

En orientering om ämnet socialmedicin¹

Av docent Gunnar Björck

Från och med denna termin av det nya propedeutiska året skall ämnet socialmedicin, för första gången, förekomma i den medicinska undervisningen. Fakulteten har anförtrott åt mig att ta itu med uppgiften att introducera det nya ämnet, och det har ansetts önskvärt att jag, även inför en något vidare krets än den första nya propedeutkursen, försökte skissera socialmedicinens innehåll och perspektiv. Jag är tacksam för det tillfälle som genom medicinska kliniken försorg här erbjudit sig, ty det är i varje fall min uppfattning att invärtesmedicinen är det sköte, ur vilket socialmedicinen — i modern bemärkelse — har sprungit fram. Därmed vill jag inte ha bestritt hygienens anspråk på faderskapet.

Vid 1938 års riksdag — det är således nu nära två decennier sedan — väckte Gunnar Myrdal och Sam Larsson en motion om en ny utredning av läkarutbildningen — ny, ty det hade funnits flera förut. Motionärernas utgångspunkt var behovet av ökade socialhygieniska kunskaper inom läkarkåren i samband med det genomgripande sociala reformarbete, som kännetecknar trettioalets svenska inrikespolitik. Den studieordning, som ännu gäller för de äldre medicine kandidaterna, härstammar *i princip* från början av detta sekel, trots upprepade reformförslag under årens lopp, inte minst från studenterna själva.

Motionen ledde till en sakkunnigutredning, som åren 1941—1945 avgav fyra betänkanden. Dessa föranledde stark kritik och ledde icke till något regeringsförslag. I stället tillsattes 1948 en ny kommitté (LUK) med uppdrag att överarbeta hela frågan, och dess betänkande framlades 1953. Det remissbehandlades samma år och föranledde proposition till 1954 års riksdag, varvid den nya läkarutbildning, vars tätt-trupp propedeutkursen utgör, antogs. Med av-

seende på socialmedicinen följde departementschefen — och sedermera riksdagen — i huvudsak vad läkarutbildningskommittén föreslagit. Jag kan därför i allt väsentligt nöja mig med att redovisa kommitténs framställning och förslag.

1938 års läkarutbildningssakkunniga hade föreslagit *dels* en propedeutisk kurs i socialmedicin om 20 timmar, *dels* socialmedicinska kliniker i samband med den kliniska undervisningen, *dels* en avslutningskurs med inblickar i den praktiska socialvården. Vid remissbehandlingen avstyrkte de medicinska fakulteterna den propedeutiska kursen, medan medicinalstyrelsen anförde, att det hade varit att föredra om man föreslagit inrättandet av professorer i *profylaktisk medicin* vid landets medicinska fakulteter. Ingendera förslaget ledde emellertid till någon åtgärd, och ovisshet präglade även direktiven till 1948 års läkarutbildningskommitté. Motståndet mot att ge socialmedicinen en erkänd ställning kom särskilt från de kliniska lärarna, vilka ansåg — och av vilka åtskilliga fortfarande anser — att de sociala aspekterna av deras ämnen borde undervisas inom de olika kliniska ämnenas ram. Sannolikt har denna inställning hämtat näring därur, att man sett socialmedicinen som ett övervägande juridiskt och statistiskt ämne och dess företrädare som torra, byråkratiska pedanter, som på ett otrivsamt sätt skulle trassla till klinikernas naturliga doctor-patient relationship, och även inleda mindre helhjärtade kliniker i frestelsen att lämna från sig patienternas personliga och sociala problem till en tredje person.

Spåren av denna motsättning kan följas i 1948 års läkarutbildningskommittés betänkande. Till grund för dess ställningstagande låg en promemoria, utarbetad inom en särskild expertdelegation som biträtt kommittén. Denna expertdelegation, som väsentligen innehöll hygieniker och administratörer men ingen akademisk företrädare för något av de större kliniska

¹) Föreläsning vid klinikmöte i Lund den 23/2 1957.

ämnena, lade i viss mån ämnets tyngdpunkt på den praktiska socialvårdens fält. Läkarutbildningskommittén, däremot, framhöll att "tyngdpunkten borde ligga på sjukvårdens fält" och såg den av kommittén föreslagna "professurens förankring i den praktiska medicinen som dess viktigaste särdrag i jämförelse med hygienprofessuren, både ur undervisnings- och forskningssynpunkt".

Läkarutbildningskommitténs synpunkter

Bakom detta ställningstagande låg bl.a. detta resonemang:

Modern medicin eftersträvar att angripa sjukdomarnas orsaker snarare än att lindra deras symtom, även om vi måste medge, att denna målsättning ännu är tillämplig bara vid vissa sjukdomar. När man följer orsakskedjan bakåt finner man, att många av dessa orsaker står att finna i samhället och dess missförhållanden. Medicinen kan inte göra halt vid samhällets grindar; i stället är det så att samhället påverkar både sjukligheten och utformningen av den medicinska organisationen, medan medicinen genom sina upptäckter och resultat influerar på samhällets uppbyggnad och utveckling. Gränsen mellan sociala och medicinska åtgärder är på vissa områden redan överskriden från båda hållen; den medicinska terapien betjänar sig av sociala åtgärder — t.ex. sjukförsäkring eller sjukpensionering — den sociala verksamheten av medicinsk rådgivning. Men om detta samspel, dess bakgrund, dess former och dess *resultat* innehöll den hittillsvarande medicinska undervisningsplanen föga, och det den innehöll — inom ämnet hygien — låg väsentligen på det tekniska området, med en "stark anknytning till olika teoretiska discipliner såsom bakteriologi, fysiologi och kemi". I motsats, och som komplettering, härtill ansåg kommittén, att socialmedicinen skulle ha "en fast klinisk förankring med tyngdpunkt i både undervisning och forskning lagd på tillämpningen av kliniska forskningsresultat i sociala sammanhang och på betydelsen av miljö och sociala förhållanden för hälsa och sjukdom i olika samhällsgrupper". En sådan verksamhet skulle kunna "stimulera och stödja forskningsprojekt även utom sitt speciella fält och således tjäna

som katalysator och kristallisationspunkt för initiativ och arbete inom vida områden av den förebyggande medicinen". Vad undervisningen beträffar skulle dessa principer realiseras på så sätt, att medicinerna under den propedeutiska kursen fick en översikt över "samhällets och befolkningens struktur samt hälso- och sjukvårdens socialmedicinska uppgifter och möjligheter" i avsikt att "sammankoppla studiet av sjukdomarna med tankegångar om förebyggande åtgärder av hygienisk och socialmedicinsk natur". Under de fortsatta kliniska studierna skulle denna inställning ytterligare utbyggas, främst genom olika former för samundervisning mellan kliniska lärare och föreläsare för socialmedicinen, samt genom seminarier, demonstrationer och hembesök. Under studiernas sista del, slutligen, skulle en avslutande kurs ges, vilken skulle äsyfta en mera systematisk sammanfattning av socialmedicinens teori och praktik och åtföljas av tentamen. För att genomföra detta program föreslog kommittén inrättandet av professorer i socialmedicin vid landets fyra medicinska fakulteter.

Under det decennium som gått, sedan fakulteterna senast yttrat sig i frågan, hade stämningen hunnit svänga om, och denna gång tillstyrkte samtliga remissmyndigheter förslaget om undervisning i socialmedicin, även om kritiken *inom* remissmyndigheterna väl icke tystnat och även formerna för undervisningen togs under debatt. En av orsakerna härtill är kanske den, som antytts av läkarutbildningskommittén, nämligen den tilltagande tendensen från den alltmåra specialiserade kliniska forskningens sida att mera tränga på djupet med begränsade specialproblem under utnyttjande av förfinade tekniska metoder än att samla och bearbeta resultat från undersökning och behandling av stora patientgrupper med sikte på praktiska resultat.

Av speciellt intresse är för oss Lundafakultetens remissyttrande ifråga om socialmedicinen.

Fakulteten tillstyrkte livligt den föreslagna professuren i socialmedicin. Därigenom skulle ett ämnesområde av stor betydelse för forskningen och undervisningen bli tillgodosett, nämligen i första hand läran om befolkningens medicinska struktur, om sjuklighet och dödlighet inom olika befolkningsgrupper, om de hälso-, sjuk- och socialvårdande åtgärdernas inverkan härpå, om läkare- och sjukvårdsbehovet m.m. Därjämte övertas från statsmedicinen studiet av hälso-, sjuk- och socialvårdens

organisation. Undervisningens avgränsning ansågs ej möta svårigheter.

Fakulteten förutsatte att den blivande professorn skulle äga praktisk klinisk erfarenhet och som överläkare vid lasarettet i Lund ha tillgång till kliniskt och polikliniskt patientmaterial. För samundervisningen förutsattes då som självfallet ett gott samarbete med övriga kliniker. Samarbete förutsattes också med läraren i rättsmedicin, ifråga om juridiska problem, samt med samhällsvetenskapliga institutioner sådana som universitetets genetiska, statistiska, geografiska, sociologiska och national-ekonomiska institutioner och Sydsvenska socialinstitutet. Den socialmedicinska institutionens uppgift att katalysera kontakten mellan medicinsk klinik och samhällsvetenskap kom sålunda starkt till uttryck i Lundafakultetens remissvar.

Den nu gällande undervisningsplanen

På grundval av kommitténs förslag och de därtill fogade remissyttrandena föreslog ecklesiastikministern i proposition (nr 212) till 1954 års riksdag att professorer i socialmedicin skulle inrättas, till en början i Lund och Göteborg, där myndigheterna åtagit sig att svara för provisoriska lokaler. Så blev också riksdagens beslut. Deras definitiva inrättande har emellertid fått anstå, intill dess undervisningens omfattning blir sådan, att en särskild befattningshavare bedöms erforderlig. Under tiden har den propedeutiska undervisningen fått sättas igång av biträdande lärare.

Den undervisningsplan för socialmedicinen, som f.n. kan förutses, omfattar tre olika avsnitt. Det första är den propedeutiska kursen om 15 timmar. Det andra utgöres av den förut skisserade samundervisningen under de kliniska kurserna i form av konferenser och demonstrationer, som beräknas omfatta 40 timmar årligen, varav 12 i samband med medicinundervisningen och 8 i samband med kirurgikursen. Det tredje avsnittet är huvudkursen, som beräknas infalla relativt sent i andra avdelningen av studierna till licentiatexamen, och som skall ha ett omfång av 55 timmar, ungefär lika fördelade på föreläsningar och praktiska demonstrationer. Med denna uppläggning kommer socialmedicinen i Lund och Malmö att för de på vardera platsen tjänstgörande medicinarna omfatta ungefär 45 timmar (15+30) föreläsningar och cirka 60 timmar (35+25) socialmedicinska kliniker, samundervisning och praktiska demonstrationer. Hela denna undervisning kan

icke bestridas av den blivande professorn, utan det är förutsatt att arbetsuppgifterna skall fördelas även på biträdande lärare.

Jag har nu försökt skissera den *ram*, som statsmakterna, i huvudsaklig överensstämmelse med förslag från medicinskt håll, anvisat för undervisningen i socialmedicin. Men vad man på många håll oroligt frågat sig är förvisso, vilket *innehåll* den ramen skall omfatta, *vad* som skall föreläsas och demonstreras, *hur* det skall gå till och *vilka*, som skall bli trampade på tårna. Med hänsyn till det töcken, som ännu omger framtiden, är det svårt att nu uttala sig om mycket mera än den propedeutiska kursen. Samarbetskliniker med invärtesmedicinen och kirurgin synas bli aktuella redan nästa läsår. Huruvida huvudkursen i socialmedicin skall anordnas året därpå eller först ytterligare ett år senare, är väl icke helt klart.

Under sådana förhållanden vill jag begränsa mig till att för *huvudkursens* del endast nämna, vad propositionen, i anslutning till kommittéförslaget, uppräknar bland innehållet:

- Samhällets struktur och organisation.
- Sjukdomsnomenklatur och vitalstatistik.
- Arbetsvård och yrkeshygien.
- Folksjukdomarna.
- Social missanpassning och socialvård.
- Konvalescentvård och rehabilitation.
- Försäkringsmedicin.
- Kuratorsverksamhet.
- Hälso- och sjukvårdens författningar.

Det framhålles emellertid, att i den mån lämpliga läroböcker och kompendier finnas att tillgå, undervisningen i motsvarande mån bör kunna utformas mera fritt. Att så sker, tror jag är lika mycket i studenternas som lärarnas intresse.

Vid *samarbetsklinikerna* kommer väl en väsentlig del av tiden att utnyttjas till diskussion av de *praktiska* socialmedicinska och socialvårdande möjligheter som står till buds i de enskilda fallen, och detsamma gäller rimligtvis en del av demonstrationerna under huvudkursen.

Om den *propedeutiska* kursens utformning är det lättare för mig att uttala mig. Som jag ser avsikten med den, gäller det att orientera medicinarna om de aspekter på läkarens arbete, som sammanhänger med att både patienterna och

han själv är medlemmar i ett samhälle och tillhör en viss kulturform, vilken i mångt och mycket präglar bådaderas livsbetingelser, möjligheter och anpassningsproblem. Från vissa synpunkter har individen naturligtvis alltid varit en fiktion. Genetiken förankrar honom bakåt i en arvs massa, som inte bara bestämmer färgen på hans ögon utan också typen av hans gammaglobulin; samhällets och kulturens konventioner — vare sig de är lagfästa eller ej — omger honom med ett annat slag av kraftfält, i vilket individen med större eller mindre svårighet finner sin plats, beredd till samverkan i vissa riktningar och till motstånd i andra. Författningarna och förordningarna — också inom socialmedicinens område — är endast de synliga vittnesbörden om en *tillfällig* jämvikt i ett system, som i sina djupare skikt är lika dynamiskt som skeendena inom vår kropp.

Den propedeutiska kursens innehåll (Lund)

Jag hade därför tänkt försöka tala litet om de problem, som möter människan i olika åldrar, ur biologisk, social och kulturell synvinkel. Man kan inte göra detta utan att samtidigt analysera samhällets och befolkningens struktur och formerna för individens samhällsanpassning, allmänt sett och här i vårt land. Det samhälle vi i dag lever i kommer emellertid att ha ändrat sig redan på de år, som det dröjer tills dagens propedeutiker kommer ut i sin praktiska verksamhet. Att diskutera litet om hur vi har kommit till dagens samhälle, och därigenom ge åtminstone några aspekter på morgondagens, kan kanske inte vara alldeles ur vägen — allra minst som det genomgående draget i all samhällsplanering länge varit att den varit för litet förutseende, för sen, för stel och för småskuren.

Ett samhällsområde kräver en särskilt utförlig belysning, och det är den svenska hälso- och sjukvården och näraliggande delar av socialvården och socialförsäkringarna. Jag har tänkt att försöka ge en bild av sjukdomspanoramat, sådant de blivande läkarna kommer att möta det, och diskutera de inflytanden bland annat av geografisk och social art, som kan spåras i dess växlingar. Jag har tänkt ägna tid åt att beröra hälso- och sjukvårdens organisation och läkarens uppgifter, inte bara i det

svenska samhället av i dag utan också med blickar bakåt, åt sidorna och framåt. Överhuvudtaget tror jag, att perspektiv är viktiga i början, och dem får man först ganska sent, om man bara skall lita till sig själv.

En av de väsentliga uppgifterna för den propedeutiska undervisningen i socialmedicin är att ge eftertryck åt den förebyggande medicinens möjligheter — både sådant, som kan hindra en person från att bli sjuk och sådant, som kan hjälpa honom att efter sin sjukdom bli frisk, eller arbetsför, eller mindre hjälplös, snabbare och effektivare än om han enbart lämnades åt sig själv. För den skull har jag tänkt tala om den förebyggande medicinens uppgifter och möjligheter, både internationellt och här hemma. Man får vara beredd på att möjligheterna i praktiken är mera begränsade än många vill tro; det hindrar å andra sidan icke att man bör stå beredd för dem, som undan för undan kommer inom det möjligas räckvidd. På samma sätt skall jag försöka analysera den situation, som möter den svårt eller långvarigt sjuke "efter sjukhuset", antyda problemen och diskutera deras lösning. Båda dessa aspekter — förebyggandets och eftervårdens — hoppas jag — med kuratorshjälp — kunna illustrera också genom att diskutera kliniska eller polikliniska fall. Detta, i all enkelhet, är vad jag skall försöka behandla under den kurs, som nu börjar. Erfarenheterna får sedan avgöra, vilka modifikationer, som kan visa sig önskvärda.

Socialmedicin utomlands

Tyskland

Det kan kanske vara av intresse att i dag också nämna något om, hur detta ämnesområde uppfattas på andra håll i världen och hur undervisningen är upplagd där. Även om socialmedicinen är en nykomling i vår akademiska medicin, är så inte fallet utomlands, och det är närmast att förvåna sig över, att man i vårt land har varit så långsam att ta detta steg. Kanske beror detta på, att den svenska sjukvårdsorganisationen bl.a. genom tjänsteläkärväsendet var bättre rustad än många utländska system att ta stöten, när industrialismens pro-

blem trängde på — vilket de för övrigt gjorde senare och långsammare här än i t.ex. England och Tyskland. Även om sökandet efter orsaken till sjukdom *utanför* den sjuke själv är betydligt äldre än vår tids kliniska sökande efter orsaken *inom* patienten, var det egentligen i samband med den stora industrialiseringsprocessen i England i början och mitten av 1800-talet och februarirevolutionen i Tyskland (1848), som begreppet socialmedicin började kristallisera ut. Det är inte utan intresse att erinra sig, att en ledande roll i denna utveckling spelades av Virchow, som framhöll att "medicinen är en samhällsvetenskap och politik intet annat än medicin i stor skala". Den tyska skolan bars upp av socialt patos och knöt samman socialmedicinens idé med politiska frihetssträvanden. När under det senaste decenniet The National Health Service i England och sjukförsäkringsreformen i Sverige genomförts, under stort motstånd från läkarkårens sida, är det tänkvärt att erinra sig, att den sjukkasseordning, som Bismarck lade grunden till i Tyskland vid 1800-talets slut, var frammanad av dessa medicinska revolutionärer från seklets mitt. Den, som först gav socialmedicinen akademisk status, var tysken Grothjahn, som 1912 blev docent och sedermera, 1920, professor i socialhygien vid Berlins universitet. Grothjahn hade år 1911 publicerat ett arbete, som han kallade socialpatologi, och i vilket han klart formulerade ett socialmedicinskt forskningsprogram. Däri poängterade han vikten att lära känna sjukdomarnas kvantitativa sida och att reda ut sambandet mellan social miljö och sjuklighet, likaväl som sjukdomarnas inflytande på samhällslivet. Han tog också upp problemet om effekten av vår terapi ur vidare synvinkel än den enskilde patientens tillfälliga förbättring, och ställde den berättigade frågan, om sjukdomar kan förebyggas genom sociala åtgärder. Alla dessa problem är lika relevanta och aktuella än i dag.

England

I England blev utvecklingen — som man kan tänka sig — mindre systematiserad och mera individuellt färgad än i Tyskland. Möjligen sammanhänger detta med den engelska indu-

strialismens liberala grundåskådning, där det ekonomiska livets naturlagar själva tänktes ordna allt till det bästa. Socialmedicinsk klinik, åtminstone i diagnostisk mening, har en lång tradition i Edinburghs berömda Royal Public Dispensary, där Bell i sin polikliniska undervisning, med utgångspunkt från en saknad knapp eller ett ärr i ansiktet, kunde deducera fram den sociala anamnesen med en teknik, som sedan fördes vidare genom Sherlock Holmes.

Ännu, när Myrdal och Sam Larsson skrev sin motion år 1938, begagnades gärna termen socialhygien. Så benämndes ju också Grothjahns lärostol. Den dubbla organisation inom hälso- och sjukvårdsväsendet, som fortfarande kännetecknar England och Förenta Staterna, där public health officers sköter hälsovården och läkare sjukvården, kom självfallet länge att prägla socialmedicinens utveckling i England och medföra, att de sociala aspekterna knöts samman med den allmänna hygien och med dess företrädare. Först i början på 1940-talet skedde ett brott mot denna tradition, när, år 1943, John Ryle, förut professor i medicin i Cambridge, flyttade till Oxford som professor i socialmedicin genom en donation från biskopen Nuffields stora fond för hälso- och sjukvård. Därmed började en era av modern socialmedicin, med rötter i kliniken, i England. Utvecklingen blev sedan snabb och livaktig. Ryle själv har visserligen gått bort och hans institution har, såvitt jag vet, icke fortlevt, men på andra håll är aktiviteten uppenbarligen stor.

Enligt Ryles mening omfattar socialmedicinen "the medicine of families, groups, societies or larger populations", och hans egna insatser kom i mycket att kretsa kring statistiska undersökningar av olika sjukdomsgruppers uppträdande — det som man numera, med en utvidgad betydelse av ordet, kallar för epidemiologi. Personligen tror jag emellertid, att epidemiologiska studier icke skall göras av någon särskild institution, utan genom klinikernas egen försorg — gärna med en, kanhända nödvändig, stimulans och hjälp från en socialmedicinsk institution. Jag har själv deltagit i en del sådana epidemiologiska studier både här hemma och utomlands, och jag känner mig övertygad om, att verklig sakkunskap om det tillstånd

man vill undersöka är väsentlig. Därtill kommer, att jag åtminstone själv känner det mycket otillfredsställande, om en epidemiologisk studie, som kräver patientens medverkan, inte också avkastar något, som patienten själv har direkt nytta av. Hon måste få ett besked och det måste finnas någon, som är beredd att ta ansvaret för de vidare åtgärder, som beskedet kan föranleda. Inom en viss sektor kan detta likväl ske, för den händelse professorn i socialmedicin, som i Belgien och Holland bl.a., behåller ett eget kliniskt material, med hjälp av vilket han kan bedriva både klinisk och socialmedicinsk forskning i en nyttig symbios.

Förenta staterna

»Socialmedicinen som disciplin bygger inte på någon viss, mer eller mindre komplicerad teknik, utan måste ha sin rot i det folks liv, som den skall tjäna», skrev för några år sen professorn i socialmedicin i Amsterdam, Querido. Det är därför naturligt att den har utvecklats sig på skilda sätt i olika länder och att den på många håll ännu söker sin form. Jag nämnde nyss, att den tidiga tyska och engelska socialmedicinen gått i *socialhygienens* tecken. Med hygien betecknar vi ju vanligen studiet av de mera tekniskt-naturvetenskapliga momenten av omgivningens inflytande på människan, och framför allt då hälsorisker inom födans, bostadens och arbetets områden samt allmänna risker för smittspridning. Hygienens utveckling har burits upp av vetenskapliga landvinningar inom kemi, bakteriologi och industriell teknik, som därmed givit den en fast grund. Men den har också gynnats av det gamla Marx-ordet att en idé måste möta ett intresse, för att det skall bli något. Detta intresse fanns hos den fattiga befolkning, som under den tidiga industrialismen samlades i de stora städerna — fattiga, ännu barnrika, i urusla, överbefolkade kvarter, ovanför vilka kolröken skymde solen och den blå himlen.

När socialmedicinen långt senare började stabilisera sig i Förenta staterna, hängde där väl också kolrök över de stora städerna, men befolkningens allmänna levnadsstandard var likväl en annan än i 1800-talets Tyskland och England. Visst finns det slum och elände i

Förenta staterna — för en svensk iakttagare hör väl bilden av fattigmans barn, lekande i Metropolis' rännstenar till de bilder man aldrig glömmer — men denna slum är likväl inte bara ett ekonomiskt problem. Amerikas bidrag till socialmedicinens fortsatta utveckling ligger väsentligen på den psykologiska sidan. 1800-talets politiska samhällsförbättrare trodde nog ofta, att bara levnadsstandarden höjdes tillräckligt, skulle det mesta reda upp sig. Det stora undantaget från denna form av utvecklingsoptimism var förstas Karl Marx, som endast såg kapital och proletariat alltmera avlägsna sig från varandra, till dess en katastrof blev oundviklig, och ur den skulle sedan ett annat samhälle framgå, där avskaffandet av den enskilda äganderätten skulle leda till att konkurrens ersattes av samverkan. Det är nog ganska klart, att detta mönster inte blivit tillämpligt i Förenta staterna. Konkurrens-samhället har — med stöd av stora naturrikedomar och en gynnsam befolkningssammansättning — medfört en högre levnadsstandard än i alla andra länder, även för genomsnittsmedborgarna. Detta har dock icke utplånat den sociala problematiken inom den amerikanska medicinen, bara förskjutit dess tyngpunkt. Naturvetenskapliga orsakssammanhang sådana som att brist på D-vitamin ger rakit och att tuberkulos kan spridas med infekterad mjölk är redan så väl tillgodosedda, att de icke längre framstår som aktuella problem. En helt annan aktualitet har däremot stressproblemet.

I en av sina böcker har Selye skildrat hur han kom fram till stressföreställningen. Under mina år som medicinstudent i Europa, skriver han, förvånade jag mig ofta över, att professorerna alltid diskuterade, vad som skilde olika sjukdomar från varandra, men aldrig vad som var gemensamt för dem. Det var detta — den gemensamma nämnaren — han gav sig ut att söka. Jag skall inte fördjupa mig i detta här och nu, utan endast antyda, att medan Selye studerat stressens effekt på organismen, har andra ägnat sig åt studiet av de *situationer*, under vilka stress uppstår. Det ökade intresse för de psykosomatiska tillståndens dynamik, som under åtskillig tid kännetecknat Förenta staterna, har lett till att man bland dessa situationer särskilt kommit att intressera sig för

dem som sammanhänger med begreppet »kultur» — kanske enklast definierad som vårt förvärvade system av gemensamma och överförbara metoder att anpassa oss till livets olika situationer. Människans konflikter inom sin kulturform och deras betydelse för uppkomsten av sådana missanpassningar, som vi kallar sjukdom, har därför blivit en ny och väsentlig linje i den amerikanska socialmedicin, som vuxit fram som ett svar på de socialmedicinska problem, som högstandardens konkurrenssamhälle känner så starkt av. Det är intressant att som kontrast nämna, att denna typ av problem uppges vara nästan okända i Sovjetunionen.

Jag vill med detta icke ha sagt, att det jag nämnde är den enda aspekten på socialmedicin i Förenta staterna. På grund av att ordet »social» i Amerika vanligen hänсыftar på sällskapslivet, och i andra sammanhang lätt för tankarna på socialism och socialisering, används begreppet socialmedicin relativt försiktigt därute. Mycket av vad som hör till det svenska ämnet socialmedicin kallas där förebyggande (preventive) medicin. I denna form har det naturligtvis också sina rötter i bakteriologien och hygien, men redan för tio år sedan, när en undervisningskommitté vid Harvard, som bl.a. innehöll G. Minot och W. Bauer, diskuterade ämnet, var man överens om, att det numera hade allt mindre med public health och alltmera med klinikerna att göra. Den undervisningsplan, som Rutstein nu använder i ämnet Preventive medicine vid Harvard Medical School omfattar, i nu nämnd ordning:

1. Den kliniska medicinens förebyggande aspekter
2. Epidemiologi och sjukdomarnas naturalhistoria.
3. Social medicin och medicinsk ekonomi.
4. Yrkesmedicin.
5. Biostatistik, och
6. Omgivningshygien.

Det är naturligt, att en sådan studieplan också leder till, att man ordnar den praktiska undervisningen i form av socialmedicinska »kliniker» och att man som exempel på det socialmedicinska fältarbetet väljer studiet av en familjs hälsotillstånd. Det är ett gemensamt

drag för många av de modernaste amerikanska studieplanerna (Harvard, Western Reserve, Cornell), att medicinaren, ofta redan på ett tidigt stadium, ackrediteras som ett slags medicinsk scout och rådgivare till en familj, som hör till sjukhusets eller den socialmedicinska institutionens vårdområde och studiefält. Härigenom får studenterna en bättre inblick i familjens struktur och problem och ser hälso- och sjukvården i ett längre tidsperspektiv än vad blott och bart t.ex. ackrediteringen till en praktiserande läkare under en kortare tidsperiod kan ge. Samma uppläggning fann jag för övrigt även i Bryssel för 3 år sedan, när jag besökte René Sands efterträdare som professor i socialmedicin, Graffar. I så gott som alla kulturländer utom hittills i vårt eget är det ju en normal utveckling att den unge medicinaren ser fram mot en praktisk verksamhet i egen regi, som familjeläkare eller specialist. Det kan väl tänkas, att den utvecklingen kommer att skjuta fart även här hemma inom överskådlig framtid, som en konsekvens av en generell levnadsstandardhöjning i befolkningen och en minskad takt i den slutna sjukvårdens utbyggnad.

Socialmedicinens innehåll och gränser

Efter denna utblick kan det kanske vara skäl att försöka sammanfatta, vad som förefaller att vara essentiella beståndsdelar i socialmedicinens begrepp, sådan denna praktiskt utövas, undervisas och göres till föremål för forskning. *Praktiskt* omfattar, såvitt jag kan se, socialmedicinen f.n. främst *förebyggande medicin*, i vidsträckt bemärkelse, och icke med tonvikt på infektionssjukdomar eller barnavård, ty de områdena är ju redan väl tillgodosedda, vidare en viss del av *socialpsykiatrien* och därjämte vad som på anglosaxiskt språk kallas *health education* —hälsofostran. Dessa områden är praktiskt viktiga och bör därför komma i främsta rummet vid undervisningen. Men dessa kunskapsområden har sin tillämpning på den svenska befolkningen och det är lika nödvändigt därför att ge ordentliga kunskaper om *vårt samhälle och vår befolkning* i de hänseenden, som intresserar hälso- och sjukvård. I sitt socialmedicinska ar-

bete kommer läkaren också att samarbeta med och ofta vara ledare för personer med en annan utbildning och teknik än han själv. Det är nog rimligt att ge honom en viss orientering också om de vetenskaper och begrepp, som hans medarbetare stödjer sig på. Det är också rimligt att tänka sig, att det behövs olika slag av lärare för dessa skilda uppgifter och att framdeles särskilda specialiteter inom socialmedicinen kan avgränsas fastare. *Administrativt och forskningsmässigt* synes väl huvudvikten kunna läggas på skilda områden. Sociala faktorerers inflytande vid speciella sjukdomar kan belysas genom kliniskt utformade studier av serier av fall, de kan också utvidgas på bredden mera än på djupet och blir då epidemiologiska, om de avser tvärsnitt, eller studier i naturalhistoria, om de avser längssnitt. Men det föreligger också mycket stort behov av vettigt, modernt material inom det sjukvårdsekonomiska området som underlag för en starkare poängterad medicinsk samhällsplanering och kontroll av samhällets sätt att fungera. Här blir det sedan samma flytande gräns till direkt samhällsorganisatoriskt arbete och allmänhetens upplysning som gäller, och länge gällt, på nationalekonomiens fält.

Det kan tyckas att denna variationsbredd gör ämnet skäligen diffust. Men jag undrar om inte det, som gör medicinaren en smula förvirrad, framför allt är att socialmedicinen, åtminstone till en del, förefaller att bryta sig ut ur den naturvetenskapliga referensram (frame of reference), som han av övertygelse eller av konventionella skäl betraktar som en förutsättning för att man skall kunna tala om vetenskap, enkannerligen medicinsk vetenskap.

Jag undrar om inte ett sådant betraktelsesätt leder till att man sätter snävare gränser för medicinen än vad som är teoretiskt motiverat och praktiskt önskvärt. I vårt handlande måste vi ändå gå utanför människokroppens gränser: både patienterna och samhället begär det. Frågan är bara, om vi skall göra det med amatörens eller yrkesmannens kunskaper

När jag säger att det är *teoretiskt* omotiverat att begränsa sig till människokroppen, så menar jag därmed, att vi ju oavbrutet, genom fy-

siska faktorer i vår omgivning, står i ett ömsesidighetsförhållande med denna omgivning, både med naturen och med medmänniskorna. Även den psykiska kontakten människorna emellan äger ju rum genom materiella skeenden, vars mönster i vår upplevelsevärld får en symbolisk innebörd. Det kontinuum *i rummet*, som vi tillhör, har en motsvarighet också *i tiden*. Ancel Keys tror jag först har myntat begreppet *health-disease continuum*. I vår tid, när allt större del av den sjuklighet vi som läkare konfronteras med utgöres av kroniska tillstånd, med akutiseringar då och då och en slutlig avtackling, är det viktigt att vi inte låter den tillfälliga akutiseringens dramatik skymma blicken för att det är den underliggande grundsjukdomen, som vi framför allt skall bekämpa hos patienten och, om möjligt, förebygga hos andra. Hela frågan om definition av hälsa och sjukdom är ju mycket svår. Om en patient får en halsfluss och några veckor senare en reumatisk feber, tio år därpå ett suspekt blåsljud, ytterligare tio år senare en säker klaffelsdiagnos trots fullt normal arbetsförmåga och subjektivt välbefinnande och ytterligare tio år senare symptom från hjärtat — när skall vi då anse att hon var frisk och när började sjukdomen? Men *health-disease continuum* har perspektiv inte bara på längden utan också på bredden. Professor Essen Möller har nyligen lagt fram en psykiatrisk studie av 2.500 personer i en socken utanför Lund, där han fann att 60—70 % företedde någon »psykisk» avvikelse. Vilka av dem är friska och vilka är sjuka? Så komplicerad är situationen, att en framstående läkare, som jag känner, säger att han ibland, när patienten ber om ett intyg, måste fråga honom om han avser sjukintyg eller friskintyg. Beroende på, vilken synvinkel man ser saken ur, kan det finnas fall, där båda slagen förefaller berättigade.

Men relativiteten i begreppen finns inte bara på den diagnostiska sidan. En gonorré eller syfilis låter sig vanligen lätt kureras med penicillin. Men ändå har könssjukdomarna inte utrotats; syfilisfallen har visserligen minskat, men knappast gonorréfallen, trots att den medicinska vetenskapen vet *nästan* allt, både om smittotframkallarna och om sättet att ta kål

på dem. Det sammanhänger kanske med att vi ibland har dragit gränserna kring vad som är medicinskt handlande alltför snävt. Det är sannolikt att vi i framtiden kommer att se dessa gränser vidgade åt olika håll. I själva verket begär samhället redan nu av oss att vi skall ta på oss mera än vi gör. Hur långt vi därvid kan och bör gå blir ett av medicinens — och socialmedicinens — viktigaste problem redan i den omedelbara framtiden.

Jag nämnde inledningsvis, att Myrdal och Sam Larsson i sin motion tog fasta på behovet av sociala kunskaper hos läkarkåren i samband med trettioalets sociala reformpolitik. Har något ändrat sig i dessa synpunkter nu, tjugo år senare? Jag tror man måste erkänna det. Vid trettioalets mitt hade man just upplevt den stora internationella depressionen, med dess svenska accentuering i samband med Kreugerkraschen. Samtidigt stupade födelse-talen brant nedåt. Fejderna kring arbetslöshetspolitiken, som kännetecknat decenniet innan, höll på att avlösas av en viss nationell samling kring den nya befolkningspolitiken, vilken vid den tidpunkten blev en murbräcka med vars hjälp man försökte slå igenom en hel del sociala reformer med i grund och botten varierande syften. Fattigdomen, icke minst i barnfamiljerna, var dock fortfarande ett väsentligt samhälleligt problem, och för dem som svarade för socialpolitikens genomförande tjänstgjorde minnena från det egna fattiga barndomshemmet som kraftiga pådrivare. Nu, tjugo år senare, är det nog inte så vanligt som förr, att man blir sjuk, därför att man är fattig. Men fortfarande gäller nog, trots sjukförsäkring och socialvård, att man kan bli fattig genom att vara sjuk. Vi har emellertid därjämte fått upp ögonen för att även övermättnad är en viktig faktor för uppkomsten av sjukdomar. Ingen, som studerar hjärtsjukdomarnas utveckling, kan undgå att spana förbi klinikens — sänghusets — väggar efter sådana faktorer utanför människan själv, i hennes miljöbestämda livsmönster, som skulle kunna ge oss förklaringar och kanske också möjligheter till ett visst förebyggande. För socialmedicinens del betyder denna utveckling bl.a., att i det nätverk av *multipla orsaker*, som alltmera blir ett viktigt begrepp i medicinen —

och inte bara i nationalekonomien där det har stor aktualitet — träder de tidigare mycket väsentliga, primärt ekonomiska faktorerna tillbaka för andra, bland vilka uppfostringsproblemen i vidaste bemärkelse alltmera pockar på uppmärksamheten. Även denna utvecklingsprocess kommer att ställa nya krav, och en ny typ av krav, på läkarna, både när det gäller de enskilda människorna och samhället i stort. Att studera dessa frågor och hand i hand med de kliniska disciplinerna hjälpa till att förbereda blivande läkare för sådana uppgifter, som ett ändrat sjukdomspanorama, en ändrad samhällsstruktur och en ökad värdering av hälsan kan komma att ställa på medicinens företrädare är därför det jag just nu ser som den akademiska socialmedicinens viktigaste uppgift.

«Vi och vår hälsa»

HULTAFORS

fysikalisk-dietisk kuranstalt

Postadress: HULTAFORS

1,000 fot över havet

Lämplig rekreatiionsort.

Alla moderna badformer, electricitets-
behandling, massage.

Vegetarisk och blandad kost.

Individuell diet.

Läkare:

Dr I. Unbäll, dr E. Garby och

Dr C. C. Hansen

Mod. priser. Inga drickspengar.

Begär utförligt prospekt.

Tel. Borås 950 50.