

Allt viktigare att få socialmedicinska team till socialtjänsten!

Denna artikel är nummer 2 av 2 artiklar, båda med rubriken ”Allt viktigare att få socialmedicinska team till socialtjänsten”!

Först vill jag komplettera min första artikel med några funderingar jag har efter att ha läst DN- och SvD- artiklarna (17/5) om polisutredningen rörande massmordet på Campus Risbergsgka i Örebro den 4 februari i år. Gärningsmannen (RA) tog sitt eget liv efter att ha skjutit tio människor till döds och skadat sex allvarligt. Polisutredningen visar bl.a. att RA var påverkad av amfetamin vid dådet och att han under uppväxten hade problem med psykisk ohälsa (SvD 17/5). ”2011 sökte han sjukvård för att få intyg för att få ekonomisk ersättning från samhället. Det är ett återkommande mönster vi ser fram till 2025, säger Henrik Dahlström”, kommenderingschef vid polisen som lett den särskilda händelsen (SvD 17/5). DN skriver (17/5): ”Efter att ha levt på försörjningsstöd och fått avslag på mer bidrag började han plugga matematik på Campus Risbergsgka. Han misslyckades med studierna och avslutade dem.” RA sökte alltså genom åren bidrag från samhället antingen i form av sjukersättning eller försörjningsstöd.

Att få avslag på ekonomisk ersättning från samhället, antingen genom att försörjningsstödet från socialtjänsten eller att sjukersättningen från försäkringskassan dras in, upplevs ofta av den drabbade individen som en kränkning. Jag skrev i min första artikel om 27 fall, som jag bedömt och utfärdat vårdintyg på. I fem av fallen hade patienterna, trots att de inte varit i arbete på lång tid, vägrat gå med på sjukskrivning eller sjukpension. Detta kan troligen bero på att de själva inte ansåg sig vara psykiskt sjuka.

Jag tycker att det var framsynt av kommunerna Sollentuna och Sundbyberg att på 1970- och 80-talen anställa en socialläkare med psykiatrisk specialistkompetens för att utföra dessa komplicerade psykiatriska bedömningar. Numera finns inga socialläkare eller socialmedicinska team kvar i vårt land. Med tanke på hur Sverige ser ut idag, med gängvåld och en fasansfull massskjutning i en skola i närtid, måste sjukvården, inte minst psykiatri, nå ut till de mest utsatta närområden.

Socialläkarverksamheten i Sollentuna och Sundbyberg under 1970- och 80-talen

I både Sollentuna och Sundbyberg bedrev socialläkarteamet alkohol- och drog-poliklinisk verksamhet, oftast varje vardagsförmiddag och två kvällar i veckan.

Socialläkarteamet arbetade i nära samverkan med den övriga socialtjänsten. På eftermiddagarna gjorde jag som socialläkare, tillsammans med en social-

assistent eller sjuksköterska, ofta hembesök till enskilda klienter och familjer. Oftast rörde det sig om människor med allvarliga psykiska och/eller missbruksproblem. Vid några tillfällen fanns också misstankar om att barn for illa. Jag fick vid dessa hembesök en ovärderlig inblick i utsatta människors och familjers hemsituation. Jag kunde då göra en närmare bedömning av klientens och familjens socialmedicinska behov – en bedömning jag tidigare som sjukhusläkare inte kunnat göra. Dessutom fick jag genom hembesöken en nära kännedom om i vilka bostadsområden de sociala problemen var som störst.

Jag besökte främst på kvällstid flera frivilligorganisationer för missbrukare, bland annat Länkarna, i deras lokaler i de två kommunerna.

När en missbrukare av alkohol och/eller droger från Sollentuna eller Sundbyberg hade placerats på en behandlingsinstitution åkte jag inte så sällan som socialläkare tillsammans med klientens socialassistent till denna institution. Detta för att se hur klientens vård och rehabilitering fortskred samtidigt som dennes eftervård på hemmaplan kunde planeras. Vid besöket fick jag också en insyn i hur den institution vi besökte fungerade – en viktig kunskap inför eventuella framtida placeringar av andra klienter från kommunen på denna institution.

Jag deltog i regelbundna möten med försäkringskassan och arbetsförmedlingen rörande enskilda klienter. Vid sidan om min tjänst som socialläkare var jag i Sollentuna också konsulerande läkare på länsarbetsnämndens arbetsvårdsenhet vilket var till gagn för klienter som hade kontakt med socialtjänsten och/eller socialläkarteamet i kommunen. För arbetslösa ungdomar hade vi åtminstone i en av kommunerna beredskapsarbete i skogen som leddes av duktiga arbetsledare.

Den person som kanske betytt mest för att jag kom att trivas så väl med mitt arbete som socialläkare var socialchefen Lars Åsberg. Vi delade i mångt och mycket samma synpunkter på hur det sociala och socialmedicinska arbetet skulle handläggas. När Lars Åsberg slutade som socialchef i Sollentuna och började på samma tjänst i Sundbyberg fick jag också möjlighet att söka och börja en socialläkartjänst i den senare kommunen.

Jag deltog regelbundet i sammanträden med Sociala centralnämndens (senare benämnd Socialnämndens) politiker, där även högre tjänstemän från socialkontoret medverkade, i båda kommunerna. Förutom att jag fick lämna medicinska synpunkter i en del enskilda klientärenden fick jag också som socialläkare inför nämnden föra fram synpunkter på större samhällsfrågor som framtida social planering.

Något om forskning/utvärdering och förebyggande arbete i socialläkarverksamheten

Inom socialläkarverksamheten bedrevs viss forskning – och utvärderingsverksamhet.

I Sollentuna gjorde vi en utvärdering av inackorderingshemmet för människor med alkoholproblem [1].

I Sundbyberg undersökte jag som socialläkare alla dödsfall som inträffade

bland missbrukare år 1976 [2]. Det mest anmärkningsvärda fyndet var att i åldrarna under 55 år avled år 1976 i Sundbyberg totalt 38 personer. Av dessa hade 21 personer eller 55 procent på grund av missbruksproblem haft kontakt med socialförvaltningen under tolv månadersperioden som föregick dödsfallet [2]. Ärendet JO-anmälades av en medicine kandidat, som begärde att JO skulle granska om de sociala myndigheterna i Sundbyberg följt Nykterhetsvårdslagens bestämmelser. Ärendet slogs upp i dagspress. Det blev en viss oro på socialförvaltningen. Någon kritik mot mig hördes aldrig från politiker eller tjänstemän trots att jag skrivit om resultat som kunde upplevas besvärande för kommunen.

Debattklimatet var nog betydligt öppnare för snart femtio år sedan än i dagens tystnadskultur. Det blev en lättnad för socialförvaltningen när JO:s besked kom att inte ta upp ärendet då anmälan inte avsåg någon eller några namngivna personer.

En av de mest meningsfyllda arbetsuppgifterna jag hade som socialläkare i Sundbyberg var min medverkan i att ta fram ett diskussionsunderlag ”Det är inte vars och ens ensak” 1984 inför ett kommunalt handlingsprogram mot alkohol- och narkotikamissbruk i Sundbybergs kommun. Underlaget användes sedan som material i ett antal studiecirklar med representanter från myndigheter och organisationer inom kommunen. Det alkohol- och narkotikapolitiska programmet utmynnade i maj 1986 i att två befattningar för uppsökande och rehabiliterande arbete bland narkomaner inrättades i kommunen.

I Sundbyberg fick jag som socialläkare medverka i bedömningen av vilka restauranger och andra matställen i kommunen som skulle erhålla utskänkningstillstånd, det vill säga tillstånd att servera alkoholhaltiga drycker – sannolikt en ganska unik uppgift för en socialläkare.

Något om undervisning rörande utsatta grupper

En grupp medicinare från socialmedicinska institutionen i Stockholm gjorde under ett par nätter i september 1965 fältstudier på Söder i Stockholm. Medicinarna ger i Gunnar och Maj-Britt Inghes bok *Den ofärdiga välfärden* (1967) inträngande beskrivningar av flera uteliggares och andra hemlösas tillvaro. Projektarbeten rörande utsatta gruppers situation är enligt min mening ett nödvändigt inslag i läkarutbildningen. Fram till för tre – fyra år sedan ingick dessa projektarbeten med besök och redovisningar av både offentliga och frivilligorganisationers verksamheter för främst hemlösa i kursen i socialmedicin för blivande läkare i Stockholm. Dessa projektarbeten, är sedan flera år tillbaka borttagna från kursen i socialmedicin enligt vad jag erfarit. Ofattbart!

Sammanfattning

Jag har i två artiklar försökt beskriva vilka uppgifter jag hade som socialläkare i två förortskommuner till Stockholm under 1970- och 80-talen. Behovet av socialmedicinska team är idag större än för 50 år sedan. Detta beror bl.a. på den idag starka och ensidiga marknadsekonomiska styrningen i vården där konkurrens och strid om pengar blivit allt viktigare bland vårdgivarna. Detta har medfört att främst vårdefterfrågan och inte vårdbehov kommit att styra – i strid med Hälso- och sjukvårdslagen.

Detta har i sin tur gått ut över utsatta grupper med sina ofta sammansatta vårdbehov. Detta kan exempelvis leda till att patienter med både beroendeproblematik och annan psykisk sjukdom hela tiden avvisas från vården både från beroendevården och från psykiatri för det är alltid den andre vårdgivarens ansvar.

Det som blivit allt påtagligare under senare år är också gängkriminaliteten med skjutningar och sprängningar samt nu massskjutningen i Örebro. Dessa händelser har starkt ökat behovet av socialmedicinska team inom främst utsatta områden. Teamen bör ha kommunen som huvudman och inordnas under socialförvaltningen. Beträffande vilka yrkesroller ett socialmedicinskt team bör innehålla hänvisas till artikel 1.

Referenser

1. Halldin J, Edlund E, Gunnarsson E. "Socialmedicinsk utvärdering av ett inackorderingshem för människor med alkoholproblem" i: *Alkoholforskning i Sverige 1975*. En postenkät genomförd av Tvärvetenskapliga seminariet i alkoholfrågan. Stockholm 1976. Projekt B:32, sid 85-6.
2. Halldin J. "Dödsfall bland missbrukare i Sundbyberg 1976 – en studie med socialpolitiska konsekvenser". Alkohol och narkotika. 6/1979; Årgång 73: 16-22.

*Jan Halldin
leg läk, med dr
specialistkompetens i allmän psykiatri och socialmedicin
tidigare bl.a. socialläkare*