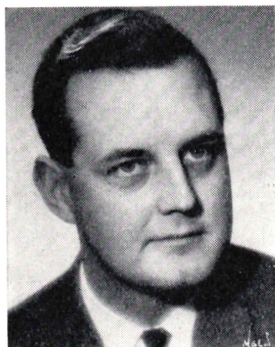


Allmänläkaren — familjeläkare?



Bengt Lindegård

När den öppna sjukvården söker möta en efter familjevårdsprincipen arrangerad socialvård ter det sig naturligt med en inriktning också på "familjemedicin" i vid bemärkelse. Den i Socialstyrelsens öppnavårdsbetänkande skisserade allmänläkaren skulle kunna utvecklas till den socialmedicinska specialisten på en sådan till familjesituationen eller "hushållet" fokuserad serviceinstitution — på samma sätt som andra sociala sektorer redan i viss mån är beaktade av andra specialister: barnens arbetsplats genom skolläkaren, de vuxnas genom företagsläkaren osv.

Bengt Lindegård är professor i socialmedicin vid Göteborgs universitet och artikeln ansluter sig till ett remissvar på socialstyrelsens principprogram för den öppna vården.

Distinktionen mellan öppen vård i resp. utanför tätorter

Socialstyrelsens principprogram gör en klar åtskillnad mellan de vårdbehov resp. vårdresurser som föreligger, och som kommer att föreligga inom resp. utanför tätorter. Med nödvändighet kommer en läkare utanför tätort, särskilt i utpräglade glesbygdsområden att få täcka den kliniska medicinens hela fält som primärläkare. Därest man följer principprogrammets förslag att mer eller mindre befria sådana läkare från vissa omgivningshygieniska m.fl. kontrolluppgifter, torde vederbörande få bättre utrymme för expanderande kliniskt socialmedicinska arbetsmoment i sin patientvårdande verksamhet. Denne läkare kommer, till följd av praktiska, ofrånkomliga omständigheter att bli en allmänläkare i den bemärkelse som populärt betecknas som en läkare "som vet litet om mycket".

Inom tätorterna, med dess personella och andra möjligheter till ökad differentiering av samhälls-

apparaten är det däremot eftersträvarsvärt att allmänläkaren får en specialinriktning. Här bör således de potentiella möjligheterna till en differentiering av vårdgivarna utnyttjas så effektivt som möjligt. En allmänpraktiker som fungerar som en medicinsk mångsysslare är vare sig eftersträvarsvärd eller nödvändig i ett sådant samhälle. Allmänläkaren bör här bli en specialist i den bemärkelsen att han förvärvar kunskaper och erfarenheter som gör honom bättre skickad än andra specialister — i öppen såväl som slutna vård — för att ta itu med bestämda vårduppgifter. Att vederbörandes specialitet blir socialmedicin finner jag helt övertygande motiverat i socialstyrelsens principprogram. Men även inom ramen för vad som benämnes socialmedicin bör kanske utmejslas en skarpare profil av allmänläkarens-specialistens arbetsuppgifter. Som ett bidrag till en sådan diskussion skall följande överväganden nämnas.

Sjukvård och socialvård — en addition eller en integration

Som en röd tråd i socialstyrelsens principprogram löper tanken på att samhällets samlade vårdresurser, för att kunna komma till sin rätt maximalt, måste koordineras i de enskilda vårdärendena. Det nya ämbetsverkets tillkomst genom sammanslagning av den äldre socialstyrelsen och den förutvarande medicinalstyrelsen vittnar ju om samma ambitioner. Men det synes i nuvarande läge betydelsefullt att särskilja mellan två huvudformer av samverkan mellan sjukvård och socialvård, nämligen å ena sidan en additiv och å andra sidan en integrativ samverkan.

Man har en känsla av att det är den förstnämnda som ligger närmast till hands i vissa ställningstaganden, både retrospektivt och prospektivt. Där exklusivt sjukvårdande åtgärder slutar, där föreligger önskemål om en väl koordinerad övergång eller fortsättning i sociala vårdåtgärder eller vårdformer. Detta gäller exempelvis samordningen mellan en på sjukhus meddelad sluten vård som efterföljes av en i socialvårdens regi driven hemsjukvård. Enligt mitt förmenande är det lätt hänt att en sådan additiv samverkan, låt vara att den är utomordentligt betydelsefull ur såväl effektivitetssynpunkt som samhällsekonomisk synpunkt, kan komma att dominera i alltför hög grad som princip för hur samverkan mellan sjukvård och socialvård skall organiseras. Den additiva samverkan mellan sjukvård och socialvård, arrangerad antingen "seriekopplat" eller "parallellkopplat" i patientflödet, har sin givna applikation inom exempelvis åldringsvård och i viss handikappvård. I vissa patientärenden, eller i vissa faser av vården, kan tyngdpunkten i varierande grad komma att ligga på sjukvårdande resp. socialvårdande åtgärder. Detta måste rimligtvis återspeglas i organisationen av samverkan mellan vårdområdena. En extrem kan sägas utgöras av de fall där en socialarbetare — måhända en sjukhuskurator — bistår med sociala vårdsynpunkter och d:o åtgärder på ett ärende som huvudsakligen handlägges inom sjukvården. En annan extrem utgör de ärenden inom socialvården då läkare medverkar som expertkonsult för en bedömning och åtgärd — ofta

nog utfärdande av något intyg — inom socialvårdsorganisationen. En mycket stor del av medicinsk medverkan av hittillsvarande slag i socialvården torde kunna hänföras till denna typ av samverkan.

Denna additiva samverkan mellan sjukvård och socialvård har uppenbara förtjänster i åtskilliga sammanhang. Den saknar dock inte nackdelar. I detta sammanhang kan nämnas den nackdel som ligger däri att läkare och socialarbetare nyttjar varandras tjänster på ett sätt som huvudsakligen dikteras av formella skäl eller av bekvämlighets-skäl, där man reciprokt "beställer en åtgärd" utan att utnyttja — eller i sämsta fall ens vara intresserad av — den konsulterade expertens synpunkter på ärendet. Tyvärr finns det gott om sådana exempel. Sjukhusläkaren misshushållar med sina lokala experter på sociala frågor — kuratorerna — genom att av dem begära tjänster som skulle kunna utföras av personal utan den kvalificerade utbildning vederbörande besitter. De socialvårdande organen kan stundom nyttja en läkare för att "fylla i ett intyg", därför att det vidare handläggandet av ärendet formellt sett kräver läkarintyg av visst slag. I båda dessa medvetet karikerade exempel hade man i stället önskat en samverkan mellan sjukvårdande och socialvårdande synpunkter av integrativ art, innebärande att man breddar ett socialt resp. medicinskt referenssystem till ett verkligt socialmedicinskt sådant. Förutsättningen för att få till stånd en sådan integrerad socialmedicinsk samverkan är att de i det vårdgivande teamet medverkande parterna trimmas samman som ett "operationslag", där var och en vet sin roll samtidigt som han eller hon känner till de övrigas roller och att samtliga har överblick över varandras kunskaps- och erfarenhetsmässiga resurser och begränsningar.

Efter dessa principer pågår sedan ett år en försöksverksamhet vid den sociala avdelningen inom Göteborgs socialförvaltning att driva den öppna socialvården som en socialmedicinsk aktivitet.

Enligt beslut av Göteborgs sjukvårdsstyrelse har man gjort framställning om att få inom sjukvårdsförvaltningen tillskapa en socialmedicinsk klinik, där man likaså syftar till en på detta sätt integre-

rad samverkan mellan sjukvård och socialvård. Härvid fattas ordet socialvård i vid bemärkelse så att den inbegriper även försäkringskassans och andra sociala instansers engagemang i enskilda vårdärenden.

Även om samverkan mellan sjukvård och socialvård bör och måste bedrivas ibland efter additiv, ibland efter integrativ princip, vill jag uttrycka den åsikten att endast den senare gör skäl för att benämna verksamheten för socialmedicin. I fortsättningen användes därför termen *socialmedicin* med sådan innebörd.

Supportiv versus rekonstruktiv socialmedicin

Inom psykoterapien brukar man som bekant skilja mellan enklare, mera understödande behandling — dvs en supportiv psykoterapi — och en mera ambitiöst och aktivt utövad psykoterapi, som tar sikte på att modifiera patientens upplevande och beteende i syfte att åstadkomma en högre grad av "inre harmoni" samtidigt med en förbättrad anpassning mellan patienten och dennes sociala omgivning — dvs en rekonstruktiv psykoterapi.

I analogi härmed skulle man, med hänsyn till mål och metoder, kunna särskilja mellan en supportiv, och en rekonstruktiv socialmedicin. I förstnämnda fallet inskränker sig åtgärderna till att stötta patienten materiellt — med ekonomiska bidrag, med ekonomisk eller juridisk rådgivning, anskaffning av bostad, arbete etc. — avpassat efter hans individuella behov och möjlighet att tillvarata hjälpen enligt principen "hjälp till självhjälp". I senare fallet ökar ambitionen bakom det socialmedicinska behandlingsprogrammet till att — med de arbetsmetoder och resurser som står till buds — öka patientens anpassning till den sociala omgivningen — den befintliga eller den "nyanskaffade".

Jämförelsen mellan psykoterapi och socialmedicin haltar emellertid på en väsentlig punkt. Då det gäller supportiva åtgärder, psykoterapeutiska lika väl som socialmedicinska, är patienterna oftast kooperabla och motiverade för vårdprogrammet. Så är väl ofta fallet även i fall för rekonstruktiv psykoterapi. Men i ett rekonstruktivt socialmedicinskt behandlingsprogram ingår åtgärder,

till vilka patienten inte sällan är reserverad eller öppet negativ. Här kommer hela sociallagstiftningen in i bilden, med dess moment av "tvångs-ingripanden" som gör att det socialmedicinska behandlingsprogrammet, då det i sig självt är som mest komplicerat, ytterligare försvåras av en dålig vårdmotivation eller vårdkooperation hos vårdtagaren.

Skall man anföra kritik mot socialstyrelsens principprogram så skulle det kanske avse en underskattning, eller kanske hellre ett tyst förbigående av de praktiska svårigheter som är förknippade med dessa omständigheter. Å andra sidan innehåller styrelsens principprogram moment som skulle kunna nyttjas till att reducera eller eliminera de här påtalade svårigheterna i ett rekonstruktivt socialmedicinskt behandlingsprogram (jfr nedan).

Individual- versus familjevårdsprincipen

Inom socialvården håller som bekant på att växa fram en verksamhet där man integrerar — i ordets egentliga betydelse — socialvård som fungerar på basis av de tre stora sociala vårdlagarna: socialhjälpslagen, nykterhetsvårdslagen och barnavårdslagen. Den integrerade socialvården kommer av naturliga skäl att oftare än i föregående fall arbeta med ärenden som berör flera personer. Från funktionell synpunkt talar man som bekant om en helhetssyn inom socialvården, vilket från nyssnämnda synpunkt överensstämmer med det synonyma begreppet familjevårdsprincipen inom socialvården.

Från socialmedicinsk synpunkt är det ett väsentligt framsteg att de sociala organen integrerats till att kunna arbeta över gränserna för vårdlagarna enligt familjevårdsprincipen. Inom familjegruppen existerar ju de sociala relationer som ofta nog väger tyngst både som etiologiska moment och som prognostiska faktorer i det kliniska socialmedicinska arbetet.

När man nu eftersträvar en integration — inte blott en addition — av social och medicinsk omvårdnad, får det ovannämnda betydelse. Den läkare, sköterska etc. som från sjukvårdssidan träder till i ett socialmedicinskt team måste vara beredd att möta den sociala expertisen i det socialmedi-

cinska teamet med en motsvarande "familjemedicinsk" vårdaspekt. Här ligger, enligt min uppfattning, helt unika utvecklingsmöjligheter och effektivitetshöjande möjligheter för vårdarbetet, sett inte endast i socialmedicinskt perspektiv utan även från sjukvårdsperspektiv enbart. Det sagda skulle kunna, låt vara i karikerad form, illustreras med följande hypotetiska exempel: En kvinna i 45-års åldern insjuknar med allt oftare återkommande stickningar över hjärttrakten, viss tryckkänsla över bröstet, av och till ospecifika yrselbesvär samt andningssvårigheter, de senare gärna i form av återkommande "attacker". Om denna person söker en — karikerat renodlad — invärtesmedicinare, blir hon sannolikt föremål för utredning, koncentrerat till vissa cardiologiska diagnosalternativ och utredningsmönster. Resultatet blir att man utesluter organisk hjärtsjukdom, eventuellt att man lugnar patienten med detta besked. Eventuellt sker samtidigt eller parallellt en utredning av vederbörandes funktion från endokrinologisk synpunkt i större eller mindre omfattning. Slutresultatet blir likväl — i detta medvetet karikerade invärtesmedicinska fall — att patienten efter utredning och uteslutande av organskada lämnas med detta lugnande besked, men med inte obetydlig sannolikhet utan lindring eller eliminering av de subjektiva besvär som hon primärt sökt vård för.

Låt oss antaga att denna patient i stället primärt hade hamnat hos en psykiatrisk skolad läkare. Denne hade då, efter en rätt summarisk somatisk undersökning, innefattande ekg-undersökning, uppfattat patientens sjukhistoria som ett ångestillstånd. Han hade därefter haft möjlighet att ge effektiva ångestlindrande medikamenter, som i varje fall temporärt reducerat eller eliminerat patientens subjektiva obehag. Om vederbörande psykiater hade haft en mera "organisk psykiatrisk grundsyn" hade han måhända stannat härvid. Hade han istället haft en mer "psykodynamisk åskådning" är det inte uteslutet att han, personligen eller via en klinisk psykolog, hade lagt ned rätt stor investering i tid, för patient och vårdgivare, på att söka penetrera psykodynamiken bakom ångestillståndet.

En socialmedicinare, som mött denna patient,

hade från ett familjemedicinskt perspektiv, sedan han väl "täckt in" den somatiska och psykiatriska aspekten (uteslutande av uppenbar organskada, påvisande av ångestdiagnosen) riktat sin epikris mot den sociala situationen, i första hand familjesituationen. Därvid hade han, genom sitt sätt att tänka och arbeta, mer eller mindre gratis fått kunskap om måhända att patientens make besvärades av alkoholproblem och ryggsmärtor eller kanhända att patientens dotter i tonåren nyligen kommit hem och tillstått att hon väntade barn.

Med denna karikatyr av hypotetiska sjukhistorier har avsikten varit att illustrera tre olika referenssystem, ett renodlat somatiskt, ett renodlat psykiatriskt samt ett renodlat socialmedicinskt. Det låter sig sägas att varje läkare måste i sig förena dessa olika referenssystem, men erfarenheten visar att det i praktiken är ytterst svårt att få till stånd en legering av dessa referenssystem, sannolikt därför att de i viss mån "konkurrerar" med varandra inbördes.

När man i olika sammanhang talar om "sociala förhållanden", "social etiologi", "det sociala fältet" e. dyl., tycker man sig som socialmedicinare sakna en precision i begreppen. Den till familjesituationen eller "hushållet" fokuserade miljön konstituerar dock en konkret och i praxis väsentlig social miljö, som det förmodligen lönar sig att ägna extra uppmärksamhet inte blott i den sociala, utan även i den medicinska delen av en integrerad socialmedicinsk verksamhet. Andra sociala sektorer är i viss mån beaktade av specialister: skolläkaren täcker barnens arbetsplats, industri-, företags- och militärläkaren täcker de vuxnas arbetsplatser och blir kännare av den sociala miljö som sammanhänger med arbetsplatsen.

När man från den öppna sjukvårdens sida söker möta en efter familjevårdsprincipen arrangerad socialvård, ter det sig därför naturligt att koncentrera sig på en "familjemedicin" i vid bemärkelse. Här synes allmänläkaren kunna utveckla en verksamhet som socialmedicinsk specialist i den meningen att han förvärvar kunskaper och arbetsmetoder som gör honom bättre skickad än andra specialister att företa adekvata utredningar och däremot svarande behandlingsprogram.

Detta utesluter givetvis inte att socialmedicinaren även måste ta itu med enskilda patienter och deras samtidiga sociala problematik — i samarbete med den sociala sakkunskapen.

Mot bakgrund av dessa överväganden, mera utförligt redovisade i ett läroboksutkast med titeln "Socialmedicin i praktiken", finns förutsättningar för en diskussion av den gränsdragning mellan socialmedicin och psykiatri som idémässigt presenterats som bilaga till socialstyrelsens principprogram av arbetsgruppen för socialmedicin och psykiatri. Arbetsgruppen hänför bl.a. familjerådgivning, abortbyråverksamhet och alkoholistvård (sid. 63 f.) till psykiatrien. Enligt min mening går gränsen mellan socialmedicin och psykiatri inte vid utan genom dessa kategorier av verksamheter. Vissa familjerådgivningsärenden hör tveklöst — från effektivitetssynpunkt ifråga om utredning och terapi — hemma i den socialmedicinska familjevården. Andra fall, då en eller flera av familjegruppens medlemmar har djupare fixerade personlighetsproblem eller karaktärsneuroser, hör lika uppenbart hemma inom psykiatrien. Abortstatistiken utvisar att allt fler ärenden avgöres under åberopande av medicinsk-social eller socialmedicinsk indikation, där bedömningen på ett naturligt sätt anknyter till den integrerade sociala och medicinska familjevården. Andra fall åter, där den gravida kvinnan drabbats av psykiskt insufficienstag tillstånd av sådan art att psykiatrisk expertmedverkan erfordras, hör givetvis hemma inom psykiatriens arbetsfält. Alkoholistvården, det tredje i idéprogrammet angivna exemplet, hör likaså delvis till socialmedicinen, delvis till psykiatrien — och självfallet delvis till olika somatiska discipliner.

Om man till socialmedicinen förde över mindre komplicerade familjerådgivningsärenden, abortbedömningar och alkoholistärenden, kunde de fåtaliga psykiatriska specialisterna vinna utrymme för den numerärt stora patientkategori som i det föregående exemplifierats, nämligen de patienter som i själva verket lider av psykiska sjukdomstillstånd, men på grund av sina egna symtomupplevelser, symtomvärderingar och lekmannadiagnoser söker sig till somatiska specialister och där blir föremål för tids-, personal- och kostnadskrävande

utredningar med sikte på att utesluta organiska sjukdomstillstånd. Ett närmare samarbete mellan psykiatriker och somatiker för att komplettera de häremot svarande båda referenssystemen skulle kunna leda till vad som i psykiatrisk debatt har benämnts "positiv neurosdiagnostik".

Psykiatrien måste givetvis, liksom varje annan etablerad medicinsk specialitet, beakta patienternas tillstånd och behandling inte endast från medicinsk utan jämväl från social aspekt. I flertalet ärenden synes det dock för psykiatrien gälla detsamma som för de somatiska disciplinerna, nämligen att samverkan mellan sjukvård och socialvård oftast blir av additiv natur. Den integrativa samverkan inom ramen för hoptrimmade socialmedicinska arbetslag synes däremot böra hänskjutas till den nya medicinska specialiteten socialmedicin.

Den här redovisade uppfattningen synes stödjas av de slutsatser som kan dras rörande *kliniska psykologers* expertmedverkan i sjukvården. Dessa specialisters arbetsmetoder torde förenklat kunna uppdelas i diagnostiska (experimental-psykologiska eller andra) och psykoterapeutiska. Inom psykiatrien har man nytta av psykologmedverkan i båda dessa hänseenden. Inom socialmedicinen kan däremot en individuellt riktad psykoterapi komma i konflikt med det referenssystem, den målsättning och de arbetsmetoder som det socialmedicinska teamet följer i sin verksamhet. Inom socialmedicinen ingår en miljöterapi som väsentligt moment, med praktiska arrangemang parallellt med en personlighetsbedömning av tämligen enkelt slag. Här har socialarbetaren med socionomutbildning kunskaper och erfarenheter som ofta nog är tillräckliga. Den individuellt riktade psykoterapien bör ha som målsättning att (i form av rekonstruktiv psykoterapi) söka öka patientens anpassning till en rådande social situation. Detta utesluter givetvis inte att man behöver kombinera arbetssätten, men från principiell synpunkt synes psykologens arbetsmetod vara knuten till sådana personlighetsproblem som innebär en mera generell maladaptation, socionomens mera till sådana problem som hänger samman med en speciell social situation. Man kan löpa risk för terapeutiska felinvesteringar om man i ett givet vårdärende applicerar ett

felaktigt referenssystem i valet av dessa två alternativ.

På basis av de erfarenheter som vunnits i den kliniska socialmedicinska verksamheten i Göteborg förefaller det ändamålsenligt att låta den principiella gränsen mellan socialmedicin och psykiatri förläggas så att man till psykiatrin hänför ärenden av individualmedicinsk karaktär och med behov av en additiv samverkan mellan sjukvård och socialvård, medan övriga ärenden hänskjutes till socialmedicinen.

Personorienterad versus "public health"-orienterad socialmedicin

I det föregående har socialmedicinsk verksamhet diskuterats uteslutande som en person- eller patientorienterad verksamhet, antingen individualmedicinskt eller familjemedicinskt organiserad som en integrerad samverkan mellan socialvård och sjukvård. Denna karaktär av socialmedicinsk verksamhet kan benämnas för *klinisk socialmedicin* (mer eller mindre synonymt med begrepp som socialmedicinsk rehabilitering o. andra). Mot detta står en socialmedicinsk verksamhet som arbetar utan omedelbar patientkontakt, men som sekundärt likväl påverkar den enskildes hälso-, sjuk- och socialvård. Från erfarenheter i den akademiska socialmedicinska undervisningen skulle man kunna åberopa sådana moment som administrativ medicin inkl. vårdorganisatoriska problem, vitalstatistik med epidemiologi samt preventiv medicin till denna kategori av *"public health"-orienterad socialmedicin*. I socialstyrelsens utredning omnämnas hithörande arbetsuppgifter likaså av arbetsgruppen för socialmedicin och psykiatri. Bedömt utifrån den insats som sker vid de socialmedicinska institutionerna, ligger det nära till hands att sammankoppla sådana uppgifter med en socialmedicinsk specialistmedverkan inom ett totalt vårdprogram.

Det synes dock ofrånkomligt att här tänka sig en sub-specialisering, där socialmedicinare inriktar sig endera på person- eller patientorienterad verksamhet eller på mera administrativmedicinska och kollektiva preventiva eller kurativa åtgärder. I senare fallet torde vederbörande arbeta med andra

arbetsmetoder som tar sikte på bl.a. kontinuerlig uppföljning av förändringar i ett regionalt sjukdomspanorama som utgångspunkt för hälsofrämjande och vårdgivande samhällsinsatser.

Även om man vid en socialmedicinsk universitetsinstitution har möjlighet att bevaka båda dessa slag av socialmedicinsk verksamhet, liksom bedriva vetenskaplig metodutveckling inom resp. områden, torde man utanför institutionerna få tänka sig en differentiering i två huvudkategorier av socialmedicinska specialister. De socialmedicinska uppgifter "på fältet" som här avses sammanfaller delvis med vad som i nuvarande vårdorganisation ankommer på länsläkare och motsvarande läkare.

Det synes eftersträvänsvärt att denna kategori av socialmedicinska specialister i en framtid kommer att verka så långt som möjligt i en integrerad socialmedicinsk verksamhet, där samhällets hälsovårds-, sjukvårds- och socialvårdspolitik föres ut till effektivering efter en optimering, bestående av på basis av empiriska studier genomförd analys. Här kommer enligt min uppfattning exempelvis samordningen mellan sjukvårdens, socialvårdens och försäkringskassans informationssystem in i bilden. Även i detta sammanhang är det angeläget att framhålla att socialmedicinen till sitt väsen är en koordinering av olika specialister, medicinska såväl som sociala. Att den medverkande socialmedicinska specialisten har en medicinsk grundutbildning innebär naturligtvis inte att han nödvändigtvis skall vara den själskrivne ledaren för det socialmedicinska teamet. Ledningsfunktionen av såväl klinisk som "public health"-betonad socialmedicinsk aktivitet är en fråga som bör hållas isär från de funktionella principer som här avhandlats.

Klinisk socialmedicin på olika nivåer

Den allmänläkare, som kommer att ägna sig åt klinisk socialmedicin, bör ha en bred allmänmedicinsk grundutbildning. Erfarenheter från exempelvis försöksstationen i Dalby kan förväntas ge underlag för en närmare precisering av vilka traditionella medicinska discipliner som bör prioriteras. Det kan förmodas att en gedigen utbildning i invärtesmedicin med randutbildning i psykiatri härvid kommer att visa sig av stor betydelse. En på-

byggnad av mera renodlad klinisk socialmedicin bör i framtiden kunna erbjudas vid socialmedicinska kliniker (avdelningar), men torde övergångsvis få ske främst i form av systematiserade vidareutbildningskurser. De nuvarande universitetsinstitutionerna torde redan nu vara rustade för att erbjuda sådana vidareutbildningskurser. Det kan nämnas att en sådan kurs, för vilken universitetskanslersämbetet ställt medel till förfogande, kommer att arrangeras vid den socialmedicinska institutionen i Göteborg under våren 1969. Den kliniska socialmedicinska verksamhet som bedrivs i samverkan mellan institutionen och Göteborgs socialförvaltning torde vara tillräcklig som underlag för att sådana kurser inte endast skall omfatta teoretiska utan även praktiska undervisningsmoment. En fyligare praktisk undervisning torde bli möjlig, därest Göteborgs sjukvårdsstyrelses hemställan om inrättandet av en socialmedicinsk klinik vid Sahlgrenska sjukhuset realiseras. Vid Allmänna sjukhuset i Malmö existerar redan en socialmedicinsk klinik, och där torde redan i dagens läge praktiska möjligheter föreligga för att anordna vidareutbildningskurser för blivande allmänläkare — kliniska socialmedicinare.

I tätorter som Göteborg och Malmö, där man har en integrerad socialvård enligt familjevårdsprincipen, och där både sjukvård och socialvård har gemensam huvudman underlättas givetvis den organisatoriska utformningen av en integrerad klinisk socialmedicin. På andra håll, där dessa förutsättningar ännu icke föreligger, får de organisatoriska frågorna inklusive ledningsfunktionerna sannolikt lösas olika, beroende på lokala förhållanden. Från de synpunkter som här anförts får det betraktas som ett provisorium om integrationen sjukvård-socialvård utformas på så sätt att allmänläkaren inom ramen för sjukvården får sociala experter av kuratorskaraktär som konsulter, resp. de socialvårdande organen kommer att nyttja allmänläkaren som konsult. Ett sådant provisorium innebär att man inte till fullo nyttjar den totala vårdkapacitet som ett socialmedicinskt team gemensamt förfogar över.

I detta sammanhang bör också, vilken organisatorisk form den kliniska socialmedicinska verk-

samheten än får, beaktas vad som här ovan anförts beträffande distinktionen mellan supportiv och rekonstruktiv socialmedicin. Från patientpsykologisk synpunkt är det angeläget att det socialmedicinska omhändertagandet av en patient eller av en grupp vårdtagare (familj eller hushåll) får verklig vårdkaraktär. De beslut och ingripanden som vilar på gällande sociallagstiftning torde behöva en översyn med hänsyn härtill. Både läkare, socialarbetare och andra vårdgivare i ett socialmedicinskt team måste, för att kunna arbeta optimalt, ha nödiga förutsättningar för att etablera en förtroendefull kontakt med vårdtagarna. Det synes önskvärt att sådana beslut, som för vårdtagarna har karaktär av ingripanden eller restriktioner, kunde lyftas över från vårdgivarna i det socialmedicinska teamet till en annan instans. Å andra sidan måste detta kunna ske i former som undviker onödigt osmidighet i form av tidsutdräkt eller andra olägenheter. Det kan i sammanhanget erinras om att man i diskussionen kring dessa frågor fört fram förslag om särskilda socialdomstolar som skulle svara för administrativa beslut såsom omhändertagande för samhällsvård, intagning å nykterhetsvårdsanstalt etc.

Om man i vårdorganisationen för den öppna vården mera generellt stannar för en samordning mellan sjukhusens specialkliniker och motsvarande specialistverksamhet inom öppen vård, synes en analog sammankoppling böra ske mellan den vid de föreslagna vårdcentralerna bedrivna kliniska socialmedicinen och sjukhusets socialmedicinska klinik (avdelning).

"Public health"-betonad socialmedicin på olika nivåer

Med hänsyn till vad ovan anförts rörande verksamheten vid de socialmedicinska universitetsorganisationerna, torde ett motsvarande samband kunna etableras beträffande kollektiv socialmedicin på skilda nivåer, från universitetssjukhus eller centrallasarett (motsvarande) till mera perifera instanser. I varje fall torde de socialmedicinska universitetsinstitutionerna, liksom då det gäller klinisk socialmedicin, kunna åtaga sig ansvaret för att arrangera sådana vidareutbildningskurser som ger

denna kategori av allmänläkare-socialmedicinare erforderlig påbyggnad ifråga om speciella arbets- och utvecklingsmetoder.

Den administrativa anknytningen till en socialmedicinsk universitetsinstitution skulle kunna bidra till att de fortlöpande epidemiologiska m.fl. studierna erhåller en vetenskaplig kvalitet som ger huvudmännen tillräckliga garantier, när de skall nyttja materialet för vårdorganisation m.fl. ändamål. Hur anknytningen i övrigt bör utformas sammanhänger i hög grad med de administrativa befogenheter som eventuellt kommer att tilläggas denna kategori av allmänläkare. Skulle de exempelvis komma att medverka i någon form av

socialdomstolar eller på annat sätt få beslutsfunktioner som ingriper i det kliniska arbetet vid institutionerna (klinikerna) och dessas förläggning till vårdcentralerna, synes en administrativ sammankoppling mindre motiverad eller till och med icke önskvärd. Å andra sidan kan en partiell anknytning tänkas, så att socialmedicinska forskningsresultat rörande exempelvis organisation av kampanjer för hälsoupplýsning och hälsofostran skall garanteras vetenskaplig hög kvalitet. Därmed ökar givetvis i motsvarande mån angelägenheten av en samordning mellan socialmedicinska institutioner och den på fältet bedrivna kollektiva socialmedicinen.

Nyheter för vårdpersonal

Genevieve Burton

Sjuksköterskan och patienten

155 s. Inb. 14:50

Författaren ger i denna fängslande och lättlästa bok en instruktiv och på stor erfarenhet och människokännedom grundad handledning i konsten att utforma den personliga kontakten med de sjuka.

Jagerheim/Wenngren

Praktisk rörelselära för vårdpersonal

74 s. 12:75

Det gäller för vårdpersonal inte bara att lära sig lyfta och bära rätt utan överhuvud taget att röra och förflytta sig funktionsriktigt, att balansera kroppen rätt, att sitta på ett avspänt sätt. Författarna stöder sin framställning på ett stort och instruktivt bildmaterial.



LÄROMEDELSFÖRLAGEN
TEKNIK OCH EKONOMI