

Samverkan mellan socialvård och psykiatrisk vård

Claes-Göran Westrin

Inledningsvis redovisas utvecklingstendenser som är av betydelse för arbetsfördelningen inom sjukvård och socialvård och där efter vissa principer som kan betinga avgränsning och samordning mellan dessa verksamhetsområden. Vidare behandlas frågan om vad psykiatri kan stå för och bidra med i detta samarbete. Slutligen meddelas en kort översikt över olika möjligheter till samarbete mellan socialvård och tänkbara riktlinjer för ett sådant samarbete.

Artikelförfattaren är blockchef för den psykiatriska vården i Skaraborgs län och engagerad i det socialmedicinska utvecklingsarbetet vid Skara vårdcentral.

Utvecklingstendenser inom sjukvård och socialvård

Såväl socialvård som sjukvård kännetecknas av snabba och genomgripande förändringar beträffande de flesta faktorer som tidigare bestämt arbetsfördelningen. Det gäller såväl avgränsningen mellan socialvård och sjukvård som beträffande avgränsningsfrågor inom sjukvården.

Om vi ser till förhållandet mellan socialvård och sjukvård finns inom sjukvården en klart ökad inriktning mot mer psykosociala synsätt som närmar sjukvårdsarbete till socialvårdsarbete. Det finns inom socialvården — som Axel Gisslen påmint om — en kraftigt accelererad inriktning mot

social service och mot ett mer terapeutiskt arbete i samarbetet med klienterna.

Slutligen finns inom båda dessa verksamhetsområden likartade tendenser som närmar dem till varandra. Det gäller t ex inriktningen mot mer förebyggande arbete, arbete i närmiljö, strävande till helhetssyn och familjeinriktning, mot öppnare vårdformer och sist men inte minst en snabb utveckling till samordning med andra verksamhetsområden.

Denna utveckling har i sin helhet medfört mindre skarpa gränser mellan olika verksamhetsområden. Man har kommit närmare varandra både i arbetssätt och ansvarsområden och jag tror att den utvecklingen kommer att förstärkas med en ökad samordning — även om samordningen också innebär bättre möjligheter för att dela upp arbetet sinsemellan.

Man kan också sammanfatta det nu sagda med att påminna om att utvecklingen mot en mindre skarp avgränsning mellan olika verksamhetsområden ur viktiga aspekter är en önskvärd utveckling. Den samordning som detta medger ger som främsta fördelar en bättre helhetssyn i arbetet och större möjligheter till gemensamma resursinsatser. Men det finns också nackdelar i balansräkningen, både risk för identitetskriser och för konflikter.

Frågeställningen blir då hur vi i uppbyggnaden av samarbetet skall få ut största möjliga fördelar och minsta möjliga nackdelar.

Den frågan ger anledning att påminna om några tänkbara principer för avgränsning och samordning mellan olika verksamhetsområden.

Om vi ser till tänkbara betingelser för ansvars- och arbetsfördelning finner vi ofta en svårgripbar blandning av rationella motiv och sociala traditio-

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

Om vi ser till tänkbara betingelser för ansvars- och arbetsfördelning finner vi ofta en svår-gripbar blandning av rationella motiv och sociala traditioner.

ner. En aspekt som kan legitimera arbetsfördelningen är gemensamma kunskapsfält och arbetsmetoder, vi kanske kan kalla en sådan arbetsfördelning för specialiseringsprincipen. En aspekt är strävan att åstadkomma kontinuitet och odelat ansvar för ett visst geografiskt upptagningsområde, vi kan kalla det för sektoriseringsprincipen. Andra viktiga faktorer är frågan om en lämplig organisationsstorlek och vidare vårdtraditionen.

Det finns på många verksamhetsområden — inte minst inom sjukvården — stor osäkerhet och motsatta åsikter om betydelsen av var och en av dessa faktorer. Det gäller kanske främst vilken grad av specialisering som är nödvändig. I ena ändan: Vilket ansvar kan man lägga på en sjuksköterska eller en allmänläkare. I andra ändan: när behöver man superspecialister eller arbetslag sammansatta av olika superspecialister? Men vi är också osäkra vilken grad av sektorisering som behövs. Hur mycket skall vi i ex prioritera betydelsen av närmiljö? I hur stor utsträckning ska vi gå på ideer som antyds i ex barnstugeutredningen och satsa på kvartersvård, dvs en särskild stark satsning på sociala fältarbetare och distriktssköterskor? I vilken utsträckning skall vi lägga satsningarna på vårdcentraler, baserade på socialstyrelsens primärvårdsområden, dvs 40 000—50 000 individer? Vidare: Hur skall vi finna den organisationsstorlek som är tillräckligt stor för att klara ett visst samhörigt fält av arbetsuppgifter men inte så stor att den stelnar i en inre byråkrati? Slutligen: Hur skall vi ställa oss till vårdtraditionen? Vad är så bra och värdefullt att det legitimerar en fortsatt reformistisk uppbyggnad, vad är så uselt att vi känner oss tvingade till en radikal brytning?

Det är för vår diskussion idag väsentligt att osäkerhet i dessa nu redovisade avseenden i så hög grad präglar psykiatrins situation.

Detta sammanhänger redan med det förhållan-

det att psykiatrin i mycket utgör ett gränsområde mellan sjukvård och socialvård. Det sammanhänger också med att några av de nämnda utvecklingstendenserna som närmar sjukvården till socialvården i speciell utsträckning kännetecknar psykiatrin, främst den starkt ökade tonvikten på psykosociala synsätt, på öppnare vårdformer och på en familjeinriktning. Ytterligare ett komplex av faktorer som kan skapa osäkerhet om psykiatrins läge är den omstrukturering som försiggår gentemot andra områden inom sjukvården, särskilt den betydelsefulla utvecklingen av en socialmedicinskt präglad allmänläkareverksamhet men också ansvarsfördelningen mellan psykiatrisk vård och somatisk långvård.

Alla dessa förhållanden har medfört att psykiatrin i hög grad står under debatt, inte minst inom psykiatrin själv.

Vi kan som underlag för den fortsatta diskussionen behöva några ställningstaganden till ett par centrala frågor i den debatten, frågor om vad psykiatrin är och vad psykiatrin kan.

På frågan om vad psykiatrin är väljer jag en förkortad definition från Socialstyrelsens expert-rapporter om psykiatrins målsättning och organisation. Den utsäger att psykiatrin är den gren av medicinen där psykologiska fenomen är av väsentlig betydelse som symtom på eller bakgrund till en störning och där psykologiska metoder utgör ett specifikt behandlingsinstrument. Psykiatrin är därvid ett kunskapsområde som använder sig av såväl naturvetenskapliga som humanvetenskapliga synsätt och som söker samband mellan psykiska störningar och faktorer av dels psykologisk och social och dels biologisk art.

Vi bör för vår diskussion kanske framför allt påminna oss om att det är detta dubbla perspektiv, möjligheten att växelsvis och samtidigt an-

Vad är så bra och värdefullt att det legitimerar en fortsatt reformistisk uppbyggnad, vad är så uselt att vi känner oss tvingade till en radikal brytning?

Det dubbla perspektivet, möjligheten att växelvis och samtidigt använda biologiskt-medicinska och psykosociala synsätt, är det viktigaste kännetecknet på psykiatriskt arbete.

vända biologiskt-medicinska och psykosociala synsätt, som är det viktigaste kännetecknet på psykiatriskt arbete.

Frågan om vad psykiatrin är har emellertid också en kvantitativ sida som kan belysas med några siffror ur nyssnämnda expertrapporter. Tar man psykisk sjuklighet av den valör som kännetecknar patienter på en psykiatrisk mottagning har Hagnell uppskattat risken för insjuknande till 45 % av alla män och 70 % av alla kvinnor, varvid bl a alkoholism, beteendestörningar och psykosomatisk sjuklighet och all sjuklighet ovanför 60 års ålder är frånräknat. Om vi ser samma fenomen från andra aspekter står psykiatrin för 45 % av alla vård dagar inom sjukvården. Regelrätt psykiatriska diagnoser står för 10 % av alla sjukpenningdagar och 40 % av alla förtidspensioner. Medel av lugnande eller annan psykofarmakologisk karaktär står för 25 % av alla läkemedel värda mer än 5 kr osv.

Vad kan då psykiatrin göra åt dessa och andra psykiska störningar och problem?

Det är en sådan stor fråga att den naturligtvis bara kan besvaras i mycket grova drag och med inte obetydliga subjektiva felmarginaler. Samtidigt vågar jag hävda att underlaget för att besvara den frågan i varje fall är bättre än vad som brukar framskymta i massmedia och samma torde gälla en relativt bred enighet hos dem som praktiskt arbetat inom psykiatrisk vård.

Beträffande denna fråga skall jag anknyta till en framstående amerikansk psykiater, Bertram S. Brown, som i ett föredrag till den amerikanska psykiatrikongressen 1975 sammanfattade psykiatrins kompetens sålunda:

När det gäller svårare psykisk sjukdom, vi kan tala om psykos, kan psykiatrin göra ett hyggligt jobb, vare sig det gäller att förebygga manier,

bota depressioner eller balansera ett schizofrent tillstånd så att man i varje fall inte behöver tillgripa långvariga sjukhusperioder. Även när det gäller andra mer eller mindre svåra långvariga psykiska funktionsstörningar (störningar som kanske omfattar 5—10 % av befolkningen) kan psykiatrin väsentligt bidra till att göra patientens tillvaro mer dräglig — även om man här är ännu längre från direkt trestjärniga insatser.

När det gäller den största gruppen av psykiska problem, en grupp som kanske bättre fångas in med termer som "olyckliga människor" och relationsproblem är psykiatrins möjliga bidrag mer osäkra. Det sammanhänger redan med bristande resurser men också med osäkerhet om vi egentligen har några metoder att behandla sådana problem men också med bristen på entydiga metoder att bevisa behandlingseffekten. Sist men inte minst är detta ett område där avgränsningen av psykiatrins kompetens och arbetsuppgifter är mycket oskarp, därför att det i så hög grad präglas av psykosociala problem. Samtidigt torde det stå klart att man i praktiken inte kan lösa denna fråga genom att dra en skarp gräns för sjukvårdens och psykiatrins ansvarsområde så att säga hitom denna problemgrupp. En ganska stor del av denna grupp kommer nämligen automatiskt att aktualiseras i sjukvården och då i viss utsträckning också inom psykiatrin endera därför att de får psykosomatiska besvär eller därför att man kan behöva överväga om de har nytta av någon form av medicinsk hjälp eller därför att man ibland kan behöva utreda eventuella biologiska sjukdomsprocesser.

Olika möjligheter till samarbete socialvård/psykiatrisk vård

Vilka perspektiv kan man då — mot den ovan redovisade bakgrunden — lägga på samverkan mellan psykiatrisk vård och socialvård? Vilka bidrag kan psykiatrin ge till socialvården och vilka bi-

När det gäller svårare psykisk sjukdom kan psykiatrin göra ett hyggligt jobb.

Tabell 1. Olika perspektiv på samarbetet mellan psykiatrisk vård och socialvård

Samarbetets inriktning	Målgrupper för samarbete	Problemområden	Vårdformer
<i>Prevention</i>	<i>Samhället</i>		
● Primär	<i>Riskgrupper</i>		
● Sekundär	● Barn och ungdomar		
● Tertiär	● Äldringar		
<i>Behandling</i>	● Människor i vissa problemmiljöer		
<i>Rehabilitering</i>	M fl		
	<i>Problemgrupper/sjukdomsgrupper</i>	<i>Människor i kriser och sjukdomar:</i>	<i>Öppen vård</i>
		● Relationsstörningar	<i>Halvöppen vård</i>
		● Arbetsproblem	<i>Institutionell vård:</i>
		● Missbrukare	<i>Akutvård</i>
		● "Neuroser", psykosomatiska sjukdomar	<i>Rehabilitering</i>
		● Psykoser	<i>Långvård</i>
		Etc	

drag kan socialvården ge till psykiatrin?

Svaret på den frågan sammanhänger naturligtvis med vad samarbetet gäller och vid allmänna överväganden kan man då bl a ta hänsyn till

- om samarbetet är inriktat på förebyggande åtgärder eller på behandling eller rehabilitering.
- om målgrupper är hela samhället eller vissa riskgrupper — varvid det i regel givetvis är frågan om förebyggande åtgärder — eller om det är problem/patientgrupper.

I sistnämnda avseendet är det av betydelse vilka kategorier av problem det är frågan om samt slutligen vilka vårdformer samarbetet skall omfatta (tabell 1).

Inför detta skulle man kanske kunna våga följande påstående:

- Ju mer det gäller samhället eller förebyggande arbete med stora riskgrupper i desto större utsträckning ligger det naturliga huvudansvaret hos socialvården. Å andra sidan ju mer man rör sig åt det psykotiska hållet, åt behandlingen av allvarliga psykiska störningar, desto mer påtagligt blir psykiatrins huvudansvar. I det stora mellanområdet blir avgränsningen

diffus, behov av samordning, flexibilitet, tolerans för olika lösningar och även parallella insatser en praktisk nödvändighet.

- Även om man fördelar huvudansvaret på detta sätt kan man behöva kompletterande insatser av respektive vårdområde. Det bör självfallet finnas all anledning att ta tillvara psykiatrisk erfarenhet och för den delen också entusiasm i det förebyggande arbetet, så som på sina håll har skett i utvecklingsarbetet vad det gällt grannskapsarbete. Och på den motsatta polen behövs i hög grad en samordning av psykiatriska och sociala insatser när det t ex gäller rehabiliteringen av långvariga psykotiska tillstånd.

När det gäller den aktuella utvecklingen av samverkan över det psykiatriska och sociala fältet kan det vara skäl att påminna om att vi har haft

~~~~~  
*Ju mer det gäller samhället eller förebyggande arbete med stora riskgrupper desto mer ligger huvudansvaret naturligen på socialvården.*  
 ~~~~~

*Det är omöjligt att blunda för att samarbets-
klimatet på många håll lämnar åtskilligt övrigt
att önska.*

och fortfarande har svårigheter att kämpa med
men att det trots allt finns betydande glädjeäm-
nen.

Om vi först tar upp svårigheterna är det omöj-
ligt att blunda för att samarbetsklimatet på många
håll lämnar åtskilligt övrigt att önska. Det är om-
vittnat att man inom socialvården på många håll
upplever att psykiatrin inte ställer upp med den
hjälp den borde lämna, på andra håll inom social-
vården kan man också ställa sig tveksam till den
psykiatriska vårdens arbetsmetoder. Karakteris-
tiskt nog finns på ungefär samma punkter på sina
håll inom psykiatrin en motsvarande misstro mot
socialvården.

Man kan peka på flera påtagliga orsaker till
dessa samarbetsproblem. En mycket väsentlig för-
klaring ligger i att man på båda håll har dåliga
kvantitativa och också kvalitativa resurser. Man
har alltså inte så mycket att ställa upp och hjälpa
till med. Men samarbetsklimatet förbistras också
av olika arbetsförutsättningar där framför allt so-
cialvården enligt min uppfattning med rätta kän-
ner sig försatt i ett sämre läge än sjukvården, som
har högre status och där personalen, framför allt
läkarna, på ett mycket friare sätt disponerar sam-
hällets resurser. Med i bilden är också utvecklade
samarbetsmetoder och en ofta anmärknings-
värd okunnighet om det andra arbetsområdets
möjligheter. Ytterligare ett samarbetsproblem är
möjligen en benägenhet att exportera obehagliga
målkonflikter till det andra verksamhetsområdet.
Jag tänker naturligtvis på den notoriska tvångs-
frågan där alla — också kriminalvården — tycks
sträva efter att andra skall ta över den tvångsvård
som kan behövas.

Mot denna ibland lite bekymmersamma bak-
grund avtecknar sig dock betydande glädjeämnen.
Det gäller den upprustning som ändå gradvis
kommer till stånd inom såväl socialvård som psy-
kiatrisk vård. Det gäller det samarbete som ändå i

*Mot denna ibland lite bekymmersamma bak-
grund avtecknar sig dock betydande glädje-
ämnen.*

stort sett ökat med kraft och snabbhet på senare
år, dels i följd av tidigare nämnda gemensamma
utvecklingstendenser, dels i form av ett livligt ut-
vecklingsarbete — från samverkan med bl a
grannskapsarbete på olika håll till samverkan i in-
stitutionsvård i Malmöhus län, från samverkan i
alkoholistvård typ Ulleråker till samverkan i åld-
ringsvården typ Långbro, från ett traditionellt
samarbete runt barn- och ungdomsvården till
olika ansatser i den vuxenpsykiatriska vården. Det
gäller också de förbättringar i utbildningen som
inträtt och där man kanske framför allt har anled-
ning att peka på det kraftigt ökade inslaget av un-
dervisning i socialmedicin och psykosociala syn-
sätt som nu kommer i läkarutbildningen.

Tänkbara riktlinjer för samverkan socialvård/ psykiatrisk vård

När det gäller min sista frågeställning, vilka
mål vi skall ställa upp för samverkan mellan so-
cialvård och psykiatrisk vård, vill jag först mar-
kera en utgångspunkt, som jag tror är nödvändig
bl a med hänsyn till det bristande samarbete som
så ofta förekommit och förekommer och med
hänsyn till den osäkerhet som till äventyrs kan
komma att prägla en utveckling med starkt för-
ändrade arbetssätt för såväl socialvården som för
psykiatrin.

Den utgångspunkten är ett enkelt antagande,
nämligen att psykiatrin för att kunna fullgöra sina
uppgifter behöver stöd av en stark socialvård lik-
som socialvården å sin sida behöver hjälp av en
stark psykiatri.

*För att kunna fullgöra sina uppgifter behöver
psykiatrin stöd av en stark socialvård liksom
socialvården å sin sida behöver hjälp av en
stark psykiatri.*

Det är min egen erfarenhet att socialarbetare är den yrkesgrupp som jag känner störst samhörighet och närhet till om jag bortser från den egna gruppen av psykiater och socialmedicinare. Det är inte svårt att peka på faktorer som betingar den samhörigheten. De kan återföras till en syn på människan som både en individ och en del i en social verklighet, till ett helhetsperspektiv som vi inom sjukvården i alla fall tidigare inte så ofta mött utanför psykiatrin — och som man nog inom primärkommunen inte heller är så bortskämd med utanför socialvården. Vi har levt och lever fortfarande i en period med betydande teknokratiska tendenser som gör sig gällande både i sjukvården och i kommunal förvaltning. I det läget är det viktigt att det inom båda dessa områden — och ett delat huvudmannaskap eller åtminstone delade förvaltningar torde vi nog komma att behöva även i framtiden — finns verksamheter som kraftfullt hävdar det gemensamma perspektivet.

Men redan det att vi har så många gemensamma problem med krav på nära samarbete skapar självfallet behov av en stark samarbetspart, annars fortsätter samarbetet att halta på det sätt som det så ofta gör för närvarande.

Sist men inte minst skapar naturligtvis de tidigare antydda överväldigande arbetsuppgifterna behov av starka gemensamma insatser.

När det sedan gäller möjligheterna att öka resurserna kan man påminna om att vi står inför en exceptionell ökning av såväl antal socionomer som psykologer och läkare. Det ger en möjlighet för oss inom psykiatrin att arbeta för ett ökat utrymme för socialarbetarinsatser liksom det ger en möjlighet för socialarbetare i olika positioner att bidra till att en större del av läkartillskottet går till det socialmedicinska fältet, till allmänläkare, långvårdsläkare och psykiater och inte i första hand — som fortfarande finns skäl att befara — till tekniska eller organspecialiteter.

Avslutningsvis skulle jag vilja peka på några avseenden där det kan behövas särskilda insatser för samarbetet, (tabell 2).

Jag tror att det bl a är viktigt att inte försumma målfrågorna, även om diskussionen om sådana förekommit så mycket i olika utredningar att

Tabell 2. Tänkbara riktlinjer för samverkan socialvård/psykiatrisk vård

1. Samarbete krävs betr
 - målfrågor
 - kunskaps- och metodfrågor (incl utbildning)
 - resursfrågor
 - utvecklingsarbete
2. Prioritering av samarbete
 - vården av alkoholmissbrukare
 - barn- och ungdomsvården
 - åldringsvården

ordet "målsättning" snart torde vara ute. Det är min egen erfarenhet att man i ett socialmedicinskt arbetslag ute på en vårdcentral har många och stimulerande tillfällen att se växelverkan mellan målanalyser och praktiskt patient-klientarbete.

Att vi behöver ökat samarbete i kunskaps- och metodfrågor är självfallet, det inkluderar både en bättre utbildning av förhållanden inom samarbetsparternas verksamhetsområde och en bättre utbildning i samarbete, i lagarbete.

När det gäller resursfrågorna kan man främst peka på möjligheterna att vidareutveckla socialutredningens riktlinjer. Här skulle jag vilja understryka behovet att använda samtliga modeller för resursfördelning, inklusive parallella resurser, vilket annars på de sista åren betraktas med viss misstro. Särskilt vill jag här peka på behovet att hålla samman funktionella arbetslag — där jag varken tror att man skall vara främmande för att ha socialarbetare anställda inom psykiatrin eller läkare anställda inom socialvården.

Att samarbetet också bör innefatta gemensamma insatser i utvecklingsarbetet är också det närmast en självklarhet, tyvärr dock inte alltid i praktiken.

Avslutningsvis och i telegramstil något om de samsamarbetsområden som kan behöva prioriteras. Det är ställningstaganden som kan synas själv-

.....
Samarbetet kring de psykiskt störda eller lidande åldringarna är ett område där allt fler haft anledning att peka på att psykiatrins insatser varit oproportionerligt små.

fallna men där utvecklingen ännu lämnat mycket övrigt att önska.

Med hänsyn till valet av inledare för eftermiddagens diskussioner räknar jag härmed på att diskussionen om vården av alkoholmissbrukare och barn- och ungdomsvården kommer att kunna diskuteras ganska fylligt. Jag hoppas ändå att det tredje av de områden jag har satt upp i prioriteringen, åldringsvården, inte glöms bort i grupparbetet. Samarbetet kring de psykiskt störda eller lidande åldringarna är trots allt en stor del av en alltmer dominerande vårdproblematik. Och det är samtidigt ett område där allt fler haft anledning att peka på att psykiatrins insatser varit oproportionerligt små. Det gäller inte minst utnyttjandet av samarbetet med socialvården. Personligen motser jag här varje investering av pågående utvecklingsarbete och varje uppslag till fortsatt utvecklingsarbete med största intresse.

Glöm inte förnya prenumerationen för 1977

Helår kr 60, halvår kr 35
För studerande helår kr 35
Kollektivprenumeration kr 52
(minst 25 ex pren. direkt hos red.)

SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT

Fack
104 01 Stockholm 60
Tel. 08/87 34 91 Postgiro 11 79-1

Nyhyttan

Kurort och enskilt sjukhem

Storslagen bergslagsnatur — utmärkta promenadvägar — hög och torr barrskogsluft — sjukgymnastik — massage — bad.

Läkare: Med. Dr G. Smårs.

Behandling av invärtes sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, hjärt- och blodtryckssjukdomar, reumatiska åkommor. Konvalescens och rekreation. Prospekt och upplysningar genom rumsbeställningar. Tel 0587/604 00.

Postadress: FACK 65, 710 32 JÄRNBOÅS.



Begär vår rekvisitionslista för enklare beställning av individuella recept- och kvittoblanketter. Ni får snabb leverans och förstklassigt arbete.

fotoprint

TRYCKERIAKTIEBOLAGET FOTOPRINT
Kungsbacka Telefon 0300/110 00 -1 -2

Leverantör av trycksaker till bl. a. landsting, sjukhus och privatpraktiserande läkare.