

Modeller för samverkan

Terapierfarenheter från socialläkarens arbetsområde



Sven Larsson

Samverkan inom behandlingsteamet är ett väsentligt problem. Lika väsentligt är dock samverkan mellan olika vårdinstanser. Med den ur samhällelig synpunkt viktiga målsättningen att ekonomisera begränsade vårdresurser och med den ur patientens synpunkt rimliga begäran att ej bli utsatt för upprepade och ideliga utrednings- och behandlingsprogram. Detta framhåller i nedanstående inlägg Sven Larsson, klinisk lärare vid Socialmedicinska kliniken i Göteborg. Han analyserar också de särskilda problem som uppstår vid samordningen av individterapi i olika miljöterapeutiska åtgärder och inte minst vid samordningen av olika expertinsatser.

Socialläkare har funnits i landet sedan början av 40-talet. Fortfarande är dock kåren tämligen liten. Man märker inte sällan, att det råder ganska oklara uppfattningar om socialläkarens arbetsuppgifter och arbetsområden, och det kan vara skäl att kort beskriva dem. Socialläkaren skall vara medicinsk expert och medicinsk rådgivare inom socialvården. I denna funktion ingår en del serviceuppgifter av allmänläkarkaraktär för socialvårdens klienter, som att utföra enklare somatiska utredningar och behandlingar. Socialläkarna i Göteborg har som regel haft en betydande psykiatrisk erfarenhet, vilket medfört att man även kunnat genomföra psykiatrisk behandling. Utöver detta finns det dock en för socialläkaren speciell arbetssituation, som medför krav på en särskild arbetsmetodik, och speciella former för behandlingsverksamhet och jag skall försöka att begränsa min framställning till detta.

Efter ett inledningsanförande vid Svenska Psykiatriska Föreningens vårmöte i Göteborg, maj 1971.

Patienterna vid socialläkarmottagningen

I likhet med många kolleger har jag sysslat med klinisk psykiatrisk verksamhet innan jag började arbeta som socialläkare. Tämligen snart noterade jag, att många patienter som kom till behandling vid socialläkarmottagningen tedde sig på ett annat sätt än jag mindes från den psykiatriska mottagningen, även om deras besvär uppfattades som övervägande psykiska. Terapin blev även delvis annorlunda. Denna reaktion vid bekantskap med socialläkarverksamhet har jag hört omvittnad från flera håll.

Vad kan detta intryck bero på? Finns det en speciell grupp patienter inom det psykiatriska sjukdomspanoramat, som ej i så stor utsträckning

Många patienter som kom till behandling vid socialläkarmottagningen tedde sig på ett annat sätt än jag mindes från den psykiatriska mottagningen, även om deras besvär uppfattades som övervägande psykiska.

När den övervägande naturvetenskapligt skolade läkaren träffar psykiatri, läggs samtidigt en ny dimension till hans läkarverksamhet.

söker sig till den etablerade sjukvården, men som i större utsträckning dyker upp hos socialläkaren? Det är sannolikt att skilda selektionsmekanismer verkar i sådan riktning. Bland isolerade, sjuka, misstänktsamma, fattiga, utstötta människor finns det många, som inte klarar av, eller inte kan tänka sig, att vända sig till sjukvården för att söka hjälp, men som av rent materiella omständigheter bringas till socialvården, och där så småningom kan etablera även en läkarkontakt.

Diagnosorientering eller problemorientering?

Detta tror jag emellertid ej är den viktigaste skillnaden i de olikheter som man upplever mellan socialläkarverksamhet och verksamhet vid en psykiatrisk klinik. Jag tror skillnaden ligger i en förändrad attityd hos läkaren. När den övervägande naturvetenskapligt skolade läkaren träffar psykiatri, läggs samtidigt en ny dimension till hans läkarverksamhet. Den sjukliga förändringen hos patienten yttrar sig i form av förändrat beteende eller förändrat upplevande, och undersökaren får använda sin egen person, sin möjlighet att nå kontakt och den verbala kommunikationen med patienten som ett viktigt undersökningsinstrument. I arbete inom den kliniska socialmedicinen öppnas ytterligare en dimension. Patientens behandlingsbehov har ju presenterats som en social problematik, eftersom han sökt sig till socialvården. Patientens miljöförhållanden i vidsträckt mening får aktualitet i betydligt större omfattning som bakgrundsfaktorer i hans funktionssvikt, och metoder att studera denna bakgrund blir viktiga undersökningsmoment. Som en följd härav kommer även behandlingsplaneringen att i stor utsträckning omfatta försök att påverka miljön, förändra patientens omgivning. Kännedom om dessa behandlingsmöjligheter, "den sociala recepturen", blir minst lika väsentlig som kunskap om psyko-farmakologisk behandling eller psykoterapi i van-

lig mening. Efter hand som erfarenheter av detta anrikas, kommer ens eget referenssystem att vidgas och förändras, och den diagnostiska proceduren blir annorlunda. Den aktuella sociala problematiken, den sociala funktionssvikten, *den sociala insufficiensen*, kommer i centrum för intresset. Detta har jag konkret kunnat notera, när jag i diskussion med flera kolleger märkte, att vi ungefär samtidigt men oberoende av varandra hade börjat ägna mindre intresse åt psykiatriska diagnoser och i stället blivit med problemorienterade. Den psykiatriska diagnosen kan finnas med som en bakgrundsfaktor i problematiken, men sällan i centrum för behandlingsintresset. Det är givetvis samma objekt, som vi studerar, men beroende på hur vårt referenssystem är uppbyggt (exempelvis på invärtesmedicinsk, psykiatrisk eller socialmedicinsk erfarenhet), ser vi olika sidor av det och inriktar också vår behandling mot olika fenomen.

Den materiella levnadsmiljön

Jag nämnde tidigare att patientens miljö framträder som viktig ur behandlingssynpunkt. Miljöbegreppet kan kräva några ytterligare kommentarer. Miljön innehåller givetvis en materiell del. Hur har patienten ordnat omkring sig, med ekonomiska förhållanden, med bostad och annan utrustning? Att leva i ekonomisk osäkerhet, vara fattig, att ha en trång, torftig och nedsliten bostad, att få gå klädd i illa sittande och ej modeanpassade kläder från ett klädförråd, allt detta kan vara svåra handikapp för en människa, nödvändiga att ägna intresse primärt i en terapisisituation, nödvändiga att kompensera som underlag i en psykisk träning, syftande till att bryta isolering, öka kontaktmöjligheter, förbättra den sociala funktionsförmågan.

Sociala normer

Miljön innehåller ytterligare en del, den mellanmänskliga. Interpersonella relationer, gruppdynamiken, störningar i samvaron mellan den lilla

I arbete inom den kliniska socialmedicinen öppnas ytterligare en dimension.

I vad mån bör behandlingen inriktas på att de avvikande skall inpassas i omgivningens mönster, och i vad mån bör den inriktas på att öka förståelsen och toleransen i omgivningen för ett annorlunda beteende?

gruppens (alltså familjens, hushållets) medlemmar, men även mellan en grupp och andra grupper, familjer, är väsentliga som etiologiska och prognostiska faktorer i behandlingsarbetet. Att tillhöra en grupp med delvis avvikande värderingar, att bli betraktad som annorlunda, att känna sig utstött är också ett problemområde som ständigt aktualiseras. Med andra ord, de sociala normerna måste bli föremål för intresse.

Här stöter vi på ett avvägningsproblem i behandlingsplaneringen. Vilka normer skall vara riktmärke? I vad mån bör behandlingen inriktas på att de avvikande skall inpassas i omgivningens mönster, och i vad mån bör den inriktas på att öka förståelsen och toleransen i omgivningen för ett annorlunda beteende? Svaret på en sådan fråga kan knappast bli entydigt, utan avvägningen måste variera från fall till fall. Jag finner det dock viktigt att man tänker på båda sidorna i den balansen.

Störd familjesituation

Om en störning uppstår i en relation i en familj, och detta ger upphov till en viss symtombild hos en av familjemedlemmarna, blir det med en individualterapeutisk inriktning kanske naturligt, att i behandling ta sig an just den personen. Om man har en probleminriktad inställning, kommer man i den situationen sannolikt lättare att se det aktuella problemet, den störda eller sjuka familjesituationen som behandlingsobjekt. Det blir då naturligt, att anlägga ett familjemedicinskt betraktelsesätt, att se individen med symtomet som en gruppmedlem. Den adekvata behandlingen finner man kanske någon annanstans i gruppen än just hos den medlem, som först råkade visa upp ett symptom. En förbättring av en familjemedlem, kanske ej heller uppleves enbart som en förbättring i hela familjens situation. Vi kan som exem-

pel ta den situationen, att en av föräldrarna i en familj lider av en psykotisk sjukdom. Tidigare har denna patient vistats långa tider på psykiatriskt sjukhus. Under psykofarmakologisk behandling och en aktiv socioterapi förbättras patienten och kan utskrivas till hemmet. Han har fortfarande en del restsymtom, och kortare försämringsperioder med återintagningar finnes. Sett ur den enskilde patientens synpunkt är dessa förändrade förhållanden otvivelaktigt en klar förbättring. Familjen kan dock uppleva situationen som en påfrestning, som exempelvis gör sig påmind i form av skolsvårigheter hos ett av barnen. I behandlingsbalansen bör även sådana belastningssymtom runt patienten inräknas.

Samverkan i arbetslaget

Ett behandlingsarbete med det innehåll som jag skisserat, måste givetvis ske i form av ett lagarbete. Den praktiska utformningen av arbetslaget kan variera något på olika orter, men som basenheter i det ingår alltid en läkare och en socialarbetare. Det är aldrig enkelt att etablera ett väl fungerande arbetslag. Olikheter i yrkesroller med läkarens av tradition välkända yrkesroll och socialarbetarens något mer oklara yrkesroll, kanske omgiven av rädsla för tvångsåtgärder, kan skada balansen i teamet. Överdriven respekt och överdriven förväntan på behandlingsresurser lagmedlemmarna emellan kan ha liknande effekt. I det socialmedicinska arbetslaget underlättas ofta balansen av att läkarens kanske något större tyngd i yrkesrollen kan vägas upp av att socialarbetaren behärskar och kan disponera den sociala recepturens möjligheter, och dessa utgör som jag tidigare nämnt ofta en viktig del av behandlingen. De problem, som skall angripas i behandlingen, kan vara av vitt skilda slag. Det kan röra sig om praktiskt-ekonomiska problem, preventivteknik, somatiska och psykiska sjukdomssymtom, norm-

En förbättring av en familjemedlem, kanske ej heller uppleves enbart som en förbättring i hela familjens situation.

Sjuksköterskan blir en viktig lagmedlem.

konflikter. Stor omsorg måste ägnas åt att presentera laget inför patienten som ett arbetslag, som med gemensamma ansträngningar och med ständigt utbyte av information försöker finna lösningar till patientens problem. Risk för att det utmynnar i ett ensidigt styrande av behandling från någon av medlemmarna i behandlingslaget finns givetvis. Att stimulera och stödja patienten att aktivt delta i diskussionen, att själv presentera förslag till lösningar hör också till de svåra och väsentliga problemen.

Behandling i patientens vardagsmiljö

Som jag redan nämnt kommer man i det socialmedicinska arbetslaget vid socialläkarmottagningen att få kontakt med en del udda, isolerade, i social kontakt otränade och verbalt otränade människor. Dessa patienter kan lätt bli skrämde och låsta av själva intervjusituationen, och ha svårt att tillgodogöra sig ett terapeutiskt samtal. Här kan man ha stor nytta av ett slags icke-verbalt kontaktskapande. Inte minst när det gäller människor med alkoholproblem som ett delfenomen, kan just den praktiska omvårdnaden av den litet nedgångna patienten vara den bästa och kanske enda möjliga vägen att efter hand nå kontakt. Sjuksköterskan blir en viktig lagmedlem. Man bör överväga, om inte terapisisituationen i vissa fall bör helt flyttas ut från mottagningen till patientens invanda vardagsmiljö, exempelvis i hans bostad. Sin mest utpräglade form får sådan behandling i den s.k. hemma-hos-behandlingen med problemfamiljer. Terapeuten flyttar ut, finns med i patientens vardagsmiljö, och utnyttjar vardagliga situationer i pedagogiskt syfte, att på-

verka beteenden, förbättra relationer. Det kan invändas, att sådan behandling ej är ett lagarbete. Det är det förvisso, även om bara en medlem av behandlingslaget har direktkontakt med familjen. Vår hittills ringa erfarenhet av denna behandlingsform i Göteborg överensstämmer helt med iakttagelser från andra håll, att detta är en ytterst krävande behandlingsform, där terapeuten är i behov av en bakomstående stödpatrull att hämta styrka och inspiration ifrån.

Samverkan över institutionsgränserna

En svårighet i socialläkarens behandlingsarbete är, att behandlingslaget ej på egen hand kan disponera alla behandlingsresurserna eller dosera dem. Många av de mer konkreta, handgripliga åtgärderna, som jag flera gånger betonat som väsentliga, måste rekvireras från annat håll, där kanske en förtroendemannanämnd avgör, om behandlingen kan effektueras, eller där en tjänsteman inom en annan organisation, försäkringskassa, arbetsvård etc. har avgörandet. Detta leder tanken mot ett perspektiv, som jag skulle vilja avsluta detta inlägg med. Vi ger behandling vid en mängd olika instanser, vid sjukvårdsinrättningar, inom socialläkarverksamhet, vid arbetsvården etc. Icke sällan är det samma patienter som blir utsatta för all denna behandling, ibland kanske till och med samtidigt. Modeller för samverkan är temat för dagen. Samverkan inom behandlingsteamet har diskuterats, och är givetvis ett väsentligt och icke löst problem. Samverkan mellan olika vårdinstanser ser jag som ett lika väsentligt problem, med den ur samhällselig synpunkt viktiga målsättningen att ekonomisera med begränsade vårdresurser och med den ur patientens synpunkt rimliga begäran, att ej bli utsatt för upprepade och ideliga utrednings- och behandlingsprogram av likartat slag.