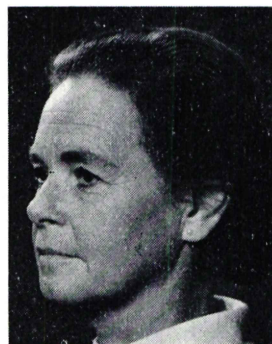


Socialläkarverksamheten i Västerås

Den ensamme socialläkaren i landsorten arbetar under förhållanden som i många stycken skiljer sig från vad som gäller i universitets- och storstäder. Betingelserna för medicinsk verksamhet i socialvårdsarbete skiftar också i olika kommuner och utformningen av socialläkarens arbete får en tendens att bli slumpartad. Kan riktlinjer för socialläkarens kompetensområde utarbetas eller bör man finna nya organisationsformer. Socialläkarverksamheten i Västerås redovisas jämte några reflektioner, baserade på erfarenheter därifrån.

Artikelförfattaren är socialläkare i Västerås.



Greta Runnquist-Olsson

Västerås är visserligen Sveriges fjärde stad, men trots allt en landsortsstad. Detta innebär först och främst skilda huvudmän för sjukvård och socialvård. Det innebär avsaknad av kontakt med medicinska och beteendevetenskapliga institutioner.

Socialläkaren i landsorten har ingen förankring i någon socialmedicinsk lasarettsklinik. Han är ensam i sin specialitet, utlämnad åt sin egen erfarenhet, uppfinningsrikedom, fantasi och improvisationsförmåga. Han tvingas avstå från den stimulans, som kontinuerlig dialog eller, för all del, dispyt med kolleger innebär. Socialläkaren har ingenstans att "remittera ifrån sig" svåra fall. Han är den absolut lägsta pinnen på sjukvårdsstegen.

Organisation

Stadsfullmäktige i Västerås beslutade i juli 1967 om inrättande av en socialläkartjänst. Tjänsteinstruktion förelåg, i stort sett identisk med den instruktion som gäller för socialläkaren i Norrköping. Personalstaten fastställdes samtidigt och

förutsågs bestå av en sjuksköterska samt en 1:e socialassistent, båda anställda på heltid. Tjänsterna annonserades emellertid inte förrän vintern 1968 och jag tillträdde socialläkartjänsten som första innehavare i maj 1968. Man fann lämpligt att socialläkaren och sjuksköterskan på deltid tjänstgjorde vid en nyinrättad rådgivningsbyrå i alkoholfrågor för frivilligt våldsökande, vilka skulle garanteras sekretessskydd i alla avseenden, också gentemot nykterhetsnämnd och socialregister. Det föll sig då naturligt att sammanföra socialläkarmottagningen och rådgivningsbyrån till en socialmedicinsk avdelning. Den socialmedicinska avdelningen i Västerås utgör sålunda organisatoriskt en administrativ enhet med socialläkaren som chef, underställd socialdirektören och socialförvaltningens styrelse. Vi hade turen att som kurator få en allroundkunnig socionom, som genomgått mentalhygienisk kurs, samt en sjuksköterska, formellt anställd som socialassistent, med 11 års erfarenhet från psykiatrisk klinik. Vid behov har vi för experimentpsykologiska undersökningar möjlighet att anlita psykolog från PA-rådet. Den egentliga socialmedicinska utrednings- och behandlingsavdelningen är geografiskt belägen i omedelbar

Föredrag vid Svensk socialmedicinsk förenings vårmöte den 29.4.1970 i Linköping.

anslutning till socialvårdsavdelningarna. Rådgivningsbyrån i alkoholfrågor ligger något utanför stadens centrum, men lokalfrågan är f. n. under omprövning. Socialläkaren tjänstgör vid rådgivningsbyrån cirka 10 timmar per vecka varav 4—5 timmar faller utanför fastställd arbetstid. Vid rådgivningsbyrån tjänstgör dessutom två socio- nomer av vilka föreståndaren har lång erfarenhet från nykterhetsvård och fältassistentarbete.

Kurator har tidigare lång erfarenhet som sjukhuskurator på Lillhagens sjukhus. Sjuksköterskan fullgör drygt hälften av sin arbetstid vid rådgivningsbyrån. Personalstyrkan vid rådgivningsbyrån tillåter en omfattande kurativ verksamhet med familjerådgivning och inte minst uppföljning av patienterna och bibehållande av det terapeutiska initiativet. Personalen vid den egentliga socialmedicinska avdelningen har redan visat sig otillräcklig men ytterligare en socialassistenttjänst finns upptagen i nästa års budgetförslag. Socialmedicinska avdelningen har egen skrivexpedition och eget journalarkiv, som sköts av två halvtidsanställda kontorister.

För fullständighetens skull bör tilläggas att Västerås stad har en till nykterhetsnämnden knuten, väl inarbetad, talrikt besökt alkoholdispensär, som sedan många år sköts av en praktiker i staden. Farlighetsbedömningar, pensionsutredningar och andra mer psykiatriskt färgade uppgifter övertages dock via nykterhetsnämnden av den socialmedicinska avdelningen.

För stadens åldringsvård, inkluderande en sjukavdelning, finns en hårt arbetsbelastad hemvårdsläkare anställd, vilket även har det allmänmedicinska ansvaret för hemvårdsavdelningens omfattande handikappverksamhet.

Socialförvaltningen i Västerås har hitintills varit organiserad enligt den s. k. funktionsprincipen, men kommer, efter ambitiösa förberedelser, att fr. o. m. 1971 övergå till helhetsprincipen. Vi befinner oss sålunda i en skalömsningsperiod, vilket i någon mån påverkat försöken att arbeta fram en enkel och effektiv praxis för kommunikation mellan socialmedicinska avdelningen och övriga avdelningar.

Arbetets uppläggning

Det har varit nödvändigt att ganska fast avgränsa verksamheten, beroende på att såväl den psykiatriska sjukvården som den somatiska öppenvården i Västerås haft stora svårigheter att kämpa med. Vi har därför konsekvent hävdad att vi icke bedriver sjukvårdande verksamhet i konventionell mening. Själv utövar jag ingen individuell psykoterapi i egentlig mening, men enkel stöd- eller insiktsterapi som komplement i ett rehabiliteringsprogram. Verksamheten är så gott som helt psykiatrisk. Somatiska åkommor eller uteslutande av dylika, utredes remissledes vid Centrallasaretet. Remissrätten till socialmedicinska avdelningen är förbehållen socialförvaltningens tjänstemän bortsett från rådgivningsbyrån som naturligtvis står helt öppen för vårdsökande utan något som helst remissförfarande. I den här uppläggnings av arbetet har jag huvudmannens fulla stöd.

Förre socialchefen hittade en fyndig formulering i det han i lokalpressen och annorstädes presenterade socialläkaren som "vår nya socialarbetare med specialutbildning". Sedan jag hämtat mig från den första förvåningen, har jag funnit mig väl till rätta med beteckningen, håller hårt i min medicinska specialutbildning och försöker bli en acceptabel socialarbetare. Med andra ord, vi uppfattar den socialmedicinska avdelningen som en serviceenhet till förfogande för socialförvaltningens övriga vårdavdelningar. Behovet av mer konsekvent långtidspsykoterapi tillgodoses av kurator, som är väl utbildad och väl skickad för

=====

Förre socialchefen hittade en fyndig formulering i det han i lokalpressen och annorstädes presenterade socialläkaren som "vår nya socialarbetare med specialutbildning". Sedan jag hämtat mig från den första förvåningen, har jag funnit mig väl tillrätta med beteckningen, håller hårt i min medicinska specialutbildning och försöker bli en acceptabel socialarbetare.

=====

dess uppgifter. Uppföljning av patienter, som vägrar att söka sjukhus görs av sjuksköterskan, ofta med hembesök. Akutpsykiatri för andra än "våra egna" fall kan jag inte åta mig, då det skulle spräcka mitt arbetsprogram, men vi har en överenskommelse att jag står till tjänst per telefon med råd åt fältassistenter, men däremot ej med undersökning av patienten. Fältassistenterna vänder sig till jourhavande tjänsteläkare. I halvakuta eller mer komplicerade fall har vår sköterska gjort en socialutredning, som hon med sin långa psykiatriska erfarenhet kan utforma så att den i hög grad underlättar tjänsteläkarens bedömning.

Urvalet av fall borde kanske i korthet beröras. Socialassistenterna från samtliga vårdavdelningar remitterar ärenden, varvid det har visat sig att en tredjedel kommer från barnavårdsnämnden en tredjedel från socialhjälpavdelningen och återstående tredjedel från övriga avdelningar, d. v. s. nykterhetsvård, allmänna avdelningen, hemvårdsavdelningen. S. k. mångproblemfamiljer samt problemungdomar mellan 16 och 23 år har på senare tid blivit vanligare än i början, då allmän besvärslighet och misstänkt psykisk sjukdom var en ofta återkommande remissanledning. Frågan om patienturval är i grunden ett kommunikationsproblem. Ju större kunskap hos socialmedicinen om socialvård dess lättare att förstå de problematiska situationer socialarbetaren ställs inför. Ju mer socialmedicinsk information vi kan förmedla, dess större utsikter att socialarbetaren remitterar patienter med behov av medicinskt-psykiatriskt stöd.

Kommunikationer

Man har varit generös nog att tilldela socialläkaren ställning som avdelningschef, vilket innebär deltagande i utvecklings- och planeringsarbete, konferenser och förberedande budgetarbete, som ibland kan betraktas som ett slags "brain storming". Även om det understundom kanske mer blir svag kuling betyder detta upptagande i kretsen av erfarna och ansvariga socialvårdstjänstemän oerhört mycket för socialläkarens arbete. Informationsvärdet är utomordentligt högt och ju mer information om praktiskt socialvårdsarbete

En kontaktform, som troligen är vanligare för den ensamma socialläkaren i landsorten är samarbetet med de politiskt valda förtroendemännen.

socialläkaren har dess mindre risk för onödiga taggigheter i samarbetet. Vidare har socialläkaren vid dessa sammanträden möjlighet att framföra socialmedicinska synpunkter för diskussion och ibland gemensamt utarbetande av åtgärder. Den tid som åtgår för dessa "samarbetsråd" är enligt min mening för socialläkarens vidkommande väl använd.

I stort sett är kontakten med socialvårdsavdelningarna mycket okonventionell, man ringer, stöter ihop i ett gathörn eller vid bilparkeringen. Vi har regelbundna tider för konferenser, som utnyttjas endast om det är viktiga ärenden att diskutera. Diskussionen är fri och öppen, men i socialakten införes endast den sammanfattning socialläkaren sedan tillställer avdelningschefen.

Kontakten med psykiatriska kliniken, där jag varje måndagsmorgon deltar i "morgonsamling" har varit till mycket stor fördel. Länsarbetsnämndens tjänstemän liksom skyddskonsulenterna skulle vi gärna vilja träffa oftare. Dock har vi av och till haft samrådskonferenser med överläkare, kuratorer, verkmästare och förmän vid Arbets träningsinstitutet och Landstingets skyddade verkstäder. Kommunikationsleden med försäkringskassan hålles öppen genom att jag några timmar i veckan tjänstgör som förtroendeläkare.

En kontaktform, som troligen är vanligare för den ensamma socialläkaren i landsorten är samarbetet med de politiskt valda förtroendemännen. För en politiskt oskyldig psykiatriker med erfarenhet endast från lasarettssjukvård är denna kommunikationsled i varje fall en nyttig påminnelse om vilken samhällsfrånvänd och No-spelsliknande, slutna värld ett sjukhus är. Det är för läkaren en ny situation, att till överväganden i ett enskilt vårdärende behöva räkna med hänsyn till "den allmänna opinionen", sådan den representeras

ras av förtroendemännen. Man känner ett behov av sociologiska analyser. Vad är "allmänna opinionen?" I hur hög grad representerar nämndledamöterna denna allmänna opinion? Vilka faktorer påverkar urvalet av förtroendemän? Hur stort kan avståndet tillåtas vara mellan socialvårdens målsättning och "den allmänna opinionens" konservativa inställning. I det praktiska arbetet blir den enda möjliga inställningen för socialläkaren att försöka göra socialmedicinska synpunkter så tydliga att de kan godtagas som underlag för förtroendemännens beslutsfattande. Det är nyttigt att lära sig att överge det psykiatriska fikonspråket.

Några reflektioner kring socialläkarens situation

Den här skisserade utformningen av arbetet vid den socialmedicinska avdelningen i Västerås baseras i hög grad på informationer, impulser och intryck från Gunnar Inghes skrifter, men också från studiebesök i Stockholm hos Bo Nilsson, i Göteborg hos Bengt Lindegård och Sven Larsson, i Malmö hos Gunnar Lindgren samt i Norrköping hos Göran Zander. Malmömodellen har endast i mycket liten utsträckning kunnat kopieras p. g. a. de skilda huvudmannaskapen för Centrallasarettet och socialförvaltningen. Kontakter med Länsarbetsnämnd och Försäkringskassa har vi emellertid försökt upprätta efter förmåga. I övrigt arbetar vi med något slag av kompromiss mellan "Göteborgsmodellen" och "Stockholmsmodellen" i så måtto att de mest tidskrävande och svårbedömda fallen övertages av socialmedicinska avdelningens kurator, som vi

I övrigt arbetar vi med något slag av kompromiss mellan "Göteborgsmodellen" och "Stockholmsmodellen" i så måtto att de mest tidskrävande och svårbedömda fallen övertages av socialmedicinska avdelningens kurator, som vi under inga omständigheter skulle kunna und-

Räcker det kanske att definiera arbetsuppgifterna ungefär som de nu ter sig, nämligen att taga hand om alla patienter som andra avvisar, taga ansvar för alla sjuka, som själva vägrar söka vård och därtill ett oräkneligt antal helt obeskrivbara, ofrånkomliga bedömningar och åtgärder med legala konsekvenser.

under inga omständigheter skulle kunna undvara. Vi har dock funnit det viktigt att socialläkaren tager den första patientkontakten. En stor del av fallen "behålles" av vederbörande socialassistent, som har möjlighet till direkt samråd med socialläkaren om och när han känner behov av detta. Trots alla dessa plagiat är socialläkarverksamheten i Västerås när allt kommer till krita en produkt av de lokala betingelserna i staden och mina högst personliga erfarenheter och förutsättningar eller brist på bådadera. Detta kan förmodas gälla också för övriga "ensamma socialläkare" i landsorten. Tanken inställer sig då: får en socialläkare, i likhet med den berömda bofinken, se ut precis hur som helst. Skall varje socialläkare själv bygga upp en verksamhet efter egna ritningar eller är det dags att försöka utarbeta en fastare och ockrymlig mall inte bara för kompetenskrav men också för kompetensområde och skyldigheter. Räcker det kanske att definiera arbetsuppgifterna ungefär som de nu ter sig, nämligen att taga hand om alla patienter som andra avvisar, taga ansvar för alla sjuka, som själva vägrar söka vård och därtill ett oräkneligt antal helt obeskrivbara, ofrånkomliga bedömningar och åtgärder med legala konsekvenser. Samtidigt uppfattas otvivelaktigt huvuduppgiften för en socialläkare vara medicinsk rådgivning och behandling i socialvårdens rehabiliteringsarbete med s. k. "socialt missanpassade". Utan tvekan är socialläkarens uppgift, sådan den nu utformas i landsortsstäderna, att göra sig så nyttig som möjligt i socialförvaltningens tjänst. Man kan överväga en annan aspekt. Hur skall socialläkaren arbeta för att i så hög grad som möjligt tillgodose patient-

Våra patienter tvingas på detta sätt att ideligen vandra runt och "tala med" nya tjänstemän. Ibland havererar ett mödosamt uppbyggt rehabiliteringsprogram just i en sådan intervju, där dessa myndighetssensibiliserade patienter kan provoceras till ett utspel av hela sitt psykosociala handikapp.

ternas, "de utstötts" uttalade eller lika ofta outtalade behov. Man kan då inte undgå att komma in på den ömtåliga frågan om huvudmannaskap. Socialläkaren arbetar hela tiden utan att förfoga över de viktigaste behandlingsinstrumenten. Med prat och piller kommer man inte långt. Ekonomiska hjälpåtgärder, länsarbetsnämnd, landstingets sjukvård, hemvård, bostadsförmedling, försäkringskassa, öppen kriminalvård kort sagt alla samhällsinstitutioner borde kunna samordna sina insatser i rätt tid och på rätt sätt. I nuvarande läge är varje institution ytterst positiv och villig till samarbete, men förbehåller sig rätten att "själva bilda sig en uppfattning".

Våra patienter tvingas på detta sätt att ideligen vandra runt och "tala med" nya tjänstemän. Ibland havererar ett mödosamt uppbyggt rehabiliteringsprogram just i en sådan intervju, där dessa myndighetssensibiliserade patienter kan provoceras till ett utspel av hela sitt psykosociala handikapp. Man skulle för patientens skull önska ett obyråkratiskt team, tvärs över alla huvudmannaskap med erfarna representanter från alla samhällsinstitutioner, försedda med långtgående delegerad beslutsrätt. Läkarens roll bör avdramatiseras men det är hans uppgift att vidarebefordra den medicinska grunduppfattningen av ett icke-värderande, icke-moraliserande synsätt, liksom det är hans skyldighet att vaksamt söka och väga etiologiska faktorer. Socialläkaren måste i

det praktiska arbetet verka på fältet, i direktkontakt med socialarbetare av alla kategorier, men framför allt i direktkontakt med sina patienter utan de enorma barriärer av tidsnöd, rolluppfattning och övriga artefakter som traditionell sjukvård erbjuder. Hur detta team, mer likt en nebulosa än ens en utopi skall kunna förverkligas är minst sagt svårt att se. Jag lämnar tanken hängande i luften. Två års arbete i en expanderande industristad med hög inflyttningsfrekvens har emellertid givit intryck att svensk socialvård kommer att ställas inför orimliga uppgifter, då allt fler människor sviktar inför samhällets och "produktionens" krav. Det är hög tid att tänka om och planera efter andra metoder än trial and error eller byråkratisk slentrian. Ur rent medicinsk—psykiatrisk synpunkt är arbetet utmanande svårt. Man har framför sig psykiska avvikelser, nosologiskt odefinierbara, icke beskrivna i gängse psykiatrisk litteratur av den enkla anledningen att dessa människor oftast inte kommer i kontakt med läkare eller gör det gång på gång och missuppfattas.

I den mån dessa människor har varit besvärliga i samhället har man samlat dem i sophögsdiagnosen psykopati och i andanom ryckt på axlarna. Värdet av en nosologisk begreppsapparat kan naturligtvis ifrågasättas men utan kartläggning av psykopatologiska drag eller enskilda personlighetsavvikelser blir val av åtgärder omöjligt. För den som en gång fascinerats av ämnet psykiatri innebär socialläkeri ett nytt arbete, ett upptäcktsfält. Det nära samarbetet med samhällsinstitutioner utanför sjukhusen ger nya perspektiv. Man tillägnar sig en ny dimension och nya terapeutiska möjligheter öppnar sig. Det vilar ett ansvar på oss socialläkare att utforma vår verksamhet så, att den blir effektiv och tidsenlig och befriad från den konventionella sjuk- och socialvårdens mest tyngande stereotypier.