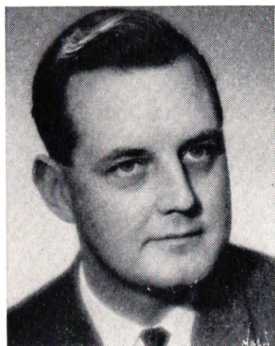


Den socialmedicinska journalen



Bengt Lindegård

Den kliniska socialmedicinen är till sin karaktär sådan att den bör rubriceras som en medicinsk servicedisciplin. För den, som ser de medicinska servicedisciplinerna som laborativa ämnen, kan detta måhända verka något förvånande. I den av Socialstyrelsen helt nyligen utgivna RUPRO 69 finner man emellertid inom gruppen av serviceavdelningar även rubriken "socialmedicinsk enhet".

I själva verket kan man tänka sig att inom gruppen av servicediscipliner principiellt återfinna t. o. m. avdelningar med egna vårdplatser. Vissa komplicerade undersökningar på exempelvis en röntgenavdelning kan knappast ske ambulant utan kräver att vederbörande patient vistas på sjukhuset under något dygn. Enligt praxis får servicemottagande vårdgren svara för hospitaliseringen, men detta är naturligtvis ingalunda självklart. Uppdelningen mellan servicefunktioner och andra medicinska ämnesområden bör kopplas loss från vårdplatstänkandet. Samtliga kan ses som en disciplin — om man talar i akademiska termer — eller som en vårdgren — om man talar i sjukvårdsadministrativa termer. Jfr *Lindegård, 1970*.

Varje medicinsk vårdgren kan sägas vara karakteriserad av dels den vetenskapliga metodik som tillämpas, dels av den materiella och perso-

Tydligast återspeglas det specifika referenssystemet i en viss vårdgren i dess diagnostiska och terapeutiska beskrivningssystem — med sin mest konkreta manifestation i de rutinmässigt använda journalmallarna och statusschablonerna.

I nedanstående artikel presenteras ett förslag till en socialmedicinsk journal, utformad på bas av ett specifikt socialmedicinskt referenssystem.

Bengt Lindegård är professor i socialmedicin vid Göteborgs universitet.

nella utrustning som står till förfogande. Den vetenskapliga metodiken innebär att man utformat sin verksamhet på basis av ett visst referenssystem, specialinriktat på vissa funktioner, begrepp etc. Tydligast återspeglas det specifika referenssystem man laborerar med i de diagnostiska och terapeutiska beskrivningssystem som tillämpas inom en bestämd vårdgren. Den mest konkreta manifestationen på vårdgrenens specifika beskrivningssystem finner man i de journalmallar och statusschabloner som ingår i de till varje vårdgren hörande rutinjournalerna.

I det följande presenteras ett förslag till en socialmedicinsk journal, utformad på basis av ett specifikt socialmedicinskt beskrivnings- och referenssystem. Det kunskapsmässiga underlaget återfinnes i ett kompendium, författat av undertecknad i samverkan med Sune Nyström.

Å andra sidan har referenssystemet vuxit fram under ett antal år, och utgör ett kondensat av socialmedicinsk erfarenhet där kolleger både inom och utom härvarande klinik medverkat i utvecklingsarbetet. Därmed är sagt att författaren vare sig söker "ta patent på" den presenterade produkten eller propagera för ett beskrivningssystem som skulle vara specifikt för en bestämd klinik.

Det socialmedicinska referenssystemet

Karaktäristiskt för det kliniska socialmedicinska synsättet är att *samtidigt* söka se ett vårdärende ur social och medicinsk aspekt. När man talar om exempelvis "socialmedicinska diagnoser" så innebär det ett integrerat socialt och medicinskt synsätt på en patient eller en grupp av patienter. Det finns anledning understryka detta, eftersom man gärna ställer medicinsk funktion mot socialmedicinsk, inte — som är det riktiga — medicinsk mot social, i diskussioner om såväl diagnos som terapi, etiologi och prognos etc.

När detta socialmedicinska synsätt skall appliceras i verkligheten, måste det som regel följas upp av en kunskaps- och erfarenhetsmässigt bred sakkunskap för att göra skäl för benämningen socialmedicinskt referenssystem. Därav kommer det sig att det socialmedicinska teamet — med medicinsk såväl som social expertis i integrerad samverkan — måste ligga bakom den konkreta tillämpningen av det socialmedicinska referenssystemet och, i andra hand, det socialmedicinska beskrivningssystemet. Därför kommer detta att omfatta moment som till en del svarar mot socialvårdarens, till en del läkarens och till en del psykologens kunskaps- och kompetensområde. Konkretiserat i en journalmall kan det socialmedicinska beskrivningssystemet därför kanske behöva fogas samman som puzzlebitar, där envar av teamets medlemmar bidrar med var och en sina bitar.

Det socialmedicinska beskrivningssystemet kräver en systematik som blir olika beroende på om det är en enskild patient som avses, eller om vårdärendet omfattar en grupp individer, t ex en familj eller ett hushåll. Följaktligen måste den socialmedicinska journalen utformas i två versioner, en för *individualärenden* och en för *"familjeärenden"*. I verkligheten kan det naturligtvis visa sig önskvärt att nyttja dem båda sida vid sida, exempelvis i ett familjeärende där en av familjemedlemmarna kräver särskild uppmärksamhet och vårdinsats.

Socialmedicinsk journal i familjeärenden

Som en *översiktsbedömning* önskas här noterat

vilken grad av *vårdkomplexitet* familjen representerar från socialmedicinskt perspektiv. De praktiska problem som ansluter till vårduppgifterna är måhända av stor *vårdtyngd*, men detta måste principiellt hållas isär från spørsmålet rörande vårdkomplexitet, dvs mångfalden av vårdbehov m m. I sin extrema form finner vi de starkt vårdkomplexa ärendena bland sk multi-problemfamiljer (jfr *Schlesinger*, 1963).

Ett *översiktligt socialmedicinskt familjestatus* erhålles, deskriptivt såväl som kvantitativt, med tillämpning av följande från *Tizard och Grad* (1961) hämtade schema, där man både inventerar och poängsätter vårdproblematiken:

- | | |
|--|---------|
| 1. "Hushållspengar": | |
| ingen brist | 0 poäng |
| viss brist | 1 " |
| påtaglig brist | 2 " |
| 2. Bostaden: | |
| inga problem | 0 " |
| vissa problem | 1 " |
| allvarliga problem | 2 " |
| 3. Trångboddhet: | |
| ingen trångboddhet | 0 " |
| måttlig trångboddhet | 1 " |
| allvarlig trångboddhet | 2 " |
| 4. Familjestruktur: | |
| normal | 0 " |
| en av föräldrarna död eller bortavarende | 1 " |
| föräldrarna frånskilda | 2 " |
| 5. Sociala kontakter: | |
| normala | 0 " |
| begränsade | 1 " |
| starkt begränsade | 2 " |
| 6. Moderns somatiska hälsotillstånd: | |
| gott eller tillfredsställande | 0 " |
| dåligt | 1 " |
| allvarligt stört | 2 " |
| 7. Moderns psykiska hälsotillstånd: | |
| gott eller tillfredsställande | 0 " |
| dåligt | 1 " |
| allvarligt stört | 2 " |
| 8. Syskonens hälsotillstånd: | |
| inga problem | 0 " |

problem föreligger	1	„
9. Faderns hälsotillstånd:		
inga problem	0	„
problem föreligger	1	„

Detta översiktliga socialmedicinska familjestatus kan appliceras rutinmässigt som ett "screening-test" i olika sammanhang, exempelvis för att vägleda en socialassistent i urvalet av vårdkomplexa ärenden som bör föras vidare till socialmedicinsk bedömning. Ett annat exempel på tillämpning är — som Tizard och Grad själva gjort — epidemiologisk undersökning av problemkomplexiteten hos speciella familjer i en befolkning.

Redan denna översiktsdiagnos ger vägledning för terapeutiska ingripanden i de fall då familjens problematik domineras av försörjningssvårigheter eller bostadsproblem. I sistnämnda avseende får således den översiktliga bedömningen omedelbar kvalitativ betydelse. I nyssnämnda avseenden är det däremot den kvantitativa bedömningen (antal poäng för "problem" resp "allvarigare problem") som blir vägledande. Med hänsyn till det sagda kommer de fortsatta kompletterande statusschablonerna att exkludera omständigheter som hänför sig till försörjnings- och bostadsproblem.

Den etiologiskt-deskriptiva socialmedicinska familjebedömningen

Under denna rubrik söker vi fånga in några relevanta moment som ger uttryck för familjens samlade funktionsförmåga i dess utåtriktade sociala aktivitet. En viss skönmässighet föreligger tvivelsutan i gränsdragning till efterföljande rubrik (jfr nedan).

Den information som nu intresserar är

1. familjens dominerande begåvningsnivå,
2. familjens dominerande motivationsnivå,
3. familjens dominerande sociala normsystem samt
4. familjens allmänna hälsotillstånd.

Självfallet skulle flera moment kunna nomineras, men avsikten är här medvetet att söka åstadkomma en begränsning för att man icke skall förlora överblicken. I samma syfte bör journalmallen utformas rent tekniskt så att dessa intentioner tillvaratages, jfr tablå 1.

I den tabellariska översikten göres endast kortfattade anteckningar om anmärkningsvärda förhållanden i berörda hänseenden. I den journaltext som därjämte ingår i journalen får dessa fragmentariska anteckningar kompletteras med en mera fri karakteristik och med en preciserad informa-

Tablå 1. Den etiologiskt-deskriptiva socialmedicinska familjebedömningen.

	Begåvningsnivå	Motivationsnivå	Socialt normsystem	Allmänt hälsotillstånd
Fadern (mannen)				
Modern (kvinnan)				
Barn 1 (ålder)				
Barn 2 (ålder)				
Barn 3 (ålder)				
Barn 4 (ålder)				
Barn 5 (ålder)				
Annan familjemedlem (vem?)				

tion av faktiska förhållanden. Där kan också utdrag av sjukjournaler m m citeras i sitt sammanhang.

Den etiologiskt-dynamiska socialmedicinska familjebedömningen

Så som redan i det föregående framhållits föreligger en viss överlappning mellan vad som skall noteras under föregående rubrik och den förevarande. Motivet för gränsdragningen ligger i följande två omständigheter. För det första är beskrivningen under föregående rubrik sådan att man kan karaktärisera envar familjemedlem och därifrån bilda sig en uppfattning om familjens helhetsfunktion genom enkel addition av de enskilda medlemmarnas funktionsmönster i ena eller andra avseendet. För det andra har till förevarande rubrik reserverats sådana moment som återspeglar *relationer inom familjegruppen* eller hushållet, men som likväl har betydelse för hur familjen som enhet fungerar — utåt och inåt som social grupp.

Med dessa förutsättningar kan man här inte ställa upp en motsvarande tablå, utan får notera (översiktligt eller detaljerat alltefter den relevans man tillmäter förhållandena) anmärkningsvärda förhållanden i den verbala journalen under följande underrubriker, nämligen

1. Personlighetsinkompatibiliteter,
2. Norminkompatibiliteter,
3. Emotionell kontakt och samhörighet inom familjegruppen,
4. Möjligheterna för tillfredsställelse av sexuell libido,
5. Möjligheterna för tillfredsställelse av det biologiska reproduktionsbehovet.

De kollisioner inom familjegruppen som kan uppstå till följd av olikheter i personlighets- och normutrustningen etc angives således här. Beträffande bakgrunden till och innehållet i de olika rubrikerna hänvisas här till det tidigare omnämnda kompendiet (*Lindegård & Nyström, 1970*).

Socialmedicinsk journal i individualärenden

I görligaste mån skall en socialmedicinsk journal vara familjeorienterad eftersom man på så vis får med essentiella uppgifter rörande de i samman-

hanget mest närstående och relevanta omgivningsmomenten för en patient. Emellertid måste av uppenbara skäl ofta en sådan systematisk familjebedömning kompletteras och fokuseras på enskilda patienter.

Även i detta fall kan det vara motiverat — av samma skäl som beträffande familjen, jfr ovan — att få en *översiktsbedömning* ur socialmedicinsk synpunkt. I analogi med det familjestatus som presenterats här ovan, kan för den enskilde individen följande individualbedömning ingå i översikten:

- | | |
|--|---------|
| 1. "Hushållspengar": | |
| ingen brist | 0 poäng |
| viss brist | 1 " |
| påtaglig brist | 2 " |
| 2. <i>Bostaden</i> : | |
| utan särskild anmärkning | 0 " |
| vissa problem | 1 " |
| allvarliga problem | 2 " |
| 3. <i>Familjeförhållanden</i> | |
| utan särskild anmärkning | 0 " |
| vissa problem | 1 " |
| allvarliga problem | 2 " |
| 4. <i>Sociala kontakter i övrigt</i> : | |
| normala | 0 " |
| begränsade | 1 " |
| starkt begränsade | 2 " |
| 5. <i>Social "skötsamhet"</i> : | |
| inga anmärkningar | 0 " |
| vissa störningar | 1 " |
| allvarliga störningar | 2 " |
| 6. <i>Kroppsligt hälsotillstånd</i> : | |
| inga problem | 0 " |
| vissa problem | 1 " |
| allvarliga problem | 2 " |
| 7. <i>Psykiskt hälsotillstånd</i> : | |
| inga problem | 0 " |
| vissa problem | 1 " |
| allvarliga problem | 2 " |

Även här gäller bland annat att man genom poängsammanräkningen får ett kvantitativt uttryck för vederbörandes *vårdkomplexitet*: antalet problem, antalet allvarliga problem. Vidare ger denna översiktsbedömning i sig upplysningar om sådana sociala problem, som man i behandlings-

planen kanske mera direkt kan ge sig i kast med. Exempel härpå är liksom för familjesituationen försörjnings- och bostadsproblem. Vidare gäller det även här att denna översiktsbedömning kan vara lämplig som screening-test i epidemiologiska studier inom en population eller för att låta socialvårdsassistenter få vägledning att sortera ut klienter med stor socialmedicinsk vårdkomplexitet till det socialmedicinska teamets gemensamma bedömning och behandlingsplanläggning.

Om det ovanstående schemat för en översiktsbedömning i individualärenden således ligger bäst till hands för socialarbetaren, lämpar sig sannolikt nedanstående schema för socialmedicinsk översiktsbedömning bättre för den medicinske resp psykologiske medarbetaren i det socialmedicinska teamet. Bakom följande rubriker döljer sig ett innehåll, som närmare förklaras i det förut åberopade kompendiet (*Lindgård & Nyström, 1970*). Under varje rubrik bör i det enskilda fallet noteras kortfattat vari vederbörande patients sociala funktionsnedsättning består, medan man i den verbala journaltexten kan ge en mera fyllig bild av funktionsstörningen ifråga, liksom vilka medicinska och psykologiska kapacitetsfaktorer resp omgivningskrav som medverkat till uppkomsten av den sociala funktionssviken ifråga. Följande rubriker ingår i översiktsbedömningen:

1. ADL-svårigheter,
2. Biotekniska svårigheter i övrigt,
3. Försörjningssvårigheter,
4. Speciella samlevnadssvårigheter,
5. Generella d:o samt
6. Övriga sociala insufficienssymtom.

I den beskrivning rörande patientens kapacitet från medicinsk och psykologisk synpunkt som kompletterar nyssnämnda, bör *alltid* noteras följande omständigheter, nämligen

1. vederbörandes allmänna begåvningsnivå,
2. vederbörandes allmänna motivationsnivå,
3. vederbörandes sociala normsystem samt
4. aktuella sjukdomar och/eller invaliditetstillstånd.

Då det gäller *omgivningsstatus*, vilket likaså *alltid* skall ingå i den socialmedicinska journalen som fakta för att tolka de förekommande sociala

insufficienssymtomen, kan följande enkla uppställning nomineras — mera som en minneslista än som en systematik:

1. *Bostadens* beskaffenhet och geografiska belägenhet, dess kommunikationsförhållanden till arbetsplatsen, affärscentra, skolor, bibliotek osv;
2. *Grannskapets allmänna sociala prägel* i övrigt (t ex huvudsakligen ungarlägenheter, pensionslägenheter, lägenheter för familjer med många barn osv);
3. Eventuella *särdrag av materiell eller social natur i grannskapet* (påtagligt bullersamt, störande grannar i närheten etc);
4. *Bostadsområdets möjligheter till sociala kontakter*, fritidsaktivitet i form av hobbyklubbar, samlingslokaler m m;
5. *Hemförhållanden*. Bor patienten ensam i bostaden eller delas den med andra personer? Är vederbörande tillfälligt eller mera långsiktigt sammanboende med annan person? Föreligger det anmärkningsvärda särdrag eller beteenden hos den eller de personer, som patienten sammanbor med? Föreligger trångboddhet i bostaden?
6. *Tillgång till arbetstillfällen* i omedelbar närhet till eller inom någorlunda bekvämt räckhåll från bostaden?
7. Har *arbetsuppgiften* några utmärkande särdrag i form av exempelvis enformighet eller erbjuder den omväxling, ställer den krav på fysisk styrka, på händighet, snabbhet, precision, koncentration, uthållighet, fantasi och omställbarhet etc? Föreligger speciella materiella olägenheter på arbetsplatsen?
8. Hur förefaller "*stämningen*" på arbetsplatsen att vara ifråga om möjligheterna till medinflytande på olika beslut, hur är möjligheterna till ostört och/eller självständigt arbete, hur fungerar arbetsplatsen beträffande arbetsledning m m, vilka tillfällen till sociala kontakter erbjuder arbetet?
9. Innebär arbetet något speciellt med avseende på *arbetstidens* förläggning i form av skiftarbete, deltidsarbete, oregelbuna arbetstider, återkommande kortare eller längre resor i tjänsten eller andra speciella omständigheter i arbetsförhållandena?
10. Hur förhåller det sig med patientens *inkom-*

ster av arbete och vilka eventuella andra förmåner från anställningen eller från den egna företagsamheten föreligger? Har patienten ekonomiska förmåner som pension, livränta eller dylikt?

11. Vilka ekonomiska förpliktelser och övriga utgiftsposter ingår i patientens "ekonomiska miljö"? (Extra utgiftsposter genom förvärv av möbler, bil etc, underhållsplikt för utomäktenskapligt barn, barn i föregående äktenskap m m);

12. Vilka möjligheter till social service föreligger i närheten av patientens bostad då det gäller sjukvård, hemsjukvård, barndaghem, bostadsförmedling m m?

REFERENSER

1. *Rupro* 69. Socialstyrelsen, 1970.
2. *Schlesinger, B.* The Multi-problem family. University of Toronto Press. Toronto 1963.
3. *Tizard, J. & Grad, J. C.* The mentally handicapped and their families. London 1961.
4. *Lindegård, B. & Nyström, S.* Familjemedicin. Studentlitteratur, Lund 1970. Under tryckning.
5. *Lindegård, B.* Den kliniska medicinens specialisering. Sjukhuset, 1970. Under tryckning.

LÄDER och SKINN

för handskar, väskor, portföljer
och läderplastik

★

Leverantör till sjukhusens
arbetsterapiavdelningar

CV KLINT

Lilla Nygatan 11 — STOCKHOLM

TELEFONER: 10 23 38, 20 03 68

För rationellare kontorsrutin

- **Stenografering**
engelska, tyska, franska
- **Maskinskrivning,
maskinräkning**
Renskrivning, adressskrivning, utskrifter efter Rex-Recorderskivor och bandspelare
- **Fakturering**
utskrivning av tabeller och dylikt
- **Översättning**
- **Bokföring**
manuell och maskinell

- **Kopiering**
Rank Xerox- och fotostatkopior
- **Duplicering**
stenciluplicering
- **IBM COMPOSER**
Framställning av reproduktionsfärdigt textmaterial

elltsienografens
skriv & bokföringsbyrå ab

Kungsgatan 55 t. h. 3 tr.
111 22 Stockholm
Växel. 21 67 01, 03, 10, 11