

Socialmedicinska aspekter på sjukvården och samarbetet med socialvården¹

Av professor Bengt Lindegård, Göteborg

Det ämne som jag ombetts att tala om vid dagens konferens kan givetvis behandlas från olika synpunkter, även om man ser som slutresultat att söka visa hur den socialmedicinska disciplinen kan tänkas komma in i sjukvårdsförvaltningens och socialförvaltningens verksamhetsområden här i Göteborg. Sjukvårdsdirektör Höglund och socialdirektör Magnusson har i senaste numret av Socialmedicinsk tidskrift lagt synpunkter på frågan från sina respektive utgångspunkter. Därför har jag här valt alternativet att utgå från min verksamhet som företrädare för socialmedicinen vid Göteborgs universitet.

Undervisningsexperiment

Till mina uppgifter som akademisk lärare hör dels att leda en huvudkurs i socialmedicin, dels att meddela samundervisning i ämnet, parallellt med undervisningen i andra kliniska discipliner. Huvudkursen infaller som bekant sent i läkarutbildningen, medan samundervisningen kommer in på ett tidigt stadium, redan under medicin-kirurgi-året. Som läroämne är socialmedicinen alltför att betrakta som nytillskott inom läkarutbildningen, och på alla undervisningsorter förekommer alltför pedagogisk experimentverksamhet, där man söker förbättra metoderna att bibringa studenterna socialmedicinska kunskaper och socialmedicinskt synsätt på den sjukvårdande verksamheten. När jag tillträdde min lärarbefattning för 4 år sedan bestod huvudkursen i socialmedicin uteslutande av ett teoretiskt innehåll, medan all klinisk socialmedicinsk aktivitet rymdes inom samundervisningen. Olika omständigheter har gjort att vi ändrat på den här ordningen.

¹) Anförande vid generaldirektör Rexeds besök hos Göteborgs sjukvårdsförvaltning den 4 oktober 1967.

Det är föreskrivet att studenterna under läkarutbildningen skall få skriva en socialmedicinsk journal, innefattande den härför nödvändiga utredningen. Det visade sig att man stötte på praktiska svårigheter under den tidiga samundervisningen. Det var svårt att finna lämpliga fall för undervisningen, eftersom kollegerna på de olika klinikerna inte såg den pedagogiska uppgiften på samma sätt som vi själva på institutionen. Praktiska frågor såsom blankettifyllande, åtgärder för att placera patienter som tamponerade avdelningarna efter det egentliga medicinska omhändertagandet, katedrala redogörelser för de sociala nämndernas funktioner och arbets sätt dominerade önskemålen från kollegerna. Detta är förvisso vällovliga önskemål, men den undervisningen hör kanske mer till en systematisk framställning över socialmedicin, inte till den kasuistiska diskussionen kring enskilda fall som den socialmedicinska undervisningen enligt direktiven borde omfatta. En annan praktisk svårighet låg däri att studenterna hade både en dålig motivation och en dålig förberedelse för samundervisningen under medicin-kirurgi året. Det låter sig säga att läraren i socialmedicin skulle bidra med synpunkter rörande patientens miljöförhållanden, både rörande sjukdomsetiologi, fortsatta vårdförhållanden och konsekvenser på lång sikt. Men miljön är ju inte någonting som uppleves identiskt lika av alla patienter, även om den objektivt sett låter sig beskrivas någorlunda väl. Väsentliga skillnader i patientens sociala perception spelar in och gör att man, åtminstone med vårt synsätt, har svårt att generellt diskutera diabetikernas, epileptikernas etc. situation. Socialpsykologiska och differentialpsykologiska synpunkter måste nödvändigtvis till för att en diskussion över temat individ — miljö skall

bli fruktbar och verklighetsnära. I våra första undervisningsförsök togs också sådana synpunkter upp, men utan någon större succé. Redan en så pass grundläggande fråga som rör den debiles sätt att reagera på såväl sitt sjukdomstillstånd som sin miljö, bl.a. arbetsgivares, anhörigas och samhällets förhållande till honom i det tillstånd han företedde från rent medicinsk synpunkt, var det svårt att finna förståelse för. I förhållande till de mera tekniska registreringar och diagnosmetoder som studenterna under dessa stadier var inställda på, tyckte man att de här synpunkterna verkade diffusa, osäkra och litet skumma i största allmänhet. De studenter vi mötte blev härigenom något motinställda till ämnet socialmedicin och jag tror man skadar ämnet på längre sikt om man tvingar sig på studenterna innan de mer eller mindre spontant fått upp ögonen för vad den socialmedicinska aspekten kan tillföra det praktiska sjukvårdsarbetet. Vi har funnit att ett sådant spontant spirande intresse kommer efter hand och definitivt etablerats under stadiet för kursen i gynekologi och obstetrik. Studenterna får under den kursen verkligen insikt om att lösningen till patientens medicinska situation inte alltid ligger i åtgärder gentemot organen i lilla bäckenet, om uttrycket tillåtes. Här kommer andra faktorer in i bilden, inte minst faktorer som konstitueras av patienten närstående personer i familjen o.s.v. Vi har utmärkta erfarenheter av samundervisningen med lärarna i gynekologi, och jag tror att samundervisningen bör starta på den nivån, varken tidigare eller senare.

En socialmedicinsk bedömning får aldrig vara ytlig

En omständighet är vi emellertid missnöjda med i samundervisningen över huvud taget och det gäller kvaliteten av den socialmedicinska utredning som kan presteras i samband med samundervisningen i olika kurser. Av naturliga skäl är studenternas tid starkt upptagen med göromål på den klinik, där de tjänstgör. För att få ett rimligt underlag för den socialmedicinska epikrisen krävs betydligt mer omfattande utredning än vad studenterna kan hinna med. En ytlig socialmedicinsk

bedömning är inte önskvärd, eftersom den kan leda till vilseledande konklusioner och irrationella åtgärder. Man kunde i det läget kanske tänka sig att institutionens personal gör grovgörat och serverar en färdig socialmedicinsk journal för studenterna vid samundervisningen. Principiellt kan så naturligtvis ske, men jag tror att man förlorar pedagogiska moment av betydelse genom att studenterna inte själva får medverka till och uppleva hur den socialmedicinska journalen blir till och hur underlaget för epikris och behandlingsprogram växer fram. Av den anledningen har vi sedan några år i stället lagt in kliniska seminarieuppgifter i den socialmedicinska huvudkursen. Vi har nu 5—6 sådana seminarier per kurs med lika många patientärenden.

När vi började med patientseminarierna gällde det att söka få in lämpliga undervisningsfall. Vi fick en del fall från klinikerna men inte alltid med den problematik som vi ville ha för att tillgodose pedagogiska önskemål. I det läget kontaktade vi *försäkringskassan* och bad att tillsammans med deras tjänstemän få välja ut patienter som låg och väntade på förtröendeläkarens bedömning och som från deras synpunkt tedde sig problematiska. Vi har efter hand odlat upp ett fint samarbete med försäkringskassan och som jag tror till ömsesidig nytta. Vid våra seminarier kommer oftast någon eller några av försäkringskassans tjänstemän med och deltar i diskussionen med sina synpunkter. Problematiken är inte sällan sådan att företrädare för andra institutioner har medverkat därjämte. Via försäkringskassan och dess samarbetslag med arbetsvården har tjänstemän från sistnämnda instans kommit att delta och härigenom har vi också kunnat få till stånd åtgärder ägnade att resocialisera patienterna. Ofta är patienterna samtidigt kända på någon eller några kliniker vid Sahlgrenska sjukhuset och i sådana fall har vi inviterat både läkare och kuratorer från respektive klinik att delta i seminariet. När de enskilda patientärendena aktualiserat frågor som rör nykterhetsvård, barnavård, bostadsförmedling etc. har vi ofta sökt få till stånd en expertmedverkan från dessa verksamhetsfält.

Det är väl egentligen dessa patientseminarier

under huvudkurserna som lärt oss själva hur en ändamålsenlig socialmedicinsk utredning skall se ut liksom vilka möjligheter till effektivisering av sjukvårdande och socialvårdande verksamhet som ligger i denna patientfokuserade samverkan mellan olika experter. I det sagda ligger att socialmedicinaren själv ofta är en mottagande part i arbetet, som får söka ställa samman information från olika utredare och experter. I vad mån socialmedicinaren enbart är en mottagare som samordnar information eller dessutom själv har någonting eget att bidra med är en fråga som jag skall be att få återkomma till.

Breddning av det socialmedicinska perspektivet

Dessförinnan vill jag komplettera framställningen med en redogörelse för vår fortsatta verksamhet vid institutionen i Göteborg. Trots att vi är helt belåtna med samarbetet med försäkringskassan, önskade vi bredda vårt perspektiv genom att få patienter till undervisningen från andra håll. Inte minst kände vi lärare själva ett behov av att bredda underlaget för vår verksamhet. Ett osökt tillfälle erbjöd sig strax efter nyår 1965 när *Skyddspolis*en började tillämpa den nya asocialitetslagen och behövde läkarmedverkan. Vi har väl hittills från institutionen medverkat i socialmedicinska utredningar rörande ca 15 prostituerade som anhöllits enligt denna nya lag. Av en tillfällighet kom en av dessa patienter via försäkringskassan att ingå i studentundervisningen som seminariefall. Annars har vi av naturliga skäl inte kunnat låta dessa patienter schavottera inför en hel medicinaregrupp. Det väsentligaste med denna gren av verksamheten är väl att den på avgörande sätt bidragit till vår egen förkovran som socialmedicinare. Kontakten med de prostituerade levnadslöpp har gjort att vi själva i högre utsträckning än tidigare fått upp ögonen för vad de sociala normerna och de sociala rollerna betyder för individens anpassning till ett visst funktionsmönster i biologisk och social bemärkelse. Jag nämnde förut att vi kände behov av att inkludera ett socialpsykologiskt såväl som ett differentialpsykologiskt betraktelsesätt i det socialmedicinska arbetssättet. Er-

farenheterna från de prostituerade gav näring åt behovet av kunskaper och systematik inom ett annat område, som då knappast hade någon adekvat benämning, men som vi själva sinsemellan började kalla för *klinisk sociologi*. Termen antyder kanske i vilken riktning associationerna gått. De prostituerade representerar en liten grupp patienter som bidragit till en utveckling av vårt socialmedicinska referenssystem. Medarbetarna vid institutionen har genom olika konsultuppdrag gemensamt sökt bredda den kliniska erfarenheten och samtidigt tillgodose behovet av att få lämpliga undervisningsfall till institutionen. Genom sådana uppdrag har vi under de senaste åren kommit att kopplas in på exempelvis *skyddsvärnets verksamhet*, *familjerådgivningsverksamhet*, *sexualrådgivningsverksamhet* och tjänstgöring som skol-läkare vid Göteborgs *yrkesskolor*. I samtliga fall har uppgifterna koncentrerats till anpassningsproblem, socialt såväl som medicinskt sett. Slutligen skall nämnas att tre av medarbetarna vid institutionen numera är engagerade i *socialläkarverksamheten* inom Göteborgs socialförvaltning.

I undervisningen för medicinare har vi, vid sidan av de nämnda patientseminarierna, tagit upp mera teoretiska uppgifter, där studenterna genom litteraturstudier, enklare enkäter eller fältstudier fått samla in material och bearbeta frågeställningar av relevans för hur en klinisk socialmedicinsk verksamhet bör fungera i anslutning till mera konventionell sjukvård och samhällsvård.

Patienten måste ses ur olika aspekter

Den erfarenhet som ackumulerats genom dessa aktiviteter är i och för sig inte sådan att man vågar komma med mera definitiva synpunkter på sjukvården och dess samarbete med socialvården. Å andra sidan är den kanske tillräcklig för att man skall våga formulera vissa hypoteser, som kan läggas till grund för klinisk socialmedicinsk försöksverksamhet. Vi har fört diskussioner här i Göteborg med företrädare för sjukvårdsförvaltning och socialförvaltning och universitet rörande en klinisk socialmedicin och jag kommer att beröra några av de konkreta resultat som resonemangen lett fram till. Bakom resultaten ligger vis-

sa tankegångar som det kanske kan vara motive-
rat att redovisa. Såväl inom sjukvård som social-
vård har man skäl att, när man möter en ny pa-
tient, fråga sig "*Vem är patienten?*". Det man då
vill veta är i princip allt som fångas in med de
olika aspekter som appliceras, nämligen medicin-
ska, sociala, psykologiska. Här visar erfarenheten
att man oftast har en synnerligen begränsad infor-
mation. Inom sjukvården betonas den rent medi-
cinska aspekten, vilket i vissa fall är högst legi-
timt, men i andra fall, exempelvis i psykiatrisk
vård, leder till att man saknar väsentlig informa-
tion för en ändamålsenlig planläggning av ett be-
handlingsprogram. Inom socialvården åter saknar
man ofta kännedom om patienterna från medi-
cinsk och psykologisk aspekt, vilket likaså kan
äventyra resultatet av resocialiseringsprogrammet.

Det talas ofta i vårdsammanhang om en hel-
hetsbedömning av patienten som en nödvändig
förutsättning för ett adekvat omhändertagande
och en individuellt avpassad behandlingsplan.

Man kan självfallet låta en sådan helhetsbe-
dömning vara mer eller mindre omfattande, men
önskvärt är väl att man principiellt söker beakta
de olika aspekterna i varje patientärende, obero-
ende av den anledning för vilken vederbörande
söker vård. Om man utgår från försäkringskas-
sans uppgifter och ser till de patienter som går
sjukskrivna jämförelsevis lång tid för tämligen
enkla somatiska åkommor, så får man ett klart in-
tryck av att information av social och psykologisk
natur rörande patienten innehåller delar av för-
klaring till den långdragna arbetsoförmågan. Till
de omständigheter som föranlett den förlängda
sjukskrivningen har emellertid i dessa fall adde-
rats en ogynnsam inverkan av inaktiviteten under
sjukskrivningen, och därför vore det naturligtvis
gynnsamt om man redan från början kände till de
faktorer som kan tänkas innebära en sämre prog-
nos för vad vi skulle kunna kalla spontan-rehabi-
litering. Nu är det naturligtvis av flera skäl ogör-
ligt att samla in en information som är tillfyllest
för ändamålet rent rutinmässigt, utan man får väl
gå fram stegvis och försöka införskaffa komplet-
terande uppgifter då man börjar misstänka att pa-
tienten inte kommer att återgå till sitt habitual-

tillstånd inom rimlig tid. Här kunde det väl tän-
kas, åtminstone för den slutna sjukvårdens vid-
kommande, att kuratorerna skulle kunna komma
att spela en betydelsefull roll vid sidan av den an-
svarige läkaren. I mera komplicerade ärenden,
eller där man har intryck av en sämre prognos,
borde en socialmedicinsk serviceavdelning kunna
hjälpa till och åstadkomma en helhetsbedömning
av tillräcklig omfattning för att man tillsammans
med andra medicinska och sociala experter skulle
kunna lägga upp ett individuellt tillrättalagt be-
handlingsprogram, innefattande både medicinska,
sociala och psykologiska stödåtgärder.

Inom socialvården kommer man av naturliga
skäl att endast i mindre mån kunna beakta me-
dicinska och psykologiska synpunkter, och från
de aspekterna lära känna vem patienten verkligen
är. Här behöver socialarbetaren stöd av en medi-
cinskt och psykologiskt allmänorienterad läkare,
så att man kan beakta de olika aspekterna på ve-
derbörande patient. Även i detta fall kommer
emellertid arbetsbördan att sätta en ganska snäv
gräns för vad man i praktiken kan genomföra.
Mera komplicerade ärenden borde därför kunna
hänskjutas till en bättre rustad socialmedicinsk
serviceavdelning, som på samma sätt som nyss
nämndes, kunde genomföra den behövliga hel-
hetsbedömningen. Vi hoppas kunna få till stånd
ett sådant arrangemang här i Göteborg i och med
att de olika socialbyråerna förses med en sociallä-
kare, som i sin tur har möjlighet att repliera på
en till den socialmedicinska institutionen knuten
serviceavdelning. I detta program är det väsent-
ligt att socialläkaren inte blir sittande isolerad från
socialarbetarnas rutinarbete och vidare att han
begränsar sin insats både till tid och omfattning i
de enskilda fallen. På så vis torde han komma till
bättre nytta, eftersom han får tillfälle att som
team-medlem tillsammans med socialarbetarna del-
taga i handläggningen av ett stort antal patienter.

För den öppna vården skulle man behöva en
särskild kuratorsservice, även den etablerad på så
sätt att man i första ledet har befattningshavare
som gör mindre omfattande utredningar och hän-
visar mera komplicerade ärenden till en bakom-
liggande socialmedicinsk instans som står bättre

rustad för omfattande och tidskrävande utredningar.

Förtroendefunktion och kontrollfunktion hos vårdgivaren

Den primära uppgiften i den socialmedicinska utredningen är sålunda att få ett tillräckligt uttömmande och allsidigt svar på frågan "Vem är patienten?". I vissa avseenden kan svaren lämnas tämligen klart och objektivt, men i åtskilliga andra avseenden är svaret, såsom det erhålles direkt från patienten, beroende av den interpersonella process som utspelas mellan patienten och undersökaren. Här kommer vi åter till de klinisk-sociologiska aspekterna, och måste ta hänsyn till betingelserna i undersökningssituationen och den roll patienten spelar, mer eller mindre medvetet, mer eller mindre omedvetet. Socialarbetaren har här ett psykologiskt underläge i mötet med patienten. Kommer patienten för att söka ekonomiskt stöd kan det tänkas att uppgifterna tenderar att snedvridas i *en* riktning, kommer han som nykterhetsvårdsfall kan de måhända snedvridas åt annat håll. Men inte heller läkaren går fri från en sådan deviation i kommunikationen med patienten. Även läkaren har efter hand blivit en samhällsrepresentant och kan inte längre deklarerat att han fungerar uteslutande i förtroendefunktion vis å vis patienten. Han beslutar i frågor rörande sjukskrivning och andra intygsuppgifter, där patienten måhända har en egen uppfattning som han inte kan vara säker på att läkaren delar. Det är en svår konst både i sjukvård och socialvård att balansera mellan å ena sidan en förtroendefunktion till patienten och å andra sidan en kontroll- respektive en beslutsfunktion å samhällets eller annans vägnar. Det borde vara till gagn för vårdens ändamål om verksamheten kunde organiseras så att tjänstemannen i första ledet agerar så långt som möjligt på basis av en renodlad förtroendefunktion. Därför tror jag att det, för att ta ett exempel, är psykologiskt riktigare att som rutin skriva 1-läkarintyg i abortärenden, även om alternativet med 2-läkarintyg på många sätt är smidigare. I vissa lägen är det naturligtvis svårt att undvika att den första konfrontationen som

patienten har med sjukvård eller socialvård innefattar moment, där patienten har skäl att räkna med att den befattningshavare han möter inte endast uppträder i förtroendefunktion. Här borde det finnas utrymme för experimentalverksamhet. Vi hoppas att i Göteborg kunna låta socialvårdens experter kopplas in i sitt terapeutiska sammanhang via den socialmedicinska verksamheten såväl i sluten som öppen vård. Möjligt är att socialarbetaren på så sätt får en rimlig chans att komma till sin rätt i en förtroendefunktion både som utredare och som terapeut, i större utsträckning än vad som för närvarande är fallet.

Socialmedicinsk akutvårdsavdelning nödvändig

Den akuta direktkontakten mellan socialvården och patienten sker för närvarande i åtskilliga fall på ett sätt som inte tillåter socialarbetaren att fungera optimalt, d.v.s. i en situation där förtroendefunktionen överväger. Vi har resonerat om att man i Göteborg skulle göra ett försök till *socialmedicinsk akutvård*, där man skapar psykologisk förutsättning härför. Diskussionerna har därvid kommit att stanna vid ett projekt som anknyter till fylleristrafutredningens förslag att avkriminalisera fylleriet och överlämna dessa patienter till sjukvården. Genom ett ändamålsenligt urval skulle man här kunna skapa förutsättningar för att gripa in på tidigt stadium med såväl medicinsk som social expertis och härigenom få ett adekvat socialmedicinskt behandlingsprogram, individuellt avpassat på grundval av en socialmedicinsk utredning. Som alternativ hade man kunnat välja sociala insufficienssymtom inom ramen för barnavården, men härför är man självfallet beroende av pediatrik och barnpsykiatrisk medverkan. De akuta försörjningssvårigheterna kunde redan å priori avvisas som mindre lämpligt alternativ.

Urvalet av lämpliga patienter för en sådan försöksverksamhet kan vålla vanskligheter. Å ena sidan kan de faktiska omständigheterna vara sådana att en alkoholpåverkad person verkligen kräver en medicinsk bedömning. Å andra sidan vill man i nyssnämnda försöksverksamhet naturligtvis satsa på sådana fall där möjligheterna till terapeutiska

resultat kan förväntas vara goda, t.ex. på unga personer. Professor Ragnar Romanus har kommit med förslaget att verksamheten borde samordnas med Sahlgrenska sjukhusets akutmottagning, där man erfarenhetsmässigt har en stor andel patienter som dels är alkoholpåverkade, dels kräver kirurgiska åtgärder i form av enklare sutureringar e.d. Bland detta klientel finns säkerligen patienter som helt uppfyller de önskemål ifråga om inställningen till ett vårdgivande organ som projektet från socialmedicinsk synpunkt bygger på. Att förslaget därjämte innebär en avlastning för akutvården i övrigt inom sjukhuset är naturligtvis tacknämligt.

Planhushålla med samhällets vårdresurser

Med det enorma behov som finns av socialmedicinska utredningar och de begränsningar som för överskådlig tid föreligger både i fråga om personal och andra resurser, gäller det verkligen att driva en planhushållning. Läkare, socialarbetare psykologer och andra måste utnyttjas på rätt sätt och samordna sina insatser. När det gäller vissa uppgifter av psykologisk natur, såsom bedömningen av kognitiva funktioner, värderas dessa säkrast genom experimentalpsykologisk metodik, där psykologen är den tekniskt sakkunnige. Men då det gäller andra psykiska funktioner, främst emotionella och conativa yttringar, torde ofta en väl genomförd socialutredning ge det säkraste underlaget för värdering. Läkarens bidrag i sammanhanget baseras på hans erfarenhet av systematiska kliniska skattningar, förvärvade genom praktisk erfarenhet och knappast möjlig att tillägna sig genom enbart eller övervägande teoretiska studier. Det förefaller därför rationellt att genomföra den socialmedicinska utredningen som ett teamarbete, med deltagande av nyssnämnda olika specialister. En socialmedicinsk utredning representerar en betydande sammanlagd arbetsinsats och det borde vara självklart att den inte skall beställas annat än då det föreligger klar indikation med hänsyn till det behandlingsproblem som patienten representerar. Det vore intressant att veta hur stor andel av den arbetsinsats som för närvarande på olika håll nedlägges i socialmedicinska utredningar som syftar till att bilda underlag för en behandlings-

plan, och hur många som blott tar sikte på ekonomiska eller andra uppgörelser mellan olika instanser, allmänna eller enskilda.

När det gäller terapeutiska insatser står säkerligen mycket att vinna på en samordning mellan de olika verksamheter som tillsammans gör skäl för benämningen socialmedicin i vid bemärkelse. Omläggningen av Göteborgs socialförvaltning till en funktion efter den s.k. familjevårdsprincipen torde vara en viktig rationaliseringsåtgärd av detta slag. Överläggningarna mellan sjukvårds- och socialförvaltningarna liksom andra organ har omfattat ytterligare åtgärder i sådan riktning. Vi hoppas att till den socialmedicinska verksamheten kunna knyta ett behandlingskollegium, där inte endast nyssnämnda förvaltningar är representerade utan även försäkringskassan, bostadsförmedling, skyddspolis, rättshjälpsanstalt m.fl. Tanken är att sammanföra representanter för de samhällets organ som var för sig arbetar med den gemensamma målsättningen att söka få en patient att, med hänsyn till sina speciella resurser, fungera i en miljö som är avpassad till vad vederbörande mäktar. Besluten måste självfallet de olika representanterna själva svara för och behandlingskollegiet blir blott ett forum, där patienten ställes i centrum och där man kan få överblick över vilka samhällsåtgärder som är mest ändamålsenliga i just detta enskilda fall.

Satsa på rätta åtgärderna

I sammanhanget aktualiseras också frågan om avvägningen mellan medicinska och psykologiska behandlingsmetoder å ena sidan och miljömanipulationer å andra sidan. Det gäller ju att åstadkomma en balans mellan patientens resurser och miljöns påfrestning så att han kan fungera i sitt sociala sammanhang. Principiellt är det ju tänkbart att man kan uppnå en balans genom att med individfokuserade åtgärder höja patientens prestationsförmåga i vid bemärkelse. Men samma resultat kanske också kan ernås genom att skapa en miljö i vilken han kan fungera med sina reducerade resurser. I praktiken möter man ju ofta frågan om man t.ex. skall satsa på en systematisk psykoterapi och därigenom söka höja vederböran-

des prestationsförmåga eller om man skall gå den snabbare vägen att söka undanröja miljökrav som gör att patienten sviktar i sin sociala funktion. Här hoppas vi att få möjlighet till försöksverksamhet som samtidigt innebär en socialmedicinsk metodutveckling, anknuten till det samlade grepp som man har möjlighet att få i de enskilda ärendena.

Kartlägg samhällsvårdens storkonsumenter

En väsentlig förutsättning för att mera definitivt organisera ett socialmedicinskt arbete är att man har en överblick över vårdbehovet i befolkningen. Man har väl på känn att det föreligger en inte obetydlig överlappning mellan vissa symtom såsom alkoholproblem, försörjningssvårigheter och hög sjukskrivningsfrekvens under vissa diagnoser. Från den socialmedicinska institutionen planerar vi att i samarbete med den statistiska institutionen och berörda förvaltningar lägga upp en longitudinell populationsstudie för beräkning av det kumulerade vårdbehovet per capita. Vidare siktar

vi på att som speciell grupp söka fånga in de s.k. "multi-problem families" dels epidemiologiskt, dels med olika behandlingsprinciper. För närvarande pågår en undersökning rörande ryggvärkssyndromet i samarbete mellan de ortopediska, statistiska och socialmedicinska institutionerna. De preliminära resultaten visar, vilket man naturligtvis kunde vänta, en association mellan å ena sidan ryggvärkssyndromet och å andra sidan sjukskrivning för s.k. "nervösa besvär", alkoholproblem och andra sociala insufficienssymtom. Som en biprodukt till den studien kan man vänta sig en viss belysning av den medicinska diagnosens validitet och reliabilitet. Redan nu har man väl anledning att ifrågasätta den medicinska diagnosens värde som ensam bärare av information, då man letar efter kriterier för follow-up-studier och då man inte har en renodlad klinisk frågeställning utan i stället söker värdera effekten av sjukvård mera allmänt. Här tangerar vi frågeställningar som ligger på administrativ-medicinsk nivå och som är föremål för utredningar inom sjukvårdsförvaltningens planerings- och organisationsavdelningar.

ELITSTENOGRAFENS SKRIV- & BOKFÖRINGSBYRÅ AB

**RENSKRIVNING AV VETENSKAPLIGA
UPPSATSER, TABELLER, osv.**

ADRESSKRIVNING, DUPLICERING
ELEKTROSTENCILERING
FOTOKOPIERING
UTSKRIFT EFTER REX RECORDER OCH
BANDSPELARE

Tel. Skrivbyrån 21 67 01

Tel. Bokföringsbyrån 21 70 19