

Gunnar Inghe og norsk sosialmedisin

Noen grunnleggende problemer for sosialmedisinen overfor en stadig mer ekspansiv sosialpolitikk

Per Sundby

Gunnar Inghe har utvidgat den rena epidemiologiska/etiologiska forskningstraditionen till att omfatta sammanhangen mellan sjukdom, fattigdom, hälsomässiga och sociala åtgärders effekter och särskilt utsatta sociala gruppers villkor. Genom detta har han dirigerat socialmedisinen mot socialpolitikens grundproblem. Där står den idag, i litet format men inför stora förväntningar och betydande samhällsproblem. Det är, framhåller Per Sundby i nedanstående artikel, en problematisk position i skärningspunkten mellan stora förväntningar, delvis politiskt-ideologiska grundproblem och egna inneboende inre svagheter.

Men socialmedisinen har också ett eget ideologiskt orienteringsproblem. Skall den utvecklas till en specialitet eller i första hand bli ett allmänt bidrag till all medicinsk praxis. Socialmedicinska uppgifter finns överallt i dagens medicinska arbete. Deras lösning kräver en god tid med patienten, en långvarig uppföljning av behandlingen och god kännedom om familjen och lokala förhållanden. Den viktigaste förutsättningen för att bättra den socialmedicinska servicen är att läkare och andra får möjligheter att ta på sig dessa uppgifter.

Författaren är professor i socialmedicin vid Oslo universitet.

smed. På den annen side er det basert på et omfattende system av offentlige hjelpetjenester for dem som trues av nød og fattigdom, enten fordi inntektene av arbeidet ikke strekker til eller fordi arbeidsevnen svikter. På tross av den offentlige oppfatning at direkte økonomisk hjelp til livets underhold er en dårlig form for hjelp, gis det meste av denne hjelpen likevel som direkte pengebidrag og ofte på sosialmedisinske vilkår. Stadig økende deler også av befolkningen i yrkesaktiv alder blir etter hvert knyttet til dette sosialpolitiske lønnsystem, hvor sosialmedisin brukes både til å regulere opptagelse og lønsplasseringen. Systemet selv er et lappeteppesydd sammen over noen deccennier til et enda ufullstendig hele. Den fullstendige underliggende målsetting, og systemets sosiale og økonomiske virkninger i samfunnet som helhet, er det ofret liten omtanke på. Men systemet er blitt så stort og så viktig at det krever sin egen ekspertise både for å kunne fungere og forstås. Antagelig fordi sosialmedisinen fortøner seg som den praktiske og vitenskapelige overbygning over dette for samfunnet så viktige system, har faget i løpet av de siste årene ekspandert og fått en ny form for popularitet. Med andre ord er det et ektefødt barn av sin tid, og det er kanskje tidsånden mer enn faget selv som bestemmer hvor det står.

Gunnar Inghe har mer enn noen annen tidlig

Økende deler av befolkningen blir etter hvert knyttet til dette sosialpolitiske lønnsystem, hvor sosialmedisin brukes både til å regulere opptagelse og lønsplasseringen.

Det er to faktorer som fremfor andre har påvirket sosialmedisinens utvikling i Norge, og Gunnar Inghe er den andre av disse.

Den første er selvfølgelig selve den sosiale utvikling som har velferdssamfunnet både som mål og modell. Dette er som bekjent på den ene side basert på en blandingsøkonomi og derved delvis også på prinsippet om at enhver er sin egen lykkes

.....
Gunnar Inghe har mer enn noen annen gitt faget en sosialpolitisk profil.
.....

sanset denne utvikling og gitt faget en sosialpolitisk profil, både på det praktiske, det vitenskapelige og vel også på det ideologiske området. Det kan best illustreres ved hans kliniske bakgrunn som sosiallege, hans vitenskapelige hovedverk "Fattiga i Folkhemmet" og ekteparet Inghe's ideologisk-kritiske studie av "Den ofärdiga Valfärden". Han har utvidet den rene epidemiologisk/etiologiske forskningstradisjon til også å omfatte sammenhengen mellom sykdom, avvik, funksjonshemninger og fattigdom, helsemessige og sosiale tiltaks virkemåte og spesielt utsatte sosiale grupper kår. Ved dette har han dirigert faget mot sosialpolitikens grunnproblemer. Der står det i dag, i seg selv av nokså lite format, men stillet overfor forventninger og samfunnsproblemer som er betydelige. Det er denne fagets problematiske posisjon i skjæringspunktet mellom de store forventninger, de delvis politisk ideologiske grunnproblemer det står overfor, og sine egne iboende indre svakheter, jeg har lyst til å diskutere ved denne sjeldne anledning. Mitt håp er selvfølgelig å stirre videre fremover fra den høyde Inghe's mangesidige innsikt har bragt oss opp på, men det er vel mulig at han selv allerede har beskrevet landskapet bortenfor bedre enn jeg kan.

Skuffede forventninger

Det er på visse punkter vi *ikke* kan tillfredsstille forventningene om at faget skal skaffe innsikt i det totale sett av faktorer som skaper sosialmedisinske problemer i moderne samfunn, som ungdomsnarkomaniene, den økende arbeidsuførheten, det økende antall understøttede, problemene i nye storbyområder, og andre. De vanlige epidemiologiske metodene greier faktisk ikke å analysere det innviklede samspill av økonomiske, sosiale, kulturelle, psykologiske og medisinske faktorer vi her står overfor. I all epidemiologisk forskning er det en innebygget begrensning og et valg mellom å gå overfladisk i bredden med store utvalg, eller å gå i

dybden med små utvalg. Ofte er dette også et valg mellom å analysere kvantifiserbare data med lav relevans som det er lett å definere og få tak i, eller å rette oppmerksomheten mot folks personlige opplevelse og reaksjon. En vanskelighet er også det at sosiale problemer er tids- og stedstypiske, og kan skifte årsak og utforming selv i den korte periode en noenlunde omfattende undersøkelse pågår. Det er nesten alltid mulig å avvise en undersøkelse med at den allerede er foreldet eller bare har gyldighet der den er utført. Dette har vi erfart så mange ganger at vi nærmest tar det som en selvfølge.

Vi kan komme til å skuffe forventninger også på et annet punkt. En solid og grundig undersøkelse utført etter de beste vitenskapelige metoder vil i regelen bli tungt forståelig, og når den dertil skrives på et fremmed språk, blir lett dens opplysnings- og påvirkningskraft minimal. Dette går tilbake på selve grunnmotivet for sosialmedisinsk forskning. Springer forskningen ut av ren intellektuell nysgjerrighet og behov for nyerkjennelse, gjør det kanskje ikke noe at resultatene bare blir tilgjengelige for en liten skare. Men som regel motiveres slik forskning like mye av sosialt engasjement og reformiver, og da er det særdeles viktig at resultatene spres til flest mulige. Noen har også tatt opp det "De og vi"-problem vi har i sosial forskning såvel som i sosial omsorg. Er det riktig at fremmede forskere med sin type innsikt skal komme og gjøre seg opp *sin* mening om forhold og faktorer som de som utforskes opplever på *sin* måte. Problemet er aktuelt, ikke minst fordi forskningsrapporter som gjelder ømtålelige sosiale forhold ofte har vakt opprør lokalt selv om de den angår har lest den på forhånd. Vi har alle sterke eiendomsfølelser overfor den sosiale virkelighet vi lever under, og derved begrenses også andres muligheter til fritt å beskrive den. Dette er

.....
En vanskelighet er at sosiale problemer er tids- og stedstypiske og kan skifte orsak og utforming selv i den korte periode en noenlunde omfattende undersøkelse pågår.
.....

Vi har alle sterke eiendomsfølelser overfor den sosiale virkelighet vi lever under og derved begrensnes også andres muligheter til fritt å beskrive den.

faktiske utfordringer sosialmedisinsk forskning møter med en gang den prøver å gå inn i forholdene i folks hverdag. Men det er ikke bare klientene som eier sin virkelighet og kan få denne eiendomsrett krenket. Vi har f. eks. fått sanksjoner av legeetisk karakter mot at en av Instituttets medarbeidere illustrerte vilkårligheten i abortavgjørelser med noen omhyggelig kamouflerte eksempler. En står med andre ord alltid mellom barken og veden med resultatene av forskning om aktuelle sosiale forhold og sosiale avgjørelser. Hensyn i den ene retning vil nesten aldri kunne forenes med hensyn i den annen. Kravet til vitenskapelighet og metode kommer også lett i kollisjon med kravet om å fange inn alle faktorer, såvel det personlige som det situasjonsbetingede i den tilstand en vil beskrive.

Forskning i sosialpolitikken for å forstå dens praksis og forbedre denne, støter fort på problemet med kvaliteten i de sosialmedisinske enkeltavgjørelser. Her kommer tverrfagligheten fort inn og kan lage den rene babylonske forvirring. En sosialmedisinsk avgjørelse baserer seg gjerne både på medisinske kriterier (hvor avgrensningen av sykdomsbegrepet er den elastiske variabelen) og på juridiske kriterier (hvor helt andre tankemåter tas i bruk), og på moralske og ideologiske kriterier (som vanligvis brukes litt i dølgsmål). Det ene eller det annet av disse kriterier gis vekt litt etter forgodtbefinnende, ofte styrt av den byråkratiske rutine som arbeidssituasjon i den avgjørende nemnd skaper. Går man inn i denne problematikken med henblikk på om gitte avgjørelser har vist seg gode, må en legge et kriterium til grunn. Hvem skal bestemme behovene og i hvilken grad de er tilfredsstillende — klienten, lover og regler, eller den som forsker i det hele? Det er ikke nok med at vurderingene her må bli subjektive, men man er så å si garantert at det vurderingsgrunnlag

en velger med full rett kan bestrides fra et eller flere hold, og dermed blir ens funn stående på vaklende grunn rent vitenskapelig — uansett. Dette er for såvidt også en refleks av at sosialpolitikken har en fordelingsfunksjon som sin hovedoppgave, og fordeling av livets goder er anerkjent som et politisk område der vitenskapen har lite den skulle ha sagt.

Forsømt kapittel: forskning om sosialpolitikk

Et forsømt kapittel i sosial forskning er forskning om sosialpolitikk, med henblikk på om dens virkemidler i praksis er tilfredsstillende. For såvidt er kanskje dette et enda mer ideologisk ladet område, så den tid sosialpolitikken utad står som selve det ytre symbol på at enkeltmenneskets velferd blir tatt vare på. Det er vel ikke sikkert at dette er et sosialmedisinsk forskningsfelt, bl. a. fordi én problemstilling er om selve det sosialmedisinske prinsipp for løsning av sosiale problemer er godt. Det er vanskelig å gå kritisk til verks mot det som danner grunnlaget for ens virksomhet. Men spørsmålet om hvordan de sosialpolitiske virkemidler oppleves og hvilke individuelle og generelle reaksjoner de setter i gang, blir mer og mer aktuelle etter som sosialpolitikken øker i omfang. Det har vært ofret for liten oppmerksomhet på selve innholdet i den sosialmedisinske kontrakt som samfunnet bruker til å formidle hjelp til nødstedte. Et hovedinnhold i denne er at vesentlige former for hjelp ikke utløses av behov alene, men gis under forutsetning av at den som skal hjelpes er syk, og at han bør hjelpes til å bli arbeidsfør framfor å få passiv understøttelse. Det uklare ved selv sykdomsbegrepet kommer her inn og skaper konstant muligheter for dårlig rettssikkerhet og uens praksis, særlig ved uspesifikke psykosomatiske sykdommer og mentale lidelser. Men likevel er ikke dette hovedproblemet ved den sosialmedisinske kontrakt. Det er at den har i seg en underforstått motsetning mellom det å være syk

Spørsmålet om hvordan de sosialpolitiske virkemidler oppleves blir mer og mer aktuelle etter som sosialpolitikken øker i omfang.

Den sosialmedisinske kontrakt har i seg en underforstått motsetning mellom det å være syk og det å være i aktivitet.

og det å være i aktivitet. Den hjelp du får fordi du er syk, må du betale for ved å demonstrere at du ikke kan være aktiv. Vi hadde forleden år en pussig åpen konflikt om dette i Norge, der en sjef for et trygdekontor egenhendig friskmeldte en mann som var sykmeldt, fordi han så at mannen reparerte sitt eget tak. Den sykmeldende lege påklaget dette til sivilombudsmannen, og fikk rett i at trygdesjefen ikke hadde adgang til å gjøre dette. Men den konflikt som her blusset åpent opp, ligger latent både hos klienter og på folkemunne, og rammer særlig sterkt arbeidsuføre med lite synlige lidelser. Paradoksalt nok føler ofte de som tidligere har hatt en god arbeidsstabilitet og sterk tilknytning til arbeidet sterkest stemplingen ved å bli økonomisk avhengig og mistrivselen ved å være dømt til uvirksomhet, mens andre og mindre stabile tvert imot føler seg rehabilitert i andres om-dømme hvis de blir fortidspensjonert. Dette berører et annet moralpsykologisk dilemma ved sosialpolitikken, som vel fra et liberalt vitenskapshold kan kalles moralisme og utslag av fordommer, men som oppleves og bedømmes anderledes ved grassrota, særlig da i småsamfunn der alle kjenner alle. Mye, og for den saks skyld irrasjonell folkelig uvilje mot sosiale trygder stikker i det at de oppleves som et belønningssystem for svakheter, smarthet og udyder og at dette system står i strid med det vanlige prinsipp om at det er strev og dyder som skal belønnes. Alle disse reaksjoner til sammen kan, når de får virke en tid, bidra til å skape nye klasseskiller mellom de understøttede

Mye folkelig uvilje mot sosiale trygder stikker i det at de oppleves som et belønningssystem for svakheter, smarthet og udyder og at dette system står i strid med det vanlige prinsipp om at det er strev og dyder som skal belønnes,

og resten av befolkningen. Andre faktorer vi ikke har herredømme over — som f. eks. de nye trygdefiendtlige partiene både i Danmark og Norge — yter sin skjerv til å skjerpe disse konfliktene, og selv toner fra de større folkepartiene blander seg i samme koret. Det dukes dermed til økende konflikter om selve grunnlaget for sosialpolitikken, og i den striden unngår ikke det sosialmedisinske styringsprinsipp å bli trukket inn i diskusjonen.

At finne ikke stigmatiserende hjelpeformer

Det synes uråd å finne frem til hjelpeformer som sikrer folk mulighet for å tilfredsstille alle sine behov, for økonomisk trygghet, for arbeid og utfoldelse og den kontakt og selvaktelse som følger med det, og for frihet til å innrette seg overfor de ulike behov og muligheter en har slik ens tilstand og funksjonshemming tilsier. Sosialpolitikkens tilbud innskrenker seg lett til økonomisk understøttelse alene, og den er ofte såpass snau at den bare sikrer det daglige brød og lite ut over det. Like problematisk er det at det er vanskelig å konstruere hjelpeformer som ikke har stigmatiserende virkninger, som både rammer individet fra hans eget overjeg, og som negative holdninger fra omgivelsene. I små lokalsamfunn er dette alvorlige problemer. Det er liten trøst i at problemene kanskje er mindre i større byer ganske enkelt fordi folk der har så dårlig kontakt med hverandre. Men her er problemet til gjengjeld at trygdetilværelsen ikke byr på rimelige muligheter for utfoldelse og derigjennom kontakt med andre mennesker. I primæringene kan ofte trygdede fortsatt være virksomme i sitt miljø med sysler de er vant med og som de kan tilpasse sin tilstand. Trygden fungerer ofte som et tilskudd til næringsinntekter som ikke lenger strekker til. Dette er for såvidt et gode, var det ikke fordi den trygdede blir passet på av andre i næringen som er i samme båt, og derfor ikke må vise seg for frisk og aktiv.

Det er liten trøst i at problemene kanskje er mindre i større byer ganske enkelt fordi folk der har så dårlig kontakt med hverandre.

Det er i det lange løp misbruk av sosialunderstøttelsen å bruke den til å subsidiere husleier som er for høye for unge mennesker på vanlige inntekter.

Å kamufflere sosiale problemer

En tredje generell innvending mot vår nåværende form for sosialpolitikk er dens tilbøyelighet til å kamufflere sosiale problemer under falske navn. Ser man på førtidspensjoneringens utbredelse i Norge, er det ingen tvil om at den i betydelig grad har fanget opp og bremset fraflyttingen fra utkantstrøk. Den bidrar til å forme skjeve lokalsamfunn der forgubbingen er et alvorlig problem og ungdommens flukt iøynefallende. Den fanger også opp i seg deler av den strukturelle arbeidsledigheten, etter hvert også blant unge mennesker. Alt dette er vel og bra, og nettopp derfor så vanskelig å gjøre noe med. Men dette var ikke den primære hensikt med førtidspensjoneringen, og fordi den løser disse problemene ufullstendig, bidrar den til å hindre politiske initiativ i retning av å løse dem med mer direkte virkemidler.

Vi opplever i disse dager i Norge regulær konjunkturbetinget arbeidsledighet, og ser at man har helt andre nyanserte forestillinger om hvordan dette problem bør angripes. Her anser en det som en selvfølge at en må skape arbeidstilbud. På samme måte kan en si at i det lange løp er det et misbruk av sosialunderstøttelsen å bruke den til å subsidiere husleier som er for høye for unge mennesker på vanlige inntekter. Mange som har studert dette problem på nært hold har brukt betegnelsen destruktiv sosialhjelp på denne form for stønad, nettopp fordi den ved siden av å være en god nødhjelp på kort sikt, har nedbrytende virkninger på lengre sikt. Mye tyder på at denne sosialkontorenes økonomiske subsidieringsoppgave er så spesiell og oppfattes av folk flest som så særegen, at i den grad denne funksjon dominerer sosialkontorenes hverdag, er det høyst tvilsomt om det vil lykkes å integrere de primære helse- og sosialtjenestene.

Sosialpolitikken både for liten og for stor

Det er også en rekke spesifikke problemer knyttet til selve utformingen av sosiale tiltak. Her i Norge har vi holdepunkter for at når attføring (den yrkesmessige rehabiliteringen) ikke fører til målet, kan årsaken være at kontantytelsene under attføring for noen blir bedre enn den forventede arbeidsinntekten. På klientplanet hører vi av og til at attføring — som i sosialpolitikken lanseres som den foretrukne gode løsning — av klientene kan oppleves som et forskjønnet avslag på søknad om førtidspensjonering, eller som et lutrende, moralsk pressmiddel. Stivheten i selve systemet gjør også ofte at attføring mislykkes, fordi ventetidene blir for lange, uforutsette krisesituasjoner underveis dekkes ikke osv. Gjennomføringen av sosialpolitikken skaper med andre ord en rekke både praktiske og moralpsykologiske problemer som er lite påaktet i den offentlige diskusjon, men gir viktige og ofte negative utslag blant klienter. Dette reiser ytterligere et problem for sosialmedisinen. Den kan ikke ustraffet kritisere de sosiale tiltaks ufullkommenheter på den ene side og betenkelige sider ved systemet på den annen uten å få et tvetydig Janusansikt som utad nøytraliserer virkningen av hva vi enn har å si, selv om det er godt og riktig underbygget. En skal ha god innsikt i dagens sosialpolitikk for å kunne forstå at en og samme instans kan mene at denne sosialpolitikken både er for liten og for stor, eller at en overfor den alment svulvende — men stadig ufullkomne — sosialpolitikk kan føle det dilemma Goethe uttrykker i *Die Zauberlehrling*: "Die Götter die du ruf', die werd' du nun nicht los".

Sosialmedisin — en spesialitet eller alment bidrag

Den praktiske sosialmedisin har også et ideologisk orienteringsproblem. Skal den utvikles til en spe-

Gjennomføringen av sosialpolitikken skaper med andre ord en rekke problemer som er lite påaktet i den offentlige diskusjon men gir viktige og ofte negative utslag blant klienter.

Skal sosialmedisin utvikles til en spesialitet eller legges lavere i terrenget?

sialitet eller legges lavere i terrenget og fortrinnsvis bli et alment bidrag til all medisinsk praksis?

Her er det mulig at de profesjonella særinteresser og den sosiale virkelighet kan trekke hver sin vei. Det er ingen tvil om at en spesialisert sosialmedisin aldri vil nå frem til mer enn en brøkdel av de sosialmedisinske situasjoner som oppstår. Den vil også være plassert slik at den vanskelig får full oversikt over nærmiljøforholdene for den enkelte klient; det situasjonsbetingede i hans funksjonsproblem. Likeledes vil en spesialisert sosialmedisin invitere til lettvinde avvisermekanismer hos våre kolleger. De vil med god samvittighet la være å ta opp de sosialmedisinske aspekter av sine pasienters tilstand under henvisning til at det finnes bedre spesialister enn dem selv som forstår seg på dette. En sosialmedisinsk spesialitet kan invitere andre til å toe sine hender og gi etter for det ubekvemme ved selv å måtte ta seg av disse problemer. Dessuten viser det seg at en pasient med noenlunde spesifiserte lidelser oftest foretrekker å søke råd for sine samlede problemer hos den lege som kjenner hans sykdom. Det skal mye til at en hjertepasient unnlater å forelegge cardiologen et yrkesvalg han er i tvil om hans hjerte tåler. Og det er bare cardiologen som kan overtale ham til å utsette seg for noe han frykter, men antagelig ikke har vondt av.

Et halvt års arbeid i Finnmark fylke aller nordligst i Norge har også overbevist meg om at det

Et halvt års arbeid aller nordligst i Norge har overbevist meg om at det aller meste av det sosialmedisinske arbeidet bør foregå på det lokale primærlegeplanet.

aller meste av det sosialmedisinske arbeidet bør foregå på det lokale primærlegeplanet. Den største oppgaven man står overfor i sosialmedisinen er å få almenlegene til å åpne sine øyne for disse problemene og gi dem selvtillit til å oppdage at de selv løser dem bedre enn noen annen. Før var dette et spørsmål om å bearbeide deres holdninger. I dag er det mer et spørsmål om å skaffe dem tid. Det primære er at sosialmedisinske oppgaver er allestedsnærværende i dagens medisinske praksis, deres løsning krever god tid med pasienten, langvarig oppfølging av behandlingen og godt kjennskap till familiære og lokale forhold. Den viktigste forutsetningen for å bedre den sosialmedisinske service er at leger (og andre) sikres muligheter for å ta på seg disse oppgavene. Forskjellen i kompetanse mellom spesialisten og almenpraktikeren oppveies lett av andre iøynefallende fordeler almenpraktikeren har.

Dette var noen høyst personlige betraktninger om faget fra en som selv har mottatt rike impulser fra Gunnar Inghe. Mens jeg skriver dette, merker jeg hvor godt det ville ha vært å diskutere disse tankene med ham, fordi han ganske sikkert ville tatt dem alvorlig — selv om han ikke var enig. Deri ligger kanskje hans største egenskap, at man vet hvor man har ham og kan være trygg på ham selv om en krysser hans kurs.