

Socialmedicin som klinisk disciplin¹

Av sjukvårdsdirektör Thure Höglund, Göteborg

Konsumtionen av sjukvård — öppen såväl som sluten — har under senare år visat en brant stigande kurva, och tyvärr finns ej några tecken på att denna utveckling kommer att brytas. Tvärtom talar många skäl för att efterfrågan på sjukvård kommer att än ytterligare öka, t.ex. genom medicinska och medicinskt tekniska framsteg och befolkningens förskjutning mot högre åldersgrupper. Läkarprognosutredningens beräkningar av behovet av sjukvård visade ju bl.a. att personer över 70 år har ett sjukvårdsbehov, som är fyra gånger större än i åldrar na upp till 30 år. Kraven på att samhället skapar tillräckliga resurser och bygger ut sjukvårdsorganisationen för att bättre svara mot efterfrågan hotar att spränga de personella och ekonomiska ramar, som kan ställas till förfogande. I detta läge är det oundgängligen nödvändigt att försöka finna nya vägar att på effektivast möjliga sätt utnyttja tillgängliga resurser.

Sjukvårdens rationalisering

Tidens lösen även i sjukvården är rationalisering. Förutsättningarna för rationalisering är bl.a. att man skaffar sig erforderlig information om sjukvårdskonsumtionens art och sammansättning och om produktionsapparatens funktion och adekvata användning. Genom att fortlöpande, systematiskt analysera och effektivisera sjukvårdens alla delområden — såväl den administrativa som medicinska och tekniska sidan — skapas möjligheter att minska utbyggnadskrav och kostnadsökningar. Sjukvårdshuvudmännen satsar nu hårt på rationalisering, och

de resultat, som redan uppnåtts, är mycket uppmuntrande och manar till fortsatta ansträngningar. Den administrativa tekniken förbättras, arbetsmetoder förenklas och nya, effektiva tekniska hjälpmedel konstrueras, som med mindre arbetsinsats ger större kapacitet. Det är vi helt enkelt tvungna till i den rådande situationen.

Pågående strukturomvandling

Sjukvårdsväsendets traditionella mönster håller på att förändras genom den strukturomvandling, som sjukvårdsorganisationen i dag genomgår. Man försöker målmedvetet att differentiera organisationen genom att skapa nya vårdformer mellan sluten och öppen vård, t.ex. dag- och nattsjukvård, samtidigt som den öppna vården effektiviseras och får mer kvalificerade resurser — allt i syfte att minska behovet av sluten vård och skapa förutsättningar för en tillämpning av principen *lägsta-möjliga-omhändertagandenivå*. Detta innebär, att en patient skall vårdas i den vårdform, som har just de resurser patientens tillstånd vid varje tillfälle kräver — varken mer eller mindre. Det är alltså vårdbehovets grad, som avgör vårdformen i detta system. Jag har personligen stora förväntningar på resultatet av denna sjukvårdens strukturomvandling.

Olösta frågor

En del har alltså gjorts och mycket är på gång för att förbättra sjukvårdsapparaten, så att vi skall kunna få ut mera av tillgängliga resurser. Enligt min mening är emellertid ej detta tillräckligt. Vi måste gå vidare och söka finna ytterligare möjligheter att angripa problemen. Jag har nyss nämnt,

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

att rationalisering fordrar ökade kunskaper om sjukvårdskonsumtionens art och sammansättning och detta är även en förutsättning för en mer aktiv planering. Jag tror att vårt vetande i dessa frågor är alltför ofullständigt. För många patienter är t.ex. sjukhusvård en företeelse, som inträffar en eller ett par gånger i livet, men om vi analyserar sjukhusklienteletets sammansättning tror jag, att vi skulle finna, att en hel del patienter är sådana, som tar i anspråk den slutna vårdens resurser i så att säga onormalt stor omfattning genom upprepade sjukhusvistelser under ibland långa vårdtider. Detta gäller inte minst akutsjukvården. Sak samma är fallet i öppen vård. Vilket orsakssammanhang ligger bakom detta fenomen? Brister sjukvården i effektivitet? Eller beror det hela på otillräcklig samordning mellan sjukvården och övriga vårdområden i samhället, t.ex. socialvården? Här vill jag passa på att inskjuta, att jag tror vi behöver mer socialvård i sjukvården och mer sjukvård i socialvården.

Jag vill försöka konkretisera mitt resonemang genom att ta ett exempel, som rör ryggsjukdomarna. Många somatiskt sjuka söker läkare därför att de upplever smärtor eller obehag från olika kroppsdelar. Exempel härpå finner man inte minst bland de ryggsjuka. Näst efter huvudvärk och snuva är smärtor i ryggen den vanligaste orsaken till sjukskrivning och arbetsoförmåga. Man vet av olika tidigare utredningar, att 65—70 % av befolkningen i arbetsför ålder i vårt land har obehag av detta slag.

Eftersom dessa patienter i samband med sjukskrivning måste söka kontakt med sjukvården, kommer de att i hög grad belasta dess resurser.

När man närmare studerar dessa patienter, finner man, att de söker en rad olika specialiteter, därför att deras symtom är så svåra att kartlägga. I sjukdomsbilden ingår nämligen smärtupplevelser, som ibland kan identifieras med besvär från inre organ. Denna patientkategori konsumerar utöver själva ryggvården en säkerligen onormal kvantitet medicinsk och annan social service.

Bland dessa ryggsjuka finns visserligen en grupp rena ortopediska fall, som på ett adekvat sätt svarar på vidtagna åtgärder, men en stor grupp är svårt att komma tillrätta med.

Vid Sahlgrenska sjukhuset har sedan drygt ett år en verksamhet pågått rörande sistnämnda patientgrupp för att närmare kartlägga sjukdomsbilden, resultaten av de somatiska åtgärderna och de individuella omständigheter, som inverkat på sjukdomsförloppet. Därvid har bekräftats, att när det är svårt att återföra vederbörande i arbete, föreligger oftast en rad varierande och inte sällan var för sig allvarliga och för patienten svåröverkomliga sociala problem. En framgångsrik terapi skulle här kräva — utöver den kartläggande socialmedicinska utredningen — ett samlat grepp från samhällets olika vårdorgan. Inte sällan har det visat sig, att de rent medicinska åtgärderna varit av underordnad betydelse.

Leder den medicinska behandlingen på en klinik inte till resultat, söker patienten på ett annat ställe, och själv kan patienten inte överblicka sin situation. Det är med andra ord inte säkert, att smärtsituationen har sin grund i ett enkelt somatiskt problem utan den kan ha en betydligt mer komplicerad bakgrund.

Samordning av den medicinska och sociala vården

Först när man har en total bild av patientens medicinska och sociala situation, kan man individualisera ett effektivt och samordnat program för de åtgärder, som måste vidtagas.

Om vederbörande läkare inte accepterar eller inser, att en avskärmad, begränsad medicinsk terapi ej sällan ger otillräckligt utbyte, hamnar man i en situation, där sjukvårdskonsumtionen blir både dyrbar och till föga nytta. Patienten blir inte hjälpt. Han har bara kostat pengar.

Vi måste därför inse, att det nu mer än någonsin är nödvändigt att hushålla med våra resurser och att använda dessa på ett rationellt sätt. Vi måste lära oss att vidga slagordet rehabilitering till att omfatta åtgärder, som inte bara mobiliserar patientens egna resurser utan även tar sikte på miljön, så att den också blir förstådd och därigenom lättare att bemästra för patienten.

Jag har tillåtit mig att välja *ett* exempel, de s.k. ryggsjukdomarna. I varje medicinsk specialitet

återfinner man samma problematik, dock inte alltid av samma storleksordning.

Exemplet visar på behovet av en mera integrerad samhällsvård.

Jag vill ytterligare bygga ut mina synpunkter på detta för hela samhället mycket väsentliga problemkomplex genom att erinra om de 100-tals miljoner kronor sjukvården i vårt land kostar varje år och fråga: "Vad får vi ut av alla dessa pengar i form av förbättrad individuell hälsa och större personlig lycka, höjd folkhälsostandard och ökad produktion? Står resultaten i någorlunda proportion till kostnaderna? Eller är det möjligen så, att behandlingsresultaten av olika skäl för många patienter äventyras och ej blir bestående i den omfattning man ur rent medicinsk synpunkt haft anledning räkna med?"

I stort sett vet vi föga härom med undantag för de begränsade avsnitt av sjukvården, där man följer patienterna under längre tid genom särskilt organiserade efterkontroller.

Socialmedicinens centrala betydelse

Slutsatsen av detta resonemang måste alltså, som jag uppfattar problemen, bli, att vi får se till att eliminera våra luckor i kunskaperna, så att vi får ett säkrare underlag för vårt handlande.

Här tror jag, att socialmedicinen som medicinsk samhällsvetenskap har en mycket viktig uppgift att fylla, nämligen att bl.a. i sin kliniska verksamhet aktivt medverka till en integration av samhällets samlade stödåtgärder av social och medicinsk natur. Såsom medicinsk disciplin är den att uppfatta som en tvärvetenskap, d.v.s. den sammanfaller beträffande mål och medel med flertalet övriga kliniska medicinska discipliner. Socialmedicinens innehåll kännetecknas ju från denna utgångspunkt av kunskaper hämtade från ickemedicinska samhällsvetenskaper av skilda slag: demografi och statistik, sociologi, psykologi-pedagogik, statskunskapsjuridik och ekonomi. Från samhällsvetenskapernas utgångspunkt bidrar socialmedicinen med ett innehåll, hämtat från den teoretiska och kliniska medicinens olika fält. Det karakteristiska för ämnet är därvid att se sjukdomar och skadetillstånd som

gruppfenomen både beträffande orsaksförhållanden, uppkomstmekanismer och konsekvenser.

Det innehåll, som sålunda koncentrerats kring socialmedicinen, har i efterhand visat sig kunna fylla ett behov i den praktiska sjukvården. Denna praktiska tillämpning gäller emellertid inte endast en omedelbart patientorienterad aktivitet. Socialmedicinen kan dessutom komma sjukvården till godo i dess utvecklings- och planeringsverksamhet vilket vi haft flera bevis på här i Göteborg. Slutligen lämnar socialmedicinen bidrag till preventivmedicinska åtgärder, som ligger utanför befintliga organ inom den förebyggande medicinen.

Som medicinsk samhällsvetenskap har socialmedicinen i Sverige visat sig ändamålsenlig för att på ett konkret, patientorienterat plan till praktiskt bruk omsätta de intentioner ifråga om samordning av sjukvård och andra vårdformer, som på centralt statligt håll lett till sammanslagningen av medicinal- och socialstyrelserna.

Som klinisk disciplin bör socialmedicinen inordnas i sjukvårdsorganisationen på i princip samma sätt som andra kliniska specialiteter och ha sin verksamhet inriktad på socialmedicinsk expertmedverkan i sjukvården. Vid universitetssjukhus bör professorn i ämnet tillika vara kommunal överläkare och ha till sitt förfogande såväl statlig som kommunal personal.

Den kliniska socialmedicinska verksamheten kan förslagsvis organiseras och uppbyggas med en koncentration kring följande punkter.

Epidemiologisk och administrativmedicinsk verksamhet

Denna kan fortlöpande lämna basinformation till det inom sjukvårdsförvaltningarna pågående planerings- och utvecklingsarbetet rörande sjukvården.

Redan nu anlitas exempelvis i Göteborg den socialmedicinska institutionen i bearbetningen av patientstatistiken — det gäller statistikjournalerna A och B — vid förvaltningens sjukvårdsinrättningar. Särskild personal, placerad vid institutionen, har anställts för denna uppgift. Denna patientstatistik återger information, begränsad till befintliga resurser i sluten vård. De icke tillfredsställda behoven i

sluten vård liksom verksamheten inom den öppna vården är emellertid här som på andra håll i stort sett okända. För det fortsatta planerings- och utvecklingsarbetet i sjukvården bör därför patientstatistiken utbyggas och kompletteras med kontinuerlig basinformation rörande hälsotillstånd, sjukvårdsbehov och ackumulerad sjukvårdskonsumtion inom olika befolkningsgrupper. Ur socialmedicinsk synpunkt är det angeläget, att denna samlade information kompletteras med data från socialvårdens och försäkringskassans register. I den mån man här övergår till automatisk databehandling, bör man i forskningssyfte etablera samarbete med samkörning av den samlade informationen. På så sätt erhålles en bild av samhällets samlade vårdinsatser dels totalt, dels fördelat per individ eller på skilda demografiska grupper.

För att den erhållna informationen skall kunna utnyttjas för medicinskt, socialt och socialmedicinskt utvecklingsarbete rörande olika behandlingsmetoder, optimal omhändertagandenivå och sjukvårdsorganisationens utformning m.m., kan det vara ändamålsenligt att samordna denna verksamhet med en läkarstation för öppen vård, inriktad på den studerade populationen. Ett liknande projekt avseende landsbygdsbefolkning genomföres i Dalby under medverkan av socialmedicinska institutionen i Lund. Jag tror, att man på detta sätt skulle kunna få ett underlag till en modell för hur sjukvården bör dimensioneras och utformas.

Socialmedicinsk mottagning

Vid större sjukhus bör det finnas en socialmedicinsk mottagning, avsedd att i första hand vara ett serviceorgan för sjukhusets kliniker och öppenvårdsmottagningar. Denna socialmedicinska mottagning skall även kunna tas i anspråk som remissorgan av institutioner utanför sjukhuset: andra sjukvårdsinrättningar, försäkringskassor etc. Vissa diagnostiska och terapeutiska uppgifter vid mottagningen bör med fördel kunna överlämnas till socialmedicinarens medarbetare, psykologen och kuratorn. Det synes därför vara rationellt att bygga upp verksamheten kring arbetslag med en läkare, en psykolog och en kurator jämte skrivpersonal.

Vid denna avdelning blir det bl.a. fråga om att diagnostisera sociala insufficienser, därnäst att utreda orsakerna till dessa och till sist planera, samordna och följa upp behandlingsprogrammen, som innehåller medicinska och sociala åtgärder i varierande mönster.

Kuratorsorganisation och därtill knuten social-medicinsk verksamhet

Den socialmedicinska service, som nu erbjudes sjukhusen, tillhandahålles främst av kuratorer. Dessa skall naturligtvis ingå i behandlingsteamet kring patienten på den klinik, där vederbörande vårdas. Analyser av kuratorernas verksamhet visar emellertid, att olika moment med fördel skulle kunna samordnas och rationaliseras, exempelvis via en anknytning till sjukhusets socialmedicinska mottagning — eventuellt med den socialmedicinska överläkaren som chef för kuratorsorganisationen. En sådan anordning skulle även ge kuratorerna tillfälle till rutinmässig konsultation och vidareutbildning och kuratorerna vid sjukhuset borde då regelbundet sammanträda till kuratorskollegium vid den socialmedicinska avdelningen eller kliniken och arbeta i nära kontakt med denna. Kollegiets uppgift skulle bl.a. vara att diskutera och i övrigt behandla den samlade kuratorsverksamheten vid sjukhuset.

Organisatorisk samordning av socialmedicinsk klinisk verksamhet i övrigt

För närvarande förekommer klinisk socialmedicinsk verksamhet på skilda håll utanför sjukhusen utan någon samordning av det slag, som skulle kunna möjliggöra en adekvat uppläggning av ett radikalt socialmedicinskt behandlingsprogram, där samhällets resurser kunde koncentreras på den vårdbehövande. I Göteborg sker sålunda sociala utredningar med begränsad läkarmedverkan vid exempelvis skyddspolisens, familjerådgivningsbyråns och bostadsförmedlingens. Medicinska utredningar och bedömningar med stöd av begränsade insatser från sociala organ eller experter sker bl.a. vid vår abortbyrå.

Det vore eftersträfvansvärt att här få till stånd ett socialmedicinskt team, som kunde genomföra kvalificerade utredningar av socialmedicinsk natur och ha möjligheter att gripa in med de medicinska och sociala åtgärder, som samhället förfogar över, för att på så sätt effektivt kunna bistå patienten. Grundläggande är därvid tanken att få en överblick över både vårdresurser och vårdbehov, för att kunna prioritera och rättvist fördela de resurser, som står till förfogande.

Den försöksverksamhet, som sker inom stadens socialförvaltning under medverkan av läkare från den socialmedicinska institutionen, kan ses som ett led i en utveckling mot sådan samordning. En funk-

tionell samordning mellan olika socialmedicinska verksamhetsformer synes på ett naturligt sätt ansluta till en socialmedicinsk institutions teoretiska och praktiska arbetsmetoder, låt vara att man i administrativt hänseende griper över skilda förvaltningsområden.

— — —

Till sist vill jag bara upplysningsvis nämna, att frågan om den socialmedicinska institutionens inlemmande i sjukvården i Göteborg f.n. är under utredning. En väsentlig anledning till att den inte redan lösts sammanhänger med att professuren, trots att den ännu icke existerat 10 år, redan har sin tredje ordinarie innehavare.

Paul Lindblom

Socionomer i arbete

En utförlig beskrivning av socionomernas utbildning och arbetsmarknad och en överskådlig genomgång av de olika arbetsuppgifter och befattningar, för vilka socialhögskolorna ger kompetens.

11:25

Gleerups