

Sjukdom och hälsa — idag och imorgon

Gösta Tibblin

Vi är i en märklig situation i dagens Sverige. Det är synd om barnen för att de försummas. Det är synd om kvinnorna för att de förtrycks. Det är synd om de äldre för att de förtvinar.

Orkar vi tycka synd om männen för att de dör för tidigt eller behöver vi dem som syndabock.

Dessa frågor ställer professor Gösta Tibblin vid Hässelbyseminariet om förebyggande arbete idag och i morgondagens samhälle. Gösta Tibblin var tidigare professor i Socialmedicin vid Umeå universitetet, och arbetar nu som distriktsläkare i Stockholm.

som inte diskuteras är hur vården fungerar.

Sjukvårdens många intressenter slåss om utrymmet för att föra fram "sina" lösningar som framförallt tillfredsställer den aktuella gruppens intressen.

Även på det språkliga området råder förvirring. Vi talar idag om hälsoproblem när vi menar sjukdom och lidande. Vi blandar ihop bot och omvårdnad till något som kallas vård. Begreppet sjukdom får stå för såväl det som ryms inom den medicinska referensramen som det som människor upplever i form av lidande. En del av detta kan förklaras med det svenska språkets armod. På engelska har vi care and cure för vårt svenska vård. På engelska talar man om illness och diseases och här i Sverige har vi bara begreppet sjukdom.

Värderingar som styr handlandet inom det medicinska fältet

Mitt inlägg skall ses som ett försök att bringa viss reda i debatten. Det sätt som står oss till buds när vi skall skydda oss mot att bli ett offer för bias, det vill säga skevheter i vår syn på verkligheten, är att klarlägga de värderingar som faktiskt bestämmer hur vi närmar oss verkligheten. Dessa värderingar bör vi granska med avseende på om de är relevanta och rimliga, dvs om värderingarna är tillfinnandes hos betydande grupper av människor och om de går att förverkliga i vårt samhälle. Vidare bör vi bestämma den vetenskapliga angreppsmetoden och definiera våra begrepp i termer som passar till våra värderingar.

.....
Inför detta anförande slog det mig vilken intellektuell oreda som råder inom svensk hälso- och sjukvårdsdebatt.
.....

En vetenskapsman strävar efter att söka sanningen. Han gör det för att han tror att den är nyttig och att illusioner — inte minst opportunistiska illusioner är skadliga. Han vill därför avslöja dem och därmed ge en realistisk bild av verkligheten.

Gunnar Myrdal har fint berättat om alla svårigheter vi ställs inför i vår uppgift att finna sanningen. Vi måste befria oss från det mäktiga inflytande på vårt tänkande som traditionen inom vårt vetenskapsområde utgör. Vi måste bli av med inflytande från den kulturella, sociala, ekonomiska och politiska miljö vi lever i och inte minst måste vi bli av med det inflytande som härrör från vår egen personlighet som ju har sin egen individuella historia och egna böjelser. Lägg till detta följande problem, kan man nå sanningen och samtidigt förändra samhället i viss riktning?

Inför detta anförande slog det mig vilken intellektuell oreda som råder inom svensk hälso- och sjukvårdsdebatt. Den är centrerad kring vårdapparatens struktur inte till dess funktion. Vad som debatteras är sängplatser, läkartäthet, primärvård eller sluten vård, förebyggande vård eller kurativ vård. Vad

.....

Till vårt förfogande står människors egna möjligheter att behandla och förebygga sjukdom hos sig själva och andra.

.....

Min grundläggande värdering är att sjukdom och lidande är något ont. Denna värdering delas av de flesta. Det är också min tro att vi som arbetar inom hälso- och sjukvården har som främsta uppgift att minska sjukdom och död bland människor. Erfarenheten lär oss som jag skall visa senare att denna värdering är rimlig, dvs den går att förverkliga. När det gäller medel att nå detta mål finns en hel uppsättning av instrument som står till vårt förfogande. Det som idag står i centrum för vårt intresse när vi diskuterar dessa frågor är sjukvården – det institutionella instrumentet. Det dominerar scenen så totalt att det har nyhetsvärde att påpeka att andra åtgärder även kan vara mycket effektiva, t o m mera effektiva. Under senare år har bilbälteslagen visat hur de legala instrumenten kan användas på ett sådant sätt att resultatet blir minskat lidande och död.

En resurs är människors egna möjligheter att behandla och förebygga sjukdom hos sig själva och andra. Utan denna förmåga skulle även den väl utbyggda svenska sjukvården kollapsa på några dagar.

För att nå vårt mål tvingas vi använda alla instrumenten allt efter deras egenart och begränsningar. Sjukvården är överlägsen som diagnostiserande instrument och omhändertagande av svåra akuta tillstånd. Önskar vi förebygga får vi sätta vår tillit till människors egna resurser och dessutom påverka samhällets attityd. Det senare kan man göra bl a genom ändringar i lagar och förordningar. Går vi sedan till omvårdnaden, där tröst och lindring är det väsentliga, så är även här enskilda, närstående människor överlägsna den institutionella apparaten.

Vi kan kalla den här av mig redovisade grundläggande värderingen för en värdering på den högre nivån. Det är av utomordentlig vikt för forskningen att den respekteras. Då skulle den upplösa de värderingskonflikter, som uppträder ständigt.

I vårt arbete som distriktsläkare eller administra-

törer kan vi mycket väl acceptera den av mig presenterade värderingen av vad som är sjukvårdens mål och medel. Men, vi är som Gunnar Myrdal påpekat, ofullkomliga varelser. I det dagliga livet är det vanligt att de högre värderingarna åsidosätts och hålls gömda. De reserveras för tillfällen som är mera ceremoniella som vid det här tillfället. I vardagslivet får de lägre värderingarna dominera. Dessa lägre värderingar har ett kortare och mera begränsat perspektiv, de är mera trångt egoistiska och mer styrda av ekonomiska och sociala intressen.

Karin Tengvald har nyligen på ett intressant sätt belyst en betydelsefull värderingskonflikt inom hälso- och sjukvården och menar att det potentiellt ökade fackliga inflytandet kan komma att leda till intressekonflikter mellan personalgrupper med olika facklig och personell styrka. Det är inte givet att inflytandet från en stark grupp motsvarar en ur samhällssynpunkt önskvärd påverkan av systemets utveckling. Hon frågar också hur vi i framtiden skall balansera människors krav på förbättrad vård och service mot personalgruppens krav på förbättrad arbetsmiljö och tryggade sysselsättningsförhållanden när dessa krav kommer i konflikt med varandra.

Om vi antar att min värdering uppfyller kraven på att vara relevant och rimlig så blir nästa steg att finna en metod att angripa problemet med och ange vilka begrepp som vi skall använda oss av.

Hälsoproblem idag och i morgon

Min uppgift är att ange hälsoproblem idag och i morgon. Det vanligaste sättet att gå till väga när man idag här i Sverige diskuterar hälsoproblem är att göra som man gjort i låginkomstutredningen 1968 och i SCB:s undersökningar om levnadsförhållandena d s k ULF-undersökningen. Gemensamt för de nämnda undersökningarna är att de utgår från befolkningens egen uppfattning om sitt hälsotillstånd. Undersökningen bygger på intervjuer och är heltäckande för landet.

Från ULF-studien finner vi den chockerande uppgiften att ett stort antal av de intervjuade haft långvarig sjukdom. Vidare noteras att 22 % av männen lider av trötthet mot 40 % av kvinnorna. Dessa uppgifter visar alltså en betydande sjuklighet och en

hög besvärshänsyn.

Enligt SPRI är denna studie en bra metod att erhålla ökad kunskap och ett bättre beslutsunderlag. Med dessa siffror i bagaget kan väl ingen tveka om att vi behöver en väl utbyggd vårdapparat för att klara av all sjukligheten. Problemet är bara att forskarna som gjort undersökningen har varit biased, de önskade visa utbredningen av det onda livet. De centrerade sig kring folks besvär. Hade de också intresserat sig för människors hela uppfattning av sitt hälsotillstånd hade de säkert fått den bild som vi fått fram från en populationsstudie av medelålders män och kvinnor som vi gjort i Göteborg. Vi frågade om ett 30-tal olika symptom, som de haft under de senaste 3 månaderna.

Bland 50–60-åriga män i vår undersökning var det vanligt med symptom. Endast några procent var utan besvär. Jämfört med SCB kan vi ta frågan om allmän trötthet där våra siffror låg runt 30 % för bägge könen, vilket grovt motsvarar vad SCB fann. I vår undersökning önskade vi en total värdering av deltagarnas hälsa. Detta gjordes vid två tillfällen under samma undersökningsperiod. Två olika skolor användes. En där deltagarna fick gradera sin hälsa enligt en 7-gradig skala och en annan där de fick besvara frågor om hur friska de kände sig. Dessa människor som rapporterar massor med symptom känner sig friska. Endast 2 % ansåg att hälsan var mycket dålig. Kvinnorna, som hade mest symptom klassade sig i 97 % som friska eller ganska friska.

Utgår vi från det senare fyndet så är svenska folket egentligen mycket friskt och det är inte aktuellt med någon utbyggnad av vården.

WHO har som mått på folks hälsotillstånd rekommenderat användandet av tre indikatorer på hälsa, barnadödlighet, dödstalet och medellivslängden.

I dagens debatt brukar man se ned på dödstalen, man säger att det mäts endast dödlighet och inte sjuklighet. Kritiken är i viss mån berättigad. Det finns svåra sjukdomar som inte leder till ökad dö-

.....

Vid det stora flertalet allvarliga sjukdomar är morbiditet och mortalitet starkt korrelerade.

.....

lighet exempelvis kronisk ledgångsreumatism. Men vid det stora flertalet allvarliga sjukdomar är morbiditet och mortalitet starkt korrelerade, dvs man kan säga att mortaliteten väl speglar morbiditeten. På varje död i trafikolyckor går ett 10-tal mer eller mindre svårt skadade trafikoffer, på varje avliden hjärtinfarkt går 3 överlevande, avlidna i levercirrhos speglar väl alkoholskadorna i ett land.

Dödstalen har stora metodologiska fördelar. Det föreligger inget bortfall och statistiken är invändningsfri för hela landet och för lång tid tillbaka. Det är min uppfattning att dödstalen fortfarande är det viktigaste måttet på sjukdom och hälsa och först när vi uttömt all den information de kan ge, bör vi i dagens läge försöka oss på andra mått. I motsats till de övriga måtten råder enighet bland människor att dödstalen bör nedbringas. Man kan säga att dödstalen är relevanta indikatorer på hälsa.

För att belysa frågan om vilka hälsoproblem som finns idag och i framtiden har jag ur den officiella statistiken ställt samman dödstalens utveckling för samtliga åldersklasser under tiden 1938–1977. En av anledningarna till att välja denna metod är att jag önskar se hur dödstalet var i ett samhälle med obetydligt utbyggd sjukvård och jämföra det med det samhälle vi har idag. Ett annat skäl är att jag önskar belysa könsskillnaderna. Vi vet att kvinnor och män har samma tillgång till sjukvård. Om sjukvårdens utveckling påverkar dödstalen gynnsamt bör vi räkna med att nedgången är lika för könen.

En gynnsam utveckling av dödstalen skulle tala för att samhället inberäknat sjukvårdens insatser blir mera hälsovänligt. En stegring av dödstalen kan tolkas i motsatt riktning. Det finns sjukskrivningsdata som talar för en allt brantare ökning av sjukligheten.

Resultat

Barnadödligheten går brant ned. 1938 begrov vi 5 gånger mer småbarn än idag. Det är ett resultat som vi kan vara stolta över. Könskvoten har gått ned något. Det är alltså något mindre riskabelt för gossebarn idag. Denna gynnsamma utveckling finns även för övriga barnåldrar, men inte så uttalad. Ser vi på 15–19 år är nedgången brant till 1950 men sedan dess ligger den oförändrad. Könskvoten

.....
Använder vi dödstalet som mått på dödlighet och allvarliga sjukdomar har kvinnors hälsa i alla åldrar förbättrats remarkabelt de senaste 40 åren.
.....

stiger från 1,20 till 1,78, det har alltså blivit betydligt farligare att vara pojke idag än tidigare. Lyfter vi blicken till de något högre åldrarna visar kvinnorna en förbluffande brant nedgång. Dödligheten för medelålders kvinnor har gått ned till mer än hälften och 70–74 år är nedgången nästan hälften. Männen visar till en början en lätt nedgång, sedan finns en lätt stegring av dödstalet. Könskvoten för 70–74 år har stigit från 1,13 till 1,84, det är idag mycket riskabelt att vara man.

Vilka slutsatser kan vi dra av det här resonemang?

1. Valet av hälsoindikator är mycket viktig. Använder vi självskattning av sjukdomssymptom är sjukdom mycket vanligt och sjukast är kvinnor. Använder vi sjukskrivningsdata blir såväl män som kvinnor allt sjukare. Använder vi dödstalet som mått på dödlighet och allvarliga sjukdomar har kvinnors hälsa i alla åldrar förbättrats remarkabelt de senaste 40 åren. Männen från 15 år och uppåt visar en oförändrad bild, ja, till och med en försämring av hälsotillståndet.
2. Den andra slutsatsen blir att samhället inklusive hälso- och sjukvården lyckas bli hälsovänligt för medelålders och äldre kvinnornas del. Det går alltså att påverka dödstalet i positiv riktning även i ett industriellt samhälle.
3. För männens del är utvecklingen positiv för 0–1 år.
4. Männens överdödlighet är vårt största hälsoproblem.

Ser vi in i framtiden och drar ut de här angivna trenderna kommer detta problem att bli allt större.

Vad skall göras? En ledtråd dyker upp när man ser vilka dödsorsaker som betingar skillnaden mellan könen. De är i korthet hjärtinfarkt, lungcancer, levercirrhos, motorfordonsolyckor och självmord. Tar vi bort dessa kommer männens dödstal att när-

ma sig kvinnornas. I landstingsförbundets och SPRI:s nyligen utkomna skrift "Vem får vård" sammanfattar man dödlighetsutvecklingen på följande sätt: "Ett intressant förhållande är att kvinnors mer omfattande kontakter med hälso- och sjukvården inte i någon avgörande grad kan förklara deras allt längre medellivslängd i förhållande till männen. Detta antyder att en fortsatt utbyggnad av hälso- och sjukvården i nuvarande former och med gällande inriktning bara marginellt kan kompensera det moderna samhällets miljörisker och individens val av livsstil."

Program för preventiva åtgärder

Min uppgift var även att tala om vilka hälsoproblem som bör prioriteras med preventiva insatser. Glädjande nog kan vi förebygga samtliga stora sjukdomsgrupper rent teoretiskt, det är bara att sätta igång, men vi gör mycket litet åt saken. Skälet till detta är säkert, att här kolliderar den högre värderingen, dvs att vi inom sjukvården skall ha som främsta uppgift att minska sjukdom och död bland människor med en rad värderingar av lägre ordning, dvs värderingar med kortare och begränsat perspektiv och styrda av ekonomiska och sociala intressen.

Det finns ingen anledning att närmare peka på alla de samhällsintressen vi trampar på tårna när vi skall genomföra vårt program med minskning av tobak och alkohol, narkotika och ingrepp i trafik- och arbetsmiljön. Vi kan inte heller räkna med något nämnvärt stöd från vårdapparaten folk; den värderar sin egen tillväxt högre än insatser inom de här angivna områdena. Från vårdapparaten människor höjs ramaskri om någon skärv skulle tillfalla grupper utanför det medicinska etablissemang.

Ett sätt som brukar gagna eftersatta grupper t ex barn, kvinnor och äldre är att vädja till den allmänna opinionen. Det skulle i det här sammanhanget vara att väcka debatt. Kräva jämställdhet. Fordra

.....
Glädjande nog kan vi förebygga samtliga stora sjukdomsgrupper, det är bara att sätta igång.
.....

.....
Mitt förslag är att det förebyggande arbetet idag inriktas mot männen och männens situation i dagens samhälle.
.....

tex kompensation för de 6 år kortare liv männen blir tilldelade i vårt samhälle. Även det förefaller vara svårt när det som i det här fallet gäller skapel-sens krona – mannen.

Jag tror dock att de, dvs vi, måste bita i det sura äpplet och be att få hjälp. Samhället kan inte vara betjänt av denna snedvridna utveckling i dödlighet och allvarlig sjuklighet till männens nackdel. Vi be-graver nära dubbelt så många medelålders män som kvinnor.

Vi lyckas få ner barnadödligheten med förebyg-gande åtgärder. Samhället har utvecklats gynnsamt för kvinnornas del. Här har säkert hälso- och sjuk-vården bidragit med betydande insatser. År 1938 avled 236 barnaföderskor mot någon enstaka per år idag. Ett hundratal avled i kriminella aborter 1938 medan det knappast är någon idag. Död i barnsäng var en av de vanligaste dödsorsakerna 1938 bland fertila kvinnor. Det går alltså att påverka dödlighe-ten om man satsat helhjärtat.

Mitt förslag är att ett förebyggande arbete idag inriktas mot männen och männens situation i da-gens samhälle. I analogen med mödravård, barna-vård, behöver vi en mans-vård. Den bör vara så litet institutionaliserad som möjligt. Hälso- och sjukvår-den bör se männen som de högriskpersoner, som de är. Tecken på högt blodtryck, tobak- och alkohol-skador bör föranleda medicinska insatser. Men det viktigaste är att skapa en ny medvetenhet hos män-nen. De lever farligt och tvingas många gånger att

göra det. Det är dags att de ser om sitt hus. Männen har själva resurser att vrida utvecklingen rätt igen. Ett steg på vägen vore mindre insatser inom pro-duktionen och mer i reproduktionens tjänst.

I mitt föredrag började jag med att påpeka bety-delsen av att ange de värderingar som styr vårt handlande inom det medicinska fältet. Därefter pe-kade jag på de fakta som talade för att männen idag är den stora riskgruppen. I anslutningen till detta gav jag också ett program för förebyggbara åtgär-der, som skulle gagna männen och kvinnorna. Till sist berörde jag de svårigheter som skulle möta de som försökte genomföra ett sådant program. Trots svårigheterna vill jag lansera tanken med en utbygg-nad av mansvård som dock mycket skulle lita till männens egna resurser. Ett tema i mitt anförande har varit att peka på kollisioner mellan värderingar av högre och lägre ordningen. Ett exempel på detta är könsdebatten. Här trängs kortsiktiga värderingar av lägre ordningen.

Vi är i en märklig situation i dagens Sverige.

Det är synd om barnen för att de försummas.

Det är synd om kvinnorna för att de förtrycks.

Det är synd om de äldre för att de förtvinar, orkar vi tycka synd om männen för att de dör för tidigt eller behöver vi dem som syndabock?

Min förhoppning är att vi i samhället i stort, liksom inom sjukvården gör slut på gruppintressenas stän-diga konflikt och strävar efter att hålla oss till värde-ringar av högre ordningen, dvs till det som är bra för alla parter.