

Samverkan för akutmottagningens mångbesökare

Hur samverkar kommunens socialtjänst och den landstingsbedrivna sjukvården för en gemensam patient/klientgrupp?

Ingrid Johansson

Helen Hansagi

Mariann Olsson

Patienter som söker den somatiska akutmottagningen vid upprepade tillfällen har ofta problem av både medicinsk, psykiatrisk och psykosocial natur. Hur tillämpas helhetssynen för dessa patienter? I syfte att kartlägga samverkansmönstren undersöktes alla kontakter som enligt befintlig dokumentation togs med och för patienter som parallellt hade kontakt såväl med hälso- och sjukvården som med socialtjänsten. Resultatet visar att om samverkan över huvud taget ägde rum så var det för de äldre patienterna. Samverkan analyseras med hjälp av Arnkils modell över gränssystemens betydelse i det sektoriserade välfärdssamhället. Slutsatsen blir att gränssystemen mellan olika närmiljöer/vårdgivare och patienten inte används för en sådan dialog över gränserna som skulle kunna underlätta ett gott och varaktigt behandlingsresultat.

Ingrid Johansson är socionom/socialsekreterare i Botkyrka kommun. Helen Hansagi är sociolog/forskare vid Beroendecentrum Nord och ansvarig för samarbetsprojektet "Akutmottagningens mångbesökare- en riskgrupp för alkohol. Intervention i samarbete med primärvård, psykiatri och socialtjänst". Mariann Olsson är socionom/forskningsledare på kuratorsavdelningen vid Huddinge sjukhus och bitr projektledare i ovan nämnda "mångbesökareprojekt."

Bakgrund

Genom urbaniseringsprocessen i det västerländska samhället har sociala nätverk försvagats och beroendet av samhällseliga inrättningar för invånarnas välbefinnande ökat. Det generella systemet av offentlig hälso- och sjukvård och socialtjänst är viktiga delar i det svenska välfärdssystemet (Tengvald 1982, Allebeck m fl 1998). Eftersom förklaringar till ohälsa hos individen kan sökas såväl i biologiska och psykologiska orsaker som i yttre

omständigheter, livsvillkor och miljö, otillfredsställande sociala relationer eller fattigdom och ensamhet (Daun och Landell 1982, Social rapport 1997) skulle arbetsfördelningen i välfärdssystemet behöva bygga på ett gemensamt synsätt hos de vårdgivare som ger individen hjälp och vård (Danermark och Kullberg 1999).

Ett tiotal länder i västvärlden har generella politiska rekommendationer om samverkan (Westrin, 1986). Trots detta förekommer säl-

I sjukvårdens lagstiftning förutsätts ett strukturerat samarbete mellan kommuner och landsting

lan informella samarbetskontakter mellan sjukvård och socialtjänst (Boklund 1987, SoS-rapport 1991). Hälso- och sjukvård samt socialtjänst tycks fungera isolerade från varandra och individen möts ofta av en kanske förvirrande mängd olika verksamheter och yrkesgrupper som erbjuder ibland fragmentarisk hjälp och ibland överlappande service (Tengvald 1982). Enligt vår socialtjänstlag skall sociala insatser präglas av en helhetsyn. Varje enskilt ärende skall bearbetas i alla sina aspekter och förutom insatsen av socialtjänstens resurser skall insatser från andra samhällsorgan initieras och samordnas (Clevesköld m fl 1997). I sjukvårdens lagstiftning förutsätts likaså ett strukturerat samarbete mellan kommuner och landsting. Föreskrifter om informationsöverföring och samordnad vårdplanering samt för kvalitetssystem i hälso- och sjukvården syftar till att skapa struktur i samordningen mellan de olika vårdgivarna.

Teoretiska utgångspunkter

Vårdenheter kan beskrivas som olika närmiljöer inom ett system i vilket patienten och vårdgivarna ingår. Bronfenbrenner (1989) beskriver i den ekologiska modellen hur individen och hans omgivning bildar ett mikrosystem som i sin tur ingår i större system: meso-, exo- och makrosystem. Individen och närmiljöerna påverkar varandra i ett ömsesidigt förhållande. Så kan t ex patienten och de vårdgivare och myndigheter han/hon besöker ses som delar i mikrosystemet. Patienten rör

sig på detta sätt mellan olika närmiljöer, t ex familj, arbete, grannskap, myndigheter, som representerar olika kulturer, professioner och synsätt. Mesosystemet utgörs av länkarna mellan olika närmiljöer. Individen utgör själv, genom att röra sig mellan olika närmiljöer, den primära länken. Andra personer som deltar i samma närmiljöer kan utgöra så kallade supplementära länkar, t ex patientens läkare som samarbetar med andra vårdgivare och myndigheter. Individen och hans/hennes närmiljöer påverkas också av händelser på samhällsplanet, i exosystemet, i vilket individen själv inte ingår. Exempelvis påverkar olika förhållanden utanför vårdgivare och myndigheter - besparingar, omorganisationer eller förändringar i lagstiftning - det faktiska arbetet med patienten/klienten. Makrosystemet i den ekologiska modellen utgörs av rådande värderingar och normer som ingår i en kultur eller subkultur och avspeglas i de sätt på vilket olika reformer och verksamheter utformas. Hit hör t ex föreställningar om vilken funktion sjukvården resp socialtjänsten ska ha i dagens samhälle.

Arnkil (1992) beskriver det västerländska samhällets välfärdsservice som en spegel av "Fordist"- metoden för massproduktion. Termen "Fordist" härrör från Henry Fords produktion av standardiserade bilar på löpande band, där varje arbetare gör sin del utan att behärska helheten. Välfärd produceras således idag i specialiserade organisationer som en standardprodukt. Det finns en sektor och professionell grupp för nästan varje problem och de professionella försöker att använda lämpliga lösningar på problemet sett utifrån vars och ens sektor. Om de professionella finner problem som ligger bortom deras kunskap hänvisas patienten/klienten till andra service-organ dvs från en närmiljö till en annan. Då

Akutmottagningens mångbesökare har också en stor konsumtion av socialtjänst och av sjukvård utanför akutmottagningen

det utvecklas ett utbyte mellan olika närmiljöer framträder en ny formation på gränsen mellan de interagerande systemen, ett sk "gränssystem" (Arnkil 1992). Sådana gränssystem blir av stor betydelse i det sektorisierade välfärdssamhället. I gränssystemen möts flera olika perspektiv och eftersom varje problem har sin egen "hjälpnhet" försvåras helhetssynen på individen. Ett botande resultat erhålls genom en dialog över gränserna och inte genom att en enskild synvinkel vinner över någon annan (Seikkula 1996).

Akutmottagningens mångbesökare – en utsatt patientgrupp

En grupp som enligt samstämmiga studier i Sverige och internationellt ofta har problem av både medicinsk, psykiatrisk och psykosocial natur är akutmottagningens mångbesökare (Genell-Andrén 1987, Hansagi 1989, Malone 1995). Mångbesökare har också visat sig ha en stor konsumtion av socialtjänst och av sjukvård utanför akutmottagningen (Magnusson & Olsson 1980, Hansagi et al 1998). Trots att det är en patientgrupp med betydande överdödlighet riskerar patienternas signaler om psykiska och sociala problem eller alkoholberoende att förbises i kontakten med vårdgivarna (Hansagi et al 1990). Patienter som är mångbesökare kan alltså med sin sammansatta problematik ses som en angelägen målgrupp när det gäller samverkan mellan olika vårdenheter. 1996 var sex procent av de besökande vid Stockholms sjukhusens akutmottagning mångbesökare och dessa

svarade tillsammans för ca en fjärdedel av alla akutmottagningsbesök i Stockholms läns landsting. Vid Huddinge sjukhus var ca 2 000 personer mångbesökare och svarade för totalt ca 13 000 akutbesök samma år (Hansagi et al 1998). Sedan 1996 genomförs samarbetsprojektet: "Akutmottagningens mångbesökare - en riskgrupp för alkohol. Intervention i samarbete med primärvård, psykiatri och socialtjänst" i Huddinge söder om Stockholm. Syftet med projektet är att systematisera kunskap om mångbesökargruppen, upptäcka underliggande problem samt ge optimal behandling. En interventionsmodell som innebär samplanering med patientens aktiva medverkan prövas och utvärderas.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna artikel är att beskriva vårdgivares samverkansmönster för enskilda patienter. Följande frågeställningar kommer att besvaras:

- Hur ser mångbesökarnas vårdkonsumtion vid kommun och landsting ut under en tvåårsperiod?
- I vilken omfattning och på vilket sätt har de olika vårdgivarna kontakt med varandra för den enskilde patienten?

Material och metod

Urval

Urvalsramen för denna specialstudie om samverkan är mångbesökare från två kommuner söder om Stockholm, vilka när specialstudien ägde rum genomfört sin medverkan i ovan nämnda huvudstudie (n=70). Med mångbesökare avses patienter som har besökt den somatiska akutmottagningen på Huddinge sjukhus fyra eller fler gånger under en ett-års period. Samtliga tolv patienter som förutom sin täta kontakt med den somatiska

akutmottagningen även haft kontakt med socialtjänsten ingår i studien. Fyra av de tolv patienterna avled under senare delen av den studerade perioden. Även dessas journaler ingick i studien.

Datainsamling och databearbetning

Inom huvudprojektet "Akutmottagningens mångbesökare" kartlades patienternas vårdkonsumtion med hjälp av uppgifter från sjukvårdens besöksregister samt kommunens socialregister. Ett utdrag från detta register avseende en två-årsperiod ("mångbesökaråret" och året efter) gjordes för de tolv aktuella patienterna. Med vårdkontakt avses tillfällen då patienten/klienten sökt/erbjudits hjälp vid respektive instans. Kontakten med sjukvården avser personligt besök, med socialtjänsten avser kontakt såväl personligt besök som telefonsamtal och brev. Första steget var att notera vilka vårdgivare patienterna hade besökt, nästa steg att studera patienternas journaler för identifiering av samtliga dokumenterade kontakter mellan den aktuella patientens olika vårdgivare. Journalerna lästes på respektive vård-/serviceenhet och uppgifter om kontakter nedtecknades med hjälp av en i förväg uppgjord mall. Materialet bearbetades kvantitativt med SPSS dataprogram (Statistical Package for Social Sciences for Windows). Studien godkändes av forskningsetikkommittén vid Huddinge sjukhus. Tillstånd att studera de aktuella journalerna erhöles från samtliga åtta patienter som levde samt från klinikcheferna på aktuella kliniker och från verksamhetsansvariga chefer vid berörda vårdcentraler och socialkontor. Tillstånd från de avlidnas närstående söktes ej. I redovisningen används fiktiva namn på patienterna.

Områdesbeskrivning

De två kommundelarna varifrån urvalet till studien är hämtat skiljer sig inte mycket åt vad gäller åldersstrukturen. Däremot finns tydliga skillnader vad gäller bebyggelse och socioekonomisk struktur. I kommundel A består bebyggelsen huvudsakligen av flerbostadshus byggda på 60- och 70-talet, medan kommundel B främst består av småhus och radhus. I kommundel A uppgick invånarantalet år 1998 till 8 500 personer och i kommundel B till 9 800. I *tabell 1* redovisas demografiska och socioekonomiska uppgifter för de två kommundelarna.

Den kommunala socialtjänsten i de båda

Tabell 1. Demografiska och socioekonomiska uppgifter för de aktuella kommundelarna (procentuella andelar med undantag av medelinkomst som redovisas i tkr / invånare).

Demografiska och socioekonomiska uppgifter	Kommundel	
	A	B
Åldersstruktur (1998)		
0-18 år	25	28
19-64 år	66	62
65 år och äldre	9	10
Socioekonomisk indelning (1990)		
arbetare	52	26
tjänstemän	35	60
företagare	4	6
övriga	9	8
Högsta utbildning (1996)		
grundskola	31	37
gymnasieskola	46	50
högskola	18	32
uppgift saknas	5	1
Arbetslöshet (1998)		
18-64 år	7,3	1,8
18-24 år	6,8	2,8
Utländsk bakgrund (1997)	46	13
Försörjningsstöd (1996)	21	2
Medelinkomst (1996)	138,9	218,4

kommundelarna är organiserad efter kommundelsprincipen med en lokal social enhet med handläggning av försörjningsstöd, missbruksvård, familj- och barnavård. Detta betecknas i fortsättningen Individ- och Familjeomsorg. Dessutom handläggs inom den sociala enheten bistånd vad avser hemtjänst, serviceboende och sjukhem, vilket betecknas äldreomsorg. Varje kommunal enhet har en vårdcentral med läkare och sjuksköterskor och respektive vårdcentrals upptagningsområde följer kommundelsgränsen. De båda vårdcentralerna hänvisar kvällar och helger till en gemensam jourläkarmottagning vid en tredje vårdcentral i kommunen.

Akutsjukhuset för befolkningen i dessa två kommunalar är Huddinge sjukhus, som erbjuder bassjukvård, högspecialiserad sjukvård och medicinsk service för befolkningen inom de södra delarna av Stockholms län. Sjukhuset svarar även för regions- och rikspatienter när det gäller högspecialiserad sjukvård och medicinsk service. Det totala befolkningsunderlaget för bassjukvården är ca 250 000 och kommunalerna A och B utgör en knapp tiondel av detta. På Huddinge sjukhus finns också den psykiatriska akutmottagningen för områdets befolkning. Den psykiatriska öppenvården för såväl kommunal A som B är lokaliserad nära Huddinge sjukhus.

Resultat

Patienternas journaler

De tolv patienterna hade totalt 119 journaler varav 95 (80 %) var tillgängliga för granskning. Under den studerade perioden hade patienterna i varierande omfattning parallella kontakter med olika somatiska kliniker vid sjukhuset. Sådana kontakter förekom med 1-8 kliniker per patient. Fyra av de äldre patienterna har haft kontakt med geriatrisk kli-

nik. 81 av journalerna avsåg alltså landstingets sjukvård (57 från somatiska kliniker, 9 från psykiatriska och 15 från vårdcentraler). 14 journaler avsåg kommunal socialtjänst (8 från individ- och familjeomsorg, 4 från äldreomsorg och 2 från serviceboende/sjukhem). Bortfallet utgjordes av 24 journaler - en sjukhemsjournal och 23 sjukhusjournaler vilka ej stod att finna i respektive kliniks arkiv under undersökningsperioden. Journaler studerades alltså vid följande vårdinstanser: akutsjukhuset (somatisk, geriatrisk och psykiatrisk vård), fem vårdcentraler i kommunalerna A, B eller nära angränsande kommuner, två psykiatriska öppenvårdsmottagningar, två socialkontor, en enhet för äldreomsorg, två serviceboenden samt ett sjukhem.

Journaler från ett begränsat antal kontakter med specialistsjukvård vid andra vårdcentraler och sjukhus omfattas ej av studien.

Patienterna, deras sjukvårdskonsumtion och kontakter med socialtjänsten

Av patienterna är fyra kvinnor och åtta män. Åldern varierar mellan 23 och 89 år. Vårdkonsumtion, ålder och bostadsort redovisas i *tabell 2*.

Det finns skillnader i såväl vårdkonsumtion som problembilder mellan de förvärsarbetande och ålderspensionärerna. De sju patienter som är i förvärsarbetande ålder bor alla i kommunal A. Dessa sju patienter har erhållit försörjningsstöd och fyra har också haft kontakt med individ- och familjeomsorgen - en för missbruk och tre för familje- och barnavård. Fem av dem har även varit i behov av psykiatrisk vård. Av de fem ålderspensionärerna bor fyra i kommunal B, de har alla bistånd genom äldreomsorgen. Ingen av dem har haft kontakt med psykiatrin eller med kommunens individ- och familjeomsorg.

Tabell 2. Patienternas ålder och bostadsort samt antal vårdkontakter under 2-årsperioden. Vårdtillfällena vid Huddinge sjukhus avser somatisk vård, psykiatrisk mottagning avser såväl den psykiatriska akutmottagningen som öppenvårdsmottagningar. Kontakt med individ- och familjeomsorg avser de tillfällen patienten ansökt försörjningsstöd eller annat bistånd enl socialtjänstlagen.

Patient ålder	Kommun del	Landsting				Kommun	
		Hudd sjukh slutenv.dygn	Hudd sjukh soma öppenv inkl (akutb)	Vårdcentralen öppenvården	Psyk öppenv inkl (akut)	Äldre- omsorg	Individ och familjeoms
Adam 23 år	A	-	5 (4)	6	-	-	2
Bengt 31 år	A	-	4 (4)	1	-	-	11
Carl 37 år	A	-	14 (5)	6	1 (1)	-	17
David 41 år	A	-	8 (6)	9	3	-	3
Elsa 44 år	A	3	23 (7)	17	21 (1)	-	14
Frida 45 år	A	-	12 (5)	18	4 (1)	-	15
Gösta 59 år	A	6	9 (7)	8	8 (6)	-	38
Hugo 67 år	A	25	302 (10)	2	-	hemtjänst/ serviceb.	-
Inga 71 år	B	147	19 (10)	570	-	hemtjänst/ rehabvist 2v	-
Johan 83 år	B	106	13 (8)	18	-	hemtjänst/ serviceb. sjukhem	-
Kent 88 år	B	35	11 (8)	20	-	hemtjänst/ serviceb.	-
Lisa 89 år	B	25	29 (4)	66	-	hemtjänst/ serviceb.	-

Endast två av de patienter som är under 65 år har varit i behov av sluten vård under 2-årsperioden (Elsa tre dygn och Gösta sex dygn). Däremot har alla äldre patienter i varierande omfattning erhållit sluten vård, de flesta delvis vid geriatrisk klinik.

Kontakt mellan olika vårdgivare

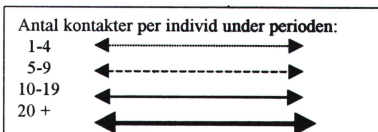
Totalt 353 dokumenterade kontakter mellan olika vårdgivare identifierades. Kontaktfrekvensen varierar betydligt mellan de aktuella patientfallen. Kontakt mellan vårdgivare sker i större omfattning för patienter över 65 år än om han/hon är yngre (figur 1).

Mellan Adams vårdgivare förekom inte nå-

gon dokumenterad kontakt. För Bengt förekom kontakt mellan husläkare och Huddinge sjukhus i form av remittering vid två tillfällen. För de yngre patienter som hade en högre vårdkonsumtion än Adam och Bengt förekom ändå inte kontakt mellan vårdgivarna i någon större utsträckning. För de två kvinnorna, Elsa och Frida, hade dock deras vårdcentral och Huddinge sjukhus kontakter med varandra mer frekvent. Sju patienter var aktuella både för stöd från kommunens individ- och familjeomsorg och för vård från landstingets hälso- och sjukvård. Kontakt mellan individ- och familjeomsorgen och vårdgivarna inom hälso- och sjukvården förekom för fyra

Patient	HS somatik	Geriatrisk	HS psykiatrisk mottagning	Psykiatrisk öppenvårds mottagning	Vårdcentral	Serviceboende/sjukhem	Hemjårnat	Individ-och Familjeomsorg
Adam 23 år	#							
Bengt 31 år								
Carl 37 år								
David 41 år								
Elsa 44 år								
Frida 45 år								
Gösta 59 år								
Hugo 67 år								
Inga 71 år								
Johan 83 år								
Kent 88 år								
Lisa 89 år								

Adams vårdgivare har inte haft kontakt med varandra



Figur 1. Kontaktfrekvens mellan vårdgivarna.

av dessa sju patienter och för två av dem initerades kontakten av huvudprojektet. Kontakt mellan kommunens individ- och familje-

omsorg och hälso- och sjukvården togs inom den reguljära verksamheten endast för Frida och Gösta.

För patienter över 65 år togs däremot kontakter mellan vårdgivare i relativt stor omfattning. De vårdgivare som hade kontakter med andra var Huddinge sjukhus, geriatriska kliniken, vårdcentralen, kommunens hemtjänst respektive serviceboende samt i ett fall den psykiatriska kliniken vid Huddinge sjukhus. Huddinge sjukhus, geriatriska kliniken och kommunens hemtjänst tog oftast kontakt med varandra, t ex hade den geriatriska kliniken och kommunens hemtjänst 20 kontakter eller mer med varandra för Kent under den aktuella perioden.

I *tabell 3* redovisas kontakternas form och innehåll. De allra flesta kontakterna togs via brev/fax och avsåg främst remisser/remissvar

Tabell III. Kontakter mellan vårdgivare inom kommun och landsting. Innehåll och tillvägagångssätt.

Kontakternas innehåll:	Tillvägagångssätt vid kontakten				Summa
	brev	tele	möte	oklart	
Remiss/-svar konsultationer	92	11	2	7	112
Meddelande journalkopia	71	85	-	30	186
Kontakter om vårdplan (vpl)	39	1	-	-	40
Vpl genomförs	-	-	9	-	9
Intyg	4	-	-	-	4
Oklart	-	-	-	2	2
Totalt antal kontakter	206	97	11	39	353

samt information och meddelanden mellan vårdgivare. En dryg fjärdedel av kontakterna togs via telefon. Endast elva av de 353 kontakterna (3 %) avsåg personliga möten mellan professionella varav fyra var tillfällen då fler än två professioner ingick. Fyra av elva möten initierades av huvudprojektet och vid samtliga dessa möten deltog även patienten.

Diskussion

Denna studie belyser tolv patienters vårdkontakter med olika vårdgivare inom landsting och kommun under en 2-årsperiod samt vårdgivarnas kontakter med varandra för den enskilde patienten. Urvalskriteriet för studien är att patienten ska ha varit mångbesökare på akutmottagningen enligt tidigare definition, bosatt i någon av två kommundelar och ha kontakt med såväl sjukvård som kommunens socialtjänst. Trots liknande åldersstruktur hos befolkningen i de två kommundelarna ser patientgrupperna och deras vårdkonsumtion helt olika ut. Kontakt mellan vårdgivarna är inte vanlig ens vid sammansatt och vårdkrävande problematik. Sådana kontakter tas dock oftare när det gäller äldre patienter.

Ett metodproblem i studien är att registrering och dokumentation av vård- och hjälpinsatserna skiljer sig åt mellan landsting och kommun. Inom hälso- och sjukvården dataregistreras varje enskilt besök som patienten gör, vilket ger en tydlig bild av patientens vårdkonsumtion. Den enskildes kontakter med kommunens verksamhet registreras däremot inte på samma sätt utan här bokförs bedömningen av den enskildes bistandsbehov.

Kontakt mellan vårdgivarna är inte vanlig ens vid sammansatt och vårdkrävande problematik

Beslut om bistånd dataregistreras men de kontakter som den enskilde sedan har med den kommunala verksamheten dokumenteras inte lika tydligt. Mångbesökarnas "konsumtion" när det gäller socialtjänst kan därför antas vara kraftigt underskattad. MacLachlan & Hennen (1992) menar att den mest kontroversiella frågan när det gäller journalstudier är dess validitet. Studier baserade på journaler kan endast belysa det som är dokumenterat. Varken landstingets eller kommunens journaler kan garantera en fullständig bild av alla kontakttillfällen som förekommer mellan vårdgivare. Dock kan journalen genom det som är nedskrivet spegla ett minimum av det som faktiskt händer i det vardagliga arbetet.

Yngre mångbesökares system

För patienter i förvärsarbetande ålder innehåller närmiljöerna inom mikrosystemet vårdgivare inom somatisk sjukvård, kommunal individ- och familjeomsorg och ibland psykiatri. Dessa patienter utgör oftast själva de primära länkarna mellan de olika vårdgivarna, de själva bär information med sig från en närmiljö till en annan. Ytterst sällan förekommer vad Bronfenbrenner (1989) benämner supplementära länkar mellan dessa närmiljöer. Trots att patienterna har omfattande parallella kontakter med olika vårdgivare tycks dessa arbeta isolerade från varandra.

Äldre mångbesökares system

Ålderspensionären rör sig bl a mellan närmiljöer som somatisk sjukvård, kommunal hemtjänst och serviceboende. Mellan dessa vårdgivare förekommer förutom den primära länken, patienten själv, supplementära länkar som består i att personal på olika vårdenheter har kontakt med varandra, oftast genom informationsflöde dem emellan om patientens

Vårdplaneringen för de äldre patienterna innebär sällan ett personligt möte mellan berörda vårdgivare och patienter

tillstånd och tidpunkt för utskrivning. De äldre mångbesökarnas situation och relation till vården tycks också påverkas av det Bronfenbrenner (1989) kallar exosystemet. Betalningsansvaret övergår från landstinget till kommunen när den ansvarige läkaren bedömer patienten medicinskt färdigbehandlad. "Gemensam vårdplanering - med patientens samtycke - skall komma till stånd i god tid innan patienten är färdigbehandlad" (Ädelutvärderingen 1995). Vårdplanering för en patient innebär dock i vårt material liksom det gjorde i Ädelutvärderingen sällan ett personligt möte mellan berörda vårdgivare och patienten. Vid journalgenomgången framkom vidare att begäran om vårdplanering ofta faxas redan samma dag som patienten inkom till sjukhuset. Den snabba handläggningen kunde därmed ibland medföra att patienten på nytt tvingas uppsöka akutsjukvården.

Mångbesökare och gränssystem

Både vad gäller ålderspensionären och den förvärsarbetande patienten kan inträdet i sjukvårdens och socialtjänstens olika närmiljöer liknas vid det som Arnkil (1992) kallar "fordistiskt välfärdssystem". Varje vårdinstans ser till att åtgärda just den del av patientens problem som den instansen är lämpad för. Då detta är gjort skickas patienten vidare till nästa vårdgivare, som tar hand om ett annat behov hos patienten. Då mångbesökares problem är sammansatta, men serviceapparaten är uppbyggd efter vad som skulle kunna kallas "en-problems-principen" försvåras helhetssynen på individen (Arnkil

De olika vårdgivarna borde tillsammans med patient/klient i dialog forma gemensamma bilder av problemen

1992, Seikkula 1996).

För optimal vård krävs ett fungerande gränssystem, dvs de olika vårdgivarna borde tillsammans med patienten/klienten i en dialog forma gemensamma bilder av problemen (Seikkula 1996). Sådan samverkan mellan olika aktuella vårdgivare är dock knappast urskiljbara för mångbesökarna i denna studie. Verkligheten tycks befinna sig långt ifrån den situation som beskrivs av Plogéus (1999), där alltför stor närhet mellan vårdgivare skulle kunna leda till att patienternas behov riskerar att gå osedda förbi därför att den ena vårdgivaren t ex lutar helt till den andras bedömning. Vi ifrågasätter om helhetssyn kan råda utan kontakt mellan olika vårdgivare.

Slutsatser och angelägna frågeställningar

Slutsatsen av denna studie är att i ett storstadsområde tas kontakter mellan olika vårdgivare i kommun och landsting i ringa omfattning även om patient/klientgruppen har så stor och sammansatt problembild som akutmottagningens mångbesökare har. Varje vårdinstans ser till att åtgärda just den del av patienten som den enheten är lämpad för och kontakt tas nästan enbart när det gäller informationsutbyte om de äldre patienterna. I denna studie kunde fungerande gränssystem, där olika perspektiv möts och en dialog mellan professionella och individen själv uppstår, inte observeras.

De redovisade resultaten och våra slutsatser baseras på vårdgivarnas skriftliga dokumentation och säger inte något om det reella

behovet av kontakter och samverkan mellan närmiljöerna. Vi kan inte säkert veta hur nödvändig samverkan är för en helhetssyn på just dessa patienters behov. Vilken betydelse anser personal att kontakt med andra vårdgivare har för deras arbete med den patienten som har sammansatt problematik och vad tycker patienten själv om nyttan av vårdgivares kontakter med varandra? Dessa frågor ställdes vid intervjuer med de olika aktörerna i vår studie och kommer att analyseras och redovisas separat.

Patientgruppens ålderssammansättning och problempanorama ger upphov till frågor omkring hur samverkansbehoven ter sig i bostadsområden av olika karaktär. Sådana frågor är angelägna att belysa men ligger utanför fokus för denna studie.

REFERENSER

- Arnkil E. (1992). Fordist Social work and the System of Boundary. *Nordiskt socialt arbete* 4: 31-49.
- Bronfenbrenner U. (1989). Ecological system theory. *Annals of Child Development*, 6:18-24.
- Danermark B, Kullberg C.(1999). Samverkan. Vålfärdsstatens nya arbetsform. Studentlitteratur: Lund.
- Hansagi H. (1989). *Non-urgent and heavy use of the emergency department. Intervention and follow-up studies*. Akademisk avhandling. Karolinska Institutet, Stockholm.
- MacLachlan R, Hennen B.(1992). The medical record as a source of information for research. I Moria A. Stewart: *Tools for primary care research*. California: Sage Publ.
- Malone R E. (1995). Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. *Social Science and Medicine* 40:469-477.
- Plogéus E. (1999). Kan samarbete och samverkan bli för bra? *Social försäkring* 3:17.
- Seikkula J. (1996). *Öppna samtal*. Stockholm: Mareld.
- Arbetet har stötts av Socialvetenskapliga forskningsrådet.