

Caseworkbehandling i läkarhus



Gertrud Bergman

Som representant för de kuratorer, som arbetar vid Mentalvårdsbyråns filialer i läkarhusen ska jag redovisa kuratorns upplevelse av vår samarbetsmodell. Den har vuxit fram ur de erfarenheter vi skaffat oss vid Mentalvårdsbyrån men har utformats på ett något annorlunda sätt. Detta var också klart formulerat då vi startade försöksverksamheten.

Vid Mentalvårdsbyrån har vi olika former av samtalsbehandling, bland vilka casework är ett av alternativen. Vid filialerna skulle vår verksamhet bygga på casework och läkarna skulle fungera som konsulter och endast i undantagsfall delta direkt i bedömningen eller ha någon kortvarig behandlingskontakt. Om annan form av samtalsbehandling än casework var nödvändig skulle patienterna remitteras vidare till Mentalvårdsbyrån eller om ännu annan form av behandling ansågs påkallad till den i så fall adekvata instansen, t. ex. psykiatrisk klinik eller poliklinik. Vi skulle alltså i stort *begränsa* det erbjudande vi kunde ge patienterna vid filialerna till kuratorskontakt, d. v. s. caseworkbehandling.

Den psykoteraapeutiska vården vid Mentalvårdsbyråns filialer i läkarhusen innefattar i första hand caseworkbehandling av där verksamma kuratorer. Behandlingen sker i samarbete med läkarna vid Mentalvårdsbyrån. Detta har i dagens läge visat sig vara en realistisk samarbetsmodell, som möjliggjort ett meningsfullt arbete med hjälpsökande människor i det akuta skedet.

Gertrud Bergman är kurator och verksam vid Mentalvårdsbyråns filial vid läkarhuset i Högdalen.

Somatiserande patienter

Patientmaterialet beräknades ha en annan karaktär än det vi möter vid Mentalvårdsbyrån, dit människor vänder sig då de har medvetna samlevnadsproblem eller psykiska konflikter. Vi antog, att klientelet vid filialerna till större delen skulle komma att bestå av somatiserande patienter. T. ex. människor som har *vissa* somatiska besvär men där underlaget av remitterande läkaren inte anses adekvat till patientens upplevelse av besvärerna och där läkaren fått uppfattningen att bakom de somatiska besvärerna döljes konflikter av något slag. Men också patienter, som *ej* har de upplevda somatiska besvärerna — där det kroppsliga lidandet alltså inte har något verkligt somatiskt underlag. Givetvis räknade vi dock också med att speciellt bland distriktsläkarnas patienter ingick människor med diffusa nervösa problem, som söker för lugnande mediciner, sjukskrivning etc. Likaså att en del patienter söker läkarna vid läkarhusen för medvetna psykiska svårigheter i avsikt att genom denna hänvändelse kunna få råd var adekvat hjälp kan erhållas.

När vi går igenom remisserna visar det sig, att i 41 av 215, d. v. s. c:a en femtedel av dessa, har endast angivits psykiska besvär av lindrigare eller svårare art. I de övriga har någon somatisk åkomma angivits, vilken då troligen kan ha varit det av patienten föregivna skälet för läkarkontakten.

Patientens förväntningar

Det förutsattes, att den remitterande läkaren skulle motivera patienterna för kontakten med oss. Alltså genom att tala igenom med dem bakgrunden till sin uppfattning att remiss var lämplig och till hjälp för patienten, liksom att introducera vårt sätt att arbeta. Så att patienterna skulle komma med realistiska förväntningar angående kontaktens art. Givetvis har det hänt, att remitterande läkaren eller patienten haft en rekvisition på läkarkontakt. Med dessa patienter har det varit vår första uppgift att bearbeta deras besvikelse och ställa öppet för dem att söka på annat håll, om de inte kunde acceptera vårt sätt att arbeta. Likaså har det naturligtvis förekommit patienter, som vi remitterat vidare för adekvat behandling på annat håll. För en del har kuratorskontakten i sig inneburit en lättnad, om de har skrämts av namnet "Mentalhygienisk mottagning" därför att de varit medvetna om psykiska konflikter och burit på den gamla skrällen för "mental" sjukdom och "psykiatrisk" vård.

Filialernas arbetssätt

Vad är då skillnaden i den direkta handläggningen av ärendena vid filialerna i jämförelse med vid Mentalvårdsbyrån?

Inledningsfasen är i stort densamma. Intagningssamtalen sker även på Mentalvårdsbyrån hos kurator. I mentalhygienisk verksamhet syftar intagningssamtalen till att skaffa material för att kunna formulera en psykosocial diagnos: få en uppfattning om patientens problemsituation, resurser och en realistisk målsättning för en samtalsbehandling. I samarbete med den psykoanalytiskt skolade läkaren vidgas bilden genom en tentativ psykodynamisk diagnos, vilken blir resultatet av en ingående diskussion av materialet. Då man

även närmare formulerar målsättningen och tar ställning till vilken behandlingsform som är den lämpligaste.

I den fortsatta handläggningen av ärendet skiljer det sig. På Mentalvårdsbyrån finns som sagt olika alternativ då det gäller behandlingsform men vid filialerna erbjuder vi endast samtalsbehandling i form av casework. Genom att vi regelmässigt vid filialerna följer upp ärendena i en fortgående diskussion kan vi vidga gränserna för vilka patienter vi där kan erbjuda behandling i casework. Vid dessa gemensamma konferenser med läkaren kan vi fortsättningsvis testa om den tentativa psykodynamiska formuleringen styrkes av ärendets utveckling och utformning eller om nya aspekter måste tilläggas, om målsättningen var realistisk och vilka områden av patientens problematik som blir aktuella för bearbetning. Man kan på så vis arbeta mera medvetet och målinriktat. Genom att patienterna får tillfälle att bearbeta sina problem i det akuta skedet har man också en erkänt förmånlig utgångspunkt för en begränsning av behandlingstiden.

Målsättningen är givetvis densamma som i allt terapeutiskt arbete — att patienten snarast ska återvinna balans och förmåga att fungera i sitt sociala sammanhang och även utveckla förmågan att använda sina resurser på ett bättre sätt.

Den fortlöpande diskussionen är underlaget för kuratorns arbete med patienten men på intet sätt så att analytikerns tolkning av materialet omödeslöst användes i behandlingen utan endast i de fall där detta verkligen är motiverat p. g. a. patientens medvetenhet och kuratorns upplevelse därav. Många gånger berörs ju överhuvud taget i samtalskontakten inte de hypoteser man arbetar utifrån — men det är väl onödigt att poängtera i det här sammanhanget.

Det har ifrågasatts om denna form av samtalsbehandling är casework. I Hollis bok om casework som en psykosocial terapi skriver hon företrädesvis om arbetet vid mentalhygieniska institutioner och såvitt vi kunnat finna är vårt sätt att arbeta helt i överensstämmelse med hennes teorier. Casework existerar i olika mer eller mindre avancerade former och då det gäller somatiserande patienter

betonar Hollis särskilt att sådan behandling måste ske i nära samarbete med analytiker.

Kuratorn självständig

En annan fråga som inställer sig — hur självständig är kuratorn i denna form av samarbetsmodell? Känner kuratorn att ansvaret ligger hos läkaren? Jag känner det inte så. Det är i *kontakten* med en människa som bearbetningen sker. Att min förståelse vidgas genom ökad kunskap eller genom den här formen av fortlöpande diskussion omkring den enskilda patienten kan inte undanröja ansvaret för mitt sätt att fungera i kontakten — för mitt onyanserade eller nyanserade sätt att möta en hjälpsökande. Vi har ju också alla klart för oss att ansvaret ligger hos patienten — för vad han vill och kan bearbeta. Vi har lärt oss att bemästra vår lust att ha en alltför hjälpsam attityd till patienterna, vi vet att det inte är någon vinst att stödja deras beroende på ett infantiliserande sätt, vi har lärt oss att enbart erbjuda en möjlighet till reflekterande diskussion som stärker patientens förmåga att utnyttja sina resurser, stärker hans självkänsla och hans förmåga att välja. Vi har kanske också på det sättet lärt oss att inte överdriva "vårt ansvar" och har därför kanske inte heller så stort behov av att "förlägga" ansvaret hos någon annan i teamet.

Om vi alltså utgår från dagens läge har vi funnit denna samarbetsmodell realistisk, då den sätter oss i stånd att utföra ett meningsfullt arbete med hjälpsökande människor i det akuta skedet. Alldeles bortsett från Stockholmsområdet — där en del patienter av denna karaktär väl efter en relativt lång väntetid skulle kunna erbjudas annan form av samtalsbehandling — så måste vi vara medvetna om att vi inte har resurser att ha för höga målsättningar — vi liksom patienterna måste vara realistiska. Denna form av verksamhet har vuxit fram på grund av ett behov, som vi har försökt möta på det sätt som stod oss till buds. Försöksverksamheten har också visat sig fungera tillfredsställande. Givetvis är den inte statisk och våra former inte slutgiltiga. Framtidens caseworker med en gedignare utbildning kan kanske bemästra även en så avancerad form av samtals-

behandling utan denna fortlöpande diskussion omkring den enskilda patienten och även vi som nu står i arbetet kommer kanske längre fram att känna att konsultationen kan begränsas. Men vi känner, att genom den här samarbetsformen har vi blivit i stånd att *nu* möta samhällets krav på ett meningsfullt sätt.

Avslutningsvis några siffror från vår filial vid Högdalens läkarmottagning. Personalen består av två halvtidsanställda kuratorer, 8 timmars konsulttid per vecka samt ett halvtidsanställt kanslibiträde. Under tre verksamhetsår har vi inalles haft 215 ärenden, varav 40 patienter endast kommit för ett samtal och 33 patienter för endast två samtal. Då vi inalles haft 1.527 samtal betyder detta att övriga patienter haft en genomsnittlig samtalskontakt 10 gånger. De som endast kommit för ett eller två samtal utgör en tredjedel av patientstocken.



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.