

Socialmedicin — experiment i sjukvård och undervisning

Erik Allander

Nu när A-laget har yttrat sig så kanske jag från B-laget kunde få komma med några kommentarer. Lindegård sa "trivselinstitut" och jag tyckte det var en väldigt bra beskrivning, därför att vi har fått många fina redogörelser för olika välorganiserade "trivselinstitut", t ex Lindgrens vecko-schema m. m. Man har kommit in på olika och vackra modeller, men man vet inte riktigt deras funktion. Det har efterlysts prover, mätningar, exakta data osv. I själva verket — från den utsiktspunkt jag har — är man här förfärligt tidigt ute. Embryo nämndes i annat sammanhang; de här beskrivningarna är ju det allra första steget, stortän är inte nere i barnskon än har jag en känsla av. Man söker sig fram längs varierande vägar. Man vet inte riktigt om och hur mycket man skall ta hand om den enskilde patienten. Man arbetar med den enskilde patienten för man tycker det är roligt, och det ger ett visst resultat. Man går ibland in i vissa byråkratiska organisationer, försäkringskassan osv och känner sig för; där kan man också göra någonting socialmedicinskt. Man träder in i sjukhusvärlden och ser sig omkring: vad kan man göra där? Det är hela tiden verkligen en *sökande* verksamhet som är så starkt väsensskild från neurokirurgens tvärsäkerhet när det gäller att diagnostisera och operera, han vet precis vad han skall göra. I varje fall hoppas jag att han skall veta det! Jag tror att det är litet tråkigt och instängt att man något låst sig vid de presenterade mönstren. I stället hade det varit bättre att säga: vi håller på att söka oss fram.

Den kliniska samundervisningen — del av den kliniska verksamheten — som vi i Stockholm har bedrivit, skiljer sig nog från tidigare uppvisade modeller. Vi försöker i stället arbeta med samma startpunkt som avdelningarna, försöker sätta oss

Den socialmedicinska verksamheten på sjukhuset är fn i hög grad en sökande verksamhet, framhåller i detta inlägg vid konferensen Erik Allander, docent i socialmedicin vid Karolinska Institutet. Om ett par år är det kanske dags att titta närmare på hur de olika modellerna fungerade, hur förhållandet mellan rehabiliteringsläkare-socialmedicinare utvecklade sig osv.

ner och improvisera utifrån vår kunskap och bakgrund, och tillsammans med gänget på avdelningen gå igenom så många patienter som möjligt från Andersson till Östberg — och därigenom kanske — om vi skall vara riktigt ärliga — lära oss själva någonting, om hur sjukhuset fungerar. Då upptäcker man en hel del som här har tagits upp i olika sammanhang, att doktorn som socialmedicinare inte är någon bestämd figur. Han har en roll på en viss klinik och en helt annan roll på en annan klinik. På en viss klinik är han önskad, på en annan klinik är han en otrivsamt revolutionär, som man tror skall förstöra hela verksamheten. Nu måste han ju från vår egen synpunkt uppfylla helt olika förväntningar: han skall vara en representant för den väl fungerande service-specialisten som Lindegård nämnde, men han måste också, som Gunnar Inghe mycket försiktigt sade, "ödmjukt lära oss av den problematik som de serverar oss". Sedan efter någon minut sa Gunnar "infiltrera" också, vilket glädde mig. Det är över dessa och andra fält vi måste gå fram och detta skall ske under en — såvitt jag kan förstå — katastrofal brist på folk. Jag tror alltså att det är för tidigt att samla oss till någon vacker redogörelse. Vi skall i stället hålla på med socialmedicin som ett experiment i sjukvård och undervisning, där var och en efter sin modell får söka sig fram. Kanske om 2—3 år är det dags att titta närmare på vad Gunnar Lindgren egentligen gjorde på måndagen? Hur fungerade de olika modellerna? Hur utvecklade sig förhållandet rehabiliteringsläkare—socialmedicinare?