

Historiskt perspektiv på sjukvård och medicinska problem

Samtal mellan fyra forskare

Följande samtal är en förkortad version av en bandinspelning vid ett möte mellan två historiker, Erik Lönnroth och Sune Åkerman, och två socialmedicinare, Ragnar Berfenstam och Gösta Tibblin, hösten 1978. Det börjar med behovet av samarbete mellan medicinsk och historisk forskning när det gäller olika medicinska problems betydelse för samhället. Så följer en inventering av forskningsuppgifter där samarbete är speciellt påkallat, kanske nödvändigt, för att verkligen komma nära en lösning på frågorna. De fyra forskarna diskuterar vidare material och metoder och avslutar med förslag hur man skulle kunna stimulera till ökade kontakter över ämnesgränserna.

Ragnar Berfenstam är professor i socialmedicin i Uppsala och medlem i Medicinska forskningsrådet, Erik Lönnroth har varit professor i historia i Uppsala och Göteborg samt är ordförande i Humanistiskt-samhällsvetenskapliga forskningsrådet, Gösta Tibblin har varit professor i socialmedicin vid Umeå universitet och är nu distriktsläkare i Stockholm, Sune Åkerman är docent i historia i Uppsala och har sysslat speciellt med demografisk forskning.

Erik Lönnroth: Det kan vara skäl att se på vilka kontaktytor som finns mellan mitt forskningsområde, alltså det humanistiskt-samhällsvetenskapliga, och det medicinska.

Arkeologerna behöver akut medicinsk hjälp för osteologiska bestämningar. Sedan gäller det språkforskarna och audiologerna och öronläkarna. Som ett vidgat perspektiv av socialhistorien är det väl framför allt frågan om näringsförhållanden och

deras konsekvenser för hälsan, vidare är det epidemihistoria och slutligen bestämningen av abnormitet, ur medicinsk synpunkt, i olika samhällsformer. Vem är normal? Vem är abnorm? Varför? Vilka är kriterierna?

Gösta Tibblin: Om jag skall ta upp frågan så har jag frapperats av att hur samhället är konstruerat formar sjukvården. Tala om för mig vilket samhälle vi har så skall jag tala om vilken sjukvård vi behöver. Inom medicinen, utom socialmedicinen, har vi glömt bort att samhällets konstruktion blir avgörande.

Jag har tittat 40 år tillbaka i tiden och lärt mig mycket. Problemen är eviga, men lösningarna varierar. Jag har ett exempel från 1948, då man beslöt sig för att bygga stora sjukhus. Man hade hemsjukvård som alternativ. Man tyckte det skulle vara mest vettigt att jobba med hemsjukvård. Men för det första såg bostäderna bedrägliga ut, för det andra jobbade de flesta människor och för det tredje var utbildningsnivån låg. Så man valde att bygga sjukhus.

Idag är läget helt annorlunda. Utbildningsstandarden är hög, tekniken kan föras in till hemmen, folk är arbetslösa och bostäderna bra. Vi skulle kanske ha kunnat börja med hemsjukvård mycket tidigare om vi vetat hur samhället var konstruerat och om vi hade tänkt igenom 1948 års situation.

.....

Tala om för mig vilket samhälle vi har så skall jag tala om vilken sjukvård vi behöver.

.....

Sune Åkerman: Jag kan ju se det här från vår speciella synpunkt som sysslar med socialhistoria med demografisk inriktning. Vi har uppfattat bristen på samarbete och kunskap rörande medicin som besvärande. Det gäller inte minst tolkningsnivån, då vi försöker beskriva stora förändringar med närings-tillgång och näringstillstånd hos människor. Det är ett av knäckproblemen, när det gäller de stora befolkningsförändringarna under 1800-talet: nedgången i mortalitet och spädbarnsdödlighet som resulterade i en befolkningsexplosion. Jag skulle kunna ge många exempel, där jag tror att ett direkt samarbete skulle vara möjligt och väldigt berikande för båda parter, i varje fall för oss.

Jag nämnde spädbarnsdödligheten, som vi studerar särskilt för äldre perioder. På 1600- och 1700-talen rörde det sig om en spädbarnsdödlighet på ungefär 25% av dem som föddes varje år. Det är rätt svårt att analysera om man inte har medicinska kunskaper. Man ser att många av dödsfallen inträffar väldigt tidigt och även en amatör fattar att det kan ha samband med moderns näringstillstånd, hygien och mycket annat. Sedan inträffar en del dödsfall bland barn litet senare också. För att kunna bestämma vad som skett och vad som var speciellt i situationen borde man naturligtvis kunna jämföra med dagens situation och de kunskaper man har inom modern läkekonst och även kunna göra jämförelser och länkningar med tex u-landssituationen, som väl har åtminstone vissa likheter.

När det gäller de stora farsoterna under äldre tid, som var så oerhört viktiga i det demografiska förloppet, står man ständigt inför dessa problem. Vi kan ibland urskilja att det varit sjukdomar, som drabbat bestämda åldersgrupper. Många internationella forskare tex Cambridgegruppen har varit inne på detta. Det är spännande att man kan göra en diagnos långt efteråt, vad det kan ha rört sig om för typ av smittämne, vilken typ av sjukdomsförlopp. Det är ganska opraktiskt att historikerna jobbar ensamma med den här typen av problem; det bör göras tvärvetenskapligt.

Ragnar Berfenstam: Det är intressant att höra dina synpunkter. Vi medicinare känner samma svårig-

Det är ett typiskt exempel på att vi måste försöka komma fram till ett samarbete mellan medicinare och historiker för att det skall bli fullödiga forskningsresultat.

het, när vi ger oss in på sådant, som skall relateras till historiska sammanhang. Jag har tidigare studerat barnamorden i Sverige, men jag publicerade aldrig den studien därför att jag kom in på så många historiska frågeställningar, som jag inte kände mig kompetent att lösa. Det är ett typiskt exempel på att vi måste försöka komma fram till ett samarbete mellan medicinare och historiker för att det skall bli fullödiga forskningsresultat.

Gösta Tibblin: Jag har ett annat exempel som verkligen är ett problem för mig. Jag har tittat på dödstaten, antalet avlidna per 1 000 invånare, sedan 1938 och framåt. Skillnaderna mellan män och kvinnor var ganska obetydlig 1938. Männen hade litet högre dödstal, 10% mer eller så. Så går åren, vi får antibiotika och stora samhällsförändringar. Men männens dödstal ligger helt oförändrade under 40 års tid. Det gäller 80-åringar, 70-åringar och 60-åringar. För 50-åringar stiger det t o m litet grand. Men kvinnornas dödstal halveras på 40 år. Det gäller kvinnor ner till 50-årsåldern. Går vi ner på 30-årsåldern blir det ett annat resultat. Det här kan inte bero på tillgängligheten till sjukvård. Det kan vad jag förstår inte vara genetiska förändringar utan det är nog påverkan av könsrollerna. Kvinnors liv och mäns liv. Jag kan bara spekulera runt det här med utgångspunkt från vad jag läst om den västerbottniska kvinnan 1938. Ute på landsbygden fick hon inte vara sjuk, det fanns inte tid för det. Karl'n var i skogen eller också flottade han. Det fanns djur och barn. Provinsialläkarna rapporterade att deras stora problem var att kvinnorna inte kunde vara sjuka. Det som ändrats på 40 år kan vara att kvinnan nu har tid att vara sjuk. Men varför männen har oförändrat dödstal vet jag inte. Detta rör inte medicinska problem utan rollförändringar. Jag tror att de som kan mycket om samhällsutveckling och sådana saker måste kunna lösa detta. Vad säger Ragnar?

Ragnar Berfenstam: Samhällssituationen och samhällsutvecklingen måste säkerligen innehålla många faktorer som förklarar skillnaden i dödlighet mellan män och kvinnor. Här har vi verkligen en frågeställning som behöver angripas tvärvetenskapligt.

Erik Lönnroth: Vad finns det för möjligheter att få en uttömmande och realistisk beskrivning på dödsorsaker? Vi har sett i statistiken att hjärtsjukdomar skulle vara totalt dominerande nu. Hjärtat stannar och vet man inte orsaken sätter man hjärtsjukdom. Här skulle kunna finnas ett mörkertal.

Gösta Tibblin: Det beror helt på vilka åldrar vi diskuterar. Diskuterar vi hela dödsorsakspanoramat så är det klart att hjärt-kärlsjukdomar och cancer dominerar. När man de högre åldrarna ska man väl dö av någonting och då blir det fra av de två sakerna. Men det är inte meningsfullt tycker jag att diskutera vad folk slutar sina liv i vid mycket hög ålder. Tar vi medelålders män, 30–40 år, är det absolut inte hjärtsjukdomar som dominerar utan olycksfall och suicid. Gör man en analys av tillförlitligheten i dödsorsakerna så är jag ganska säker på att i Sverige har diagnoserna täckning i nio fall av tio. Uppgiften om orsak bygger dels på obduktion i storstäderna dels mycket ofta på journalhandlingar.

Erik Lönnroth: Det gläder mig för då kan man gå vidare och fråga: har inte förändringarna i kosthålllet, som vi alla vet är kolossala på de sista generationerna, spelat någon roll i det här?

Gösta Tibblin: Det jobbiga är att det har hänt så mycket på alla områden. Vi har en ständigt stigande alkoholkonsumtion och vi har en tobakskonsumtion som har stigit från 200 cigaretter per 15-åring och äldre varje år till 1700–1800 nu. Och vi har förändringar i matvanorna. Vi har förändringar i livsstil över huvud taget.

Den västerbottniska kvinnan ute på landsbygden 1938 fick inte vara sjuk, det fanns inte tid för det.

Ragnar Berfenstam: Nog var det väl så att närings-tillståndet eller rättare brister i näringsstillståndet hade en väldigt stor betydelse för den höga dödligheten i äldre tider. En förbättring i det avseendet under 1800-talet förde med sig en betydligt större motståndskraft mot sjukdomar och därmed en sänkning i dödligheten.

Sune Åkerman: Inte ens det där är man riktigt säker på när det gäller 1800-talet. När vi studerar både spädbarnsdödligheten och barnadödligheten, som man föreställer sig ska kunna vara rätt känsliga för näringsstillgång mer eller mindre direkt, visar det sig knappast någon skillnad mellan den besuttna bondeklassen och "potatisfolket", dvs den stora skara fattiga och obesuttna i bondesamhällets marginal. Tvärtom kan vi finna en jämförelsevis högre dödlighet inom bondfamiljerna. Då kommer vi in på amningsvanor och andra saker, där vi också behöver hjälp av läkekunnigt folk för att tolka de resultat som framkommer.

Gösta Tibblin: Har man besvarat frågan varför barnadödligheten har gått ner så starkt från 50–60 per tusen på 1930-talet till nu. Är det på grund av medicinska insatser eller är det till följd av levnadsstandardförbättring? Finns det inte någon som har tänkt på det bland historiker?

Erik Lönnroth: Det är i varje fall ingen som har löst det, därför att det är en komplicerad fråga.

Ragnar Berfenstam: Studerar man dödlighetstalen för 1800-talet och början av 1900-talet så finner man att städernas spädbarnsdödlighet ligger högre än landsbygdens. Sedan skär kurvorna varandra någonstans på 20- 30-talet. Kan detta inte ha med hygien och näringsläget att göra? Under senare hälften av 1800-talet utvecklades kunskaperna om vad hygien betydde och hälsovårdsstadgor angav regler för hur hygieniska förhållanden skulle vara ordnade. Diskussionen har ju sedan gått, om vad mödravårds- och barnavårdscentralernas tillkomst i slutet av 1930-talet har betytt för att ytterligare sänka spädbarnsdödligheten. Själv tror jag att kontrollen av den gravida kvinnan och av barnet under det

.....
I Danmark finns en undersökning över en pest på 1600-talet, som hade den rätt förbluffande effekten att befolkningstalet steg i det långa loppet.
.....

första känsliga året har betytt mycket när det gällt att komma fram till den situation vi har i dag beträffande spädbarnsdödligheten.

Erik Lönnroth: Här måste det bli fråga om en tvärvetenskapligt samarbete där man ställer bågge sorternas frågor och de som kan källmaterialet får försöka säga hur mycket det säger generellt sett. Och en del material går rätt långt tillbaka i tiden. En och annan uppgift om svåra epidemier kan man följa statistiskt. Det finns i Danmark en undersökning över en pest på 1600-talet, som hade den rätt förbluffande effekten att befolkningstalet steg i det långa loppet. Det blev en kolossal folkökning en generation efter, som anses kunna relateras till att de livsdugliga fanns kvar och reproducerade sig och hade goda födo- och arbetsmöjligheter.

Sune Åkerman: När det gäller rent demografiskt material i alla nordiska länder och till en del också ute på kontinenten kan man komma ner till 1500-talet i bästa fall. Medeltiden är tyvärr fullständigt mörk för oss. Spädbarnsdödligheten kan vi från 1640-talet kartlägga med viss precision. Vi har studerat några tusen nedkomster och kunnat fastställa precis när en del av spädbarnen dött. Jag kan nämna en sak som gjort mig väldigt överraskad. Vi har mycket få barnsängsdödsfall i de populationer vi studerat från 1600-talet. De kan vara atypiska men det har i alla fall skakat min bild av hur förhållandena har varit. Det bör tilläggas att resultaten blir något annorlunda i stadsmiljön.

Gösta Tibblin: År 1938 var risken att dö i barnsäng ännu en realitet. Då dog precis 238 kvinnor i samband med förlossningen och det var en av de största dödsorsakerna, kanske nummer tre för kvinnor i den åldern. Det är spännande att se att nu har vi nästan inga. Jag tror det var två förra året som dog i samband med förlossningen.

Sune Åkerman: Men hur kommer det sig på 1600-talet? Jag litar på det här materialet. Man väcker en viss irritation i internationella sammanhang, då man litet självgott noterar att det svenska och finska källmaterialet är unikt. Systemet var inte unikt på något sätt, men sättet att sköta det, synnerligen byråkratiskt organiserat och med stark övervakning av de tjänstemän, kyrkoherdar och pastorer, som skötte det. Det gör att vi slipper göra indirekta beräkningar av tex befolkningens storlek och struktur för 1600-talet och fram till mitten av 1700-talet. Vi kan räkna fram jämförelsetal, som man har väldigt svårt att få fram i tex franska, engelska och amerikanska undersökningar, där man får hjälpa sig fram med den sk family reconstitution-metoden, och inte vet någonting om den viktiga del av befolkningen som aldrig gifte sig eller dog innan de hade möjlighet att gifta sig.

En annan fördel är att vi kan kontrollera med andra materialgrupper och ser av den inre konsistensen i materialet att det har skötts hyggligt mycket långt bak i tiden, för enstaka församlingar tillbaka till mitten av 1600-talet. Det ger ju en fantastiskt lång observationstid för befolkningsförändringar och det är viktigt eftersom förändringar i en befolkning normalt sker långsamt. Man kan iaktta strukturella förhållanden som grundläggs på tex 1700-talet och sedan kan följas över tiden kanske ett århundrade framåt. Jag kan ta ett närmast fantastiskt exempel på säkerheten i det här materialet när det är som bäst. Vi har tagit fram vissa områden, tex Alfta i Hälsingland, där vi gjort (1870–80-tal) 10 000 kopplingar för att kolla upp att saker och ting fungerar och då hittat 6 fel. Det är nästan otroligt särskilt om man då jämför med att internationell forskning får sitta och göra tvärsnitt och indirekt räkna sig fram tioårsvis för att fundera ut vad som kan ha hänt med en befolkning. Vi har varje människa i örat praktiskt taget hela tiden.

.....
Man väcker en viss irritation i internationella sammanhang, då man litet självgott noterar att det svenska och finska källmaterialet är unikt.
.....

.....
Tillgängligheten på sjukvård var inte alls så dålig som man tror. På 20- och 30-talen var sjukvård snarare mer tillgänglig än nu.
.....

Gösta Tibblin: Vi har nämnt journalerna, vi har talat om dödsbevisen och vi har talat om de olika demografiska data. Det är så att man kan från sjukhusens berättelser och rapporter få fram precis vilka diagnoser som patienterna har haft, operationsdiagnoser osv. Man kan få en väldigt fin uppfattning om sjukligheten där tycker jag. Tillgängligheten på sjukvård var inte alls så dålig som man tror. På 20- och 30-talen var sjukvård snarare mer tillgänglig än nu. Man kan alltså läsa sjukhusens årliga rapporter och få reda på vilka diagnoser som var dominerande, när det gäller öron, ögon, invärtes medicin och kirurgi och då får vi ett mått på sjukligheten. Vi har ju nästan bara jobbat med dödligheten. Sjukligheten är spännande. En annan metod som kan vara givande är att söka i tidningarna hur sjukvård och sjukdomsfrågor tagits upp. Man kan säga att förr talade man väldigt litet om sjukvård och debatterade mycket litet jämfört med idag när vi har debattartiklar om sjukvård varje dag.

Sune Åkerman: För oss är individanknutna massdata det viktigaste forskningsmaterialet. I varje fall på sikt kommer vi nu att få fram enormt stora mängder sådana data som kan hanteras på olika sätt. Dels så att vi kan täcka långa tidsperioder och allt större områden och dels göra länkningsarbetet inom materialet med hjälp av datamaskin. Ett internationellt uppmärksammat utvecklingsarbete har gjorts i Umeå på Demografisk Databas för att rekonstruera familjen i datamaskinen. Det är en svår men fascinerande uppgift. Sedan har vi också både i Umeå och i Stockholm (där man i Stadsarkivets regi håller på att bygga upp en demografisk databas) avancerade planer att jobba med kohorter, precis som socialmedicinare har gjort. Problemet är bara det att forskarna måste vara alerta och hela tiden kommunicera med de här databaserna så att de inte i onödan jobbar med egna mastiga datainsamlingar som tar bort värdefull tid. Vi hoppas det skall kunna fungera

i framtiden. Inte minst Stockholms databas måste vara väldigt spännande, då det gäller många av de problem vi har diskuterat.

Ragnar Berfenstam: Morbiditeten som Gösta Tibblin tar upp är ett mycket intressant komplement till dödlighetsstatistiken. Vad sjukhusen sysslade med kan vi få reda på och förste provinsialläkarnas rapporter är en mycket intressant läsning. Men vi borde försöka komplettera med uppgifter om vilka sjukdomar man tog hand om i hemmen och vilken sjukvård man gav. Vi talar mycket om egenvård idag. Förr gav man naturligtvis mycket mer sjukvård i hemmen. Det var ett stort steg att komma in till ett sjukhus och att få tag i en provinsialläkare som hade ett stort distrikt och där resorna med häst och vagn tog lång tid. I stället sköttes sjuka av människor med stor erfarenhet av sjukdomar i familjen och många gånger en god uppfattning av vad som fanns att göra för att bota och lindra. Här finns också möjligheter för samhällsvetarna att ur beskrivningar och redogörelser från äldre tider få fram vad sjukdomar betydde och hur man gjorde för att ge bästa vård utanför institution.

Sune Åkerman: Det här med männen är ju spännande. Spontant kan man tänka sig att i vissa grupper familjeförsörjarnas roll kan vara oerhört mycket mer stressig än tidigare med långa arbetsdagar och övertidsarbete av olika slag. Man kommer in på problem med skiftesarbete som tar direkt på hälsan med reservation för att det antagligen är stora skillnader både mellan socialgrupper och även regionalt.

Gösta Tibblin: Det konstiga är ju att 1938 fanns ingen semester, arbetstiden var lång och förhållandena hårda. Det har skett en klar förbättring sedan dess om man använder de vanliga måtten med 5 veckors semester och kortare arbetstid och en ar-

.....
Vi talar mycket om egenvård idag. Förr gav man naturligtvis mycket mer sjukvård i hemmen.
.....

betsmiljö, som faktiskt har förbättrats jämfört med hur det var på 30-talet. Ser man på dödsorsakerna visar det sig att plockar man bort olycksfallen, självmorden, hjärtinfarkterna, lungcancer och levercirrhos följer män och kvinnor varandra i nedgång. Olycksfall är speciellt manligt. Bakom självmorden skymtar alkoholen. Orsaken till levercirrhosen, skrumplevern, är alkohol och orsaken till lungcancer rökning. Hjärtinfarkten vet vi väl inte riktigt vad den beror på. Man kan fråga sig varför ska karln dricka och varför ska han röka och då kommer vi kanske in på stressfaktorer i alla fall.

Erik Lönnroth: Vi hade i september 1978 i Göteborg ett symposium över ämnet "The condition of man" och någon av de amerikanska auktoriteterna påstod med stor bestämdhet, att man har mer och mer kommit fram med amerikanskt statistiskt material som visar att detta att vara sysselsatt över huvud taget är det som bevarar människor. För mycket fritid bryter ner.

Gösta Tibblin: Vi kan jämföra en mans situation på 30-talet, en 70–75-åring ute på landet, hans roll, hans funktion, förväntningar på honom, med idag, när de flesta bor i städerna. Vad väntar man sig av en 75-årig man? Platt intet. Han har ingen roll att spela, medan kvinnan däremot försätter att sköta hem, sköta barn, sköta kontakter, laga mat, tvätta och diska.

Ragnar Berfenstam: Ja, vi kommer tillbaka till hur mycket miljö, nutrition och andra samhälleliga förhållanden har betytt för hälsoläget. Det är viktigt att fråga sig, hur man genom forskningsinsatser ska kunna få fram mera dokumentation och mera kunskaper. Resultaten kan säkerligen komma till användning när man i dag vill komma närmare frågan

.....
Sådana stora komplex som samspel mellan miljö och människor skulle väl gå bra att studera i ett historiskt perspektiv och länka till aktuella förhållanden som är föremål för debatt.
.....

.....
Jag tror att om man undersöker några dödsorsaker, skulle många förstå att man kan belysa relationerna mellan miljöförändringar och sjukdomsfall.
.....

om miljöns betydelse för hälsan. Men hur skall vi bära oss åt?

Sune Åkerman: Sådana stora komplex som samspel mellan miljö och människor skulle väl gå bra att studera i ett historiskt perspektiv och länka till aktuella förhållanden som är föremål för debatt.

Erik Lönnroth: Jag tror att om man undersöker några dödsorsaker, inte cancer som är förskräckligt diskuterat redan och som historiskt väl inte går att göra mycket åt, skulle många förstå att man kan belysa relationerna mellan miljöförändringar och sjukdomsfall, låt oss säga hjärt- och kärlsjukdomar.

Gösta Tibblin: Vi har ett projekt uppe i Umeå där vi från 1965 och framåt har tittat på Västerbottens 12 kommuner, sett på dödstaten och relaterat dem till socio-ekonomiska faktorer och fått fram intressanta resultat på alla möjliga håll. Jag tror det är första gången man har gjort så. Vi har tagit ett 30-tal socio-ekonomiska faktorer, tex pendling, skatteutjämningsbidrag och socialhjälp, industrialisering och boendeformer och relaterat dem till dödsorsaker och dödstal, och det har givit utbyte.

Av stora problem borde man kunna ta upp arbetslösheten i historiskt perspektiv. Jag tror att framtidens samhälle helt kommer att präglas av arbetslöshet och de problem som är förankrade där.

Sune Åkerman: Det ligger ju stora studier och väntar. Lungsoten är också en studie i social verklighet i hög grad. När det gäller kolera och liknande under 1800-talet finns det internationella studier, som har kunnat belägga precis hur spridningen gått till dag för dag, vecka för vecka, vilka befolkningslager som har drabbats osv. Vi snuddar som politiska historiker bara vid den verkligheten som då riksdagen 1834 löstes upp och riksdagsmännen reste hem i panik.

Ragnar Berfenstam: Vi har spanska sjukan som slog hårt mot alla åldersgrupper. För oss som upplevde den var den skrämmande, vi har alla hört äldre människor beskriva skräcken inför spanska sjukan, alla medel man försökte mot den och hur hjälplös man i själva verket var. Detta ligger ju oss ganska nära i tiden och säkert finns det mycket mer att ta fram om vad som hände omkring 1920.

Gösta Tibblin: Det finns ju andra sjukdomar som ligger nära i tiden, som vi inte heller har belyst. Scarletina och difteri, som många har upplevt och alla har skräckminnen av. Man fick inte plocka äpplen för då spred sig polion. Alla de här sjukdomarna är försvunna.

Sune Åkerman: Finns det inga studier av tex polio-skadade människor?

Ragnar Berfenstam: Det finns av 1953 års epidemi bla av sociologer. Gåttfullheten var stor när det gällde orsaken till sjukdomen. Det var strax efter den sista svåra epidemin, som det blev klarlagt vilket virus det rörde sig om.

Gösta Tibblin: Jag tror det var Birgitta Odén som tog upp frågan om födelsekontroll, som man tydligen har kunnat konstatera förekom redan på 1700-talet. Om jag minns rätt var det så att familjerna gärna ville ha 5 barn. Gifte man sig tidigt skaffade man sig fem barn med litet glesare mellanrum men gifte man sig sent gick det väldigt fort att få 5 barn. Det talar väl för att det fanns födelsekontroll på något sätt då.

Erik Lönnroth: Det finns en doktorsavhandling av en man, som heter Kjellgren, om befolkningsutvecklingen på Gotland från 1600 – 1700-talet. Den visar att Gotlands bondebefolkning höll sig fullkomligt konstant under den tiden och det kan ju inte ha gått till på något annat sätt än genom födelsekontroll. Där var ju motiveringen alldeles klar, att detta var en ovanligt homogen bondebefolkning med medelstora gårdar, som man var livrädd för att dela.

Sune Åkerman: Vi har vissa föreställningar att folk levde mer eller mindre som djur i ett gammalt sam-

.....
Gotlands bondebefolkning höll sig fullkomligt konstant på 1600–1700-talet och det kan ju inte ha gått till på annat sätt än genom födelsekontroll.
.....

hälle och fick så många barn, som kvinnorna klarade, tills de dog med barnskaror på 10 – 15 eller så. Det visar sig vara helt felaktigt. Det finns inga områden, inte ens nykolonisationsområden som annars hade ganska stora barnskaror, som ligger så högt. Trebarnsfamiljerna som Erik nämnde på tex Gotland kan ju inte förstås på något annat sätt än att det har varit en planering.

Erik Lönnroth: Fast snarare en förlängd amning än en preventiv faktor.

Gösta Tibblin: Även örter och droger som man behärskade i viss mån.

Ragnar Berfenstam: Nedgången i födelseatalen generellt under slutet på 1800-talet och början av 1900-talet är mycket intressant – den skedde ju utan att man talade om familjeplanering och utan att något av de moderna hjälpmedlen för familjeplanering ännu fanns tillgängliga.

Sune Åkerman: Detta är det intressanta, inte den ytterligare sänkningen under 1970-talet, utan vad som hände på 1880- och 1890-talen och första årtiondet av 1900-talet, i Norrland på 1920-talet. Det är väl så, att man har känt till olika sätt att undvika att få barn, men det var först då som man använde sig av de gamla teknikerna på ett riktigt konsekvent sätt. Preventivmedlen spelade ju ingen roll i början av den här processen.

Erik Lönnroth: Och det skedde i alla befolkningslager. Det är direkt sammanhängande med urbaniseringen.

Ragnar Berfenstam: I det nya samhället blev naturligtvis en stor skara barn ekonomiskt tungt att bära. Det tog tid innan barnen kunde bidra till försörjning-

en i det industrialiserade samhället.

Gösta Tibblin: Detta hände inom arbetarklassen på 1920-talet. Då skulle man ha 1 à 2 barn, inte fler. Det var nästan ett brott mot klassen att skaffa sig fler barn. Det kan också ha rört sig om socialt tryck.

Sune Åkerman: Det här skall vi nu i elfte timmens 59:e minut göra försök att rekonstruera för en jämtlandsbefolkning med hjälp av retrospektiv utfrågning. Som historiker är jag medveten om alla de risker som ligger i metoden, men det är värt att göra försöket, därför att det är enda sättet för oss att få reda på någonting om hur den tidens kvinnor och män resonerade. Det har gått att genomföra i Belgien och Australien, så jag hoppas att det skall gå att göra i Jämtland också. Studien skall länkas till SCB:s pågående fertilitetsundersökning. En annan sak som Sven Ulrik Palmes grupp har varit intresserad av här i Stockholm är prostitutionen, som ju nådde enorma proportioner i slutet av 1800-talet. Den var andra sidan av den oscariska erans familjemönster och familjeideal.

Erik Lönnroth: Jag hade en elev som höll på med kriminaliteten i Göteborg på 1880–90-talen. Det visade sig att all kvinnlig kriminalitet försvann i Göteborg i slutet på 80-talet. Det existerade och florerade prostitution, men icke något fall av polisanmälan mot en kvinnlig brottsling.

Gösta Tibblin: Jag vet bara att antalet polismän har stor betydelse, så jag kan tänka mig att poliserna i Göteborg såg mellan fingrarna. Man kan finna en väldig brottslighet i Vilhemina jämfört med övriga kommuner i närheten och man förklarar det med att det finns mycket fler poliser i Vilhelmina.

Sune Åkerman: Kan man komma åt en sån sak som alkoholens effekter i ett äldre material? Jag har aldrig funderat över det. Jag menar att i alla handböcker berättas det, att man drack så ohyggligt i början av 1800-talet och att man fick en reaktion emot dryckenskapen, som efterhand ledde till den organiserade nykterhetsrörelsen.

.....
Jag skulle vilja ta upp frågan om vad tillkomsten av landstingen på 1860-talet har betytt för ökningen av sjukvårdens potential.
.....

Gösta Tibblin: För de senaste 40 – 50 åren kan man nog fastställa mängden skrumplever i en befolkning och det anses att man genom de siffrorna kan läsa av alkoholkonsumtionen. Men om det finns material från 1700- och 1800-talet vet jag inte.

Ragnar Berfenstam: Jag skulle vilja ta upp frågan om vad tillkomsten av landstingen på 1860-talet har betytt för ökningen av sjukvårdens potential. Som icke historiker vågar jag bara förmoda, att vi här för första gången fick en bärkraftig organisation som kunde klara av de ökade krav på sjukvård och hälsovård som ställdes och som delvis hängde samman med att den medicinska kunskapen snabbt ökade. Expansionen inom sjukvården har varit stark under 1900-talet. Det är intressant att se hur lika de skilda landstingen har reagerat inför kraven som ställdes på dem och hur utbyggnaden gått förvånansvärt parallellt trots de olika förutsättningarna.

Erik Lönnroth: För en undersökning av den frågan skulle man ju behöva statsvetare med inte minst för att det fanns ett sammanhang mellan landstingens insatser i sjukvården och karriären in i första kammaren. Ju större sjukhus desto säkrare plats i första kammaren.

Gösta Tibblin: Det finns ett annat märkligt förhållande och det är vårt system med statsbidrag. På 30-talet är det så uppenbart att sättet att ge statsbidrag för vissa verksamheter gjorde att vi kunde sprida dem, exempelvis mödra- och barnavård. På något år hade hela landet utbyggd mödra- och barnavård. På samma sätt utvecklades barnkliniker.

Ragnar Berfenstam: En annan sak gäller riskerna i arbetet. Industrialismen tog fart under 1800-talets senare del men det dröjde länge innan trygghetslagar fanns. Man motionerade i riksdagen under 1880- och 90-talet men det dröjde ända till 1901 innan

Riksförsäkringsanstalten kom till. Detta trots att det var uppenbart att många dog eller invaliderades i de nya industrierna och att skyddet omkring maskinerna var bristfälligt. För familjerna var det en ruin när familjefadern inte kunde arbeta längre. Efter vad jag förstår var S A Hedin en stark förkämpe för tryggheten i arbetslivet och lyckades så småningom få genom de allra mest nödvändiga reformerna.

Erik Lönnroth: Han var socialliberal. I detta fall stod han på samma linje som Branting. Socialdemokratin hade ju så litet inflytande på de politiska organen före sekelskiftet, att det måste gå via liberalerna, om någonting skulle hända.

Gösta Tibblin: Det finns belysande exempel från Rönnskärsverken utanför Skellefteå, som jag har jobbat med. Redan 1937 gjorde Gunnar Inghe tillsammans med Gustav Jonsson en studie av rönnskärsarbetare och beskrev problemen där. Men man ville inte tro på resultaten då. Det var en preliminär studie så den stoppades undan. Det är först nu, 40 år efteråt, som vi verkligen har kunnat visa på en enorm överdödlighet, trots att alarmklockan har ringt så länge. Varför? Det måste bero på värderingar i samhället, eller vad säger ni?

Erik Lönnroth: Det är väl helt enkelt det att ur produktivitetens synpunkt är det väldigt besvärligt, när det kommer medicinska spårhakar in i produktionsprocessen. Alla färgämnen, som har använts på senare tider i måleri och vid textilfärgning har ju alldeles uppenbart varit fruktansvärda ting men ändå fortsatt att användas.

Ragnar Berfenstam: Vi har berört en hel del problemområden. Hur skall den grupp vara sammansatt som skall gripa sig an ämnen av det här slaget. Jag kan se historikerna engagerade. Men vem skall ställa upp från medicinens sida?

Vi har berört en hel del problemområden. Hur skall den grupp vara sammansatt som skall gripa sig an med ämnen av det här slaget?

Det vore naturligt att leka med tanken att försöka få till stånd samarbete här i litet mer organiserad form, tex i form av forskningsprojekt.

Erik Lönnroth: Det är naturligtvis en väldigt viktig sida av socialhistorien, men vi är rädda att inte behärska fakta och därför tveksamma att arbeta med den ensamma.

Gösta Tibblin: Jag tycker att Anders Åman tog upp en väldigt fin synpunkt i sin bok om den offentliga vården, som är det bästa jag har läst i ämnet. Han poängterar att vi inte får glömma, att medicinens historia är en sak och sjukvårdens är en annan. Sjukvårdens historia är inte skriven ännu. Vi borde i vår krets vara intresserade av hur vår sjukvård har växt fram. Det kan hända, att man kan väcka större intresse för just den frågan.

Sune Åkerman: Det vore naturligt att leka med tanken att försöka få till stånd samarbete här i litet mer organiserad form tex i form av forskningsprojekt. Ni är rätt pessimistiska inför tanken att kvalificerade yngre medicinare skulle finna det meningsfullt att gå med i ett sådant här samarbete, medan vi alltså tror att historikerna kunde tycka att det skulle vara både meriterande, intressant och spännande. Hur som helst skulle det vara värdefullt att inom kort inventera möjligheterna på ett symposium.

Ragnar Berfenstam: Vi har fått ett starkt ökande medicinarantal och det är möjligt att en grupp kan kristalliseras ut som har intressen åt det här hållet. Det tror jag på. Det finns ett starkt samhällsengagemang bland många medicinare – det har ökat under senare tid och det kan ta sig uttryck i ett intresse för medicinhistoria. Det kan kanske nämnas att det är under de allra senaste åren som medicinska forskningsrådet gett stöd åt studier om hur sjukvården fungerar, hur organisationen är, vad sjukvården presterar, hur man sörjer för en god omvårdnad. Jag kan tänka mig att det inte skulle vara så lätt att få

Vi har en samarbetskommitté vid medicinska forskningsrådet. Man skulle mycket väl kunna göra en aktiv subkommitté under den.

stöd för studium av sjukvården ur historisk synpunkt.

Erik Lönnroth: Jag säger som Sune, ge oss medicinare så ska vi nog kunna göra någonting. Vi har en samarbetskommitté vid medicinska forskningsrådet. Man skulle mycket väl kunna göra en aktiv subkommitté under den, om medicinska rådet är villigt att spela bollen.

Gösta Tibblin: Något som jag tror att man skulle kunna göra är att be dessa forskningsråd att gemensamt ordna en konferens eller ett symposium någonstans och lång tid i förväg inbjuda hugade att presentera arbeten. Om representanter för medicinska forskningsrådet vore med och lyssnade kunde man kanske så intresse hos dem.

Erik Lönnroth: Jag tror att man för att få stöd för det här måste ha en uppslagsända som verkar angelägen för politiker och andra personer som kan engagera sig i det. För tillfället styrs forskningen av penningbrist. Forskningsanslagen har inte följt med prisutveckling och löneökningar utom när det gäller teknisk forskning.

Gösta Tibblin: Sekretariatet för framtidsstudier har vad de kallar en omsorgsstudie. Där håller jag på med en delstudie, som handlar just om sjukvårdens

Något som jag tror att man skulle kunna göra är att be dessa forskningsråd att gemensamt ordna en konferens eller ett symposium och lång tid i förväg inbjuda hugade att presentera arbeten.

tillväxt. Där har man fullt klart för sig att för att kunna se in i framtiden är det bra att ta fram trender och se var de kanske bryts. Kanske vi kan få argument därifrån.

Ställa upp och ordna ett symposium tror jag forskningsrådet skulle göra och lägga ner pengar på. Det är de inte alls ointresserade av. Jag tycker att redan nu finns väl anledning att undersöka en del frågor. Om vi får tid på oss kan man plocka fram en del i alla fall.

Sune Åkerman: Det kan ju också vara bra att bjuda in några utländska forskare, så kunde det ge ytterligare stimulans. Särskilt tysk, fransk och engelsk forskning är intressant här.

Ragnar Berfenstam: Många intressanta frågeställningar har ju kommit från er också. Jag tror det finns möjligheter att visa på samhällsnyttan av forskning av det här slaget. Gösta Tibblins fundering om anknytning till framtidsstudierna tycker jag är intressant, likaså möjligheten att ordna ett symposium omkring de här frågorna. Det är kanske där man skall börja och då gäller det att finna någon eller några personer som kan ställa sig i spetsen för en sådan aktivitet.