

# Varför specialist i Socialmedicin?

Robert Irestig

Varför jag valde Socialmedicin som läkarspecialitet hängde främst ihop med dess bild av hälsan som ett tillstånd med lika nära relation till faktorer utom biologin och sjukvården som inom. Det perspektivet är många gånger överflödigt för den vardagliga, högspecialiserade vården men nödvändigt för att förstå proportionerna, en väsentlig del av en läkares kompetens, i allt det som kan kallas för hälso- och sjukvård. Jag fann det utmanande som ett komplementärt sätt förbättra hälsan hos många långsiktigt.

My reasons for deciding to become a specialist in Social Medicine was mainly because of its conception of health as a phenomenon related to structures outside what biology and the health-care sector encircle. This perspective can in the highly specialized care be omitted but since I apprehend that an important character of being a medical doctor is an ability to understand and utilize the proportions in the whole area of health and health-care I found it indispensable. A complex understanding of health is a prerequisite to support health among many with a long-term ambition.

## Vad fick mig att fundera över Socialmedicin som möjlig specialitet?

Ja, det var främst under grundutbildningen på läkarlinjen. Dock inte då det gavs en så detaljerad insyn i hur arbetet egentligen var. De flesta av de specialiteter som presenteras under de 5½ årens utbildning har ju mer eller mindre av patientfokuserat arbete (direkt eller via något fysiskt instrument som en röntgenapparat, ett mikroskop, ett provrör eller liknande) varför utbildningen till stor del innefattar en hantverksmässig sida där flera sinnen inkluderas. Många av

de vanligaste arbetsmomenten som ingår hinner upplevas eller prövas på och det går därför ganska snabbt att på ett annat än ett rent kognitivt sätt få en aning om hur man skulle trivas i just denna del av vården. Det socialmedicinska vardagsarbetet är svårare att förmedla. Under ett antal veckors socialmedicin hinns bara de teoretiska momenten med, man kan säga slutresultaten av verksamheten, de kunskaper som socialmedicinen fått fram och vill förmedla till samhället; vården och världen ur ett hälsomässigt perspektiv. Att som kandidater många gånger gör, följa med mer rutinerade läkare i deras dagliga sysslor skulle här innebära att sitta bredvid en över-

ler underläkare medan denne läser om effekterna på hälsans bestämmelsefaktorer av den senaste omorganisationen i primärvården... eller kanske när samma person gör en statistisk körning av ett stort epidemiologiskt material i sin dator (socialmedicinarens stetoskop).

En ytterligare svårighet är väl att de flesta socialmedicinarna har så relativt stor specialisering inom ämnet som sådant. Nog för att ingen representant för vilken specialitet det vara må kan allt inom denna, men när en liten fraktion av läkarkåren ska handha alla komplexa förhållanden inom socialmedicinens vida gränser visar sig skillnaderna i den gemensamma kunskapsbasen extra tydligt. En obstetrikern som flyttar från Luleå till Karlshamn torde efter relativt kort tid vara bekant med den nya arbetsplatsens varianter att hantera samma problem som i Norrbotten. Det som är den socialmedicinska verksamheten i Blekinge har man kanske bara hört talas om i andra landsändar, men inget mer. Vad är det som majoriteten av alla socialmedicinare i Sverige idag har gemensam kompetens i?

Men, om det inte var det direkta arbetet som blev min primära bild av specialiteten, vad var det då som var lockande med socialmedicinen? Vad är dess unika karaktär? Det var nog sättet att närma sig begreppen hälsa och sjukdom. Som läkare borde man väl kunna redogöra för vad hälsa är, och därmed dess komplement, ohälsa/sjukdom? Det var dock inget som under läkarutbildningen på ett enhet-

ligt sätt lades fram. Istället blev den underförstådda uppfattning den som något raljerande och schabloniserade har beskrivits som läkarnas kompetens om vilka som är friska; alla som inte söker någon form av vård. Det är ju lättare är att avgränsa och forska på orsaker till och åtgärder mot enskilda störningar i helheten. Socialmedicinen fann jag ville förstå hur och förmedla att hälsan även är beroende av faktorer helt separata från sjukvården, och hade tid och resurser reserverade för att arbeta med perspektiv på hälsa som jag tyckte vården var mycket dåligt medveten om. Kort sagt, en mer helhetlig bild av vad som jag tyckte att en läkare primärt skulle kunna göra att jag fann ämnet intressant.

Primärvården är väl annars den specialitet som borde premiera det hälsoinriktade perspektivet. Den specialitet där diagnoser diskuteras först efter att läkaren har insikt om vilken hälsa patienten har. Det var tilltalande och den mentala bild som var vägledande under min utbildning var att distriktsläkaren har en överblick över patienternas hälsa och är en kunskapsförmedlare av hur sjukdom hängde ihop med olika faktorer i många dimensioner, som kan presenteras beroende på patientens förståelse. Men jag förstod snart att distriktsläkarens vardag inte gav mycket tid över till att föra sådana samtal på den mottagningstid som fanns tilldelad. Primärvården har ju också tvingats i spagat av förväntningar att handha den alltmer komplicerade behandlingsarsenalen av alltfler patienter, de som för tjugo år sedan kunde räkna sig som skrivna på

lasarettet, och den uteblivna resurstilldelningen, vilket i sig måste bidra till att göra strategin för att öka antalet primärvårdsläkare svårare.

Visst har övriga specialiteter ur vissa aspekter det lättare; en patient söker på eget bevåg eller efter andras påtryckningar frivilligt (eller jodå, polishandräckning har jag också använt mig av någon gång) och lägger upp ett besvär som denne vill bli av med. Det är, återigen, ganska handfast och responsen kommer oftast ganska snart efter insatsen, beroende på specialitet dock varierande - oftast förbättring, inte ovanligt med total återställelse, men många gånger är ju besvären också oförändrade eller till och med förvärrade. I socialmedicinen får man ha ett helt annat tålamod och tidsperspektiv. Och tacksamheten från samhället kan ibland vara svårtolkad.

Men vad som vinnas på karusellerna kanske förloras på gungorna. Den intellektuella delen tror jag blir alltmer svårfunnen i en läkares arbetsbeskrivning. Är det en förklaring till den belastning läkare känner i arbetet? Thomas et al. skrev i JAMA 2004 att andelen som riskerar utbrändhet är hög för, främst ST-, läkare. Prevalensen varierar men ligger i flera fall i närheten av 50 procent och i något fall rapporteras att över 70 procent av de undersökta ST-läkarna uppvisar höga värden på skalan Maslachs Burnout Inventory. ”En tredjedel av ST-läkarna har på grund av hög klinisk arbetsbelastning funderat över att byta yrke.” stod det i SYLF's (Sveriges yngre läkare inom läkarförbundet)

ST-enkät våren 2009. Den skyddande faktor som yrkets förhållandevis höga grad av frihet och autonomi vanligen har förknippats med har minskat. Arbetsbelastningen i sig är nog en tillräcklig faktor för att knäcka många med goda och stark ambitioner men av vikt tror jag också är att man får mindre tid att använda sig av den intellektuella sidan av sin person, något som jag tror många, i likhet med mig, hade som motivation bakom yrkesvalet. I socialmedicinen tyckte jag att den sidan uppmuntrades.

Frågan om man som socialmedicinare ska vara kliniker eller inte måste jag ta upp. Jag tror inte att man måste det, och räknat på antalet yrkesverksamma, i framtiden om återväxten är så skral som den i dagsläget ändå verkar vara, så finns det kanske ingen tid till detta. Att ha två kompetenser tar ju mer energi att hålla uppdaterade än en. Men en fördel är att få den direkta koppling till vården som det innebär att möta patienter regelbundet. Det är en viktig källa till den empati som bör vara en läkares kännetecken. Empatin kan förstås finnas i samma utsträckning på annan grund, men det måste vara lättare om man ser vårdens och patienternas verklighet direkt. Det ger också en ökad auktoritet gentemot övriga, kliniskt verksamma, läkare, även om jag tycker att det är ett mindre viktigt argument; det bör ju vara ens förmågor inom sin specialitet som avgör vilken skattning man ska få. Annars liknar det lite den mer ytliga hierarki som av och till luftas då de olika specialiteternas, liksom olika sjukdomars, rangordning diskuteras.

Men då en patientkontakt ger insikter som inte kan läsas till så måste en auktoritet följa, primärt gentemot övriga inom det socialmedicinska och folkhälsovetenskapliga området, samma auktoritet vi som läkare i botten har i förståelsen av sjukdom och hälsa uttryck hos den enskilda individen.

Vilken unik funktion kan socialmedicinerna hävda framöver? Trots samhällets och vårdens allt högre komplexitet uppfattar jag att allmänheten förväntar sig att den senare ändå ska vara alltmer överblickbar och "leverera" hälsa borde det socialmedicinska perspektivet bli alltmer efterfrågat. Spår av misslyckanden finns ju här och var. Som färskt exempel återger jag ett debattinlägg i Läkartidningen den 28 oktober i år där den pensionerade specialistläkaren i psykiatri och företagshälsovård, tillika docenten, Leif Wallin i Göteborg inleder: "Rationaliseringar och besparingsprogram driver sedan länge svensk sjukvård in i organisationsformer som är den helt främmande. Jag vill hävda att sjukvården i allt väsentligt håller på att bli felorganiserad för sitt ändamål. I stället för ökad kostnadseffektivitet, som torde vara avsikten med organisationsförändringarna, håller resultatet på att bli en försämrad verkningsgrad i vården som helhet. De som styr detta ser sannolikt önskade effekter på de punkter i vårdkedjan där de väljer att mäta. Kvantitativt ser det kanske bra ut men för kvaliteten kan det likväl vara en katastrof. Huvudskälet är enligt min uppfattning att kontinuiteten i handläggningen av enskilda sjukvårdsärenden kommit på

undantag. Framför allt drabbas tre av de viktigaste delarna i vårdens sätt att fungera, nämligen informationshanteringen, kunskapsutvecklingen och förmågan att bygga tillit hos vårdtagarna." Jag tror tyvärr det är en ganska trovärdig bild av hur vårdens styrning och organisation, en socialmedicinsk hörnsten, inte alltid bygger hälsa, vare sig hos personal eller hos patienter. Om utvecklingen fortsätter som beskrivet borde en socialmedicinsk kompetens känna sig kallad och efterfrågad allt mer.

## Så, sammantaget; varför socialmedicin?

Nackdelarna, visst de finns ju där. Som nämnts är avståndet till en återkoppling av hur ens arbete verkligen förbättrar hälsan betydligt segare än för de flesta av våra kollegor. Förutom direkt uppföljande rapporter som med viss signifikans kan bekräfta detta så får många kanske finna tillfredsställelse i att de vet att arbetet är en viktig bas för en ökad hälsa bland många, utan att det på ett enkelt sätt bekräftas. Ibland kanske man kan få bekräftelse genom motsatsen; när en försämrad generell hälsa springer ur försummade socialmedicinska insatser, men liksom förbättringar kan ju de negativa effekterna visa sig långt efter en samhällsförändring. För de som beslutar om vården inriktning i stort förstår jag att de dagsaktuella opinionerna som media gärna förmedlar om bristande klinisk vård, i sig givetvis viktigt, måste handläggas primärt. Behovet av socialmedicinska insatser med effekter om 20-30 år är

svårare att se. Tålmodet och uthålligheten måste vara stor bland alla som arbetar inom fältet, läkare eller inte. Inte oviktigt är dessutom att då, till och med i Stockholm, läkarna med socialmedicinsk inriktning är ganska få så kan den känsla av gemensamhet med andra med samma bakgrund vara sällsyntare än vad övriga specialiteter kan erbjuda.

Men fördelarna är ändå den vilja bland de socialmedicinare jag mött att förstå det komplexa i hälsan, och att göra något för att förbättra denna, på ett annorlunda men eftertänksamt sätt. Som balans till den något isolerade läkaridentiteten inom socialmedicinen är ju kontakten och samarbetet över yrkesgränserna som i den övriga vården kan vara mer stängda mycket positivt. Att se den gemensamma ambitionen i en grupp av människor med en ganska varierad bakgrund i utbildningshänseende är roligt och vittnar om Socialmedicinens vikt. Valet har jag inte ångrat.