

Attityder till socialmedicinskt teamarbete i primärvården

En studie av kontaktbenägenhet och kontaktfrekvens

George Braun

Claes-Göran Westrin

Hur upplever de som arbetar på fältet behovet av samarbete mellan primärvård, socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling? Denna fråga har ganska sällan blivit föremål för mer systematiska undersökningar.

I en här redovisad undersökning från Skaraborgs län har man tillfrågat socialarbetare, distriktsläkare, försäkringskassans utredare och arbetsvårdstjänstemän i kommunerna om deras åsikt. Resultatet tyder på en kontaktfrekvens mellan berörda tjänstemän och läkare som ligger mellan någon gång i månaden och några gånger i veckan. Socialtjänst och arbetsförmedling efterfrågar främst ökade kontakter med läkare och psykologer. Behovet i fråga tycks dock inte upplevas som särskilt trängande.

Samverkan tycks bli mer frekvent och upplevas mer positivt i kommuner med samlokalisering mellan social och medicinsk verksamhet. Ett undantag från denna regel gäller försäkringskassan vars tjänstemän synes ge en mer positiv bild av samarbetet i de kommuner där samlokalisering saknas. En möjlig tolkning kan vara att samarbetet i dessa kommuner kan koncentreras till möten i försäkringskassans rehabgrupper som på så sätt kan skraddarsys till att svara mot kassans behov.

Leg psykolog George Braun, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet och professor Claes-Göran Westrin, Socialmedicinska institutionen, Uppsala universitet var vid tiden för undersökningen verksamma i ett projekt anknutet till Skara vårdcentral. Studien har kunnat genomföras genom anslag från Delegation för social forskning samt från Medicinska Forskningsrådet.

Vårdens organisation i Skaraborgs län

Skara kommun, cirka 17 000 innevånare, har en vårdcentral med samlokalisering av medicinsk och social vård sedan 1972, bemannad med bl.a. 6 allmänläkare jämte specialistkonsulter, 6 socialtjänstemän (socialchef, socialinspektör, socialsekreterare) samt lokal försäkringskassa med 1–2 utredare och en vårdcentralpsykolog. Ett systematiskt samarbete mellan social och medicinsk verksamhet etablerades från starten, innefattande socialmedicinska team med sammanträde varje vecka – där relativt snart också personal från arbetsvården regelbundet ingått. På initiativ av det socialmedicinska teamet tillkom 1977 en försöksverksamhet som avsåg rehabilitering av ett socialmedicinskt problemklientel. Det socialmedicinska samarbetet vid vårdcentralen och utvecklingen av rehabiliteringsprojektet har beskrivits i tidigare arbeten. (1–2)

Skaraborgs län har cirka en kvarts miljon innevånare och omfattar 16 kommuner, varierande från 5 000 till 43 000 innevånare. Hälso- och sjukvården i länet har under 1970-talet varit föremål för en systematisk utbyggnad som tagit sikte på en nivåstrukturerad decentraliserad primärvård enligt i Sverige gällande planeringsprinciper. (3–4)

Vid tiden för denna undersökning fanns vårdcentraler med samlokalisering av social och medicinsk vård i åtta av länets kommuner. Dessa vårdcentraler har genomgående varit drabbade av stora vakanser, vilket skapat kontinuitetsproblem som bl.a. försvårat det socialmedicinska samarbetet.

Socialvården har byggts ut relativt sent i många av kommunerna och länge haft små resurser jämfört med tex storstadsområdena.

Länets försäkringskassa har samma uppbyggnad som gäller för landet i övrigt, med en centralkassa och lokala kontor i olika kommuner – samlokaliserade med hälso- och sjukvården och socialvården i de fall, där dessa två varit samlokaliserade. På försäkringskassans initiativ fungerar sk reha-grupper i samtliga kommuner – med ömsesidig konsultation beträffande rehabiliteringsärenden. I några fall, tex Skara utgöres rehatemet av vårdcentralens socialmedicinska arbetslag. Uppbyggnaden av arbetsförmedlingen och arbetsvården följer det vanliga svenska mönstret med en länsarbetsnämnd i Skövde och lokala arbetsförmedlingar i olika kommuner. Särskilda arbetsvårdstjänstemän finns endast på sex större orter, däribland Skara.

Frågeställningar och hypoteser

Undersökningen har syftat till att dels ge en översiktlig beskrivning av samarbetet mellan personal inom social och medicinsk primärvård och därmed samhörig verksamhet, dels att pröva några mer speciella hypoteser om faktorer som skulle kunna befrämja detta samarbete.

Den översiktliga beskrivningen har gällt:

1. I vilken utsträckning olika yrkesgrupper/verksamheter redovisar samarbete med olika sociala och medicinska instanser.
2. I vilken utsträckning samma yrkesgrupper/verksamheter redovisar behov av ökat samarbete med olika sociala och medicinska instanser.
3. Huvudintrycket hos berörda yrkesgrupper/verksamheter när det gäller nuvarande former för samarbete.

De mer speciella hypoteserna om faktorer som kan befrämja socialmedicinskt samarbete har gällt följande antaganden:

1. Att samlokalisering av social och medicinsk verksamhet ökar tendensen till samarbete mellan personal i social och medicinsk primärvård.
2. Att sådan samlokalisering medför en mer positiv inställning till det socialmedicinska samarbetet.
3. Att en systematisk inriktning och särskilda resurser för det socialmedicinska samarbetet ökar

kontaktfrekvensen och ytterligare bidrar till ett positivt intryck av samarbetet.

Här uppställda hypoteser överensstämmer med gängse antaganden i den tidigare refererade vårdplanen (3–5). Några empiriska studier som stöder hypoteserna ifråga har dock veterligen inte publicerats.

Metodik och material

De redovisade frågeställningarna studeras genom en postenkät som riktades till olika personalkategorier, som ingår i det socialmedicinska samarbetet i en kommun.

Enkäten tillställdes endast befattningshavare som arbetat minst sex månader i den aktuella befattningen de senaste två åren, sammanlagt 248 personer.

De svarande i enkäten har enbart utgjorts av personal i social eller medicinsk primärvård samt decentraliserad verksamhet inom försäkringskassan och arbetsförmedlingen.

Bortfallet av svarande med aktuella behandlingsuppgifter är relativt litet – 22/248 svaranden, dvs 9%.

Postenkäten innehöll strukturerade frågor med fasta svar om kontaktfrekvens, kontaktbehov och huvudintryck av aktuell socialmedicinsk samverkan.

Enkäten innehöll också en öppen fråga där vederbörande fick möjligheten att motivera sitt ställningstagande beträffande huvudintrycket av olika former av socialmedicinsk samverkan.

Enkätens utformning innebar att de svarande var kända av oss, men att deras anonymitet i övrigt kunde garanteras, vilket också framhölls i missivskrivelsen till enkäten.

Statistisk bearbetning. Den statistiska bearbetningen har huvudsakligen baserats på en enkel tabulering av frekvensen av olika svarsalternativ. För vissa redovisningar (om kontaktfrekvens, om kontaktbehov och om huvudintrycket av olika former av socialmedicinsk samverkan) har dock svarsalternativens karaktär av skalor utnyttjats.

Med dessa skalor som underlag uträknades sedan aritmetiska medeltal och standardavvikelser. Skillnaden mellan olika grupper studerades med gängse signifikansberäkningar och prövades med t-test.

RESULTAT

Kontaktfrekvens och kontaktmönster

Det dominerade mönstret, 80 % i respektive verksamheter, är uppgifter om en kontaktfrekvens som varierar mellan några gånger i veckan – någon gång i månaden.

Samarbete *dagligen* uppges i nämnvärd utsträckning endast av socialvården beträffande försäkringskassa och arbetsförmedling och av arbetsförmedlingen beträffande försäkringskassa och socialvård – men även i dessa fall i endast begränsad utsträckning, omfattande mellan 8–17 % av de tillfrågade.

Kontakt *någon gång/några gånger i veckan* uppges förekomma i en frekvens på 20–40 % mellan alla tillfrågade yrkesgrupper. Kontakter *sporadiskt eller aldrig* uppges av 10–40 %. Det är därvid anmärkningsvärt att 37 % av de tillfrågade försäkringskassetjänstemännen uppger att de endast har sporadiska eller aldrig kontakt med socialvården – samt att 33 % av de tillfrågade socialvårdstjänstemännen uppger sporadisk eller aldrig kontakt med läkare.

En viss asymmetri föreligger härvid när det gäller "ömsesidighet" i kontaktmönstret. Orsakerna till detta har inte varit möjligt att närmare belysa. Det kan sammanhånga med motsvarande asymmetri beträffande antalet engagerade befattningshavare. Samarbetet kan vara koncentrerat till ett fåtal försäkringskassetjänstemän men utspädd på flera socialarbetare. De kan i några avseenden sammanhånga med att vi inte kunnat renodla kontakterna inom vårdcentralerna. Arbetsvårdstjänstemännen har uppgivit betydligt tätare kontakter med läkare än distriktsläkare med arbetsförmedlingen. Det kan sammanhånga med att de förstnämnda haft rutin-kontakter med läkare utanför vårdcentralen, tex länsarbetsnämndens läkare. Men assymetrin kan också avspegla felkällor i själva enkätmetodiken. En upplevelse av att man skulle behöva fler kontakter kan tendera till att underskatta den faktiska kontaktfrekvensen. Omvänt kan "mättnadskänsla" beträffande kontakterna medföra en överskattning av den faktiska kontaktfrekvensen.

Kontaktmönster vid Skara vårdcentral

Det vanligaste kontaktmönstret är för samtliga kon-

taktmöjligheter någon gång/veckan eller oftare. Det gäller 7/12 av kontaktmöjligheterna för försäkringskassan, 13/15 för socialbyrån, 4/6 för arbetsförmedlingen och 12/18 för distriktsläkarna. Mellan socialbyrå och arbetsförmedling förekom i viss utsträckning dagliga kontakter. Varken försäkringskassa eller distriktsläkare har i något fall uppgivit sådana dagliga kontakter med annan instans i samarbetet.

Tabell 1. Uppgifter om kontaktfrekvensen med hänsyn till olika organisation av samverkan mellan social och medicinsk vård

Medelvärden av svaren enligt en skala där 1=aldrig, 2=endast sporadiskt, 3= någon gång per månad, 4=någon/några ggr per vecka, 5=dagligen

	Skara vård- central A.	Andra kommu- nen med samlokali- sering av social och medi- cinsk vård B.	Övriga kommuner C.
Försäkringskassans (n=56) kontaktfrek- vens med:			
● socialbyrån	3.00	2.78	2.82
● arbetsförmedlingen	3.50	3.00	3.32
● läkare	3.50	3.00	3.22
Socialbyråns (n=96) kontaktfrekvens med:			
● försäkringskassan	4.00	3.47	3.44
● arbetsförmedlingen	4.40 ^a	3.35 ^a	3.26 ^a
● läkare	3.80 ^b	3.24 ^b	2.68 ^b
Arbetsförmedlingens (n=23) kontaktfrek- vens med:			
● försäkringskassan	3.50	—	3.52
● socialbyrån	4.50	—	3.33
● läkare	3.50	—	3.33
Distriktsläkarnas (n=46) kontaktfrek- vens med:			
● försäkringskassan	3.17	3.29	3.09
● socialbyrån	4.00 ^c	3.22	3.12 ^c
● arbetsförmedlingen	3.67 ^d	3.00 ^d	2.97 ^d

^a Diff A/B p 0.03, diff A/C p 0.02

^b Diff B/C p 0.01, diff A/C p 0.02

^c Diff A/C p 0.01

^d Diff A/B p 0.06, diff A/C p 0.07

Kontaktfrekvens med hänsyn till olika organisatoriska förutsättningar

Den uppgivna kontaktfrekvensen är i stort sett genomgående högst vid Skara vårdcentral och lägst i de kommuner som saknar samlokalisering av social och medicinsk verksamhet, när det gäller samarbetet mellan tre av de fyra kvantitativt dominerande verksamheterna (tabell 1).

Beträffande uppgifterna om *socialbyråns* kontaktfrekvens finns systematiska skillnader beträffande samtliga "kontakt-partners" – högst frekvens av kontakter i Skara, lägst där ingen samlokalisering förekommer. Signifikanta skillnader föreligger när det gäller kontaktfrekvensen med arbetsförmedlingen (om man jämför kontakten i Skara med andra kommuner, liksom när det gäller kontaktfrekvensen med läkarna (om man jämför kommuner med samlokalisering och kommuner utan samlokalisering).

Beträffande uppgifterna om *distriktsläkarnas* kontaktmönster är skillnaderna mycket systematiska vad gäller uppgifterna om kontaktfrekvensen med socialbyrån (där signifikanta skillnader föreligger vid jämförelser mellan Skara och kommuner utan samlokalisering). Vad gäller kontaktfrekvensen med arbetsförmedlingen är skillnaderna på gränsen till signifikanta (vid jämförelse mellan Skara och andra organisationsformer).

Försäkringskassans kontaktmönster är i flera avseenden avvikande. I kommuner med samlokalisering av social vård, försäkringskassa och medicinsk verksamhet uppger man lägre kontaktfrekvens med socialbyrå och läkare än i kommuner utan samlokalisering. *Arbetsförmedlingen* i dessa kommuner har uppgivit lika stor kontakt med försäkringskassan som arbetsförmedlingen i Skara. Distriktsläkarnas uppgivna kontaktfrekvens med försäkringskassan är något lägre i Skara än i andra kommuner med samlokalisering av social och medicinsk vård.

Kontaktbehov

Det dominerande svarsmönstret är att man i stor utsträckning uppgivit ett tillfredsställande kontaktbehov ("Bra för närvarande").

Anmärkningsvärt är att försäkringskassetjänstemännen i 43 % och socialarbetarna i 47 % önskat ökade kontakter med läkare – i mycket stor ut-

sträckning dock endast i 4 respektive 6 %. Socialarbetare, arbetsvårdstjänstemän och distriktsläkare har också önskat ökad kontakt med psykologer i 36 % respektive 32 % respektive 40 %.

Behov av ökade kontakter vid olika organisatoriska förutsättningar (tabell 2). Uppgifterna från socialbyråerna innebär systematiska skillnader vad gäller behovet av *ökade* kontakter med arbetsförmedlingen och distriktsläkare – minst i Skara och

Tabell 2. Uppgifter om behov av ökade kontakter vid olika organisatoriska förutsättningar för samverkan mellan social och medicinsk vård

Medelvärden av svaren enligt en skala där 1=bra för närvarande, 2=behov av ökade kontakter i viss utsträckning och 3=ökade kontakter i mycket stor utsträckning

	Skara vård- central A.	Andra kommun- nen med samlokali- sering av social och medi- cinsk vård B.	Övriga kommuner C.
Försäkringskassans (n=56) behov av ökade kontakter med:			
● socialbyrån	1.00	1.33	1.26
● arbetsförmedlingen	1.25	1.22	1.29
● läkare	1.25	1.56	1.45
Socialbyråns (n=96) behov av ökade kon- takter med:			
● försäkringskassan	1.00	1.12	1.23
● arbetsförmedlingen	1.20	1.29	1.37
● läkare	1.20	1.29 ^a	1.63 ^a
Arbetsförmedlingens (n=23) behov av ökade kontakter med:			
● försäkringskassan	3.00	—	1.00
● socialbyrån	2.00	—	1.33
● läkare	3.00 ^b	—	1.29 ^b
Distriktsläkarnas (n=46) behov av ökade kontakter med:			
● försäkringskassan	1.00	1.29	1.34
● socialbyrån	1.00	1.14	1.45
● arbetsförmedlingen	1.00	1.00	1.34

^a Diff B/C p 0.05

^b Diff A/C p 0.01

Tabell 3. Huvudintryck av socialmedicinskt samarbete på nuvarande arbetsplats
Medelvärden för svaren i en 5-gradig skala från 1=negativt intryck till 5=mycket positivt intryck

Yrkeskategori	Skara vårdcentral A.	Andra kommuner med samlokalisering av social och medicinsk vård B.	Övriga kommuner C	Samtliga
Personal vid				
● försäkringskassan	4.00	3.56	3.92	3.82
● socialbyrån	4.80 ^a	4.24	3.82 ^a	3.95
● arbetsförmedlingen	5.00	—	4.10	4.17
Distriktsläkare	4.83 ^b	4.14	4.06 ^b	4.17
Vårdcentralpsykolog	5.00	4.00	3.33	3.80

^a Diff A/C p 0.05

^b Diff A/C p 0.06

störst i kommuner utan samlokalisering av social och medicinsk verksamhet (signifikant skillnad vid jämförelse beträffande kontaktbehovet med läkare i kommuner med och utan samlokalisering).

Motsvarande systematiska skillnader föreligger när det gäller uppgifterna från distriktsläkarna beträffande samtliga "kontaktpartner" (dock utan signifikans).

Från detta mönster avviker också här försäkringskassans svarsmönster. Inga signifikanta skillnader föreligger mellan olika organisationsformer, men anmärkningsvärt är att man markerar ett behov av ökade kontakter med socialbyrå och läkare i samma eller något större utsträckning i kommuner med samlokalisering som i kommuner utan samlokalisering.

De två arbetsvårdstjänstemännen i Skara har önskat ett ökat samarbete med samtliga parter medan motsvarande önskemål från arbetsvårdstjänstemännen i övriga kommuner är mer begränsade (skillnaderna är signifikanta vid jämförelse beträffande kontaktbehovet med läkare).

Huvudintryck av socialmedicinsk samverkan

Uppgifterna om huvudintrycket av det socialmedicinska samarbetet på den nuvarande arbetsplatsen (tabell 3) varierar mellan skalstegen 3,80 – 4,17 för respektive yrkeskategorier totalt – alltså kring värderingen "ganska positivt" (= skalsteg 4). Mest positiva omdömen föreligger för samtliga yrkeska-

tegorier från Skara vårdcentral och minst positiva omdömen föreligger nästan genomgående från de kommuner som saknar samlokalisering av social och medicinsk vård. Vid jämförelse mellan Skara och kommuner utan samlokalisering föreligger statistiskt signifikanta skillnader beträffande uppgifterna från socialbyrån och gränsvärden till statistisk signifikans beträffande uppgifter från distriktsläkarna.

Anmärkningsvärt är också här uppgifterna från försäkringskassan, där huvudintrycket av nuvarande socialmedicinskt samarbete är något bättre i kommuner utan samlokalisering av social och medicinsk vård jämfört med kommuner med sådan samlokalisering (om man undantar Skara vårdcentral).

Motiveringar beträffande positiva eller negativa omdömen om samarbetet

Många svarande utnyttjade möjligheten att på en öppen fråga motivera ett omdöme om det socialmedicinska samarbetet.

Dessa motiveringar har formulerats på många olika sätt, men kan schematiskt hänföras till huvudsakligen positiva respektive huvudsakligen negativa omdömen om samarbetet och dess möjligheter.

Vi har kunnat hänföra 58 omdömen till den förstnämnda och 50 omdömen till den senare kategorin.

Postiva omdömen har i det närmaste genomgående formulerats i ganska allmänna ordalag om att

samarbete är bra för resultatets "effektivitet" (allsidigare belysning, mindre risk för dubbelarbete, snabbare handläggning) och/eller bättre möjligheter för personal till kontakt med andra personalkategorier. Endast 1 svarande har uttryckligen framhållit att samarbetet är bra för patienten (genom att lagarbetet kan bidra till ett socialt "skyddsnät" för en individ med sviktande personliga och sociala resurser).

Negativa omdömen har inte i något fall gällt direkta skadeverkningar för patienten, utan genomgående avsett att samarbetet försvåras av olika faktorer. I 2 fall har man framhållit att samarbetet försvårats p.g.a. bristande möjligheter för patienten/klienten att medverka (t.ex. genom alltför stor kravlöshet på patienten). I 13 fall har man hänvisat till svårigheter p.g.a. "ideologiska" skillnader (olika referenssystem, att var och en försöker lösa problemen utifrån sina myndigheters krav och regler o.s.v.). I övriga 35 fall har man betonat organisations- och resursmässiga svårigheter (tungrodd organisation, bristfälliga arbetsmetoder, dåliga förbättringar för sammanträdet, tidsbrist, brist på resurser, t.ex. i form av skyddade arbetsplatser).

Någon systematisk särgranskning har inte genomförts i vad mån olika yrkesgrupper eller olika organisationsformer betingar olika positiva eller negativa omdömen.

DISKUSSION

Den allmänna bilden av det socialmedicinska samarbetet mellan de fem studerade yrkesgrupperna/verksamheterna är en kontaktfrekvens som varierar från någon gång i månaden till några gånger i veckan, ett till stora delar tillfredsställt kontaktbehov och ett ganska positivt intryck av existerande former av samverkan i enskilda behandlingsärenden.

Från den allmänna bilden finns vissa avvikelser. När det gäller kontaktbehovet finns framför allt en ökad efterfrågan på kontakter med läkare och i någon mån också med psykologer.

Resultaten beträffande Skara vårdcentral överensstämmer grovt med den frekvens som redovisas i andra motsvarande försöksverksamheter i t.ex.

Dalby, Bengtsfors och Tierp.

Våra resultat ger ett intryck av att det här redovisade sociala och medicinska samarbetet trots allt upplevs ha en ganska marginell betydelse. En liknande bild förmedlas av en annan utvärdering av liknande socialt och medicinskt samarbete, i det s.k. SIBA-projektet. (6)

Resultaten stöder i stort sett de tre uppställda hypoteserna.

Samarbetet mellan personal i social och medicinsk primärvård ökar vid samlokaliserad verksamhet (a). Samlokaliseringen medför också en mer positiv inställning till det socialmedicinska samarbetet (b). När samverkan systematiseras och erbjuds särskilda resurser ökar kontaktfrekvensen och det positiva intrycket av samarbetet ytterligare (c).

Skara vårdcentral med samlokalisering av social och medicinsk verksamhet, ett etablerat systematiskt samarbete och en "egen" resurs i form av en skyddad verkstad karakteriseras av uppgifter om den högsta kontaktfrekvensen, det minsta behovet av ökat samarbete och den mest positiva inställningen till samarbete. Omvänt föreligger uppgifter om den lägsta kontaktfrekvensen, det största behovet av ökat samarbete och den minst positiva uppfattningen om samarbetet från kommuner som saknar samlokalisering av medicinsk och social verksamhet.

Från detta avviker främst svarsmonstret från försäkringskassettjänstemännen. De uppger inte högre kontaktfrekvens, ej heller ett mer positivt intryck av samarbetet i kommuner med samlokalisering. De har också uppgivit ett större behov av socialmedicinskt samarbete i kommuner med samlokalisering jämfört med kommuner utan samlokalisering. Vårt material medger inte några bestämda tolkningar till denna avvikelse. En tänkbar tolkningsmöjlighet kan vara att försäkringskassan kan spela en mer egen, aktiv roll i kommuner utan samlokalisering där försäkringskassans reha-grupper ofta är den enda mer systematiska formen för social och medicinsk samverkan.

Det skulle kunna vara ett av flera uttryck för att det socialmedicinska samarbetet fyller en rad olika behov. Där försäkringskassan är drivande kanske

det blir mer samarbete försäkringskassa – socialvård – läkarvård – arbetsvård med sikte på de långa sjukskrivningsfallen och pensionsfallen. I Skara – med den skyddade verkstaden som vårdcentralens resurs – kan arbetsvårdsärenden komma att dominera medan i t. ex. Tierp, vars socialmedicinska arbetslag i viss mån domineras av axeln distriktssköterskor – socialvård åter andra ärenden kommer att dominera (7).

Vi behöver mer systematiska studier i vilken utsträckning sådana olikheter kan föreligga i formellt respektive informellt socialmedicinskt samarbete. Sådana studier, liksom undersökningar av orsakerna till eventuella skillnader, ter sig som en angelägen forskningsuppgift i det fortsatta studiet av socialt och medicinskt samarbete.

Det är också angeläget att i framtida studier klarare relatera både upplevelsen av effekter och direkt mätbara resultat av det socialmedicinska samarbetet till olika typer av patient- och klientproblem. Resultaten från Skara måste t. ex. bedömas med hänsyn till att samverkan här framför allt gällt en väl strukturerad rehabilitering av svårplacerad arbetskraft med socialmedicinska problem – under en period då resurser kunde erbjudas för sådan rehabilitering! Detta kan ha givit speciella förutsättningar för en positiv attityd till samarbetet. En central fråga är för vilka andra typer av problem och under vilka villkor samma goda förutsättningar kan konstateras.

REFERENSER

1. *Westrin, C-G* (1973): Samordning av medicinsk och social vård på en vårdcentral. *Socialmedicinsk tidskrift* 1973/1 sid 9–14.
2. *Braun, G. & Westrin C-G* (1979): Vårdcentralens roll i rehabiliteringsarbetet. *Socialmedicinsk tidskrift* 1979/2 sid 123–137.
3. Socialstyrelsen anser 1976: 1: HS 80 – Hälso- och sjukvård inför 80-talet. Liber distribution, Stockholm.
4. *Spri S 43* (1977). Primärvård, äldreomsorger, samverkan. Förstudier inför ett gemensamt utredningsarbete. Av landstingsförbundet. Svenska kommunförbundet, socialstyrelsen och Spri, Stockholm.
5. *Svensson, I & Eriksson T* (1976): Några försök med samarbete mellan socialvård samt hälso- och sjukvård. En utredningsrapport. Socialstyrelsen, Stockholm.
6. *Hugozon, J-O, Nilsson T, Löfstrand L & Bjurulf P* (1979): Siba-projektet. Utvärderingsrapport. Stencil, Linköping.
7. *Franzén M* (1978): Arbetsformer i två socialmedicinska arbetslag. Kortrapport från Tierpsprojektet. Socialstyrelsen juli 1978.

Socialmedicinsk tidskrifts
nästa temanummer 5–6/83

Vilka hälsodata behöver vi för hälso- och sjukvårds- planering

gästredaktör: Bertil S Hansson, Malmö

utkommer omkring 20 maj 1984

Förhandsbeställ gärna
Socialmedicinsk tidskrift
172 83 Sundbyberg