

Kurator i fast team

Kuratorsarbete i Nackaprojektet – öppen psykiatrisk verksamhet

Cecilia Andræ

Margareta Bergström

Nackaprojektet startade våren 1974 som en psykiatrisk försöksverksamhet i Stockholms läns landstings regi. Formellt och administrativt är Nackaprojektet en del av klinik 7 på Långbro sjukhus utanför Stockholm.

Nackaprojektet har det totala vårdansvaret för de drygt 70 000 människor som bor i Nacka och Värmdö kommuner. Personalen är fördelad på tre team, i varje team arbetar en överläkare, en underläkare, två psykologer, två kuratorer, två sjuksköterskor, två mentalskötare, tre kontors- och ekonomipersonal.

Behandlingsmetoderna består i huvudsak av olika former av psykoterapi.

Margareta Bergström är verksam som kurator där sedan starten och arbetade tidigare vid Nacka socialförvaltning. Cecilia Andræ kom till projektet i jan. 1975 som kurator, tjänstgjorde tidigare vid PBU i Nacka.

Denna artikel handlar om vår kuratorsroll vid arbetet på tre psykiatriska mottagningar i Nacka och Värmdö kommuner.

Vi är sex kuratorer fördelade på tre team. Varje team består av två läkare, två psykologer, två kuratorer, två sjuksköterskor, två mentalskötare och tre sekreterare. Verksamheten har pågått i drygt tre år. Målsättningen är bl.a. att erbjuda befolkningen i området alternativ till sluten vård på mentalsjukhus, psykofarmaka och långa sjukskrivningsperioder. Det förutsätter direkt behandlingsarbete med människor som söker oss, indirekt konsultationsarbete med institutioner och sociala strukturer inom upptagningsområdet, förebyggande psykiatrisk verksamhet och jourverksamhet dygnet om.

Vi kommer att beskriva våra tidigare yrkeserfa-

renheter, vad projekttiden inneburit för oss och de hinder vi upplevt att föra fram våra speciella kunskaper.

Vår utveckling efter socionomexamen

Vår breda utbildning har fört oss in på mycket olika yrkesområden. Vi har skaffat oss erfarenheter inom olika områden med mycket varierande arbetsuppgifter. Vi har erfarenhet av kommunalt socialarbete, kurativt och administrativt arbete inom sjukvården, barnpsykiatri och från mentalvårdsbyrån. Vi har alla fått en förståelse för samhällsstrukturens innebörd för enskilda människan genom vår samlade erfarenhet. Den ibland ganska fragmentariska kontakt med människor, som man tvingas ha på vissa tjänster t.ex. som personalvårdare eller sjukhuskurator, har lett till ett tilltagande behov hos oss att fördjupa våra kunskaper i terapeutiskt behandlingsarbete.

Vi har närmat oss projektet med en förhoppning om, att kunna utveckla och förena vårt kunnande om sociala och samhälleliga strukturer med ett mera utvecklat psykodynamiskt och socialpsykiatriskt synsätt.

Vad projekttiden inneburit för kuratorsgruppen

Projektets socialpsykiatriska målsättning, med den tunga tonvikten på psykoanalytiska kunskaper, har stimulerat oss att utveckla oss som terapeuter, både individuellt, i grupp och i familjer. De flesta av oss upplever dock att detta skett på bekostnad av vår förmåga att använda och bidra med vår sociala kunskap. Vi har tidvis uppfattat projektets vida målsättning som en utmaning. Vi frågar oss dock

om det är konstruktivt att samtidigt utveckla så många olika metoder, som vår målsättning kräver.

Socialvården är sedan länge sektoriserad. Detta har givit oss, som socialarbetare, en vana att arbeta nära befolkningen. Hembesök har lång tradition inom socialvården. Det har länge ansetts ha ett värde i sig att träffa människor i deras hemmiljö, för att förstå den sociala situation, som de befinner sig i. Metoder, som vuxit fram, är täta, stödjande samtal, uppsökande arbete och fältarbete, samt kontakter med olika samhällsorgan ute i bostadsområden. Socialarbetarna har arbetat självständigt med de redan befintliga sociala strukturerna. Någon tillgång till sängplatser har inte funnits. Detta arbetssätt är förenligt med projektets målsättning, vilket gjort våra kunskaper användbara.

Vi är vana att möta akut hjälpsökande människor och människor i kris. Vi är dessutom vana att göra bedömningar om vilka åtgärder, som kan vara lämpliga. Det har varit oss till stor hjälp i den akut-psykiatriska verksamheten.

Vid diagnostik och bedömning är vårt bidrag, kunskap om samhällsstrukturer och sociala resurser. I teamarbete är detta ett viktigt komplement och fungerar som motvikt till både ett medicinskt och ett psykodynamiskt synsätt.

Vi har uppfattat erfarenheten av, att arbeta i ett så varierande sammansatt team, som både krävande och lärorikt. Att arbeta i team, innebär att man har möjlighet att få både kunskaper och stöd. Vi har upplevt den grupperfarenhet som teamarbetet givit oss som mycket betydelsefull.

Vi har i många olika sammanhang haft nytta av vår förtrogenhet att arbeta i grupp, både i behandlingsarbete och i konsultationer. Även i det förebyggande arbetet, har vi använt just denna kunskap och vi ser det som mycket angeläget att teamarbetet och teamprocessen ägnas uppmärksamhet.

För samtliga kuratorer har projektiden inneburit en tid av utveckling mot en ökad medvetenhet om och användning av våra personliga resurser.

Hinder för kuratorerna att föra fram sina speciella kunskaper

När vi ser tillbaka på de tre åren i Nackaprojektet, konstaterar vi, att det varit svårt, att föra fram det

socialpsykologiska synsätt, som vi omfattar. Vad kan det bero på?

En betydelsefull faktor, är den *hierarki*, som finns inom teamen med överläkaren, följd av underläkaren, psykologer, kuratorer och sjuksköterskor, mentalskötare och sekreterare. Det är överläkaren på teamet som har det medicinska vårdansvaret, underläkaren har ansvar för sina egna ställningstaganden, övrig personal har inget formellt ansvar. Övriga teammedlemmar, har ett moraliskt ansvar, men hindras från att ta det formella ansvar, som vårt praktiska arbete grundas på. Detta är en källa till konflikter inom teamen. Det innebär också ett ökat ansvar för i första hand överläkaren, i andra hand övriga läkare. Detta till skillnad från den kommunala socialvården, där det finns en vittgående formell delegationsrätt från politisk nivå till tjänstemannanivå, från socialchef till lägre tjänstemän.

Till största delen består läkar- och psykologgrupperna inom Nackaprojektet av *psykoanalytiker* – en del av dem under utbildning. Förutom att de befinner sig högt i den formella hierarkin har de ofta haft bättre träning och utbildning i det psykoteraeutiska arbetet. Detta har gjort att de från början haft stort inflytande, på såväl behandlingsarbete, som konsultationsarbete och även fungerat som seminarieledare i vår internutbildning.

Teamet domineras av *medicinskt* utbildad personal, läkare, sjuksköterska och mentalskötare. Vi har delvis upplevt det som en trygghet i vissa diskussioner.

Ofta har vi dock funnit att det inneburit en svårighet för oss att få gehör för och möjlighet att utveckla de tankegångar och kunskaper vi haft med oss från vår utbildning och tidigare erfarenhet. Det har funnits en tendens, att stanna vid de medicinska och diagnostiska resonemangen. Vår speciella sociala kompetens delas inte av någon annan yrkeskategori i teamet. Efter hand har vi fått en ökad trygghet som terapeuter och ökade kunskaper i medicinska frågor. Vi har därmed fått ökat förtroende från teamet och fått större utrymme att föra fram våra speciella kunskaper.

De tidigare nämnda hindren är beroende av strukturen i teamen. Ytterligare ett hinder utgörs av den *konflikt* vi befann oss i när vi började i Nackapro-

jektet. Konflikten innebär en vilja att få mer psyko-dynamiska kunskaper genom handledning och utbildning, samtidigt som vi bibehåller vårt samhälls-liga perspektiv. Utbudet av handledning och utbildning har varit stort och vi har utvecklats som terapeuter. Vi har alla prioriterat denna utveckling under projekttiden på bekostnad av våra insatser på det socialpsykiatriska området.

När vi diskuterat dessa frågor i kuratorsgruppen konstaterar vissa av oss, som är kvinnor, att vår yrkesroll är mycket lik vår kvinnoroll. Vi har alltför

lätt att undervärdera vår kunskap och erfarenhet och anamma de teorier som är dominerande.

När vi summerar våra reflektioner, frågar vi oss om vår bredd i utbildning och erfarenheter är en tillgång. Bidrar den möjligen till att vi splittrar oss på för många olika områden? Vi har vida ambitioner och finner tillfredsställelse i att göra framsteg på vissa områden. Hindrar detta oss från att analysera möjliga verkningar av våra insatser? Hindrar det oss från att ta ställning till vilka insatser vi borde koncentrera oss på?

Att vårda döende

Samtal med sjukvårdspersonal.

Karin Gyllensköld

Varför vågar sjukvårdspersonalen inte använda sig själva som människor i jobbet? Den här boken bygger på intervjuer med olika yrkeskategorier inom vårdsektorn. Man redovisar sin syn på svåra frågor om bl a tystnadsplikt, smärtlindring, religiösa behov, yrkesroll kontra rollen som medmänniska. En viktig bok om "döendets psykologi"!
180 s. Cirkapris 52:- Utkommen

SOU-rapporter:

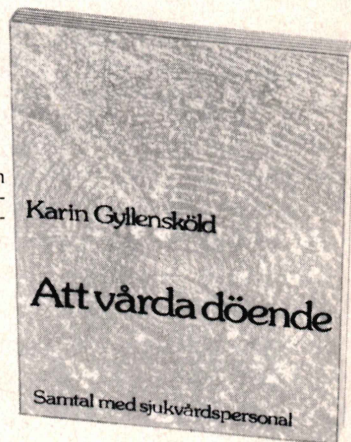
ILIVETS SLUTSKEDE heter den utredning som socialstyrelsen tagit initiativ till och som Karin Gyllensköld leder. Här är delrapporterna:

1. Vårdpersonal. Utbildning och attityder
(SOU 1977:81)
Cirkapris 28:- Utk.

2. Att dö på sjukhus
(SOU 1977:82)
Cirkapris 16:- Utk.

3. Patienter
(SOU 1977:85)
Cirkapris 27:- Utk.

4. Anhöriga
5. Barn och döden
Kommer senare i vår.



LiberFörlag

Köp böckerna i bokhandeln!