

Samhällsmedicin i praktisk hälso- och sjukvård

Sven Larsson

I artikeln diskuteras hur de samhällsmedicinska kunskaperna skall komma den praktiska hälso- och sjukvården till del. Först diskuteras frågan i mera övergripande perspektiv, där behoven av samhällsmedicinska metoder för att ta fram underlag för prevention, för prioriteringar inom hälso- och sjukvården och för att bedöma effekterna av insatta resurser belyses. Sedan diskuteras i vilken omfattning och under vilka organisatoriska former en direkt individuell patient-anknuten samhällsmedicinsk arbetsmetod kan användas. Det hävdas, att en patientinriktad samhällsmedicinsk verksamhet knappast bör samlas till en enda enhet, utan att den bör utformas i anslutning till verksamhetsområden där viktiga samhällsmedicinska frågor ofta finns inblandade i patienternas problem.

Slutligen lägges några synpunkter på utbildningen av samhällsmedicinare.

Artikeln baseras i de avsnitt som berör de övergripande miljö- och samhällsmedicinska frågorna på ett planeringsarbete som skett i Örebro läns landsting i samarbete mellan sjukvårdsledning, primärvård, yrkesmedicin och socialmedicin.

Författaren är överläkare vid Socialmedicinska avdelningen vid Regionsjukhuset i Örebro. Han är också ledamot av en pensionsdelegation vid Örebro läns allmänna försäkringskassa och har lång erfarenhet som förtroendeläkare inom försäkringskassan.

Hälso- och sjukvårdens kris

Under 1970-talet, särskilt dess senare del, diskuteras livligt en omstrukturering av verksamheten inom hälso- och sjukvården. Diskussionerna har konkretiserats i form av lagförändringar i början på 80-talet, och sjukvårdshuvudmannen står nu inför

uppgiften att praktiskt realisera de nya idéerna. Enligt den nya hälso- och sjukvårdslagen är uppgifterna för hälso- och sjukvården bl.a. att främja och bibehålla en god hälsa för hela befolkningen och bjuda en vård på lika villkor för alla.

1981 övertog landstinget från länsläkarorganisationen ansvaret för områdena miljömedicin, omgivningshygien, epidemiologi och smittskydd.

Den primärkommunala socialvården har på ungefär motsvarande sätt fått förändrade arbetsuppgifter med den nya socialtjänstlagen som ställer krav på ett uppsökande, förebyggande och samhällsinriktat arbete.

Det är säkerligen ingen tillfällighet att dessa förändringar skall realiseras nu, då krisen i det traditionella svenska hälso- och sjukvårdssystemet börjar bli uppenbar. Krisen består som bekant bl.a. av

Kunskaper om att välfärdssamhället fortfar att producera hälsoproblem och vårdbehov som den traditionella sjukvården inte klarar av (ökad dödlighet hos medelålders män, missbruksproblem, omsorg om äldre).

Den mycket kraftiga kostnadsökningen inom hälso- och sjukvården.

Stagnation i samhällsekonomin som omöjliggör att möta de ökade hälsoproblemen och vårdbehoven med dyrbar högspecialiserad sjukvård.

Ökad utslagning i industrisektorn, vilka inte längre kan sysselsättas i den offentliga sektorn och där till en viss del sjukvårdsapparaten får gripa in för att lösa problemen genom en medialisering (förtidspensionering).

Samtidigt som hälso- och sjukvården således står inför nya och svåra uppgifter medger inte den ekonomiska situationen att hälso- och sjukvården totalt sett kan få något egentligt tillskott. Omfördelning,

.....

*Omfördelning, hushållning och bättre resurs-
utnyttjande kommer att krävas*

.....

hushållning och bättre resursutnyttjande kommer således att krävas.

Primärvården förutsättes att bli basen för det framtida hälso- och sjukvårdsarbetet.

De nya kraven på hälso- och sjukvården kommer att innebära att miljö- och samhällsmedicinska metoder tillämpas både för att samla in ny kunskap och för att utveckla nya arbetsmetoder.

Miljö- och samhällsmedicin kan ses som ett tvärvetenskapligt område där speciell kunskap behövs för att kartlägga och bedöma individernas, samhällsstrukturens, miljöns och vårdssystemets betydelse för befolkningens hälsa samt hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Socialmedicinens utveckling

Socialmedicinen har i undervisning, forskning och i någon mån i klinisk verksamhet arbetat med de samhällsmedicinska frågorna. Den har emellertid varit heterogen och gripande över mångskiftande områden.

Många definitioner av socialmedicinen finns presenterade sedan begreppet lanserades på 1840-talet. De flesta innehåller dock någon beskrivning, hur medicinen måste ses som en social vetenskap, och hur hälsoproblem inte kan ses isolerade från det samhälle där individerna finns. I Sverige försökte 1948-års läkarutbildningskommitté avgränsa socialmedicinen på följande sätt:

”Socialmedicinen innefattar de faktorer hos människorna i deras samlevnad i olika sociala grupper, ävensom de faktorer i samhällets struktur, vilka har inflytande på det allmänna hälso-tillståndet. Alla strävanden att genom ändring av dessa faktorer förbättra individens och gruppens hälsotillstånd räknas sålunda hit.”

Socialmedicinen skulle enligt kommitténs mening också bidra med:

”Fakta om miljöns betydelse för sjukdomars uppkomst och utveckling och om samhälleliga anordningar, med hälsovård, sjuk- och social-

vård och deras betydelse för sjukdomars förebyggande och botande.”

Undervisning och forskning inom socialmedicinen kom i Sverige att utvecklas inom fyra huvudområden, nämligen epidemiologi, prevention, administrativ medicin och klinisk socialmedicin.

I första skedet av utbyggnaden av socialmedicinen i Sverige under 1960-talet utvecklade man en patientcentrerad verksamhet genom att ta sig an behandling av sk multiproblemfall och storkonsumenter av vård. Den utvecklades ur den tidigare socialläkarverksamheten, sågs som en nödvändig motvikt till den fortgående specialiseringen inom medicinen och bygger på integration av medicinskt-biologiska, beteendevetenskapliga och sociala kunskaper för att nå en helhetsbedömning av patientens situation. Verksamheten bedrivs i samarbete med socialarbetare och psykologer. Den har som regel fått kvantitativt ringa omfattning i det avseendet, att den behandlingsmässigt har kunnat ansvara för endast en mindre del av problemfallen inom sjukvården.

En betydande del av den patientanknutna socialmedicinen har i samarbete med försäkringskassan ägnat sig åt socialförsäkringsfrågor.

Efterhand har en annan utvecklingslinje inom socialmedicinen trätt fram. Den innebär att socialmedicinen har blivit alltmer förankrad av studiet av generella problem, som rör hälsa och sjukdom samt kartläggande av behov, efterfrågan och nyttjande av vård. Verksamheten kan bestå av att kartlägga socialmedicinska problem inom speciella patientgrupper eller inom olika verksamhetsområden, att bistå i hälso- och sjukvårdsplanering och att medverka i preventivmedicinska program.

Vi har vid socialmedicinska avdelningen i Örebro arbetat efter en avgränsning av socialmedicinen enligt följande:

Socialmedicinen skall ge fakta om

.....

En betydande del av den patientanknutna socialmedicinen har i samarbete med försäkringskassan ägnat sig åt socialförsäkringsfrågor

.....

Hur samhällsförhållanden och människors livsvillkor påverkar hälsa.

Hur ohälsa påverkar människors sociala villkor.

Hur vårdresurser fördelas till olika behovsgrupper.

Socialmedicinen skall verka för

Att förändra samhällsförhållanden och livsvillkor i sådan riktning att risker för ohälsa minskar och sociala konsekvenser av nedsatt hälsa mildras.

Att vårdresurserna effektivt och rättvist fördelas efter behov.

Socialmedicinen har funnits som klinisk specialitet sedan 1975. Rekryteringen till specialiteten har ej varit stor och för närvarande finns drygt 30 specialistbehöriga läkare i landet. Socialmedicinen har huvudsakligen varit koncentrerad till universitetsinstitutioner och till regionsjukhusen och någon bred etablering av den kliniska specialiteten socialmedicin har inte ägt rum i landstingssjukvården.

Ökat utrymme för socialmedicinska idéer

Omstruktureringen av hälso- och sjukvården, som diskuterats i början av artikeln ger behov av kunskaper och metoder från socialmedicinen då det gäller att med epidemiologiska metoder bygga upp ett basdatasystem att ha som underlag för preventiva insatser, att analysera vårdutnyttjande och hälsoproblem i befolkningen som underlag för planering, och att med hälsoekonomiska metoder utveckla sätt att följa sjukvårdsinsatsernas effekter och effektivitet.

Det finns således nu ett tillfälle att etablera socialmedicinen i praktiskt hälso- och sjukvårdsarbete. Socialmedicinens kunskaper kan i första hand användas inom följande områden:

- utveckling av vårdideologi
- utveckling av metoder att ta fram basfakta som underlag för planering
- utveckling av metoder för patientarbete i vissa fall.

Utveckling av vårdideologi

Utvecklingen av sjukvården i Sverige på 50- och 60-talet med en sjukhusanknuten, högspecialiserad och

En väsentlig uppgift för den praktiskt verksam samhällsmedicinen måste vara att ständigt peka på sambandet mellan enskilda människors hälsoproblem och de samhälleliga strukturer i vilka vi lever

alltmer tekniskt avancerad verksamhet har skymt det samhällsmedicinska perspektivet och gynnat en organinriktad sjukvård av apparatfelsesmodell. De hälsorisker av både fysisk och psykosocial natur som finns i människors levnadsförhållanden är emellertid beroende av samhällets struktur. Likaså är möjligheterna att påverka dessa förhållanden beroende av allmänna politiska, ekonomiska och sociala villkor. Det gäller också att ha förståelse för att lämpliga lösningar till ett visst hälsoproblem kan te sig olika på olika nivåer. För den enskilde patienten kan en viss typ av åtgärd vara humanitärt riktig (tex att förtidspensionera), men för problemområdet som sådant kanske den samhällsmedicinskt bättre lösningen på längre sikt ter sig helt annorlunda (tex att få fram arbetstillfällen). En väsentlig uppgift för den praktiskt verksam samhällsmedicinen måste vara, att ständigt peka på sambandet mellan enskilda människors hälsoproblem och vårdbehov och de samhälleliga strukturer i vilka vi lever.

Inom primärvården, basen i hälso- och sjukvårdssystemet, har en vårdideologi av detta slag alltmer vunnit insteg under senare år. Primärvården är dock ingen isolerad verksamhet utan måste ses som en integrerad del av ett totalt hälso- och sjukvårdssystem, där även den specialiserade och den slutna vården måste vara med och ta det samhällsmedicinska ansvaret. Att öka beredskapen för samhällsmedicinskt synsätt är en viktig och säkerligen effektiv uppgift.

Metoder att ta fram basdata

Vissa basdata om hälsoutfall finns redan registrerade i olika typer av register. Exempel på detta är cancerregister, register över dödlighet, missbildningar, slutenvårdsutnyttjande, sjukförsäkringsutnyttjande. Registren kan dock inte utan vidare användas, utan kontinuerlig kvalitetsgranskning av

ingående data måste ske liksom nedbrytning eller aggregering av data till lämpliga geografiska områden eller befolkningsgrupper. Register över hälsoutfall saknar dessutom uppgifter om sådana hälsoproblem i befolkningen som man inte söker kontakt med sjukvården för.

Det finns endast sparsamt med data om olika bakgrundsfaktorer till ohälsa. Därför måste registren kompletteras med uppgifter som berör fysiska bakgrundsfaktorer av typ luft- vatten- markföroreningar, buller, trafik, fysisk boendemiljö och arbetsmiljö samt vad beträffar levnadsförhållanden av typ kostvanor, drogkonsumtion och sociala villkor.

De nuvarande registreringarna i sjukvårdens journaler tar sällan systematiskt hänsyn till behov av data av detta slag och ett utvecklingsarbete måste bedrivas och samordnas för insamlande av lämpliga orsaksfaktorer.

Fördjupningsstudier

Ett väl uppbyggt basdatasystem kan ge alarmsignal om någon förändring i hälsoförhållandena är på väg att inträffa. Som regel kräver då detta en fördjupad studie under en begränsad period för att orsaker och risker skall kunna klarläggas. Utvecklade instrument för sådana fördjupningsstudier bör finnas att tillgå för den praktiska sjukvården.

Åtgärder

Basdata om hälsoproblem och deras samband med tänkbara orsaksfaktorer skall givetvis användas för att man skall kunna planera åtgärder att på något sätt minska riskerna för sjukdom. Det kan antingen ske genom att riskfaktorn i möjligaste mån elimineras ur miljön (som vid kemiska hälsorisker) eller genom att individen genom hälsoupplysande åtgärder avstår från hälsoriskabla beteenden (kost, rökning).

Det måste betonas, att det förebyggande arbetet

.....

Inom en del områden där vi redan har goda kunskaper om riskfaktorer är ännu inte satsningarna på åtgärdsprogram alltför imponerande

.....

ej stannar upp vid beskrivning av hälsoproblem. Inom en del områden, där vi redan har goda kunskaper om riskfaktorer, exempelvis rökning och alkoholkonsumtion, är ännu inte satsningarna på åtgärdsprogram alltför imponerande.

Sekundär prevention

Sekundär prevention innebär att man med någon form av screeningmetod identifierar tidiga sjukdomsfall och utvecklar behandlingsmetoder för dessa. Arbetet kräver ofta specialkunskap om den sjukdom man tar upp, men det finns gemensamma problem vid screeningförfarandet vad gäller bedömning av metodik och effektivitet.

Uppföljning

Såväl när det gäller primär som sekundär prevention är det önskvärt att man bedömer effekterna av åtgärderna och behandlingen. Gemensamma metodologiska problem finnes, oavsett vilket hälsoproblem man ägnat sig åt.

Kraven på en vård på lika villkor för hela befolkningen och på vårdens effektivitet ger också behov av förbättrad analys av vårdutnyttjandet.

Sekretessfrågor

Förutom de rent ut tekniska frågorna för att bedriva epidemiologiskt arbete och erforderlig utrustning för detta, finns också allmänna frågor beträffande sekretess och integritet, datalagens tillämpning samt etiska frågor, för vilka en samlad kunskap och erfarenhet och ett enhetligt handhavande bör vara rationellt.

Patientinriktad verksamhet

Redan pågår i många landsting arbetet att utifrån lokala förutsättningar organisera miljö- och samhällsmedicinska enheter med uppgifter av det slag som hittills diskuterats i artikeln. Finns det därutöver behov av en individuell, patientinriktad socialmedicinsk verksamhet, en klinisk samhällsmedicin? Eller kommer frågan om samhällsmedicinens kliniska anknytning att bli lika låst, ofruktbar och konfliktfylld som 70-talets diskussion om den kliniska socialmedicinen?

En viktig uppgift för en klinisk samhällsmedicin

En viktig uppgift för en klinisk samhällsmedicin är utan tvekan att ta sig an socialt utsatta och utslagna människors problem

är utan tvekan att ta sig an socialt utsatta och utslagna människors hälsoproblem. Vi har emellertid ännu inte några säkra kunskaper hur detta skall ske på mest effektiva sätt. Att samla *alla* dessa patienter till speciella remissmottagningar är knappast lämpligt enligt erfarenheterna från den kliniska socialmedicinens mottagningar. Samhällsmedicinens uppgifter bör i första hand rimligen vara att studera utstötningsmekanismerna och formulera teorier för detta samt att söka lösa problemen genom att påverka samhällsutveckling och vårdorganisation. Effekterna av ett alltför individualiserat kliniskt perspektiv kan lätt bli att arbetet bidrar till att röja undan spåren av missförhållanden inom samhället eller vårdorganisationen snarare än att avslöja dem.

De hälsoproblem som socialt utsatta människor drabbas av kan vara av mycket varierande slag. Det kan till exempel röra sig om besvär från rörelseapparaten, som kräver insatser av avancerad ortopedisk kirurgi, det kan vara komplicerade missbruksproblem med behov av speciella psykiatriska behandlingsresurser, eller det kan vara tämligen triviala hälsoproblem, där patientens sociala situation ger svårigheter för honom att kunna utnyttja sjukvården på adekvat sätt.

Den samhällsmedicinare, som huvudsakligen ägnar sig åt teoretiska och övergripande samhällsmedicinska frågor, har även ett behov av att till en viss del arbeta med konkreta patientkontakter. Det hjälper honom att bibehålla den kliniska erfarenhet han en gång fått, det ger ökade möjligheter att följa och förstå förändrade förutsättningar för patientvårdande arbete, det ger en ökad trovärdighet i kontakter med verksamma inom praktisk sjukvård, och, inte minst viktigt, det bör ge honom impulser till nya infallsvinklar på de övergripande frågorna och härigenom berika det teoretiska arbetet.

Konklusionen av dessa förhållanden blir, att det inte finns någon enhetlig grupp med samhällsmedicinska patienter, för vilket en speciell klinisk utbild-

ning lämpar sig bäst. Samhällsmedicinska problem finns för många olika patientgrupper, och inom varje medicinskt verksamhetsområde bör man tillägna sig ett samhällsmedicinskt synsätt, och efter hand får vi förhoppningsvis företrädare för i varje fall de större medicinska verksamhetsområdena, som tar fram de speciella metoder som handläggningen av samhällsmedicinska patientproblem inom deras specialitet kräver. Basen i det kliniska samhällsmedicinska arbetet måste läggas på primärvårdens allmänläkare och distriktssköterskor, men även inom ortopedi, psykiatri, invärtesmedicin, långvårdsmedicin finns behov av samhällsmedicinen.

I det följande skall jag diskutera tre problemområden, där det kan vara särskilt angeläget att ett kliniskt samhällsmedicinskt arbete vinner insteg och utvecklas. Ett av dem är av viss generell natur, nämligen metoder för samverkan mellan olika vårdorganisationer, och de två andra berör mer avgränsade problemområden, nämligen missbruksproblem och äldreomsorg.

De tre områdena har alla nära anknytning till primärvården men berör också i valda delar den specialiserade vården.

Vidare berör diskussionen övervägande vuxensjukvård. Barnsjukvård och barnhälsovård är ett område där sedan länge kliniskt samhällsmedicinskt arbetssätt har tillämpats.

Samverkan med socialvård

Det finns fn strävan, att vårdcentraler och socialvårdskretsar skall ha ett gemensamt betjädningsområde. Vid nybyggnader försöker man om möjligt samlokalisera vårdcentral och socialvårdskrets. Primärvården blir härigenom den del av hälso- och sjukvården där det är mest naturligt att samverka med socialvården i första hand byggs ut.

De yttre ramarna ger dock inte automatiskt ett väl fungerande samarbete utan en rad samarbetsfrågor måste ses igenom.

Inom varje medicinskt verksamhetsområde bör man tillägna sig ett samhällsmedicinskt synsätt

Samarbetet mellan primärvården och socialvården kan ses på två plan.

- Ett till primärvården anpassat övergripande samhällsmedicinskt arbete med en anpassning och utveckling av metoder för att kartlägga hälsomässiga och sociala problem i befolkningen och med utveckling av metoder att med miljöpåverkan och medverkan i samhällsplanering arbeta förebyggande.
- En metod hur samarbetet skall ske omkring gemensamma patienter/klienter.

För att detta samarbete omkring gemensamma patienter skall kunna fungera någorlunda effektivt krävs bla följande:

- Utbildning av hälso- och sjukvårdens respektive socialvårdens personal om samarbetspartners metoder, resurser och förutsättningar för arbetet.
- Gemensamma diskussioner om vårdideologi och förhållningssätt gentemot patient/klient. Till detta hör bla överenskommelse hur frågor om sekretess och integritet skall respekteras.
- Överenskommelse om ansvarsfördelningen i behandlingsarbetet.
- Avvägning om i vilka situationer en samverkan är lämplig och när den snarast är ineffektiv.
- Utarbetande av metoder för samverkan, i vilken utsträckning som formella överläggningar i organiserade socialmedicinska arbetslag är lämpliga, och i vilken utsträckning arbetet bättre bedrivs med spontana kontakter.

Inom varje landstingsområde bör en vårdcentral anställd läkare med allmänläkareutbildning som grund skaffa sig särskild erfarenhet av samarbetsfrågorna med socialvården och i landstinget ansvara för utbildning av personal och utveckling av samarbetsmetoder. Arbetsmetoderna måste sedan anpassas till varje vårdcentral, eftersom kommunernas skiftande storlek kan ha något skiftande organisationsform.

Utöver detta samarbete på primärnivå behöver man givetvis samverkan mellan olika delar av den specialiserade sjukvården och socialvården. Exempelvis kan en ungdomspsykiatrisk klinik behöva ett organiserat samarbete med socialvården eller en psykiatrisk mottagning med familjeterapeutisk verksamhet inom socialvården.

.....
Sjukskrivning utföres tämligen schablonmässigt, och kontrollen av detta behandlingsinstrument har till stor del överlämnats till försäkringskassorna
.....

Samverkan inom sjukförsäkring och arbetsrehabilitering

Att utfärda ett läkarintyg för sjukskrivning eller för förtidspension är ett vanligt inslag i en läkares åtgärder för sina patienter. Därigenom medverkar läkaren dels till att utanordna betydande summor från socialförsäkringen och dels att undanta människor från sitt arbete under kortare period eller definitivt.

Sjukskrivning utföres tämligen schablonmässigt, och kontrollen av detta behandlingsinstrument har till stor del överlämnats till försäkringskassorna. Kunskaperna om de risker det kan medföra att använda sjukskrivning på ett felaktigt sätt är inte särskilt väl studerat.

Utan tvekan har det under senaste årtiondet skett en viss medikalisering av samhällets sociala problem inom sjukförsäkringen. Där finns också en konflikt om vilken roll fördjupad specialiserad medicinsk bedömning skall ha i förhållande till bredare allmänna kunskaper om förhållanden i arbetsliv och samhälle.

Vissa delar av sjukförsäkringsproblematiken kräver utan tvekan specialiserad kunskap (skadlig inverkan av arbete på rörelseapparaten, allergiska reaktioner framkallade av arbetsmiljöfaktorer, bullerskador etc). För läkare som arbetar med frågor om arbetsrehabilitering, (förtroendeläkare inom försäkringskassor och länsarbetsnämnd) finns dock ett gemensamt område av samhällsmedicinsk karaktär utanför behovet av specialiserad medicinsk kunskap. Det innefattar att ha kunskaper om lagar, tillämpningsföreskrifter och arbetssätt för försäkringskassa, länsarbetsnämnd och att samtidigt ha en bred allmänmedicinsk erfarenhet och kunskap om sjukvårdens organisation och arbetssätt. Dessa kunskaper bör i första hand användas till att planera och medverka i utbildning och information till personal inom försäkringskassa och länsarbetsnämnd och till läkare inom sjukvården om bedömnings-

grunder och intygsskrivning.

Det är synnerligen angeläget att detta samhälls-
medicinska område utvecklas nu, när vi går mot ett
arbetssätt att alltmer av arbetsrehabilitering måste
ske direkt ute på de vanliga arbetsplatserna. Arbets-
träning i reell miljö under sjukskrivning, halvtids-
sjukskrivning och liknande åtgärder måste i större
omfattning användas. Rehabiliteringstanken måste
väckas tidigt till liv, och behandlande läkare bör i
första hand ta det ansvaret och inte vänta på försäkringskassans initiativ. Om den sjukskrivne har tillgång till företagshälsovård är problemet mindre och kontaktvägen naturlig. Mer är en tredjedel av alla anställda har dock inte företagshälsovård och en kontakt direkt till den sjukskrivnes arbetsplats från behandlande läkaren är angelägen.

De kunskaper om samband mellan arbetslöshet och ohälsa som nu reaktualiseras i flera studier ger också krav på större medvetenhet från sjukvårdssidan om kontakten med arbetsliv och arbetsrehabilitering.

I varje landstingsområde bör en läkare med förankring i någon av de för arbetsrehabiliteringen viktiga medicinska verksamhetsområdena (allmänmedicin, psykiatri, ortopedi) skaffa sig de speciella kunskaper i försäkringsmedicin och arbetsrehabilitering som socialmedicinen av tradition arbetat med. Denne läkare bör vara placerad i den centrala rehabiliteringsgruppen i landstinget samt arbeta som förtroendeläkare inom försäkringskassa eller länsarbetsnämnd med cirka halvtidstjänstgöring inom förtroendeläkareområdet och halvtidstjänstgöring i sjukvårdsverksamhet.

Missbruksproblem

Skador framkallade av hög alkoholkonsumtion utgör en betydande andel av de problem sjukvården får ta sig an. I vissa grupper kan alkoholkonsumtionen vara den största enskilda bakgrundsfaktorn till ett behov av kontakt med sjukvård. Alkoholfrågan utgör i själva verket en utmärkt modell till ett samhällsmedicinskt problem. Det drabbar stora befolkningsgrupper med ofta allvarliga konsekvenser. De flesta medicinska verksamhetsområdena berörs, öppet eller dolt. Orsaksväven bakom alkoholskadorna är sammansatt. Åtgärderna kan sättas in på

.....
Sekundärprevention mot alkoholskador bör bedrivas i första hand inom primärvård vid vårdcentraler och inom företagshälsovård och arbetsmetodiken bör anpassas till förutsättningarna där
.....

olika nivåer. Primärt förebyggande arbete kan bedrivas generellt genom att man försöker skapa goda levnadsbetingelser för människor och specifikt genom alkoholpolitiska åtgärder. En sekundärprevention med tidig diagnostik och behandling är i varje fall teoretiskt möjlig och en del lovande resultat finnes. Huvuddelen av arbetet har dock hittills lagts på behandling och rehabilitering av manifesta sjukdomstillstånd med ur ett folkhälsoperspektiv tämligen tveksamma resultat.

Den individuella behandlingen av alkoholproblematiker har hittills huvudsakligen handhåfts inom psykiatrin. Visserligen kräver behandlingen mycket av kunskaper från psykiatrin som förståelse för psykiatrisk symtomatologi och hantering av relationsstörningar. Psykiatrin har dock knappast sett det som en förstahandsuppgift att arbeta med alkoholproblematiker. Utöver de psykiatriska kunskaperna krävs dessutom en icke obetydlig invärtesmedicinsk kunnighet. Sekundärprevention bör sannolikt bedrivas i första hand inom primärvård vid vårdcentraler och inom företagshälsovård och arbetsmetodiken bör anpassas till förutsättningarna där. Behandlingen kräver också att man ifrån akutkliniker, vårdcentraler och företagshälsovård utvecklar nära samarbetskontakter med socialvård, försäkringskassa och arbetsvård enligt mönster som tidigare diskuterats. Allt detta talar för att ett kliniskt samhällsmedicinskt betraktelsesätt i patientarbetet är väsentligt för detta problemområde.

Äldreomsorg

Det är välkänt att den relativa andelen av äldre och framförallt mycket äldre i befolkningen kommer att öka under de närmaste årtiondena och att det kommer att ställas mycket stora krav på såväl hälso- och sjukvårdens som socialvårdens omsorgsarbete. Nya vårdformer måste utvecklas, som i större om-

fattning bygger på vård i hemmet med insatser av arbetslag bestående av sjuksköterskor, undersköterskor och hemvårdsassistenter. Ett större krav på insatser från anhöriga kommer utan tvekan att ställas om en någorlunda kvalitet och trygghet i omvårdnaden skall kunna åstadkommas. Någon form av vårdplikt för befolkningen jämförbart med värnplikten har vid flera tillfällen diskuterats. Även inom detta område är det uppenbart, att välfungerande samarbetsformer måste utvecklas mellan hälso/sjukvård och socialvård. Stor hänsyn måste tagas till människors sociala levnadsvillkor. Bostadens standard, geografisk belägenhet, anhörigas förvärvsarbete är frågor som förutom de rent medicinska behoven måste beaktas vid vårdplaneringen. Andra samhällsfrågor som tex förändrad förvärvsintensitet hos den vuxna befolkningen, förändrade villkor för barnomsorg och liknande kan ge nya problem eller möjligheter för äldreomsorgen. Även detta område kräver således att ett kliniskt samhällsmedicinskt arbetssätt användes, och det kan sannolikt praktiskt/organisatoriskt kopplas samman med primärvårdens övriga samarbete med kommunens socialtjänst.

Organisation av samhällsmedicinska resurser inom landstingen

De miljö- och samhällsmedicinska resurserna som behövs i landstingens verksamhet för att med epidemiologiska metoder bygga upp ett basdatasystem att ha som underlag för preventiva insatser, att analysera vårdutnyttjande och hälsoproblem i befolkningen som underlag för planering och för att med hälsoekonomiska metoder följa sjukvårdsinsatsernas effektivitet, får givetvis organiseras något varierande beroende på de lokala förutsättningarna. Några huvudpunkter kan dock framhållas.

I någon typ av centrumbildning samlas en expertgrupp med kompetens i form av epidemiologi, omgivningshygien, socialmedicin, allmänmedicin, statistik och datorkunskap samt hälsoekonomi. Det är väsentligt med en viss gemensam arbetstid förlagd till gemensamma lokaler för medlemmarna i expertgruppen för att en kontinuerlig utveckling av arbetet, policydiskussioner etc skall kunna ske. Samtidigt är det viktigt att förankringen i den egna grup-

Den miljö- och samhällsmedicinska enhetens uppgifter kommer således att innehålla mycket av servicefunktioner

pen bibehålles på lämpligt sätt så att exempelvis allmänmedicinaren har viss tjänstgöring på en vårdcentral och hälsoekonomen har kontakt med en ekonomisk institution. På det sättet kan en förankring i en bredare kompetens ske och det finns bättre möjligheter att den ursprungliga kompetensen bibehålles och utvecklas.

Uppgifterna för en expertgrupp av detta slag blir då att långsiktigt arbeta med att utveckla metoder och instrument för att kartlägga hälsorisker, riskgrupper, vårdens utnyttjande och vårdens effektivitet. Den skall därvid hålla kontakt med forskningen inom områdena epidemiologi, prevention, hälso- och sjukvårdsforskning, hälsoekonomi och administration och utveckla kontakter med centrala resurser i form av universitetsinstitutioner, speciallaboratorier etc. I metodutvecklingen ingår en beredskap att ta sig an och utreda olika typer av miljöalarm. Genom att ta fram bästa möjliga underlag för prioriteringar medverkar den till utformning och inriktning av hälso- och sjukvården på lång sikt.

De stora kunskapsresurserna omkring avgränsande medicinska frågor finns givetvis ute i sjukvården på specialistkliniker och i primärvården. Den miljö- och samhällsmedicinska enhetens uppgifter kommer således att innehålla mycket av servicefunktioner genom att kunna koppla speciella metoder och arbetsinstrument till de olika verksamhetsområdenas behov. Enheten torde även emellanåt kunna verka som servicefunktion i samarbete med utanför hälso- och sjukvården stående organ som försäkringskassa och den primärkommunala socialvården. Ett specialområde av detta samarbete är den del av prevention som smittskyddsarbetet innebär och där kommunernas hälsoskydd är det viktiga samarbetsorganet.

Till expertgruppen bör kopplas en ledningsfunktion där representation finnes för den centrala administrationen och för landstingets politiska ledning. Expertgruppens arbetsområde blir således att utar-

beta metoder och ta fram underlagsmaterial, ledningsgruppens att föra policydiskussioner om inriktningen av arbetet samt att svara för kopplingen till hälso- och sjukvårdens reguljära drift.

Organisation av den patientrelaterade verksamheten

Ett kliniskt samhällsmedicinskt arbete bör som diskuterats utvecklas inom många olika delar av hälso- och sjukvården och i första hand inom primärvården, inom frågor som rör sjukförsäkring och arbetsrehabilitering, inom missbrukarvård och inom långvårdsmedicin. Det ter sig därför naturligt att verksamheten utvecklas inom respektive område och knappast genom att man organiserar särskilda samhällsmedicinska kliniker. Tanken är således att vissa allmänläkare, förtroendeläkare och långvårdsläkare får en markerad samhällsmedicinsk profil i sitt arbete.

Utbildningsfrågor

Artikeln har i första hand diskuterat behovet av samhällsmedicinska kunskaper på olika nivåer inom den praktiska hälso- och sjukvården utan att hänsyn har tagits till frågor om hur de passar ihop med utbildningssystem, specialistfrågor etc. Avslutningsvis skall jag kort beröra utbildningsfrågorna.

Utbildning av samhällsmedicinare

Den socialmedicinska specialiteten tillkom som en kompromiss innan det från den praktiska hälso- och sjukvården egentligen fanns någon efterfrågan av någon viss typ av socialmedicinare. Utbildningen har väl av många betraktats som alltför konturlös och oprecis för att man egentligen skulle veta vilken kompetens en socialmedicinare har. Vidare har utvecklingen i socialmedicinen präglats av att verksamheten huvudsakligen har varit inriktad på forskning och utbildning och att utvecklingen av socialmedicinska aktiviteter inom praktisk hälso- och sjukvård i många avseenden har skötts av andra än de få socialmedicinarna.

Det bör vara angeläget att en läkare som är verksam i praktisk hälso- och sjukvård har en gedigen klinisk utbildning. Därför bör en utbildning i någon

.....
Utbildningen bör kunna profileras antingen åt det mer övergripande samhällsmedicinska hållet eller åt ett kliniskt inriktat håll
.....

av de stora kliniska ämnena vara ett krav. Lämplig utbildning kan vara allmänmedicin, allmän invärtesmedicin, psykiatri, pediatrik, långvårdsmedicin och kanske ortopedi. Därutöver bör samhällsmedicinen ses som ett behörighetsområde, där man skaffar sig en speciell samhällsmedicinsk behörighet genom kompletterande utbildning. Den bör kunna profileras antingen åt det mera övergripande samhällsmedicinska hållet med utbildning i epidemiologi, prevention och administrativ medicin eller åt ett kliniskt inriktat håll med utbildning framförallt för handläggning av patientproblem med komplexa kombinationer av medicinska, psykologiska och sociala problem. Än så länge bör man dock se de olika utbildningsgrenarna som en profilering åt endera hållet och inte som en renodling av en av grenarna.

Samhällsmedicinarens medverkan i utbildningar

Genomförande av de nya intentionerna inom hälso- och sjukvården med en ökad betoning av ett preventivmedicinskt arbetssätt och krav på ökad effektivisering kräver betydande utbildningsinsatser för olika personalgrupper inom landstinget. En mycket viktig arbetsuppgift för de samhällsmedicinska experterna inom landstinget blir därför också att successivt initiera utbildningsprogram och själva medverka i genomförandet av dessa.

Successiv uppbyggnad

Avslutningsvis måste framhållas, att tillgången på samhällsmedicinsk kompetens i landet ännu ej är särskilt stor, och att en uppbyggnad av samhällsmedicinsk verksamhet i den praktiska hälso- och sjukvården måste ske långsamt, successivt, med stora lokala variationer och säkerligen med ofta återkommande behov att ompröva sina ställningstaganden vartefter det att erfarenheter vinnns.