

Socialmedicin i farozonen

Medicinska fakultetsnämnden i Lund har föreslagit att professuren i socialmedicin skall avskaffas och ersättas med en professur i långvårdsmedicin.

Det har också – som framgått av artikel av Erik Allander i SMT 4 – 5/79 – förelegat tankar på en omprövning av den professur i socialmedicin vid Karolinska institutet som varit vakant i flera år.

Detta är omständigheter som aktualiserar basala frågor om socialmedicinens situation.

Socialmedicinen innebär både ett vetenskapligt perspektiv och en vårdideologi. I båda dessa avseenden står socialmedicinen för begrepp som helhetssyn, intresse för sjukdomar och sjukvård som sociala fenomen och som makroföreteelser, samordning av social och medicinsk verksamhet m.m.

Frågan är alltså vad dessa begrepp betyder i dagens sjukvård och socialvård.

Det är då lätt att konstatera att de spelar stor roll i planer och utredningar. Deras betydelse är mindre övertygande om man ser till vårdorganisation och samordning av vårdresurserna. Ser man till vårdarbete och vårdinnehåll är framstegen än mer blygsamma. Som bland annat en utredning av Ingvar Svensson och medarbetare visat har föret varit mycket trögt när det gäller att utveckla ett socialt och medicinskt samarbete på fältet. Förändringarna har trots många och ambitiösa försök varit små och ibland endast tillfälliga.

Det som framstår som en avgörande svårighet har varit bristen på ett gemensamt referenssystem, bristen på gemensamma kunskaper, gemensamma delar av utbildningen.

Även i detta avseende finns det en delvis ambitiös och förändringsinriktad planering. Det gäller i varje fall den medicinska utbildningen, som schemamässigt tillagts betydande tillskott av psykosocialt och socialmedicinskt innehåll. Dessa reformer har dock knappast haft avsedd effekt. En omfattande kurs i medicinsk psykologi och samhällsmedicin har tenderat att bli ganska flytande stoff, sannolikt mycket beroende på att man inte satsat resurser för att organisatoriskt hålla samman kursen. Kurserna i socialmedicin och psykiatri kommer sent under studiegången. De tycks i regel göra begränsade intryck på studenter som redan präglats av en ganska ensidig naturvetenskaplig indoktrinering.

Än dystrare tycks bilden vara när det gäller medicinska moment i utbildningen för socionomer och beteendevetare. Här finns såvitt känt inte ens en planering för att bryta grundutbildningens ganska ensidiga inriktning på psykosociala förklaringsmodeller.

Man kan till och med skönja tendenser till ökad ensidighet. Vad gäller socionom- och psykologutbildningen har en tidigare läkaremedverkan på sina håll upphört. Vad gäller läkarutbildningen tycks en tidigare inriktning av allmänläkarnas utbildning mot en socialmedicinsk och psykiatrisk profil förändras till en bredare somatisk utbildning med mer inslag av kirurgutbildningen etc.

Vi står alltså fortfarande inför en stor klyfta mellan å ena sidan politiker-
nas och planerarnas strävan till helhetssyn, samordning och å andra
sidan den faktiska utvecklingen.

Man kan tänka sig olika orsaker till att detta inträffat. En möjlighet är att
planeringen varit felaktig och orealistisk. En annan möjlighet att plane-
ringen är riktig men att tillräcklig tid ännu inte förflutit för nödvändiga
förändringar. En tredje möjlighet är att planeringen varit riktig men att
man inte till fullo beaktat svårigheterna att nå målet.

Man kan knappast finna argument för att planeringen skulle vara felak-
tig eller orealistisk. Det existerar snarast en växande enighet om behovet
att samordna sociala och medicinska synsätt och åtgärder.

Förhoppningarna att planeringen nog får avsedda resultat bara tillräck-
lig tid förflutit ter sig inte särskilt stora med hänsyn till utvecklingen på
det grundläggande stadiet, på utbildningsstadiet.

De sannolikt viktigaste orsakerna till en ökande klyfta mellan målsätt-
ning och verklighet är därför att man underskattat svårigheterna att
utveckla yrkesroller som präglas av en helhetssyn och ett vårdarbete som
präglas av ett växelvis tillämpande av naturvetenskapliga och psykosoci-
ala perspektiv.

Man kan finna andra tecken på motsvarande svårigheter. Det tycks
finnas en generell kristendens för områden där man inte kan falla tillbaka
på relativt enkla och endimensionella yrkesroller. Det har beträffande
socialvården sagts att man på sin höjd klarar 2–3 år som socialassistent i
en storstad innan man ser sig om efter enklare arbetsuppgifter. Sjukvår-
den har notoriska rekryteringsproblem när det gäller läkare och sjukskö-
terskor till psykiatrin, det område som ställer de största kraven på hel-
hetssyn och flexibilitet. Motsvarande kristendenser finns beträffande sko-
lans värld, där en tidigare okomplicerad lärarroll ersatts med mer kompli-
cerade krav, inte olika dem som ställes på socialarbetaren och psykiatern.

Man kan tänka sig olika reaktioner inför sådana svårigheter. En möjlig-
het är att reagera som en ung läkare i en av Halldoffs filmer. Man ger
tappt inför det komplicerade i situationen och accepterar enklare och
endimensionella yrkesuppgifter. Man flyr det socialmedicinska arbetet
och ger sig in i laboratoriernas värld.

En sådan reaktion kan vara en rimlig lösning för den enskilde men det
är ett orimligt alternativ för samhällets agerande.

Om socialmedicinen haft svårt att göra sig gällande i utbildning och
arbetsmetodik är därför den enda tänkbara reaktionen att man förbättrar
socialmedicinens resurser.

Det behövs professurer i primärvård och kanske också i långvårdsme-
dicin. Men att inrätta sådana professurer på bekostnad av socialmedi-
cinen är att utarma vad som borde vara en central utveckling för hälso-
och sjukvården i vårt land.

Det är att hoppas på att lundaförslaget avvisas.

Claes-Göran Westrin