

Utveckling av service till barnfamiljer

En koordinationsmodell

Ulf Janson

Projektet "Barnfamiljerna och samhällets service" (Flogstapjektet) studerar och söker utveckla primär- och landstingskommunal service till barnfamiljer. Ett centralt syfte för projektet är att undersöka betingelserna för en bättre resursanvändning. Detta är bland annat en fråga om samordning och samverkan.

I denna artikel skall Flogstapjektets diskussioner kring förbättrad resurssamordning återges. I resonemanget har begreppet "samordning" betydelsen

a. övergripande planering av hela serviceutbudet med avsikt att nå en bästa möjlig anpassning mellan resurser och behov. "Övergripande" innebär planering på politisk och tjänstemannanivå, över huvudmanna- och förvaltningsgränser. I en sådan planering har givetvis även fältpersonal en viktig roll, genom att bidra med erfarenheter och utvärderingar men ansvaret för samordning ligger ovanför praktiker-nivån.

b. realiserande av planeringen i det faktiska vård- och serviceutbudet.

från projektet "Barnfamiljerna och samhällets service".

1. Utgångsläge

I projektfallet finns de aktuella resurserna inom mvc och bvc, barn- och ungdomspsykiatriskt öppenvårdsteam, barnhabiliteringens öppenvårdsteam, skola med elevråd, socialtjänst med individ- och familjeomsorg, barnomsorg, flyktingverksamhet och familjerådgivning, landstingskommunal familjerådgivning samt primärkommunal invandrarbyrå. De potentiella behovsgrupper vi intresserat oss för är barn i familjer med psykosociala problem och/eller missbruk, barn med psykiska störningar, barn med handikapp och barn i invandrar- och flyktingfamiljer. Det är alltså mellan dessa behov och resurser en optimal anpassning skall sökas.

2. Koordinationsanalys

Koordinationsanalysen svarar mot den övergripande principplanering som berörts ovan under punkt a. Den gäller ställningstaganden i tre avseenden.

För det första *precisering av föreliggande behov och tillgängliga resurser*. I utgångsläget anges behovsläge och behovsgrupper i mycket allmänna termer. Precisering står för en omformulering av dessa allmänna termer till specifika uppgifter. Vilka specifika insatser behöver exempelvis barn i missbruksmiljöer? Vilket konkret stöd bör barn med sensoriska handikapp få för att klara en integrerad skolgång? Vilka uppgifter har olika verksamheter för att tillgodose behoven hos olika etniska grupper? En annan precisering gäller resurserna: vilken specifik kompetens har barnhälsovård, skola/elevråd, socialtjänst etc för dessa specifika uppgifter.

För det andra *kompetens- och ansvarsområdesavgränsningar*. Revirtänkande, konkurrens mellan

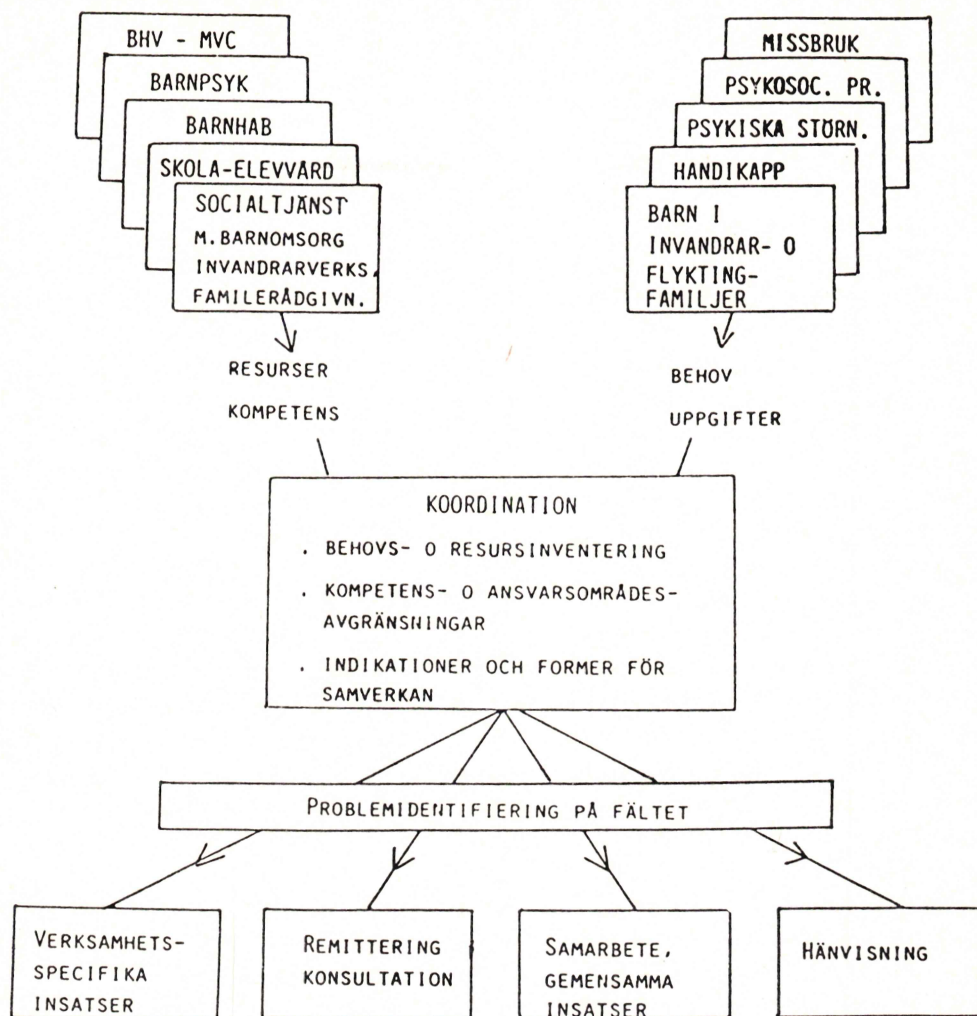
Samordningsmodellens huvuddrag framgår av figur 1.

Modellen har fyra nivåer som svarar mot

1. Utgångsläge. Existerande resurs- och behovssituation.
2. Koordinationsanalys.
3. Problemidentifiering på fältet.
4. Åtgärd.

Jag skall fortsättningsvis föra ett resonemang om dessa fyra nivåer. Resonemanget kommer främst att ha principiell karaktär men hänvisningar kommer också att göras till erfarenheter och material

Figur 1. En modell för behovs- och resurssamordning inom servicesektorn.



verksamheter och förekomst av behovsgrupper som ingen riktigt tar ansvar för hör till servicesektorns baksida. Övergripande planering och samordning innebär preciseringar av vad som faller inom och vad som faller utanför varje enskild verksamhets kompetens- och ansvarsområde. Utan sådan planering, åtföljd av tydliga direktiv, tvingas enskilda befattningshavare själva bestämma policy i svåra gränsdragningsfrågor. Risken är godtycklighet,

Revirtänkande hör till servicesektorns baksida

bristande helhet i det samhälleliga ansvaret och ett oavsiktligt förskjutande av de i grunden politiska ställningstagandena till fel nivå.

För det tredje *precisering av indikationer och former för samverkan*. Här reserveras begreppet samverkan för den form av samarbete där två eller flera parter går in i komplexa uppgifter och svarar för olika, varandra kompletterande, insatser med hänsyn till vars och ens specifika kompetens. Det kan gälla insatser i enskilda individ- och familjeärenden liksom mer allmänna insatser i förebyggande syfte. Motiven för samverkan måste vara klara liksom det måste vara klart vad som förväntas av

De studerade verksamheterna verkar främst se samverkan som ett sätt att få, inte att ge kompetens

varje samverkanspart. Annars finns det risk för att samverkan uppfattas som meningslöst och irriterande. Samverkan måste också präglas av givande och tagande. De i Flogstaprojektet studerade verksamheterna verkar emellertid främst se samverkan som ett sätt att få, inte att ge kompetens. Följaktligen är det verksamheter med relativt stor diskrepans mellan uppgifter och kärnkompetens, som är mest angelägna om samverkan (Lagerberg & Janson, 1987).

3. Problemidentifiering på fältet

Modellens tredje nivå gäller problemidentifiering. Det är en fundamental förutsättning för all samordnad service att personal i direktkontakt med stora och oselegerade befolkningsskikt har en grundläggande förmåga att känna igen signalerna på mer speciella former av behov och problem som kan motivera insatser utöver de generella serviceerbjudandena.

För att rätt lokalisera var den grundläggande kompetensen för problemidentifiering bör finnas kan man göra en åtskillnad mellan *primärfält* och *specialistfält*. Primärfältet utgörs av de verksamheter och den personal som står i första ledet i kontakten med en psykosocialt och hälsomässigt oselegerad målgrupp. Det primärfält som är aktuellt för projektet "Barnfamiljerna och samhällets service" är distriktssköterskor och barnmorskor inom barn- och mödrahälsovård, förskolepersonal och dagbarnvårdare inom primärkommunal barnomsorg samt skolans lärare och, vad gäller *eleverålderspersonalen*, särskilt skolsköterskor. Specialistfältet är personal och verksamheter som står i andra ledet som konsulter och remissinstans för primärfältet och/eller har direktkontakt med mindre delar av målgruppen vid speciella behovsindikationer. Hit kan räknas, med exemplen tagna från de verksamheter projektet studerar, psykologer inom mödra- och barnhälsovård och barnomsorg, skolpsykologer och skolkuratorer, barnhabiliteringsteam och barn-

psykiatriska team, familjerådgivning och socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Verksamheten vid invandrar- och flyktingbyrå kan sägas ligga någonstans mittemellan.

Det är då primärfältet som skall ha den grundläggande kompetensen för problemidentifiering och förmåga att avgöra om barn och familjer med särskilda behov kan få dessa behov tillgodosedda inom primärfältets ordinarie verksamhet eller om specialinsatser i någon form är påkallade. Problemidentifiering kan också ha inslag av uppsökande arbete och arbete med att motivera människor till att ta emot de resurser som erbjuds. Det senare är inte en fråga om frivillighet kontra tvång utan sammanhängande med att behovsmedvetande och kunskap om serviceapparatusens möjligheter inte är särskilt jämnt fördelade i vårt samhälle.

I praktiken är primärfältets problemidentifieringsförmåga också ojämnt fördelad. Det har exempelvis konstaterats att barnomsorgens, hälsovårdens och skolans benägenhet att se behov av specialiserade psykosociala insatser kan variera mycket kraftigt mellan i övrigt jämförbara distrikt och upptagningsområden (Janson, Waldor och Waleij, 1983, Janson, 1985).

Det torde inte vara en alldeles ogrundad gissning att denna ojämnt fördelade förmåga särskilt gäller identifiering av psykosociala behov medan de somatiska behoven identifieras med jämförelsevis mer likartade och kanske också mer objektiva metoder. Den somatiska screening som försiggår inom hälsovården har ingen motsvarighet när det gäller barns psykosociala situation.

Som stöd i behovsidentifierings- och motiveringsarbete har primärfältet i många kommuner tillgång till konsulter från specialistfältet, ofta psykologer eller barn- och ungdomspsykiatriskt skolad personal i olika befattningar. Att det kan finnas problem med detta sätt att sprida behovsidentifieringskom-

Primärfältet skall ha den grundläggande kompetensen för problemidentifiering och förmåga att avgöra om barn och familjer kan få sina särskilda behov tillgodosedda

petens skall jag återkomma till i slutet av denna artikel.

4. Åtgärd

På modellens fjärde nivå anges de handlingsalternativ som är aktuella för att tillgodose olika identifierade behov. Valet mellan de olika alternativen är givetvis beroende av hur det identifierade behovet beskrivs och definieras (jämför nivå 3). Som påpekats i föregående avsnitt ligger uppgiften att identifiera behov och problem så gott som alltid på primärfältet. Undantag är de fall, då familjen på eget initiativ söker tjänster från specialistfältet. Följaktligen blir det framför allt inom primärfältet som ställningstagandet till fortsatta åtgärder görs. Här behövs stöd av en övergripande planering som preciserat och tydligt anger på vilka indikationer olika åtgärder skall vidtas.

Det första handlingsalternativet benämns *specifika insatser inom den egna verksamheten*. Här görs bedömningen att barnets eller familjens behov bäst tillgodoses av den problemidentifierande instansen själv, i dess ordinarie verksamhet. Det kan gälla ett barn som i förskolan uppvisar uttalad ängslighet kamrat- och kontaktsvårigheter, men där man bedömer att den egna gruppverksamheten och den egna kompetensen skapar de bästa förutsättningarna att hjälpa barnet i dess svårigheter. Den kan gälla ett handikappat barn, som i en integrerad skolsituation signalerar vissa inlärningssvårigheter som kräver speciella insatser men där det ligger inom skolans uppdrag och kompetens att lösa dessa. Grundregeln bör, i den av integrations- och normaliseringstänkande präglade servicesektorn, vara att behov skall mötas där de uppstår, i den miljö där de manifesteras. Målen inom primärfältets servicesektor har utvecklats i riktning mot helhetssyn och generella insatser (Lagerberg, 1985) men målformuleringar garanterar inte i sig att det finns kompetens för arbete med särskilda behov. Detta förhållande motiverar införandet av de följande handlingsalternativen.

Det andra alternativet, som främst kan ses som en komplettering av den problemidentifierande verksamhetens kompetens är *konsultinsats från eller remittering till annan verksamhet*. Huvudansvaret i det aktuella ärendet ligger kvar hos den ur-

.....
När det gäller somatiska behov förefaller det finnas väl inarbetade konsultations- och remitteringsrutiner. Annorlunda är det beträffande sociala behov och insatser
.....

sprungliga verksamheten.

När det gäller somatiska behov förefaller det finnas väl inarbetade konsultations- och remitteringsrutiner. Annorlunda är det i fråga om psykosociala behov och insatser. Utbyggda konsultresurser finns i allmänhet inom mödra- och barnhälsovård, barnomsorg och skola men remitteringsvägar för specifika utrednings- och behandlingsinsatser är föga utarbetade. Indikationerna upplevs som vaga, ansvarsrelationerna mellan primär- och specialistfält är oklara, återkoppling från specialister till inremitterande fungerar ofta dåligt (Flogstapjektet, opublicerat material). Behoven av ökad tydlighet vad gäller indikationer för konsultation och remittering, vad gäller ansvarsförhållanden och vad gäller rutiner och kontaktkanaler förefaller vara särskilt uttalade mellan primärfältets olika befattningshavare.

Om de tredje och fjärde handlingsalternativen, *samarbete, gemensamma insatser* med delat ansvar mellan verksamheter respektive *hänvisning till annan verksamhet* med överlämnande av ärendansvar kan i mycket samma saker sägas som sagts om konsultations- och remitteringsalternativet. Samarbete är motiverat i komplexa ärenden som kräver tydligt åtskilda, parallellt insatta kompetenser men också samråd och samplanering. Ansvaret för respektive insats ligger på den aktuella verksamheten. Det kan röra sig om arbete med sammansatta familjefrågor, exempelvis ekonomisk problematik med behov av sanering och planering i kombination med missbruksproblem och behov av stödinsatser för barn. Det kan gälla parallella vuxenpsykiatriska eller familjerådgivningsinsatser för föräldrar och psykoterapeutiskt arbete med barn. Samverkan kan vara aktuell mellan primärfält och specialistfält eller mellan verksamheter inom vart och ett av de båda fälten. Allmänt kan sägas att samverkan bör ske endast på mycket specifika indikationer och under

:::::::::::
Ett mer generellt krav på samverkan utan specifika behovsindikationer och syften tycks uppfattas mer som en belastning än som en tillgång
:::::::::::

förutsättning att klar kompetens för de olika insatserna finns tillgänglig.

Ett mer generellt krav på samverkan, utan specifika behovsindikationer och syften, tycks uppfattas mer som en belastning än som en möjlig tillgång. I stora drag förefaller servicesektorns inställning till samverkan inte särskilt gynnsam (Lagerberg & Janson, 1987).

Hänvisning till annan verksamhet grundas på en bedömning av att ärendet i sin helhet kräver kompetens och resurser som inte finns hos den problemidentifierande verksamheten. Också här förefaller det av det ännu inte färdiganalyserade materialet inom projektet "Barnfamiljerna och samhällets service" som om det behövs ökad tydlighet i indikationerna för hänvisning och en stärkt kompetens när det gäller att identifiera och bedöma behov. Problemet, särskilt vad gäller de psykosociala behoven, är att denna kompetens finns inom specialistfältet snarare än inom primärfältet. Primärfältet (lärare, barnomsorgspersonal, hälsovårdspersonal) har begränsade möjligheter och kanske också en viss obenägenhet att stötta familjer i beslut att gå vidare till specialistfältet. En konsekvens är, att initiativbördan i hög grad läggs över på den enskilda familjen om en specialistkontakt skall etableras. Detta tycks leda till en viss socioekonomisk och utbildningsgrundad selektivitet i utnyttjandet av psykosociala specialistresurser (för PBU/BUP se Socialstyrelsen redovisar, 1980: 2, för familjerådgivningen se Aastad & Jäderberg, 1986).

Några erfarenheter från projektet "Barnfamiljerna och samhällets service"

Ställvis i den föregående diskussionen har hänvisningar till och exempel från det s k Flogstaprojektet fått illustrera resonemanget.

Detta projekt undersöker förutsättningarna för en förbättrad samhällsservice till barnfamiljerna. Kart-

läggningar av pågående verksamhet, kompetensanalyser, behovsstudier och utvecklingsarbete bedrivs inom delar av Uppsala kommun och ger ett rikhaltigt material för att bygga under principresonemang av den typ som förts i denna artikel. Några av delstudierna från projektet är tidigare publicerade i Socialmedicinsk tidskrift (Lagerberg & Janson, 1987, Rydell, 1987).

Ytterligare två frågor skall diskuteras i denna artikel, delvis med utnyttjande av ännu opublicerat material från Flogstaprojektet.

Den första frågan gäller hur samordning (nivå 2 i modellen) i praktiken ser ut. På grundval av personalenkäten och politiker- och förvaltningsintervjuer (Janson, 1985a, Lagerberg, 1986, Lagerberg & Janson, 1987) samt ännu opublicerat material kan konstateras att det finns stor otydlighet när det gäller precisering och avgränsning av kompetens- och ansvarsområden för de studerade verksamheterna. Otydlighet finns också vad gäller indikationer och rutiner för remittering, samverkan och hänvisning. Inom det psykosociala verksamhetsområdet med anknytning till socialtjänst, elevvård, habilitering och omsorg, barnpsykiatri och familjerådgivning finns en nästan total brist på formaliserade kontaktvägar.

Politiker ser särskilt hur samordningen mellan kommun och landsting brister. Fältpersonal inom alla verksamhetsgrenar kan uppge en lång rad koordinationsbrister och samverkansbehov. De senare blir särskilt aktuella när verksamhetsmål och kärnkompetens går isär – när man har ansvar för uppgifter men inte systematiskt uppbyggd kompetens för dessa uppgifter. Man frågar alltså efter samverkan för att komplettera sin egen kompetens men är inte särskilt beredd att ställa upp på samverkan när det gäller att komplettera en annan verksamhets kompetens (Lagerberg & Janson, 1987). Bristen på formaliserade rutiner gör att kontakterna blir person-

:::::::::::
Det finns stor otydlighet när det gäller precisering och avgränsning av kompetens och ansvarsområden för de studerade verksamheterna
:::::::::::

Specialistfältets resurser måste i betydande omfattning tas i anspråk, inte för att göra specialistinsatser, men för att identifiera behov av sådana insatser

beroende, dvs avhängiga den enskilda tjänstemannens synsätt, värderingar och prioriteringar.

Den andra frågan gäller förmågan till problemidentifiering. Som nämnts har primärfältet här en begränsad kompetens, särskilt vad gäller psykosociala behov. Följden är att specialistfältets resurser i betydande omfattning måste tas i anspråk av primärfältet, inte för att göra specialistinsatser men för att identifiera behov av sådana insatser och eventuellt också motivera klienten in spe för sådana insatser. Detta innebär omfattande och tidskrävande konsultinsatser från specialistfältets sida. Ofta bedrivs konsultation enligt Caplans modell för personalcentrerad fallkonsultation, dvs utan klientkontakter. Samtidigt är det psykosociala specialistfältets egna kontakter med enskilda klienter relativt begränsade, i storleksordningen 25–30 % av arbetstiden (Rydell, 1987). Undantaget är familjerådgivningen men till priset att denna verksamhet nästan helt står vid sidan om de kontakt- och samarbetsformer som ändå finns mellan övriga verksamheter.

Iakttagelserna av ökad diskrepans mellan mål och kompetens, av ökat ansvar för problemidentifiering inom primärfältet och av ökat ianspråkstagande av specialistfältets resurser för att lösa uppkomna kompetensproblem leder fram till en hypotes om "kompetensdränering". Denna är ännu inte systematiskt prövad inom Flogstaprojektet men är en i dagsläget försvarbar preliminär sammanfattning av ovan angivna faktorerers effekt på samspelet mellan primär- och specialistfält. Hypotesen kan formuleras på följande sätt:

1. När primärfältets ansvar för särskilt primär- och sekundärpreventiva samt psykosociala uppgifter vidgas utöver fältets traditionella kärnkompetens (somatisk hälsokontroll resp tillsyn/omvårdnad resp undervisning/fostran) får man mindre utrymme att arbeta med denna sin kärnkompe-

tens. Man upplever också en stigande frustration över att dels ha ansvar för uppgifter man inte klarar av, dels ha mindre utrymme för de uppgifter man klarar av.

2. Primärfältets kompetens skall då kompletteras med hjälp av konsultinsatser från specialistfältet, vilket i betydande omfattning engageras i sådana konsultativa uppgifter. Följden blir, att också specialistfältet får minskat utrymme för sin kärnkompetens. Detta innebär minskat direkt klientarbete, minskad metodutveckling och på sikt risk för att den egna specialiteten inte underhålls.

Rimliga slutsatser vore

- a. att mål och uppgifter för hälsovård, barnomsorg och skola klarare knöts till dessa verksamheters faktiska kompetens,

- b. att uppgifter utöver dem, som är grundade i etablerad kärnkompetens, för sitt lösnande kräver tillskott av specialistresurser men att indikationerna för sådana insatser måste göras tydligare,

- c. att man eftersträvar klarare skiljelinje mellan primärfältets och specialistfältets respektive ansvarsområden, liksom mellan skilda men närliggande specialiteter som barnhabilitering, barnpsykiatri, elevvård och individ- och familjeomsorgens behandlingsverksamhet,

- d. att man arbetar upp fastare, mindre personberoende rutiner för kontakt och samverkan mellan olika verksamhetsgrenar.

Det förefaller finnas många anledningar att i samarbete mellan politiker, tjänstemän och personal på fältet ta upp samplanerings- och samordningsfrågor på ett betydligt mer genomgripande sätt än vad som sker nu. Målet för detta bör inte vara och kan inte vara ett vattentätt, mekaniskt system för hantering av mänskliga behov. Vad som efterfrågas är inte total kontroll utan en något ökad artikulering av ett servicefält, som idag ter sig tämligen förvirrat.

Mål och uppgifter för hälsovård, barnomsorg och skola bör klarare knytas till dessa verksamheters faktiska kompetens

- Aastad, G & Jüderberg, E:* Familjerådgivning. En undersökning av vilka grupper i samhället som vänt sig till familjerådgivningen åren 1965–84. Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting, 1986.
- Janson, U:* Efterfrågan på insatser och tjänster från den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. SOU 1985: 14, Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Bilaga 1. Liber, Stockholm, 1985.
- Janson, U:* Mål, arbetssätt och allmänna utvecklingsbehov inom mödra- och barnhälsovård samt barnpsykiatri. Mål, arbetssätt och allmänna utvecklingsbehov inom primärkommunal socialtjänst med barnomsorg. Flogstarapport 3–4. Pediatriska institutionen, Uppsala universitet, 1985a.
- Janson, U, Waldor, S & Waleij, A:* Förskolans behov av konsultation och samverkan i psykosocialt arbete. Metod- och dokumentationsenheten, Sociala nämnden, Stockholms läns landsting, 1983.
- Lagerberg, D:* Målanalys. En teoretisk analys av mål i samhällsservicen till barnfamiljer. Flogstarapport 2. Pediatriska institutionen, Uppsala universitet, 1986.
- Lagerberg, D:* Vad ansåg personalen? Mål, förverkligande, hinder och yrkesroll. Flogstarapport 9. Pediatriska institutionen, Uppsala universitet, 1986.
- Lagerberg, D, & Janson, U:* Måluppfyllelse och kärnkompetens. Socialmedicinsk tidskrift, 64, 1987(1): 5–13.
- Rydell, A-M:* Vad händer mellan 8 och 5? En studie av arbetstidens fördelning vid nio verksamheter som vänder sig till barnfamiljer. Socialmedicinsk tidskrift, 64, 1987(1): 14–20.
- Socialstyrelsen redovisar: Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige. Socialstyrelsen 1980: 2.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Psykiatri i svåröverskådlig utveckling nr 10/86

Ur innehållet:

Eva Jeppsson-Grassman: **Geel – Europas första terapeutiska samhälle**

Wolfgang Rutz: **Om professionalitet i psykiatrisk rehabilitering**

Lennart Tysk: **Sluten och öppen psykiatrisk vård i Gästrikland**

Per A Gustafsson: **Familjeterapi på barnklinik**

Marianne Olsson, Olof Edhag: **Kurator på akutmottagning och intagningsavdelning**

Hans-Olof Lisper: **Instruktionsvärde och försvarsvärde hos psykologiska teorier**

Staffan Sohlberg: **Kognitiv psykoterapi – en behandlingsform i brännpunkten**

Numret kan rekvideras från

Socialmedicinsk tidskrift

Färjestadsvägen 18

161 54 Bromma