

Socialmedicinen som specialitet

Bakgrund och ett förslag



Erik Allander

Inledning

I specialistkungörelsens andra paragraf (ref 12) står det: "Läkare får för allmänheten tillkännage att han är specialist inom viss gren av läkarevetenskapen eller eljest äger särskild kunnighet däri endast om nämnden för läkares vidareutbildning meddelat honom bevis om specialistkompetens..." Något tillspetsat skulle man kunna säga att socialmedicinaren skall vara specialist på att *inte* vara specialist, d v s snarare "... äga särskild kunnighet däri..." än att vara "... specialist inom viss gren..." Dessutom måste man ha kunnat övertyga nämnden för läkares vidareutbildning om att specialiteten skall finnas av det enkla skälet att det är denna myndighet som dubbar specialister.

En principiell svårighet i diskussionen om socialmedicinen, speciellt tydlig i en specialiserings-situation, är termens diffusa innehåll. Vi som nu kallas socialmedicinare, av olika ursprung och med skilda verksamhetsfält, har ju benämningen mindre genom innehållet i vårt arbete, mera som

Socialmedicinen är bl a genom sin struktur besvärlig att lansera som en specialitet, vilket varit tydligt i den attityd som olika instanser visat till framstötter från Svensk socialmedicinsk förening i frågan. Varför inte verka med de socialmedicinska tankegångarna inom de specialiteter som redan finns, frågar Erik Allander, docent i socialmedicin vid Karolinska institutet i nedanstående artikel.

I artikeln presenteras emellertid också ett förslag till en indelning av praktiskt socialmedicinskt arbete med hänsyn dels till universitetsanknytning, dels till antalet individ- (patient-) kontakter. Avsikten med modellen är att vinna en enhetlig bas för en specialiserad socialmedicin samtidigt som fyra naturliga grenar av praktisk socialmedicinsk verksamhet kan intensifieras.

följden av en operationell definition, baserad på det innehåll som givits socialmedicinen som undervisningsämne. Arbetar man vid en socialmedicinsk institution är man socialmedicinare etc. Man måste här vara uppmärksam på en förblandning mellan det *operationella* och det *innehållsmässiga*, vilket är speciellt viktigt, eftersom termen "socialmedicin" ofta används i sammanhang utanför institutioner av tydlig socialmedicinsk karaktär. När man försöker fånga in begreppet "socialmedicin" och "socialmedicinare" så är den operationella definitionen självfallet den enklaste. Man dubbar vissa personer och arbeten

Vi som nu kallas socialmedicinare, av olika ursprung och med skilda verksamhetsfält, har ju benämningen mindre genom innehållet i vårt arbete, mera som följd av en operationell definition, baserad på det innehåll som givits socialmedicinen som undervisningsämne.

att vara "socialmedicinska". Grunden för definitionen bör emellertid framför allt vara innehållsmässig, dvs uppbyggd av välavgränsade och definierade delar.

De socialmedicinska institutionernas ställning

Fri problemtackling kontra administrativ förankring.

En diskussion om socialmedicinens innehåll är oupplösligt förenad med undervisningen och forskningen i ämnet. Även om socialläkaren kan bli eller kan tänkas vara den första formellt auktoriserade socialmedicinske specialisten så är det knappast rimligt att låta sådana specialister både *uppstå* och *existera* utanför de socialmedicinska institutionerna som autonomt fungerande. Om man ändå väljer denna linje, kommer man att få minst *två* begrepp socialmedicin, både operationellt och innehållsmässigt. I en annons i Läkartidningen (ref 1) om en socialläkartjänst sägs att innehavaren skall "... utföra socialmedicinska undersökningar..." och man menar då troligen multiproblemarbete i rehabiliterande syfte. Här finns alltså redan ett begrepp "socialmedicinska undersökningar" som på något sätt definierats och då inte av socialmedicinarna själva.

Det finns flera nackdelar med att lägga tyngdpunkten på den operationellt definierade socialmedicinen. Den kan då riskera att få till huvuduppgift att i praktiskt arbete ägna sig åt restgrupper utstötta av andra vårdsektorer eller sociala institutioner. Den riskerar också att knytas till en *organisation* med en tyngdpunkt på *arbetsuppgifter* i stället för *problemlösning* (sätt att definiera, lösa problem och resultat av specificerat arbete). En alltför fast anknytning till en organisation kan för socialmedicinens del bli en kortsiktig, olämplig lösning med hänsyn till att organisationen ändras och socialmedicinen kan tvingas in i ett mönster där den inte passar eller kommer att förlora sin självständighet. I specialiseringsdiskussionen måste tryckas mera på *innehåll*, där *problemlösning* är en viktig del och man bör mindre trycka på utformningen, i varje fall i ett inledningsskede där förändringarna i po-

I specialiseringsdiskussionen måste tryckas mer på innehåll, där problemlösning är en viktig del, och mindre på utformningen.

sitioner uppenbarligen fortfarande sker (Bjurulf 1972 a och b).

Specialiseringen en vinst eller en förlust?

Socialmedicinen är, som tidigare nämnts, bl a genom sin struktur besvärlig att lansera som en specialitet, vilket varit tydligt i den attityd som olika instanser visat till framstötter från Svensk Socialmedicinsk Förening i frågan. I sjukvårdsplaner behandlas socialmedicinen antingen inte alls (Stockholm, ref 4 och 5) eller summariskt (Göteborg, ref 8). Anmärkningsvärt, eller kanske typiskt, är att man i Göteborgsplanen under rubriken "Effekt av beslutade och sannolika förändringar (sid 29)" *saknar* kommentarer för endast *ett* av de tio områdena, nämligen "tvärgående specialiteter", till vilka man räknar socialmedicin, rehabilitering, yrkesmedicin och radioterapi (!). En debatt i ämnet finns självfallet också utomlands. Svane och Stokholm (ref 11) framför t ex för Danmark ett förslag där man i *samhällsmedicinen* identifierar tre delar; a) *socialmedicin* där rehabilitering, vård av missbrukare, skolläkari och socialvård ingår, b) *hygien* som inkluderar företagsläkararbete och hälsoarbete inom u-länderna samt c) *administrativ medicin* med bl a utveckling och planläggningsarbete som huvuduppgifter.

Svensk socialmedicinsk förening har under 1972 haft en speciell grupp som arbetat med specialitetsproblemet. De förslag som hittills framförts har varit präglade av socialmedicinen som förankrad i rehabilitering av olika inriktning och knuten till skilda administrativa instanser inom hälso-, sjuk- och socialvård. Man har också i ett senare förslag valt allmänläkaren som bas (Bjurulf 1972 b), vilket förefaller mig inte vara rätt väg. Personligen kan jag inte komma på någon socialmedicinare som jag samtidigt skulle vilja rubricera som en välutbildad allmänläkare. Det är å andra sidan rimligt att social-

medicinen i olika sammanhang — med bevarad integritet — ställer sitt kunnande till myndigheters förfogande. Det är trots motigheter i portgången möjligt att dessa framstötar från socialmedicinskt håll (Lindegård 1967, Bjurulf 1972 a och b) så småningom kan föra fram till en specialitet för en del av socialmedicinen. Men då har man gjort socialmedicinen attraktiv endast för ett mycket litet antal läkare! *Varför inte verka med de socialmedicinska tankegångarna inom de specialiteter som redan finns?* En specialitet med den inriktning som nu förts fram kommer enligt min uppfattning att få minst två konsekvenser. För det första kommer det synnerligen mångfasetterade ämnet socialmedicin att färgas av den kliniska verksamheten då förlagd till rehabiliteringsområdet — annat vore inte rimligt. För det andra kommer den stora olikheten mellan de socialmedicinska institutionerna i landet, som nu finns och som ansetts vara en styrka för ämnet, att minskas. Den kliniskt verksamme socialmedicinaren i Stockholm har helt annat arbete än den i Lund, och i Göteborg är arbetet helt annorlunda än det man utför i Uppsala. Specialitetsfrågans lösning är för socialmedicinen knappast något sesam-öppna-dej till det etablerade vårdssamhället eller till kadrer av intresserade läkare. En noggrann vinst- och förlusträkning är nödvändig att ställa upp; både för nutiden och för framtiden med hänsyn till forskningsprofilen. Det är faktiskt enligt min mening sannolikt att många potentiellt socialmedicinskt intresserade kommer att stötas bort från ämnet om det får den nu aviserade inriktningen. Vårdbehovsproblem, utveckling av mått på vårdkvalitet, vårdsociologiska frågeställningar, diagnosprocess, uppsökande sjukvård och klinisk epidemiologi är bara några områden som lämnas utanför i en specialisering inriktad på social rehabilitering.

Socialmedicinen har sin styrka i ett brett forskningsarbete inom och tillsammans med de nuvarande specialiteterna och säkert även inom socialvårdssektorn. Arbetsuppgifterna och problemen är alltså många. Man bör inte skapa en identitet där det finns *många*. Det förefaller mig riktigare om man vill driva specialiseringslinjen, att man

Det förefaller mig riktigare om man vill driva specialiseringslinjen att man tar upp flera inriktningar och att dessa planeras samtidigt eller kan avknoppas inom en överblickbar framtid.

tar upp flera inriktningar och att dessa planeras samtidigt eller kan avknoppas inom en överblickbar framtid. Att socialmedicinen i flera sammanhang kan ha avgränsade utbildningsuppgifter, och då för många kategorier, är en annan sak som man inte bör blanda ihop med specialiseringssträvandena.

Samordnare av utbildningsmoment

Utbildningen av den framtida socialmedicinska specialisten måste i några avsnitt alltid ske på en socialmedicinsk institution. För undervisning bör kunskaperna paras med aktivt forskningsarbete, vilket i sin tur kräver intresse, tålmod och ledning. En påfallande stor del av socialmedicinens undervisningsbörda — i jämförelse med andra ämnens — meddelas av experter utanför institutionen. Detta är nödvändigt om undervisningen inte skall bli alltför oprofessionell. I undervisningen, och kanske framför allt i praktiskt arbete, ingår alltså *samordning av expertinsatser*. Expertens funktion som utvecklare och förändrare kan ej uppfyllas av andrahandsundervisaren. Även om socialmedicinare som arbetar på institution självfallet kan vara specialkunnig i något eller några av flera områden, representerar hans områden en klar minoritet av innehållet i ämnet. Då institutionernas fasta personalbesättning är liten kommer endast en mindre del av kunskaperna att täckas in av socialmedicinare verksamma på institutionen. Socialmedicinaren på sin institution, liksom den praktiskt verksamme, borde alltså ha *utbildning i koordinering, dvs administration och planering*, vilket han för närvarande inte har. Utbildningen måste här klart skiljas från personlig erfarenhet.

"Praktisk" eller "klinisk" socialmedicin?

Tillämpningen av socialmedicinska kunskaper och

erfarenheter är en bas för en specialisering om arbetsuppgifter och innehåll är definierade. Om man indelar sådant arbete i direktkliniskt och indirektkliniskt blir socialläkararbete en sådan tillämpning, som man kan kalla för praktisk socialmedicin hellre än klinisk, eftersom flera avsnitt inte är direkt patientanknutna.

Fyra huvudlinjer inom praktisk socialmedicin

Med praktisk socialmedicin menas här ett arbete som har tyngdpunkt på patientens hela situation, dvs sjukdomen eller missanpassningen som en del i ett skeende. För begreppet praktisk socialmedicin för ett kollektiv menas arbete med sjukdoms- eller missanpassningsproblem i hela befolkningen eller befolkningsgrupper och sedda i ett samhälleligt perspektiv.

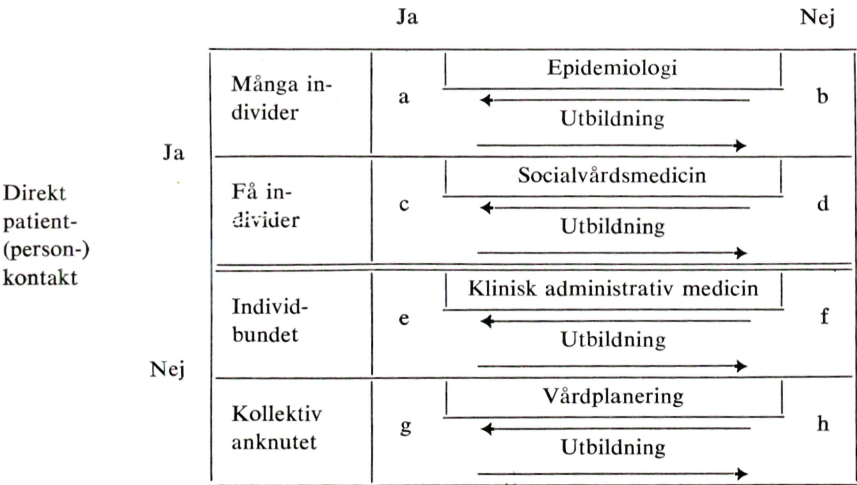
I fig 1 finns ett förslag till indelning av praktiskt socialmedicinskt arbete med hänsyn dels till universitetsanknytning, dels till antalet individ- (patient-) kontakter. Avsikten är att denna modell skall kunna användas för en diskussion om socialmedicinens specialisering. Den är självfallet inte "färdig" utan skall kunna kritiserar och

Under a) kommer vi då att finna hälsokontroll (riktad preventivmedicin), ett gränsområde mellan praktiskt arbete och forskning, vars organisatoriska framtid ännu är oklar.

kanske utvecklas. Under a) kommer vi då att finna hälsokontroll (riktad preventivmedicin), ett gränsområde mellan praktiskt arbete och forskning, vars organisatoriska framtid ännu är oklar. Man finner här också uppsökande epidemiologiskt arbete, utfört av personer med klinisk specialutbildning (klinisk epidemiologi). Avgränsningen till forskning är också glidande, men arbetet är problemdefinierat. Andra exempel på detta är suicidpreventiv verksamhet, bedömning av vårdbehov i sjukhuskö inom en specialitet m m m m. Områdena karaktäriseras alla av att de tillgodoser en klar uppgift inom vårdorganisationen, men är i vårt land ännu inte formellt knuten till denna. Ytterligare exempel på sådant arbete är socialmedicinsk jourverksamhet på sjukhusens akutmottagningar, antingen i ospecialiserad form eller också inom viss specialitet. Den kliniska specialistutbildningen av personer verksamma inom a) (tex

Figur 1. Klassificeringsmodell för socialmedicinskt arbete.

Fastare anknytning till socialmedicinsk universitetsinstitution av praktiskt socialmedicinskt arbete.



I ruta c) finner vi den socialmedicinska klinikens arbete inriktat på långvariga, komplicerade multiproblemfall.

invärtesmedicin och psykiatri) sker utanför socialmedicinsk institution.

I ruta c) finner vi den socialmedicinska klinikens arbete inriktat på långvariga, komplicerade multiproblemfall, definierade och remitterade av andra specialister och organisationer, exemplifierat av Lindegård (ref 6 och 7). Under e) finner vi arbete i olika nämnder, förvaltningar och administrativa instanser, exempelvis förtroendeläkare. Den allra största delen av sådant arbete finner vi emellertid under f), dvs ej knutet till socialmedicinsk universitetsinstitution, exemplifierat av länsläkarens uppgifter. I ruta g) finner vi icke individanknutet epidemiologiskt och vitalstatistiskt arbete som del i planering och allmänna vårdbedömningar, ett annat viktigt praktiskt socialmedicinskt fält, till vilket Smedby lämnat viktiga bidrag (ref 9).

Icke universitetsanknuten socialmedicin

Om vi sedan vänder oss till den icke universitetsanknutna delen — i figuren under "Nej" — finner vi följande exempel på verksamhetsområde. I ruta b) hör allmänläkarens arbete hemma, men också de insatser som skilda medicinska specialister utför och uppfattar som en naturlig del i sitt vardagliga sjukvårdsarbete. Majoriteten av socialmedicinskt arbete, enligt den tidigare definitionen, kommer alltså att ske inom ruta b) och majoriteten är troligen förkrossande stor. I ruta d) finner vi rehabiliteringsläkare, arbetsvårds-läkare m fl, som de allra flesta inte har anknytning till socialmedicinsk institution. I ruta h) finns planeringsorganisatoriskt arbete på olika nivåer i perifera och centrala förvaltningar, exemp-

I ruta g) finner vi icke individanknutet epidemiologiskt och vitalstatistiskt arbete som del i planering och allmänna vårdbedömningar.

Under e) finner vi arbete i olika nämnder, förvaltningar och administrativa instanser, exempelvis förtroendeläkare.

lifierat av "Integrerat samhälle" (ref 10). Det framgår av denna uppläggning att företagsläkarna kommer att ha verksamhet i alla fyra avsnitten. Detta gör denna läkarkategori till en tydlig medlem av den socialmedicinska familjen, vilket också poängterats av Bjurulf (1972 b).

Utbildningsgång

Utbildning skulle alltså betyda att personer i ruta a) utbildar dem i ruta b), de i ruta c) utbildar dem i ruta d) etc. I utbildningen kommer också att ingå de olika expertavsnitt som hör hemma i undervisningen på en socialmedicinsk institution. Sluttjänster för a) bör alltså finnas inom ruta b), sluttjänster för c) inom d) etc.

Gemensam bas för den framtida socialmedicinen

Det måste anses angeläget att trots socialmedicinens brokighet en gemensam bas skapas för den framtida socialmedicinska specialisten. Denne bör alltså ha en grundutbildning inom alla fyra rutor a, c, e och g i figur 1. Denna utbildning bör ge honom kunskaper och erfarenheter både om individ och kollektiv. Utbildningen för de fyra huvudlinjerna från vänster till höger i figuren (a till b, c till d, etc) kan struktureras så att huvudlinjen får stort utrymme medan de övriga tre får mindre.

Man skulle då få fyra utbildningslinjer inom socialmedicinen med direktkontakt med motsvarande fält utanför universitetsinstitutionen.

I utbildningen kommer dessutom att som en naturlig del ingå en allmän socialmedicinsk inriktning, som ett institutionsarbete alltid innebär med dess kontakt med undervisning, symposier, vetenskaplig verksamhet, myndigheter, interkollegial samvaro m m. En sådan utbildningsgång gör också att den socialmedicinske specialisten, oavsett sin interna specialisering, kommer att ha en begränsad kompetens för konsultverksamhet som

täcker alla fyra sektorerna. Som tidigare påtalats finns administrativ utbildning inte knuten till de socialmedicinska institutionerna för närvarande, men detta är en brist som måste avhjälpas.

För att *antyda volym av utbildning* bör tre år ägnas åt huvudlinjen a, c, e eller g, och ett år åt de övriga tre linjerna tillsammans.

Sammanfattning

Med den uppläggnings som här presenteras vinner man en enhetlig bas för den specialiserade socialmedicinen samtidigt som fyra naturliga grenar av praktisk socialmedicinsk verksamhet kan identifieras. Detta medför dock att man måste ge avkall på en mycket långt gående precisering av de olika delarna. Antalet personer för varje avsnitt kommer inte heller att vara särskilt stort, i varje fall i ett inledningsskede. Modellen förutsätter också en viss samordning av utbildningen med administrativt verkamma läkare och i viss mån även med företagsläkare.

REFERENSER

1. Annon i Läkartidningen 62:6137, 1971, om socialläkartjänst i Borås.
2. Bjurulf, P.: Socialmedicinens kliniska utformning. Socialmedicinsk Information nr 1, 1972 (stencil).
3. Bjurulf, P.: Socialmedicinens kliniska utformning. Arbetsunderlag. Linköping, december 1972 (stencil).
4. Driftplan 7.1 samt strukturorganisation för ett förvaltningsområde. Storlandstingskommittén. Delegationen för sjukvårdsadministrativa utredningar, Stockholm 1970.
5. Hälso- och sjukvårdsplan 1971—1980. Stockholms län. Stor-Stockholms sjukvårdsberedning 1970.
6. Lindegård, B.: Socialmedicinsk rehabilitering. Läkartidningen 64:580, 1967.
7. Lindegård, B.: Socialfall i sjukvården — patienter i socialvården. Socialmedicinsk Information nr 13, 1972 (stencil).
8. Sjukvårdsplan för Göteborg. Perspektivplan för perioden 1970—1980. Sjukvårdsförvaltningen i Göteborg 1970.

9. Smedby, B.: Betydelsen av vissa faktorer för tandvårdskonsumtionen. En metodologisk studie baserad på en intervjuundersökning. Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie nr 37. Stockholm 1972.
10. Socialstyrelsen redovisar: Sociala mål och strukturförändringar, lösningen av relationsproblem i problemens miljö ger ett integrerat samhälle. Stockholm 1971.
11. Svane, O. & Stokholm, J.: Samfundsmedicin. Forslag om en ny specialistutbildning. Ugeskr. Laeg. 133 (36): 1810, 1971.
12. Vidareutbildning av läkare. MF 1969:35—38.



Begär vår rekvisitionslista för enklare beställning av individuella recept- och kvittoblanketter. Ni får snabb leverans och förstklassigt arbete.

fotoprint TRYCKERIAKTIEBOLAGET FOTOPRINT
Kungsbacka Telefon 0300/110 00 -1 -2

Leverantör av trycksaker till bl. a. landsting, sjukhus och privatpraktiserande läkare.