

## Socialmedicinen – sin egen multiproblempatient?



Erik Allander

Sedan ämnet socialmedicin fick en självständig plats i läkarutbildningen har nu 15 år gått. Tidigt underströks ämnets starka kliniska anknytning. Under denna förhållandevis korta tid har som bekant skett en mycket stark expansion av sjukvården. Det är påfallande hur osäkert, splittrat och ofullständigt socialmedicinen har införlivats i denna sjukvård, framför allt i sjukhusvärlden. Även sjuk- och socialvårdens närmande till varandra, där socialmedicinen skulle vara en naturlig och bred brygga, har hittills inte lett till några förändringar av genombrottskaraktär. Flera projekt pågår f n inom denna sektor, exempelvis i Tierp. Det är ännu för tidigt att dra några generella slutsatser om resultat och deras inverkan på framtida sjukvård, socialvård och socialmedicin. Frågan vad socialmedicin är har ställts i många sammanhang. "Socialmedicin" har kommit att stå för mycket, egentligen alltför mycket. Det har dock uppenbarligen trots allt varit lättare att besvara frågan när det gällt undervisningsdelen än för socialmedicinen som helhet.

I den följande analysen av socialmedicinen utgår jag från att ämnet måste existera på grundvalen av ett starkt och naturligt samband mellan

Socialmedicinen spelar för närvarande triangel i den medicinska orkestern dvs ett instrument som sällan används, nästan ingen hör och som kompositören — Socialstyrelsen eller universitetet — lika gärna kan bortse från, då det önskade helhetsintrycket inte mycket påverkas av dess medverkan, hävdar i nedanstående artikel Erik Allander, docent i socialmedicin vid Karolinska institutet.

Socialmedicinen måste försöka återerövra djup genom att konsolidera vissa bestämda avsnitt av sin profil. Önskan och till och med tron på att kunna göra det mesta, gör sig ovanligt dåligt i den nutida komplicerade världen.

Vad socialmedicinen här skulle behöva för att stärkas vore en specialisering i några av de följande ämnena: administrativ medicin, sjukvårdsstatistik, preventiv medicin, epidemiologi, vitalstatistik eller klinisk socialmedicin, gärna med olika preciseringar. Den kliniska socialmedicinen måste härvid ha en fastare och bredare förankring i sjukvården genom att speciella tjänstekonstruktioner, vi kan kalla dem socialkliniker-tjänster (socialmedicinare, socialdermatologer, socialoftalmologer etc), inrättas.

delarna forskning, undervisning och praktiskt arbete såväl inom sjukvård som socialvård. Om man avlägsnar undervisningsdelen från de övriga två, försvagas både helheten och delarna. En livlig debatt om socialmedicinens innehåll och utformning är en internationell företeelse. Man har på många håll hunnit utveckla innehåll och volym. Socialmedicinen har givits eller tagit olika inriktning. Det finns tydliga skillnader såväl mellan skilda länder som inom nationer. Detta gäller både öst- och västländer.

.....  
*Socialmedicin måste existera på grundvalen av ett starkt och naturligt samband mellan delarna forskning, undervisning och praktiskt arbete såväl inom sjukvård som socialvård.*  
.....

## Socialmedicinsk undervisning för blivande läkare

Här skall bara i största korthet påminnas om några av huvuddragen i socialmedicinens utveckling som universitetsämne. 1948 års läkarutbildningssakkunniga skisserade ämnets innehåll och argumenterade för dess plats i läkarutbildningen. I prop 21/1954 togs huvudlinjerna upp och omfånget bestämdes; propedeutisk kurs 15 timmar, samundervisning med de kliniska ämnena medicin, kirurgi, gynekologi etc om sammanlagt 40 timmar samt en huvudkurs om 55 (nu 60 timmar). Denna huvudkurs går nu jämsides med neurologi och hygien i ett för studenterna mycket arbetsamt block. Socialmedicinen som varande det yngsta ämnet riskerar att bli klämt. I ämnet finns f n 6 professorer inrättade 1959—1970. Den senaste, men dess värre halvhjärtade läkarutbildningsreformen, har för socialmedicinens del inte inneburit annat än smärre förändringar. UKÄ:s utredning om den prekliniska läkarutbildningen förutsåg en kraftig utökning av den socialmedicinskt inriktade delen, ett förslag som kan vara början till en reform av läkarutbildningen. Viss försöksverksamhet kan börja 1973—74.

Man brukar konventionellt ange 4 större ämnesområden som faller inom socialmedicinen som undervisningsämne nämligen:

- a) administrativ medicin
- b) epidemiologi och vitalstatistik
- c) preventiv medicin
- d) klinisk socialmedicin, även kallad socialmedicinsk rehabilitering

Detta är det formella utanverket inom vilka skillnader, ibland stora sådana finns mellan de olika universitetsorterna när det gäller förutsättningar, praktiska utformningar, inriktning och omfattning.

### Vad är socialmedicin?

Socialmedicinska tankegångar har funnits över tusen år, praktiskt tillämpat i flera hundra, men då som delar av andra ämnen. Hygien och statsmedicinen har varit viktiga baser för den nutida medicinen, men mycket mera har fått lämna bidrag till den allmänna uppfattning om ämnet

som nu är rådande. Områdena är många och olikartade; socialpsykiatri, rehabilitering, epidemiologi, sjukvårdskonsumtion, psykologi, missbruksmedicin, socialvårdsmedicin, demografi, sociologi och socialpolitik, arbetsmedicin och psykoanalys. Listan skulle kunna göras längre genom att ämnena spaltas upp i underavdelningar. En specialitet klinisk socialmedicin finns ännu inte, men däremot strävanden att försöka skapa en sådan. Flera skäl har anförts för att delar av socialmedicinen *kan* preciseras så att en specialitet är berättigad. Socialstyrelsen och NLV utreder f n frågan.

Man kan också se hur ämnet socialmedicin operationellt definierats genom att gå igenom ämnesrubrikerna i årgångarna 1958/68 ur Socialmedicinsk tidskrift. Brokighet karaktäriserar rubrikerna:

Allmän hälso- och sjukvård, alkoholistvård och nykterhetsvård, mentalsjukvårdsfrågor, familjerådgivning, yrkesmedicinska frågor och rehabilitering, långtids- och åldringsvård, social barnvård och skolhälsovård, olycksfallsforskning, socialpolitik och socialförsäkringar, socialvård, förebyggande vård och näringsfrågor, administration och organisation, befolkningsfrågor, u-landsproblem, rehabilitering och yrkesmedicin, narkomani, mediko-legala problem, allmän läkarproblematik, epidemiologi och vitalstatistik, inventering av vårdbehov, företagshälsovård, psykologi, socialpsykiatri och socialpsykologi, arbetsvård, sociologi, medicinsk etik, medicinska och sociala utbildnings- och forskningsfrågor.

På den internationella arenan blir denna bredd inte bara ännu större utan ofantlig i synnerhet som dessa områden skall läggas *till* den "vanliga" medicinen. *Frågan* är inte *om* detta kan sammanföras till ett ämne utan *när* man upptäcker att det är en omöjlighet.

### Vilka är socialmedicinare?

Vilka är då socialmedicinare? Det beror självfallet på definitionen. Socialmedicinska institutionernas baspersonal utom kanslipersonal utgjorde 1971 36 personer, varav 27 tjänster var avsedda för läkare. 1970 års läkarenkät identifierar 20 personer som socialmedicinare, i Svensk socialmedicinsk förening finns c:a 80 medlemmar, i Läkarsällskapets sektion för rehabilitering, fysikalisk medicin

Att socialmedicinen har många olika delar är förvisso lika sant som det är oriktigt att påstå att en verklig syntes har ägt rum.

och social medicin c:a 70 medlemmar. Det syns också riktigt att allmänläkaren—provinsialläkaren representerar den stora volymen av socialmedicinsk verksamhet.

Mycket som kan betecknas som socialmedicin både inom forskning och praktiskt arbete sker utanför de socialmedicinska universitetsinstitutionerna.

Socialmedicinen uppfattas av många som alltför oklar och diffus i mål och medel, en svårighet som kan verka lika påtaglig för socialmedicinare som för den som står utanför ämnet. Socialmedicinen etiketteras ofta som ett syntesämne, men denna beskrivning haltar. Syntes betyder en sammansmältning av olika beståndsdelar. Att socialmedicinen har många olika delar är förvisso lika sant, som det är oriktigt att påstå att verklig syntes har ägt rum. En av de viktigare kriterierna på en sådan reell syntes är att uppfattningar och kunskaper är möjliga att utan alltför stora bekymmer överföra till andra i undervisning och argumentering på ett helt annat sätt än vad som f n är fallet.

### Metodik vid analysen

I den efterföljande analysen är tonen i huvudsak kritisk, detta för att undvika farliga, skenbart positiva färgade klichéer, som "helhetssyn", "samarverkan", "integrering". Litteraturen inom socialmedicinska ämnen innehåller rikligt med sådana dåligt preciserade termer, förledande ända tills man kommer till en diskussion om realiteter.

Socialmedicinen är litet som undervisningsämne, trots att det formellt är med bland de "stora", medicin och kirurgi. En expansion borde underlättas av en tillfredsställande precisering av ämnets innehåll och då inte bara av läkare och medicinare — samt att bättre definiera dess plats i medicinen och undervisningen. En sådan analys bör rimligtvis företas då och då, men socialmedicinen liksom allting annat är underkastat förändringar

vare sig det nu gäller minskning, deformation eller expansion. En omsorgsfull kontakt med mottagargrupper utöver diffusa allmänna diskussioner är nödvändiga.

Det är självfallet nödvändigt med begränsningar när det gäller att beskriva och analysera socialmedicinens problem. I den följande analysen utelämnas alltså forskningssidan helt, detta trots att t ex Susser i sin stora översikt över socialmedicinen i USA säger att forskning är det enda medel genom vilken utveckling kan äga rum. Å andra sidan påverkar säkert inriktningen av kliniskt arbete och undervisning i sin tur forskningen. Flera projekt är dock utformade enligt det breda angreppssättet, ibland med framgång. Någon översikt av pågående socialmedicinsk forskning finns inte publicerad. För att göra artikeln lättare att läsa och för att i möjligaste mån undvika upprepningar, har jag inte angivit referenserna i texten.

En stor del av socialmedicinens dilemma kan ses mot bakgrunden av flera motsatspar. I analysen har jag valt tes—antitesmodellen, med de kanske inte helt rättvisande förenklingar som detta medför. Det är dock min övertygelse att sådana kontrastpar kan tjäna som diskussionsunderlag för frågor som:

Finns denna motsats?

Om nej, varför tror författaren det?

Om ja, hur väsentlig är den?

Hur har den uppkommit?

Kan den överbryggas?

För vem är det väsentligt att överbrygga den?

Hur kan konflikten lösas?

### Allmänna frågeställningar

*Övergripande tväramne betyder stagnation — fortskridande subspecialisering innebär tillväxt.*

Man har i många sammanhang i Sverige och även utomlands förmedlat intrycket av att socialmedicinen är bred, har stor kraft samt har goda förutsättningar att ta itu med många och svåra problem som man inom sjukvården och socialvården finner angelägna. Denna breda målsättning har obetydlig motsvarighet i det praktiska arbetet, där man i stort sett ägnar sig åt en enda av upp-

Socialmedicinen synes ha försökt tillväxa på en kombination av två dåliga sätt: via en bredd med begränsat reellt innehåll och via en arbetsvolym som är obetydlig.

gifterna, nämligen rehabiliteringen med dess olika fasetter, som dock endast är *en del* av socialmedicinen. Socialmedicinen kan därigenom riskera att både praktiskt och teoretiskt och från forsknings-synpunkt syssla med frågor som i själva verket är mindre väsentliga och aktuella. Detta är ett centralt misstag när det gäller övergripande ämne som bör vara mera framåtsyftande.

Socialmedicinen syns ha försökt tillväxa på en kombination av två dåliga sätt; via en *bredd* med begränsat reellt innehåll och via en *arbetsvolym*, som är obetydlig. Socialmedicinare utförde enligt 1970 års läkarenkät bara 3 promille av det samlade sjukvårdsarbetet på sjukhus, säkert ännu mindre av öppen-vårdsarbetet.

Viktig del av utvecklingen inom medicinen styrs av specialisering. Socialmedicinen har i mångt och mycket i vårt land inte utvecklats på det sätt som delvis skett utomlands. Inte bara i USA utan också i andra länder visar socialmedicinen en förändring och fördjupning samt en breddning av inriktningen både inom undervisning, forskning och praktiskt arbete. Denna förändring syns ske framför allt genom en specialisering.

Vad socialmedicinen skulle behöva för att stärkas vore en specialisering av några av de här följande ämnena: administrativ medicin, sjukvårdsstatistik, preventiv medicin, epidemiologi, vitalstatistik, eller klinisk socialmedicin gärna med olika preciseringar.

*Diffus form blir lätt formbar under tryck — bestämd utformning mera resistent mot tryck.*

Den diffusa utformningen som socialmedicinen f n har gör den betydligt mera sårbar, komprimerbar och möjlig att hålla tillbaka än om den har en fast kärna. De starka i vårt samhälle, nämligen politiker, administratörer och övriga medicinska specialiteter kan f n skjutsa socialmedicinen till

det hörn och den storlek där de vill ha den. Socialmedicinens uppgift som kritisk och obunden vetenskap riskerar därigenom att bli liten.

*Socialmedicin — mjukdata, hygien — hårddata.*

Det framförs ibland att socialmedicinen framför allt sysslar med mjukdata. Man lämnar hårddata som rent biologiska och fysikaliska mätningar till andra specialiteter. Mot detta kan man invända att det självfallet är *problem* man skall studera och inte ett ämnes uppdelningar. Hygienämnet har dessutom närmat sig mer traditionellt socialmedicinska frågeställningar. Likaså har socialmedicinerna fått behov av mera hårddata och hur dessa skall tolkas, exemplifierat genom miljövård. Samarbetet, detta urvattnade ord, med tekniska specialiteter och inte bara beteendevetenskap syns vara en nödvändig förutsättning för socialmedicinens livskraft.

*Social revolution — servicespecialitet med politisk neutralitet.*

Inom socialmedicinens fält kommer, beroende av ämnets natur, att arbeta personer med skilda politiska uppfattningar alltifrån tron på socialistisk revolution till konservatism. Inom vissa projekt kan dessa åskådningar relativt kraftigt färga de allmänna dragen av problem tacklingar av ämnet och dess utformning, även om dessa sker under ytan. En del anser socialmedicinen som sådan som ett politiskt ställningstagande till vänster, andra anser att socialmedicinskt arbete mycket väl kan ske utan politiskt ställningstagande som en naturlig och neutral del av sjukvården. Någon mera öppen debatt om detta förs knappast inom sjukvården, men man måste uppfatta problemet som en realitet.

*Offentligt men diffust stöd — inofficiellt passivt motstånd.*

Socialmedicinaren skall inte heller vara övertygad om att ett reellt stöd finns för hans ämne, trots att i många sammanhang alltid helhetssyn, integrering, planering etc samt arbete för utstötta grupper poängteras. Den positivt värdeladdade

Den positivt värdeladdade termen "socialmedicin" kommer ofta till användning.

Granskar man dessa vackra blomsterrabatter närmare hittar man vardagens utblommade och avblåsta maskrosor av passivt motstånd, svagt intresse och dålig kunskap både hos administratörer och läkare.

termen "socialmedicin" kommer ofta till användning. Granskar man dessa vackra blomsterrabatter närmare, hittar man vardagens utblommade och avblåsta maskrosor av passivt motstånd, svagt intresse och dålig kunskap både hos administratörer och läkare. Ett skäl till detta svala stöd som inte alltför sällan gränsar till avvaktande negativism kan vara just den diffusa, teoretiskt ibland något slappa allmänhumanismen för utstötta som kan präglade ämnet.

### Kliniskt arbete

*Stark önskan om samarbete med socialvården under 50-talet — relativt lite reellt samarbete med socialvården i början av 70-talet.*

Socialmedicinare av olika kategorier har i många sammanhang uttryckt önskan om samarbete med socialvården. Sådant har också kommit till stånd, men har fått olika utformning. Detta samarbete är i realiteten relativt litet inom sjukvården som helhet. Det finns säkert många skäl till detta. Det kan dock med rätta ifrågasättas om socialmedicinen som ett litet ämne med en osäker profilering skall vara den enda och viktiga bryggan till socialvård i undervisning och praktisk sjukvård. I själva verket är det ju inte heller så. Det ligger väl snarare närmast till hands att *varje läkare*, framför allt då allmänläkaren, själv skall kunna sköta sina kontakter med socialvård, nota bene om han har en utbildning som ger honom förutsättningar att handla inom det området.

*Vanlig läkare — fattigvårdsläkare.*

Socialmedicinsk sjukvård i socialläkarform syns ha uppstått delvis för att skapa en egen sjukvårdsorganisation för utstötta; långtidssjuka med

sociala och medicinska problem — alkoholister, psykiskt avvikande, psykopater, prostituerade eller på annat sätt inte accepterade. Dessa grupper hade svårt att ta sig fram i eller utstöttes från den vanliga vårdapparaten. I den nuvarande sjukvården torde sådana diskriminerings-tendenser vara mindre utbredda. Det finns förutsättningar, i varje fall i princip för att sådana patienter skall tas emot och behandlas och så småningom även accepteras som en del av den vanliga sjukvården. Läkarens frihet att själv utan alltför stor insyn välja sitt arbetsfält kan diskuteras. Denna del av socialmedicinen bygger på ett definierande av avvikande och gör att man ställer sig vid sidan av den vanliga sjukvårdsverksamheten och mer närmar sig socialvården och då dessutom en *speciell* form av socialvård.

*Kuratorer svag grupp i sjukvården — läkarna stark grupp.*

När det gäller att närma sig sjukvården har socialmedicinen med sömngångaraktig säkerhet valt ut en av de svagaste grupperna för att användas som replipunkt, nämligen kuratorerna. Trots att det arbete som dessa utför är synnerligen värdefullt och nödvändigt inom vårdorganisationen, har de en begränsad medicinsk kunskap och dessvärre en obetydlig auktoritet på sjukhuset. Kåren är oftast diffust uppfattad av övriga som arbetar på sjukhus. De utnyttjas ofta av sjukvården som springflickor. Kuratorerna själva är tveksamma om sin roll, icke odelat förtjusta i socialmedicin och använder mycket lite av det speciella instrument som de är utbildade för, nämligen case-work. De fullgör som huvuddel av sin arbetsuppgift i stället relativt okomplicerat administrativt arbete, som skulle klaras av vanlig sjukvårdspersonal förstärkt med en "socialsekreterare". Socialmedicinerna har försummat att vända sig till läkarna för att få socialmedicinen in i sjukvård och sjukhus. Visserligen måste det betraktas som svårare, i synnerhet i ett inledningsskede, att tackla läkare med socialmedicinska tankegångar. Detta är dock en nödvändig väg om man skall placera socialmedicinen i sitt rätta element, nämligen som en *naturlig del av sjukvård*.

Den delen av socialmedicinen som arbetar med eller som skulle kunna arbeta med många — tillämpad epidemiologi — har givits svagt eller intet stöd med undantag för forskningssidan.

Samarbete med läkare på lika villkor i vardagsarbete, konferenser, patientarbete, forskning och administration ger ett mera direkt ansvar för sjukvårdsarbetet som skulle ge socialmedicinen betydligt bättre möjligheter att göra sina åsikter hörda och detta på flera nivåer.

Långsamt arbete för få patienter — snabbt arbete för många.

Socialmedicinen har ansetts ha en fast anknytning till psykiatri, i varje fall beskrivs läget ofta på det sättet. Arbetet med enskilda fall inom socialmedicinen har en kraftig tendens att bli omständlig, långsam, komplicerad och samtidigt som resultaten blir svårvärderade. Den delen av socialmedicinen som arbetar med eller som skulle kunna arbeta med många — tillämpad epidemiologi — har givetvis svagt eller intet stöd med undantag för forskningssidan. En stor nackdel är också att man i vardagsmedicinskt arbete knappast kan tillämpa den metodik som de socialmedicinska tankegångarna nu konventionellt använder, också det ett påtagligt hinder att få ämnet accepterat.

Rehabilitering, en godbit att bjuda ut — men medicinens återvändsgränd att arbeta i.

I många sammanhang och under flera år har man livligt försökt föra fram rehabilitering som socialmedicinens flaggskepp. Detta skulle vara något för administratörer och läkare att jobba för. Grupperna har olika bevekelsegrunder. Övriga läkare skulle kunna stödja en sådan utveckling för att de därigenom själva skulle slippa handlägga besvärliga fall med tveksam prognos och lång behandlingstid. Administratörerna å sin sida skulle med vissa ekonomiska beräkningar kunna visa upp att sjukvården och därigenom samhället tjänar på rehabilitering, d v s att sjukvård producerar

någonting och inte bara kostar pengar. Trots försäljningsaktionerna tycks socialmedicinen inte ha lyckats inom denna sektor bl a genom att man inte riktigt har kunnat förklara vad socialmedicinen kommer att stå för, vilka resultat man har lyckats med etc.

Rehabilitering är ett arbete med patienter som har hamnat i en utstöttningsprocess baserad på psykiska och somatiska faktorer i stark samverkan med sociala. Detta sammanhänger bl a med vårdapparatens nuvarande organisation och grundförutsättningar på området. Rehabilitering *utanför* traditionell sjukvårdssektor, arbetsvård etc räknas också som socialmedicin. Samhällets hjälporgan har blivit betydligt mer registrerande än hjälpande när det gäller rehabiliteringsklientelet. Verbala luftigheter och falska förhoppningar karaktäriserar alltför mycket som skrivits i detta ämne. Sjukvården som helhet är däremot betydligt mer inriktad på att hjälpa individuella patienter på ett mer realistiskt sätt, antingen deras defekter är somatiskt eller psykiskt betingade i kombination med sociala problem. Socialmedicinsk rehabilitering kan riskera att bli ett område av maskerad öppen social långtidsvård, men definierad av andra som vill bli av med sina mest svårlösta problem, och kan bli både politikerns och läkares alibi för svag egen problemtackling. Rehabilitering som både mål och medel för *enskilda* är inte svårt att instämna i, men samhällets möjligheter att stödja rehabilitering reellt syns mycket svag. Antalet förtidspensionerade och arbetsvårdskrävande ökar kraftigt samtidigt som möjligheterna för sysselsättning blir mindre. Utvecklingen mot ett B-lag i arbetslivet blir trots alla åtgärder tydligare. En nyanställd på ett järnverk fick dagarbete. Arbetskamraterna undrade vad det var för fel på honom! I vanlig sjukvård utvecklas möjligheterna till vård och bot både kvantitativt och kvalitativt, knappast så inom rehabiliteringen.

Socialmedicinen löper stor risk att bli bunden vid sina uppdragsgivare om rehabiliteringen av enskilda människor blir den kliniska huvuduppgiften. Visst har kritiska röster funnits, men socialmedicinen har andra områden, där insatsen

på längre sikt och för flera människor kan bli betydligt viktigare. Jag tänker då på vanlig klinisk medicin och epidemiologi. Det praktiska arbetet inom rehabilitering är mycket tidskrävande och socialmedicinarens bidrag till detta blir mycket litet.

#### *Passiv samordnare — aktiv uppsökare.*

Det socialmedicinska patientpusslet är tidsödande att lägga. Intuitivt kan man dock säga att resultatet ibland är gott. Det medför att man får avstå från att aktivt uppsöka problem inom andra arbetsområden. Detta är både obekvämare och svårare än att vara en "väntande" specialist. Socialmedicinen kan komma att utvecklas till en sekundär specialitet eller till och med till en tertiär specialitet som en underavdelning till rehabilitering och leva på definitioner av sitt ämne och sina problem som levereras av andra.

#### *Individuell hjälp åt några patienter — övergripande styrning av sjukvård.*

Viss del av den socialmedicinska verksamheten är utformad som en sk service-specialitet, dvs man skall hjälpa andra specialiteter med frågeställningar som dessa definierar. Samtidigt har dock socialmedicinen en inneboende tendens inom det ämne den företräder att göra anspråk på att ofta bättre förstå en patientsituation än en delspecialitet gör. Denna syn kombineras med övrigt kunskapsstoff som socialmedicinen traditionellt innehåller och medför i sig en önskan och vilja till inflytande och makt, att kunna påverka inte bara en viss specialitet utan sjukvården över huvud taget i viss riktning. Eftersom socialmedicinska företeelser är vitt spridda föreligger allmän önskan att inom socialmedicinen vilja vara med och bestämma på olika punkter. Man kan då råka i konflikter som både är positiva, där problem så småningom löses och negativa där fortsatt samarbete är omöjligt.

Det finns alltså enligt mitt förmenande synnerligen kompakta skäl till att så snart som möjligt se över den kliniska socialmedicinens mål, organisation och medel både i det korta och det långa

En av de första frågor som de som lyssnar till socialmedicinska presentationer kan komma med är: "Ni pratar mycket, men vad gör ni?"

perspektivet. Detta är än mera nödvändigt om man skall ha någon möjlighet att inom överskådlig tid få socialmedicinen reellt och brett etablerad i sjukvård och framför allt på sjukhus, sjukvårdens starkaste fäste. Jag anser det vara en vanföreställning att kliniskt socialmedicinskt arbete skall behöva vara något som är så komplicerat och tidskrävande att det knappast kan äga rum inom vanlig sjukvård.

#### **Undervisning — utbildning**

*Formellt innehåll i undervisningsämnet mycket brett — praktiskt liten verksamhet.*

Inom övriga delar av medicinen har man ett relativt brett gemensamt område mellan praktiskt arbete, forskning och undervisning. Detta gemensamma område är för socialmedicinens del relativt litet. Många försynta men ibland giltiga kommentarer till det stora avståndet mellan teori och praktik har hörts både inom och utom socialmedicinen. En av de första frågor som de som lyssnar till socialmedicinska presentationer kan komma med är: "Ni pratar mycket, men vad gör ni?"

*Selektiv utbildning, definierade uppgifter — ingen speciell utbildning, breda uppgifter.*

Vi finner det självklart att en kirurg skall ha kirurgutbildning, medicinaren skall ha tjänstgjort en lång tid på medicinklinik etc. Med utbildning menar vi här tjänstgöring i underordnad ställning inom vissa verksamhetsområden där sådan utbildning meddelas.

Det finns också en annan typ av utbildning, nämligen självstudier och erfarenhet. Socialmedicinen odlar i betydande utsträckning erfarenheten. Det blir därigenom mindre klart vad vederbörande egentligen behärskar inom olika gebit och ger också formella svårigheter när det gäller att fastställa kompetens.



individ och samhälle är tveksamt. En tydlig indikation på rekryterings svårigheterna inom detta område är de även sedan långt tillbaka höga läkarlönerna i denna sektor.

Sammanfattningsvis har socialmedicinen ett ovanligt långt avstånd mellan befintliga yrkesutbildningsuppgifter och egen utbildning. Inom många områden får han agera självlärt, eller i varje fall förutsätts vara självlärd med de nackdelar det innebär. En klar fördel som måste påpekas är friheten att genom vida gränser forma undervisningen. Ämnets uppläggning för dock med sig att man i själva verket inte attraherar grupper av läkare, psykologer, utan mera *enskilda* individer fascinerade av speciella frågeställningar över breda områden. Människorna i denna grupp kan sannolikt i de flesta fall ta vara på sig på ett tillfredsställande sätt, men det behövs också vanliga läkare med socialmedicinsk kunskap i vanligt medicinskt arbete.

## Slutsatser och förslag

*Från medicinsk administration till klinisk forskning.*

Även om den tidigare framställningen haft som främsta uppgift att stimulera till diskussion vore den meningslös om jag inte drog några slutsatser och kom med en del förslag.

Ämnet socialmedicin är för alltför stort och brett, vilket kan visas genom att socialmedicinaren alltför ofta är inkompetent inom sitt eget område, i varje fall om man har rimliga anspråk på vad kompetens innebär. Detta är å andra sidan en fara som svävar över all tvärvetenskap. Jag tycker man kan skönja en utvecklingstendens att socialmedicinen hotar att bli ett kontaktorgan, ett slags informationskiosk i vårdens varuhus, men i stort sett utan egen funktion, egen kunskap och eget inflytande. Socialmedicinen syns bli en samordnare utan koordinatörens fyra viktiga kvalifikationer: mål, kunskap, resurser och makt och blir i stället en lekboll för andra läkare, huvudmän och administratörer på olika nivåer. Socialmedicinaren har alltför ofta skrivbordet som sitt

Man kan skönja en utvecklingstendens att socialmedicinen hotar att bli ett kontaktorgan, ett slags informationskiosk i vårdens varuhus, men i stort sett utan egen funktion, egen kunskap och eget inflytande.

slagfält, vilket rimmar illa med den utveckling som socialmedicinen för närvarande officiellt representerar. Många av oss socialmedicinare önskar att trots bristfälliga resurser ta på sig och agera livligt för att försöka lösa och behandla det svåraste medicinska tillstånd som finns, nämligen kombinationen av långvariga multifaktoriellt betingade, genetiska och somatiska, psykiska och socialt beroende sjukdomar eller defekttillstånd, där framgång är sällsynt och prognosen är dålig. Denna kamp vid skrivbordet och alltför ofta bristande verklighetssyn ter sig så mycket mer spöklik eftersom utvecklingen visar att socialmedicinen stagnerar och hindras. Denna stagnation av ämnet hänger enligt min åsikt samman med att den alltid omtalade emfatiska bredden alltför mycket är en fiktion utan tillräcklig förankring i verkligheten. En fråga man ofta möter är: "Vad gör ni för att lösa dessa svåra problem?". En fråga som ofta måste lämnas obesvarad eller också besvaras genom några rutinmässigt undanglidande svar av riksdagstyp.

Den internationella utvecklingen visar att de socialmedicinska inmutningarna i undervisning, forskning och praktisk verksamhet syns vara livaktigare än i Sverige. Så har skett trots att vi ur många synpunkter borde ha bättre förutsättningar att få till stånd ett konstruktivt socialmedicinskt arbete inom olika fält. Socialmedicinen måste försöka återerövra djup genom att konsolidera vissa bestämda avsnitt av sin profil. Leonardo da Vinci-syndromet, d v s önskan och kanske tron på att kunna det mesta gör sig ovanligt dåligt i den nutida komplicerade medicinska världen. Det kan också vara så att socialmedicinen är mera en teoretisk förankring, ett tänkesätt, en ideologi än en speciell del av medicinen förbunden med praktisk yrkesutövning.

Om en sådan bredd i nutiden skulle hävda sig, krävs att institutionerna verkligen utrustas med specialkunnande som är en förutsättning för att bära upp denna bredd.

*Undervisningen görs mer professionell.*

Det är en svaghet och i längden farligt för ämnet att som nu ha undervisningen som den minsta gemensamma nämnaren. Ur rekryteringssynpunkt är det också negativt och lärarna sätts ofta i undervisningssituationer där uppgiften blir att meddela och tillämpa kunskaper som de alltför ofta inte har tillräcklig bakgrund för och som de inte heller på ett adekvat sätt har givits tillfälle att inhämta. Socialmedicinen måste bli mindre av samordnare och mer av sin egen. Undervisningens form och målen för den kräver särskild uppmärksamhet i ett ämne av socialmedicinens struktur. Staten har alltför länge inte tagit konsekvenserna av den breda uppläggningsen som ämnet fick 1954 genom att ge ämnet professionella resurser. Bredden gavs, såvitt jag förstår, för möjligheter till en utveckling.

Om en sådan bredd i nutiden skulle hävda sig, krävs att institutionerna verkligen utrustas med specialkunnande som är en förutsättning för att bära upp denna bredd. Att i fortsättningen köpa in föreläsningstimmar eller andra tjänster av utomstående specialister till en relativt stor del av undervisningen och även till forskningen är en dålig nödlösning. Detta kan ge ett intryck av att socialmedicinen och dess idéer kan verka utan en stabil professionell grund. Flera utvägar kan tänkas. Lärarkrafter inom viktiga områden knyts på hel- eller deltid till institutionen. Profilen på institutionen kommer att bestämmas vid val av sådana områden, val som självfallet kan vara flexibla.

Välutbildade allmänläkare med god och aktuell problemkänedom inom sitt område måste inkluderas i baspersonalen vid de socialmedicinska institutionerna. En i socialmedicinsk riktning förändrad ny preklinisk läkarutbildning som står för dörren ger möjlighet för omprövning och förstärkning av ämnet.

*Epidemiologi framför vård av enskilda personer.* "Social" betyder samhällelig. Det är viktigt att socialmedicinen mera närmar sig den delen av ämnet. Detta gör man genom att gå ut i samhället och leta efter problemen, identifiera hälsa och sjukdom, miljöbrister. En sådan förändring skulle innebära en förskjutning av verksamhetsområdet från enskilda individer — den konventionella sjukvården — till grupper av individer, d v s ett epidemiologiskt arbetssätt. Inom den sektorn finns stora och viktiga uppgifter för socialmedicinen. Teoretisk kunskap och praktiskt arbete för definerade mål kan här ingå en fruktbar förening. Sjukdomars förekomst och definition, förändringar av sjukdomspanorama och vårdbehovsproblemik — både generell och speciell — erbjuder ett arbetsfält som ligger sjukdom, missanpassning och miljöstörningar närmare än det hårt selekterade patientmaterial som socialvårdsmedicinen representerar.

*Reducera det individbundna rehabiliteringsarbetet.*

Socialmedicinens tidigare inriktning har varit en alltför ensidig satsning på individinriktad rehabilitering och socialvårdsmedicin, t o m så långt att man i en socialmedicinsk specialitet har föreslagit att rehabilitering skulle vara ett huvudavsnitt. Något tillspetsat kan man säga att rehabilitering torde vara det sista steget och organisatoriskt mest osjälvständiga och ur terapeutisk synpunkt troligen mest ofruktbara delen av den medicinska processen. Rehabiliteringen har en tydlig tendens att bli ett område som ger arbetsmarknadskrafter och politiker alibi för helt andra åtgärder än rehabiliterande. Ökningen av förtidspensionering och arbetsvårdsköer blir av en helt annan karaktär om de ses ur en central synvinkel än ur rehabiliterarens. Om socialmedicinen skall slå vakt om sin

*Om socialmedicinen skall kunna slå vakt om sin frihet att kritiskt granska, bör man minska sitt aktiva deltagande i rehabiliteringsarbetet i dess nuvarande klart utopiska inriktning.*

frihet att kritiskt granska, vilket är en helt omistlig del, bör man minska sitt aktiva deltagande i rehabiliteringsarbetet i dess nuvarande klart utopiska inriktning. Mig syns rehabiliteringen vara en återvändsgränd, en satsning på socialmedicinsk individinriktad långtidsvård, som visserligen kan ha ett existensberättigande och troligen är nödvändig. Kliniskt rehabiliteringsarbete bör inte vara en stor del av socialmedicinen, som i stället kan arbeta för utstötta grupper och sjuka med sociala problem på ett sådant sätt att de får rimlig och korrekt vård inom den vårdande specialiteten och inom sjukvårdens ram samt med stöd av socialvårdande insatser.

Till en specialitet finns två olika sorters remittering, dels *en* som innebär att man söker hjälp och stöd för att bättre kunna behandla och stödja en patient i en sjukdomssituation, dels *en annan* remittering som i huvudsak innebär att man vill bli av med ett problem till en annan under täckmantel av en konsultation eller en permanent överföring. Det finns mycket som talar för att den sistnämnda typen av negativ remittering i framtiden kan bli socialmedicinens lott.

Socialmedicinen skapades delvis för att vissa patienter utstötts från sjukvården. Det är därför viktigt att socialmedicinen skaffar sig en ordentlig förankring i sjukvården. Enligt min uppfattning är sjukvården nu betydligt mer öppen för att inkludera långvarigt sjuka och att acceptera epidemiologiska tankegångar än den tidigare varit.

#### *Specialiserat socialmedicinskt arbete inom sjukvården. Ny tjänstekonstruktion.*

Den kliniska socialmedicinen måste ha fastare och bredare förankring i sjukvården genom att speciella tjänstekonstruktioner, vi kan kalla dem social-kliniker-tjänster, (socialmedicinare, socialdermatologer, socialoftalmologer etc) inrättas. Denna tjänstekonstruktion kan bygga på principen av en kombination mellan praktiskt arbete inom en specialitet där vederbörande läkare har en lång utbildning och helst är färdig specialist. Hans arbetesker tillsammans med viss tjänstgöring och undervisning på sociamedicinsk institution. Sådan tjänstekonstruktion skulle medföra att man utnyttjade inte

En bred socialmedicinsk specialitet förutsätter egna patienter och egna läkare. Jag tror inte att sådana patienter finns, såvida man inte skapar dem själv.

bara läkarens specialistkunskaper utan den gemensamma teoretiska referensram som socialmedicinerna kommer att innebära. Ett relativt stort antal sådana personer med socialmedicinskt intresse och specialistutbildning finns redan inom sjukvården.

En bred socialmedicinsk specialitet förutsätter egna patienter och egna läkare. Jag tror inte att sådana patienter finns såvida man inte skapar dem själv. En stor nackdel för sjukvården är att sådana patient-kategorier förutsätts existera genom att man därigenom avlyfter problem från andra specialiteter och ger dem möjligheter för negativa remitteringar.

#### *Sub-specialisering inom socialmedicinen*

Stora delar av socialmedicinen som den ursprungligen skisserades, nämligen epidemiologi och preventivmedicin utvecklas nu mest utanför ämnet. Detta gör socialmedicinens utveckling osammanhängande, svåröverskådlig och ryckig. Man saknar subspecialisering som på något sätt tar vara på dessa områden. Som socialmedicinska uppgifter ingår i många länder profylaktiskt arbete, men några sådana linjer finns knappast företrädda i svensk socialmedicin idag. Det preventiva avsnittet inom socialmedicinen som ur teorisympunkt är synnerligen väsentligt, för en tynande tillvaro. Socialmedicinska fältet i sin nuvarande utformning tycks vara relativt sett krympande i jämförelse med utvecklingen utanför ämnet. Socialmedicinen spelar f n triangel i den medicinska orkestern, dvs ett instrument som sällan används, nästan ingen hör och som en kompositör — socialstyrelsen eller universitet — lika gärna kan bortse ifrån, då det önskade helhetsintrycket inte mycket påverkas av dess medverkan.

## Sammanfattning

Socialmedicinens svårigheter har ofta ansetts bero på yttre omständigheter och man har därför ägnat relativt liten kritisk uppmärksamhet inåt. Socialmedicinen har levt rätt länge på en uppfattning hos många att vara "allmänt bra". Specialiseringsförsöken är ett tillfälle till att arbeta med precisering för omprövning och konsolidering för den framtida utvecklingen. Det kan kanske framföras att flera av punkterna som jag har tagit fram skulle varit bättre underbyggda, men alltför ofta rör man sig på ett diffust och informellt plan där insyn och debatt om vad som egentligen förekommer är mycket svår eller omöjlig. De lokala skillnaderna i uppfattning om problemen och lösningarna tycks ibland också vara stora. En central fråga är hur mycket fint och positivt socialmedicinskt arbete som görs av personer och organisationer utanför ämnet socialmedicin. Det är säkerligen stora avsnitt, men volymen av detta arbete vet vi inte så mycket om, inte ens i hårddata-termer. Det kan kanske vara så att man inte bör vara främmande för att fler haft den tanken att det inte finns någon plats för socialmedicinen som eget ämne.

Syntesförsöket tycks hittills ha misslyckats. Det förefaller vara dags för en specialisering, först därefter ny livskraftig syntes.

## REFERENSER

### Nordiska publikationer

- 1 *Allander, E.*: Socialmedicin — ett experiment i sjukvård och undervisning. Socialmedicinsk Tidskrift nr 5, sid 283, 1971.
- 2 *Allander, E.*: Menlösa skrivbordsprodukter eller vårdpolitiska realiteter? Rapport från en internationell konferens om epidemiologi i hälso- och sjukvårdsplanering. Socialmedicinsk Tidskrift nr 4, sid 240, 1972.
- 3 *Allander, E. & Gadd, A. S.*: Attityd, kunskap och helhetssyn. En målanalys inom socialmedicinen. Läkartidningen 68: 2494, 1971.
- 4 *Bejerot, N.*: Tre års socialläkarverksamhet. Socialmedicinsk Tidskrift nr 6, sid 225, 1961.
- 5 *Berggren, G.*: Handikapp och rehabilitering. En förteckning över böcker och tidskriftsartiklar. Bibliotekstjänst, Lund 1968.

- 6 *Biörck, G.*: En orientering om ämnet socialmedicin. Socialmedicinsk Tidskrift nr 3, sid 95, 1957.
- 7 *Bjurulf, P.*: Socialmedicinens kliniska utformning. Socialmedicinsk Information, 1972:1 (stencil).
- 8 *Bjurulf, P.*: Klinisk-socialmedicinsk verksamhet i Linköping. Socialmedicinsk Tidskrift nr 5, sid 258, 1972.
- 9 *Collberg, K.*: Erfarenheter från hälsocentral i Tierp kan bli riksnormerande. Landstingens Tidskrift nr 6, sid 46, 1972.
- 10 *Danielsson, M. & Abrahamsson, M.-B.*: Sjukhuskuratorns arbetsuppgifter. Socialmedicinsk Tidskrift nr 5, sid 284, 1971.
- 11 *Ettarp, L.*: Vart är arbetsvärden på väg? Socialmedicinsk Tidskrift nr 1, sid 35, 1972.
- 12 *Fahlén, T. & Rambro, M.*: Den socialmedicinska avdelningen vid Karolinska Sjukhuset. Socialmedicinsk Tidskrift nr 5, sid 262, 1971.
- 13 *Holst, E.*: Social medicin som selvstændigt fag og dets relationer til almen medicin. Måneds Tidskrift for Praktisk Lægegering, sid 39, sept 1971.
- 14 *Höglund, T.*: Socialmedicin som klinisk disciplin. Socialmedicinsk Tidskrift nr 7, sid 367, 1967.
- 15 *Ingelmark, B. E.*: Socialmedicin som akademisk disciplin. Socialmedicinsk Tidskrift nr 7, sid 362, 1967.
- 16 *Inghe, G.*: Familjeprinciplen. En socialmedicinsk helhetssyn. Socionomförbundets Tidskrift nr 10, sid 275, 1962.
- 17 *Inghe, G.*: Epidemiologi, medicinsk sociologi och socialmedicin. Socialmedicinsk Tidskrift nr 4, sid 192, 1968.
- 18 *Lindegård, B.*: Den socialmedicinska journalen. Socialmedicinsk Tidskrift nr 4, sid 223, 1970.
- 19 *Lindegård, B.*: Socialarbete och sjukvård: målsättning, innehåll och organisation från socialmedicinsk synpunkt. Almqvist & Wiksell, 1970.
- 20 *Lindegård, B.*: Socialmedicin vad är det? Socialmedicinsk Information 1971: 1.
- 21 *Lindegård, B.*: Socialmedicinens innehåll. Socialmedicinsk Tidskrift nr 5, sid 279, 1971.
- 22 *Lindgren, G.*: Socialmedicinsk verksamhet vid Lunds lasarett och Malmö allmänna sjukhus. Socialmedicinsk Tidskrift nr 5, sid 275, 1971.
- 23 *Magnusson, A.*: Sjukvård och socialvård. Socialmedicinsk Tidskrift nr 7, sid 372, 1967.
- 24 *Strøm, A.*: Hvad er socialmedisin? Socialmedicinsk Tidskrift nr 10, sid 428, 1963.
- 25 *Sundby, P.*: Synspunkter på samordningen av helse- og socialtjenesten utenfor sykehus. Tidskrift for den Norske Lægeforening nr 32, sid 2225, 1972.
- 26 *Svahn, G.*: Væntetider ved yrkesrehabilitering. Socialmedicinsk Tidskrift nr 1, sid 4, 1972.

- 27 Svahn, G.: Arbetsvård — arbetspolitik och socialmedicin: replik till Lars Ettarp. Socialmedicinsk Tidskrift nr 1, sid 41, 1972.
- 28 Westrin, C.-G.: Socialmedicin vid kärnsjukhus. Socialmedicinsk Tidskrift nr 1, sid 35, 1968.
- 29 Wilhelmsson, I.: Ökad socialmedicinsk problematik inom norsk rehabilitering. Socialmedicinsk Tidskrift nr 8, sid 403, 1966.

#### Utomnordiska publikationer

- 30 Fletcher, C. R. et al: First year progress report (1969—1970) Study for teaching behavioral sciences in schools of medicine. Yale University School of Medicine. 1971. (stencil)
- 31 Kaplan, N. M.: Community medicine as an academic discipline. Fact or fancy? Arch. intern. Med. 129: 124, 1972.
- 32 Kark, S. L.: Social medicine. Teaching, research, and practice. Second report on the activities of the Haim Yassky Department of the Hebrew University — Hadassah Medical School and Hadassah Medical Organization. Jerusalem, Israel, sept 1969 (stencil).
- 33 Kendall, N. R. E.: Where stands social medicine? Lancet I: 1004, 1971.
- 34 Levy, R. C. & Applegate, W. B.: Student-community health projects. How to win friends without influencing people. J. Amer. med Ass. 220: 1113, 1972.
- 35 McNamara, J.: The revolutionary physician — change agent or social theorist. New Engl. J. Med. 287: 171, 1972.
- 36 Polgar, S.: Health and human behavior. Areas of interest common to the social and medical sciences. Curr. Anthropol. 3: 159, 1962.
- 37 Stokes, J.: Community medicine at the University of California, San Diego. Postgrad. Med. 47: 273, 1970.
- 38 Susser, M.: Teaching social medicine in the United States. Milbank mem. Fd Quart. 44: 389, 1966.
- 39 Williams, K. G.: Health and society: the need for a new scientific attitude. Commun. Hlth 2: 193, 1971.

#### Officiellt och fackligt

- 40 Betänkande av 1948 års läkarutbildningskommitté. Läkarutbildning. Statens Off. Utredningar 1953, nr 7.
- 41 Rexed, B.: Socialmedicinen i läkarutbildningen. Redogörelse för 1948 års läkarutbildningskommittés förslag. Socialmedicinsk Tidskrift nr 3, sid 93, 1953.
- 42 Kungl. Maj:ts proposition nr 212 angående reformering av läkarutbildningen, 1954.
- 43 Engel, A., Ahlström, K. H. & Wahlquist, B.: Den socialmedicinska forskningens behov (en utredning av Statens medicinska forskningsråds subkommitté för socialmedicinsk forskning). Socialmedicinsk Tidskrift nr 10, sid 419, 1963.
- 44 Samordnad rehabilitering, del 1. Statens Off. Utredningar 1964, nr 50.
- 45 Socialvården söker nya vägar. (Föreningen Sveriges socialchefer). AB Specialtryck, Malmö 1968.
- 46 1970 års läkarenkät. Sveriges Läkarförbund, utredningsavd.
- 47 Rapport från allmänläkargruppen. Sveriges Läkarförbund, U 65/1971 (stencil).
- 48 Samordning av sociala insatser inom landsting och kommuner. "KOS-rapporten". Svenska Landstingsförbundet, sociala avd., maj 1972 (stencil).
- 49 Socialmedicinsk forskningsenhet i Luleå. Förslag till socialmedicinsk forskningsenhet i anslutning till försöksverksamhet med integrerad medicinsk och social öppen vård. Norrbottens läns landsting, juni 1972 (stencil).

#### Övrigt

- 50 Dahlin, O.: Verksamhetsberättelse för år 1970 beträffande socialläkarmottagning.
- 51 Fioretos, M.: Verksamhetsberättelse för socialmedicinska kliniken (i Örebro) år 1971 (stencil).
- 52 Gadd, A.-S.: Educational aspects of integrating social sciences in the medical curriculum. Manus för Soc. Sci. Med. 1972
- 53 Inghe, G.: Motivering av inrättande av socialmedicinsk avdelning vid ett centrallasarett.
- 54 Socialmedicin som disciplin och undervisningsämne. Institutionen för socialmedicin, Lunds universitet (stencil).