

Socialläkarverksamheten i Göteborg

Sven Larsson

Socialläkarverksamheten i Göteborg ingår i en socialmedicinsk basorganisation, vars kärna utgöres av den socialmedicinska kliniken på Sahlgrenska sjukhuset. Karakteristiskt för verksamhetens uppläggning är att varje socialassistent är sin klients kurator i det socialmedicinska teamet. Socialläkaren arbetar på detta sätt i direkt kontakt med det dagliga flödet av vårdsökande vid byrån.

Författaren är läkare vid socialmedicinska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset.

Organisation

Inledningsvis vill jag kort beröra *socialvårdens* och *den socialmedicinska verksamhetens organisation* i Göteborg.

Den öppna socialvårdsverksamheten är sedan 1 januari 1967 organiserad på sådant sätt, att arbetet skall kunna bedrivas efter den s. k. familjevårdsprincipen eller enligt helhetssynen som det kanske hellre bör kallas. Detta innebär, att en socialassistent har ansvaret för ett socialvårdsärende i alla dess delar, oavsett om vårdbehovet faller inom barnvårds-, nykterhetsvårds- eller socialhjälpområdet. Socialbyråerna är lokaliserade till 5 stadsdistrikt. Därtill finns en socialbyrå för bostadslösa. En särskild jourbyrå fungerar på jourtid för samtliga distrikt. Genom stadens tillväxt har uppkommit behov av ytterligare socialbyrå och en 6:e distriktsbyrå kommer inom kort att organiseras.

Verksamheten vid socialbyrån ledes av en socialchef. Byrån är organiserad i ett antal arbetslag, som benämnes kretsar, och som har att svara

för verksamheten inom ett geografiskt avgränsat område i distriktet. Kretsen ledes av en socialsekreterare, och personalen i övrigt består av 5—7 socialassistenter och ett antal biträden (vanligtvis 5) för mer rutinbetonade arbetsuppgifter. Befolkningen inom kretsens område uppgår till ca 20 000.

Förtroendemannaorganisationen innefattar en styrelse, som är administrativ myndighet för hela förvaltningen. Vårdsnämnderna kvarstår med uppgift att handlägga principiella frågor inom respektive specialområden. De enskilda vårdfallen handlägges emellertid av en inom socialvårdsdistriktet befintlig socialvårdsnämnd.

Till varje byrå har knutits socialläkare med assisterande personal (sjuksköterska, sekreterare). En biträdande psykolog, gemensam för socialläkarmottagningarna, har biträtt i det socialmedicinska arbetet. Redan tidigt knöts kontakt med universitetsinstitutionen i socialmedicin genom att professorn i socialmedicin inträdde som konsult till socialförvaltningen beträffande den socialmedicinska verksamheten. Genom stadsfullmäktiges beslut finns från 1 januari 1970 i Göteborg en *socialmedicinsk basorganisation* med bl a en socialme-

Föredrag vid Svensk socialmedicinsk förenings vårmöte den 29/4 1970 i Linköping.

dicinsk klinik vid Sahlgrenska sjukhuset, och detta kommer att i betydande utsträckning öka resurserna även inom socialläkarverksamheten.

Denna nya organisation innebär i korthet följande: Kärnan i basorganisationen utgöres av den socialmedicinska kliniken. Som klinisk disciplin inordnas socialmedicinen i sjukvårdsorganisationen på samma sätt som andra kliniska specialiteter med professorn i ämnet som kommunal överläkare, och med verksamheten inriktad på att som service-disciplin bidra med expertmedverkan i sjukvården. Två socialmedicinska mottagningar organiseras, vardera med en läkare, kompetent för självständig socialmedicinsk verksamhet (biträdande överläkare), en kurator och en biträdande psykolog. Mottagningarna disponerar även sjuksköterska. En av mottagningarna lämnar service till Sahlgrenska sjukhusets kliniker och öppenvårdsmottagningar, den andra till övriga sjukvårdsinrättningar, den kommunala och privata öppna vården, försäkringskassa, länsarbetsnämnd m. fl. Vidare knyts kuratorsorganisationen vid Sahlgrenska sjukhuset till kliniken, där en chefkurator under klinikchefen svarar för administrativ ledning och samordning av verksamheten. Sjukvårdsförvaltningens familjerådgivningsbyrå förenas även administrativt med kliniken. Socialläkarverksamheten i den öppna socialvården inordnas under sjukvårdsförvaltningen och underställes administrativt överläkaren för socialmedicinska kliniken, men kommer som tidigare att ha sin verksamhet förlagd till socialbyråerna. Vårdärenden vid socialbyråerna, vilka genom sin svårighetsgrad är så tids- och personalkrävande att de menligt inverkar på det löpande socialmedicinska arbetet, kan hänvisas till en tredje socialmedicinsk mottagning vid kliniken med samma organisation som de tidigare nämnda två. Den tredje mottagningen kan på grund av sin karaktär således benämnas central socialläkarmottagning. Det socialmedicinska arbetet kräver som regel att sjukvårds- och socialvårdssynpunkter samordnas i utredning och behandling i direkt team-arbete. För att på bästa sätt tillgodoses dessa krav, har till socialmedicinska kliniken knutits en socialvårdsgrupp från socialförvaltning-

en med beslutanderätt i sådana sociala frågor, som handlägges på socialbyråerna.

Socialläkarens roll i socialbyråns arbete

Till socialbyrån strömmar ett stort antal hjälp-sökande människor, som upplever sitt vårdbehov huvudsakligen betingat av sociala faktorer, eftersom de söker sig till socialbyrån. Vi vet att det bland dessa finns många, där hjälpbehovet förorsakas av multipla faktorer av både medicinsk och social natur, där sambandet mellan dessa faktorer ej är uppenbart utan komplext och svårurskiljbart. Hur skall den socialmedicinska verksamheten vid socialbyrån inlemmas i verksamheten för att socialläkarens expertmedverkan bäst skall kunna utnyttjas? För diskussionens skull kan vi tänka oss två olika former av organisation.

I det ena fallet tänker vi oss en form, där socialläkaren och hans medarbetare, inklusive socialarbetaren, kuratorn, utgör en tämligen avskild enhet, som utreder och behandlar vissa ärenden efter remiss från socialbyrån. Ofta blir kuratorn den som har första kontakten med den vårdsökande. Efter utredning redovisas ärendet i form av ett utlåtande till byrån, och erforderliga intyg utfärdas. Avser man att tillämpa helhetsprincipen i socialvårdsverksamheten kan det dock synas inkonsekvent att vid handläggning vid socialläkarmottagningen införa en ny socialarbetare, kuratorn, att överta rollen som klientens socialexpert. Man kan här tänka sig *en annan modell* av organisation av socialläkarverksamheten, en där socialläkaren flyttas närmare det dagliga flödet av vårdsökande vid byrån, där socialassistenten har direktkontakt med socialläkaren för diskussion och rådfrågning omkring ärenden, även av enklare natur, som nödvändigtvis ej behöver hänvisas för fortsatt social-

.....

Vår strävan är att tidigt diagnostisera de vårdkomplexa fallen, innan symtomatologin är så grav, att de omedelbart bjuder sig som problemfall, och medan behandlingsmöjlighet och prognos fortfarande är gynnsam.

.....

medicinsk utredning, och där varje socialassistent utgör sin klients kurator i det socialmedicinska teamet. Båda systemen har givetvis sina fördelar och nackdelar. Vi har i Göteborg valt att arbeta efter den senare modellen och en del erfarenheter härifrån skall redovisas.

Vår strävan är att tidigt diagnostisera de vårdkomplexa fallen, innan symtomatologien är så grav, att de omedelbart bjuder sig som problemfall, och medan behandlingsmöjlighet och prognos fortfarande är gynnsam.

De vårdtunga, för byrån kanske svårhanterliga fallen, exempelvis med ett mångårigt gravt alkoholmissbruk med upprepade fylleriförseelser, är givetvis lätta att diagnostisera, och det är här även lätt för socialassistenten att uppleva behov av socialläkarens medverkan. Jag ser en fara i den först beskrivna mer avkapslade typen av verksamheten att man får benägenhet att hänvisa de vårdtunga fallen dit, till nackdel för de angelägnare tidiga vårdkomplexa fallen. De senare, exempelvis en ung familj med begynnande försörjningssvårigheter, hög sjukskrivningsfrekvens hos försörjaren, kanske också med någon enstaka nykterhetsanmärkning, kan lättare passera utan att man upplever angelägenhet av ett samlat socialmedicinskt behandlingsprogram, om man ej har upparbetade kanaler för att diagnostisera sådana fall. De täta kontakterna mellan socialläkaren och socialassistenterna torde ge större möjligheter för utbyte av information, förbättring av kommunikation och större förståelse för varandras arbetsmetoder och varandras resurser och begränsningar i behandlingsarbetet.

Samarbetet inom det socialmedicinska teamet vållar sällan några större svårigheter, men när

De täta kontakterna mellan socialläkaren och socialassistenterna torde ge större möjligheter för utbyte av information, förbättring av kommunikation och större förståelse för varandras arbetsmetoder och varandras resurser och begränsningar i behandlingsarbetet.

Givetvis måste man från socialläkarsidan vara beredd att ansluta med ett familjemedicinskt betraktelsesätt.

sedan ett gemensamt framarbetat behandlingsprogram skall effektueras kräves det icke sällan att förtroendemannasidans sanktioner fordras. En behandlingssatsning i preventivt syfte på ett ärende, som har bedömts som ett begynnande riskfall, kommer givetvis ofta att innebära okonventionella och kanske något kostsamma, i lagar och föreskrifter ej förutsedda åtgärder. För att vinna gehör för sådana åtgärder är det av vikt att socialläkaren är väl insatt i verksamheten på byrån och kan presentera problemen både i ett individuellt vårdärende och generellt för förtroendemannanämnden. Ett deltagande i förtroendemannanämndens arbete torde i själva verket vara en förutsättning för möjligheten att driva en aktiv, uppsökande socialmedicinsk verksamhet inom socialvården.

Socialmedicinskt referenssystem

Den integrerade socialvården kommer naturligtvis ofta att arbeta med ärenden som berör flera personer, vilka lever tillsammans i någon gruppbildning, familjebildning, där relationerna dem emellan är av betydelse både som etiologiska och prognostiska faktorer i behandlingsarbetet. Givetvis måste man då även från socialläkar-sidan vara beredd att ansluta med ett familjemedicinskt betraktelsesätt på ärenden av denna natur. Detta ger ett behov av en begreppsapparat och ett referenssystem av annat slag än som användes i en sedvanlig individualmedicinsk bedömning. Vi söker tillämpa ett perspektiv, där familjens sociala funktionsförmåga ej enbart ses som en addition av de enskilda familjemedlemmarnas funktionsmönster, utan där man även söker fånga det dynamiska skeendet i familjen och beskriva relationer inom familjen, och väga, i vad mån störningar i emotionell kontakt och samhörighet eller oförenlighet av personlighet och sociala normer inverkar ogynn-

samt. (Socialmedicinsk familjebedömning enligt denna modell har utförligt skildrats av Lindegård i Socialmedicinsk tidskrift nr 4 1970).

Urvalsinstrument

Jag har tidigare berört vikten av att *urvalet av patienter* till socialläkarmottagningen sker på ett lämpligt sätt. Jag ser som ett av de väsentligare problemen i arbetet f n att kunna konstruera och använda ett funktionsdugligt instrument härför. Inte bara inom socialläkarverksamheten utom inom all läkarverksamhet med någon form av specialisering, dit patienthänvisningen sker genom ett remissförfarande, märker man ofta den stora svårigheten att skilja mellan vårdkomplexa fall, som kräver specialistens kunskap, erfarenhet och utrustning och vårdtunga fall, som är mycket arbetskrävande, men där specialisten egentligen ej kan tillföra något nytt vare sig diagnostiskt eller behandlingsmässigt och där risken finnes att fallet enbart blockerar för annan och mer effektiv verksamhet. Det gäller således att i samarbete med social expertis arbeta fram ett instrument att sätta i händerna på socialassistenten för att denne på den begränsade tid som står till förfogande för ett nytt ärende vid byrån med en acceptabel noggrannhet skall kunna hitta de potentiella riskfallen för att sedan kunna hänvisa dessa till en mer fullständig utredning. Här gäller då att till det symptom, den yttring på social funktionssvikt, som föranleder besöket, addera ytterligare tecken på begynnande eller utvecklad social funktionsstörning. Vi har i Göteborg vid en av socialbyråerna nu påbörjat en försöksverksamhet att använda ett par typer av strukturerade urvalsinstrument. Det ena är ett problemorienterat screen-test där man inventerar och kvantifierar problem inom vissa områden, där både den materiella miljön (ekonomiskt status, bostad), den mellanmännsliga miljön (familjestruktur, sociala kontakter) och familjens hälsotillstånd beskrivs. Jämsides med detta använder man ett något större frågeschema som tar hänsyn dels till vårdkomplexiteten, d. v. s. i vad mån sammanjämkning av det medicinska och sociala referenssystemet är speciellt krävande, och dels till vad de sociala vårdlagarna kan kräva i

form av insatser från socialläkaren. Försöksverksamheten är nyligen igångsatt, och möjligheter att från praktiskt-klinisk erfarenhet värdera instrumenten finns ännu ej.

Utökat samarbete

Genom den organisationsform som den socialmedicinska verksamheten i Göteborg har, finnes förutsättningarna för goda kontakter med övrig verksamhet inom både sjukvård och socialvård. I det socialmedicinska arbetet föreligger dock behov av regelbunden samverkan även med andra samhällsfunktioner. Sedan länge har vi från socialmedicinska institutionen haft ett samarbete med försäkringskassan genom att de försett oss med patientärenden för medicinar-undervisningen. Denna kontakt utbygges nu. Försäkringskassan har tillgänglig en mycket värdefull information för tidigdiagnos av begynnande problemfall och det är således av intresse för socialläkarverksamheten att kontakterna är goda. Försäkringskassan upplever å sin sida stort behov av socialmedicinsk expertmedverkan i sitt rehabiliteringsarbete. Samarbetet har i Göteborg bl. a. konkretiserats genom att en av läkarna i den socialmedicinska basorganisationen har inträtt som förtroendeläkare vid försäkringskassan i en något speciell roll att övervägande syssla med socialmedicinska problemärenden.

Ytterligare ett område med önskvärd livlig samverkan är med kommunal och statlig arbetsvård. Arbetsvårdsorganen disponerar ju över en lång rad för socialläkaren viktiga terapieresurser, som bör kunna sättas in vid rätt avpassat tillfälle. Det föreligger enligt min mening en risk, att man förlorar den tidigare många gånger omnämnda helhetsprincipen, genom att arbetsvårdens egen medicinska och sociala expertis kommer att fungera jämsides med motsvarande organisation på socialbyrån även för på socialbyrån aktuella ärenden.

Undervisning

Det kan förväntas att kraven på kunskap inom socialmedicinen i framtiden kommer att öka för olika personalgrupper. Jag avser då med social-

medicin det som innefattar socialmedicinens särskilda kunskapsinnehåll, referenssystem och arbetsmetodik. Jag har tidigare nämnt den pedagogiska effekt som en integrerad socialmedicinsk verksamhet inom socialvården kan ha på socialläkare, socialassistenter och förtroendemän. Det är givetvis lika önskvärt, att erfarenheter från det praktiska socialmedicinska arbetet såsom det ter sig vid socialläkarmottagningarna även redovisas i läkarutbildningen. Vi har redan i Göteborg under ett par år haft gruppvis auskultationsundervisning för medicine kandidater ute på socialläkarmottagningarna under kursen i socialmedicin. I och med att socialläkarna nu ingår i en universitetsklinik kommer givetvis förutsättningarna att utöka denna undervisning att vara förbättrade.

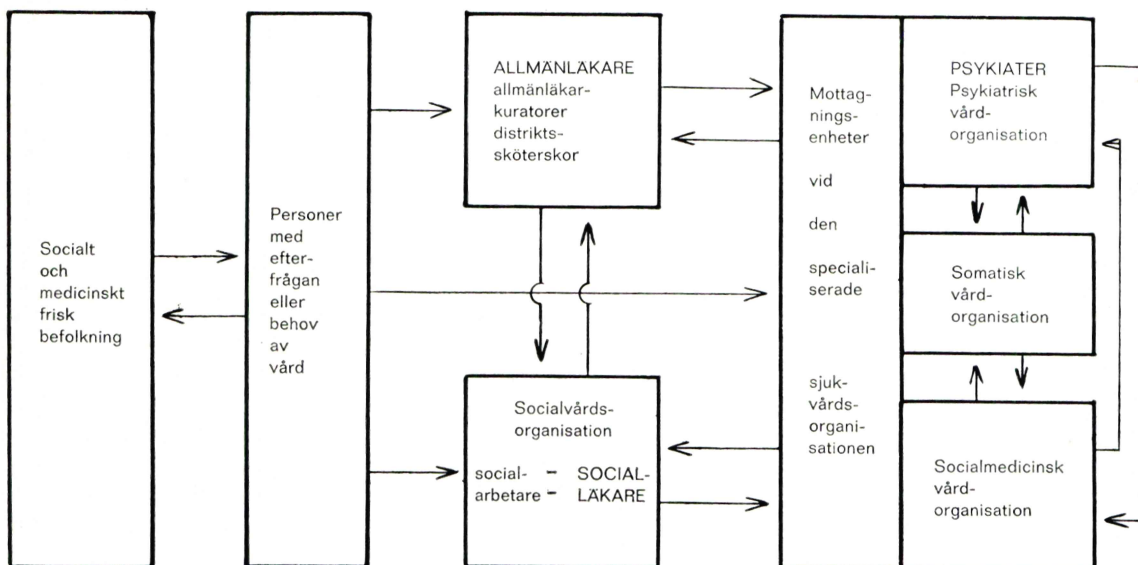
Socialläkarens yrkesprofil

Slutligen vill jag något uppehålla mig vid vilka krav som tänkas ställas på en socialläkare, fungerande inom en arbetsmodell av den beskrivna och vilka önskemål detta i sin tur ställer beträffande socialläkarens utbildningsprofil. Jag anknyter därvid till en artikel av Lindegård i Sjukhuset

nr 5, 1970. Figur 1 visar ett diagram som avser illustrera de flödesvägar, som kan tänkas påverka sammansättningen av de patientgrupper, som i en differentierad vårdapparat i en tätortsregion hamnar hos läkare i olika positioner. Primärläkaren kommer enligt detta schema att utgöras antingen av en allmänläkare, av en socialläkare eller av en läkare vid en mottagning vid den specialiserade sjukvårdsorganisationen. Skillnaden mellan patientgruppen hos socialläkaren och allmänläkaren torde vara, att den förstnämndas patienter alltid jämsides med somatiska eller psykiska symtom företer tecken på social funktionssvikt, och allmänläkarens patienter i större omfattning företer somatiska symtom. Det är känt att man i båda grupperna ofta har inslag av psykiska störningar hos patienterna. Det kan därför vara skäl att även diskutera psykiaterns roll i dessa sammanhang. Patienterna hos psykiatern torde också uppvisa sociala funktionsstörningar, men här är det ändå de psykiska besvären som dominerar.

Figur 2 visar översiktligt utbildningsprofilen för de tre nämnda läkarkategorierna vid en tänkt vidareutbildning omfattande 5 år, vägd mot följande "yrkesrollsbeskrivning".

Fig 1. Flödesdiagram, som avser att illustrera selektionsmekanismer och klientelstruktur i en differentierad vårdorganisation. Ur detta härledes ändamålsenlig utbildningsprofil för allmänläkaren, psykiatern och socialläkaren.



Utbildningens tyngdpunkt bör vara fördelad mellan socialmedicin och psykiatri och kompletterad med somatik, företrädesvis invärtesmedicin.

Allmänläkaren får kontakt med ett oselektat patientklientel. Han skall ha tillräcklig psykiatrisk och socialmedicinsk utbildning för att kunna kanalisera patientflödet till rätt kvalificerad vårdinstans och han skall själv kunna initiera och handlägga somatiska vårdprogram. Utbildningens tyngdpunkt bör vara förlagd på kroppssjukvård, främst invärtesmedicin kompletterad med psykiatri och socialmedicin.

Psykiatern får kontakt med patienter som förete psykiska funktionsstörningar. Han skall ha

tillräcklig somatisk och socialmedicinsk kunskap för att kunna adekvat kanalisera patientflödet till kvalificerad annan vårdinstans då så behövs. Utbildningens tyngdpunkt bör ligga inom allmänpsykiatri med randutbildning inom somatik och socialmedicin.

Socialläkaren får kontakt med ett patientklientel med social problematik. Han skall ha tillräcklig somatisk utbildning för att på ett adekvat sätt kunna kanalisera patientflödet till kvalificerad vårdinstans då detta erfordras. Han skall själv kunna initiera socialmedicinska och psykiatriska vårdprogram. Utbildningens tyngdpunkt bör vara fördelad mellan socialmedicin och psykiatri och kompletterad med somatik, företrädesvis invärtesmedicin.

Fig 2. Utbildningsprofil hos allmänläkaren, psykiatern och socialläkaren med hänsyn till arbetsuppgifternas krav. Vidareutbildningen förutsättes omfatta 5 år.

