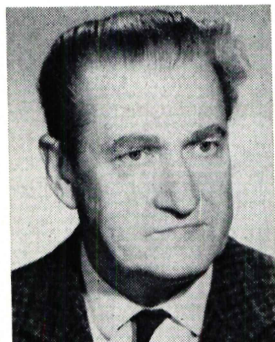


Socialläkarverksamheten



Gunnar Inghe

I detta inledningsanförande till Svensk socialmedicinsk förenings vårmöte 1970 gör Gunnar Inghe, professor i socialmedicin vid Karolinska institutet, en kort historisk översikt över hur socialläkarverksamheten växt fram. Vidare skisseras en rad särskilt aktuella problem när det gäller den fortsatta organisationen av socialläkarverksamhet.

Det är ganska sällan socialläkarna träffas. 1949 var det en socialläkarkonferens i Århus med socialläkare Helge Kjems som värd. Det var bara ett fåtal socialläkare och några socialläkarassistenter med men en genomgående intressant diskussion. Vi hade då också med representanter för huvudmännen. Sedan förekom en konferens för socialläkare i sektionens regi 1960. Det var också en intressant konferens med 20—25 deltagare. När vid nu träffas för 3:dje gången är församlingen större.

Det har alltså gått cirka 10 år mellan varje träff och det är självklart för lång tid. När nu Svensk socialmedicinsk förening tagit hand om konferenserna hoppas vi att de skall komma regelbundnare. Jag tror att socialläkarna behöver träffas varje år för att diskutera gemensamma problem, som för övrigt inte är exklusiva för socialläkarna utan bör intressera alla kliniskt arbetande socialmedicinare och deras medarbetare. Jag hoppas diskussionen skall ge svar på frågan om behovet av den här sortens sammanträden.

Inledningsanförande vid Svensk socialmedicinsk förenings vårmöte den 29.4 1970 i Linköping.

Begreppet socialläkare

Det är kanske inte alla som vet att den som präglade begreppet socialläkare var Olof Kinberg, legendarisk professor i rättspsykiatri. Han skrev omkring 1940 en serie artiklar i Läkartidningen om "Socialläkarens uppgifter i samhället", vilka sedan samlades i bokform. Han gick där igenom olika områden av läkarverksamheten, vilka han betecknade som sociala. De läkare som sysslade med sådant kallade han för socialläkare. Det gällde många områden: barnets och den uppväxande individens socialmedicin, vilket berör barnpsykiatri och pediatrik i övrigt, allmän sjukdomsprofylax, förebyggande av trafikolycksfall, sjukdoms- och olycksfallsprofylax inom industri och andra former av yrkesarbete, vilket vi numera kallar för arbetsmedicin och företagshälsövård, yrkesorientering och arbetsanskaffning för partiell arbetsföra, vilket inkluderar arbetsvårdens läkare, medicinsk psykologisk rådgivning för vuxna, förebyggande av psykisk missanpassning, neurosprofylax, diagnos och behandling av kriminella och andra socialt missanpassade. Det sista tog, helt naturligt, en betydande plats i hans framställning. Han berörde också behovet av socialläkare inom socialförvaltningen.

Det gemensamma för socialläkarna är att vederbörande är anställd av socialvården och fullgör vissa uppgifter inom denna. Sedan finns det ett ganska brokigt typgalleri av socialläkare.

Kinberg gjorde sedan ett försök att beräkna hur många sådana socialläkare som behövdes och kom fram till omkring 800—900, vilket ju inte är särskilt mycket. Nu räknar vi med att det behövs åtminstone 1.500 läkare enbart inom företagshälsovården. Men detta skrevs för 30 år sedan. Han gjorde också ett försök att precisera vilken utbildning en socialläkare behövde. Han tänkte då inte termer av specialistkompetens utan på vilka kunskapsområden som borde täckas. Det han framför allt ville komplettera läkarutbildningen med var sociologi och psykologi, vilket kanske är värt att notera när vi nu diskuterar specialistutbildningen i socialmedicin och föreslår sjukhustjänstgöring och tjänstgöring i öppen vård men har vaga föreställningar om vilken utbildning av teoretisk art som kan behövas.

Dagens socialläkare täcker ett betydligt snävare fält än Kinbergs begrepp. De kan i stort sett sägas vara synonyma med socialvårdsläkare. Det gemensamma för socialläkarna är att vederbörande är anställd av socialvården och fullgör vissa uppgifter inom denna. Sedan finns det ett ganska brokigt typgalleri av socialläkare, somliga exklusivt arbetande inom socialvårdens verksamhetsområde i öppen socialvård, fattigvård, somliga inom barnavårdsnämnden, ibland mera barnpsykiatriskt orienterade, ibland med arbete i fältet. Somliga inom nykterhetsvården kallas socialläkare, andra något annat. Det finns också socialläkare som arbetar i slutenvård på anstalter. Somliga är helt inriktade på äldreomsorg.

Nu står vi inför en socialreform som redan börjat genomföras i vissa kommuner. Det är tänkbart, att dessa olika arbetsuppgifter så småningom kommer att sammanföras, så att de socialläkare som är knutna till de kommande centrala socialnämnderna — eller vad nu rubriceringen kan bli — alla kommer att syssla såväl med

fattiga familjer som trassliga barn och nykterhetsvårdsfall. I så fall skulle socialläkarverksamheten i framtiden få en något enhetligare prägel än i dag.

Förutom det kommunala huvudmannaskapet är också metodiken, miljöterapi, speciell för socialläkarna. Vi har en speciell terapeutisk metod, nämligen att manipulera med patientens omgivning, göra förändringar, samtidigt som vi naturligtvis söker påverka individen själv för att öka vederbörandes möjligheter att klara sig i en bestämd miljö. Vi har i decennier kallat detta för miljöterapi. Nu har termen på sistone ockuperats av psykoterapeuter för den klimatterapi man bedriver på en anstalt. Detta tycker jag är synd. Termen har en betydligt vidare innebörd. När socialläkarna företar sina starkt växlande ingripanden i miljön så är det för att öka patienternas möjligheter att leva på ett hyggligt sätt. Jag tycker att begreppet miljöterapi skulle ha reserverats för det ändamålet.

Samarbetsformer

Ett problem med det kommunala huvudmannaskapet är att socialläkarna icke har den vanliga huvudmannen för all läkarverksamhet nämligen landstinget. Man kommer i viss mån vid sidan om den normala läkarkarriären och detta kan vara besvärligt ibland. Man får en huvudman som kanske inte är så insatt i läkarnas sätt att arbeta. Det kan hända att detta också påverkar selectionen av de personer som ägnar sig åt socialläkarverksamhet. Det kanske blir en samling mera udda personer, både i positiv och negativ riktning. Jag vet ingenting säkert om detta, men det

Förutom det kommunala huvudmannaskapet är också behandlingsmetodiken, miljöterapi, speciell för socialläkarna. Vi har en speciell terapeutisk metod, nämligen att manipulera med patientens omgivning, göra förändringar, samtidigt som vi naturligtvis söker påverka individen själv för att öka vederbörandes möjligheter att klara sig i en bestämd miljö.

=====

Ett problem med det kommunala huvudmannaskapet är att socialläkarna icke har den vanliga huvudmannen för all läkarverksamhet nämligen landstinget. Man kommer i viss mån vid sidan om den normala läkarkarriären och detta kan vara besvärligt ibland. Man får en huvudman som kanske inte är så insatt i läkarnas sätt att arbeta.

=====

skulle kunna tänkas. Allt detta innebär vissa risker för ökad isolering från annan läkarverksamhet. Detta är ett problem som bör diskuteras och som kanske kan motverkas genom lämpliga organisatoriska åtgärder och samarbetsformer.

Av intresse är hur socialläkarverksamheten kan komma att utvecklas när man nu planerar nya former för öppen sjukvård. Socialstyrelsen har som bekant lagt fram förslag om vårdcentraler med flera specialister inklusive allmänläkare. Prototypen är den stora vårdcentralen i ett distrikt på ungefär 40. 000 inv., 10—20 läkare och ett rikt differentierat nät av specialister. Det skall också finnas mindre vårdcentraler på ner till 3 läkare för upptagningsområden på cirka 10. 000 inv., där det inte nödvändigtvis skall finnas någon differentiering mellan läkarna. Man förutsätter också att det i periferin skall kunna finnas ensamma läkare som då får sköta all den läkarverksamhet som behövs i öppen vård. Allmänläkarens uppgifter i nätet skiftar. I periferin, där han är ensam eller arbetar tillsammans med ett par kolleger, får han ett betydande sjukvårdsansvar samtidigt som, står det, "hans engagemang i hälsovården och socialvårdssammanhang kan förväntas öka". Man kräver alltså av den perifera allmänläkaren betydande insatser över hela fältet, både i preventiv medicin, i socialvårdssammanhang och kurativt. I tätorter med större vårdcentraler ges allmänläkaren mera utpräglat socialmedicinsk inriktning och, fortsätter man, "bland de uppgifter som bör åligga dessa läkare kan framhållas förebyggande vård av hälsovårdskaraktär samt socialläkarbetade uppgifter". Vid den differentierade vårdcentralen skall alltså finnas läkare som i stort sett

arbetar som socialläkare. De skall fortfarande vara anställda av landstinget. Man kan då diskutera vad som skall skilja dessa som socialläkare arbetande landstingsläkare från de kommunala socialläkarna. Eller ska man tänka sig en utveckling där dessa båda varianter av socialläkare smälter samman? Då kommer man in på den nu mycket aktuella frågan om integrationen mellan medicinsk och social vård.

Det första öppnavårdsbetänkandet från socialstyrelsen handlade bara om den öppna medicinska vården. Det nämndes blott i förbigående hur samarbetet eller integrationen med socialvården skulle utformas. Nu arbetar som bekant i socialstyrelsen en ny utredning, som sysslar just med integrationen mellan social vård och medicinsk vård ute i fältet. Kommittén arbetar i smågrupper och dess målsättningar har undan för undan vidgats, så att man nu tar upp mycket radikalt syftande diskussioner om socialvårdens kommande uppgifter i samhället. Många principiella diskussioner återstår ännu. Meningen är dock att sammanföra alla människovårdande uppgifter i ett distrikt till ett centralt organ. Vilken plats får socialläkaren i en sådan central? För egen del skulle jag gärna se att socialläkarna i sådana differentierade organ får bestämda specialuppgifter vid sidan om andra specialister. Men då är problemet huvudmannaskapet. Vid dessa centraler skall läkarna anställas av landstinget, medan det åtminstone tills vidare inte är tal om att ändra det kommunala huvudmannaskapet för socialpersonalen. Det kan tänkas, att socialläkaren förs över till landstinget och sedan ändå arbetar i team med socialarbetarna. Erfarenheten visar dock att kommuner som inrättat socialläkartjänster är rädda för att släppa ifrån sig dessa. De befärar att socialläkarnas insats då inte kom-

=====

Man kan då diskutera vad som skall skilja dessa som socialläkare arbetande landstingsläkare från de kommunala socialläkarna. Eller ska man tänka sig en utveckling där dessa båda varianter av socialläkare smälter samman?

=====

Jag föreställer mig att denna kliniska verksamhet kommer att visa sig vara så värdefull för sjukhuset med dess mängder av eftersatta sociala problem, vilka ingen rotar i och kuratorer ej hinner med, att man så småningom vill ha en sådan socialmedicinsk avdelning i varje sjukhusområde.

mer att bli så väl skraddarsydd för socialvården som man avsett. Detta tekniskt-organisatoriska problem är inte löst och kan kanske diskuteras här.

Att märka är att socialläkartjänster inrättats för att kommunerna ej ansett sig få adekvat service från andra läkare. Man har velat ha läkare, som arbetar i team tillsammans med socialarbetare och som kan sköta uppgifter, som socialvården inte fått hjälp med på annat håll. Detta är själva arbetsmodellen och därför kan inte socialläkarna själva styra verksamheten och vraka och välja bland arbetsuppgifterna. Socialläkaren skall hjälpa till att få socialvården i helhet att fungera bättre. Då måste han också hjälpa socialarbetarna med uppgifter som ibland kan tyckas besvärliga och tråkiga. Det gäller t. ex. också akuta ingripanden i somliga enskilda fall. Detta är också en diskussionspunkt.

Socialmedicinska avdelningar

Samtidigt som det inrättas socialläkartjänster i fältet, så har det på undervisningssjukhusen kommit till kliniskt arbetande socialmedicinare knutna till de socialmedicinska institutionerna. Man kan väl räkna med att det så småningom blir sådan klinisk verksamhet vid samtliga undervisningssjukhus. Det finns också en del landsting utan undervisningssjukhus som varit intresserade av att inrätta socialmedicinsk avdelning. Örebro läns landsting är det första. I Stor-Stockholm där det skall finnas fem storsjukhus har det i planeringen sagts, att det skall finnas en socialmedicinsk avdelning vid varje sådant sjukhus med upptagningsområden på omkring 300.000 inv. Det finns tills vidare bara ett embryo vid Karolinska sjuk-

huset med två underläkare och en socialassistent. Vid Huddinge sjukhus planeras en betydligt större avdelning med flera biträdande överläkare, en rad underläkare och socialassistenter och annat folk också för den delen. Men det blir inte förrän i mitten av 70-talet. Frågan har diskuterats flera gånger vid Danderyds sjukhus men har på något sätt förpuppats inför starten av storlandstinget. Den kommer antagligen att tas upp på nytt bara den saken är klar, de politiska kandidaterna fått sina befattningar och situationen paciferas igen. Vid S:t Görans sjukhus och Södersjukhuset har inga initiativ tagits. Av stort intresse är naturligtvis erfarenheterna av den socialmedicinska kliniska verksamheten vid Malmö allmänna sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset och regionsjukhuset i Linköping. Jag föreställer mig att denna kliniska verksamhet kommer att visa sig vara så värdefull för sjukhuset med dess mängder av eftersatta sociala problem, vilka ingen rotar i och kuratorerna ej hinner med, att man så småningom vill ha en sådan socialmedicinsk avdelning i varje sjukhusområde.

Då uppstår ju för socialläkarnas del ett annat problem. Hur skall arbetsfördelningen vara mellan socialläkare i fältet — vare sig han arbetar i en central eller i traditionell socialvård — och den socialmedicinska avdelningen? Hur skall samarbetet organiseras? Detta problem är ingalunda exklusivt för socialmedicinsk verksamhet. Precis samma problem brottas man med vid strävandena att samordna storsjukhusen med andra medicinska aktiviteter inom upptagningsområdet. Man tänker sig ibland en hierarki med kompetens på olika nivåer, där överläkaren vid den specialiserade kliniken på kärnsjukhuset är den naturlige sakkunnige till vilken de andra mera perifera aktiviteterna kan referera. Det kan tänkas att man kan få till stånd något liknande för sociallä-

Hur skall arbetsfördelningen vara mellan socialläkaren i fältet — vare sig han arbetar i en central eller traditionell socialvård — och den socialmedicinska avdelningen?

karnas del med den socialmedicinska avdelningen som koordinator och naturlig remissinstans. I detta sektorstänkande har man velat föra in allmänläkeriet, arbetsvårdsverksamheten och mycket annat som naturliga delar av den socialmedicinska aktiviteten inom området. Här utgör återigen det delade huvudmannaskapet ett problem. För Karolinska sjukhusets del tillkommer en tredje huvudman, staten — åtminstone tills vidare — vilket gör ekvationen ännu mera svårlöslig.

Det skulle vara verkligt intressant att få höra socialläkarnas uppfattning om hur samarbete med den socialmedicinska kliniken vid ett centralt landstingssjukhus skall gå till. Man kanske kan tänka sig olika modeller.

Specialistutbildningen

Som en sista diskussionspunkt vill jag föra in utbildningen. Som bekant diskuteras just nu specialist- och behörighetsvillkoren för socialmedicinare. Inom specialiteten socialmedicin måste socialläkarna utgöra en viktig del. Det skulle därför vara intressant att höra vad i fältet arbetande socialmedicinare har för uppfattning om utbildningsbehovet. Vi har 4 års utbildning att röra oss med och strängt taget får man inte plats med så mycket under dessa år. Vad är viktigast?

BARNÄNGEN

söker

FÖRETAGSLÄKARE

för tjänstgöring 4–5 timmar en dag per vecka. Företagshälsovården avser ca 350 anställda vid verksamheten i *Alvik*.

Barnängen tillverkar och marknadsför kemisk-tekniska produkter (bl a Vademecum, Shantung och hushållstekniska produkter) i Sverige, Europa och USA. Kontakta personalchef Thore Nilsson tel 25 25 80 för närmare upplysningar.

BARNÄNGENS TEKNISKA FABRIKERS AB

Personalavdelningen

Box 12 080 102 22 Stockholm 12