

Replik till Anna Sarkadis debattinlägg "Hur tar vi socialmedicin in i framtiden?"
Av Gunnar Ågren, tidigare socialläkare och generaldirektör för
Folkhälsoinstitutet

Klinisk socialmedicin till gagn både för att försvara välfärden och stärka samhällsrelevant forskning

Det är viktigt att vi för en seriös diskussion om behovet av socialläkare och socialmedicinska team och inte diskuterar i meningslösa termer som gammaldags och att själva ta hand om samhällets utstötta.

Socialläkare var en beteckning på en läkare som var kommunalt anställd och i allmänhet knuten till socialnämnden, eller dess föregångare som nykterhetsnämnd, barnavårdsnämnd och som i allmänhet hade både en klinisk och strategisk roll i verksamheten. I allmänhet ingick socialläkaren i ett team tillsammans med socialsekreterare, kuratorer och i många fall psykologer. Teamen kunde vara olika sammansatta beroende på verksamhetens art. Många socialläkare var nära anknutna till socialtjänstens eller socialvårdens ledning och hade forskningsuppgifter.

Ett tydligt exempel på socialläkarrollen är Gunnar Inghe som inom ramen för sitt arbete och tillsammans sina medarbetare kunde undersöka omkring 6000 långvariga socialhjälpstagare i Stockholm och därigenom kunde visa på samspelet mellan sociala faktorer och medicinsk och psykiatrisk sjukdom. Han gjorde också omfattande studier av hemlösa. Arbetet gjordes med aktivt stöd av kommunledningen och resultaten låg sedan till grund för hur man organiserade socialtjänstens arbete med utsatta grupper.

Gustav Jonssons arbete på Skå är ett annat exempel på hur det socialmedicinska perspektivet kom att förändra synen på barn och ungdom i en utsatt situation och det är också ett exempel på hur verksamheten knöts till forskning. Han hade flera kollegor som var knutna till den dåvarande barnavårdsnämnden.

Socialläkarna hade en viktig roll när utsatta grupper inlemmades i välfärden. Genom att verksamheten ofta var forskningsanknuten och byggde på ett teamarbete där flera professioner deltog gjordes samhällsproblem synliga. Styrande politiker kunde därigenom kunna göras ansvariga för missförhållanden vilket blev ett starkt incitament till metod- och resursförbättringar.

Jag jobbade själv, en gång i tiden, som socialläkare på Skarpnäcksgården som då var Stockholms största institution för rehabilitering av hemlösa. Vi hade två socialmedicinska team, ett välutrustat sjukhem, bostäder av hyfsad standard och en rad skyddade arbetsplatser. Även om verksamheten inte var okomplicerad bidrog den till att hemlösheten minskade och att många kunde skrivas ut till egna bostäder, ofta med stöd av en hemtjänst som inte var styrd av inrutade arbetsscheman. Genom att socialtjänsten hade egna medicinska resurser underlättades samarbetet både med somatisk och psykiatrisk specialistvård och det

blev lättare att hävda utsatta gruppers rätt till vård.

På 1980-talet började kommunen få sämre finanser. Den tidigare behovsbaserade styrningen av verksamheten ersattes av en mer tydlig ekonomistyrning. Man blev alltmer angelägen att skala bort verksamheter som skulle kunna skötas av någon annan, exempelvis landstinget som var huvudansvariga för sjukvården. Under 90-talet spreds föreställningen att vårdsektorn var alltför stor och för lågproduktiv och botemedlet blev kraftiga besparingar, privatisering och konkurrensutsättning.

Huvuddelen av socialtjänstens institutioner avknoppades och privatiserades på kort tid i början av 1990-talet. Det som betraktades som kringresurser, exempelvis socialläkare och uppföljning av vad som hände med klienterna, skars successivt bort.

Också på andra håll försvann socialläkarna. De representerade en dyr och lågproduktiv verksamhet i en socialtjänst som blev alltmer inriktad på renodling av uppgifter och kostnadskontroll. En förhoppning var att primärvården skulle kunna överta en del av de uppgifter som socialläkarna hade. Detta har inte kunnat realiseras i någon högre grad, särskilt efter introduktionen av lagen om vårdval, som har bidragit till att det är svårt att upprätthålla något befolknings- eller områdesansvar.

Idag har Skarpnäcksgården blivit ett lågtröskelboende i vårdbolaget Nytidias (fd Carema) regi. Några medicinska resurser finns inte och inte heller någon uppföljning av de boende.

Enligt Uppdrag Granskning är det ett ställe där svårt psykiskt sjuka och människor med beroendeproblematik bokstavligen lämnas att dö. Något sådant hade definitivt inte kunnat inträffa när det fanns en fungerande socialmedicinsk organisation.

Bortfallet av medicinsk kompetens inom socialtjänsten är ett generellt problem, vi ser det inom äldreomsorgen, inom beroendevården och inom psykiatrin där ett omfattande vårdansvar har lagts på kommunerna. Registerstudier tyder på en ökad överdödlighet bland socialt utsatta grupper men någon uppföljning vård namnet finns knappast.

Självklart gör inte någon enstaka socialläkartjänst någon avgörande skillnad och självklart kan man hitta på något annat namn om yrkestiteln känns omodern. Det avgörande är att tillföra socialtjänsten och likartade verksamheter socialmedicinsk och gärna också socialpsykiatrisk kompetens med en tydlig forskningsanknytning. Gunnar Inghes tes, som låg till grund för uppbyggnaden av socialläkarverksamheten, att sociala problem och medicinsk och psykiatrisk sjukdom samspelar är fortfarande giltig.

Socialmedicinen kan naturligtvis bedriva forskning som en enbart akademisk specialitet men den skulle onekligen berikas av en tydligare anknytning till klinisk verksamhet inom det sociala fältet och forskningen skulle kunna växa i samhällsrelevans.