

Samverkan psykiatrisk vård — socialtjänst

Willy Karlsson

En utgångspunkt för samverkan psykiatrisk vård — socialtjänst bör vara

- samverkan baserad på ömsesidig respekt
- gemensam planering av medicinska och sociala insatser
- vårdprogram utifrån lokala förhållanden
- att man tar till vara de resurser och det kunskande som finns inom primärvården och socialtjänsten.

Willy Karlsson är socialchef i Örebro kommun.

Sedan årsskiftet har vi en ny socialtjänstlag. Det är en bra lag.

Lagen är målstyrd dvs de övergripande mål som anges i första paragrafen präglar det materiella innehållet i lagen.

Lagen preciserar kommunens och socialnämndens ansvar för kommuninvånarnas sociala välbefinnande. Lagen lägger också fast den enskildes rätt till bistånd och den rätten är inte knuten till vissa bestämda behovssituationer. Den enskilde har rätt till bistånd för sin försörjning och sin livsföring i övrigt om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Genom biståndet skall den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå och biståndet skall utformas så att det stärker hans resurser att leva ett självständigt liv.

Lagen binder inte socialtjänsten i bestämda organisatoriska former eller verksamhetsformer. De detaljregler som finns har till huvudsaklig uppgift att skydda den enskildes integritet och garantera hans rättssäkerhet.

Lagen uppfordrar till förebyggande arbete på såväl samhällsnivå som områdes- och individnivå. Lagen lägger särskilt stor vikt vid strukturiinriktade insatser som medverkan i samhällsplaneringen, ar-

bete med olika samhällsproblem osv.

Lagen säger att socialnämnden skall samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar både när det gäller uppsökande verksamhet och insatser för den enskilde. I förarbetena läggs stor vikt vid samverkansfrågorna.

Lagen säger att socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Socialtjänsten innebär ny organisation och nya arbetsformer

Förberedelsearbetet inför socialtjänstreformen har i många kommuner inneburit att organisations- och arbetsformerna setts över. Varje kommun bestämmer naturligtvis över sin organisation och sina arbetsformer och det är därför inte möjligt att redovisa några enhetliga eller allmänt förekommande modeller. Men några utvecklingslinjer tror jag är gemensamma för i varje fall flertalet större kommuner.

För det första försöker vi bryta den nuvarande sektoriseringen. Med sektorisering menar vi då något annat än när vi talar om sektorisering av psykiatrin. Vi vill komma bort från uppdelningen av verksamheten i sektorerna barnomsorg, äldreomsorg, individomsorg, fritidsverksamhet osv och finna organisatoriska former som möjliggör en integration eller i varje fall samordning av olika verksamheter.

För det andra arbetar vi för att sprida verksamhe-

.....
Socialtjänsten siktar till ett områdesinriktat arbetssätt.
.....

ten ut till olika kommundelar. Detta för att kunna ge service och stöd i närmiljön men framförallt för att kunna utveckla vad vi i Örebro kallar ett områdesinriktat arbetssätt. Med områdesinriktat arbetssätt menar vi att vi i högre grad än tidigare skall inrikta arbetet mot områdets problem. Detta kräver att socialarbetarna är verksamma i området, har ett geografiskt avgränsat ansvarsområde, lär känna området och områdets problem och medverkar i ett lokalt förändringsarbete.

För det tredje försöker ett antal kommuner, hur många vet jag inte, förbättra förutsättningarna för samverkan med angränsande verksamheter genom gemensamma områdesindelningar, samlokalisering och gemensamma arbetsformer. Primärvården är naturligtvis en av socialtjänstens mest intressanta samarbetspartners. Det socialmedicinska arbetslaget bestående av personal från primärvården och socialtjänsten är väl den mest långtgående samverkansformen än så länge.

Där en organisationsutveckling av det slag som jag här översiktligt beskrivit drivits längst kan man med visst fog säga att förutsättningarna är goda för ett framgångsrikt arbete med olika sociala problem. Socialarbetarna finns ute i bostadsområdena. De har en geografisk avgränsning av sitt arbetsområde som är gemensam med bl a sjukvården och det finns upparbetade samarbetskanaler.

Socialtjänsten och de psykiskt sjuka

Psykisk sjukdom är ett socialt problem och det av flera skäl.

- Sociala förhållanden kan medverka till att psykiska sjukdomar uppstår och förvärras.
- Sociala insatser har betydelse vid behandling av psykiska sjukdomar.
- Många psykiatriska vårdinrättningar har en social miljö som är så dålig att den inte skulle tolereras i något annat sammanhang.

Att socialtjänsten intresserar sig för människor med psykiska sjukdomar är i högsta grad naturligt, logiskt, legitimt och nödvändigt.

Institutionsvården kommer i konflikt med de områdesinriktade arbetssätt som vi vill utveckla.

- Personer som efter sjukhusvård återvänder till sin normala miljö har ofta behov av sociala stödinsatser.

Att socialtjänsten intresserar sig för människor med psykiska sjukdomar är alltså i högsta grad naturligt, logiskt, legitimt och nödvändigt. Det som bör sägas är väl att socialtjänsten i alltför ringa grad ägnat de här problemen uppmärksamhet.

För socialtjänsten är det naturligt att lägga huvudansvaret för social vård och behandling på den öppna vården – på vår motsvarighet till primärvården. Det är också naturligt att högprioritera insatser inom öppenvården. Institutionsvistelse tillgrips endast när det finns alldeles speciella skäl för en sådan åtgärd och institutionsvården framstår som det klart bästa alternativet.

Det finns många goda skäl för ett sådant förhållningssätt. Det viktigaste är att institutionsvården fokuserar individuella problem på bekostnad av samhällsproblemen eller miljöproblemen. Institutionsvården kommer därför i konflikt med det områdesinriktade arbetssätt som vi vill utveckla.

Institutionsvården är naturligtvis inte bannlyst – den skall användas när den är bästa alternativ. Men även under institutionsvistelsen ligger vårdansvaret kvar på öppenvården. Behandlingsansvaret ligger på institutionen men öppenvården får därför inte släppa ärendet utan skall medverka i arbetet bl a med att förbereda utskrivning.

Här finns alltså delvis en parallell med definitionen av primärvårdens ansvar. Primärvården skall ju ha det primära ansvaret för hälso- och sjukvården inom sitt område. Men det finns också skillnader. Länssjukvården gör inbrytningar i primärvårdens ansvarsområde exempelvis genom den sektoriserade psykiatrin som också har öppenvårdsresurser. Inom socialtjänsten övergår behandlingsansvaret till öppenvården så snart en klient lämnat institutionen.

Samverkan och avgränsning

Att samverkan behövs mellan länssjukvård, primärvård och socialtjänst markeras på många ställen i Spri-rapporten. Det är lätt att instämma i det konstaterandet. Vi har att göra med ett sammansatt problem som kräver såväl medicinska som sociala insatser om det skall kunna lösas. Problemet är också mycket omfattande. Visst är det möjligt att bygga in sociala resurser i sjukvården men skall vi åstadkomma annat än marginella effekter så måste vi mobilisera de resurser som finns inom primärvården och socialtjänsten. Några nya resurser lär vi väl knappast få under de närmaste åren. Därför är samverkansformer, arbetsfördelning och ansvarsavgränsning intressanta frågor.

Avgränsningsfrågorna och arbetsfördelningen har vi diskuterat livligt i anslutning till socialstyrelsens förslag till principprogram för psykiatrisk hälso- och sjukvård och riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård. De försök som gjorts till ansvarsavgränsning har kritiserats för bl.a. otydlighet. Spri-rapporten har knappast bidragit till att skapa större klarhet i frågan.

I Spri-rapporten beskrivs allmänpsykiatrins uppgifter. Därefter diskuteras en avgränsning av allmänpsykiatrins vårdansvar och uppgifterna fördelas mellan länssjukvård och primärvård. Socialtjänsten nämns då och då som en samarbetspartner. Socialtjänsten skall så långt möjligt arbeta med sina resurser, heter det, men när specialistresurser behövs måste allmänpsykiatri anlitas.

Socialtjänstens roll är alltså knapphändigt beskriven men det förekommer antydningar här och var. På sidan 51 finns några meningar som har gjort mig lite fundersam. Där står

”De terapeutiska uppgifterna omfattar medicinska insatser och psykoterapi ibland i kombination med sociala åtgärder. För de senare krävs samarbete med socialtjänsten. Det bör understrykas att den psykiatriska verksamheten inom länssjukvården är en medicinsk specialitet och att här ingår psykoterapi och ställningstagande till sociala åtgärder.”

Jag är lite osäker på hur den sista meningen i citatet skall tolkas. Om meningen är att det är den

.....
Några beställningscentraler för allmänpsykiatriska team är inte socialbyråerna och blir inte heller.
.....

medicinska specialiteten psykiatri som skall ta ställning till dvs. avgöra vilka sociala åtgärder socialtjänsten skall sätta in så tror jag att man gjort upp om räkningen utan att tala med värden.

Ett samarbete mellan olika specialiteter och olika verksamhetsområden måste bygga på ömsesidig respekt. Socialt arbete är ett självständigt kunskapsområde lika väl som psykiatri. Socialtjänstens folk har naturligtvis själva synpunkter på hur det sociala arbetet skall bedrivas, vilka resurser som skall sättas in, när de skall sättas in osv. Några beställningscentraler för allmänpsykiatriska team eller andra specialistgrupper är inte socialbyråerna och blir inte heller. Om ett samarbete värt namnet skall kunna etableras krävs att behandlingsplaner etc. som upprättas i det enskilda fallet gemensamt diskuteras och att socialtjänstens kunnande och kompetens respekteras.

Lokala lösningar

Hur bör då arbetsuppgifterna fördelas? Ja jag tror numera, i likhet med Spri-rapportens författare, att den frågan bör lösas lokalt. Det har nu gjorts ett par försök att i centrala dokument ange en uppgiftsfördelning men förslagen har tydligen inte fått något mera allmänt gensvar.

Personligen tycker jag att de principer för uppgiftsfördelning och ansvarsavgränsning som huvudmännen tidigare varit överens om är ganska förnuftiga och borde kunna ligga till grund för utvecklingsarbetet ute i landet. Men de lokala förhållandena skiftar som bekant och det är därför kanske nödvändigt att vara ytterligt flexibel när man diskuterar de här frågorna lokalt.

Jag har tidigare sagt att i de kommuner där man förändrat den sociala organisationen i riktning mot minskad sektorisering, geografisk spridning och samordning är förutsättningarna goda för att socialtjänsten skall kunna göra en insats även när det gäller att förebygga och behandla psykiska sjukdo-

mar. När det gäller möjliga insatser från socialtjänstens sida är det några saker jag vill säga.

Det är inte vanligt att socialtjänsten har resurser för psykoterapi men det förekommer. Större kommuner har som regel tillgång till familjeterapi och ibland också individualterapi. I det sociala arbetet finns det behov av psykoterapi och det kan därför antas att många kommuner kommer att skaffa sig sådana resurser under de närmaste åren. Det kan i så fall vara lämpligt att utnyttja de resurserna även när det gäller psykiskt sjuka. Personligen tycker jag att det skulle vara mycket intressant att pröva en modell med psykoteraresurser knutna till arbetslag uppbyggda av personal inom primärvård och socialtjänst.

Skyddat boende och dagcentra

Socialtjänsten har god erfarenhet av olika former av skyddat boende och boendestöd. Den strävan som funnits och finns att minska behovet av institutionsvård har lett till att olika boendeformer med varierande grad av socialt stöd vuxit fram. Den strävan som finns att normalisera boendet och livsföringen för pensionärer har också lett till utveckling av nya stödformer. Utvecklingen inom den öppna åldringsvården kan på många håll karaktäriseras som dynamisk. De totala resurserna för socialt arbete är inte heller obetydliga. Inom ett område med 10 000 invånare arbetar som regel 3–400 personer med socialt arbete av olika slag.

Socialtjänsten har god erfarenhet av dagcentraler och träffpunkter både i integrerade former och för speciella grupper. I Örebro, för att ta ett mig närliggande exempel, har vi dagcentraler och träffpunkter för ungdomar och förtidspensionärer, för ålderspensionärer, för ungdomar med speciella intressen som bilar och rockmusik, för personer med alkoholproblem, för hemarbetande föräldrar med barn osv. Träffpunkter av något slag finns också i de flesta kommuner. Det är ganska vanligt att man tar i anspråk lägenheter ute i bostadsområdena och där anordnar träffpunkter för mindre grupper med gemensamma intressen eller gemensamma problem.

På många håll i landet har det tagits initiativ som

.....
Det skulle vara mycket intressant att pröva en modell med psykoteraresurser knutna till arbetslag uppbyggda av personal inom primärvård och socialtjänst.
.....

gjort det möjligt för människor att lämna mentalsjukhusen och flytta ut i samhället. Resultatet är uppmuntrande men man ställer sig frågan varför inte många fler initiativ i den riktningen tagits. För de berörda människorna innebär förändringen en radikal förbättring av livsvillkoren och för samhället sannolikt en radikal kostnadssänkning. Jag tror att vi skulle kunna påräkna en mycket snabb utveckling om primärvården och socialtjänsten på ett annat sätt än hittills engagerades i arbetet.

Socialtjänsten har ju numera till uppgift att medverka i samhällsplaneringen och därvid bla verka för en allsidigt sammansatt social struktur, en planering av närmiljön som främjar kontakt och gemenskap och ett bostadsutbud som tillgodoser också speciella sociala bostadsbehov i icke segregerade former. Det bostadsbehov som människor med psykiska sjukdomar och problem har skall naturligtvis också tillgodoses och det är socialtjänstens uppgift att bevaka att så sker. Men om den bevakningen skall bli effektiv så måste socialtjänsten ha kunskaper om och erfarenheter av de speciella problem som är förenade med psykiska handikapp. Också när man ser frågan ur det perspektivet är det alltså angeläget att samverkan kan etableras mellan socialtjänsten och psykiatrin och att socialtjänsten får erfarenheter av att arbeta med psykiska problem.

En sammanfattning av mina önskemål i fyra punkter kan se ut så här.

- 1 Samverkan baserad på ömsesidig respekt.
- 2 Gemensam planering av medicinska och sociala insatser.
- 3 Vårdprogram som utifrån lokala förhållanden klarlägger ansvarsfördelning och arbetsformer.
- 4 Ta tillvara de resurser och det kunnande som finns inom primärvården och socialtjänsten.