

Analys av socialmedicinska patientärenden¹⁾

Av med. kand. Kjell Bergqvist, med. kand. Sven Björkström och med. kand. Gunnar Sandberg, Göteborg

Uppgiften har varit att analysera 63 socialmedicinska patientärenden handlagda av medicine kandidater under huvudkurserna i socialmedicin från sept. 1963 t.o.m. sept. 1966. Det är ett systematiskt selekterat material bestående av patienter med långvariga sociala insufficienstag, särskilt lämpade som undervisningsfall.

Ålders-, köns- och civilståndsfördelning Remissinstanser

Ålders- och könsfördelning framgår av fig. 1. I åldersgruppen 0—20 år ingår en patient som vid utredningstillfället var 2½ år, övriga i denna grupp var över 16 år. Äldsta patienten var vid utredningstillfället 64 år. C:a en tredjedel av patienterna återfinns i åldersgruppen 31—40 år. Det finns något fler män (36) än kvinnor (27) i materialet. Beträffande civilstånd visar det sig att 20 patienter är ogifta, 23 gifta och 20 fränskilda. Av samtliga har 27 patienter en eller flera skilsmässor bakom sig.

Fig. 1. Ålders- och könsfördelning

Ålder	M.	Kv.	Summa
≤ 20	3	2	5
21—30	3	6	9
31—40	13	6	19
41—50	6	8	14
51—60	10	4	14
61	1	1	2
Summa	36	27	63

¹⁾ Enskilt arbete vid Socialmedicinska institutionen, Göteborgs Universitet, prefekt: prof. Bengt Lindegård.

Flertalet patienter (40) har inremitterats från Försäkringskassan på grund av långvarig och/eller frekvent sjukskrivning. Frågeställningen har i många fall varit förtidspension. Övriga patienter har kommit från olika kliniker eller mottagningar inom Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg (19), praktiker (2) och Skyddsvärnet (2).

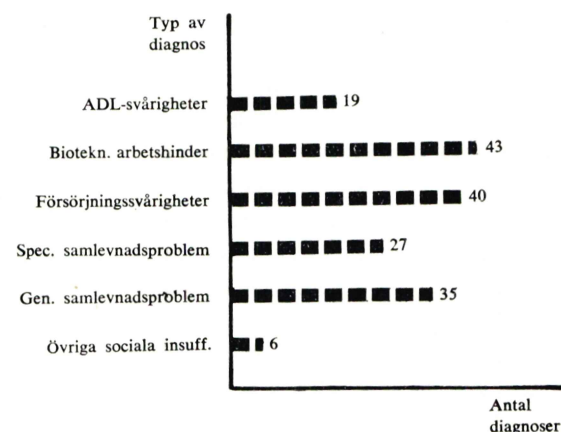
Utredningsorsak och social insufficiens

Patienternas insufficienser är indelade med hjälp av Lindegårds pedagogiska klassifikationsschema för socialmedicinska "huvuddiagnoser":

1. Svårigheter med ADL
2. Biotekniska arbetshinder eller andra funktionshinder
3. Försörjningssvårigheter
4. Speciella samlevnadsproblem
5. Generella samlevnads- och anpassningsproblem
6. Övriga sociala insufficienser.

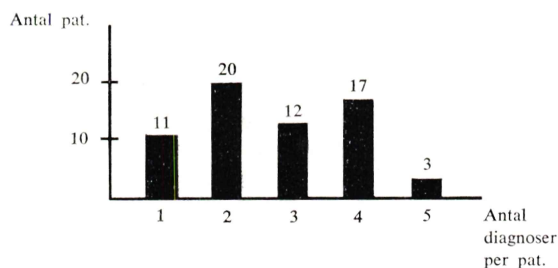
Av fig. 2 framgår frekvensen av de olika social-

Fig. 2. Diagnosfrekvens



medicinska diagnoserna. Antalet diagnoser per patient illustreras i fig. 3. I medeltal har patienterna tre diagnoser, vilket visar att den sociala insufficiensen är av komplex natur. I 11 fall har patienterna haft endast en av de sex huvuddiagnoserna.

Fig. 3. Antal socialmedicinska diagnoser per patient



Bakgrundsfaktorer

Vid bearbetningen av bakgrundsfaktorer har materialet på grund av de komplexa diagnoskombinationerna, indelats i tre grupper med avseende på diagnoser:

1. ADL-svårigheter och/eller biotekniska arbets hinder eller andra funktionshinder, med eller utan försörjningssvårigheter, men *utan* samlevnadsproblem (16 fall).
2. Någon form av speciella eller generella samlevnads- eller anpassningsproblem, med eller utan försörjningssvårigheter, men *utan* ADL-svårigheter eller biotekniska hinder (10 fall).
3. ADL-svårigheter och/eller biotekniska arbets hinder eller andra funktionshinder, med eller utan försörjningssvårigheter, och *med* någon form av samlevnadsproblem (30 fall).

Vid denna uppdelning har sju patienter fått utgå av olika anledningar. Patienter med enbart försörjningssvårigheter eller enbart sociala insufficienser av annan karaktär än ovannämnda finns ej med, ej heller ett par patienter utan någon egentlig huvudsjukdom i medicinsk mening. (Analysen av bakgrundsfaktorer bygger bl.a. på förekomsten av en huvudsjukdom). I ett fall har man ej funnit någon social insufficiens. Ytterligare finns en 2½-årig gosse som ej ansetts jämförbar med det övriga materialet.

Frekvensen av olika bakgrundsfaktorer av betydelse i de ovan nämnda grupperna av insufficiensformer framgår av fig. 4. Frekvenserna är uttryckta i absoluta tal inom de olika grupperna. I de insufficiensformer där samlevnadsproblem ingår förekommer sociogena och karakterogena bakgrundsfaktorer oftare än i gruppen utan samlevnadsproblem, vilket man också kan förvänta sig.

Betydelsen av den höga förekomsten av areditära faktorer i gruppen med enbart samlevnadsproblem kan man möjligen spekulera över. Om man sammanför de två grupperna med samlevnadsproblem finner man areditära faktorer i knappt hälften av fallen. I fig. 4 är sjukdom som bakgrundsfaktor uppdelad på somatisk eller psykisk huvudsjukdom. (Med sjukdom avses då tillstånd som föranlett utredning och behandling i öppen eller sluten sjukvård). I undergrupperna anges om huvudsjukdomen är kombinerad med psy-

Fig. 4. Frekvensen sociala insufficienser fördelade på olika bakgrundsfaktorer

Bakgrundsfaktor:	SOCIALA INSUFFICIENSER		
	ADL- och biotekniska svårigheter	ADL- och biotekniska svårigheter samt samlevnadsproblem	Samlevnadsproblem
	16 patienter	30 patienter	10 patienter
1. Hereditär	6	10	9
2. Sociogen	11	29	10
3. Karakterogen	12	29	10
4a. Somatic sjukdom			
Enbart somatisk sjukdom	12	6	3
Somatic + psykisk sjukdom	2	6	—
4b. Psykisk sjukdom			
Enbart psykisk sjukdom	—	3	5
Psykisk + somatisk sjukdom	2	15	2

kisk respektive somatisk sjukdom. De psykiska sjukdomarna är väsentliga som bakgrundsfaktorer till samlevnadsproblem medan ADL-svårigheter och/eller biotekniska arbets- eller andra funktionshinder väsentligen har somatisk sjukdom som bakgrundsfaktor, vilket man även kan förvänta sig.

I fig. 5 har gruppen med *enbart samlevnadsproblem* redovisats med avseende på huvudsjukdom och den första sjukdom som har betydelse för den aktuella insufficiensen. Första sjukdom är i de flesta fall en långvarig somatisk åkomma. Psykiatriska tillstånd har senare kommit att dominera bilden.

Fig. 5. Gruppen med enbart samlevnadsproblem och anpassningssvårigheter fördelade på olika medicinska specialiteter.

Antal patienter (10)	Första sjukdom som bidragit till den sociala insufficiensen inom specialitet:	Huvudsjukdom inom specialitet:
1	Ortopedi	Psykiatri
1	Kirurgi (ulcus)	Kirurgi
3	Psykiatri	Psykiatri
1	Infektion (encefalit)	Psykiatri
2	Gynekologi	Gynekologi
2	Medicin	Psykiatri

För att belysa de *sociogena bakgrundsfaktorerna* närmare har dessa delats upp i undergrupper (fig. 6). Interpersonella konflikter på arbetsplatsen eller i hemmet har en större frekvens i de två grupperna med samlevnadsproblem. Beträffande uppväxtförhållanden tycks en svår barndom och uppväxttid gynna uppkomsten av framtida samlevnadsproblem. Övriga sociala insufficienser rymmer sådana omständigheter där patienten utsatts för påverkan från kriminella och alkoholiserade grupper och dylikt.

Förekomsten av *karakterogena och psykiatriska bakgrundsfaktorer* (fig. 7) fordrar några kommentarer. Det synes vara högre frekvenser vad beträffar samtliga redovisade personlighetsdrag än vad som är att vänta i en normalpopulation. En tredje-

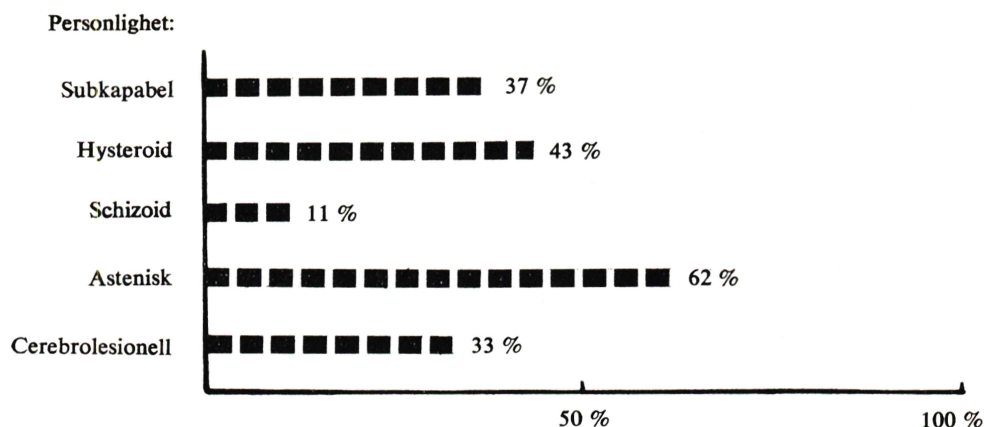
del av patienterna har bedömts som cerebrolesionella, som regel efter laesiotest.

Alkoholmissbruk, narkomani och kriminalitet (fig. 8) kan uppfattas dels som bakgrundsfaktor, dels som uttryck för en social insufficiens. I gruppen med medicinska alkoholproblem ingår några som ej är anmälda hos Nykterhetsnämnden, medan det i gruppen nykterhetsnämndsanmälda ingår motsvarande antal patienter, som vid utredningstillfället ej uppvisar några kliniska alkoholproblem. Kriminalitet innebär, att patienten är införd i kriminalregistret, vilka uppgifter har inhämtats indirekt. Rutinmässig kontroll av kriminalregistret har däremot på grund av sekretessbestämmelserna inte kunnat genomföras, varför man ej kan dra någon slutsats om hur vanlig kriminalitet är i materialet.

Fig. 6. Frekvensen sociala insufficienser fördelade på olika typer av sociogena bakgrundsfaktorer

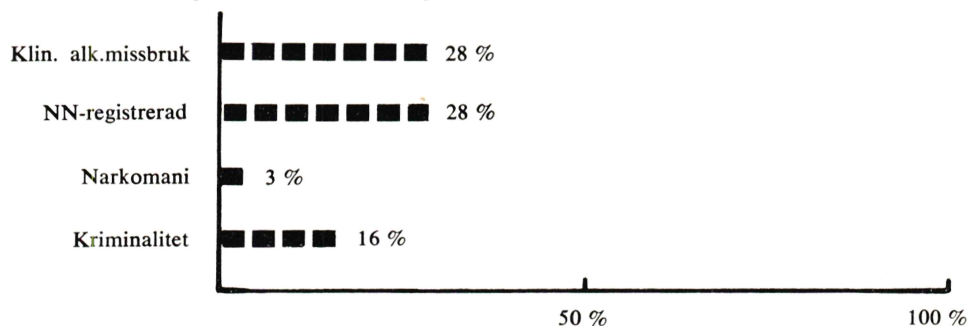
Sociogena bakgrundsfaktorer	SOCIALA INSUFFICIENSER		
	ADL- och biotekniska svårigheter	ADL- och biotekniska svårigheter samt samlevnadsproblem	Samlevnadsproblem
	16 patienter	30 patienter	10 patienter
Anmärkningsvärda uppväxtförhållanden	2	10	6
Hemmet, interpersonella omständigheter	—	17	9
Hemmet, materiella omständigheter	4	7	3
Arbetet, interpersonella omständigheter	2	5	2
Arbetet, materiella omständigheter	5	7	1
Övriga sociala situationer	—	7	4
Sociala bakgrundsfaktorer saknas	5	1	—

Fig. 7. Förekomst av karakterogena faktorer och cerebrolesionella symtom¹⁾



¹⁾ Procenttalen har införts blott i syfte att ge relativtal. Det bör påpekas att hela patientserien endast omfattar 63 fall (jfr texten).

Fig. 8. Förekomst av generella samlevnadsproblem¹⁾



¹⁾ Procenttalen har införts blott i syfte att ge relativtal. Det bör påpekas att hela patientserien endast omfattar 63 fall (jfr texten).

Den sociala insufficiensens utveckling och duration

I fig. 9 redovisas det totala antalet patienter, som har eller haft sjukdom inom någon av ett antal angivna specialiteter, där denna sjukdom har bedömts vara av betydelse för den sociala insufficiens. Här framgår också fördelningen av patienterna med avseende på huvudsjukdom samt avseende den första utredning eller behandling för sjukdom, som har betydelse.

Antalet patienter, som utretts första gången inom en viss somatisk specialitet, är ofta större än det antal patienter, som har sin huvudsjukdom inom samma specialitet. Beträffande psykiatri råder

det motsatta förhållandet. Möjligen kan detta tolkas så, att patienter med somatisk sjukdom så småningom utvecklar psykiska symtom av sådan valör, att de kräver utredning och behandling. Man kan också tänka sig, att patienter med begynnande psykisk sjukdom i första hand söker somatisk specialitet på grund av att sjukdomen initialt uppfattas som somatisk av patienten. Vid genomgång av utredningarna får man ett allmänt intryck av att många patienter utretts och behandlats för sekundära sjukdomar inom olika specialiteter innan de fått sin slutliga huvuddiagnos. Psykiska, internmedicinska och ortopediska sjukdomar är de i materialet vanligast förekommande. Ofta är det här fråga

Fig. 9. Totala antalet patienter med sjukdomar inom angivna specialiteter

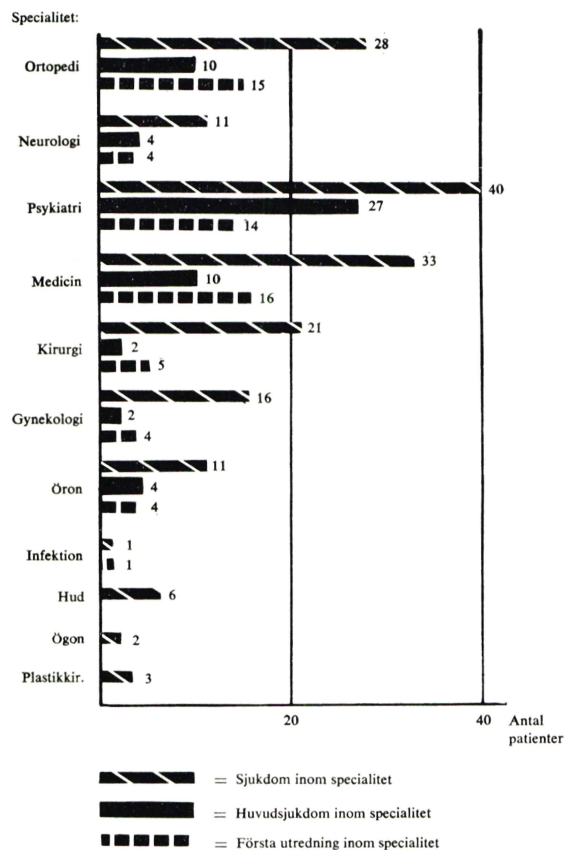
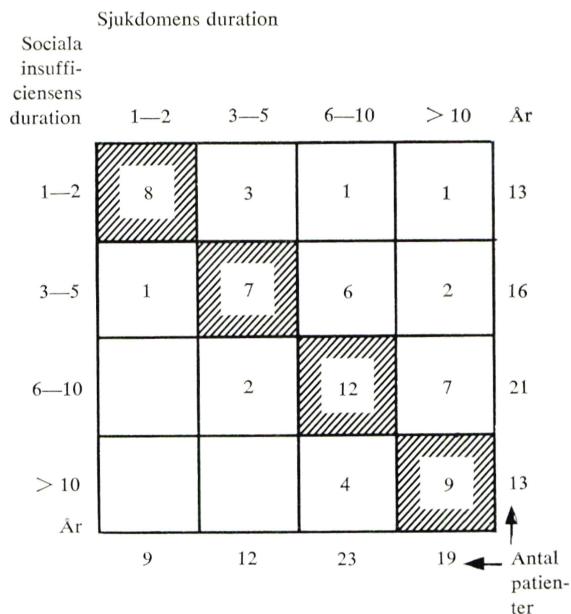


Fig. 10. Sjukdomen och den sociala insufficiensens duration



om långvariga tillstånd och därigenom har belastningen på just dessa kliniker varit stor. Den totala belastningen på sjukhusets olika kliniker kan man dock ej uttala sig om med ledning av uppgifterna, emedan dessa är ofullständiga vad beträffar vårdtillfällen eller antalet besök på olika kliniker.

Ett försök har gjorts att skatta den sociala insufficiensens duration för varje patient. Detta har varit förenat med vissa svårigheter, emedan insufficiensens debut är svårbestämd. Detta dels därför att insufficiensen initialt haft ett smygande förlopp och dels därför att uppgifterna angående psyko-fysiska resurser och omgivningsförhållanden ej varit tillräckligt utförliga under de aktuella tidsavsnitten. I flertalet fall har durationen dock kunnat bestämmas på ett år när. Insufficiensens duration vid utredningstillfället har jämförts med hur långt tillbaka i tiden den första medicinska utredningen,

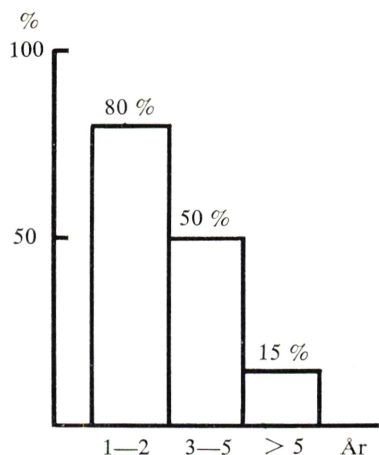
som haft betydelse för insufficiensens utveckling genomfördes (fig. 10).

I 36 fall sammanfaller den sociala insufficiensens duration med tidsintervallet mellan första utredning och den socialmedicinska utredningen. I 20 fall har somatisk eller psykisk sjukdom debuterat före den sociala insufficiensen. I 7 fall inträder insufficiensen innan någon sjukdom konkret manifesterat sig och lett till läkarkontakt. Detta sistnämnda kan tolkas så, att andra bakgrundsfaktorer givit upphov till social insufficiens, som senare komplicerats med somatisk eller psykisk sjukdom. Ett samband kan man möjligen tänka sig i den grupp där sjukdom manifesterat sig före den sociala insufficiensen. Sjukdomen pågår under avsevärd tid och nedsätter individens psyko-fysiska resurser. Efter hand blir omgivningens krav relativt större och den sociala insufficiensen debuterar.

Sjukskrivning och social insufficiens

Ett försök att med hjälp av patienternas sjukskrivningsperioder skatta de sociala insufficiensernas varaktighet har gjorts. Sjukskrivning mer än eller lika med tre månader per år har definierats som

Fig. 11. Sjukskrivningar



Sjukskrivningar ≥ 3 mån. per år
(Kumulativ fördelning)

långvarig (överensstämmer med Försäkringskassans 90-dagarsregel).

I fig. 11 redovisas en kumulativ fördelning över de olika perioderna. 13 patienter saknar sjukskrivning enligt denna definition. I denna grupp ingår redan sjukpensionerade samt patienter med korta sjukskrivningsperioder. I två fall förekommer ingen sjukskrivning alls. I fig. 12 finner man i 28 fall överensstämmelse mellan sjukskrivningens längd och den sociala insufficiensens duration. I 21 fall

Fig. 12. Sjukskrivning och social insufficiens

Sjukskrivningar ≥ 3 mån. per år

Sociala insuff. duration	0	1—2	3—5	> 5	År
1—2	2	9	1		12
3—5	2	4	11		17
> 5	9	7	10	8	34
År	13	20	22	8	

Antal patienter

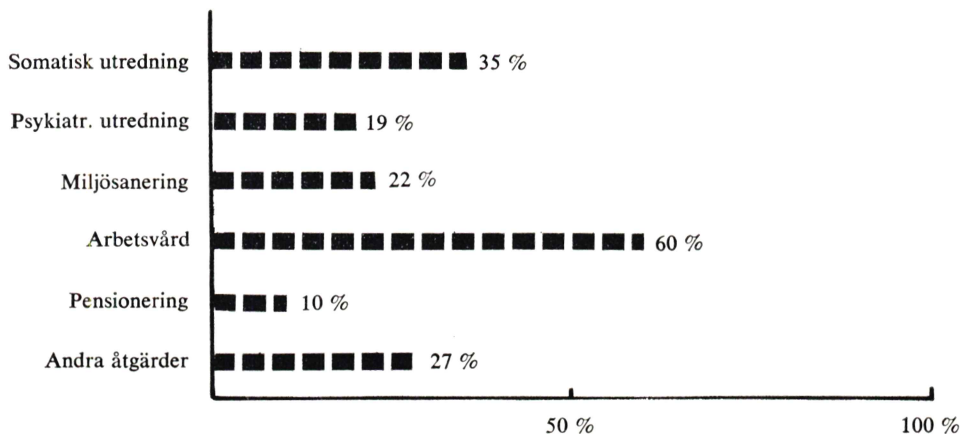
debuterar insufficiensen före kontinuerlig sjukskrivning enligt ovan nämnd definition.

I dessa fall utgör tydligen sjukskrivningens längd inte något gott mått på varaktigheten av en social insufficiens.

Socialmedicinska åtgärder

Man har i varje enskilt fall föreslagit olika åtgärder syftande till att häva den sociala insufficiensen (fig. 13).

Fig. 13. Föreslagna socialmedicinska åtgärder¹⁾



¹⁾ Procenttalen har införts blott i syfte att ge relativtal. Det bör påpekas att hela patientserien endast omfattar 63 fall (jfr texten).

Speciella frågeställningar förekommer i några fall. De åtgärder, som där föreslagits, finns med i gruppen "andra åtgärder" (steriliseringsutredning, hjälp från samhället till ekonomisk sanering, körkortsbedömning m.m.). I anmärkningsvärt många fall har man föreslagit somatisk eller psykiatrisk utredning. Många patienter har komplexa sjukdomsbilder och det kan därför tänkas att de inte blivit fullständigt utredda ur alla synpunkter. Arbetsvårdande åtgärder intar en framträdande plats. Många har under lång tid sökt framhärda i yrken, som de inte kunnat klara. I de flesta fall har man varit av den uppfattningen, att man i första hand bör satsa på arbetsvårdande åtgärder. I endast 1/10 av fallen har utredarna funnit, att förtidspensionering varit det bästa alternativet.

Om man i handläggningen av patientärendena i ett tidigare skede kunnat lägga socialmedicinska aspekter på problemen, kunde man kanske ha förebyggt eller mildrat den sociala insufficiensen. De socialmedicinska resurserna har varit otillräckliga.

Ett ökat antal socialmedicinskt orienterade läkare, en utökad kuratorsverksamhet och ett intimt samarbete mellan dessa instanser och olika kliniska discipliner erfordras för att nå den enskilde patienten i ett så tidigt skede som möjligt och få dennes problem allsidigt belysta.

Slutkommentar

I denna undersökning på ett medvetet selekterat patientmaterial med sociala insufficienser har några primärdata beträffande ålder, kön och civilstånd sammanställts. Olika typer av sociala insufficienser har redovisats med avseende på bakgrundsfaktorer. Några synpunkter har också lagts på den sociala insufficiensens utveckling, dels i förhållande till psykiska och somatiska sjukdomar och dels i förhållande till sjukskrivningsperioder. Slutligen har föreslagna socialmedicinska åtgärder redovisats och behovet av ökade kliniska socialmedicinska resurser framhållits.

Att vara övervakare

är en handbok och uppslagsbok för övervakare. Här behandlas för första gången i bokform ämnet övervakningsmetodik.

Klientens bakgrund.

Den första kontakten.

Plats och tid för sammanträffanden.

Samarbete med klientens familj.

Gruppens betydelse.

Den dubbla lojaliteten.

Tystnadsplikt och diskretion.

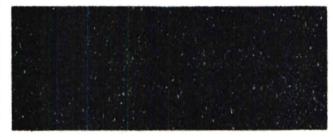
Detta är bara några exempel på de frågeställningar som diskuteras.

Författaren Kurt Gordan är chefspsykolog vid Socialstyrelsen och har under lång tid deltagit i utbildningen av övervakare. Boken har skrivits med hjälp av experter på de olika vårdområdena: barn- och ungdomsvård, nykterhetsvård och kriminalvård. Dessutom ingår tillämpliga lagtexter samt utförligt sakregister.

Kurt Gordan



**Att vara
övervakare**



KURT GORDAN Att vara övervakare I varje bokhandel 24:50