

Socialmedicin – ett stöd för utsatta

Jan Halldin

Leg läk, med dr. Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för Socialmedicin, Norrbacka, SE-171 76 Stockholm. E-post: jan.halldin@gmail.com

Läkare har genom historien ofta funnits som stöd för människor som i utsatt-het och utanförskap. I och med att socialläkarna försvann, den siste 2007, har det inte längre funnits särskilda läkare för samhällets utsatta grupper. Klinisk socialmedicin med rutinmässig sjukvård försvann redan på 1980-talet och finns nu inte längre som en reglerad del av den socialmedicinska specialistkompetensen. Författaren, som själv varit socialläkare i 15 år, anser att i det som händer i dagens sjukvård med privatiseringar och primärvårdens vårdval finns det skäl att återinföra klinisk socialmedicin. Som ett förslag på klinisk verksamhet föreslår författaren inrättandet av speciella socialläkarteram som skall bevaka de mest utsatta gruppernas situation och i utvärdering och forskning vara kopplade till socialmedicinska institutioner.

Physicians have often been a support to people in vulnerable situations. When social medical officers disappeared, the last one 2007, there are no special physicians for society's disadvantaged groups. Clinical social medicine with routine care was discontinued during the 1980s and is no longer a part of the social medicine speciality. According to the author, previously a social medical officer during 15 years, with the present privatizations and choice reforms in health services, there are reasons to reintroduce clinical social medicine. The author suggests that the clinical activity of social medical officer's teams should focus the most vulnerable groups, and that evaluation and research be connected to institutions of social medicine.

Historik

Det har sannolikt i alla tider funnits läkare som behandlat och vårdat människor tillhörande samhällets mest utsatta grupper. Fattigläkare kallades de läkare som under 1700- och 1800-talet tillsattes av myndigheterna i Stockholm och betalades av det allmänna för att gratis behandla medellösa sjuka [1].

Andrew Alfvén

Läkaren Andrew Alfvén (1870-1960) verkade framgångsrikt för att förbättra situationen för de bostadslösa och mest behövande männen i Stockholm under 1900-talets första halvsekel. Han har också kallats för fattigläkare även om han inte strikt passar in i definitionen ovan [2,3]. Alfvén drev filantropisk verksamhet och hade en helhetssyn i sitt arbete. Samtidigt som han arbetade kliniskt med att ge hem-

lösa män medicinsk vård och behandling försökte han förebygga epidemier bland dem. Han verkade för en förbättring av deras bostadsmiljöer och såg till att de fick tillgång till olika kulturella aktiviteter. Alfvén hade en medveten socialmedicinsk infallsvinkel i sitt arbete.

Ada Nilsson

Ett annat exempel på en läkare som med kunskap, medkänsla och handfasthet drev kliniskt arbete bland utsatta människor var gynekologen Ada Nilsson (1872-1964) [4]. Speciellt ömmade hon för fattiga barnaföderskor och för prostituerade kvinnor och deras livsvillkor. Hon blev också en av föregångarna i framväxten av kvinnorörelsen i Sverige. I sin läsvärda memoarbok ”Glimtar ur mitt liv som läkare”, som kom ut 1963, ser hon tillbaka på sitt liv som läkare och kvinnosakskämpe [5]. I Ulrika Knutsons bok ”Kvinnor på gränsen till nervsammanbrott. Grupporträtt av Tidevarvets kvinnor.” från 2004 ägnas ett kapitel åt Ada Nilsson [6]. Knutson skriver att Ada Nilsson var verksam bland annat som socialläkare. Socialläkare som begrepp har alltså kommit att användas också på läkare som tidigare varit socialt verksamma utan att inneha speciella socialläkartjänster.

Ovan nämnda två läkare var personer som under hela sitt yrkesverksamma liv under 1900-talets första halvsekel, både på ett kliniskt individuellt plan och ett övergripande socialpolitiskt samhällsplan, verkade som ett stöd för olika grupper av utsatta människor och deras livsvillkor. Deras arbete

var i högsta grad socialmedicinskt även om någon medicinsk specialitet i ämnet ännu inte fanns.

Gunnar Inghe

Gunnar Inghe (1910-1977) blev den förste läkaren i Sverige att inneha en socialläkartjänst. Han tjänstgjorde som socialläkare i Stockholms stad 1944-1961. Han blev sedan 1961 professor i socialmedicin. Inghe har varit en förebild och inspirationskälla för mig i mitt kliniska arbete med utsatta grupper bland annat i min tidigare verksamhet som socialläkare. Dessutom inspirerade han mig till klinisk socialmedicinsk forskning rörande missbrukare, psykiskt sjuka och hemlösa och till att ge utbildning rörande utsatta grupper till medicinstudenter. Det som kanske främst imponerade på mig var Inghes starka sociala och socialpolitiska engagemang och hans oräddhet att utmana etablissemang om det gällde svaga gruppers rättigheter. Jag kallar honom för ”de fattigas advokat” i en Läkartidningsartikel från 1999 [7].

Hans mest uppmärksammade bok, som fick en stor spridning och genomslagskraft i vårt land är ”Den ofärdiga välfärden” (1967) [8], som han skrev tillsammans med sin hustru Maj-Britt. Jag tycker följande citat ur boken, skrivet för drygt 40 år sedan, väl illustrerar också dagens situation rörande vård och omsorg i Sverige:

”Denna brist på medkänsla och solidaritet i konkurrensambället, denna avhumanisering i trygghetens hägn förklarar åtskilligt som kan synas oförklarligt för den som står mitt uppe i arbetet bland sjuka, olyckliga och

förkomna människor, och som ofta tycker sig kämpa en fruktlös kamp mot likgiltighet och slentrian.”

Mitt arbete som socialläkare

Jag arbetade på 1970- och 1980-talet under 15 år som socialläkare först i fyra år i Sollentuna kommun därefter i 11 år i Sundbybergs kommun. Jag upplevde socialläkararbetet som det kanske mest meningsfulla arbete jag haft under mitt yrkesverksamma liv. Jag fick en helhetssyn på människors livsvillkor genom att jag fick lära känna utsatta enskilda personer och familjer (många var dock ensamstående) i deras bostads- och närmiljöer. Mitt arbete som socialläkare har jag beskrivit i en artikel i Läkartidningen 2008 [9].

I och med att Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) från 1982 trädde i kraft upphörde kommunernas möjligheter att anställa läkare för sjukvårdande uppgifter. Den siste socialläkaren i Sverige blev Anders Annell som arbetade som socialläkare i Stockholms stad 1980-2007.

Klinisk socialmedicin med rutinmässig sjukvård och individuella patientkontakter försvann redan på 1980-talet i Sverige [10]. Klinisk verksamhet ingår inte heller längre som en reglerad del i den socialmedicinska specialistkompetensen.

Primärvården skall enligt HSL från 1982 sköta behandling, omvårdnad och förebyggande arbete även bland utsatta grupper. I realiteten har dock detta inte skett och situationen riske-

rar att ytterligare förvärras i och med att vårdval speciellt Vårdval Stockholm införts.

Utsatta grupper det centrala målet

I ett nummer av Socialmedicinsk Tidskrift (SMT) från 1991 om ”Svensk hälso- och socialpolitik på 1990-talet” skriver gästredaktören professor Leif Svanström inledningsvis att de utsatta gruppernas situation alltid är det centrala målet för socialmedicinsk forskning, undervisning och aktion [11].

Jag skall citera ett avsnitt ur en artikel, ”Socialmedicinens roll i svensk social- och hälsopolitik på 90-talet ” också av Svanström, i samma nummer av SMT [11]. Detta citat speglar väl vad som hänt och fortfarande med accelererande fart händer inom svensk hälso- och sjukvård:

”Är det verkligen förenligt med välfärdspolitiken att använda en del av tillgängliga medel till att privatisera hälso- och sjukvården för de redan välsituerade samtidigt som man skapar en sorts, relativt sett, fattigsjukvård för de andra? Klarar vi verkligen av att ge rimliga löner, samt utbildning till den vårdpersonal som behövs till de sjukaste, mest vårdkrävande? Är det verkligen identiskt med förväntningar i ett välfärdssambälle att skapa en överklass- och en underklass-sjukvård med olika värderingsystem, kostnadsystem och tillgänglighet? Hur skall vi kunna investera i förebyggande arbete idag när vinsterna kan hämtas om 10, 20 kanske 30 år?”

Hemlöshetsstudier

Under den senare hälften av 1990-talet bedrev ett forskarteam från Socialmedicin fältstudier rörande de hemlösa i Stockholmsregionen. Arbetet utmynnade i forskningsrapporten ”Socialt och socialmedicinskt klient- och patientorienterad verksamhet för utstötta grupper – främst bostadslösa – en modell för klinisk intervention och forskning” [12]. I rapporten påpekas att huvuddelen av forskningen rörande hemlösa skall avse socialmedicinsk, klinisk och social, klientrelaterad forskning. Forskningsrapporten låg till grund för att vårdcentralen ”Hållpunkt” startade på Söder i Stockholm 2001.

Forskningsrapporten ”En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm” gavs ut 2001 av en tvärvetenskaplig grupp forskare vid främst Socialmedicin Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet [13]. Det kanske mest innovativa inslaget i denna forskning var undersökningen och behandlingen av de hemlösas tänder. Resultatet av forskningsrapporten låg också till grund för att en tandläkarmottagning knöts till ”Hållpunkt”.

Alltsedan starten av ”Hållpunkt” har fortlöpande klinisk forskning bedrivits där i samarbete mellan bland annat Socialmedicin Karolinska Institutet och Odontologiska Institutionen Karolinska Institutet. En avhandling rörande hemlösas tandhälsa lades fram 2007 av tandläkare Patricia de Palma [14].

Utbildning i vård och behandling av hemlösa har givits till bland annat läkar- och tandläkarstudenter med utgångspunkt från ”Hållpunkt” och dess personal och i samarbete med Socialmedicin och Odontologiska Institutionen.

Forskning rörande utsatta grupper

Under senare år har forskning rörande utsatta gruppers hälsa och livsvillkor bedrivits vid Socialmedicin Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting av ett forskningsteam lett av professor Bo Burström (se exempelvis [15]). Den centrala frågeställningen har varit om utsatta grupper får sina vårdbehov tillfredsställda i det som just nu sker i sjukvården i Stockholms läns landsting med marknadsstyrning genom dels införande av Vårdval Stockholm inom primärvården och dels ökande privatiseringar av hela sjukvården (se vidare Bo Burströms artikel i detta nummer).

Som framkommit i det jag redovisat ovan har det genom åren skett olika satsningar från socialmedicinens sida på utredning av hälsa och vårdbehov hos utsatta grupper och också konkreta åtgärder rörande hemlösa personer i Stockholmsregionen.

Privatiseringar och vårdval diskuteras inte

Trots dessa satsningar har det funnits en tilltagande mångårig tystnad hos både vårdpersonal och forskare i vårt land över det som i sker sjukvården idag där marknaden ofta ensidigt till-

låts styra som i Stockholms län. Risken är stor för att denna marknadsstyrning särskilt kommer att drabba utsatta grupper.

Den nationella Missbruksutredningen (Dir. 2008:48) skall enligt sina direktiv göra en översyn av missbruks- och beroendevården och redovisa sitt uppdrag senast den 15 november 2010. Jag har som representant för en frivilligorganisation tillsammans med en del andra representanter för utvalda brukar- och ideella organisationer kallats till ett antal möten med ledningen för Missbruksutredningen. Vi har där fått ventilera och lägga synpunkter inom olika områden rörande vård och behandling av missbrukare. Jag har vid ett par tillfällen tagit upp hur dels privatiseringar inom beroendevården och dels primärvårdens vårdval kan påverka vård och behandling av missbrukare. Jag har inte fått några svar på dessa mina frågor utan mötts av tystnad. Trots att frågorna i allra högsta grad är relevanta anses de sannolikt alltför politiska för att diskuteras.

Varför behövs ingen evidensbaserad forskning och kunskap vid införande av olika styrningsinstrument rörande vård- och behandling? Hur kan vi kalla dessa frågor för enbart politiskt ideologiska och lämna över dem till politiker att enväldigt bestämma över?

Forskare kan riskera sina uppdrag

För att inte riskera att förlora sina uppdrag från exempelvis landstinget kan forskare inom socialmedicin idag ha svårigheter att tillräckligt ”högljutt” gå ut med relevant kritik av sjukvårdens privatiseringar och av primärvårdens vårdval. Detta är olyckligt i en demokrati som Sverige.

Efter att än en gång ha läst igenom ovanstående citat av Professor Gunnar Inghe för 42 år respektive av professor Leif Svanström för 18 år sedan ställer jag mig följande fråga: Är det någon av dagens professorer i socialmedicin som, på samma indignerade och socialpolitiskt ”rakt på sak” språk som i ovan nämnda citat, skulle uttala sig om utsatta gruppers tillkortakommanden i dagens svenska sjukvård och socialtjänst? Jag är tveksam med tanke på risker för eventuella konsekvenser trots att situationen för dessa grupper enligt min mening är betydligt värre nu än när citaten skrevs.

Hur kan vi stärka socialmedicinens roll?

Vad kan vi idag göra för att stärka socialmedicinens roll som försvarsadvokat för de utsatta gruppernas situation i det svenska samhället?

Den siste socialläkaren i Sverige slutade för två år sedan och det skulle nu i Sverige behövas ett medicinskt specialismråde som även kliniskt tog ett ansvar för de mest utsatta gruppernas hälsa och vårdssituation. Detta speciellt i en tid då privatiseringar och

vårdval inom primärvården riskerar att utsatta grupper med sammansatta vårdbehov även där hålls utanför.

Jag tror tiden nu av flera skäl är mogen för att tillföra någon form av klinisk verksamhet rörande utsatta grupper till de socialmedicinska institutionerna. Det skulle ge en helhetsyn på utsatta människors livsvillkor i socialmedicinsk klinik, forskning och utbildning. Det senare är inte minst viktigt i en tid då läkarrollen håller på att förändras och där ekonomiska perspektiv riskerar att ta över i allför hög grad. Det viktigaste i vården är trots allt människovärdet och de humanistiska perspektiven.

Jag är dessutom övertygad om att en klinisk socialmedicinsk verksamhet skulle ge en ökad legitimitet för specialiteten socialmedicin hos både läkarkollegor och sjukvårdspolitiker. Socialmedicin skulle på ett helt annat sätt än idag kunna göra sig gällande i den sjukvårdspolitiska debatten. Jag tror också att en klinisk socialmedicinsk verksamhet skulle locka till sig unga läkare och därmed också vara en överlevnadsstrategi för socialmedicin.

Hur kan en klinisk socialmedicinsk verksamhet se ut?

Hur skulle nu en klinisk socialmedicinsk verksamhet idag kunna se ut? Jag har tidigare i ett par artiklar [9, 16] sagt att det finns skäl att överväga att inrätta speciella socialläkarteam i utsatta områden som vissa stadsdelar i och förortskommuner till Stockholm

och andra storstäder. Socialläkarteamen skulle kunna tänkas bestå av en socialläkare, en eller ett par sjuksköterskor, en kurator, en psykolog samt eventuellt en läkarsekreterare (ungefär den personalutformning jag hade i mina tidigare socialläkarverksamheter i Sollentuna och Sundbybergs kommuner). Socialläkaren skulle i delar sin tjänst knytas till en socialmedicinsk institution för att där få hjälp med utvärdering och forskning i sin stadsdel eller kommun.

Socialläkarteamens främsta uppgift skulle vara att bevaka de mest utsatta gruppernas situation i respektive stadsdel eller kommun.

Det finns även andra alternativ till klinisk verksamhet. Ett är att koppla en vårdcentral för hemlösa exempelvis "Hållpunkt" till en socialmedicinsk institution (sjukvårdsverksamheten för hemlösa i Stockholm skall nu upphandlas).

Jag anser att Svensk Socialmedicinsk Förenings styrelse så snart som möjligt skulle ta initiativet till att bilda en arbetsgrupp för att utreda frågan om klinisk verksamhet inom socialmedicin.

Referenser

1. Nationalencyklopedin. Sjätte bandet. 1991.
2. Halldin J. En fattigläkares kamp för hemlösa män i Stockholm. *Läkartidningen*. 2006;103:779-80.
3. Ström-Billing I. Ungkarlshotell. Föreningen Söderhem, enskild filantropi och allmän socialvård 1900-1986. I: *Stockholmsmonografier*. Vol. 94. Stockholm: Stockholms stad, 1991.

4. Halldin J. Ada Nilsson – trygg läkare och stridbar kvinnopolitisk frontfigur. *Läkartidningen*. 2008;105:1509-11.
5. Nilsson A. *Glimtar ur mitt liv som läkare*. Stockholm: Natur och kultur, 1963.
6. Knutson U. Kvinnor på gränsen till nervsambrott. Grupporträtt av Tidevarvets kvinnor. Stockholm: Albert Bonniers Förlag AB, 2004.
7. Halldin J. Gunnar Inghe – de fattigas advokat. Sveriges förste socialläkare inspirerande lärofader. *Läkartidningen*. 1999;96:2895-7.
8. Inghe G, Inghe M-B. *Den ofärdiga välfärden*. Stockholm: Tidens förlag, Folksam, 1967.
9. Halldin J. Inrätta socialläkarteam i utsatta områden. *Läkartidningen*. 2008;105:2032-3.
10. Socialstyrelsen. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska kompetensen för läkare. Socialstyrelsen september 2005.
11. Svensk hälso- och socialpolitik på 1990-talet. *Socialmedicinsk Tidskrift* häfte 5, årgång 68, 1991.
12. Halldin J, Stenberg L, Sundgren M, Åhs S. Socialt och socialmedicinskt klient- och patientorienterad verksamhet för utstötta grupper – främst bostadslösa – en modell för klinisk intervention och forskning. Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för Socialmedicin, KI rapport 1998:2.
13. Halldin J, Beijer U, Feltzen E, Frithiof L, Ljung R, de Palma P et al. En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm. Stockholm: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, Socialmedicin och Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Avdelningen för socialmedicin, 2001.
14. De Palma P. Oral health among a group of homeless individuals from dental professional's and patient's perspective. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Periodontology, Institute of Odontology, 2007.
15. Burström B, Schultz A, Burström K, Fritzell S, Irestig R, Jensen J et al. Hälsa och livsvillkor bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Centrum för folkhälsa, Enheten för Socialmedicin och Enheten för Hälsoekonomi, Stockholms läns landsting. Rapport 2007:5.
16. Halldin J. Utsatthet och hemlöshet – att se framåt. *Socialmedicinsk Tidskrift* häfte 1, årgång 85, 2008:88-91.