



socialmedicinsk tidskrift

**femtiotredje årgången maj—juni 1976
häfte 5—6**

Industrivägen 13, Solna. Tfn 08/83 20 83
Postadress: Fack, 104 01 Stockholm 60
Postgiro 11 79-1

Allmän redaktion:

Claes-Göran Westrin, redaktör och ansvarig utgivare
Axel Gisslén, biträdande redaktör
Brita Bahrton, redaktionssekreterare

Redaktionsutskott:

Ragnar Berfenstam, professor i socialmedicin, Uppsala
Per Bjurulf, professor i socialmedicin, Linköping
Arne Borg, bitr. socialdirektör, Stockholm
Olle Höök, professor i medicinsk rehabilitering, Göteborg
Gunnar Inghe, professor i socialmedicin, Stockholm
Bertil Johansson, socialchef, Örebro
Bengt Lindegård, professor i socialmedicin, Göteborg
Gunnar Lindgren, professor i socialmedicin, Lund
John Lovén, socialchef, Huddinge
Birger Stark, socialchef, Sundsvall
Georg Svahn, personaldirektör, Stockholm
Bengt Söderberg, socialchef, Solna

Om hälsobegreppets utvidgning och läkaren som samhällsarbetare

En hyllningsskrift till Gunnar Inghe

Detta nummer av SMT är en hyllning till Gunnar Inghe, som från innevarande år pensionerats från professuren i socialmedicin vid Karolinska institutet.

Bidragen har inte bestämts av några gemensamma direktiv men präglas ändå av i många stycken likartade frågeställningar och samverkande tankegångar. Det kan förklaras av att de medverkande alla är gamla vänner, medarbetare eller kolleger till Gunnar Inghe och att de valt ämnen med nära anknytning till dennes insatser. En annan förklaring är att det gäller frågor som nu står i fokus för det socialmedicinska intresset.

Ett tema som särskilt ofta återkommer, kan sammanfattas med rubriken till Karl Evangs artikel: Hälsobegreppets utvidgning.

Vad det gäller är frågor om hur hälsobegreppet utvidgats, varför så skett och vilka sociala och politiska konsekvenser detta kan innebära.

Karl Evang understryker att utvecklingen från ett individualistiskt och biologiskt-fysiskt hälsobegrepp till ett mer helhetsbetonat och socialmedicinskt hälsobegrepp inte är ett utopiskt framtidsmål. Det är något vi står mitt i och delvis redan har bakom oss. Per Sundby pekar på att också forskningen om grundläggande epidemiologiska problem i allt större grad vidgas till att omfatta sammanhang mellan sjukdom och fattigdom samt mellan hälsomässiga och sociala åtgärders effekter. Dessa förändringar av hälsobegreppet har — som också framgår av Kurt Winters bidrag — inneburit att de socialmedicinska grundproblemen alltmer glidit över i frågor som också är grundproblem för den allmänna socialpolitiken — och som därmed även är centrala allmänpolitiska problem. Detta är något som i och för sig följer av sjukvårdsproblemens kvantitativa karaktär: Bror Rexed redovisar till exempel att vi kan behöva utöka sjukvårdssystemets andel av bruttonationalprodukten från nuvarande 6—8 % till 10 % eller mer. Men Rexed framhåller också att de verkliga kostnaderna för att vidmakthålla befolkningens hälsotillstånd ställer krav på ännu mycket större och annorlunda resurser. Främst sådana resurser som krävs för att förändra livsvillkoren för låginkomsttagare eller som krävs för att genomföra förbättringar av den fysiska miljön och minska nedslitning och utslagning i samhället.

En sådan inordning av medicinsk verksamhet under sociala mål är på olika sätt på väg både i i-länder och u-länder.

I i-länder har detta sitt mest påtagliga uttryck i organisatoriska strävanden att samordna medicinska resurser med samhällets totala system av sociala insatser. Vad den utvecklingen innebär för vårdplaneringen behandlas i Erik Allanders och Nils-Erik Landells artikel. Vad det kräver i fråga om mödosamt utvecklingsarbete av social och medicinsk samverkan redovisas av Ragnar Berfenstam och Björn Smedby. Hur det medfört utvecklingen av en socialmedicinsk specialitet belyses av Gunnar Lindgren.

I u-länderna har en motsvarande social målsättning för hälso- och sjukvårdsinsatserna i kombination med resursknappheten tvingat till radikala omprövningar av hela sjukvårdens uppbyggnad. Det framgår med särskild tydlighet i Per Bjurulfs rapport från Etiopien om överväganden att medvetet avstå från en kvalitetsinriktad och individuell sjukvård till förmån för enbart förebyggande åtgärder och resurser för enkla behandlingar.

Läkarens uppgifter

Utvecklingen från sjukdomsbegrepp till hälsobegrepp har inte minst medfört förändringar för läkarna, sjukdomsbegreppets traditionella sigillbeparare. Dessa förändringar avspeglas i Bror Rexeds konstateranden att läkarnas makt måste minskas och de får en drastisk belysning av situationen i Etiopien, där man vid prioriteringen av olika tänkbara insatser helt enkelt beslutat sig för att avstå från att utbilda läkare.

Men det finns också andra aspekter på dessa förändringar av läkarnas uppgifter. Detta kommer till uttryck på och mellan raderna i Karl Evangs bidrag. Det gäller en annan typ av läkarroll än den som haft sin särskilda trygghet i rent tekniska kunskaper. Denna andra läkarroll betingas just av det utvidgade hälsobegreppet och innebär arbetsuppgifter som inte är mindre maktpåliggande än de traditionella uppgifterna. Vad det gäller är att med sin specialistkunskap ingå som medlem i ett arbetslag och att med samma specialistkunskap beakta både miljöproblem och den enskilde patientens inre och yttre svårigheter. Detta är ingalunda nya uppgifter i läkararbetet utan snarare ett led i en lång — om också mycket lite uppmärksammas — tradition, som går

tillbaka till genombrottsmän i den moderna medicinen (som t ex patologen Rudolph Virchow). Nils Bejerots och Ruth Ettlingers artiklar kring alkohol-frågor och suicidalproblematik kan här ses som exempel på några områden där läkaren av hävd fungerat som samhällsarbetare. Gösta Tibblin skisserar en annan social verksamhet med svagare tradition men kanske med än mer dynamisk framtid, nämligen hälsoinformation. P C Jersild slutligen illustrerar ett av åtskilliga exempel på hur författare som för erfarenheter från vården till en socialt engagerad konst.

Det är i denna tradition man återfinner Gunnar Inghe's insatser.

I ett inledningsskede — skildrat av Gustav Jonsson — bidrog Gunnar Inghe och kretsen kring honom genom en kombination av socialmedicinskt kunnande och socialpolitiska insatser till två väsentliga reformer. Förbudet mot offentliga upplysningar om preventivmedel upphävdes och abortlagen liberaliserades. Man misslyckades med ett tredje mer ambitiöst försök, att förbättra arbetsmiljön vid en större svensk industri. Det är värt att begrunda att denna typ av arbetsuppgifter först nu i större utsträckning börjat bli en påträngande utmaning för socialmedicinskt engagerade läkare.

Läkaren skall vara de fattigas naturliga advokat, säger Karl Evang. Jag tror att Gunnar Inghe någonstans formulerat det så att en läkare skall vara en reformator. Det är uppgifter som Gunnar Inghe själv gripit sig an mer än någon annan svensk läkare i sin generation. Han har på så sätt — långt mer än han själv i sin genuina blygsamhet torde föreställa sig — blivit ett viktigt identifikationsobjekt för unga, socialt engagerade läkare.

Gunnar Inghe har på detta sätt också kunnat förverkliga en betydande del av en vision hos en av sina lärare, Olof Kinberg, som för ett fyrtiotal år sedan skisserade idén om socialläkare. I det begreppet innefattade Kinberg inte bara den begränsade yrkesgrupp som nu har yrkesbeteckningen i fråga utan snarare en vårdideologisk samlingsbeteckning för alla läkare med mer betydande socialmedicinska uppgifter: provinsialläkare, företagsläkare, en del av psykiaterkåren osv.

Det kan framhållas att det är just dessa kategorier av läkare som efterfrågas i dagens vårdpolitik och som väntas öka snabbare än någon annan läkar-grupp. Men inte bara detta: det finns i både vårddebatten och utbildningsdebatten ännu mer långtgående målsättningar när det gäller att förverkliga de sociala och humanistiska inslagen i all läkarutbildning och allt läkararbete.

I förlängningen skymtar faktiskt tanken på en hälso- och sjukvård där det skall finnas åtminstone en liten socialläkare i varje läkare, han må sedan vara aldrig så superspecialiserad.

Claes-Göran Westrin