

Betingelser för samverkan

Eivor Bång

Nils-Gunnar Rudenstam

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och annan social och psykologisk verksamhet konfronteras med många grundläggande konflikter i vårt samhälle: tex spänningen mellan solidaritet med de svagare och rättsäkerhet, mellan olika kunskapstraditioner och människosyn. Det är därför viktigt att man strävar mot klarhet och överensstämmelse när det gäller de mål och de arbetsmetoder som kan komma i fråga. Politiker och berörda yrkesgrupper har här ett stort ansvar att ta ställning till vad man faktiskt vill och kan göra.

Det tycks dock finnas en tendens att blunda för de många oklarheter som föreligger och övervältra dem på den 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.

Eivor Bång (psykolog) och Nils-Gunnar Rudenstam (ekonom) arbetar sedan några år med ett projekt på uppdrag av Uppsala läns landsting, det sk Östhammarsprojektet. Projektet har handlat om bl a rehabilitering av långtidssjuk-skrivna människor, samarbete mellan primärvård, socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling, konkret utvecklingsarbete; fortbildning, handledning och organisatoriska förändringar. I detta arbete har ambitionen varit att kombinera de två perspektiven, individens (klientens) situation och organisationernas arbetssätt.

INLEDNING

Samverkan har i våra dagar blivit något av ett honnorsord. Det verkar ibland som om själva ordet samverkan har fått en magisk, konkret kraft. "Bara

genom att uttala (ordet) har man allaredan åstadkommit en konkret förändring i den sociala miljön."¹ Detta gäller inte minst inom hälso- och sjukvård, socialt och psykologiskt arbete. Genom att samverka ökar möjligheterna att tillämpa en helhetssyn på människan, har det hävdats. Man har också trott att den oklara ansvarsuppdelningen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i många fall kan lösas praktiskt genom samverkan. Samverkan ses alltså som ett medel för att uppnå flera mål.

I skriften "Social samverkan", Socialstyrelsen redovisar 1977: 10, sägs bl a: "Socialvårdsarbetet borde präglas av en helhetssyn, ett uttryck lanserat av socialutredningen i 1969 års betänkande. Helhetssynen (kräver) samverkan både vid planering och vid vård och omvårdnad av de enskilda människorna. Särskilt (betonas) vikten av att samverkan ges organiserade former."²

Gabriel Romanus, fd socialminister, har i kommentarerna till propositionen, "Om socialtjänsten", sagt bl a att: "... socialutredningen (har) avstått från att närmare precisera ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och sjukvården. En detaljreglering kunde också bli ett hinder för utvecklingen. Socialtjänsten bör enligt utredningen inriktas på att i en flexibel samverkan (vår kursivering) mellan de olika vårdområdena söka nå garantier för att den enskilde alltid kan beredas den hjälp han har rätt till."³

Samma standpunkt intog Karin Ahrlund, fd sjuk-

.....
Det verkar ibland som om själva ordet samverkan har fått en magisk, konkret kraft
.....

vårdsminister, i propositionen, "Hälso- och sjukvårdslag m.m.", där det bl.a. heter: "Principerna för gränsdragningen kan följaktligen inte ge en exakt vägledning om vilken vårdgivare som i varje enskilt fall har skyldighet att svara för att vårdbehovet tillgodoses. Detta förhållande får dock inte leda till att en människa i en viss situation inte får den vård och hjälp hon behöver. Det är därför synnerligen angeläget att en samverkan mellan de olika vårdområdena kommer till stånd."⁴

Dessa citat får räcka som illustrativa exempel på den centrala, men samtidigt oklara, roll samverkan tillmäts i offentliga utredningar och lagförslag. Vad som är särskilt viktigt att notera är hur lite av precisa och konkreta riktlinjer som anges för *när* och *hur* samverkan skall bedrivas. Trots denna oklarhet tycks politiska beslutsfattare och centrala myndigheter vara överens om att samverkan kan lösa viktiga problem.

En viktig del av arbetet inom hälso- och sjukvård, social och psykologisk verksamhet ställer krav på samarbete mellan personal från olika yrkesprofessioner och organisationer. Textarbete med rehabilitering av långtidssjukskrivna människor innebär nästan alltid att primärvårdens och försäkringskassans personal är involverade. I många fall medverkar också arbetsförmedlingen och socialtjänsten. I centrala direktiv och rekommendationer för hur rehabiliteringen skall ske förespråkas bl.a. samverkan mellan dessa fyra organisationer.

Vi skall här diskutera några principiella synpunkter på just *samverkan*. Syftet med vårt inlägg är att presentera en referensram för förståelsen av den aspekt av samverkan som gäller *den direkta interaktionen mellan olika befattningshavare*. Den fråga vi har ställt oss är:

Vilka olika omständigheter eller betingelser påverkar utfallet av samarbete/samverkan?⁵

BETINGELSER FÖR SAMVERKAN

Humble & Jansson (1980)⁶ menar att man grovt sett kan tala om betingelser för samverkan på två nivåer:

På en första nivå har vi *objektiva betingelser*, framför allt egenskaper hos den uppgift eller det problem⁷ som samverkan skall lösa. Frågan om

uppgiftens egenskaper eller dess "natur" är mycket viktig för det vi tänker säga här.

På en andra nivå har vi *subjektiva betingelser*, där begreppet yrkesidentitet har en nyckelroll.

Objektiva samverkansbetingelser

I de försök till samverkan som har pågått i olika projekt och utredningar under 70-talet, t.ex. i Dalby, Tierp, Vilhelmina, och i den mer allmänna utvecklingen av samverkan mellan primärvård och socialtjänst i form av hemsjukvård, socialmedicinskt arbete och rehabilitering, har erfarenheterna pekat ut olika *yttre* omständigheter som har betydelse för samverkansprocessernas utfall:

För det första har vi faktorer som rör organisationer; t.ex.

- olika huvudmannaskap för medicinska, psykologiska och sociala insatser,
- förekomst av formella och informella kontaktkanaler mellan huvudmännens ledningar,⁸ (Dessa två förhållanden är inte minst viktiga för möjligheterna att samordna *planeringen* av primärvårdens och socialtjänstens verksamheter.)
- möjligheterna att ta informella kontakter mellan berörd personal,
- olika former av instruktioner som styr eller begränsar de berörda befattningshavarnas arbete: ex vis i vilken utsträckning utrymme ges för "individuella lösningar" i arbetet med olika människor.⁹
- likheter respektive olikheter i den orientering eller "mentalitet" som är utmärkande för de olika organisationerna och deras medlemmar.

För det andra, har vi en rad geografiska faktorer, t.ex.

- i vilken utsträckning olika huvudmäns upptagnings- eller betjäningsområden överensstämmer med varann,
- det geografiska avståndet mellan olika förvaltningar. (Samlokalisering framförs ofta som ett ideal i detta hänseende.)

För det tredje, i vilken utsträckning de olika organisationerna prioriterar lika mycket resurser, i form av personal och tid, för att delta i samverkan.

För det fjärde, sekretessbestämmelser och and-

ra förhållanden som påverkar omfattningen av och sättet att utbyta erfarenheter och information mellan organisationerna.

För det femte, personalomsättning. (Exempelvis har hög omsättning av läkare inom öppen hälso- och sjukvård ofta försvårat samverkan.)

För det sjätte, likheter eller skillnader mellan olika personalgruppers löner, anställningsvillkor, status m.m.

De här uppräknade förhållandena som Humble & Jansson benämner *yttre samverkansbetingelser*, måste åtminstone i viss utsträckning anta "positiva värden" för att samverkan skall uppstå och fungera. De yttre samverkansbetingelserna, med en viss betoning på organisations- och resursfrågor, brukar också vara de betingelser som oftast tas upp i diskussioner om samverkan. Vi vill ta upp en annan, mera sällan diskuterad sida av samverkansproblemen. Man skulle kunna kalla denna aspekt arbetsuppgiftens egenskaper eller *arbetsuppgiftens natur*.

Allt organiserat arbete, oavsett om det utförs inom en och samma organisation eller gemensamt av flera organisationer och därför kräver samverkan mellan dem, förutsätter åtminstone någorlunda klara mål, utvecklade arbetsmetoder och systematisk eller teoretisk kunskap som påvisar sambandet mellan målen för arbetsuppgiften och arbetsmetoderna. Dessa tre förutsättningar; *mål, arbetsmetoder, och teori* kan i bästa fall vara väl artikulerade och utvecklade. Om så är fallet bör samverkan underlättas.

Vi skall ge ett exempel på en verksamhet där väl utvecklade mål, arbetsmetoder och teorier föreligger. Exemplet är hämtat utanför hälso- och sjukvård och socialt arbete. Det gäller uppgiften att producera bilar:

De flesta av oss har kanske en föreställning om att biltillverkning är en oerhört komplicerad uppgift, som för att lyckas kräver medverkan av många olika yrkesgrupper, olika leverantörer, producenter och distributörer, olika tekniska kunskaper och färdigheter, som spänner över tiotusentals artiklar och material av olika slag. *Uppgiften* att producera bilar är dock, trots komplexiteten, av en ganska *enkel natur*. Vi skall försöka förklara detta påstående lite närmare:

.....
Socialtjänstens formuleringar om "... att frigöra och utveckla enskildas resurser." kommer ofta i konflikt med socialförsäkringssystemets kontrollambition
.....

Målen för verksamheten är förhållandevis entydiga och klara, det gäller att få ut maximal vinst av verksamheten, förutsatt att minimala krav på arbetsvillkor, arbetsmiljö, produkternas säkerhet, etc är uppfyllda. Det är vidare möjligt att *måta* i vad mån dessa mål nås. (Man *vet* exempelvis att målen för svenska biltillverkare i hög grad uppfylls för närvarande.)

Arbetsmetoderna är oerhört utvecklade och förfinade in i minsta detalj. De bygger på en säker och entydig, *systematisk kunskap* och *teorier* om de olika slags material som används i bilproduktionen, om de maskiner och den tekniska utrustning som används och *tom* om de enskilda producenternas (arbetarnas) prestationsförmåga. Under dessa förutsättningar kan därför alla moment som kräver samverkan mellan olika avdelningar, olika fabriksenheter, etc förutses och planeras mycket detaljerat både vad det gäller *när* samverkan skall ske och *vilka problem* samverkan skall lösa.

Om vi nu återgår till vård- och socialt arbete så är situationen vad gäller arbetsuppgiftens natur mycket annorlunda. *Målen* är ofta oklara eller väldigt allmänt formulerade. Ett gott exempel är "portalparagrafen" i socialtjänstlagen, där det bla heter: "Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser." (SoL, 1 §) Ett annat exempel finner vi i den nya Hälso- och sjukvårdslagen: "... en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen." (HSL, 2 §)

Ett ytterligare problem med målen är risken för målkonflikter mellan olika organisationer som skall samverka. Ett viktigt exempel gäller målkonflikter mellan socialtjänsten och försäkringskassan. Socialtjänstens formuleringar om "... att frigöra och utveckla enskildas (och grupperns) resurser." (SoL,

1 §) kommer ofta i konflikt med den kontrollambition som är ett väsentligt inslag i socialförsäkrings-systemets regler för rätt till sjukpenning.

Arbetsmetoderna kan i och för sig vara sedan länge tillämpade och utvecklade men frågan är om arbetsmetoderna faktiskt står i överensstämmelse med målen. För att kunna besvara denna fråga krävs bla systematisk kunskaps- och teoriutveckling.

Teorier gör det möjligt att påvisa och/eller kontrollera relationen mellan målen och arbetsmetoderna. Man skulle kunna säga att teoribildning är en förutsättning för en granskning av *målen realism*. Detta innebär att man med empiriskt förankrad teori kan granska i vilken utsträckning målen är möjliga att nå. Teoribildning och teoriutveckling är således en förutsättning för att kunna klargöra arbetsuppgiftens natur.

Sjukvården har under flera decennier varit specialiserad, naturvetenskapligt och tekniskt inriktad.¹⁰ Lite tillspetsat skulle man också kunna säga att vårdarbete i långa stycken bedrivits och organiserats *som om* det vore fråga om biltillverkning. Den medicinskt-biologiska synen på sjukdom har stått i förgrunden och en naturvetenskaplig teoribildning har utgjort den primära grunden för utveckling av arbetsmetoder. I de senaste årens vårdideologiska debatt har dock, förutom de medicinskt-biologiska, också sociala och psykologiska aspekter blivit alltmer omnämnda. Denna *utvidgning av det vårdideologiska perspektivet*, som allmänt har motsvarats av en breddning av målen för verksamheten, saknar en parallell breddning och prioritering av teoretiskt underlag för utveckling av nya arbetsmetoder. Gapet mellan nya mål och gamla metoder är kanske allra mest påtagligt inom primärvården. Att primärvårdens arbetsuppgifter och ansvarsområden allt mera närmar sig socialtjänstens har redan berörts. Det är bla i denna situation som olika *krav, föreskrifter och rekommendationer om samverkan* har uppstått.

Samverkan skall alltså ofta bedrivas kring arbetsuppgifter vars egenskaper eller natur är oklar/osäker, pga oklara mål, brist på enhetlig, empiriskt förankrad teoribildning och härmed osäkerhet om huruvida befintliga arbetsmetoder är relevanta.

I denna situation har den personal som skall utfö-

Samverkan skall alltså ofta bedrivas kring arbetsuppgifter vars natur är oklar pga oklara mål, brist på enhetlighet, empiriskt förankrad teoribildning och härmed osäkerhet om huruvida befintliga arbetsmetoder är relevanta

ra samverkansuppgifter en mycket osäker och otrygg utgångspunkt för sitt arbete. De objektiva betingelserna för samverkan är alltså ofta mycket ogynnsamma, framför allt då det gäller arbetsuppgiftens natur.

Subjektiva samverkansbetingelser

Vi skall försöka översätta betydelsen eller innebörden av vad som hittills sagts om samverkan till en subjektiv nivå. De subjektiva samverkansbetingelserna handlar om hur personalen upplever samverkansuppgiften i stort och vilka attityder de har inför denna. Man kan dels säga att den *kompetens* som var och en har eller inte har för samverkansuppgiften är beroende av vilka kunskaper som överhuvudtaget finns, och som man har tillägnat sig genom utbildning och erfarenheter, om mål, teorier och arbetsmetoder. Möjligheterna att överhuvudtaget tillägna sig en kompetens för samverkansarbete förutsätter att samverkansuppgiftens natur är någorlunda klar.

En annan viktig aspekt är vilken *motivation* som personalen har för att samverka. Båda dessa, frågan om kompetens och motivation, utgör tillsammans grunden för *yrkesidentiteten* i samverkansarbetet.

Nu kan man i och för sig säga att många människor har en ganska klar yrkesidentitet för sina separata uppgifter inom den egna verksamheten, dvs de har en yrkesidentitet "med sig" när samverkan skall starta. Traditionellt är det väl så att läkare har haft och fortfarande har en klar yrkesidentitet i denna mening, men även distriktssköterskor och barnmorskor. Däremot kanske kuratorer, socialsekreterare och psykologer har haft en något mera oklar yrkesidentitet. I enlighet med det resonemang som vi hittills fört är det relevant att fråga sig i vad mån den oklara yrkesidentiteten i dessa fall har att göra med egenskaper hos den arbetsuppgift som dessa

befattningshavare skall utföra.

Läkarna har sannolikt som grupp den mest klara yrkesidentiteten ifrån sin "ordinarie" verksamhet. Det är dock inte självklart att detta kommer att gälla för deras medverkan i samverkansuppgifter. Den yrkesidentitet som är viktig för samverkan handlar dels om att man är mer eller mindre nöjd med sig själv (personlig aspekt), vilken grad av erkänsla eller respekt som man får av de andra samverkansparterna (interpersonell aspekt) samt vilken betydelse den egna arbetsinsatsen tillmäts i samverkansarbetet (funktionell aspekt). Osäkerhet i något av dessa avseenden kan hota yrkesidentiteten. Läkaren eller distriktssköterskan kanske upptäcker att deras medicinska kompetens inte alltid är tillämpbar eller relevant för de problem som samverkansuppgiften skall lösa (den funktionella aspekten av deras yrkesidentitet är osäker). De kan då försöka bredda sina kunskaper, de kan revidera sin föreställning om den egna relativa betydelsen i samverkan – andra har mera att bidra med i form av kunskaper och erfarenheter.¹¹ Detta sätt att reagera kan ses som exempel på en *uppgiftscentrerad* utveckling av yrkesidentiteten i samverkanssituationen.

En annan möjlig reaktion är att utveckla en slags *självcentrerad* yrkesidentitet i samverkanssituationen. Detta kan ta sig olika uttryck:

- man blir osäker om hur "man tar sig ut" överhuvudtaget i samverkansarbetet,
- man betonar de rent personliga relationerna till övriga samarbetspartners; utmålar syndabockar, skyller på knepiga individer, etc,
- man undviker att ta upp till diskussion i gruppen vad som gruppen ser som kontroversiella och oklara sidor av den egna yrkesrollen,
- man tilldelar sin egen funktion eller roll i samverkan en överdriven betydelse,
- man ifrågasätter orealistiskt nyttan och värdet av verksamheten eller befattningshavare som man ska samarbeta med.

De två sista reaktionssätten handlar om *revirtänkande*, dvs man håller på sin professionella grupp och avstår från sakliga diskussioner om andra professionella gruppers kompetens och förutsättningar att lösa uppgifter.

Allmänt vill vi då säga att en *uppgiftscentrerad*

En uppgiftscentrerad yrkesidentitet är en positiv samverkansbetingelse medan olika former av självcentrerad yrkesidentitet kan vara negativa samverkansbetingelser

yrkesidentitet är en positiv samverkansbetingelse medan olika former av självcentrerad yrkesidentitet kan vara negativa samverkansbetingelser. En viktig uppgift i alla samverkanssituationer är därför att stödja deltagarnas utveckling mot en uppgiftscentrerad yrkesidentitet. Det gäller att på olika sätt skapa ett öppet klimat i samverkansgruppen, där deltagarna "aktivt lyssnar"¹² till varandras perspektiv och synpunkter.

AVSLUTNING

Mycket av den samverkan som sker eller förväntas ske inom hälso- och sjukvård, socialt och psykologiskt arbete konfronteras med många grundläggande värde- och normkonflikter i vårt samhälle; spänningen mellan solidaritet med de svagare och rätts-säkerhet, mellan olika människosyn och kunskaps-traditioner. Samverkan på en objektiv nivå, dvs bortsett från vilka individer som faktiskt deltar, kan i detta perspektiv ses som en fråga om arbetsuppgiftens natur. Graden av klarhet och överensstämmelse mellan de mål, teorier och arbetsmetoder som är relaterade till arbetsuppgiften är central. Här har politiker och ansvariga tjänstemän, men också forskare och företrädare för olika berörda yrkes-grupper 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 den 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.

NOTER

¹ Se exempelvis Pedersen, S, Språk och identitet, *Vår lösen* 9/75, s s 483–493.

² Social samverkan. *Socialstyrelsen redovisar 1977/10*, s 22.

³ Regeringens proposition 1979/80: 10, Om socialtjänsten, s 146.

⁴ Regeringens proposition 1981/82: 97, Hälso- och sjukvårdslag m m, s 44.

⁵ Termerna samverkan och samarbete används i fortsättningen synonymt.

⁶ Vårt resonemang bygger i stor utsträckning på några skrifter från PBU-verksamheten vid Stockholms läns landsting, Metodutvecklingsgruppen. Vi har först och främst använt: Humble, K & Jansson, U, Utkast till en teori om samverkansbetingelser, Stockholms läns landsting, 1980, och Larsson, E, Omsorger om barns psykiska hälsa, Stockholms läns landsting, 1980. Övriga referenser anges i texten.

⁷ Termerna uppgift, arbetsuppgift, problem används i fortsättningen som synonymer. Vi har givit dem en vid innebörd, som i stort motsvarar vad som i organisationsteoretisk litteratur benämns "task" eller "organization task".

⁸ Se exempelvis Axelsson, R, Kan statsförvaltningen styras?, *Ekonomisk debatt* 3/78, s s 171–178.

⁹ Se exempelvis Bång, E & Rudenstam, N-G, Rapport från Östhammarsprojektet, Uppsala läns landsting, 1982, s s 93–101.

¹⁰ Gardell, B, Gustafsson, R. Å, m fl, Sjukvård på löpande band. Rapport från ett forskningsprojekt om sjukhusets vård- och arbetsorganisation, Prisma, Stockholm, 1979.

¹¹ Lagerberg, D, Helhetssyn och samarbete – oförenliga begrepp?, *Läkartidningen* 76: s s 2517–2518, 1979.

¹² Asp, R, Aktivt lyssnande, Psykologavdelningen, Regionssjukhuset, Umeå, –82.

SKARABORGS VårdHögSKOLA, Skövde

anordnar under läsåret 1984/85 ENSTAKA
KURS I OFFENSIVT HÄLSOARBETE, 20
poäng

Utbildningen har två inriktningar

Inriktning I vänder sig till befattningshavare i primärvård med uppgift att bedriva hälsoupplysning och annan förebyggande verksamhet

Inriktning II vänder sig till befattningshavare i primärvård vilka sysslar med planering av hälsoarbete.

I mån av plats kan även andra befattningshavare ges tillträde till utbildningen.

Anmälan: Ansökningsblankett och utbildningsbeskrivning erhålles från Skaraborgs vårdhögskola, Kärnsjukhuset, 541 85 Skövde, tel 0500/31000/1933.

Ansökningstiden går ut 1984-05-15

Scandinaviska Institutet för uttryckande konst och Lesley College Graduate School i U.S.A.

anordnar tillsammans
en 3-årig utbildning i uttryckande konstterapi
Start sommaren 1984 deltidsstudier

Utbildningen syftar till att träna deltagaren i

- den kreativa-expressiva processen som psykoterapeutisk behandlingsform
- att integrera de olika konstarterna i hälso- och sjukvård.

OBS! Några platser kvar till den 4:e Nordiska konferensen i uttryckandekonst. Göteborg 30 mars – 1 april

För vidare information ring eller skriv till:
Scandinaviska Institutet för Uttryckande Konst
Linnég. 23, 413 04 Göteborg tel: 031-12 62 49