



socialmedicinsk tidskrift

Fyrtiofjärde årgången · sept. 1967 · häfte 7

Allmän redaktion:

med. lic. E. Husmark, redaktör och ansvarig utgivare
fru Brita Bahrton, redaktionssekreterare

Vetenskaplig redaktion:

Prof. Gunnar Lindgren, Lund
prof. Ragnar Berfenstam, Uppsala
prof. Gunnar Inghe, Stockholm
prof. Bengt Lindegård, Göteborg
prof. Per Bjurulf, Umeå
prof. Olle Höök, Göteborg

Industrivägen 13, Solna. Tfn 08/83 20 83
Postadress: Fack, Stockholm 60
Postgiro 11 79.

Socialmedicin som akademisk disciplin¹

Av professor Bo E. Ingelmark, Göteborg

Inledning

Herr President, mina Damer och Herrar!

Denna den första nordiska kongressen i socialmedicin hälsar vi säkert alla med verklig tillfredsställelse. Genom sitt stora deltagarantal och sitt omfattande program visar den, att socialmedicinen i de nordiska länderna är omfattad med stort intresse och att man genom betydande forskning söker att belysa detta ämnes olika sidor. Man har därför alla skäl att anta, att socialmedicinen, som ju handlingsmässigt är en urgammal men begreppsmässigt en ung disciplin, har kommit till våra medicinska forsknings- och utbildningsanstalter samt

till vår hälso- och sjukvård för att stanna och växa sig allt starkare.

Det är glädjande att man på socialmedicinens fält redan nu öppnar ett nordiskt samarbete i kongressens form. De stora likheter, men även de skillnader, som finns mellan våra länder, kan säkerligen stimulera och berika socialmedicinens utveckling.

Jag vill gärna också understryka min tillfredsställelse, blandad med några stänk av stolthet, över att Ni funnit det lämpligt att förlägga denna kongress till vår stad och vårt universitet. Som universitetets företrädare ber jag att få hälsa Er varmt välkomna.

¹) Inledningsanförande vid den 1:a Nordiska kongressen i socialmedicin i Göteborg 8—10 juni 1967.

Socialmedicinens utveckling

Begreppet socialmedicin i samband med läkarutbildning sådan vi idag ser det, började diskuteras här i Sverige för ungefär 30 år sedan. Men långt tidigare hade man givit viss undervisning över dessa kunskapsområden. Först kallades ämnet allmän hälsovårdslära och det inrymde, vad vi idag kallar hygien och socialmedicin samt i viss mån även bakteriologi och patologi.

I slutet på 1930-talet, då man gjorde utredningar för en modernisering av läkarutbildningen, framhölls med skärpa, att hygien och socialmedicin måste skiljas åt som undervisningsämne. Hygien kunde i stort sett fortsätta i redan upparbetade banor. Socialmedicinen måste däremot få ett betydligt vidgat utrymme i den kliniska och polikliniska undervisningen. Behovet av särskilda professurer i socialmedicin vid våra fakulteter framfördes däremot inte med någon större kraft.

En hämmande faktor i den fortsatta utbyggnaden av socialmedicinen var svårigheterna att enas om avgränsningen av de olika ämnena i förhållande till varandra. Det gällde hygienens gränsdragning mot bakteriologi, läran om infektionssjukdomarna, näringshygien o.s.v. men kanske framför allt mellan hygien och socialmedicinen. Följden blev, att man då inte fick någon undervisnings- eller forskningsorganisation för socialmedicin vid våra fakulteter.

Gränsdragningssvårigheter av denna art är inte specifika för Sverige utan har funnits och finns fortfarande i många länder. Vad gäller socialmedicinen är de inte ett uttryck för en initial osäkerhet vid dess frigörelse som självständigt akademiskt ämne, utan framträder fortfarande av och till i vårt land såväl i undervisningen som inom hälso- och sjukvården.

Inte förrän för 20 år sedan hade tiden mognat så att man vid planeringen av vår läkarutbildning var beredd att på nytt föra fram socialmedicinen. Man insåg nämligen, att naturvetenskapen, tekniken och samhällsomvandlingen — inte minst på socialpolitikens fält — hade starkt ökat behovet av utbildning och forskning inom hela den preventiva medicinen.

Den statliga kommitté, som behandlade dessa frågor — och i vilken bl.a. professor Inghe ingick

— framhöll på ett vidsynt sätt, att vi inom hela medicinen har svårigheter vid gränsdragningen mellan olika specialiteter. Dessa svårigheter har man vanligen inte låtit verka hämmande på utvecklingen. Därför borde inte heller definitionssvårigheterna inom den preventiva medicinen få motverka ett frigörande av hygien och socialmedicinen från varandra.

Kommittén definierade de båda ämnesområdena och sade:

"Socialmedicin innefattar de faktorer hos människorna i deras samlevnad i olika sociala grupper ävensom de faktorer i samhällets struktur, vilka har inflytande på det allmänna hälsotillståndet. Alla strävanden att genom ändring av dessa faktorer förbättra individens och gruppens hälsotillstånd räknas sålunda hit".

Den fakultetsmässiga förankringen av socialmedicinen diskuterades ingående. Man var enig om att ämnet behövde företrädare på professorsnivå vid varje medicinsk fakultet. Däremot tvistade man om, huruvida dessa professurer skulle vara i hela ämnet socialmedicin utan närmare specifikation eller om man skulle variera ämnesområdet mellan fakulteterna genom att inrätta professurer i särskilda avsnitt av socialmedicinen, exempelvis i socialpsykiatri vid en, socialpediatrik vid en annan fakultet o.s.v. Man valde det första alternativet, vilket jag tror var i hög grad lyckligt. På så sätt fick nämligen varje fakultet en ur undervisningssynpunkt allmän socialmedicinsk institution. Forskningen kom naturligtvis att koncentreras till det eller de specialområden av ämnet, som särskilt intresserade respektive ämnesföreträdare och där hans tidigare utbildning på bästa sätt kunde komma till sin rätt.

Det är av intresse att konstatera, att man här i Sverige redan vid framläggandet av förslagen till professurer i socialmedicin kraftigt underströk nödvändigheten av en fast, klinisk förankring. Man hävdade, att tyngdpunkten i såväl forskningen som undervisningen lämpligen borde placeras på tillämpningen av kliniska forskningsresultat i sociala sammanhang och på betydelsen av arv, miljö och sociala förhållanden för hälsa och sjukdom. Hygien däremot ansåg man inte skulle vara ett kliniskt, utan ett teoretiskt ämne med relativt nära anknyt-

ning till biokemi, fysiologi och bakteriologi samt till de naturvetenskapliga grunddisciplinerna.

Undervisningen i socialmedicin

Under hela den långa tid, som man utredde och debatterade införandet av socialmedicinen som läroämne vid de medicinska fakulteterna, var man på det klara med att man måste ge denna utbildning i två principiellt skilda former, nämligen som fristående kurser i ämnet samt som undervisning intimt samordnad med andra rent kliniska discipliner.

Kursgivningen i socialmedicin, som nu pågått i c:a 10 år i Sverige, har varit uppdelad i två kurser. Den ena är propedeutisk och ges efter det att de studerande inhämtat de grundläggande teoretiska ämnena, till vilka jag här även för bakteriologi, patologi och farmakologi. Den kursen skall ge den unge medicinaren en inblick i den preventiva medicinen samt lära honom att betrakta patienten inte bara som individ med organsjukdomar utan som en människa, som även kan ha miljö- och samlevnadsproblem, vilka kan påverka hans symtombild, tillfrisknande och möjligheter att återgå i arbete. Redan vid denna kurs bör man genom lämpliga demonstrationer klargöra för studenten, att socialmedicinen har en fast klinisk förankring.

Den andra kursen, ofta kallad huvudkursen, har varit något olika placerad i studiegången vid våra skilda fakulteter. Erfarenheten torde visa, att den bör ligga mycket sent i den kliniska utbildningen. Först då har studenten nått den mognad och fått den kliniska vidsyn, som är nödvändig för att hans intresse skall fångas av framställningen och för att han skall ha möjlighet att rätt förstå socialmedicinens betydelse inom hälso- och sjukvården.

Huvudkursens innehåll skisserades redan 1953. Den har fyra huvudavsnitt, nämligen översikter över administrativ medicin, epidemiologi och vitalstatistik, förebyggande medicin samt det som numera brukar kallas klinisk socialmedicin eller socialmedicinsk rehabilitering. Undervisningen skall till lika delar bestå av föreläsningar och praktiska kliniska demonstrationer.

Den andra delen av undervisningen i socialmedicin skall vara en utbyggnad och en fördjupning av den, som man alltid har eller åtminstone borde

ha givit i samband med klinisk undervisning. Därmed avser jag naturligtvis, att man i samband med bedömningen av varje kliniskt fall försöker ta reda på, i vilken utsträckning sociala faktorer har betydelse för sjukdomens uppkomst och symtomatologi samt att man tar hänsyn till dessa faktorer vid bestämning av terapi och vid bedömning av prognosen.

Denna undervisning tänkte man sig skulle ske i form av kliniska konferenser. Det betyder, att såväl läraren i den kliniska specialitet, till vilken undervisningen egentligen hör, som socialmedicinaren skall vara närvarande för att från sina olika håll belysa sjukdomsfallet.

Samundervisning av denna art är svår ett problem, som jag här inte skall gå in på. Många kliniska ämnen såsom internmedicin, kirurgi, gynekologi, pediatrik, ortopedi är särskilt ägnade för samundervisning med socialmedicin, medan exempelvis de mycket speciella kirurgiska subspecialiteterna knappast bör förekomma i detta sammanhang.

I den socialmedicinska huvudkursen får studenten primärt ta del av patientens sociala funktionsmönster. Till detta lägges sedan vad klinikerna funnit somatiskt och psykiatriskt. På så sätt erhålles en totalbild av fallet. I den kliniska samundervisningen bildar de kliniska fynden hos patienten det primära, vartill lägges de sociala aspekterna för bedömning av helheten. Hela detta arbete, där man använder klinisk, medicinsk-psykologisk och experimentopsykologisk metodik måste självfallet vara starkt individualiserat beträffande somatisk och psykiatrisk terapi samt socialmedicinsk miljökorrigering. Om vi kunde få studenterna välutbildade på dessa områden, skulle säkerligen mycket vinnas. Murarna mellan medicinskt och socialt handlande skulle nämligen raseras. Det skulle bli mer sjukvård i socialvården och vice versa.

Jag har en känsla av att det av och till innebär vissa svårigheter att skilja mellan den kliniska socialmedicinen och medicinsk rehabilitering. Vi har diskuterat denna fråga i vår fakultet här i Göteborg. Man har blivit enig om i stort sett de synpunkter på socialmedicinens innehåll och verksamhetsområden, som jag nyss skisserat.

Medicinsk rehabilitering anser vi självfallet vara ett kliniskt ämne. Dess verksamhet är i huvudsak inriktad på somatiska handikap. Man tillämpar här fysiologiska, neurofysiologiska respektive därtill närliggande vetenskapliga metoder inom såväl medicinska som naturvetenskapliga discipliner.

Verksamheten kring den somatiskt handikappade omfattar ett samlat grepp på hans problem från somatisk, psykiatrisk och social synpunkt. Arbets- och funktionstestning, arbets- och funktionsträning, utveckling och anpassning av tekniska hjälpmedel, bostadens och samhällets utformning med hänsyn till de handikappade är exempel på de områden som denna disciplin skall täcka i sin undervisning, forskning och kliniska verksamhet.

Socialmedicinsk forskning

I socialmedicin, liksom i de flesta akademiska ämnen, överensstämmer undervisningens huvudavsnitt i stort sett med professurernas vanligaste forskningsfält.

Våra socialmedicinska institutioner har sålunda administrativ medicin, epidemiologi och vitalstatistik, preventiv medicin samt socialmedicinsk rehabilitering som sina huvuddelar.

Naturligtvis har det förekommit socialmedicinsk forskning i våra länder långt innan vi fick socialmedicinare av professionen, men de socialmedicinska institutionerna ger oss en chans till breddning och fördjupning, som måste tillvaratagas.

Inom den administrativa medicinen finns det för dagen och morgondagen synnerligen aktuella och viktiga fält. Vi behöver bara nämna utredning och prognos över hälso- och sjukvårdens behov och resursfördelning, utvecklingsarbetet inom detta fält samt statens, kommunens och den enskildes insatser för bestridande av kostnaderna för att förstå, att den socialmedicinske forskaren ensam eller i team med andra specialister här har vida fält att bedriva sin jakt på.

Epidemiologi och vitalstatistik är ett viktigt komplement till andra former av klinisk forskning. Befolkningsstatistiskt representativa material kan ofta ge klinikern värdefulla upplysningar för bedömning av skilda problem. Det gäller de flesta specialiteter. Vi behöver bara se på dagens före-

dragningslista för att få detta bekräftat. Socialmedicinerna har emellertid särskilt goda möjligheter att här förbättra och fördjupa forskningsmetoderna och torde väl i första hand tillämpa dem på frågeställningar från socialmedicinens övriga problemfär.

Kanske tänker man därvid i första hand på den administrativa och preventiva medicinen, där de svenska socialmedicinerna gjort stora insatser. Med den utveckling, som samhället undergår, uppstår här ständigt nya och allt mer komplicerade problem, som i sanning snabbt behöver bli föremål för vetenskaplig bearbetning, så att lämpliga, förebyggande åtgärder kan vidtas.

Och så den fjärde punkten, den socialmedicinska rehabiliteringen. Här är nog nomenklaturen något olika och kanske meningarna inte helt kongruenta.

Socialmedicinarens uppgifter beträffande den enskilde patienten är ju att fastställa den eventuella sociala insufficiensen, utreda dess orsaker samt vidta medicinska och sociala åtgärder för att så långt möjligt återge patienten hans arbetsförmåga. Detta skall naturligtvis ske under beaktande av de rent kliniska förhållandena och i nödig samverkan med vederbörande kliniker. Forskningen inom detta område ger sig i och med detta av sig själv. Den kommer delvis att ligga nära social- och beteendevetenskaperna, från vilka säkert mycket värdefullt kan hämtas. Men dessa kunskaper måste anpassas till hälso- och sjukvårdsproblemen.

Forskningen behövs i första hand på den komplicerade vetenskapliga metodiken och utarbetandet av tillförlitliga instrument för bedömning av rådande förhållanden. När dessa står till buds, kan de etiologiska, terapeutiska och prognostiska frågeställningarna bättre analyseras. Då bör vi kunna få resultat, som kan användas för att säkrare än nu avgöra, hur den socialmedicinska rehabiliteringen skall läggas upp och arbeta. Denna forskning är alltså av största betydelse för hela vår hälso-, sjuk- och socialvård.

Sammanfattar vi dessa fyra huvudavsnitt av den socialmedicinska forskningen, ser vi att socialmedicinen har stora och viktiga arbetsfält. Dessa är delvis egna områden men i stor utsträckning sådana, där samverkan lämpligen bör ske med de filo-

sofiska fakulteternas beteende- och socialvetenskapare, ekonomer, yrkesadministratörer samt framför allt många av de kliniska disciplinernas företrädare. Socialmedicinsk forskning är alltså i hög grad kliniskt inriktad och kan inte bestå och utvecklas inom den här beskrivna totaliteten, om inte klinisk anknytning etableras. Det stod klart vid utredningsarbetet för 30 år sedan och det är idag lika uppenbart.

Socialmedicinarnas utbildning och arbetsförhållanden

Hur stämmer då denna bild med dagens reella situation i vårt land? Även om jag nu tvingas snudda vid personliga förhållanden för här närvarande kolleger och företrädare för socialmedicinen i vårt land, vill jag säga, att deras utbildning helt och fullt svarar mot den bild av den akademiska verksamhet, som jag här skisserat. De har alla vid sidan om sin direkt socialmedicinska utbildning en bred klinisk specialistutbildning med tyngdpunkten huvudsakligen lagd på något eller ett par av ämnena internmedicin, psykiatri, pediatrik och neurologi. Socialmedicinen förfogar alltså redan i sin första professorsgeneration över personer, som har alla förutsättningar att fungera som ledare, lärare och företrädare inom de 4 fält jag här antytt. Samtidigt är skillnaderna dem emellan så stora, att olika specialavsnitt inom de vida forskningsfälten sannolikt blir beaktade. De, som är under utbildning för att bli socialmedicinare bör skaffa sig en organiserad undervisning i sociologi, ekonomi m.m. På så sätt erhålles ett för pedagogisk, vetenskaplig och klinisk verksamhet nödvändigt teoretiskt kunnande. Detta skall självfallet vara parat med en bred klinisk utbildning.

Hur ser då de socialmedicinska institutionerna ut? Då de upprättades för c:a 10 år sedan gick man fram med stor försiktighet och försåg dem med en påfallande liten personal — nämligen två heltids- och två deltidstjänster. Av dessa var bara en utbildningstjänst för yngre läkare. Denna personal var bara dimensionerad för undervisning och forskning. Situationen är idag i princip oförändrad, även om en eller annan tjänst tillkommit. Någon organisation för sjukvårdande verksamhet finns alltså inte.

Detta innebär, att man förutsatt och förutsätter en undervisning, som skulle vara starkt kliniskt anknuten delvis i form av samundervisning med kliniker och delvis med egna patientdemonstrationer och utredningar av kliniska fall utan att sjukvårdande verksamhet skulle bedrivas för övrigt. En sådan organisationsform torde vara ohållbar i längden, eftersom den inte innebär det dagliga sjukvårdsarbete, som varje läkare måste ha för att kunna hålla sig à jour med utvecklingen inom sin del av den kliniska medicinen. Tiden har också visat, att en sådan komplettering i form av sjukvårdande verksamhet är nödvändig för de socialmedicinska institutionerna, om de skall få det patientmaterial, som de behöver för sin forskning och undervisning.

Men det är inte bara dessa båda akademiska verksamheter som skulle vinna på en anknytning av denna art. Socialmedicinarna besitter ett kunnande, som är av värde för verksamheten vid våra större sjukhus. De har särskilda förutsättningar att i komplicerade fall hjälpa klinikerna och de socialvårdande myndigheterna att kartlägga den sociala funktionsförmågan och göra en samlad analys av patientens medicinska och sociala status samt framlägga och förverkliga ett socialmedicinskt handlingsprogram.

Mitt herrskap! Om man på detta sätt organiserade och byggde ut de socialmedicinska institutionerna till att bli socialmedicinska kliniker, skulle enligt min uppfattning undervisningen, specialistutbildningen, forskningen och sjukvården inom detta viktiga fält befrämmas och berikas.