

Synpunkter på framtida psykiatrisk vård i Stockholms län

Remissvar av Svensk socialmedicinsk förening på Stockholms läns landstings plan för den psykiatriska vården av september 1979

Bo Nilsson

Ett förslag till plan för psykiatrisk vård i Stockholms läns landsting har nyligen varit ute på remissbehandling.

Svensk socialmedicinsk förening har i sina kommentarer till förslaget presenterat ett socialmedicinskt perspektiv på den utveckling som för närvarande pågår inom psykiatrin. Man påpekar risken för att den nya psykiatrin i sitt intresse för krisreaktioner kan försumma vad som är psykiatrins kärnområde, ansvaret för psykoserna. Föreningen skisserar vidare utvecklingen av en missbrukarvård präglad av flexibilitet och inriktning på lägsta effektiva omhändertagandenivå och vaksamhet mot de risker som kan ligga i en segregerad medicinsk alkoholvård.

Avslutningsvis analyseras en tänkbar fortsatt utveckling beträffande socialläkarverksamheten.

Föreningens remissvar har huvudsakligen skrivits av Bo Nilsson, socialläkare vid socialförvaltningen i Stockholm och medlem av styrelsen för Svensk Socialmedicinsk förening, och redovisas här i förkortad form.

Huvudtanken i Stockholms läns landstings Plan för den psykiatriska vården av september 1979 är att geografisk sektorisering av den psykiatriska vården genomföres och närmare bestämt med en successivt ökande tyngdpunktsförskjutning inom sektorerna ut mot öppenvården. Svensk socialmedicinsk förening menar att en sådan förändring kommer att underlät-

ta en modernisering av vårdinnehållet, ge bättre effekt av insatta resurser, främja rekrytering och öka insikten i angränsande vårdområdets förutsättningar och arbetssätt och därmed fördjupa och stabilisera samarbetet med dem.

Psykiatrins ansvar för psykotiska patienter

Föreningen stöder sålunda helt planens huvudprincip. Föreningen vill dock redan här, där principerna diskuteras, på grundval av tidigare och aktuella erfarenheter, med den skärpa den överhuvud är mäktig varna mot att psykiatrin därvid skulle tillåtas undandra sig ansvaret för de psykotiska patienter, som icke själva vill söka vård. Utredningens egen formulering i slutet av punkt 4.1 tyder på att problemet står klart. Låt oss dock för tydlighets skull påminna om följande.

När överläkaravdelningarna för öppen vård vid de dåvarande mentalsjukhusen inom Stockholms stad skapades 1966 skedde detta som följd av bland annat en stark och enveten kritik mot dåvarande sjukvårdshuvudmannens försummelser ifråga om ovan nämnd psykosgrupp, framförd bland annat av Stockholms socialnämnd och av en samorganisation för alla institutioner inom öppen mentalvård i Stockholm. Överläkarnas och, under dessa, förståndarnas uppgifter definierades som att handha kontakten med och tillsynen av från sjukhuset försöksutskrivna patienter, expektanter till sjukhuset och andra psykiskt sjuka inom upptagningsområdet som antages icke eljest erhålla tillfredsställande vård.

En psykosvård som bara tar sig an vissa godtyckligt definierade grupper möts inte av respekt och efterfrågan.

Detta var en central uppgift. Vid beslutet i Stockholms stads sjukvårdsstyrelse 1966-06-14 påpekades att avdelningarna även borde söka sig fram till nya patientgrupper, nya uppgifter, långt ute i eller inne i lokalsamhället. Varvid man finge räkna med att en snabb personell utbyggnad bleve nödvändig. Vad som sedan hände, sammanfattande uttryckt, var att man begränsade den ursprungliga kärnverksamheten till expektanter och försöksutskrivna, påstod sig omöjligen kunna ta något ansvar för de hemmasittande, behandlingsbehövande psykiskt sjuka utan, i varierande utsträckning, ägnade sig åt en i och för sig förträfflig metodutvecklande verksamhet, hänvisande till att mer kunde ju omöjligen en så liten personalstab räcka till. Utan att sjukvårdshuvudmannen höll reda på vad som hände och såg till att befattningshavarna skötte vad de skulle och blev tillräckligt många för att hinna med det. Och då fryses utvecklingen. En psykosöppenvård, som gör veterligt att den tar sig an bara vissa, administrativt = medicinskt godtyckligt – definierade möts inte av respekt och efterfrågan.

Samma sak håller nu på att ske i ett av de färsta psykiatriska teamen, där den tunga psykiatrin och främst presumtiva patienter, som behöver men ej söker vård prioriteras bort. Det är utmärkt att folk hjälps i sorgearbete, eller med att skiljas snyggt, eller i arbetslöshetskris, eller med blyghet och spänning, eller bort från en i deras fall ofruktbar patientroll. Men hela verksamheten kommer i vanrykte, om propåer från andra personalgrupper eller från anhöriga om hjälp med starkt vårdbehövande psykiskt sjuka möts med axelryckningar eller krystade förklaringar om varför de icke kan hjälpas. Man skall då icke förvånas över att psykiatriska teamet blir sittande isolerat, med sådana märkvärdiga svårigheter att nå kontakt och synergism med den redan etablerade hjälpapparaten inom sitt distrikt. Eller att det börjar generera aktiviteter, som redan finns representerade inom socialvård eller åldrings-

Den som verkligen vill den nya psykiatrin väl skall se till att den sköter de klassiska patientgrupperna väl.

vård, eftersom de är i fokus för moderna behandlingssträvanden. Dessa innebär risk för resursslösande dubbleringar, vilken åtminstone först borde noga kalkyleras genom en samlad bedömning.

Och inte skall man förvånas att intagningar enligt LSPV gång på gång blir nödvändiga.

Den som verkligen vill den nya psykiatrin väl, ska se till att den sköter de klassiska patientgrupperna väl. Ska man i fullskala sanera all onödigt hospitalisering, behövs en mycket stor volym nyttigt rutinarbete med att hålla patienterna, i hemmet eller i annan boendeform utanför sjukhuset, så farmakologiskt och psykologiskt/socialt väl kompenserade som möjligt. Detta arbete *måste* psykiatrin axla ansvaret för. Mycken hjälp, bland annat med varningssignaler, kan säkert ges från andra vårdområden men psykiatriskt skolad personal måste såsom primäransvariga dag efter dag utföra detta efterfrågade, grannliga arbete, vars resultat är helt beroende av att det utförs med goda psykiatriska insikter och färdigheter.

Beräkningsgrunden – antal slutenvårdsplatser – för statens driftbidrag till mentalsjukvården är ett sedan länge identifierat hinder för optimal utveckling av öppenvården. Föreningen understryker vikten av att bidragskonstruktionen snarast ändras så att öppenvården åtminstone inte motarbetas.

Samarbete med socialvården

Till det inledande avsnittet om principfrågor vill föreningen lyfta fram de allmänna målsättningar, som anges i planens punkt 8.1.

Utredningsarbetet syns ha haft en mer diskute-

Beräkningsgrunden – antal slutenvårdsplatser – för statens driftsbidrag till mentalsjukvården är ett sedan länge identifierat hinder för optimal utveckling av öppenvården.

Den ofta utmärkt träffsäkra bilden av psykiatris faktiska arbetssätt och resurser kontrasterar mot de intetsägande formuleringarna om socialvårdens kompletterande medverkan.

rande/sammanjämkande karaktär än datainsamlande/undersökande. Planen framställs i stort sammanfattande, med mängden detaljer gällande hitillsvarande och framtida organisation samt genomförandeplan. På den generaliseringsnivå, där framställningen måste hålla sig i de principiella frågorna, finner föreningen katalogen under 8.1 utgöra en god vårdideologisk och organisatorisk grund. Dock syns den sista punktens utslätade och inskränkande formuleringar väl spegla att planen i det följande genomgående har svårt att ge grepp på hur, när och i vilka fasta former samarbetet med främst socialvården skall ske. Den ofta utmärkt träffsäkra bilden av psykiatris faktiska arbetssätt och resurser kontrasterar mot de intetsägande formuleringarna om socialvårdens kompletterande medverkan, som gör halt vid huvudmannaskapsgränsen och ingalunda ger någon konkret eller visionär bild av hur en reell samverkan borde kunna se ut.

Föreningen kommer härefter i sitt svar att gå punkt för punkt med början med kapitel 8, "Planerad vårdstruktur".

Ansvar för rehabilitering ej endast för behandling

Vårdstrukturen (8.1) skall bland annat medge att det psykiatriska arbetet sker med "samtidig eller växelvis tillämpning av biologisk/medicinskt, psykologiskt och socialpsykiatriskt synsätt" samt att psykiatris "ansvarsområde avgränsas gentemot annan verksamhet på grundval av den specifika kompetens som representeras av psykiatrin som specialitet". Den psykiatriska personalen skall med full kraft arbeta med det den är utbildad för och kan bättre än andra och den skall i varje situation optimalt tillämpa den eller de metoder som är ändamålsenliga. Eja vore vi där.

Den första punktens begrepp "vård och behandling" förutsätter föreningen inkluderar rehabilite-

ring. För undvikande av varje risk för missförstånd föreslås punkten omformuleras sålunda: "Den psykiatriska verksamheten bör omfatta såväl vård och behandling av psykiska sjukdomar som rehabilitering och insatser för att förebygga psykisk sjukdom."

Sektorns storlek och arbetsformer

Planens förslag om *sektorstorlek* och därmed *antal* sektorer och om sammanfallande *distriktsgränser* med andra vårdområden syns föreningen väl motiverade. (8.2).

Teamets föreslagna *storlek*, som medger den nödvändiga dubbleringen inom varje personalkategori, möjligheten till lokalt betingad profilering av teamen eller av extra team samt principen att varje sektor skall ha *dagsjukvårdsresurser* innebär ambitiösa minimistandarder, som bör hållas, på det att verksamheten skall få en god start.

Det bör kritiskt understrykas, att så hittills icke alltid har varit fallet. Åtminstone något team har börjat med alldeles för små resurser, vilket leder till att det inte kan ta totalansvar för öppenvårdspsykiatrin inom sitt distrikt och att övriga vårdgivare inom distriktet hinner vänja sig vid detta som en naturlig tingens ordning.

Men de minimistandarder, som anges i planen, är utmärkta.

Planens skiss för den *slutna vården*, inklusive vissa *gemensamma resurser för specialvård* samt förslaget om *demensvården* lämnar föreningen i stort sett därhän i detta svar. Helt kort vill föreningen instämma i att mellanvårdsformen inackorderingshem lämpligen drivs av primärkommun men påpeka att de måste ha god tillgång till psykiaterkonsult.

Föreningen vill vidare understryka den utomordentliga vikten av att resurser inom demensvården avsätts för handledning av den primärkommunala

Föreningen vill understryka den utomordentliga vikten av att resurser inom demensvården avsättes för handledning av den primärkommunala åldringsvårdens personal.

åldringsvårdens personal. Högst avsevärt ökad vårdeffektivitet står här att vinna liksom förbättring av det psykologiska klimatet mellan sjukvård och socialvård. Sjukvården har inom detta område resurser och insikter, som erkänns vara av utomordentligt värde inom den primärkommunala socialvården. En villighet från sjukvården att dela med sig och att ta sitt ansvar är inom detta område okomplicerat positiv för andra vårdgivare och för patienten. Det är alltså här inte fråga om det annars icke så ovanliga rivaliserande synsättet mellan socialvård och psykiatri, som gör att en reell samverkan – till skillnad från en organisatorisk – fordrar mycket insiktsfullt, försiktigt men envetet arbete.

Utredningens utbyggnadsplaner för den *psykiatriska vården för invandrare* är mycket välkomna. Här återkommer utredningens enda systematiska svaghet, nämligen att inte på allvar räkna med socialvårdens resurser, när det gäller helhetsbedömningen. När det gäller invandrare finns inom landstingsområdets primärkommuner en myckenhet olika hjälpverksamheter, vilka oftast är stadda i utveckling, tacksamma att influera och förmå till ömsesidig anpassning med sjukvårdshuvudmannens insatser. Här om någonsin gäller att det finns risk för psykiatisering av i grunden sociala problem. Här om någonsin är en faktisk samordning nödvändig.

Dövspsykiatri är ett utmärkt exempel på när motiven för subspecialisering är så starka, att de bör få bryta den grundläggande sektorsprincipen. Dövspsykiatri inom landstingsområdet är mogen att permanentas och icke längre vara försöksverksamhet.

Vad gäller utredningens diskussion om *sektorns arbetsformer* har föreningen intet väsentligt att invända. Här förestår ett utomordentligt intressant fortsatt utvecklingsarbete. Föreningen finner utredningens understrykande av att olika lokala förutsättningar bör ge olika organisatoriska lösningar helt omdömesgillt. Vad gäller samarbetet mellan öppen och sluten vård inom sektorn kan föreningen icke underlåta att uttala sin förkärlek för principen med pendlande team. Men givetvis kan avstånden ibland vara för långa.

En tilltalande tanke är att personal skall få erfarenhet av olika vårdformer genom att vikariera för

varandra fram och tillbaka. Vad beträffar all öppen vård gäller att kontinuiteten i vården måste värnas än mer än inom slutenvården. Ett eventuellt vikiariatssystem måste vara utformat med tanke på detta.

Förebyggande verksamhet – tillsammans med andra!

Utredningen framhåller vikten av den förebyggande verksamheten inom den psykiatriska öppenvården. Sedan man identifierat risker för psykisk ohälsa hos individer och grupper skall man "verkställa åtgärder i syfte att reducera sådana risker". Här borde nödvändigheten av samverkan nämnts. Idag finns erfarenheter av olika sorters samverkansgrupper där byggplanerare, skola, socialvård, sjukvård, fritidsverksamhet etc. arbetar gemensamt för att kartlägga problem och finna gemensamma lösningar. Den psykiatriska öppenvården skall naturligtvis inte arbeta isolerat i sin förebyggande verksamhet utan ingå i den typen grupper, berika grupperna med sina kunskaper och verka genom dem i det förebyggande arbetet. Den vägen kan psykiatrien också få möjlighet att påverka samhällsplaneringen i socialtjänstlagens anda.

Beträffande *vårdplatssituationen* instämmer föreningen i utredningens bedömning, att en utbyggnad av öppenvårdspsykiatri enligt föreslagna riktlinjer skulle kunna gå parallellt med en försiktig minskning av vårdplatstillgången från 3.2 till 3.0 per 1 000 invånare av totalbefolkningen. Föreningen noterar med tillfredsställelse att detta kommer att innebära ett nytillskott av 900 nya, ändamålsenliga vårdplatser, eftersom många existerande platser faller bort.

Missbrukarvård får ej bli segregerad vård (8.3)

Föreningen koncentrerar sitt svar på hanteringen av alkoholmissbruk. Narkotikamissbruket är socialpsykologiskt nästan skilt från alkoholmissbruk och skulle fordra sitt eget kapitel. Det har diskuterats noga under senare år och samarbetet mellan olika vårdgivare går där bättre än inom vården av alkoholmissbrukare. Vilken senare dessutom fordrar ojämförligt större resurser.

Alkoholbruk är invävt i vår kultur. Indelningen i

Indelningen i brukare och missbrukare av alkohol är tillhöftad, subjektivt styrd och har som en kär funktion att skydda det egna bruket.

brukare och missbrukare är tillhöftad, subjektivt styrd och har som en kär funktion att skydda det egna bruket. Individer rör sig med tiden än hit, än dit inom det kontinuum, som går från inget bruk alls till massivt missbruk.

Alkoholmissbruk ger individuellt och socialt obehagliga effekter och påminner dessutom om att de eftersträvade alkoholeffekterna inte nås riskfritt. Normalattityden blir att missbrukarna är en avskild, specifik och föraktlig grupp. Missbrukare och vårdpersonal är väsentligen tvärsnitt av befolkningen och delar normalattityderna.

Alkoholproblem behandlas bäst – eller om man så vill behöver aldrig behandlas – om varje alkoholkonsument upplyst granskar sitt svar på alkoholbruket och vid saklig anledning till oro kan vända sig dit han vanligen vänder sig i hälsofrågor och få avspända, välgrundade svar. Inga alkoholsjukdomar progredierar, om individen sanerar sina alkoholvanor.

Därhän kan vi inte nå men det måste vara en bjudande plikt att i sin planering främja den goda approximationen av det ideala behandlingsförloppet, som dock ofta förekommer. Kruxet är att många individer, vars alkoholvanor kommit i missbruksfas, inte alls är betjänta av ovan nämnda svalt tillmötesgående, enbart medicinskt sakliga service i sin förnuftiga egenvård av begynnande alkoholöverkonsumtion, utan kanske behöver en varm, tät, aktiv stödkontakt eller kanske behöver vänligt men bestämt föras in i och hållas kvar i en vårdkedja, där även ingripande social sanering tillförs.

Alkohol finns visserligen med som minsta gemensam nämnare och en god kunskap om drogegenskaper behövs i alla ovannämnda typer av verksamhet men är milt uttryckt inte tillräcklig.

Det finns ingen annan lösning (utöver att minska problemen genom att med generella åtgärder minska alkoholexpositionen i det normala livet) än en genomgående intresserad, kunnig och omdömesgill

personal, som kan skilja på olika missbrukares högst olika behov av service och som respekterar även andra omhändertagandeformer än den man själv representerar. Den mycket stora och normalheterogena gruppen människor med alkoholproblem behöver ett kvalitativt och kvantitativt mycket rikt utbud av rådfrågnings- och behandlingsmöjligheter, som i allmänhet inte ska vara sammanfogade i slutna system, som aktiverar patientens skuld- och skamkänslor till negativa förväntningsfantasier och därmed stöter bort honom.

Inom detta område är lägsta effektiva omhändertagandenivå mycket ofta den överlägset effektivaste.

Det under punkt 8.3.1 angivna andra målet för vården av alkoholmissbrukare, nämligen att den skall ges tillfredsställande kontinuitet måste läsas med stort förstånd och med tonvikt på tillfredsställande.

Att efter en omdömesgill analys lämna den mest lämpade, det vill säga med individen starkt skiftande behandlingen under ändamålsenligaste former, innebär inte en fortgående segregering utan optimerar allas möjligheter till förbättring. Att däremot inom ett system, där de flesta är pikerade av eller föraktfulla inför alkoholmissbruk, hänvisa till behandling efter ett fåtal yttre kriterier, som redan i sig speglar ett avståndstagande, det bidrar som vi av bitter erfarenhet vet till en avslutande segregering, som kallas stämpling eller utstötning. Den undviker man inte genom att försöka ge alla behandling i samma former. Segregering måste i huvudsak motverkas långt tidigare i orsakskedjan, långt längre ned i samhällsmekanismerna än vid behandling av störningssymtom.

Utan god grund- och vidareutbildning samt handledning kan en god missbrukarvård, det vill säga en sådan med lyhördhet och full spännvidd mellan behandlingsformerna, inte åstadkommas. Å andra sidan ger en ökande säkerhet och insikt i missbrukar-

När det gäller vården av alkoholmissbrukare är lägsta effektiva omhändertagandenivå mycket ofta den överlägset effektivaste.

vård avsevärda spin off-effekter i bättre terapeutisk hållning även annars, ökad egenupplevd förståelse för psykodynamiska processer och egen mognad.

Det är lätt att finna vida områden för gemensam samverkansfrämjande vidareutbildning för personal med olika grundutbildning och från olika områden av missbrukarvård.

Föreningen har därmed tillåtit sig att panorera över några för missbrukarvården avgörande områden, som utredningen icke kunnat tillräckligt belysa. Föreningen ansluter sig till det krav på ytterligare utredning av dessa frågor, som ställs i en av reservationerna till utredningen. Det bästa får dock inte bli det godas fiende. Många av förslagen i psykiatriplanen innebär odiskutabla förbättringar jämfört med hur det är nu. Dessa bör *icke* fördröjas av den av oss stödda nya utredningen.

Missbrukarvårdens organisation

Minst ett *missbruksteam* av föreslagen sammansättning inom varje primärvårdsområde skulle bli otvivelaktigt nyttigt sysselsatt med dispensärvård. Allmänläkaren i teamet måste erbjudas mycket goda möjligheter till kompletterande utbildning, innan han tillträder och vidareutbildas under anställningen. Viktigt är att teamet åläggs och tillåts att använda avsevärd tid som internutbildare och konsult åt övrig hälso- och sjuk- samt socialvårdande personal inom distriktet. Viktigt är att teamet tar emot alla som vill söka. Visserligen kanske det visar sig praktiskt att teamet har en filialmottagning på den sociala servicecentralen för patienter, som inte på egen hand förmår eller vill söka vid vårdcentralen. Men så snart en av dessa väljer att flytta över till den "vanliga" mottagningen, ska han få göra det.

Självfallet måste *sjukvård och socialvård* utveckla äkta *samverkan*, när det gäller vård av alkoholmissbrukare. Den tumregel för vem som skall göra vad i ett sammanhållet program, som anges i planen, syns föreningen närmast självklar. Man skall alltså omintetgöra önskemål om en segregerad medicinsk alkoholvård för missbrukare, som har särskilt stora behov av hjälp inom socialvården. Att missbruksteamet eller delar därav ibland förflyttar sig ut på den sociala servicecentralen kan, som ovan sagts, troligen vara praktiskt. Men socialvår-

... om socialvården kan vara nöjd med det lilla men viktiga framsteget att många kroniska missbrukare, som man hittills inte lyckats söka upp, frivilligt strömmar till för att få mat, uppsnyggning och sömn.

den skall inte ha egen medicinsk personal för en separat vårdorganisation för medicinsk alkoholbehandling av socialt extra belastade.

Det bör dock obseserveras, att *vissa primärkommunala alkoholmottagningar* sedan länge drivs med renodlat "frivillig" profil, ej sällan i mycket nära samverkan med, ibland samlokaliserade med, länkföreningar. Dessa uppskattade, billiga och effektiva mottagningar skall icke rationaliseras bort utan beredas en permanent nisch inom det rikhaltiga totalutbudet. Till frågan om hittillsvarande klinisk socialmedicinsk verksamhet under primärkommunalt huvudmannaskap, den egentliga *socialläkarverksamheten*, återkommer föreningen nedan.

Medicinskt inriktade *tillnyktringsenheter*, enligt planen, bör så snart ske kan förläggas intill sjukhusens akutmottagningar. Sannolikt kommer tillnyktringsenheter med ringa medicinsk kompetens men stor lätthet för remiss till akutmottagning, sannolikt med socialvården som huvudman, att visa sig vara en kompletterande, värdefull resurs. Särskilt om socialvården inte stirrar sig blind på att den skall ses som en första station i en rehabiliteringsvårdskedja utan kan vara nöjd med det lilla men viktiga framsteget att många kroniska missbrukare, som man hittills inte lyckats söka upp, frivilligt strömmar till för att få mat, uppsnyggning och sömn. Men de förstnämnda behövs otvivelaktigt så fort som möjligt och skall inte vänta på att det utreds färdigt om de senare.

Föreningen finner det angeläget att verksamheten vid de tre nuvarande *sjukhemmen Hackolmsund, Husby och Lövstalund* integreras i sjukvårdens och socialvårdens sammanlagda utbud av differentierade vårdplatser. Närmare organisatorisk utformning torde få anstå, tills frågan om huvudmannaskapet för institutioner för missbrukare lösts på riksplanet.

.....
Tydliga inslag av "förtroendeläkarfunktion" har kunnat urskiljas då socialläkarna i Stockholm hjälpt socialvården att självständigt värdera från sjukvården inkommande information eller önskemål om enskilda klienter.
.....

Barn- och ungdomspsykiatrisk vård

Ifråga om *barn- och ungdomspsykiatrisk vård* vill föreningen understryka behovet av en utbyggnad av den öppna vården men även av behovet av ökad harmonisering med såväl vuxenpsykiatrisk vård som socialvård. Föreningen beklagar att nuvarande delade nämndansvar syns organisatoriskt försvåra en enligt föreningens mening önskvärd inordning i den sektoriserade psykiatrin.

Socialläkarverksamhetens framtid

Eftersom de primärkommunalt anställda *socialläkarna* fullgör en förbindelsefunktion mellan socialvård och sjukvård, vilken för många är svärgripbar och eftersom föreningen representerar en betydande förtrogenhet med verksamheten skall svaret på denna punkt göras utförligare.

Socialläkarverksamheten i Stockholms kommun byggdes redan från början, på 1940-talet, upp som små, till socialvårdsfältet förlagda socialmedicinska konsult- och utredningsstationer, varifrån även en avsevärd mängd direkt och koordinerande rehabiliteringsarbete med egna patienter sköttes. Verksamheten anpassades till socialvårdens behov och särskilda förutsättningar, däribland de sociala vårdlagarna. Tydliga inslag av "förtroendeläkarfunktion" har kunnat urskiljas då socialläkarna hjälpt socialvården att självständigt värdera från sjukvården inkommande information eller önskemål om enskilda klienter. I kinkiga och/eller principiellt intressanta ärenden har socialläkarna haft förbindelse- eller medlarroll mellan de två stora vårdområdena. En sporadisk stabsfunktion till socialförvaltningen har också hört till de egentliga socialläkaruppgifterna.

I kranskommunerna har periodvis analoga team och analoga verksamheter byggts upp men ofta har socialläkarna här sysslat med litet mer löst hopfo-

gade uppgifter inom missbruks- och åldringsvård, utöver de konsultativa och socialmedicinskt utredande. I skiftande grad har socialläkarna i Stockholm under årens lopp realiter sysslat med öppenvårdspsykiatri, eftersom bristerna inom det området varit så påträngande. Under de senaste åren har arbetsuppgifter och läkare från före detta Nykterhetsnämndens verksamhet bakats in i socialläkarverksamheten.

I nu föreliggande planeringssituation, där man utgår från att öppenvårdspsykiatrin skall bli tillräckligt väl rustad och att sjukvårdshuvudmannen skall bidra med all medicinskt utbildad personal, som behövs i de två huvudmännens smidigt samverkande missbruksvård, finns möjligheter för socialläkarmottagningarna att helt koncentrera sig på den ursprungliga verksamheten som socialmedicinska konsult-, utrednings- och rehabiliteringsstationer.

Om formerna härför kan anpassas till SAMSS-principen eller ej är förnärvarande oklart. Bland annat är frågan under utredning av den hittillsvarande huvudmannen. Föreningen väntar med att för egen del ta slutgiltig ställning till frågan om lämpligaste organisationsform för de i Stockholms kommun verksamma socialläkarna. Möjligen är det dock så att det ger en så värdefull tillvändhet till socialvårdens särskilda behov och arbetssätt att man i detta fall bör finna en organisationsform som tillåter att verksamheten även i fortsättningen sker i primärkommunal regi.

Att mer än någon av de största kranskommunerna skulle vara stor nog att generera behov av den högt kliniskt socialmedicinskt specialiserade verksamheten förefaller inte troligt. Det nära samarbetet på distriktsnivå mellan primärvård och socialvård, som föreningen förutsätter i allt högre grad skall komma till stånd, får i dessa andra kommuner för-

.....
Möjligen ger socialläkarorganisationen i Stockholm en så värdefull tillvändhet till socialvårdens särskilda behov och arbetssätt, att man bör finna en organisationsform som tillåter att verksamheten även i fortsättningen sker i primärkommunal regi.
.....

söka klara även de mest bekymmersamma och sammansatta ärendena. Även i storstaden Stockholm ser vi fram mot fullödlig samverkan primärvård/socialvård. Där är det emellertid praktiskt att dessutom ha en specialiserad organisation för dessa, oftare förekommande, ärenden, som fordrar speciella färdigheter och kunskaper för att bli ändamålsenligt skötta. Vidmakthålles denna specialistnivå, kan den också nyttiggöras för konsultationer och undervisning.

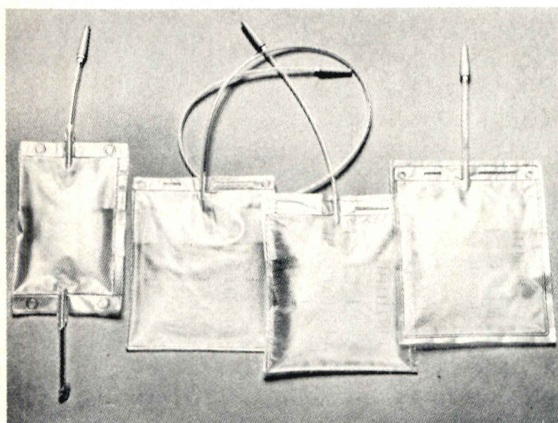
Eftersom socialläkarverksamheten är en av de viktigaste rötterna till den kliniska grenen inom disciplinen socialmedicin, är det för föreningen ett första rangens intresse att medverka till att dess

värdefulla komponenter smidigt förs med in i det nya löftesrika vårdsystemet med äkta samverkan mellan socialvård och sjukvård samt med starkt utbyggd och förbättrad allmänläkarvård och öppenvård psykiatri.

Föreningen konstaterar med tillfredsställelse att såväl huvudtexten som den socialdemokratiska reservationen gör klart, att sjukvårdshuvudmannen är angelägen att den kompetens, som finns anrikad inom socialläkarverksamheten skall bevaras samt att i den mån detta trots allt skulle visa sig mest ändamålsenligt landstinget är berett att påta sig huvudmannaskapet och kostnaderna för verksamheten.

URINUPPSAMLINGSPÅSAR svensktillverkade

OLSFORSVERKEN AB tillverkar urinuppsamlingspåsar sedan 15 år. "OLSFORS"-påsen tillverkas av 0.12 mm tjock specialfolie och har dubbla svetsar runt hela påsen och är förstärkt med dubbel folie vid upphängningshålen. Föreses med kraftig slang av önskad längd. Sammanbindningsrör med blå skyddshätta.



PRODUKTFAKTA

Urinuppsamlingspåse med backventil

Material: PVC i såväl slang som påse. 0,12 mm folie med blått tryck på framsidan.

Storlek: 1.500 ml

Slanglängd:	Förpackning	Rekv.nr
100 cm	250 st	01 02 98
100 cm	100 st	01 03 22
30 cm	500 st	01 02 80
30 cm	100 st	01 07 02
15 cm	500 st	01 02 72
15 cm	100 st	01 03 06

Urinuppsamlingspåse med backventil, avtappningsbar

Storlek:	750 ml
10 cm	100 st
	01 15 36

OLSFORS-
VERKEN AB

Box 2001, 517 02 Bollebygd
033-955 40