppssätten (*figur 1*):

- Hur ser praktiken ut jämfört med målen för verksamheten? (Kriticism)
- Hur väl stämmer våra teorier med verkligheten? (Empiricism)
- Vilka värden vill vi förverkliga? (Målskapande)
- Vilka teorier behöver vi? (Teoriskapande)
- Hur överensstämmer våra teorier och värdesatser? (Konstruktivism)
- Hur överensstämmer data-teori-värdesatser inom praktiken? (Verklighetsskapande)

Det intressanta i Galtungs framställning är att vetenskapen omfattar allt detta, men

”Också den praktik som innebär att förändra verkligheten och skapa en ny verklighet. Hand-

Figur 1. Aspekter i en vetenskaplig analys av hälsans praktik.



ling behövs och handling medför en maktkomponent. Alltså är inte bara vetenskap politik – som vi hävdar fram till nu – politik är också vetenskap, just därför att den är en överensstämmelseinriktad aktivitet” (4, sid 64).

Denna utmanande tolkning av vetenskapens domäner pekar på flera viktiga frågor att beakta i vår analys av hälsans praktik, men som vi endast ytligt kan belysa i analysen av hälsans praktik. För att vår bild av hälsans praktik inte skall bli haltande krävs såväl data och teori som värdesatser.

Hälsobegreppets två komponenter

WHO:s hälsobegrepp innehåller två kompletterande delar. Den ena, positiva, delen talar om fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. På andra sidan om skiljelinjen har vi den negativa formuleringen, dvs att hälsa definieras som frånvaro av sjukdom och svaghet.

Att hålla ihop hälsobegreppets två sidor har aldrig varit självklart i den moderna medicinens tidevarv. Medicinens historia visar hur det biomedicinska synsättet eller paradigmet (5) vann en dominerande ställning genom sjukdomslärans utveckling och hur människans helhet splittrades i en kropp och en själ

För att vår bild av hälsans praktik inte skall bli haltande krävs såväl data och teori som värdesatser.

Att hålla ihop hälsobegreppets två sidor har aldrig varit självklart i den moderna medicinens tidevarv.

av bla Cartesius. Själen förblev kyrkans och prästerskapets egendom medan kroppen blev läkarnas tempel.

Idag ser vi ett förnyat intresse för helheten (6). Benämningarna på det man önskar är varierande – helhetssynen i primärvårdens höga visa (7), holism (8) eller ett psykosocialt paradigm (5) för att nämna några. Psykosomatiken har rönt förnyat intresse (9) och beteendemedicinska upptäckter (10) har gett nya intressanta behandlingsmöjligheter. Dessa olika riktningar utvecklas ofta med en strävan bort från det biomedicinska paradigmet snävt avgränsade område mot en större ibland kosmisk helhet, vars fotfäste i vetenskap och beprövad erfarenhet bäst kan beskrivas som kvicksand.

Innan vi går in på olika ideologiska strömningar kan det vara av värde att ställa sig frågan hur lek-män egentligen uppfattar begreppet hälsa. Vad är hälsa för medelsvensson? De enda upplysningar om detta som finns dokumenterat i svensk forskning härrör från en liten undersökning som vi genomförde vid en vårdcentral i Örebro (12).

Hälsosyn bland vårdsökande

I samband med en undersökning av vårdsökandes tillfredsställelse med vård i samband med läkarbesök vid Skebäckers vårdcentral i Örebro ombads de vårdsökande att besvara några frågor om hälsobegreppet.

Vi fick en rad olika svar på vår öppna fråga om vad hälsa var för dem. En uppfattning av variationsrikedom fås av följande exempel från några yngre män och kvinnor:

”Jag mår bra, vaknar upp och känner mig pigg”.

Själen förblev kyrkans och prästerskapets egendom medan kroppen blev läkarnas tempel.

”En solig sommardag cykla ut till en äng, sjö eller skog. Att kunna njuta av blommorna, höra fåglarna och känna vinden. Att ta fram fiolen, spela en låt i en glänta för en jänta”.

”Känna mig pigg och orka ta itu med saker, ha arbetslust”.

”Kunna springa en mil under 40 minuter och att må så bra att man klarar av en motgång eller ett problem”.

Vi bad dem ange hur viktigt de tyckte fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande var för upplevelsen av hälsa. Som framgår av (tabell 1) betonades den psykiska och fysiska sidan av välbefinnandet medan det sociala välbefinnandet inte upplevdes vara lika centralt för hälsan. Nära 90 % av de tillfrågade instämde dock i att hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.

Tabell 1. Vårdsökandes syn på betydelse av hälsobegreppets olika delar

	Mycket viktig	Viktig	Mindre viktig	Inte alls viktig
Fysiskt välbefinnande (n = 183)	78	22	—	—
Psykiskt välbefinnande (n = 183)	86	14	—	—
Socialt välbefinnande (n = 179)	46	45	9	1

Ibland påstår vi att hälsan är viktigare än allt annat. Detta instämde 91 % av de tillfrågade i. Bland de som inte tyckte hälsa var viktigast ansåg några att det viktigaste var att ha en personlig tro på Gud. Någon tyckte att livet har ett värde i sig. En annan ansåg att man behövs var viktigare än hälsa.

Vad är det då som inverkar på hälsan? Vi bad de vårdsökande bedöma om de ansåg olika faktorer påverkade hälsan och i hur stor utsträckning. Då vi rangordnade de olika faktorernas vikt framkom följande ordning:

1. Arbetsmiljön
2. Motion
3. Boendemiljön
4. Kosten
5. Övervikt på 20 kg
6. Alkohol
7. Rökningen
8. Trafiken
9. Snus

Skilnaderna var dock mycket små mellan de olika angivna skälen. Hälsan ansågs påverkbar av dessa faktorer av nästan alla. Snus ansåg dock omkring 15 % inte påverkade hälsan:

Ideologier

Bakom våra bilder av verkligheten finns en rad antaganden och förutsättningar som vi egentligen aldrig ifrågasätter. Det handlar bla om de filosofiska frågorna om livets mening, vad kunskap är, och verklighetens sanna natur. Översatt till hälsopolitikens område kan vi skrapa på ytan och söka klargöra de dolda och ibland uttalade föreställningar, värderingar och antaganden som tillsammans utgör basen för en ideologi.

Närliggande begreppet ideologi är paradigmbegreppet, som Thomas Kuhn (13) introducerade. Inom vetenskapen finns det enligt Kuhn ett tillstånd där en gemensam grundsyn på det vetenskapliga arbetet dominerar. Denna grundsyn kan sammanfattas i en rad grunddefinitioner, trosföreställningar, värderingar och förebilder. Pedagogen Stig Lindholm framhåller att ett paradigm är ”en uppsättning normer eller föreställningar som i ett visst forskarsamfund påverkar forskarens uppfattning om vad man skall forska på och hur man skall göra det” (14, s 56). Detta innebär att paradigmets anger ställningstaganden i frågor av ontologisk (om varandets natur), kunskapssteoretisk och värdeteoretisk karaktär. För att vida perspektiv och preliminära helhets-syner skall kunna utvecklas inom vetenskapen krävs enligt Lindholm att flera paradigm samexisterar.

Ser vi på hälsofrågan kan vi särskilja tre typer eller grupper av synsätt. Varje typ har flera variationer, men för enkelhetens skull vill jag grovt skissera huvuddragen. De tre typer jag tänker på är den biomedicinska synen, hälsoparadigmen och miljöparadigmen.

Biomedicinska paradigm

Utvecklingen inom den medicinska vetenskapen har inneburit många nya behandlingsmöjligheter. Kunskapsbildningen har även möjliggjort utveckling av förebyggande insatser. Inom det biomed-

Den biomedicinska synen med sin avgränsade syn på hälsa som avsaknad av sjukdom har bidragit till förebyggande insatser av god kvalitet.

cinska paradigmet har prevention ofta kommit att jämföras med att minska förtida dödsfall (15).

Det biomedicinska paradigmet framhåller betydelsen av fackmännens insatser (16). Hade patienten bara kommit tidigare skulle betydligt mer kunna göras. Denna maning har ofta gjorts gällande i diskussionerna om den frånvarande boten vid dagens folksjukdomar såsom cancerarna och hjärt- och kärlsjukdomarna.

Goda resultat av de förebyggande insatserna inom mödra- och barnhälsovården (17), vaccinationerna (18) och uppspårande och behandling av förhöjt blodtryck (19) finns rapporterade. Den biomedicinska synen med sin avgränsade syn på hälsa som avsaknad av sjukdom har bidragit till förebyggande insatser av god kvalitet.

Problemen är bland annat att tillgången på före-

byggande service till befolkningen är varierande om vi undantar mödra- och barnhälsovården som är väl utbyggd. Sjukvårdspersonalens utbildning och praktiska erfarenhet i att arbeta förebyggande är ännu av ringa omfattning. Dessutom kan räckvidden av sjukvårdens förebyggande insatser ifrågasättas (15).

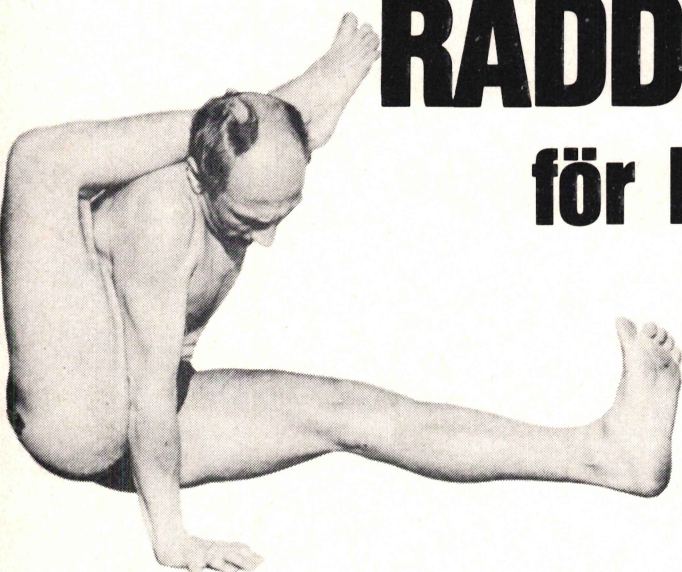
Tveksamhet om det är riktigt att omdefiniera människors förtretligheter och svårigheter till medicinska problem har också framkommit. Det mänskliga livets medikalisering har starkt ifrågasatts (10, 20–22).

Bristerna i det biomedicinska paradigmet visar sig också inom preventionen då det gäller att gå från tidig upptäckt av sjukdom till primärprevention. Att påverka riskfaktorer medför att både individens eget ansvarstagande och strukturella åtgärder behövs. Intresset för egenvård kom i Sverige tidigt att politiseras (23). Egenvården passade som handen i handsken krafter som ville minska på sjukvårdens omfattning. Som framgår av figur 2 kom detta att kraftigt kritiseras i den vårdpolitiska debatten. Men samtidigt förkastades även egenvårdens positiva sidor (24).

Även många välmotiverade, strukturella åtgärder

Figur 2. Skildring av egenvård i Vårdfacket 1977.

RÄDDNINGEN för krisdrabbad sjukvård



En reaktion mot den biomedicinska synen är förordandet av hälsa som inte enbart fysiska aspekter utan även emotionella, psykiska, sociala och andliga dimensioner.

dröjde. Redan 1977 framlade tobakskommittén ett förslag på lagstiftning om rökfria offentliga miljöer (25). Trots stöd för restriktioner från såväl medicinsk sakkunskap som befolkningen har politikerna i regeringskansliet inte gjort något. Spelar politikernas egna vanor någon roll för detta?

Hälsoparadigmen

En reaktion mot det biomedicinska paradigmet snäva avgränsning är det synsätt som förordar att hälsa är en fråga inte enbart om fysiska aspekter utan även emotionella, psykiska, sociala och andliga dimensioner.

Ett gemensamt drag hos holistisk medicin, helhetsmedicin, självhjälpsterapier och andra hälsoinriktade paradigmer är kritiken av det biomedicinska synsättet. Ohälsans yttringar tolkas som rubbningar i helheten i motsats till den apparatfölsmodell som biomedicinen förordar. Den enskildes ansvar och möjligheter betonas starkt (26, 27).

En av de viktigaste bidragen från hälsoparadigmen är återupptäckten av kroppens helhet. Det nära psykobiologiska samspelet vid kroppens försvar och anpassning ger oss nya möjligheter till behandling av ohälsa utan de farmakologiska terapiernas negativa biverkningar (28).

Den stora svagheten är att merparten av de synsätt som här sammanfattas i begreppet hälsoparadigm lider av den klassiska individualismens när-synthet. Ett annat problem är den moralism som ofta följer – offret får skulden för sin olycka (29–30).

Den holistiska hälsorörelsens bidrag kan kort sammanfattas med följande punkter (31):

1. Hälsa definieras positivt i termer av välbefinnande.
2. Individens ansvar för hälsan betonas.
3. Hälsoupplysningen har en central roll och kun-

Elimineringen av hälsorisker i miljön är den centrala uppgiften enligt miljöparadigmen.

skapsförmedlingen från fackmän till lekmän främjas.

4. Arbetet på att kontrollera sociala och miljömässiga faktorer av betydelse för hälsan förordas av stora grupper inom den holistiska hälsorörelsen.
5. Behandlingsmetoder med låg teknologi eller "naturliga" främjas. Avspänningens, kostens, motionens och drogfrihetens hälsobringande kraft utnyttjas i första hand.

Miljöparadigmen

En tredje grupp av synsätt eller ideologier är miljöparadigmen som fastlägger miljöns betydelse som hälsobefrämjande faktor. Somliga betonar arbetsmiljön medan andra hellre talar om omgivningen i övrigt. Elimineringen av hälsorisker i miljön är den centrala uppgiften enligt detta synsätt (1).

De miljörisker som särskilt värnas om är de fysiska och kemiska. En fördel med dessa är att de är mätbara – "objektiva data" finns att tillgå. I Sverige har vi sedan länge ett uppbyggt hälsoskydd. Hälsovårdsnämnderna övervakar luft, vatten och föda i kampen mot sjukdomarnas gissel. Arbetarskyddet för en kamp för bättre arbetsmiljöer. En lång rad statliga organ arbetar med inriktning på att eliminera eller begränsa hälsorisker i miljön (32).

En stor fördel med miljöinriktade förebyggande insatser är dessas stora genomslagskraft. Alla får del av förbättringen oavsett individens initiativ och resurser.

Problemet med miljöparadigmen är att det inte enbart är en fråga om fakta för att få till stånd förändringar. Stora intressekonflikter finns mellan olika maktgrupper och mellan maktlösa och makt-havare. Ekonomiska hinder har omöjliggjort hälso-

Problemet är att det krävs mer än fakta för att få till stånd förändringar.

politiskt viktiga åtgärder. När facket vid Rönnskärswerken vände sig till socialmedicinska institutionen i Umeå gällde frågan hur gammal en Rönnskärare blir. Svaret ville man ha för att kunna driva en kraftfull avtalsrörelse. Jag vill inte moralisera över deras sätt att resonera, eftersom en radikalt förbättrad arbetsmiljö sannolikt skulle inneburet att verksamheten "tvingades" läggas ned.

Hälsoarbetet — en politisk och etisk fråga

En nödvändig följd av hälsoproblemens varierande natur är att bidragen från livsstil, miljö, humanbiologin och hälso- och sjukvårdens arbete till ohälsans rötter uppdagas. Av särskild stor betydelse ur preventiv synpunkt är miljön och livsstilen.

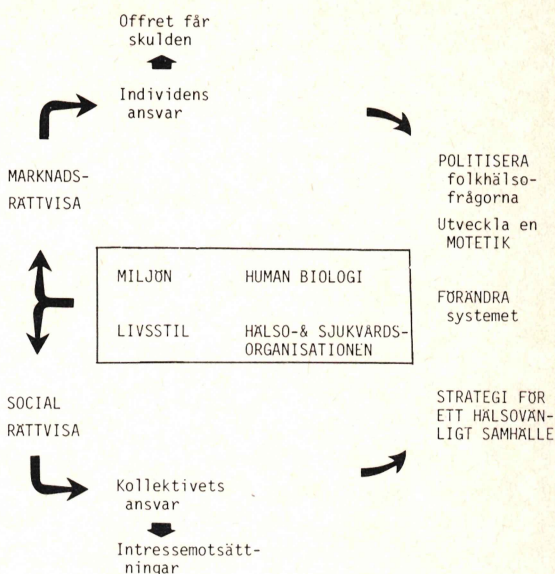
Hur blir hälsans praktik när folkhälsokravet står i konflikt med individens privata "fria vilja"? Hur blir det i praktiken då kraven innebär begränsad frihet för industrin att förorena vår svenska natur?

Det är viktigt att beakta de etiska och politiska konsekvenserna som förebyggande medicin för med sig (15, 21, 24, 30, 33). I aktuell hälsopolitisk debatt påpekas att den personliga hälsan är individens ansvar (34). Men betoningen av individens ansvar att förändra sin livsstil kommer troligen att öka skillnaden i hälsa mellan rika och fattiga (15). Det ökade personliga ansvarstagandet kan dock även medföra en opinion för strukturella förändringar (35).

Den etiska frågan kan enligt Brownlea (36) och Beauchamp (37) betraktas ur två utgångspunkter — en individualistisk modell eller marknadsrättvisa och en social rättvisa. I figur 3 redovisas några utgångspunkter för hälsoarbetets etik. Det centrala är att för att hälsans praktik inte skall få en slagsida behöver vi sträva både efter en social rättvisa och marknadsrättvisa.

Marknadsrättvisan har som huvudprinciper att individen har ett ansvar för hälsan. Detta av egenintresse och följdaktligen minimeras kollektiva hand-

Figur 3. Hälsoarbetets etik och politik.



lingar och förpliktelser. Avigsidan med denna etik är att offret för skulden och samhällssystemet fritas från ansvar. Den kan också leda till isolering och uppgivenhet inför hälsorisker hos individer som känner vanmakt och oro inför orubbliga förhållanden. Motdragen mot en tyngande marknadsrättvisa är att politisera folkhälsofrågorna, utveckla en motetik och förändra systemet.

Den sociala rättvisan betonar kollektivets ansvar för genomförandet av förebyggande åtgärder. Alla skall ha samma möjligheter till det goda livet. Det viktigaste hindret är de intressesmötningar som följer med kravet på kollektiva och strukturella åtgärder. Motdraget mot detta kan vara att tillämpa de klassiska principerna för folkhälsoarbetet.

Såväl den sociala som den individualistiska rättvisemodellen leder fram till önskan om en strategi för ett hälsovänligt samhälle.

Strategi för hälsovänligt samhälle

Grundläggande i en strategi för hälsovänligt samhälle (38) är

- hälsoövervakning,
- individuella och kollektiva åtgärdsprogram för preventiv hälsovård (familjeplanering, mödra- & barnhälsovård, vaccinationer, kontroll av sexuellt överförbara sjukdomar, kontroll av högt

.....
*För att hälsans praktik inte skall få en slagsida
 behöver vi sträva både efter en social rättvisa
 och marknadsrättvisa.*

.....

Hur stort glappet blir mellan hälsans ideologi och praktik är en fråga om hur samhällets inneboende maktförhållanden ser ut bland fackmän, politiker, beslutsfattare i övrigt och befolkningen i stort.

.....

- blodtryck), hälsoskydd (miljöfarliga ämnen, arbetarskydd, olycksfallsprofylax, flourprofylax, infektionsskydd) och hälsofrämjande (minskat tobaksbruk, minskat alkoholbruk, förbättrad kost, motion, kontroll av stress), samt
- uppföljning och successiv förändring av åtgärdsprogrammen, som utvecklas tillsammans av berörda fackmän och lekmän.

Åtgärdsprogrammen bör innehålla några huvudaktiviteter (39). En förbättrad professionell hälsovård för riskidentifikation är nödvändig. Kunskapsförmedling omfattande information för baskunskap, motivationshöjande åtgärder för handling och träning för hälsosamma färdigheter är nödvändig. Samhällsarbete behövs för att bygga upp ett socialt stöd i vår ensamma värld och för att ge maktlösa gruppens styrka. Miljöförändringar krävs så att hälsofientliga förhållanden undanröjs och hälsofrämjande strukturella åtgärder initieras. Men sist men inte minst hur stort glappet blir mellan hälsans ideologi och praktik är en fråga om hur samhällets inneboende maktförhållanden ser ut bland fackmän, politiker, beslutsfattare i övrigt och befolkningen i stort.

REFERENSER

4. *Galtung, J.* Methodology and ideology. Essays in methodology. Volyme 1. Copenhagen: Christian Ejlers, 1977.
5. *Engel, G. L.* The need for a new medical model: A challenge to biomedicine. *Science*, 196:129–136, 1977.
12. *Ahlström, G., & Fryxell, A.-L.* Vårdsökandes syn på läkemedel och hälsa. Högskolan i Örebro: Institutionen för politik och förvaltning, ht 1981.
14. *Lindholm, S.* Vetenskap, verklighet och paradigm. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1979.
25. *Eriksson, C.-G., & Larsson, S.* Tobaksfrågan som en del i en offensiv hälsopolitik. *Socialmedicinsk tidskrift*, 57:255–258, 1980.
31. *Kopelman, L., & Moskopi, J.* The holistic health movement: A survey and critique. *Journal Medicine and Philosophy*, 6:204–235, 1981.
39. *McAlister, A., Puska, P., Salonen, J. T., Tuomilehto, J., & Koskeola, K.* Theory and action for health promotion: Illustrations from the North Karelia Project. *American Journal of Public Health*; 72(1):43–50, 1982.

Fullständig litteraturförteckning kan erhållas av författaren.