

Klinisk socialmedicin – ja tack!

I sin recension av den nya upplagan av den danska Klinisk socialmedicin gör Jan Halldin [1] ett kraftfullt uttalande för återupprättandet av sistnämnda socialmedicinska område i Sverige. Jag vill gärna stryka under hans synpunkter.

SUNE NYSTRÖM

professor, specialist i allmän psykiatri och i socialmedicin, Göteborg

II Den individriktade socialmedicinen är viktig för medicinaren såväl under utbildningen som senare under yrkesutövningen. Som student måste hon bibringas basala kunskaper, och under yrkesverksamheten behövs av och till tillgång till expertis, såväl kunskapsmässigt som när det gäller metodutveckling och hållningen till de etiska och andra praktiska problem som aktualiseras.

Frekvent uppdatering av läromedel

I båda skedena är givetvis en lärobok viktig. Gunnar Inghes stora verk från 1970-talet, där undertecknad fick förmånen att utarbeta den individorienterade delen [2], är givetvis inte aktuellt längre. Inte minst författningar har kort hållbarhetstid, och jag tror att det är svårt att i dessa avsnitt klara sig utan kompendier, som kan uppdateras tämligen ofta.

En modell är att knyta kontakter med praktiskt verksamma företrädare för andra relevanta vårdområden. Dessa resurspersoner känner väl till de ändrade krav som ställs utifrån, bl a genom ändringar i gällande bestämmelser.

Konkreta fall i undervisningen

I grundutbildningen måste studenterna också ha tillgång till autentiska och aktuella fall, för att undervisningen skall bli tillräckligt konkret och för studenterna lättare överförbar till deras kommande verksamhet. Bäst är förstås om de själva får tillfälle att undersöka patienten.

Men man är faktiskt inte beroende av att den socialmedicinska institutionen har egna patienter. Det går att få undervisningen att fungera om läraren hämtar sina fall från andra kliniskt socialmedicinska aktiviteter som han bedriver och även från sådana kontaktpersoner som tidigare nämnts.

En ytterligare möjlighet att bredda patientunderlaget är att återuppliva den samundervisning med företrädare för andra kliniska discipliner som bedrevs tidigt i ämnets historia. Socialmedicinaren tar upp sina speciella aspekter på fall

som hämtas från de andra disciplinerna, i samarbete med företrädare för dessa discipliner. Inget ämnesområde synes mig vara ointressant i detta sammanhang.

Men det är inte nödvändigt att studenten själv undersöker patienten. Det fungerar också bra att presentera fall skriftligt och låta studenterna förbereda sig för diskussioner inför läraren och nämnda resurspersoner om lämpliga lösningar. Man hinner med betydligt fler fall per tidsenhet på detta sätt. Denna modell har på 1980- och 1990-talen använts i Göteborg för bl a medicinska fall med anknytning till socialtjänst, arbetsvägledning och försäkringskassa samt för multiproblemfall.

Uppbackning under yrkesverksamheten

Den färdigutbildade läkaren har behov av att ute i praktisk verksamhet vidmakthålla sitt socialmedicinska kunnande, fylla kunskapsluckor, få hjälp med särskilt intrikata fall inom det aktuella området samt att diskutera rent professionella och etiska problem som dyker upp. Ibland är det så att läkaren på fältet inte är helt medveten om det tryck han

Grunden för en sådan aktivitet skulle vara vetenskap och beprövad erfarenhet. Medlen skulle vara utbyte av aktuell information, från litteraturen och från den egna verksamheten. Men några eldsjäljar måste till för att driva verksamheten. Finns dessa idag?

kan utsättas för av en stark organisation inom den sociala sektorn.

Vi är många som har märkt hur det t ex bland försäkringsläkare på sina håll utvecklats en normbildning, där objektivitet och saklighet inte hedras. Motsvarande kan hända inom andra områden, och läkaren kan behöva uppbackning för att värna om sin professionella integritet.

Behov som dessa synes mig vara svåra att tillgodose när man inte längre har en socialmedicinsk organisation av viss storlek att falla tillbaka på, en organisation som är oberoende av huvudmannen för den aktuella sociala verksamheten.

Nätverk?

Men om nu inte den bästa lösningen står till buds, kan man kanske hitta något som är näst bäst. Måhända kan man tänka sig att kolleger som bedriver olika former av fristående klinisk socialmedicinsk verksamhet kunde bilda ett nätverk, som hade till mål att främja sådan verksamhet generellt och att ge kolleger professionellt och moraliskt stöd.

Grunden för en sådan aktivitet skulle vara vetenskap och beprövad erfarenhet. Medlen skulle vara utbyte av aktuell information, från litteraturen och från den egna verksamheten. Men några eldsjäljar måste till för att driva verksamheten. Finns dessa idag?

Om de gör det skulle kolleger på olika universitetsinstitutioner med intresse för patientorienterad socialmedicinsk verksamhet kunna spela en viktig roll i sammanhanget. Organisatoriskt skulle kunna vara ett paraply.

Måhända skulle detta kunna vara en väg att, i all anspråkslöshet, förverkliga Jan Halldins paroll åtminstone till någon del – alltså att återuppliva den kliniska socialmedicinen i Sverige.

Referenser

1. Halldin J. Dags att återuppliva svensk socialmedicin. Läkartidningen 2001;98:483.
2. Nyström S. Samspelet individ/miljö. Socialmedicin 4. Nacka: Scandinavian University Books, 1979.