

Läkarens samarbete med socialvårdande organ¹

Av socialläkare Gunnar Inghe, Stockholm

Bland de ämnen som förelagts mig har jag valt att tala om läkarens samarbete med socialvårdande organ. Det finns kanske olika meningar om vad som bör räknas till "socialvårdande organ". För min del kommer jag främst att uppehålla mig vid samarbetet med socialnämnden och en del angränsande organ. Tiden tillåter mig inte att gå in på det mycket omfattande och differentierade samarbete mellan läkare och barnavård, som behövs för att behandla beteenderubbningar hos barn, liksom mellan läkare och nykterhetsvård för att rehabilitera alkoholskadade.

Sjukvården och socialvården har historiskt sett utvecklats på samma rot. Medeltidens sjukvårdsanstalter, d.v.s. hospitalen, och fattigvårdsanstalterna, de s. k. helgeandshusen, drevs liksom allmoseverksamheten huvudsakligen av kyrkan. På 1500-talet övergick den kollektiva hjälpen från kyrkan till staten. Allmoseverksamheten bedrevs inom socknarna, som under 1600-talet började inrätta fattigstugor. År 1763 kom den första fattigvårdsförordningen, vari socknarnas huvudmannaskap för fattigvården fastslogs, medan vid samma tid de första kroppssjukhusen inrättades med länen som huvudmän. Hospitalen kom efterhand att reserveras för sinnessjuka.

Understödkategorier

Under årens lopp har den ena fattigvårdsförordningen avlöst den andra. De har hela tiden gällt samma kategorier nämligen medellösa personer, både barn, äldre och sjuka.

I den nya *socialhjälpslagen* som trädde i kraft 1 januari 1957, stadgas också, att minderåriga samt personer, vilka på grund av ålder, sjukdom, lyte eller eljest bristande kropps- eller själskrafter icke kan försörja sig genom arbete, har rätt till socialhjälp, om de själva saknar medel till sitt uppehälle och behovet inte kan tillgodoses på annat sätt (§ 12). Förutsättningen är alltså liksom i tidigare la-

gar arbetsoförmåga, medellöshet och avsaknad av annan hjälp. I olikhet mot bestämmelserna i 1918 års fattigvårdsstadgas emellertid också, att personer, som av hälsoskäl bör helt eller delvis avhålla sig från arbete, skall erhålla socialhjälp även om de icke är arbetsoförmögna. Denna utvidgning av bestämmelserna har tillkommit för att samhällshjälpen skall kunna sättas in på ett tidigt stadium, innan arbetsoförmågan gått helt — och ofta definitivt — förlorad.

Efter genomförandet av den allmänna sjukförsäkringen kan bestämmelserna i socialhjälpslagen betraktas som kompletteringar för att tillgodose vad som motsvarar erforderligt underhåll och vård åt personer som inte uppbär någon sjukpenning eller endast en otillräcklig sjukpenning genom sjukförsäkringen. Detta gäller t. ex. personer som bara har grundsjukpenning på 3 kr. eller en låg tilläggsjukpenning, som har stor försörjningsbörda, som blivit utförsäkrade eller av andra skäl inte är tillräckligt hjälpta genom sjukförsäkringen.

Ända sedan slutet av 1800-talet har antalet personer med understöd i hemmen uppgått till omkring 4 % av befolkningen med en märkligt stegring under 1920- och 30-talen upp till omkring 7 %. Efter folkpensionsreformen 1948 förekom en måttlig nedgång och efter sjukförsäkringens genomförande 1955 också en viss nedgång. Ännu 1955 hade dock 3,2 % av landets befolkning understöd i hemmen. Jag beräknade för några år sedan risken för stockholmarna att komma i sådan social situation att de nödgas söka understöd. Därvid registrerades alla personer som fått understöd första gången år 1951. Det visade sig att vid i övrigt oförändrade förhållanden skulle vid uppnådd pensionsålder 29 % av männen och 31 % av kvinnorna i Stockholm någon gång dessförrinnan han nödgats söka understöd. En förnyad riskberäkning av detta slag genomföres nu med 1956 som basår. Sannolikt kommer de erhållna risktalen att bli något lägre.

Trots de senare årens stora sociala reformer spelar alltså de individualiserade kommunala

¹ Föreläsning vid sökande av docentur i socialmedicin den 2/10 1958.

understöden alltså en viktig roll. Läkarens medverkan därvidlag och formerna för samarbetet mellan läkaren och de socialvårdande organen är därför också viktiga frågor, inte minst för praktiker ute i fältet.

Läkarens yttrande

I 16 § socialhjälpslagen stadgas att om det kan antagas, att behovet av socialhjälp beror på sjukdom eller annan kroppslig eller själslig brist eller svaghet, skall, där ej särskilda skäl till annat föranleda, *yttrande inhämtas av läkare* rörande den lämpligaste formen för ingripande. Detta stadgande är en nyhet i socialhjälpslagen och syftar till att säkra läkarnas medverkan i socialvårdsarbetet. Bestämelsen har en ovillkorlig form; undantagen syftar på situationer, där den ifrågasatta hjälpen är av sådan karaktär, att läkarens yttrande i regel saknar betydelse, t. ex. vid behov av kläder, utrustning o. dyl. I praktiken går det vanligen till så att den hjälpsökande måste skaffa sig ett sjukintyg från en läkare, innan han kan få någon socialhjälp — såvida inte hjälpbehovet är dikterat av andra omständigheter än nedsättning av arbetsförmågan, t. ex. stor försörjningsbörda, låg inkomst eller dyl. Vid brådskande hjälpbehov brukar dock den sökande få tillfällig hjälp även om han inte har något intyg om arbetsförmåga; han måste emellertid därefter snarast möjligt presentera ett sådant intyg för vederbörande socialvårdstjänsteman. Detta tjänar inte endast att verifiera den hjälpsökandes uppgifter om arbetsförmåga eller nedsatt arbetsförmåga. Det garanterar också att han kommer under läkarbehandling. Tidigare förekom inte sällan att hjälp utgick i för socialvårdstjänstemannen uppenbara fall utan att läkarintyg begärdes, varför också behandlingen ibland försumrades.

I sjukkasseintygen skall antingen anges, att den sjuke är helt arbetsförmögen eller att arbetsförmågan är nedsatt med minst hälften; i senare fallet utgår halv sjukpenning. Denna gradering är inte sällan besvärlig, och olika meningar har också framkommit om hur dessa bestämmelser skall tillämpas. I socialhjälpslagen finns inga motsvarande föreskrifter. I regel brukar dock en viss uppskattning av graden av arbetsförmåga företas. Denna har dock

ingen betydelse för understödsbeloppens storlek. Partiellt arbetsföra får socialhjälp enligt samma normer som helt arbetsförmögna — helt naturligt eftersom det ligger en behovsprövning till grund, och konsumtionen ingalunda halveras för att arbetsförmågan förändras från 100 % till 50 %. Däremot tar man en viss hänsyn till sådana graderingar vid avgörande om socialhjälp över huvud taget skall utgå. Partiellt arbetsföra kan också betraktas som arbetslösa och hänvisas till arbetslöshetsunderstöd med åtföljande skyldighet att stämpla på arbetsförmedlingen. Av praktiska skäl tillämpar man ofta en konventionell gräns vid denna klassificering; vanligt är att personer med arbetsförmågan nedsatt med mindre än hälften i stället hänvisas till arbetslöshetshjälp. Här har dock kommunerna frihet att förfara på olika sätt. Detta har vissa konsekvenser bl. a. i frågor som berör kommunernas inbördes ersättningsskyldighet, vilket det inte finns anledning gå in på i detta sammanhang.

För långvarigt sjuka kan med tiden samlas en försvarlig bunt intyg i socialregisterakten. För socialvårdstjänstemannen är dessa intyg, som täcker månad för månad, ibland inte särskilt upplysande. De möjliggör utbetalandet av socialhjälp men ger för övrigt sällan upplysningar av värde för den sociala vården av den sjuke. I detta avseende torde ingen väsentlig förändring av praxis ha ägt rum efter socialhjälpslagens införande. I själva verket pekar dock lagens ordalydelse på en helt annan och mera fruktbärande form för samarbete mellan läkare och socialvård än ett enbart slentrianmässigt utfärdande av intyg. Det står över huvud taget ingenting om intyg i lagen. Där står att "yttrande skall inhämtas av läkare rörande den lämpligaste formen av ingripande". Detta yttrande kan ha formen av ett kort sjukintyg, och det är kanske oftast fullt tillräckligt, särskilt vid korta övergående sjukdomstillstånd, där det endast gäller att tillse, att patienten får medel till sitt uppehälle. Men yttrandet kan också ta formen av en redogörelse för patientens hälsotillstånd med upplysningar om sjukdomens sociala konsekvenser, t. ex. på arbetsplatsen eller i hemmet, beträffande behovet av kostförbättring, omplacering, vila, miljöförändringar, förekomsten av olika slags stress-

faktorer i miljön o.s.v., och utmynna i vissa förslag till praktiska åtgärder från socialvårdens sida. Yttrandet kan vara skriftligt och alltså ta formen av ett mer eller mindre omfattande utlåtande. Detta är i regel utomordentligt värdefullt för sociavårdstjänstemannen, särskilt om det drar upp riktlinjer för hur patienten skall skötas på längre sikt. För jaktade tjänsteläkare och andra praktiker är det i regel omöjligt att hinna med omfattande skrivelser av detta slag. För socialvårdstjänstemannen kan det dock vara lika värdefullt med ett telefonsamtal.

Betydelsen av samarbete mellan läkare och socialvård

Det må påpekas att denna form för samarbete mellan läkaren och socialvården är lika värdefull för läkaren som för socialvårdstjänstemannen. För att läkaren skall kunna lägga upp behandlingen på ett riktigt sätt, måste han i regel känna till patientens sociala förhållanden. Det är ingen mening att ordinera vila åt en konvalescent eller en överansträngd och utarbetad mamma, om man inte vet, att vilan går att genomföra; där syndas det ofta av läkare. Och även om läkaren hör sig för om vilomöjligheterna i hemmet, är det inte säkert att han får realistiskt besked därom; patienten kan vara förtegen eller i överkant optimistisk rörande möjligheterna. Ett samtal med socialvårdstjänstemannen kan då ofta ge besked. I långvariga understödsfall är hemförhållandena i regel väl kända för socialvården efter återkommande rutinutredningar och hembesök.

Samarbete kan vara nödvändigt också för ställande av rätt diagnos. I min verksamhet som socialläkare har jag stött på åtskilliga sådana fall. I en socialregisterakt påträffades ett intyg, vari uppgavs att patienten led av "neuros" men att arbetsförmågan inte var nedsatt. I själva verket led patienten av schizofreni sedan nära 10 år. Lika länge hade hon utgjort ett problem för socialvården, som inte förmått hjälpa henne till rätta, trots hennes flera gånger omvittnade vilja att arbeta. I en annan socialregisterakt intygades, att patienten inte företedde några kroppsliga sjukdomssymtom förutom en "hammartå". Patienten hade emellertid haft dementia paralytica och

blivit malariabehandlad för åtskilliga år sedan. Han var nu svårt dement. Även denne man utgjorde ett socialt problemfall, som man under årtal försökt komma till rätta med utan att lyckas. En tid senare kom ett nytt intyg från en annan läkare, och enligt denne företedde patienten "ej några påvisbara tecken på yttre eller inre sjukdomar". I ett tredje fall rörde det sig om en patient, som cirka 30 år tidigare vårdats på sjukhus för dementia simplex. Sedan dess hade han varit besynnerlig och trots sjukhusets hjälp så småningom kommit vid sidan av förvärvslivet. Ett femtontal år efter insjuknandet började han få understöd, de första åren genom arbetslöshetsnämnden. Efter några år konstaterade en assistent att "sökanden synes vara rätt slö, troligen på grund av den långa arbetslösheten". Då inkom också ett läkarintyg, vari framhölls, att patienten led av allmän kroppssvaghet och därför var arbetsoförmögen en tid. Han överfördes till dåvarande fattigvården och i olika intyg underströks hans klenhet. Ibland intygades att han led av blodbrist eller nervöst hjältfel. I ett intyg återfanns diagnosen neuros, i senare intyg genomgående hypertoni. I själva verket var det fråga om en autistisk schizofren med paramimier och andra besynnerligheter i uppträdandet. Enligt en syster satt han mest orörlig för sig själv i en vrå med en tidning för ansiktet. Denna för socialvården betydelsefulla förklaring till hans svårigheter hade inte avslöjats trots regelbundna läkarbesök sedan decennier.

Dessa fall kan visserligen sägas illustrera den bristande träningen hos somliga företrädessvis somatiskt utbildade läkare att göra för den psykiatriska diagnostiken relevanta iakttagelser. I alla tre fallen var det dock fråga om symtomfattiga sjukdomsbilder. Patienterna uppträdde ordnat och förnekade bestämt, att de hade några nervösa besvär. Framför allt illustrerar de därför vådan av bristande samarbete mellan socialvård och läkare. För socialvårdstjänstemännen hade nämligen betynderubningarna hos dessa personer varit tämligen väl kända, fastän de inte förstått dem. Gång på gång hade patienterna uppmanats att vända sig till läkare för att få intyg och de upprepade friskintygen eller intygen om lindriga kroppsliga krämpor mottogs av social-

vårdstjänstemännen med huvudskakningar och förnyade uppmaningar till läkarbesök. I intet fall hade man kommit på den så näraliggande tanken att konferera med vederbörande läkare i saken. Om läkaren i förväg upplysts om föreliggande omständigheter, hade hans uppmärksamhet omedelbart inriktats på den eventuella förekomsten av ett psykiskt defekttillstånd. Några frågor rörande förhistorien och en stunds samtal hade då med all sannolikhet lett till rätt diagnos.

Samarbete av detta slag efterlyses inte sällan från socialvårdshåll, lika väl som från läkarhåll. Det tycks dock ha märkvärdigt svårt att komma igång. Anledningen är förmodligen främst slentrian och oföretagsamhet; brådskan och jäktet både på de medicinska och sociala mottagningarna torde göra sitt till. I själva verket skulle ett och annat telefonsamtal om mera svårbedömda och svårbehandlade fall säkerligen inbespara tid för båda parter.

Det måste emellertid också nämnas, att en del socialarbetare förklarar, att de många gånger försökt diskutera olika hithörande problem med läkare, men att de inte gärna gör om det. De påstår att somliga läkare blir otåliga och rent av snäsiga, om socialarbetaren ringer upp dem för att redogöra för socialvårdens frågeställningar i ett visst ärende. De har tyckt sig finna, att läkaren inte bara anser, att de lägger sig i saker som inte angår dem, utan också att påpekanden av detta slag innebär en förstucken kritik, som vederbörande undanber sig. Med många läkare går dock samarbete av detta slag — ur socialarbetarens synpunkt — förträffligt. Motsvarande samarbetsinitiativ från läkarens sida brukar — så vitt jag kunnat finna — i regel välkomnas från socialvårdens sida. En viss stingslighet kan dock stundom förmärkas; också socialarbetarna är ganska lyhörda för mästrande tonfall.

Det förtjänar i detta sammanhang också nämnas, att många människor är utomordentligt plågade av att tvingas uppbära socialhjälp. De tycker det är en pina att komma som supplikanter till socialkontoret. De är därför känsliga och ömtåliga. Strävt bemötande traumatiserar dem. Tyvärr kan man inte förneka, att de alltjämt blir snävt bemötta ibland. Några ord till socialvården från en psykologiskt

insiktsfull läkare kan här göra underverk och därigenom också livet lättare att leva för patienten. Analogt förekommer också att dessa människor finner de s. k. "fattigmottagningarna" hos somliga distriktsläkare förödmjukande.

Detta praktiska samarbete mellan läkare och socialvård är utomordentligt viktigt. Frågan är betydelsefull särskilt för tjänsteläkarna, d.v.s. provinsialläkarna och stadsläkarna i mindre städer samt för de stadsdistriktsläkare i större städer, som har kostnadsfria mottagningar för socialvårdens klienter. I landskommunerna förekommer på sina håll, att socialnämnsordföranden eller socialassistenten regelbundet förbereder provinsialläkaren, när en hjälpsökande skickas till honom med en kommunlapp i handen och efteråt kan fallet diskuteras ganska ingående. Den personliga bekantskapen mellan sjukvårdens och socialvårdens företrädare i småkommunerna underlättar i hög grad samarbetet.

Även sjukhusläkarna har ofta med socialvårdens klientel att göra och har därför också nytta av intimt samarbete med socialvårdsorganen. Ett exempel härpå är hjälpverksamheten vid vissa mentalsjukhus. Från Ulleråkers sjukhus har t. ex. upplysts, att hjälpverksamheten överallt har kontakt med socialkontoren i kommunerna och besöker dem regelbundet för överläggningar om exspektanter och försöksutskrivna. Oftast torde samarbetet gå via kuratorn. Tyvärr är inte heller samarbetet mellan kurator och socialvård alltid tillfredsställande ordnat. Socialvården klagar inte sällan över att socialvårdsfall skrivs ut utan att kuratorn varskott socialvården, ibland efter alltför bristfälliga förberedelser i miljön. Kuratorerna å andra sidan klagar ibland över socialvårdens bristande intresse för eftervårdsarbetet samt dess ofta snåla och oförstående inställning till kurativa saneringsåtgärder.

Sett ur något vidare perspektiv är detta naturliga och självklara samarbete mellan läkare och socialvård en sida av det "teamwork" mellan olika specialister, som nästan blivit en huvudlinje i modern medicin. Mest utformat torde arbetet i "team" hittills ha blivit inom mentalsjukvården. Inom rehabiliteringen utgör också samarbetet mellan specialister företrä-

dande olika verksamhetsområden en förutsättning. Man försöker därvid se patienten som en bio-psyko-social enhet och ta hänsyn såväl till hans kroppsliga och psykiska beskaffenhet, som till hans sociala relationer och miljömässiga förutsättningar. Det gjorde på sätt och vis den gamle husläkaren på sin tid. Inom den numera högggradigt specialiserade medicinen är detta inte längre möjligt. Även samhällsorganisationen har blivit så differentierad, att en socialvårdstjänsteman helst bör vara specialist i flera olika sociala frågor, för att hjälpåtgärder och miljökorrektiv skall kunna appliceras på rätt sätt.

Denna utveckling förutsätter ett raserande av åtskilliga fördomar. Inte minst yrkeshögfärden är till hinder. Samarbetet måste ske på likställd fot utan skråanda och sneglande på lönegrader. Endast i den andan kan konferenserna bli verkligt effektiva och givande.

Om man betraktar bestämmelserna i socialhjälpslagen ur detta samarbetsperspektiv, är det alldeles tydligt att en strikt tillämpning av lagen inte kan komma till stånd utan en långt gående integration mellan medicinska och sociala åtgärder. I § 14 stadgas sålunda, att "socialhjälp bör lämnas på sådant sätt, att den behövande så vitt möjligt blir i stånd att för framtiden genom eget arbete försörja sig och de sina". Om en sådan bestämmelse skall följas, förutsätter det att varje fall utredes grundligt inte bara ur medicinska synpunkter utan också med hänsyn till den sociala bakgrunden, yrkesförutsättningarna, arbetsmarknadsläget, försörjningsbördan och inte minst de rent personliga förutsättningarna. Den ekonomiska hjälpen förutsattes i regel utgå kontant men kan också, om särskilda skäl föreligger, utgå in natura t. ex. i form av matanvisningar. Detta förekommer t. ex. om hjälptagaren är alkoholmissbrukare eller visat sig sakna förmåga att hushålla med kontanta medel. Hjälpens kan också ta formen av saneringsbidrag t. ex. till utrustning i hemmet, ordnande av en högggradigt trasslig ekonomi etc. Socialhjälp kan också utgå till utbildning eller inköp av redskap, verktyg eller dylikt för startande av rörelse. Det är också möjligt att få hjälp med ordnande av vistelse på landet, bostadsanskaffning m. m. Hjälpens kan ibland utgå i form av bor-

genslån. Över huvud taget förtjänar det att understrykas, att socialhjälpens är ett utomordentligt smidigt hjälpinstrument. Det enda avgörande är vilket individuellt hjälpbehov som föreligger. De vägledande normer som socialnämnden fastställt för sin verksamhet är ingalunda bindande i det enskilda fallet. Det är alltså inom vissa gränser möjligt att utforma den materiella hjälpen efter vad som är mest ändamålsenligt för en framtida rehabilitering av fallet. Detta faktum liksom bestämmelserna i socialhjälpslagen gör det högst angeläget att få till stånd ett så intimt samarbete som möjligt mellan läkaren och socialvården. Läkaren måste lära sig att utnyttja socialvårdens mycket stora resurser i sitt praktiska arbete. Socialvårdaren måste lära sig att utnyttja läkaren för att få den hjälp med patienternas rehabilitering, som så uttryckligt föreskrives i lagen.

Socialvårdens råd och upplysningar

Även på ett annat sätt har socialhjälpslagen vidgat socialvårdens arbetsmöjligheter. I § 6 bestämmes att socialnämnden skall tillhandagå allmänheten med råd och upplysningar i frågor, som äger samband med nämndens verksamhet, samt, där så lämpligen kan ske, lämna annat bistånd i personliga angelägenheter. Denna bestämmelse var föremål för mycken diskussion under förarbetena till lagen. Socialvårdskommittén menade, att sådant bistånd i personliga angelägenheter icke borde vara förbehållet understödstagare utan kunna anlitas av alla medborgare. I remissyttrandena var man på sina håll tveksam om socialnämnden kunde tänkas vara kompetent för en sådan personlig rådgivningsverksamhet och reagerade framför allt mot stadgandets ovillkorliga utformning i socialvårdskommitténs förslag. I den slutligen antagna lagen infördes därför en brasklapp "där så lämpligen kan ske", men det allmänna syftet med bestämmelsen bibehölls. I sina råd och anvisningar har också socialstyrelsen understrukt angelägenheten av att socialnämnderna redan från början intresserar sig även för denna nya uppgift. "Syftet med verksamheten" säger socialstyrelsen, "bör icke uppfattas såsom märkvärdigare än det är: att ge så goda råd som kan ges i sådana situatio-

ner av bekymmer och rådvillhet, vilka icke kräver ekonomisk hjälp”.

Så vitt man kan bedöma har dock denna bestämmelse hittills inte medfört någon nämnvärd förskjutning av socialvårdens arbetsuppgifter. Det torde alltså tillhöra undantagen, att någon vänder sig till socialvården för hjälp och råd i personliga angelägenheter, om det inte samtidigt föreligger ett materiellt hjälpbehov, som man önskar avhjälp. Liksom socialstyrelsen vill jag dock understryka önskvärdheten av att denna bestämmelse också blir praktiskt tillämpad. Och jag menar att samarbetet med läkaren är av väsentlig betydelse för att paragrafen skall förvandlas från en pappersföreskrift till realitet.

Socialassistentens uppgifter

Med den utformning som socialhjälpslagen erhållit, och som här antytts i korthet, får i själva verket sjukhuskuratorn, en viktig medarbetare i "teamet" på sjukhusavdelningen och den öppna mottagningen, sin motsvarighet i socialassistenten i de olika socialnämnderna. Socialassistenten skall enligt bestämmelserna inte bara pröva hjälpbehovet och ordna med behövlig materiell hjälp. Hon skall också arbeta på de hjälpsökandes rehabilitering och är skyldig att samarbeta med läkare rörande den lämpligaste formen för ingripande. Hon bör också bistå personer, som inte är materiellt hjälpbehövande med råd och upplysningar och i personliga angelägenheter. I själva verket bör hon därför fungera som kommunens kurator, strategiskt gynnsamt placerad inom socialvården med ekonomiska möjligheter att verkligen hjälpa, där det behövs. För tjänsteläkaren i landsbygdskommunerna och de smärre städerna är detta en utomordentligt viktig sak. Han har lika stort behov av en kurator som kollegerna på sjukhusen och har här en möjlighet att etablera ett samarbete, nödvändigt och givande för båda parter.

Ännu så länge föreligger tyvärr endast begränsade möjligheter i den vägen. Inom många kommuner saknas alltså särskilda socialassistenter. Kommunalkamrerarna får ofta sköta även den människovårdande sidan av socialkontorens verksamhet; på sina håll får socialnämndsordförandena alltså bära bördan.

Hur ett samarbete av detta slag lämpligen

bör utformas i framtiden torde endast erfarenheten kunna ge vid handen. Liksom samarbetskonferenserna på sjukhusen alltmer betraktas som oundgängliga inslag i arbetsrutinen, kan man väl tänka sig regelbundna samarbetskonferenser mellan olika tjänstemän på det lokala planet, vilka sysslar med människovård — ett slags staff-meetings i miniatyr.

Socialhjäpsslagens rehabiliterande funktion

Det kan alltså konstateras att som socialhjäpsslagen utformats har den givits direkta preventiva och rehabiliterande funktioner. Det är viktigt att den också tillämpas på det sättet. Inom socialvårdsklientelet fanns tidigare och finns alltså många långvarigt sjuka med nedsatt arbetsförmåga, som så småningom fixerats i en "understödstagarattityd" och som numera är mycket svåra att återanpassa till samhället och arbetslivet, trots att de mycket väl skulle kunna göra en viss insats om vederbörlig hänsyn togs till deras handikap. I undersökningar av Teilmann i Danmark och undertecknad i Stockholm har visats att cirka 3,4 av det kroniska hjälpklientelet i själva verket består av partiellt arbetsföra. Den stora utbredningen av psykiska sjukdomar bland dem tyder på att problemet är lika mycket psykiatriskt som somatiskt. Den praktiska erfarenheten visar, att det särskilt är de psykiskt handikappade bland hjälpbehövande människor, som är de verkligt svåra problemen i rehabiliteringsarbetet. Även inom arbetsvården har man funnit att de psykiska arbetshindren väger minst lika tungt som de fysiska. En erfaren rehabiliteringsläkare som Butler har t. ex. angivit att på träningsverkstaden i Norrköping tidvis över 80 % av klientelet lidit av mentala rubbningar. Vid Statens arbetsklirik har Cronholm och Swensson angivit, att trots att man där främst varit inställd på bedömning av fall med fysiska arbetshinder har problemen icke desto mindre i över hälften av fallen övervägande legat på det psykologiska planet.

Redan detta visar att rehabilitering av socialvårdsfallen måste möta betydande svårigheter. I vissa kommuner har man anställt särskilda läkare med uppgift att bl. a. förebygga uppkomsten av kroniskt understödstagande och att om möjligt återföra klientelet till arbetslivet. Då inrättandet av sådana *socialläkartjän-*

ter är en av de vägar som beträffs för att få ett intensivare samarbete till stånd mellan läkarna och socialvården, skall nämnas något om de hittillsvarande erfarenheterna av dessa experiment. För närvarande finns det 8 socialläkare i Stockholm, Göteborg och några andra större städer. Mottagningarna är flerstädes förlagda i omedelbart anslutning till en socialvårdsbyrå. Härigenom blir samarbetet mellan läkare och socialvårdare betydligt mera omfattande än på andra håll. Det kan förekomma muntliga överläggningar mellan socialläkaren och socialvårdspersonalen i svårbedömda ärenden. Socialläkaren kan också utnyttja socialvårdens resurser på ett helt annat sätt än andra läkare. Jag vill inte påstå att samarbetet alltid gått friktionsfritt. På flera håll har tvärtom förekommit rätt betydande motsättningar. Från socialläkarnas sida har dessa dels berott på indignation över den psykologiskt traumatiserande behandling som de hjälpsökande alltför ofta kan råka ut för ibland, dels på meningskiljaktigheter i fråga om vidtagna hjälpåtgärder, där socialläkaren stundom velat gå längre. I regel förfogar socialläkarna över egna utredningsassistenter och sekreterare.

I socialläkarnas arbetsuppgifter ingår inte endast rehabiliteringsfrågor. De anlitas för svårbedömda socialmedicinska ärenden av de mest skiftande slag: försäkringsfall, pensionsärenden, bostadssvårigheter, försumligheter i försörjningsplikten, missbruk av socialunderstöd och andra konflikter mellan hjälpsökande och socialvård, alkoholistärenden, konflikter mellan sinnessjuka och anhöriga, grannar eller socialvårdstjänstemän, konflikter mellan makar eller mellan föräldrar och barn o. s. v. Socialläkaren skall över huvud taget lämna råd och anvisningar åt socialvårdspersonalen i deras arbete. Han har dock framför allt en utredande funktion. De praktiska åtgärderna kan ofta överlämnas åt socialvårdstjänstemännen eller andra organ; i många fall ankommer det dock på socialläkaren eller hans assistenter att också stå för den socialmedicinska behandlingen.

Behovet av tidigbehandling i understöds-situationer

Som nyss påpekades är dock socialläkarens viktigaste uppgift att förhindra att understöds-

situationen permanentas. Då det i regel rör sig om starkt handikappade personer är denna uppgift ganska svår. Den är dock inte helt tröstlös; även många långvariga hjälpfall har kunnat rehabiliteras. Som exempel må anföras några siffror från socialläkarverksamhetens första år i Stockholm, 1944. Detta år remitterades 233 fall. Av dessa var 21 % i arbete. Vid en efterundersökning ett par år senare kunde konstateras, att 27 % av de undersökta sedermera pensionerats men att 23 % inte längre behövde understöd av det allmänna och att över 40 % var i arbete, medan 32 % fått sin allmänna försörjningssituation förbättrad. Antalet arbetande personer hade alltså fördubblats. De många invalidpensionerade vittnar om den stora procenten allvarligt handikappade bland de remitterade. Dessa utgjorde dock ett urval, som man föreställde sig att det skulle gå att göra något åt. Närmare hälften hade haft understöd i över 10 år. Även bland dessa kunde alltså några göras åtminstone temporärt självförsörjande. De senare årens verksamhet har i stort sett bekräftat dessa erfarenheter.

En mera systematisk genomgång av hjälpklientelet ur dessa synpunkter har dock visat, att rehabiliteringsprognosen i flertalet fall måste bedömas som dålig. Detta beror i stor utsträckning på att rehabiliteringsansträngningarna satts in för sent. För åtskilliga hade det dröjt årtal, innan adekvat medicinsk behandling inletts. Detta gällde särskilt de psykiskt sjuka. Bland 500 långvarigt understödda personer i Stockholm år 1943 hade omkring $\frac{1}{3}$ av de psykiskt sjuka männen och $\frac{1}{4}$ av de psykiskt sjuka kvinnorna varit sjuka i över 10 år, innan de fått någon som helst läkarbehandling. Vid försörjningssvårigheter hade det ibland dröjt årtal, innan de kommit i kontakt med understödsorganen; de kunde lång tid dessförinnan ha levat i ren misär, vilket medfört ytterligare nedbrytning av deras psykiska och fysiska krafter. Det befanns också att vid individernas sociala nedgångsperioder var deras första kontakt med samhälleliga organ i över hälften av alla fall sjukvården (sjukhus, poliklinik, praktiserande läkare), endast i 30—40 % socialvården och då framför allt vid tillfälliga arbetslöshetsperioder o. dyl. när mera systematiska initiativ för förbättring av för-

sörjningsförmågan inte bedömdes som särskilt påkallade.

Socialläkarna bör knytas till sjukhusen

Sådana förhållanden gör det berättigat att ifrågasätta om socialläkaren är rätt placerad. Inom socialvården i Stockholm förbereder man nu i full förståelse för tidigbehandlingens betydelse i rehabiliteringsarbetet, att socialläkaren i framtiden mera skall syssla med nytillkomna socialhjälpstagare än med sådana som haft hjälp redan i årtal. Frågan är om detta är tillräckligt. Vid socialhjälpdebuten har de flesta redan varit sjuka ganska länge. En del har först utförsäkrats i sjukkassan, d. v. s. gått sjukskrivna i minst 2 år. Det är emellertid nödvändigt att komma i kontakt med personer med arbetshinder på ett betydligt tidigare stadium. I betänkandet Socialförsäkring och rehabilitering, som nyligen utkommit, har föreslagits att detta bör ske genom samarbete mellan sjukkassorna och arbetsvårdsorganen. Inom varje centralsjukkasseområde föreslås upprättandet av ett särskilt samarbetslag, bestående av representanter för dessa båda organ. Långdragna sjukdomsfall skall inrapporteras av sjukkassorna till arbetsvården, i regel inom tre månader. Ett sådant förfarande skulle sannolikt innebära en förbättring och möjliggöra tidig-rehabilitering i betydligt större utsträckning än om man väntar, tills vederbörande börjat söka socialhjälp. Socialläkarens uppgift i detta sammanhang bör liksom hittills vara att ta itu med särskilt komplicerade ärenden, vilka kräver ingående utredning och mera omfattande socialmedicinska åtgärder. Mycket talar då enligt min mening för att socialläkarens strategiskt rätta plats är sjukhuset. Redan nu måste socialläkaren ideligen anlita sjukhuset för kompletterande medicinska utredningar. Om de föreslagna samarbetslagen mellan sjukkassor och arbetsvårdsorgan kommer till stånd, blir förmodligen ytterligare utredningar behövliga i åtskilliga fall. Socialmedicinska remissmottagningar på varje större sjukhus kommer därför enligt min mening att bli aktuellt i en nära framtid. Sådana mottagningar skulle naturligtvis få många andra uppgifter också, men det hinner jag inte gå in på här. Jag vill dock påpeka, att sådana social-

medicinskt arbetande läkare givetvis — liksom nu socialläkarna — måste vara på rörlig fot. De måste ha möjlighet att studera de remitterades sociala förhållanden och miljömässiga förutsättningar ute i fältet. Det är också enligt min mening angeläget, att det intima samarbete, som nu förekommer mellan socialläkarna och socialvården, räddas. Intet hindrar att denne socialmedicinare fungerar som konsult för socialvårdsorganen och har vissa mottagningar inom socialvården.

Inrättandet av socialläkartjänster eller befattningar med därmed likartade uppgifter har diskuterats även utanför den primärkommunala sektorn. I ungdomsvårdskommittén efterlystes för flera år sedan särskilda socialläkare med inriktning på fysisk och psykisk hälsovård och särskilt på ungdomens problem. Närmare förslag framlades inte, men man syntes mena, att vederbörande läkare borde vara knuten till arbetarskyddsverksamheten, yrkesvägledningen och liknande organ, närmast på länsplanet. I socialhjälpbetänkandet föreslogs inrättandet av särskilda socialläkartjänster i länsstyrelserna. Man utgick från de erfarenheter, som vunnits inom socialläkarverksamheten i Stockholm och tänkte sig liknande arbetsuppgifter på länsplanet. Socialläkaren borde vara närvarande vid föredragningar av särskilt svårbedömda sociala ärenden. Även i betänkandet om hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena har nyligen understrukits vikten av att den föreslagna länsläkaren, som man vill döpa om förste provinsialläkaren till, får tillgång till psykiatrisk sakkunskap. För min del vill jag också understryka angelägenheten av att de socialpsykiatriska och socialmedicinska resurserna både i länsstyrelsen och på landstingsplanet förstärkes. Jag föreställer mig dock, att detta sker bäst genom att den behövliga sakkunskapen på området koncentreras till sjukhuset och utnyttjas som konsulenter både av länsstyrelse och kommuner.

Psykisk atrofi hos understödstagarna

Ytterligare några ord om rehabiliteringen av hjälptagarna. Man får nämligen därigenom en god inblick i de mycket besvärliga problem som möter vid rehabilitering av långvarigt sjuka och inte minst en lektion i behovet av sam-

arbete mellan olika sakkunniga, läkare och företrädare för socialvård, arbetsvård m. m. Det är en känd sak att långvarig arbetslöshet medför en viss passivitet, oföretagsamhet och apati, i regel i förening med nedslagenhet, resignation och hopplöshet. Detta beskrevs under krisen på 1930-talet av en rad forskare, bl. a. av svenskarna Antoni och Bringel. Det är i regel reversibla förändringar men en och annan fixeras i en mera permanent arbetshämmad och parasitär attityd. Liknande kan iakttagas inom hjälpklientelet. Man finner ofta en egendomlig passivitet, inaktivitet, oföretagsamhet och intresselöshet, en hopplös resignation och en ödmjuk, självutplånande attityd. Jag har karakteriserat detta som en slags psykisk atrofi. I dansk socialpsykiatri har motsvarande tillstånd stundom rubricerats som social demens. Det är, som Törngren har uttryckt det, "en stillsam tvinsot, helt olika neurosen med dess latent dynamiska spänningar".

Detta är en av förklaringarna till att rehabiliteringsförsök ter sig mödosammare ju längre understödssperioden varat. Frågan måste också ses i belysning av den särdeles besvärliga situation som de partiellt arbetsföra oftast möter på arbetsmarknaden. På sätt och vis är deras arbetshämningar att betrakta som försvarsmekanismer. De vet genom bitter erfarenhet att de inte orkar så mycket. De vet också att fordringarna på arbetsmarknaden är ganska summariska. Där gäller det att hänga med. De flesta kan inte få tag på arbete som passar dem. De har i regel slitit ner sig många gånger tidigare och understödssituationen har ibland känts som en befrielse för dem. Somliga blir rädda att pröva på igen.

Här ligger lösningen i regel inte i ett summariskt avstängande från hjälp med hänvisning till arbetsförmedling och arbetslöshetshjälp. Sådant kan knäcka patienten totalt, om inte förr, så när hon slitit ett tag i ett alldeles för tungt arbete. Hon kommer då tillbaka till socialvården i ännu sämre skick än tidigare. Många gånger måste man tvärtom gå varsamt tillväga och genom socialhjälp, upprustning av hemmet, medicinsk behandling, inklusive psykoterapi och annan stimulans, göra patienten bättre rustad att möta de yttre påfrestningarna. Inte sällan behöver hon också tränas i prak-

tiskt arbete under skyddade förhållanden innan hon definitivt slussas ut på arbetsmarknaden — om någon lämplig sysselsättning till äventyrs kan påträffas. Tyvärr är resurserna inom arbetsvården alltför otillräckliga och förhållandena på arbetsmarknaden för närvarande så kärva, att detta program endast undantagsvis kan realiseras. För närvarande förekommer inte sällan ett bollande av partiellt arbetsföra mellan socialvård, arbetsvård och arbetslöshetshjälp, som kan verka direkt traumatiserande. Här behövs i eminent grad läkares medverkan för att hindra ett formligt söndermalande av olyckliga människor. Detta är en av rehabiliteringsentusiasmens avigsidor. I många fall är det avgjort bäst att helt enkelt pensionera vederbörande, men det kan ofta vara svårt att få läkare att medverka därtill.

Arbetsovilliga

Ett speciellt problem inom socialvården utgör de s. k. arbetsovilliga. Många av dem är vid närmare undersökning psykiskt sjuka eller abnorma, somliga har också somatiska arbets hinder. Att avstånga dem från understöd kan ibland vara en lämplig åtgärd, ibland leder det ingenstans utan medför bara en försämring av situationen, särskilt för familjen. Arbetsvårdsorganen kan ingenting göra, eftersom de inte vill vända sig dit. Socialvården måste ta itu med dem men behöver då assistens från läkare, som kan utreda de närmare omständigheterna, varefter man får försöka diskutera sig fram till vilka åtgärder, som kan vara lämpliga i de enskilda fallen. Eftersom den arbetsovillige oftast inte vill ha med läkare heller att göra i början, måste denne inte sällan själv ta initiativet, söka upp vederbörande och försöka etablera en hygglig kontakt. Detta är en både grannliga och intressant uppgift, som i vissa fall kan ge positiva resultat.

Åldringsvården

I socialhjäplagen stadgas, liksom tidigare i fattigvårdslagen, skyldighet för socialnämnden att tillse att varje vårdbehövande får möjlighet till vård i den form som med hänsyn till vårdbehovets art och övriga omständigheter provas mest lämplig (14 §).

Även detta förutsätter tydligen samarbete med läkare. Å andra sidan kan läkare också

ha stöd av socialvårdsorganet vid beredande av behövlig vård åt en sjuk person. Det är också denna allmänna skyldighet för socialvårdsorganet som gör, att ordföranden i socialnämnden uppräknas bland de myndigheter som i sinnessjuklagens 6 § anges vara pliktiga att föranstalta om erforderlig vård åt sinnessjuka. Detta har också medfört, att socialnämnderna liksom tidigare fattigvårdsstyrelserna på sina håll sett sig tvingade att ta emot sjuka även på ålderdomshemmen. Upprepade inventeringar har visat att det på ålderdomshemmen landet runt finns talrikt med svårt kroppssjuka, delvis sängliggande personer, liksom många sinnessjuka eller efterblivna. Många väntar sedan länge på plats på kronikersjukhus eller mentalsjukhus. Vissa kommunala vårdhem har helt prägel av kronikeravdelningar.

Även i åldringsvården är det därför nödvändigt med läkares medverkan. Jag skall i detta sammanhang inte beröra den direkta sjukvården på vårdhemmen och åldringshemmen, som ju vid större anstalter ombesörjes av heltidsanställda läkare, vid smärre i regel av tjänsteläkaren eller andra praktiker. Både i den öppna och slutna åldringsvården uppträder emellertid speciella problem som fordrar samarbete mellan läkare och socialvård. Med tilltagande fysiskt handikap vid stigande ålder följer ofta en starkt förändrad social situation. Åldringarna blir mera isolerade. De har lämnat det produktiva livet, kanske mistat hustru eller make. Barnen har vuxit upp. Vänner och anhöriga försvinner. Denna förändrade kroppsliga, psykologiska och sociala situation upplever åldringarna på skiftande sätt. Hos inte få uppträder vantrivsel, ångslan, oro och osäkerhet. Svårigheterna att komma till rätta med det förändrade läget kan göra somliga vresiga och bittra, medan andra söker anpassa sig genom att visa en undfallande, inställsam eller beskäftig attityd och en del åter reagerar med apati och resignation.

Dessa frågor har alltmer kommit att ställas i centrum i modern åldringsvård och är starkt uppmärksammade inom den omfattande mentalhygieniska litteraturen på området. Man har alltmer kommit till den övertygelsen, att åldringarnas förändrade situation med åtföljande isolering, passivitet och avkoppling från de

vanliga samhällsliga funktionerna också innebär ökade hälsorisker både i psykiskt och fysiskt avseende. Man har funnit att många av slöhetstillstånden bland äldre både på och utanför ålderdomshemmen är resignationsattityder inför en för dem till synes oundviklig utveckling. De känner sig kastade på skräphögen, där de bara har att invänta döden, ensamma och övergivna. Att motverka en sådan utveckling är ett starkt mentalhygieniskt intresse.

En annan attityd från omgivningens sida är kanske här det viktigaste. Socialvårdens aktivitet är likaledes betydelsefull. I åldringsvårdutredningen redovisades för ett par år sedan en rad initiativ för att hjälpa och förströ de gamla. Sysselsättningsfrågan spelar stor roll. Även läkarna måste ha ögonen öppna för denna sida av åldrandets problem. Att bara gemproban eller något sådant åt en nedstämd och självuppgiven åldring är kanske inte alls den adekvata behandlingen. Det kan i stället behövas åtgärder i miljön syftande att eliminera hans ensamhet och underlätta hans liv genom lämpliga serviceanordningar beträffande matlagning, förflyttning, umgänge etc. Kontakt med socialvården är därvid att rekommendera. I vissa städer har inrättats särskild hemtjänst för gamla som kan anlitas för olika praktiska angelägenheter. Överallt finns numera sociala hemhjälpnämnder, som läkaren kan hänvisa till eller själv sätta sig i förbindelse med om han betvivlar patientens förmåga att klara sådana saker på egen hand. På pensionärshemmen finns stundom kurator, som man kan samarbeta med. I regel kan det räcka med en påringning till socialkontoret så ordnas de praktiska detaljerna. För behandlingen på längre sikt kan dock behövas fortsatt samarbete med dessa sociala organ.

Hemlösa

Särskilda svårigheter erbjuder den betydande grupp av människor i storstäderna som tidvis vistas på försörjningshem, tidvis på ungdomshotell, tidvis logerar i härbärgen eller i det fria. På vintrarna ökar efterfrågan på platser på försörjningshem och härbärgen betydligt. Under senare år har i Stockholm måst vidtagas provisoriska anordningar för att ta emot

alla. Det gäller åtskilliga tusen personer. Många är fysiskt eller psykiskt sjuka, en del svårt alkoholskadda.

Detta sociala slumskikt omfattar både äldre och yngre personer; bland klientelet på försörjningshemmen är dock de äldre dominerande. De far tidvis mycket illa. Hejdlöst supande och kriminalitet är inte heller ovanligt. Det är alltså frågan om ett ganska allvarligt socialmedicinskt problem. Ingripanden är nödvändiga i första hand från socialnämndens, ibland också från polisens sida. För den yngsta delen av klientelet är också barnavårdsnämnden intressant. Medicinsk medverkan är emellertid nödvändig i saneringsarbetet. Många är i behov av individuell social och medicinsk hjälp och bör utredas i samarbete med läkare och utan förmyndaraktiga eller repressiva manér. Dessa människor är nämligen utomordentligt känsliga för ingripanden av olika slag och ger sig lätt av från försörjningshem och ungarshotell till hemlöshetens anonymitet, om de blir föremål för alltför påträngande uppmärksamhet.

I en sådan verksamhet är det nödvändigt med aktivt fältarbete. Både läkaren och socialarbetaren måste vara på rörlig fot. Man kan inte räkna med att de sjuka skall vända sig självmant till läkare, åtminstone inte förrän denne lyckats vinna deras förtroende. Arbetet är därför mödosamt och tidsödande. Här behövs i eminent grad team-work mellan läkare, främst psykiatriker, och socialvårdare, främst de anställda vid försörjningshemmen och ungarshotellen, men därjämte också särskilt specialiserade socialarbetare. Inom barnavårdsnämnden i Stockholm har särskilda nattpatruller sedan flera år vänt sig till hemlösa och driftnande ungdomar på gatan och försökt hjälpa dem till rätta.

Sekretessbestämmelser

En fråga slutligen, som måste beröras i en redogörelse för samarbetet mellan läkare och socialvårdande organ, gäller sekretessen. Här föreligger stundom en intressekollision mellan respekten för patientens personliga integritet och önskvärdheten av att socialvårdstjänstemännen blir så ingående informerade om de särskilda omständigheterna, att de kan handlägga ärendena på rätt sätt.

Även socialarbetarna är dock bundna av tystnadsplikten. I § 64 *socialhjälpslagen* stadgas att "vad hos socialnämnd förekommit rörande enskilds personliga förhållanden må ej yppas för obehörig". Detta förbud gäller inte bara nämndens ledamöter och tjänstemän utan även tillkallade sakkunniga och tillfälliga medhjälpare. Enligt *sekretesslagen* av den 28 maj 1937 om inskränkning i rätten att utbekomma allmänna handlingar får vidare handlingar i ärenden angående socialhjälp, i vad de angår enskilds personliga förhållanden, inte utan hans samtycke utlämnas till annan tidigare än 70 år efter handlingens datum, under vissa förutsättningar dock tidigare, om detta inte kan missbrukas till skada eller förklenande för hjälptagaren eller hans anhöriga (14 § 1 st.). Härigenom skapas i hjälptagarnas och deras anhörigas intresse skydd mot allmänhetens insyn i socialnämndens verksamhet. Bestämmelser finnes också om viss inskränkning för hjälptagares rätt att få del av vissa handlingar (14 § 2 st. *sekretesslagen*). Det må dock påpekas att enligt *lagen om socialregister* har statlig myndighet, av landsting tillsatt styrelse eller nämnd, ömsesidigt försäkringsbolag, allmän sjukkasse och erkänd arbetslöshetskassa, riksbanken och dess ortsombud vid behandlingen av frågor rörande statliga bosättningslån liksom slutligen socialregister i andra kommuner rätt att få uppgifter från registret. Kretsen av dem som har rätt att ta del av uppgiften i socialregisterakterna är alltså rätt vid. Betydelsen härav begränsas dock av att det endast gäller uppgifter som är direkt erforderliga för verksamheten på respektive håll, och att de endast utlämnas efter särskild framställning. Enligt vad som uppgivits i socialstyrelsen iakttagas därvid alltid stor försiktighet med upplysningar om innehåll i läkarintyg.

Det är klart att patienter många gånger kan vara angelägna om att vad de anförtror läkaren inte skall föras vidare till socialvårdstjänstemannen och kanske komma in i socialregisterakten. Detta bör naturligtvis respekteras. Vanligen är patienten själv angelägen om att läkaren samarbetar med socialvården och talar om vad som behövs för att han skall få den hjälp som är bäst lämpad. Stundom kan det inte undvikas, att läkaren för att ärendet

skall bli rätt handlagt kan tvingas att muntligt eller i utlåtande göra personkaraktärsticker, som kanske patienten själv skulle ta avstånd från, om han fick ta del av dem. Sådant är dock vanskligheten och bör ske endast när det är nödvändigt. Det har förekommit, att tidigare utfärdade intyg eller utlåtanden, som förvarats i socialregisterakten, långt senare utnyttjats i helt andra sammanhang än ursprungligen avsetts. Ett utlåtande avsett att motivera ett bidrag till ekonomisk sanering kan t. ex. några år senare utan läkarens vetskap komma att användas som argument vid ett barnavårdsmål i Ö. Å.

I praktiken bör dessa svårigheter dock inte överdrivas. Under en 14-årig verksamhet som socialläkare har jag endast två gånger råkat i situationer, där samarbetet med socialvården medfört att den önskvärda sekretessen blivit åsidosatt. För läkaren själv är det dock av dessa skäl ofta svårt att avgöra hur långt han kan gå i samarbetet med socialvården; det ger inte sällan upphov till åtskilligt med grubbel och bekymmer.

Litteratur:

- Antoni, N., & Bringel, R.: "Nervkänslighet" och arbetslöshet. Social årsbok 1939.
- Butler, P.: Erfarenheter av rehabiliteringsverksamhet i Norrköping, Svenska sjukhusföreningens årsbok 1954.
- Cronholm, B., & Swensson, A.: Några synpunkter på arbetsprövning och rehabilitering. Erfarenheter från Statens arbetskliniker under åren 1955—1957. Svenska Läkartidningen 1958: 28.
- Höjer, K. J.: Svensk socialpolitisk historia, Stockholm 1952.
- Inghe, G.: Mental and physical illness among paupers in Stockholm, Acta psychiat. et neurol., suppl. 121, 1958.
- Socialstyrelsen: Råd och anvisningar i socialvårdsfrågor, nr 97, dec. 1956.
- Statens offentliga utredningar: Ungdomen och arbetet, 1948: 21.
- Utredning och förslag angående lag om socialhjälp m. m. 1950: 11.
- Äldrvård, 1956: 1.
- Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena, 1958: 15.
- Socialförsäkring och rehabilitering, 1958: 17.
- Teilmann, K.: Socialmedicinska undersökningar över legemlig sjukdom og offentlig hjälp, Köpenhamn 1954.
- Törngren, P. H.: Koartation, Medicinska föreningens tidskrift, 1954: 8—9.
- Wahlberg, E., Engström, G., & Wernlund, S.: Socialhjälpssystemen, Stockholm 1957.



En mild tvål som passar den ömtåligaste hud

Palmolive är välkänd för sin höga kvalitet. Dess milda, rikliga lödder är synnerligen välgörande för huden. Även personer med ömtålig hud kunna med stor fördel använda Palmolive, ty *Palmolive är ren tvål!* Den innehåller inga skarpa alkalier eller annat som kan irritera huden. Tillverkas under strängaste kontroll med stöd av regelbundna analyser.

Palmolive
är i varje avseende
värdig rekommendation av läkare

