

Att vara kurator inom somatisk vård

Solveig Bergner

Ingrid Johansson

Yvonne Ericson

Barbro Stålfelt

4 kuratorer vid Motala lasarett: Barbro Stålfelt, chefkurator, Ingrid Johansson, kurator vid medicinkliniken, Solveig Bergner och Yvonne Ericson, kuratorer vid långvårdsklinik, berättar om sin vardag vid ett landsortslasarett och gör reflexioner kring arbetets innehåll och arbetsmetoder.

Alla har tidigare erfarenhet från andra arbetsområden bl.a kommunal socialvård, skolhälsovård och psykiatrisk vård.

Några data om sjukhuset och upptagningsområdet

I sjukvårdsdistriktet finns fyra kommunblock med en sammanlagd befolkning av 87 100 personer 1976-12-31. Industrin är koncentrerad till tätorterna Motala och Mjölby. I övrigt är det en ganska utpräglad jordbruksbygd.

Antalet ålderspensionärer i förhållande till hela befolkningen är störst i detta sjukvårdsdistrikt.

Ett nybyggt sjukhus i Motala togs i bruk 1970. Det omfattar tre kliniker: kirurgi-, medicin- och kvin-noklinik.

Antalet vårdplatser är 274, fördelade på fyra storvårdsavdelningar. Dessutom finns intensivvård, operation, röntgen, förlossning, tandvård, arbetsterapi, fysioterapi och kliniskt kemiskt laboratorium. Fyra dialysplatser finns också.

En väl utbyggd konsultverksamhet förekommer för ögon, öron-, näs- och hals, barn, hud, infektion, ortoped och urolog.

Drygt 1000 fast anställda är sysselsatta inom

akut- och långvården. Antalet vård dagar var 1976 183 746 inkl långvård.

Kuratorsorganisationen består av 8 kurators-tjänster och 1,3 kontorister. Kontoristerna skriver åt kuratorerna inom akutvården, långvården och hälsovården. De sköter registrering av ärenden, passar telefon i viss utsträckning, hämtar journaler, gör en del telefonförfrågningar och sköter vissa post- och bankärenden åt patienter. Vid årets slut hjälper de också till med sammanställning av statistik. Vi har ännu ej funnit någon bra form för utvärdering av vårt arbete, utan kör i gamla hjulspår med åtgärdsstatistik. Den har dock förenklats från år till år. Vi funderar på att från 1978 gå in för stick-provsstatistik exempelvis en vecka per kvartal.

Birgittas sjukhus med sina 920 platser kom för några år sedan in under samma direktion som Motala lasarett. Då sammanslogs olika administrativa funktioner. Det utreddes också, huruvida de paramedicinska grupperna kunde gå in under en gemensam organisation. Det blev av olika anledningar inget resultat av denna utredning. Det är dock planer på att ta upp dessa frågor till förnyad diskussion.

Arbetsuppgifter på akutklinik Medicinklinik

Att vara kurator på de medicinska akutavdelningarna och på den medicinska mottagningen innebär, att man konfronteras med problem av mycket skiftande slag. Ofta det enkla problemet, vars lösning är självklar, men också de tunga, komplexa problemhärvorna, som av en eller annan anledning blivit akuta på lasarettet, eller som i sig själva är den främsta orsaken till att patienten insjuknat. Man vet

De äldres specifika problem dominerar.

idag, att det är viktigt att skaffa sig en helhetssyn på patienten för att få grepp om vad som är orsak och verkan i sjukdomshistorien och en möjlighet att med större säkerhet föra patienten mot tillfrisknande. Man kan därför med fog hävda att helhetssynen är en viktig arbetsmodell i dagens somatiska sjukvård, men tyvärr mycket svår att uppnå därför att den är så tidskrävande.

Som de flesta vet upptas flertalet sängar på sjukhusens medicinska avdelningar av äldre människor. Av 96 sängar, fördelade på 3 avdelningar, upptogs i skrivande stund 80 st. av patienter födda 1912 eller tidigare. Detta medför, att de äldres specifika problem dominerar. Frågan om hemsamarit är för många gamla en mycket väsentlig fråga. Med den står och faller ofta deras möjligheter att bo kvar hemma. Får de sin hemsamarit är deras bekymmer ur världen.

Annat är det för de äldre, som på lasarettet får klart för sig att det inte längre går att klara sig själv med enbart samarthjälp. Han eller hon måste kanske tänka sig att tillbringa resten av livet på ålderdomshemmet. Det kan vara mycket svårt. Som kurator upplever man det som viktigt att i möjligaste mån ge dessa patienter och deras anhöriga tid för omställning. Det kan ta någon vecka, kanske flera, innan patienten får en riktig uppfattning om, vad han eller hon kan klara av själv. Det gäller att acceptera att man inte längre förmår få sin tillvaro att fungera utan hjälp, att man delvis är beroende av andra människor. I det läget blir tom ålderdomshemmet en positiv möjlighet – en plats där livet trots alla handikapp kan gå vidare. Först då har man ett bra utgångsläge för den för patienten så genomgripande omflyttningen.

En del gamla patienter oroar sig mycket för att något skall hända dem på natten, då de är helt hänvisade till sig själva. Denna rädsla kan påverka deras hälsotillstånd negativt – såväl psykiskt som fysiskt. Rädslan brukar ofta dyka upp när hemskrivningen närmar sig. Då är det viktigt att dessa patienter

får berätta om sin skräck för de ensamma nätterna. Som kurator söker man i regel praktiska lösningar på detta problem. Ofta är en ansökan om plats på ett ålderdomshem eller om en servicelägenhet det som till sist gör dessa patienter någorlunda lugna. De vet då, att deras ensamhet inte kommer att räcka för alltid.

Det händer förhållandevis ofta, att gamla patienter berättar att de bor ensamma i ett litet hus långt borta från tätortens service. Husen är då och då utan alla moderna bekvämligheter. Dessa patienter behöver hjälp med ansökan om annan lämplig bostad och ibland också om färdtjänst.

De allra tyngsta vårdpatienterna på medicinavdelningarna remitteras till långvården. Med dem har man kontakt endast i undantagsfall då patienten på långvårdskliniken blir föremål för adekvata kura-torsinsatser.

Stora och tidskrävande är de problemkomplex som patienter med *alkoholproblem* representerar. När de av en eller annan anledning tas in på lasarettet, försöker vi snarast etablera en kuratorskontakt. Denna vidgas mycket snart till att omfatta också makan/maken. I första skedet, försöker man arbeta med täta samtal med patienten ensam, med makan/maken ensam och med makarna tillsammans. När det fungerar som bäst deltar en av avdelningsläkarna i samtalen. Denna arbetsmodell kräver lång tid och siktar till att göra patienten motiverad att själv arbeta vidare med sina missbruksproblem efter sjukhustiden. Detta i sin tur innebär att man måste hjälpa patienten att etablera ett flertal kontakter utanför lasarettet.

Vår kontakt med patienten upphör inte självklart i och med att de nya kontakterna börjar fungera.

Också med våra *intoxpatienter* önskar vi snabbast möjligt få kontakt. Ofta remitteras dessa patienter till psykiatrisk behandling, men det händer då och då, att patienten absolut inte vill resa till Birgittas sjukhus i Vadstena. Patienten tycker att han fått fin kontakt här på lasarettet och deltar motiverat och nyanserat i samtalen. Vi tvingar aldrig en patient till en psykkonsultation, men känner ett stort behov av en psykiaters stöd. Något sådant har vi för närvarande tyvärr ingen möjlighet att få i Motala, men önskemålet därom toppar vår lista på fram-

Känner ett stort behov av en psykiaters stöd.

tida åtgärder för att förbättra patientvården.

Ett sådant stöd skulle också vara till stor hjälp i många trassliga *äktenskapssituationer*, som det ibland faller på vår lott att bearbeta. Det kan gälla en intagen alkoholmissbrukare, en nervös mage, en intoxpatient o s v som kommer in för medicinsk behandling. När vi tar kontakt med patienten visar det sig kanske att hans/hennes äktenskap är så problemfyllt att det obönhörligt kräver en ordentlig genomarbetning för att man ska kunna hjälpa patienten till tillfrisknande. Naturligtvis erbjuds dessa patienter familjerådgivning, men då och då säger sig också dessa patienter mycket hellre vilja fortsätta på lasarettet med den redan etablerade kontakten. Är vår kontakt med patienten fin, arbetar vi då vidare med honom/henne. Möjligheten att då diskutera igenom ett sådant ärende med en erfaren psykiater, skulle underlätta arbetet väsentligt och förvandla en ibland besvärande osäkerhet till trygghet.

På vår lott faller också kontakter med *reumatiker*. Denna patientgrupp förefaller vara satt på undantag och några rutinmässiga kontakter med kurator etableras sällan på sjukhuset. Endast när det krävs att en överläkare undertecknar ett intyg av något slag, får vi en perifer kontakt med patienten. Reumatiker liksom diabetiker är patienter som ur socialmedicinsk synpunkt av allt att döma skulle behöva stora kurativa insatser.

Stora och svåra är de *ensamma människornas problem*. Det gäller människor i alla åldrar. De har alla det gemensamt att de av en eller annan anledning hamnat utanför någon form av riktig mänsklig gemenskap. I denna grupp finner man den udda och mycket speciella människan, men också genomsnittsmänniskan, lik vem som helst av oss. Ensamhetskänslan är för dem alla ett allvarligt problem som fördyrar deras tillvaro, ofta förtar deras själv-

De ensamma människornas problem.

förtroende och försvagar deras livslust. De måste på något sätt få hjälp. Ibland räcker det med att vi tillsammans med patienten planerar tiden efter sjukhusvistelsen och bara ser till, att patienten remitteras till ett konvalescenthem, men ibland måste vi angripa själva ensamheten. Detta är svårt och kräver många samtal och en motiverad patient.

Kirurgklinik

Där möter kuratorn den stora skaran av äldre patienter med *frakturer* av olika slag. I de fallen blir hemhjälp- och placeringsfrågor mest aktuella. I dessa skenbart enkla ärenden kan det ibland gå åt en hel del tid till samtal med patienterna själva, anhöriga, myndigheter och institutioner, innan man hittar godtagbara lösningar.

Där finns *trafikolycksfallen*. Det är kanske fler i en familj som skadats eller förolyckats. De överlevande är chockskadade och behöver tala om sin rädsla och sin sorg. Det uppkommer också praktiska frågor om begravning, försäkring m m.

Vidare finns där *människor som misshandlats* av anhörig och behöver hjälp att reda ut sin situation.

Patienter, som av olika anledningar fått en arm eller ett ben amputerat, ska ställa om sig till ett nytt liv och behöver hjälp med den anpassningen.

En stor patientgrupp utgöres av de *cancersjuka*. De har inte bara drabbats av vetskapen om sjukdomen utan kanske också av ingrepp i sin kropp t ex ett bortopererat bröst, en stomi eller håravfall genom cellgiftsbehandling. Såväl patienten som dennes familj behöver stötts och hjälpas på alla vis för att anpassa sig till sin nya tillvaro.

Det finns på en kirurgklinik många patienter, som efter operation ganska snart uppnår full hälsa. Det kan röra sig om blindtarmsinflammation, gallsten och dylikt. Hög ålder, ensamboende, alkoholmissbruk är exempel på sådant som kan komplicera och förlänga tillfrisknandet och kuratorn får då försöka bereda patienten lämplig eftervård eller skaffa hemhjälp.

Av ovanstående patientkategorier är det bara en som kuratorn automatiskt får kontakt med och det är *kvinnor med bröstcancer*. Kuratorn har ordinationsrätt på bröstprotes och får den första kontakten med kvinnan, när information om hjälpmedlet

Kuratorn har hela tiden tidspressen över sig.

ges. I regel hinner man med ett par samtal under kvinnans vistelse på avdelningen. Hon erbjuds sedan fortsatt samtalskontakt vid utskrivningen.

Övriga patienter kommer till kuratorn via läkare eller avdelningspersonal. Patienter tar själva kontakt eller också gör anhöriga eller myndigheter det i en del fall. I regel är avdelningspersonalen uppmärksam och ber kuratorn ta ett samtal med patienter, som verkar ha bekymmer.

Döende patienter följer kuratorn till slutet, om det varit långvarig kontakt tidigare. Annars sker en bedömning från fall till fall, när kuratorn kan göra en insats. Det beror på patientens önskemål och på möjligheter till stöd från övriga i omgivningen.

Patientgenomströmningen på kirurgkliniken är snabb och kuratorn har hela tiden tidspressen över sig. När det akuta skedet av sjukdomen är över, måste patienten vidare. Vi har förmånen att ha en långvård, som numera efter ganska kort tid kan ta över patienter. Det finns två konvalescenthem i landstingets regi i östra delen av Östergötland och några privata sjukhem och vilohem här i västra delen. Väntetiderna är i regel inte så långa. Däremot är det betydligt bekymmersammare att få plats på ålderdomshem och tidvis räcker inte heller hemsamarithjälpen till.

Arbetsmetoder

Äldre människor är idag den största patientgruppen, men många av de problem de aktualiserar är ändå inte så tidskrävande. Ofta gäller det endast att kontakta serviceavdelningen på socialförvaltningen för att anmäla behovet av hemsamarit, att hjälpa patienten ansöka om färdtjänst, om annan bostad eller om plats på ett ålderdomshem. Allt är, om man så vill, att hänföra till den illa beryktade fixarroll, som kommit att stå som motpol till alla våra önskningar om, vad vi egentligen vill utföra som socialarbetare – kuratorer – terapeuter. Ändå innebär den rollen mycket kunskap om social rutin i alla tänkbara for-

mer och ger ofta ett påtagligt resultat, som är positivt för patienten. "Fixandet" måste föregås av ett eller flera samtal med patienten. Man måste veta, att man rätt uppfattat patientens situation i hemmet och på lasarettet för att på bästa sätt kunna forma tiden efter sjukhusvistelsen. Är det resultatet av dessa samtal som kallas "fixa" då är det i sanning en uppgift som med orätt nedvärderas. "Fixarjobbet" visar sig dessutom många gånger vara ett bra och naturligt sätt att få kontakt med patienten.

Behandlingsarbete är något vi som socialarbetare eftersträvar, därför att vi anser, att vi genom vår utbildning har något väsentligt att ge patienten. Där har vi tyvärr ännu svårt att hävda oss gentemot läkare och psykologer. Det händer då och då att vi inte ens kopplas in på fall, där vi enligt vår mening och ur många synpunkter är en resurs, som rutinemässigt och självklart borde utnyttjas. Detta gäller bl a i behandlingen av nedstämda patienter. Är nedstämdheten av kliniskt depressiv karaktär ska dessa patienter naturligtvis remitteras till psykiatrisk vård, men om så ej är förhållandet, kan kuratorn ofta hjälpa genom samtalsterapi. Men för att samtalsterapi ska ge resultat krävs tid och möjlighet att samtala ostört. På vårt lasarett finns inga samtalsrum på avdelningarna och detta är en brist. Det blir svårt att ostört få samtala med patienter med grava rörelsehandikapp eller med patienter som av en eller annan anledning ej bör lämna sängen. Samtidigt är det självklart att patientens personliga integritet skall respekteras. Detta innebär bl a att personliga förhållanden måste diskuteras i enrum. Trots detta ställs i regel frågor av personlig art till patienten vid ronderna och då i närvaro av många andra, såväl personal som medpatienter. En patient som "ofentligt" utfrågas om strängt personliga förhållanden är ofta obenägen att senare, om också i enrum, tala om sig själv och sina problem. Detta måste med nödvändighet innebära, att vi missar många patienter, som egentligen skulle må väl av kurativa samtal. Vi tänker t ex på hjärtinfarktpatienter, på diabe-

"Fixarjobb" – Behandlingsarbete.

tiker, på dialyspatienter osv. Debuten av deras sjukdom innebär för dem något av en chock, mer eller mindre omstörtande i tillvaron. De måste ges verkliga möjligheter att samtala med någon, som har tid att lyssna. Det räcker inte med att avdelningspersonalen inför utskrivningen avfärdar dem med "det är OK, han har en frisk hustru". Hur hustrun och hemmiljön fungerar vet man ingenting om.

Arbetsuppgifter på långvårdsklinik

Långvårdskliniken i Motala togs i bruk 1972 och är byggd i direkt anslutning till lasarettet. Trots att kliniken är nybyggd, är vi redan trångbodda, mycket beroende på den ökade satsningen på öppen vård. På själva långvårdskliniken finns tre slutenvårdsavdelningar (188 vpl), en dagavdelning, en öppen mottagning, avdelning för lasarettens ansluten hemsjukvård (LAH) samt hemsjukvårdsbyrå med bidragsgivning och hjälpmedelsförsörjning. Till kliniken

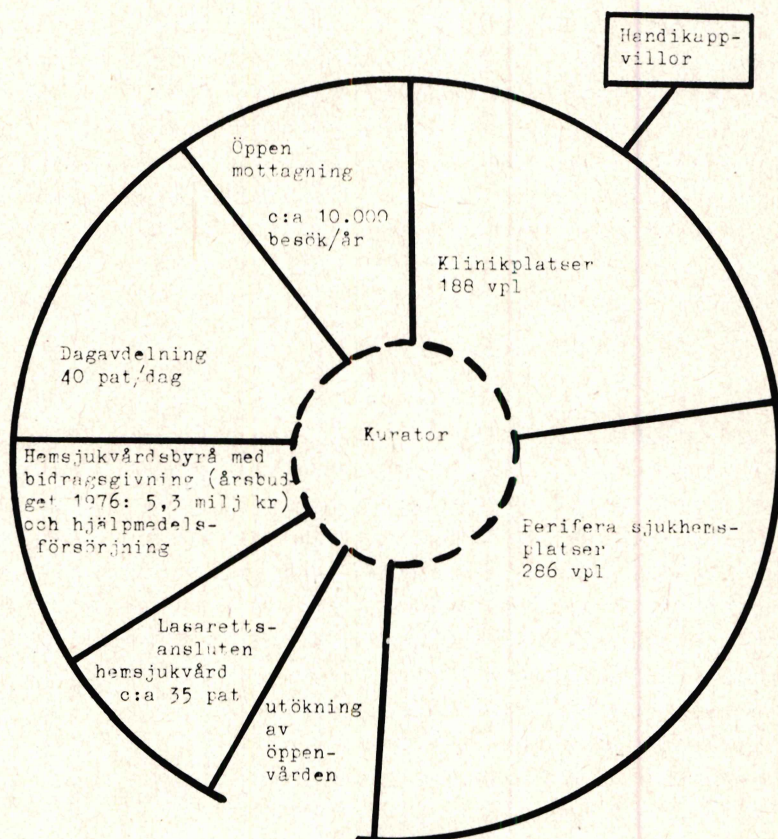
hör dessutom fem perifera sjukhem, varav två ligger i Motala, ett i Vadstena samt två i Mjölby, se *figur 1*. All intagning till långvård inom vårt sjukvårdsdistrikt sker centralt genom en intagningsköterska placerad på långvårdskliniken i Motala och direkt underställd klinikchefen. Långvårdskliniken har en väl utbyggd arbetsterapi och sjukgymnastik.

I entréplanet finns kiosk med cafeteria, som besöks flitigt av patienter och deras anhöriga. I samma våningsplan ligger dagavdelningen och socioterapi. Här finns också lokaler för hår- och fotvård.

För närvarande är två specialvillor för rörelsehindrade under uppförande i anslutning till långvårdskliniken. Villorna rymmer tre lägenheter vardera och hyresgästerna kommer att erhålla sin hjälp och tillsyn genom hemsamariter, dagavdelning och personal från lasarettens ansluten hemsjukvård.

Arbetsuppgifter

Kuratoren har en central plats i behandlingsarbetet.



Figur 1. Långvård

Kuratorn har en central plats i behandlingsarbetet, vi fungerar litet som "spindeln i nätet".

Vi fungerar lite som "spindeln i nätet" (se fig). Till skillnad från de flesta andra kuratorer inom somatisk akut- och långtidssjukvård, är vi på denna klinik den första personalkategori, som alla nyinskrivna patienter kommer i kontakt med. På andra kliniker är det inte ovanligt, att kuratorn kallas till patienten av läkare eller sköterska allt eftersom behov av hennes arbetsinsatser uppkommer. Men här på kliniken har vi en given plats i behandlingsteamet redan från första dagen.

Vid detta första sammanträffande – inskrivningssamtal – med patienten har vi till 100% även kontakt med anhöriga. Detta inskrivningssamtal har flera syften:

Vi gör en socialutredning. Resultatet av socialutredningen samt läkarens undersökning utgör ingressen på journalen och utgångspunkt för behandling av patienten.

Under inskrivningssamtalet hinner vi få en naturlig kontakt med patienten och dennes anhöriga.

Vi har även möjlighet att i lugn och ro ge information om hur vårdtiden här kommer att gestalta sig och om hur behandlingsarbetet här fungerar. Vi kan få en uppfattning om patienten och/eller de anhöriga och deras behov av stöd på grund av att de kanske befinner sig i en krissituation, utlöst av sjukdomen.

Vi har möjlighet att göra en preliminär bedömning av den kurativa målsättningen.

Genom nedanstående fallbeskrivning vill vi visa hur en patientkontakt kan te sig.

En man född 1916, kommer från lasarettets medicinklinik, sittande i rullstol, halvsidigt förlamad efter hjärnblödning.

Under inskrivningssamtalet hinner vi få en naturlig kontakt med patienten och dennes anhöriga.

Hereditärt framkommer att modern dog 78 år gammal i ålderdomssvagheter. Fadern dog 65 år gammal i hjärnblödning. Pat är nr 3/5 syskon. Äldste brodern dog i cancer. Övriga syskon lever och är friska.

Hjärtsjukdom, diabetes, TBC, reumatisk sjukdom, astma, allergi föreligger ej.

Betr patientens sociala situation framkommer att han är gift. Hustrun är 57 år och frisk. Deltidsarbetar varje förmiddag i en skolbespisning. Patienten arbetar som taxichaufför. Är sjukskriven. Makarna har 4 barn. 1 son, 20 år, bor kvar i hemmet. Övriga barn är gifta och bosatta i Motalatrakten.

Makarna bor i en egen modern enplansfastighet om 4 rum o kök. Badrum i källaren. Yttertrappan består av 7 trappsteg. Ledstång saknas. Hjälp i hemmet föreligger ej. Bidrag från landsting eller kommun föreligger ej.

Patienten röker 10 cigaretter dagligen och nyttjar alkohol sparsamt. Hans huvudsakliga fritidsintresse har varit trädgårdsskötsel.

Patienten är aldrig tidigare sjukhusvårdad, men har besvärats av högt blodtryck senaste 10 åren och gått på regelbundna blodtryckskontroller hos privatpraktiker.

I vår utredning enligt ovan ingår, att vi frågar om hereditet och vidare tidigare sjukhusvistelser. Insamlandet av dessa uppgifter kan synas inte höra till kurators arbete, men vi har funnit det värdefullt, att även vi kuratorer får en medicinsk bakgrund. Det ger också ofta värdefulla uppgifter om, hur patienten haft det tidigare i sitt liv. Svåra upplevelser i samband med någon anhörigs sjukdom eller bortgång kommer fram på ett naturligt sätt.

Många gånger kan patienten själv ej lämna uppgifter. Då är det också praktiskt, att en person inhämtar samtliga uppgifter till journalen från den anhörige.

Vid inskrivningssamtalet gör vi även ett liten test på 10 frågor, som skall ge en uppfattning, om hur tids- och rumsorienterad patienten är. Dessa frågor är hämtade ur ett större testbatteri på ungefär 300 frågor, utarbetade av en amerikansk psykiater.

Kurators insatser vid målsättning hemgång
Att återvända till hemmet kommer att bli målsättningen för träning och behandling av den här mannen. Vid regelbundet återkommande funktionsronder träffas all personal (överläkare, underläkare,

sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjukvårdsbiträde samt kurator) för att dra upp riktlinjer för behandlingsarbetet samt därefter vid återkommande funktionsronder kolla upp resultatet av behandling och träning för att se om det stämmer med behandlingsplanen eller om den måste revideras.

Ett mål för att möjliggöra hemgång är tex gångträning i trappor. Det är viktigt för oss, att så tidigt som möjligt få reda på om trappträningen ej går bra, eftersom det vanligtvis tar lång tid att få bostaden anpassad efter handikappet. Den här mannen skulle kunna behöva lyftplatta installerad vid yttertrappan, uppflyttning av badrum och WC till bottenvåningen från källaren samt borttagning av trösklar inne i våningen, om hans rehabilitering slutar vid rullstolsbundenhet.

Hustrun har ett förvärvsarbete, som hon trivs mycket bra med. Vi tycker det är självklart, att hon skall behålla det. Planeringen av tillsyn i hemmet måste ske utan tillgång till hennes hjälp på förmiddagarna. Om hjälpbehov föreligger, får det täckas av samarithjälp eventuellt i kombination med vård och träning på långvårdsklinikens dagavdelning. Periodvis kommer mannen förmodligen att behöva sjukgymnastisk träning för att hans funktioner ej skall försämrast.

Om hustrun har en stor vårdande uppgift kan hon för sina insatser få ekonomisk ersättning av landstingets hemsjukvård. Behövs sjukvårdande behandling kan patienten lasarettanslutas, vilket innebär att vårdteam från långvårdskliniken med läkare, sjuksköterska, undersköterska och sjukvårdsbiträde ger patienten medicinsk vård i det egna hemmet.

Ytterligare praktiska detaljer, som kan vara aktuellt att vi hjälper till med är ansökan om färdtjänst, ansökan om bostadstillägg samt handikappersättning, en förmån som sökes hos försäkringskassan av den som blivit handikappad före 65 års ålder.

Förutom alla praktiska detaljer att planera och ordna, har vi under vårdtiden en intensivt stödjande kontakt med både patienten och hans familj. Den hastigt påkommande hjärnblödningen med det åtföljande handikappet och det långa arbetssamma träningsarbetet, har försatt både patienten och anhöriga i en svår krissituation, som vi vill hjälpa dem att komma ur så skonsamt som möjligt. Under be-

En mycket positiv arbetsrutin är att vi deltar i dagliga intagningsronder tillsammans med läkarna och intagningsköterskan.

handlingstiden gäller det att vara observant, att finnas till hands för att stödja och uppmuntra vid de tillfällen när patienten sviktar och tycker att möda och ansträngning inte ger något resultat.

Dagliga intagningsronder

Som tidigare nämnts upplever vi det oerhört positivt att vara en medlem i behandlingsteamet redan från första dagen. En annan mycket positiv arbetsrutin hos oss är, att vi deltar i dagliga intagningsronder tillsammans med läkarna och intagningsköterskan. Vi får då en bra social och/eller medicinsk bakgrund till intagningsanledningen av patienten.

Vid dessa intagningsronder har dessutom både läkarna och kuratorerna möjlighet att ta upp patientproblem för diskussion. Förutom hjälp med värdefulla synpunkter på problem, är det för oss medicinskt mycket lärorikt och ibland oerhört spännande "som en thriller" att få höra diskussionerna angående ett svårlöst medicinskt patientfall.

Utbildning

Varje tisdag har vi en timmes internutbildning för samtlig personal på kliniken. All personal har då en möjlighet att ge information samt berätta om nyheter från sitt yrkesområde. Med jämna mellanrum har vi även besök av representanter från handikapporganisationer, kommun, egna sjukhusadministrationen eller representanter från andra sjukhus och kliniker.

Gemensamma aktiviteter

Kuratorerna är en av många yrkesgrupper på sjukhuset.

Vi märker, hur oändligt mycket det finns att göra

Kuratorerna är en av många yrkesgrupper på sjukhuset.

Stort behov av befattningshavare, som ser människan bakom den somatiska åkomman.

för kuratorn just inom den somatiska vården, där människan som helhet så lätt glöms bort i det effektiva sökandet efter orsak till och bot för den akuta åkomman. De övriga personalkategoriernas intresse för patienten fokuseras så lätt kring en viss kroppsdel. Kuratorn med sin helhetssyn på patienten har svårt att hävda sin åsikt. Hon tillhör en minoritetsgrupp inom sjukhuset. Hennes yrkesroll är diffus och hon har svårt att föra fram den. Övriga personalkategorier förväntar sig, att hon snabbt ska ordna en massa praktiska saker. Själv har hon genom sin utbildning stora ambitioner att också kunna bistå patienterna på annat sätt tex att hjälpa dem över krissituationer. Det är egentligen bara patienterna själva och deras anhöriga som förväntar sig detta av kuratorn.

Vi har här varit en liten tystlåten grupp, som inte gjort mycket väsen av sig, men vi har börjat fundera över, hur vi på olika vägar ska nå ut med information om vårt arbete. Det är en stor fördel att arbeta på ett sjukhus av den här storleken, där alla känner alla. Vi tycker också att det är bra, att vi som grupp inte är flera än åtta. De flesta har varit med från början. Vi fungerar bra ihop och det har under åren vuxit fram en fin anda, som inspirerat oss till att våga framträda ensamma eller som grupp i olika sammanhang och göra våra röster hörda i olika frågor och man lyssnar på oss och tar del av vårt kunnande och våra erfarenheter mera än förut.

Vilka vägar når vi då ut på?

Interna kontaktvägar

Varje fredagsmorgon träffas gruppen en timme. Den stunden går ofta åt till information eller diskussion om aktuella problem. Då och då inbjuder vi emellertid någon från en annan avdelning inom sjukhuset. Hittills har det mest varit befattningshavare inom administrationen, som vi bekantat oss närmare med. Den fortsatta kontakten med dessa har underlättats betydligt sedan vi personligen lärt känna varandra.

Vi har flera gånger inbjudits till läkarnas staff-meetings och där berättat om vårt arbete dels i traditionell stil med anförande av en kurator, dels i form av rollspel, format som olika kategoriers förväntningar på kuratorn. Sista gången tog vi också i rollspelsform upp krisproblematiken på ett somatiskt sjukhus.

På initiativ av socialmedicinska institutionen i Linköping har vi nu i höst träffat en grupp AT-läkare och på deras önskan informerat om försäkringar och samhällets insatser för äldre. Vi passade då också på att berätta om vårt arbete och det ledde till önskemål om ytterligare sammankomst, då vi tänker att med utgångspunkt från några patientärenden diskutera bl a läkar- och kuratorsrollen.

Vi låter vidareutbildningselever och pryoelever följa oss ett par dagar eller en vecka i arbetet.

Företrädare för de paramedicinska grupperna träffar varannan månad sjukhusdirektören och/eller direktörsassistenten och vi har då möjlighet att ta upp större frågor, som gäller varje grupp. Det är för övrigt ingen svårighet att nå dessa tjänstemän mellan de här sammankomsterna.

Som fackliga representanter ingår vi i olika arbetsgrupper, som utreder diverse frågor tex utbyggnad av långvården och akutmottagningen. En av oss är suppleant för facklig representant i direktionen.

Externa kontaktvägar

Under årens lopp har vi i vårt patientarbete byggt upp ett väl fungerande nät av kontakter utanför sjukhuset. Det gäller myndigheter, handikapporganisationer och människor av olika slag. Det är viktigt även där med personlig kännedom och därför förlägger vi ungefär en gång i månaden ett studiebesök till någon institution eller myndighet. Det händer också, att vi inbjuder representanter för dessa till oss, om det är någon speciell fråga som vi vill diskutera.

En av oss är kommunalpolitiskt verksam och vi andra kan för henne påpeka för oss väsentliga saker, som vi inte tycker fungerar så bra.

Vi deltar emellanåt i olika handikapporganisationers sammankomster. Vi medverkar i hemsamariernas utbildning.

Fortbildning

Utbudet är inte stort, när man bor i landsorten men vi försöker tillvarata alla möjligheter till fortbildning.

Svenska Kommunförbundet och Östergötlands läns landsting bedriver sedan 1970 fortbildning för socialarbetare varje år. Den har de flesta deltagit i. Vi skickar varje år deltagare till Svensk Kuratorsförenings studiedagar. Vi deltar i kortare kurser och studiedagar, som har anknytning till vårt arbete.

Vi har själva för andra året i följd i samarbete med en studieorganisation anordnat studiecirkel omkring en bok, förra året Virginia Satirs "Familjeliv" och i år Johan Cullbergs "Kris och utveckling". Dessa studiecirklar har vi tillsammans med kollegorna på Birgittas sjukhus. Vi tycker, att denna form av fortbildning har betytt en hel del för gruppens utveckling.

Önskemål för framtiden

Arbetet fyller vardagen hundra procentigt och ibland mera. Det blir sällan tid över för att se framåt, än mindre ha några visioner. Vi har alla prövat på andra arbetsformer t ex inom kommunal socialvård, skolhälsovård och psykiatrisk vård. Det händer, att vi saknar en del från dessa områden t ex fastare samarbetsformer och en klarare yrkesroll. Inom den somatiska vården är vi en fåtalig, undanskymd yrkesgrupp. Det kan många gånger kännas hopplöst att arbeta, då vi möter massor av obearbetade problem hos patienterna. Dessa problem hinna knappt vidröras, eftersom patientgenomströmningen på akutvårdssidan är stor och kuratorerna är för få för att hinna med allt. Långvårdssidan har fördelen att hinna göra upp behandlingsplaner och få

följa dem. Tidspressen på akutvårdssidan förrycker ofta vårt arbete och det vill vi gärna ändra på.

Vi skulle vilja göra en större insats än vad som sker i dag på akutmottagningen. Vi har planer på att litet längre fram ha en försöksverksamhet där. Vi vill gärna ta reda på, vad en kuratorinsats kan ha för betydelse där. Behöver vissa fall kanske inte läggas in för vård, om den sociala situationen utredes och behandlas? Kan kuratorn fånga in och samordna vårdresurserna för sådana fall som oupphörligt söker på akutmottagningen och övriga mottagningar på sjukhuset? Det är några av de frågor som vi gärna ville söka ett svar på.

Vi skulle gärna vilja ägna oss mer åt vissa patientgrupper. Som ovan nämnts är det bara kuratorn på kirurgkliniken som konsekvent har samtal med en grupp, kvinnor med bröstcancer. Alla har fått chansen att prata om sina bekymmer. Vi tror, att många andra sjukdomsgrupper skulle behöva den chansen också men där kopplas vi in mer eller mindre slumpmässigt.

Vi önskar också som nämnts i det föregående, att vi i vårt behandlingsarbete hade möjlighet att ha kontinuerlig kontakt med en psykiater.

Ett önskemål är också, att vi ska få möjlighet att utvärdera vårt arbete på ett vettigare sätt än tidigare. Den åtgärdsstatistik som vi haft hittills har inte alls givit en rättvis bild av vårt arbete. Där hoppas vi, att SPRI så småningom ska kunna hjälpa kuratorerna med en lösning på det problemet.

Trots en många gånger kämpig och otacksam arbetssituation trivs vi förvånansvärt bra. Möjligen kan det bero på att vi känner, att det just inom den somatiska vården är ett synnerligen stort behov av befattningshavare, som ser människan bakom den somatiska åkomman.