

.....
Två separata lagar utformades. Texterna ger inte intryck av att någon djupare interaktion förekommit mellan de utredningar som utformat förslagen
.....

vudmannskapsgränser. Kompetensprincipen blev vägledande: Uppgifter som krävde medicinsk kompetens skulle lösas av landstingets organisation och uppgifter som krävde social kompetens skulle lösas inom ramen för den kommunala organisationen. Målen för verksamheterna skulle dock vara gemensamma och samverkan skulle etableras mellan de två självständiga organisationerna. Uppbyggnaden av parallella resurser, dvs anställning av social personal inom den medicinska organisationen och vice versa, betraktades som dålig hushållning.

Tierpsprojektet fick många efterföljare. Under sjuttio-talet bedrevs en rad olika försöksverksamheter som hade till huvudsakligt syfte eller delsyfte att utveckla former för samverkan mellan den sociala och den medicinska organisationen. Ett genomgående drag var att huvudmannaskapsgränserna bibehölls intakta.

Socialtjänstlagens och hälso- och sjukvårdslagens tillkomst i början på åttiotalet innebar inget trendbrott. Socialtjänst och primärvård betraktades alltjämt som två skilda verksamheter. Två separata lagar utformades. Texterna ger inte intryck av att någon djupare interaktion förekommit mellan de utredningar som utformat förslagen.

Enligt socialtjänstlagen skall socialtjänsten medverka till att skapa ett jämlikt samhälle, präglad av demokrati och solidaritet, där alla människor upplever ekonomisk och social trygghet och har möjlighet att påverka såväl sina egna levnadsvillkor som gemensamma samhällsfrågor. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet för verksamheten god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Gränsdragningen är viktig: I socialtjänstlagen stadgas uttryckligen att kommunens ansvar inte innebär någon "inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän". (SoL §3).

Vem behöver samverkan?

Samarbetsfrågorna tas upp i båda lagarna. I socialtjänstlagen stadgas att socialnämnden "i samarbete

med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda" skall främja goda miljöer i kommunen (SoL § 5).

I hälso- och sjukvårdslagen sägs att landstingskommunen skall "samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda" i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården (HSL §8). De två formuleringarna indikerar tydligt skillnaden mellan socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar. Hälso- och sjukvården behöver samverka för att planera och utveckla den egna verksamheten. Socialtjänsten behöver samverka även för att uppnå förändringar när det gäller förhållanden som ligger utanför den egna verksamheten.

Intressant i sammanhanget är också en annan skillnad. Kommunen har ålagts ett "yttersta ansvar" för att människor får det stöd och den hjälp de behöver och den enskilde har "rätt till bistånd". Landstinget skall "erbjuda en god hälso- och sjukvård".

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver alltså etablera samverkan. Formuleringen av uppgifter och ansvar medför att socialtjänsten har större anledning än hälso- och sjukvården att försöka få till stånd samverkan. Det är därför inte ägnat att förvåna att det i flertalet fall varit socialvårdens/socialtjänstens folk som drivit på när det gällt att få till stånd en samverkan med bl a hälso- och sjukvården. För den som anammar WHO:s definition av begreppet hälsa dvs "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande" måste emellertid en god samverkan framstå som nödvändig även utifrån sjukvårdsorganisationens perspektiv.

Hur långt har vi kommit?

Samverkan är nödvändig om socialtjänsten och hälso- och sjukvården skall nå sina mål. När vi ser oss omkring i våra kommuner och landsting måste vi ändå konstatera att ganska lite har hänt under de år som gått.

.....
Formuleringen av uppgifter och ansvar medför att socialtjänsten har större anledning än hälso- och sjukvården att försöka få till stånd samverkan
.....

En inventering som socialstyrelsen nyligen låtit göra, visar att samverkan mellan de sociala och medicinska organisationerna fungerar dåligt. Bristande personkännedom och dåliga kunskaper om varandras arbetsområden verkar vara de viktigaste hindren för samverkan. Revir- och prestigetänkande nämns också.

Detta gäller generellt. Undantag finns naturligtvis. Öar där ett konstruktivt samarbete byggts upp. Den generella bilden är ändå intressant och ger anledning till frågor. Frågorna handlar om de yttre förutsättningarna för samverkan, om yrkesrollerna och beredskapen att samverka men också om de uppdrag som organisationerna fått.

Till de yttre förutsättningarna hör organisationernas uppbyggnad, ansvarsområdenas avgränsning och möjligheterna för den sociala och medicinska personalen att överhuvudtaget träffas för att bygga upp ett samarbete. I Tierpsprojektets början beskrevs detta som gemensam områdesindelning, samlokalisering och gemensamma arbetsgrupper. Men dessa förutsättningar är uppenbarligen ingen garanti för att samverkan uppstår och utvecklas. Några rader ur socialstyrelsens rapport från den tidigare nämnda inventeringen kan illustrera detta:

''I Lyckeby finns primärvård och socialtjänst sedan 1984 i samma hus på samma våningsplan, med en gemensam entré men i olika korridorer.

Kontakterna mellan socialtjänst och primärvård är mycket sporadiska. Det gäller både på chefsnivå och mellan läkare och socialsekreterare. 'Man lever skilda liv bredvid varandra utan kontakt'. Från båda håll uttrycks dock en vilja och ett behov av samverkan. Primärvården ser socialtjänsten som en naturlig samarbetspartner. Där emot känner man sig tveksam till att ha en kurator placerad på vårdcentralen.

Ett hinder för samarbete som båda sidor påpekar är okunskap om hur de olika arbetsområdena fungerar. Ett annat hinder är personalomsättningen på socialsekreterare och rekryteringsproblem på läkarsidan. Ibland kan det finnas en rädsla hos distriktsläkarna att fjärma sig för mycket från länssjukvårdens synsätt. Primärvården vill inte bli anklagad för att inte kunna erbjuda medicinskt kvalificerad vård. Detta kan undvikas, menar man, om läkarna istället för att 'kvacka' med sociala insatser 'slipar sin professionalitet' när man går in i ett nära samarbete med socialtjänsten.

Socialtjänsten ser resursbrist som det stora hindret för samverkan. Man har för närvarande ingen kapacitet att verka inom primärvården. Tidigare har man arbetat med socialsekreterare placerad på skolan och menar att man

Yrkesroller utformas inte i ett lufttomt rum

kan göra på samma sätt på vårdcentralen om man får förstärkning.''

Hur yrkesrollerna uppfattas spelar uppenbarligen stor roll för om samvekan utvecklas eller inte. Ytterligare ett citat som belyser detta. Denna gång från en annan blekingekommun, Olofström.

''Socialsekreterarna är vana vid grova missförhållanden och reagerar inte på mindre sociala defekter som sjukvården kan ta upp till diskussion. Socialsekreterarna behöver kunna lyssna på de problem som läkare eller distriktssköterska tar upp, även om de förefaller banala.''

Frågan är dock om det handlar om vad socialarbetaren väljer att reagera på eller om det handlar om det uppdrag han har fått, eller uppfattar att han har fått.

Om vi skulle gå ut och fråga ett antal socialarbetare, distriktsläkare och distriktssköterskor om målet för verksamheten så skulle svaren nog mindre handla om jämlikhet, social trygghet och fullständigt välbefinnande och mera om hjälp till utsatta familjer och behandling av sjuka. Och skulle vi ställa motsvarande frågor till politikerna så skulle nog svaren bli ungefär desamma.

Yrkesroller utformas inte i ett lufttomt rum. Yrkesroller formas av de förväntningar som uppdragsgivaren ger uttryck för. Det räcker då inte med retorik och till intet förpliktande övergripande formuleringar. Det krävs tydliga mål och kontroll av måluppfyllelsen. Och självfallet en resurstilldelning som gör det möjligt att nå de uppsatta målen.

Att det förebyggande sociala och hälsopolitiska arbetet är så dåligt utvecklat beror sannolikt på att socialtjänsten och hälso- och sjukvården inte fått några tydliga uppdrag att bedriva ett sådant arbete. Om sådana uppdrag hade givits så skulle en samverkan mellan social och medicinsk personal ha tvingats fram. ''Fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande'' för hela befolkningen kan inte uppnås utan en omfattande satsning på såväl hälsopolitiska som sociala program.

Hur uppdragen till den sociala och medicinska organisationen utformas blir sannolikt ännu viktigare i en snar framtid.

Organisationsutveckling under åttiotalet

Organisationsutvecklingsarbetet på det primärkommunala området under åttiotalet handlade till stor del om inrättande av kommunalnämnder och kommunalförvaltningar. Syftet med denna utveckling var i första hand att fördjupa den kommunala demokratin men också att bryta ner stora enskilda förvaltningsorganisationer och bygga upp mindre, lokala, flerskilda förvaltningar. I den nya organisatoriska miljön skulle nya tjänstemannagrupperingar växa fram och rationella arbetsformer utvecklas. Lokal förankring och närhet blev viktiga begrepp. Närheten gällde såväl förtroendemän—allmänhet och tjänstemän—allmänhet som förtroendemän—tjänstemän och tjänstemän—tjänstemän.

För kommunalskolorna blev det naturligt att försöka få så mycket som möjligt av kommunal och annan service lokaliserad till kommunalerna. Syftet var dels att göra servicen mera tillgänglig, dels att stimulera samarbetet mellan olika verksamheter. I många kommuner med kommunalnämnder har samverkan mellan primärvården och socialtjänsten utvecklats. I några fall har det också lett till att kommunen uppträtt som entreprenör och nu driver primärvård.

Vad händer nu?

Utvecklingen tycks nu ha avstannat när det gäller inrättande av kommunalnämnder. I några kommuner har man avvecklat eller avser att avveckla kommunalorganisationen. Den kommunala organisationen förändras i helt annan riktning.

Vid årsskiftet trädde en ny kommunallag i kraft. Den nya lagen ger kommunerna ökade möjligheter att bygga sin organisation efter lokala förutsättningar, behov och önsknings. Många kommuner har utnyttjat eller kommer att utnyttja den nyvunna friheten och bygger upp organisationer som radikalt skiljer sig från de traditionella kommunala nämnderna och förvaltningarna.

De viktigaste skillnaderna mellan de nya och de traditionella organisationerna är de politiska styrformer-

na och sättet att definiera tjänstemännens ansvar. Den politiska organisationen och tjänstemannaorganisationen skiljs åt. De politiskt valda nämnderna skall vara beställare av den service, vård etc som kommunmedborgarna efterfrågar. Utförare kan vara den kommunala produktionsorganisationen men också kooperativa eller privata företag. De kommunala tjänsterna skall kunna upphandlas på en marknad där kommunala och andra verksamheter konkurrerar.

Hot och möjligheter

Som alltid rymmer den utveckling vi nu bevitnar eller deltar i både hot och möjligheter. Ett hot handlar om att beställningarna/uppdragen utformas alltför snävt. Så länge uppdragen begränsas till en sektor eller verksamhet är det inte möjligt att bedriva ett förebyggande arbete som tar hänsyn till helheten. Det skulle vara tragiskt om kommunerna och landstingen, den nyvunna friheten till trots, skulle fortsätta att formulera ansvar på en sådan nivå att suboptimering blir en ofrånkomlig konsekvens.

Allvarligast blir detta hot i en miljö med ett myller av privata vård-, omsorgs- och servicegivare. Den som har vinstintresset som ett övergripande eller i varje fall högprioriterat mål strävar naturligtvis inte efter att utföra mer än vad uppdraget uttryckligen föreskriver. Otydliga eller illa formulerade entreprenadavtal kan komma att innebära att verksamheten fragmenteras på ett sådant sätt att samarbete med exempelvis socialtjänsten blir ointressant eller till och med en belastning.

Var föds de nya idéerna

I sammanhanget kan det vara intressant att fundera över hur innovationer uppstår inom vårdsektorn och inom offentlig verksamhet överhuvudtaget. Varför föds de nya idéerna? Ett fullständigt svar är svårt att ge men påtagligt många nu väletablerade verksamhets-

.....

Otydliga eller illa formulerade entreprenadavtal kan komma att innebära att verksamheten fragmenteras på ett sådant sätt att samarbete med exempelvis socialtjänsten blir ointressant

.....

former har första gången prövats i blygsam skala inom ramen för "tillgängliga resurser". Någon eller några eldsjälarna har utvecklat en ny verksamhetsform som efter en tid legitimerats. Ofta har sådana innovationer utvecklats i samverkan mellan olika yrkesföreträdare och organisationer. Ett typiskt exempel är den s.k. spädbarnsverksamhet som syftar till att ge stöd åt familjer med späda barn och som nu finns på många håll i landet. Verksamheterna, som har en mycket viktig förebyggande effekt, kräver långtgående samverkan mellan mödra- och barnhälsovård, barnpsykiatri, barnomsorg och övrig socialtjänst.

Utvecklingen av spädbarnsverksamheten har naturligtvis påskyndats av att idéer och kunskaper förts över från landsting till landsting och från kommun till kommun, men det är intressant att se att verksamheten på många håll kommit igång genom att ett par personer helt enkelt börjat arbeta i blygsam skala. Frågan är om det kommer att finnas intresse och utrymme för ett utvecklingsarbete av det här slaget i en organisation där prestationskraven är mycket tydligt angivna och där uppdragsgivaren endast är beredd att betala för beställda och utförda tjänster.

Kompetensförlust

Ett annat hot handlar om att kunskap och kompetens går förlorad. Varje verksamhetsområde har sin historia och sitt sätt att bedriva verksamheten. I många fall kan man tala om en verksamhetskultur eller förvaltningskultur. Någon har t.o.m. talat om verksamhetens själ. Ett förändringsarbete som bara pekar på bristerna i verksamheten kan bli förödande. Det gäller att föra över den goda kunskapen och den goda policyn till den nya organisationen.

Å andra sidan är det säkert nyttigt att de etablerade formerna ifrågasätts och att olika verksamhetskulturer får möjlighet att berika varandra. Det sektoriella tänkandet bröts under åttiotalet i de kommuner där kommundelsnämnder etablerades. De organisationsprinciper som nu är på väg att introduceras ger också möjligheten att bygga upp arbetsorganisationerna efter verksamheternas krav. Om den analys som bör föregå en omfattande organisationsförändring görs förutsättningslöst kan detta leda fram till grupperingar av verksamheter och uppgifter som är helt annorlunda än de vi hittills sett prov på.

Från samverkan till integration

Syftet med de organisationsförändringar som nu förbereds och genomförs i många kommuner och landsting är att effektivisera verksamheten och höja produktiviteten. Utgångspunkten för förändringsarbetet är alltså en helt annan än den som gällde vid sjuttioalets början. Att den ekonomiska verkligheten är kärv har vi alla märkt av och vi vet att den blir än kärvare. Detta och de nya möjligheter som kommunallagen ger är bakgrunden till den otålighet vi nu kan märka hos våra uppdragsgivare när det gäller att få till stånd förändringar. Det är möjligt att denna otålighet kommer att bereda väg även för huvudmannaskapsförändringar.

När Tierpsprojektet var ungt var det inte opportunt att tala om huvudmannaskapsförändringar. Det var tvärtom nödvändigt att betona att försöksverksamheter och övrigt utvecklingsarbete skulle bedrivas med de etablerade huvudmannaskapsgränserna som grund. Nu är förutsättningarna annorlunda. Ädel-reformen, som bl.a. innebär att huvudmannaskapet för sjukhemsvården och hemsjukvården flyttas över till kommunerna, har just genomförts. Samtidigt tar ett antal kommuner över primärvården på försök och flera kommuner har förklarat sig intresserade av att vid en senare tidpunkt delta i försöksverksamheten.

Alla som intresserat sig för och arbetat med samverkansfrågor vet att gemensamt huvudmannaskap inte är någon garanti för att en fruktbar samverkan skall etableras. Gränserna mellan olika förvaltningar kan vara lika svårforcerade som huvudmannaskapsgränserna. Men möjligheterna att bygga upp en samverkan, om vi verkligen önskar en samverkan, ökar otvivelaktigt om huvudmannen är en och densamme. Nu får huvudmännen förhandla om gemensamma projekt, om hur projekten skall finansieras osv. Vi vet att svårigheterna att komma överens ökar i ekonomiskt kärva tider. Om primärvård och socialtjänst har samma huvudman behövs inga förhandlingar, då gäller det "bara" att utforma beställningarna på ett sådant sätt

Gränserna mellan olika förvaltningar kan vara lika svårforcerade som huvudmannaskapsgränserna

att samverkan blir nödvändig om verksamheterna skall kunna lösa sina uppgifter.

Ädel-reformen kommer sannolikt att stimulera utvecklingen av integrerade arbetsformer. Sociala aspekter prioriteras vid uppbyggnaden av olika omvårdnadsformer men medicinska insatser kan naturligtvis inte undvaras. Den personal som tjänstgör inom hemtjänst och olika boendeformer har i många fall redan nu en kombinerad social och medicinsk utbildning. Nu och förhoppningsvis allt framgent ställs stora krav på boendemiljön och den sociala miljön överhuvudtaget även för människor med ett stort omvårdnadsbehov. Ett tillgodoseende av dessa krav förutsätter små enheter och små enheter motverkar långtgående specialisering.

Yrkesrollerna på basplanet förändras alltså, i varje fall inom äldreomsorgsområdet. Behovet av förändringar finns även på andra nivåer och inom andra vård- och omsorgsområden. Möjligen krävs en huvudmannaskapsförändring för att frågan skall få riktigt hög kvalitet.

Sammanfattning

Arbetet med att utveckla ett konstruktivt samarbete mellan primärvård och socialtjänst har gått långsamt. Den utveckling vi nu står inför med nya organisationsformer i kommunerna kan vara ett hot mot det som trots allt uppnåtts men innebär också nya möjligheter att åstadkomma en god samverkan. Huvudmannaskapsförändringar innebär inte automatiskt att en god samverkan etableras men ger de politiska organen bättre styrningsmöjligheter. Nämnder och styrelser måste utforma sina uppdrag till utförarna på ett sådant sätt att helheten gynnas. Därmed kommer en konstruktiv samverkan och framväxten av integrerade arbetsformer att stimuleras.

REFERENSER

1. Integrerat samhälle. Socialstyrelsen redovisar 1971:212.
2. Social medverkan i primärvården. En inventring. SoS-rapport 1991:7.

Förnyelse i Sjukvården

Vill Du vara med om förnyelseprocessen inom sjukvården? Vik då den 6-8 maj för ett besök på mässan "Förnyelse i sjukvården" i Sollentuna.

I utställningen deltar de ledande leverantörerna till vården. Produktsortimentet omfattar de flesta varor och tjänster som bidrar till en högre effektivitet och rationalitet, från namnskyltar till det senaste inom systemintegration, informationsteknologi och förändringsledning. Det senare visas i specialavdelningen kallad "Framtidens sjukhus".

Mässan omfattar dessutom 24 seminarieblock som tar upp de frågeställningar och trender som är aktuella i den förnyelseprocess som just börjat.

Ta med biljetten här intill, så har Du fritt inträde till mässan. Behöver Du fler biljetter eller har frågor om utställningen, kontakta Sollentunamässan tel 08-92 59 00 eller faxa till 08-92 97 74. Frågor om seminarierna besvaras av IMV tel 018-55 80 20 eller fax 018-55 15 55.

