

Vad spelar läkarintyget för roll inom socialmedicinsk barnavård?

Inga Ryberg

Bertil Söderling

Sociala och juridiska myndigheter följer i mycket stor utsträckning de rekommendationer som avges i barnpsykiatriska intyg konstateras i en undersökning av kurator Inga Ryberg och överläkare Bertil Söderling vid barnpsykiatriska kliniken, Centrallasarettet, Borås. En annan fråga är emellertid om det alltid varit nödvändigt med intyg från just en barnpsykiater och om i så fall den barnpsykiatriska rutinundersökningen är tillfyllest.

Den här lilla utredningen förorsakades av en nyfiken fråga, som vi ställde oss inom det barnpsykiatriska teamet. Hur följs de rekommendationer som vi avger i våra intyg till sociala och juridiska myndigheter? Vi får ju praktiskt taget aldrig reda på de beslut, som barnavårdsnämnder fattar eller de domslut som avgivits av de juridiska instanserna. Är det meningsfullt för en hårt engagerad läkare att arbeta med så mycket intygsskrivande som sker? Utgör intyget ett behövligt stöd för vederbörande myndighet, en hjälp för den socialjuridiska åtgärdens vidtagande?

Vi har råd till en mycket utvecklad specialisering i en högstandardkultur som vår. Varje liten sektor av arbetslivet, varje liten underspecialitet kan besättas med chef och underlydande personal. Men å andra sidan lider vi av en folkbrist, som gör sig påmind i nästan varje yrkessammanhang. Brist på lämpliga befattningshavare, frekventa ombyten av personal, ständigt förändrade situationer och nyorganisationer försvårar ett nödvändigt samarbete inom vården av människor.

Då hotar också en utökad byråkrati, där det inte står i någons makt att bland alla småsektioner ensam klara ett "totalansvar", att "hålla i skafet". Därför omgärdar man sig med en rad personliga skyddsåtgärder via kollektiva bakgrundsstöd (sammanträdesbeslut i nämnder, styrelser, konferenser o. s. v.). Ärendets behandling blir tungrodd,

vilket inom vår vårdsektor betyder väntan för den hjälpsökande.

Om det inte t. ex. behövdes så mycket intygsskrivande, så många omfattande, "objektiva" skriftliga redogörelser och hänvändelser (stundom till goda vänner och arbetskamrater tvärs över korridoren!), så skulle en intensivare personlig kontakt med den vårdsökande kunna etableras och vidmakthållas till fromma för vården och saken.

En rationalisering blir här alltså en terapeutisk åtgärd.

Frågan om ett onödigt intygsskrivande rör sig självfallet endast om *en* obetydlig del av ett väldigt och utforskat område — människans sociala samarbetsförmåga och gränserna för denna. Överallt ställer vi vid konferensbordet krav på vidsträckta intima samarbeten, vilka endast bristfälligt visat sig realiserbara. Vi kan då bli deprimerade av egna orealistiska uppförda ritningar. Eller råka i delo med varandra under anklagelser på försummat samarbete. Detta gäller överallt: inom industriföretaget, centralsjukhuset, skoladministrationen, socialvården, o. s. v.

Ingen har hittills ägnat våra mänskliga villkor härvidlag någon forskning, men detta vore säkert någonting för en sociologisk institution, alltså korrigeringar av överkliga önskedrömmar om samverkan och samarbete, framsprungna ur en teoretisk och entusiastisk rundabordsmentalitet.

Material och metoder

Vi beslöt oss för en stickprovsundersökning under 10-årsperioden 1957—1966, beträffande läkarintygens öden för de fall, som remitterats från barnavårdsnämnden och rättsväsendet till den psykiska barna- och ungdomsvården (PBU) i Borås. Det rör sig alltså om en liten begränsad intensivutredning och det gällde frågan om överensstämmelsen mellan intygens rekommendationer och den social-juridiska barnavårdens åtgärder. Det är sålunda icke frågan om någon prognostisk efterundersökning i denna etapp.

Rättsväsendet kontaktades via personlig korrespondens.

Införskaffandet av svaren tog ca 10 månader i anspråk.

Under den ifrågavarande 10-årsperioden hade 126 st. intyg till barnavårdsnämnden samt 11 st. intyg till rättsväsendet gjorts till föremål för vår utredning.

Resultat

Samtliga 11 st. intyg, som sänts till rättsväsendets underrätter och hovrätter, rörde sig om vårdnadsrätten till barnet. I intet av dessa fall uppstod avvikelser mellan domslut och intygets rekommendation.

Till barnavårdsnämnden hade intyg angivits för 126 fall, 83 pojkar och 43 flickor. 12 st. av fallen befann sig under skolåldern, 75 st. i skolåldern och 39 st. över dåvarande skolålder.

I 75 fall intygades behov av förflyttning till kvalificerat fosterhem, för 12 st. av fallen rekommenderades ungdomsvårdsskola, för 13 st. barnhemsvistelse, medan miljöförhållandena stabiliserades, för 15 st. föreslogs ingen åtgärd utöver vad som redan företagits (övervakning, varning o. s. v.). I intygen för 11 st. barn rekommenderades fortsatt vistelse i det biologiska hemmet under stödåtgärder, t. ex. i form av ändrad skolplacering, psykoterapi inom PBU, viss praktisk utbildning o. s. v.

För 6 st. av de 126 fallen förelåg en klar avvikelse emellan läkarintygets rekommendationer och vidtagna åtgärder från barnavårdsnämndernas sida. Alla rörde det sig om pojkar i åldrarna 11—17

år. Tre av dessa var oligofrena med intelligenskvoter omkring 70 (Terman-Merrill form L). För 5 st. av pojkarna hade i intyget rekommenderats kvalificerat fosterhem, som icke kunnat anskaffas och i 1 fall plats på ungdomsvårdsskola, där fosterhem istället anskaffades och där familjen avflyttade till annan kommun.

De ovannämnda 6 fallen redovisas här nedan i korthet:

Kasuistik

Fall 1.

Jnr 270/59. 12-årig pojke, allmänt underutvecklad, IK enligt Terman-Merrill 60. Modern tbc, fadern alkoholiserad, samtliga tre syskon omhändertagna för samhällsvård. Föräldrarna betraktas som insufficianta. Pojken har gjort sig skyldig till snatterier, är en lättledad och lättlurad typ av utvecklingsstörda barn.

I intyget rekommenderades kvalificerat fosterhem, men barnavårdsnämnden beslutade övervakning.

Åter 1962 efter mängder av snatterier, placerades på vårdhem för utvecklingsstörda, därefter — samma år — på Salbohedens anstalt.

Fall 2

Jnr 34/61. 10-årig pojke. Skilsmässobarn. Har gjort sig skyldig till snatteri. Kontaktstörning med inboende manligt sällskap till modern. Modern häftig, hetsig, ordrik, pojken barnslig, lättledad, gängpåverkad. Saknar hem i vanlig bemärkelse, eftersom modern säl-lan är hemma förrän någon gång mellan kl. 19—21 (overtidsarbete).

Intyget rekommenderar placering i fosterhem, men barnavårdsnämndsbeslutet blev övervakning enligt § 25 b och § 26,2 i Barnavårdslagen, varvid också varning tilldelades.

Fall 3

Jnr 139/61. 17-årig pojke från bedrövlig miljö. Fadern alkoholiserad och underbegåvad, bröder i hjälplig klass. Modern ulcerös colit. Farmor epilepsi. Äldsta brodern omhändertagen för skyddsfostran. Pojken gjort sig skyldig till inbrott i affärer och i sommarstugor, två biltillgrepp. IK, enligt Terman-Merrill, 79.

Läkarintyget förordar ungdomsvårdsskola, vilket bvn först tillstyrker, men därefter ändrar sitt beslut till fosterhemsplacering, vilken ej närmare anges verkställd eller anges var någonstades pojken placerats. Familjen överflyttad till annat län.

Fall 4

Jnr 94/62. 13-årig pojke med besvärliga hemförhållanden. Hemmet föga barncentrerat. Fadern arbetsovillig. Pojken gjort sig skyldig till mängder av skadegörelse och inbrott (37 st.) Vålbegåvad. Läkarintyget omvittnar undermålig social miljö. Rekommenderas kvalificerat fosterhem. Sådant kunde emellertid icke anskaffas på 6 veckor, därför placerade bvn pojken

på barnhem, där han snabbt och rymde så gott som varje dag tills han överfördes till skolhem, där han vistades i 8 månader.

I detta fall förelåg sålunda en mot läkarintyget avvikande åtgärd från barnavårdsnämndens sida, troligen beroende på bristen på fosterhem. Det är sannolikt att ett kvalificerat fosterhem för denna oroliga och störda pojke hade varit rehabiliterande. Står alltså under PBU. Klarat sig bra i obklass och med vanlig elev-vård.

Fall 5

Jnr 517/64. 11-årig pojke, tidigare omhändertagen för samhällsvård (1960), skilsmässobarn, ensamstående moder som tar tillbaka pojken från fosterhemmet. Därefter grava disciplinsvårigheter i skolan, skolk, snatterier, eldsanläggning, skadegörelse. Lågt begåvad med T-M-kvot på 73.

Läkarintyget "absolut indikation för kvalificerat fosterhem", men bvn placerade pojken på barnhem, varifrån han 7 månader senare överfördes till skolhem, där han vistades 3 terminer. Flyttade sedermera från länet. Samhällsvården kvarstod.

Fall 6

Jnr 229/66. 11-årig pojke, omhändertagen av bvn och undersökt på PBU från barnhemmet. Normalbegåvad.

I läkarintyget rekommenderas fosterhemsplacering. Pojken överfördes från barnhem till sommarhem, varefter han placerades på skolhem, där han anpassade sig väl. Först efter c:a 9 månader från läkarintygets datum placerades pojken i fosterhem, där allt — enligt uppgift — gått bra.

Eftergranskningen av dessa 6 avvikande fall ger knappast någon mer uppseendeväckande kontroversiell inställning från barnavårdande myndigheters sida. Snarast kan väl skiljaktigheternas orsaker betecknas som omständigheternas makt: brist på fosterhem, motstånd från de anhöriga o. s. v.

En annan aktuell fråga är emellertid om ett intyg från just en barnpsykiater varit nödvändigt och om undersökningen i så fall är relevant.

Om en undersökning på en barnpsykiatrisk mottagning skall fylla kraven på den specialundersökning, som man åsyftar genom hänvändelse till specialinstitution borde betydligt bättre tidsförhållanden förefinnas och medge en mer allsidig psykologisk genomgång av fallet, vilket f. ö. ofta skulle behöva några dagars intagning för utredning. Bättre kontakt med de anhöriga vore också här då möjlig.

För en stor del av de 126 fallen har en stor tidsnöd varit för handen och den barnpsykiatriska ac-

centen har gått förlorad. Typen undersökning "mellan två tag" eller med väntan i bilen är förvisso icke den, som avses från barnpsykiaterns sida. Intygsskrivningen har gjorts olustig och ofta icke varit av särskilt mycket större värde än icke specialtens. En kroppslig undersökning, ett kort samtal med en ofta uttråkad, motsträvig patient och en intelligensundersökning, kombinerad med läs- och skrivprov har varit de senare årens modell för intygsskrivandet. Här har rått en "nöden-har-ingenlag"-mentalitet. Bristen på barnpsykiater och de långa väntetiderna har här utgjort allvarliga sabotage. En psykofysisk genomgång av fallet måste väl anses befogad, men för en sådan krävs alltså längre tid och det förefaller oss annars omotiverat att just kräva barnpsykiatrisk expertis. Läkaren måste ju i övrigt också basera sitt omdöme om vad som aktuellt hänt på fältundersökarens rapport och så måste väl ske även i fortsättningen.

Läkarbristen inom barnpsykiatrisk verksamhet måste enligt vår mening mötas med ett rätt omfattande delegerande av ärenden.

Nu, då svärmar av psykologer söker arbete och våra PBU-institutioner blivit välutrustade med utbildade psykologer, borde ärenden av här berört slag i stor utsträckning överföras på PBU-erfarna ungdomspsykologer, vilka på konferens inkommer med förslag till placering efter utredning. (Den kroppsliga undersökningen kan vilken legitimerad läkare som helst utföra). Psykologen bör stå i kontakt med barnavårdsnämnd och socialassistent för överläggning och komplettering av fallets data. Intyg bör psykologen kunna stå för på basen av sin psykologiska utredning.

Vi måste nog en liten smula motarbeta den rutin, som utvecklats under senare år och som i hög grad bestått i att undersökningen hos läkaren och läkarintyget blivit en bekräftande *formalitet* till socialassistentens utredning och förslag.

Ytterligare en sak vore att önska.

Våra barnavårdsnämnder och vårt rättsväsen bör tillstå intygsskrivaren protokollsutdrag rörande beslutande åtgärder resp. domslut. Detta har i våra fall icke alls skett och här föreligger en uppenbar brist på kommunikation.