

Miljöterapi är en syntes av socialvård och psykiatri

Lars Bremberg

När man talar om samverkan mellan psykiatri och socialvård får miljöterapi en symbolisk betydelse som ett slags praktisk syntes. Författaren avvisar kritiken mot institutioner och kritiserar begreppen "närhet" och "kontinuitet". Han pläderar för socialpsykiatriska lösningar inom ramen för en behandlingskedja och tror på gemensam utbildning som ett finurligt medel att sammanföra socialvård och psykiatri. "Låt oss fortsätta med alla spännande projekt från Luleå via Vallmotorp till Skåne, och aldrig behöva uppleva den dag då vi funnit någon slags terapeutisk rikslikare!" slutar han fromt.

Lars Bremberg är rektor för Vallmotorpskolan utanför Katrineholm.

Att säga något om samverkan mellan psykiatri och socialvård i egenskap av aktiv miljöterapeut är verkligen att avge en rapport från gränsskogarna, inte i egenskap av King vid gränspolisen men kanske i egenskap av fritt kringströvande stigman.

Miljöterapi så som det bedrivs i ett professionellt terapeutiskt samhälle framstår för mig som rena syntesen av psykiatri och socialvård.

Men eftersom ett terapeutiskt samhälle möjligen kan beskrivas som någon slags "anti-institution" som är öppen mot samhället och självt försöker infiltrera samhället, så blir det orimligt för mig att begränsa mig till samverkan på institutioner.

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

Låt mig redan här slå fast: institutioner är inte i sig vare sig bra eller dåliga. Bra institutioner är bra och dåliga är dåliga. De som är bra behövs och skall utnyttjas. Många vårdbehövande måste av anständighetsskäl och professionella skäl erbjudas institutionsvård (så enligt min uppfattning alla vuxna narkotikamissbrukare, t ex). Kanske kan i någon framtid det tillskapas sådana alternativa resurser i s k öppen vård, att inte ens de bra institutionerna behövs. (En doktor Relling har dock ett bevingat uttalande som jag tycker passar mig bra här.) I dag är det däremot tvärtom, även de dåliga institutionerna behövs. Den flåshurtiga kritiken mot institutionsvård (som påstår sig vara riktad mot anstalter och hospitalisering, verkar beklämande ofta i själva verket gälla önskemål om inbesparade kostnader, t. ex övervältring på annan huvudman av kostnadsansvaret) har förlätt många vårdarbetare att på eget bevåg avhända sina klienter möjligheten till institutionsvård. Säkert har detta för många äldre, utslagna alkoholmissbrukare lett till tragiska följder, och beträffande många unga missbrukare till meningslöst kvacksalveri i närmiljön. Två begrepp har bl a lanserats som nödvändiga för att institutioner skall kunna accepteras (av dem för vilka den personliga upple-

.....

Kanske kan i någon framtid det tillskapas sådana alternativa resurser i s k öppen vård att inte ens de bra institutionerna behövs (en doktor Relling har dock ett bevingat uttalande som jag tycker passar mig bra här).

.....

velsen av radikalism är oundgänglig?), nämligen "närhet" och "kontinuitet". Båda är långt ifrån invändningsfria.

"Närheten till jävelskap"

Närhet — javisst skall man undvika långa resor. Men detta är ju alltför banalt för att motivera allt som skrivits om "närhetsprincip". En sådan princip begränsar urvalet till vad som finns i närheten av hemkommunen. Guskelov är utbudet inom vårdsektorn väldigt heterogent. Vi lever ju i en tid med försöksprojekt av olika slag över hela landet. Det skall vi vara tacksamma för. Fy sjutton för den dag då alla försöken avslutats och utvärderats och någon riksläkare antagits ... Närhet står också i motsats till distans. Och vem vet inte att distans, även geografisk, till problem ibland kan vara ett önskemål från klienters sida och te sig rimligt även för terapeuter. Det finns ju faktiskt institutioner som helt naturligt bygger en del av sin effektivitet på möjligheten av att i en avskärmad miljö intensivt bearbeta klienternas problem. Det är dock inget fel, så där i största allmänhet, att göra det lätt för sig, och inte heller enbart bra, så där i allmänhet, att göra det svårt för sig. Så det kan finnas skäl att handskas försiktigt med "närhet". "Problemen skall bearbetas i den miljö där de uppstått". Jo, jo, men distans till problem är ju lika slagordsmässigt också något bra och eftersträfvansvärt. Och närhet till jävelskap kan det vara klokt att undvika. Hemmahosterapi är ingen undermedicin.

Och det här med "kontinuitet". Om en person skall ha samma terapeutiska kontakt under hela sin vårdtid, så får han vara inställd på besvikelser. Det finns ju något som heter personalomsättning, och som inte minst drabbar den öppna socialvården. Men en strängt tillämpad kontinuitet medför att institutioner inte kan användas, såvida inte terapeuterna hemifrån kan resa med klienten bort. I så fall blir terapeutyrket förbehållet människor med munkinstinkter. Den s k intensivterapi bygger på denna tanke, men den gäller ju dels en kortare tid, och dels har den (förmodligen p g a munkproblemet?) aldrig blivit någon större företeelse. Narkomanvårdsutredningen i salig åmin-

nelse laborerade också med något slags team som skulle följa klienten runt i vårdkedjan. Uppslaget begravdes i tysthet. Och vidare: är verkligen kontinuitet så där självklart bra? Var får vi uppleva något sådant på andra livets områden? Är det inte tvärtom så att vi ofta nödgas byta grupp, avsluta och nyetablera kontakter? Och att just detta skapar många av de problem som psykiatrin arbetar med. Varvid det ju skulle vara behandlingsmässigt motiverat att exponera klienterna i en skyddad miljö för sådana avbrott i kontinuiteten? Trygghet är en viktig förutsättning för psykoterapi. Men tryggheten skall användas, och det är väl naturligt att också använda den till att pröva sin förmåga till nya kontakter.

Kontinuitet måste njutas med måtta

Det skall klart sägas ifrån, för ärlighetens skull: bra institutioner motverkar kontinuiteten. Ju bättre en institution är, ju större är risken att klienten tonar ner sina hittillsvarande kontakter och koncentrerar sig på de nya, intima och spännande kontakterna på institutionen. Detta kan och bör motverkas, men det är i lagom doser en bra medicin för en tid.

Kontinuitet måste alltså avnjutas med måtta. Ofta är kravet på densamma bara utslag av terapeuternas ständiga, obotliga avundsjuka på varandra, svartsjukan som snålt bevakar den vänskap och tacksamhet ens klienter känner mot en själv. Visst kan terapeuterna vara förtjänta därav, men den någorlunda professionelle känner riskerna härmed och vikten av att klippa av banden. Så låt oss slippa höra brösttoner om kontinuitet!

"Ansvar" är ett begrepp som man laborerar mycket med i samband med samverkan inom vårdområdet. Vem har ansvaret?

~~~~~  
*Ju bättre en institution är, ju större är risken att klienten tonar ner sina hittillsvarande kontakter och koncentrerar sig på de nya, intima och spännande kontakterna på institutionen. Detta kan och bör motverkas men det är i lagom doser en bra medicin för en tid.*  
~~~~~


Ett modernt psykiatriskt arbete måste till ändan dock bygga på åsikten att det är patienten som har ansvaret. Personal och institutioner och huvudmän kan bara ha ansvaret för att göra ett bra jobb (bortsett från renodlat administrativ/ekonomiskt ansvar förstås). Numera är det axiomatiskt inom socialvårdsdebatten att hävda att hemortskommunens socialvård och enkannerligen någon socialassistent därstädes har ett "basansvar" för klientens välfärd genom vårdkedjan. Invändningsfritt är väl om denna person känner ett kontinuerligt ansvar för sin klients materiella välfärd. Men all psykoterapeutisk erfarenhet måste säga oss att det blir psykoterapeuten som under processens gång skymmer sikten och inte bara gentemot diverse andra professionella kontakter inom vårdsektorn utan mot de närmaste anhöriga. Detta är nödvändigt åtminstone till en tid, men man får naturligtvis vara uppmärksam på fenomenet och precis som man medvetet bearbetar överföringsproblematik får man också ta itu med de kontakter ens klient har med andra institutioner och personer utanför den egna institutionen (och föralltivarlden också inom densamma). Ibland får sådana kontakter hållas på sparlåga, ibland måste de aktiveras. Det blir också ofta nödvändigt att förklara målsättningen med den psykoterapeutiska processen, så att inte socialarbetaren i bästa välvilja motarbetar psykoterapeutens effekter.

Allt detta som en inledning med speciell uppsikt på gränsområdet mellan institutioner och öppenvård.

Var går gränsen?

Samverkan psykiatri/socialvård kan ske på många plan, och de flesta skall inte behandlas här och nu. Vi har sådan samverkan på samma institution och t o m inom samma team, t ex. Intressantast i detta sammanhang är för mig när samverkan avser olika institutioner, av vilka somliga kan betraktas som mera renodlat socialvårdande och andra som mera renodlat psykiatriska. Psykiatri är inte bara något som utförs av läkare/psykiatriker på ett mentalsjukhus eller en psykiatrisk klinik: det kan vara arbete som utförs av folk med socialarbetarutbildning på en rådgivningsbyrå eller ett

Psykiatri är inte bara något som utförs av läkare/psykiatriker på ett mentalsjukhus eller en psykiatrisk klinik: det kan vara arbete som utförs av folk med socialarbetarutbildning på en rådgivningsbyrå eller ett terapeutiskt samhälle och det kan vara något som utförs av en socialarbetare inom mentalsjukvården eller av en psykiatriker på en socialbyrå.

terapeutiskt samhälle. (Och det kan vara något som utförs av en socialarbetare inom mentalsjukvården eller av en psykiatriker på en socialbyrå).

Gränsen mellan psykiatri och socialvård går alltså inte i princip mellan yrkesgrupper, fast ofta gör den väl det i praktiken.

Det förefaller mest matnyttigt att dock titta just på sådana samarbetsproblem som kan uppstå mellan sjukvårdsutbildad personal inom sjukvårdsenheter och socialutbildad personal inom socialvårdsenheter. Jag tänker för omväxlings skull ägna mig åt det jag kan något om, alltså socialarbetarna och avstå från att beskriva psykiatrikerna.

Eventuella likheter tar jag naturligtvis inte ansvar för.

Vilka är socialarbetarna, sedda ur psykiatrins synvinkel? Vad kan vi? Vad vill vi? Jag måste erkänna att socialarbetaren är en opålitlig och missnöjskamrat. Vi utgör en heterogen grupp, som tillskrivs olika opinioner utan att man så noga undersökt om detta stämmer. Vår politiska, socialpolitiska och allmänmänskliga radikalism är överdriven, liksom mycket av talet om våra favoritsysselsättningar — behandling, hemmahostterapi, samhällsarbete — har föga motsvarighet i verkligheten. Det förtjänar att kommas ihåg att vi på sätt och vis lever i något slags korporativistiskt samhälle och att det finns många ombudsmän som talar på våra vägnar i det ena ärendet efter det andra. Jag är själv bl a medlem i en terapeutförening där man på ett sammanträde beslöt att i telegram uppmuntra de då strejkande skogsarbetarna, en aktion som i vart fall jag inte kunde stödja, men inte heller fick tillfälle att kritisera.

Socialarbetarna har flera sådana korporationer som gärna och ofta uttalar sig i deras namn, och deras ledning är ofta "radikal" vilket kan leda till att socialarbetarna i gemen betraktas som radikala. Det senaste exemplet jag kommer på är kritiken mot lagen om tillfälligt omhändertagande, där det självklart finns ganska blandade åsikter bland socialarbetarna, fast deras företrädare hävdar att kåren som sådan är emot lagen.

Socialarbetaren som "underdog"

Detta om socialarbetarnas opålitlighet. Beträffande deras misstänksamhet så är det lika gott att erkänna att det finns mycket misstro just mot läkare och sjukvård i allmänhet och mot psykiatriker och mentalsjukvård i allmänhet, även om man på konferenser gärna betygar varandra sin aktning och sin vilja till samarbete. Socialarbetaren känner sig säkert ofta som någon slags 'under-dog' gentemot läkare. Det är ju också klart att det är väldigt olika kulturer som växt fram inom sjukvården och socialvården.

Klienterna spelar också ut de olika yrkesgrupperna och institutionerna mot varandra, och den hittillsvarande uppbyggnaden gynnar detta, nämligen att vi sitter i så pass isolerade elfensbenstorn och skickar klienter till och från varandra. Det är lika gott att erkänna att man med välbehag hör sina klienter kritisera andra ställen och andra terapeuter och alltför lättvindigt slickar i sig denna grädde. Psykiatri är behandling. Men socialvård påstår sig ju vara så mycket och man är oense om det mesta: än heter det service, än heter det behandling, än är det fråga om myndighetsingripanden, man och man emellan talar man om att "hjälpa" eller att "fixa" osv.

Socialassistenternas grundutbildning är rätt teoretisk och ger alltför lite direkt praktiskt kun-

.....

Det är lika gott att erkänna att man med välbehag hör sina klienter kritisera andra ställen och andra terapeuter och alltför lättvindigt slickar i sig denna grädde.

.....

nande i "behandling". Socialarbetarna har tyvärr ofta ingetts förhoppningar om positiva förändringar: att man skall befrias från rutingörömmål och få ägna sig åt just "behandling", men förhoppningarna har svikits, föga arbete har avlastats, arbetsledarna i mellanställning har inte kunnat stödja denna utveckling och utbildning har saknats. Detta har bl a medfört att "behandling" kommit i vanrykte och blivit ett fult ord. I dag är många socialarbetare påverkade av antiterapeutiska slagord, tror att psykoterapi antingen är larv eller manipulation för att anpassa människor till det kapitalistiska samhällets krav. Man har fått en ny förhoppning väckt: att kunna och få bli samhällsarbetare, att som den kolossalt dokumenterade sk Aspuddengruppen få slåss som folkets hjältar gentemot pampar och byråkrater och slippa befatta sig med människor som begär socialhjälp eller är berusade och söker kontakt.

Det finns också en annan gammal tradition inom socialarbetarkåren som försvårar psykiatriskt orienterad behandling: detta att "tycka synd om", att vilja "hjälpa dessa stackars människor".

Socialvårdens martyrskap

Men det skall sägas att det finns trender i motsatt riktning, socialhögskolorna börjar ge undervisning i psykoterapi och inte bara i utrednings- och intervjuteknik, många kommuner ordnar vidareutbildning i psykoterapi och organiserar sitt arbete så att det också går att få syssla med sådant arbete på arbetstid. En terapeutisk hållning börjar växa fram, och här och där lär man sig olika specialiteter inom psykoterapin. Jag återkommer härtill senare.

De mera negativa trender som jag redovisat har lett till ett väl utalat martyrskap för socialvården och dess utövare. Man är oförstådd, lågavlönad, får ta hand om skiten, anlitas som samhällets städgumma, saknar resurser och utbildning för att ändra på någonting. En destruktiv grundtanke har varit den om att socialvården har något slags "yttersta vårdansvar". Detta är ju i och för sig en lagstiftarens sympatiska tanke, att kommunerna framför andra grupperingar skall ha ansvar för att deras medlemmar får erforderlig vård. Men inom

De mera negativa trender som jag redovisat har lett till ett väl uttalat martyrskap för socialvården och dess utövare. Man är oförstådd, lågavlönad, får ta hand om skiten, anlitas som samhällets städgumma, saknar resurser och utbildning för att ändra på någonting.

socialvården har man anammat denna demokratiska ansvarsfördelning som en grund för klagan och martyrskap. Jag minns när vårdhemmet Högalid i Stockholm stod i blickpunkten. Då intog svarandeparten snabbt den traditionella martyrollen: svårigheterna på Högalid sades bero på att mentalsjukvården, kriminalvården och alkoholistvården inte klarade sina uppgifter, utan övervältade sina problem och patienter på det stackars Högalid, som ju inte var avsett för detta och saknade resurser för detta, osv. Detta var ju sakligt sett helt tokigt. De andra tre vårdområdena varken kan, får eller bör långvarigt omhänderta människor, och Högalid hade lika bra (eller lika dåliga, för all del) resurser.

Martyrskap har ju sina vanliga påföljder: rollinnehavaren blir illa tåld av andra och får inget ur händerna, eftersom tiden går åt till kverulantiska konspirationer.

Det gror bland gräsrotterna

Men där martyrskapet viker kan man spåra att det gror bra saker bland gräsrotterna. Låt mig peka på två trender:

A. Den terapeutiska, där det börjar komma så pass mycken utbildning i psykologi att en terapeutisk hållning kan spåras både här och där. I en tidigare epok talade man om "case-work", något som egentligen aldrig blev praktiskt utövat i Sve-

Martyrskap har ju sina vanliga påföljder: rollinnehavaren blir illa tåld av andra och får inget ur händerna eftersom tiden går åt till kverulantiska konspirationer.

Familjeterapi har blivit modeordet för dagen. Arbetssättet är ofta applicerbart inom socialvården, behovet stort, och man har kommit att betrakta utbildningen som ganska lättserverad. Landet genomkorsas nu av ut- och inhemska experter som ger veckokurser i en terapeutisk teknik som är ganska enkel och handfast.

rige, eftersom det i ursprungslandet var fråga om psykoterapeutiskt orienterat arbete, men i Sverige reducerades till "socialmetodik".

I dess spår växte dock fram ett lagarbete på olika rådgivningsbyråer, som motsvarar vad vi brukar kalla ett "psykiatriskt team".

Sedan kom Gustav Jonsson med sin *hemmahos-terapi*, som visserligen på sina håll bara blivit en etikett men på andra håll nått upp till upphovsmannens klart psykoterapeutiska ambitioner (Gustav Jonsson älskar att uttrycka sig antiterapeutiskt, antipsykologiskt, men en noggrann läsning av hans böcker och studium av hans arbete med patienter ger ju klart besked om att vi här har att göra med en person som tror på psykoterapin som verktyg inom socialvården).

Familjeterapi har blivit modeordet för dagen. Arbetssättet är ofta applicerbart inom socialvården, behovet stort, och man har kommit att betrakta utbildningen som ganska lättserverad. Landet genomkorsas nu av ut- och inhemska experter som ger veckokurser i en terapeutisk teknik som är ganska enkel och handfast, dirigerande och inställd på korttidsbehandling. Man kan kritisera denna utveckling som inte bra nog, att man först bör lära sig psykoterapi från grunden innan man börjar med korttidsbehandling och innan man tillåter sig som terapeut att vara styrande och dirigerande. Men det bästa får inte bli det godas fiende. Vill vi ha ett genombrott på bred front för psykoterapeutiska tankegångar, så får man göra vissa avkall. Familjeterapin må vara något av en modefluga, men det är ändå något av det bästa som hänt den stackars socialvården på länge.

Grupparbete av olika slag har också införlivats med socialvården, än så länge ganska anspråks-

Det finns de som rynkar på näsan åt denna utveckling. Intelligentast rynkar Bengt Börjesson, som på ett för oss terapeuter nyttigt sätt ifrågasätter motiv och mål med sådan behandling. Vi skall vara tacksamma för människor med den sortens begåvning — dessa tankens röntgenblickande stålmänniskor — men för dei mesta skall vi ha dem till korrektiv, inte som ursäkt för att låta bli att göra något.

lösa saker, men med utvecklingsmöjligheter till gruppterapi. Också inom gruppterapi startas nu ambitiös flerårig utbildning på ganska många orter i bildningsförbundens regi.

Bengt Börjessons näsa

Efter många år av snack och svikna förhoppningar börjar det alltså nu se ut som om socialvården snart skall kunna syssla med något som är värt namnet "behandling". Tidigare har man fått höra att "allt vad vi gör egentligen är behandling — att ge klienten en tia är behandling" etc. Det finns de som rynkar på näsan åt denna utveckling. Intelligentast rynkar Bengt Börjesson, som på ett för oss terapeuter nyttigt sätt ifrågasätter motiv och mål med sådan behandling. Vi skall vara tacksamma för människor med den sortens begåvning — dessa tankens röntgenblickande stålmänniskor — men för det mesta skall vi ha dem till korrektiv, inte som ursäkt för att låta bli att göra något; då blir deras begåvning destruktiv och det vore orätt mot dem och oss andra.

Det brukar heta att man inte skall satsa på behandling ("det är att lägga skulden på den enskilde"), utan på generella åtgärder. Och då tänker man, märkligt nog, inte bara på de många som främst har behov av socialvårdens serviceutbud, utan även på de klienter som har svåra missbruksproblem. Sålunda heter det nu (hösten 1975) att den hotande ungdomsarbetslösheten är viktig att angripa för att undvika att antalet narkomaner ökar. Visst är det oerhört angeläget att kvadda ungdomsarbetslösheten i botten, och troligen kan

man också hitta statistiska samband mellan ungdomsarbetslöshet och antalet utövande narkomaner, precis som man kan finna sådana samband mellan alkoholkonsumtion och antal alkoholister. Vad man däremot skall avhålla sig från är aningslösa kausalitetsresonemang. Jag kan inte ärligen påstå att jag träffat på någon ung narkoman vars situation ens i nämnvärd utsträckning kan skyllas på ungdomsarbetslösheten. Och alla de som söker hjälp för missbruksproblem hos socialvården begär faktiskt behandling och behöver behandling och det skall de också få och får i ökande utsträckning. (Denna stora och viktiga grupp begär sällan service eller sociallön utan annan hjälp!)

En sociologisk och politisk soppa

Den andra viktiga trenden i nutida svensk socialvård är det som rymms under rubriken "grannskapsarbete". När begreppet först lanserades och man på olika håll tävlade om att komma först ur startgroparna, hade man så bråttom att man sprang från tankeförmågan. Det blev någon soppa av sociologi och politik som knappast hjälpte någon, knappast startade livskraftiga aktiviteter men skrämde en massa av folkmajoriteten valda beslutsfattare. När man nu mera klart avgränsar sådant arbete mot andra samhällsområden och samhällsroller, och anpassar sig efter de resurser som rimligtvis kan ställas till förfogande så kan man skymta många fina möjligheter till aktiviteter: för mig blir det då fråga om sådant som är besläktat med socialpsykiatri. Jag tänker på stationer för krisbehandling, för uppsökande fältarbete, för gängbearbetning, för gruppterapi inom etablerade grupper av människor, för aktionsforskning. De första apostlarna för samhällsarbete ställde detta i opposition till behandling. Den utveckling jag nu tror mig spåra leder till en syntes av socialt arbete och psykologiskt arbete, utanför institutioner och i samspel med de krafter som naturligt finns i ett samhälle.

Jag ser socialvården, när dessa två trender fått fastare förankring, som *en väldig potential för psykisk hälsovård, som den främsta resursen för en öppen samhällspsykiatri* (Jag har redan beskri-

vit denna vision i boken "Rätten till trygghet").
Varför kan socialvården bli denna resurs?

Jo, den kan arbeta
uppsökande
förebyggande
krisbearbetande
hemmahos- och familjecentrerat
grupporienterat och samtalsbehandlande
miljöterapeutiskt
inremitterande och stödjande
eftervårdande.

Miljöterapi har ben lite varstans

Miljöterapi vill jag särskilt framhålla. Den är ju mitt eget näringsfång, och den hör ju till institutionssidan, men med ambitioner att ha ett ben även inom öppenvården, dvs klienternas hemmiljö.

Miljöterapi (eller med andra ord det slags behandling som sker i en institution av typen "terapeutiskt samhälle") (för vad detta är hänvisas till någon förträfflig bok i ämnet) är symbolisk för frågan om samverkan mellan socialvård och psykiatri, eftersom den utgör en syntes av dessa två företeelser. För dem som har sin tillvaro i ett terapeutiskt samhälle upplevs inte gränsdragningen mellan socialvård och psykiatri som meningsfull eller ens existerande i sinnevärlden. Snarare har man att se upp med risken att bygga sin egen vårdkedja med egna resurser för det som skall hända före och efter vistelsen på den egna institutionen. Detta är ju ett effektivt sätt att undvika samarbetsproblem, men knappast acceptabelt som stilbildande.

En invändning kan göras mot mina anspråk på att miljöterapi är både socialvård och psykiatri: nämligen att psykiatriker inte arbetar där, utan främst socialarbetare och psykologer, förutom klienterna förstås. Men detta är bara en konsekvens av att det än så länge är ont om folk som

Principiellt är det en svaghet som kan visa sig bli en olycka att inga psykiatriker arbetar på de terapeutiska samhällena.

förenar socialt och psykoterapeutiskt kunnande och ont om psykiatriker med psykoterapeutiskt kunnande och ont om pengar att anställa läkare på de miljöterapeutiska institutionerna. Principiellt är det en svaghet som kan visa sig bli en olycka att inga psykiatriker arbetar på de terapeutiska samhällena.

Intressanta i sammanhanget är försöken att introducera miljöterapi på sjukhusavdelningar och här finns ju medicinskt och socialt skolad personal sida vid sida. Jag tror visserligen inte att man kan utnyttja miljöterapiens möjligheter optimalt på sådana avdelningar inom ett större institutionskomplex, men dessa pionjärinsatser är utomordentligt berömvärda och kan som symboliska bryggor mellan socialvård och psykiatri komma att spela en viktigare roll än de i och för sig troligtvis professionellt överlägsna autonoma terapeutiska samhällena av typ Vallmotorp.

Den miljöterapeutiska utvecklingen bör kunna bli den faktor som bryter den nymornade antagonismen mot institutioner av vad slag det vara må, till ovärderlig nytta för de människor som behöver institutionsvård men i dag på olika sätt manipuleras bort från sådan. De fraseradikala motiv som brukar åberopas för denna institutionsfientlighet döljer nödtorftigt två andra motiv: avundsjukan om patientens gunst och avsikten att övervältra skatteutgifter på andra huvudmän. Det första motivet beskyller jag många socialarbetare i kommunerna att ha, det andra hör hemma hos landstingspolitiker.

En ny typ av institution modell Skå

Jag har redan sagt att jag avfärdar begreppet "kontinuitet" annat än som något att i rimlig utsträckning eftersträva i medvetenhet att det aldrig kan uppnås och förmodligen skulle bli en besvikelse precis som den gröna sänkhåven i Ett drömspel. Begreppet behandlingskedja kan miss-tänkliggöras av den illasinnade, men det framstår som det mest realistiska att satsa på. Och då skulle jag vilja tillföra kommunernas socialvård en ny resurs, något av vad Skå numera möjligen vill vara. Alltså en närliggande, flexibel institutionsresurs för kriser och andra akuta behov, för

.....
Alla listiga administratörer vet att utbildning är det effektivaste instrumentet för all organisatorisk utveckling, kanske rentutav det enda som har någon effekt alls.
.....

tillfällig vistelse under utredning och i avvaktan på vad som skall hända mera, ett centrum för psykoterapeutiska aktiviteter som gruppterapi, ett ställe där man kan söka skydd kortare och längre tid, ett ställe för forskning och utbildning, ett ställe för "efteråtvistelse" i stället för de destruktiva och impopulära inackorderingshemmen (vars huskroppar kanske kan göras om till något av det som här beskrives, även om jag mera drömmer om något just utanför stadens hank och stör). Och ett ställe där öppenvårdens personal inte lämnar över sina klienter (med allt vad det innebär av separationsångest för personalen) till institutionspersonal, utan där öppenvårdens personal själv arbetar utan att behöva resa från hemorten långa tider.

För svåra etablerade missbrukare kan detta aldrig bli någon lösning, utan de måste slussas vidare till miljöterapeutiska institutioner på länsnivå. De traditionella resurserna inom behandlingskedjan skall givetvis också utnyttjas med avstamp från *en sådan öppen dygnet-runt-institution på hemorten*.

Så några avslutande funderingar om samverkan socialvård/psykiatri. En paradoxal företeelse som jag påträffat är att det kan vara lättare för socialvården, inberäknat oss på terapeutiska samhällen, att samarbeta med den biologiskt orienterade psykiatrin, eftersom vi inte behöver uppleva att vi konkurrerar om själarna och metoderna. Ju mer man inför av miljöterapeutiskt arbete på mental-sjukhus, ju mindre benägen kommer personalen

bli att skriva ut patienterna till socialvårdens institutioner, som kanske i praktiken arbetar bättre och definitivt är billigare i drift.

Nå, gränsen behöver följande gå mellan socialvård och psykiatri, utan mellan öppen vård och institutionsvård. Den gränsdragningen är viktigare för vårdinnehållet och därmed för klienten. Huvudmannaskapet är mindre viktigt. Jag har arbetat inom en stor organisation (Stockholms saligen avsomnade nykterhetsnämnd) där man hade öppna, halvöppna och slutna arbetsenheter inom samma förvaltning och likväl upplevde alla samarbetssvårigheternas fasor utan gräns. Vi svenskar har en olycklig benägenhet att lösa medmänskliga och kvalitetspräglade problem med organisatoriska reformer, sammanslagningar, huvudmannaskapsbyten, omstruktureringar. Dyrt blir det, och föga hjälper det.

Två slags strategier för att främja samverkan mellan socialvård och psykiatri kan jag tänka mig.

Den ena finns inom ramarna för integration i alla former från total sammansmältning, via olika former för samboende och samdrift till etablerande av kanaler och rutiner för gemensamt handlande.

Den andra är gemensam utbildning, något som torde förverkligas om psykioterapiutbildningsutredningen, som oförtjänt misstänkliggjorts, får som den vill. Alla listiga administratörer vet att utbildning är det effektivaste instrumentet för all organisatorisk utveckling, kanske rentutav det enda som har någon effekt alls.

Men en from förhoppning har jag: att vi inte hittar den slutgiltiga lösningen på integrationsproblemet, utan att vi ständigt får leva med spännande olika projekt i olika län och kommuner, så som nu sker från Boden och Luleå och Öberga, via Nacka och Vallmotorp till Skåne.