

Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser

Claes-Göran Westrin

På 1950-talet när Claes-Göran Westrin, professor i socialmedicin i Uppsala, var provinsialläkare i Västerbotten väcktes intresset för samverkan och detta intresse tog ordentlig fart i arbetet som socialläkare i Göteborg i början av 1970-talet. Det resulterade i ett utvecklingsarbete rörande social och medicinsk samverkan på vårdcentraler i Skaraborg. En internationell studie rörande samverkan i primärvården under senare delen av 1970-talet utgör basen för detta inlägg på samverkanskonferensen. Behov av ytterligare forskning runt samverkan, dess betingelser och effekter, inte minst för patienter/klienter, framstår klart i Westrins artikel. Idag tillgängliga studier visar resultat som i vissa delar är motsäggelsefulla.

Den i ovanstående introduktion nämnda internationella studien omfattar tio länder i världshälsoorganisationens Europaregion (1). Den har baserats på nationella kunskapsöversikter utarbetade efter likartade riktlinjer av samhällsvetare och socialmedicinare i olika länder. Referensgrupper representerande olika professioner har också deltagit i arbetet. De nationella rapporterna har kompletterats med studiebesök av mig i flertalet länder. Beskrivningar, analyser och slutsatser har också diskuterats vid ett par seminarier där alla nationella rapportörer deltagit. Den kunskap vi på detta sätt fått har fört fram till ungefär 1980, vilket innebär att vissa detaljer och bedömningar kan ha förändrats något fram till dags dato.

De i studien ingående länderna är:

Belgien

Canada-Ontario

Finland

Holland

Israel

Norge

Polen

Storbritannien

Sverige

Västtyskland

Behov av ökad social och medicinsk samverkan tycks avspeglas i den samhälleliga debatten om vården i nästan alla de studerade länderna med undantag av Västtyskland där frågan tycks ha varit föga uppmärksammat. I alla länder har detta också resulterat i generella politiska rekommendationer om att man måste eftersträva mer samverkan, mer sk helhetslösningar. Bland undantagen sällar sig här Belgien till Västtyskland men det franska socialistpartiet i Belgien har faktiskt haft en motion i frågan.

Ser man sedan på förverkligandet av samverkan blir bilden en helt annan. Någon nämnvärd samverkan på fältet rapporteras bara från fem av de tio länderna och systematiskt genomförd samverkan inte från något land. Beträffande resultaten av den samverkan som ändå förekommit är bilden av olika skäl ganska otydlig. När det gäller den mest väsentliga aspekten, frågan om patienterna/klienterna mått bättre eller fungerat bättre pga samverkan så vet vi i stort sett ingenting eftersom så ytterst få studier genomförts. Något mer uppgifter har vi om två andra effektvariabler, huruvida samverkan åstadkommit bättre arbetsförhållanden för personalen respektive om den varit mer ekonomisk, dvs om

man sparar resurser. I båda fallen är resultaten motsägelsefulla. Det finns positiva vittnesbörd, tex att man känt sig tryggare och fått ett mer meningsfullt arbete genom samverkan respektive att man sparar tid genom att slippa omständliga remissvägar. Men det finns också motsatta rapporter tex om otrivsel pga att man pressats in i arbetslag, om att arbetet blir mindre meningsfullt och mer tidsödande pga onödiga konferenser etc.

Det som oftast återkommer i ganska många av de "utvärderingar" som publicerats gäller samverkans betydelse för kvalitén i vården. Här finns en rad positiva vittnesbörd om att man uppnått bättre diagnostisering, bättre översikt över de enskilda patienternas problem osv. Formuleringarna i rapporterna är dock nästan alltid svepande och bygger nästan enbart på den i samarbetet engagerade personalens egna uppgifter. Det finns med andra ord en uppenbar risk för bias, dvs att man överskattar resultatet av de egna insatserna. En misstanke om att så är fallet får man när man tar del av den enda mer ingående vetenskapliga studie som vederligtvis publicerats beträffande kvalitén på samverkan som genomförts av psykolog Ragnhild Placht (2). Studien gäller 180 diskussioner om 28 fall som behandlats av socialmedicinska team i Tierp. Kvalitén i ärendehan- dlingen har skattats på en skala från 0 = uselt till 3 = bra. Genomsnittspoängen beträffande kvalitén på problemformuleringen blev 0,8 och beträffande ungefär 40% av diskussionerna blev det 0 poäng. Ungefär samma bild kommer igen beträffande skattningen av försöken att formulera en helhetssyn på klientens problem respektive fullständigheten i planeringen. Tilläggas kan att oberoende bedömare som granskat delar av Ragnhild Plachts material kommit till ungefär samma resultat samt att samverkan i Tierp av andra studier att döma snarare har bättre kvalitén än man har på många andra håll.

Om vi försöker sammanfatta bilden av social och medicinsk samverkan som den framtonade omkring 1980 i Nord- och Nordvästeuropa och andra här studerade länder så ter sig resultaten onekligen en smula frustrerande.

Det finns en stor diskrepans mellan de politiska målen och den uppnådda verkligheten. Där samarbetet kommer till stånd hittar vi låg professionalitet

och vad effekterna gäller har de i alla fall inte tydligt kunnat påvisas.

Fyra dilemmor i primärvårdssamverkan

Några tänkbara orsaker till detta gap mellan ideal och realiteter skall här skisseras.

1) Den vaga målsättningens dilemma

Detta dilemma möttes på ett nästan sällsamt sätt i land efter land där målet för samverkan beskrivs i svepande formuleringar av typen "det gäller att försöka åstadkomma en helhetssyn i vården" och sällan brutits ned till mer specifika mål. Detta kan delvis förklaras av att utvecklingen ofta drivits fram uppifrån av politiker och administratörer. Dessa synes ofta varit inspirerade av vetenskapliga studier som visat på den starka växelverkan mellan sjukdom och sociala förhållanden samt de stora sjukvårdsbehoven hos socialt utslagna grupper. Politiska intentioner och signaler uttrycker emellertid ibland bara de stora orden och organisatoriska lösningar. De kan inte alltid så lätt växlas ned till specifika probleminriktade frågor och lösningar varav verkligheten till stor del består.

2) Referens- och revirdilemmat

Detta dilemma innebär kollisioner mellan olika kunskapsmönster, olika människouppfattningar, olika professionella mål, olika maktstrukturer. De flesta av oss har sannolikt erfarenheter av sådana kollisioner. Hur synen på den egna kunskapens betydelse kan få en direkt revirbevakande effekt har på ett roande sätt visats av Tore Nilstun i en aktuell studie i Lund (3).

Betydelsen av denna instängdhet i det egna kunskapsfältet och av revirbevakningen tycks i hög grad variera beroende på omständigheterna. Väsentligt är dock att det knappast syns ha förekommit någon allmän drive hos de berörda yrkesgrupperna själva att få till stånd mer samverkan. Mest positiva som grupp tycks socialarbetarna ha varit. Det gäller i stort sett för alla länder. Sjuksköterskor och läkare har varit mer avvaktande eller vissa länder direkt fientliga. I Storbritannien har man haft långvariga och besvärliga kompetenskonflikter mellan vad som motsvarar våra distriktssköterskor och

socialsekreterarna. Från Israel, där primärvården huvudsakligen bedrivs som "privat" verksamhet av den socialdemokratiska fackföreningsrörelsen, och där det centrala trycket för ökad samverkan varit mycket starkt, har rapporterats motstånd från primärvårdens sjuksköterskor som protesterat mot att få socialhjälpstämplat på sina vårdscentraler. I tex Belgien och Canada finns ett motstånd hos läkarna mot att över huvud taget samverka med andra yrkesgrupper på något så när likaberättigad basis.

I allt detta finns dock också några mer positiva inslag. Från Norge och Sverige rapporteras att samverkan mellan sjukvård och socialtjänst trots allt går ganska hyggligt jämfört med de svårigheter man på båda håll har att samarbeta med försäkringskassan med dess inbyggda kontrollkrav och dess, som man upplever, ofta centralistiska och hierarkiska organisation.

Från många länder finns också redovisat att det alltid finns möjligheter att på det personliga planet etablera en fin samverkan och även ett bra teamklimat bara man kommit över vissa trösklar och respektive socialarbetare, doktor eller sjuksköterska verkligen har en personlig och professionell kompetens och bjuder på den i samarbetet.

3) Integrationssjukan

Detta skulle på politikerspråk kunna kallas för konflikten mellan det bästa och det goda. Detta problem härrör troligen i väsentlig grad från de diffusa och svepande målsättningarna. De stora orden om helhetssyn i vården låter sig alltför lätt översättas till höga ambitionsnivåer där man tänker sig att man ska samarbeta nära och kontinuerligt för att lösa många problem. Man kan fråga sig om vi möjligen kommit längre i samverkan om vi systematiskt gått in för mycket enkla och närallgande förändringar som tex att alla läkare, socialarbetare och distriktsköterskor vid ny anställning tog sig tid att gå runt och presentera sig för alla samarbetspartners av intresse. En sådan sänkning av de personliga trösklarna kanske betyder väl så mycket som organisatoriska schemata – och kanske skulle detta också sätta igång aktiviteter nerifrån.

4) Stridande ekonomiska intressen

Detta uppenbarar sig främst mellan primärkommun

.....
Dessa diffusa mål medför risk för en instabil och godtycklig verksamhetsutveckling
.....

och landstingskommun i patientarbetet men finns också mellan tex försäkringskassa och socialtjänst. Detta har ibland skapat konstlade problem och konstlade motsättningar där mycket energi förrunnit.

Effekter av dilemmorna

Klyftorna består mellan tilltänkta samarbetsparter ute på fältet därför att man sitter fast i sina referens- och lojalitetssystem och de diffusa målen säger inte något om vad man egentligen ska göra tillsammans.

Dessa diffusa mål medför risk för en instabil och godtycklig verksamhetsutveckling. Exempel på det finns i den svenska översikt som har legat till grund för projektet (4). Har man haft en långvårdsintresserad doktor har det gärna mest blivit samverkan kring långvården. Har det funnits en kraftfull arbetsförmedlare har det blivit rehabilitering av de svårssysselsatta etc.

En ytterligare effekt av det diffusa har varit att man inte utvecklat yrkesskickligheten. Man har försummat den metodutveckling som krävs för att andra professioner skall ha nytta av ens yrkeskunskap och också den metodutveckling som kan krävas för den rena samarbetsteknologin (vilket nyss illustrerades med Ragnhild Plachts studie).

Slutligen finns ytterligare en aspekt som jag kallat kommittésyndromet efter det talesätt som säger att när något är riktigt besvärligt och olösligt då tillsätter man en kommitté så är man tills vidare av med det problemet. Det kan belysas med ett citat från Eivor Bång och Nils-Gunnar Rudenstam där de sammanfattar några erfarenheter från Östhammarsprojektet med orden

"mycket av den samverkan som sker eller förväntas ske inom hälso- och sjukvård och inom socialt och psykologiskt arbete konfronteras med grundläggande värde- och normkonflikter i vårt samhälle: spänningen mellan solidaritet med de svagare och rättssäkerhet, mellan olika människosyn och kunskapsstraditioner ...

Här har politiker och ansvariga tjänstemän ett stort ansvar att ta ställning till vad man vill och kan göra för att motverka oklarheter som utmärker många arbetsuppgifter idag. Vi tycker oss se en tendens att blunda för dessa problem och att övervältra dem på personal som skall utföra jobbet, ofta med tillägget: "Ni får lösa detta genom samverkan" (detta leder till oklar yrkesidentitet och väcker frustration hos personalen, i sista hand drabbas de människor som man säger sig vilja hjälpa)" (5)

Precisera mål och samverkanspartners

Först och främst talar erfarenheten för behovet av långt mer preciserade mål.

Man kan behöva ange vilka målgrupper man vill inrikta en viss samverkan på – missbrukare, äldre eller befolkningen i ett visst område. Så sker redan nu mer än tidigare och det är ett framsteg.

Nästa steg är att man måste precisera vilka problem man vill angripa och hur man vill angripa dessa – om det tex är förebyggande aktivitet mot alkoholism, behandling av demens- och förvirringsproblem hos äldre eller kanske eftervården hos höftfrakturer. Viktigt är också att försöka ange vad man vill uppnå – helnykterhet eller bättre klienttillfredsställelse, bättre social funktion som arbetsförmåga eller bättre situation för de anhöriga, bättre ekonomi för vården etc. I dessa avseenden tycks vissa framsteg ha skett på senare år tex programmen för att minska alkoholkonsumtion hos gravida kvinnor.

En ytterligare precisering gäller vilka resurser som kan krävas och hur dessa resurser skall samordnas, vilket kan uttryckas som krav på vårdprogram samt precisering av resurser och samarbetsmönster.

En första fråga är här vilka yrkeskategorier och andra intressenter som behöver engageras. Längre arbetade vi i en viss planering främst med triaden socialsekreterare – distriktssköterska – distriktslä-

kare men nu vet vi att det gäller många fler yrkeskategorier och att det nu nämnda inte alltid behöver inkluderas. När det gäller äldre vården är självfallet hemvårdspersonalen den avgörande kategorin tillsammans med distriktssköterskor och deras undersköterskor, därefter kanske arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Möjligen har doktorerna hållit sig väl mycket i skymundan här och möjligen skulle man resonera långt mer i termer av samverkan med olika specialister, läkare och andra från sjukhusen.

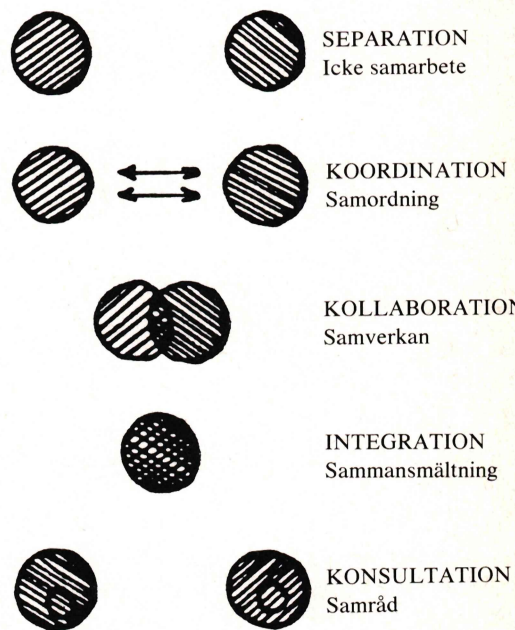
Vad som i Sverige är anmärkningsvärt utvecklat är samverkan med olika frivilligrupper – klient- och patientföreningar, fackföreningar, pensionärsföreningar etc. Samverkan med anhöriga har på vissa ställen kommit igång men hör till det som måste utvecklas långt mer. (Figur 1).

Precisera teman för samverkan

Nästa fråga blir vilka former denna samverkan kan och bör ta.

En bra utgångspunkt är psykiatern Bengt Berggrens schema över samarbetsmodeller.

Figur 1 Samarbetsmodeller enligt Bengt Berggren



.....
 Vårdprogram samt precisering av resurser
 och samarbetsmönster

.....
...vi bör försöka finna de bästa förutsättning-
arna för kollaboration och konsultation
.....

Ett nollstadium i detta schema är separation, ingen samverkan alls. Nästa nivå kallar Berggren koordination, samordning. I sin enklaste form kan detta betecknas som en enkel additiv samordning, tex att socialsekreteraren remitterar en patient till distriktsläkaren som sedan adderar sina insatser till vad socialsekreteraren gjort utan att det finns något egentligt närmare samarbete dem emellan. Nästa nivå är kollaboration. Här har varje organisation, varje yrkesgrupp sitt eget ansvarsområde men beträffande vissa frågor eller patienter/klienter har man ett närmare samarbete som kan kallas ett integrativt samarbete. Kännetecknande för detta är att man gemensamt stöter och blöter problemen, man träffas och diskuterar ett fall eller har på något annat sätt en återföring till den andra partnern av vad man kommer fram till.

Nästa nivå är att hela ens verksamhet integreras med en annan verksamhet genom en integration, en sammansmältning. I sina mer uttalade former innebär detta att man delar på de flesta uppgifter. Det kan med andra ord vara hugget som stucket om patienten/klienten först kommer till doktorn, socialsekreteraren eller sjuksköterskan. Endast en mindre del av arbetet utgöres av det yrkesspecifika, det som primärt eller i efterhand är definierat som kännetecknade för en viss verksamhet.

Ett särfall av kollaborationen är konsultation, vilket innebär att någon från den ena organisationen i vissa frågor går in i en annan organisation med handledning eller motsvarande insatser.

Ser man till valet mellan dessa olika samarbetsnivåer kan det knappast råda någon tvekan att vi bör försöka finna de bästa förutsättningarna för kollaboration och konsultation.

Konkreta frågor man kan studera här är: Vad betyder samlokalisering av en vårdcentral och en socialbyrå? Vilka vinster och förluster har man av att en socialsekreterare är avdelad för viss tids tjänstgöring på vårdcentral? Eller kanske en di-

striktsläkare för viss tids arbete på en socialbyrå? Har man anledning att bilda särskilda arbetslag för de äldres problem, för barnfamiljefrågor, för missbruksproblem etc?

Vad vi sannolikt skall akta oss för är sådana mer omfattande försök till integration som tex kännetecknade utvecklingen inom psykiatrin och en del idéer för primärvården i början av 1970-talet. De nackdelar man då såg i psykiatrin har sannolikt stora tendenser att upprepa sig – tendensen till skroll diffusion, bland annat innebärande att alla flyr till sådana arbetsuppgifter som för tillfället är inne (i psykiatrin var det då psykoterapi), tendenser till starkare revir- och kompetensstrider än någonsin, svårigheter för de vård sökande att få grepp om vad vårdgivaren egentligen har för kompetens.

Integration är strängt taget bara berättigat när två verksamheter eller yrkesgrupper har så likartade uppgifter att det bara finns marginellt utrymme för den egna professionaliteten eller det egna vårdansvaret. Ingen kan väl egentligen hävda att så är fallet varken för socialarbetare gentemot läkare eller för socialtjänst gentemot sjukvård.

Förbättra utbildningen

Den tredje punkten när det gäller åtgärder för att utveckla och förstärka samverkan är åtgärder för en komplementär utbildning, dvs att lära sjukvårdsfolket vad socialtjänsten har att erbjuda och vice versa. Behovet och värdet av detta kan knappast överskattas. Jag är övertygad om att det här behövs en basal utbildning under grundutbildningen men också när respektive yrkesgrupp tränats in i sitt yrke. Det behövs också en återkommande efterutbildning för att fördjupa och befästa nödvändiga kunskaper och för att ta in allt det nya som händer.

Slutligen behövs också en viss utbildning i vad jag vill kalla samarbetsteknologi.

Den sista punkten gäller behovet av utvärdering för att på så sätt bli tydliggöra vad som är fruktbart och konstruktivt i samarbetet. Det är alltså fråga om forskning och utvecklingsarbete, om dokumentation och spridning av resultaten. Inom psykiatrin finns här särskild metodutveckling där man kan skönja möjligheterna att mäta effekterna av olika insatser för patienter/klienter i form av förändrad

livskvalité, minskad symtomförekomst, ändrad social funktion och egen tillfredsställelse, liksom även effekter för anhöriga och kanske to m kostnadsalternativ för samhället.

Väldigt lite av detta är prövat i Sverige och på samverkans område.

Jag tror att här och på de flesta områden är systematisk forskning det bästa och säkraste sättet att få till stånd förändringar såvida man verkligen ser till att forskningsresultaten förs tillbaka till den det berör, dvs främst de som arbetar på fältet och olika beslutsfattare.

REFERENSER

1. Primary Health Care: Cooperation between health and welfare personnel. Resarch Paper Nr. 8, European Centre for social welfare training and research, Wien, 1986.
2. Ragnhild Placht: Observation av samarbete. Socialmedicinska institutionen vid Uppsala universitet (Tierpsprojektet 1980-04-16) (stencil) Uppsala 1980
3. Tore Nilstun: Juridik och samhällsvetenskap. Om kunskapsutbyte på arbetsvetenskapens område. Filosofiska institutionen, Lunds universitet, juli 1984.
4. Claes-Göran Westrin: Primary Health Care: Cooperation between Health and Welfare Personnel in Sweden, Psykiatriska mottagningen, Kärnsjukhuset, Skövde 1980.
5. Eivor Bång & Nils-Gunnar Rudenstam: Betingelser för samverkan. Socialmedicinsk tidskrift 61: 139-144, 1984

Socialmedicinsk tidskrifts
temanummer

Samverkan mellan social och medicinsk
verksamhet nr 3-4/84

Ur innehållet:

Claes-Göran Westrin: Samverkan mellan primärvård och socialtjänst

Eivor Bång, Nils-Gunnar Rudenstam: Betingelser för samverkan

Christine Hallet: Co-operation between health and welfare services in Sweden and the United Kingdom

George Braun, Bengt Haglund: Primärvårdens, socialtjänstens och elevvårdens medverkan i samhällsplaneringen

Carl-Gunnar Eriksson m fl: Lokala levnadsnivåundersökningar

Johan Schubert, Per Johan Kroutén: Samverkan i alkoholvård mellan psykiatrisk vård och socialtjänst

Numret kan rekvireras från
Socialmedicinsk tidskrift
17283 Sundbyberg

Hultafors Hälsocenter

kurort för rehabilitering och friskvård, vackert belägen i höglandsnatur mellan Göteborg och Borås.

Vi erbjuder:

hälsokontroll, hälsoföredrag, fasteprogram, motionslinga, simhall +32 gr, egen badsjö med bastu, gymnastiksal med bordtennis och badminton.



Vila och rekreation

Behandling av reumatiska och nervösa åkommor, mag-, tarm-, hjärtsjukdomar, ämnesomsättningsrubbingar etc.

Vegetarisk eller blandad kost, specialkost, fasteprogram.

En kunnig personalstab med tre läkare, en dietist, nio sjuksköterskor, 17 sjukgymnaster och massörer med biträden jämte övrig personal, sammanlagt 115 personer svarar för ditt välbefinnande och en hälsobringande vistelse.

Begär prospekt. Tel. 033-950 50, 517 00 Bollebygd