

Sjukvård och socialvård — samordning på patientnivå¹

Av professor Bengt Lindegård, Göteborg

Sjukdomsbegreppet

När vi i dagligt tal säger att en människa är sjuk, så tror vi oss väl i allmänhet veta vad vi talar om. Men börjar vi skärskåda begreppet sjukdom litet närmare är det inte fullt klart vad som avses. Någon känner sig sjuk och menar kanske därmed en allmän olustkänsla tillsammans med symtom som snuva eller hosta. Någon har fått plötsliga smärtor i buken och måste söka vård på sjukhus. I dessa fall kan vi säkert samsas om att vederbörande får anses vara sjuk. Gemensamt för dessa fall är att den person det gäller själv känner sig dålig på ett eller annat vis, antingen han tar kontakt med läkare, lägges in på sjukhus eller går kvar i arbetet. Skulle det kunna räcka som avgörande för att sjukdom föreligger, nämligen att vederbörande själv känner sig dålig, undrar man? Svaret är utan tvekan nej. Det kan nämligen hända att en läkare kan påvisa kroppsliga eller psykiska symtom som eventuellt kräver vård utan att vederbörande patient själv känner sig dålig eller kanske ens vill tro på riktigheten av vad läkaren säger sig ha funnit.

Nå då är väl saken klar kan det tyckas. Läkaren skall naturligtvis avgöra om sjukdom föreligger eller inte. Tyvärr är saken inte så enkel att ens detta räcker för att avgränsa vad som skall menas med sjukdom. Åtskilliga patienter känner sig dåliga på ett eller annat sätt och söker läkare, ibland en hel rad läkare, för att blott få konstaterat att det inte finns påvisbara sjukdomssymtom. Men någonting måste ju vara galet, annars skulle vederbörande inte kasta ut pengar på att gå vidare från den ene läkaren till den andra.

Simulanter tänker kanske någon av åhörarna. Det skall inte förnekas att omständigheterna ibland

kan vara sådana att någon verkligen tjänar, antingen ekonomiskt eller på annat sätt, genom att intala sig själv och omgivningen att han lider av vissa symtom. I allmänhet har dock de s.k. simulanterna det ytterst illa ställt, och de önskar intet hellre än att komma ifrån sina besvär och bli funktionsdugliga igen. Ofta nog lider både de själva och deras anhöriga förluster. Ordet simulant tror jag man skall undvika. Den som använder sig av den termen avslöjar egentligen en ganska grov okunghet om de människor de åsyftar.

Skulle vi då kunna enas om att patienten och läkaren tillsammans på grundval av dels patientens upplevda symtom och läkarens mer eller mindre objektiva undersökning skulle kunna avgöra om en sjukdom föreligger eller ej. Jag beklagar, men inte ens detta är tillräckligt. Saken är nämligen den att såväl patientens egna erfarenheter av sitt hälsotillstånd som läkarens undersökningsresultat är beroende av i vilken omgivning patienten för tillfället fungerar. Man måste alltså gå utanför själva patienten och se honom eller henne som en helhet tillsammans med omgivningen för att få en realistisk bedömningsgrund. Det här kan låta egendomligt och främmande. Låt mig därför ta ett exempel för att förtydliga.

I min verksamhet som läkare stötte jag på en ca 40-årig ungkarl, bosatt på landsbygden. Han hade fått diverse besvär med sömnlöshet, rastlöshet, känsla av stickningar över bröstet och återkommande attacker av häftig hjärtklappning med samtidiga svårigheter att andas. Kroppsligt sett fann man inga fel på honom. De symtom som jag nyss nämnde kan man översätta i medicinska termer, men det avstår jag från i detta sammanhang. Utöver vad han själv rapporterade ifråga om psykiska symtom, kunde jag hos honom konstatera en intellektuell underutveckling av måttlig grad.

¹) Anförande vid Göteborgs Socialförvaltnings konferens den 15 april 1967.

Låt oss kalla patienten för Jens. Det var ingen tvekan om att Jens nu var sjuk i medicinsk mening: han själv upplevde vissa symtom och min undersökning gav belägg för ytterligare. Men nu kommer vi till poängen. Jens berättade följande. Han var anställd hos en lantbrukare och hjälpte till bl.a. med att sköta djuren, plöja och harva och annat som hörde lantbruket till. Men så skulle lantbrukaren rationalisera. Han sålde sina hästar och köpte en traktor. Jens blev uppmanad att skaffa sig utbildning och körkort så att han kunde sköta traktorn. Jens som hade haft god hand med djuren, och som skött sitt arbete i lantbruket tillfredsställande förut, märkte nu att uppgiften blev för svår. Han försökte lära sig hur en traktor fungerade och skulle skötas, men han lyckades inte. Jens fick då sluta sin anställning och annat arbete hade han inte fått fatt på då han kom till min mottagning. Hans sjukdomssymtom hade uppstått samtidigt med att han tvingades ställa om från sitt gamla invanda arbete, som han utmärkt väl klarade av, till de nya uppgifter som krävdes av honom men som han icke lyckades bemästra. Hade Jens fått tillfälle att fortsätta med sitt gamla arbete, så hade han med största säkerhet heller aldrig fått de besvär, för vilka han nu sökte läkare.

Nyckeln till förståelsen av Jens' sjukhistoria ligger naturligtvis, som var och en redan förstått, i den omständigheten att han hade vissa begränsningar rörande sin intellektuella kapacitet. Det var på denna begränsning ifråga om personliga resurser som Jens stupade både socialt och medicinskt. I den förstnämnda arbetsmiljön var detta inte något hinder av betydelse, men i den senare blev det den omständighet som skulle fälla utslaget. Jag skall återkomma till fallet Jens litet senare, och ber därför mina åhörare att hålla historien om honom i minnet.

Låt oss nu emellertid återvända till diskussionen om vad sjukdom egentligen är. Här har pekats på tre omständigheter som spelar in, nämligen omgivningens krav på patientens funktionsduglighet, patientens egen upplevelse av olika symtom samt resultatet av läkarens undersökning av patienten. Alla dessa tre omständigheter måste ingå i läkarens samlade bedömning och i hans plan över vilka åt-

gärder som bör vidtagas. Här ligger en del av förklaringen till att två patienter, som från en viss, begränsad utgångspunkt kan te sig jämförbara, i själva verket kan komma att bli föremål för olika åtgärder. En person med vissa objektiva symtom vid läkarundersökningen blir kanske sjukskriven, en annan med liknande symtom blir det inte osv. En person med svåra smärtor och objektiva symtom på kroppsliga förändringar behöver kanske inte vara sjukskriven utan kan t.o.m. fullgöra avancerade arbetsuppgifter. Detsamma kan gälla en person med sviter efter sjukdom, sviter som kanske innebär att vederbörande inte ens har förmåga att gå på egna ben. Vi vet ju alla att ett par personer, trots sådana symtom, kunnat fullgöra en av de mest påfrestande arbetsuppgifter som torde finnas, nämligen uppgiften att fungera som president för Amerikas förenta stater.

Sjukdomsbegreppet blir således vid närmare eftertanke ganska svårt att avgränsa. Vi gör det emellertid litet lättare för oss om vi bestämmer oss för att se sjukdomsbegreppet från två aspekter, en medicinsk och en social. I det förra fallet nöjer vi oss med att bedöma vad patienten själv känner och vad läkaren finner vid den undersökning han utför på sin mottagning, på laboratoriet eller på sjukhuset. I senare fallet bortser vi från det medicinska sjukdomsbegreppet och ser blott till individens förmåga att kunna fungera i sin omgivning, dvs i sitt sociala sammanhang. I linje med vad som sagts här skall vi i fortsättningen hålla isär de båda begreppen *sjukdom i medicinsk mening* och *sjukdom i social mening*, begrepp som svarar mot nyssnämnda båda aspekter.

Den sociala omgivningens krav och påfrestningar på individen

Från socialmedicinarens utgångspunkt är det sjukdomsbegreppet i social mening som i första hand är av intresse, även om han självfallet även måste beakta den andra aspekten. Denna i sin tur, dvs sjukdomsbegreppet i medicinsk mening, står däremot i centrum för specialisten på olika organsystem, dvs hjärtläkaren, hudläkaren, neurologen, ortopederna osv. Detta utesluter självfallet inte att

organspecialisten ständigt måste beakta även sjukdomen i social mening. I det följande skall vi ansluta till socialmedicinarens sätt att arbeta, och håller då alltså i första hand fast vid sjukdomsbegreppet i social mening. Från denna utgångspunkt ställer vi oss först och främst denna fråga: hur fungerar vår patient i sitt sociala sammanhang, och om hon sviktar som samhällsvarelse, vad är det då som kännetecknar hennes *sociala funktionssvikt*? Som svar på denna fråga kan man få höra att vederbörande inte förmår klara ens sin personliga omvårdnad, saknar förmåga att sköta sin hygien eller saknar t.o.m. förmåga att ta sig ur sin säng, till och från toaletten, till och från sin arbetsplats osv. Den sociala funktionssvikten kan vidare yttra sig i oförmåga att genomföra en viss arbetsuppgift därför att denna på ett eller annat sätt är patienten övermäktig. Den sociala funktionssvikten återspeglas ofta i försörjningssvårigheter: patienten kan inte dra försorg om sig själv och de sina. Slutligen, ett av de viktigaste symtomen på social funktionssvikt är samlevnadssvårigheter av olika slag, dvs nedsatt förmåga att inordna sig i ett mellanmänskligt sammanhang, det må gälla förhållanden i arbetssituationen, umgänget med grannarna, familjemedlemmarna eller medmänniskorna i det stora kollektiv som vi kallar för samhället.

Socialmedicinarens första uppgift är att, sedan han fått sin patient om hand, söka klarlägga vad dennes sociala funktionssvikt består. Ofta nog är denna flerfaldig, vilket torde framgå av de nyssnämnda exemplen, som ju i visst avseende är kopplade till varandra. Vi kan säga att de olika slagen av social funktionssvikt är *den socialmedicinska läkarens diagnoser*.

Sedan diagnosen eller diagnoserna väl klarlagts — vilket ibland är skäligen enkelt, ibland kräver en omfattande social utredning — gäller det att finna bakgrunden till densamma eller desamma. Här kommer vi tillbaka till sjukdomsbegreppet i medicinsk mening. Olika sjukdomssymtom i medicinsk mening döljer sig nämligen erfarenhetsmässigt ofta bakom den sociala funktionssvikten. Ofta nog finner man kanske inte primärt sjukdomssymtom som orsak till en social funktionssvikt, utan blott vissa fysiska eller psykiska svagheter. Exemplet

med lantarbetaren Jens illustrerar detta. Här kan man istället konstatera en social funktionssvikt som gör skäl för benämningen sjukdom i social mening. Att patienten Jens sedermera blev sjuk även i medicinsk mening är ju en annan sak. Å andra sidan finns det självfallet tillstånd av social funktionsvikt då man från medicinsk aspekt inte kan bidra med någon förklaring till bakgrunden. I sådana fall skall man förstås heller inte jämföra en social funktionsvikt med en sjukdom i social mening.

Det sagda kan sammanfattas så här. När socialmedicinaren väl upptäckt en social funktionssvikt tolkar han detta så att det betyder att patientens psykiska och fysiska resurser varit otillräckliga för att väga upp de krav eller påfrestningar som omgivningen ställt på honom.

Detta kan låta nog så enkelt. Bedömningen av patientens psykiska och fysiska resurser hör till den medicinska bedömningen. Värderingen av omgivningens krav eller påfrestning ger sig ganska lätt av sig självt, kan man kanske tycka. Frågan vad en påfrestande miljö innebär kan kanske förefalla rätt enkelt besvarad, men så är det tyvärr inte.

Låt mig ta ett exempel, som åtminstone de manliga åhörarna känner till, nämligen den sociala omgivning i vilken en värnpliktig vistas under vanlig fredstjänstgöring vid ett svenskt förband. Den miljön är sig tämligen lik för alla, även om vissa variationer kan förekomma till följd av lokala förhållanden. Om man frågar ett antal personer hur de upplevt denna miljö med dess krav och påfrestningar, får man så olika svar att man i förstone blir ganska förvånad. Jag vill nöja mig med att ge ett par exempel. En person kan svara så här. Lumpen var ett rent helvete. Inte bara så att man hölls instängd större delen av veckan eller på så vis att andra människor ständigt inskränkte ens frihet i olika avseenden. Det värsta var att man höll på att uttraderas som individ, man förlorade sitt människovärde och gick som ett nummer i en grå massa, styrd som en robot nära nog för varje steg man tog. För denne sagesman innebar förvisso värnplikts-tiden en svår påfrestning. För andra kan påfrestningen bli övermäktig och leda till reaktioner som vi, från det samhälleliga kollektivets sida kan benämna för en social funktionssvikt, nämligen rym-

ningar och andra disciplinbrott, alkoholmissbruk eller symtom som även fångas in från medicinsk aspekt i form av bl.a. olika s.k. psykosomatiska störningar.

Men det finns också andra reaktioner på denna miljösituation. Ibland kan det låta så här. Värnplikten var den lyckligaste tid jag kan minnas. Bortsett från att jag stortrivdes med kamratskapet på luckan, så kändes det underbart att för några månader få koppla av från ansvaret som man ständigt möter i det civila livet. I det militära var allting välorganiserat och inövat, man behövde aldrig råka i bryderi över vad man skulle företa sig, det fanns regler och instruktioner att hålla sig till. För den sistnämnde sagesmannen innebar värnplikten en miljö fri från belastningar och krav i jämförelse med vad han mött både dessförinnan och därefter. Så olika kan alltså vi människor uppleva en miljö som får anses vara om inte identisk så i varje fall tillräckligt standardiserad för att kunna återspegla individuella olikheter i reaktionsmönstren.

Exemplen skulle kunna mångfaldigas. Närmast det föregående kommer individens ställning i den sociala hierarkin på arbetsplatsen. Någon av oss är bäst anpassad som underordnad, någon annan bäst på chefsplats. Åtskilliga exempel finns på personer som för att kunna fungera tillfredsställande från såväl medicinsk som social aspekt, efter en befordran till högre befattning, nödgats återvända till en mera underordnad befattning.

Ett annat exempel är det löpande bandets arbetsprincip. Att ha till uppgift att utföra något eller några enkla handgrepp timme efter timme, dag efter dag, är en omgivningssituation inför vilken vi likaså kan reagera högst olika. För den som är inställd på självständigt arbete med möjlighet till experimenterande och intellektuella nykombinationer, blir arbetet vid det löpande bandet ett inferno. Någon annan kanske finner sig väl tillrätta och trivs utmärkt med uppgiften. Jag har personligen dock aldrig kunnat förstå en synpunkt, som man inte sällan träffar på, nämligen att denna arbetsuppgift skulle vara så stimulerande därför att den "är så intressant". Så olika kan vi alltså vara i mötet med bestämda miljösituationer!

Det jag här har anfört har inte blott en teoretisk utan även praktisk betydelse. När det gäller att välja en lämplig arbetsmiljö åt en patient, eller överhuvudtaget då det gäller att taxera vilken påfrestning en viss omgivningssituation har för en människa, måste vi hålla i åtanke hur vitt skilda våra reaktionsmönster kan vara. Det som för den ene är en idealisk tillvaro innebär kanske en svår påfrestning för den andre, och det hjälper oss föga i vårt praktiska arbete om vi genomför bedömningen utifrån egna värderingar eller från något slags standardnormer. Vi måste sträva efter en individuell bedömning, och denna kan inte genomföras med mindre än att vi tar hänsyn till de reaktioner, attityder och normer som finns hos just den patient som vi i ett givet ögonblick står inför.

Det som sagts här gäller i princip för de flesta socialmedicinska frågeställningar, antingen det gäller anpassningen till en arbetsmiljö eller anpassningen till medmänniskor i exempelvis äktenskapsituationen. Sakligt sett är det inte konstigare att analysera omgivningens krav och påfrestning för patienten då det gäller exempelvis sexualrådgivning eller annan familjerådgivning än då det gäller andra problem. Det som kommer till är emellertid de hämningar och värderingar både på patientens och undersökarens sida som kan hindra en öppen kommunikation och leda till att man här har särskilt rikliga tillfällen att komma till fel slutsats både beträffande utredning och förslag till åtgärder. Vi återkommer till problemet om värderingar senare.

Det som här anförts känner säkert många igen från egna erfarenheter av social och socialmedicinsk verksamhet. I de enskilda patientärendena kan man kanske korrigera sin bedömning för dessa felkällor som de individuella olikheterna i reaktionsmönster innebär. Men hur gör man i mera systematiska studier, när vi vill sammanställa enskilda ärenden till större material och dra vidare slutsatser? Från den utgångspunkten vållar det särskilda vanskligheter att en given miljösituation kan verka påfrestande för någon, stimulerande för någon annan. Det kan därför i sådana sammanhang löna sig att gå en annan väg för att få svar på de frågor man är intresserad av att få besvarade. I stället för att söka taxera miljömoment kan man

utgå från hela komplexet individ-miljö och studera detta i ett sammanhang. Det råder nämligen en viss balans mellan individ och omgivning i olika avseenden. Detta gör att vi kanske med större framgång skall söka information hos individerna själva om vissa omgivningsmoment som vi är intresserade av. "Säg mig vem Du umgås med och jag skall säga Dig vem Du är", heter det ju, och det påståendet rymmer en god portion sanning. Man kan ta ett mer konkret exempel. Säg att vi är intresserade av kostvanor och motionsvanor hos en grupp människor. Vi kan då förstås tillfråga dem om, eller på annat vis söka få information om deras matvanor, deras kroppsliga aktivitet ifråga om promenader, gymnastik, idrottsutövning etc. och härigenom söka få ett mått på det som efterlyses. Men vi kan också söka uttryck för det som intresserar oss genom att studera individerna själva. Vi kan nämligen mäta deras mängd av kroppsfett, deras muskelstyrka och fysiska arbetsförmåga.

I själva verket kan sistnämnda tillvägagångssätt vara både enklare och mera ändamålsenligt. I socialmedicinska sammanhang finns det ofta anledning till att, i stället för att söka värdera omgivningens krav eller påfrestning, studera häremot svarande faktorer hos individerna själva. Vi kommer då in på personlighetspsykologin och dess betydelse för socialmedicinsk verksamhet.

Vi kan erinra oss lantarbetaren Jens, som inte kunde lära sig sköta en traktor. Principiellt skulle vi ha kunnat pröva Jens i omgivningssituationer med olika svårighetsgrad och med olika slags krav och på så vis få fram vad han kunde respektive inte kunde klara av. Nu gjorde vi i stället så, att vi vände oss mot Jens person och konstaterade bl.a. att hans allmänna intellektuella kapacitet låg på viss nivå under genomsnittet. På så vis kunde man på en genväg skaffa sig information av väsentlig betydelse för diskussionen om vilka omgivningskrav Jens hade förmåga att bemästra med sina personliga begränsningar.

I andra fall är det måhända mindre den intellektuella kapaciteten som spelar roll för individens sociala anpassning. Vid den socialmedicinska institutionen i Göteborg har vi konstruerat ett personlighetsinventorium som vi tycker oss ha nytta av

både i enskilda patientärenden och i mera systematiska studier på grupper av individer. Här finns dock plats för åtskilligt utvecklingsarbete, där vi räknar med ett samarbete över gränserna mellan olika verksamhetsområden, praktiska såväl som teoretiska.

Individens psykiska, fysiska och sociala funktionsmönster

Det sagda kan kanske tolkas så att jag överdriver betydelsen av individen och underskattar värdet av en omgivningsundersökning. Så är dock alls inte fallet. I min egen verksamhet med klinisk socialmedicin söker jag i stället nyttja den sociala utredningen på flerfaldigt sätt. Visst har vi nytta av att söka bedöma patienternas personlighet både med klinisk medicinsk-psykologisk metod och med experimentalpsykologiska tillvägagångssätt, men jag tror att detta förtjänar att i hög grad samordnas med resultaten av den sociala utredningen. Den sistnämnda kan nämligen, som säkerligen många av åhörarna kan bekräfta, ge oss bilden av ett återkommande socialt funktions- eller reaktionsmönster hos patienten. Enligt min erfarenhet ger ofta en personbedömning, erhållen från den sociala utredningen, värdefullare information om patientens psykiska kapacitet än vad den experimentopsykologiska undersökningen förmår. Detta gäller särskilt de emotionella och viljemässiga yttringarna av personligheten. De s.k. kognitiva yttringarna åter, innefattande omständigheter som manuell snabbhet och precision, minne och uppmärksamhet m.m., ligger däremot bättre till för experimentopsykologiska studier.

Det som här sagts om den sociala utredningens användbarhet kan kanske tolkas så att jag vill påstå att individen skulle vara rätt definitivt bunden till ett socialt funktionsmönster som en gång väl har utvecklats. Så ligger det emellertid inte till. Men man skulle kanske kunna säga att det innebär en tolkning av hur individen kommer att fortsätta reagera om inga åtgärder vidtages för att ändra hans eller hennes reaktionsmönster. I vilken utsträckning och på vilket sätt vi har möjlighet att åstadkomma en sådan ändring är ett helt annat problem, som bör hållas isär från det nyssnämnda. Det får

betydelse när vi tar upp frågan om förebyggande av sociala funktionssviker, både individuellt och beträffande allmänna profylaktiska åtgärder, men har mindre aktualitet i det omedelbara handläggandet av ett socialmedicinskt patientärende.

För att göra saken än mer komplicerad, brukar man ibland inte endast foga samman de båda problem som jag här pekat på, utan dessutom addera de gamla stridsfrågorna om betydelsen av arvsfaktorer och omgivningsfaktorer. Även detta problem måste beaktas, men på rätt sätt och i rätt sammanhang. Jag tror det i vårt praktiska arbete är utomordentligt väsentligt att hålla isär å ena sidan hur en person fungerar psykiskt och socialt samt å andra sidan frågan vad som gjort att han eller hon kommit att fungera på detta sätt. Man kan uttrycka det ovanstående på så sätt att socialutredningen måste styckas upp utefter en tidsaxel, så att vi skiljer mellan aktuell miljöpåverkan, som alltså återspeglar eller kan tänkas återspegla ett mer eller mindre fixerat reaktionsmönster, och tidigare miljöpåverkan, som kan ge bidrag till hur detta funktionsmönster uppkommit.

Denna tanke är i själva verket rätt enkel och naturlig. Låt oss tänka på individens dialekt som ett exempel att jämföra med. Vi kan konstatera att en person talar skånska eller stockholmska eller vad det nu kan vara, och vi kan våga oss på förutsägelsen att han gör detsamma även om ett år, såvida han inte genom särskild övning tränar bort sin dialekt. Om vi nu inte direkt från dialekten förmår sluta oss till var personen ifråga vuxit upp, så kan schematiskt sett den sociala utredningen ge oss upplysning härom. Därmed får vi en förklaring på vilken, i detta fall geografiska miljö som åstadkommit funktionsmönstret, dvs dialekten. Vi kan nyttja den här jämförelsen ett steg vidare. Vi känner ju alla till att ett litet barn som placeras om geografiskt, snabbt lägger av sin dialekt och tillägnar sig det talmönster som kännetecknar den nya omgivningen. Hos äldre personer sitter dialekten gärna fast fixerad, ibland i årtal, ibland hela livet. Vidare vet vi att det med särskild undervisning går att träna bort en dialekt, om man nu eftertraktar detta. Slutligen vet vi också att vissa vuxna har lättare än andra både att lägga bort sin gamla

dialekt och att utveckla en ny. Och ändå rör vi oss hela tiden med ett fenomen som uppenbarligen måste vara miljöbetingat. Jag tror att denna enkla jämförelse har åtskilligt av pedagogiskt värde när vi funderar över problem som har med individens sociala anpassning att göra, både då det gäller praktik och princip.

Jag har hittills talat om individens psykiska och sociala funktionsmönster. Det bör tilläggas att vi även beträffande den fysiska kapaciteten har ett individuellt varierande funktionsmönster. Återigen måste vi skilja mellan individens aktuella funktionsmönster och hennes potentiella fysiska kapacitet, så som den skulle kunna framlockas efter det att man med miljöingripanden av olika slag höjt eller på annat sätt ändrat detta mönster. Jag har själv studerat dessa problem på en större grupp värnpliktiga, bl.a. för att se hur mönstret ändrades under de första sex månaderna av värnpliktstiden. Även här gällde principen att somliga fann den fysiska påfrestningen svår, andra fann den lätt i förhållande till tidigare anpassning i vederbörandes civila arbete. Av särskilt intresse i denna studie var att man kunde fastställa ett individuellt karaktéristiskt prestationstak. Med hård träning kan man kanske få en person att komma upp till eller åtminstone i närheten av sitt prestationstak, men att behålla sitt funktionsmönster på denna nivå under en längre tid innebär en sådan ansträngning för individen att, som bekant, inte ens våra toppidrottsmän orkar med. Därför behöver de mellanperioder då de låter sin fysiska form gå ner ett slag.

Det finns anledning att tro att det fysiska funktionsmönstret spelar roll inte blott från teoretisk utgångspunkt som i dessa fall, utan även i det praktiska socialmedicinska arbetet. Den oförmåga eller åtminstone låga förmåga att hänga med i fysiska ansträngningar som många patienter klagat över, och som inte kan sägas vara uttryck för sjukdom i medicinsk mening, måste man säkerligen beakta mer än vad som hittills skett. Till viss del, och i lämpligt valda fall, är det säkerligen riktigt att söka höja den fysiska kapaciteten som ett medel för att öka patientens förmåga till social anpassning, dvs för att motverka en social funktionssvikt. Man har dock anledning räkna med att vi bland

personer med social funktionssvikt har personer med ett särskilt lågt prestationstak ifråga om den fysiska funktionsförmågan i dess olika yttringar. Innan man alltför snabbt beslutar sig för att söka höja den fysiska kapaciteten bör man kanske beakta om inte detta innebär att vi kräver av våra patienter att de skall anstränga sig så att de når upp i närheten av sitt personliga prestationstak. Vore så fallet, skulle vi nämligen ställa krav på dem som vi inte ens gör på våra idrottsmän, och då blir lätt våra avsikter att hjälpa förvandlade till krav som åtminstone teoretiskt kan leda till en inhuman attityd till våra patienter. Vid socialmedicinska institutionen i Göteborg tillämpar vi en metod för att söka bedöma eller skatta individens prestationstak ifråga om vissa fysiska kapacitetsfaktorer. Här återstår dock bl.a. uppgiften att samla in data som tillåter en mera preciserad förutsägelse med hänsyn till bl.a. patientens ålder och kön.

Livsvärden, konkurrens och motivation

En diskussion om individens sociala anpassning blir ganska skev om man inte vågar sig på de svåra frågorna om individens livsvärden och personliga målsättningar i livet. Å andra sidan kan vi knappast vänta oss att få svar på dessa frågor, som människor brottats med i alla tider och som man kommer att grubbla över så länge mänskligheten existerar. De synpunkter som kan anföras blir därför utomordentligt begränsade ifråga om sin allmängiltighet, och får ses som enkla funderingar på basis av den praktiska människokunskap som läkaren får.

Det har sagts att människan strävar efter att undvika olust och efter att uppnå lust. Denna strävan är på ett konkret plan kopplat till olika biologiska behov såsom hunger, törst och sexualitet. På ett mera abstrakt plan innebär strävandet att undvika olust ett behov av social trygghet och strävandet efter lust mot att tillfredsställa behovet av social ställning och prestige. Även dessa enkla påståenden tillåter vissa slutsatser och bedömningar av den sociala anpassningen.

Mot behovstillfredsställelsen står en rad motvikt, representerade av samhällets normer, skrivna eller oskrivna. En samhällsinställning kan främja eller motverka den enskildes strävanden efter be-

hovstillfredsställelse. Välkänt är att en restriktiv inställning hos kollektivet gentemot bruket av alkohol motverkar uppkomsten av alkoholmissbruk bland medlemmarna i kollektivet. Politiska och religiösa ideologier kommer här in i bilden. Det vill synas som om vi befinner oss i en fas av normförskjutning där mottrycket mot behovstillfredsställelsen ifråga om vissa enkla, biologiska behov minskar. Det kan i varje fall duga som en tänkbar förklaring till den sexuella promiskuiteten och nyttjandet av omedelbart behovstillfredsställande preparat eller drycker som man ser bland ungdomen i vår kulturkrets och som utgör ett av de mest brännande socialmedicinska problemen bl.a. i vårt land. Benägenheten att snabbt tillfredsställa behoven på denna basala nivå leder som bekant lätt till social funktionssvikt och sjukdom i såväl social som medicinsk mening.

Även på det abstrakta planet har vi upplevt en förändring i det sociala klimatet som fått konsekvenser för den enskildes sociala anpassning. Till en del kan detta uppenbarligen återföras till socialpolitiska åtgärder. Behovet av social trygghet har vi sökt tillgodo för den enskilde genom kollektiva insatser. Att vi härmed undanröjt den enskildes rädsla för social otrygghet och därmed sammanhängande olust vill väl ingen påstå. Hur långt kollektivet skall gå för att tillfredsställa den enskildes minimumbehov av trygghet kan socialvetenskaparna självfallet inte besvara, det får bli en samvetsfråga till oss alla. Vi måste i sammanhanget också beakta den olustupplevelse hos den enskilde som ligger däri att han eller hon måste konstatera sin egen sociala funktionssvikt och söka tryggheten genom hänvändelse till kollektivet, dvs samhällets vårdorgan. Detta har i sista hand med våra värderingar att göra, främst värderingarna av de omständigheter som ligger i bakgrunden till en social funktionssvikt. Mera härom senare.

Om strävandet efter trygghet kan rubriceras som ett defensivt strävande, så kan vi kalla strävandet efter social ställning och position för offensivt. Ett defensivt strävande innebär inte att man befinner sig på gränsen till ett ekonomiskt existensminimum, och ett offensivt strävande betyder inte att man kämpar om toppbefattningarna i samhället. Det

kan vara de små, egentligen rätt betydelselösa strävandena som faller individen och leder honom eller henne över i en sjukdom i medicinsk såväl som social mening. Här kan inskjutas att de s.k. psykosomatiska sjukdomarna av vissa erfarenheter att döma hör samman med våra triviala strävanden. När det verkligen gäller, tycks det ofta nog vara andra reaktioner som infinner sig. Man fann det anmärkningsvärt att livet i krigets koncentrationsläger i själva verket föreföll reducera frekvensen av magsår, nervös tarmkatarr och andra psykosomatiska sjukdomar. Vi vet ännu alltför litet om betingelserna för dessa tillstånd, både hos individen och i hennes relation till omgivningen.

Ett vet vi dock, nämligen att konkurrensen skärpts i vårt samhälle och accentuerat den enskildes strävande i såväl defensiv som offensiv riktning. Jag tänker mindre på den effekt av rationaliseringar som ligger i ökat tempo och kravet på högre verkningsgrad hos de mänskliga maskinerna i vår produktionsapparat. Jag tänker på det förhållandet att varje människa i vårt samhälle och i vår tid måste starta från nolläge och slå sig fram till den ställning, ekonomiskt, prestigemässigt eller karakteriserad på annat sätt, som vederbörande siktar mot. Det gamla klassamhället, som väl ingen önskar tillbaka, innebar grovt förenklat att den enskilde antingen inte behövde anstränga sig över hövan för att uppnå sin sociala position, eller också inte fann det mödan värt att ens försöka. I båda fallen var ansträngningen på den enskilde lägre. De öppna möjligheterna för envar kan alltså ses som en utmaning mot den enskilde, och detta kan få som konsekvens en social funktionssvikt eller en sjukdom i både medicinsk och social mening.

Men det gäller inte blott att slå sig fram, utan även att hålla sin plats i konkurrensen. Läkarna är kanske de som i första hand får kontakt med de varianter av social funktionssvikt som kommer då individen inte längre förmår hålla sin prestationskapacitet och därmed sin sociala position. Driftiga och begåvade chefsämnen kan snabbt nå en god position, men reduceras arbetskapaciteten löper vederbörande risk för att snabbt förlora sin uppnådda position eller prestige och efterträdas av någon dugligare. Det som här nämnts gäller i första hand

arbetslivet, men vi finner inte sällan motsvarande inom andra sektorer av samhällslivet. Det kan t.ex. vara en ung, charmant, sensuell kvinna som genom sin sexuella kapacitet i vidaste bemärkelse når en karriär genom äktenskap som innebär ett avsevärt ekonomiskt eller på annat vis. Även hon är utsatt för risken att förlora position när kapaciteten minskar och att då bli efterträdd av någon annan med större företräden. Ibland drar dessa fall med sig sjukdom i medicinsk mening samtidigt med den sociala funktionssvikten. Som läkare känner man sig inför dessa patienter inte sällan rätt hjälplös. Vårt sociala trygghetssystem är ju konstruerat så att man har svårt att gripa in i dessa fall av tyst nöd, kanske därför att de ändå håller sig över ett normerat belopp ifråga om existensminimum.

Dessa exempel är blott några axplock som dragits fram för att bygga under påståendet att det finns en tyst nöd som kanske inte alltid kommer med i debatten, och att det samtidigt finns skäl för att lägga upp en socialvetenskaplig inventering av de hjälpbehov som existerar efter principer som kompletterar de mera kategoriala, dvs där man förenklar problemet till att se hur många som passerar ett visst gränsvärde beträffande t.ex. försörjningsförmågan.

Diskussionen om individens strävande och om den sociala konkurrensen skulle bli ofullständig om man inte i detta sammanhang toge upp frågan om våra attityder till och värderingar av de bakgrundsfaktorer som döljer sig bakom social funktionssvikt och sjukdom i social bemärkelse. Jag erinrar ännu en gång om lantarbetaren Jens, som föll igenom när kraven på honom skärptes. Är det någon som nedvärderar Jens för detta? Knappast, ty vi har kommit att acceptera en intellektuell begränsning som en acceptabel orsak till social funktionssvikt. Men hur är det med andra faktorer, som i själva verket spelar väl så stor roll för uppkomsten av en sådan funktionssvikt? Hur ser vi på de tänkta fallen som nyss nämdes, mannen och kvinnan som genom driftighet respektive genom sex appeal gjort karriär men fallit tillbaka? Handen på hjärtat: ser vi deras sociala funktionssvikt med lika blida ögon som när vi ser fallet Jens framför oss? Jag tror att

några av oss, kanske t.o.m. många kan svara jakan-
de, men jag tror att många åter anlägger en värde-
rande attityd som i högre eller lägre grad är till
hinder i arbetet på att häva eller mildra konsekven-
serna av en social funktionssvikt. Från allmän
synpunkt tror jag kanske att det som är olyckligast
är värderingarna av sådana personlighetspsykolo-
giska faktorer som återspeglas i en högre eller lägre
grad av energi, driftighet, styrka och uthållighet.
De ambitiösa, framgångsrika medmänniskorna
väcker vår beundran. De mindre ambitiösa, de som
upplever trötthet för små påfrestningar utifrån
våra egna bedömningsgrunder, och som genom sin
svaghet ligger i farozonen för att råka in i en social
funktionssvikt, dem har vi i allmänhet inte mycket
till övers för. De får ofta beteckningen lata, odug-
liga understödstagare och andra nedvärderande be-
teckningar. Att man även då det gäller viljemässiga
yttringar står inför fenomen som täcker en medi-
cinsk realitet är alltför svårt att vinna förståelse
för.

Man får här hoppas på den fortgående föränd-
ringen av opinionen i mera human riktning. Man
behöver numera inte skämmas som blott för ett par
decennier sedan för att ha alkoholproblem, ha
sexuella störningar eller för att vara psykiskt sjuk.
Man vill gärna se ett slut på uppfattningen att
driftigheten är en dygd och motivationsbristen en
synd. Både de "dygdiga" och de "syndfulla" skulle
vinna på en sådan opinionsändring.

Förebyggande och behandling av social funktionssvikt

Det är väl känt att bakom en social funktionssvikt
ofta ligger sjukdom i medicinsk mening liksom
särskilda omständigheter i vederbörandes fysiska,
psykiska och sociala funktionsmönster. Det är där-

för självklart att de resocialiserande åtgärder-
na, dvs behandlingen av en social funktionssvikt, måste
inrymma en medicinsk bedömning och terapi, ut-
över de socialvårdande åtgärder i övrigt som ingår
i resocialiseringen. Men på längre sikt är det önsk-
värt att etablera en profylax så att man i tid upp-
täcker personer i farozonen och hindrar dem från
att råka ut för en social funktionssvikt. Här gäller
det för samhället att samordna sina samlade vård-
resurser. Det måste få komma in mera sjukvård i
socialvården och det måste få komma in mera
socialvård i sjukvården.

Denna integrationstanke är som bekant alls icke
ny. Vi vet ju alla att Riksdagen just nu har att ta
ställning till en proposition rörande sammanslag-
ning av de centrala ämbetsverken för socialvård
och sjukvård. I sitt yttrande över det betänkande,
som ligger till grund för denna proposition, uttalade
den medicinska fakulteten i Göteborg en förhopp-
ning om att denna integration på central nivå skulle
följas av en motsvarande samordning på regional
nivå. I läkarutbildningen ingår sedan snart 10 år
ämnet socialmedicin som obligatoriskt ämne, och
vi försöker där visa studenterna hur fruktbärande
det är att i enskilda patientärenden samordna sjuk-
vårdens och socialvårdens möjligheter att bistå den
enskilde. Det är min förhoppning att socialmedici-
nen även i den praktiska patientorienterade verk-
samheten skall kunna bidra till att de samord-
ningssträvanden som finns inom berörda förvalt-
ningar skall bli resultatrika.

Det är vidare min förhoppning att socialmedici-
nen i samarbete med andra socialvetenskaper skall
kunna lämna bidrag till en metodutveckling som
efter hand gör det möjligt att mera effektivt före-
bygga, häva och lindra de sociala funktionssvik-
terna.