

Samverkan mellan socialtjänst och primärvård

Ragnar Berfenstam

Bengt Haglund

Willy Karlsson

Kravet på en helhetssyn i behandlingsarbete hävdades allt starkare under 1960- och 70-talet. Samarbete över gränserna – främst mellan socialtjänst och medicinsk service – skulle vara ett led i strävan att fullfölja denna filosofi för omsorg.

En rad försöksverksamheter, uppmuntrade av visionärer bland politiker, administratörer och vissa socialmedicinskt inriktade läkare och socialarbetare, syftade till att skaffa erfarenheter om hur en integration av medicinsk och social service skulle kunna utvecklas på lokalplanet och vilka effekter ett så inriktat arbete skulle få – för den enskilde hjälpsökaren, för personalen och för samhället.

Vad ledde försöken fram till? Artikeln redogör översiktligt för några studier och utredningar, som beskriver i vilken omfattning en integration kommit till stånd. De har även pekat på problem i ett organiserat samarbete och kartlagt personalens attityder till samverkan.

En enkätstudie från Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst till ett urval av befattningshavare inom socialtjänst och hälso- och sjukvård visar att ett formaliserat samarbete bäst konkretiserats omkring äldrevård och vård av långvarigt sjuka. Vidare framkom att informell regelbunden samverkan var vanlig i några kommuner – särskilt utvecklat är den mellan distriktssköterskan och hemtjänstassistenten. Omkring en tredjedel av socialsekreterarna och distriktsläkarna har uppgivit att de har regelbundna informella samråd omkring klient/patientproblem.

Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst har i Tierpsprojektet haft ett speciellt intresse att studera samverkansproblem. Ragnar Berfenstam är professor emeritus, Bengt Haglund, docent, vid tiden för studien forskare vid Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst och Willy Karlsson, socialchef, tidigare verksam i Socialstyrelsen bl a med ansvar för Tierpsprojektet.

Splittringen i behandlingsarbetet har för den enskilda människan inneburit stora nackdelar. De hjälpsökande har uppdelats i kategorier efter vilka "symtom" de visat. De måste ofta besöka flera medicinska och sociala organ för att få hjälp och har känt sig bollade mellan olika myndigheter. Dessas insatser har ofta blivit punktmässiga och ibland har det inte varit helt klart om hjälpen svarat mot de verkliga behoven. För att citera socialutredningen har det inte sällan hänt att "dubbelarbete" uppstått och att risk förelegat för konsekvent behandling och motstridiga beslut (1).

Detta uttalande av Kommunförbundet och Landsförbundet från mitten av 1970-talet är ett exempel på åsikter som ofta framfördes av dem som svarade för planering och utveckling av sjukvård och socialtjänst. Utgångspunkten var att det finns ett nära samband mellan hälsa och de sociala förhållanden som individen lever, arbetar eller vårdas i. Psykosomatiska besvär, påfrestningar i arbetsliv eller hemsituation och omvårdnadsbehov kräver ofta samtidiga insatser från samhällets olika institutioner. Medicinska problem kan ha sociala konsekvenser och omvänt kan sociala svårigheter ge en medicinsk symtombild eller leda till sjukdom. Kännedomen om detta har gjort att man i vårdpolitiskt språkbruk ofta talar om *helhetssyn på patienten/klienten*.

Helhetssyn har i många sammanhang ända sedan 1960-talets slut varit ett honnörssord och en vårdpolitisk målsättning.

En konsekvens av strävan mot en helhetssyn på patienten/klienten är önskemålet om bättre samverkan mel-

Samverkan med helhetssyn som målsättning är alltså ett tvärfackligt samarbete där den hjälpsökandes problem blir samtidigt och mer allsidigt belysta

lan landsting och kommuner. På fältet betyder detta främst ett utvecklat samarbete mellan sjukvårdens och socialtjänstens personal men också mellan primärvård och länssjukvård.

Samverkan med helhetssyn som målsättning är alltså ett tvärfackligt samarbete där den hjälpsökandes problem blir samtidigt och mer allsidigt belysta. De samlade kunskaperna hos de medicinska och sociala specialisterna när det gäller problemlösning förutsättes kunna leda till betydligt bättre resultat än om man från de båda samhällsinstitutionerna var för sig söker komma fram till en lösning av problemen.

Det är främst mellan primärvården och socialtjänsten man har sett fram emot en utvecklad samverkan. Det är också dessa två institutioner som har anledning och möjlighet att genom samverkan söka lösa hälso- och socialmedicinska problem samt lämna bidrag till en sund planering av det framtida samhället.

Som följd av de principuttalanden som gjorts av socialstyrelsen, landstingsförbundet och kommunförbundet stimulerades under 1970-talet flera försök med en organiserad samverkan. Försöksverksamheterna hade olika inriktning och omfattning. De flesta syftade till att genom en organiserad samverkan åstadkomma bättre behandling av individärenden, medan andra även var inriktade på att försöka påverka samhällsutvecklingen. Primärvården och socialtjänsten utgjorde alltid kärnan i den organiserade samverkan, men härutöver medverkade i skiftande omfattning även företrädare för bl a skola, försäkringskassa och rehabiliteringsverksamhet. Områdesansvar och lokalmässig samordning eftersträvades även, i synnerhet i de fall då nya vårdcentraler skulle byggas.

Många av samverkansförsöken under början av 1970-talet blev föremål för utvärderingsstudier. Erfarenheterna från några av dessa studier finns redovisade och diskuterade i en internationell studie av samverkan (2, 3). I den svenska underlagsstudien (4) till den internationella studien redovisas en översikt av erfarenheterna från samverkansprojekten i Tierp, Dalby, Skara, Råslätt, Tynnered, Ljusdal, Linköping och Järfälla (5-9). De fem första av dessa projekt genomfördes med lokalmässig samordning mellan primärvård och socialtjänst.

De ärenden som behandlades inom samverkansorganisationerna var av socialmedicinsk karaktär i vid bemärkelse. Det kunde t ex röra sig om relationsproblem, problem i samband med arbetslöshet och/eller långvarig sjukskrivning, missbruk, olika typer av handikapp eller vård och omsorg i hemmet av långvarigt sjuka.

Stora skillnader mellan politikers, administratörers och fältarbetares syn på samverkan

De olika samverkansprojekten hade något olika inriktning beträffande ärendenas natur. Så var t ex Skara-projektet särskilt inriktat på rehabilitering av missbrukare.

Innehållet i samverkan berodde rimligen till viss del på vilka problem som fanns i den befolkning som socialtjänsten och primärvården skall betjäna. Detta framkom bl a vid en studie av det allmänt förebyggande arbetet inom Tierpsprojektet (10). Andra anledningar till skillnader i inriktningen av samverkan kunde vara intressen och värderingar bland de personer som deltog i samverkan. De personer som initierar ärenden i samverkansgrupper kommer således att påverka innehållet i samverkan.

Attityder till samverkan och bedömning av nyttan med samverkan har studerats i anslutning till flera projekt. En studie inom ramen för Skaraprojektet visade på stora skillnader mellan politikers, administratörers och fältarbetares syn på samverkan. De centrala planerna var de som starkast underströk behovet av ökat samarbete, samtidigt som de trodde att samarbetet var mer frekvent än vad fältarbetarna uppgav. Å andra sidan ansåg distriktsläkare och socialarbetare att kvaliteten i samarbetet var bättre än vad de centrala planerna trodde (11). Med ett lite längre perspektiv kan man konstatera att formerna för samverkan i Tierp förändrades när projektet avslutades, men att personalen som arbetat i Tierp under en längre tid fortfarande ser positivt på samverkan, i synnerhet mellan primärvård och socialtjänst (12).

Vikande intresse för samverkan under 1980-talet

Flera av de projekt som påbörjades under 1970-talet utvärderades och avslutades under början av 1980-talet. Hagaprojektet i Örebro är ett av de mera kända samverkansprojekten som startade tidigt på 1980-talet (13). En av de frågor som studerades inom Hagaprojektet rörde formen för socialt arbete inom primärvården. Inom Örebro läns landsting prövades nämligen både en organisation med primärkommunal socialsekreterare anställd vid en vårdcentral respektive landstingsanställd kurator vid vårdcentral (14). Denna fråga är även central i en utredning som Sunesson utfört på uppdrag av socialstyrelsen (15).

Social medverkan i primärvården

Sunesson rapporterar i sin studie bl a resultatet från en telefonenkät som omfattade 50 primärvårdsområden samt personliga intervjuer med företrädare för primärvård och socialtjänst inom tre landsting. Vid läsningen av Sunessons rapport växer en bild fram av vårdcentralen som en stelnad institution utan nämnvärd samverkan med socialtjänsten och med blygsamt inslag av social medverkan i vården.

Huvudentrén är gemensam men där slutar också det gemensamma för primärvård och socialtjänst. Man lever skilda liv bredvid varandra, utan kontakt.

Primärvården är lättillgänglig och väl synlig i byggnaden genom ett flertal strategiskt placerade skyltar. ...

Socialbyrån ligger i en undanskymd korridor som man hittar genom en skylt med mycket små bokstäver. Dörren är låst!

De informella kontakter som finns mellan distriktsläkare och socialsekreterare är mycket sporadiska. Något oftare förekommer kontakter mellan distriktssköterska och socialsekreterare. Sunesson (15) ger även exempel på formella kontakter mellan läkare och socialsekreterare i grupper för diskussion av rehabiliteringsården.

Dessa kontakter för dock inte läkare och socialsekreterarna närmare varandra. Läkarna vet inte vad socialsekreterarna heter och än mindre vad de gör. Det omvända förhållandet är härvidlag något bättre – läkarna är mer kända.

En modell som man provat för att utvidga social medverkan i primärvården är placering av kuratorer eller socialsekreterare på vårdcentralerna. Man konstaterar dock att "på de flesta håll i landet har man varken kuratorer eller socialsekreterare i primärvården". Slutsatserna av studien blir därför att det finns stora icke tillgodosedda behov av sociala insatser inom primärvården.

.. undersökning[en] befäster intrycket av att primärvården idag inte har tillräcklig kompetens att ta hand om sociala och allmänmännsliga problem. Den bekräftar också misstankarna att samarbetet mellan primärvård och socialtjänst fungerar otillfredsställande på de allra flesta håll.

Sammanfattningsvis konstaterar Sunesson att frågan inte är om primärvården behöver social kompetens utan *hur* man kan föra in ett socialt synsätt i organisationen så att människor som söker sig dit kan få den hjälp de behöver (15). Något entydigt svar på frågan om hur ett socialt synsätt skall föras in i primärvården ges emellertid inte i utredningen. Det konstateras dock att "huvuddelen av förslagen är inriktade på att skapa möjligheter för en utvidgning och fördjupning av den typ av samarbete mellan socialtjänst och primärvård som redan finns." (15)

Det medicinskt-sociala samarbetet behöver få klar målsättning och fasta former

Medverkan, men knappast samverkan

En *medverkan* i sociala frågor som Sunesson beskriver från vissa kommuner är verkligen något helt annat än den *samverkan* som förespråkare för ett organiserat samarbete mellan medicinsk och social service hade en vision om, och som fortfarande många företrädare för socialmedicin och socialtjänst ser fram emot. Den syftar till ett samarbete både för bättre och snabbare lösning av enskilda patients/klienters problem och till ett arbete med allvarliga socialmedicinska samhällsproblem. Hit hör även preventivt inriktade aktiviteter och medverkan i samhällsplaneringen.

Dessa uppgifter kan varken primärvård eller socialtjänst var för sig gå iland med. Det medicinskt-sociala samarbetet behöver få klar målsättning och fasta former. Erfarenheter från de samverkansprojekt som genomförts under 1970- och 80-talen kan säkerligen utnyttjas. Försöken med medverkan av kurator/socialsekreterare på vårdcentraler har också haft värdefulla konsekvenser; många av dem som arbetar inom primärvården har tack vare ökade kontakter med socialarbetaren fått mer insikt i socialtjänstens verksamhet och problem, socialarbetaren har lärt sig mer om hur primärvården fungerar och vilka problem den arbetar med. Båda erfarenheterna bör tas till vara för att successivt få till stånd en organiserad samverkan mellan primärvård och socialtjänst.

En enkätstudie av samverkan i början av 1990-talet

Primärvården befinner sig i ett dynamiskt skede och förändringar av verksamhets- och samarbetsformer sker fortlöpande. Bl a har de äldres behov av vård i hemmet ställt nya krav på samordning av arbetsinsatser från primärvård och socialtjänst. I detta skede är det angeläget att veta mer om hur samverkan är organiserad, hur stor roll formella och informella kontakter mellan primärvård och socialtjänst spelar och vilka typer av ärenden som diskuteras. Vi vände oss därför till företrädare för primärvård och socialtjänst för att få svar på frågor om samverkansformer och inställning till samverkan.

Studiepopulation

Landets samtliga landsting och kommuner kontakades med en begäran om namn och adress till distriktsläkare, distriktssköterskor, socialsekreterare och hemtjänstassistenter. Samtliga landsting besvarade vår förfrågan. Av landets 284 kommuner fick vi in fullständiga svar från 260, medan vissa socialdistrikt från ytterligare sex kommuner har lämnat uppgifter. Totalt skapades härigenom en urvalsram som omfattade i det närmaste samtliga offentligt anställda bland de aktuella personalkategorierna, totalt 17 843 personer. Bland dessa valdes slumpmässigt cirka 560 från vardera personalkategorin. Vissa av dem som ursprungligen ingick i urvalet måste utgå av olika skäl, t ex för att de hade bytt sysselsättning. Den dominerande åldersgruppen i studiepopulationen var 35 till 44 år, vilket var särskilt markant beträffande distriktsläkarna. Könsfördelningen var av det slag som man kunde förvänta sig: två tredjedelar av distriktsläkarna var män medan nästan alla distriktssköterskor och hemtjänstassistenter var kvinnor. Även bland socialsekreterarna dominerade kvinnorna, dock i något mindre grad.

De som besvarat enkäten hade i allmänhet en relativt lång yrkeserfarenhet. Detta gällde framför allt hemtjänstassistenterna av vilka nära 65 procent hade arbetat minst tio år i yrket. Socialsekreterarna hade kortare tid i yrket och för övriga gällde att drygt 80 procent hade varit anställda inom sitt yrke i minst fyra år.

Organiserad samverkan

Vi ställde ett antal frågor om det fanns organiserad samverkan mellan primärvård och socialtjänst rörande ett antal olika problemområden. Av *tabell 1* framgår att samverkan rörande framför allt äldreomsorg men även långvarigt sjuka var vanlig. Mer än tre fjärdedelar av

de primärvårdsanställda svarade att sådan organiserad samverkan förekom. Beträffande övriga problemområden fanns det betydligt mindre organiserad samverkan, samtidigt som osäkerheten ökade bland de svarande om det fanns någon samverkan eller ej.

Även anställda inom socialtjänsten rapporterade i hög utsträckning att det fanns formaliserad samverkan kring äldreomsorg och långvarigt sjuka. Den stora skillnaden mellan anställda inom primärvård respektive socialtjänst beträffande denna fråga gällde andelen som svarat "vet ej". Osäkerheten om förekomsten av formaliserad samverkan var avsevärt större inom socialtjänsten än inom primärvården.

Informella kontakter

Oavsett om det förekommer en organiserad samverkan eller ej, kan naturligtvis enskilda företrädare för primärvård och socialtjänst samverka regelbundet. Vi ställde således ett antal frågor till distriktsläkarna och distriktssköterskorna om de hade informella men regelbundna kontakter med socialtjänsten och några andra institutioner. Den procentuella andel som svarat att de samarbetade rutinmässigt framgår av *tabell 2*. Så gott som samtliga distriktssköterskor hade rutinmässig samverkan med hemtjänsten och mer än var fjärde samverkade med socialsekreterare. I övrigt var distriktsköterskorna inte i nämnvärd omfattning engagerade i rutinmässigt samarbete. Distriktsläkarna hade också i mycket hög utsträckning informella och regelbundna kontakter med socialtjänsten; nära två tredjedelar samverkade med hemtjänsten och drygt en tredjedel med socialsekreterare. Den mest vanliga samverkanspartnern till distriktsläkarna var dock försäkringskassan som mer än tre fjärdedelar av läkarna samverkade med.

På motsvarande sätt ställde vi frågor till social-

Tabell 1. Förekomst av formaliserad samverkan efter problemområde och huvudman, procentuell fördelning.

	Primärvård			Socialtjänst		
	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej
Äldreomsorg	85,6	9,5	5,0	62,2	18,4	19,4
Långvarigt sjuka	74,7	17,8	7,4	54,9	23,6	21,5
Alkohol-och drogmissbruk	32,0	55,7	12,4	41,7	53,1	23,2
Barn och ungdom	36,6	49,5	13,9	33,7	33,8	32,5
Hälsouppllysning och livsstilsfrågor	27,6	58,6	13,8	16,3	47,3	36,4
Samhällsplaneringsfrå	12,4	65,8	21,8	14,1	40,8	45,1

Tabell 2. Procentuell andel distriktsläkare och distriktssköterskor med informell och regelbunden samverkan, efter samverkanspartner.

	Distriktsläkare	Distriktssköterskor
Socialsekreterare	36,1	26,4
Hemtjänstassistent	65,1	94,2
Arbetsförmedling	46,9	0,9
Försäkringskassa	76,4	3,0
Företagshälsovård	23,0	2,4
Andra	12,3	13,5

sekreterarna och hemtjänstassistenterna om deras samverkan. Svaren på frågorna, som redovisas översiktligt i *tabell 3*, bekräftar intrycket från *tabell 2* att hemtjänstassistenterna och distriktssköterskorna i mycket hög utsträckning hade regelbundna kontakter. Även övrig samverkan mellan primärvård och socialtjänst är av samma storleksordning i de båda tabellerna. Vad som är påfallande är att både socialsekreterare och hemtjänstassistenterna i hög utsträckning även hade kontakter med andra inom hälso- och sjukvården.

Tabell 3. Procentuell andel socialsekreterare och hemtjänstassistenter med informell och regelbunden samverkan, efter samverkanspartner.

	Socialsekreterare	Hemtjänstassistent
Distriktsläkare	30,5	57,2
Distriktssköterska	28,0	96,2
Sjukhusläkare	7,7	11,6
Psykiatrisk vård	56,1	25,2
Sjukhuskurator	35,4	62,2
Andra	23,4	42,1

Det mönster av samverkan som framgår av tabellerna 2 och 3 visar att stora delar av berörda personalgrupper var involverade i samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Hur täta dessa kontakter var framgår dock inte av dessa tabeller. På frågan om hur ofta distriktsläkaren och hemtjänstassistenten kontaktade varandra svarade mer än var fjärde "så gott som dagligen". Över 70 procent hade kontakt minst en gång i veckan och nästan samtliga hade kontakt minst en gång i månaden. Distriktssköterskornas kontakter med socialsekreterarna var glesare; drygt hälften anger en gång i månaden eller tätare kontakter; endast cirka tre procent hade dagliga kontakter.

Distriktsläkarna angav ungefär samma kontaktfrekvens med socialsekreterarna som sköterskorna

gjorde, d v s drygt hälften hade kontakt en gång i månaden. Däremot hade läkarna i jämförelse med sköterskorna betydligt glesare kontakter med hemtjänstassistenterna. Ungefär tre fjärdedelar av läkarna och hemtjänstassistenterna rapporterade att de hade kontakt med varandra minst en gång per månad.

Samverkansmönstret mellan primärvård och socialtjänst torde variera bl a beroende på berörda befattningshavares yrkeserfarenheter och på lokala förutsättningar för samverkan. Närmare analyser visade exempelvis att samlokalisering mellan primärvård och socialtjänst underlättar kontakterna mellan socialsekreterare och primärvård medan kontakterna med hemtjänstassistenten inte tycks påverkas av tillgång till gemensamma lokaler.

Distriktsläkare hade regelmässiga kontakter med socialsekreterare i ökande grad ju längre yrkeserfarenhet läkaren hade. För socialsekreterarna förefaller arbetsplatsorten vara av stor betydelse: i glesbygd samverkade socialsekreterarna i högre grad med såväl distriktsläkare som distriktssköterskor.

I de landsting som har en kurator anställd inom primärvården vore det tänkbart att kontakterna mellan sjukvård och socialtjänst sköttes av kuratorn. Det visade sig dock att andelen distriktsläkare och distriktssköterskor med regelbunden kontakt med socialsekreterare endast var obetydligt mindre inom sådana landsting.

Samverkans innehåll

Den typ av ärenden som ofta tas upp i samverkan gäller personer med långvarigt vårdbehov. Bland de ärenden som tas upp "ibland" eller "ofta" kan nämnas problem som rör alkoholmissbruk, familjeproblem och psykiska problem. Några angav det som ett önskemål om mer samverkan när det gäller barn som far illa.

En avslutande fråga gällde om det fanns ärenden som inte behandlas i samverkan mellan primärvård och socialtjänst trots att ett behov av samverkan föreligger. På denna fråga varierade svaren mycket mellan de fyra personalkategorierna: över 50 procent av socialsekreterarna ansåg att ett sådant behov förelåg, medan endast 25 procent av hemtjänstassistenterna hade samma uppfattning. Primärvårdsföreträdarnas uppfattning låg däremellan. Bland de ärenden som borde bli föremål för gemensam behandling nämndes exempelvis psykiska problem, missbruksproblem och som ovan nämnts barnmisshandel.

Bland de ärenden som borde bli föremål för gemensam behandling nämns exempelvis psykiska problem, missbruksproblem och barnmisshandel

Diskussion

Av de studier som refererats i detta avsnitt kan man få intrycket att den organiserade samverkans tid var förbi, i och med att 1970-talets projekt avslutades. Sunessons studie förmedlar en bild av att primärvård och socialtjänst lever skilda liv bredvid varandra (15). Vår egen studie ger en något ljusare bild av samverkan som dock begränsas till att i huvudsak omfatta frågor som rör hemsjukvård av framför allt äldre personer. Intrycket får stöd av att denna arbetsform också numera mera sällan uppmärksammas i debatten. Samverkan har t ex mycket litet tagits upp i den under senare tid så aktuella husläkar- och privatläkardiskussionen. Detta hindrar naturligtvis inte att det finns områden där en reell samverkan verkligen fungerar som en naturlig samsamarbetsform mellan medicinsk och social vård. Det finns också i de just nämnda studierna synpunkter framförda – särskilt från socialchefgruppen – att en organiserad samverkan är något att se fram emot.

Av Sunessons studie framgår, att man sökt sig fram på andra vägar – man har i vissa kommuner organiserad *medverkan* av social expertis så att primärvården fått hjälp med "besvärliga" och "tunga" fall; från primärvårdsläkarens sida har denna service uppskattats.

Någon motsvarande organiserad *medverkan* från primärvården för hjälp med medicinska frågeställningar har, efter vad som framkom i enkäterna, inte socialtjänsten fått. Här fanns tidigare en funktion som fallit bort. Många större kommuner hade fram till 1970-talet *socialläkare*, som fungerade som medicinska konsulter i socialt svårbedömda fall. Med de förhoppningar som på 1970-talet fanns om en organiserad samverkan förutsatte man att lösningen för de socialmedicinska problemfallen skulle finnas i det organiserade samarbetet mellan socialtjänst och primärvård.

När dessa förhoppningar grusats frågar man sig hur problemfallen analyseras idag och i framtiden. Vi vet att det förekommer vissa konsultationer mellan läkare och socialarbetare – oftast kanske genom remisser mellan institutionerna, ibland med telefonkontakter, ett samarbete som etableras för speciella ärenden. På några håll finns också ett väl utvecklat samarbete mellan distriktsköterska och socialarbetare. Vi vet att för vissa gene-

rella samhällsproblem av socialmedicinsk karaktär – äldrevårds- och rehabiliteringsärenden – förekommer inom vissa kommuner en organiserad samverkan med regelbundna konferenser. En samsamarbetslinje mellan primärkommunens tjänstemän och sjukvården, då särskilt den slutna sjukvården, har blivit nödvändig att etablera som en följd av Ädelreformen och det därmed sammanhängande primärkommunala ansvaret för "klinikfärdiga" patienter (16). På många ställen har övertagandet av ansvaret för patienter krävt överläggningar vid reguljära besök på kliniken av kommunala tjänstemän. Ett organiserat samarbete med preventiv, samhällsplanerande inriktning förekommer troligen endast undantagsvis.

Svårt att mäta nyttan av samverkan

Vad är det då som har gjort det så svårt att trots att ledande i samhället haft känslan för att samverkan säkerligen skulle ha fördelar – samverkan ändå aldrig kunnat riktigt slå igenom. Delvis och kanske i hög grad är det beroende på att det har varit svårt att vid utvärderingar kunna påvisa värdet och vinsterna med en organiserad samverkan. De fåtaliga försök som utförts för att värdera effekten av samverkan har måst göras som processutvärderingar där man alltså försökt studera förloppet. Placht (17) studerade hur de olika agerande i en samverkan upplevt samverkans olika moment, vad man lärt sig av samverkan, vilka vinster man menat sig ha uppnått, vilka svårigheter man mött, samt för patienten vilka resultat man uppnått och med vilka insatser dessa effekter erhållits.

Det skulle vara förenat med stora metodologiska svårigheter att göra en cost-benefit- eller cost-effectiveness-studie av samverkan: variabler som skulle kunna visa effekterna av detta arbetssätt jämfört med det traditionella är svåra att identifiera. Därför har många av de utvärderingsförsök som gjorts varit ganska ytliga – processstudierna har begränsats till allmänna omdömen från medlemmar i de professionella grupper som deltagit och resultaten har sällan kunnat läggas till grund för ställningstaganden om ett visst arbetssätts fördelar.

Samverkan i framtiden

Man kan förutsätta att de skillnader i utbildning, status och ekonomiska förhållanden som kännetecknat de huvudgrupper som ingått i samverkan, dvs läkare, distriktssköterskor och socialtjänstemän, idag är mindre uttalade än tidigare eller åtminstone skillnaderna inte har den faktiska betydelse som tidigare. Utbild-

Man skulle önska sig en gemensam utbildning för de områden där kunskapsfälten sammanfaller

ningen av läkare respektive socialarbetare har också i någon utsträckning inriktats på dessa förhållanden. Här skulle man önska sig en gemensam utbildning för de områden där kunskapsfälten sammanfaller. Den skulle kunna göras integrerad så att grupper i tidigt utbildningsskede finge lära känna varandra, varandras kompetens, resurser, attityder och utgångspunkter i arbetet. Detta skulle kunna bana vägen för ett friktionsfriare och mera naturligt samarbetssätt.

I ett husläkarsystem med viss privatisering av öppen medicinsk vård är det emellertid troligt att en organiserad samverkan blir svår att genomföra. Områdesansvar, med samhällsplanering syftande till god hälsa, finns inte med i den nya verksamheten. En husläkares patienter kan vara spridda på ett avsevärt antal socialarbetare. Distriktssköterskans viktiga roll i det socialmedicinska samarbetet är också mer oklar. Den samhällsplanerande hälsofunktionen blir med nödvändighet mindre beaktad i ett system som i hög grad bygger på ett starkt medicinskt patient/läkarförhållande.

Hur kommer då de "tyngre socialmedicinska" patienterna/klienterna att få en adekvat analys och ett socialmedicinskt behandlingsprogram? Måste socialläkartjänster återinföras för att socialtjänsten skall få kvalificerad medicinsk service?

Man kan befara att ett system som det nuvarande skulle innebära ett avskedstagande av grundtankar om organiserad samverkan som ett sätt att ge service och stöd enligt helhetssynprincipen.

Dagens samhällsekonomiska situation ger ytterligare skäl att uppmärksamma behovet av samverkan. En av författarna har tidigare formulerat tankar omkring detta:

I tider med ett hårt ekonomiskt klimat och därav föranledd skärpt uppmärksamhet på produktivetsfrågorna finns det risker för att det mera långsiktiga förebyggande arbetet kommer på undantag. På kort sikt kan det te sig ekonomiskt fördelaktigt att begränsa insatserna till att lösa de akuta problemen. På lång sikt kan en sådan policy visa sig bli ödesdigert för såväl befolkningens hälsa och sociala välbefinnande som för samhällsmiljön och samhällsekonomin. För sjukvårdens och socialtjänstens företrädare är det därför lika viktigt nu som tidigare att motverka ett kortsiktigt produktivitetstänkande och verka för att ett förebyggande arbete kan bedrivas även i framtiden. Argument av denna karaktär får naturligtvis störst genomslagskraft om de förs fram av sjukvårdens och socialtjänstens företrädare gemensamt (18).

REFERENSER

1. Samordnad medicinsk och social service. En utredning gjord i samarbete mellan Landstingsförbundet och Kommunförbundet. Stockholm: Kommunförbundet, 1976.
2. *Westrin C-G*: Primary health care: Co-operation between health and welfare personnel. An international study. Uppsala: Department of Social Medicine, 1986.
3. *Westrin C-G*: Samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Erfarenheter från en internationell studie. Socialmedicinsk tidskrift 1984;61:129-38.
4. *Westrin C-G*: Primary health care: Cooperation between health and welfare personnel in Sweden. Mariestad: Skaraborgs läns landsting, 1980 (stencil).
5. *Berfensam R, Smedby B*: Samverkan mellan medicinsk och social vård. Socialmedicinsk tidskrift 1976;53:365-72.
6. Dalby, samverkan sjukvård-socialvård i en vårdcentral. Socialstyrelsen redovisar 1977:2. Stockholm: Socialstyrelsen, 1977.
7. *Westrin C-G*: Samordning av medicinsk och social vård på en vårdcentral. Socialmedicinsk tidskrift 1973;50:9-14.
8. *Eriksson T, Svensson I*: Några försök med samarbete mellan socialvård samt hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 1977.
9. *Wetter I*: Samarbete försäkringskassa, arbetsförmedling och socialbyrå. En rapport från verksamheten i en sk FAS-grupp. Socialmedicinsk tidskrift 1974;51:661-3.
10. *Braun G, Haglund B*: Hur gick det med samverkan i Tierp? Socialstyrelsen redovisar 1983:15. Stockholm: Socialstyrelsen, 1985.
11. *Braun G, Westrin C-G*: Samverkan inom primärvården och socialtjänsten ur politikers, administratörers och fältarbetares synvinkel. Resultatet av en attitydundersökning om behovet av samarbete mellan distriktsläkare och socialarbetare. Socialmedicinsk tidskrift 1984;61:152-7.
12. *Smedby B, Haglund B (red)*: Vad kan vi lära av Tierpsprojektet? En jubileumsskrift. Uppsala: Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, 1991.
13. *Eriksson C G, Fahlström G, Karlsson W, Larsson S*: Hagaprojektet - ett forskningsprogram kring samverkan mellan socialvård och hälso- och sjukvård. Allmänmedicin 1983;4:258-9.
14. *Eriksson C G, Bånghagen G, Fahlström G, Stoor A*: Socialt arbete inom primärvården - bilder från vårdcentraler med skilda organisationsformer. Allmänmedicin 1983;4:262-5.
15. *Sunesson S*: Social medverkan i primärvården I: Social medverkan i primärvården. En inventering. SoS-rapport 1991:17. Stockholm: Socialstyrelsen, 1991.
16. *Styrborn K*: Geriatric decision-making. A Study of Medical and Organizational Aspects of Discharge Planning. Uppsala: Institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet, 1994. (akademisk avhandling).
17. *Placht R*: Observation av samarbete. Uppsala: Institutionen för socialmedicin, 1980 (stencil).
18. *Karlsson W*: Tierpsprojektet och samverkansidéerna. I: Smedby B, Haglund B (red). Vad kan vi lära oss av Tierpsprojektet? En jubileumsskrift. Uppsala: Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, 1991.