

Tre års socialläkarverksamhet

Av med. lic. *Nils Bejerot*, Stockholm

För att få tillgång till psykiatrisk och socialmedicinsk expertis för utredning, undersökning, bedömning och behandling av komplicerade socialvårdsfall byggde Stockholms socialnämnd (dåvarande fattigvårdsnämnd) under åren 1944—50 upp en socialläkarorganisation om tre distriktsbyråer med vardera en socialläkare, två assistenter (kuratorer) och två sekreterare. Som förste socialläkare i Stockholm tillträdde Gunnar Inghe sin tjänst 1944.

Följande redogörelse bygger på en verksamhetsberättelse som jag den 31 januari 1961 avgav för Stockholms första socialläkardistrikt under treårsperioden 1958—60. Dr Arne Björk, som innehaft denna socialläkartjänst sedan 1949, omkom genom en bilolycka den 21 september 1958. Vid slutet av 1958 flyttade Gunnar Inghe över från andra till första socialläkardistriktet men har varit tjänstledig för socialmedicinskt forskningsarbete sedan november 1959 med mig som vikarie. I stort har således Björk, Inghe och jag lett arbetet under var sitt av de tre aktuella verksamhetsåren.

Distriktsindelning

Det för denna redogörelse aktuella första socialläkardistriktet omfattar hela Stockholm norr om Mälaren med undantag för Nicolai och Klara församlingar; invånarantalet var den 1 november 1959 378.557. Andra distriktet, inrättat 1947, omfattar sydvästra Stockholm — församlingarna Brännkyrka, Vantör, Hägersten, Högalid, Maria samt Klara och Nicolai — med 219.982 invånare. Det tredje socialläkardistriktet slutligen inrättades 1950 och omfattar sydöstra Stockholm med församlingarna Katarina, Sofia, Enskede, Farsta och Skarpnäck och med ett invånarantal av 208.183. Det första socialläkardistriktet är således såväl ytmässigt som befolkningsmässigt betydligt större än de båda andra, men behovet av socialläkaringripanden

torde vara jämnare fördelat än befolkningsunderlaget anger. Antalet socialhjälpsfall är således relativt lågt i Bromma och särskilt i Västerleds, Engelbrekts och Oskars församlingar, som alla tillhör första socialläkardistriktet; medan söderförsamlingarna Maria, Katarina och Högalid av ålder är utpräglade arbetardistrikt med en till stor del fattig population även om en viss omstrukturering pågår i samband med fastighetssaneringen i innerstaden. Hyrorna i de nyuppförda innerstadshusen blir i allmänhet så höga att familjer i socialgrupp III endast undantagsvis kan hyra — och därtill räkna med att bli accepterade som hyresgäster — i dessa hus. Särskilt de ekonomiskt hårt belastade och utrymmeskrävande barnfamiljerna har därigenom blivit hänvisade till ytterstadsområdena, som därför överlag har en betydligt yngre befolkning än innerstaden.

I. Redovisning av patientmaterialet

Tabell 1.

Patientfrekvens	1958	1959	1960
Antal aktuella fall	249	304	314
Därav nya för året	58	114	114

Såsom framgår av ovanstående tabell 1 hämmades verksamheten 1958 på ett markant sätt av Arne Björks död och den därpå följande vakansen. En viss uppfattning om verksamhetens karaktär och omfång får man av tabell 2, där vissa typer av utlåtanden, intyg och skrivelser statistikförts för årsberättelserna. Under socialläkeriets tidigare skede lade kollegerna ofta ned ett synnerligen omfattande arbete på grundliga och allsidiga utlåtanden av ungefär samma typ som rättspsykiatriska utlåtanden. Sedan det visat sig att dessa ambitiösa yttranden blev för tunga för de jäktade socialvårdstjänstemännen ute på

fältet har tendensen under senare år gått mot mer koncentrerade utlåtanden, ofta avslutade med en direkt rekommendation till vissa konkreta åtgärder utan alltför ingående diskussion kring alternativa möjligheter. Jag har gått vidare på denna utveckling och i någon större utsträckning än mina kolleger använt mig av skriftliga "meddelanden" i stället för formella "utlåtanden" då jag informerat de sociala byråerna beträffande undersökningsresultat, föreslagit åtgärder etc. Huvudparten av dessa meddelanden har varit relativt kortfattade skrivelser. Vanliga sjukkasseintyg, formulärintyg till de sociala byråerna och liknande har inte statistikförts liksom givetvis inte heller kallelser, begäran om journallån, förfrågningar etc. Assistenternas korrespondens har heller inte statistikförts.

Tabell 2.

Antal intyg och utlåtanden	1958	1959	1960
Utlåtanden till socialvård, arbetsvård, kommunal bostadsförmedling m. m.	39	144	109
Utlåtanden om sjukbidrag eller förtidspension	12	22	17
Vårdattester, remisser till psykiatriska (poli)kliniker, mentalvårdsbyrån m. m.	10	21	38
Remisser till kroppssjukhus, vilohem m. m.	23	43	37
PM, inlagor, framställningar m. m.	14	11	5
Övriga meddelanden till socialvård, läkare, sjukhus m. m.	77	92	301
Summa intyg, utlåtanden, meddelanden etc.	175	333	507

I ett antal tabellariska översikter skall jag närmare försöka precisera socialläkarklienteletets karaktär och sammansättning. I denna redogörelse har endast de under respektive år *nyttillkomna* patienterna upptagits till granskning; de två tredjedelar av de under verksamhetsåren aktuella patienterna, som är gamla socialläkarfall — från föregående år pågående utrednings- och behandlingsfall, kroniska dispensärfall samt på nytt aktualiserade äldre fall — är alltså inte representerade i dessa tabeller.

Bland de remitterande institutionerna domi-

nerar givetvis socialnämnden och dess organ, men ett betydande antal fall kommer till socialläkaren på andra vägar (tabell 3). De 16 fall, som jag under 1960 tagit upp på eget initiativ, har till största delen utgjorts av akut nödställda och psykiskt sjuka personer, som jag fått kontakt med genom polisläkarinstitutionen.

Tabell 3.

Remitterande organ	1958	1959	1960
Socialnämnden (sociala byråerna, socialhjälpssstyrelserna, delegerade, nämndens centrala förvaltning, anstalterna)	37	74	63
Övriga kommunala organ (NN, BVN, HN, hemarbetscentralen, bespisningsföreningen)	3	5	6
Läkare och sjukhus	5	8	12
Statliga organ (pensionsstyrelsen, arbetsvårdsexpeditionen m. fl.)	3	9	4
Privata hjälporganisationer (skyddsvärnet m. fl.)	3	2	1
Privatpersoner (anhöriga, arbetsgivare, grannar etc.) ..	3	7	12
Eget initiativ	4	9	16
Totalantalet nyremitterade fall	58	114	114

En översikt över de olika socialbyrådistriktens remitteringsfrekvens ges i tabell 4 vid sidan av distriktens invånarantal och det absoluta och relativa antalet understödsfall under 1959 — det mellersta av de tre aktuella verksamhetsåren.

Givetvis har huvudparten av de remitterade uppburit socialhjälp, men antalet nya fall som aldrig tidigare haft socialhjälp och vilka 1958 och 1959 uppgick till 20 %, har 1960 uppgått till 30 % av totalantalet nyupptagna socialläkarfall. Denna ökning sammanhänger dels med att jag som tidigare nämnts i preventivt syfte tagit upp en del fall som jag kommit i kontakt med genom polisläkarorganisationen, dels sammanhänger förhållandet med att skilda verk och myndigheter (medicinalstyrelsen, socialstyrelsen, generalpoststyrelsen, elverket m. fl.) i större utsträckning än tidigare vänder sig till socialläkaren för att få hjälp med undersökning och eventuellt omhändertagande av uppenbart psykiskt sjuka personer, som tar kontakt med, uppvaktar

Tabell 4. Patienternas fördelning på remitterande socialvårdsbyråer

Social- byrå	Församlingar	Inv. i distr. den 1/11 1959	Antal understödsf. 1959		1958	1959	1960
			Totalt	Pr 1.000 inv.			
V	Kungsholmen, S:t Göran, Essingeöarna	76.679	1.976	26	12	23	17
VI	Bromma, Västerled	63.992	1.328	21	2	7	8
VII	Adolf Fredrik, Gustav Vasa, Matteus, Klara Storkyrkoförs. ¹⁾	65.069	1.636	25	9	19	9
VIII	Jakob, Johannes, Engel- brekt, Hedvig Eleonora, Oscar	98.820	1.556	16	6	17	14
IX	Blackeberg, Grimsta, Häs- selby, Räcksta, Vällingby, Spånga	73.997	1.856	25	6	6	13
Patienter som ej remitterats från de sociala byråerna					23	42	53
Summa nyremitterade fall					58	114	114

¹⁾ Klara och Nicolai församlingar tillhör andra socialläkardistrikt.

eller trakasserar dessa institutioner. Oftast är det fråga om paranoiker eller schizofrena patienter, inte så sällan äldre personer som uppbär folkpension eller har tillräckliga besparingar att dra sig fram på och som därför inte är socialvårdsfall. Ytterst sällan påfordrar dessa fall några drastiska ingripanden, utan man brukar efter utredning och hembesök kunna lämna lugnande besked till vederbörande myndigheter. De sociala byråerna underrättas regelmässigt om dessa fall för kännedom och — om så erfordras — för tillsyn genom socialvårdssystrarna. Då patienter av denna typ i allmänhet är svårt kontaktstörda och misstänksamma brukar vi från socialläkarbyråns sida fortsätta kontakten med dem hellre än att försöka remittera dem till psykiatriska polikliniker, dit de ändå praktiskt taget aldrig skulle vända sig. Lyckas man vinna dessa patienters förtroende och få dem till adekvat medicinerings blir de inte sällan betydligt förbättrade och i stånd att klara sig på egen hand utan att störa grannar, besvära eller ofreda myndigheter eller behöva omhändertagas för vård på mental-sjukhus. Denna typ av socialläkarverksamhet, liksom behandling och tillsyn av många likartade patientgrupper, hör egentligen till den psykiska

öppna vårdens verksamhetsområde, men till dess en dylik vårdorganisation blir uppbyggd måste de mest trängande av dessa fall skötas av distrikts- och socialläkarna — de mindre akuta och trängande fallen får överhuvud taget ingen vård alls.

Socialbyråtillhörighet — oavsett remissorgan — för de nya patienter som uppburit socialhjälp under remitteringsåret, har angivits i tabell 5.

Tabell 5. Patienternas socialbyråtillhörighet

Socialbyrå	1958	1959	1960
V	19	32	23
VI	3	12	15
VII	17	26	16
VIII	7	28	27
IX	6	10	17
Övriga	6	6	16
Summa	58	114	114

Som framgår av tabell 6 dominerar de långvariga understödsfallen markant över korttidsfallen bland de nyremitterade patienterna, och denna tendens har varit tilltagande under verksamhetsperioden. För 1956 och 1957 rapporterade Inghe i sina verksamhetsberättelser att 14

Tabell 6. Patienternas understödsförhållanden

Socialhjälpens varaktighet	Oavbruten socialhjälp			Socialhjälp bety- dande del av tiden			Tillfällig socialhjälp			Samtliga grupper		
	1958	1959	1960	1958	1959	1960	1958	1959	1960	1958	1959	1960
Mindre än 1 år	1	1	1	—	4	1	9	11	8	10	16	10
1—2 år	—	—	6	—	—	4	6	9	5	6	9	15
2—5 år	—	—	2	3	8	10	13	26	14	16	34	26
5—10 år	—	1	6	5	4	8	3	15	4	8	20	18
Mer än 10 år	—	—	1	5	2	8	2	10	2	7	12	11
Patienter som vid remitteringstillfället aldrig uppburit socialhjälp										11	23	34
Totalantalet nya socialläkarfall										58	114	114

respektive 37 % av de nyttillkomna patienterna haft hjälp kortare tid än ett år. Enligt tabell 6 blir procenttalen för de senaste tre åren 21 (1958), 18 (1959) och 13 (1960). En strävan att få ett antal långvariga understödsfall pensionerade (se tabell 6 beträffande "oavbruten socialhjälp") har i viss mån bidragit till att pressa ned procentsatsen färskta understödsfall i 1960 års patientmaterial.

Bland remissanledningarna har utredningar beträffande arbetsförmåga och ifrågasatta arbetsvårdande åtgärder alltid intagit den främsta platsen i socialläkarklientelet — omkring en fjärdedel av samtliga fall. Klassificeringen i tabell 7 av remissanledningarna ansluter till äldre årsredogörelser men är inte fullt adekvat, då vissa frågeställningar helt eller delvis täcker varandra, t. ex. utredning av arbetsförmåga, förebyggande av socialhjälp, behov av stöd och hjälp etc. Å andra sidan förekommer stundom flera helt skilda problemställningar samtidigt, t. ex. pensionsutredning med anskaffande av (pensionärs) bostad. Varje fall har hänförs till den grupp som ansetts motsvara huvudmotivet för remitteringen.

Klienteletets ålders- och könsfördelning har redovisats i tabell 8. Som synes remitterades 1958 och 1959 exakt lika många män som kvinnor, 1960 något fler kvinnor än män. Åldersfördelningen är anmärkningsvärd och visar att den föryngring av socialläkarklientelet, som länge eftersträfvats, inte kunnat genomföras. 1958 var dock 48 % av de nyremitterade patienterna under 35 år — den högsta siffra som någonsin no-

terats — men 1959 och 1960 uppgick de inte till mer än 19 respektive 26 % av klientelet; detta är i nivå med tidigare år. Till åldersgruppen 35—50 år hörde 29 % av de nya patienterna 1958, 45 % 1959 och 36 % 1960. För gruppen över 50 år var procentsiffrorna 23, 40 och 38 för respektive verksamhetsår.

I tabell 9 har de psykiska huvuddiagnoserna redovisats efter samma indelningsgrunder som i äldre verksamhetsberättelser. Som synes sönderfaller klientelet diagnostiskt i fyra ungefär lika stora huvudgrupper: de i egentlig mening sinnessjuka (psykotiska), de neurotiska (eller tillfälligt reaktivt insufficianta), de karaktärsdefekta och slutligen den ej närmare specificerade blandgruppen med några få mera sällsynta typfall, en

Tabell 7.

Remissanledning	1958	1959	1960
Utredning om arbetsoförmåga, omskolning m. m.	13	38	29
Pensionsfall	5	12	19
Remiss till vårdhem, mental- och kroppssjukhus	1	5	10
Familjekonflikter	5	3	5
Bostadsproblem	6	2	12
Behandling av nervösa besvär	6	10	10
Utredning om svårskötta psy- kiskt sjuka	11	11	6
Behov av stöd och hjälp	7	3	11
Socialbyrån behöver intyg	—	10	7
Självhjälpsärenden	—	6	2
Behov av socialhjälp	—	2	—
Förebyggande av socialhjälp- behov	—	2	—
Diverse remissanledningar	4	10	3
	58	114	114

Tabell 8. Ålder och kön

Ålder	Män			Kvinnor			Summa		
	1958	1959	1960	1958	1959	1960	1958	1959	1960
Under 20 år	—	—	—	2	—	1	2	—	1
20—24 år	7	1	2	4	4	5	11	5	7
25—29 år	5	8	8	1	2	5	6	10	13
30—34 år	6	3	7	3	4	2	9	7	9
35—39 år	—	5	7	2	4	8	2	9	15
40—44 år	5	10	7	3	9	6	8	19	13
45—49 år	2	11	6	5	8	7	7	19	13
50—54 år	1	5	6	4	8	8	5	13	14
55—59 år	3	10	5	4	9	10	7	19	15
60—64 år	—	3	1	1	7	8	1	10	9
65—67 år	—	1	—	—	—	1	—	1	2
Över 67 år	—	—	1	—	2	2	—	2	3
Summa	29	57	51	29	57	63	58	114	114

rad blandfall och något halvdussin diagnostiskt osäkra fall (borderline cases). För övrigt ingår som synes ett smärre antal oligofrena och alkoholister liksom — för 1960 — fyra nytillkomna narkomaner eller eufomaner som de betecknas enligt en nyare terminologi. Mycket få socialläkarpatienter — endast ca 10 % — är utan väsentlig psykisk sjukdom.

De somatiska huvuddiagnoserna redovisas i tabell 10. Ungefär hälften av socialläkarklientelet är kroppsligt friska personer. Bland de somatiska åkommorna dominerar som synes rörelse-

apparaters sjukdomar, i första hand ryggarna. Flertalet av dessa är objektivt verifierade ålders- och arbetsförslitna ryggar, men där finns också en grupp rygginsufficienser utan röntgenologiska eller neurologiska symtom. Dessa "psykiska ryggar" synes ha den mest mångskiftande psykiatriska bakgrund och är erfarenhetsmässigt utomordentligt resistent mot såväl medico- som psyko- och socioterapi.

Tabell 10.

Tabell 9.

Psykiska huvuddiagnoser	1958	1959	1960
Mano-depressiv psykos	—	—	3
Schizofreni, paranoia m. m.	10	23	23
Presenila, arteriosklerotiska och senila demenser	3	6	4
Övriga psykos	—	—	1
Epilepsi	—	—	—
Alkoholism chron.	4	7	2
Annat svårt alkoholmissbruk	—	1	1
Eufomani (narkomani)	—	—	4
Oligofreni	1	3	2
Psykisk abnormitet	13	19	26
Psykisk insufficiens, psykogen depression och andra reaktiva tillstånd	18	29	16
Övriga	3	13	25
Utan väsentlig psykisk sjukdom	6	13	7
Summa	58	114	114

Somatiska huvuddiagnoser	1958	1959	1960
Infektionssjukdomar	—	—	—
Tumörsjukdomar (cancer)	2	1	1
Patologisk fetma (adipositas)	—	4	1
Endokrina sjukdomar	5	—	—
Allergiska sjukdomar	—	1	—
Ögonsjukdomar	1	1	—
Öronsjukdomar	—	2	1
Blodsjukdomar	1	1	1
Andningsorganens sjukdomar	5	6	2
Cirkulationsorganens sjukdomar	4	7	4
Matmältningsorganens sjukdomar	3	6	1
Urogenitalorganens sjukdomar	2	2	1
Graviditet	1	3	—
Rörelseorganens sjukdomar	8	20	11
Ålderssjukdomar	—	4	—
Olycksfall	1	3	—
Fysisk invaliditet	—	—	—
Övriga (inklusive osäkra diagnoser)	4	11	22
Utan väsentlig kroppssjukdom	21	42	69
Summa	58	114	114

II. Några aktuella synpunkter

Socialläkarverksamhetens resultat och lönsamhet

För få grenar av den medicinska verksamheten torde det vara svårare att statistiskt ange effekten av läkarens arbete än inom socialläkariet. Endast utomordentligt omfattande och kostsamma utredningar skulle kunna ge siffermässigt preciserade värden för resultaten av socialläkarnas och assistenternas ingripanden och åtgärder. Däremot är det ofta lätt att studera resultatet i det enskilda fallet.

Genom en enkel överslagsberäkning beträffande antalet per år *nyregistrerade* socialläkarfall och den totala budgeten för en socialläkarbyrå med en läkare, två assistenter och två sekreterare kan man visa att varje socialläkarfall kostar socialnämnden ca 1.000 kronor. Denna kostnad kan vid första påseende synas oroande hög, men man får inte glömma att den utgör genomsnittskostnaden *registreringsåret* för patienter, som sedan ofta under många år skötas medicinskt och kurativt vid socialläkarbyråerna. En mycket stor del av byråernas arbete, uppskattningsvis halva arbetskapaciteten, är bunden till just dylik mentalvårdsdispensärverksamhet. Det kan nämnas att om en enda patient genom intensiv dispensärverksamhet av denna typ kan hållas utanför mentalsjukhuset, inbesparas under ett år ca 20.000 kronor för det allmänna. Förebyggande av psykisk invaliditet för en enda familjeförsörjare i 30-årsåldern kan för det allmänna innebära inbesparande av understöd och pensioner om ca 100.000 kronor. Att socialläkarverksamheten är utomordentligt lönsam för samhället torde det därför inte bjuda någon svårighet att visa. Ur humanitär synpunkt kan verksamheten i nuvarande situation betecknas som omistlig.

Det angelägnaste önskemålet på mentalsjukvårdens område torde för Stockholms vidkommande vara att mentalvårdsdispensärer skyndsamt upprättas. För närvarande kommer patienterna ofta för sent under vård, och eftervårdsresurserna är helt otillräckliga. Behandlingsre-

sultat som åstadkommits genom intensiv, kostsam och ofta långvarig hospitalisering spolieras snabbt efter utskrivningen eftersom ingen ordnad eftervård existerar. Patienternas tillstånd är i allmänhet helt okänt för de medicinska myndigheterna tills patienten blir aktuell för förnyad intagning, ofta genom polismyndighetens ingripande. Förutom att dessa missförhållanden medför en starkt ökad belastning på den slutna vården medför det givetvis en ökad sjuklighet och en stegrad recidivfrekvens, alla humanitära aspekter inte att förglömma.

Till dess mentalvårdsdispensärer upprättas ser sig socialläkarna nödsakade att ta sig an de mest eftersatta och trängande fallen för tillsyn och vård. Socialläkarna torde för närvarande vara de enda läkare som aktivt efterforskar och uppsöker psykiskt sjuka, som inte på eget eller anförvanners initiativ tar kontakt med sjukhus och polikliniker. Frågan om mentalvårdsdispensärerna är lika angelägen för socialvården som för sjukvården.

Remitteringsreglerna

har diskuterats ingående inom socialnämnden de senaste åren med sikte på att få klientelet till socialläkarna på ett tidigt stadium, då insufficienserna är relativt färska och mera behandlingsbara.

Särskilt viktigt är att understryka att pågående medicinsk behandling eller sjukskrivning i och för sig inte får vara någon kontraindikation för att klienten remitteras till socialläkare, om skäl för en sådan remittering för övrigt synes föreligga. Särskilt alarmerande bör det vara när en understödstagare under långvariga eller frekventa perioder går helt eller partiellt sjukskriven för *skiftande* åkommor och av *olika* läkare. Sjukskrivningarnas "hoppjerkor" bör alltså på ett tidigt stadium remitteras till socialläkare, då ideliga och skiftande sjukskrivningar ofta är tecken på grav psykisk eller social missanpassning. I fall av denna typ torde socialläkarbyråerna för närvarande vara de enda institutioner som har resurser att grundligt utreda patienterna och föreslå adekvata åtgärder.

Då en och samma läkare sjukskriver en patient under oförändrad eller likartad diagnos kan man i allmänhet förutsätta att vederbörande läkare har patienten under kontroll eller i varje fall under kontinuerlig tillsyn. Fall av denna typ är därför socialmedicinskt sett mindre alarmande än de ovan berörda vandrande sjukskrivningarna. Tyvärr finns det dock i Stockholm några få kolleger som i decennier sjukskriver enstaka patienter utan att vare sig ordna med rehabiliterande åtgärder eller föranstalta om pensionering av dessa patienter. Dylika fall bör undantagslöst remitteras till socialläkare, som får ta kontakt med vederbörande kolleger och vidtaga de åtgärder, som kan vara påkallade.

Arbetskonferenser.

Regelbundna arbetskonferenser vid de olika sociala byråerna har visat sig vara den mest ändamålsenliga basen för samarbetet mellan socialläkarbyråerna och socialbyråerna. Vid dessa konferenser får inspektören och kretsassistenterna tillfälle att diskutera nya fall. Ofta kan socialläkaren redan på detta stadium föreslå viss åtgärd eller hänvisa patienter till lämplig poliklinik etc. För de klienter, som man enas om att ta upp som socialläkarfall, får vederbörande kretsassistent sammanställa en utförlig remiss till socialläkaren snarast möjligt. Att trots muntlig konferens fordra skriftlig remiss kan synas vara ett utslag av byråkrati, men i praktiken har detta tillvägagångssätt visat sig värdefullt. Dels tvingas den remitterande därigenom att grundligt tänka igenom sitt fall och precisera sina frågeställningar och förväntningar, dels underlättar remissen i hög grad arbetet vid socialläkarbyrån, där patienten p g a väntetider ofta inte kan tas upp för utredning förrän flera veckor senare.

Socialläkaren och dennes assistenter å sin sida rapporterar vid dessa arbetskonferenser om situationen beträffande de särskilt angelägna eller krångliga fall, som vederbörande byrå tidigare remitterat till socialläkaren. Denne försöker också i mån av tid och förmåga att i seminarieform bibringa socialvårdspersonalen kännedom om de vanligaste psykiska sjukdomarnas karaktär och

kännetecken. Framför allt synes det vara paranoikerna, som genomgående vållar de största svårigheterna vid de sociala byråerna. Genom att dessa patienter i allmänhet är intellektuellt intakta uppfattas de oftast inte som sinnessjuka, även i fall där det är fråga om mycket svåra affektpsykosor. Genom sitt ofta högljudda, pokande och arroganta eller hotfulla uppträdande provocerar paranoikerna lätt även erfarna och i vanliga fall ytterst tålmodiga socialarbetare och bringar dem ur fattningen.

Personligen har jag uppfattat personalupplysningen som en viktig uppgift för socialläkaren. Genom frekventa och helst otvungna kontakter per telefon och vid konferenser bör kretsassistenterna få tillfälle att närmare lära känna socialläkarverksamheten och bibringas psykiatriska och socialmedicinska aspekter på det ofta utomordentligt tunga och krävande socialvårdsklientelet.

Pensionsfallen.

När det gäller pensionering p g a kroppslig sjukdom är intygsskrivningen ofta enkel och kortfattad. De pensionsfall, som remitteras till socialläkarna, är till stor del det klientel som kvarstår sedan sjukhus, polikliniker, distriktsläkare och privatpraktiker pensionerat de fall som ansetts klara. Från vår sida värjer vi oss dock med kraft mot att bli någon avstjälpningsplats för tungarbetade pensionsutredningar och hävdar den enkla och självklara principen att en pensionsmässig patient skall pensioneras av den läkare som skött patienten. Särskilt hårt pressade är i detta avseende distriktsläkarna, som får ta hand om en stor del av dessa presumtiva pensionärer och som därtill endast erhåller en symbolisk ersättning för de mycket tids- och arbetskrävande pensionsutredningarna beträffande dessa gamla invetererade psykosomatiska fall, permanenta presenila insufficienser och liknande. Resultatet blir ofta att dessa patienter får kontinuerliga sjukskrivningar i årtal och löpande socialunderstöd. Jag har föreslagit de sociala myndigheterna att distriktsläkarna för pensionsutredningar av denna typ skall tilldelas ett skä-

ligt arvode och att socialnämnden dessutom speciellt för pensionsutredningar skall engagera en läkarkapacitet som under exempelvis ett halvår kunde göra en systematisk genomgång vid samtliga socialbyråer och pensionera det klientel, som medicinskt är berättigat till pension. Detta skulle vara till fromma för socialvården, som blev kvitt ett antal kroniska understödstagare, för socialläkarna som fick större möjligheter att ägna sin utredningsapparat åt socialt behandlingsbara fall, för distriktsläkarna och poliklinikerna, som kunde påräkna en avlastning, och sist men inte minst för patienterna själva som i de flesta fall skulle känna det som en stor lättnad att få pensionsfrågan ordnad och definitivt komma ur understödstagarsituationen.

Arbetsvårdsfallen.

I ett stort antal socialläkarärenden består de viktigaste åtgärderna i skilda arbetsvårdande initiativ. Samarbetet med arbetsvårdens olika organ är livligt och gott, men en rad svårigheter av praktisk natur försvårar ofta rehabiliteringsåtgärderna. Särskilt påtaglig är den skriande bristen på skyddade arbetsplatser. Huvudparten av de fysiskt och psykiskt partiellt arbetsföra människorna i dagens samhälle är hänvisade till passivitet och sjukpenning eller socialhjälp, därför att lämpliga arbetsmöjligheter inte finns tillgängliga. Även om flertalet av dessa patienter i en skyddad sysselsättning inte skulle uppnå större produktivitet och lönsamhet än att de fortfarande skulle befinna sig på sjukpennings- eller understödsnivån måste det ur såväl samhällsekonomiska som särskilt medicinska synpunkter (kurativa och preventiva) vara ytterligt angeläget att motverka patienternas passivisering. Det kan i många fall bli svårare att bota den passivisering, som en långvarig sjukskrivning och överksamhet kommit att medföra, än det var att bota den primärsjukdom för vilken patienten sjukskrivits. På samma sätt som det finns många patienter som skadats, ibland för livet, av oförsiktigt förskrivna och överdoserade läkemedel, kan obotliga psykiska skador uppkomma genom

oförsiktiga sjukskrivningar och överdoserad "vila". Men även vid fullt adekvata sjukskrivningar föreligger sådana risker. I själva verket är det mycket få av de sjukdomstillstånd, för vilka folk går helt eller partiellt sjukskrivna, som *fordrar* eller förbättras av överksamhet från patienternas sida. Frånsett en del kraftiga somatiska sjukdomstillstånd och vissa psykotiska tillstånd skulle övriga sjuka och sjukskrivna — kanske 90 % av hela klientelet — vara betjänta av och deras återinpassning i arbetslivet skulle underlättas av en lämpad och doserad sysselsättning under den tid de inte är i stånd att taga del i förvärvslivet på den öppna marknaden. Detta är ett utomordentligt angeläget socialmedicinskt forsknings- och utredningsområde. Personligen anser jag att man måste sikta på stora arbetsträningsresurser och möjligheter till skyddad sysselsättning i direkt anslutning till *varje sjukhus*. Allvarligast är passiviseringsrisken och därför viktigast sysselsättningsfrågan för den öppna vårdens — poliklinikernas och praktikernas — långvarigt sjukskrivna klientel. Om dessa människor fångades upp av sjukhusanslutna terapeutiska centraler och under hela dagarna bereddes doserad arbetsträning interfolierad med erforderliga medicinska undersökningar och behandlingar, matraster och vilostunder, skulle den terapeutiska och preventiva effekten troligen bli så stor nationalekonomiskt sett att den skulle förränta investeringarna och bekosta driften av dessa centraler. I Sovjet driver man en dylik verksamhet i anslutning till varje större företag, och i USA finns det flera storföretag som på egen hand organiserat rehabiliteringsfrågan. I Sverige måste organisationen byggas upp med sjukhusen som centra.

En första blygsam början på en utveckling efter dessa skisserade linjer skulle vara att knyta en socialläkare till varje sjukhus. Många tecken tyder också på att vi kan se fram emot ett sådant arrangemang. Socialvårdens egna socialläkare blir för den skull inte arbetslösa — arbetsuppgifterna är gigantiska och skulle lätt kunna sluka en flerdubbling av de nuvarande resurserna.