

Den socialmedicinska avdelningen vid Karolinska sjukhuset



Gunnar Inghe

Den socialmedicinska avdelningen vid Karolinska sjukhuset är alltjämt ett provisorium. Resurserna är små och den första frågeställningen har varit hur man bäst skall kunna använda sina krafter med den lilla insats som står till buds. Målsättningen har då främst blivit att på sjukhuset försöka bedriva socialmedicinsk skolning via läkare, kuratorer och andra som har med patienter att göra, framhåller i nedanstående inlägg professor Gunnar Inghe, överläkare vid den socialmedicinska avdelningen vid Karolinska sjukhuset.

Den socialmedicinska avdelning som vi nu fått till stånd på KS är alltjämt ett provisorium. Institutionen ligger 1 km från sjukhuset och där har vi fortfarande vår kliniska hemvist. Ett par rum tjänar som replipunkter på KS men fungerar bara som tillfälliga arbetsplatser. Kontrasten mot vad som planeras för Huddinge sjukhus är enorm. På KS finns överläkaren (= professorn), två underläkare och en kurator samt en kanslist. För Huddinge sjukhus planeras en överläkare (= professor), två biträdande överläkare, tre underläkare, fem socialassistenter inklusive kanslist, konsulterande arbetspsykologer, socialvårdare osv.

KS har ca 1 730 platser, 28 kliniker, 92 avdelningar med egen överläkare och ett obestämt antal biträdande överläkare. Vår första tanke när vi med de små resurser vi hade skulle börja med socialmedicinsk verksamhet på ett sjukhus av denna storlek var: Hur skall vi använda våra krafter eftersom vi rimligtvis under överskådlig tid bara kan göra en liten insats? Var är det strategiskt viktigast att agera? Vi fann då för det första att vi borde agera *på* och icke utanför sjukhuset. Ma o vi nekade bestämt att uppträda som konsulter eller ta emot remisser från försäkrings-

kassa, arbetsvård, socialvård eller andra organ utanför sjukhuset — förutom de socialläkare som vi själva måste samarbeta med. Vi skulle framför allt betjäna sjukhuset och dess patienter i öppen såväl som sluten vård. Vi insåg för det andra att vi, så länge vi var så få, inte skulle kunna göra en så fasligt stor insats mätt i antal patienter. Det var därför viktigare att till en början agera på ett helt annat sätt, nämligen att via läkare, kuratorer och andra som har med patienter att göra försöka bedriva socialmedicinsk skolning.

När man börjar klinisk socialmedicinsk verksamhet nödgas man — precis som Per Bjurulf sade — att börja från scratch. Man vet platt intet om vad det är för slags problem man kommer att ställas inför. Vi har alla erfarenhet från socialläkarverksamheten — och vet ungefär vad den går ut på. Men det är inte säkert, att det bara gäller att flytta in socialläkaren på sjukhuset. Det är sannolikt andra problem, som dyker upp på sjukhuset, än dem man möter på öppna fältet. Och vi sade oss därför, att vi nu först och främst genom kolleger och genom verksamheten på sjukhuset måste lära oss vad det är för slags problem vi skall syssla med och hur vi skall attackera dessa problem på lämpligt sätt.

På KS är verksamheten på den socialmedi-

Efter ett anförande vid konferens i Svensk socialmedicinsk förenings regi under Riksstämman 1970.

cinska avdelningen inte integrerad med kuratorerna; det är två olika aktiviteter som organisatoriskt inte har med varandra att göra. Det måste naturligtvis försiggå ständigt samarbete och några egentliga friktioner har inte förekommit men naturligtvis emotser vi så småningom någon form

av integration, inte nödvändigtvis efter den modell som Per Bjurulf skisserat här.

Överlämnar nu ordet till Tom Fahlén, som — tillsammans med kuratorn Marianne Rambro — burit lasset under denna inledande fas av verksamheten.

Den socialmedicinska avdelningen vid Karolinska sjukhuset

Tom Fahlén

Marianne Rambro

En aktiv relation mellan den socialmedicinska avdelningen och sjukhuset är betydelsefull för möjligheterna att verkligen fånga upp de väsentliga socialmedicinska problemen på sjukhuset framhåller i denna artikel Tom Fahlén, underläkare vid den socialmedicinska avdelningen vid Karolinska sjukhuset och Marianne Rambro, kurator vid samma avdelning. Artikeln skildrar framväxten av den socialmedicinska avdelningen vid Karolinska sjukhuset och de aktuella arbetsuppgifterna och målsättningen för denna avdelning.

När vi för snart två år sedan började arbeta med klinisk socialmedicin vid Karolinska sjukhuset, fanns det mycket få konkreta riktlinjer. Det som fanns skrivet innehöll huvudsakligen allmänt hållna och föga vägledande synpunkter. Det är självklart att det måste vara så. Frågan om hur en klinisk socialmedicinsk verksamhet skall utformas kan inte lösas frikopplad från den praktiska verksamhet det är frågan om. Man kan inte förvänta sig att det på förhand skall finnas en kunskap om de specifika förhållanden och de konkreta problemställningar som man kommer att

möta i arbetet. Eftersom det är frågan om en ny sjukhusfunktion har det därför varit nödvändigt för oss att hela tiden försöka utforma vårt arbete som ett *samspel mellan två verksamheter*: dels vårt arbete med patienter och dels vårt arbete med frågan om hur en socialmedicinsk verksamhet skall utformas. Den senare måste naturligtvis bygga på en kunskap som inte kan förvärfvas avskild från den praktiska verksamheten. Därför är vår avsikt att i den här artikeln beskriva verksamhetens utveckling genom att beskriva samspelet mellan utvecklingsarbetet och patientarbetet.