

Redovisning av riksenkät till 186 socialchefer i landet

Greta Runnquist-Olsson

Det är nödvändigt att redogöra för bakgrunden till denna enkät, som förvisso icke varit avsedd för publikation. Socialläkarverksamheten i Västerås hade haft sitt inledningsskede, där vi trevade oss fram efter bästa förmåga. En utökning av verksamheten i anslutning till Socialförvaltningens omorganisation var beräknad. Vi hade ett behov av mer information om läkarmedverkan i kommunal socialvård i landsorten och för min egen del direktkontakt med kollegor. Det visade sig omöjligt att någonstans erhålla en samlad förteckning över i socialvård engagerade läkare, eller ens över socialläkare i trängre mening. Ingen utväg återstod annat än att själva skaffa ett "uppslagsverk". Personal till detta kunde mobiliseras på så sätt, att en av våra patienter, plågad av sysslolöshet, åtog sig skrivarbetet, men hade endast en vecka till förfogande. För frågeformuläret är jag ensam ansvarig. Det har kommit till under tidsnöd. Det huvudsakliga syftet var att få så många namnuppgifter som möjligt på kollegor i socialvårdsarbete i landsorten.

Vid tiden för enkätens utsändande var emellertid en del samarbetsformer, t ex med polis och landstingets sjukvård, särskilt aktuella för vår förvaltning, varför några enkla, grovt orienterande frågor på dessa punkter formulerades. Enkäten innehöll vidare en fråga, som skulle ge oss information om i vilken utsträckning egna läkare knutna till socialvården upplevdes som ett behov. Slutligen innehöll enkätformuläret en öppen fråga

Föredrag vid Svensk socialmedicinsk förenings vårmöte den 29.4.1970 i Linköping.

Nedanstående artikel redovisar resultatet av en undersökning som från början haft ett rent praktiskt syfte. Detta har varit att få en viss information som ledning för en organisation av det socialmedicinska samarbetet vid socialförvaltningen i Västerås.

Undersökningen inriktades främst på landsortsförhållanden och landets tre storstäder exkluderas från densamma. Sammanlagt inkom svar från 175 av 186 tillfrågade socialchefer. Svaren belyser sådana frågor som: Vad finns det för olika typer av läkarmedverkan i socialvården. Vad är erfarenheterna av samarbetet med olika sjukvårdsformer. Vilka önskemål har man om formen av integration socialvård—sjukvård?

Beträffande den sistnämnda frågan uppgav 53 % av de tillfrågade socialcheferna att de önskade egna socialläkare knutna till sin förvaltning.

Greta Runnquist-Olsson är socialläkare i Västerås.

med ordalydelsen: "Övriga synpunkter". Att frågeformulärets utformning har generande brister är jag pinsamt medveten om, men huvudsyftet är uppnått. Vi förfogar nu över en, skulle jag tro, tämligen fullständig katalog med namnuppgifter på läkare i socialvård, till nytta även för det praktiska arbetet.

Vi har därtill i förvånande stor utsträckning fått värdefulla synpunkter på integrationen socialvård — sjukvård.

Man kan göra många invändningar mot sättet att välja material. För vårt syfte måste det vara enkelt, gå fort och ändå ge mesta möjliga information. Vi tog det tillgängliga exemplaret av postkalendern (1968 dessvärre) och tillskrev socialchefer i alla städer, köpingar och landskommuner, där sådan befattningshavare fanns utsatt. Stockholm, Malmö, Göteborg utelämnades, eftersom upplysningar stod att få på annat sätt och vi särskilt var intresserade av landsortsförhål-

Tabell 1. Läkarmedverkan i olika former av socialvård

Folkmängd i 1 000-tal	0—4	5—9	10—14	15—24	25—39	40—59	60—	S:a
Har socialläkare lönegradsplacerade arvodesanställda	1	2	2	4	7	2 1	6 2	8 19
Saknar socialläkare	14	46	28	28	22	8	2	148
Summa	15	48	30	32	29	11	10	175
Har till NN knuten poliklinikläkare	3	12	9	17	26	9	10	86
Saknar NN-läkare	12	36	21	15	3	2		89
Summa	15	48	30	32	29	11	10	175
Har till BVN knuten läkare	2	4	5	8	9	5	5	38
Saknar BVN-läkare	13	44	25	24	20	6	5	137
Summa	15	48	30	32	29	11	10	175

landen. 186 socialchefer tillfrågades i februari 1970, 175 svar inkom, således ett bortfall på 6 %. Kommunernas storleksordning fördelar sig som framgår av tabellerna. Av de 11 uteblivna svaren faller 7 i gruppen 10-14.000 invånare. Övriga 4 fördelar sig på orter med lägre invånarantal.

Läkarmedverkan i kommunerna

I vilken utsträckning kommunerna f n förfogar över läkare framgår av *tabell 1*, som knappast ger anledning till särskilda kommentarer. Det är sannolikt bristen på barnpsykiatriker mer än återhållsamhet från kommunernas sida, som gör att Barnavårdsnämnderna i jämförelse med nykterhetsvården i mindre utsträckning har egna läkare till förfogande. I större städer kan man räkna med barnpsykiatriska kliniker, men även deras resurser har av flera uppgivits som otillräckliga i barnavårdsärenden, där handläggning ofta måste ske inom i lag reglerade tidsrymder. Då familjevårdsprincipen skall förverkligas, kommer bristen på barnpsykiatrisk medverkan troligen att upplevas ännu tydligare. 2 kommuner har i den öppna frågan hyst förhoppningar om psykologmedverkan i barnavårdsärenden. Läkarmedverkan vid barnstugor och barndaghem har ej tagits med i

inventeringen, så ej heller läkare i den kommunala åldrings- och hemvården. I det öppna svaret har emellertid tre socialchefer berört detta spörsmål och önskat egna läkare, knutna till förvaltningen för bestridande av samtliga uppgifter av medicinsk art, som åvilar primärkommunerna. Önskemål framförs om total integration av åldringsvården med gemensam läkare för landstingens långtidsvård, ålderdomshem och yttre åldersvård.

Socialvårdens erfarenheter av sjukvårdsservicen

Tabell 2 kan ge en viss grov bakgrundsinformation. Enkätsvaren kunde ha ställts i relation till tillgången på sjukvård i den aktuella kommunen, delfrågor angående vilken sjukvårdsinstans som anlitats vid olika typer av socialvårdsärenden borde ha ingått, etc. Det är t ex antagligt att lasarett utnyttjas i den mån psykiatrisk eller barnpsykiatrisk klinik finnes och då för oundgängliga utlåtanden och intyg. I sin nuvarande utformning tjänar tabellen huvudsakligen som bakgrund för en redovisning av intressanta öppna svar, rörande socialchefernas erfarenheter av samarbetet med landstingets sjukvård. En social-

Tabell 2. Socialvårdens utnyttjande av olika sjukvårdsformer. (Procenttalen beräknade på 132 avgivna svar. 43 kommuner har antingen egen läkare, anlitar privatpraktiker, industriläkare eller har av annan anledning ej besvarat enkätfrågan.)

Folkmängd i 1 000-tal	0—4	5—9	10—14	15—24	25—39	40—59	60—	S:a
Lasarett+andra alternativ	5	17	13	17	15	5	2	43 (31 %)
Provinsialläkare+andra alternativ	11	33	20	18	16	5	1	104 (77 %)
Flerläkarstation+andra alternativ	4	15	8	8	4	3	2	44 (31 %)

chef har träffande formulerat socialvårdstjänstemannens situation när denne är hänvisad till att på ett ostrukturerat sätt utnyttja befintlig sjukvård: "Ibland kan de medicinska insatserna behöva samordnas. Det har inträffat att ganska olika diagnoser ställts på en och samma patient. I sämsta fall har det inträffat att socialbyrån fått direkt motsatta rekommendationer rörande en och samma patient".

Ytterligare ett svar citeras: "Socialvården kan icke drivas som en isolerad vårdform på grund av att våra arbetsuppgifter så markant förändrats under den senaste 10-årsperioden. Detta förändrade vårdbehov är vi i dag icke rustade att möta, utan måste knyta mer expertis till vår verksamhet. Ett mer ingående samarbete med landstinget efterlyses".

I ett svar från en kommun där socialläkare finnes önskar man trots detta konsulter från lasarettet, för att bättre få remisser beaktade. I flera svar noteras att den medicinska vården är otillfredsställande för socialvårdens klienter, väntetiderna vid lasarett och provinsialläkarmottagningar för långa. Förståelse för social problematik och bredare social medverkan efterlyses.

~~~~~  
*"Ibland kan de medicinska insatserna behöva samordnas. Det har inträffat att ganska olika diagnoser ställts på en och samma patient. I sämsta fall har det inträffat att socialbyrån fått direkt motsatta rekommendationer rörande en och samma patient."*  
 ~~~~~

"Kompetenskonflikt" och gränsdragningsproblem mellan landsting och kommun påtalas i ett svar och antyds i flera. Där flerläkarstationer finnes är intrycket att dessa utnyttjas, men i flera svar önskar man en mottagningsdag i veckan reserverad för socialvårdens klienter. En socialchef svarar att det "är svårt att få hjälp överallt", en annan uppger att "vi har en läkare i nämnden, som ibland har en välvillig inställning. I övrigt får vi från fall till fall ge oss ut på jakt efter någon läkare som kanske har tid att räcka oss en hjälpande hand". 9 socialchefer som är hänvisade att utnyttja provinsialläkare och flerläkarstationer förklarar sig nöjda med samarbetet. Nöjda är också de socialchefer i Skaraborgs län, som fått sina "hälsohus" eller "hälsovårdscentraler" med flerläkarstation, företagshälsovård, distriktssköterskemottagning, folktandvård, arbetsförmedling, sjukkasse, apotek och socialvård i enlighet med "Skaraborgsutredningens" förslag.

Vården av misstänkt psykiskt sjuka

Enkätens tredje fråga formulerades: "Vilken myndighet påtar sig i Eder kommun uppgiften att praktiskt föranstalta om vård åt misstänkt psykiskt sjuk". Jag är medveten om att frågan borde ha preciserats med tillägget "utom i fall enligt LSPV § 7". Mot bakgrunden av egna erfarenheter och underhandsupplysningar förefaller det emellertid som om polismyndigheternas farlighetskriterier varierar och något finkalibrerat besked om praxis i denna viktiga angelägenhet står knappast att få. Vi befinner oss f n i ett besynnerligt

läge, åstadkommet av lagtolkningsfrågor. Polisen åberopar LSPV:s grundprincip om frivillighet och stöder sig i övrigt på ordföljden i lagtexten, där polismyndigheten nämnes sist i uppräkningsordningen av dem som har befogenhet ansöka om vård. De sjuka, som själva önskar vård, skall självfallet erhålla hjälp därtill från socialvården, om sådan hjälp påkallas. Problematisk blir situationen vid de tillfällen då den sjuke i bristande sjukdomssikt motsätter sig alla åtgärder, även den socialutredning som krävs för bedömning av farlighet och för tjänsteläkarens ställningstagande till vårdbehovet. Socialarbetaren saknar varje befogenhet att utöva tvång, äger enligt lag ej rätt begära skydd för egen säkerhet, eller ens hjälp att bereda sig tillträde till den misstänkt sjukas bostad. Allvarligt är att polismyndighetens farlighetskriterier icke överensstämmer med de medicinskt-psykiatriska. Centrala direktiv från Socialstyrelsen i denna viktiga och framförallt för socialarbetaren ansvarsbelastande fråga saknas helt. Att Rikspolisstyrelsen inte kan meddela föreskrifter, grundade på dunkla lagtexter utgångna från annat departement, är förståeligt. *Tabell 3* visar att var och en i sin stad gör så gott man kan, att uppgif-

Allvarligt är att polismyndighetens farlighetskriterier icke överensstämmer med de medicinskt-psykiatriska. Centrala direktiv från Socialstyrelsen i denna viktiga och framförallt för socialarbetaren ansvarsbelastande fråga saknas helt.

ten i huvudsak är övervältrad på socialförvaltningarna, trots att den, när allt kommer omkring, är en angelägenhet för den psykiatriska öppenvården med bistånd av polismyndigheten om utövande av tvång är oundgängligen nödvändigt.

Hur integrera socialvård och sjukvård?

Att 53 % av de 175 svarande socialcheferna önskar egna socialläkare framgår av *tabell 4*. Även denna fråga kunde ha formulerats med större precision. Som den nu står, är det svårt att utläsa om svaren grundar sig på en realistisk bedömning av möjligheterna för den egna kommunen att erhålla en sådan befattningshavare, eller på ett principiellt ställningstagande i frågan. Således låter det sig säga att minst 53 % av de svarande

Tabell 3. Myndigheters medverkan vid föranstaltande om vård för misstänkt psykiskt sjuk.

Folkmängd i 1 000-tal	0—4	5—9	10—14	15—24	25—39	40—59	60—	S:a
a Polisens allm. utredningssektion	1	1			1		1	4
b Landstingens öppna sjukvårdsorganisation	1	1	2		1			5
c Socialförvaltningen	5	23	15	14	10	2	3	72
ab Polis + Sjukvård		1			1			2
ac Polis + Socialförv.	2	10	5	10	9	7	1	44
bc Sjukvård + Soc.förv.	4	11	4	3	1		3	26
abc Samtl. myndigheter	1		3	3	5	2	2	16
Ej svar	1	1	1	2	1			6
	15	48	30	32	29	11	10	175

Tabell 4. Önskemål om form för integration socialvård—sjukvård.

Folkmängd i 1 000-tal	0—4	5—9	10—14	15—24	25—39	40—59	60—	S:a
Önskar egna läkare knutna till förvaltningen	3	11	7	16	22	8	3	70
Önskar utnyttjande av befintlig sjukvårdsorganisation	11	29	15	8	3	3		69
Båda alternativen	1	2	4	5	4		7	23
Övriga		6	4	3				13
Summa	15	48	30	32	29	11	10	175

önskar egna läkare. Följande städer planerar utredning av tillsättande av socialläkartjänst 2
utreder frågan om tillsättande av socialläkartjänst 6
har pågående löneförhandlingar om tillsättande av socialläkartjänst 6

Även här är de öppna svaren upplysande. 5 socialchefer hoppas efter bildandet av kommunblock få tillräckligt underlag för inrättande av socialläkartjänst. Några hoppas på att närliggande kommuner skall kunna samsas om en läkare. En sådan överenskommelse föreligger redan mellan två kommuner, där man inrättat socialmedicinska behandlingscentraler med gemensam läkare. En del svar på den öppna frågan är lakoniska men tydliga: "Läkarmedverkan inom socialvården är otillräcklig. Egna läkare enda lösningen". -- "Med egna läkare mer enhetlig bedömning och inriktning på sociala problem". -- "Städer med socialläkare har en stor förmån, som små städer inte kan påräkna". -- "Vid organisation enligt helhetsprincip nödvändigt med egna läkare".

I en stad har socialförvaltningen hemställt hos landstinget att socialläkaren skall beredas mottagningslokaler i en planerad flerläkarstation. Troligen får han ändå tjänsterum inom socialförvaltningens lokaler för speciella fall. "Vi tror att detta är önskvärt för att motverka känsla av yrkesmässig isolering, samtidigt som vi tror att han där (på flerläkarstationen) skall kunna tillföra övriga kollegor 'sociala' insikter och social-

vårdsbetonad information. En väsentlig del av tiden skall han dock tillbringa i socialförvaltningens lokaler för samråd, behandlingskollegier, etc".

En socialchef redogör för den "sociala läkarmottagningen, där olika verksamheter samsas, som bestrides av olika läkare. - - - Det bör leda till mindre isolering och mindre benägenhet hos de i socialvård ej inblandade läkarna att till en speciell socialläkare avbörda sig obekväma patienter". En stad av icke ringa storleksordning saknar helt till socialförvaltningen knutna läkare. Man anlitar lasarett och provinsialläkare i ungefär lika omfattning. Lasarettets psykiatriska poliklinik tas i anspråk för alkoholvård. Även för Socialnämndens klienter föredrar man att enbart utnyttja befintlig sjukvård "för att icke särskilja dessa personer från andra i samhället". Med ett dylikt, visserligen på humanitet grundat synsätt, löper man dock, enligt min mening, risk att socialvårdsklientens speciella problematik sopas under mattan, utan att man kan skydda honom för den diskriminering som till äventyrs försiggår på läkarmottagningen eller innanför sjukhusväggarna.

Den här redovisade, improviserade och valhända enkäten gör inga anspråk på fullständighet eller precision. De 175 socialchefer, vilka så beredvilligt har medverkat, har själva slagit an en ton, som jag hoppas ha kunnat föra fram. En önskan om ökad medicinsk medverkan i socialvård ljuder genom enkäten och den faktiska situationen låter sig beskriva i ett sista svarsцитat: "Att allt arbete haltar utan samverkan socialvård-sjukvård är uppenbart".