

cinska avdelningen inte integrerad med kuratorerna; det är två olika aktiviteter som organisatoriskt inte har med varandra att göra. Det måste naturligtvis försiggå ständigt samarbete och några egentliga friktioner har inte förekommit men naturligtvis emotser vi så småningom någon form

av integration, inte nödvändigtvis efter den modell som Per Bjurulf skisserat här.

Överlämnar nu ordet till Tom Fahlén, som — tillsammans med kuratorn Marianne Rambro — burit lasset under denna inledande fas av verksamheten.

Den socialmedicinska avdelningen vid Karolinska sjukhuset

Tom Fahlén

Marianne Rambro

En aktiv relation mellan den socialmedicinska avdelningen och sjukhuset är betydelsefull för möjligheterna att verkligen fånga upp de väsentliga socialmedicinska problemen på sjukhuset framhåller i denna artikel Tom Fahlén, underläkare vid den socialmedicinska avdelningen vid Karolinska sjukhuset och Marianne Rambro, kurator vid samma avdelning. Artikeln skildrar framväxten av den socialmedicinska avdelningen vid Karolinska sjukhuset och de aktuella arbetsuppgifterna och målsättningen för denna avdelning.

När vi för snart två år sedan började arbeta med klinisk socialmedicin vid Karolinska sjukhuset, fanns det mycket få konkreta riktlinjer. Det som fanns skrivet innehöll huvudsakligen allmänt hållna och föga vägledande synpunkter. Det är självklart att det måste vara så. Frågan om hur en klinisk socialmedicinsk verksamhet skall utformas kan inte lösas frikopplad från den praktiska verksamhet det är frågan om. Man kan inte förvänta sig att det på förhand skall finnas en kunskap om de specifika förhållanden och de konkreta problemställningar som man kommer att

möta i arbetet. Eftersom det är frågan om en ny sjukhusfunktion har det därför varit nödvändigt för oss att hela tiden försöka utforma vårt arbete som ett *samspel mellan två verksamheter*: dels vårt arbete med patienter och dels vårt arbete med frågan om hur en socialmedicinsk verksamhet skall utformas. Den senare måste naturligtvis bygga på en kunskap som inte kan förvärfvas avskild från den praktiska verksamheten. Därför är vår avsikt att i den här artikeln beskriva verksamhetens utveckling genom att beskriva samspelet mellan utvecklingsarbetet och patientarbetet.

Individuella och "generella" förhållanden

Vårt arbete med de två patienter som först remitterades till oss kan vara av intresse som utgångspunkt för en redogörelse. Vi la ner ett mycket omsorgsfullt arbete kring dessa patienter, bl. a. för att därigenom vinna erfarenheter. Det innebar att vi tog mycket ingående kontakter med de institutioner som var eller hade varit inkopplade. Ett motiv till det var att ett mål för vår verksamhet var integration utåt. Det gällde således att *genom patientarbetet* få en så god bild som möjligt av olika sociala och medicinska institutioners sätt att fungera. Med andra ord: Hur fungerar de i förhållande till våra patienter och i förhållande till varandra? Vad vet de om våra patienter? Vilka åtgärder vidtar de och vilka vidtar de inte? Vilken effekt har åtgärderna? I vilken utsträckning och på vilket sätt görs dubbelarbete och punktinsatser? På vilket sätt bör vi och kan vi fungera i förhållande till olika institutioner? Hur skall vi arbeta i förhållande till dem?

Den första patienten hade remitterats till oss därför att man ansåg att han "hängde i luften". Det skulle inte finnas någon som höll i honom utanför sjukhuset. På ett sätt visade det sig vara ett felaktigt antagande. Patienten var eller hade varit i kontakt med de flesta tänkbara sociala institutioner, bl. a. nykterhetsnämnden, socialbyrån, barnavårdsnämnden, skyddsvärnet, rättshjälpen och personalavdelningen på arbetsplatsen. Men dessa institutioner lyckades inte hjälpa honom nämnvärt. I stället vidtogs punktåtgärder och utfördes dubbelarbete. Och som en spegel av både patientens och institutionernas situation mer än som orsak till den ineffektiva hjälpen hade man en endast bristfällig kunskap om patienten. Vi besökte alla institutioner som varit i kontakt med honom, diskuterade med vederbörande tjänstemän, fick synpunkter på patienten och på institutionernas arbetssätt i förhållande till problem liknande dem som aktualiserats av patienten, tog del av handlingar osv. Diskussionerna blev ofta mycket innehållsrika, inte minst p.g.a. att både konkreta problem och principiella frågor kunde diskuteras knutna till varandra.

Den andra patienten var en bostadslös kvinna

Det gällde således att genom patientarbetet få en så god bild som möjligt av olika sociala och medicinska institutioners sätt att fungera.

som under 60-talet fått allt svårare att klara sig. En av remissanledningarna var hennes bostads-situation. Vid tidpunkten för remissen hade behandlings- och inackorderingshemmet Ängshöjden just påbörjat sin verksamhet och patienten kunde beredas plats där. Vi såg detta som en bra åtgärd. Hon skulle nämligen förutom bostad också behöva stöd av annat slag. Sedan hon skrivits in på Ängshöjden besökte vi henne flera gånger och kunde då se hur hon successivt försämrades. Hon blev mer passiv och deprimerad. Hon skötte sin hygien allt sämre och började efter en tid knarka. Den viktigaste orsaken till denna utveckling antog vi vara miljön på Ängshöjden. Antagandet måste kopplas till flera frågor bl. a. dessa: Vad kunde man i den aktuella situationen göra för patienten? Hur skulle vi i fortsättningen bedöma frågan om eventuella remisser till Ängshöjden? Vi hade inga möjligheter att närmare undersöka frågan om Ängshöjdens effekter på sina gäster men problemet syntes oss angeläget och vi tog därför kontakt med socialnämnden i Stockholm och föreslog en studie över Ängshöjdens villkor och sätt att fungera. Studien genomfördes senare av två studenter vid Stockholms universitet.

Det vi hittills berört är kanske självklarheter. Det borde i varje fall vara självklart att man inte kan få en riktig bild av patienters situation om man i analysen utelämnar de förhållanden som "omger" patienten, och i stället tror att man kan inskränka sig till individcentrerade patientbeskrivningar. Men om vi för att göra ett gott patientarbete ofta tvingas att inhämta kunskaper om relevanta "generella" förhållanden så följer ur det också en annan fråga: hur kan man vidareutveckla ett sådant arbetssätt? Den kunskap om "generella" förhållanden som vi fått i arbetet med en patient bör naturligtvis utnyttjas under arbetet med andra patienter. Och då inte bara utnyttjas utan successivt korrigeras, vidareutvecklas

En institution som det i det fortsatta patientarbetet blivit nödvändigt att försöka lära känna på ett mer ingående sätt är naturligtvis Karolinska sjukhuset.

och systematiseras. Vi skall försöka att ta upp hithörande frågor. Men först ytterligare exemplifiera vad vi menar med "generella" förhållanden. (Med begreppet "generell" vill vi endast för det kortfattade resonemang som kan rymmas i en artikel skilja mellan individinriktade anamnesuppgifter och beskrivningar av förhållanden som påverkar större grupper av människor. Begreppet "social" är här inte användbart eftersom det ofta ges en individinriktad innebörd.)

Sjukhusets effekt på patienter

De "generella" förhållanden som blev aktuella under arbetet med de två första patienterna handlade huvudsakligen om olika sociala institutioners sätt att fungera. En institution som det i det fortsatta patientarbetet blivit nödvändigt att försöka lära känna på ett mer ingående sätt är naturligtvis Karolinska sjukhuset. Tidigt observerade vi t. ex. hur vissa av våra patienter hamnat mellan kliniker, remitterats från klinik till klinik på ett sådant sätt att t. o. m. viktigare remissvar glömts bort. Vi har också haft flera patienter som på liknande sätt hamnat mellan en kliniks läkare pga att läkarbytena varit så täta att patienten vid praktiskt taget varje poliklinikbesök fått en ny läkare. Att detta för många patienter haft negativa konsekvenser behöver inte exemplifieras eftersom fenomenet är välkänt för de flesta som arbetar på sjukhus. Iakttagelsen är således inte i sig någonting märkligt. Men det rör ett viktigt socialmedicinskt problem vars bakomliggande orsaker är viktiga att analysera. I stället för att stanna vid en irritation riktad mot enskilda tjänstemän, måste vi som arbetar på en socialmedicinsk avdelning, lära känna sjukhusets villkor och funktionssätt och därvid inte enbart analysera hur sjukhuset och dess kliniker fungerar i allmänhet, utan samtidigt undersöka hur vi skall arbeta med det komplex av socialmedicinska problem som kan

aktualiseras på ett sjukhus. Vi skall återkomma till detta.

Två grupper

Sociala och medicinska institutioner är ju inte mer än detaljer i den sociala strukturen. Till andra "generella" förhållanden som aktualiserats i vårt patientarbete hör frågan om olika gruppers villkor. Vi skall ge två exempel. Det ena rör gruppen finska zigenare, det andra gruppen målare. För att inte framställningen skall bli för omfattande nöjer vi oss med en punktbelysning.

Det första fallet rör en finsk zigenarfamilj som bott i Stockholm under snart tio år. De första åren bodde de i en fallfärdig kåk som var närmast omöjlig att hålla varm vintertid och i vilken vatten rann in under vårarna. En tidning skrev ett stort larmreportage. En socialläkare skrev ett skarpt formulerat intyg och påpekade att denna familj hade betydande personliga resurser. Familjen fick därefter en omodern lägenhet centralt i Stockholm. Då hände det för många paradoxala: familjen började svikta och klarade sig sämre än tidigare. När familjen senare fick en modern och relativt stor lägenhet förstärktes paradoxen: familjens insufficiens blev alltmer allvarlig. För att förstå denna utveckling måste man sätta sig in i de problem som gäller för gruppen finska zigenare. Det är en grupp som lever under svåra förhållanden i Finland. För allt fler blir därför en lösning att flytta till släktingar och vänner i Sverige. När en finsk zigenarfamilj i Sverige får en bättre lägenhet ökar således kravet på familjen att hjälpa andra i gruppen med bl. a. mat och husrum. Bördan och svårigheterna växer. Därför blev i detta fall den enkla lägenhetsanskaffningen endast en ofullständig punktåtgärd som i grunden inte gjort situationen lättare för familjen. När vi arbetade med denna familjs problem ställdes vi inför många praktiska frågor som vi inte kunde

Tidigt observerade vi t ex hur vissa av våra patienter hamnat mellan kliniker, remitterats från klinik till klinik på ett sådant sätt att o m viktigare remissvar glömts bort.

Till andra "generella" förhållanden som aktualiserats i vårt patientarbete hör frågan om olika gruppers villkor.

ta oss an på ett rationellt sätt, utan att ytterligare sätta oss in i de förhållanden som gäller för hela gruppen finska zigenare.

Det andra fallet gäller en målare i 55-årsåldern. Under 60-talet hade han sviktat alltmer i sitt yrke och hela hans familj hade i samband med det blivit alltmer insufficient. Svårigheterna i yrket kunde delvis förklaras av det kontakteksem som han fick i arbetet, men bara delvis. Förklaringen kompletterades av psykiater på följande sätt: "den viktigaste bakomliggande orsaken till de aktuella besvären" är "de långvariga motsättningarna inom äktenskapet mellan makar som inte har kunnat tala med varandra". Vi kom till ett annat resultat. Vi fann visserligen att makarna hade svårt att tala med varandra, men vår slutsats var att den grundläggande orsaken till patientens insufficiens och sekundärt familjens insufficiens var 60-talets förändringar inom målaryrket, förändringar som inneburit en kraftig uppdrivning av arbetstakten och därmed ökade svårigheter för äldre och villkorligt arbetsföra. Denna förändring hade tidigare anamnesupptagningar inte avslöjat eftersom man där fokuserat patientens individuella arbetssituation genom att inskränka frågorna till frågor om tidpunkter han bytt arbetsgivare, tidpunkter han varit sjukskriven osv. Vi fann att man för att kunna göra en korrekt analys av patientens situation måste ta upp själva målaryrkets utveckling och att denna analys var nödvändig för oss i våra försök att hjälpa patienten.

Vi fann att man för att kunna göra en korrekt analys av patientens situation måste behandla själva målaryrkets utveckling och att denna analys var nödvändig för oss i våra försök att hjälpa patienten.

Förhållandet till socialmedicinska institutionen

Att vi i den här artikeln uppehåller oss mycket vid en diskussion om "generella" problem innebär självfallet inte att vi inte skulle arbeta med individuella patienter. Vad vi vill betona är det ömsesidiga förhållandet mellan "generella" problem och enskilda patienters problem, inklusive våra möjligheter att arbeta med dessa patienter. Men våra försök att ta upp "generella" problem har oftast inte resulterat i annat än en ytlig orientering. Vi har därför alltmer känt ett behov av att få vissa forskningsprojekt utförda. Ett stort antal förslag på sådana projekt växte fram och frågan om en integration mellan socialmedicinska avdelningen och socialmedicinska institutionen blev allt viktigare för oss.

Problemet gäller alltså socialmedicinska institutionens möjligheter att etablera en forskning vilken som en av sina utgångspunkter har de konkreta förhållanden som kan observeras genom den socialmedicinska avdelningens verksamhet. För institutionens forskare borde det inte bara innebära att man skulle arbeta med en serie korttidsprojekt. Det borde också innebära att man systematiskt försöker att binda samman och systematisera kunskapen och att man således på längre sikt målmedvetet arbetar för att utveckla en sammanhängande och sammanlänkande socialmedicinsk teori. Utvecklandet av en sådan teoribyggnad är nämligen inte bara nödvändigt för den socialmedicinska forskningen, det är också nödvändigt för den kliniska verksamheten. Det är med en god teori som en socialmedicinsk klinisk verksamhet kan utvecklas till något mer än en sorteringsinrättning. Socialmedicinen är ännu så länge liksom det mesta inom sociologin en eklektisk forskning. Den rymmer ett antal typer av undersökningar och ett antal teorier som är lokala och avgränsade från varandra, medan en sammanfattande teoribildning angående sambandet mellan sociala

Frågan om en integration mellan socialmedicinska avdelningen och socialmedicinska institutionen blev allt viktigare för oss.

För att kunna utveckla socialmedicinen till en vetenskap och också för den kliniska socialmedicinens möjlighet till utveckling är det nödvändigt att ge prefixet "social" ett meningsfullt innehåll.

processer och medicinska processer fortfarande saknas. Med denna brist sammanhänger uttuningen av begreppen "samhälle" och "social" och de risker som den för med sig. För att kunna utveckla socialmedicinen till en vetenskap och också för den kliniska socialmedicinens möjlighet till utveckling är det nödvändigt att ge prefixet "social" ett meningsfullt innehåll. I den socialmedicinska litteraturen är begreppet *fn* formlost. Ordet "samhälle" står ibland som liktydigt med en statsapparat och ibland som liktydigt med en samhällsbildning. Med sociala problem menar man ofta vissa typer av individuella problem, individens dåliga ekonomi, alkoholism, splittrade uppväxt osv. Med socialmedicinsk verksamhet inskränker man sig ofta till att mena den socialvårdsanknutna läkarverksamheten och ibland till behandlingen av familjeproblem. Exempelen kan mångfaldigas. Med andra ord, begreppen "social" och "samhälle" ges en mängd betydelser och oftast handlar det inte om en beskrivning av samhällsstrukturen. Detta skapar å ena sidan en tendens till spekulativ ovetenskaplighet och förhindrar etablerandet av en vetenskap. Å andra sidan blir resultatet en klinisk socialmedicinsk verksamhet som måste få svårt att argumentera för sin fortsatta existens.

En samordning mellan avdelningens verksamhet och institutionens forskningsverksamhet har emellertid ännu inte kunnat påbörjas. Tre viktiga orsaker kan nämnas. För det första är institutionen belastad av en anmärkningsvärt stor undervisningsbörda, samtidigt som de personella resurserna mätt i antalet tjänster är mycket små. För det andra har institutionens lektortjänst (tidigare två amanuens tjänster) och forskarassistenttjänst befolkats av relativt oskolade korttidsvikarier. För det tredje slutligen har de flesta forskare som knutits till institutionen varit bundna av långtids-

projekt, vilka som regel inte stått i någon inbördes relation till varandra och således inte heller till någon bestämd forskningsinriktning.

En aktiv relation till sjukhuset

Försöken att i patientarbetet både förvärva och utnyttja en kunskap om "generella" förhållanden bör naturligtvis kopplas till en aktiv relation till sjukhuset. För att omsätta den inhämtade kunskapen i ett praktiskt handlande som gäller också andra än primärpatienten blir det viktigt att återföra kunskaper till de personer, avdelningar och kliniker som är berörda.

En aktiv relation mellan socialmedicinska avdelningen och sjukhuset i övrigt är också betydelsefull för möjligheten att verkligen fånga upp de väsentliga socialmedicinska problemen på sjukhuset. Många av de remisser vi hittills fått har gällt komplicerade socialvårdsfall, där större delen av den sociala apparaten tidigare varit inkopplad. Många av dessa patienter har visserligen varit lämpliga fall för oss. Men för socialmedicinen är det viktigt att uppmärksamheten också inkluderar den "ordinära", icke avvikande patienten. De typer av socialmedicinska problem det här gäller kan bara fångas upp av en socialmedicinsk avdelning som har ett aktivt förhållande till sjukhuset. Problemen måste lokaliseras på varje klinik för sig genom diskussioner och praktiskt arbete.

Men skapandet av ett aktivt förhållande till sjukhuset är problematiskt eftersom det är mycket lätt att i den socialmedicinska verksamheten isoleras utanför sjukhuset. Vi får ofta patienter till oss när de är i en utskrivningssituation eller när de redan är utskrivna. Många av dessa patienter är bara löst knutna eller inte alls knutna till andra kliniker på sjukhuset. Ibland är just det

Men för socialmedicinen är det viktigt att uppmärksamheten också inkluderar den "ordinära", icke avvikande patienten. De typer av socialmedicinska problem det här gäller kan bara fångas upp av en socialmedicinsk avdelning som har ett aktivt förhållande till sjukhuset.

D v s vi skulle utan aktivt motstånd mot en sådan utveckling riskera att bli en traditionell socialläkarmottagning, men då utan socialläkarmottagningens anknytning till socialvården.

ett av patientens viktiga problem: patienten kan efter utskrivningen inte få stöd från sjukhuset eller från någon annan institution. På ett mycket påtagligt sätt riskerar vi därför att hamna utanför sjukhuset med en stor stock av patienter. Dvs vi skulle utan aktivt motstånd mot en sådan utveckling riskera att bli en traditionell socialläkarmottagning, men då utan socialläkarmottagningens anknytning till socialvården.

Förhållandet till kuratorsgruppen

Våra föreställningar om anknytningen till sjukhuset var från början diffusa. Vi tänkte oss att anknytningen till en väsentlig del skulle ske via kuratorerna. Den något vaga utgångspunkten var delvis tanken att socialmedicinska avdelningen och kuratorsgruppen skulle arbeta med i stort sett samma problemställningar och delvis med samma metoder. Dvs våra funktioner skulle ligga tämligen nära varandra. Nu ser vi en sådan utgångspunkt som i huvudsak felaktig. Den skulle som konsekvens ha en strävan efter någon slags superkuratorfunktion. De synpunkter på avdelningens funktion som vi framför i denna artikel går inte i den riktningen. En kvalificerad kuratorfunktion överensstämmer mer med kuratorsgruppens strävan. Därför innebar också den första tidens osäkra målsättning att vi en tid hade en ofrivillig kollisionkurs gentemot kuratorsgruppen, vilken såsom grupp länge strävat efter fler tjänster och därmed efter ett mer kvalificerat arbete i nivå med socialarbetarens kompetens.

Grunden till denna mer eller mindre öppna konfliktsituation har inte kunnat undanröjas förrän vi i vårt arbete skapat mer specifika och från kuratorsgruppen avgränsbara funktioner.

Under den första tiden av vår verksamhet försökte vi etablera kontakter med sjukhuset genom konferenser med olika kliniker och avdelningar.

Grunden till denna mer eller mindre öppna konfliktsituation har inte kunnat undanröjas förrän vi i vårt arbete skapat mer specifika och från kuratorsgruppen avgränsbara funktioner. Därför har ett i praktiken fungerande samarbete kunnat etableras. Detta skall nu vidareutvecklas i gruppdiskussioner kring konkreta fall och mer generella problem.

Kontakter med kliniker

Under den första tiden av vår verksamhet försökte vi etablera kontakter med sjukhuset genom konferenser med olika kliniker och avdelningar. På detta tidiga stadium blev konferenserna något magra pga vår bristande kunskap om sjukhuset och vår tämligen vaga föreställning om socialmedicinska avdelningens framtida arbetssätt. En avgjord brist var att vi vid den tiden inte hade några egentliga möjligheter att följa upp konferenserna. Som regel formade de sig därför till spridda isolerade kontakter, en slags presentation som vi inte lyckades utnyttja till att vidareutveckla kontakten med klinikerna och till att vidareutveckla ett konkret socialmedicinskt arbete.

En annan form av kontakt var våra diskussioner med enskilda läkare angående enskilda patientärenden. Också här blev det fråga om spridda kontakter som var svåra att vidareutveckla eftersom diskussionerna enbart rörde konkreta fall och saknade ett tillräckligt underlag för diskussioner om en kvalitativ utveckling av samarbetet.

Vi tror nu att vi i stora drag kommit fram till en hygglig metod för att skapa en mer aktiv relation till sjukhuset. Denna kräver att man under

En annan form av kontakt var våra diskussioner med enskilda läkare angående enskilda patientärenden.

Vi tror nu att vi i stora drag kommit fram till en hygglig metod för att skapa en mer aktiv relation till sjukhuset.

kortare perioder kan koncentrera arbetet till en bestämd klinik, att man systematiskt kan rikta uppmärksamheten mot olika utvalda kliniker. I en första omgång gäller det att med representanter från vederbörande klinik diskutera frågor om hur socialmedicinska avdelningen kan och bör arbeta i förhållande till kliniken, vilka socialmedicinska problem som kan vara typiska för kliniken, sättet på vilket de kan angripas, klinikens rutiner och sätt att fungera osv. I en andra omgång ankommer det oss att försöka vara praktiskt verksamma på en mindre del av kliniken, en avdelning, poliklinik eller liknande. Detta arbete skall sträcka sig över en kortare tidsrymd, en vecka till 14 dagar. Arbetet skall vara koncentrerat, dvs andra arbetsuppgifter får vila eller tas omhand av någon annan i teamet. Målet är att genom i första hand patientarbetet försöka kartlägga den socialmedicinska problematiken och möjligheterna att attackera problemen. Sedan vi analyserat våra erfarenheter efter denna period av arbete skall en mer omfattande diskussion med klinikens representanter ske, varvid resultaten skall diskuteras och frågor ställas om framtida arbetsformer, om vilka problem som bör tas upp, vilka patienter som bör remitteras till oss osv. Efter nytt praktiskt arbete, då förmodligen i mindre koncentrerad form, bör nya diskussioner ske osv. Med denna arbetsmetod menar vi att man kan skapa en sådan aktiv relation till sjukhuset som är nödvändig för ett meningsfullt kliniskt socialmedicinskt arbete.

Från redan genomförda "arbetsperioder" kan lärdomar dras av gjorda misstag. Ett arbete på sjukhusets akutmottagning gjordes på ett aktivt

I en andra omgång ankommer det oss att försöka vara praktiskt verksamma på en mindre del av kliniken.

sätt, men kunde troligen ha förberetts bättre. Att "arbetsperioderna" är väl förberedda har visat sig vara viktigt. Ett arbete på med pol blev inefektivt eftersom uppföljningen stötte på olika praktiska svårigheter. Också detta kunde ha avhjälpits med bättre planering. Ett arbete på medicinklinikens dagavdelning gjordes på ett omsorgsfullt sätt, men alltför mycket från en iakttagande position. Eftersom ett praktiskt arbete på avdelningen inte togs med i projektet kan för oss väsentliga slutsatser inte dras. Socialmedicinska avdelningens vidare verksamhet i förhållande till dagavdelningen kan inte mer än indirekt diskuteras på basis av de gjorda erfarenheterna. För den närmaste tiden planerar vi ett par projekt. Det ena av dem innebär att vi skall arbeta på en poliklinik med huvudsyftet att besvara frågor om hur poliklinikens läkare konkret bör utforma den sociala delen av sina patientintervjuer. Vårt arbete med den frågan skall bygga på en undersökning av poliklinikens rutiner, av intervjusituationerna och av karakteristiska problemområden hos patientgruppen.

Förhållandet till upptagningsområdet

Ett problem för många av våra patienter är att möjligheterna till stödjande insatser saknas utanför sjukhuset. Fenomenet är välkänt: följden blir inte bara en ökad belastning på sjukhusets resurser, utan framför allt en felanvändning av resurserna och en inadekvat hjälp till patienterna. För några av våra patienter kan tendensen till somati-

I en första omgång gäller det att med representanter från vederbörande klinik diskutera frågor om hur socialmedicinska avdelningen kan och bör arbeta i förhållande till kliniken.

För den närmaste tiden planerar vi ett par projekt. Det ena av dem innebär att vi skall arbeta på en poliklinik med huvudsyftet att besvara frågor om hur poliklinikens läkare konkret bör utforma den sociala delen av sina patientintervjuer.

Ett problem för många av våra patienter är att möjligheterna till stödjande insatser saknas utanför sjukhuset.

För att kartlägga Solnas sociala struktur har vi försökt att se kommunen i dess historiska utveckling, såväl tidigare historia som framtidsplaner.

sering ses som följdriktig mot den bakgrunden. Somatisering har varit deras enda eller klart bäst tillgängliga möjlighet till hjälp. Detta förhållande kan ses som ett bland många motiv till den i övrigt självklara uppgiften att kartlägga och analysera förhållandena i sjukhusets upptagningsområde.

Uppgiften har emellertid varit svår att lösa, särskilt före storlandstingets tillkomst. Ett angivet upptagningsområde saknades då för de flesta av sjukhusets kliniker. De patienter vi hade kontakt med var således spridda över ett stort område i Stockholms stad och län. Eftersom vi strävar efter att utnyttja hembesökets alla fördelar innebär det inte sällan mycket långa resor. Men viktigare i detta sammanhang är att vår kunskap om det område som sjukhuset betjänade inte kunde bli särskilt fördjupad.

Erfarenheterna från de svårigheter som de utspridda kontakterna medfört ledde till att vi försökte begränsa vårt patientarbete till ett mer avgränsat område. Möjligheter till en sådan begränsning skapades i och med storlandstingets tillkomst, då klinikerna på KS fick bestämda upptagningsområden. För vissa kliniker är upptagningsområdet visserligen mycket stort, men för de tunga specialiterna, medicin och allmänkirurgi, är området begränsat till fem mindre kommuner med sammanlagt ca 150 000 invånare. För att kunna utveckla vår verksamhet försöker vi nu att koncentrera vårt arbete till medicin- och kirurgiklinikernas upptagningsområde. Vi har startat med att prioritera Solna kommun och våra planer är att senare i tur och ordning rikta uppmärksamheten mot andra kommuner.

För att kartlägga Solnas sociala struktur har vi försökt att se kommunen i dess historiska utveck-

ling, såväl tidigare historia som framtidsplaner. Som en del av denna utveckling gäller det att förstå utvecklingen av de för kommunen aktuella problemen: bostadsbristen, kontoriseringen, förslumningen, problemen i samband med totalsaneringen i Hagalund, de nya slumområdena, ungdomsproblemen i det nybyggda Huvudsta, de höga hyrorna, avfolkningen och förändringen av befolkningssammansättningen, vägnätets utbredning osv. Samtidigt med att vi studerat sådana problem har vi naturligtvis ägnat en uppmärksamhet åt de sjukvårdande och "sociala" institutioner som ligger i kommunen.

Vår kunskap om Solna har vi samlat in på i huvudsak tre sätt. För det första har vi inhämtat kunskaper under vårt patientarbete. När vi analyserat patienters situation, har det i några fall varit uppenbart att den förändrats i samband med förändringar i kommunen. Under patientarbetet har vi också varit i kontakt med aktuella institutioner och då målmedvetet försökt att öka vår kunskap om dessa. För det andra har vi intervjuat och deltagit i gruppsammankomster med personal vid bl a socialnämnden, socialläkarmottagningen och distriktsjuksköterskemottagningen. Vi har också genomfört enskilda intervjuer med bl a en distriktsläkare, stadsläkaren och stadsarkitekten. För det tredje slutligen har vi tagit del av offentliga utredningar och andra dokument.

Samordning med undervisningen

Med fördel skulle naturligtvis delar av våra planerade kommunstudier kunna utföras av andra än av oss. En realistisk möjlighet är för närvarande bl a en samordning mellan vår verksamhet och de seminariearbeten som studenterna utför under huvudkursen i socialmedicin. Medicinarnas seminariearbeten har ofta formen av korttidsstudier och en del av de ämnen som behandlats

Vi har startat med att prioritera Solna kommun och våra planer är att senare i tur och ordning rikta uppmärksamheten mot andra kommuner.

En realistisk möjlighet är för närvarande bl a en samordning mellan vår verksamhet och de seminariearbeten som studenterna utför under huvudkursen i socialmedicin.

under tidigare år har utan tvekan varit angelägna för den socialmedicinska avdelningens verksamhet. Ett mer systematiskt utnyttjande av detta förhållande har diskuterats och kommer sannolikt inte att möta några större praktiska svårigheter.

Samtidigt som socialmedicinska avdelningen ökar sina kunskaper om bl a sjukhuset och upptagningsområdet, blir det alltmer självklart att man bör försöka få till stånd en samverkan mellan avdelningen och den samundervisning med socialmedicin som sedan flera år pågår vid många av sjukhusets kliniker. Under höstterminen 1970 deltog vi sporadiskt i samundervisningen och för kommande terminer planeras det att vi skall ansvara för undervisningen på vissa kliniker.

Svårigheter

I våra försök att utveckla en sjukhusanknuten socialmedicinsk verksamhet har vi, som framgått, orienterat oss åt en mängd olika håll. Vi har självfallet inte kunnat undvika misstag, men de refererade fälten för verksamheten anser vi vara nödvändiga fält och fält som kompletterar varandra. Men mångfalden av utvecklingslinjer har inneburit svårigheter. Vi är få (från början en och senare två underläkartjänster, en socialarbetartjänst och en överläkartjänst, vilken är förbunden med en av bl a undervisning hårt belastad professur) och klarar inte av att på ett effektivt sätt samtidigt utveckla alla områden för vår verksamhet. Det har medfört att mycket blivit ofullständigt utfört och att mycket fått vila i väntan på en fortsatt behandling. Exempelvis kontakterna med kommunerna har långa tider legat nere, vilket självfallet inte varit bra. Vi tvingas att tillfälligt avbryta arbeten inom vissa fält i samband med att annat kommer emellan. För att det hela inte skall bli ett kaotiskt virrevarr av ofullgånget arbete, tvingas vi till metodiska prioriteringar:

beslut att under en viss kortare tidsrymd arbeta inom ett av fälten etc. Men dessa försök löser naturligtvis inte de beskrivna svårigheterna. Behovet av kontinuitet i verksamheten är ju väsentligt. Vi måste ständigt finna nya sätt att lösa dessa svårigheter.

Andra svårigheter som är förbundna med vår verksamhet har berörts tidigare i artikeln. Ytterligare en kan avslutningsvis antydvas. Samtidigt med att vi planerar vår verksamhet, sker det på olika håll en central planering som direkt kommer att angå vårt arbete. Men i denna centrala planering saknar vi nästan all insyn. Vi har en oklar uppfattning om effekten av de drivkrafter som påverkar de socialmedicinska klinikernas och institutionernas utveckling.

De beskrivna svårigheterna innebär bl a att det med verksamhetens utveckling successivt blivit allt viktigare för oss att effektivisera arbetet. En allt noggrannare planläggning är nödvändig för att motarbeta bl a en tendens till bristande kontinuitet. Samtidigt betyder naturligtvis en personell utökning mycket för möjligheterna att förverkliga våra strävanden.

Sammanfattning

Vi har beskrivit ett arbete med individuella patienter och ett arbete med "generella" problem. Det torde ha framgått att vi inte vill göra en åtskillnad mellan dessa uppgifter. När vi nu sammanfattar inriktningen i arbetet får nedanstående punkter därför inte heller ses som isolerade från varandra.

I. *I vårt arbete med individuella patienter ("individuell service") måste vi motverka tendensen att bli superkuratorer.* När det gäller kuratorsorganisationen måste vi vara solidariska med dess strävan efter utvecklingsmöjligheter och förbättra

Vi har en oklar uppfattning om effekten av de drivkrafter som påverkar de socialmedicinska klinikernas och institutionernas utveckling.

vår samverkan med kuratorerna. Men detta får inte betyda att vi identifierar våra funktioner med deras och "plockar russin ur kakan".

II. Vårt arbete med "generella" förhållanden.

1. Att uppnå ett aktivt förhållande till sjukhuset. Att se till att de socialmedicinska problemen ej enbart tillföres oss via remisser, utan att vi genom en mer aktiv relation till sjukhuset bidrar till att lokalisera problemen.

2. Att uppnå ett aktivt förhållande till upptagningsområdet. Att vi lär känna upptagningsområdet bl a genom vårt patientarbete, genom att vi aktivt följer upp strategin kring patienterna.

3. Att motverka ett individcentrerat betraktelsesätt. I ett arbete med socialmedicinska problem är ett individcentrerat betraktelsesätt naturligtvis i grunden ett förnekande av sambandet mellan sjukdom och sociala processer. Men eftersom tendensen att se individen som någonting isolerat är så allmän och så uttalad, måste vi i vårt arbete vara uppmärksamma och motarbeta sådana tendenser.

4. Att eftersträva en samverkan mellan socialmedicinskt kliniskt arbete och socialmedicinskt teoretiskt arbete. På längre sikt en samverkan mellan socialmedicinska avdelningen och socialmedicinska institutionen.

Ur det preliminära programmet för

III. Nordiske Revalideringslaegekon-gress 29—31 aug. 1971, Odense Universitetshospital, Danmark

Søndag 29/8

14.00 Medicinsk revalidering i de nordiske lande

Inledere fra forskellige nordiske lande

Mandag 30/8

9.30 Revalidering af kranietraumer

Inledere:

Overlæge J. Husby, Odense

Professor Olle Höök, Göteborg

Cand.psyk. Günther Jessen, København

Talepædagog K. Thomsen, København

10.30 Anmeldte foredrag

13.30 Paneldiskussion af formiddagens emne

16.00 Stiftende generalforsamling

Nordisk Forening for Rehabiliteringslæger

Tirsdag 31/8

9.30 Arbejdsprøvningens sociale og medicinske aspekter

Inleder fra medicinsk, social og erhvervsmæssig side

13.30 Eventuel fortsættelse af formiddagens møde

Herefter mulighed for at besøge revalideringsinstitutioner

Anmälan om deltagande i kongressen insändes senast 01.06.71 till Overlæge Poul Viskum, Geriatrik afdeling, Albanigade 23, 5000 Odense, Danmark.

Vid anmälan före 01.06.71 är kongressavgiften 350 kr, vid anmälan därefter 450 kr (för deltagare)