

Samarbetsfrågor inom socialläkarverksamheten



Sven Larsson



Ove Rudquist

Olika samarbetsmodeller

Sven Larsson:

Som inledning skall jag beskriva hur det socialmedicinska arbetslaget ute på socialbyrån är sammansatt. Kärnan i teamet utgöres av socialläkaren och en socialarbetare. En tredje person som mycket ofta medverkar är sjuksköterskan. Särskilt i fall som vi har under mer kontinuerlig behandling vid socialläkarmottagningen, exempelvis personer med alkoholproblem, gör sjuksköterskan en mycket stor insats både i det rena behandlingsarbetet och som informationsinsamlare.

Ett väsentligt problem när det gäller teamets sammansättning, som vi tidigt konfronterats med,

Sammanfattning av en paneldiskussion mellan socialläkare Sven Larsson och avdelningschef Ove Rudquist. Båda var vid tidpunkten för diskussionen verksamma inom den öppna socialvården i Göteborg. Diskussionen framfördes som ett inslag i en vidareutbildningskurs för socialläkare vid Socialmedicinska institutionen, Göteborgs universitet i april 1969.

De allmänna och organisatoriska överväganden som utgör bakgrund till diskussionen redovisas i annan artikel i detta nummer.

är vilken typ av socialarbetare som skall ingå i teamet. Skall det vara socialassistenten som sitter i rutinarbetet eller skall det vara en speciell socialarbetare, en kurator eller socialläkarassistent, som helt och hållet ägnar sig åt samarbetet med socialläkaren? Den senare modellen torde vara den vanligare. I Göteborg har vi emellertid valt den förstnämnda typen av arbetsmodell, i vilken således socialassistenten i den socialmedicinska utredningen och behandlingen blir sin klients kurator hos socialläkaren. I det försök med socialmedicinsk verksamhet inom Göteborgs socialvård, som startade ungefär samtidigt som socialvården omorganiserades för att kunna arbeta efter den s. k. helhetsprincipen, har vi funnit det angeläget att även tillämpa denna helhetsprincip när det gäller socialmedicinska åtgärder. Man kan uttrycka det på det sättet, att vi försökt undvika en sorteringsbarriär mellan socialläkarmottagningen och klientflödet vid socialbyrån. Givetvis stöter man på en rad svårigheter i den praktiska tillämpningen av denna arbetsmodell. Kommunikationssvårigheter kan antas uppstå eller öka, om en av teammedlemmarna ständigt varierar. De aktuella rekryteringsförhållandena beträffande socialarbetare i den öppna socialvården, täta personalbyten samt

varierande utbildnings- och erfarenhetsnivå hos socialarbetarna ger ävenledes svårigheter.

Problem av dessa slag får emellertid anses vara av icke permanent natur och bör icke avgöra arbetsmodellens lämplighet. En väsentlig synpunkt är att det med nödvändighet blir den socialassistent, som sitter mitt i patientflödet vid byrån, som har att ta initiativet till en socialmedicinsk utredning. Samma assistent har behov av att genom kontinuerligt deltagande i det socialmedicinska arbetet få en uppfattning om vilka typer av patienter som har behov av och som kan tillgodogöra sig denna del av byråns behandlingsmöjligheter. Vi ser således denna direktkontakt mellan socialassistenten och socialläkaren pedagogiskt väsentlig. Försöksverksamheten har pågått en tid och det skulle därför vara av intresse att få redovisat hur socialarbetarna ser på samarbetet enligt dessa former.

Ove Rudquist:

Vi upplevde givetvis en viss tveksamhet när vi valde den nu beskrivna metoden, eftersom vi tidigare hade haft en socialläkarverksamhet i Göteborg enligt den vanligare modellen att läkaren med sin kurator fungerade som remissinstans, som avlät utlåtanden till den remitterande tjänstemannen. Vi har emellertid funnit det ligga stora fördelar i detta nya system, inte minst utbildningsmässigt för personalen. Man har lärt sig inse vikten av att även i till synes enkla ärenden ta med synpunkter ifrån läkaren. Det har blivit successivt lättare att välja ut fall, där den socialmedicinska arbetsmetodiken bäst kan komma till sin rätt. Sorteringsproblemet är emellertid svårt. Därför är vi från socialarbetarhåll på det klara med att vi behöver diskutera vidare vilka urvalsinstrument man skall använda sig av för att mest effektivt utnyttja socialläkaren. Vi är då givetvis angelägna att försöka komma åt fallen så tidigt som möjligt, medan behandlingsutsikterna ännu kan te sig ljusa.

Sven Larsson:

Det tidigare skisserade "kärnteamet" måste givetvis ibland utökas, både ur utredningssynpunkt och

Därför är vi från socialarbetarhåll på det klara med att vi behöver diskutera vidare vilka urvalsinstrument man skall använda sig av för att mest effektivt utnyttja socialläkaren.

för att bli beslutsmässigt. På utredningssidan har vi exempelvis haft en psykolog gemensamt för samtliga socialbyråer. Psykologen har tjänstgjort som testpsykolog men har inte i någon större utsträckning deltagit i teamarbetet med mera än sin testinformation.

När det gäller beslutssidan, uppträder givetvis ofta ett behov att föra upp ärendet på en beslutsmässigt högre nivå. Då kopplas i första hand socialsekreteraren, dvs arbetsledaren i den mindre socialarbetargruppen, in.

Det finns på socialbyrån ytterligare ett forum, som har använts i samarbetet. Varje vecka förekommer en konferens mellan socialchefen och samtliga socialsekreterare på byrån. I denna brukar också socialläkaren delta. Här kan man ta upp såväl principiella frågor, lägga upp riktlinjer för hur man vill bedriva samarbetet, som diskutera komplexa konkreta fall, där man vill ha en vidare bedömning av de lämpliga terapeutiska åtgärder som kan vidtas.

Specialistmedverkan i övrigt

Ove Rudquist:

Jag vill gärna nämna ytterligare några synpunkter på psykologens medverkan. Vi har diskuterat en förstärkning på den fronten, så att socialbyråerna i ökad utsträckning skulle kunna få psykologmedverkan. Vi har övervägt hur vederbörande skulle kunna fungera också utanför det socialmedicinska teamet. Vi har för avsikt att om möjligt starta en viss försöksverksamhet, något i linje med de erfarenheter man har ifrån Stockholms barnavårdsnämnds distriktsbyråer.

Vi har inom den öppna socialvården behov av medverkan av ett stort antal specialister, inte minst när det gäller arbetsrehabiliteringen. Även

om vi själva etablerat skyddade verkstäder och annan skyddad sysselsättning, arbetsprövning och arbetsträning här i staden, råder vi inte själva över platserna, utan måste remittera patienterna via länsarbetsnämndens arbetsvårdsavdelning. Detta finner vi emellanåt vara ett något omständligt förfarande, som kan ge långa väntetider. Vi har därför behov att åstadkomma någon form av direktremittering. Vi har vidare med gott resultat förstärkt den kommunala rehabiliteringsverksamheten med permanent placerade arbetsvårdstjänstemän, som bl. a. sysslar med utslussningen i arbetslivet av de färdigutredda och färdigbehandlade patienterna.

Förtroendemännens roll

Ove Rudquist:

Ytterligare en viktig samarbetsfråga rör kontakten med förtroendemännen. Det är såtillvida fördelaktigt ordnat här i staden genom att det kunnat åstadkommas ett fullföljande av helhetssynen på tjänstemannanivå även på förtroendemannanivå genom distriktsvis fungerande förtroendemannanämnder, som tar upp samtliga typer av ärenden. Ju mera förtroendemännen blir införstådda med vilka ärenden som kräver väl sammansatt underlag för beslutsfattandet, i desto större utsträckning vill de att socialläkaren skall rådfrågas. Det förekommer således nu från förtroendemännens sida önskemål om socialläkarutredningar, som kan bryta arbetsplaneringen.

Sven Larsson:

I samarbetet med förtroendenämnden har vi stött på mer omfattande kommunikationssvårigheter än

när det gäller samarbetet med tjänstemännen på socialbyrån. En effektivt arbetande socialmedicinsk verksamhet bör ju rimligtvis leda till att man i sitt behandlingsprogram föreslår nya och ovanliga, kanske kostnadskrävande åtgärder, som ej är förutsedda i de riktlinjer nämnden har att arbeta efter. Ett försök att överbrygga dessa kommunikationssvårigheter har varit att socialläkaren i mån av tid följt nämndens arbete och i diskussionen kring enskilda ärenden eller mer generellt presenterat det socialmedicinska synsättet. Från erfarenheterna av den verksamheten vågar man konstatera, att ett kontinuerligt samarbete på detta sätt avsevärt underlättar förståelsen av varandras synsätt och arbetsuppgifter.

Risk för ineffektivt samarbete

Sven Larsson:

Hur fungerar nu samarbetet enligt de skisserade formerna? Tidigare under kursen har vi tagit upp arbetsformer inom den socialmedicinska verksamheten inom sjukvården, och vi hade bl. a. besök av ett par sjukhuskuratorer, som beskrev sin arbetsituation. Detta gav ett intryck att de som företrädare för den sociala expertisen inom sjukvården i många avseenden kände sig ganska isolerade. Man kan tänka sig den spegelvända situationen i socialvårdsapparaten, där den medicinska företrädaren, läkaren, på samma sätt isoleras utan mycket kontakt med det dagliga arbetet på socialbyrån. Man kan också föreställa sig att läkaren på byrån kan uppfattas som ett irritationsmoment, som försöker införa nya och mer arbetskrävande metoder. Man kan också se en risk, att socialarbetarna utnyttjar den socialmedicinska servicen på byrån för ett slags bekvämlighetsremittering, där man lämnar ifrån sig fall, som många har arbetat med under lång tid och som egentligen ter sig helt terapieresistenta. Man kan möjligen se en benägenhet att hänvisa till socialläkaren klienter, som redan tidigare har en på annat håll etablerad och välfungerande läkarkontakt, exempelvis när patienten går vid en psykiatrisk mottagning och får en helt adekvat behandling, men där det för socialassistenten underlättar kommunikationerna med den behandlande läkaren om denna är socialläkare

En effektivt arbetande socialmedicinsk verksamhet bör ju rimligtvis leda till att man i sitt behandlingsprogram föreslår nya och ovanliga, kanske kostnadskrävande åtgärder, som ej är förutsedda i de riktlinjer nämnden har att arbeta efter.

på byrån. I vårt sätt att arbeta i nära kontakt med varandra har vi emellertid lyckats bemästra en stor del av dessa svårigheter. Vi har kunnat få ett ömsesidigt utbyte av information, fått kännedom om varandras kunskaper, varandras tillgångar när det gäller terapeutiska insatser, vad som kräves för att utredningen skall bli tillfredsställande etc.

När det gäller frågan om ett lätt applicerbart urvalsinstrument har vi dock ännu ej fått någon helt tillfredsställande lösning utan vi får här tänka oss vidare försöksverksamhet.

Ove Rudquist:

Frågan om urvalsinstrument har samband med vilken "socialvårdsfilosofi" man vill bekänna sig till. Vi har ibland blivit klandrade och beskrivna som cyniska när vi antytt att man ibland måste tänka sig att med de begränsade resurser man har ägna en del patienter enklare behandlingsåtgärder och inrikta större insatser på tidiga behandlingsbara fall. Detta synsätt kommer också lätt i konflikt med de lagmässiga anspråk, som finns på socialvården. Lagstiftningen känner mycket litet av nyanseringen mellan olika svårt skadade patienter, exempelvis inom nykterhetsvårdsarbetet. Det kan kanske ibland uppfattas från läkarsidan som att man gör beställningar på vissa typer av intyg för att kunna bereda i lagen föreskriven vård åt en del patienter utan att först pröva "nya grepp". I det praktiska arbetet har det knappast varit några egentliga motsättningar mer än att en och annan formulering ibland varit olycklig vid hänvisning av klienten till socialmedicinsk utredning.

Rollkonflikter inom det socialmedicinska teamet?

Sven Larsson:

Framstår den här arbetskonstellationen inför de vård sökande som ett team egentligen? Hur upplever patienten det här samarbetet — hur uppfattar han de olika teammedlemmarnas yrkesroll? *Lindegård* har beskrivit vårdgivarens roller gentemot den vård sökande på följande sätt: Man har en *förtroendefunktion*, då den vård sökande med förtroende vänder sig till vårdgivaren, söker hjälp

och lämnar sin information om sina förhållanden under den uttalade eller underförstådda förutsättningen att den som tar emot informationen skall behandla den med omsorg, inte lämna ut den och inte använda den på något sätt mot den hjälp sökandes intresse. Man har också en *kontrollfunktion*, där vårdgivaren måste utöva en viss kontroll över att föreslagna åtgärder fungerar enligt tänkta riktlinjer. Man har slutligen en *sanktionsfunktion*, där vårdgivaren är tvingad att vidta vissa åtgärder, som den vård sökande uppfattar som negativa, kanske som bestraffningar, i varje fall stridande mot den vård sökandes intressen och önskemål.

Den första typen av funktion, förtroendefunktionen, är det klassiska patient-läkarförhållandet. Successivt har läkarrollen emellertid kommit att omfatta delar av de andra funktionerna. Både läkare i allmän tjänst och privatläkare måste kontrollera vissa förhållanden, sjukskrivningar, vissa intygsförhållanden m. m. och anmälningsplikt finns där anmälan i en del fall kan leda till åtgärder, som den vård sökande uppfattar som negativa sanktioner. Vi har exempelvis den situationen, när läkaren diagnostiserar en sjukdom som medför allvarlig inskränkning i kapaciteten som motorfordonsförare och åtgärder måste vidtagas för att få körkortet återkallat.

Av tradition har läkarens yrkesroll mer kommit att omfattas av den förstnämnda förtroendefunktionen och de två andra har kommit i bakgrunden. Vi har från läkarhåll en uppfattning, att patienterna fortfarande allmänt uppfattar läkarrollen i förtroendefunktion och exempelvis hellre vänder sig till läkaren i värdeladdade problem än till någon som uppfattas som representant för en social myndighet. Det finns i så fall förutsättningar för att den vård sökande tilldelar läkaren merparten av förtroendefunktionen i det socialmedicinska teamet och att kontroll- och sanktionsfunktioner övervägande kommer att tilldelas socialassistenten.

Ett team som skall samarbeta under sådana premisser får givetvis svårigheter att arbeta tillfredsställande. Problem av detta slag är emellertid ej omöjliga att överbrygga. Det är viktigt att redan

när en socialmedicinsk undersökning föreslås för en patient klargöra hur teamet arbetar, att man inbördes diskuterar och byter information och att teammedlemmarna fungerar på jämställd basis. Praktiskt kan detta illustreras genom att läkaren och socialarbetaren tar samtalet med patienten gemensamt och gemensamt diskuterar med denne om behandlingsgången. Å andra sidan får man inte utesluta möjligheten för patienten att i någon speciell fråga, som han upplever som särskilt värdeladdad, få garantier att informationen omkring detta behålles hos en av medlemmarna i teamet, vare sig det nu är läkaren eller socialarbetaren. Exempel på det senare har jag för min del bl. a. träffat på då det rör sig om diskussioner om ömtåliga sexuella relationer eller då patienten haft klagomål mot åtgärder vidtagna av socialarbetaren, t. ex. att man funnit det ekonomiska stödet alltför restriktivt tillämpat. Det har också visat sig finnas vissa svårigheter att få balans i teamet. Det är vanligt att socialarbetaren undervärderar betydelsen av sin del av informationen och varit väl försiktig att föreslå behandlingsåtgärder, fastän huvuddelen av problematiken kanske legat på det område, där assistenten rimligtvis är den som har den större fackkunskapen och bäst känner till tillgängliga resurser. Det kan då föreligga en risk att läkaren kommer att dominera i beslutsprocessen även vid sådana tillfällen då socialarbetaren egentligen har den större fackkunskapen. Att assistenten framträder som sanktionsbärare skulle man kanske på något sätt önska bortkopplat från det socialmedicinska teamet. Teamet skulle då kunna framstå enbart som vårdgivare och inte svarande för kontroll- och sanktionsåtgärder.

Ove Rudquist:

Det pågår som bekant en utredning om socialvården i landet, där det i utredningsdirektiven bl. a. har uttalats att frågan om tvångsåtgärderna inom socialvården skall bli föremål för överväganden. Det debatteras ivrigt just nu huruvida socialvårdsapparaten överhuvudtaget skall ha möjligheter att vidta tvångsåtgärder, och flertalet av socialvårdarna anser, att vi skulle kunna arbeta bättre om denna börda lyftes från oss. På vilket

sätt man skall lösa problemet kan vi kanske inte närmare gå in på här. Man har i andra sammanhang hänvisat till att man skulle kunna överföra besluten om tvång till länsplanet genom att inrätta någon form av socialdomstol. Ett sådant förslag har skisserats för ett tiotal år sedan, men det strandade — som det då utformades — bl. a. på att socialvården skulle komma i den olyckliga situationen att tvingas uppträda både som åklagare och försvarare inför socialdomstolen. På nykterhetsvårdsområdet har vi ju i viss mån redan prövat ett förfarande av likartat slag, när man lagt på länsstyrelsen själva beslutet om intagning för sluten vård. Trots detta uppfattas det som regel ändå så att det är socialvården som beslutar om tvångsintagning.

Jag finner det viktigt att frågan om tvångsåtgärderna löses på ett bättre sätt än nu för att rollspelet inom det socialmedicinska teamet skall fungera fullgott. Vidare är det en uppenbar svårighet att vi ännu har svårt att rekrytera väl kvalificerade och välutbildade socionomer till socialassistenttjänsterna. Med tillfällig eller vikarierande personal med ofta bristfällig eller inadekvat utbildning är det givetvis svårare att hävda en bestämd yrkesroll. Vi tycker oss emellertid se att samarbetet i teamet successivt har gått lättare samtidigt som möjligheterna att rekrytera kvalificerad personal har förbättrats.

Journalföring

Sven Larsson:

Avslutningsvis skall vi belysa ett annat problem inom samarbetet. Det gäller frågan om dokumentation och journalföring inom verksamheten. Skall vi ha gemensamma journalhandlingar med socialarbetaren och skall läkarjournal ingå i socialvårdsakten eller skall vi ha skilda system — skall läkaren ha sina journaler för sig? Vi har från läkarsidan hävdat att det tillsvidare finns starka skäl till att ha skilda journalarkiv. Ett av dessa skäl är att det ej är tillräckligt klarlagt hur handlingssekretessen fungerar myndigheter emellan för att man ifrån sjukvårdsinrättningar, exempelvis psykiatriska sjukhus, skulle vara benägen att låna ut viktiga journalhandlingar om man vet att in-

Vi upplever både från läkarhåll och från socialarbetarhåll ett behov att jämsides med rutinarbetet få tid att under lugnare förhållanden arbeta med metodologiska frågor och ha utrymme för försöksverksamhet.

formation ur dessa kommer att hamna i socialvårdens akter. Ett annat skäl är att läkarjournalen även utgör ett underlag för läkarens arbete med fortlöpande anteckningar, diagnostiska överväganden och resonemang m. m. I ett visst skede kan anteckningar av sådant slag verka vilseledande för en icke medicinskt kunnig person, och en felaktig information kan få olycklig spridning. Avsikten är ingalunda att undanhålla socialarbetaren viktig information, enbart att medverka till att den medicinska informationen fogas in i sammanhanget på ett adekvat sätt.

Ove Rudquist:

Från socialarbetarhåll har man väl för närvarande inte så mycket att tillägga förutom det att ämnet är brännbart och att vi ej odelat vill instämma i det förda resonemanget. Naturligtvis kan det vara olyckligt om journalanteckningar på grund av bristande kunskaper hos uttolkaren blir felaktigt eller ogynnsamt använda. Men socialarbetaren har också både skyldighet och ambition att skapa ett så bra arbetsunderlag som möjligt och att tillhandahålla beslutsfattarna en väl underbyggd dokumentation i olika ärenden. Detta gör att man ibland upplever en brist att inte ha tillgång till alla upplysningar som här kan finnas. Det sammanhänger stundom med sanktionsfunktionen att den dokumentation som skall framställas måste vara så fullödig som någonsin är möjligt. Lagstiftningen är också mycket bestämd på det sättet, att den kräver att den ärendet gäller skall — med några undantag — få ta del av allt som ligger till grund för beslutet. Härigenom har vi också på socialarbetarhåll fått en god övning att sortera information och att fästa på papperet endast sådant som behövs och på ett sådant sätt att den

enskilda kan ta del av det. Tillsvidare har vi emellertid funnit det rimligt att den nu rådande ordningen med skild dokumentation tillämpas.

Utrymme för utvecklingsarbete

Sven Larsson:

Diskussionen torde ha visat att försök att etablera ett teamarbete av detta slag givetvis möter en rad praktiska svårigheter och även principiella motsättningar. Men våra erfarenheter från en tids försöksverksamhet visar också att man till stor del kan överbrygga dessa. Vi upplever både från läkarhåll och från socialarbetarhåll ett behov att jämsides med rutinarbetet få tid att under lugnare förhållanden arbeta med metodologiska frågor och ha utrymme för försöksverksamhet utan den ständiga press av tidsbrist och övermäktiga arbetsbördor, som både läkaren och socialarbetaren upplever i det praktiska socialmedicinska arbetet inom socialvården.



Begär vår rekvisitionslista för enklare beställning av individuella recept- och kvittoblanketter. Ni får snabb leverans och förstklassigt arbete.

fotoprint TRYCKERIAKTIEBOLAGET FOTOPRINT
Kungsbacka Telefon 0300/110 00 -1 -2

Leverantör av trycksaker till bl. a. landsting, sjukhus och privatpraktiserande läkare.