

Återupprätta den aktiva socialmedicinen – återinför socialläkarna!

Den kliniska socialmedicinen hade en central roll i utvecklingen av det svenska välfärdssamhället. Under efterkrigstiden, fram till 1970-talet skedde en snabb utbyggnad av välfärden, som också kom att omfatta de grupper som var de mest utsatta i samhället, långvarigt psykisk sjuka, människor med missbruksproblem och hemlösa.

En stor del av förtjänsten för att välfärden också kom att byggas ut för samhällets mest utsatta ligger hos engagerade läkare med stark socialmedicinsk och socialpsykiatrisk inriktning. Man hade också ett nära samarbete med engagerade socialpolitiker och andra socialt verksamma, vilket bidrog till att det fanns ett brett politiskt stöd för utbyggnaden.

Ett namn som framträder särskilt är Gunnar Inghe, Sveriges förste professor i socialmedicin. Han skrev sin avhandling om långvariga understödstagare i Stockholm, fattiga i folkhemmet och kartlade de hemlösa. Detta kunde han göra som kommunalt anställd socialläkare. Fattigvårdsnämnden, senare socialnämnden, ställde rejäla resurser till förfogande för arbetet. En viktig slutsats av hans forskning var att långvarigt socialhjälsberoende och hemlöshet inte var några självvalda tillstånd utan ofta hängde samman med somatisk och psykisk sjukdom. Därför krävdes det samtidiga sociala, psykiatriska och medicinska insatser för att lösa problemen. För att lösa medicinska problem krävdes politik i praktisk handling.

Gunnar Inghes arbete i Stockholm fick ett brett stöd i stadsfullmäktige, vilket ledde fram till ett handlingsprogram som omfattade inrättande av socialmedicinska team, ett stort antal särskilda bostäder, skyddade arbetsplatser och välutrustat sjukhem för hemlösa och andra socialt utsatta.

Gunnar Inghe togs också i anspråk som statlig utredare. Som aktiv i Mentalsjukvårdsutredningen i slutet av 1950-talet bidrog han till att det gjordes ordentliga kartläggningar av de psykiskt sjukas situation och att det ställdes förslag om en kraftigt förbättrad arbets- och sysselsättningsterapi, kraftig upprustning av befintliga vårdplatser och nya psykiatriska lasarettskliniker. I utredningen deltog också flera av den tidens ledande psykiatriöverläkare. I slutet av 1960-talet föreslog Narkomanvårdsutredningen där Inghe också hade en central roll ett program med nya narkomanvårdskliniker och nya behandlingshem. Utredningen byggde på omfattande fältstudier där bland annat nästan varenda knarkarkvart i Stockholm besöktes.

Något som skiljer den tidens vårdutredningar från dagens är att man utgick från rejäla epidemiologiska undersökningar och att man ställde mycket konkreta och detaljerade förslag om förbättringar samt att dessa sedan också genomfördes.

På 1970- och 80-talen kom det att föras en bred debatt om psykiatin. Mentalsjukhusen skulle tömmas och ersättas av en sektoriserad psykiatri som omfattade både sjukhusplatser, behandlingshem, möjligheter till skyddat boende och en utbyggd öppenvård. När det gällde sysselsättning och arbete var detta framför allt ett ansvar för kommunerna. Utvecklingen kulminerade i psykiatrireformen 1995 som innebar att kommunerna övertog ansvaret all omvårdnad, bostad och sysselsättning åt långvarigt psykiskt sjuka. Den psykiatriska sjukhusvården reducerades från c:a 16 000 vårdplatser till omkring 4 000. Alla läkare skulle däremot stanna inom landstingens sjukvård och kommunerna var förbjudna att anställa läkare.

Förändringarna bidrog till att socialmedicinen försvann som klinisk verksamhet och reducerades till en akademisk specialitet som observerade vården utifrån utan några direkta möjligheter att påverka verksamheten. Kartläggningar av utsatta gruppers levnadsförhållanden och vårdbehov blev inte längre någon prioriterad verksamhet.

Detta har i sin tur medfört att de utredningar som gjorts om missbruksvården, psykiatin och de hemlösas situation efter millennieskiftet har stora brister i sitt faktaunderlag.

Från registerdata kan vi dra slutsatsen människor som varit i kontakt med psykiatin och fått en psykiatrisk diagnos ofta har en dålig social situation, saknar jobb och har låga inkomster. Andelen psykiskt sjuka bland hemlösa i Stockholm ökade kraftigt under 1990-talet. Överdödligheten bland personer med schizofrenidiagnos jämfört med normalbefolkningen är mycket hög och förefaller ha ökat.

Denna utveckling har i huvudsak passerat obemärkt eftersom ingen längre har något ansvar för att bevaka de socialt utsattas situation. En ljuspunkt kan möjligen vara en statlig utredning, Samsjuklighetsutredningen, som handlar om vad man skall göra med personer med samtidig beroendeproblematik och annan psykisk sjukdom. Där föreslås något som liknar socialmedicinska team med läkare, sjuksköterskor och socialarbetare som skall arbeta med särskilt socialt utsatta sjuka. För att detta skall vara möjligt behöver det dock skapas en helt ny organisation som drivs gemensamt av kommuner och regioner. Utredningsförslaget har i sin tur hänvisats till en ny utredare som fått tre år på sig att förhandla fram och lägga fram ett mer konkret förslag. Problemet hade kunnat lösas enklare om man återinfört kommunalt anställda läkare med socialmedicinsk och socialpsykiatrisk inriktning och bildat team runt dessa tjänster.

Också de insatser som görs för socialt utsatta personer med allvarlig beroendeproblematik, en grupp som stod i centrum för Gunnar Inghes och den tidiga

socialmedicinens intresse, har förändrats i grunden. Det ambitiösa programmet för att rehabilitera hemlösa i Stockholm där det socialmedicinska teamarbetet stod i centrum gick i graven i samband med 90-talskrisen. Vårdinstitutionerna såldes ut till privata aktörer och den särskilda sjukvården för hemlösa lades ner. Nyligen redovisade Uppdrag granskning förhållandena vid Skarpnäcksgården, som tidigare var en rehabiliteringsinstitution för hemlösa med beroendeproblem, med tillgång till bra sjukvård och arbeten i skyddade verkstäder, men som nu omvandlats till ett lågtröskelboende i privat regi där svårt psykiskt sjuka bokstavligen lämnades att dö i en miserabel miljö med otillräckliga personalresurser. Det fanns inte längre några socialläkare eller medicinskt kunniga personer som kunde påtala deras situation.

Att socialläkarna och andra kommunalt anställda läkare försvann har ett nära samband med den omläggning av vården som inträffade på 1990-talet och som kan ses som en omläggning från en behovsstyrd till en efterfrågestyrd vård med stark betoning på produktivitet och kostnadskontroll. Inom såväl sjukvården som socialtjänsten har det skett en övergång från slutenvård på sjukhus eller behandlingshem till öppenvård ofta med motiveringen att den senare är mer kostnadseffektiv. Detta drabbar i hög grad grupper med en kaotisk livssituation som har svårt att artikulera sina behov av vård och behandling. Öppenvården har till stor del styrts av efterfrågan. Ett exempel utgörs av ADHD-vården som ökat dramatiskt både bland barn och vuxna och medan däremot patienter med schizofreni och andra svåra psykosor får del av en minskande andel av vårdresurserna.

I dagens starkt ekonomistyrda vård finns föga plats varken för socialläkare eller socialmedicinska team. Deras arbete skulle riskera att man tog fram vårdbehov som inte är tillgodosedda och skulle därmed ytterligare skulle belasta vårdens kostnader.

Har man däremot målet att vårdens syfte är att förbättra människors hälsa och om man verkar för ett jämlikt samhälle är det socialmedicinska synsättet en självklarhet. Precis som på Gunnar Inghes tid finns ett nära samband mellan sjukdom och sociala förhållanden.

Att läkarmedverkan inom social verksamhet stöter på motstånd inom den kommunala byråkratin med starka krav på kostnadskontroll är begripligt. Det är däremot svårare att förstå Läkarförbundets motstånd mot socialläkare och mot att läkare skall kunna vara kommunalt anställda. Detta motstånd har gamla rötter. Gunnar Inghe ansågs misskrediterad som socialläkare på grund av sin alltför radikala samhällsåskådning. Läkaren skulle stå utanför politiken och inte försöka förändra samhället.

I själva verket måste den som verkligen vill företräda sina patienters intressen också ta ställning till de sociala missförhållanden som orsakar sjukdom. Detta gäller i allra högsta grad när man arbetar med socialt utsatta grupper. Sociallä-

karrollen skulle ge socialmedicinen ett ansikte och en klinisk förankring.

En klinisk socialmedicin är också en förutsättning för att specialiteten socialmedicin skall kunna leva vidare och utvecklas. En socialmedicin som forskansar sig på akademiska institutioner blir lätt frikopplad från den medicinska och sociala verkligheten.

*Gunnar Ågren
Tidigare socialläkare och
generaldirektör för Folkhälsoinstitutet*