

Multiproblemfamiljer i socialläkarens verksamhet



Sven Larsson

Socialläkare Sven Larsson, Göteborg, redogör i denna artikel för de principer för diagnostik och behandling av "multiproblemfamiljer" som tillämpas i det integrerade sociala och medicinska teamarbetet inom Göteborgs socialförvaltning.

Socialvården i Göteborg är sedan 1967 organiserad enligt den så kallade familjevårdsprincipen, vilken organisation tidigare beskrivits i denna tidskrift (1). Staden är efter geografiska grunder indelad i ett antal socialvårdsdistrikt, som vart och ett försörjes av en socialbyrå. Varje vård sökande skall hänvända sig till en och samma socialvårdstjänsteman, oavsett vilka symtom eller problem som givit upphov till hjälpbehovet. Vid varje socialbyrå finns en socialläkare, som fungerar i direkt samarbete med de socialvårdstjänstemän, som tar emot de vård sökande. Man eftersträvar en samverkan, där socialläkaren och socialassistenten ingår i ett socialmedicinskt team kring den vård sökande, där man söker väga samman de samlade medicinska, psykologiska och sociala kunskaperna och erfarenheterna i en diagnos av den sociala funktionssvikten och en behandlingsplan, med utnyttjande av såväl sjukvårdens som socialvårdens resurser (2, 3). Läkaren och assistenten arbetar i direkt kontakt utan sorterande mellanled och detta medför att läkaren kan få en god inblick i det löpande arbetet vid socialbyrån, och ej endast nå kontakt med de svåraste, mest terapieresistenta fallen. I denna socialmedicinska försöksverksamhet vid socialbyråerna har

vi ägnat uppmärksamhet åt problemet att diagnostisera och behandla de så kallade multiproblemfamiljerna. I det följande redogöres för några preliminära erfarenheter härifrån.

Definitionsproblem

Man finner tämligen snart i den rikhaltiga litteraturen rörande multiproblemfamiljer, att det rör sig om en grupp, som är lättare att beskriva än att ge en distinkt definition. I tidigare studier över ämnet, använder man sig av något vidare begrepp, exempelvis "sociala problemgrupper" i den så kallade Woodkommitténs rapport 1929 (4). Ofta återkommande är beskrivningen, att grupperna utgör konstanta problem för socialvårdande organ trots fortlöpande hjälpinsatser. Följande karaktäristika kan utskiljas (ur John C. Spencer: The multiproblem family) (5): Omkring gruppen uppträder ständigt en mångfald av skiftande problem. Hjälpbehovet är kroniskt, och gruppen visar sig resistent mot behandling. Gruppen visar tendens att isolera sig, misstänksamhet mot andra grupper och mot myndigheter är vanligt förekommande, och gruppen tycks ej kunna identifiera sig med samhället i övrigt utan upplever främlingskap. Problemen kan beskrivas i termer, som

uttrycker en oförmåga att uppfylla olika av samhället ställda krav, exempelvis klara en arbetsanpassning och en försörjning, att ej bryta mot gällande lagar och förordningar, således givande upphov till en social funktionssvikt med olika *sociala symtom*. Problemen kan också beskrivas i termer rörande emotionella förhållanden, interpersonella konflikter mellan gruppens olika medlemmar eller mellan gruppen och andra individer eller grupper.

Om man nu i det strida flödet av vårdsökande vid en socialbyrå, där socialassistenten ofta är hårt pressad av tidsbrist, vill försöka finna de personer, där det problem som föranledde det aktuella besöket kan antas vara ett symtom i en bredare familjeproblematik, torde man behöva använda sig av tämligen enkla, snabbt identifierbara och lätt avgränsbara, från registerdata tillgängliga fenomen som kriterier för sin multiproblemfamilj. Det ligger nära till hands att anknyta till gällande sociallagstiftning och betrakta varje behov av åtgärd enligt någon av vårdlagarna (socialhjälpslagen, barnvårdslagen, nykterhetsvårdslagen) som ett möjligt delsymtom. Kriminalitet torde vara ett jämställt symtom. Det är dokumenterat i många undersökningar, bland annat Gunnar Inghes: Fattiga i folkhemmet (6) att en ökad sjuklighet i både somatiska och psykiska åkommor föreligger i ett socialhjälpssklientel. Upprepade sjukskrivningar torde kunna anses som ett mycket viktigt och tidigt tecken på begynnande social insufficiens, och ett samarbete med försäkringskassorna i syfte att tidigt diagnostisera multiproblemfamiljerna är väsentligt.

Beskrivningssystem och skalkonstruktioner av olika slag har konstruerats, och det synes i praktisk verksamhet vara värdefullt med en enkel skattningsskala, där man kan väga ihop de olika delsymtomen i den misstänkta sociala funktionssvikten. En sådan skattningsskala kan lätt anpassas till gällande lagstiftning, socialvårdens ekonomiska normer, tillgängliga data från olika register etc. Härigenom torde man ha möjligheter att *operationellt* definiera sin multiproblemfamilj innan man ger sig in på en analys av bakgrundsfaktorer och etiologiska moment.

I en socialvårdsorganisation som fungerar enligt familjevårdsprincipen, kommer varje problem i en familj, oberoende inom vilket vårdområde det hör och oberoende av vilken familjemedlem det rör sig om, att utredas och åtgärdas av samma socialvårdstjänsteman. Vi har här således en utmärkt möjlighet att tidigt upptäcka begynnande svikter i familjerna, utreda och planera behandling. Den viktigaste kontakten utanför socialbyrån, i diagnostiskt syfte, har visat sig vara med försäkringskassorna. Det kan antas att det är gynnsamt att sätta in behandlingsåtgärder i så tidigt skede som möjligt. Ansträngningar att få en tidig diagnos, att arbeta i uppsökande verksamhet, får därför ses som viktig, inte minst då man vet, att flertalet av dessa familjer efterhand kommer att präglas av passivitet och oförmåga att själva ta initiativet, eller av misstänksamhet och aggressivitet gentemot myndigheter, vilket i båda fallen medverkar till en försening av behandlingen.

Antalet multiproblemfamiljer

Frekvensen av multiproblemfamiljer i befolkningen varierar givetvis med vilka kriterier man har för begreppet. Genomgående anges dock, att gruppen är förhållandevis liten. Sammanställningar av socialhjälpbehov visar att övervägande antalet sökande endast har tillfälligt hjälpbehov, och endast en liten del har fortlöpande hjälp. I en i någon mån uppsökande verksamhet som ovan skisserats, kan man dock vänta en relativt högre frekvens men troligen också ett större antal än lättare fall, ej jämförbara med exempelvis Scotts hard-core problem family (7) eller Gustav Jonssons tredje generationens problemfall (8).

Samarbete i det socialmedicinska teamet

Det socialmedicinska teamet på socialbyrån består av socialläkare och socialassistent, och vid behov förstärkes teamet med socialvårdstjänsteman i högre befattning, sjuksköterska, psykolog för psykometriska undersökningar. Förutsättningar för samarbetet är att var och en fungerar som specialist inom sitt område och på likvärdig basis.

Givetvis uppstår ibland svårigheter i samarbetet, vilka till en del är generella, men vilka markeras tydligare när man som vårdsökande har en familj i stället för en individ, där olika medlemmar av den vårdsökande gruppen kan binda sig olika hårt till skilda teammedlemmar, och där svåravgädda etiska problem hur man skall hantera information från olika familjemedlemmar kan aktualiseras. Hjortzberg-Nordlund har diskuterat konflikter som kan uppstå i behandlingsteamet genom teammedlemmarnas uppfattning om respektive yrkesroller och de vårdsökandes förväntningar på olika teammedlemmar (9). Praktiskt försöker vi bemöta dessa svårigheter genom att klart beskriva för patienten att teammedlemmarna utbyter information, och att all lämnad information förutsättes kunna användas vid diskussion med hela familjegruppen. Konkret kan formen för samarbete vid det socialmedicinska teamet illustreras för de vårdsökande, genom att ett eller flera av samtalen med dem hålles med både läkaren och assistenten närvarande. Det har snart visat sig att en sådan typ av samtal har varit pedagogiskt värdefullt även för teammedlemmarna, som härigenom kan få en ökad förståelse för varandras kunskaper och språkbruk.

Mina erfarenheter hittills talar för att de största problemen uppkommer på grund av teammedlemmarnas förväntningar på varandra, och problemen gentemot klienterna synes vara mindre. I *beslutsprocessen* har den auktoritet som av tradition åvilar läkarrollen ibland varit en hämmande faktor i det läkarens bedömningar och förslag har betraktats som absoluta och definitiva och ej som enbart en del av tillgänglig information, och de har därigenom kommit att påverka besluten i högre omfattning än socialarbetarens fackkunskaper. Samma problem har kunnat uppmärksammas, då ett ärende har behövt hänföras till förtroendenämnder för beslut. Information från läkaren har där ibland kunnat uppfattas som bindande för nämnden på ett helt annat sätt än information från socialassistenten uppfattas.

När det gäller *uppföljningen* av planerad behandling, har ävenledes problem rörande yrkesrollens krav uppkommit, mestadels av den arten

att socialassistenten har underskattat sin terapeutiska betydelse.

Ansvarsfrågan

Ansvarsfrågan förtjänar även att övervägas i en ny typ av behandling av detta slag. Beträffande det rent juridiska ansvaret torde knappast några svårigheter föreligga. Den byråkratiska ordningen bestämmer i de flesta fall otvetydigt, var detta ansvar ligger, när förtroendenämnd skall ansvara, när beslutanderätt och även ansvaret är delegerat till tjänsteman och i vilka avseenden läkaren ensam bär ansvaret. Tjänsteutlåtanden och intyg baseras ofta på information och bedömningar som kommer från teamets gemensamma arbete, men utfärdas och undertecknas av endera medlemmen i teamet, beroende på om de medicinska eller sociala frågeställningarna överväger. Ingen tvekan om att intygsutfärdaren ensam bär hela ansvaret torde råda. Då det gäller det administrativa ansvaret, det vill säga ansvaret för att ett planerat behandlingsprogram fullföljes, ekonomiska och andra resurser användes på ändamålsenligt sätt, nödvändiga åtgärder och ingripande ej försummas etc., torde ansvarsfrågan vara något mer svårbedömd. Behandlingsteamet kan ju ha en växlande sammansättning, några medlemmar kanske enbart deltar i handläggningen av en viss del av ärendet, och någon fastställd hierarki existerar ej, och bör ej existera enligt den tidigare diskussionen.

Krav på läkaren

Socialläkaren har i sin verksamhet att bedöma såväl somatisk som psykisk funktionsförmåga hos klienterna. Övervägande kommer ställningstagandena dock att röra sig om psykiatriska och psykologiska problem, och det torde vara erkänt att en god utbildning i *psykiatri* är en grundförutsättning för socialmedicinskt arbete. Vid arbete med multiproblemfamiljerna får man ofta planera behandlingsåtgärder med hänsyn tagen till att det finns barn med i bilden, och även om barnen inte alltid visat tecken till psykiska eller sociala störningar, måste man dock alltid räkna med åtgär-

dernas effekt på barnen. En ökad kunskap om barnpsykiatriskt betraktelsesätt och barnpsykiatriens medel och möjligheter blir därför ganska snart ett önskemål. Detta behöver man måhända i framtiden taga hänsyn till då man skall planera allmänläkarutbildningen, om det förutsättes att allmänläkaren i ökad omfattning skall delta i socialmedicinskt arbete.

Ökade möjligheter

De preliminära erfarenheterna av försöken att diagnostisera och behandla multiproblemfamiljer i ett integrerat socialmedicinskt teamarbete av den som typ bedrivs vid socialbyråerna efter Göteborgsmodell, tyder på att vi här har möjligheter till en tidig diagnos, utsikter att i behandlingsarbetet på ett effektivt sätt använda samlade medicinska och sociala erfarenheter och resurser, och måhända också utrymmet för terapeutiska experiment och efterhand ökade möjligheter till verkligt effektiv behandling.

LITTERATUR

1. *Rudqvist, Ove* (1968) Socialvårdens nya organisation i Göteborg. Socialmedicinsk tidskrift 45: 250—255.
2. *Lindegård, Bengt* (1967) Socialmedicinsk verksamhet i Göteborg. (Stencil)
3. *Lindegård, Bengt* (1967) Socialmedicinska aspekter på sjukvården och samarbetet med socialvården. Socialmedicinsk tidskrift 44: 559—565.
4. Report of the Mental Deficiency Committee (Wood Report) London 1929.
5. *Spencer, John C.* (1963) The Multi-Problem Family. University of Toronto Press.
6. *Inghe, Gunnar* (1960) Fattiga i folkhemmet.
7. *Scott, J. A.* (1958) Problem families. Lancet 25: 204—208.
8. *Jonsson, Gustav* (1967) Delinquent boys, their parents and grandparents. Munksgaard.
9. *Hjortzberg-Nordlund, Hans* (1968) Samverkan mellan social och medicinsk vård. Socialmedicinsk tidskrift 45: 270—273.



BIOTEKNOLOGI

(Ergonomi) (1+5 dagar) (Dubbleringskurs)

Avsedd för

Personal som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med bioteknologiska problem tex produktionstekniker, verkstadsingenjörer, skyddsingenjörer, verktygs- och produktkonstruktörer, industriläkare och industrisköterskor m fl.

Syfte

Att ge en grundlig genomgång av problem i samband med anpassning av arbetsmiljö till människor.

Vid utveckling av nya arbetsmetoder, utformning av arbetsplatser etc är det nödvändigt att hänsyn tas till den mänskliga konstitutionen. Ju mera arbetsmetoderna detaljutformas, desto viktigare är det att metoder och miljö anpassas till människan. I denna kurs behandlas anpassningsproblem ur såväl bioteknologisk som produktionsekonomisk synvinkel. Som ett väsentligt moment ingår skyddssynpunkterna.

Uppläggning

Kursen inleds med en konferensdag under vilken ämnesområdet presenteras. Deltagarna erhåller därvid litteratur, som skall studeras under tiden fram till kursveckan.

Under kursveckan diskuteras den praktiska tillämpningen av de inlästa kunskaperna. Därjämte förekommer föreläsningar om problemen som ej finns behandlade i litteraturen. En stor del av veckan ägnas åt praktikfallsdiskussioner och övningar delvis förlagda till industriföretag.

Innehåll

I kursen behandlas bl a människans fysiska konstruktion, arbetsförmågens variabilitet, fysiologiska mätmetoder, uppmärksamhetsproblem, åldrande och anpassning samt tillämpningsproblem som utformning av verktyg, manöverdon, arbetsställningar, metoder, instrument, mätton, signaler etc. Vidare diskuteras klimatproblem, syn och belysning, hörsel och buller etc samt bioteknologins tillämpning i företaget.

Tid	31*1 (konferensdag) (A), 24—28*2 (B)
Kursnr	6055
Kursledare	Ing E Berglund
Internat	Säby Säteri, Ingarö

Anmärkning

Konferensdagen äger rum i SAF-lokalen, Blaiseholmsgatan 4 A, Stockholm, varvid kursdeltagarna själva svarar för förläggning m m.

Kursavgift 800kr

Förfrågningar angående kursen göres till: RATI, Sturegatan 58, Box 5144, 102 43 Stockholm 5. Tel.: 08*24 98 80.

