

Socialt och medicinskt samarbete

Referat av en diskussion

Malmöhus läns landsting anordnade i maj 1972 en konferens där frågor om samordning mellan social och medicinsk vård behandlades. Inledande föredrag vid denna konferens har publicerats på annan plats i detta nummer av SMT. Nedan följer en sammanfattning av den

diskussion som följde på föredragen.

Sammanfattningen har gjorts av socionom Inger Svensson vid Socialmedicinska institutet i Lund. Inger Svensson är lärare i socialmedicin vid landstingets vårdskola.

Debatten inleddes av provinsialläkaren *Leopold Recht*, Skurup. Som ledamot av socialnämnden i Skurup, läkare vid åldringsvården i Skurup och som provinsialläkare har Recht förankring såväl i den kommunala vården som i landstinget. Han kommenterade problemet att samordna åldringsvård och långtidsvård. Enligt Recht gäller för åldringsvården idag tre dekret:

1. Sjuka människor får ej förekomma på ålderdomshem,
2. Landstinget skall ta hand om de sjuka,
3. Kommunen är skyldig ta hand om sina invånare.

Recht menade, att det enda av dessa dekret som följs helt är det sista.

I Skurup har man nyligen gjort en inventering av kommunens omkring 2 000 invånare över 65 år och försökt kartlägga såväl sjukvårdsbehovet som behovet av social omvårdnad.

Inventeringen visade bl a att över 50 % av de som vistades på något av kommunens fem ålderdomshem var alltför vårdkrävande för denna vårdform och att 25 % av de som väntade på plats på hemmen var alltför dåliga för att bli placerade på ålderdomshem.

Recht framhöll slutligen att nästan alla de åldringar som idag kommer in på ålderdomshem kommer direkt från lasaretten och måste tas om hand hur vårdkrävande de än är. I Skurup överväger man att inrätta en sjukavdelning vid ålderdomshemmen för att kunna ge åldringarna erforderlig vård av kompetent personal.

Kurator *Alva Nissen*, Orupssjukhuset, tyckte bl a det var trösterikt höra att det verkligen börjar komma nya signaler till samarbete mellan de sociala och de medicinska vårdområdena.

Nissen upplevde en brist på resurser ej endast inom åldringsvården utan även inom långtidsvården och konvalescentvården. I detta läge anlitas de privata hemmen. Vem betalar då för patienten? En vårdbehövande måste ha rätt att kräva adekvat vård till rimlig kostnad oavsett vilken huvudman som skall stå för mellanskillnaden.

Slutligen framförde kurator Nissen önskemålet att få snabbare svar än hittills i allmänhet skett på skrivelser till landstinget angående bidrag till konvalescentvård. I väntan på svaret får patienten ofta ligga kvar på akutplats, vilken är betydligt dyrare än en konvalescentplats.

Kurator *Gillis Samuelsson*, vid hälsovårdscentralen i Dalby, informerade om en undersökning av nyblivna pensionärer i Dalby, som är mycket brett upplagd och omfattar bl a ett medicinskt, ett psykologiskt och ett odontologiskt avsnitt samt en social undersökning och en utredning om pensionärernas kostvanor.

De data, som insamlats skall ligga till grund för

~~~~~  
*Nästan alla de åldringar som idag kommer in på ålderdomshem kommer direkt från lasaretten och måste tas om hand hur vårdkrävande de än är.*  
~~~~~

en kvalificerad bedömning av vilka åtgärder som erfordras vad beträffar såväl den enskilde individen som gruppen i sin helhet. I över 40 % av fallen förelåg det behov av något slag av social insats. Icke mindre än 1/3 av de tillfrågade uppgav att de var intresserade av att hjälpa andra i samma eller äldre åldersklasser med t ex småreparationer, snöskottning, tillfälliga trädgårdsarbeten och dylikt.

I Dalby finns en åldringsvårdskommitté med representanter för olika yrkeskategorier som arbetar med åldringar samt för landsting och primärkommun. Den utgör ett försök och en strävan att integrera sjukvård och åldringsvård.

Landstingets sjukvårdsdirektör *Ake Haeggström* besvarade därefter några frågor. För den typ av konvalescentvård som kurator Nissen berört har landstinget varken i sin budget eller i sin vårdapparat några resurser. Däremot finns redan ett förslag om att göra avgifterna enhetliga för ålderdomshem och långvårdshem. Hægström framhöll avslutningsvis att socialmedicinarna förväntas hjälpa till med att kartlägga och bedöma vårdproblemen genom att värdera dem, ställa dem mot varandra och ge politikerna material till prioriteringar.

Kommunalarådet *Ture Pettersson*, Eslöv, frågade när utredningen av landstinget och kommunförbundets länsavdelning i samordningsfrågor kan förväntas presentera sina resultat och efterlyste bl a lösningar på de samordningsfrågor som är aktuella för de små landsortskommunerna, vilka knappast kan räkna med att få vårdcentraler inom de närmaste åren. Till Bertil Göransson ställde Pettersson frågan: "Skall landstinget helt överta all socialvård så att vi ute i kommunerna skall slippa den tunga posten i fortsättningen?"

Avdelningschef *Olle Svensson*, socialbyrå, Lund, försäkrade att ett digert utredningsmaterial kommer att redovisas under hösten 1972 vad gäller samarbetet mellan landsting och kommunförbundets länsavdelning. Redan nu föreligger en kommunenkät, som endast behöver formellt överarbetas innan den kan överlämnas.

Marta Lichtneckert, läkare på S:t Lars sjukhus, Lund, undrade om det överhuvudtaget finns någon

Skall landstinget helt överta all socialvård så att vi ute i kommunerna skall slippa den tunga posten i fortsättningen?

medicinsk verksamhet, som icke är i behov av ett mer eller mindre utvecklat samarbete med samhällets sociala organ. Inom psykiatri spelar i varje fall socialmedicinsk verksamhet en betydande roll.

Åtgärder för förebyggande av sjukdom ansåg M. Lichtneckert böra prioriteras betydligt mer i budgeten än hittills skett.

Vad åldringsvården beträffar ifrågasatte M. Lichtneckert med skärpa om ålderdomshemmen verkligen utformats efter åldringarnas önskemål och behov.

Misstänksamhet?

Socialchef *Heinz Schiller*, Landskrona, ansåg, att den lista med 10 punkter över samrådsproblem som professor Lindgren presenterat i sitt inledningsanförande väsentligen täckte problemområdet men ville därutöver göra några kommentarer. Bl a menade han, att det existerar en ganska utpräglad misstänksamhet mellan befattningshavare inom sjukvård och socialvård. Vid en konferens i Landskrona mellan läkare och representanter för socialvården hade det sålunda framkommit, att läkarna var dåligt orienterade om socialvården och dess resurser samt om socialvårdsmetodik och att socialvårdarnas kunskaper om läkarna och deras arbetsmetodik samt om sjukvården överhuvudtaget var rudimentära.

Schiller undrade vad professor Lindgren menade med kvalificerade socialarbetare.

Slutligen efterlyste Schiller mer samplanering på flera områden, framför allt inom åldringsvården. Det är angeläget att snarast sluta med att bolla åldringarna mellan landstingsinstitutioner och kommunala institutioner; vi hjälper definitivt icke de gamla med ett sådant förfarande. Landsting och kommuner bör gemensamt svara för en åldringsvårdsorganisation som omfattar både friska och sjuka åldringar. "Räkningen den delar vi efteråt"

Det existerar en ganska utpräglad misstänksamhet mellan befattningshavare inom sjukvård och socialvård.

med ledning av den andel respektive huvudman svarat för totalt.

Professor *Gunnar Lindgren* förtydligade vad som avsågs med en kvalificerad socialarbetare. Därmed menas socialarbetare som är så kvalificerade att de på egen hand kan utreda och behandla ärenden av även starkt komplicerad natur ute på fältet, varigenom det blir möjligt undvika att patienterna skickas runt till en mängd olika instanser under utredningens och behandlingens gång.

Överläkare *Ingmar Lagergård*, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Malmö, anknöt till *Heinz Schillers* uttalande om svårigheterna att komma över barriärerna mellan olika yrkesgrupper. I Malmö har man prövat en modell vilken innebär att läkarna förordnas vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken men har halva tjänstgöringstiden förlagd till verksamhet ute på socialförvaltningens institutioner och mottagningar. Organisationsformen har medfört att kommunikationerna mellan medicinsk och social vård starkt förbättrats och utökats — behovet av ömsesidig hjälp har vuxit. Läkarna har lärt sig att de ej behöver göra allting själva. Genom att man kommer nära varandra i samma rum lär man känna varandras kompetens och förmåga på ett naturligt sätt.

Lagergård menade vidare att det behövs nya varianter av fosterhem, nämligen fosterhem som ligger så nära hemorten att det blir möjligt hålla god kontakt mellan de biologiska föräldrarna och fosterhemmet. Det har visat sig, att detta ger större möjligheter förbereda barnens återkomst till hemmet och att en del spänningar kunnat förebyggas. I åtskilliga fall har hela familjen kunnat behandlas.

Slutligen framhöll *Lagergård* att man för de svåra fallen behöver kvalificerad familjevård. Det går ej att låta en assistent ha ansvaret för kanske

så många som 150 fosterhem utan kanske högst 30, om man verkligen skall kunna stötta både föräldrar och fosterföräldrar och vidareutbilda de fosterföräldrar som skall ta emot särskilt svårt störda barn. Man slipper ändå med denna vårdform att bygga institutioner och den unge införlivas i en närmiljö.

Landstingsrådet *Bertil Göransson* besvarade därefter en del frågor. *Ture Petterssons* fråga om landstinget avser överta huvudmannaskapet för den primärkommunala socialvården besvarades med ett definitivt nej. *Göransson* menade, att det finns andra aktiviteter som ligger betydligt närmare landstingets normala ansvarsområde än den i primärkommunen djupt förankrade socialvården, tex den slutna nykterhetsvården, den slutna ungdomsvården och eventuellt även kriminalvården. *Göransson* fortsatte: 'Den primärkommunala socialvården har bekymmer i kampdragningarna till landstinget och vi är här för att diskutera dem, men jag tror inte de är av den digniteten att vi inte på samarbetsvägar, så pass nära som vi ändå bor varandra, skulle kunna lösa dem. Vi har från landstingets sida inlett samarbete med kommunblock efter kommunblock. Där vi har satt igång det, har det uppenbarligen visat sig att de problem som finns med en god vilja på ömse sidor går att lösa och trots delat huvudmannaskap utan att det skall bli till förfång för den enskilda individen.'

På *Marta Lichtneckerts* fråga angående förebyggande verksamhet svarade *Göransson*, att ett huvudproblem är att man ännu ej säkert vet hur man på bästa sätt skall nå fram med sin information till dem som bäst behöver den. Han menade att en vårdcentral förankrad i en kommun har en god överblick och en ofta ingående kännedom om förhållandena inom ett mycket be-

Det behövs nya varianter av fosterhem, nämligen fosterhem som ligger så nära hemorten att det blir möjligt hålla god kontakt mellan de biologiska föräldrarna och fosterhemmet.

Myten om den försumliga yngre generationen förtjänar att avlivas.

gränsat område och är därför ett utmärkt instrument när det gäller att driva profylaktisk verksamhet i närkontakt.

Göransson avslutade sitt inlägg med en mycket konkret redovisning av den ekonomiska situationen och betonade att i framtiden gäller det för landstinget att prioritera inom en viss ekonomisk ram, ej att bevilja anslag till aktiviteter utanför denna.

Ny förvaltningskonstruktion

Gunnar Lindgren instämde helt i Göranssons uttalande att det är nödvändigt att rationalisera, prioritera och omfördela befintliga resurser samt att vårdcentralen bör kunna bli ett effektivt instrument för hälsofostran och förebyggande verksamhet.

Slutligen efterlyste Lindgren en förvaltningskonstruktion som tvingar de ansvariga politikerna att i en och samma grupp, gemensamt och samtidigt, ta ställning till och prioritera såväl primärkommunala åtaganden, t ex socialvård, som landstingskommunala åtaganden, alltså huvudsakligen sjukvård. Om ej tvånget att välja föreligger blir det säkerligen svårt att erhålla en balans mellan de olika sektorerna i samhällsutgifterna.

Överläkare Mats Pers, Nynäshamn, började med att säga att han mer än väl förstod kurator Nissens nödrop och bestyrkte, att kuratorer inom långvård och åldringsvård på många håll har ett mycket tungt arbete. Det är mycket sällan som några direkta nödrop från åldringarna själva eller de vårdande anhöriga hörs längre än till kuratorerna. Till massmedia och ännu mindre till politikerna når de sällan fram.

Pers har gjort åtskilliga tusen hembesök hos åldringar, sett deras miljöer och träffat deras anhöriga. Han konstaterar att myten om den försumliga yngre generationen förtjänar att avlivas. Det vilar en mycket tung börda, såväl psykiskt som fysiskt, på de anhöriga, som får ta stöten när

samhällets resurser ifråga om vårdplatser ej räcker till. Sekundäreffekterna med sjukdom och produktionsbortfall för de anhöriga är så betydande att de ur samhällsekonomisk synpunkt ej kan negligeras.

Socialchef Nils Nilsson, Hörby, ställde några frågor och ville bl a veta varför socialstyrelsen är så negativ till sjukavdelningar på våra ålderdomshem.

Överläkare Asta Blom, Helsingborg, framhöll att de samarbetsvägrigheter mellan läkare och socialassistenter som bl a Schiller redovisat, kan hänga samman med att läkarna under sin utbildning alltför litet tränats i team med socialarbetare av olika slag. Hon föreslog att icke endast psykiatrici utan alla medicinare överhuvud taget skulle få en viss praktiktid inom något socialt område i samband med undervisningen i socialmedicin.

A. Blom betonade därjämte betydelsen av förebyggande vård och samordning av sociala och medicinska åtgärder vid behandling av problemfamiljer. Nödvändigheten av kontinuitet i socionommedverkan vid behandling och uppföljning av komplicerade fall framhölls. Det slöseri med allmänna medel som onödigt provtagning och alltför frikostig läkemedelsförskrivning innebär påpekades avslutningsvis.

Överläkare Jörgen Ried, Helsingborg, anknöt till problemen med samarbetet och framförde ett önskemål om att socialvården skulle kunna ge service även på andra tider än enbart kontorstid.

Professor Stig Bengmark, Lund, redovisade med ett par exempel svårigheter han upplevt i samarbetet mellan den sociala och den medicinska sektorn. Bengmark menade att man löser ej problemen endast genom att döpa om några läkare till socialmedicinare. Vad som behövs är en omskolning och en attitydförändring t ex genom den typ av integrerad utbildning för socialvårdare och läkare han själv för några år sedan föreslagit i Örebro.

*Man löser ej problemen endast genom att
döpa om några läkare till socialmedicinare.*

Benchmark redogjorde därefter för socialmedicinska problem bland patienter på en kirurgklinik och konstaterade att de varken var få eller okomplicerade. Kirurgkliniken i Lund som har 1/4 kurator för 116 patienter saknar praktiskt taget möjlighet att komplettera sina kirurgiska ingrepp med socialmedicinska åtgärder i de fall sådana är erforderliga.

Överläkare *Claes-Göran Westrin*, Skövde, instämde i Benchmark's påpekande, att det behövs en attitydförändring på många fronter och kommenterade utförligt sitt ställningstagande. Attitydförändringen behövs ej endast bland läkare utan även inom andra vårdyrken. Socialmedicinen har hittills haft så stora fronter att bevaka på både forsknings- och utbildningssidan, att den behöver mer stöd och mer resurser än den hittills fått från myndigheterna om den skall kunna bidra till attitydförändringen i den takt och omfattning som uppenbarligen förväntas av socialmedicinen.

Socialdirektör *C. G. Stenkula*, Lund, delade ej Schillers negativa uppfattning om samarbetet mellan läkare och socialvårdare och såg optimistiskt på utvecklingen, särskilt för vårdcentralerna.

Leg. sjuksköterskan *Margareta Lang*, Länssjukhemmet, Skurup, ansåg att vi alltför länge undvikit att besvara frågan om det finns ett vårdtak, en gräns för hur länge och hur mycket vi skall vårda. Vidare undrade *M. Lang* om samhället gjort sig berett att ta hand om barnen till de många småbarnsmammor som vårdar åldringarna, t ex på somrarna, när skolorna är stängda.

Hur prioritera socialmedicinen?

Bitr. överläkare *Bengt I. Lindskog*, Socialmedicinska institutionen, Lasarettet, Lund, berörde den påtagligt avvaktande inställning många läkare fortfarande hade till socialmedicin och frågade landstingsrådet Göransson var socialmedicin befann sig på hans prioriteringslista.

Chefcurator *Ulla Fredlund*, Malmö allmänna sjukhus, påpekade, att kuratorskåren på sjukhuset länge och till stora delar varit underdimensionerad, varför kuratorerna ej haft någon möjlighet att

Pers trodde icke att man enbart genom rationaliseringsåtgärder skulle kunna täcka det stigande vårdbehovet inom åldringsvården under de närmaste decennierna.

utveckla verksamheten enligt sin målsättning och visa vad kuratorsgruppen med rimlig arbetsbelastning skulle kunnat tillföra sjukvården. *U. Fredlund* föreslog även att man borde kartlägga de konkreta behoven av social service vid en vårdcentral för att kunna fastställa vilken social personal som bör finnas på en vårdcentral.

Marta Lichtneckert, S:t Lars sjukhus, Lund, påpekade att antalet platser kunde reduceras på S:t Lars sjukhus om sjukhusets många patienter med senil demens kunde överföras i andra vårdformer. Sådan annorlunda vård kräver emellertid ett väl utvecklat samarbete mellan sociala och medicinska organ.

Göransson, framhöll att enligt hans mening vården av senildementa så långt det överhuvudtaget är möjligt bör ligga på vårdcentralen i primärkommunen.

B. I. Lindskogs fråga om var socialmedicinen befann sig på hans prioriteringslista besvarade *Göransson* indirekt med påpekandet, att det var *Göransson* själv som kontaktat och anmodat *Lindgren* att medverka vid anordnandet av dagens konferens.

Enligt överläkare *Sven Mårten Samuelsson*, Långvårdskliniken, Malmö allmänna sjukhus, bör för friska åldringar principen vara den att de skall kunna bo kvar i sina hem så länge som möjligt. Samhället kan ej bygga så många ålderdomshemslatser för "pensionatsvård", dvs för friska åldringar, att de täcker behovet. Han anser därför att ålderdomshemmen bör göras om så att de lämpar sig för sådana patienter som behöver tillsyn, men även en viss grad av vård. Hemmen skall då även få personal till att kunna vårda den typen av patienter. På så sätt skulle man kunna reducera de f n mycket långa köerna av patienter som väntar på långtidsvård och minska behovet av de dyra vårdplatserna på långvårdskliniker och sjukhem.

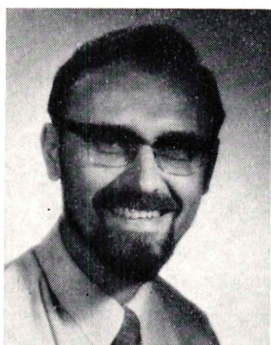
Det nu ej sällan tillämpade systemet att socialvården betalar sjukhusvården för de patienter som kommit in på sjukhuset, emedan det är svårt att ordna vård i hemmet eller på ett ålderdomshem respektive att landstinget betalar för sjukvård i hemmet, eftersom det är svårt bereda patienten en sjukhusplats, är ej ägnat effektivisera utnyttjandet av vårdplatserna eller att minska samhällets utgifter för de vårdbehövande åldringarna.

Pers trodde icke att man enbart genom rationaliseringsåtgärder skulle kunna täcka det sti-

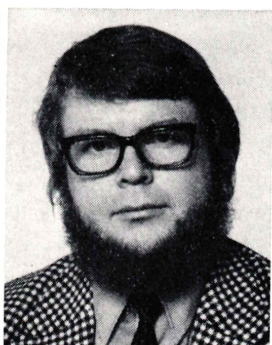
gande vårdbehovet inom åldringsvården under de närmaste decennierna. År 1990 finns det nämligen 35 % fler åldringar i samhället än vi hade år 1970.

I en avslutningsreplik redovisade *Lindgren* de möjligheter som finns att inom nuvarande ramar för undervisningen i socialmedicin ge medicinarna "en viss praktiktid inom något socialt område" och beklagade att socialstyrelsen nyligen genom ett beslut angående allmäntjänstgöring reducerat denna möjlighet.

Vision och verklighet



Lars Dahlin



Leif Svanström

Planeringen av öppen vård på landsbygden har nått långt medan man i storstäderna länge trott sig klara av den öppna vården med hjälp av sjukhus och privatläkare. De senaste årens explosion i sjukvårdsutnyttjande har visat att detta är omöjligt, framhåller i nedanstående artikel Lars Dahlin och Leif Svanström. I artikeln analyseras de speciella förutsättningarna för öppen-vårdsplanering i en svensk storstad.

Författarna är kliniska amanuenser vid institutionen för socialmedicin vid Lunds universitet. Svanström tjänstgör även som socialmedicinsk konsultläkare vid socialbyrå 4, Malmö socialförvaltning.

Om öppen vård och integration

1968 hade de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö 30 % av Sveriges folkmängd, och enligt prognoser från respektive städer räknar man med att år 2000 ha ca 50 % av landets befolkning. Sista årens utveckling pekar på en viss stagnation men tendensen i andra länder antyder att denna kan vara temporär.

Under mitten—slutet av 1960-talet har man i Sverige gjort försök till långtidsplanering inom

sjukvården, exempelvis "Sjukvårdsplan för Göteborg" (5) och "Sjukvården i Skåne" (4). I denna planering försöker man analysera pågående tendenser i samhällsutvecklingen och också planera sjukvården därefter.

Dessa utredningar såväl som ett stort antal utländska både i väst och öst rekommenderar en decentraliserad primärvård grundad på allmänläkare. Dessa tankegångar avspeglar sig bl a i ett flertal nummer av *World Medical Journal*. Beho-