

Kurator i fast team

Kuratorsarbete i öppen psykiatrisk vård

Ulla Byström

Denna artikel handlar om psykiatriskt arbete i närmiljö. De synpunkter som framförs beträffande den sociala funktionen grundar sig på erfarenhet från såväl Psykiatriska mottagningen vid Ystad lasarett, som tidigare arbete inom bl a primärkommunal socialvård.

Ulla Byström är kurator vid Ystad lasarettets öppna psykiatriska mottagning.

Organisation

Ystads Sjukvårdsdistrikt, som tillhör Malmöhus läns landsting, omfattar cirka 50 000 invånare inom primärkommunerna Ystad, Skurup och Sjöbo.

Den Psykiatriska mottagningen är inrymd i nyinredda lokaler i en byggnad, som tidigare använts till läkarbostäder, inom lasarettsområdet. Verksamheten har successivt byggts upp under 1976–1977 och följande tjänster har inrättats; en överläkare, en bitr överläkare, en kurator, en sjuksköterska och en sekreterare. Under 1977 har en läkartjänst varit obesatt. Den kommer att tillträdas den 1 februari 1978. Under åren 1969–1976 har psykiatrisk konsultverksamhet och begränsad öppenvårds-mottagning vid Ystad lasarett skötts av en psykiater knuten till S:t Lars sjukhus i Lund.

Psykiatriska mottagningens uppgift är att ge fullgod psykiatrisk vård åt patienter inom sjukvårdsdistriktet och i görligaste mån försöka undvika intagning på sjukhus med de negativa effekter detta medför. Vårdplatser för psykiatrisk vård finns för närvarande inte inom sjukvårdsdistriktet, men 10 vårdplatser planeras inrättas år 1985. Det är i huvudsak tidsbeställda patienter från sjukvårdsdistriktet som tages emot på mottagningen. Läkarna är även konsulter för ineliggande patienter vid Ystad lasarett.

Till sjukvårdsdistriktet hör också ett mentalsjukhem med 56 vårdplatser, dit läkare och kurator är knutna.

Patienterna remitteras från skilda inrättningar inom distriktet såsom de olika klinikerna vid Ystad lasarett, distrikts- och företagsläkare, skyddskon-sulent och socialvård. Vidare remitteras patienter för uppföljning efter vård på Psykiatriska kliniken vid lasarettet i Lund och S:t Lars sjukhus, Lund. Det föreligger dock inget remisstvång och under sista året har allt fler patienter sökt direkt. För att bedöma prioriteringsgraden användes självremiss-system. Det totala antalet patientbesök uppgick under 1977 till cirka ett tusen. Dessutom förekommer gruppterapi.

En stor del av patienterna som söker sig till den Psykiatriska mottagningen har lättare psykiska störningar såsom olika former av neurotiska tillstånd. Psykiska besvär förorsakade av relationsproblem inom familj eller på arbetsplats samt social problematik betingad av exempelvis arbetslöshet har blivit allt vanligare. Under sista året har patienter från allt lägre åldrar sökt sig till mottagningen.

Mottagningen kan i huvudsak endast ta emot tidsbeställda patienter. Jourfall har hänvisats till Psykiatriska kliniken vid lasarettet i Lund. På grund av bristande läkarresurser har väntetiden för nybesök hos läkare under 1977 varierat från 4–10 veckor. Patienter, tidigare ej kända på mottagningen med akuta problem, har i den mån de krävt läkarbehandling och ej kunnat hänvisas till kurator eller sjuksköterska, måst vända sig till Psykiatriska kliniken i Lund. Denna brist förväntas bli avhjälpt under 1978.

Fast psykiatriskt team

Vi som arbetar på Psykiatriska mottagningen utgör

Teamarbete betyder för oss även att vid diskussion om arbetsformerna ges möjlighet för var och en att bidra med och få gehör för sina åsikter.

ett så kallat fast psykiatriskt team. Vår olika utbildningsbakgrund och yrkeserfarenhet ger möjlighet till helhetssyn på patienten. Verksamheten är under uppbyggnad och vi har anledning att med jämna mellanrum ompröva vårt arbetssätt. Teamarbete betyder för oss även att vid diskussion om arbetsformerna ges möjlighet för var och en att bidra med och få gehör för sina åsikter. Teamets läkare har specialistkompetens i psykiatri, sjuksköterska vidarutbildning i psykiatri och kurator fortbildningskurs för socionomer. Vi har samtliga mer än 10 års yrkeserfarenhet inom våra respektive områden. Jag nämner detta därför att jag tror att god förankring i den egna yrkesrollen underlättar samarbetet. Av tradition är statuskillnaden stor mellan teamets olika yrkesutövare. Det är lätt för oss andra att falla för frestelsen att låna status av läkaryrket och mena att vi utför samma behandling. Det är stor variation i vårt patientunderlag som omfattar såväl svåra psykotiska tillstånd, som psykiska störningar förorsakade av relationsproblem eller social problematik. Fullgod psykiatrisk behandling förutsätter därför att såväl biologiskt-medicinskt som psykosocialt synsätt kommer till användning. Vårt behandlingsarbete är därför olika eftersom det baserar sig på olika synsätt, utbildning och erfarenhet. Fortsatt utbildning i psykoterapi känns angeläget för var och en av oss.

Med nuvarande lagstiftning är läkaren behandlingsansvarig för hela teamet. Beslut om intagning för sluten psykiatrisk vård kan endast fattas av läkare och kan inte delegeras till övrig personal.

Vi har gemensam remissgenomgång fyra gånger per vecka då patienterna fördelas. Med stöd av vad som framgår av remissen fördelas patienterna med hänsyn till vår utbildning, varvid kurator i första hand tilldelas patienter med övervägande social problematik eller relationsstörningar av skilda slag. På schemalagd behandlingskonferens en gång per

vecka diskuteras handläggningen av ärendena under ledning av överläkare. Där det bedömes lämpligt göres hembesök av i första hand sjuksköterskan men även kurator. Det händer inte sällan att vi gemensamt träffar patienter för par- eller familjesamtal.

På försök har vi också gruppsamtal med patienter. För närvarande pågår två samtalsgrupper där läkare och kurator gemensamt är gruppledare. Värde i denna behandlingsform ligger bl a i att patienten känner att egna resurser, i stället för farmakologiska, användes för att återvinna psykisk balans.

Samarbete/samordning med andra enheter inom distriktet

En viktig uppgift utöver det direkta patientarbetet på mottagningen, är samordningen/samarbetet med andra enheter som också har till uppgift att förebygga och behandla psykiska störningar. Den primärkommunala socialvården, vårdcentralerna, försäkringskassan och arbetsvården ligger närmast till hands i fråga om samordning.

Samarbetet sker genom såväl konferensmässiga som informella kontakter. Månatligen träffas representanter från ovanstående enheter på försäkringskassans initiativ för i huvudsak enskilda falldiskussioner. Kurator deltar regelbundet i dessa sammanträden. Psykiater endast i den mån det berör egna patientärenden. Under året har konferenser förekommit med socialvård, vårdcentral och familjerådgivning. Avsikten är att dessa konferenser skall återkomma några gånger årligen för i huvudsak diskussion om samordning, avgränsning och gemensamma målfrågor. Hela teamet deltar i dessa konferenser. En av fördelarna med psykiatriskt arbete i närmiljö, är möjligheten till personkännedom mellan berörda myndigheter. Det kända mönstret att tex socialassistenten ber kuratorn i teamet begära läkarintyg eller till och med diskutera patientens/klientens sociala situation med läkaren och därefter vidarebefordra diskussionen till socialassistenten, som har den mesta kontakten med patienten/klienten, kan brytas genom att de olika personerna har träffat varandra. Ett inte helt oväsentligt dubbelarbete kan undvikas och handläggningen av ärendet sannolikt förbättras.

Kurators samarbete/avgränsning gentemot andra socialarbetare

Vad har då jag som kurator på psykiatrisk mottagning för roll i samarbetet med övrig sjukvård, socialvård och andra sociala inrättningar? Det är inte endast en fråga om samarbete utan också en fråga om hur våra arbetsuppgifter skall avgränsas. Hur blir tex avgränsningen mellan socialassistenten och kuratorn på psykiatriska mottagningen?

När det gäller patienter med tung social problematik, vilka man kanske länge arbetat med inom socialvården, är det min uppfattning att det sociala behandlingsarbetet bör fortsättas av socialarbetaren inom kommunen även när psykiatrisk vård påkallas. När jag säger detta tänker jag på mina egna upplevelser som socialarbetare inom olika områden. Jag har där sett hur den grupp av patienter/klienter som är socialt och känslomässigt svårast handikappade, oftast med mycket vällovliga avsikter, remitterats till olika behandlande instanser på ett sätt som i vissa fall varit direkt skadligt.

För ungefär 10 år sedan övergav socialvården funktionsprincipen och övergick till familjevårds- eller helhetsprincipen, vilket innebär att socialassistenten arbetar över hela det sociala vårdområdet och inte som tidigare specialiserat sig på nykterhetsvård, barnavård etc. Syftet var bl a att det skulle vara så få kontakter som möjligt med olika sociala myndigheter. Under tiden har nya funktioner tillskapats. Barntillsynskonsulent, hemma-hos-terapeut, familjeterapeut är några exempel. Det är lätt att helhetsprincip, kontinuitet och integritet bara blir teori. I praktiken sker det en stegvis upptrappning av behandlande åtgärder som syftar till stödbehandling och rehabilitering men ofta fått till resultat en stegvis utstötning. När en människa hamnar i en akut krissituation leder det ofta till att hon bedömes för svår för en viss vårdnivå och remitteras till specialistvård i en annan behandlingsorganisation. När

När en människa hamnar i en akut krissituation leder det ofta till att hon bedömes för svår för en viss vårdnivå och remitteras till specialistvård i en annan behandlingsorganisation.

Det är min uppfattning att även samarbetet mellan olika socialarbetare mår bäst av att vi fortsätter vårt behandlingsarbete och i stället bistår varandra med den kunskap vi får från våra olika specialområden.

det gäller svårt socialt och personlighetsmässigt störda individer tror jag det är viktigare med den personliga relationen. Som socialarbetare/socialassistent har jag hamnat i den situationen, att jag efter långvariga kontakter och mödosamt arbete med en multiproblemfamilj, fått uppleva att psykiatrisk behandling blev oundviklig. Då kuratorn på psykiatriska kliniken tog över ärendet kände jag både lättnad, misslyckande och en övertro på att nu skulle nog allt ordna sig med specialistvård. Det förekom ingen nämnvärd kontakt rörande behandlingen av klienten och efter en tid var värsta krisen över, och klienten tillbaka utan att ha blivit särskilt mycket förbättrad. Själv hade jag kvar min känsla av misslyckande och hade dessutom mist tron på specialister. Det är min övertygelse att vi når bättre resultat genom att fortsätta etablerade patient/klient kontakter och dela med oss till varandra av våra specialkunskaper. Bilda ett tillfälligt team kring patienten. Jag tror alltså inte att jag som kurator på psykiatrisk mottagning gör bäst nytta genom att ta över patienter, som redan är föremål för sociala åtgärder, när de hamnar i en krissituation. Det är min uppfattning att även samarbetet mellan olika socialarbetare mår bäst av att vi fortsätter vårt behandlingsarbete och i stället bistår varandra med den kunskap vi får från våra olika specialområden.

De speciella resurser jag har som socialarbetare på en psykiatrisk mottagning är i första hand förankringen i ett team vars samlade kunskaper alltså kan komma patienten till nytta. Dessutom sker allt på frivillig väg. Patienten söker sig själv till mottagningen och bestämmer själv om hon vill släppa oss in på livet. Jag ser frivilligheten som en nödvändig resurs i behandlingen. Arbetssättet är dessutom sådant att jag har möjlighet att avsätta mer tid för samtal med den enskilde patienten än vad man i nuläget har inom socialvården.