

Svensk kuratorsförenings studiedagar september 1974

Om sjukdom som social roll, om Tierp och om kriser i samband med svår sjukdom och död

Svensk Kuratorsförenings studiedagar i september 1974 behandlade flera högaktuella tema inom sjukvård och socialvård. Universitetslektor Sonja Calais talade om sjukdom som social roll. Personalen vid hälsocentralen i Tierp presenterade den verksamhet med samordnad social och medicinsk vård som där påbörjats. En panel av sjuksköterskor, läkare, präst och lekmän diskuterade kriser i samband med svår sjukdom och död.

En rapport från studiedagarna presenteras nedan av kuratorerna Ulla Fredlund, Inger Johansson, Marja-Lena Sköld och Elvy Nordgren.

Ca 150 kuratorer deltog i föreningens studiedagar, som, tack vare den arbetsinsats som lagts ned av en grupp uppsalakuratorer samt Akademiska sjukhusets välvilliga inställning och hjälp, genomfördes över all förväntan. En perfekt organisation, intressanta teman och givande diskussioner gjorde att vi lämnade Uppsala stimulerade och berikade.

Varje dag hade sitt tema. Första dagen; sjukdom som social roll samt sjukvårdskonsumtion. Andra dagen; ett besök hos och studie av Tierpsprojektet. Tredje dagen; kriser i samband med svår sjukdom och död.

Sjukdom som social roll

Universitetslektor Sonja Calais inledde med att tala om sjukdom som social roll. Sjukdom är ett tillstånd som förändrar den sociala rollen. Vad är det som gör att vi betraktar oss som sjuka el friska? Enl WHO:s definition på hälsa som är ett fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande skulle det inte finnas några friska. Vi bedömer oftast själva om vi är

tillräckligt friska för att göra en viss prestation i vår dagliga tillvaro. Då det gäller denna hälso-bedömning spelar termometern ofta stor roll på lekmannasidan. Utgångspunkten är vad som räknas som "normalt". Sonja Calais påpekade och poängterade vikten av att öka kunskandet på lekmananivån och att man inte glömmar bort lekmannens betydelse för vård och behandling. Familjen är den viktigaste behandlingsgruppen då det gäller sjukvårdsinsatser. Endast 9,6 % av sjukdagarna faller inom den slutna sjukvården. Familjen får ta konsekvenser för sjukdomstillståndet. Viktigt är alltså att man involverar familjen i behandlingen. Vid en utbyggd sjukvård finns risk för att man minskar tilltron till vad man själv kan göra för att åstadkomma en förbättring av ett sjukdomstillstånd.

Låt oss återgå till hur sjukdom förändrar den sociala rollen. Den sociala rollen innebär sammanfattningen av de krav som omgivningen ställer och de behov som dessa täcker. Det avvikande

beteendet innebär en protest mot förväntningarna. Man kan besvara detta beteende med olika strategier. En är att reagera negativt och försöka ändra på beteendet. Motpolen är att sänka förväntningarna eller ändra dem. Båda dessa kan tillämpas när det gäller sjukdomsrollen. Förändrade beteenderelationer kan uppstå mellan den sjuke och dennes omgivning. Sjukdom kan sägas vara något av en karriär som man placeras in i som patient. Förväntningar ställs på att man skall följa reglerna som gäller för sjukdomskarriären.

Vilket inflytande har sociallagstiftningen på sjukdomsbeteendet?

Sjukdom innebär vissa risker ex vis inkomstförlust, kostnader för sjukdomens isolering.

Sjukdomsbeteendet är beroende av utvecklingen i samhället. Då karensdagarna kom in i sjukförsäkringen steg sjukskrivningstendensen med 10 %. Vi transformerar en massa problem till somatiska störningar i stället för att bearbeta bakomliggande orsaker som arbetsproblem, bristande utbildning och individuella handikapp.

I diskussionen togs sedan upp bl a olika karriärroller inom sjukvården som medför delvis motstridande intressen. Här kan nämnas läkarnas ambitioner som specialister, administratörernas ur sjukvårdsekonomisk synpunkt

~~~~~  
*Sonja Calais poängterade vikten att man inte glömmar bort lekmannens betydelse för vård och behandling.*  
~~~~~

1970 fanns det totalt 6 200 personer med socionomutbildning. 1980 beräknar man att det finns 23 700 personer med socionomutbildning.

och patienternas att få den behandling och vård som de upplever sig ha behov av.

Sjukdomens kostnader

Professor Ragnar Berfenstam, socialmedicin, berättade att sjukvården kostar 15—18 miljarder dvs 7—8 % av bruttonationalinkomsten. Ska vi öka sjukvården? Ska vi satsa på annat tex förändringar av samhället. Klart är att prioriteringar behövs men det är samtidigt oerhört svårt.

Lite siffror!

Det finns 125 000—135 000 platser inom sjukvård inklusive omsorg. Årligen görs 1,3 milj intagningar som gäller var 7:e person. Varje dag görs 4 000 intagningar på svenska sjukhus. Under 1 år sker 22—24 miljoner konsultationer hos läkare.

Sjukskrivningen omfattar i genomsnitt 19 dagar/år och arbetsför. Vårdtiden inom slutenvård 11—12 dagar/år. Jfr USA där vårdtiden är 8 dagar i genomsnitt.

Mer siffror. Sjukvårdskostnaderna ökar med 6—7 % varje år. I början av ett förlopp är effekten god av en ekonomisk satsning. Efter hand som man sätter in mer pengar blir effekten dock mindre relativt sett. Sjukvårdskostnaderna ökar alltså utan egentlig resursförbättring. Man måste även räkna med effekterna av förbättrade behandlingsmetoder. Det förlänger sjukdomstiden och ställer samtidigt större krav på sjukvården. Professor Berfenstam visade en annan intressant siffra. 1970 fanns det totalt 6 200 personer med socionomutbildning varav 5 000 var yrkesverk-

samma. 1980 beräknar man att det finns 23 700 personer med socionomutbildning. Hur många som då kommer att vara yrkesverksamma vet man ej.

Genom vårdcentraler som syftar till bättre samarbete med socialvården och bättre kännedom om befolkningen kan man kanske få kortare vårdtider och därmed göra en viss besparing. Man hoppas också att specialistvården ska bli mer tillgänglig genom vårdcentralerna och att man får en viss kontinuitet i vården.

Vidare måste man försöka komma tillrätta med de flaskhalsar som f n finns på serviceavdelningarna ex vis röntgen. För sök har gjorts att hålla röntgenavdelningar öppna även under helger men det har visat sig svårt att få personal.

T f professor i socialmedicin Erik Allander talade om en studie angående ett projekt, där han jämförde Borlänge sjukhus och Falu centrallasarett ur olika aspekter. Han fann bl a att tillgängligheten till sjukvård påverkade konsumtionen inom resp kommuner.

Han redogjorde vidare för en studie om reumatism. Han talade om vårdmagnetism, diagnostik contra terapi samt om svårigheter att "sälja" hjälpmedel till behovsgrupp, där det framkom att intresset för hjälpmedel var mindre uttalat hos dem, som var svårt sjuka än hos dem, som var mindre svårt sjuka och detta gällde olika åldrar. Ett problem inom sjukvården ansåg han vara, att information om medicineringen nådde inte fram till den person, för vilken informationen var avsedd. Ett annat problem var den bristande kontinuiteten inom läkarkåren.

Tierpsdagen

Tierpprojektet påbörjades budgetåret 1970/71. I april 1974 kunde man sätta igång arbetet på

fältet. Vi fick tillfälle att höra dels representanter för en områdesgrupp där det ingår en socialassistent, distriktssköterska, distriktsläkare, hemvårdsassistent, studierektor, eller annan representant för skolan. Denna grupp sammanträder 1 gång/månad. Här tar man upp det övergripande arbetet. I det socialmedicinska arbetslaget ingår socialassistent, distriktsläkare, distriktssköterska, hemvårdsassistent. De träffas 1 gång/vecka. I detta arbetslag planläggs det direkta behandlingsarbetet. Socialassistenten finns ute i sitt område 3 dagar/vecka. 2 dagar finns hon på hälsocentralen. Distriktsläkaren åker ut till sitt område 1 gång/vecka. Dels fick vi tillfälle att höra chefsläkarens, socialchefens samt skolchefens syn på projektet. Alla i panelen var överens om att detta var ett riktigt sätt att arbeta på även om det ännu är alldeles för tidigt att utvärdera något resultat.

Syftet med Tierpprojektet är att ge människorna i Tierps kommun en mer effektiv service genom denna samordning av hälso-, sjuk- och socialvård samt skolans elevvårdande verksamhet.

Tierps kommun bildades genom en kommunsammanslagning den 1.1 1974. Man har f n 22 000 invånare.

För ledning och samordning av arbetet svarar en samarbetskommitté. Den är politiskt sammansatt med ledamöter från Tierps kommun och Uppsala läns landsting. Socialstyrelsen är också representerad. För forskning svarar en referensgrupp med ledamöter från Uppsala universitet, socialhögskolan i Stockholm, SPRI och Socialstyrelsen. Sam-gruppen (samarbetsgruppen) är ett verkställande organ till samarbetskommittén och ingår också i referensgruppen. De har till uppgift att organisera arbetet

Exempel på aktuella frågor i SAM-gruppen i Tierp är trafikfrågor, fritidsfrågor och jourtjänst.

på hälsocentralen och i områdesgrupperna som alltså är 4 stycken.

Sam-gruppen består av socialchefen, chefläkaren, skoldirektören och en sekreterare som kommer från Socialstyrelsen. Ordförandeskapet, 1 år i taget cirkulerar mellan de tre förstnämnda. Protokoll förs vid gruppens sammanträden och de går sedan ut till områdesgrupperna. Sam-gruppen bereder ärenden som skall behandlas i samarbetskommittén. Ex på aktuella frågor är trafikfrågor, fritidsfrågor och jourtjänst.

Chefläkare Bengt Berg berättade att det innan kommunsammanslagningen i samma område funnits ett litet sjukhus med distriktsläkarmottagning. Sammanlagt fanns det 4 distriktsläkartjänster och 10 distriktskötersketjänster. Den 1.4 1974 förflyttades dessa läkartjänster till hälsocentralen i Tierp. Man fick fler tjänster och nu finns 10 läkare på centralen. Resurserna har förbättrats men för en del människor i kommunen har det faktiskt blivit längre till läkaren. Distriktsköterskorna finns kvar ute i kommunen.

På hälsocentralen finns akutmottagning, allmänläkarmottagning, mödravård, gynekologi, ögon, barnmedicin samt socialvård med lokaler i direkt anslutning till akutmottagningen.

Socialassistent Anna-Sofi Danielsen berättade att de olika områdesgrupperna skiljer sig en del åt beroende på vilka speciella problem som finns i området. Specialintressen hos enskilda gruppmedlemmar kan också spela in och sätta sin prägel på ar-

betet. Var och en av gruppmedlemmarna arbetar inom sitt speciella yrkesområde. Det förekommer att olika befattningshavare i det socialmedicinska arbetslaget tillsammans gör hembesök. Var och en ansvarar dock för sitt ansvarsområde.

Distriktsläkare Hardy Helander betonade att verksamheten fortfarande är mycket ny och att man ännu inte har hittat några slutliga samarbetsformer. Eftersom man har närheten till olika gruppmedlemmar på hälsocentralen tas inte alltför mycket av tiden upp för konferenser utan den största delen av konfererandet sker mycket informellt på kafferaster el när man träffas i korridorerna.

Både distriktsköterskan Margareta Svensk och hemvårdsassistent Gull-Britt Wallin ansåg att arbetet blivit mer stimulerande. Det finns också större möjligheter att få ett ämne belyst när flera olika yrkeskategorier kan diskutera.

Socialstyrelsens representant Willy Karlsson menade att han är positivt överraskad över att den praktiska verksamheten kommit igång så snabbt som den gjort. Verksamheten har enl honom hittills fungerat bättre än han vågat hoppas på. Speciellt nöjd var han med områdesgrupperna.

I diskussionen togs sekretessfrågan upp och debatterades mycket och livligt. Gemensamma journaler finns inte. Man har heller inte för avsikt att försöka få sådana. Varför fick vi inget svar på mer än att man tycker det fungerar bra som det gör. Det var också svårt att bringa reda i vilka människor som slusas vidare till socialarbetarna efter kontakt med läkare och vilka kriterier som man använder samt vilka som fattar beslut om detta. Inte heller har man fått någon uppfattning om människornas in-

ställning till socialarbetarna med tanke på att de *dels* går in i en terapeutisk kontakt *dels* har sociallagstiftningen med tvångsparaagraferna vilket för många av oss upplevs som ett dilemma. Socialchefen kunde konstatera att man under året inte haft något tvångsingripande och att man får ta upp den diskussionen när man får ett sådant ärende.

Läkarmottagningen är tidsbeställd och ca 90 % av samtliga sökande kan tas emot och behöver inte remitteras vidare. Väntetiden för läkarbesök var inte längre än 14 dagar!

Till slut innan rundvandringen i lokalerna ägde rum berättades att man i höst skall göra en uppföljning av det speciellt utarbetade informationsprogrammet som gått ut till kommunens samtliga hushåll för att se hur det fallit ut, och för att få en bild av hur människorna upplever hälsocentralen.

Kriser i samband med svår sjukdom och död

Sista dagen ägnades åt detta mycket aktuella tema. Dagen började med ett panelsamtal för att avslutas med grupparbete. I panelen fanns sjuksköterskan Ann-Mari Elwing, författarinnan Dorrit Fredriksson, bitr professor Ingrid Gamstorp, kurator Ulla Lagerlöf, sjuksköterskan Elsa Pettersson samt sjukhuspräst Inge Stensnäs.

Den gemensamma nämnaren i alla inlägg var vår egen dödsångest, brist på utbildning, svårigheter att tala om egna upplevelser i samband med död och döende.

A-M Elwing liksom Ulla Lagerlöf konstaterade att även om sjukvården står på en hög nivå i Sverige så finns stora brister i den psykologiska omvårdnaden av människan. Särskilt i en sådan situation som svår sjukdom och död. Orsakerna till detta kan enl

Undersökningar som gjorts
bl a i USA och även i Sverige
visar att det förekommer en
uttalad dödsångest bland sjuk-
sköterskorna.

A-M Elwing hänförs när det gäller vårdpersonalen dels till egen dödsångest dels till okunnighet. Undersökningar som gjorts bl a i USA och även i Sverige visar att det förekommer en uttalad dödsångest bland sjuksköterskorna. I syfte att lägga fram ett utbildningsförslag har A-M Elwing gjort en undersökning bland sjuksköterskeelever avseende deras attityder till döende och död. Det visade sig att anmärkningsvärt många hyste en intensiv dödsångest. Ett par av svaren var inget annat än rop på hjälp. Många av dessa står alltså idag vid dödsbäddar, de ska hjälpa människor inför döden och stödja oroliga och sörjande anhöriga! Konsekvenserna av detta; dödsfruktan och okunnighet blir osäkerhet, villrådighet, irrationella beteenden. Man flyr och de människor som befinner sig i svår kris blir lämnade ensamma. Vi måste minska vår ångest inför döden och lära oss att våga tänka på och tala med varandra om döden. A-M Elwing ser detta nyvaknade intresse för dödsproblematiken som mycket värdefullt. Den lär oss att våga tala om döden. Det är också bra att brittena och problemen i vården erkänns och debatteras.

Idag är utbildningen för vårdpersonal i huvudsak inriktad mot preventiva och livsbevarande mål. Man måste kräva att eleverna i utbildningen ges möjlighet att bearbeta den egna dödsfruktan, att under utbildningen konfronteras med döendet och sedan få tala om sina upplevelser. Genom att minska ångesten skulle attityderna till själva vår-

den av svårt sjuka och döende ändras vilket är nödvändigt.

Kurator Ulla Lagerlöf lät oss få ta del av hennes erfarenheter som kurator på en kvinnoklinik. Hon började med att intressera sig för vad som hände de kvinnor som fått ett dödfött barn. De lades in på en gynekologisk avdelning, fick enskilt rum, stannade kvar så länge det behövdes för att lägga ner amningen och åkte sedan hem. Döden på en förlossningsavdelning kan upplevas av personalen som ett misslyckande som i sin tur kan ge skuld-känslor. Arbetet på en sådan avdelning är ju verkligen en hyllning till livet. Även hos modern kan skuld-känslor uppkomma som: vad har jag gjort för ont för att straffas på detta sätt, vad är det för fel på mig som kvinna som inte kan föda ett levande barn. När två personer har skuld-känslor på detta sätt kan de inte tala med varandra utan båda kanske har ett behov av att försvara sig. De patienter som var duktiga dvs behärskade sig uppskattades. Viktigt är att även fäderna är med i samtalen. I många fall får mannen ta rollen av den starke. Många gånger är makarna så rädda för att öka varandras bördor att det kan vara lättare att tala med någon utomstående och den möjligheten måste alla få. Kurator Lagerlöf berättade vidare att allt eftersom hon själv vågade berätta om sina svårigheter i kontakten med dessa patienter så kunde även personalen börja dela med sig av det som de tyckte var svårt och besvärligt i vården av dessa patienter. Ur detta uppstod så småningom ett behov av att all avdelningspersonal fick träffas och tillsammans diskutera dessa frågor. Att samtala med patienter och anhöriga som drabbats av sorg eller med patienter som är döende är inte något för specialister utan något för alla

som vi bör lära oss för att göra tiden mindre svår för de svårt sjuka eller döende.

Dorrit Fredriksson berättade om upplevelserna kring sin 16-årige sons sjukdom och död. Jag upplever det som omöjligt att referera hennes inlägg utan vill bara mycket varmt rekommendera alla att läsa hennes bok "Lennart dog ung". Dorrit Fredriksson fick aldrig det stöd hon och hennes familj hade rätt till av vårdgruppen kring Lennart. Desto skönare kändes det att då få höra professor Ingrid Gamstorp och hur hon försöker hantera dessa problem på sin klinik. Professor Gamstorp är barnneurolog. I hennes arbete ingår på ett mycket naturligt sätt att informera föräldrar till barn om barnens sjukdom. Barnneurologiens uppgifter är att a. fastställa om en rubbning överhuvudtaget föreligger eller om det iakttagna fenomenet kan anses ligga inom normala variationsgränser, b. om något abnormt föreligger, att om möjligt fastställa den bakomliggande orsaken, att om möjligt avlägsna den men alltid lämna upplysning till föräldrarna om den, c. om orsaken ej kan fastställas eller ej kan avlägsnas sörja för bästa möjliga behandling av barnets enskilda symtom och bästa möjliga omhändertagande av hela barnet och familjen.

De regler professor Gamstorp satt upp är följande:

1. Man ska tro på vad mamman iakttar hos sitt barn. Vad mamman iakttar är alltid rätt, hur hon tolkar det hon iakttar kan vara fel.

Det kom under denna dag
fram starka krav på utbildning
för all personal i gruppen
kring den svårt sjuka eller
döende patienten.

2. Undvik fruktlösa och kraftförödande spekulationer. Undvik droppvis plottig information. Håll i görligaste mån händer och tankar samsatta med praktiska göromål. Visa förståelse för att de krav som ställs på föräldrarna är stora.

Sjukhuspräst Inge Stensnäs talade om samband mellan sorg och döende. Vi kan försöka dra nytta av det sorgearbete, som vi har gått igenom.

Han talade vidare om ensamhet lika med relationslöshet. Vi upplever den brutna relationen, när någon närstående dött. Även en döende måste uppleva detta men den döende har en svårare ensamhet. Vi kan inte häva ensamheten men vi kan försöka lindra den. Relationerna till omvärlden brister men också relationen till det egna jaget, till den egna kroppen, till den egna personen brister.

När döende är inne i depres-

sionsstadiet och säger att var inte livet mer än detta, kan man säga att du har levat och det i sig är en upplevelse, en prestation.

Det kan vara svårt för personal att se en ung människa dö. Vi bedömer kvantitativt men vi måste också se kvalitativt.

Ibland möter vi skuldupplevelser, där vi kan försöka hjälpa, lyssna. Man talar om accepterandet av sin egen död. Accepterandets stadium kan tolkas av människor som om den döende har kommit till ro. Men detta stadium är ofta inte lätt, det kan finnas ett intensivt liv i närheten av döden. Det kan vara en svår kris även i detta stadium. Den döende är då beroende av medmänniskan.

Sammanfattningsvis kom under denna dag fram starka krav på utbildning för all personal i gruppen kring den svårt sjuka eller döende patienten. Sjukvårdspersonalens okunnighet i dödsproblematiken och deras

egen dödsångest får inte stå hindrande för kontakt mellan döende människor och vårdgruppen ikring dem.

Det måste räknas som en mänsklig rättighet att ha någon att prata med i denna svåra situation.

LITTERATUR

Loma Feigenberg: Döden i sjukvården

E Kübler-Ross: Samtal inför döden

Inge Stensnäs: Att möta döden

A-M Elwing: Sjuksköterskan — medmänniska inför döden

Dorrit Fredriksson: Lennart dog ung

Joel Sörensson: Vägen ur sorg

Colin Murray Parks: När den närmaste dör

Johan Cullberg: Det psykiska traumat

Lennart Kaij: Den kroniskt sjuka patienten

William Easson: The dying child



Red: Arne Borg

Barns fritid

Föreningen Sveriges Socialchefer (FSS) har yttrat sig över barnstugeutredningens betänkande "Barns fritid" och anför följande.

Barnstugeutredningen framlägger förslag som syftar till att till-

godose följande behov,

— heldagsomsorg för de barn vilkas föräldrar förvärvsarbetar eller studerar

— heldagsomsorg för barn med behov av särskild omsorg, stöd och stimulans

— allmän fritidsverksamhet för alla barn.

Barnstugeutredningen har granskat den barnomsorg som idag erbjuds 7—12-åringar och då funnit att speciellt barnomsorgen genom fritidshem är otillfredsställande. År 1972 kunde ca 15 000 barn beredas plats i fritidshem och ca 12 000 i familjedaghem. Enligt utredningens beräkningar skulle minst 175 000 barn ha behövt plats detta år. Med nuvarande utbyggnadstakt i kommunerna, dvs 3 700 platser/år, kan ca 41 000 barn erbjudas omsorg i fritidshem år 1980

(28 % behovstäckning). För 50 % behovstäckning krävs ca 80 000 platser år 1980.

Barnstugeutredningen har inte nöjt sig med att behandla barnomsorgen i dess snävare bemärkelse, dvs barn där kommunen åtar sig heldagstillsyn. Omsorgen om dessa barn föreslås kompletterad med utbyggd fritidsverksamhet för alla barn. Låg- och mellanstadieskolorna föreslås utnyttjade som centra för denna allmänna fritidsverksamhet. Därmed skulle man uppnå ett dubbelt utnyttjande av skolans lokaler och lättare kunna öppna verksamheten för alla barn i samhället.

Utredningen diskuterar olika alternativ för den framtida heldagsomsorgens utformning men väljer att som "basmodell" rekommendera det sk vidgade fri-