

Hva er sosialmedisin?¹⁾

Av professor *Axel Strøm*, Oslo.

Spørsmålet: "Hva er sosialmedisin?" har vært et hyppig gjenvendende tema i de siste par desennier. Det stilles ofte av utenforstående til oss som arbeider på dette område. Men det stilles også av oss selv, som utgangspunkt for diskusjoner om vårt områdes egenart, dets problemstillinger, dets metoder, dets avgrensning osv.

Det forhold at spørsmålet så ofte blir stillet, viser klart at det ennå ikke er enighet om hva sosialmedisin er og innebærer. Er det et fagområde som har krav på status som en egen akademisk disiplin, og hva er i tilfelle dets innhold? Eller er det bare et nytt navn på et gammelt fagområde? Eller er det mer en samling praktiske tiltak som bør tas i bruk innen de øvrige medisinske fag i tillegg til dem som vanligvis brukes? Eller er det heller en slags filosofi som bør gjennomtrenge den medisinske tankegang uten å danne noe avgrenset fagområde?

Disse og lignende spørsmål er fullt berettiget, for leser man gjennom litteraturen om sosialmedisin, får man et høyst forvirret bilde. Definisjonene er tallrike og utmerker seg ikke alltid ved sin klarhet, beskrivelsene er ulike og viser at de enkelte forfattere legger forskjellig betydning i ordene, og innhold og avgrensning av området angis forskjellig.

En del av denne uklarheten henger sammen med at mange av dem som har skrevet om sosialmedisinen har sett på spørsmålet ut fra rent praktisk, undervisningsmessig synspunkt — om hvilke tiltak man bør treffe i praksis og hva man bør lære studentene — mens andre har søkt å finne frem til et dypere, forskningsmessig

grunnlag for faget ut fra den oppfatning at bare hvor det foreligger et slikt grunnlag, har et fag krav på status som en akademisk disiplin. Avgrensningen av sosialmedisinen vil nødvendigvis bli forskjellig etter hvilket av disse synspunkter man legger til grunn.

En annen del av uklarheten henger sammen med den flertydighet som ordet "sosial" har. I visse sammensetninger bruker vi ordet som refererende seg til samfunnet som helhet (f. eks. i sammensetningen sosialøkonomi), i andre tilfelle bruker vi det som referanse til økonomisk dårligstilte personer og klasser i samfunnet (f. eks. i ordene sosialforsorg og sosialhjelp), og i atter andre tilfelle, særlig i sosiologisk litteratur, bruker vi ordet som refererende seg til samfunnets strukturelle oppbygging (med stikkord som status, roller og interaksjon).

Vi må også være oppmerksom på den emosjonelle betoning som ordet sosial har, både i negativ og positiv retning. Dette har i noen tilfelle ført til at betegnelsen "sosialmedisinsk" er blitt brukt om retninger og tiltak innen medisinen som man har ønsket å motarbeide; i andre tilfelle — og de er de fleste — har man anvendt betegnelsen på bevegelser og tiltak som man har ønsket å fremme, og som man derved har ment å kunne sikre goodwill og popularitet.

Men selv om de forhold som jeg har pekt på, kan forklare en del av den uklarhet som hersker omkring sosialmedisinen, ligger nok uten tvil den vesentligste årsak til uklarheten i at sosialmedisinen ennå ikke har vunnet frem til en alment akseptert oppfatning av sitt innhold og dets avgrensning. Dette henger igjen sammen med at sosialmedisinen i stor utstrekning er oppstått som en reaksjon mot tendenser innen den øvrige medisin og derved er blitt influert både av denne og av forholdene i vedkommende sam-

¹⁾ I noe modifisert form holdt som foredrag i Det Medicinske Selskab i København 12. mars 1963. Fra Sosialmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo. Chef: Prof. Axel Strøm.

funn. Dens utforming er derfor kommet til å variere fra det ene samfunn til det annet og fra tid til tid, og av den grunn er det vanskelig å forstå sosialmedisinens stilling i dag uten å kjenne til hvordan den har utviklet seg gjennom tidene. La oss da se på hvordan denne utvikling har funnet sted.

Som så meget i medisinen har sosialmedisinen sine røtter langt tilbake i tiden. I sin praksis har legene fra gammel tid av tatt hensyn til de sosiale forhold som pasientene lever under, og publikasjoner over emner som vi i dag vil betegne som sosialmedisinske møter vi i ethvert fall fra omkring år 1700 og utover. Det er her tilstrekkelig å nevne navn som *Defoe*, *Ramazzini*, *Frank*, *Guerin*, *Neumann* og *Virchow*. Likevel er det først fra begynnelsen av dette århundre at sosialmedisinens utvikling som akademisk disiplin daterer seg.

Som den første etappe i denne utvikling kan vi betrakte den sosialhygieniske bevegelse som oppstod i de tysktalende land i årene før og under første verdenskrig og som er knyttet til navnene *Grotjahn*, *Kaup*, *Teleky*, *Gottstein* o. fl. Bevegelsen hadde i noen utstrekning sitt utspring i den voksende interesse for sosiale problemer som gjorde seg gjeldende fra 1880 årene av og som bl. a. førte til opprettelsen av det sosiale forsikringsvesen i Tyskland. — Men for den overveiende del oppstod bevegelsen som en reaksjon mot den énsidige bakteriologiske-fysikalske utformning som hygienien hadde fått i slutten av forrige århundre. Hygienien konsentrerte seg på den tid omtrent utelukkende om de biologisk-fysikalske innvirkninger på mennesket og hadde, som *Grotjahn* uttrykte det, "glemt at mellom mennesket og naturen står kulturen som er knyttet til de sosiale strukturer." Det var nå på tide, ble det hevdet, at man fikk en disiplin som også studerte mennesket i dets sosiale og kulturelle sammenheng.

Oppgavene for den nye disiplin ble oppgitt noe forskjellig av de enkelte talsmenn for bevegelsen. Men stort sett kan vi si at oppgavene skulle være å studere:

1. Sykdommenes forekomst i samfunnet, med

særlig henblikk på deres forekomst i de forskjellige sosiale lag og yrkesgrupper.

2. De sosiale faktorer som ansåes for å være av særlig betydning for sykdommenes oppståen, utvikling og forløp — fremfor alt økonomi, yrke, bolig og kosthold, dvs. faktorer knyttet til levestandarden.

3. Sykdommenes innvirkninger på samfunnet — hvordan de virker gjennom tap av arbeidskraft, ved for tidlig død, ved å fremkalle kronisk invaliditet og ved arvelig degenerasjon.

4. Sosial terapi og profylakse dvs. sosiale tiltak siktede til å motvirke de helseskadelige sosiale faktorer og deres følger. Herunder kom økonomiske tiltak som sosialforsikring og sosial forsorg, yrkesmedisinske tiltak, boligpolitiske tiltak og tiltak for å gjøre medisinen landevinninger tilgjengelig for alle lag i befolkningen.

I praksis skulle sosialhygienien særlig ha som oppgave å finne frem til personer og grupper som hadde spesielle behov for sosiale tiltak i tillegg til vanlig medisinsk behandling.

Med den ramme som her er trukket opp ville sosialhygienien komme til å beskjeftige seg vesentlig med de økonomisk dårligstilte i samfunnet. *Kisskalt* betegnet derfor sosialhygienien som "de mindre bemedledes hygiene", men denne betegnelsen tok dog de fleste andre avstand fra, bl. a. med den begrunnelse at enkelte av de "sosiale sykdommer" dog også rammet bedrestilte. Det er lett å se den ideologiske sammenheng mellom sosialhygienien og arbeiderbevegelsen som på den tid gikk sterkt frem, og hvordan sosialhygienien ble preget av de vanskelige økonomiske forhold i Sentraleuropa i årene under og etter første verdenskrig.

Grunnen til at den nye disiplin fikk navnet sosialhygiene og ikke sosialmedisin var for en del at sosialmedisin på tysk hadde fått en innskrenket betydning = forsikringsmedisin, men også fordi man ville fremheve at den nye disiplin var en utbygging av hygienien. Det var dog dem, bl. a. *Teleky* og *Ickert*, som brukte betegnelsen sosialmedisin fordi de fant at den nye disiplin gikk ut over grensene for hygienien.

Fra de tysktalende land bredte den sosial-

hygieniske eller sosialmedisinske bevegelse seg til andre land, bl. a. til Belgia hvor *René Sand* i Bryssel ble en entusiastisk forkjemper for sosialmedisinen. Sand definerte sosialmedisin som medisinsk virksomhet til beste for de grupper og lag i samfunnet som frembød spesielle helseproblemer og som derfor hadde behov for særlige tiltak. Etter hans oppfatning omfattet sosialmedisinen:

1. Sosio-medisinsk demografi, d.e. beskrivelse av helsetilstanden i de forskjellige sosiale grupper og lag.

2. Sosio-medisinsk antropologi, d.e. studiet av den fysiske og mentale utvikling hos individer i de forskjellige sosiale grupper og lag.

3. Sosio-medisinsk patologi, d.e. sykdommenes opptreden og forløp i samfunnets forskjellige deler.

4. Sosio-medisinsk etiologi, d.e. årsakene til sykdommenes ulike forekomst i samfunnets forskjellige strukturelle enheter.

5. Sosio-medisinsk hygiene og terapi, herunder bl. a. helsearbeidets organisasjon, helsearbeidets institusjoner, sosialforsikring, sosialt velferdsarbeid og helseopplysning.

I hovedtrekkene er dette det samme som for den tyske sosialhygien. Også for Sand var det de økonomisk dårlig stilte grupper i samfunnet som særlig skulle være gjenstand for sosialmedisinens oppmerksomhet.

Uheldigvis kom imidlertid *Sand* i sin bok "Vers la Medicine Sociale" som utkom i 1948 til å gi de enkelte punkter i oppstillingen en slik bredde at man fikk inntrykk av at sosialmedisinen var all medisins mål. Derved kom Sand i sine eldre år i høy grad til å bidra til uklarheten om hva sosialmedisin er.

Det politiske klima i 1930 årene og under annen verdenskrig var ikke gunstig for sosialmedisinen i Sentraleuropa, og det ble i stedet forholdene i Storbritania som kom til å prege utviklingen — både til godt og til ondt.

Også i Storbritania hadde det vokset frem en kritisk innstilling til hygien, i et hvert fall i den form den ble dosert ved universitetene. I den s. k. "Goodenoughrapporten" eller "Report

of the interdepartmental Committee on Medical Schools" fremheves det at undervisningen i hygiene på de fleste steder bestod av noen forelesninger om "sanitation" og "public health administration", og at mennesket i sin sosiale sammenheng var skjøvet helt i bakgrunnen. Undervisningen var av liten interesse for studentene, ble det hevdet, og det var derfor et stort behov for at mennesket i dets sosiale miljø skulle bli sentrum for undervisningen.

En lignende kritisk innstilling hadde imidlertid utviklet seg også overfor den kliniske medisin, og dette kom til å virke enda sterkere. Vi gir ordet til *Ryle* som i 1943 ble den første professor i sosialmedisin i England:

"Thirty years of my life have been spent as a student and teacher of clinical medicine. In these thirty years I have watched disease in the ward being studied more and more thoroughly—if not always more thoughtfully—through the high power of the microscope; disease in man being investigated by more and more elaborate techniques and, on the whole, more and more mechanically. Man, as a person and a member of a family and of much larger social groups, with his health and sickness intimately bound up with the conditions of his life and work—in the home, the mine, the factory, the shop, at sea or on land—and with his economic opportunity, has been inadequately considered in this period by the clinical teacher and hospital research worker. The medicine of the teaching schools has, as I have suggested, undergone a gradual conversion to a highly technical exercise in bedside pathology and therapeutic method."

For å motvirke disse tendenser innenfor den kliniske medisin og hygien ble det første professorat i sosialmedisin opprettet i Oxford i 1942, og lignende professorater kom ved andre universiteter i de følgende år. Noen full enighet om hva den nye disiplin skulle omfatte, var det ikke. Men som et gjennomsnitt av de forskjellige oppfatninger kan vi si at sosialmedisinens studieområder skulle være:

1. Sykdommenes forekomst i samfunnet, bl. a. deres forekomst i forskjellige sosiale grupper og klasser.

2. Sykdommenes avhengighet av arvelige, omgivelsesmessige (environmental), emosjonelle og sosiale faktorer.

3. Public health, utvidet til også å omfatte sosialterapeutiske og sosialprofylaktiske tiltak.

Sammenligner vi denne oppstillingen med dem

vi har gitt foran, fester vi oss ved at sosialmedisin i Storbritania ikke bare skulle studere sykdommenes avhengighet av de mer typiske "sosiale faktorer", men også av arv, av faktorer som gjaldt det samlede omgivende miljø, også det fysikalsk-biologiske, og av emosjonelle faktorer. Eller som man også uttrykte det: sosialmedisinens oppgave skulle være å studere "the total man in relation to his total environment". Noen spesial interesse for de økonomisk dårligstilte lag og grupper i samfunnet ville sosialmedisin da ikke få. — Vi fester oss også ved at når det gjaldt tiltakene til bekjempelse av sykdommer, skulle alt samfunnsmessig helsearbeid trekkes inn under sosialmedisin, idet denne skulle omfatte alt det som tidligere gikk inn under Public Health, og dertil det mer sosialt pregede helsearbeid. Det er klart at ordet sosial i denne forbindelse er tatt i videst mulig sammenheng som refererende seg til samfunnet som helhet.

Det kan selvfølgelig anføres en rekke argumenter for en slik utvidelse av begrepet sosialmedisin. Men det er ikke tvil om at utvidelsen har bidradd sterkt til at begrepet er blitt utflytende og uklart. Det sier seg selv at når sosialmedisin skal studere innvirkningen på helsetilstanden av alle mulige slags faktorer, også slike som har med det fysikalsk-biologiske miljø å gjøre, og når alt samfunnsmessig helsearbeid skal trekkes inn under faget, må det bli uklart og diffust. Til dette kommer at de to strømninger innen britisk medisin som førte til fremkomsten av sosialmedisin ikke har forenet seg med hverandre på en slik måte at det er blitt skapt en enhet. Dette har bl. a. fått sitt uttrykk i at det har vært atskillig uenighet mellom talsmennene for sosialmedisin om hvorvidt denne er en utvidelse av klinisk medisin eller av public health. *Ryle* tilhørte, som det fremgår av sitatet, nærmest den førstnevnte retning, mens *Crew* — den første professor i sosialmedisin i Skottland — har gått sterkt inn for det motsatte standpunkt og hevdet at sosialmedisin er public health i moderne utformning.

Et tredje standpunkt inntas av *Alice Stewart*

som er *Ryles* etterfølger i Oxford; hun har hevdet at oppgavene for den nye disiplin er utelukken- de å foreta sammenlignende epidemiologiske undersøkelser over befolkningsgrupper som skiller seg fra hverandre i genetisk eller miljømessig henseende for derved å tilveiebringe materiale som vil kunne utnyttes i praksis enten av klinisk medisin eller av public health.

Enda sterkere er uklarheten blitt ved at sosialmedisin av mange er blitt karakterisert mer som en filosofi enn som et fagområde. I Goodenoughrapporten er det således fremhevet at sosialmedisin innebærer den anskuelse at legens primære oppgave er å forebygge sykdom og bygge opp individenes helse, og at leger må ha et videre syn på sin gjerning enn bare det å behandle utbrudt sykdom. Det er en anskuelse som man nok meget langt kan være enig i, men å knytte navnet sosialmedisin til den, har just ikke bidradd til å klarlegge begrepet.

Som en sammenfatning må en derfor si at det neppe har vært til udelt fordel for sosialmedisin at den er blitt preget så sterkt av utviklingen i Storbritania i de siste desennier.

Vender vi oss nå til amerikansk sosialmedisin, møter vi lignende retninger som i britisk sosialmedisin. Også her kan vi skjelne mellom en klinisk retning og en public health retning hvorav kanskje den sist nevnte er mest fremtredende. Og vi møter også filosofiske retninger av tildels særdeles dunkel karakter. Et godt eksempel på det sistnevnte gir *Galdston* som i sin bok "The meaning of social medicine" anskuer sosialmedisin som en reaksjon mot den mekanistisk-unietologiske betraktningssmåte og som en tilbakevenden til det gamle begrep: den epidemiske konstitusjon — hva han nå måtte mene med dette.

Men det som kanskje mest av alt karakteriserer amerikansk sosialmedisin er den store betydning som sosialvitenskapene, særlig sosiologien, tillegges som grunnlag for sosialmedisin. Et godt uttrykk for dette er *George Rosens* uttalelse: "Sosialmedisin hviler på to søyler: medisin og sosialvitenskap. Antropologi, sosial psykologi, sosiologi og sosialøkonomi er like

viktige for sosialmedisinen som de forskjellige grener av medisinen.”

I en oversikt over sosialmedisinens problemfelter sett fra sosiologisk synspunkt fører *Rosen* opp:

1. Helse i forhold til samfunnet, herunder bl. a. helsetilstanden i de forskjellige sosiale grupper, forhold til gruppenes levestandard, økonomi m. v.

2. Helse som sosial verdi, herunder hvordan helse defineres og anskues i de forskjellige sosiale grupper, hvilken betydning den tillegges og hvordan den innpasses i verdienes rangsorden.

3. Helse og sosialpolitikk, herunder bl. a. forhold til lovgivning, til utbygging av helsevesenet i samfunnet, til sosiale tiltak osv.

En mer uttømmende oppstilling av sosialmedisinens innhold sett fra sosiologisk synspunkt er gitt av *Arne Marthinsen* (tabell 1).

TABELL 1. Sosialmedisinens innhold. Etter *Arne Marthinsen* (1952).

1. Pasient og lege.
2. Pasienten i samfunnet.
Befolkningens helsetilstand og sosiale forhold.
Helsetilstandens sosiale betingelser og virkninger.
3. Legen i samfunnet.
Legenes kollegiale forhold, organisasjoner, samarbeid utad.
Legenes rettigheter og plikter.
Legegjerningens normative grunnlag (teoretisk medisin, etikk og lovgivning).
4. Medisinen i samfunnet.
Medisinske institusjoner.
Medisinsk økonomi.
Medisinens sosiale funksjon.

Som første ledd i hans sammenstilling er satt: Pasienten og legen, dvs. interaksjonen mellom pasient og lege. Sosiologen ser på samfunnsfenomenene som utslag av vekselvirkninger mellom individer og grupper av individer, og en analyse av medisinen som samfunnsfenomen blir derfor etter denne betraktningssmåte i første rekke en utforskning av interaksjonen mellom pasient og lege — fra ulike synspunkter og med ulike metoder.

”Mange av de mest sentrale problemer i medisinsk debatt har nær sammenheng med pasient-lege-interaksjonen. Det gjelder problemer som taushetsplikten, det fri legevalg og legenes oppgjørssordning. Debatten om alminnelig praksis, poliklinikker og helsesentra er en debatt om pasient-lege-interaksjonens institusjonelle ramme. Det tilsynelatende enkle begrepet rommer der-

for en rekke kompliserte psykologiske, etiske, juridiske, administrative og andre problemer. De behandles tildels også i andre deler av sosialmedisinens, men analysen av pasient-lege-interaksjonen rommer dem alle som i et nøtteskall og er det beste utgangspunkt for sosialmedisinsk systematikk og sosialmedisinsk begrepsdannelse.”

Som annet ledd er satt: Pasienten i samfunnet. Under dette leddet kommer befolkningens helsetilstand og sosiale forhold, helsens sosiale betingelser (sosial etiologi) samt virkningen på samfunnet av befolkningens helsetilstand. Dette leddet omfatter således det mer tradisjonelle sosialmedisinske forskningsfelt; det ser dels på helsen som den avhengig variable av samfunnsforholdene og dels på helsen som den uavhengig variable.

Tredje ledd er: Legen i samfunnet. Her kommer inn legens interaksjon med andre enn pasienten: med kolleger, med annet helsepersonell og med andre. Videre legens rettigheter og plikter — ut fra de sosiologiske begreper status og roller — samt det normative grunnlag for legenes handlemåte.

Som siste ledd er oppstilt: Medisinen i samfunnet, herunder om medisinske institusjoner, medisinsk økonomi og medisinen sosiale funksjon dvs. om hvordan medisinen løser de oppgaver som stilles til den i det moderne samfunn.

Jeg antar at jeg gjennom denne historiske oversikten har dokumentert at sosialmedisin ikke er noe éntydig begrep og at den i sin utforming veksler fra det ene land til det annet. Den vesentligste årsak til dette må, som nevnt, søkes i at sosialmedisinen i stor utstrekning er oppstått som en reaksjon mot tendenser i den øvrige medisin og derfor er blitt avhengig ikke bare av samfunnets oppbygging og karakter, men også av utformingen av de øvrige medisinske fag. Dette forhold at sosialmedisinen er avhengig av to variable størrelser — samfunnet på den ene siden og medisinen på den annen — gjør også at det for tiden neppe er mulig å komme frem til noe almengyldig innhold og en fast avgrensning for sosialmedisinen, selv ikke i nærbeslektede land.

Den utforming vi har gitt sosialmedisinen ved Universitetet i Oslo, fremgår av tabell 2 som viser den oppstilling som legges til grunn for undervisningen i faget. Utformingen har nok skiftet noe siden 1951 da sosialmedisinen ble skilt ut fra hygienens som eget fag fordi det om-

TABELL 2. Sosialmedisinens innhold og inndeling.
I. *Innledning.*

1. *Individ og samfunn.* Mennesket som samfunnsvesen. Sosiale grupper, samfunn og kultur. Status og roller. Interaksjon og kulturell påvirkning.
2. *Helse.* Definisjoner for helse, kriterier og målemetoder for helse. Samfunnets syn på helsen. Helsens etiologi.
3. *Sosialmedisinske undersøkelsesmetoder.* Den kliniske metode, den eksperimentelle metode og den statistisk-epidemiologiske metode.

II. *Helsetilstanden i samfunnet.*

1. *Den norske befolkning* (demografi). Folke- mengde og folketilvekst, folkemengdens forde- ling med hensyn til alder, kjønn, sivilstand, yrke, økonomi og geografisk fordeling.
2. *Helsestatistikk.* Dødelighet, middellevetid, syke- lighet, vekst og utvikling, sosiale feiltilpasninger (kriminalitet, skilsmisser, fødsler utenfor ekte- skap, selvmord).

III. *Helsetilstandens sosiale betingelser* (sosial etiologi).

1. Innvirkningen på helsen av faktorer som henger sammen med lagdelingen og differensieringen i samfunnet: Yrke, økonomi, kosthold, boliger, adgang helsepleie, adgang sosial sikkerhet m. v. ("levestandardfaktorer").
2. Betydningen av interaksjonen og de personlige relasjoner i familie, på arbeidsplass m. v.

IV. *Virkninger på samfunnet av sykdom og helsemangler — generelle trekk.*

V. *Samfunnets arbeid mot sykdom og helsesvikt.*

1. *Helsevesenets oppbygging i Norge.* Legeegjer- ningen i samfunnet, opprinnelse og grunnlag, oppgaver i det moderne samfunn, legeetikk, lovgivning om leger. Antall leger i Norge, geo- grafisk fordeling, spesialisering, legebehov. Offentlig legevesen. Annet medisinalpersonell. Kvaksalvere.
2. *Medisinske institusjoner* for hygienisk arbeid (helseråd m. v.), for kurativt arbeid (sykehus og andre anstalter), for attføring og for å ta vare på dem som ikke kan klare seg selv.
3. *Tiltak for å bedre helsetilstandens sosiale be- tingelser.* Sysselsetting, arbeidervern, attføring, boligarbeid, kostholdsarbeid, familierådgivning og familievern.
4. *Økonomiske tiltak i forbindelse med sykdom, uforhet m. v.,* herunder trygdene.
5. *Kategorier som frembyr særlige sosialmedisinske problemer.* Svange kvinner (herunder abortpro- blemet), barn, eldre, tuberkuløse, vanføre, per- soner med mangler i sanse- og taleorganer, sinnslidende, evnesvake og åndssvake, alkoholis- ter og narkomane, kjønnssyke, andre kronisk syke, personer med atferdsforstyrrelser.

råde som skulle dekkes var blitt for stort og heterogent, men i hovedtrekkene har den dog vært den samme hele tiden.

Det fremgår av tabellen at også etter vår ut- forming omfatter sosialmedisinen en rekke for- skjellige emner eller studieområder som til dels skiller seg meget fra hverandre, men som dog bindes sammen ved at de alle har sammenheng med relasjonen: samfunn-helse. Det fremgår likeledes av oppstillingen at sosialmedisinen har nær forbindelse med flere andre fag. Den har nær relasjon til hygienens, særlig når det gjelder problemfeltene: helsetilstanden i samfunnet og den sosiale etiologi. Men den har også nær re- lasjon til klinisk medisin, spesielt når det gjelder personer og kategorier som har behov for sær- lige forholdsregler i tillegg til vanlig medisinsk behandling. Videre har den nær relasjon til me- disinsk administrasjon og til sosialvitenskapene, særlig sosiologi og sosialpsykologi. Sosialme- dinen danner et overgangsfelt mellom disse fagene, men kan ikke identifiseres med noen av dem.

Men dette forhold at den danner et slikt over- gangsfelt gjør at man, alt etter den vekt man legger på de enkelte komponenter i faget, vil kunne få en sosialmedisin som er hygienisk preget, en klinisk preget sosialmedisin, en sosio- logisk preget osv., og dette forklarer meget av det forskjellige innhold som sosialmedisinen har på forskjellige steder.

På dette punkt — når det gjelder sosialme- dinens preg — er det etter min oppfatning inn- trådt en endring i den tid vi har talt om sosial- medisin, i ethvertfall i de land som tilhører vår kulturkrets. Den gang da sosialmedisinen opp- stod — i økonomisk dårlige tider med svær klasseforskjell i samfunnet — var det naturlig at den konsentrerte seg om sosial etiologi, om hel- setilstandens sosiale betingelser, med særlig vekt på de s. k. klassiske sosiale faktorer, dvs. om de deler av sosialmedisinen som har den nærmeste relasjon til hygienens. Betegnelsen sosialhygiene var derfor ganske dekkende den gang.

Men utviklingen av velferdssamfunnet og den sosiale utjevning i samfunnet har forårsaket en

forskyvning i sosialmedisinens interessefelt. De klassiske sosiale faktorer "levestandardfaktorene" og hva dermed henger sammen, har ikke den samme vekt lenger som tidligere, og det er i dag to andre problemfelter som er kommet i søkelyset. Det er "de særlige kategoriers" problemer, og utformingen av helsearbeidet i samfunnet.

De "særlige kategorier" er personer som på grunn av alder, spesielle tilstander, sykdommer eller lyter har problemer utover det vanlige og som derfor trenger særlige forholdsregler for å sikres best mulig helse og en menneskeverdig tilværelse. Med et fellesnavn vil man kunne kalle dem for "avvikende kategorier" fordi de avviker fra det som er "normalt" i samfunnet. Blant disse har jeg i oppstillingen foran nevnt barn, eldre, tuberkuløse, vanføre, personer med mangler i sanseorganene, åndssvake, alkoholister, sinnslidende o. fl.

Årsaken til at interessen har samlet seg slik om disse kategorier, er på den ene siden at flere av dem ennå ikke har fått den andel i velferdssamfunnets goder som andre fordi våre tiltak ikke har vært tilstrekkelige, og på den annen side at vi nå har muligheter for å yte den slags personer langt mer effektiv hjelp enn før. Tidligere var våre forholdsregler overfor disse kategorier vesentlig av omsorgsmessig karakter med pleie innenfor institusjoner som det viktigste. Men etterhvert som revalideringen er blitt utviklet og revalideringstanken har trengt gjennom både innenfor og utenfor medisinen, er våre forholdsregler blitt langt mer aktive og resultatene langt mer oppmuntrende. Da de tiltak som disse kategorier har behov for, er dels medisinske og dels sosiale, faller de naturlig innenfor sosialmedisinens område. Følgen av denne utvikling er at *revalideringsproblemene* i dag inntar en sentral plass i sosialmedisinen, både når det gjelder den teoretiske, forskningsmessige side av faget og den praktiske.

Helsearbeidet i samfunnet og det dermed beslektede sosiale arbeid har i dette århundre utviklet seg sterkt. Dette er i og for seg gledelig, men utviklingen har skjedd så raskt at den ikke

har kunnet unngå å føre til visse skjevheter og mindre vellykte løsninger. Dette har skapt et økt behov for undersøkelser over *strukturen og funksjonen* av våre institusjoner og våre tiltak. Hvordan er helsevesenets institusjoner og organer bygd opp og hvordan virker de? Svarer de til behovet, sett både fra klientenes og institusjonenes synspunkt? Utnyttes de resurser som man disponerer over på en rasjonell måte? Dette er bare eksempler på spørsmål som kan stilles. Noen av disse spørsmålene er sterkt sosiologisk preget og besvarelsen krever sosiologisk teknikk. Men andre gjør det ikke, og i den utstrekning de kan sies å være medisinske, faller de innenfor sosialmedisinens interessefelt.

Konsekvensen av denne forskyvning av tyngdepunktet i sosialmedisinen er at faget er blitt mer klinisk og sosiologisk preget enn tidligere og mindre hygienisk. Det er min oppfatning at denne utvikling vil fortsette i den kommende tid.

Med den vide ramme som her er stillet opp for sosialmedisinen sier det seg selv at det enkelte institutt og den enkelte forsker må begrense sin *forskerinnsats* til å gjelde bare visse deler av faget. Ved vårt institutt har vi vesentlig samlet oss om to emner: de eldre i samfunnet og de tidligere konsentrasjonsleirfanger, fordi det er to kategorier som har særlig behov for oppmerksomhet hos oss.

Til slutt et par ord om undervisningen. Undervisningen i sosialmedisin er hos oss delt i to kurser, hvorav det første er et klinisk kurs (s. k. sosialmedisinske klinikker) og det annet et teoretisk. Formålet med det kliniske kurs er å stille studentene overfor sosialmedisinske problemer som de vil møte i sin praksis. Vi velger derfor ut pasienter som har slike problemer: svangre kvinner som søker abort, barn med atferdsforstyrrelser, gamle med plasseringsproblemer, pasienter med revalideringsbehov, tuberkuløse, vanføre, alkoholister osv. Undervisningen skjer på den måten at studentene i grupper på 3—4 får som oppgave å gjennomarbeide et slikt tilfelle i løpet av 1—2 ukers tid med bistand av sosialkurator. Gruppen skal sette seg inn i alle sider ved tilfellet: de medisinske, de sosiale, de

administrative, de tiltak som kan bli aktuelle osv. og skal ta den nødvendige kontakt med pasientens familie, eventuelt hans arbeidssted, med behandlende lege eller den avdeling han ligger i, de sosiale vesener som han kan ha vært i kontakt med etc. etc. Når forberedelsene er ferdig, fremlegges tilfellet for hele kullet i en 2 timers seanse hvor det gjennomdrøftes av gruppen, av de øvrige studenter, sosialkurator og kurslederen. Ofte trekker vi også inn utenforstående som kan gi bidrag til belysning av tilfellet.

Hvert kull får ca 13—14 slike seanser, én gang pr. uke. Studentene er meget interessert i disse sosialmedisinske klinikker, og ved at de på denne måten møter sosialmedisinen som praktiske pasientproblemer, blir de også motivert for det neste, teoretiske kurset som alene neppe ville virke fengslende. Formålet med dette annet kursus — som går over ett semester med 4 timer pr. uke, dels forelesninger og dels seminarøvelser — er å utdype og utfylle det som er blitt

omtalt i det kliniske kurset og gi en oversikt over hele feltet. Dette innebærer dog ikke at jeg går nærmere inn på samtlige emner som er nevnt i oppstillingen. For hvis et emne blir behandlet i et annet fag, berøres det bare overflatisk i min undervisning eller slett ikke. Det gjelder særlig for hygienen — hvor professor Natvig og jeg har truffet en praktisk overenskomst om emnefordelingen — og for psykiatrien.

Jeg begynte dette foredraget med et spørsmål om hvorvidt sosialmedisinen har rett til å kalle seg en akademisk disiplin, og jeg mener å ha besvart spørsmålet bejaende, selv om heller ikke jeg har kunnet gi noen klar definisjon av sosialmedisinen og har kunnet trekke opp skarpe grenser for disiplinen. Men er ikke dette noe som gjelder også for andre medisinske disipliner slik at det spørsmål som stilles til sosialmedisinen og som man krever svar på, er et som også andre medisinske disipliner ville ha visse vanskeligheter med å svare på?

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: *Med. Dr G. Smårs.*

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningen.

Tel. Järnboås 13.

Postadress: Fack 65, JÄRNBOÅS.