

Samverkan mellan socialvård och psykiatrisk vård

Axel Gisslén

Det finns betydelsefulla allmänna utvecklingstendenser som bidrar till att socialvård och psykiatri måste närma sig varandra i praktiskt samarbete. Dessa tendenser redovisas i nedanstående artikel som också ger ett snabbporträtt av socialvården och vidare utvecklar socialutredningens samverkansmodell. Artikelförfattaren, personaldirektör Axel Gisslén, tidigare sekreterare i socialutredningen, framhåller bl a att de många gemensamma frågorna för socialvård och psykiatri inte innebär något konkurrensförhållande mellan socialvården och den psykiatriska vårdorganisationen, endast skäl för ett ömsesidigt utbyte.

Några allmänna utvecklingslinjer

Jag vill börja med att peka på några allmänna utvecklingstendenser som jag tror har betydelse för samverkan mellan socialvård och psykiatrisk vård.

Den första är den djupgående samhällskritiska debatt, som har förts långt utanför de traditionella politiska arenorna, in på de områden som varit tummelplatser för specialister inom snävt avgränsade fack. Inom sjukvård, socialvård, utbildning, arbetsmarknadspolitik och på andra områden ställs grundläggande frågor om vart samhället är på väg, vilka värderingar som styr verksamheten, vilka alternativa handlingslinjer som finns.

Ett annat drag är den starkt ökade medvetenheten om de komplexa sammanhangen bakom de problem som varje samhällssektor fångar upp, de-

finierar och bearbetar på sitt sätt. Det ni definierar som psykiska problem möter kommunal socialvård i annan skepnad, som försörjningsproblem, som drogmissbruk, som vanvård av barn osv. Arbetsmarknadsmyndigheten möter ofta samma problem i termer av svårplacerad arbetskraft, behov av arbetsträning eller skyddad sysselsättning. Var och en arbetar med sin bild av samma verklighet. Ingen lyckas kanske riktigt bra därför att ingen kommer åt mer än en liten del av verkligheten. Så växer kravet på helhetssyn, på helhetslösningar, på samordnade insatser från olika områden samtidigt.

Nära förbindelse med det här har tendensen till genombrott av, eller rättare överbryggande av, traditionella kunskapsområden. En naturvetenskaplig teori räcker inte att förklara den upplevelsemässiga bakgrunden till psykiska problem. Kunskaper i socialrätt, socialpolitik och ekonomi förklarar inte de sociala processer som leder till utstötning eller segregation. Så får vi ökade krav på tvärfacklighet, utformning av nya kunskapssystem. Ibland går man så långt att man vill systematisera hela utbildningen med utgångspunkt från olika problemområden. Man menar att problemen får avgöra vilka element av olika traditionella kunskapsområden som bör kombineras därför att de är relevanta för förståelsen och bearbetningen av problemen.

Vi har debatten om demokrati och medinflytande. 55 år efter den politiska demokratins genombrott har vi en intensivare debatt än någonsin om demokratins praktiska tillämpning på olika områden. De gamla uppdelningarna i ledare och ledda, aktiva och passiva, experter och lekmän håller på att ifrågasättas. I arbetslivet — också inom vårdsektorn — förändras yrkesrollerna mot

Efter ett inledningsanförande vid Svenska Psykiatriska Föreningens höstmöte i Örebro oktober 1975.

Vi får uppleva hur den ensamme expertens auktoritet försvagas till förmån för den samverkande gruppens auktoritet.

samverkan på lika villkor. I relationen patient/klient — hjälpare/terapeut accepterar den förre inte att vara enbart objekt för experternas klokskap utan kräver att få vara subjekt, som mer eller mindre självständigt tillgodogör sig det som experterna kan erbjuda.

Varför pekar jag på dessa tendenser i tiden?

Därför att jag tror att de samverkar till en och samma slutsats: att vi inom hela vårdsektorn måste samordna våra kunskaper och andra resurser till gemensamma bedömningar och gemensamma praktiska insatser. Vi kommer alla att ställas mot väggen för att redovisa våra grundläggande värderingar, våra åtgärders syfte och konsekvenser. Vi har anledning söka svaren gemensamt. Vi måste inse att var för sig svarar vi ofta för en partiell bearbetning av olika aspekter på samma problem. Vi tvingas erkänna att vår egen kunskap bara hjälper oss att gripa över en del av problemen. Vi får uppleva hur den ensamme expertens auktoritet försvagas till förmån för den samverkande gruppens auktoritet.

Ny organisatorisk struktur?

Innebär det här att vi bör bryta upp hela vårdsektorns organisatoriska struktur och skapa en ny struktur som bättre svarar mot en sådan helhetssyn?

När man tänker på vilka enorma svårigheter som mött alla försök till radikala ingrepp i den administrativa strukturen blir man nästan förlamad. Då träder försvarsmekanismer i funktion med stor effekt.

I socialutredningens direktiv sades det att utredningen skulle bedrivas med utgångspunkt från att ansvarsfördelningen mellan de olika huvudmännen för hälso- och sjukvård samt socialvård i princip skall vara oförändrad.

Utredningen själv avslutade sin analys av denna fråga med följande konklusion: "Problemen kan

inte lösas genom total integration av de olika verksamhetsområdena. Dessa är alltför många och heterogena i fråga om verksamhetens inriktning, typ av resurser och fackkunskaper. Problemet måste i stället lösas genom olika former av samarbete."

Jag tror att man vågar räkna med att om det lyckas bra så leder det till att man, så att säga inifrån, driver fram nödvändiga anpassningar också i den administrativa strukturen. Det kan därför vara en bra utgångspunkt även för långsiktig förändring att starta med att finna samsarbetsformer i det praktiska vardagsarbetet.

Hur ser den ut denna psykiatrins viktiga samsarbetspartner?

Det är en rimlig fråga att ställa från er sida: Hur ser den egentligen ut denna socialvård som ni skall ha som en betydelsefull samsarbetspartner.

Vad står socialvården på för ideologisk/teoretisk grund?

Vad har den för kompetens och resurser?

Hur ser den organisatoriska bild ut i vilken psykiatrin skall söka kontaktpunkter?

Dessa frågor är egentligen för svåra att besvara. Det finns helt enkelt inga entydiga svar på dem alla. Men jag skall göra ett litet försök ändå.

Vad har socialvården för ideologisk/teoretisk grund

När man lyssnar till vissa självkritiker inom socialvården kan man ibland förnimma att socialvårdens två främsta karaktäristika är repression och inkompetens och att socialutredningen borgar för att det så kommer att förbli.

Visst finns i socialvårdens historia ett starkt inslag av social kontroll, av förmynderi och av enkel byråkratisk metodik. Men här har det obestriddligen skett en ytterst betydelsefull utveckling

Innebär det här att vi bör bryta upp hela vårdsektorns organisatoriska struktur och skapa en ny struktur som bättre svarar mot en sådan helhetssyn?

När man lyssnar till vissa självkritiker inom socialvården kan man ibland förnimma att socialvårdens två främsta karaktäristika är repression och inkompetens.

som har hämtat impulser dels från andra politiska värderingar, dels från den beteendevetenskapliga forskningen.

Socialutredningen har försökt formulera den idémässiga grunden för socialvårdens insatser i tre övergripande mål: demokrati, jämlikhet och solidaritet samt trygghet.

Demokratimålet har flera praktiska konsekvenser, t ex det måste ge klienten rätt till insyn i premisserna för socialvårdens engagemang, dvs information om innehållet i lagar och regler som påverkar klientens rättigheter och skyldigheter — information om socialvårdens resurser och metoder att hjälpa klienten med hans problem.

Demokratin förutsätter också att klienten är med och utformar åtgärder som rör honom själv och därvid även ges tillfälle att bedöma olika alternativ.

När det gäller jämlikheten ansluter sig utredningen till ett jämlikhetsbegrepp som innebär inte bara lika möjligheter utan likhet i förverkligade livsvillkor. Strävan efter jämlikhet måste för socialvårdens del innebära att man söker tillföra resurssvaga individer och grupper resurser — materiella resurser, information, kunskap, rådgivning men också personligt stöd och behandling för att mobilisera egna resurser.

Ser man på de mekanismer i samhället — i hem, skola, arbetsliv, som gör att vissa människor slås ut, blir underprivilegerade, missanpassade, "samfunnets tapere" (på svenska tappare, förlorare) som Per Sundby har uttryckt det — då är det rimligt att säga att de människorna har en fordran på samhället.

Tryggheten har bestämts närmare i tre huvudpunkter,

- ekonomisk trygghet
- trygghet i fysisk mening
- trygghet i socialpsykologisk mening.

Den ekonomiska tryggheten avser i första hand trygghet till sysselsättning och trygghet vid inkomstbortfall av olika slag.

Trygghet i fysisk mening kan vara att få adekvat vård vid sjukdom och ålderdom samt stöd och hjälp för att tillgodose andra behov. Det kan också vara säkerhet i den yttre miljön. Till tryggheten i socialpsykologisk mening hör rätten att inom vissa gränser slippa vård om man inte vill ha den. Dit hör att få vara fredad i sitt privatliv, att vid behov få samhällets hjälp utan att behöva utlämna ovidkommande uppgifter om sitt liv. Dit hör möjligheter till kontakt och gemenskap. Dit hör trygghet mot övermäktiga psykiska krav, t ex i skola och arbetsliv.

De här målen har kritiserats för att vara väldigt allmänt hållna. De små exempel jag gav visar emellertid att visst kan man dra konkreta slutsatser av dem. Och granskar man socialvården utifrån dessa mål, visst avslöjar det en del gammalt bråte i socialvårdens ideologi, som bör städas ut.

Närmar man sig sedan socialvårdens metodik kommer helhetssynen som en viktig vägledning för handlandet. Helhetssynen har av socialutredningen definierats så här: "Helhetssynen innebär att en enskilds eller en grupp sociala situation och de problem han upplever ses i förhållande till den omgivande sociala miljön. Den innebär därmed ett avståndstagande från symtomtänkande. I stället söks orsaker till och lösningar på problemen bl a i samspelet mellan individen och hans primärgrupp men också i de förutsättningar samhället erbjuder."

Och utredningen fortsätter: "En viktig utgångspunkt för den sociala metodiken bör således vara att varje individ har potentiella resurser att forma sitt liv. Dessa kan till följd av yttre faktorer vara mer eller mindre undertryckta. Att frigöra dessa resurser är en viktig del av det sociala arbetet. En sådan frigörelse är inte möjlig utan klientens eller

Tryggheten har bestämts närmare i tre huvudpunkter, ekonomisk trygghet, trygghet i fysisk mening, trygghet i socialpsykologisk mening.

=====

Dagens socialarbetare företer rätt heterogen utbildningsbakgrund.

=====

gruppens medverkan i den förändringsprocess som socialt arbete kan innebära.”

Dagens socialarbetare företer rätt heterogen utbildningsbakgrund. Socionomutbildningen, som utgör stommen i utbildningen för socialt arbete, innefattar ett praktikår och fem terminer med fyra tyngdpunkter i studierna: *psykologi och sociologi, rättskunskap med socialrätt* som det primära, *ekonomi och socialpolitik* samt *social metodik*. Det är baskunskapen hos socialvårdens kärntrupp.

Ja, detta var förhoppningsvis åtminstone några fragment till en positionsangivelse för socialvården.

Vad har socialvården för möjligheter och resurser?

På det förebyggande planet har socialvården ett klart uttalat ansvar för att skaffa sig kännedom om de förhållanden i kommunen som kan orsaka sociala problem och att bearbeta de orsakerna. Socialvården håller på att arbeta sig till en roll i samhällsplaneringen. Här finns det uppbyggda vägar där psykiatri och socialvård i många fall borde kunna slå följe.

Som uppfångare av problem, även psykiska störningar, har socialvården ett mycket finfördelat kontaktnät. Barnstugorna, hemvården, socialbyråerna, för att nämna de viktigaste. Även om det inte rör sig om diagnostik i er mening kan socialvården i ett stort antal fall hjälpa människor till kontakt med adekvata resurser. Och kontakt i tidigt skede. En intensivare samverkan med den psykiatriska vårdorganisationen kan säkert öka socialvårdens observans på psykiska problem.

Socialvårdens insatser innebär i ett stort antal fall — jag har emellertid inga siffror — stöd i akuta situationer med psykiska problem. Den som söker socialhjälp, den som har kontakt för missbruksproblem, den familj som är aktuell för barn- eller ungdomsproblem befinner sig nästan undan-

tagslöst i en psykiskt pressad situation. Här tillhandahåller socialvården utifrån sina förutsättningar i mycket stor omfattning stöd och hjälp med psykiska störningar och problem. Utökad samverkan med den psykiatriska vårdorganisationen bör kunna effektivisera de insatserna från socialvårdens sida.

Psykotering i egentlig mening förekommer kanske inte i stor omfattning i socialvården. Men det utvecklas i ökad utsträckning resurser för detta i öppen socialvård. Och psykotering måste utgöra ett centralt inslag i socialvårdens institutionsdel. Men därom kommer Ivan Ottosson och Lars Bremberg att tala mer. Låt mig bara säga att vidgat utrymme för psykotering i socialvårdens arsenal av tjänster innebär ingen utvidgning av socialvårdens arbetsområde om vi låter det arbetsområdet bestämmas av den klientel som socialvården arbetar med. Det är endast en anpassning till klienternas verkliga behov.

Att det förhåller sig på det sättet kan heller inte vara ett skäl att se ett konkurrensförhållande mellan socialvården och den psykiatriska vårdorganisationen. Det bör i stället vara ett skäl till ökat ömsesidigt utbyte. Ett gemensamt problem är ju ändå otillräckligheten.

Hur ser den organisatoriska bild ut i vilken psykiatri skall söka kontaktpunkter?

Jag skall fatta mig mycket kort på denna punkt. Jag vill först peka på en väsentlig skillnad mellan psykiatri och socialvården. Socialvården har genom de sociala centralnämnderna och i många fall dessutom distriktsnämnderna en mycket intensiv medverkan av förtroendemän/lekmän. Jag tror att vi tidigare i socialvårdsdebatten har ställt oss mycket mer kritiska till detta än numera. Låt

=====

Låt mig bara säga att vidgat utrymme för psykotering i socialvårdens arsenal av tjänster innebär ingen utvidgning av socialvårdens arbetsområde om vi låter det arbetsområdet bestämmas av den klientel som socialvården arbetar med.

=====

Samordning av resursplaneringen och resursutbyggnaden så att rätt resurs kan hållas tillgänglig på rätt ställe vid rätt tidpunkt.

mig peka på två positiva faktorer. Den ena är, att förtroendemannaorganen utgör en kontaktyta mot den allmänna opinionen. En kontaktyta genom vilken kunskap och förståelse för sociala problem kan filtreras ut till allmänheten. Den andra är, att när socialvården orienterar sig mot en mer samhällspåverkande roll utgör förtroendemannaorganet ett kontaktfält mot många beslutscentra i samhället. Måhända kan socialvårdens förtroendemannaorgan också för psykiatrin representera inte bara en tröghetsfaktor i samarbetet utan också en kontakt med samhället.

När det gäller socialvårdens organisation i övrigt kommer institutionsdelen att behandlas av andra. Förutsättningarna för lokalmässig samordning av öppen socialvård och psykiatrisk primärvård hoppas jag blir en viktig fråga i eftermiddagens diskussioner. Jag skall inte beröra den närmare,

Socialutredningens modell för samverkan

Låt mig i stället säga ett par ord om hur socialutredningen har försökt systematisera samordningsbehovet mellan socialvård och sjukvård och vilka organisatoriska former utredningen har pekat på. Utredningen pekar på tre specifika samordningsbehov.

- a) Samordning av resursplaneringen och resursbyggnaden så att rätt resurs kan hållas tillgänglig på rätt ställe vid rätt tidpunkt.

Av vem och i vilka former skall institutionella resurser tillhandahållas? Svaret på denna fråga bör ges i form av en institutionsplan för varje landstingsområde.

Hur skall socialvårdens behov av samverkan av medicinska resurser från den egentliga sjukvårdsorganisationen tryggas och hur skall sjukvårdens behov av socialvårdsinsatser tryggas?

Detta förutsätter gemensamma behovsbedömningar och en sådan resursavvägning att sjukvårdens behov av sociala insatser och socialvårdens behov av medicinska insatser ges samma prioritet som andra jämförbara sjukvårds- respektive socialvårdsbehov. Dvs att man inte alltid i första hand prioriterar den egna organisationens behov.

Organisatoriska former för ett sådant samarbete finns redan i de samsamarbetsorgan mellan landsting och primärkommuner som har etablerats. Samplaneringen bör därutöver stabiliseras genom en fast rutin i anslutning till budgetproceduren hos respektive huvudman.

- b) Samordning av behandlingsmål och metodik så att resurser tillhörande olika organisationer kan samverka effektivt i behandlingen.

Detta samordningsbehov kan tillgodoses på olika vägar:

Utarbetande av gemensamma riktlinjer för verksamheten.

Gemensamma utbildningsinsatser där sociala och medicinska referenssystem får komplettera varandra.

Gemensamt utvecklingsarbete i metodfrågor.

- c) Samordning av resursnyttjandet så att olika insatser anpassas till vårdbehovet och blir insatta vid rätt tidpunkt och i rätt omfattning.

Här kan det i vissa fall krävas en mera intensiv samordning av behandlingsplaneringen via behandlingskollegier. I andra fall krävs underhandskontakter mellan respektive direkt vårdansvariga, t ex socialassistent — läkare.

Samordning av behandlingsmål och metodik så att resurser tillhörande olika organisationer kan samverka effektivt i behandlingen.

Samordning av resursutnyttjandet så att olika insatser anpassas till vårdbehovet och blir insatta vid rätt tidpunkt och i rätt omfattning.

Socialutredningen har också skisserat tre olika modeller för samarbetet:

a) Parallella resurser

Det innebär att medicinska resurser byggs in i socialvårdsorganisationen och sociala resurser byggs in i sjukvårdsorganisationen. Exempel på denna modell är kuratorerna inom sjukvården, socialläkarna såsom de ofta är infogade i organisationen och läkare vid socialvårdsinstitutioner.

Medicinska resurser inbyggda i socialvårdsorganisationen anser utredningen ha aktualitet främst när den medicinska medverkan kan lämnas av medicinsk personal som inte samtidigt behöver ha tillgång till sjukvårdens övriga resurser eller när medicinska resurser eljest inte är tillgängliga nära den socialvårdsenhet det är fråga om.

b) Ömsesidigt tjänsteköp

Det innebär att socialvården köper medicinska tjänster från sjukvården och sjukvården köper sociala tjänster från socialvården. Sådant tjänsteköp förekommer i ökande utsträckning. Detta var den modell den sk KOS-utredningen ville tillämpa för samordningen av alla sociala insatser inom kommuner och landsting.

Den här modellen anser SU var lämplig för socialvårdens del i de fall en medicinsk insats behöver vara väl integrerad i en i övrigt huvudsakligen social bedömning och behandling. Den ansågs också lämplig för samverkan i personalutbildning och utvecklingsarbete.

c) Fördelat vårdansvar

Det innebär att socialvården inom sin organisation och sjukvården inom sin organisation svarar för var sin del i ett sammansatt vårdbehov. Ett exempel representerar en alkoholskadad som i avgiftningsfasen behandlas vid sjukhus och därefter erhåller fortsatt behandling vid en socialvårdsinstitution men som vid tillfälliga kriser under denna behandling återförs för akutbehandling inom sjukvårdsorganisationen. Ett annat exempel är att en allmänläkare och en socialarbetare samråder i ett enskilt ärende med komplicerad socialmedicinsk problematik och därvid samordnar sina insatser utan att den ene eller den andre övertar hela ansvaret.

Den här modellen är särskilt lätt att tillämpa när socialvård och sjukvård är lokalmässigt sammanförda. Men den kan naturligtvis också innebära att patienten/klienten inom ramen för en sammanhållen behandlingskedja flyttas från den ena vårdenheten till den andra.

Valet mellan dessa tre modeller måste emellertid också i hög grad påverkas av vilket utrymme man ger för patienten/klienten själv att välja sin vårdform.

Jag har pekat på några allmänna utvecklingstendenser, som bidrar till att socialvård och psykiatri måste närma sig varandra i praktiskt samarbete. Jag har tecknat ett snabbporträtt av socialvården, som jag hoppas är något så när naturtroget och inte har verkat alltför avskräckande. Jag har slutligen pekat på socialutredningens samverkansmodell. Den bör ge flera utgångspunkter för debatten.