

Samverkan mellan medicinsk och social vård

Ragnar Berfenstam

Björn Smedby

Idén om en ökad samverkan mellan medicinsk och social vård ligger i hög grad i tiden. Men detta är en långsam process om man ser det mera generellt. Det gäller inget mindre än ett nytt arbetssätt och ett nytt sätt att se på metoder att lösa problem, både samhälleliga och individuella. Inom försöksverksamheten vid hälsocentralen i Tierp studeras denna utvecklingsprocess. Avsikten är att få underlag för metodutveckling och för utbildningen av medicinsk och social personal.

I nedanstående artikel redovisas erfarenheter från det sociala och medicinska samarbetet vid hälsocentralen under ett första verksamhetsår.

Professor Ragnar Berfenstam och docent Björn Smedby är verksamma vid socialmedicinska institutionen vid Uppsala universitet, som har ansvar för socialmedicinskt forsknings- och utvecklingsarbete i Tierpsprojektet.

Bakgrund

I det moderna synsättet på vårdarbete ingår att söka nå fram till och tillämpa den s k helhetssynen både i diagnos och behandling. Detta innebär bl a en strävan att åstadkomma en integration mellan socialvård, hälso- och sjukvård.

En verklig samverkan förutsätter organisatoriska förändringar i systemet, som möjliggör ändrade arbetsformer, nya kontaktlinjer, nya arbetsfält och omfördelning av resurser. Det är inte att förvåna sig över att sådana organisatoriska förändringar kan väcka diskussion och tveksamhet och t o m direkt negativa attityder. Detta torde särskilt gälla, om initiativet till förändringarna

kommit "uppifrån" och inte växt fram spontant inom den grupp som berörs.

Som princip har önskvärdheten av integration mellan medicinsk och social vård successivt accepteras framför allt bland politiker. De som arbetar i fältet har ofta intagit en avvaktande attityd. På sina håll har de emellertid i försöksverksamhetens form fått pröva på vad en sådan integration skulle betyda organisatoriskt och arbetsmässigt.

Ett samarbete mellan socialarbetare, distrikts-sköterskor, läkare och annan social och medicinsk personal har sedan lång tid tillbaka funnits men i mycket varierande omfattning i olika områden. Samarbetet gynnas av en förståelse för varandras sätt att arbeta och kunskap om varandras utbildning och yrkesroll. En sådan förståelse krävs för att nå fram till gemensamma linjer både i den individinriktade vården och i en mer allmän strävan att genom preventiva och konstruktiva insatser påverka samhället i sådan riktning att påfrestningarna för individen blir mindre och hälsa och välbefinnande främjas. En praktisk förutsättning för ett välutvecklat samarbete är att den geografiska distriktsindelningen blir densamma för medicinsk och social vård.

Tierpsprojektet

I Tierps nuvarande kommun i Norduppland med ungefär 21 000 invånare påbörjades 1971 ett samarbete mellan kommunala myndigheter, landsting

.....
Dessa s k socialmedicinska arbetslag inriktade på individuella stöd- och vårdinsatser sammanträder varje vecka.
.....

Dessutom inrättade man s k områdesgrupper för mer allmänpreventiv och konstruktiv verksamhet.

och socialstyrelse, där man bestämde sig för att i försöksverksamhetens form tillämpa helhetsprincipen och arbeta för en samordning mellan socialvård, hälso- och sjukvård samt elevvård inom kommunen. Tierpsprojektet innebär idé- och metodutveckling rörande planering inom de sociala och medicinska sektorerna, vidare information och utbildning för olika grupper inriktade på de gemensamma målen samt forsknings- och utvecklingsarbete. Socialmedicinska institutionen i Uppsala har därvid haft ansvaret för det socialmedicinska forsknings- och utvecklingsarbetet.

På olika sätt har man försökt stimulera en samverkan i Tierp. Verksamheterna samlokalisades, dvs medicinsk och social service inrymdes i en nybyggd hälsocentral för att skapa goda möjligheter till dagliga kontakter. Vidare uppdelades kommunen i fyra, senare fem olika delområden, där integrerade vårdteam skulle fungera. Dessa s k *socialmedicinska arbetslag* är inriktade på individuella stöd- och vårdinsatser och sammanträder varje vecka.

Dessutom inrättade man s k *områdesgrupper* för mer allmänpreventiv och konstruktiv verksamhet. Stommen i båda dessa grupper utgöres av distriktsläkare, distriktssköterska, socialassistent och hemvårdsassistent eller hemhjälpssledare. I områdesgrupperna deltar även representant för skolan. Samarbetet mellan läkare, distriktssköterskor och socialassistenter är i detta sammanhang av särskilt intresse.

Denna studies uppläggning

Den praktiska verksamheten i Tierps nya hälsocentral med integrerad hälso- och sjukvård och socialvård började i april 1974. Socialmedicinska institutionen såg som en av sina forskningsuppgifter att försöka följa vad den nya organisationen och integrationssträvandena skulle komma att medföra för konsekvenser. Efter ett år, dvs i maj

1975, företogs därför en intervju med representanter för olika yrkesgrupper för att få deras uppskattning av omfattningen av samarbetet samt deras inställning till arbetet i socialmedicinska arbetslag och områdesgrupper.¹

I viss utsträckning hade vi möjlighet att jämföra intervjuuppgifterna med vissa registrerade uppgifter. Man hade också möjlighet att se de erhållna resultaten i relation till kontakt- och samsarbetsmönstret före april 1974, såsom detta rapporterats i en tidigare intervjuomgång våren 1974 (Berfenstam & Smedby 1975).

Det bör framhållas, att samarbete och kontakter kan ske på olika sätt. I intervjustudien har vi skilt på formaliserade, planerade kontakter i form av sammanträden i arbetslag och områdesgrupper samt icke planerade kontakter, som tagits direkt, när arbetet med patienten/klienten aktualiserat detta.

Kontaktfrekvenser enligt intervjuvaren

Intresset har koncentrerats på vilket samarbete som läkare, distriktssköterska och socialarbetare hade inbördes och vilka kontakter de tog med andra befattningshavare inom det sociala och medicinska fältet. Den schematiska bilden (Fig 1) ger en uppfattning om de icke planerade kontakternas omfattning och riktning.

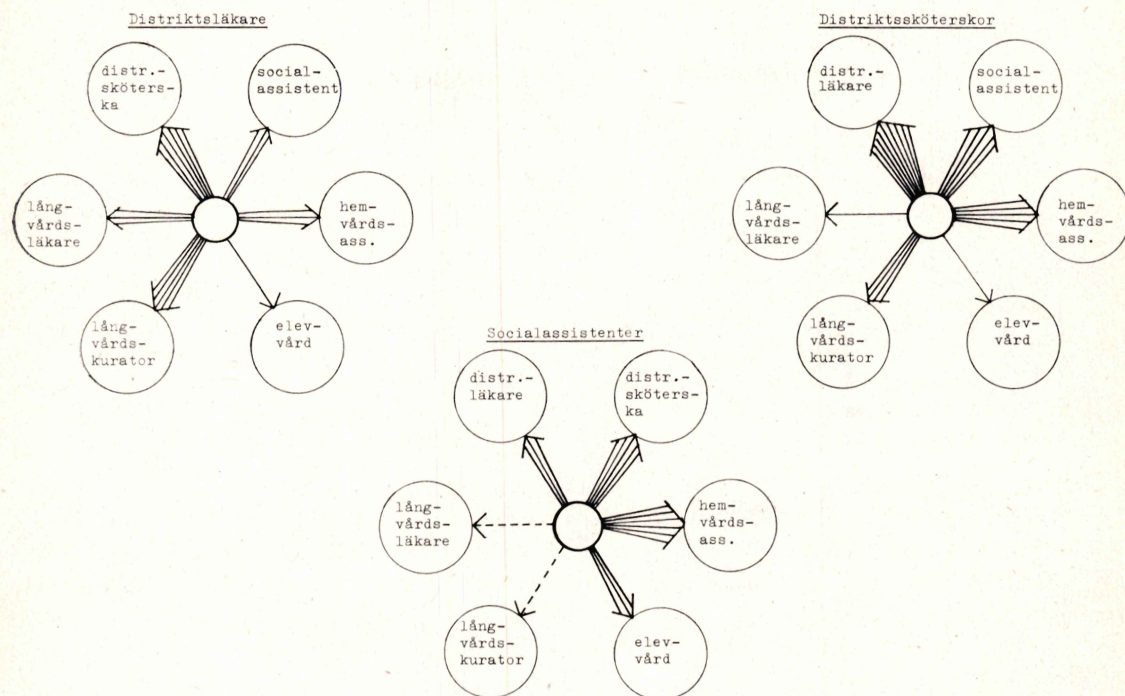
Eftersom pilarnas bredd avspeglar genomsnittliga kontaktfrekvenser, kan man lätt se att distriktssköterskorna tar initiativ till betydligt fler kontakter än socialassistenterna och distriktsläkarna. Dessutom framgår det av figuren, att huvudparten av distriktsläkarens kontakter är med distriktssköterskan. De flesta kontakterna från henne går i sin tur till distriktsläkaren. Hennes kontaktnät är emellertid också väl utvecklat mot socialvård och hemvårdsassistent. Socialassistenten har flest kontakter med distriktssköterska och hemvårdsassistent. Sammanfattande kan situationen beskrivas så:

— Distriktsläkarna kontaktar företrädare för

¹ De intervjuer, som föreliggande rapport bygger på genomfördes av psykolog Ragnhild Placht, vilken också aktivt medverkade vid intervjuformulärets utformning och sammanställningen av svaren.

Figur 1. Kontaktmönster och kontaktfrekvens med vissa centrala yrkesgrupper för distriktsläkare, distriktsköterskor och socialassistenter i Tierp 1975.

(Pilarnas tjocklek anger i båda figurerna det genomsnittliga antalet kontakter, som togs av distriktsläkare (3 pers), distriktsköterskor (9 pers), resp socialassistenter (5 pers). Streckad linje motsvarar kontakt aldrig eller nästan aldrig, tre linjer 2—3 kontakter per månad och nio linjer minst 20 kontakter per månad.)



medicinska yrkesgrupper ungefär fem gånger så ofta som sociala yrkesgrupper.

- Distriktsköterskorna kontaktar medicinska yrkesgrupper dubbelt så ofta som sociala.
- Socialassistenter kontaktar båda grupperna lika ofta.

Det bör påpekas, att det här rör sig om medeltal. Variationerna är betydande mellan gruppmedlemmarna. En annan iakttagelse är att de personer, som totalt redovisar få kontakter, också har ett mycket begränsat kontaktnät. Vissa företrädare för den medicinska verksamheten tar således generellt sett få kontakter och fördelar dem enbart på de medicinska yrkesgrupperna.

Även när det gäller kontakter med andra yrkesgrupper, som exempelvis sjukgymnaster, arbetsterapeuter, arbetsvårdstjänstemän och socialpsykiatrisk vårdpersonal, finner man variationer (Fig 2). Antalet kontakter till dessa befattningshavare är mycket mindre än vad som gällde för de tidigare

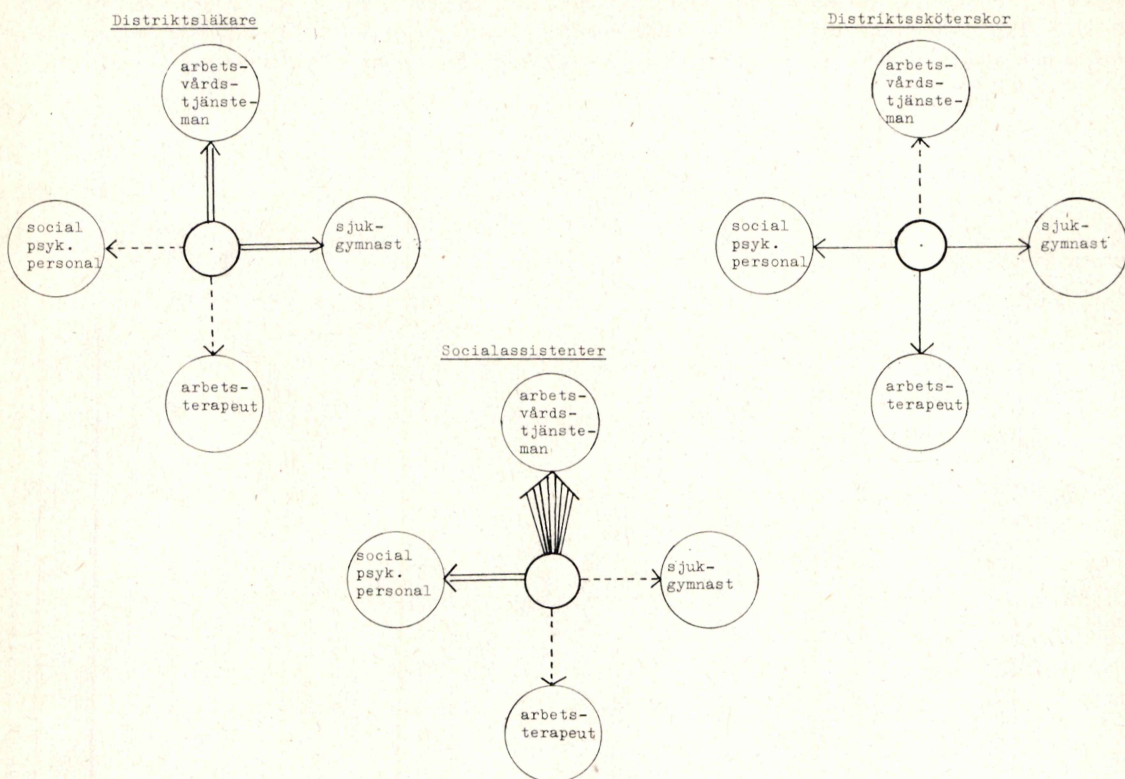
redovisade grupperna. Även här förekommer stor variation mellan olika personer. En hög kontaktbenägenhet går också här parallellt med större spridning av kontakterna. Socialassistenter har naturligt nog frekventa kontakter med arbetsvården. En jämförelse mellan de två figurerna visar, att distriktsläkarna kontaktar arbetsvårdstjänstemän resp sjukgymnaster i ungefär lika stor utsträckning som de tar kontakt med socialassistenter.

Inställning till sk planerade kontakter

Efter ett års verksamhet är samtliga yrkeskategorier positiva till den samarbetsform, som de socialmedicinska arbetslagen innebär. Många anser

Efter ett års verksamhet är samtliga yrkeskategorier positiva till den samarbetsform som de socialmedicinska arbetslagen innebär.

Figur 2. Kontaktmönster och kontaktfrekvens med vissa andra yrkesgrupper för distriktsläkare, distriktssköterskor och socialassistenter i Tierp 1975.



att denna form för diskussion kring patienter och klienter är betydelsefull. Den innebär därjämte att man lärt känna varandra, vilket stimulerat till icke planerade kontakter. Man har fått mer information, som bl a för distriktssköterskorna betytt att isoleringen i arbetet minskat.

Det finns dock enstaka personer, som är skeptiska mot vissa delar av verksamheten. Läkare anser att under det år, som verksamheten pågått, har det inte skett någon utveckling av arbetslagens sätt att arbeta. Bland både distriktssköterskor och socialassistenter finns de, som anser att inte alla medlemmar i lagen medverkar aktivt i den utsträckning, som vore önskvärd. Invändningen sy-

nes i första hand avse företrädare för den medicinska kategorin.

Områdesgruppernas arbete har, såsom ovan nämnts, huvudsakligen preventiv-konstruktiv inriktning. Arbetet där har fått mera blandade omdömen. Man har känt sig tveksam om målsättning och funktion. Några av läkarna har ifrågasatt sin roll i denna verksamhet och har inte särskilt aktivt deltagit i frågornas behandling. Detta står i viss kontrast till distriktssköterskornas åsikter. Majoriteten anser nämligen, att det finns frågor, som är relevanta för diskussion i områdesgrupper. Mest positiva och aktiva är socialassistenterna, som också fungerar som gruppordförande.

Allmänt kan sägas att många är positiva till verksamhetens idé, men att det föreligger svårigheter, dels beroende på bristande intresse för samarbete, dels på att informationen inte varit tillräcklig. Det är intressant att se, att de personer,

Områdesgruppernas arbete har fått mer blandade omdömen.

som mest aktivt deltagit i behandlingen av de problem, som grupperna tagit upp är de, som också har hög kontaktbenägenhet och stor spridning i kontakterna.

Jämförelse med registerstudie

Under flera kortare perioder har socialassistenterna i Tierp bokfört de arbetsuppgifter och kontakter, som förekommit under arbetsdagen. Det har gällt både in- och utgående kontakter, både personliga och per telefon. Man har därigenom fått en möjlighet att belysa socialassistenternas arbetsmönster.

En av socialassistenternas registreringsperioder om fyra veckor inföll under tiden april—maj 1975 och sammanfaller alltså tidsmässigt med intervjuerna. Vid jämförelser mellan intervjustudiens siffror för kontakter och de i redovisningen uppgivna kontakterna från och till socialassistenterna, finner man i huvudsak god överensstämmelse. Skattnings av frekvenser enligt intervjun ligger obetydligt högre än vad som registrerats, vilket skulle kunna bero på att vissa kontakter ej blivit bokförda.

Har kontaktfrekvens och attityder ändrats?

Som tidigare nämnts kartlades utgångsläget genom en intervju ett år tidigare, dvs innan den nya organisationen trädde i funktion i april 1974. Det har därför funnits möjlighet att få en uppfattning om i vilken utsträckning de nya arbetsformerna påverkat attityder och de icke planerade kontakternas omfattning. I princip har härvid attityder och kontaktberedskap hos samma befattningshavare kunnat jämföras med ett års mellanrum. Utebliven jämförelse har berott på att några befattningshavare flyttat och att några varit sjuka vid första eller andra intervjutillfället. Det är särskilt angeläget att basera jämförelse på samma individs svar vid första och andra intervjutillfället, eftersom antalet personer inom varje yrkesgrupp

.....
Socialassistenterna tycks som grupp varit de som mest sett fram emot ett ökat samarbete.
.....

.....
Det har varit svårt att utröna huruvida man genom samarbetet bättre har kunnat tillvarata den samlade yrkeskunskapen.
.....

är mycket lågt och vissa personer från första intervjutillfället ersatts av andra. Enbart gruppjämförelser skulle i detta läge vara mindre tillförlitliga.

En jämförelse mellan de båda intervjuundersökningarna synes visa en ökning av antalet kontakter. Samma resultat erhöles som svar på en fråga i den senare intervjuomgången om antalet kontakter ökat mellan 1974 och 1975. Det är dock svårt att kvantifiera denna ökning.

I studien 1974 framkom att några distriktssköterskor trodde att de *socialmedicinska arbetslagen* inte skulle fungera effektivt. Många ansåg dock att samarbetet på längre sikt skulle innebära en fördel. Bland läkarna rädde ännu större farhågor. Från deras håll poängterades olikheterna i synsätt mellan företrädare för medicinsk vård och socialvård och problem sammanhängande med olika former av tystnadsplikt.

Socialassistenterna tycks som grupp ha varit de, som mest sett fram emot ett ökat samarbete, speciellt med läkare, då man ansåg att man redan hade ett gott samarbete med distriktssköterskorna. Resultaten från uppföljningsstudien visar att samtliga representanter inom alla yrkesgrupper nu är positiva till arbetslagen och den hjälp de där kan få av lagens övriga medlemmar.

I den föregående studien fanns det personer, som ansåg att deras arbete inte var tillräckligt känt bland övriga yrkesgrupper. Ett års samarbete förefaller att på den punkten ha förbättrat förhållandena, då det i den senare studien inte finns någon, som säger sig sakna kunskaper om andras arbete. De som uppgivit, att de fått ökade insikter i övriga yrkesgruppers arbete, är av den åsikten att detta är ett resultat av det organiserade arbetet.

Trots de förändringar, som ovan nämnts, har det varit svårt att utröna huruvida man genom samarbetet bättre har kunnat tillvarata den samlade yrkeskunskapen, som medlemmarna besitter

och på vilket sätt det i så fall skett. Några gemensamma handlingslinjer anser man inte blivit följden av det organiserade samarbetet. Det har också varit svårt att få en uppfattning om huruvida olika yrkesrepresentanter börjat ta upp ärenden eller ställa frågor av annan natur än vad som är förenligt med deras traditionella yrkesroll.

Socialassistenterna var redan i studien 1974 positiva till *områdesverksamheten*. Distriktssköterskorna förefaller att ha varit splittrade i den frågan och läkarna tveksamma eller negativa. Trots att grupperna upplevt svårigheter att få gehör för sina förslag och därigenom påverkats negativt, tycks ändå majoriteten av distriktssköterskorna nu vara positiva till verksamhetens idé. Läkarna förefaller som regel inte vara tilltalade av idén, men en läkare uppger, att han ser positivt på de resultat gruppen åstadkommit. Det är inte bara den allmänna inställningen, som påverkar uppfattningen om områdesverksamheten. Motsättningar inom grupperna kan av allt att döma också påverka synen på verksamheten i en negativ riktning.

Betydelsen av samlokalisering

Att placera medicinsk och social verksamhet i samma lokaler innebär i och för sig ökade möjligheter till yrkesmässiga kontakter, men samlokalisering underlättar också informella kontakter, dvs att man träffas vid lunchtid och kaffepauser. Vid hälsocentralen i Tierp träffas den medicinska och sociala sidan till gemensam överläggning i praktiska frågor varje måndagsmorgon. Denna överläggning är primärt inte avsedd för diskussion av personärenden. Det visar sig emellertid att många gånger informella kontakter om gemensamma patienter/klienter sker vid detta "måndagsmöte". Det bör framhållas, att omfattningen av sådana oplanerade underhandskontakter inte kartlagts genom intervju eller registerstudier. Detta innebär, att man rimligen får en underskattning av kontakternas nuvarande omfattning.

Resultatens tillförlitlighet

Att bestämma intensiteten i ett samarbete är en metodologiskt vansklighetsfull uppgift. Betydande felkäl-

Vad man självfallet egentligen skulle vilja komma åt som resultatvariabel är vilken nytta patienterna/klienterna har av en samverkan.

lor finns för den metod vi använt, nämligen att genom intervjuer med olika befattningshavare försöka få en uppskattning av antalet samarbetskontakter av olika slag under en månad och försöka att få klarhet i hur aktivt en medlem i arbetslaget deltar i team-verksamheten. Endast i mindre utsträckning har vi här kunnat värdera intervjuuppgifterna genom att jämföra med de registrerade kontakterna. Denna möjlighet har endast funnits när det gäller socialassistenterna.

Vad man självfallet egentligen skulle vilja komma åt som resultatvariabel, är vilken nytta patienterna/klienterna har av en samverkan, som den som nu provas i Tierp, jämfört med en mera traditionellt uppbyggd medicinsk och social verksamhet. Tills vidare har vi emellertid fått nöja oss med de här angivna metoderna för bedömning av integrationens effekter. En viktig förutsättning för att man på längre sikt skall kunna på säkrare grund yttra sig om vad det arbetssätt, som nu inlett i Tierp, verkligen har för nytta, är en noggrann dokumentation både av kontakter av icke planerad natur och av den planerade, fortlöpande verksamheten genom socialmedicinska arbetslag och områdesgrupper.

Även om den verkliga nyttan för patienten av en integrerad verksamhet på grund av metodologiska svårigheter ännu icke kan kvantifieras, finns dock vissa möjligheter att ytterligare studera integrationseffekten. Det finns t ex möjlighet att genom s k deltagande observation analysera teamens arbete och därigenom få uppfattning om vilka svårigheter, som kan dyka upp i ett arbetslag, vad eventuella motsättningar kan bero på och varför initiativ och aktivt deltagande ibland uteblir. Vi undersöker nu möjligheterna att i några grupper genomföra en sådan studie.

Personliga förutsättningar för samarbete

Det är naturligt att förmågan till team-arbete och

beredvillighet till kontakt är beroende av den enskildes personlighet. Undersökningen har visat att vissa befattningshavare har många kontakter och ett utbrett kontaktnät, men andra inte. Kopplingen till hur man upplever det formaliserade team-arbetet är också klar. Det är naturligt för den som har ett utvecklat kontaktnät att lättare acceptera de påfrestningar och notera de fördelar, som ett team-arbete innebär. Men även om detta är en personlighetsfråga finns det säkert möjlighet för den mindre kontaktberedde att arbeta upp denna färdighet. Här kan en väl fungerande inservice-training bli av betydelse.

Villighet till samarbete

För att uppnå integration mellan medicinsk och social vård krävs en ärlig satsning från alla av samarbetet berörda parter. Det gäller inget mindre än ett nytt arbetssätt och ett nytt sätt att se på metoder att lösa problem, både samhälleliga och individuella. Säkert är det lättast att komma fram till ett sådant samarbete om man startar från scratch — dvs att man inom ett område försöker rekrytera personer ur de aktuella kategorierna, som har intresse och villighet för saken, att tillsammans pröva nya samverkansformer. Exempel från vissa platser i landet låter ana, att en integration i sådana fall relativt snabbt kan komma till stånd. Det är betydligt svårare att bland befattningshavare, som redan är etablerade i ett område få upp- slutning omkring en idé, som kräver ändrade arbetsformer med formaliserat team-arbete.

Skall ett team-arbete syftande till en integrerad hälso-, sjuk- och socialvård generellt bli verklig- het, måste man förbereda de berörda grupperna för sådana arbetsformer redan under utbildnings- stadiet. Vissa delar av undervisningen skulle nog med fördel kunna göras gemensamma för stude- rande inom medicinsk och social utbildning. Un- der läkarnas AT-period och under distriktsskö-

För att uppnå integration mellan medicinsk och social vård krävs en ärlig satsning från alla av samarbetet berörda parter.

Vissa delar av undervisningen skulle nog med fördel kunna göras gemensamma för stude- rande inom medicinsk och social utbildning.

terskornas och de socionomstuderandes praktik- tjänst kan den gemensamma målsättningen om helhetssynen på människan få uttryck i genomfö- rande av gemensamma arbetsuppgifter. I allmän- läkarnas vidareutbildningskurser krävs mycket av attitydskapande undervisning inför det samhälls- arbete, som endast kan genomföras i samverkan med övriga medicinska och sociala befattningsha- vare.

Samarbetets innehåll

Som tidigare antytts fanns naturligtvis i Tierp ett visst samarbete mellan sociala och medicinska yr- kesgrupper redan före försöksverksamheten. Un- dersökningen tyder på att samarbetet under den nu pågående försöksverksamheten har stimulerats och att antalet kontakter ökat.

Om man vill studera nyttan av samverkan måste naturligtvis stor hänsyn tas till innehållet i kontakterna. En hel del av kontakter mellan di- striktsläkare och distriktssköterska, som här fång- ats upp, rör säkert rent medicinska frågor såsom uppföljning och medicinska kontroller. Ur metod- synpunkt är det svårt att beskriva kontakterna med hänsyn till innehåll, och någon sådan uppdel- ning har inte skett i denna undersökning. Å andra sidan bör det understrykas, att kontakter av vilket slag det än är, sålunda även rent medicinska, för- bereder och underlättar samverkan också i andra frågor.

Det framkom vid intervjuerna att det gemen- samma arbetet i socialmedicinska arbetslag och områdesgrupper, inneburit att olika befattningsha- vare lärt känna varandra som personer. Detta har inneburit att icke planerade kontakter lättare kun- nat tas för att lösa akuta problem hos patienter och klienter.

Men naturligtvis finns det alltid en risk att per- soner, som genom ett intensifierat samarbete får mycket med varandra att göra kan hamna i kon-

fliktsituationer, som leder till bestående motsättningar med försämrat eller omöjliggjort samarbete.

Eftersom en formaliserad samverkan i arbetslag och grupper innebär att tid måste avsättas för sammanträden, vilket i sin tur tar tid från direkt patient/klientarbete, uppkommer frågan var den optimala nivån för samverkan ligger. Den aktuella undersökningen kan självfallet inte säga något om detta. Först när man får metoder att mäta samarbetets nytta för patienter/klienter kan frågan om optimal samverkansnivå tas upp.

Allt talar emellertid för att man bör sträva efter en betydligt högre grad av samverkan mellan de olika yrkeskategorierna än vad som hittills utvecklats i Tierp. Speciella studier med bedömningar av vilka insatser av medicinsk respektive social art, som ansetts önskvärda, tyder på att ett mycket stort behov av samverkan skulle föreligga (jfr Westrin 1973).

Samverkansprocessen

Idén om en ökad samverkan mellan medicinsk och social vård ligger i hög grad i tiden. Men

detta är en långsam process, om man ser den mera generellt. Försöksverksamhet av den typ, som pågår i Tierp är emellertid av värde, när det gäller att studera hur man kan påverka samarbetsprocessen. Utvärdering av arbetet måste därför fortsätta men med bättre metoder än de vi kunnat utnyttja hittills. Resultaten kan användas för uppläggnings av den framtida utbildningen av medicinsk och social personal. De kan också belysa vilka andra åtgärder, som behövs för att främja samverkan kring patienter/klienter och kring de övriga samhällsproblem vi kommer att ställas inför.

LITTERATUR

Berfenstam, R & Smedby, B: Samarbete mellan olika yrkesgrupper i Tierps kommun. En intervjuundersökning våren 1974 inför genomförandet av den nya organisationen. Tierpsprojektet, stencilerad rapport 1975-03-27.

Westrin, C G: Samordning av medicinsk och social vård på en vårdcentral. Socialmedicinsk tidskrift, 50: 9, 1973.