

”Han är oroad, han har nyligen sett WHO:s färskaste mätning av folkhälsan världen över. Sverige har tappat sin position på listan som stadig tvåa ... WHO har infört ett nytt sätt att mäta folkhälsa där inte bara den förväntade medellivslängden för hela befolkningen räknas med, utan också det genomsnittliga antal år som människor lever utan handikapp och sjukdom.”

# Folkhälsan hotas ... vem bryr sig?

"Vi behöver en folkhälsominister", säger Leif Svanström, socialmedicinens tungviktare

**En folkhälsominister, det är vad Sverige behöver för att höja temperaturen på det ljumma intresset för folkhälsofrågor – och för att på sikt värna folkhälsan. För den nya tidens samhälle sliter hårt på människors hälsa, säger Leif Svanström som idag är oroad över den svenska läkarkårens abdikering från folkhälsoarbete.**

**TEXT**

BIRGIT WILHELMSON

**FOTO**

JAN HÅKANSSON

Att påstå att Leif Svanström är förbannad, det är kanske att ta i. Men nog skymtar en uppbragthet där bakom det skenbara lugnet. Nej, han gillar inte den nya tidens (o)ordning där människan är liten, penningen stor.

»90-tals-kantringen» kallar han den, skapad genom politiska beslut, ett resultat av 1980-talets nedskärningar i offentliga system som sjukvård och skola och avreglering av ekonomin med ökade inkomstskillnader som följd.

– Politikerna kan naturligtvis hävda: »Vi var tvungna.» Men hur mycket har de vunnit om de också väger in det mänskliga slöseriet?

Att politik och folkhälsa är ett, det är självklart för Leif Svanström.

– Folkhälsan avgörs i grunden av politik. Exempel världen över visar att ju större inkomst- och klasskillnader, des-

to sämre folkhälsa. USA, världens rikaste land, är kanske det värsta exemplet. Och den främsta orsaken till att Japan toppar folkhälsoligan är nog att inkomstskillnaderna här varit små.

Inkomstklyftorna ökar nu i det post-industriella samhället. Även så i Sverige, ett land »där det ändå ser relativt sett hyfsat ut jämfört med många andra länder», som han säger.

Och han är oroad över den svenska folkhälsans välbefinnande. Leif Svanström – en sedan decennier välkänd, tung profil i socialmedicin och folkhälsoarbete.

År 1980 fick han professuren vid socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, Karolinska institutet, och utvecklade där det så kallade Kronan-konceptet. Sedan några år är han prefekt vid

**Det var i en trappa** – med pionjärstudier om trappolycksfall – som Leif Svanström tog de första socialmedicinska kliven för en 35 år sedan. Professorn på institutionen tyckte att detta skulle unge Svanström disputera på. Självt tyckte han det var ett magert och pinsamt avhandlingsämne: »Det var ju inte mycket att berätta för kompisarna om.» Men så blev det! Idag är hans institution vid Karolinska institutet WHO-centrum för »safe community», en olycksfallsförebyggande modell som han var med om att utarbeta under 1970-talsåren i Skaraborg, »vaggan» för svenskt lokalt förebyggande hälsoarbete.

institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet; institutionen är även en integrerad del av det samhällsmedicinska arbetet inom Stockholms läns landsting.

– Jag tror att vi går en bekymmersam period till mötes, från folkhälso- och rättvisesynpunkt. Det är uppenbart att det idag inte finns något samlat stöd för en jämlikhetspolitik. Men samtidigt finns faktiskt också reaktioner mot den egoism, det »rofferi», vi sett under de senaste decennierna.

Han är oroad, han har nyligen sett WHO:s färskaste mätning av folkhälsan världen över. Sverige har tappat sin position på listan som stadig tvåa (efter Japan) och halkat ner till fjärde plats efter Japan, Australien och Frankrike.

– WHO har infört ett nytt sätt att mäta folkhälsa där inte bara den förväntade medellivslängden för hela befolkningen räknas med, utan också det genomsnittliga antal år som människor lever utan handikapp och sjukdom.

**D**etta är ett observandum som borde få landets folkhälsopolitiker att »spärra upp ögonen», tycker Leif Svanström.

– Svensk arbetskraft slits hårt idag, många har en mycket tuff arbetssituation med ökade krav på effektivitet och produktivitet. Samtidigt går många arbetslösa.

– Det är ett märkligt sätt att hantera en befolkning på. Och det är missvisande att mäta samhällets framgång enbart

utifrån ekonomisk tillväxt, ekonomiskt kapital.

Nej, förbrukningen av det »sociala kapitalet» måste också tas med i bilden.

– Socialt kapital är förstås ett teoretiskt begrepp, liksom alla kapitalbegrepp. Socialt kapital kan beskrivas som relationer mellan människor, ett kapital som måste underhållas. Men om de enskilda komponenterna, individerna, utnyttjas så att de inte har tid eller ork att odla sina nätverk – då gnags det sociala kapitalet ner.

Och det är ett hot mot folkhälsan. Sociala relationer har nämligen en direkt hälsoskapande effekt! Det finns det numera rejält med vetenskapliga belägg för, t ex vad gäller hjärt-kärlsjukdom.

– Det tycks påverka det mesta, och det verkar som om själva kontakten i sig är hälsoskapande.

Vad ska vi då ha som mått på samhällets framgång?

Det saknas en ordentlig, offentlig debatt kring den frågan, tycker han. Här har socialmedicinen – hans ämne – en självklar roll genom att den kan lyfta fram hur socialt kapital och sociala strukturer påverkar folkhälsan.

– Men vi måste även väga in frågor kring arbets- och omgivningsmiljö, natur etc. Då kan vi få en mer sofistikerad diskussion.

**O**k, han är nu sedan länge en tungviktare inom socialmedicin, också i det internationella sammanhanget.

Leif Svanström bekänner sig fortfarande till den gamla socialmedicinska traditionen att ta hand om de utsatta och svaga i samhället. Samtidigt företräder han en socialmedicin inom ramen för folkhälsovetenskap, dvs en socialmedicin som också ser till befolkningsperspektivet.

Han är snudd på född in i socialmedicinen. Han är uppvuxen i Småland, i en starkt socialdemokratisk tradition som gav honom en självklar, djupt rotad medvetenhet om sociala skillnader och klassklyftor.

Det var självklart att han, som den förste i släkten, skulle ta studenten och gå vidare till akademiska studier.

Att det blev läkarbanan var kanske mer en slump.

Han sökte sig till Lund, men läste först till en fil kand i genetik, sociologi, pedagogik, statistik, samhällsvetenskap.

– Det gav mig en idealisk utbildning med genetik som är ryggraden i biomedicinen, och samhällsvetenskap och sociologi som är socialmedicinens stomme.

Så 1965 började han läsa medicin. Samtidigt blev han engagerad på den socialmedicinska institutionen i Malmö där de behövde hjälp med att bearbeta

**Än idag bekänner sig** Leif Svanström till den gamla socialmedicinska tradition, som han är snudd på född in i – att ta hand om samhällets utsatta och svaga. Samtidigt företräder han en socialmedicin inom ramen för folkhälsovetenskap, en socialmedicin som också ser till befolkningsperspektivet. Och att folkhälsa och politik är som ett, det är självklart för honom.

statistiska material, en kamrat till Leif Svanström var son till professorn.

Det var så han hamnade inom socialmedicinen.

– Jag jobbade där parallellt under hela läkarutbildningen, och blev nog den förste »interne produkten».

Läkarlegitimationen fick han 1972, 1973 disputerade han – 30 år gammal. Hur hann han? Tja, för Leif Svanström själv har arbetstid aldrig varit något reellt begrepp.

**H**är lärde han sig socialmedicinens grunder inte bara genom forskningen, utan också genom klinisk socialmedicin.

– Vi jobbade ute på socialbyråerna i Malmö, där träffade jag många socialmedicinska patienter med krämpor som socialarbetarna inte förstod sig på. Det var vår uppgift att utreda och ge råd om rehabilitering, pension etc.

Via enskilda patienter fick han insikter i hur samhället fungerar, hur samhällseliga faktorer kan ge upphov till sjukdom eller hur sjukdom i sig kan ge sociala problem – socialmedicinens grunder.

Här lärde han sig också epidemiologi, den nya vetenskapsform som just socialmedicinen introducerade i Sverige på 1960-talet. Leif Svanström var sedan med om att starta Svensk epidemiologisk förening.

– Epidemiologin är ett gammalt begrepp. Men den moderna epidemiologin fick sitt ursprung i dels moderna statistiska metoder, dels den växande datorhanteringen som gjorde det mycket enklare att hantera stora befolkningsmaterial.

**D**en första studie Leif Svanström var med om att göra med hjälp av datorbearbetning handlade om trappolycksfall. Det var under hans första år där på den socialmedicinska institutionen i Malmö.

– Arkitekter hade kontaktat oss, och även anatomer och fysiologer, för att få vägledning i hur trappmiljöer borde konstrueras från säkerhetssynpunkt. Genom att datorbearbeta patientmaterial från akutmottagningen kunde vi se ett mönster, där vi så småningom konstaterade att den s k u-formade tvåloppstrappan var säkrast.

Dvs, en trappa som ser ut som ett u uppifrån, med en rak trappa (vilket gör alla steg lika), ett vilplan (dvs, personen som faller, faller inte så långt) och så ytterligare en rak trappa.

– Detta tog arkitekterna ad notam, och förde vidare till Standardiseringskommissionen. Och så kom det med i svensk byggnorm.

Nu tyckte professorn Gunnar Lindgren på institutionen att detta med trap-

orna, det skulle unge Leif Svanström doktorera på. Själv tyckte han det var ett magert disputationssämne, och litet pinsamt: »Det var ju inte mycket att berätta för kompisarna om.»

Men professorn sade: »Lyssna på mig. Olycksfall är ett absolut nytt ämne som kommer att bli ett dominerande problem i framtiden.»

– Jaja, tänkte jag. Men litet fascinerad var jag ändå. Ragnar Berfenstam, som var professor i socialmedicin i Uppsala, hade faktiskt sysslat med barnolycksfall och gjort det litet rumsrent att forska på olycksfall. Så jag tänkte till, och började med avhandlingsarbetet 1967.

Och så sex år senare stod han där, med läkarlegitimation i fickan, disputationen avklarad och socialmedicinens grunder i bagaget, 30 år gammal.

– Jag tyckte jag var väl rustad.

**D**å blev han rekryterad till jobb i Skaraborgs län, denna vaggga för svenskt lokalt förebyggande hälsoarbete.

– Då i början av 1970-talet gick det som en våg av »hälsism» genom landet, det fanns ett oerhört intresse för förebyggande hälsoarbete. Först ut var Skaraborgs läns landsting som 1971 hade tagit en hälsoplan som byggde på att hälsovården skulle samarbeta med lokalsamhället, primärkommunerna och frivilligorganisationer.

Detta bröt mot den dittills rådande tanken att allt folkhälsoarbete bör styras uppifrån, utifrån välfärdssamhällets konstruktion och med hjälp av centrala kampanjer, central lagstiftning etc.

– Man insåg att arbetet med de nya folksjukdomarna – hjärt-kärlsjukdomar, cancer, olycksfall, allergier, sjukdomar i rörelseorganen etc – krävde medverkan av det lokala samhället och individerna själva.

Denna pionjärtanke om lokalt förebyggande hälsoarbete – som i grunden också handlade om att bygga upp det sociala kapitalet! – är i princip än idag kärnan i svenskt folkhälsoarbete, säger Leif Svanström. Och detta var en tanke som han också sedan implementerade under 1980-talet på institutionen Kronans vårdcentral.

Till Skaraborg hade Leif Svanström värvats tillsammans med flera andra från den socialmedicinska institutionen i Malmö.

– Vi kunde testa våra idéer och modeller för lokalt förebyggande hälsoarbete. Vi hade projekt igång på i stort sett alla områden: hjärta-kärl, högt blodtryck, rökning etc.

Även projekt kring olycksfall, Leif Svanströms avhandlingsämne, rullade igång.

– Här fick vi möjligheter att utveck-

la modeller för att förebygga olycksfall. Den modell som överlevt längst kallas »safe community», säker och trygg kommun.

Modellen bygger på att olycksfalls-skador registreras och att statistiken förs vidare till primärkommunens förvaltningar, dvs kommunförvaltning, gatunämnd, socialtjänst osv och till frivilligorganisationer som pensionärsföreningar, Hem och skola-föreningar etc. Arbetet samordnas av s k hälsoplanerare, en yrkesgrupp som utvecklades just i Skaraborgs län då på 1970-talet.

– Vi visade att skadetalet sänktes med en ungefär en tredjedel enbart med lokalt förebyggande åtgärder. Det var ett fantastiskt resultat!

**I**dag arbetar ett 70-tal av Sveriges kommuner med olycksfallsförebyggande arbete enligt den modellen. WHO har uppmärksammat den, och den är spridd till ett 40-tal länder jorden runt.

Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet är idag s k WHO-centrum för »the Community Safety Promotion», med hjälp av sju samarbetscentrum (i bl a Australien, Kanada, Hongkong, Nya Zeeland, Österrike). 51 kommuner i 13 länder fungerar som demonstrationskommuner.

– Där ungefär är vi idag. Och allt detta föddes där i Skaraborgs län då på 1970-talet.

Och nog fick han rätt, professorn på socialmedicin i Malmö: »Olycksfall kommer att bli ett dominerande problem.» Skador och handikapp tar idag en sjundedel av människors förlorade levnadsår, globalt sett.

– År 2020 beräknas de ta en femtedel: trafik- och arbetsolycksfall, brännskador, drunkningar, förgiftningar etc samt även våldsrelaterade skador och suicid.

Leif Svanström berättar att »safe community»-modellen har börjat användas av allt fler kommuner i världen för att även förebygga just våldsrelaterade skador och självmord.

Och därmed är han tillbaka vid det sociala kapitalet – att hjälpa människor se en mening med tillvaron, få ett socialt sammanhang, bygga upp nätverk.

– Då stiger det sociala kapitalet. Då är våld inte längre ett alternativ, varken självmord eller våld mot andra.

**E**fter 35 år inom socialmedicin och folkhälsoarbete ser Leif Svanström idag bristerna.

Det svenska folkhälsovetenskapliga arbetet ter sig splittrat och rörigt!

Kanske beror det på en långvarig begreppsförvirring: samhällsmedicin, folkhälsovetenskap, »public health» ... Terminologin har varit oklar kring des-

sa i princip synonyma termer, som inrymmer subspecialiseringar som bl a social-, yrkes- och miljömedicin, hälso- och sjukvårdsforskning, epidemiologi, medicinsk sociologi.

– Fortfarande år 2000 är det många som har olika uppfattningar om vad ämnet är. Gå till en amerikansk skola för »public health», inte har man samma förvirring där. Där är utbildningsgångarna klargjorda och ämnena tydligare.

Om enbart termen folkhälsovetenskap, direkt översatt från engelskans vedertagna »public health sciences», använts hade det nog varit enklare, tror han.

– Med begreppet folkhälsovetenskap blir vi också mer internationella och hittar fram till kollegerna ute i världen lättare.

Desutom hade det varit lättare om det från början satsats på renodlade fristående folkhälsovetenskapliga institutioner. Av tradition, i såväl Norden som Europa, har de folkhälsovetenskapliga ämnena i stort varit splittrade och knutna till olika medicinska fakulteter.

– Vår främsta uppgift är att med forskning, undervisning och rådgivning vara med och förändra befolkningens hälsa, och då måste vi ha hjälp av kontakter utanför de medicinska fakulteter-

”... den breda massans läkare, den svenska läkarkåren i stort, är på väg att abdikera från folkhälsoarbetet ...”

na. Våra beställare har vi i kommuner, statsapparaten, landsting.

Självfallet är det de biomedicinska prioriteringarna som slår igenom vid medicinska högskolor, säger Leif Svanström.

– Det fordras förstås en väldig kraftsamling för att vara med i den internationella konkurrensen om tex genforskningen. Jag säger inget om det. Men ibland är det litet tungt att ständigt argumentera om elementa i vårt ämne.

Det har gjorts en utredning om att starta en »School of Public Health» vid Karolinska institutet. Resultatet hittills är en 80-poängs grundutbildning i folkhälsovetenskap vid Institutionen för folkhälsovetenskap.

– Det är nog så att vi vid Karolinska institutet inte har tillräcklig kompetens inom det här breda området för att driva en »School of Public Health», för det krävs mycket investeringar. Då är det bättre att vi samarbetar med institutioner utanför Karolinska institutet.

Och Leif Svanström har här också

inlett en dialog med bl a Handelshögskolan, Lärarhögskolan, Stockholms universitet, Socialforskningsinstitutet, Arbetslivsinstitutet.

Det krävs också ett bättre samarbete inom landet – inte minst för att bygga upp ett gediget evidensbaserat folkhälsoarbete, poängterar han.

– Att vi samarbetar internationellt, det är självklart. Men Sverige är för litet för att vi inte också ska samarbeta inom landet. Att skapa större konstruktioner med nätverk över universitets- och fakultetsgränser, det är nog lösningen på problemet.

Landets professorer i folkhälsovetenskapliga ämnen, totalt 50–60, samlades därför förra året till en första träff.

– Vi har också samlat 13 universitet och högskolor till ett s k konsortium för att stämma av och samordna utbildningarna inom området.

Och så finns de nationella övergripande strukturerna: Dels den s k nationella folkhälsokommittén, en tvärpolitiskt sammansatt grupp inom socialdepartementet, som nu utarbetar nationella folkhälsomål; dels den statliga myndigheten Folkhälsoinstitutet.

– Vår roll blir då, som jag ser det, att utgöra ett »kompetensnätverk».

Och nu tycker han att landet behöver en folkhälsominister – för att höja temperaturen på folkhälsofrågorna, samordna kompetensen och resurserna inom landet bättre, ge Folkhälsoinstitutet ett tydligare sammanhang att verka i.

För att värna en hotad folkhälsa.

Men trots allt konstaterar Leif Svanström också att Sverige har en stark tradition och vilja att skydda välfärdssamhället och folkhälsan.

– Men vi måste fundera över hur vi ska ha det här i landet med folkhälsan, mot bakgrund av de nationella folkhälsomål som den nationella folkhälsokommittén presenterar. Vilken kompetens behövs? Vilka prioriteringar måste göras för att bygga upp kompetensen?

Ett stort frågetecken är, enligt Leif Svanström, om folkhälsovetenskapen bör administreras inom de medicinska fakulteterna.

Samtidigt poängterar han att läkar-kompetensen är en självklar, nödvändig stomme i folkhälsoarbetet.

Men den breda massans läkare, den svenska läkarkåren i stort, är på väg att abdikera från folkhälsoarbetet och överlämna det till andra yrkesgrupper.

Och det oroar Leif Svanström.

– Svenska läkare ägnar mindre och mindre tid åt förebyggande arbete. Och samtidigt som kunskapsnivån inom folkhälsovetenskapen aldrig varit så hög som idag, så har vi aldrig haft så li-

ten andel i läkarnas grundutbildning. Detta är en internationell trend.

Totalt en 15 poäng tror Leif Svanström att landets läkarutbildningar idag når upp till (förutom i Linköping där utbildningens problembaserade inriktning automatiskt ger mer av de folkhälsovetenskapliga ämnena).

Idealet var totalt 40 poäng i folkhälsovetenskapliga ämnen, och ytterligare 40 poäng som eventuellt tillval inom ramen för läkarutbildningen.

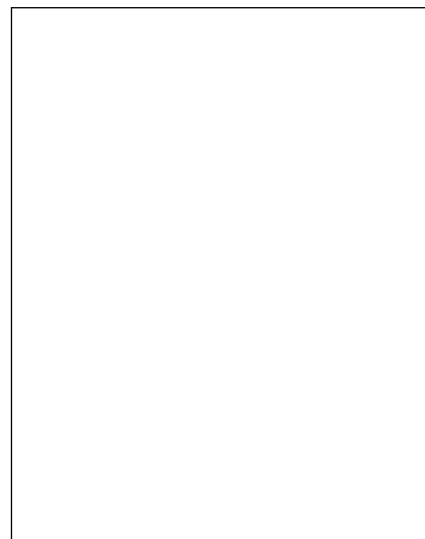
– Det skulle göra de moderna läkarna ordentligt rustade. Men biomedicinen har tagit ett enormt grepp över läkarkåren, över sjukvården. Kolleger som jag har stor respekt för och som jag vet jobbar oerhört pressat, de tvingas välja: »Det är bättre att jag klarar åtminstone den medicinska delen, så får andra ta över det förebyggande hälsoarbetet.»

Han vet hur det är.

– Jag försökte vara både allmänläkare och socialmedicinsk professor när jag kom till Kronan. Men kraven från bägge håll var så stora att jag hade varit död för länge sedan om jag hade försökt leva upp till dem. Jag fick göra ett val.

Att Leif Svanström själv blev läkare, det var mest en slump.

Idag, med facit i hand, skulle han svara: »Läkaryrket är, i sin mångfald,



det mest fascinerande som finns. Det ger också tillfälle att se världen, se befolkningar som har det fan så mycket eländigare än vi.»

Att det också blev socialmedicin var kanske även det en, ovanligt lycklig, slump: »För mig, med min bakgrund blev det ett oerhört fascinerande ämne. Idag tror jag på ekonomisk tillväxt som en folkhälsoskapande faktor, men enbart om klasskillnaderna hålls på plats.»

Folkhälsa och politik är som ett, poängterar han. •