

Samverkan mellan primärvård och socialtjänst

Erfarenheter från en internationell studie

Claes-Göran Westrin

Sverige tillhör tillsammans med Holland och Storbritannien de länder där man i dag kommit längst när det gäller samarbete i primärvården mellan social och medicinsk personal. Detta framgår av en internationell studie som redovisas i nedanstående artikel.

Studiens mest påfallande resultat är dock att samverkan även i de nämnda länderna gått ganska långsamt. Det finns således en stor skillnad mellan de långvariga och ofta bestämda politiska rekommendationerna och den nivå som samarbetet hitills uppnått.

Tänkbara orsaker till detta och tänkbara åtgärder för att förbättra samarbetet i framtiden diskuteras i artikeln, skriven av den redovisade studiens projektledare, professor Claes-Göran Westrin, överläkare vid Socialmedicinska avdelningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

En fråga som det senaste decenniet diskuterats i många sammanhang har varit behovet av en ökad, kanske en långtgående, samverkan mellan social och medicinsk verksamhet. Diskussionen har berört många områden: utvecklingen av psykiatri, av äldreården, av olika former av rehabilitering m.m. Det som särskilt ofta stått i centrum har varit möjligheterna till ett bättre samspel mellan medicinsk primärvård och lokalt socialt arbete.

Jämsides med denna diskussion har skett en utveckling också beträffande samverkan i det praktiska vårdarbetet. Allteftersom tiden gått har man dock, både i Sverige och i andra länder, fått ett intryck av att den utvecklingen gått anmärkningsvärt långsamt.

Det sistnämnda förhållandet har väckt bekymmer hos planerare och beslutsfattare och en blandning av bekymmer och intresse hos forskarna. I mitten av 1970-talet blev detta utgångspunkten för diskussioner i ett internationellt forum, en serie möten arrangerade av The European Centre for Social Welfare Training and Research, ett FN-organ med säte i Wien. Därvid växte ett intresse fram för en internationell studie av problemområdet.

Vid ett symposium i Uppsala 1979 beslöt deltagarna från 10 huvudsakligen europeiska länder att genomföra en gemensam undersökning. Deltagarna representerade en blandning av officiella och halv-officiella instanser och hade utvalts genom nyssnämnda centrums förbindelser med myndigheter och vetenskapssamhälle. De flesta deltagarna hade en sociologisk eller medicinsk-sociologisk utbildning. Några hade erfarenhet av praktiskt socialt arbete och någon (artikelförfattaren) erfarenhet av socialmedicinskt fältarbete. De sistnämnda och några sociologer har varit fristående forskare. Övriga sociologer har genomfört arbetet som del i sin anställning hos myndigheter eller intresseorganisationer.

Studiens syfte formulerades som att studera likheter och olikheter i samarbetet mellan social och medicinsk personal i primärvård i de olika länderna. Man räknade med att detta kunde ge utbyte i olika avseenden tex bidra till en klarare bild av det egna landets förhållanden, ge uppslag till utvecklingsarbete och ytterligare forskning men också skapa ett nätverk av kontakter för personer intresserade av forskning inom området.

Studien inriktades på att sammanställa den redan tillgängliga kunskapen i olika länder. Deltagarna i

varje land hade att samverka med representativa referensgrupper av socialarbetare, samhällsvetare och socialmedicinare. Hearings och studiebesök har genomförts såväl av deltagarna i det egna landet som av projektledaren (författaren till denna artikel) i olika länder. Sammanställningen och rapporteringen har skett enligt enhetliga linjer för att ge största möjliga jämförbarhet.

De deltagande länderna har varit (det flamländska) Belgien, Canada (Ontario), Finland, Holland, Israel, Norge, Polen, Storbritannien, Sverige och Västtyskland. Viss information föreligger också från Danmark.

De olika nationella rapporterna förelåg 1981. Tiden därefter har ägnats seminarier och utarbetande av den internationella rapporten, som förväntas föreligga i tryck någon gång under detta år (1).

En förutsättning för att studien kunnat genomföras har bl.a. varit det ekonomiska understöd som Delegationen för social forskning lämnat till symposier och projektarbete.

Utbytet av undersökningen. En studie av denna karaktär har i sig en rad inbyggda felkällor. De centrala begreppen, "primärvård" och "samarbete" är komplexa och har olika betydelser i olika sammanhang. Detta skapar problem i jämförbarheten, även när man som i detta fall arbetat fram enhetliga riktlinjer. Deltagarnas yrkesmässiga och personliga värderingar måste påverka den bild var och en redovisar. Historiska, politiska och ekonomiska förhållanden har varit mer eller mindre skilda de deltagande länderna emellan. (Det sistnämnda har inte varit till nackdel; det har också varit en intressant bakgrund till de skillnader man kunnat iakttaga.) Ett korrektiv till dessa felkällor har varit att de äskade upplysningarna ofta varit av konkret art. Dessutom har resultaten kunnat kontrolleras med en i övrigt ganska riklig information om de berörda länderna. En viss checkning har också skett vid av författaren genomförda studiebesök och hearings och i några fall genom anlitande av särskilda referenter.

Felkällor till trots bör därför resultatet av studien ge en i grovt sett korrekt bild av de studerade förhållandena.

Min personliga bedömning är att projektet också i

stort sett infriat de allmänna förväntningar man kunnat ställa.

Hur långt har samarbetet utvecklats?

Tabell 1 ger en översiktlig bild av hur långt samarbetet mellan primärvård och socialtjänst utvecklats i de berörda länderna.

En viss *debatt* om behovet av samarbete förekommer i alla länder.

Politiska manifestationer med samma inriktning rapporteras från alla länder utom Västtyskland.

Ett visst *förverkligande* av målsättningen bedömes föreligga i 8/10 länder.

Det mest påfallande är emellertid diskrepansen mellan ideal och verklighet. Politiska rekommendationer om nödvändigheten av samverkan, ofta upprepade sedan minst ett tiotal år, rapporteras som vanligt förekommande i fem av de tio länderna medan samverkan i praktiken bara är systematiskt genomförd i ett land, Polen. Detta genomförande gäller dessutom endast administrativ koordination; i praktiken att socialtjänsten i Polen organisatoriskt är inordnad i den medicinska primärvården. Samarbetet på fältet har inte någonstans genomförts systematiskt i ett helt land eller en hel region. Endast fem länder rapporterar sådant samarbete i nämnvärd ("relativt vanligt förekommande") utsträckning. I tre länder däribland Polen finns relativt få exempel på att tex socialarbetare, distriktssköterska och distriktsläkare samarbetar. I två länder, Belgien och Västtyskland, tycks praktiskt taget inte något samarbete förekomma.

Bilden av åt vilket håll den hittillsvarande och pågående utvecklingen går, är inte heller entydig. I några länder, främst i Skandinavien, finns tecken på en visserligen långsam men ändå kontinuerlig uppbyggnad av nya och mer omfattande former av samverkan. Från andra länder kommer signaler om att utvecklingen av samverkan snarast är på tillbakagång. Det gäller tex Storbritannien där den samordning av upptagningsområden för sjukvård och socialvård, som tillskapades för något decennium sedan, nu har brutits sönder igen. Orsaken till detta kan bl.a. sökas i försämrade samhällsekonomi i kombination med minskat intresse för stöd till socialt utsatta grupper.

Tabell 1 Intresse för och förverkligande av samarbete i primärvården mellan social och medicinsk personal i olika länder

	Administrativ samverkan	Samarbete på fältet
Samhällsdebatt om behovet av samarbete		
– relativt vanligt förekommande	Storbritannien Sverige Norge Holland Israel Finland Polen Canada-Ontario Belgien	Storbritannien Sverige Norge Holland Israel Finland Polen Canada-Ontario Belgien (?)
– förekommande men endast i liten och begränsad utsträckning	Västtyskland	Västtyskland
Politiska rekommendationer om nödvändigheterna av samarbete		
– vanliga och ofta förekommande	Storbritannien Sverige Norge Israel Finland Polen Holland Canada-Ontario	Storbritannien Sverige Norge Israel Finland Polen Holland Canada-Ontario
– relativt vanligt förekommande		
– förekommande men endast i liten och begränsad utsträckning	Belgien	Belgien
– sällan eller aldrig förekommande	Västtyskland	Västtyskland
Förverkligande av samarbete		
– systematiskt genomfört	Polen	
– relativt vanligt förekommande	Storbritannien Finland Sverige Norge	Storbritannien Sverige Norge Holland Israel
– förekommande men endast i liten och begränsad utsträckning	Israel	Canada-Ontario Polen Finland
– sällan eller aldrig förekommande	Belgien Västtyskland Canada-Ontario Holland	Belgien Västtyskland

Det går inte att på tillgängligt material bedöma i vad mån också andra faktorer kan ha spelat roll, t ex en besvikelse över att samverkan hittills utvecklats så långsamt och haft så få *påtagliga* effekter (se nedan). En annan tänkbar förklaring, redovisad från

Holland, kan paradoxalt nog vara den allmänna uppbyggnaden av samverkan *inom* sjukvård och socialvård. Något av kraften i den ursprungliga utvecklingen till att upprätta socialmedicinska team i holländsk primärvård tycks ha hängt samman med

Man kan iakttaga en konkurrens mellan utvecklingen av sk monodisciplinära och sk multidisciplinära team.

att detta bröt den isolering som för något decennium sedan karakteriserade de ofta ensamarbetande allmänläkarna och socialarbetarna. Situationen har sedan förändrats genom införandet av gruppraktik och andra former av lagarbete inom främst sjukvården. Vad man här kan iakttaga är en konkurrens mellan monodisciplinära team, dvs arbetslag bestående av bara läkare eller av läkare plus sjukvårdspersonal å ena sidan och å andra sidan multidisciplinära team dvs arbetslag som består av både socialarbetare och sjukvårdspersonal.

En tendens till att, delvis mot alla planer, i första hand utveckla monodisciplinära team, redovisas också från brittisk socialvård. Dessa team disponerar i gengäld olika typer av "egen" expertis, tex socialarbetare med särskild kunskap om barnavård eller om handikappvård osv. En liknande tendens kan också iakttagas inom sjukvården där sjuksköterskor ibland hellre bildar organisatoriska enheter och arbetslag sinsemellan, utan läkare, än att de ingår i sammansatta lag. En utveckling i denna riktning kan kanske förklaras både enligt principen att lika barn leka bäst och av olika revir- och emancipationssträvanden?

Samarbetets innehåll och former

Grovt sett gäller det samarbete på fältet, som redovisats från olika länder, tre olika typer av målområden.

1. Ett målområde är *samarbete kring specifika problemgrupper*: barn, äldre, psykiskt sjuka osv.

Samverkan kring barn som far illa har varit föremål för särskilt intresse i Storbritannien efter ett i pressen uppmärksammat fall av barnmisshandel. Samverkan styrs här bla av uttryckliga bestämmelser från myndigheterna. Dessa anvisar att såväl medicinsk som social personal skall medverka vid utredning av misstänkta fall av barnmisshandel – samt också hur samverkan mer i detalj skall gå till.

Samverkan kring äldre förekommer i ett flertal

länder. Den kan gälla förebyggande och uppsökande verksamhet. Tex hälsoundersökningar i kombination med prövning av eventuellt förekommande sociala problem hos alla äldre i ett område (förekommer tex i Sverige och Israel). Den kan också gälla vårdplanering vid ett visst vårdtillfälle. Tex i Sverige eftervården efter en höftfraktur (2).

Samverkan kring psykiskt sjuka och handikappade samt beträffande missbrukare förekommer också i flera länder men med delvis samma komplikationer: svårigheter att precisera respektive parterns ansvarsområde, vissa konflikter i synsätt, otillräckliga resurser osv.

Ett gemensamt drag för samverkan kring särskilt utpekade patient-klientgrupper är att de ofta tar formen av konferenser ägnade problemen i fråga, med deltagande från de i fallet berörda befattningshavarna.

2. Ett annat målområde kan vara *patientstocken hos en viss allmänläkare eller klienterna vid en viss socialbyrå*. En form av detta är sk attachment schemes som förekommer i Storbritannien, där en viss socialarbetare knytes, i regel för vissa timmar i veckan, till en läkarmottagning. Liknande samarbetsformer är vanliga i Israel och finns också sporadiskt i Canada-Ontario liksom i vårt land. Det omvända samarbetsmönstret, en socialläkare knuten till en socialbyrå, är mer ovanligt och har såvitt jag förstår ingenstades varit så pass utbrett som i Sverige.

Socialarbetarens arbetsuppgift i dessa "attachment schemes" tycks ofta inriktas på rådgivning och behandling i psykosomatiska ärenden och övriga fall med psykologisk eller familjebetonad problematik. Omvänt tycks de medicinska problem det gäller ofta ha en psykiatrisk valör.

3. Ett tredje målområde kan gälla *samarbete kring befolkningen i ett visst område*. Denna typ av samverkan är ingenstades vanlig. Den tycks vara något mer utvecklad i Sverige än i andra länder,

Att en socialläkare knutits till en socialbyrå är ovanligt och har såvitt jag förstår ingenstades varit så utbrett som i Sverige.

.....

Problem och arbetsformer skiljer mer mellan landsbygd och storstad inom ett land än mellan landsbygd och landsbygd i olika länder.

.....

främst i det samarbete som sker på våra vård- och socialcentraler med samlokalisering av social och medicinsk verksamhet. Liknande samverkan förekommer dock även utanför Skandinavien i tex Holland på landsbygden, där en naturlig arbetsgemenskap mellan social och medicinsk personal kan växa upp kring den lokala befolkningen. Detta är ett av flera tecken på att problem och arbetsformer i viss utsträckning skiljer sig mer mellan landsbygd och storstad inom ett land än vad fallet är mellan landsbygd och landsbygd i två olika länder.

Samverkan beträffande befolkningen i ett visst distrikt gäller i huvudsak arbete med enskilda ärenden inriktade på olika blandningar av de problem och patientgrupper som redovisats under 1-2. Sk samhällsarbete av den typ som förekommer i områdesgrupperna i Tierp (3) förekommer sporadiskt också i andra länder men tycks vara än mer ovanligt där än i Sverige.

Samverkan kring patientklientel eller ett geografiskt område baseras även det i regel på konferenser. Därutöver förekommer konsultarbete med respektive patienter eller klienter.

Samarbetets mönster och frekvens

Det är svårt att få en alldeles klar bild beträffande samarbetets finare och mer detaljerade mönster. Ett allmänt intryck är dock att det i regel rör sig om en relativt enkel, additiv, samverkan. Den ene yrkesarbetaren "adderar" en bit information eller en bit behandlingsarbete till vad som redan är gjort, ofta efter en remiss eller enstaka personlig kontakt. Ett mer ingående "integrerat" samarbete med upprepade gemensamma diskussioner och försök att skapa en gemensam helhetsbild av ett ärende tycks dock också i någon mån förekomma, främst i Storbritannien, Sverige, Holland och Norge.

Det finns få undersökningar om *frekvensen* av samarbetsbehov och samarbetsfall. Engelska stu-

dier talar om ett litet men varierande antal fall, remitterade av allmänläkare till socialarbetare. I ett ganska avancerat samarbetsprojekt i Ontario fann man i medeltal 14 fall per år och läkare, där i samarbetet intresserade allmänläkare önskade hjälp av socialarbetare. Några svenska undersökningar ger högre siffror i Tynneredprojektet tex 60-150 fall per år och distriktsläkare, uppskattningsvis motsvarande 3-6 procent av läkarbesöken under 1 år (4). Socialarbetarnas behov av läkarmedverkan har i de få undersökningar som föreligger, från Sverige, legat något högre: 8-11 procent av socialsekreterarfallen och 10-20 procent av hemvårdsfallen.

Vad påverkar utvecklingen av samarbetet?

Frågor av centralt intresse i studien har givetvis varit om man kan ta fram några faktorer som kan befrämja en god och effektiv samverkan. Vi har knappast fått några klara eller entydiga svar på denna fråga, något som torde hänga samman med de ofta diffusa målen för samarbetet (se nedan) men också med vetenskapliga svårigheter vid utvärderingen av problemområdet.

Vissa intryck och tendenser har dock kommit fram.

En grundläggande fråga är vad som överhuvudtaget drivit fram kraven på ökat samarbete mellan social och medicinsk verksamhet och vad som medfört att detta krav blivit bättre tillgodosett i vissa länder än i andra.

Beträffande de ursprungliga drivkrafterna har man ett intryck av att framför allt den vetenskapliga utvecklingen, haft en avgörande betydelse i de flesta länder särskilt utvecklingen inom socialmedicin och annan samhällsvetenskap. Frågor om sjukdom och hälsa har mer och mer kommit att betraktas som ett socialt lika väl som ett medicinskt problem.

.....

Det är framför allt den vetenskapliga utvecklingen och särskilt inom socialmedicin och andra samhällsvetenskaper som varit avgörande drivkrafter när det gällt krav på ökat samarbete.

.....

Allt större vikt har också lagts vid växelverkan mellan sjukdom och sociala förhållanden. Enligt finska undersökningar skulle tex 80–90 procent av människor med behov av socialhjälp vara i mer eller mindre konstant behov av också medicinsk hjälp.

Inställningen bland berörda intressenter, medborgare, patienter och personal, har varierat från ett visst intresse till direkt motvilja.

Något direkt folkligt krav på förändringar har vi inte kunnat iakttaga i något land. Detta trots att vi ägnat särskilt intresse för eventuella samband mellan förekomsten av sk "client participation" och utvecklingen av samarbetet.

Mest positiva bland berörda yrkesgrupper tycks i regel socialarbetarna ha varit. Sjukvårdspersonalen tycks i regel ha varit mer avvaktande eller direkt negativ. Från Israel rapporteras ett motstånd bland primärvårdssjuksköterskornas mot att knyta socialarbetare till sin verksamhet, av rädsla för att få socialhjälpstämpeln på sin vårdcentral. Rollkonflikter mellan sjuksköterskor, (särskilt "distriktsköterskor") och socialarbetare tycks också ha skapat problem i bl.a Israel och Storbritannien.

Det starkaste motståndet har man mött hos läkargrupper i vissa länder. I Tyskland skall läkarna genom aktiviteter vid upprepade tillfällen ha stoppat förutsättningarna för att bygga ut ett samarbete; bl.a ett reformförslag så tidigt som under 1920-talet, under Weimarrepublikens dagar. I Canada-Ontario finns ett åtminstone delvis effektivt fackligt motstånd mot att läkare går in i en heltidsanställning i gruppverksamhet. I Belgien förbjuder läkarnas etiska kod att man delar med sig av sin information med andra personalgrupper. Båda dessa sistnämnda förhållanden kan kraftigt minska utrymmet för ett meningsfullt samarbete (se nedan).

Ett mer positivt intresse tycks närmast genomgående finnas hos beslutsfattarna, politiker och administratörer (5). Detta intresse har gjort sig gällande främst i länder inriktade på en välfärdspolitik.

Det sistnämnda avspeglar ett annat förhållande som kunnat iakttagas nämligen att frågan om ökat samarbete i första hand aktualiserats i länder med just ambitioner på att utveckla en välfärdsstat (jfr tabell 1). De länder där den rådande samhällsideologin varit "a liberal conception", dvs att samhälle

och privat industri har delat ansvar för individernas välfärd, tex Belgien och Västtyskland, har hittills visat ringa eller intet officiellt intresse för utvecklingen av samarbetet. Möjligen kan man här iakttaga ett spirande intresse, tex i Västtyskland, främst sammanhängande med ekonomiska intressen att minska vårdkostnaderna genom minskad institutionsvård. Detta kan kräva att man åstadkommer en kombination av medicinsk och social omsorg ute i samhället.

Vad kan underlätta samarbetet ute på fältet?

Studien har med en rad detaljerade frågor försökt belysa faktorer som kan ha betydelse för utvecklingen av det praktiska arbetet ute på fältet. Huvuddelen av dessa sammanfattas i tabell 2.

Det sker i den ordning de tycks kunna ha betydelse, enligt den uppfattning som gradvis vuxit fram hos författaren under genomförandet av studien.

Mer utförliga kommentarer redovisas i den rapport som kommer (1). Här är endast plats för några korta överväganden.

Referensram och samarbetsmetodologi. En grundläggande förutsättning för ett konstruktivt samarbete torde vara en viss gemensam uppfattning om vad samarbetet skulle syfta till och hur det skall utformas. Den förutsättningen har ofta saknats. Det tycks dels bero på den i regel mycket luddiga målsättningen och organisationen av samarbetet, dels på brister i de olika yrkesgruppernas utbildning.

Ett behov av precisering av arbetsuppgifterna föreligger därför, vilket bl.a förutsätter en mer utvecklad "samarbetsteknologi". En väg som här kan provas i vissa (men inte alla!) sammanhang är vårdprogram av tex den typ som i Skåne utvecklats i samverkan kring eftervården av höftfrakturer (2).

Här finns utarbetat ett bestämt program beträffande vilka diagnostiska villkor som skall gälla. Ett vårdplaneringssammanträde sker vid ett bestämt tillfälle under patientens sjukdomsvistelse; tidläggningen av detta baseras på grundlig kunskap om tillfrisknandets vanliga utveckling. Mer eller mindre bestämda uppgifter tillkommer sedan vid mer eller mindre bestämda tidsintervall för olika yrkesgrupper inom socialtjänst (främst hemvårdspersonal) liksom inom primärvården.

Det är angeläget att pröva om andra problemområden kan angripas på liknande sätt även där en lika

Tabell 2 Vad kan underlätta samarbete i primärvården mellan social och medicinsk personal?

- 1 En viss gemensam referensram beträffande mål och metoder i arbetet
- 2 En viss nivå av "samarbetsmetodologi", innefattande
 - urval av personal som skall samarbeta
 - förberedelser och struktur för gemensamma möten
 - tid och metoder för att diskutera den administrativa och gruppdynamiska utvecklingen av samarbetet
 - i tillämpliga fall utvecklingen av programmerat samarbete
- 3 En viss och någotsånär likartad nivå beträffande resurstillgången för primärvård och socialtjänst (*kompetenta* läkare, sjuksköterskor, social arbetare etc)
- 4 Likartade former för ersättning för utfört arbete för alla berörda yrkesgrupper
- 5 Delegation av ansvar som ger personal möjlighet till tillräckligt flexibla och självständiga insatser
- 6 Tillfälle till ett nödvändigt informationsutbyte utan hinder av "onödiga" sekretessbestämmelser
- 7 Gemensamma geografiska ansvarsområden för primärvård och socialtjänst
- 8 Gemensamma lokaler för primärvård och socialtjänst i lokalsamhälle
- 9 Klart definierade ansvarsområden för primärvård och socialtjänst
- 10 Gemensam politik och administrativ organisation för primärvård och socialtjänst

Kommentarer

Torde i någon mån finnas i alla länder. Men också erbjuda större eller mindre problem i alla länder

Föga utvecklat någonstans. Gruppdynamik och administrativa aspekter dock föremål för utvecklingsarbete. Visst programmerat samarbete i Sverige

Resursproblem i alla länder inte minst beträffande kompetent personal. Kritiska resurssvårigheter främst för socialtjänsten och främst i Polen och Västtyskland

Fast lön för socialarbetare och sjuksköterskor men fast lön för läkare i stort sett bara i Sverige och Polen

Viss autonomi för läkarna i samtliga länder, sämre för socialarbetarna

Finns i stort sett i flera länder som Sverige, Norge, Finland, Israel men klart hinder i andra länder (se texten)

Förekommer i viss mån i Sverige, Norge och Polen

Finns i bla Sverige, Norge och Storbritannien

Oklart om detta finns i något av de studerade länderna

Finns i Polen, Nord-Irland, Norge och i några finska kommuner

fast struktur på arbetet varken kan eller bör eftersträvas.

Ett behov finns också av viss gemensam utbildning gällande den överlappande kunskap som kan behövas. Mitt intryck är att detta bör komma rela-

tivt sent under utbildningen i respektive yrke. Att utveckla en kompetens i ett visst yrke kan kräva en period av "enögdhet" i varje fall under grundutbildningen. På det halvfabrikat, som tex den grundläggande läkarutbildningen utgör, kan man sedan byg-

Det är den professionellt och personligt kompetente läkaren, sjuksköterskan och socialarbetaren som andra yrkesgrupper har nytta av.

ga på med olika aspekter, nödvändiga för bl a samverkan.

Resurser och kompetens. Överhuvudtaget torde möjligheterna att få kompetent hjälp vara avgörande för motivationen att söka samarbete. Det torde den professionellt och personligt kompetente läkaren, sjuksköterskan och socialarbetaren som andra yrkesgrupper har nytta av.

Brist på sådana kompetenta resurser såväl inom primärvården som inom socialtjänst tycks ha erbjudit mer eller mindre stora problem i de flesta länder. Mest uttalat har detta dock varit i Västtyskland som i stort sett saknar professionella socialarbetarresurser av den typ vi och praktiskt taget alla andra länder i studien disponerar i det lokala kommunala arbetet. Resursproblem förhindrar också utvecklingen av samverkan i fältarbetet i Polen. Man har där relativt sent fått en "socio-ekonomutbildning". Ekonomiska resurser saknas nu för att anställda socialarbetare i den lokala primärvården (relation antal socialarbetare/antal läkare på vårdcentralerna var 1980 i medeltal 0,17).

Likartade anställningsformer. Ytterligare en faktor som tycks ha generell betydelse är att all personal kan samarbeta under likartade anställningsformer. I den alldeles dominerande majoriteten av länder får läkarna prestationsersättning per konsultation. Detta har inte kunnat anpassas till kraven på rimlig ersättning för samråd och deltagande i konferenser med tex socialarbetare. Något som på ett avgörande sätt kan hämma motivationen hos alla doktorer som inte råkar vara djupt engagerade i socialmedicinsk problematik.

För- och nackdelar. Beträffande några faktorer i tabell 2 gäller att de fördelar de kan ge beträffande samarbete måste vägas mot tänkbara nackdelar från andra aspekter. Gemensamma lokaler för primärvård och socialtjänst har i svenska studier visat sig underlätta samverkan (6) men kan utgöra hinder för att utveckla en ändamålsenlig organisation och bätt-

re samarbete inom primärvård respektive socialtjänst (7). Gemensamma geografiska ansvarsområden har också uppenbara fördelar ur samverkanssynpunkt men kan stå i motsättningen till ett kanske än viktigare krav, möjligheten till fritt och flexibelt val av läkare och andra terapeutiska kontakter.

Den dubbla lojaliteten. Beträffande svårigheter vid utveckling av samverkan mellan primärvårdens och socialtjänstens personal bör ytterligare en faktor nämnas, problemet med den dubbla lojaliteten. Denna gäller en konflikt mellan å ena sidan lojaliteten mot ens egen yrkesgrupp eller mot högre nivåer i den egna organisationen och å andra sidan lojaliteten mot ett lokalt socialmedicinskt team. Exempel på detta kan man i Sverige finna tex i en delad lojalitet hos distriktsläkarna mellan de krav som kan ställas från landstinget eller från kolleger på sjukhusen och å andra sidan de krav som ett lokalt samarbete kan ställa. Lojalitetskonflikter av denna typ torde i princip aldrig gå att helt undvika, ens med en formellt gemensam organisation. Det kan därför vara trösterikt att ta del av de slutsatser i ärendet som den kanadensiska representanten i studien, en erfaren socialarbetare vid namn Lilian Wells, har dragit från kanadensiska undersökningar. Nämligen att lojalitetskonflikter knappast spelar någon större roll om de deltagande teamarbetarna är kompetenta på sitt eget område, kan se behovet av värdet av bidrag från andra yrkesgrupper, kan upprätta en klar och tydlig kommunikation och om situationen ger möjlighet att bearbeta konflikter och beslutsfattande.

Resultat av samarbete

Det har varit svårt att få grepp om resultaten av hittillsvarande samarbete. En orsak till detta är att de ofta diffusa målen dåligt lämpar sig för någon form av utvärdering. En annan orsak är de osäkra metoder som står till buds för att utvärdera detta problemområde. En tredje orsak är det relativt ringa intresse som från vetenskapligt håll ägnats försök till utvärdering.

Problemet med den dubbla lojaliteten.

En resultataspikt gäller hur långt man kunnat utveckla något slags "kvalitet" i samarbetet. En enda mer ingående och regelrätt vetenskaplig studie har här redovisats, av den svenska psykologen Ragnhild Placht, gällande samarbetet i Tierp (8). Hennes fynd är ganska nedslående såväl beträffande kvaliteten på problemanalys som kvaliteten på själva samarbetsprocessen. Det enda uppmuntran- de är att ett återförande av resultatet av studien till personalen tycktes medföra en måttlig men dock kvalitetsförhöjning i arbetet.

En annan aspekt gäller samarbetets påverkan på kvaliteten på det sociala och medicinska arbetet. I detta fall finns från flera länder rapporter om att man uppnått bättre diagnoser, bättre översikt över de enskilda patienternas/klienternas problem, och bättre insikter hos sjukvårdspersonalen i patienter- nas psykiska och sociala situation. Formuleringarna är emellertid i regel svepande och bygger nästan enbart på den i samarbetet engagerade personalens egna vittnesbörd. Det finns alltså uppenbar risk för sk bias, dvs i detta fall en överskattning av resulta- ten av det egna arbetet.

Effekter av samverkan, för patienter/klienter, personal och samhälle, har systematiskt studerats i ett fåtal undersökningar. En svensk studie har här givit resultat som kan tyda på vissa fördelar, både med hänsyn till patienternas/klienternas förhållan- den och verksamhetens ekonomi (9).

En enda undersökning med viss kontrollgrupp har redovisats, från Storbritannien, där patienter med kroniska neuroser oftare skall ha förbättrats i en verksamhet med en socialarbetare inkopplad i arbetet (10).

I övrigt är fynden ganska magra och resultaten motsägelsefulla. Det finns studier där man inte kun- nat återfinna de förväntade fördelarna för patienter- na/klienterna. Det finns rapporter om positiva såväl som negativa effekter för personalen liksom beträ- fande det "ekonomiska" utbytet av samarbete (tex tidsvinster likaväl som tidsförluster).

När det gäller alla dessa resultat måste dock främst två aspekter hållas i minnet.

Det ena är att samverkan – som tidigare framgått av denna artikel – sällan eller aldrig fungerat under optimala villkor. Det andra är att metoderna för

En allmänt förekommande erfarenhet är att det behövs en bättre precisering av mål och metoder för samarbetet.

utvärdering varit trubbiga och faktiska positiva ef- fekter lätt kan ha gått förlorade. I den riktningen pekar det förhållandet att de flesta samarbetsaktivi- teter i de flesta länder tenderat att konsolideras och ibland haft en "missionerande" effekt. Direkta misslyckanden finns, bla i det hårda västtyska kli- matet, men de tycks vara sällsynta.

Hur kan samverkan utvecklas ytterligare?

Vår studie ger underlag för en rad mer eller mindre välgrundade förslag till förändringar som skulle kunna förbättra villkoren för det sociala och medi- cinska samarbetet i fortsättningen.

En ganska klar och allmänt förekommande erfä- renhet gäller behovet av en bättre precisering av mål och metoder.

Beträffande målen är det viktigt att, som här tidi- gare skett, särskilja mellan förväntade effekter för patienter och medborgare, för berörd personal och för samhället, tex i ekonomiskt avseende. Dessa mål är ibland faktiskt inbördes motstridiga!

Det är också viktigt att precisera vilka målgrup- per och vilka problem man vill angripa.

För det dagliga samarbetet kring tex en vårdcen- tral eller en socialbyrå kanske det främst finns be- hov av att utveckla enkla, opretentiösa och infor- mella kontakter. Här kan det grundläggande vara något så enkelt som att alla nyanställda ägnar någon dag åt att presentera sig för tänkbara samarbetspart- ners.

Ett mer avancerat arbete krävs för vissa specifika problem tex vid höftfrakturer som ovan nämnts eller vid förvirringstillstånd hos äldre. Dessa kan var för sig kräva olika grupper av deltagare och olika metoder. Åter andra samarbetsgrupper och andra metoder kan krävas i samverkan på en vård- central kring tex ett socialt problemklientel, tex missbrukare.

Regelrätta vårdprogram kan, som tidigare nämnts, vara av intresse att pröva tex i hjälpen till missbru-

kare, för rehabilitering av vissa handikapp, särskilt bland äldre, för självmordsprevention m.m.

En viktig aspekt i detta sammanhang gäller att studera vilka som bäst samarbetar med vilka yrkesgrupper. Ett intryck från vår studie är att i detta fall vissa problem, tex gällande barn som far illa, kanske skötes bäst om både sjukvårdspersonal och socialarbetare har en specialiserad erfarenhet av arbete med barn. Liknande intryck finns när det gäller samverkan kring psykiskt sjuka och handikappade.

När det gäller organisatoriska aspekter tycks möjligheten till flexibla och självständiga insatser från all berörd personal vara särskilt viktig. Betydelsen av gemensamma lokaler och gemensamma upptagningsområden måste däremot fortsatt studeras och detta från olika aspekter.

Resurser och utrymme för gemensam utbildning och inte minst utbildning som klarlägger vilken nytta man kan ha av andra yrkesgrupper är en annan sannolikt viktig förutsättning för ett meningsfullt samarbete.

Sist men inte minst måste också stor omsorg läggas vid själva "samarbetsteknologin". Detta gäller tex förberedelser och struktur beträffande konsultationer och konferenser. Det gäller också kunskap och utrymme för att säkerställa både de administrativa och psykologiska villkoren för samarbetsklimatet.

REFERENSER

1. *Westrin, C-G*: Primary Health Care: Co-operation Between Health & Welfare Personnel. An International Study. Under publicering
2. *Bauer, G et al*: Höftfrakturer hos äldre. Samarbete mellan sjukhus, vårdcentral och socialvård. Symposium vid Svenska Läkaresällskapets Riksstämma 1977, (Sy 35), Spri sid 89, 1978
3. *Haglund B & G Braun*: Socialmedicinsk tidskrift, temanummer 3-4/1984
4. *Eriksson, T & I Svensson*: Några försök med samarbete mellan socialvård samt hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen, Stockholm, 1977
5. *Braun, G & C-G Westrin*: Samverkan inom primärvården ur politikens, administratörers och fältarbeters synvinkel. Socialmedicinsk tidskrift, temanr 3-4/1984
6. *Braun, G & C-G Westrin*: Attityder till socialmedicinskt teamarbete i primärvården. Socialmedicinsk tidskrift, temanr 3-4/1984
7. *Hallet, Ch*: Socialmedicinsk tidskrift, temanummer 3-4/1984
8. *Placht, R*: Observation av samarbete. Stencil. Tierpsprojektet, Socialstyrelsen, 1980
9. *Braun, G & Westrin C-G*: Vårdcentralens roll i rehabiliteringsarbetet. Erfarenheter från Skaraprojektet. Socialmedicinsk tidskrift nr 2/1979
10. *Cooper, B et al*: An experiment in community mental health care. Lancet 7th Dec 1974