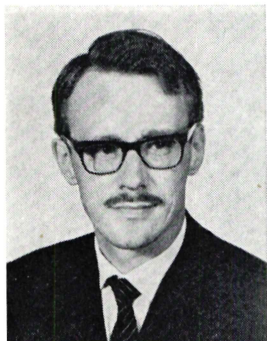


Samverkan mellan social och medicinsk vård



Hans Hjortzberg-Nordlund

Vi upplever för närvarande ett mycket dynamiskt skede ifråga om samordningen mellan social vård och medicinsk vård. Konkreta exempel är den starka utbyggnaden av socialläkarverksamheten, planerna på socialmedicinska avdelningar vid sjukhusen, inrättande av den nya socialstyrelsen etc. I det praktiska arbetet präglas denna samverkan dock ännu i mycket av att man prövar sig fram efter olika modeller. Vissa svårigheter skapas dock härvid av konflikter mellan läkarnas och socialvårdstjänstemännens traditionella "roller".

Redan nu synes det dock klart att man bör fortsätta och sträva mot en allt intimare integration av det sociala och medicinska arbetet. Detta talar för ett gemensamt huvudmannaskap för socialvård och sjukvård.

Artikelförfattaren är tf professor i socialmedicin vid Göteborgs universitet.

Sedan ett halvt år tillbaka har vi en samordning på det centrala planet mellan social vård och medicinsk vård i form av den nya Socialstyrelsen. Denna integrering har tillkommit av flera skäl, bl.a. därför att det är praktiskt med endast en beslutande instans i ärenden som hör till båda dessa sektorer. Någon motsvarande samordning på det lokala planet har vi ännu inte. Även här finns dock en grupp patienter—klienter, vilka nu samtidigt omhändertages inom både sociala och medicinska vårdformer, vilket för den enskilde patienten—klienten medför vissa svårigheter. Det finns ett behov av integrering även på det lokala planet. Ett uttryck för sådana önskemål är den alltmer vanliga frasen "mer sjukvård inom socialvården och mer socialvård inom sjukvården." I detta fall har man inte tagit steget fullt ut mot en total integrering. I stället har det i praktiken fått konsekvenser i form av utbyggnad av medicinska

instanser inom socialvården och av sociala hjälpkrafter inom sjukvården.

Fler socialläkare

Här kan man se, som exempel på medicinens utbredning inom socialvården den alltmer ökade socialläkarverksamheten, och inom medicinen utbyggnad av kuratorsorganisationen och inrättande av speciella socialmedicinska avdelningar och mottagningar.

Socialläkarinstitutionen har de två—tre sista åren varit föremål för en snabb utbyggnad i hela landet. I de fall där socialvården är uppbyggd efter funktionsprincipen (se nedan), har socialläkarmottagningarna haft en tendens att bli självständiga enheter inom socialvården, med till läkarna knutna särskilda socialassistenter eller kuratorer. Genom denna organisation och genom det enorma patienttrycket på socialläkarna har verk-

samheten ofta fått formen av utredningar rörande socialt störande personer, respektive intygsskrivning, vid t.ex. frågor om förtidspensionering av understödstagare eller tvångsingripande mot personer inom socialvårdens vårdfält. Socialläkarna har då riskerat att endast i begränsad utsträckning få tid över till terapeutiska uppgifter. Socialmedicinska mottagningar finns ännu bara planerade i de större städerna och är knutna till universitetsorganisationen.

Ute i landet har hittills den socialmedicinska verksamheten skötts av stads- och provinsialläkare, samt i stor utsträckning av de medicinska rehabiliteringsavdelningarna allteftersom dessa har växt upp inom landstingen. Kuratorsorganisationen har över hela landet expanderat kraftigt.

Behovet av social rådgivning har på grund av de alltmer differentierade hjälpmöjligheterna kraftigt ökat. Med sjukvårdens allt kortare vårdtider och ökade platsbrist är patienterna i större utsträckning nu än tidigare i stället beroende av social vård. Tyvärr finns tendenser att läkarna, till synes i takt med den ökade specialiseringen inom sjukvården, alltmer tappat intresset för sociala hjälpmöjligheter, vilket än mer ökar behovet av kuratorer. Detta problem har uppmärksamats i samband med förslagen till ny läkarutbildning och i den aktuella sjukvårdsorganisatoriska diskussionen. Man har på många håll kraftigt hävdat behovet av socialmedicinskt inriktade och utbildade allmänläkare.¹⁾

Olika socialläkaremodeller

Socialläkarens arbetsmetoder inom socialvården i Stockholm, som fortfarande är organiserat efter den s.k. funktionsprincipen (se nedan), är beskrivna av socialläkaren därstädes, Bo Nilsson²⁾. Han berör där även en del av de problem som en socialläkare har att brottas med.

Inom socialvården har en ny form av samordning börjat genomföras, nämligen en övergång från funktionsprincipen till helhetsprincipen. Funktionsprincipen innebär en uppdelning av so-

cialvårdstjänstemännens arbete på de tre större lagområdena (socialhjälpslagen, nykterhetsvårdslagen, barnvårdslagen). Vid helhetsprincipen har man samordnat verksamheten så att samma tjänstemän nu skall sköta ärenden rörande alla dessa områden. På så sätt har socialvårdens klienter nu endast en instans att vända sig till, även om hans problematik spänner över flera olika områden, vilket ju ofta är fallet. (Hur detta i detalj är utformat framgår av Ove Rudquists artikel i detta nummer av Socialmedicinsk Tidskrift³⁾.)

Där denna helhetsprincip tillämpas måste kraven på socialläkaren i många avseenden bli anorlunda än vid arbete efter funktionsprincipen.

När helhetsprincipen tillämpas är det naturligt att arbeta efter en teammodell, med behandlingskonferenser (behandlingskollegier), där även socialläkaren ingår.

Den organisatoriska inpassningen av socialläkaren i socialvårdsorganisationen har lösts olika på olika håll i landet. I Stockholm arbetar socialläkaren och ett par specialinriktade kuratorer vilka benämnes socialläkarassistenter i ett team med socialmedicinska problemfall. I Göteborg utgöres respektive arbetsteam av en hel socialbyrå, där samtliga socialtjänstemän vid byrån i samma utsträckning har möjlighet att utnyttja socialläkarens specialistkunnande. En av tankarna bakom detta är att socialläkaren i större utsträckning skall kunna kopplas in på tidigare och kanske mindre komplicerade fall — för att på så sätt kunna få den preventivmedicinskt bästa effekten. "Stockholmsmodellen" och "Göteborgsmodellen" beträffande socialläkarorganisationen torde var och en ha sina för- och nackdelar. Det bör kunna bli mycket intressant att jämföra erfarenheterna av respektive system när dessa om något år står att överblicka.

Vilket system det än gäller är givetvis ett väl utvecklat samarbete mellan socialvårdstjänsteman och socialläkare nödvändigt. Härvid kan en rad problem uppstå som försvårar detta samarbete. Jag skall här belysa ett par aspekter av detta, och jag vill då betona att det är fråga om subjektiva värderingar som inte nödvändigtvis behöver delas av andra läkare.

¹⁾ Siffrorna i texten hänvisar till litteraturförteckningen på sidan 273.

Rollkonflikter

Läkaren har i Sverige sedan gammalt en social prestige, vilket medför att han lätt förväntar sig ett subordinerat beteende från sin omgivning. Han har inom medicinen suttit i toppen av en hierarki där han kunnat ge order till sjuksköterskor, biträden, kuratorer osv. "Den vita rocken" har på motsvarande sätt gett prestige i förhållande till patienterna.

Kanske har tystnadsplikten som tidigare varit viktigare för läkaren än kanske någon annan yrkesgrupp — möjligen med undantag för prästerna — även gett patienterna en möjlighet att fungera på ett plan av större förtroende än inför andra personalgrupper inom vårddyrkena. Men när läkaren tilldelas samhälleliga kontrollfunktioner i ökad utsträckning, tenderar också i någon mån möjligheterna att skapa goda kontakter med patienterna att minska.

Socialvårdstjänstemannen har befunnit sig i en helt annan situation. Konflikten mellan hans två roller, hjälparen och rådgivaren vid social nöd, respektive den som skall hålla i skaffet vid sociala tvångsåtgärder har lett till att förtroendefunktionen ofta har blivit lidande och samarbetet med patienter beroende av vederbörande tjänstemans personliga egenskaper. En viss förbättring har ägt rum av andra skäl, t.ex. att socialvårdstjänstemännens utbildning i dag är genomgående mycket bättre än tidigare.

Problem i samarbetet

I *samarbete* mellan läkare och socialvårdstjänsteman har rollkonflikten medfört en viss mistänksamhet och överkänslighet från socialvårdstjänstemannens sida gentemot läkaren. Det är vanligt att höra krav på distinkta gränsdragningar mellan deras arbetsuppgifter från socialvårdstjänstemannens sida, vilket torde avspegla en reaktion på vissa läkares alltför auktoritativa beteende. "Läkaren skall inte diktera vilka sociala åtgärder vi skall vidtaga." Tyvärr kan man som läkare svara på denna förväntan genom att bete sig just så som förväntas av honom, han dikterar sociala åtgärder och grundar sig på "medicinska skäl" även när sådana kanske inte föreligger.

Socialvårdstjänstemännen kan också ha en tendens att "beställa" socialmedicinska åtgärder (pensionsintyg etc.) av läkaren i stället för att mer förutsättningslöst inhämta hans specialistbedömning. Båda parter tenderar på så sätt att försöka "styra" den andra. Förutsättningarna därför är desto större som marginalen för ett allmänt tyckande — icke sällan av moraliserande art — är ganska stor i gränsområdet mellan socialt och medicinskt arbete.

Vid en integrerad socialvård enligt helhetsprincipen kan ingendera parten fungera efter sådana linjer. "Man eftersträvar nu en läkarmedverkan på så sätt att vederbörande ingår i ett funktionellt organiserat socialmedicinskt team kring den vårdbehövande patienten".⁴⁾ Både socialläkaren och socialvårdstjänstemannen måste förflytta sina positioner i förhållande till varandra, så att de kan bedriva ett förtroendefullt samarbete, utan snedblickar på den andra partens yrkesposition. Båda skall ingå i teamet med sina olika arbetsuppgifter, med sina varandra kompletterande kunskaper och *gemensamt* dra upp riktlinjer för verksamheten, och det terapeutiska program som man lägger upp för den enskilde patienten. Många klientärenden framför allt inom socialhjälpsektorn kan man kanske fortsätta att behandla efter vissa fasta riktlinjer och uppdragsmallar, men för de patienter—klienter som just ligger i gränsområdet mellan den nuvarande socialvården och sjukvården, t.ex. alkoholmissbrukare, förefaller det bli alltmer nödvändigt att individualisera behandlingen, att göra noggranna utredningar på vilka man baserar den sociala och medicinska hjälpen, och att samarbeta, läkare och socialvårdstjänsteman.⁵⁾

Inrätta skyddsdomstolar!

Det förefaller här utomordentligt viktigt att man befriar socialvårdstjänstemannen från den dubbla rollen, att handha både sanktioner och vårdmöjligheter. Även detta problem har fått särskilt utrymme på annan plats i detta häfte av Socialmedicinsk Tidskrift. Det är mycket viktigt att socialvårdstjänstemannen får de rätta möjligheterna att vinna klienternas förtroende. Det vore önsk-

vårt att hela lagstiftningen på detta område (administrativa tvångsåtgärder av olika slag) kunde utredas i ett sammanhang. Kanske skulle det vara lämpligt att inrätta särskilda skyddsdomstolar som kunde svara för sanktioner inom nykterhets- och barnavård. Man skulle där också kunna få ta hand om vissa kriminalfall där snabba åtgärder är väsentliga och varför inte även överta från länsstyrelserna sådana frihetsberövanden som indragningen av körkort innebär. I varje fall anser de flesta sakkunniga att om socialvården befriades från tvångsinsgripanden skulle de därigenom förbättrade vårdmöjligheterna minska antalet fall där tvång behövde ske.

Samma patienter

En oproportionerligt stor del av socialläkarens arbetstid tas i anspråk av ett litet antal svåra fall. För att avlasta socialläkarna dessa, och ge läkarna tid till en bredare verksamhet ute på fältet kan man tänka sig att inrätta speciella socialmedicinska avdelningar, som tar sig an särskilt komplicerade ärenden. Dessa avdelningar skulle ha större resurser för patientutredningar än vad socialläkarna har och helst kanske vara knutna till ett sjukhus. De skulle också bilda en naturlig övergång mellan det medicinska vårdfältet och det sociala. Hur en sådan avdelning är tänkt att fungera har nyligen redogjorts för i denna tidskrift av Claes-Göran Westrin.⁶⁾ Andra medicinska discipliner som har patienter med en bred social problematik, och alltså gemensamma med socialvården, är psykiatri och medicinsk rehabilitering.

Den integrering som nu äger rum inom socialvården genom övergången till helhetsprincipen, och den integrering som har ägt rum inom den centrala förvaltningen av medicinsk och social vård kan mycket väl tänkas fortsätta med integrering av de regionala och lokala instanserna av socialvård och sjukvård. Man har funnit att samma patienter i stor utsträckning är aktuella inom de olika formerna för socialvård, dvs. samma personer (eller familjer) konsumerar samtidigt socialhjälp, social nykterhetsvård och social barnavård, vilket också var en av orsakerna

till samordning här.⁷⁾ Man har det bestämda intrycket att samma företeelse är för handen mellan medicinsk och social vård. Med andra ord att de som konsumerar socialvård, även har en överkonsumtion av sjukvård. En undersökning rörande dessa förhållanden pågår för närvarande vid Socialmedicinska Institutionen i Göteborg. Att detta gäller för alkoholmissbrukare är säkert, och här är det dessutom angeläget med en integration av den medicinska och sociala vårderna för att åstadkomma bästa möjliga terapeutiska situation för patienten. Men det är aktuellt också för stora områden av medicinen i övrigt, kanske framförallt för psykiatri och geriatrik. Sociala hjälpåtgärder, insatta vid rätt tidpunkt och på rätt sätt är ett mycket betydelsefullt stöd för den medicinska terapin. Detta skulle tala för en fortsatt integrering på regionala och lokala planet, med ett gemensamt huvudmannaskap för socialvård och sjukvård, vilket skulle tillåta en smidig nyorganisation och anpassning mellan de båda verksamhetstyperna. Det är sannolikt att både socialvårdstjänstemännen, medicinalpersonalen och inte minst patienterna skulle vinna på detta.

LITTERATUR:

1. *Bengmark, Stig* (1967): Planera för en specialiserad öppen vård. Landstingens Tidskrift, nr 9, 1967, sid. 72.
2. *Nilsson, Bo* (1964): Befrias från sin vendetta mot samhället. Sociala Meddelanden nr 3—4, sid. 61.
3. *Rudquist, Ove* (1968): Socialvårdens nya organisation i Göteborg. Målsättning och erfarenheter. Socialmedicinsk Tidskrift (detta nummer).
4. *Lindgård, Bengt* (1967): Socialmedicinsk verksamhet i Göteborg, Stencil.
5. *Hjortzberg-Nordlund, Hans* (1968): Abuse of Alcohol in Middle-Aged Men in Göteborg. Acta Psychiat. Scand. suppl. 199.
6. *Westrin, Claes-Göran* (1968): Socialmedicin vid kärnsjukhus. Socialmedicinsk Tidskrift nr 1, s. 35, 1968.
7. *Rudquist, Ove* (1963): Undersökning angående förekomsten av gemensamma klienter hos de sociala nämnderna i Göteborg. Göteborgs Stadskollegium, Utredningsrapport nr 1963: 11.