

Socialläkarverksamheten i Stockholm

I Stockholms stads tjänst arbetar femton socialläkare. Dessas verksamhet har dock en ganska skiftande karaktär, särskilt som den fördelas på olika sociala fält. Fyra av socialläkarna ger service åt socialnämndens byråer. Nedanstående artikel behandlar i första hand problem som möter i dessa läkares verksamhet. Bo Nilsson är socialläkare i Stockholms stad.



Bo Nilsson

När jag skulle förbereda den här inledningen kände jag mig mycket osäker. Vad jag än funderade över, undrade jag om det inte var välkända förhållanden jag var beredd att ge mig in på och jag övervägde ett tag att utgå ifrån att alla i stort sett visste hur vi jobbade i Stockholm och säga att det här är vad vi för närvarande mest är bekymrade över och det vi diskuterar mest. Men jag har bestämt mig för att det är korrektare att fela åt självklarhetshållet än att låta bli att meddela faktiska upplysningar som inte är kända.

I Stockholms stad finns 15 socialläkare. Fyra i nykterhetsnämnden, två i barnavårdsnämnden, två i den för nykterhetsnämnden och socialnämnden gemensamma specialbyrån för bostadslösa män, en inom ett behandlingsprojekt för bostadslösa män och fyra vanliga inom socialnämnden. Jag är en av dessa sistnämnda. Jag har inte arbetat inom vare sig nykterhetsnämnd eller barnavårdsnämnd och kan inte redogöra för arbetet där. En del av det jag säger gäller kanske efter transponering där också men det skall finnas folk här från de här båda nämnderna och de vet från början att jag inte tänker göra något fruktlöst försök att tala för dem utan de får tala för sig själva.

Föredrag vid Svensk socialmedicinsk förenings vårmöte den 20.4.1970 i Linköping.

Inom socialnämnden är arbetet med de gravt underprivilegierade bostadslösa männen väsentligt skilt från det arbete vi utför med huvudsakligen klienter från vanliga socialbyråer. Bland annat vet jag att man där finner en mängd eftersatta somatiska problem och mycket alkoholism, vilket vi inte gör. Även från denna grupp socialläkare finns representanter här och jag kan och kommer inte att tala om deras arbete.

I Stockholm finns 13 socialnämnds-socialbyråer, icke familjevårdsintegrerade. De fyra socialläkare som jag kallade för vanliga ger service åt dessa. De har uppstått genom fortplantning genom delning av den ursocialläkarenhet som Gunnar Inghe startade i mitten på 1940-talet. De har också i allt väsentligt hittills bibehållit den ursprungliga formen.

Organisation

Varje sådan socialläkarenhet består av en huvudsakligen psykiatriskt utbildad socialläkare, 2 eller 3 socialläkarassistenter, socionomer, som har skaffat sig mentalhygienisk vidareutbildning eller i varje fall ligger åt det hållet och tänker göra det. Vidare två kontorister och på flera ställen en maskinskrivande arkivarbetare.

Socialläkaren var från början beskriven som

=====

Patienter som, vanligen på grund av nervösa symtom, företer sviktande eller upphävd arbetsanpassning . . . kärngruppen socialläkare-patienter i socialnämnden i Stockholm.

=====

utredande, rådgivande men också impulsgivande, vägröjande inom socialvårdsområdet för nya idéer. Socialläkarteamet blev i realiteten snart ett behandlande organ och icke nog med det, det blev t.o.m. behandlande icke nya fall. Under rehabiliteringsvågen på 1950-talet blev den beskrivningen av socialläkarteamens arbete accepterad, att vi i stor utsträckning skulle vara rehabiliteringsmotivationsuppodlande och, senare, rehabiliteringskoordinerande, genom att lägga oss i vad som hände på andra institutioner och genom att förbli en replipunkt för särskilt svår-servade patienter.

Besser als viele Worte . . . talar några banala siffror, tror jag. Enligt de senast avgivna årsberättelserna har var och en av de fyra socialläkarteamen under det året det gällde påbörjat knappt 90 till drygt 110 nya fall och samtidigt fortsatt med eller på nytt tagit upp 180-300. Två mottagningar har haft ungefär 800 besök, en 1200 och en 1600 besök. Från tre mottagningar har men gjort 50-60 hembesök och från den fjärde 200.

Det vore intressant att höra jämförelsesiffror från andra håll. Möjligen kan vi redan med så enkla medel få en bild av att vi sysslar med olika jobb. Jag inbillar mig nämligen att det på tre eller fyra heltidsanställda läkare och läkarassistenter på andra håll vanligen går betydligt mer än 80—90 nya fall. Är kvoten nya fall/förut kända fall inte ofta betydligt högre än den 1/2 till 1/4 som vi har i Stockholm? Har inte ni andra ofta en annan relation bedömning/behandling än vi har, alltså?

Patienter

I runt tal 2/3 av de nya patienterna kommer remitterade från socialnämnden, vanligen från någon av de socialbyråer som ingår i varje teams område. Resten kommer från olika sjukvårdande och arbetsvårdande institutioner, från försäk-

ringskassan och för resten från diverse håll. 1/10 av patienterna kommer på egen hand efter att ha hört talas om oss.

Utom när det gäller de sällan förekommande fall, då centrala organ inom socialnämnden beslutat om remiss till socialläkare, har socialläkaren rätt att avgöra, vilka fall som skall tas upp. "Patienter som, vanligen på grund av nervösa symtom företer sviktande eller upphävd arbetsanpassning" beskrev jag en gång i en upplysnings-skrift efter kontakt med förvaltningsledningen såsom kärngruppen socialläkarpatienter i socialnämnden i Stockholm. Inräknade bland dessa symtom finns också ingrodda beteenderubbningar, vad man nu kallar dem för i sitt eget referenssystem, karaktärsstörningar, psykopatier eller nåt annat.

Patienter som man gärna försöker remittera till oss men vi ofta avvisar är 1) ifrågasatta pensioner, där det har visat sig svårt att klämma fram pensionsintyget ur sjukvårdsapparaten och 2) kroniska psykosor, icke i behov av bedömning, rehabilitering eller någon form av inpassning på rätt nivå utan i behov av sådan tillsyn som förr hette hjälpverksamhet. Vilken är svår att få i Stockholm. Och sist och slutligen 3) akuta psykosor, som ännu inte blivit föremål för ett som det låter mycket befogat omhändertagande. Ibland tar vi dessa ärenden och ibland tar vi dem inte. Praxis skiftar ganska mycket mellan de fyra socialläkarteamningarna.

Patienterna är över 20 år. Förr var de i stort sett helt jämnt fördelade mellan 20 och 60 år. Nu har det blivit någon relativ ökning av de yngsta åldersgrupperna men det är inte så mycket. Det är ungefär lika många män som kvinnor.

Arbetsätt

Konventionell psykiatrisk diagnostik är inget potent hjälpmedel men den utförs. Mycket få patienter blir utan psykiatrisk diagnos = bedöms som inom normalgränserna. På senare år har skett en viss ökning av gruppen psykos som huvuddiagnos, upp till något över 20 % nu. Alkoholism ligger på 6-7 %. De stora grupperna är: psykoneuros, psykisk insufficiens, karaktärsstör-

ningar eller psykopatier. Jag skall redan här säga att det den normala konventionella psykiatriska diagnosen substituerande hjälpmedlet är den psyko-sociala diagnosen, som socionomerna, socialläkarassistenterna, fört med sig i boet. Tonvikten på de två leden skiftar betydligt mellan socialläkarmottagningarna.

Många av våra patienter har i hög grad utnyttjat sjukvårdsresurser både därför att de varit sjuka, en del, men oftare därför att de själva sökt för allehanda symtom och inte blivit nöjda med de i huvudsak negativa fynden och därför att de remitterats av än den ena än den andra människovårdande institutionen, därför att de föreföll ohulpna. Eller för att man äntligen skulle förklara för dem att de inte var sjuka. De flesta av våra patienter är utan väsentlig somatisk sjukdom. Vi undersöker patienterna somatiskt bara när vi har särskilda skäl. Och det särskilda skälet kan minst lika ofta vara att man vill få relationen till patienten till att börja med på en riktigt konventionell patient-läkare-bog eller att man vill göra patienten till viljes eller visa sitt intresse och sin spänstiga serviceinställning genom att ta ett blodtryck eller lyssna på hjärtat. Men naturligtvis är det så ibland att man verkligen vill titta på om det föreligger bortfallssymtom från ländryggen, eller man vill verkligen veta blodtrycket.

Konferenser med socialbyråer är viktiga för både inkommande och utgående information. Åtskilliga fall diskuteras. I en del bestäms om omedelbar remiss till socialläkarteamet. En del bordläggs till nästa gång och byrån jobbar vidare med informationssamling, någon gemensamt uttänkt ny åtgärd. I en del får diskussionen utgöra svar på frågan: i bästa fall har personalen på socialbyrån fått uppslag, ökade insikter. Socialläkaren har kanske fungerat som uttolkare av vad som egentligen har hänt inom sjukvårdssystemet med den klient man diskuterar, vad som egentligen menas med det för socialbyråpersonalen konstifika besked man har fått eller det har siktats fram renare medicinska frågeställningar, som man från socialbyrån kan vända sig direkt till den behandlande läkaren med.

Mycket mer kunde sägas om konferenser, om

kraftspelet, om nyttan av ärlighet, klar rollfördelning, förmåga att hålla sina omnipotensönskningar i schack, då som annars. Allt efter kunskaper, självtillit, ork och kanske inte minst insikt i hur svårt det kan vara att få genomslagskraft för ett konkurrerande referens-system, missionerar socialläkarteamen här för ett mer psykodynamiskt betraktelsesätt, om ordet uppfattas alldeles eklektiskt, odoktrinärt.

Och vad gör vi sedan i vårt huvudjobb med patienterna som kommer till oss? Därom kunde man tala ännu mera och jag tror att vi kan fastna hela dagen i något som på ytan är ett storartat, fullvuxet jämförande av tekniker men som egentligen är ett rivaliserande och som inte ger så mycket eftersom våra förutsättningar är olika och de begrepp vi skulle röra oss med i en sådan diskussion kanske inte vore vidare kommunikabla. Jag skall i stället försöka mig på en framställning som avgjort är subjektivare och slarvigare men som möjligen för dagens diskussion är validare. Möjligen.

I bästa fall, när allt klaffar, bedriver socialläkarteamet case-work cum psykiatri. Teamet är en av socialläkarassistenterna plus socialläkaren. Men med gunås ganska osystematisk men ibland intensiv intervention från den eller de andra socialläkarassistenterna vid team-konferenserna. Vilken av de två behandlingsaktiva, som arbetar mest med fallet, är mest beroende på vem som får bäst kontakt och som har bäst tid men naturligtvis också i någon mån på vad som skall göras. Helt kort om yrkesrollerna, förresten: Det har — inom flera av teamen, i flera perioder, för att nu genast komma med inskränkningar — skett en betydande samtrimning och personlig kamratlig uttestning av medlemmarna och det har väl här och var varit smekmånadsperioder, då man glatt nästan bytt yrkesroller eller i varje fall inte alls hållit så noga på dem. Jag har med ögonmätt det intrycket att en sådan period måste gå före en

~~~~~  
*I bästa fall, när allt klaffar, bedriver socialläkarteamet case-work cum psykiatri.*  
~~~~~

Case-work, som är ganska svenskt och handfast och målsuget, ibland kortvarigt och ibland mycket långvarigt.

harmonisk samverkan som grundar sig på differentiering av yrkesrollerna, där det är sakligt befogat men inte annars. Men nu är det ganska olika utbildningar vi har. Därför är differentieringen ofta sakligt befogad.

Case-work, som är ganska svenskt och handfast och målsuget, ibland kortvarigt och ibland mycket långvarigt. Med svenskt menar jag att det färgas mycket av att det ändå finns en hel mängd resurser, som vi kan hjälpa patienterna att försöka utnyttja. Yttre resurser, samhällsresurser. Och att vi gör det tidigare, lättare än i många andra länder. Utan att vänta lika länge på att patienten skall vara i stånd att göra det alldeles på egen hand. Men ändå långt ifrån det f. ö. inom socialvårdsfältet ej sällan förekommande krampaktiga vidtagandet av åtgärder för patienten, över hans huvud och bakom hans rygg, bara karusellen hålls igång. Som vi väl alla gärna moraliserar över.

Ibland fortsätter vi med ofta mycket lättbegriplig, lätt given uppehållande service åt dåligt eller halvdant fungerande kroniker, som inte kan få denna hjälp på annat håll och som fungerar avgjort bättre med än utan den. Det räcker inte med socialarbetarhjälp. De behöver de medicinskt/psykiatriska tjänsterna ibland eller ofta, men de spelar ingen klassisk patientroll och accepteras inte av sjukvårdsapparaten som serviceberättigade annat än episodvis om ens det.

Somliga patienter kommer vi aldrig så långt med. En del patienter vill inte veta av oss. En del kan vi av andra skäl inte göra någonting för, kanske på grund av för dålig fantasi eller yrkeskunskap eller för stark negativ motöverföring. Men många, som man inte kan säga att vi misslyckas med, kan man heller inte påstå att vi ger case-work eller uppehållande service. Många av våra patienter befinner sig i en sedan länge låst eller för tillfället låst förhandlingsposition med

omvärlden. Ofta är det fruktbart att se vårt arbete som ett ingripande i den förhandlingssituationen, ibland som medlare men ofta som ingående i samhällets, eller vårdapparaten, förhandlingsdelegation, ibland som temporär huvuddelegat i den. Och för all del fortfarande ibland huvudsakligen som ombudsman åt patienten.

Det sistnämnda var ännu mycket vanligare förr. Det var otvivelaktigt en av Gunnar Inghes huvudfunktioner. Socialvården har blivit något mindre auktoritär och mer frikostig sedan dess. Möjligen eller troligen har den patientgrupp, som selekteras fram åt oss och av oss blivit mer psykopatologisk — den ogynnsamma utvecklingen skulle ha kunnat förebyggas i många fall genom gynnsammare sociala förhållanden men väl framme i det läge där vi träffar dem räcker det ingalunda med frikostighet eller serviceerbjudande. — Sist men inte minst har socialläkarens patientombudsmannafunktion blivit institutionaliserad och erkänd och tagen musten ur. Socialvårdsapparaten tillåter den utan vidare att kanaliseras i en mängd små intyg om landsvistelser och behov av dammsugare och telefon och tv och vad det nu kan vara, ofta mycket väl underbyggt och bra för patienten men ingenting att orda så mycket om, ångestfritt och lättskrivet.

Medlarrollen glider ut och in i terapeutrollen, ofta, men man är duktig om man håller isär dem. Jag hinner inte prata så mycket om det här och det kanske också skulle vara att utmana auditoriets intelligens att utveckla det närmare men låt

Många av våra patienter befinner sig i en sedan länge låst eller för tillfället låst förhandlingsposition med omvärlden. Ofta är det fruktbart att se vårt arbete som ett ingripande i den förhandlingssituationen, ibland som medlare men ofta som ingående i samhällets, eller vårdapparaten, förhandlingsdelegation, ibland som temporär huvuddelegat i den. Och för all del fortfarande ibland huvudsakligen som ombudsman åt patienten.

mig bara helt kort säga. Utredningen av en patient kan vara mycket enkel. Han bär sin diagnos stämplad på pannan eller bär fram den på en bricka, material hålls över en från alla håll. Utredningens slutprodukt, t.ex. läkarintyg vid nedsatt arbetsförmåga, är mycket lätt att åstadkomma. Men att förmå arbetsvärden att ta patienten till nåder igen, snabbt gräva fram den för patienten lämpliga sysslan och tolerera dålig närvaro ett bra tag, att förmå försäkringskassan att låta honom behålla sjukpenningen så länge det är osäkert vad det kommer att bli av den skyddade sysselsättningen och att sedan, framförallt, få patienten med på att ställa upp i den här processen, som siktar mot skyddad sysselsättning plus någon grad av pension — och allt detta är väl ändå medlingsarbete — det är det som är det kvalitativt svåra.

Förhandling med patienterna som motpart? Jag menar ingenting subtilt: Anstränger man sig kan man beskriva de flesta psykoterapeutiska mellanhavanden som förhandlingar. Tror jag. Jag har för mig att antingen Alexander eller French har gjort det. Men här menar jag mera ohöljda företeelser. Två föga originella vardagsexempel: "Nu den närmaste tiden ska Ni ju successivt sluta med allt det här Valium Ni har tagit och gå över på Cetiproman i stället. Under den tiden skall jag naturligtvis hålla Er sjukskriven . . ." "Ja, chanserna skulle ju förstås öka betydligt att Ni skall få förtur till bostad om Ni har en hygglig inkomst."

Det kan ses som exempel på två mycket enkla och lättfattliga bondoffer. Ibland blir det intrikata och långdragna schackpartier med människor, som sen länge ägnat sig på åtminstone halvtid åt att matcha socialvärden, som lever i och genom spelet krävande, fående men inte tillräckligt, klagande, vinnande seger då och då. Eller som på fjortonde året följer temat: Jag sveks av mina barns far, nu är livet (samhället) skyldigt mig

~~~~~  
*Det förefaller oklokt att skrota socialläkar-  
teamet, där socialarbetare och läkare kommit  
under skinnet på varann och åstadkommit en  
syntes av behandlingsideologi och -färdigheter.*  
~~~~~

samma behandling, samma förmåner, som dessa förhatliga, vidrigt självbelåtna och lata hemmafruar får av sina generösa män.

Ibland kan en riktig behandlingsprocess komma igång, som patienten går personligen förbättrad ur. Men ofta kan man som bäst förhandla fram en kompromiss, en mindre uppsplitande relation mellan patienten och oss andra. I båda fallen får man tänka ut och säga högt att ens subjektiva värderingar av god/dålig funktion, rimliga/för höga krav spelar stor roll i vad som händer. Man leds minsann inte bara av vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vi är i Stockholm bekymrade för att man är på väg att skrota socialläkarinstitutionen som den nu är genom att ta bort socialläkarassistenterna. Dessa spelar mycket stor roll i de små, relativt sett mycket stabila teamen, som tillåter verklig samtrimning. Att avgränsa sin insats och freda sig mot magiska och andra överkrav, när man arbetar som tillhandagående konsult till 20—40 snabbt skiftande socialarbetare, är inte svårt: "Medicinska skäl talar för . . . mot . . . tveksamt . . . kan inte ta ansvaret . . .". Att göra det i ett litet team, som lärt sig varandra och vet vad medlemmarna duger till, realistiskt, går inte och behövs inte.

Det förefaller oklokt att skrota socialläkarteamen, där socialarbetare och läkare kommit under skinnet på varann och åstadkommit en syntes av behandlingsideologi och färdigheter.

Men så lär det gå och inte minst därför är vi mycket intresserade av att höra erfarenheter från andra modeller än vår.