

Samverkan sjukvård—socialtjänst i Dalby 1970—85

Åke Isacsson

I Dalby finns erfarenheter av samverkan mellan socialtjänst och primärvård/sjukvård sedan mer än 15 år tillbaka. Huvuddelen av samverkansarbetet har kommit att ligga på individärenden. Förutsättningar för att utveckla samverkansarbetet ytterligare är dock förhållanden tex i form av ny lagstiftning och resurstillskott menar Åke Isacsson som är byrådirektör vid Centrum för samhällsmedicin, Dalby vårdcentral, Lunds universitet.

Inledning

Försök till samverkan mellan sjukvård och socialvård påbörjades redan 1970. Primärvårdsdistriktet bestod då av självständiga kommuner.

Utvecklingen av samverkan i Dalby kan delas upp på två områden där utvecklingen delvis följt olika linjer:

1. Samverkan inom åldringsvården
2. Samverkan i utrednings- och behandlingsarbete



Distriktet är en del av Lunds kommun och består av fyra avgränsbara områden, fd kommuner. Befolkningen uppgår till 22 000 invånare. En tredjedel av den förvärvsarbetande befolkningen har sitt förvärv inom kommundelen medan resten utpendlar. Viss inpendling förekommer.

Området har förortskaraktär till Lund och Malmö, men offentlig och kommersiell service är väl utbyggd. Likaledes är kommunikationerna väl utbyggda.

Redan från vårdcentralens tillkomst 1968 fanns visst organiserat samarbete mellan socialtjänst och sjukvård, men i samband med att kommunreformen fullföljdes 1974 beslutade man att ta ett stort grepp över samverkansfrågorna och att dessa skulle lösas i samband med att en ny socialbyrå förlades till distriktet och att vårdcentralen byggdes ut bl a för att rymma den nya socialbyrån. I någon av de tidigare småkommunerna fanns inte anställd personal för utrednings- och behandlingsärenden, så att hela programmet innefattade betydande resursförstärkningar.

Inför en utbyggd samverkan utgick man ifrån att sjukvårdens patienter och socialvårdens klienter i stort var samma personer och att man från respektive sektor relativt okomplicerat kunde bidra med var sin kunskapsbit till fromma för service till allmänheten och att man så att säga hade var sin pusselbit som hjälpte till att lösa patientens problem. Man talade inte om samverkan, utan den term man använde var integration mellan sjukvård och socialvård.

Man förbisåg således från det faktum att primärvårdens kontakter med befolkningen är många och ofta av kortvarig natur, att man i Dalby 1975 hade cirka 22 000 besök i sjukvården (varav hälften var akutbesök) och att man på socialbyrån vid den tid-

punkten hade några 100 ärenden/år på utrednings- och behandlingsavdelningen. Av dessa visade sig endast 84 vara samarbetsärenden i egentlig mening.

Den organisation för samverkan som etablerades vid mitten av 1970-talet kom att förbli i stort sett intakt fram till 1982.

Samverkansstrukturen socialvård – hälso- och sjukvård på vårdcentralsnivå

Samverkan utgår från ett fördelat vårdansvar

Samverkan omfattar

– *individuellt behandlingsarbete*

behandlingsplanering

diskussion om gemensamma ärenden

undvika dubbelarbete

– *förebyggande arbete*

individuellt såsom bedömning av barn med särskilda behov

generellt, såsom hälsouppllysning etc

– *planering, miljöpåverkande insatser*

medverkan i samhällsplanering

(Samverkansorganen framgår av tabell 1)

En svårighet har varit att få arbetet på områdesnivå att fungera tillfredsställande, framför allt vad gäller från socialvården initierade ärenden där problemet är alkoholmissbruk, barns hemförhållanden, familjekris, arbets- och bostadsproblem. Man ansåg från distriktsläkarnas sida att man hade lite att erbjuda i sammanhanget och att det var svårt att avsätta tillräckligt med tid för dessa problem i områdesgrupperna. Alltså i konkurrens med andra arbetsuppgifter har distriktsläkarna inte velat prioritera arbete i

områdesgruppen. Som nämnts var ju också få av deras kontakter på ordinarie mottagning samarbetsärenden.

1977 påbörjades ett projektarbete som skulle leda till en ökad samverkan vad gäller omhändertagande av alkoholmissbrukare. Från sjukvårdens sida engagerade man sig i att spåra, behandla och i samverkan med socialtjänst följa upp alkoholmissbrukare i distriktet. Detta visade sig vara gynnsamt för att få ett ökat medvetande om alkoholproblemens utbredning i lokalsamhället och man fick också en möjlighet att vara mer aktiv i sin behandling på ett ganska naturligt sätt. Sjukvården och socialvården hade här olika pusselbitar.

Samverkan inom vården av alkoholmissbrukare har emellertid inte varit konfliktfri utan givit upphov till en tidvis ganska laddad diskussion, vilket väl är en naturlig följd av mötet mellan en resursförstärkningsmodell, som betonar eget ansvar och en sjukdomsmodell där alkoholism betraktas som en ärftlig sjukdom.

Den vårdideologiska frågan har möjligen ingen lösning. Vad man uppnått är emellertid ett samarbete i den praktiska vården som från 1982 är områdesbaserad och områdesgrupperna är från samma tidpunkt fullständiga. Distriktsläkare finns med som permanenta medlemmar i varje områdesgrupp.

Samverkan inom åldringsvården

Under 1970 påbörjades försöksverksamhet med åldringsvårdsmottagning vid vårdcentralen. Alla invånare i distriktet över 65 år jämte förtidspensionärer skrevs in i dispensären. Verksamheten leddes av en

Tabell 1. Samverkansorgan

Kommunnivå	Primärvårdsdistriktsnivå	Områdesnivå
LOSA	REHA-grupp	Områdesgrupp (4 st)
– sjukvårdsdistrikt	– distriktsläkare	– distriktsläkare
– socialnämnd	– socialtjänst	– distriktsköterska
	– försäkringskassa	– socialsekreterare
	– arbetsvård	– hemvårdsassistent
	Samarbetsgrupp	– arbetsterapeut
	– psykiatriskt öppenvårdsteam	– ungdomssluss
	– distriktsläkare	– barnmorska
	– socialtjänst	– sjukgymnast
		– m.fl.

kommitté med representanter för kommun och landsting; distriktssköterskor, socialassistent och behandlande läkare. En halvtidsanställd kurator var engagerad för verksamheten. Denna hade samordnande uppgifter inom dispensären samt svarade för förberedelse av kommitténs sammanträden. Kuratorn hade även kontakt med patienterna och svarade för en hel del utredningsarbete om pensionärer-
nas situation beträffande boende, hjälpmedel etc.

Kommittéarbetet omfattade föredragning av tillgänglig medicinsk och social information. På grundval av denna information gav kommittén rekommendationer om lämpliga insatser i enskilda vårdärenden. Rekommendationerna gick i stort sett ut på att konkreta åtgärder skulle genomföras och bekostas av viss huvudman. Dessa rekommendationer kunde gälla kommunal hemhjälp, vårdbidrag, kontinuerlig tillsyn av läkare, distriktssköterska eller kurator, bostadsförbättringar, transporter etc.

Kommittén behandlade även principiella frågor som utbildning av hemsamariter och hemsjukvårdens organisation. I samband med kommunsammanläggningen 1974 och utvecklingen av planer om samverkan socialvård – sjukvård var det naturligt att erfarenheterna från åldringsvårdsdispensären summerades och överfördes till den reguljära organisationen.

Efter 1975 handlades åldringsärenden lokalt i områdesgrupperna, där kärngruppen kunde utökas med hemhjälpssassistent, arbetsterapeut och andra befattningshavare. Områdesgrupperna har också för denna grupp patienter kunnat ta upp speciella teman, vilket man tex gjort beträffande patienter med reumatiska besvär, där det bedrivits ett särskilt utvecklingsarbete.

Områdesgruppernas strävan har hela tiden varit att beslutsnivån beträffande resurser för enskilda patienter skulle flyttas ner så att områdesgruppen kunde besluta om intagning på servicehus, kon-

.....
...vissa faktorer bör vara uppfyllda för att
etablera samverkansarbete med områdes-
grupper
.....

valescentvård och liknande. Områdesgruppen har alltså utvecklats till ett styr- och resursfördelningsorgan vad gäller hemvård och hemsjukvård. Sedan drygt ett år tillbaka disponerar man för en utökad hemsjukvård i distriktet 2 kvällspatruller och 1 nattpatrull.

Kvällspatrullerna arbetar parallellt och består av distriktssköterska och vårdbiträde respektive undersköterska och vårdbiträde tiden 16.30–22.30. Arbetsuppgifterna består av matdistribution, omläggningar, läggning, medicinering, stödkontakt, bedömning av vårdbehov. Nattpatrullen består av distriktssköterska och vårdbiträde. Arbetsuppgifterna är liknande kvällspatrullernas men svarar dessutom för viss akutverksamhet. Nattpatrullen kan nås via larm.

Patrullerna har expedition på ett servicehus i distriktet. På servicehuset disponerar man en vårdplats dels för akut avlastning och dels för observation och tillsyn. Patrullerna har en bil med telefon till sitt förfogande.

Erfarenheter

I Dalby har man som på många andra håll gjort den erfarenheten att vissa faktorer bör vara uppfyllda för att etablera samverkansarbete med områdesgrupper. Vad som särskilt underlättar samverkan är;

- Gemensamt upptagningsområde, samma administrativa gränser på varje nivå
- Gemensamma lokaler ökar den informella kontaktfrekvensen
- Gemensamma utbildningsaktiviteter och gemensamma utvecklingsprojekt ökar kunskapen om inställning och kunskapsläge hos respektive samarbetspart.
- Insatser för att underlätta kontakt och samarbete. Överordnade organs inställning och intresse spelar stor roll

.....
*Områdesgruppen har alltså utvecklats till ett
styr- och resursfördelningsorgan vad gäller
hemvård och hemsjukvård*
.....

Den lokala områdesgruppen har som ett upptagningsområde med ett eller flera vårdslag under hela den beskrivna perioden varit grund i den lokala samverkan. Grupperna har emellertid inte varit några kraftfulla instrument förrän distriktsläkarresurserna byggts ut så att distriktsläkarna permanent medverkar i gruppernas arbete och tar ett delansvar för områdesgruppernas program.

Områdesgruppen har ett sammanträde varje vecka för avstämning och initiering av nya ärenden.

Ursprungligen planerades att områdesgrupperna skulle arbeta på tre nivåer.

- 1) Individärenden
- 2) Förebyggande
- 3) Samhällspåverkande, planerande

Huvuddelen av insatserna har emellertid kommit att ligga på individärenden. Visst förebyggande arbete i områdesgruppernas regi har förekommit men gruppernas möjligheter att arbeta med strukturella problem har varit små. Det är ju framför allt socialtjänsten som har en kontaktyta mot de kommunala planeringsgrupperna. Områdesgrupperna har ingen naturlig förankring där. Något man dock åstadkommit är att man har medverkat till tillkomst av öppen förskola i några bostadsområden med hög andel hemarbetande kvinnor och många dagbarnvårdare. Man har också aktivt medverkat till utformningen av det program för vård av alkoholmissbrukare som vi arbetar efter i dag.

Nästa steg i områdesgruppernas utveckling blir förhoppningsvis att de får möjlighet att fatta ännu fler beslut angående ianspråktagande av lokala vårdresurser såsom inskrivning av gäster på servicehus.

Först nu i mitten av 1980-talet föreligger kanske de reella förutsättningarna för en utvecklad samverkan mellan sjukvård och socialtjänst på primärvårdsområdesnivå. Det är tre faktorer som talar för att så är fallet.

De resurstillskott som kommit primärvården till del ger utrymme för deltagande i icke traditionellt hälsoarbete

... antyder att det finns en beredskap för samverkan inom vårdorganisationerna

- Ny lagstiftning skapar nya planeringsföresättningar för huvudmännen.
- De resurstillskott som kommit primärvården till del ger utrymme för deltagande i icke traditionellt hälsoarbete.
- En ökad tonvikt på och medvetenhet om livsstilsfaktorernas påverkan på den individuella hälsan och strukturella faktorerers påverkan på hälsoläget i ett samhälle.

I Malmöhus län omstruktureras primärvården snabbt så att vårdlaget blir den lägsta organisatoriska enheten och att vårdlagen finner en kontaktyta mot socialtjänsten i vårdplaneringsgrupper vilket är det samma som våra områdesgrupper.

Inför denna utveckling har vi undersökt personalattityder till samverkan i ett antal primärvårdsdistrikt i Malmöhus län (5-st). I undersökningen ingår

- 24 distriktsläkare
- 35 socialsekreterare och hemvårdsassistenter
- 33 distriktssköterskor
- 20 mottagningssjuksköterskor
- 41 undersköterskor

Undersökningen har genomförts i form av en enkät.

Resultaten antyder att det finns en beredskap för samverkan inom vårdorganisationerna.

Resultaten antyder också en insikt om att det finns olika grundvärderingar i vården och att hälso- och sjukvården respektive socialvården kan vara exponenter för dessa olika grundhållningar.

REFERENSER

- Andersson, S I, Hovelius, B, Isacson Å, Rehnström, M:
Attityder hos primärvårds- och socialtjänstpersonal till arbete i vårdlag. Stencil, maj 1985.
Samverkan sjukvård – socialvård i en vårdcentral. Socialstyrelsen redovisar 1977: 3, Stockholm 1977.