

Socialmedicin i klinisk praktik

— ett samarbetsexperiment mellan kirurgisk och socialmedicinsk avdelning på Karolinska Sjukhuset.

Tomas Böhm

Christer Hogstedt

Marianne Rambro

Socialmedicinska avdelningen vid Karolinska Sjukhuset har funnits sedan april 1969 och en summering av verksamheten under de första två åren gjordes av underläkaren Tom Fahlén och kuratorn Marianne Rambro i Socialmedicinsk Tidskrift nr 5/71. Bland de målsättningar som där formulerades återfinns: "att uppnå ett aktivt förhållande till sjukhuset", d.v.s. att själv spåra upp problemen i stället för att vänta på remisser. Kortvariga försök med sådan verksamhet hade tidigare förekommit, men vi (hösten -71 arbetade undertecknade Tomas Böhm och Christer Hogstedt som underläkare och Marianne Rambro som kurator på avdelningen) ansåg att ett längre, intensivare samarbetsprojekt borde genomföras med en tung, somatisk klinik. Förutom nedanstående målsättningar bör experimentet även betraktas som ett led i den fortgående utprövningen av vad klinisk socialmedicin egentligen är.

Kontakter togs med kirurgkliniken, Karolinska Sjukhuset, som vi dittills hade haft relativt liten kontakt med, och vi blev positivt mottagna av klinikchefen.

Klinisk socialmedicin bör vara en övergripande disciplin. Vid sidan om socialläkeriet och samordnande socialmedicinska avdelningar bör de kliniska socialmedicinerna vara specialistkompetenta läkare inom vanliga specialiteter — socialdermatologer, socialkirurger etc.

Detta hävdas i nedanstående artikel på bas av författarnas erfarenheter av ett samarbetsprojekt mellan den kirurgiska kliniken och den socialmedicinska avdelningen på Karolinska Sjukhuset. I artikeln redovisas erfarenheterna från detta samarbetsprojekt (vars betingelser tidigare skildrats av Tom Fahlén och Marianne Rambro i SMT 5/1971).

Författarnas synpunkter är att betrakta som ett inlägg i de aktuella diskussionerna om socialmedicinen som specialitet, en frågeställning som för närvarande bl.a. utreds i Socialstyrelsen.

Vid tiden för arbetet var Tomas Böhm och Christer Hogstedt underläkare och Marianne Rambro kurator på socialmedicinska avdelningen, Karolinska Sjukhuset.

Målsättningar

Med hänsyn till andra uppgifter för socialmedicinska avdelningen ansåg vi oss kunna avsätta högst två månader för ett kliniksamarbete, som skulle ta omkring halva arbetsveckan för avdelningens två underläkare och kurator i anspråk (f.ö. finns endast överläkare, tillika professor på socialmedicinska institutionen med en orimlig arbetsbörda i undervisningen, och en sekreterare anställd på avdelningen). Under dessa förutsättningar avsåg vi att

1. skaffa oss en översiktlig bild av patienternas sociala förhållanden och ingripa med sociala stödåtgärder i alla fall där det var möjligt — ett optimalt kuratorsarbete på åtgärdssidan.

2. bedriva socialmedicinsk samundervisning på avdelningsplanet, dagligen och under längre tid, för medicine kandidater.
3. löpande återföra den sociala informationen vi fick i de enskilda patientärendena till avdelningen.
4. lära oss förstå något om samspelet mellan patienter och personal och mellan olika personalkategorier för att se om rutiner underlättar eller försvårar helhetsbedömningen av patienten.
5. genomföra långa intervjuer för en viss diagnosgrupp för att möjligen kunna göra några kvalificerade gissningar kring den sociala delen av etiologin, prognosen och behandlingssituationen.
6. under den två månader långa samarbetsperioden bedöma om ett samarbete liknande detta mellan en somatisk/psykiatrisk klinik och socialmedicinska avdelningen är en bra form för klinisk socialmedicin.

Som framgår av ovanstående punkter trodde vi oss inte kunna klarlägga några exakta samband — bedriva någon konventionell forskning — genom detta tillvägagångssätt, utan det gällde främst att utpröva en arbetsmetod.

Arbetsmetodik

Vi valde att uppehålla oss på en "dubbelavdelning", kirurgklinikens gastro-enterologiska sektion, två avdelningar, som administreras tillsammans. Vi befann oss där i så stor utsträckning som möjligt, vilket i praktiken blev ungefär på halvtid, med hänsyn till våra andra uppgifter. Det primära anamnesupptagandet skedde genom kandidaterna, som instruerades att ta en, för kirurgjournaler, relativt utförlig socialanamnes. Patienterna genomgicks med kandidaterna och detta ledde till kompletteringar i många fall. Varje patient har alltså bedömts och diskuterats utifrån socialmedicinsk synpunkt, vilket var huvudinslaget i den socialmedicinska samundervisningen.

I mer än hälften av fallen (se "åtgärdsquantifieringslista" *fig 1*) ansåg vi oss behöva ha egna samtal med patienterna för att kunna bedöma om

Fig 1. Åtgärdsquantifiering under tiden 13/9—5/11 1971

89 patienter "åtgärdade" av summa 133 patienter (som passerade avdelningen under denna tid)

Samtal med andra kliniker	10
Konvalecenthemsansökan	10
Långvårdsansökan	8
Läkarintyg om hälsotillstånd	2
Bostadsintyg	4
Hemhjälp	8
Längre samtal*	130
Samtal med anhörig	25
Samtal med myndighet	27
Summa åtgärder	224

* Längre samtal = samtal längre än 1/2 timme, som föranletts av kännedom om socialt problem.

Dessa 130 samtal fördelade sig på 85 patienter, varav samtalet hos 33 patienter ledde till ytterligare åtgärd.

fortsatt socialmedicinsk utredning eller åtgärd var nödvändig. Då vi ersatte sektionens vanliga kurator — som förutom dessa två avdelningar har fem andra och polikliniken — kom de stödjande, rådgivande och/eller utredande samtalen att resultera i konkreta åtgärder för en fjärdedel av patienterna. Våra personella resurser för det kurativa arbetet var ju väsentligt mycket större än den ordinarie kuratorns.

Förutom av vad som framgår senare i artikeln om efterkontakter med hela patientgruppen "remitterade" vi fyra patienter till oss själva för fortsatt kontakt med socialmedicinska avdelningen.

Kontakten med avdelningen skedde annars genom storronden, vissa eftermiddagsronder, tillfälliga samtal och kaffepauser, dvs i stort sett som vanligt på en sjukhusavdelning.

Efter ett par veckor startade vi "socialkirurgiska" konferenser en gång i veckan med tillgänglig personal, kandidater och avdelningsläkare. Konferenserna utformades som sittornder där så många patienter som möjligt drogs och betoningen låg på de sociala faktorerna.

Vår position på avdelningen kan möjligen beskrivas som "deltagande observation", men som kommer att framgå av nedanstående diskussion kunde vi inte delta i avdelningsarbetet som organiska delar.

De 83

Under den åtta veckor långa samarbetsperioden med kirurgavdelningarna, med sammanlagt 42 tillgängliga sängar (utan överbeläggning), skrevs 83 patienter in och ut. Fyra patienter blev in- och utskrivna två gånger, varför antalet hela vårdperioden blev 87. Avdelningen var naturligtvis belagd såväl när vi började som slutade, men dessa patienter är således inte medtagna i vår sammanställning, annat än i fig 1. (Vi skötte det kurativa även för dessa patienter). Endast en patient var inskriven under hela samarbetsperioden.

De 83 patienterna utgjordes av 46 män och 37 kvinnor. Medianåldern för såväl kvinnor som män var 50 år. Endast nio patienter var över 69 år gamla. 26 patienter var uppvuxna i Stor-Stockholm och 60 bodde vid vårdtillfället inom upptagningsområdet, som består av c:a 150 000 människor (varav 110 000 över 14 år).

17 patienter var ogifta, 53 var gifta eller sammanboende, 7 skilda, 6 änkor/änklingar.

Vi klassificerade 12 patienter som tillhörande socialgrupp I, 36 i socialgrupp II och 35 i socialgrupp III.

Medelvårdtiden för in- och utskrivna patienter blev 11,6 dagar.

27 patienter hade vårdats tidigare under 1971 på någon KS-klinik. 22 under samma huvuddiagnos och 7 under annan huvuddiagnos (2 patienter hade 2 tidigare vårdtillfällen). *Sammanlagt omfattade dessa tidigare vårdtillfällen 104 veckor, jämfört med 146 vårdveckor för de 83 patienterna under samarbetsperioden.*

Bland huvuddiagnoserna märks 14 ulcus duodeni, 3 ulcus ventriculi, 6 gallsten, 5 gallblåseinflammation, 5 bukobservation, 4 fetma, 3 Mb Crohn, 7 bräck, 3 bröstcancer, 3 ändtarmscancer, 3 tjocktarmscancer och 2 bukspottskörtelinflammation. Dessutom 28 enskilda huvuddiagnoser.

Behandlingen blev i 59 fall operativ och av de 28 icke-opererade utreddes eller observerades 11 utan särskilda mediciner vid utskrivningen.

Vägen in till avdelningen hade för 19 patienter gått via akuten och 31 patienter kom från kirurg-polikliniken. Till KS:s kirurg-poliklinik kom under första kvartalet c:a 1/3 på remiss och 2/3 hade själva bestämt tid utan remiss. *Uppskattningsvis 40 patienter, eller omkring hälften, hade alltså sökt på kirurgen, KS, själva.*

Praktiskt taget alla patienter ringdes upp för komplettering av uppgifter och en ytlig problemsökning 1—2 månader efter utskrivning. 50 patienter angav att de hade problem och det är slående hur stor del som angav sociala problem i vid mening (se problemlista, fig 2). Självfallet lämnade vi råd och bistånd

i anslutning till angivna problem, där sådant var möjligt.

Fig 2. Typ av problem vid telefonkontakt i vecka 49

2. Vårdar en sjuk moder och en sjuk syster.
4. Obotlig cancer.
5. Ekonomiska problem.
7. Ekonomiska problem.
8. Rädd för att förlora arbetet vid fortsatt sjukdom.
12. Besvär av inaktivitet.
14. Kraftnedsättning p g a hjärntumör. Isolerad. Bristande sysselsättning.
15. Ekonomiska problem och slitningar i familjen.
17. Isolering p g a ensamhet. Ålderskröplighet.
20. Fått lunginflammation i efterförloppet till nedläggning av caecostomin, p g a coloncancer.
21. Sjukdomsbesvär.
22. Familjen oroad p g a dålig rehabilitering och arbetet väntar.
23. Smärtor i ärret. Hade behövt längre sjukskrivning.
24. Diarréer, deprimerad och ängslig.
26. Ensam och isolerad. Skulle behöva mer hemhjälp.
27. Nervös för epileptiska anfall (benign hjärntumör).
28. Vill vara sjukskriven längre.
32. Senbesvär efter varicerooperation. Bekymrad och orolig.
35. Arbetslös. Rättegång för rattfylleri väntar. Körkortet draget.
36. Vill söka nytt arbete. Oro för familjen. Trivs inte i lägenheten.
38. Akut lumbago.
39. Diarré efter by-pass-operation.
40. Ekonomiska skulder.
44. Dålig ekonomi. Även makan sjukskriven. Känner sig dålig.
46. Makan har stark ångest.
47. Ännu svag och matt.
49. Usel bostad. Ovisst om pat kan återgå i arbete.
50. Nedsatta krafter. Problem med makan i äktenskapet.
51. Dålig hälsa. Benprotes.
53. Dåliga nerver. Jobbigt i plugget.
54. Väntar på operation av porta cavashunt.
55. Isolering. Ingen sysselsättning.
56. Dålig bostad. Fattig. Isolerad. Svåra ryggbesvär.
57. Usel bostad.
60. Bötesstraff som eventuellt förvandlas till fängelse. Stora skulder. Svårt att komma igång med företaget. Dålig ekonomi. Ont i benen.
63. "Arbetsvärden arbetar långsamt".

64. Ont i höft — står på väntelista hos provinsialläkare vilket tar tre månader.
66. Magbesvär. Trötthet. Arbetslös. Dålig ekonomi.
68. Vill bli frisk från sin cancer.
69. Svårt att komma igång. Trött.
72. Diarréer. Kramper i benen vid ansträngning.
73. Maken har hjärtbesvär.
74. Fortsatt diarréer.
75. De aktuella magbesvären. Kan inte äta all slags mat.
79. Mycket trött och ont i magen.
81. Plågad av fruktan för cancerspridning.
82. Långtar till Göteborg, trivs inte i Stockholm. Anser sig fastna här.
83. Ej fullt återställd efter bilolycka. Ett stämband fungerar inte.

Mediansjukskrivningstiden för den kända sjukskrivningstiden vid uppringningen (många kommer att få sina sjukskrivningstider förlängda vid kommande återbesök) var 6 veckor (se fig 3).

Teser och hypoteser

Det klassiska dilemma med specialisering kontra helhetsbedömning återfanns även på våra avdelningar. *Patienterna riskerar att bli "tekniska problem" i stället för individer, med sin aktuella sjukdom som en del av sin problematik.* Ulcuspatienterna är paradexempel på detta (se add).

Specialiseringen tycks medföra svårigheter att se sociala förhållanden och socialmedicinskt vetande som ett kunskapsområde. Man tillåter sig att "tycka fritt" utan den respekt för kunskap och vetenskap som man kräver inom sin egen specialité. Risken att specialisten blir moraliserande och fördomsfull visade sig i några fall. I linje med detta sker en *ansvarsutspädning* beträffande patientens medicinska och sociala problem. Trots — eller på grund av — den strikta hierarkin

är det ingen som tar ansvaret för vissa problem, t ex att patienten förstått och kan genomföra given ordination efter utskrivning, att intyg för sjuk- eller förtidspension måste åtgärdas, att hemförhållandena förvärrar sjukdomen.

Läkargruppen och den övriga personalen arbetar påtagligt isolerade från varandra. Det kan tydligt avläsas i sjuksköterskornas rapporter, som lider av *informationsbrist*. Denna brist leder till förhastade slutsatser och ibland moraliserande över patienternas önskemål och uppförande.

Sjukhusrutinens monotoni och den konstgjorda miljön medför risker för psykisk bedövning inför människors psykologiska och sociala verklighet. När vi på en rond återberättade en tonårings beskrivning av överklighetskänsla när han kom ut på gatan och såg andra färger än vitt och andra kläder än sjukhusrockar efter två månaders vård, avfärdades det med: "Han hade väl en ångestneuros redan när han kom in". I ett annat fall ringde avdelningen flera gånger upp svärdottern till en senil patient med inoperabel magsäckscancer och födointag genom slang från magsäcken ut på buken (Witzel-fistel), och krävde att patienten omedelbart skulle tas från avdelningen för vård hos svärdottern. Den psykologiska reaktionen hos en femtio-årig kvinna med metastaserande, icke-kurativ cancer och dödsångest skylldes man på "bristande biologisk skolning".

Sjukvårdsproduktionsspöket härjar på salarna. Irritationen över att vissa patienter inte "kommer iväg" (till hemmet, långtidsvård eller dylikt) snabbt nog när det inte finns något att "sätta kniven i" är stor. "500 kronor-om-dagen-argumentet" tas till för att bevisa de styrandes inkompetens och brist på förutseende. Inkonsekvensen är

Fig 3. Känd sammanhängande sjukskrivningstid efter första utskrivning

Antal veckor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Antal pat	2	2	5	6	6	2	8	3	3	2	6	3	1	4	0	0	3
SUMMA: 56 st																	
Pensionerade	14 st																
Döda	3 st																
Studerar	5 st																
Uppgift saknas	6 st																

emellertid slående ibland och ansvaret för samhällsekonomin är mindre uttalad i andra sammanhang. Samtidigt som platsbristen är en svår realitet och diskussionen om omhändertagandenvård är ofrånkomlig upplevde vi att utskrivningstakten var nyckfull — man gick ibland särskilda utkastarronder — och att produktionstidsförkortningen lika mycket var en egen ambition som arbetsgivarens. Felaktiga krav på kortare vårdtider öör ju inte accepteras — och framför allt inte gå ut över vissa patienter.

Kandidaternas närvaro och funktion är specifik för universitetssjukhus, men samtidigt av särskilt intresse eftersom de kommer att ha ett stort inflytande på den kommande sjukvården. Kandidaterna har en problemfylld mellanställning. De är delvis "värdelösa" ur avdelningens synpunkt, eftersom deras enda praktiska funktion är att skriva journaler åt avdelningsläkaren, men samtidigt skall de lära sig att ta ansvar för den medicinska ledningen. De upplever sig ofta som dåligt bemötta och svarar ibland den upplevda avogheten med egen arrogans. Bristande samarbete bland sjukhuspersonalen kvarstår.

Om man jämför kontakten mellan sjuksköterskeelever och sjuksköterskor å ena sidan och kandidater med avdelningsläkaren å den andra är det slående hur mycket naturligare samarbetet fungerar mellan sköterskan/eleven än kandidat/läkare.

Kandidaterna förefaller även dåligt utrustade att klara sina egna frustationer inför patienterna. De känner ett stort behov av undervisning och löpande handledning i terapeut-patient-relationen. Kandidaten tvingas nu skygga inför osäkerheten — som det inte finns något forum att ta upp i — och förneka den till förmån för skenbar säkerhet, problemnegligering och projektion av egna problem på patienten, typ: "jag vill inte fråga patienterna om deras barndom och äktenskapsproblem — för det skulle jag inte själv vilja bli utfrågad om".

Specialiseringen ger även kandidaterna ett alibi för att slippa gå in på sociala och psykologiska problem; "det där skall vi fråga om när vi går psykiatri- eller socialmedicinkursen — nu lär vi oss kirurgi".

De observationer som vi nu nämnt är de mer generaliserade. Det finns givetvis fler förhållanden och faktorer i en sådan här organisation, av typen personmotsättningar, rollstrukturer, uppgiftsdelegering, rutiner, som är av betydelse för funktionen liksom för trivsel och vården överhuvudtaget. Vi menar inte att förhållandena på dessa avdelningar är sämre än på andra. Många av de uppringda patienterna var spontant positiva över personalen.

Social rond

Vi föreslog och genomförde de "socialkirurgiska" konferenser, som beskrivits tidigare. De tjänade som information från vår sida om patienternas sociala förhållanden och som diskussionsforum kring patienternas sjukdom och problem. Viktiga principiella frågor kom gärna upp och vi kunde ana att dessa personalsitttioner skulle kunna få en stöttande, terapeutisk funktion, om de fortsatte. Vi tror att det skulle vara ett betydelsefullt framsteg om man kunde genomföra — som också sker på många håll — *konferenser varje vecka mellan kurator och avdelningspersonal*, inklusive läkarna. Inte bara för att diskutera placeringsärenden utan också helhetsbedömningar och arbetsfördelningen. Det skulle motverka den ansvarsutspädning, som vi menar finns.

I takt med att de sociala problemen ökar, liksom utgifterna, kommer allt större krav att ställas på sjukvården. Det är orimligt att tänka sig att kuratorerna skall hinna tala ingående med varje patient (på KS finns 28 heltidskuratorer. Varje år läggs 30 000 patienter in, förutom 300 000 poliklinikbesök). Primärkontakten kommer att handhas av läkaren (ibland kandidaterna) och denna måste ha ett sorteringsinstrument — d v s anamnesen — som fångar upp problemen. Vem som sedan verkställer åtgärderna växlar från fall till fall och klinik till klinik. *Det väsentliga är att problemen uppmärksammas och diskuteras så att någon kan ingripa.*

Socialdefaitismen

Den defaitism som finns vitt spridd om möjligheterna att "göra något" bör också motarbetas. Det

är förvisso riktigt att samhällssystemet sätter definitiva ramar för vad som "kan göras", men innanför ramarna ryms en hel del. Ett lyckat socialkirurgiskt fall såg ut så här:

60-årig, ogift frisörsalonginnehavare, utan anställda, kommer från med klin pga starkt misstänkt magsäckscancer. Har gått ned 25 kg på ett år och samtidigt haft svåra magsmärtor förutom kroniska ryggbesvär. Tvingas hålla salongen stängd under flera månader och fått sjukpenningen sänkt till 16 kr/dag. Har fått rådet att äta sju mål mat dagligen, gärna biffstek. Då patienten var fattig och bor omodernt utan kokmöjligheter, har det varit omöjligt. Patienten har tvingats leva på filmjolk. Efter denna socialnamnes skrivs bostadsintyg, läkarintyg om hälsotillstånd, intyg till socialbyrån och ansökan om konvalescenthem.

Patienten opereras med proximal selektiv vagotomi, eftersom det visar sig vara magsår och inte cancer.

Vid intervju med patienten sex veckor efter utskrivningen har han på konvalescenthem ätit upp sig 5 kg, kan äta och dricka allt, fått förtidspension beviljad och därmed bostadsbidrag till den nya, moderna, stora en-rummaren i samma stadsdel, kosttillskott och fria läkemedel från socialbyrån samt sjukgymnastik för ryggen.

Av fyra bostadsintyg hade tre resulterat i nya lägenheter inom sex veckor.

Intyg och telefonsamtal till sociala institutioner kan löna sig och därför skall patienten få möjligheten. En 21-årig patient med svår tarmsjukdom har förlorat c:a 30 000 kronor på att ingen — patienten, läkarna eller kuratorerna — tagit initiativ till sjukbidrag fem år tidigare, trots sjukdomens svåra, kroniska karaktär och en mångfald sjukhusvistelser. Även en kirurg, som kan transplantera njurar och ta bort hela magsäcken bör klara "socialmedicinska skrubbsår".

Socialmedicin och kirurgi — eller socialkirurgi?

Vi tvekar inte om att vårt samarbete medförde en del praktiska fördelar för patienterna och att vissa insatser t o m kan verka imponerande i en sådan här sammanställning. Men vi har inga hållpunkter för att vi tillfört kirurgavdelningen *något kvalitativt nytt*. Vi har sannolikt inte påverkat några attityder, vi har möjligen uppmärksammat

värdet av sittronder och visat att fler människor kan utträtta mer än färre. Skillnaden bestod ju huvudsakligen i att avdelningen tillfördes tre "specialkuratorer" — med rätt att skriva intyg.

Vi tror inte att klinisk socialmedicin kan bedrivas på detta sätt. Det finns ingen naturlig plats för socialmedicinare i avdelningsarbetet — såväl läkare som kurator finns redan.

Vi fick alltså ingen naturlig plattform i själva avdelningen. Praktiskt yttrade detta sig så att vi saknade rum att vara i, missade ronder, hade dålig kontroll över vad patienten och anhöriga informerades om, vad som sades vid utskrivningen m m.

Socialmedicinarens status är inte särskilt hög på andra kliniker och våra kirurgiska kunskaper imponerade knappast på KS-specialisterna.

I själva verket upplevde vi ofta att vårt arbete var ineffektivt och otillfredsställande. Vi blev alltmör övertygade om att det socialmedicinska arbetet bör göras av den vanliga avdelningspersonalen.

Det kan synas som en paradox att vi samtidigt menar oss ha funnit att den berömda "helhetssynen" saknas, som vi fastslår att detta arbete bäst utföres av dem som inte gör det i tillräcklig omfattning idag. Detta berör dels frågan om vad klinisk socialmedicin är och dels hur man uppnår ändrade arbetsrutiner, bedömningsgrunder och insikter.

Frågan om socialmedicinens verksamhetsfält är under utredning i Socialstyrelsen i samband med diskussionerna om att göra socialmedicinen till specialité eller behörighet. På socialmedicinska institutionen i Stockholm förberedes f n en längre artikel om detta, varför vi här lämnar den större frågan om vad som bör menas med socialmedicin överhuvudtaget.

I den avgränsade delen om klinisk socialmedicin på sjukhus menar vi att de sociala åtgärderna (se *fig 1*) till praktiskt taget alla delar kan klaras av en förstärkt kuratorsorganisation, som arbetar nära samman med de vanliga klinikläkarna. Vid flera socialmedicinska kliniker i Sverige upptas en stor del av verksamheten med patienter som skall utredas för försäkringskassan, arbetsvård eller so-

cialvården. Socialläkaruppgifter har knutits till eller flyttat in på sjukhuset. Från många undersökningar vet vi att dessa patienter är särskilt dåligt ställda. Det motiverar extra insatser. Men genom att de socialmedicinska klinikerna handlägger dessa patienter finns en risk att socialmedicin helt identifieras med socialläkeri. Det skulle vara en katastrofal begränsning av socialmedicinens verksamhet och möjligheter. Socialläkeriet är bara en pjäs i det socialmedicinska batteriet — och därtill en defensiv pjäs. Socialmedicinens offensiva möjligheter ligger i att upptäcka de berömda sambanden mellan sociala förhållanden och hälsa—sjukdom för grupper och populationer — innan de resulterar i sociala multiproblemfall, socialläkarfall.

Det finns ingen specifik socialmedicinsk patientgrupp — alla människor påverkas av det sociala sammanhanget. Därför kan klinisk socialmedicin inte vara en specialité av traditionell karaktär. Med klinisk socialmedicin bör menas en *övergripande disciplin*. Socialläkeriet behövs, men bör ske i närmaste kontakt med övriga socialarbetare och i en framtid ingå som en naturlig del av allmänläkarens arbete.

Den kliniske socialmedicinaren bör vara en specialistkompetent läkare inom en vanlig specialité, som förutom detta bedriver socialmedicinsk forskning, undervisning och handledning inom sitt område och på sin klinik.

Fördelarna med att ha en eller flera socialdermatologer, socialkirurger, socialoftalmologer, socialpediatriker etc på var klinik är uppenbara.

"Socialklinikern" har en naturlig plats på sin egen klinik, är auktoritet inom sin specialité, kan i samundervisningen och på kliniken få med helhetsanalysen på ett naturligt sätt, deltar i klinik- och avdelningskonferenser m m.

Det "sociala" i verksamheten får naturligtvis inte reduceras till "hygglighet" i största allmänhet. Det bör fordras specialutbildning i samhällsutvecklingens lagar och samhällsstruktur, socialkunskap, medicinsk sociologi och inte minst socialmedicinsk forskningsmetodik, främst epidemiologi. En viktig uppgift för socialklinikerna vore att bidra till den synnerligen utvecklade

forskningen i Sverige om sambandet mellan samhällsutveckling och hälsa/sjukdom.

Denna utbildning borde ske på vidareutbildningskurser på socialmedicinska institutioner och genom handledning av socialmedicinska överläkare. Det innebär att vi vill behålla socialmedicinska avdelningar på sjukhus för dels handlande funktioner av socialklinikerna och dels forskningsmässiga uppgifter i samordnade studier av upptagningsområdets morbiditet.

Vi menar inte att vi uttömt möjligheterna och verksamheterna för klinisk socialmedicin med detta förslag, men det vore ett kvalitativt språng om det realiserades. Tjänstekonstruktionen är inte självklar men knappast ett oöverkomligt problem om klinikchefer, administratörer, socialstyrelse och socialdepartement vill ha sådan verksamhet. Inte minst de två senare instanserna talar och skriver ofta om socialmedicinens stora betydelse utan att ha växlat honnörsorden till särskilt många kronor, relativt sett. Även om budgeten är sträng lär ju politik vara att vilja.

ADDENDUM

Om patienter med kirurgiska ulcus duodeni

Som nämnts inledningsvis avsåg vi att specialstudera en patientkategori för att få en djupare inblick i en grups problem. Som framgått av diagnoserna utgjordes den största gruppen av ulcuspatienter. Även om ulcus duodeni är den mest accepterade psyko-somatiska sjukdomen och uppfattningen att psykiska problem ofta bottnar i, eller starkt försämras av, sociala faktorer vinner terräng, så finns det förvånansvärt få arbeten om ulcussjukdomens sociala sammanhang. Särskilt jämfört med de rikliga fysiologiska studierna. Av dessa två skäl valde vi att "specialstudera" ulcuspatienterna genom långa (c:a 2 timmar) samtal, där vi lät patienterna berätta om sina liv med tyngdpunkten på sociala och psykologiska förändringar. Intervjuerna togs upp c:a en månad efter utskrivningen och vanligen i patienternas hem. Av de 21 ulcuspatienterna vi totalt mötte på avdelningarna kom vi senare att intervju 18. De tre återstående patienterna ville av olika skäl inte bli intervjuade. Av detta bortfall tillhörde två so-

cialgrupp I och en socialgrupp II, vilket i någon mån rättar till socialgruppsfördelningen i materialet. Se i övrigt denna och andra variabler i fig 4.

Fig 4. Specialintervjuade ulcuspatienter

	Ulcus duodeni 14 st	Ulcus ventr 4 st
Män	13	0
Fadern ur socialgrupp III	14	1
Fadern eller modern död		
när pat var under 10 år	6	1
Svår barndom	10	1
Enbart folkskola	12	3
Från landsorten till		
Stockholm	10	4
Onormala arbetstider (under		
flera år)	11	2
Svikna yrkesambitioner	7	2
Egen disharmonisk familje-		
utveckling	6	0
Genomsnittligt antal egna		
Subjektiva nervösa besvär	1	1,5
barn	9	1
Annan svår sjukdom, tidigare		
eller aktuell	5	4
Social isolering	7	1
Egen socialgrupp:		
III	10	0
II	4	4
Genomsnittligt antal syskon	4,5	5

Vi betraktar inte denna studie som forskning i konventionell bemärkelse, utan som en studie en passant, när socialmedicinska avdelningen samarbetar med en annan klinik.

De variabler som visas i fig 3 är delvis konstruerade efter materialinsamlingen och många av definitionerna är operationella. Figuren bör inte heller uppfattas som något försök till bindande kausalitetssyftningar. Det kan ju finnas gemensamma orsaker till såväl ulcus som vissa av variablerna.

Det genomsnittliga för en patient med ulcus duodeni-diagnosen, som vårdas på kirurgiska kliniken, KS, under den aktuella perioden skulle då vara: En *man*, som själv kommer från ett "socialgrupp III-hem". Pat har *många syskon*, men

får *få barn*. Medianåldern är 45 år (för kirurgiska ulcus) och pat har i allmänhet *endast folkskola*. Han har ofta *svåra uppväxtförhållanden* (Magnusson, Vilien) och är i flertalet fall *inflyttad* från landsorten till Stockholm (Lanz et al, Susser). Han har under långa tider haft *onormala arbetstider* (skiftesarbete, övertid m m) (Vidriksen) och har ofta *svikna yrkes- och livsambitioner* (Alexander). Patienten uppger sig ofta ha *nervösa besvär* (Gossling) och är i många fall *socialt isolerad* (Lanz, Rosenstein et al).

Som helhet kan sägas att intervjuerna påtagligt ofta presenterade en dramatisk och traumatisk biografi. Ulcusepisoden i dessa patienters liv upplevdes som en liten del i ett större helvete. Även om vi inte har någon kontrollgrupp och materialet är litet verkar det sannolikt att en slumpvis vald grupp av 18 individer skulle presentera liknande anamneser.

Ett axplock ur intervjuerna ger följande: (vi är tacksamma om dessa något förändrade översikter ej publiceras vidare.)

1) Född i arbetarhem på 20-talet, sex personer bodde i ett rum. Fadern alkoholiserad, suiciderade. Gått 5 år i folkskola, kom till anstalt p g a snatteri vid 13 års ålder, diagnosticerad som sinnesslö, tvångssteriliserad vid 15 års ålder. Upprepade fängelsevistelser, "gav fan i livet", har fortfarande flera bötesförelägganden över sig. Bor tillsammans med alkoholiserad kvinna.

2) Modern på mentalsjukhus då pat var 4 år. Ett otal fosterhem, 3 egna suicidförsök före 10 års ålder. Rymde till sjöss vid 14 års ålder. Återvände till hemorten och blev byggnadsarbetare med långa arbetslöshetsperioder. Svår brännskada några månader före inläggning. I alkoholpåverkat tillstånd krockat med bilen, som totalkvaddades några veckor före operationen, varvid en passagerare fick femurfraktur. Körkortet indraget.

3) Talsvårigheter vid 5 års ålder, nedsatt syn vid skolstarten, hjärntumör upptäckt och opererad utan radikalitet. Fick prognos på sex månader, men lever ännu efter ett tiotal år. Kommit efter i skolan, blivit isolerad och nervös, anmälts till barnavårdsnämnden p g a snatteri och knark. Sjukpension. Vårdats 4 gånger p g a ulcus och är opererad 3 gånger.

4) Modern död ett år efter pat:s födelse. På barnhem till 7 års ålder. Åter till faderns nya familj, där pat fick fungera som hembiträde under 7 år, fick mycket stryk och rymde hemifrån vid 14 års ålder. Kringflackande liv, nu tämligen besvärliga ångestsymptom

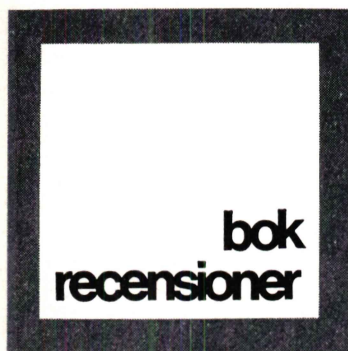
Det är svårt att säga något om de fyra ulcus ventriculi-patienterna annat än att det torde vara ett observandum att samtliga fyra hade eller hade haft någon annan svår somatisk sjukdom (perniciös anemi, thyreotoxikos, bröstcancer respektive benign hjärntumör med epilepsi).

LITTERATURREFERENSER

- Alexander, Franz:* The influence of psychologic factors upon gastro-intestinal disturbances: A symposium: General principles, objectives and preliminary results. Quar. 3 (1934), sid 501—539.
- Gossling, Robert, H:* Peptic ulcer and mental disorder. J psychosomatic res, 1958, vol 2, sid 285—301.
- Pflanz, M — Rosenstein, E et al:* Socio-psychological aspects of peptic ulcer. Journal of Psychosomatic Res, 1956, vol 1, sid 68—74.

Övrigt om ulcus/psykosomatik

- Retterstöl och Sund:* Psychosomatic aspects of ulcus disease illustrated by material from a psychiatric clinic. J Neuropsychiat. 3 (1962), sid 345—366.
- Wretmark, Gert:* The peptic ulcer individual. A study in heredity, physique and personality. Acta psych scand, 1953, suppl 84.
- Ustvedt, H J:* Psykosomatiska synvinkler på ulcussykdommene og ulcerøs colitt. Tidskrift for den norske lægeforening, nr 22, 15 november, 1959, sid 1279—1324.
- Wissner m fl:* Epidemiologic and clinical aspects of peptic ulcer in Switzerland, World Congress of Gastroenterology 1958, vol 1, Williams & Wilkens, Baltimore 1959.
- Tibblin, Gösta:* Ulcussjukdomen i populationsmaterial. Ulcussjukdomen, Nordiskt symposium, Göteborg 1966.
- Lindgren, G:* Socialmedicinska synpunkter på ulcussjukdomen, Nordiskt symposium, Göteborg 1966.



Sjukhusvärlden ur patientsynvinkel

ARNE H. LINDGREN

Svart dagbok

Bokförlaget Prisma, Stockholm. Ingår i serien "Det nya samhället" som nr 3. 135 s. capris kr 20.—.

I dagboken lämnar förf. en skildring från sjukhusvärlden ur patientsynvinkel. Han har period-

vis under flera år vårdats på ett svenskt psykiatriskt sjukhus. Skildringen är rätt rapsodisk men förf. får ändå fram sin kritiska syn på det auktoritära sjukhus-samhället och beskriver rätt väl risken för hospitaliseringsskador. Han säger på ett ställe i boken: "Man måste vara djävligt stark — psykiskt grundstark — för att klara av en längre tids vård på sinnessjukhus!" Han framhåller på flera ställen i boken att personalen varken har tid eller intresse för patienterna och klagar över att de ägnar ett alldeles för stort intresse åt städning — vilket är ett ganska vanligt klagomål. Man skulle verkligen önska sig en annan ordning för personalens arbetsinsats — en mer patientcenterad aktivitet, gärna i grupp.

Kritiken är delvis berättigad — framför allt vad det gäller den bristfälliga kommunikationen mellan personal och patienter. Samtidigt präglas boken av många överdrifter t.ex. förf.:s ne-

gativa inställning till all psyko-farmakologisk behandling. Förf. menar att den svenska mental-sjukvården ger en projicerad bild av hur det svenska samhället fungerar och hans kritik är sålunda inte bara riktad mot mentalsjukvården. Han påpekar hur omänskligt samhället tenderar bli och angriper byråkratiseringen men det centrala är att han inte får den information och insyn i sin situation, som han skulle ha rätt till.

Man kan inte undgå att i förf.:s beskrivning av vardagen på sjukhuset finna uttryck för ett visst förakt mot "skärmössefolket", som han kallar de övriga patienterna. Förf. säger sig kämpa för anstaltsfolkets rätt men man upplever att han samtidigt tar avstånd från de övriga.

Boken är dock läsvärd eftersom vi alltjämt har ganska få beskrivningar av anstaltsvärlden inifrån.

Börje Lassenius