

Sociala resurser inom hälso- och sjukvård, "Vårdcentralen"

Marita Svensson

En ny socialarbetarroll inom vårdcentralen borde vi aktivt arbeta på att få fram enligt Marita Svensson, avdelningschef vid socialförvaltningen i Linköping.

Inledning

"Vårdcentralen". Ett nytt begrepp för allmänheten och för de som arbetar inom hälso- och sjukvården.

Vårdcentraler planeras och igångsätts i ett flertal primär- och landstingskommuner. Försöksprojekt förekommer i bl.a. Dalby, Tierp. Modellerna är olika vad gäller innehåll, upptagningsområde och huvudmannaskap.

Det är utifrån denna bild jag skulle vilja lägga synpunkter i ämnet "De sociala resurserna inom hälso- och sjukvård". "Vårdcentralen".

Allmänt

De grundläggande principerna för servicen i en vårdcentral bör vara helhetssyn, normalisering, närhet och samverkan. I en vårdcentral bör helhetssynen innebära att människans samtliga behov, psykiska, fysiska och sociala bedöms och tillgodoses i ett sammanhang. Helhetssynen innebär också att man i sitt serviceutbud tar hänsyn till samspelet

De grundläggande principerna för servicen i en vårdcentral bör vara helhetssyn, normalisering, närhet och samverkan.

mellan individ och grupp samt mellan individ och hans övriga sociala miljö.

Normalisering utifrån en vårdcentralens serviceutbud innebär en strävan att ge varje individ möjlighet att leva och verka i en normal miljö och under normala levnadsomständigheter.

Närhet för klienten/patienten till samhällets serviceutbud samt närhet för myndigheter till patienten/klienten är en förutsättning för att kunna erbjuda ett serviceutbud som står för principerna helhetssyn, normalisering. Närhetsprincipen leder fram till den vårdcentralplanering som kommer att genomföras under 80-talet. Samverkan inom en vårdcentral är en förutsättning för att erbjuda en helhetssyn på individen.

I Linköpings kommun har tex landstinget, kommunens förvaltningar (socialförvaltningen, skolan, ungdomsbyrån), staten (polisen, försäkringskassan, skyddskonsulenten, arbetsförmedlingen) beslutat att succesivt anpassa sina organisationer till sju gemensamma primärvårdsområden.

Inom varje primärvårdsområde planeras vårdcentraler för en gemensam primärvårdsservice. Vad som står nu för dörren är att fylla varje vårdcentral med det innehåll som bäst motsvarar kraven på bl.a. helhetssyn, normalisering, närhet och samverkan.

Aktuella utredningar

Socialutredningens slutbetänkande, SOU 1977: 40 tar inte direkt upp frågan om hur de sociala resurserna skall se ut i en vårdcentral och hur de skall fungera i samverkan med övriga. Utredningen hänvisar endast till pågående försöksverksamheter.

Inom den förstudie "Primärvård, äldreomsorg och samverkan" som gjorts av landstingsförbundet,

Det finns stora risker för att den primärvård som kommer att byggas ut under 80-talet endast blir dagens symtominriktade serviceutbud i nya lokaler.

svenska kommunförbundet, socialstyrelsen samt SPRI sägs bl a vad gäller samverkan socialvård/hälso- och sjukvård: "En intensifierad samverkan mellan olika primärkommunala och landstingskommunala verksamhetsområden är ofta en förutsättning för att man inom ett geografiskt område skall kunna uppnå önskad utveckling. Detta gäller i hög grad för hälso- och sjukvård samt socialvård där samverkan mellan olika aktiviteter på skilda nivåer kan öka effekten av insatta resurser samtidigt som den ger möjligheter till bättre anpassad vård och service för den enskilde individen".

Alla utredningar, rapporter m m diskuterar primärvård, de grundläggande principerna för serviceutbudet osv. Innehållet i verksamheten, vad olika yrkeskategorier skall stå för är fortfarande ganska oklart. Det finns stora risker för att den primärvård som kommer att byggas upp under 80-talet endast blir dagens symtominriktade serviceutbud i nya lokaler.

Den sociala resursen i primärvårdens "vårdcentraler"

Mina synpunkter begränsar sig här endast till den sociala resurs som vi inom hälso- och sjukvård/socialvård kallar socialassistent/kurator.

Nuläge

Kuratorn inom hälso- och sjukvården i dag är oftast klinikbunden och har specialiserat sitt arbete inom klinikens ram och den problembild som patienterna där har. I en del fall är arbetet mycket teamorienterat i andra fall arbetar man ensam.

Vid en översiktlig beskrivning har några kuratorer beskrivit sina arbetsuppgifter på följande sätt:

- sociala/miljöutredningar för diagnostik och behandlingsplanering
- terapeutisk behandling
- stödjande och bearbetande samtal

En vårdcentral bör stå för det första servicesteget vad gäller medicinsk och social service.

- sociala hjälpåtgärder av praktisk natur
- eftervårdsplanering
- information och undervisning

Socialassistent/kurator inom primärkommuns arbetsuppgifter kan på samma översiktliga sätt beskrivas enligt följande:

- sociala hjälpåtgärder av praktisk natur
- behandling – på olika nivåer från problemformulering till
- planering och genomförande av olika insatser

Arbetsuppgifterna styrs till viss del av gällande och kommande sociallagstiftning, även socialassistent inom primärkommunen har vissa specialarbetsuppgifter som kräver en specialisering som ligger utanför de ovan beskrivna översiktliga arbetsuppgifterna.

Den gemensamma nämnamnaren i arbetsuppgifter är stor. Naturligtvis finns det skillnader men dessa beror mer på lagstiftning och huvudmannens verksamhetsområde än på skillnader i yrkesroller.

Den gemensamma nämnamnaren i arbetsuppgifter bör kunna bilda basen för en social resurs i vårdcentralen.

Framtid

Enligt min mening bör en vårdcentral inom ett primärvårdsområde stå för det första servicesteget vad gäller medicinsk och social service för människorna i området och även ha ett remisstvång inbyggt i sitt utbud.

Inom den medicinska sidan kan patienten/klienten möta en allmänläkare, distriktssköterska, mödravårdscentrals- eller barnavårdscentralspersonal. Sambanden och fördelningen mellan dessa katego-

Vårdcentralens baspersonal som skall stå för vårdkontinuitet och samordning.

rier lämnar jag åt andra. Patienten/klienten skall dock även möta en social resurs som vid behov även här skall stå för det första vårdsteget.

Tillsammans bildar denna personalgrupp vårdcentralens baspersonal som skall stå för "vårdkontinuitet och samordning" för individen inom primärvårdsområdet. Denna vårdkontinuitet och samordning skall genomföras tillsammans med individen.

Jag vill ha en social resurs vid vårdcentralen, låt oss kalla den "allmänsocialarbetare". Denne skall vara patientens/klientens trygghet i sociala frågor och vara den som står för de sociala kunskaperna bland vårdcentralens personal. Allmänsocialarbetaren skall ha primärkommunens resurser tillgängliga i sin yrkesroll och utifrån mitt och många andras synsätt vara anställd av primärkommunen.

Många av dagens socialarbetare inom kommunen och kuratorer inom landstinget tar avstånd från ovanstående beskrivning av kommande arbetsuppgifter. Varför?

Skälen som anförs är många, t.ex:

- Blir enbart ett remitteringsorgan
- Resurserna räcker inte
- Klient/patient sambandet mellan landsting och primärkommun är litet
- Tvångsåtgärderna i nuvarande och kommande lagstiftning
- En kurator kan andra saker som inte primärkommunens socialarbetare kan

Det finns väldigt många negativa argument kvar. Analyserar man argumenten ser man snart att inga av dem håller för en tyngre bevisning. De bygger mer på rädsla för nya arbetsuppgifter, nya krav och nya behov. Alltså många av argumenten kan avvisas genom information, kommunikation och utbildning.

Naturligtvis måste även en "allmänsocialarbetare" i en vårdcentral precis som allmänläkaren kunna använda sig av specialister inom det sociala och medicinska fältet. Men det är viktigt att vårdcentralens baspersonal har en så hög vårdnivå som möjligt, trappsteget till specialisten inom hälso- och sjukvård och socialvård bör vara högt. I stället bör vårdcentralens baspersonal tillföras specialistens kunskap genom konsultverksamhet vid speciella

.....
Kravet på vårdkontinuitet och samordning skulle minimera remitterandet uppåt och nedåt samt runt i vår vårdkarusell.
.....

problembilder.

Vad skulle vi – patienten/klienten vinna med detta. Jo, inom vårdcentralen skulle så småningom skapas en social resurs – en medicinsk resurs, som tillsammans skulle stå för den första vårdnivån inom det sociala och medicinska området. Kravet på vårdkontinuitet och samordning skulle minimera remitterandet uppåt och nedåt samt runt i vår "vårdkarusell".

Speciella problemområden

Psykiatrin

Inom Östergötlands läns landsting finns som inom de flesta landsting barnpsykiatrisk – vuxenpsykiatrisk klinik samt även en tonårsbyråverksamhet (som en länk utifrån barnpsykiatrin).

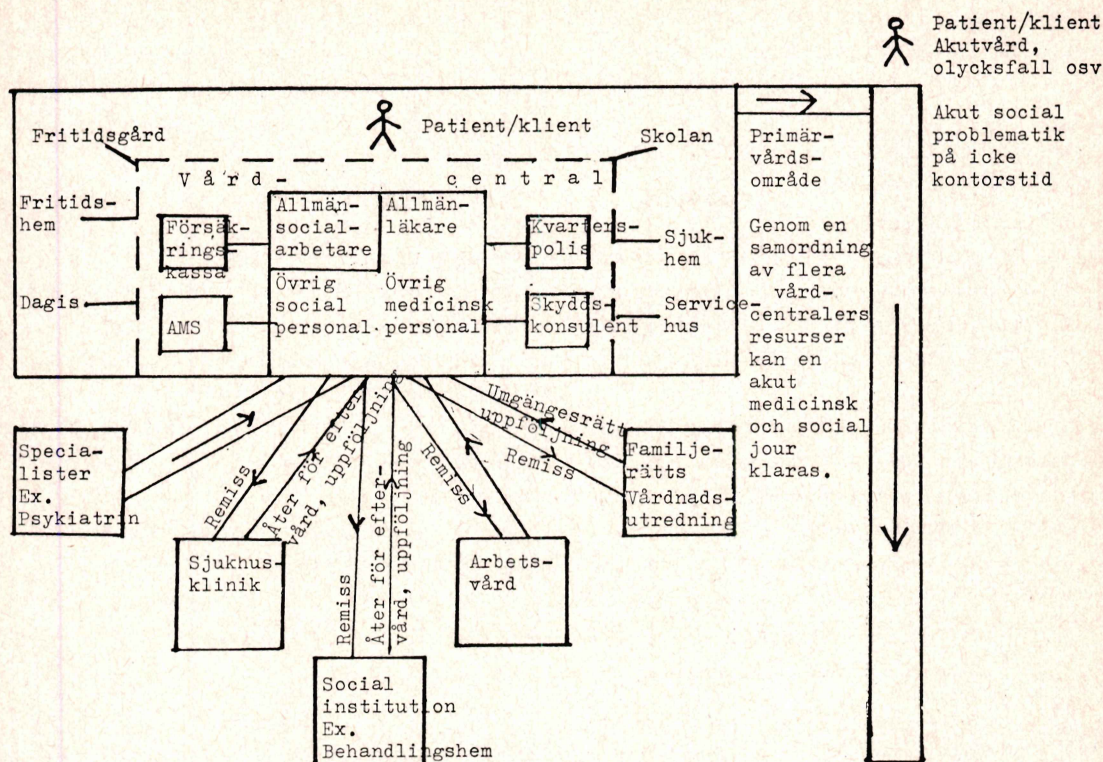
Hittills har dessa verksamheter bedrivits inom respektive kliniks ram. Inom psykiatrin i Östergötland diskuteras en förändrad organisation för den psykiatriska vården. Denna förändring har stor betydelse för hur den sociala resursen skall se ut i en vårdcentral. Förslaget som är på väg ut på remiss kan kortfattat beskrivas enligt följande.

För Linköpings kommun skapas ett antal specialvårdsteam som lämnar sina respektive kliniker och skall arbeta ute i kommunerna.

Totalt	3 psykiatriska team
	3 barnpsykiatriska team
	1 tonårsbyrå-team

Varje team har med sig full personalstyrka, alltså de inkluderar även den sociala resursen. De kommer att fördela sitt arbete enligt den primärvårdsuppdelning som gjorts inom kommunen. De skall enligt förslaget ha egen patientstock samt arbeta på konsultbasis till vårdcentralerna. Varje vårdcentral kommer därför i olika skeenden att kunna ha kontakt med tre olika team med social resurs.

Patienten/klienten kan även välja mellan att söka



Arbetslagen inom vårdcentralen kan vara flera beroende på primärvårdsområdets storlek. De bildar vårdcentralens inre kärna. Övriga myndigheter som via decentralisering kan höra dit är försäkringskassan, AMS, polis, skyddskonsulent. Vårdcentralens kärngrupp har även kontakt med och medicinskt socialt ansvar för övriga institutioner i området.

Endast akut medicinsk
vård av allvarligt slag
går förbi vårdcentralen
samt behov av socialvård
på icke kontorstid.

vård på något av teamen eller vårdcentralen.

För mig underminerar ovanstående förslag vårdcentralens vårdnivå och status och visar vägen för en negativ dubblering av resurser.

Varför kan man inte samordna teamen till en specialistresurs för psykiatrisk vård bestående endast av psykiater och psykolog. Den enda resurs vårdcentralen ej kan ställa upp med. Låt denna resurs enbart arbeta som konsult för vårdcentralen och tillhöra sin klinik men med en stark rörlighet på fältet.

Vad skulle man vinna:

Ingen dubblering av sociala resurser.

- Bättre kontinuitet i vårdarbetet
- Ett gemensamt accepterande av helhetssynen inom den medicinska och sociala servicen i öppen vård
- Ingen dubblering av sociala resurser
- En högre social vårdnivå i vårdcentralerna ger färre remitteringar – ökad kontinuitet – ökad trygghet för patienten/klienten, stimulerande arbetsuppgifter för allmänsocialarbetaren och därmed bättre egenutbildning.

Men det finns många traditioner att komma över
innan vi når fram.

Missbruksvård

Vill ägna denna vårdproblematik några synpunkter därför att den oftast framförs som ett problem vid

samlökalisering osv. Flera myndigheter och förvaltnin-
ningar som finns i en vårdcentral har ett gemensamt
ansvar för den sk missbruksvården. Allmänsocial-
arbetaren kommer dock att ha det yttersta vårdan-
svaret.

Det är väldigt viktigt att vi i våra organisationer
står för det vi säger – att missbruk är ett symptom
och bör behandlas därefter.

De flesta människor med missbruksproblem
kommer att söka service genom sin vårdcentral och
de kommer att kunna få den hjälp som finns precis
som barnvårdsärendet, snuvan eller den onda ryg-
gen.

Det är endast ett fåtal av de människor som har
missbruksproblem, vars problematik är så speciell
att en vårdcentral med hänsyn till andra patien-
ter/klienter ej kan ta emot dem.

För denna grupp kanske vi måste acceptera en

specialistresurs med socialarbetare och övriga som
utifrån en helhetssyn enbart arbetar med denna
tungt vårdgrupp i nära samband med tillnyktrings-
station, alkoholpoliklinik och övrigt. Denna utveck-
ling är på gång bla i Helsingborg, Landskrona och
Linköping.

Sammanfattning

Vårdcentralerna kommer att behöva en ny socialar-
betarroll. "En allmänsocialarbetare" som *inte* kan
allt – inte skall täcka hela fältet men som skall kun-
na vara patientens/klientens trygghet i sociala frå-
gor och som skall tillsammans med allmänläkaren
stå för vårdkontinuitet och ha ett totalt samord-
ningsansvar.

Låt oss skapa denna roll utan revirtänkande,
rädsla och annan barlast.



Strafflagen bör tala klar- språk och ge större rättvisa

BROTTSFÖREBYGGANDE
RÅDET – rapport 1977: 7

Nytt straffsystem

Idéer och förslag
*LiberFörlag, Kristianstad 1977, 440
s.*

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) till-
satte hösten 1977 en arbetsgrupp
som hade i uppdrag att se över vårt

nuvarande straffsystem. Gruppen
har nu lagt fram en omfattande rap-
port: *Nytt straffsystem – idéer och
förslag*, i vilken man anger en hel-
del konkreta förslag till ändringar.

I rapporten föreslås bla att an-
språken på rättvisa måste höjas. Det
låter både vettigt och självklart!
Idag bestäms nämligen straffsatsen
oftast efter lagbrytarens behand-
lingsbehov, som då är grundat på
lagbrytarens sociala situation. Den
socialt missgynnade döms till vård.
Det gör att sambandet mellan brott
och straff blir skevt – uppenbar risk
för rättsosäkerhet finns.

Rapporten föreslår istället att den
nya strafflagen ska bygga på den en-
skildes ansvar för sina handlingar.
Att ingen ska behandlas som vård-
fall om denne inte är sjuk. Men då
måste lagen tala klarspråk. Att ut-
dömt straff är menat som straff –
och att straff ska upplevas som ett
obehag. Att straffsatsen konsekvent
ska mätas efter brottets grad, och
alltså *inte* efter lagbrytarens sociala
situation.

Vidare förelås att reglerna för

straffens inbördes stränghet ska va-
ra klara och förståeliga för var och
en – och så konstruerade att man i
möjligaste mån kan undvika frihets-
straff. Istället rekommenderas in-
tensivövervakning vilket innebär en
mer *intensiv kontroll i frihet* än den
nuvarande skyddstillsynen. Denna
intensivövervakning skulle med för-
del kunna tillämpas vid allvarliga
brott eller vid upprepade återfall i
brott.

Tidsbestämt fängelse bör bli det
strängaste straffet. Framförallt bör
böter och villkorlig dom få ökat ut-
rymme. Internering och ungdoms-
fängelse bör helt avskaffas. I rap-
porten diskuteras alternativa straff-
former som tex nattfängelse och
veckoslutsfängelse. Social service,
vård och behandling ska ges oavsett
straffets grad.

Man efterlyser alltså en strafflag
som talar klarspråk. Ett system som
ger större rättvisa. Det är bra! Låt
oss sluta huttla. Låt oss nämna sa-
ker vid dess rätta namn. Men en stil-
la undran – var går skiljelinjen mel-
lan straff och samhällets hämnd?

Johnny Samuelsson