

Familjerådgivningen i den öppna vården

Grodperspektiv på ett mikroproblem?



Stella Gruvstad

Familjerådgivningsverksamheten utgör — i den relativt självständiga form som vuxit fram — en speciell form av social vård. Den ger dock grunderna till ett socialt arbete med den lilla gruppen. Denna relativt renodlade experiment-situation borde åtminstone som impulsgivare få fortsätta i sin nuvarande form, hävdar Stella Gruvstad, socionom och tills nyligen föreståndare för familjerådgivningsbyrån i Gävleborgs län.

I den brännande debatten om hur integreringen av sjukvård och socialvård skall ske har man aldrig, trots alla medicinska framsteg, ifrågasatt behovet av sjukvård i framtiden. Inte heller har man kunnat undgå att se att samhällets ekonomiska ansvarstagande kommer att öka, även om man försöker genomföra vård på billigast möjliga nivå och med vittgående rationaliseringar.

Socialvård skulle däremot i ett utvecklat välfärdssamhälle praktiskt taget kunna rationaliseras bort, och kvar av "samhällssjukdomar" skulle bara bli ett numerärt obetydligt bottenklientel, ungefär som man på mentalsjukhusen räknade med en krympande sektor av sjukdomsdefekta människor, som inte kunde slussas ut i samhället igen. Denna utveckling har under det senaste årtiondet fortgått, men i stället har tillkommit ett ökande antal äldre och nya vårdbehövande grupper som narkomanerna. Det tycks mig som en fantasilös optimism när man tror att människors behov av socialvård (förmodligen i nya modifierade former) skulle avsevärt minska i ett av "socialingenjörer" aldrig så välförsäkrat, välplanerat och ekonomiskt tryggt samhälle.

Man kan alltså trots allt anta, att både sjukvård och socialvård kommer att vara nödvändiga i framtidens samhälle. Och att den begynnande integreringen av de båda vårdområdena är något som de flesta ser som enbart positivt. Denna strävan från många håll att så samlat som möjligt penetrera de medicinskt-mänskliga och socialt-mänskliga problemen har nått olika långt inom olika områden.

I denna tidskrifts temanummer om samverkan i socialt arbete (nr 5/1968) redovisas flera sådana försök i stor skala inom den kommunala socialvården. Socialstyrelsens — ur många andra synpunkter diskutabla — öppnavårdsprogram är tecken på aktuella försök att realisera detta synsätt liksom den av socialministern tillsatta utredningen om översyn av den sociala vårdlagstiftningen — vars begränsade direktiv också utsatts för kritik. Samma grundläggande behov av kunskapsförmedling över gränserna är säkerligen också en av de djupare anledningarna till att svenska psykiatriska föreningens två senaste psykoterapimöten tillsammans med psykologer och socionomer rönt ett så oväntat och överväldigande intresse.

Naturligtvis har denna livskraftiga, men vildvuxna och risiga buske ett lika trassligt rotsystem. Jag tror att det kan vara av intresse att följa några av dessa rötter och rotskott mer i detalj. Om inte annat så för att skärskåda några problem — var och en kan förmodligen utifrån dessa associera vidare och dra paralleller med sitt speciella arbetsområde.

Individ — samhälle — familj

Man har för länge sedan i praktiskt sjukvårdsarbete och i socialvård stött på svårigheter i botande och anpassande, som inte bara bottnat i den enskilda patientens eller klientens problem i sig, eller i bristande samhällsresurser, utan i det ganska triviala faktum att patienten-klienten varit medlem i en familj, som inte varit det stöd man väntat sig. "Multi-problem-families" är väl numera en välkänd beteckning på en urgammal företeelse. Däremot skiljer man sällan — vilket makarna Inghe klart utreder i sin bok "Den ofärdiga välfärden" — mellan de numerärt obetydliga familjegrupper med en massiv socialpsykiatrisk belastning ("hard core problem families") och de mångproblemfamiljer, som av och till sviktar i olika funktioner och med tiden blir kända av nästan alla läkare och socialvårdare inom ett område. Förmodligen är det som Inghe antar, att inte heller denna senare grupp är så särskilt stor i Sverige. Det är bara så att man på grund av igenkännandets lättnad — så många andra har haft bekymmer med någon av "Lundströms" — tenderar att över-skatta deras betydelse.

Båda dessa familjetyper har här i Sverige varit incitament till utveckling inom socialvård och psykiatrisk, främst barnpsykiatrisk vård. Inom socialvården finns som redan nämnts sedan några år en praktiskt fungerande familjevårdsprincip i några av våra städer. Och också en begynnande forskning på detta område även om familjeproblemen inte varit föremål för speciell uppmärksamhet.

Vid samarbetskonferensen mellan de mentalhygieniska öppenvårdsenheterna i Stockholms stad 1966 exemplifierade Gustav Jonsson utvecklingen av synsättet patient-familj så som det av honom utformats i arbetet på Skå med barn från familjer,

som väl är vår närmaste motsvarighet till Scotts hard core families. Man kan bl.a. följa hur man i de första planeringsskrivningarna talar om barnet och dess familj, senare om barnet i familjen för attslutligen komma fram till *familjeterapi*. Det är dock värt att notera att Virginia Satir (en av företrädarna för denna terapiform i USA) i sin bok *Conjoint family therapy* så sent som 1964 genomgående rör sig med begreppet I.P. dvs. "the identified patient", den som familjen har sökt för och som fått manifesteras familjens problem. Man kan också fundera över varför I.P. mindre inom vuxenpsykiatri än inom barnpsykiatri blivit ett användbart begrepp. Är det så att vi betonar barnets skyddslösa ställning i familjen och inte tillräckligt ser det beroende som också den vuxne står i, i förhållande till sin familj?

Även om terapi av familjen som helhet bedrivs på Skå, så torde synsättet "patienten och hans miljö" vara det förhärskande inom sjukvården i stort. Inom det gränsområde mellan sjukvård och socialvård som socialmedicin och socialpsykiatri utgör, kanske man i allmänhet kommit något längre så att man mer ser "patienten i hans miljö". En amerikansk psykiater och mentalhygieniker som Gerald Caplan (som bl.a. lagt många synpunkter på det både diagnostiskt och terapeutiskt lönsamma arbetet med familjer i akuta krissituationer) framhåller nödvändigheten av att man "utvidgar terapicirkeln". Vad som särskilt ur *organisatorisk* synpunkt är av intresse, är att han menar att denna viktiga avvägning av hur stor del av patientens miljö, som bör dras in i behandlingsarbetet, bör åläggas socialarbetaren. Socionomen som "miljöexpert" i ett medicinskt team utnyttjas alltså mest rationellt som gränsdragare. I likhet med bl.a. Axel Gisslén kan man inte annat än ställa sig mycket skeptisk till tanken att något sådant skulle kunna realiseras inom socialstyrelsens förslag till medicinskt dominerad öppenvårdsorganisation.

Patient eller klient

Sedan kan man självfallet liksom Clarence Crafoord fråga sig, om det inte finns vissa risker med att utvidga sjukdoms- och patientbegreppet till

att innefatta alltför mycket av anpassningsproblem, som kanske till större delen hör hemma inom socialvården.

Det kan ibland bli för enkelt att begränsa sig till en patient och hans problem — för ytligt för terapeuten och ibland deletärt för patienten. Vi glömmer ibland att *patientrollen* också har sina fördelar: ansvar avbördas den missanpassade och kanske "sunda" skuldkänslor hans omgivning. En fördel med detta utvidgade patientbegrepp är naturligtvis att det för med sig ett minskat moraliserande från omgivningens sida.

Klientrollen däremot är sedan gammalt mer moraliskt belastad. Man talar t.ex. om understödsgaranda i stället för den sjukes berättigade vårdkrav, och man kan som Kurt Samuelsson dela klientens "börda att behöva gå till socialvården".

Flera läkare och socionomer har i den senaste tidens debatt påtalat klientrollens negativa innebörd, som bl.a. är en följd av de *tvångsåtgärder*, som inryms i den sociala vårdlagstiftningen men inte tillnärmelsevis i samma omfattning i sjukhuslagen och övriga medicinalförfattningar. Möjligen kan ovanstående uppfattningar om patient- och klientroller ha bidragit till den självklara sjukvårdsdominansen i socialstyrelsens öppnavårdsprogram liksom inlemmandet av så stor del som möjligt av socialvården i socialmedicinska avdelningar (Enskededalensprojektet t.ex. och Claes-Göran Westrins funktionsbeskrivning av det sociala arbetet inom kärnsjukhus).

Hans Hjortzberg-Nordlund berör i sin artikel om samverkan mellan social och medicinsk vård (Soc. Med. Tidskrift. 5/1968) patienters och klienters förväntningar utifrån läkarens och socialarbetarens roller och nämner i det sammanhanget den vikt som läkarens tystnadsplikt har i relationen till den hjälpsökande. Vad som däremot inte tas upp är ett önskemål som finns bland många socionomer, och som säkerligen också skulle bidra till att öka allmänhetens förtroende för socialarbetaren nämligen en *legitimation av socionomtiteln*. Sjuksköterskor har fått en sådan, psykologer har allmänna behörighetsbestämmelser och läkarförbundet har tillstyrkt legitimation för ar-

betsterapeuter. Är det då inte på tiden att klienter och patienter kan få uppleva något av liknande trygghet i kontakten med socionomerna? Ingen kan väl mena att man bör ställa lägre krav på yrkesmässiga kunskaper och erfarenhet hos socionomer än andra människovårdande yrkesgrupper?

Socialvård utan tvång

En sektor av socialvården som i ovanligt hög grad varit befriad från tvångsmoment har varit *familjerådgivningsverksamheten*. Den är i Sverige av relativt ungt datum. Den första byrån enligt moderna principer, som sedan varit impulsgivare till vidareutvecklingen av denna rådgivningsform började i Stockholms barnavårdsnämnds regi 1951. En utförlig redovisning av historik och arbetsmetoder har givits av Carin Colliander i *Modern svensk psykiatri* (1968) och jag skall här bara poängtera, att denna mer renodlade form av rådgivningsverksamhet *inte* innefattar abortrådgivning.

Utan att förfalla till skönmålning kan man påstå att samordnandet av psykiatriska, medicinska, psykologiska och sociala moment kommit att få en form, som syns funktionsduglig och varken frustrerar klienter eller befattningshavare utan tvärtom är berikande för verksamheten. Medicinsk expertis anlitas i 1/5—1/3 av fallen, vilket gäller samtliga byråer (som numera finns inom de flesta landsting) under flera år. Socialstyrelsen har tillgång till denna statistik och det ter sig förvånande och tendentiöst att man då i öppnavårdsprogrammet skriver att "en mycket betydande del av klientelet" kräver psykiatriskt specialarbete och att verksamheten "bör initieras, ledas och genomföras från sjukhus- respektive landstingsnivå".

Inom familjerådgivningen är det den terapeut som har den bredaste — om inte mest djupgående och långvariga utbildningen — som tar den första kontakten med klienterna och har huvudansvaret för behandlingen. Dvs. socionomen med mentalhygienisk vidareutbildning och social och socialpsykiatrisk erfarenhet. Tack vare den relativt specialiserade målsättningen för verksamheten och det ganska ringa antalet socionomer i sådan verksamhet har också yrkesidentiteten kunnat bli klarare än inom andra grupper. (Den vaga yrkes-

identiteten inom de kårer som rekryterar psykoterapeuter av olika slag har bl.a. påpekats av Johan Cullberg i DN 11/11 1968.)

Ledningen av familjerådgivningsbyrån är nu social och inte medicinsk och huvudmannaskapet åvilar mestadels en speciell nämnd eller ett speciellt utskott inom landstinget.

Vad är det då för fördelar med denna sociala betoning av familjerådgivningsverksamheten?

1. Klient- i motsats till patientbegreppet som infallsvinkel på människan i miljön vidgar ganska automatiskt synen till att omfatta mer än den enskilda människan.

2. Diagnostänkandet blir också mer tentativt. Familjediagnoser och psykosociala diagnoser är mindre entydiga och fordrar en fortlöpande revidering.

3. Klient- i motsats till patientbeteckningen medför också en ökande benägenhet att uppmärksamma och värdera de hjälpsökandes friska sidor.

4. För de sökande med problem och anpassningssvårigheter torde det vara så att man *tidigare* vänder sig till en rådgivningsbyrå än en medicinsk institution, vilket innebär ett mer profylaktiskt arbete.

5. Att psykiatern, psykologen och gynekologen och ibland barnpsykiatern kommer in i diagnos- och behandlingsarbetet torde bl.a. medföra, att deras arbetsinsatser kommer att inriktas på specialområden, där deras sakkunskap utnyttjas optimalt.

Slutligen bör framhållas att familjerådgivaren-socionomen genom sin speciella yrkeserfarenhet från början i arbetet kommit att inriktas på *relationen* mellan två människor och samspelet dem emellan, och inte genom år av yrkesverksamhet kommit in i vanan att relatera enbart till *en* patient eller klient.

Familjerådgivningsverksamheten — som en speciell form av socialvård — borde därför enligt min uppfattning inte inlemmas i en medicinsk ram utan vidareutvecklas i den relativt självständiga form som vuxit fram. Detta borde vara av värde också för andra grenar inom social- och sjukvård. Man har här grunderna till ett arbete med den lilla gruppen som kan vara till nytta också när man sätter in människan i ett större socialt sammanhang och försöker se brister som behöver avhjälpas och reformer som behöver genomföras.

Den — ur social synpunkt — relativt renodlade experimentsituationen som här finns borde åtminstone som impulsgivare få fortsätta i nuvarande form.