

Behovet av social expertmedverkan i medicinsk primärvård

Bonny Teglund

Denny Vågerö

Vilket behov kan en socialarbetare fylla på vårdcentral eller i primärvården? Vilka arbetsuppgifter får denne där och i vilken utsträckning blir det möjligt att utveckla samarbete mellan sociala och medicinska vårdformer?

Socialmedicinska institutionen vid Huddinge sjukhus har intresserat sig för ovanstående. Som ett led i arbetet lät vi distriktsläkarna svara på frågan: "Föreligger behov av kurator?" för samtliga patienter under en dag samt motivera detta.

Beteckningen kurator användes i formuläret, emedan vi föreställde oss att de flesta läkare genom sin sjukhuserfarenhet lättare kan identifiera behovet av social expertmedverkan i denna funktion. Det gällde alltså ingalunda något ställningstagande om socialassistenter kontra kuratorer som sociala experter i primärvården.

Resultaten pekar på att omkring 17 % av patienterna behövde sådan kontakt. Önskemål från läkarna om kuratorskontakt tycktes variera med social och demografisk struktur i upptagningsområdet och med olika uppfattningar bland läkarna om vad en kurator kan uträtta.

Bonny Teglund och Denny Vågerö arbetar vid socialmedicinska avdelningen vid Huddinge sjukhus, som kurator respektive sociolog.

hällets omsorger om individen under ett tak pågår och startas på många håll i Sverige.

I integrationssträvandena framstår samverkan mellan sociala och medicinska insatser som ett av de mest väsentliga målen.

BEHOV AV SAMVERKAN

Problematiken illustreras bl a av Westrin 1971. Han visade att hos 80 av 90 klienter vid en socialbyrå i Göteborg förelåg medicinsk problematik enligt socialassistenternas bedömning, och behov av samverkan var aktuell för 70 % av samtliga fall. Av 100 konsekutiva fall på en distriktsläkares mottagning i Göteborg ansågs 44 fall ha någon form av social insufficiens, och behov av samverkan med social expertis förelåg hos 22 fall. (2) Inghe gjorde 1972 en uppföljningsstudie med samma frågeställningar på två vårdcentraler, en läkarcentral och jourcentralen i Luleå (459 patienter). Social insufficiens ansågs föreligga hos 27 % av patienterna, medan samverkan med social expertis befanns vara önskvärd beträffande 9 %. Här varierade de olika läkarnas bedömning kraftigt. På socialbyrån i Luleå ansågs 73 % av 185 klienter ha medicinsk problematik, och behov av samverkan med medicinsk expertis förelåg för 60 %. (3)

I en undersökning av Bengtsson med flera i Örebro 1976 visade sig behovet av medicinsk utredning/bedömning/behandling variera mellan 5 och 70 % av klienterna vid olika socialvårdsenheter. (4)

Lindegård fann att cirka 35 % av dem som socialvårdats i en Göteborgs-population under 1970 var aktuella för slutna somatisk sjukvård under en

Helhetssynen i vårdarbetet är en princip som alltför bekänner sig till, såväl vårdgivare, administratörer som politiker, även om det är svårare att vara överens om de praktiska lösningarna vid genomförandet. Vårdcentraler — begreppet som lanserades av Socialstyrelsen 1968(1) — vinner ständigt ny terräng. Praktiska försök att samla sam-

femårsperiod. Av dem som sjukvårdats under samma femårsperiod visade sig 8,5 % av patienterna vara föremål för socialvård. Tyngst var behovet av sociala insatser inom den slutna kroppssjukvården för neurologi, dermatologi, lungmedicin och allergologi, vilket Lindegård menar svarar mot de patientkategorier där en sjukhuskurators insatser är särskilt önskvärda. (5) Dahlin påvisade i tre Malmö-områden 1975 att av den del av befolkningen, som hade nedsatt hälsa, var det 10 % som samtidigt hade uttalade sociala samt psykiska eller somatiska problem. I ett område, Kroksbäck, hade en tredjedel av barnen någon form av sociala eller psykiska problem. Dahlin sammanfattar sina resultat bl a med att påpeka att i områden med unga familjer är behovet av socialarbetare proportionellt större, medan områden med många åldringar behöver fler distriktssköterskor och hem-samariter. (6)

ORGANISATORISKA PROBLEM

Mycken möda har ägnats åt att organisatoriskt och administrativt utreda de problem som uppstår vid försök till samverkan mellan sociala och medicinska insatser och föreslå olika lösningar på dem. (SPRI-rapporten 14/72, (7) Tierp-projektet (8), Dalby-projektet (9) m fl). Den s k KOS-rapporten (10) och den efterföljande SAMSS-utredningen (11) utvecklade principen om s k delat vårdansvar, som innebär att kommunen blir huvudman för all socialvård och landstinget för all sjukvård, en uppfattning som har fått stöd av majoriteten av politiker och administratörer. En fråga som diskuterats mycket i detta sammanhang är huvudmannaskapet för kuratorerna, särskilt då det gäller gränsområdet mellan sjuk- och socialvård. Som ett resultat av detta kan ses att vissa landsting betraktar kuratorerna som en självklar medlem av de psykiatriska öppenvårdsteamet.

Stockholms läns landsting lade 1974 fram sin principplan om den öppna vården i "Vårdcentral — en ny vårdmiljö". (12) Kuratorn hade här sin givna roll som social medarbetare i vårdteamet. I den reviderade öppenvårdsplanen har dock kura-

torerna inom den somatiska primärvården ersatts med önskemål om samarbete med socialvården. Beslut om ett femtiotal vårdcentraler för Stockholms län föreligger nu, några har startat, en av dem ett typ-projekt på Lidingö. Här har Lidingö kommun tillhandahållit en socialinspektör. Av en första utvärdering synes dock resultatet av samverkan mellan sociala och medicinska insatser ha varit mycket måttligt. (13)

Vid en enkätundersökning på en vårdcentral i Umeå framgick det att patienterna var mycket positiva till socialarbetare på vårdcentralen, men också att merparten av dem föredrog kurator framför socialassistent. (14) Väsentligare är kanske att diskutera innehållet i det samordnade sociala och medicinska arbetet. Vilka patienter behöver kontakt med socialarbetare, och vilka insatser förväntar man sig av det medicinskt-sociala samarbetet? De hittills publicerade rapporterna har i olika hög grad närmat sig denna fråga. Verkligheten bakom "socialmedicinsk orientering och helhetssyn på patienterna" kräver enligt vår mening bättre kunskaper och analyser av reella behov och arbetsuppgifter i primärvården. Vi hoppas kunna bidra till en belysning av detta genom en undersökning av behovet av "kuratorsinsatser" i primärvården. Vi ser detta som en av flera möjliga former av social expertmedverkan i primärvården.

KURATOR PÅ VÅRDCENTRAL

Att ta reda på i vilken utsträckning behov av socialarbetare föreligger i den medicinska primärvården och för vilka patienter behovet finns kan vara en väg mot bättre kunskap om vilka arbetsuppgifter som kan förväntas av integration inom primärvården. Genom en undersökning i Huddinge sjukhus upptagningsområde försökte vi få svar på följande frågor:

- Hur stort är behovet av kurator i primärvården i sjukhusets upptagningsområde?
- Skiftar detta behov med arten av de besvär patienterna söker för, med deras ålder, kön och bostadsort?

— Vilken typ av sociala insatser finns det behov av i den medicinska primärvården?

Upptagningsområdet: Expansion och obalans

Kännetecknande för Huddinge sjukhus' upptagningsområde har varit en mycket snabb nybyggnad och inflyttning de senaste fem åren. Nya bostadsområden har växt fram varje år: Vårby gård, Flemingsberg, Fittja, Alby, Hallunda, Norsborg m fl. Befolkningsökningen har inte motsvarats av någon ökning av antalet arbetsplatser och expansionen har varit mycket obalanserad. Den har frestat hårt på både Huddinge och Botkyrka kommuns ekonomi. Ekonomiska, sociala och socialmedicinska problem är vanliga. De är mest koncentrerade till nyinflyttningssområdena, med tendens till segregation och spontan gettobildning.

Sociala problem

Vissa siffror kan belysa problemen. 1974 var andelen socialhjälpstagare 14 % av befolkningen i Botkyrka, som därmed toppade statistiken i Sverige. Siffran för Huddinge var samma år 9 %, för Skärholmen 11,0 %, Södertälje 7 %. Genomsnittet för riket under detta år var 5,3 %. Som ett annat mått för sociala problem kan antalet begärda vräkningar användas. Under 1973 begärdes i Botkyrka 53 vräkningar per 10 000 invånare. En av de högsta siffrorna i landet. Inom Botkyrka kommun framträder vissa extremområden, t ex norra Botkyrka med 78 begärda vräkningar per 10 000 invånare. Genomsnittet i Sverige är 11 per 10 000 invånare. (15)

METOD

Pilotundersökning

Socialmedicinska institutionen vid Huddinge sjukhus utförde 1975 en mindre retrospektiv studie vid Södertälje öppna psykiatriska mottagning. Här framgick det att mottagningens kurator i viss utsträckning kommit att utgöra remissinstans för distriktsläkarna. Patienter med sociala eller psykosociala problem remitterades till psykiatriska mottagningen, där de till stor del omhändertogs av kuratorn. (16)

Endags-enkät till distriktsläkarna

Vår undersökning lades upp som en endags-enkät till samtliga distriktsläkare i Huddinge sjukhus' upptagningsområde (sydvästra förvaltningsområdet i Stockholms läns landsting). (17)

Den aktuella dagen (en tisdag under vårvintern 1976) tjänstgjorde 30 distriktsläkare, varav 26 besvarade ett enkätformulär. För varje patient antecknades: personnummer, namn, sysselsättning, patientens besvär, preliminär diagnos och läkarens åtgärd. Dessutom angav läkaren om behov av kurator förelåg och gav motivering härtill. Genom att summera svaren har vi erhållit ett genomsnittsvärde på det av distriktsläkarna i sydvästra förvaltningsområdet bedömda behovet av kurator, vilket vi accepterar som ett preliminärt mått på det verkliga behovet.

Beteckningen kurator användes i formuläret delvis emedan vi föreställde oss att de flesta läkare genom sin sjukhuserfarenhet lättare kan identifiera behovet av social expertmedverkan i denna funktion. Vi avsåg inte att härigenom diskriminera socialassistenter som sociala experter i primärvården.

Resultat

382 patienter besökte distriktsläkarna undersökningsdagen. Fördelningen av patienter var markant ojämn i olika kommuner eller bostadsområden i upptagningsområdet. I genomsnitt var det 15 patienter per 10 000 invånare i hela sydvästra förvaltningsområdet. *Tabell 1* jämför Huddinge, Botkyrka och Södertälje kommuner samt Skärholmens församling med avseende på antalet primärvårdsbesökare.

Tabell 1. Antal patienter i den medicinska primärvården Huddinge sjukhus upptagningsområde per 10 000 invånare undersökningsdagen. n = 382

Område	Antal patienter
Huddinge kommun	14
Botkyrka kommun	21
Södertälje kommun	14
Skärholmens församling	9

En jämförelse av vårdkonsumtionen inom upptagningsområdet visar att Botkyrka kommun ligger markant över genomsnittet, Skärholmen under genomsnittet och Huddinge och Södertälje kring genomsnittet för meddelad distriktsläkarvård. Vissa församlingar inom området låg markant högt, som t ex Botkyrka församling inom Botkyrka kommun (bostadsområdena Fittja, Alby, Hallunda, Norsborg, Eriksberg) med 32 besök per 10 000 invånare under undersökningsdagen. Detta pekar på att vårdtrycket i primärvården är ojämnt fördelat inom upptagningsområdet, med starkast vårdtryck från de stora inflyttningsområdena.

Läkarnas uppfattning av kuratorsbehovet

17 % av samtliga patienter (64 av 382) bedömdes vara i behov av kontakt med kurator.

Tabell 2. Antal läkare och antal patienter och andel patienter därav med kuratorskontakt fördelade på mottagningarna undersökningsdagen

Mottagning	Antal läkare	Antal patienter	Kuratorsbehov enligt läkaromdöme %
Huddinge I	1	15	—
Huddinge II (Fullersta)	2	32	25
Huddinge III (Trängsund)	2	30	20
Huddinge IV (Vårby)	1	23	4
Skärholmen	2	24	13
Skärholmen barn	2	17	—
Tumba (Botkyrka)	2	26	15
Hallunda (Botkyrka)	3	63	33
Hallunda barn (Botkyrka)	1	7	29
Hallunda gyn (Botkyrka)	1	14	21
Salem (Botkyrka)	1	20	—
Södertälje I	3	36	3
Södertälje II	1	19	26
Södertälje IV	1	24	21
Södertälje V	1	9	11
Södertälje barn	2	23	14
Hela området	26	382	17

Genomsnittssiffran varierade dock ganska starkt mellan olika läkare. Sju läkare ansåg inte att något behov av kurator förelåg för deras patienter. Sju läkare ansåg att kuratorsbehov förelåg för 4—11 % av deras patienter. Tolv läkare ansåg att behov av kurator förelåg för 20—47 % av deras patienter.

Vi kommer senare att benämna de förstnämnda 14 läkarna såsom mindre benägna att anlita kurator, de senare 12 som mera benägna att anlita kurator. Väsentligt är nu att tolka skillnaden i resultat på ett rimligt sätt. Man bör då diskutera huruvida skillnaderna beror på:

1. olikheter i patientströmmen till de olika läkarna och mottagningarna eller
2. olikheter i läkarnas uppfattning om vad kurator kan göra eller den vikt de lägger vid sociala faktors betydelse för patienternas hela problemsituation.

Olika läkarmottagningar och områden

De 382 patienterna fördelade sig på mottagningarna och efter bedömt kuratorsbehov som framgår av tabell 2.

En kommunvis uppdelning ger tabell 3.

Tabell 3. Antal patienter och kuratorsbehov därav fördelade på kommuner (kommundel)

Kommun (eller kommun-del)	Antal primärvårdsbesökare under undersökningsdagen	därav i behov av kurator enl läkarbedömning antal %
Botkyrka kommun	130	30 23
Huddinge kommun	100	15 15
Skärholmens församling	41	3 7
Södertälje kommun	111	16 15
Sydvästra förvaltn området	382	64 17

Kuratorsbehovet bedöms uppenbarligen vara olika stort i olika delar av sydvästra förvaltningsområdet. Särskilt stort bedömdes det vara i Bot-

kyrka kommun. Går vi ner på församlingsnivå kan vi hitta än mer markerade skillnader med Botkyrka församling (Fittja, Alby, Hallunda, Norsborg, Eriksberg) i topp med ett uppskattat kuratorsbehov av 31 %, Trångsunds församling i Huddinge med 20 % och Skärholmen med 7 %.

Som vi tidigare sett tycks den sociala problematiken vara markant större i Botkyrka församling och i Botkyrka som helhet och det är därför rimligt att anta att detta också slår igenom i bedömningen av kuratorsbehovet från de läkare, som arbetar i nämnda områden. En del av skillnaden mellan de olika läkarnas bedömning skulle i så fall ha sin förklaring i detta.

Ålders- och könsfördelning

Av de 382 patienterna var 219 kvinnor, 148 män. Femton var barn för vilka läkarna ej givit tillräcklig information angående könstillhörighet. 42 % av dem som ansågs behöva kurator var män, 58 % kvinnor. Högsta andelen av kuratorsbehov förelåg i åldersgruppen födda 1935—1954, 22 % för kvinnorna och 29 % för männen. *Tabell 4* visar antalet patienter i olika åldersgrupper, uppdelat på män och kvinnor, samt antal och procentandel av "kuratorspatienter" i varje kön- och åldersgrupp:

Tabell 4. Kön, ålder och andel "kuratorspatienter"

Födelseår	Kön	Antal pat	Därav kuratorsbehov-antal	%
—1914	Män	29	7	24
	Kvinnor	41	8	20
1915—1934	Män	24	5	21
	Kvinnor	39	6	15
1935—1954	Män	42	12	29
	Kvinnor	83	18	22
1955—	Män	53	3	6
	Kvinnor	56	3	5
	Övriga	15	2	13
Summa	Män	148	27	18
	Kvinnor	219	35	16
	Totalt	382	64	17

Besvärstyp — Kuratorsbehov

Det visade sig att behovet av kuratorsinsatser var störst vid vissa sjukdoms- eller besvärstyper, enligt den bedömning distriktsläkarna gjorde. *Tabell 5* visar detta.

Tabell 5. Antal patienter fördelade på besvärstyp. Kuratorsbehov för varje besvärstyp

Typ av besvär	Antal	Kuratorsbehov för gruppen %
Nervösa besvär	23	74
Magbesvär	24	42
Rygg och extremitet skada	14	29
Allergi/astma	16	25
Rygg och extremitet smärta	29	24
Gyn och ven sjukdom	23	17
Yrsel, trötthet, huvudvärk	12	17
Inresekretoriska sjukdomar	6	17
Blodtryck	26	15
Hjärtbesvär	15	13
Diverse intyg	13	8
Akuta infektioner	155	4
Hudåkommor	13	0
Övrigt	13	15

Det kan noteras att kuratorsbehovet endast var 4 % för 40 % av patientmaterialet (akuta infektioner — 155 av 382) medan det var 26 % för resterande 227 patienter.

Vi jämförde förekomsten av de besvärstyper som ansågs ha stort behov av kurator inom olika delar av upptagningsområdet på grundval av rangordningen i *tabell 6*.

Skillnaderna mellan de olika områdena vad gäller andelen patienter är som synes påfallande liten. Bedömningen av kuratorsbehovet varierar dock markant. Trots att det rör sig om patienter med samma besvärstyper, görs väsentligt olika bedömningar i Skärholmen och Botkyrka. Går vi ner på mottagningsnivå kan vi hitta än större skillnader. På Hallunda vårdcentral, där 36 % av patienterna ingick i dessa besvärstyper, uppgavs att 66 % av dem var i behov av kurator. Nämnas kan att Hallunda vårdcentral vid undersöknings-tillfället inte hade något samarbete med socialvården.

Tabell 6. Andel patienter med nervösa besvär, magbesvär, skada eller smärta i rygg eller extremiteter, allergi eller astma, fördelat på olika delupptagningsområden, samt andel kuratorspatienter därav.

Kommun	Andel patienter med ovan nämnda besvär %	därav i behov av kuratorskontakt %
Botkyrka kommun	29	57
Huddinge kommun	29	38 $p < 0,01$
Skärholmens församling	21	11 ($\chi^2_3 = 12,49$)
Södertälje kommun	29	22

Systematiska skillnader i läkarkåren?

Fanns det systematiska skillnader mellan olika uppfattningar om kuratorsbehovet inom läkarkåren? En jämförelse visade att det knappast var någon skillnad mellan manliga och kvinnliga läkares bedömning. Vidare fann vi inga väsentliga skillnader då vi kategoriserade läkarna efter ålder och utbildning. Bland de läkare som minst ofta ansåg behov av kurator föreligga återfanns AT-läkare och specialister, möjligen med någon övervikt för barnläkare, som ju förstås har många

Tabell 7. Förhållandet mellan läkare med många respektive få patienter och benägenheten att ange kuratorsbehov

	Antal läkare därav som tillhör gruppen "mindre benägna att anlita kurator"	Antal läkare därav som tillhör gruppen "mer benägna att anlita kurator"	
Läkare med högst 14 patienter undersökningsdagen	7	6	13
Läkare med minst 15 patienter undersökningsdagen	7	6	13
	14	12	26

infektionsfall, vilket knappast i någon större utsträckning föranleder behov av kurator.

Spelade läkarens arbetsbörda, mätt i antalet patienter, in på bedömningen av kuratorsbehovet? Vi jämförde läkare med få patienter och läkare med många patienter. Inte heller detta tycktes ha någon betydelse. Tabell 7 visar en helt jämn fördelning och pekar på att antalet patienter som läkare behandlar inte avgör hur många som bedöms behöva kurator.

Vilka kuratorsinsatser?

Motiven för kuratorsinsatser formulerades ofta som: ensamhet, depression, äktenskapligt trassel, relationsproblem, personliga problem. Samtidigt fanns också behov av praktiska åtgärder, typ arbetsvårdsremisser, behov av svenskundervisning, information om sociala rättigheter och orientering om socialvården. Schematiskt kan de begärda kuratorsinsatserna delas upp i:

- 1. väldefinierade åtgärder som läkare beställer av kurator
- 2. utredningar av patientens hela sociala och personliga situation genom klarläggande samtal, eventuellt förenat med konkreta åtgärder. Stöd-kontakt.

En genomgång gjordes av de 64 patienter i materialet som ansetts behöva kontakt med kurator,

Tabell 8. "Kuratorsbenägenhet" kontra motiv för "kuratorsinsats" hos läkarna

	Antal pat enligt typ 1	Antal pat enligt typ 2	
Mindre kuratorsbenägna läkare (14 st med 205 patienter)	6	4	$p < 0,05$ (χ^2 med Yates korrektion = 5,69)
Mer kuratorsbenägna läkare (12 st med 177 patienter)	10	44	

64

varvid motiven för kuratorsinsats delades upp på åtgärder av typ 1 eller åtgärder av typ 2, enligt ovanstående. *Tabell 8* visar resultaten.

För de 64 patienter, som bedömdes ha behov av kontakt med kurator, önskades i 48 fall åtgärder av typ 2 och i 16 fall åtgärder av typ 1. Av de 48 fall, där åtgärder av typ 2 var motivet, svarade de mer kuratorsbenägna läkarna för 92 % och de mindre kuratorsbenägna för 8 %.

I de 16 fall där åtgärder av typ 1 var huvudmotivet var 10 önskade av de mer kuratorsbenägna läkarna och 6 av de mindre kuratorsbenägna läkarna. Vi kan också se att de mer kuratorsbenägna läkarna relativt oftare använde sig av typ 2-åtgärder i förhållande till typ 1-åtgärder, medan motsatsen är fallet för de läkare som är mindre benägna att anlita kurator. Skillnaden i läkarnas olika benägenhet att anlita kurator kan sannolikt till stor del förklaras av inställningen till åtgärder av typ 2, vilket vi menar kan hänga samman med föreställning och kunskap om kuratorskompetens. Dessutom tycks den demografiska och sociala strukturen hos patientgruppen spela stor roll som vi tidigare pekat på.

Sammanfattning

Vi har med vår undersökning försökt närma oss frågan om storleksordningen på behovet av social expertmedverkan i den medicinska primärvården och relatera det till demografiska faktorer, det diagnostiska panoramat, läkarnas bakgrund och inställning till typen av önskad medverkan. Vid tolkning av resultaten bör det kanske framhållas att materialet är begränsat och endast omfattar patienter i primärvården under en dag. Möjligt är dessutom att resultaten skulle blivit annorlunda om man istället för kurator frågat läkarna om behovet av socialassistent. Frågan om de kommunala huvudmännens delade vårdansvar har vi här emellertid inte tagit ställning till. Istället har vi försökt definiera vissa behov i primärvården. Socialassistentens traditionellt repressiva roll bör troligen ersättas med en mer terapeutiskt inriktad arbetsfunktion, som mer överensstämmer med kuratorns nuvarande. Detta är dessutom helt i linje med socialutredningens intentioner. Frågan om en sådan

resurs behövs inom den medicinska primärvården i Huddinge sjukhus upptagningsområde anser vi kan besvaras med ja, med ledning av de bedömningar distriktsläkarna gjort. Behovet varierar dock med den demografiska och sociala strukturen i området. Samband finns också mellan de besvär patienterna söker för och behovet av sociala och psykosociala insatser. Läkarnas föreställning om socionomkompetensen tycks också påverka deras benägenhet att ange behov av kurator. Ju mer kvalificerade insatser man önskar, desto mer positiv är man generellt till kurator, oavsett arbetsbörda.

Socialmedicinska avdelningen vid Huddinge sjukhus och primärvårdsblocket i sydvästra förvaltningsområdet har under hösten 1976 och våren 1977 utvecklat en försöksverksamhet med kurator på Hallunda vårdcentral, som vi hoppas kan bidra till att öka insikten i frågeställningar kring och effekter av samverkan mellan medicinska och sociala insatser.

REFERENSER

1. Öppen vård. Socialstyrelsen redovisar. Stockholm 1968.
2. *Westrin, C.-G.*: Samordning av medicinsk och social vård. *Läkartidningen* 37: 4111—4120, 1971.
3. *Inghe, G.*: Socialmedicinsk forskningsenhet i Luleå — förslag till socialmedicinsk forskningsenhet i anslutning till försöksverksamhet med integrerad medicinsk och social öppenvård. 1972.
4. *Bengtsson, B., Fioretos, M., Roth, K.*: Den öppna socialvårdens socialmedicin — en enkätundersökning gjord vid Örebro kommuns socialförvaltning. Stencil. Socialmedicinska kliniken, regionsjukhuset i Örebro 1976.
5. *Lindegård, B.*: Socialfall i sjukvården — patienten i socialvården. *Läkartidningen* 3: 194—197, 1973.
6. *Dahlin, L.*: Levnadsnivå och hälsotillstånd, utnyttjande av social och medicinsk service i tre Malmödistrikt. Institutionen för socialmedicin, Lunds universitet, Malmö 1975.

7. Den öppna vårdens organisation. Rapport från en arbetsgrupp inom SPRI. SPRI-rapport 14/72.
8. *Smedby, B., Berfenstam, R.*: Samverkan mellan medicinsk och social vård. Några erfarenheter från förortsverksamheten i Tierp. Tierps-projektet. Rapport 1976. Stencil.
9. Dalby-undersökningarna. Läkartidningen 67: 3649—3691, 1970.
10. Svenska Landstingsförbundet: Samordning av sociala insatser inom landsting och kommuner "KOS-rapporten". Maj 1972.
11. Samordnad medicinsk och social service (SAMSS-rapporten Landstingsförbundets och kommunförbundets utredning.) Kommunförbundet 1976.
12. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden: Vårdcentral — en ny vårdmiljö. Principprogram för vårdcentralen inom Stockholms läns landsting. 1974-02-20.
13. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden: Försöksverksamhet vid vårdcentral (Lidingö-projektet) — Studier, erfarenheter och organisationsutvecklingsarbete. Stencil 1976-01-08.
14. *Andersson, M., Björk, A., Öberg, S.*: Umeå vårdcentral — en lyckträff? 2-betygsuppsats i social metodik vid socialhögskolan i Umeå 1975.
15. Projektskiss H 7 (Huddinge sjukvårdskommitté). Socialmedicinska avdelningen, HS, 1974.
16. *Teglund, B.*: Arbetsfördelning läkare/kurator vid en öppen psykiatrisk mottagning. Stencil. Socialmedicinska institutionen, HS, 1975.
17. *Teglund, B., Vägerö, D.*: Behövs kurator i distriktsläkarvården i Huddinge sjukhus upptagningsområde? Stencil. Socialmedicinska institutionen, HS, 1976.



Trygghet i lyftet

Patientlyft modell Oxford är resultatet av mer än tio års erfarenhet inom lyfttillverkning.

Lyften är tillverkad av rektangulärt stålrör, som är ca 20 % starkare än motsvarande runt. Lyften blir på så sätt mera stabil och bärkraftig utan att därför bli tyngre. Patienten känner större säkerhet vid förflyttning och den låga vikten gör lyften lätt att transportera.

Stativet är i lackerat utförande medan övriga detaljer är förkromade.

Hjulbasens bredd regleras enkelt med ett handtag på baksidan av lyften. Detta kan flyttas utan att man behöver lossa några spärrhakar, och de olika lägena är orubbliga.

Länkar, kulleder och fästen är placerade invändigt i chassit, skyddade från oavsiktlig skadeverkan samtidigt som de ger en slät yttre kontur till hjulbasen.

Den hydrauliska domkraften är vridbar 360° och kan användas från båda sidor. Den är stark och behöver inget underhåll. Utlösningsventilen har automatiskt verkande bromsanordning, vilken förhindrar alltför snabb nedsänkningshastighet.

Kraftiga hjul med ljusa gummibanor. De främre hjulen, som bär upp 90 % av tyngden, är försedda med kullager. Samtliga hjul är läsbara.

Patientlyft modell Oxford finns även med extra lågt chassi.

Patientlyft modell Oxford är statsbidragsberättigad.

skandinaviska **mono lift** ab
box 475 · 12304 Farsta 08-64 2033