

Samverkan mellan psykiatriska verksamheten och socialvården i Luleå

Clarence Crafoord

Gunnar Eriksson

Sören Jörngården

Birgitta Öberg

Vad är psykiatri? Vart hör psykiatin?

Det är några frågor som kan ställas i den människovårdens identitetskris som mer eller mindre tydligt ventileras i diverse utredningar.

I nedanstående artikel diskuteras dessa frågor utifrån ett samarbete mellan socialvård och psykiatri kring den Psykiatriska verksamheten i Luleå.

Författarnas slutsats är att den psykiatriska öppenvården måste hållas samman, så att arbetslagen kan växa genom egen intern fortbildning och handledning, genom självgranskning och erfarenheter och utveckling av metoder och rutiner. Det psykiatriska öppenvårdsteamet måste vara tillräckligt stort för att ge trygghet i den lilla gruppen. Samtidigt tillräckligt stort för att ge självständighet – både i förhållande till sjukvårdens organ och socialvårdens.

Clarence Crafoord var överläkare, Sören Jörngården tidigare psykolog vid Psykiatriska verksamheten i Luleå, Birgitta Öberg är kurator vid samma verksamhet samt handledare för hemma-hos-terapeuterna i Luleå, Gunnar Eriksson avdelningschef vid socialförvaltningen i Luleå.

En nära samverkan mellan den primärkommunala socialvården och Landstingens sjukvårdande verksamhet förutsätts i de flesta vårdutredningar från det senaste årtiondet.

C G Westrin redovisade 1972 att 60–70 % av socialvårdens klienter har behov av medicinsk vård, medan upp till 25 % av patienterna hos distriktsläkarna uppvisar behov av social service. Liknande uppgifter har redovisats från socialmedicinska forskningsenheten i Luleå. En stor del av dessa ärenden har psykiatrisk karaktär. (C G Westrin 1973).

Socialvårdens samarbete med sjukvården rörande psykiatriska patienter kommer alltså att gälla både psykiatin som specialité och verksamheten vid vårdcentralerna.

I Socialutredningen från 1974 och det uppföljande förslaget till socialtjänstlag från 1977 betonas också särskilt samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialvård.

I Socialstyrelsens remisshandling "Principprogram för psykiatin" från 1978 gör man ett drastiskt försök att avgränsa psykiatin: Den huvudsakliga medicinska psykiatin som anses vara en sjukvårds- och landstingsangelägenhet skiljs från en mer psykologisk och social psykiatri som anses vara en primärkommunal angelägenhet. I konsekvens härav menar man att psykologer och socialarbetare ska vara anställda hos primärkommunen och den sjukvårdande personalen hos Landstinget. Hur dessa personalkategorier sedan skall samverka när det gäller majoriteten psykiatriska fall, där sociala, psykologiska och medicinska faktorer invävs i varand-

ra har man här inte berört i form av förslag till organisationsformer eller liknande.

Som rapport från fältet om hur ett samarbete mellan socialvård och psykiatri kan utformas vill vi därför delge 4 års erfarenheter av en sådan samsarbetsform i Luleå.

Lokala förutsättningar

Luleå kommun har relativt ung befolkning, industriort med inflyttning från glesbygden och centralort för nordligaste Sverige med säte för länsstyrelse, högskoleenheter och central kyrklig verksamhet. Befolkningen utgör vid årsskiftet 78-79 ca 67 000 invånare. Kommunen saknar dock centrallasarett och har trots sin centrala ställning och relativt stora befolkning före 1972 inte haft någon utbyggd psykiatrisk service och har ingen psykiatrisk klinik vid lasarettet.

Kommunens behov av psykiatriska och socialmedicinska insatser har därför varit otillfredsställda, och man planerade därför under 60-talet att anställa socialläkare för dessa uppgifter. Tjänsten inrättades 1971 och annonserades ut 1972.

Oberoende härav planlades och startades under 1971 och 1972 i anslutning till Luleå lasarett Psykiatriska Verksamheten i Luleå (PV) som ett försök att bygga upp en psykiatrisk öppenvårdsenhet grundad på socialpsykiatriska och psykoterapeutiska principer med ett arbetssätt grundat på familjeorientering, mottagning för frivilligt sökande, samt konsultationsverksamhet vid olika enheter i samhället såsom vårdcentraler, socialvård, polis, lasarett m.m. (Crafoord och Lassinantti 1974).

Ambitionen från PV:s sida var alltså att genom konsultationer lämna service till kommunens socialvård. Samtidigt med denna uppbyggnad av PV lyckades man från kommunens sida anställa en psykiater på socialläkartjänsten, och denne hade just den psykoterapeutiska inriktning som även PV stod för.

Då denna socialläkarverksamhet redan efter ett halvår upphörde, hade man från socialvårdens sida inte hunnit mer än få upp ögonen för de perspektiv som en psykoterapeutiskt orienterad socialläkarverksamhet kunde erbjuda. (Ahlin 1973).

När denne socialläkare lämnade kommunen för att tillträda en annan tjänst, var det därför naturligt

att man från socialvårdens sida sökte kontakt med det nyetablerade PV som redan tidigare erbjudit sina tjänster.

Det intressanta här var att nämndens politiker inom socialvården önskade nyrekrytera socialläkare, medan en samlad aktion från socialarbetarnas sida gick fram med ett önskemål om att pröva en samverkan med PV i stället för annan socialläkarverksamhet. Efter en utredning för inventering av behovet och studier av lösningar i andra kommuner träffades ett samverkansavtal mellan Luleå kommun och Norrbottens läns landsting. (Crafoord, Eriksson & Märkström 1974).

Samverkansavtalet

Det samverkansavtal som träffades omfattade inte socialvårdens behov av psykiatrisk service inom åldrvård och inte PBU-service till barnomsorgens institutioner.

Utanför avtalet med PV har socialvården andra samsarbetsformer med försäkringskassa, vårdcentraler och annan socialmedicinsk verksamhet inom kommunen.

Man kan således säga att socialläkarfunktionerna inom Luleå kommun splittrades upp på dels samverkansavtal med primärvården vid vårdcentralerna, dels i ett avtal med PV. Avtalet innebär att PV svarar för socialpsykiatrisk service inom Luleå kommun och i gengäld svarar Luleå kommun för ekonomiska resurser motsvarande en bitr. överläkare, en psykolog och en teamassistent (läkarsekreterare) vid Psykiatriska Verksamheten.

Landstinget kvarstod som huvudman för dessa tjänster och den ytterligare läkartjänsten kunde genom överenskommelse med Socialstyrelsen tillskapas genom att man samtidigt vakanthöll den socialläkartjänst som medgivits för kommunen. (Pga rekryteringssvårigheter har denna läkartjänst aldrig kunnat tillsättas vid PV.).

Samarbetets praktiska utformning

Den första åtgärden var att PV indelade sitt upptagningsområde i samma distrikt som gällde för socialvården inom kommunen så att varje socialvårdsdistrikt som betjänas av en arbetsgrupp inom socialbyrån motsvaras av en liten definierad arbetsgrupp

.....
Psykiatriska Verksamheten indelade sitt upptagningsområde i samma distrikt som gällde för socialvården.
.....

vid PV för samma område. PV:s personalgrupp kunde genom den vidtagna förstärkningen från kommunen på detta sätt uppdelas i fyra små psykiatriska team om sammanlagt 4–5 personer. Varje sådant team skulle svara för den öppna mot-tagningsverksamheten i sitt upptagningsområde samt konsultationerna vid vårdcentraler och för so-cialbyrån i samma område. Den gemensamma kun-skapen om området underlättade härvid samarbetet kring gemensamma handläggningar.

Olika delar av samarbetet

PV:s samarbete med Socialförvaltningen kom att huvudsakligen beröra sex delområden 1) handledning och samverkan med Socialförvaltningens utrednings- och behandlingsavdelning, 2) samarbete med medicinskt ansvar för verksamheten vid alkoholpolikliniken samt konsultarbete vid inackorde-ringshemmet Brogården, 3) handledning av Social-förvaltningens hemma-hos-terapeuter, 4) deltagan-de i fortbildningsverksamhet, 5) deltagande i plane-ringsfrågor etc, 6) deltagande i samhällsarbete.

Handledning av distriktsgrupperna

Samtliga distrikt vid Socialförvaltningen har under den redovisade perioden haft regelbundna samman-komster med var sin "konsult" från PV. Man har träffats omkring var 14:e dag, och innehållet i sam-mankomsterna har varierat beroende på de olika förutsättningarna i distrikten. Man har i olika former diskuterat psykologiska problem i arbetet, psykiatriska ärenden, svåra vårdnads- eller rehabili-teringsärenden, och konsulten har funnits att tillgå för gemensamma hembesök, akuta insatser och lik-nande. Ett av distrikten omfattade ett nyetablerat bostadsområde, och här beslöt man från början samarbeta inom inte bara traditionellt socialt utred-ningsarbete men också inom "förebyggande arbe-te".

Konsultationerna ägnades åt dessa verksamhets-

områden var för sig vid olika typer av konferenser som regelbundet återkom.

Sammankomsterna rörande förebyggande arbete mynnade så småningom ut i en studiecirkel för ori-entering i metoden "grannskapsarbete" som ledde till en kritisk granskning av den traditionella social-vårdens möjligheter och begränsningar vad gäller att arbeta inom förebyggande arbete.

Handledningssammansammankomsterna syftade till att erbjuda ett psykoterapeutiskt perspektiv för en ana-lys av vad som händer i mötet mellan socialarbetare och klient, så att man i distriktsgruppen småningom kunde få en djupare förståelse för varför en klient handlar som han gör, för relationsproblematik av olika slag samt för socialassistenternas egna svårigh-eter att klara av besvikelser och svikna förhopp-ningar i arbetet och speciellt då kanske också hjälp att klarare dra gränser kring vad man kan och inte kan göra som socialassistent. Allt eftersom en ökad trygghet växte fram i gruppen utvecklades hand-ledningsarbetet mer till vad man kalla "assistent-orienterad handledning", d v s att man tog upp egna känslor, upplevelser och svårigheter i arbetet.

Vid diskussioner om handledningsverksamhetens betydelse vid socialförvaltningen har man ganska enhälligt framhållit att verksamheten ökat socialar-betarnas kompetens, möjliggjort mer nyanserade bedömningar och också gett själva arbetet en både vidare och djupare dimension. En förutsättning för denna utveckling torde vara att man hela tiden arbe-tat med en utifrån kommande konsult och att den sociala verksamheten och den psykiatriska verk-samheten tillhört skilda referensgrupper med skilda perspektiv.

.....
I socialförvaltningen har man ganska enhäl-ligt framhållit att verksamheten ökat socialar-betarnas kompetens. En förutsättning för den-na utveckling torde vara att man hela tiden arbetat med en utifrån kommande konsult och att den sociala verksamheten och den psykiat-riska verksamheten tillhört skilda referens-grupper med skilda perspektiv
.....

Samarbete vid alkoholpolikliniken

Alkoholpolikliniken i Luleå är jämförelsevis välutrustad och har öppet dygnet runt 365 dagar per år samt har 9 avgiftningsplatser. I avtalet har ingått att läkare från PV med ca 8–10 veckotimmar sörjt för ansvaret för tillsyn och avgiftning och medicinsk service vid alkoholpolikliniken. Därtill har personalgruppen erbjudits handledning och viss fortbildningsverksamhet, vilket möjliggjort uppbyggnad av försök att vid alkoholpolikliniken bedriva stödjande psykoterapi, viss familjebehandling samt förebyggande verksamhet, bl a i form av ansvaret för en frågespalt om alkoholfrågor i lokalpressen. Liksom vid liknande inrättningar har verksamheten vid alkoholpolikliniken präglats av det kroniska alkohol-klientelet, vilket brukar motsvaras av en liknande kronisering hos personalen som småningom blir frustrerad, trött och uppgiven. Intrycket är att samarbetet med PV och konsultationerna har gett arbetet en något annorlunda prägel och ökat arbetstillfredsställelsen genom att man ömsesidigt kunnat stödja varandra att acceptera de "hopplösa" ständigt återkommande patienterna som ett arbetsvillkor för att i stället kunna ägna energi åt dem som ännu inte nått detta stadium. Tyvärr har resurserna inte medgett utveckling av de förebyggande insatser i samarbete med fackklubbar, frivilliga organisationer o s v som man önskat.

Konsultarbetet vid inackorderingshemmet Brogården med 19 platser har i första hand inneburit samtalsgrupper, dels med personalen som en stödjande personalgrupp dels under en period som en öppen samtalsgrupp för bl a gäster på hemmet.

Handledare från PV har också verkat som stöd för personalen i kursinriktad fritidsverksamhet i samarbete med Sunderby Folkhögskola.

Handledning av hemma-hos-terapeuterna

Hemma-hos-verksamheten har funnits i Luleå kommun sedan 1973. Från början rekryterades hemma-hos-terapeuterna från hemvården. Målsättningen från Sociala Centralnämnden var att erbjuda ett bättre förebyggande arbete och undvika tvångsin-gripanden. Verksamheten uppbyggdes genom socialläkargruppen i Luleå, och handledaren hade psykoterapeutisk och familjeorienterad inriktning.

När samverkansavtalet med PV kom till stånd var det därför naturligt att fortsätta utveckla hemma-hos-arbetet mot en alltmer psykoterapeutisk inriktning, genom att handledaren från PV hade denna inriktning och kompetens. Gruppen består nu av 7 anställda, varav 4 st kommer från hemvårdsgruppen, 1 är socionom, 1 fil kand och 1 mentalsköterska. Klientfamiljerna förmedlas genom socialassistenterna, och arbetet planeras i samråd mellan familjen, hemma-hosaren, handledaren och socialassistenten. Själva hemma-hos-arbetet tillgår ungefär så som har beskrivits av Cederblad & Dörner 1971 och kan närmast beskrivas som praktiskt-pedagogiskt, social träning och stöd hos problemfamiljer och ibland ensamstående. Insatserna växlar från 1/2 till 2–3 dagar per vecka under 2 månader–2 år. Under den redovisade perioden har man hunnit arbeta med över 100 familjer.

Hemma-hosarna är en behandlingsresurs som utredningsavdelningen vid Socialförvaltningen förfogar över, men de tillhör alltså vårdavdelningens hemvårdare, en organisatorisk otymplighet som man hoppas skall undanröjas.

Hemma-hos-terapeuterna är uppdelade i två handledningsgrupper som träffas varje vecka, varannan gång med handledaren från PV. Arbetet är mycket påfrestande, dels arbetstyngden i sig, dels genom att man arbetar ensam i familjen utan stöd av arbetskamrater. Kontinuerlig handledning är därför en förutsättning för att hemma-hosarna skall kunna göra ett bra jobb och ändå bevara sin egen psykiska hälsa. Handledningen har alltså en mentalhygienisk uppgift och har utvecklats från att vara ärendeorienterad till att ta upp hemma-hosarnas svårigheter på ett djupare och mer personligt plan. Den har därmed gett möjligheter till utveckling och självkänedom och därigenom också ett allt bättre behandlingsarbete.

Fortbildningsverksamhet

PV har deltagit i fortbildningsverksamheten inom Socialförvaltningen genom kurser i utvecklingspsykologi, familjeterapi och liknande för olika personalgrupper, bl a hemvårdsassistenter, barnsamariter och personalen vid alkoholpolikliniken.

Deltagande i planeringsfrågor

PV har konsulterats i aktuella frågor, där Socialförvaltningen varit remissinstans samt i diskussioner om barnomsorgsfrågor samt i särskild arbetsgrupp om nattöppna daghem.

Deltagande i samhällsarbete

På detta område har samarbetet varit blygsamt. En del diskussioner har hållits kring kvartersarbete i ett planerat bostadskvarter som p.g.a. avvecklingen av Stålverk 80 ej slutfördes, kvartersarbete i ett annat av Luleås kvarter samt samhällsarbetet i kvarteret Kristallen som finns redovisat på annat håll (Jörn-gården och Crafoord 1974).

Samarbetets kvantitativa omfattning

Samarbetets kvantitativa omfattning återfinns i *tabell 1*.

Av sammanställningen framgår att det huvudsakliga arbetet har varit konsultationer och handledning, medan omfattningen av det direkta klient- eller patientarbetet varit mindre omfattande vid socialbyrån, medan förhållandet är det omvända vid alkoholpolikliniken. En stor del av patientarbetet vid socialbyrån har varit patientkontakter och hembesök inom hemma-hos-verksamheten, en mindre del är patientkontakter vid socialmedicinska utredningar, sociala krissituationer med komplicerande psykiatrisk problematik, vårdintyg och liknande. Vid patientkontakter i samarbete med socialbyrån har alltid socialbyrån tagit initiativet till kontakten mellan PV:s konsult och patienten eller familjen.

.....
Psykiatriska verksamhetens huvudsakliga insatser har varit konsultationer och handledning medan omfattningen av det direkta klient- eller patientarbetet varit mindre omfattande vid socialvården, medan förhållandet är det omvända vid alkoholpolikliniken.
.....

Under 1976 förekom ett intensivt samarbete med diskussioner och fortbildning i samhällsarbetsfrågor, och under 1977–78 har en utökad fortbildning ägt rum vid alkoholpolikliniken vilket bör beaktas när man överblickar den genomsnittliga omfattningen av samarbetet.

Diskussion

En förutsättning för samverkansavtalet har varit, att såväl Psykiatriska Verksamheten som socialförvaltningen företräder en familjeorienterad behandlingsinriktning.

Båda enheterna företräder samhällsintressen och genom samverkan ökar också den sociala kontrollen. En skillnad finns emellertid genom att PV i sitt *direkta patientarbete* särskilt tryckt på frivillighetsprincipen, medan däremot Sociala Centralnämnden har ett i sociallagstiftningen fastställt individuellt vårdansvar.

PV inser det stora behovet av psykiatrisk hjälp som finns bland människor som inte frivilligt söker sig till psykiatrin. PV erbjuder därför ett *indirekt patientarbete*, innebärande att man genom samver-

Tabell 1. Omfattning av samarbetet 74.10.01–78.09.30 beräknat som timmar i direkt samarbete med socialvården. Därtill angivet antal hembesök som ägt rum inom ramen för detta samarbete.

	Alkoholpol.		Socialbyrån		Antal hembesök
	Konferensarbete	Patientarbete	Konferensarbete	Patientarbete	
1974–75	150	385	795	164	47
1975–76	179	418	865	311	56
1976–77	131	375	1 053**	106	52
1977–78	232*	321	588	171	76
	692	1 899	3 305	752	229

* Utökad fortbildningsverksamhet.

** Intensiv aktivitet i samhällsarbetsfrågor.

kan står till tjänst med handledning, konsultation och också medverkan i klientarbete för tex socialvård, polis eller på vårdcentraler.

PV:s betoning av frivillighet ingav farhågor hos Socialnämnden inför den samverkansperiod som inleddes. Kommer PV med sin inriktning att medverka vid tvångsingripanden? Kommer individintresset som PV företräder att komma i konflikt med det samhällsintresse som socialvården företräder? Kommer PV och socialvården att samarbeta på lika villkor? Kommer socialförvaltningen att få tillgodo de resurser som är utlovade? En viktig fråga här är frivillighet/tvång i det terapeutiska arbetet. Vi har blivit alltmer varse att en konflikt mellan de olika intressena och ansvarsområdena föreligger och har sökt lösa situationen så, att vi har accepterat oförenligheten och pekat på nödvändigheten att ständigt definiera begreppen – också inför klienterna – så att tvång blir tvång och frivillighet blir frivillighet. Risken i samarbetet är här hela tiden de glidningar som kan medföra att frivilligheten ("sök nu hjälp frivilligt! Annars . . . !") blir ett subtilt tvång.

"En svårt paranoid man som genom stöd från både PV och socialvården levt balanserat under flera år blir mer plågad och håller en 13-årig dotter praktiskt taget inlåst. "Alla är fiender". Dottern vägrar all kontakt med modern som anmäler ärendet. Efter diskussion i gruppen görs gemensamt hembesök med polis, och medföljande konsult från PV ordnar med tvångsintagning utan att tala om vård utan endast genom att benämna det tvång och det våld som patienten utsatts för. "Nu kommer commandotrupporna!" Man accepterar rollen som fiende. Dottern som fortsatt vägrar kontakt med modern medges efter långt resonemang att bo kvar ensam och accepterar den tillsyn som man ordnar från socialvården.

Utvecklingen inom socialvården har dock gått från tvång mot alltmer frivillighet, men denna ambition gör att man ibland tror sig arbeta med frivillighet, där det i själva verket är fråga om tvång. Detta har belysts i konkreta ärendediskussioner under handledningen i distriktsgруппerna. Därvid har idéer som framförts av B. Larsson 1973 tillämpats. Många ärenden av tvångskaraktär har aldrig berört

.....
Samarbetet har tillfört socialassistenterna kunskaper att själva klara av psykosociala problem utan att det nödvändigt blir "psykiatri".
.....

PV när de bedömts så klara och socialt betingade att de handlagts via samarbetet mellan socialvården och vårdcentralerna.

Det slutliga svaret på om socialvårdens farhågor haft någon grund kan förhoppningsvis ges i den vetenskapliga utvärdering av PV som pågår med stöd från Delegationen för Social Forskning.

Man anser vid socialbyrån att samarbetet med PV har höjt socialarbetarnas kompetens. Man har tillsammans utarbetat problemlösningar som annars inte kommit till stånd. Samarbetet har också tillfört socialassistenterna kunskaper att själva klara av psykosociala problem utan att det nödvändigt blir "psykiatri".

En medelålders kvinna som länge plågats i ett olyckligt äktenskap kommer gång på gång till socialbyrån och klagar på att hennes man misshandlar henne men tar vid närmare samtal alltid tillbaka alltsammans. Detta upprepar gång på gång. Via stöd från PV:s konsult kan kvinnan ställas inför att antingen ta hoten på allvar eller sluta med de ständiga klagomålen. Socialassistenten kan sedan stödja henne till en ny bostad sedan hon under stor vända tagit beslutet att lämna mannen. När denne trakasserar henne i nya bostaden kan hon med socialassistentens hjälp hålla allt bättre stånd genom att ta sin situation på allvar, och trakasserierna upphör småningom. Inga psykiatriska, endast sociala ingripande krävdes.

Man har diskuterat socialarbetarens roll i relation till sina klienter och arbetssituation, begränsningar och möjligheter. I en grupp studerade man den egna verksamheten genom ingående dagboksanteckningar av socialassistenterna. Rollspel har ibland använts för att avslöja den ömsesidiga misstro som ibland smyger sig in under ytan i det dagliga arbetet. Den terapeutiska hållning som blivit följden har inneburit ett kvalitativt bättre arbete, större tilltro till egna resurser och således en mentalhygienisk effekt. Socialvården har i sin tur tagit ut PV:s medar-

betare på "fältet" där de haft möjlighet att möta en verklighet som man inte ser inne på en skyddad mottagning.

Mindre framgångsrika samarbetsområden

De gemensamma försöken att utveckla samhällsarbete och att medverka i samhällsplanering har inte utvecklats och tillvaratagits. Här har rutinuppgifter och dagligt arbete som så ofta tagit överhanden, och orken för de övergripande diskussionerna har sinat. Här har också funnits meningsskiljaktigheter som inte tillräckligt ventilerats.

De kroniskt sjuka men från mentalsjukhuset utskrivna eller försöksutskrivna patienterna har enligt gjorda planer haft att komma till vårdcentralerna för kontakt med främst distriktssköterska och distriktsläkare. Deras sociala problem har inte uppmärksamats, och de har blivit en "bortglömd" grupp. PV har inte känt något direkt ansvar för dem, vårdcentralens ansvar har inskränkt sig till mediciner, och det psykiatriska sjukhuset har släppt taget. En sektoriserad psykiatri med öppen och sluten vård i samma organisation skulle på ett helt annat sätt tillgodose behoven för denna grupp.

Framtidsperspektiv

Socialvårdens övervägande mycket goda erfarenheter av samarbetet med PV har medfört att man är klar över sin inriktning för framtiden. Det är viktigt att inte genom uppbyggnad av socialmedicinska resurser skapa parallella organisationer med landstinget. Landstinget bör genom en organisation som PV svara för socialmedicinska och psykiatriska insatser och handledningsverksamhet av typ som redovisats ovan. I Socialstyrelsens principprogram skisseras en gränsdragning, där kommunen förutsätts svara för övervägande socialt och psykologiskt betingade störningar, vilket innebär att kommunen måste ha ökad kompetens på dessa områden. Sociala Centralnämnden i Luleå anser att

De kroniskt sjuka men från mentalsjukhuset utskrivna patienterna har blivit en "bortglömd" grupp.

Socialvårdens övervägande mycket goda erfarenheter av samarbetet med PV har medfört att man är klar över sin inriktning för framtiden.

gränsdragningen är rimlig utifrån de tankar som skisserats i socialtjänstlagen om utökad social service. Parallella uppbyggnader är dock ej att rekommendera.

Måhända kan det samarbete som ovan skildrats mellan PV och socialvården ses som en lösning där kommunen genom att ekonomiskt svara för en del av landstingets öppna psykiatri svarar för sin del av psykologkompetensen. Den kvarhålls då inom den psykoterapeutiska kultur som finns vid PV och som är en förutsättning för dess verksamhet. Vid PV anser vi att denna kulturs vidmakthållande inom en och samma enhet är en förutsättning för att kunna bedriva det slag av kvalificerad handledning och konsultationsverksamhet som nu äger rum.

Slutsatser

Vad är psykiatri? Vart hör psykiatrin? Vart hör psykoterapi? Vilka vill socialtjänsten betjäna? Vilka vill komma till psykiatrin? Vem vill ha tvånget? Vem skall tvingas ha tvånget? Socialtjänsten? Psykiatrin?

Dessa är några frågor som tillsammans ställs av psykiatriarbetare och socialarbetare i den människovårdens identitetskris som nu äger rum och som mer eller mindre tydligt ventileras i diverse utredningar.

Mot bakgrunden av dessa frågor bör man se det alexanderhugg med vilket Socialstyrelsens principprogram för psykiatrin vill lösa knuten. Våra erfarenheter från Luleå talar inte för något alexanderhugg av detta slag och stöder inte principprogramets slutsatser. Socialnämnden har betonat att socialvården behöver mer psykologisk kompetens men framhåller samtidigt det olyckliga i parallella organisationer.

Luleåmodellen med ekonomiskt ansvarstagande för en del av de psykiatriska öppenvårdstjänsterna känns här som ett onödigt byte av pengar inom den

Det är likgiltigt från vem lönepengarna kommer så länge vi kan hålla samman den psyko-
 terapeutiska kultur som vi anser vara en förut-
 sättning för vår funktion som handledare och
 konsulter.

offentliga sektorn. Denna känsla hos oss kan vara
 ett uttryck för att det för Psykiatriska Verksamhe-
 ten är likgiltigt från vem lönepengarna kommer så
 länge vi kan hålla samman den psyko-
 terapeutiska kultur som vi anser vara en förutsättning för vår
 funktion som handledare och konsulter. Vi är tvek-
 samma till om vi kan upprätthålla den om vi smälter
 samman med socialvården men vi är lika tvek-
 samma om vi kan behålla den om vi skulle smälta
 samman med sjukvården. Den psykiatriska öppen-
 vårderna kan i en sektoriserad organisation säkert ha
 en anknytning till det psykiatriska sjukhuset, men
 den kan lika gärna ha anknytning till socialvården.
 Vår enda säkra slutsats är att den måste hållas sam-
 man, så att en psykiatriskt och psyko-
 terapeutiskt arbetande grupp kan växa genom egen intern fort-
 bildning och handledning, genom självgranskning
 av erfarenheter och utveckling av metoder och ruti-
 ner.

Det psykiatriska öppenvårdsteamet måste vara
 tillräckligt litet för att ge trygghet i den lilla gruppen
 och tillräckligt stort för att ge självständighet –
 både i förhållande till sjukvårdens organ och till
 socialvårdens.

LITTERATUR

- Ahlin, G: Socialläkargruppens första fem månader (sten-
 cil, 1973)
- Cederblad, M. & Dörner, E.: "Hemma-hos-terapi" på en
 rådgivningscentral. Psykisk Hälsa 12: 254–266, 1971.
- Crafoord, C., Eriksson, G & Markström, E.: "Läkarmed-
 verkan inom kommunal socialvård" Utredningsrapport,
 Stencil, Luleå kommun 1974.
- Crafoord, C. & Lassinantti A-G: Ett år med Psykiatriska
 Verksamheten i Luleå. Läkartidningen 71: 2377, 1974.
- Jörngården, S. & Crafoord, C.: Kristallenprojekt – ett
 försök med sk samhällsarbete vid Psykiatriska Verk-
 samheten i Luleå, Psykisk Hälsa 15: 47–61, 1974.
- Larsson, Bo & al.: Rapport från en barnavårdsbyrå,
 Almkvist & Wiksell 1973.
- Westrin, C. G.: Samordning av medicinsk och social vård
 vid en vårdcentral, Soc. Med. Tidskrift 50:9, 1973.
- Den Psykiatriska Vårdens målsättning och organisation,
 remisshandling, 1973.
- Socialutredningen SOU 1974: 39.
- Förslag till Lag om Socialtjänst 1977.
- Hälso- och sjukvård inför 80-talet, Socialstyrelsen anser
 1976: 1, 1976.
- Samordnad medicinsk och social service (SAMSS-projek-
 tet) Kommunförbundet 1976.
- Dalby: Samverkan sjukvård-socialvård i en vårdcentral,
 Socialstyrelsen redovisar 1977: 3.
- Psykiatrisk Hälso- och Sjukvård. Förslag till princippro-
 gram. Socialstyrelsen redovisar 1978: 5.