

Samverkan – möjligheter och hinder

Gertrud Sigurdsen

Med utgångspunkt i lagstiftningarna för hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten redogör socialminister Gertrud Sigurdsen för möjligheter och hinder för samverkan samt för utveckling och planer inom några centrala samverkansområden.

Inledning

Jag vill börja med att säga att det är den enskilda människan som ska sättas i centrum. Detta gäller all vård och omsorg.

Det finns också uttryckt i Hälso- och sjukvårdslagens 3:dje paragraf där det bla står så här:

''En god hälso- och sjukvård skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en nära anhörig till honom. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon anhörig i den mån det finns hinder för detta i sekretesslagen.''

Också socialtjänstlagen tar upp detta i den 9:e paragrafen. Så här står det där:

''Socialnämndens insatser för den enskilde skall

utformas tillsammans med honom och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.''

Att vi har olika huvudmän för den offentliga verksamheten får naturligtvis inte gå ut över den enskilda människan. Alla medborgare ska få den bot, behandling och service som de behöver.

Den här mentaliteten ''Det är inte mitt bord'' får inte förekomma inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Människor har rätt att få den hjälp och service de behöver och själva vill ha.

Det är också viktigt att det finns valfrihet inom vården.

Möjligheten till alternativa vårdformer är väsentlig. Den enskilde bör liksom hittills så långt möjligt ha frihet att själv avgöra om han tex vill vända sig till en läkare inom den offentliga primärvården eller till en privatpraktiserande läkare.

Valfriheten kan öka genom att vården blir mer tillgänglig. Mycket görs redan idag på detta område. Som exempel kan nämnas ändrade öppethållandetider, ökade möjligheter till direkt telefonkontakt med ansvarig vårdpersonal, utbyggd jourservice mm.

Nyckelord för primärvården är närhet, kontinuitet, helhetssyn, tillgänglighet och kvalitet. Jag skulle vilja lägga till aktning för självbestämmande och okränkbarhet och den enskildes ansvar för sin hälsa.

Vad vi vill uppnå med primärvården är i flera avseenden något kvalitativt annorlunda än med akutsjukvården. Även om den rent medicinska de-

Vi får aldrig glömma att vården är till för den enskilda människan

len är basen syftar vi också till att förstå och hantera sambanden mellan patientens sjukdom och hans sociala och fysiska miljö.

Primärvården och den förebyggande vården måste ges möjlighet att utvecklas även om expansionsutrymmet har krympt till ett minimum. Vi måste därför klara uppgifterna att omprioritera och effektivisera inom hälso- och sjukvården om vi skall nå våra vårdpolitiska mål.

Även om Sveriges befolkning i dag mår ganska bra så är det fortfarande stora skillnader mellan olika social- och yrkesgrupper. Rent generellt så löper arbetare och lägre tjänstemän större risk att drabbas av ohälsa och för tidig död.

Barn med risk att drabbas av sjukdom eller dålig hälsa finns oftast i familjer med låg inkomst samt sociala och psykiska problem.

Det är viktigt att vi ägnar speciell uppmärksamhet åt de grupper i samhället som är utsatta för de största hälsoriskerna. Här tror jag den förebyggande vården kan ha stor betydelse.

Jag är övertygad om att framsteg i folkhälsoarbetet nu måste vinnas genom en omprioritering av resursansvändningen till större samklang med vad människorna behöver i vanlig och daglig sjukvård.

Samverkan inom olika sektorer

Men om vi ska lyckas med det så måste vi radera de byråkratiska hinder som finns och finna en gemensam väg genom samverkan och samarbete mellan alla inblandade parter.

Samverkan behövs i första hand inom den egna arbetsenheten där den direkta vården av den enskilda patienten sker. Men det behövs också en smidig samverkan mellan olika grenar inom hälso- och sjukvården, särskilt då mellan primärvården och länssjukvården.

Vi måste se hälso- och sjukvården som en vårdkedja som måste fungera som en helhet. En god vård förutsätter att alla delar fyller sin funktion så att det samlade resultatet blir att befolkningen får en god hälso- och sjukvård på lika villkor.

Äldre- och handikappomsorg

Av central betydelse är att det finns en väl fungerande samverkan mellan primärvården och social-

tjänsten. Detta gäller framför allt inom äldreomsorgen men det gäller också tex vården av yngre människor med långvariga sjukdomar och handikapp som kräver både sjukvårdande insatser och social omsorg. I så gott som samtliga län finns samverkansavtal mellan kommun/landsting om sjukvård i hemmet/social hemtjänst. Ansvarsfördelningen bygger i regel på principen att var och en står för de resurser som ligger inom deras specifika kompetensområde. Detta innebär att primärkommunerna tillhandahåller socialt utbildad personal och landstingen resurser med bl a hälso- och sjukvårdsutbildad personal.

En viktig plattform för samarbetet i det dagliga arbetet är de sk vårdplaneringsgrupperna där socialtjänstens och primärvårdens personal tillsammans bedömer patientens behov. En snabb utveckling har skett på detta område. Hösten 1984 fanns det ca 700 sådana grupper spridda över hela landet.

Frågan om boendeförhållanden och livsvillkor för de äldre står i centrum för regeringens intresse under den kommande mandatperioden. Det framgår bl a av regeringsdeklarationen. För ingen annan grupp är det *lika* viktigt att den offentliga sektorn förnyas efter de riktlinjer som drogs upp under de första tre åren. Det gäller alltså att öka möjligheterna för den enskilde att påverka innehållet i verksamheten, att välja fritt mellan tex olika boendeformer, att få bra service och slippa onödigt krångel.

Vi har i socialdepartementet redan satt igång fortsättningen av det här arbetet. I en proposition under mandatperioden avser regeringen att redovisa resultat av ett omfattande förändringsarbete och förslag på hur vi ska gå vidare.

Vi skall under de närmaste åren bl a följa upp betänkandet "Bo på egna villkor" och den proposition som blev resultatet och som handlar om förbättrade boendeförhållanden för gamla, handikappade och långvarigt sjuka.

Det pågår en rad projekt som berör kvalitet och innehåll i långvården i framtiden. Det handlar inte bara om ett eget rum – det handlar om en total omstrukturering, som delvis redan har startat. Jag har besökt flera institutioner där patienterna har det verkligt bra och lever ett värdigt och innehållsrikt liv.

För en tid sedan överlämnade den sk äldreberedningen ett betänkande som redovisade fakta om levnadsförhållandena för dagens äldre. Man hade också låtit blivande pensionärer tala om hur de vill leva sitt liv när de blir gamla.

Betänkandet ger en ganska ljus bild av de äldres levnadsförhållanden. De är friskare, lever längre och har betydligt bättre ekonomi än tidigare pensionärgenerationer. Nio av tio bor i egen bostad och kontakten med barn och barnbarn är för de flesta god.

Det är ingen tvekan om att dagens pensionärer har det materiellt ganska hyggligt.

Det är *andra* problem som främst skapar oro bland dagens pensionärer. Många bekymrar sig mer för hur det ska bli när krafterna börjar tryta, om de kan bo kvar i sin egen lägenhet och om de i så fall kan få hjälp med städning och andra bestyr. Om de ska få färdtjänst så att de slipper bli isolerade från anhöriga och för vad som händer när de blir sjuka.

Men för att de äldre ska kunna bo kvar i sin invanda miljö så länge som de själva önskar krävs – som jag tidigare varit inne på – att de kan få hjälp med diverse sysslor i hemmet, att de kan få hjälp och råd om de blir sjuka, att det finns en färdtjänst som fungerar.

Det finns många svårigheter och hinder som måste elimineras innan allt detta kan fungera på ett bra och smidigt sätt.

Under 1984/85 har socialdepartementet beviljat pengar till ett 50-tal olika projekt inom den sociala hemhjälpen som syftar till att upptäcka och belysa hinder och möjligheter till samverkan.

Som exempel kan nämnas följande projekt:

Upplands Väsby kommun; samverkan med nattjour/nattpatrull

Det är ett ettårigt projekt där kommunen och landstinget prövar samordning av sina resurser. Avsikten med samordningen är att få en bättre nattomsorg för äldre och handikappade som bor hemma.

Svenska Röda korset; samverkan mellan frivilliga och professionella i socialt arbete

Projektet syftar till att utveckla former för en nära

samverkan mellan professionella och frivilliga insatser i socialt arbete.

Kommunerna vidareutbildar viss hemtjänstpersonal för hemhjälpinsatser hos dövblinda och gravt syn/hörselskadade.

Missbrukarvården

Ett annat viktigt område för samverkan är missbrukarvården.

Elva försöksprojekt med samverkan inom missbrukarvården har under åren 1982–1984 bedrivits med stöd från socialdepartementet. I en avslutande rapport belyses ett urval av särskilt intressanta samarbetsfrågor.

Flera av försöksprojekten är inriktade på att samordna socialtjänstens insatser för alkoholmissbrukare med hälso- och sjukvårdens. Andra vill underlätta samarbetet mellan institutionsvård och öppen missbrukarvård. De olika försöken vittnar om var de svaga punkterna framför allt fanns. Vilka luckor i kedjan, håll i nätet, som måste lappas ihop för att missbrukarvården ska bli bättre och mer effektiv.

Det vet vi ju att en och samma missbrukare ofta samtidigt har kontakt med ett tiotal vårdinstanser akutmottagning, olika somatiska kliniker, psykiatrisk klinik, distriktsläkarmottagning, alkoholpoliklinik, socialkontor, vårdinstitution, inackorderingshem, arbetsförmedling, arbetsmarknadsinstitut, skyddskonsulent, länorganisation osv.

Det är inte konstigt att missbrukaren kommer bort i vårdsystemet och att alla inblandade upplever en känsla av vanmakt inför problemen.

Det tar tid att bygga upp samverkan. Strukturerarna är starka. Det har alla i försöksprojekten fått erfara. Det är "vägen från ord till handling", igen! Inte blommar samverkan livskraftig efter ett eller två år, utan det tar kanske flera år att åstadkomma och därefter måste samarbetsrutiner då och då "underhållas" för att inte rosta igen.

En del hinder går lätt att övervinna – tex okunighet och fördomar mellan personalgrupper. Andra är svårare – tex hög personalomsättning, en företeelse som mycken samverkan stupar på. Plötsligt är hela arbetsgruppen försvunnen – till nya jobb, andra orter, ny utbildning. Då gäller det att slippa börja om igen med alltihopa.

I försöken med samverkan i missbrukarvården har *bristerna* inom vårdsystemet synts allt tydligare. Så småningom ser man också att samarbetet kan leda till stora vinster av olika slag.

Några av projekten visar redan påtagliga vinster. Snabbare service från sjukvården. Minskat dubbelarbete. Gemensamt utformade behandlingsplaner med kontinuerlig uppföljning.

Det är glädjande att arbetsgruppen för samverkan i missbrukarvården nu faktiskt säger, att "förutsättningarna har blivit bättre".

Psykiatrisk vård

Ett annat område för samverkan med socialtjänsten är den psykiatriska vården. Den psykiatriska vården måste "förmänskligas". Den måste finna öppnare former. Här är samarbetet mellan kommuner och landsting särskilt viktigt. För 1985 satsade regeringen 200 mkr som särskilt stöd för att stimulera satsningar inom den öppna psykiatrin. Dessa pengar kunde användas tex till alternativa boendeformer, hemtjänst mm.

Det är glädjande att kunna konstatera att samarbetet mellan landstingen och primärkommunerna när det gäller psykiskt sjukas vårdbehov har utvecklats positivt. Under de senaste 20 åren har vårdplatserna vid mentalsjukhusen minskat med 14000. Det innebär att en stor del av tidigare långtidsvårdade har skrivits ut till ett liv utanför sjukhusen. Denna utveckling fortsätter. Flera kan leva ute i samhället med lämpligt stöd i bostad, dagverksamhet och fritid. En väl planerad utflyttning genom samverkan mellan socialtjänst och psykiatri ger möjlighet att på ett positivt sätt påverka attityderna till personer med psykiska handikapp.

En grundläggande förutsättning för att människor med svåra psykiska problem skall kunna återanpassas till samhället är en förändring av människors attityder – att acceptera andra människors rätt att vara annorlunda och att bättre hjälpa varandra att klara de kriser och svårigheter som möter oss i det dagliga livet.

Vad händer när man släpper hem en färdigvårdad ensam människa? Det är viktigt att kontakten mellan sjukvård och socialtjänst fungerar även här så att den enskilde individen inte bara hamnar i ett tomrum mellan olika vårdproducenter.

Folkrörelsernas och de anhörigas roll

Den kanske viktigaste kontakten för patienter eller klienter är med de anhöriga. Det är viktigt att vi tar till vara denna resurs. Att vänner och anhöriga stimuleras att aktivt delta i vården. Detta bör kunna bidra inte bara till välbefinnande för den vårdade utan även för den anhörige.

Vi glömmer så ofta bort de kringresurser som finns i våra folkrörelser. Dessa kan ofta göra en stor insats både i det förebyggande arbetet och i efterbehandling. Om människornas behov av gemenskap tillgodoses så kanske detta många gånger kan vara ett mycket bättre recept än nervlugnande medel.

Som exempel på folkrörelser som kan och gör en stor insats på det här området kan nämnas

Länkarna

Verdandi

Idrottsrörelsen

De fackliga organisationerna

De religiösa organisationerna.

Avslutning

Jag vill avsluta med att påminna om att vi aldrig får glömma vem vården är till för dvs. den enskilda människan. Den offentliga sektorn är till för människorna och inte tvärtom. Hälso- och sjukvård och socialtjänst är till för människorna inte för politiker eller personal. Konstlade gränser och barriärer mellan olika myndigheter måste bort. Detta är nödvändigt för att vi ska få en bra offentlig sektor som sätter människan i centrum.

Som ett exempel på hur det inte bör vara vill jag nämna en händelse som jag själv var med om på 60-talet. Min då 10-årige son var sjuk. Han hade halsinfektion med feber förmodligen halsböld och blev sämre. När han gick upp på natten till toaletten svimmade han och föll och slog håll i bakhuvudet mot en dörrpost. Jag ringde till akutmottagningen och fick komma genast till ett av huvudstadens sjukhus där man tog sig an hålet i huvudet, men sa sig inte kunna titta på halsen eftersom sonen hörde medicinskt till ett sjukhus och kirurgiskt till ett annat. Så vi skulle mitt i natten bege oss till ett annat sjukhus. Men han hade ju en mor som stod på sig så vi fick allt åtgärdat på samma sjukhus. Jag hoppas det inte går till så här numera i vårt land.