

### Personalstruktur och rollfördelning

#### Björn Laurell

Traditionellt har inom psykiatri — som i andra medicinska specialiteter — läkaren en dominerande roll. Praktiskt taget allt terapeutiskt arbete har handhållits av psykiatern medan övrig personal i huvudsak anförtrots patientvårdande uppgifter. Kuratorer och psykologer har i princip endast haft utredande och konsulterande funktioner.

En ökande medvetenhet under senare år om psykologiska/psykoterapeutiska metoders användbarhet liksom betydelsen av vårdmiljöns utformning för behandlingsresultatet inom psykiatri, har ökat intresset för terapeutiskt engagemang hos olika personalkategorier. Samtidigt har psykiaterns expertroll för nyssnämnda terapiuppgifter med viss rätt ifrågasatts. Psykiaterns ensidigt naturvetenskapliga skolning har kritiserats samtidigt som krav rests på införande av beteendevetenskapliga moment i medicinarutbildningen över huvud taget. I en pågående utredning överses f. n. de tre första studieåren av läkarutbildningen bl. a. med målsättningen att i grundutbildningen öka det beteendevetenskapliga inslaget. Den brist på psykoterapeutisk utbildning, som föreligger idag, gäller inte bara läkare utan även psykologer och kuratorer. Det fåtal psykoterapeuter, som finns, har på egen hand skaffat sig sin utbildning. Det generella utbildningsproblemet rörande psykoterapi och som

Antalet psykiatriskt verksamma läkare i Sverige — idag ca 1000 inkl. barnpsykiatri — kommer enligt tillgängliga prognoser fram till 1980 att mer än fördubblas. Antalet socionomer, idag ca 6800, kommer under samma tidsrymd att tredubblas och antalet psykologer att fördubblas — från ca 2500 till 10000.

Ändringar såväl i grund- som vidareutbildningens innehåll för de tre nämnda yrkeskategorier har delvis nyligen verkställts eller är under utredning och planering.

Bl.a. dessa faktorer kommer avsevärt att påverka den framtida personalstrukturen och rollfördelningen inom det psykiatriska vårdområdet, som här diskuteras av docent Björn Laurell, överläkare vid psykiatriska kliniken vid central-sjukhuset i Karlstad.

Artikeln utgör en bearbetning av ett avsnitt med samma titel, som ingår i "Psykiatrisk vård i Värmlands län" (Värmlands läns landsting 1971).

något beröres i en artikel av Jan-Otto Ottosson i detta nummer, är också det föremål för överväganden på central nivå, i socialstyrelsen och i universitetskanslerämbetet.

Ändrade utbildningsförhållanden för läkare, psykologer och socionomer kan i framtiden ge förutsättningar för en mer radikal omprövning av rollfördelningen inom det psykiatriska vårdarbetet, än den, som här skall diskuteras.

=====

*Ändrade utbildningsförhållanden för läkare, psykologer och socionomer kan i framtiden ge förutsättningar för en mer radikal omprövning av rollfördelningen inom det psykiatriska vårdarbetet.*

=====

Fig. 1 Hierarkisk struktur



## Struktur

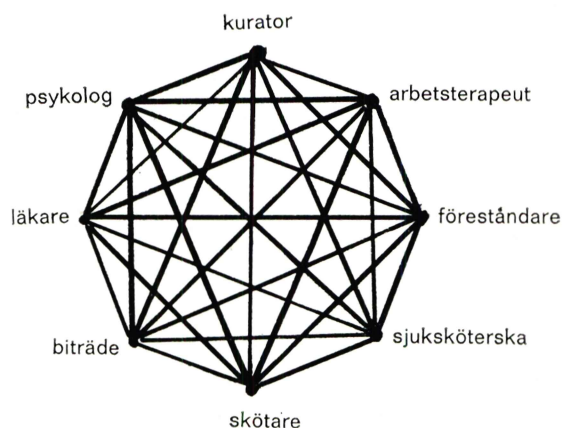
Personalstrukturen inom sjukvården idag kan beskrivas som en nivåstruktur med hierarkisk uppbyggnad, där formell kompetens och ansvarsområde är avgörande för rangordningen (se fig. 1). Den formella kompetensen överensstämmer emellertid inte alltid med den reella. Så t. ex. är en nybliven underläkare relativt hjälplös i många situationer, som en rutinerad mottagningssköterska klarar. Inom det miljöterapeutiska arbetet kan ett vårdbiträde ha åtskilligt att lära en erfaren överläkare. Skillnaden mellan formell och reell kompetens kan skapa spänningar och förtroendekriser inom personalgruppen om prestige kommer med i spelet eller om kommunikationerna mellan gruppens medlemmar är dåliga.

För att möta sådana problem måste den hierarkiska strukturen — så långt möjligt — brytas ned och ersättas med en annan, här benämnd samarbetsstruktur (se fig. 2). En sådan innebär att intensivt samråd och maximal kommunikation äger rum inom personalgruppen, samt att delegering av terapeutiska uppgifter och ansvar sker utifrån

En samarbetsstruktur innebär att intensivt samråd och maximal kommunikation äger rum inom personalgruppen, samt att delegering av terapeutiska uppgifter och ansvar sker utifrån de reella kompetensförhållanden, som råder.

de reella kompetensförhållanden, som råder i personalgruppen. Den form av teamarbete, som på senare år alltmer kommit till utveckling inom psykiatri — framför allt inom den slutna vårdsektorn — skapar goda förutsättningar för en sådan strukturförändring. Detta team- eller lagarbete innebär att företrädare för alla förekommande personalkategorier samlas och aktiveras i ett gemensamt rond- och avdelningsarbete, i konferenser och i fortbildningsaktiviteter. Gränsdragningen mellan olika personalkategoriernas rollfunktioner blir med samarbetsstrukturen inte lika skarp som i den hierarkiska strukturen. Detta kan leda till att exempelvis en ung och oerfaren läkare känner sig osäker på den egna yrkesidentiteten och på var gränserna för den egna kompetensen går. Därför är det viktigt att i en samarbetsstruktur definiera och i vissa sammanhang markera de olika expertroller, som teammedlemmarna företräder.

Fig. 2. Samarbetsstruktur.



Inom det miljöterapeutiska arbetet kan ett vårdbiträde ha åtskilligt att lära en erfaren överläkare.

Fig. 3 Modell för rollfördelning

| Objekt          | Kategori         | Metod                                    |
|-----------------|------------------|------------------------------------------|
| Organism        | läkare           | somatisk terapi                          |
| Personlighet    | psykolog         | personlighetscentrerade åtgärder         |
| Samhällsvarelse | socionom         | familje- och samhällscentrerade åtgärder |
| Patient         | all vårdpersonal | Vårdmiljöcentrerade åtgärder             |

## Roller

För en analys av rollfördelningen i psykiatrisk vårdarbete kan följande modell användas (se fig. 3).

Individen/patienten/vårdtagaren kan ses ur följande aspekter:

A. Som *organism* = biologisk varelse. Från den aspekten bör individen mötas av en läkare/psykiater, kompetent att företa somatiska utredningar, samarbeta med andra medicinska specialister och serviceorgan. I egenskap av läkare ordinerar psykiatern även den somatiska terapi, som bedöms nödvändig.

B. Som *personlighet* = individualpsykologisk varelse. Från denna aspekt bör en kliniskt utbildad psykolog vara den, som tar sig an individen, inte bara för testpsykologiska undersökningar utan framför allt för olika personlighetscentrerade terapeutiska åtgärder, såsom olika former av psykoterapi och beteendeterapi. Detta förutsätter naturligtvis att den kliniske psykologens utbildning bättre än idag anpassas för sådana uppgifter och därför kommer att omfatta moment i någon eller några av dessa terapiformer. Denna aspekt på individen måste även psykiatern vara väl förtrogen med, liksom med de personlighetscentrerade åtgärderna, dels för att klara ställningstaganden till indikationer och kontraindikationer för olika psykologiska terapimetoder, dels för att även själv medverka i användningen av sådana terapier. För detta krävs att psykiatern under sin utbildning bl. a. får systematiskt lära sig att hantera en psykologisk/psykodynamisk referensram och att möta sina patienter med en psykoterapeutisk attityd.

C. Individen som *samhällsvarelse*. Den naturliga

experten på denna aspekt är socionomen/kuratoren. Ur terapeutisk synpunkt kan kuratören bistå med familje- och samhällscentrerade åtgärder, som t. ex. olika sociala stödåtgärder av den typ, som redan nu ges: ekonomisk hjälp, anskaffning av bostad, omskolning eller omplacering. Därutöver bör dock även ifrågakomma insatser, som syftar till att mer radikalt omstrukturera individens livssituation: påverkan på den familjära situationen (familjeterapi), ingrepp i den sociala boendemiljön och ändringar av missförhållanden på arbetsplatsen.

D. Slutligen kan den individ, som söker hjälp eller är under vård, ses som *patient*. All den personal, liksom också de medpatienter, som omger eller kommer i kontakt med individen, blir här delaktiga i den terapeutiska process, som den omgivande vårdmiljön står för och systematiskt kan utnyttjas till. Denna aspekt på individen har gjorts till central behandlingsprincip i den vårdform, som går under benämningen "terapeutiskt samhälle".

I varje terapeutiskt system finns risker för att någon eller några av dessa fyra aspekter tar överhanden på de övrigas bekostnad eller att mer eller mindre vattentäta skott mellan de olika expertkategorierna utvecklar sig. Varje ensidig betoning av den ena eller andra aspekten är emellertid lika fel och medför risk för terapeutiskt misslyckande och dåligt resursutnyttjande. En nödvändig förut-

En nödvändig förutsättning för en optimering av vårdresurserna är istället att utveckla förmågan till en integrerad patientsyn hos alla personalkategorier med öppenhet för alla de olika aspekterna på individen.

sättning för en optimering av vårdresurserna är istället att utveckla förmågan till en integrerad patientsyn hos alla personalkategorier med öppenhet för alla de olika aspekterna på individen.

### Balans och flexibilitet inom teamet

Ett samarbete enligt den teammodell, som tidigare skisserats, med ronddeltagande, gemensamma kliniska konferenser och interna utbildningsprogram för alla personalkategorier, bör — som nämnts — kunna öka förutsättningarna för vårdarbetets utveckling i den angivna riktningen. En ytterligare förutsättning utgöres av nödvändigheten att inom vårdteamen skapa bättre balans mellan antalet läkare, psykologer och socialarbetare. De båda senare kategorierna utgör för närvarande inom den psykiatriska vården små minoritetsgrupper, som idag endast i stort sett hinner med rutinuppgifter av diagnostisk eller administrativ natur: testdiagnostik resp. insamling av objektiva patientdata och kontaktverksamhet gentemot olika sociala organ. Däremot hinner de ej i tillräcklig omfattning delta i teamarbetet kring patienten.

Olika vårduppgifter kräver olika grad av psykolog- resp. kuratorsdeltagande. Inom den öppna vårdsektorn medför dagens brist på psykologer och kuratorer att psykiatern vanligen är teamets ende medlem. Visserligen förekommer att såväl individual- som grupppsykoterapeutiska uppgifter delegeras på psykologer och kuratorer men vanligen står då också de ensamma. Den framtida utvecklingen kommer sannolikt att möjliggöra ett ökat teamarbete mellan läkare, psykolog och kurator inom den öppna psykiatriska vården i likhet med vad som redan skett inom den barnpsykiatriska öppenvårdsverksamheten. Inom den slutna vården omges patienten normalt — nu och framgent — av ett läkarteam bestående av en överordnad och en underordnad läkare. Till detta team bör, rent principiellt, höra såväl en psykolog som en kurator. Vissa avvikelser kan dock accepteras och det mot följande bakgrund. Redan idag råder en växlande grad av specialisering och differentiering mellan olika psykiatriska kliniker och vårdavdelningar. Med utgångspunkt från det differentieringsmönster, som för den slutna psykiat-

*Olika vårduppgifter kräver olika grad av psykolog- resp. kuratorsdeltagande.*

riska vården föreslås i socialstyrelsens "Plan för psykiatriska vården med tillämpning i första hand på Västmanlands län" (1970), kan följande diskussion om en flexibel teamsammansättning föras. En psykiatrisk dagvårdsavdelning, där tyngdpunkten i behandlingen kommer att ligga på en grupporienterad systematisk miljöterapi, kräver en hög grad av psykolog- och kuratorsdeltagande, medan vid en psykiatrisk intensivvårdsavdelning — för vård av akuta psykoser, suicidriskfall etc. — istället läkar-tätheten bör vara hög, då tonvikten i behandlingen kommer att ligga på användandet av olika somatiska metoder. S. k. allvårdsavdelningar kommer sannolikt att inta en mellanställning. På avdelningar för psykiatrisk långtidsvård med rehabilitering kommer, i likhet med på dagvårdsavdelningar, miljöaspekten att stå i centrum för behandlingen. Läkarinsatsen bör här bli av något lägre omfattning än på en allvårdsavdelning medan personaltätheten bör vara god i övrigt.

### Enhetlig tjänstestruktur

En kvalificerad vårdpersonal bestående av välutbildade sjuksköterskor, mentalskötare, arbetsterapeuter och vårdbiträden är av samma betydelse vid en långtidsvårdsavdelning som vid en allvårdsavdelning. Viktigt torde vara att en utjämning beträffande de olika utbildningsnivåer, som idag finns bland vårdpersonal inom den psykiatriska vården, kommer till stånd, liksom att tjänstestrukturen inom all psykiatrisk vård bör vara likformig för att undvika låsta karriärgångar och för att minska de

*Tjänstestrukturen bör inom all psykiatrisk vård vara likformig bl.a. för att undvika låsta karriärgångar. Vidare bör den vara inom vissa gränser flexibel så att rätt person erhåller rätt placering även om den formella kompetensen inte i alla avseenden svarar mot tjänstens benämning.*

=====

*Inom en sjukvårdsorganisation är teamledarrollen ej kontroversiell. Den överordnade läkaren kan genom sitt sjukvårdsansvar inte frånsäga sig denna roll.*

=====

spänningar och motsättningar som ännu finns mellan psykiatriska kliniker och f. d. mentalsjukhus. Långtidsvårdsavdelningar behöver t. ex. i ökande omfattning tillgång på sjuksköterskor med specialutbildning i psykiatri, liksom intensiv- och allvårdsavdelningar behöver tillgång till personal med mentalskötartutbildning. Vidare bör tjänstestrukturen vara inom vissa gränser flexibel, så att rätt person erhåller rätt placering, även om den formella kompetensen inte i alla avseenden svarar mot tjänstens benämning. Genom den nya vårdyrkesskolan kommer med all sannolikhet nuvarande skillnader på utbildningssidan att successivt försvinna.

### **Ledarfunktion**

Inom sjukvårdsorganisationen är teamledarrollen ej kontroversiell. Den överordnade läkaren kan genom sitt sjukvårdsansvar inte frånsäga sig denna roll utan måste, oavsett vilka delegeringar som företagits, vara beredd att påta sig det yttersta ansvaret för alla vård- och behandlingsuppgifter. I

team utanför sjukvårdsorganisationen, ex. vis familjerådgivningsverksamhet — där eventuellt en läkare/psykiater ingår — är läkarens ledarroll däremot långt ifrån självklar. Vanligen är psykiatern här enbart experten, som kan ge råd utifrån sitt kompetensområde och ledarfunktionen bör mer naturligt tillfalla någon annan, ex. vis inom familjerådgivningsverksamheten en socialarbetare, inom vissa gruppsykoterapeutiska aktiviteter en psykolog.

### **Sammanfattning**

Den hierarkiska personalstrukturen inom den psykiatriska sjukvården bör — där så inte redan skett — brytas ned och ersättas med en samarbetsstruktur, där god kommunikation mellan alla berörda personalkategorier utgör nyckeln för att uppnå denna förändring. Den terapeutiska verksamheten bör i allt väsentligt basera sig på ett teamarbete kring patienten. I teamet, vars minsta enhet bör innehålla såväl läkare, psykolog som kurator, skall även övrig, av vårduppgiften berörd sjukvårdspersonal, ingå. Psykolog- och kuratorstättetheten kan växla beroende på vårdformen men i princip skall båda dessa kategorier finnas att tillgå på alla vårdnivåer. För övrig vårdpersonal bör tjänstestrukturen inom de olika vårdformerna vara så enhetlig och flexibel som möjligt.

## **Socialmedicinsk tidskrift 1972**

kommer bl a att innehålla temanummer om

**Utbildning och lagarbete i psykoterapi**

**Arbetsvården och dess arbetsförhållanden**

**Socialvård och sjukvård i Sovjetunionen**

**Uppsökande och förebyggande verksamhet**

**Alkoholmissbrukare och deras behandling**

**Klimatterapi och annan utlandsterapi**

**Vad är socialpsykiatri?**

samt vidare ett redan tidigare utlovat temanummer om

**Social miljöplanering**