

Samordning av medicinsk och social vård på en vårdcentral



Claes-Göran Westrin

Möjligheterna till en bättre samordning av social och medicinsk primärvård är för närvarande föremål för stort intresse.

När det gäller de tänkbara vinsterna av en sådan samordning är det framför allt tre motiv, som ofta återkommer. En bättre samordning bör åstadkomma en bättre *kvalitet* på vården. Den bör också medföra *rationaliseringsvinster* genom att minska risken för onödigt dubbelarbete, där individen först utreds och behandlas i ett vårdsystem för att sedan starta från scratch i det andra. Ett tredje motiv kan betecknas som *ideologiskt*. Efterfrågan på vård bestäms i viss utsträckning av sociala faktorer, t ex socialgrupp och utbildningsförhållanden, liksom av geografiska faktorer, t ex om man bor i staden eller på landet. Genom att utnyttja socialvårdens uppsökande verksamhet bör en rättvisare fördelning av vårdresurserna kunna komma till stånd.

Artikeln baseras på ett anförande vid socialmedicinsk konferens i Lund 25 maj 1972.

Det stora intresset för en samverkan mellan social och medicinsk vård har bl a kommit till uttryck i planerna på samlokalisering av social och medicinsk verksamhet på kommunnivå. Längst har sådana planer hunnit i Skaraborgs län, där under 1972 ett par integrerade vårdcentraler tagits i bruk.

En av dessa centraler är vårdcentralen i Skara kommun.

Nedanstående artikel behandlar verksamheten vid denna vårdcentral. Främst redogörs för planering av verksamheten, undersökningar om behovet av samverkan etc. Vidare skisseras den organisatoriska uppläggnigen av samarbetet.

Artikelförfattaren är överläkare vid avdelningen för socialmedicin och psykiatri i Skara och för närvarande administrativt ansvarig för hälso- och sjukvårdsverksamheten vid vårdcentralen i Skara.

Samarbetets inriktning

Behovet av samverkan gäller en rad olika verksamheter. Ett utomordentligt viktigt område är åldringsvården, där man kan bygga vidare på ett existerande system av samarbete särskilt inom ramen för social och medicinsk hemvård. Minst lika viktigt är samarbetet i andra ändan av åldersgrupperna. Behovet av samarbetsformer mellan medicinsk och social barnavård har aktualiserats inte minst i samband med barnavårdscentralernas 4-årsundersökningar. Grovt skattat en fjärdedel av barnen brukar klassificeras som psykosociala riskfall med behov av särskild observation eller särskilda åtgärder. Ett tredje samarbetsområde är den socialkurativa verksamheten i öppen vård. Här

Behovet av samarbetsformer mellan medicinsk och social barnavård har aktualiserats inte minst i samband med barnavårdscentralernas 4-årsundersökningar.

finns å ena sidan behovet av medicinska insatser för klienter i den primärkommunala socialvården, (med problem som arbetssvårigheter, ekonomiska svårigheter, nykterhets- och barnavårdsproblem). Å andra sidan behovet av socialkurativa insatser för patienter i den öppna hälso- och sjukvården — psykiska insufficienser, psykosomatiska sjukdomar, belastningsbesvär som ryggbesvär osv, där bakgrunden ofta är att söka i sociala påfrestningar i arbetet eller i hemmet.

Olika sociala och medicinska insatser behövs på olika samarbetsområden. I hemvården kommer samarbetsmönstret i första hand gälla hemvårdsassistenter — distriktssköterskor — allmänläkare samt långvårdsläkare. I barnavården kan samarbetet kanske främst gälla barntillsynskonsulenter, socialassistenter arbetande enligt familjeprincipen eller barnavårdsassistenter samt på den medicinska sidan olika befattningshavare vid barnavårdscentralerna — distriktssköterskor, barnavårdssköterskor, allmänläkare, barnläkare etc. Insatserna för ett socialt och medicinskt problemklientel kommer främst att omfatta socialassistenter, allmänläkare, distriktssköterskor, kanske psykiater — och givetvis socialläkare, där sådana är verk-samma.

Inriktningen på samarbetet har naturligt nog i första hand gällt utredning och behandling av en social insufficiens eller en medicinsk problematik i det enskilda fallet. Samtidigt har ett allt större intresse inriktats på möjligheterna till förebyggande åtgärder. Inte minst har detta gällt möjligheterna att ta upp generella problem när det gällt utformningen av arbetsmiljöer och andra sociala miljöer, som kan tänkas framkalla eller vidmakthålla social funktionssvikt eller sjukdom.

Vårdcentraler i Skaraborgs län

Det stora intresset för en samverkan mellan social och medicinsk vård har bl a kommit till uttryck i planerna på samlokalisering av den sociala och medicinska verksamheten på kommun-nivå. En sådan planering är för närvarande aktuell i flera landsting. Den är föremål för en särskild planerad försöksverksamhet som skall förverkligas i Tierps kommunblock. Längst har planerna emel-

Huvudfunktionerna vid vårdcentralerna skall i princip vara följande: hälso- och sjukvård, socialvård, apotek och försäkringskassa.

lertid hunnit i Skaraborgs län, där landstinget 1968 fastställde ett öppnavårdsprogram som innebar att den öppna sjukvården i länet skall baseras på vårdcentraler i varje kommun. Som målsättning för denna vårdorganisation i kommunen uppställdes:

- att allmänheten i nära anslutning till sin vardagsmiljö skall kunna få kvalificerad utredning och behandling för medicinska och sociala problem, så långt tillgängliga ekonomiska och medicinska resurser tillåter detta
- att allmänheten skall kunna erbjudas ett samlat vårdprogram från den sociala och medicinska vårdorganisationen
- att allmänheten skall kunna få en förbättrad allmänservice genom att besök hos läkare, apotek, försäkringskassa etc skall kunna göras i ett sammanhang och inom en och samma byggnad.

Vårdorganisationen i kommunen skall ha det primära ansvaret för all vård. Det skall åligga denna organisation att se till att den enskilde vid varje tillfälle får tillgång till de rätta resurserna såväl inom vårdcentralen som på högre nivåer. Härvid skall man eftersträva att patienten så långt möjligt skall få utredning och behandling vid vårdcentralen.

Huvudfunktionen vid vårdcentralen skall i princip vara följande:

hälso- och sjukvård
socialvård
apotek
försäkringskassa

Man har också uttryckt önskemål att arbetsvård skall kunna förmedlas genom vårdcentralen.

Vårdcentralernas upptagningsområde och personalresurser

Befolkningen i Skaraborgs läns 15 kommuner varierar från ca 5 000 till ca 43 000 invånare. De

vårdcentraler, som för närvarande planeras, har upptagningsområden som varierar från 9 000 upp till 24 000 invånare. De kommer att få något olika utformning beroende på upptagningsområdets storlek. Den minsta vårdcentralen är fristående och omfattar enbart ovannämnda aktiviteter. Större vårdcentraler uppföres i anslutning till andra kommunala verksamheter. De största vårdcentralerna ansluts till sjukhem respektive sjukhus med öppen specialistvård.

Under 1972 har vårdcentraler i Töreboda, Karlsborg och Skara tagits i bruk.

Ett exempel på vårdcentralens utformning och resurser är centralen i Skara kommun, med dess ca 17 000 invånare.

Figur 1 ger en uppfattning om hur huvudfunktionerna vid denna vårdcentral disponeras lokalmässigt. Från en huvudentré kommer man in i en reception och ett stort väntrum, som är gemensamt för hela centralen. Mot väntrummet öppnar sig apoteksdisk och försäkringskassans kontorsdisk. Från väntrummet leder två korta förbindelsegångar. Den ena går till två flygelbyggnader med lokaler för hälso- och sjukvård respektive för socialvård och folktandvård. Den andra förbindel-

segången går till lokaler för dagvård, sjukgymnastik m m, en funktion som vårdcentralen har gemensamt med Skara sjukhus, som man når genom ytterligare en kort förbindelsegång. Centralen rymmer också gemensamma lokaler för konferens, bibliotek, måltider osv.

Tabell 1 ger en översiktlig bild av personalsammansättningen ifråga om vissa befattningar. Utöver de här nämnda personalkategorierna diskuteras också anknnytning av viss företagshälsovård till centralen.

Tabell 1. Personalsammansättningen vid vårdcentralen i Skara (17 000 invånare)

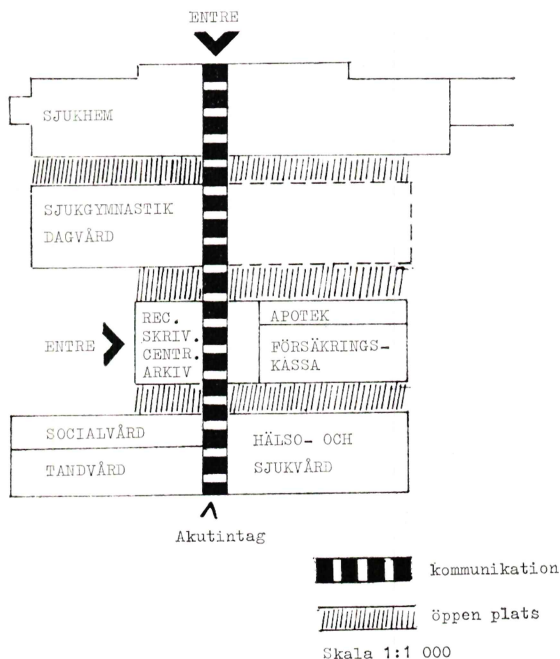
	Antal
Läkarvård	
allmänläkare	6
specialistläkare	konsult
Distriktsvård	
distriktssköterskor	4
distriktsbarnmorska	½
Psykologisk rådgivning, psykoterapi	
psykolog	1
Socialvård	
socialarbetare	5

Skara som försöksstation

Verksamheten vid vårdcentralen i Skara skall i vissa avseenden utformas som en försöksverksamhet. Avsikten är främst att få erfarenheter för den fortsatta uppläggningsen av primärvården i länet. Intresset har härvid inte minst inriktats på möjligheterna till social och medicinsk samverkan. Detta problem har varit föremål för ett utredningsarbete i samarbete med Kommunförbundet. Under hösten 1972 har även lokala utredningar förekommit. Dessa har belyst utformningen av vissa samtidigt sociala och medicinska insatser före vårdcentralens start. Vidare har en stickprovsundersökning företagits beträffande behovet av social och medicinsk samverkan från socialbyråns utgångspunkt.

Verksamheten vid vårdcentralen i Skara skall i vissa avseenden utformas som en försöksverksamhet.

Fig. 1. Vårdcentral typ Skara



Samverkan före vårdcentralens start

Studiet av samtidiga medicinska och sociala insatser före vårdcentralens start har inriktats dels på sociala serviceavdelningens verksamhet, dels på socialassistenternas verksamhet (Jönsson & Westrin 1972). Den sociala serviceavdelningen har ansvaret för hemvården och åldringsvården i kommunen, medan socialassistenterna i huvudsak arbetat med klienter som aktualiserats enligt någon av de tre sociallagarna.

Uppgifter om samarbetet inom ramen för den sociala serviceavdelningens verksamhet har inhämtats genom intervjuer med avdelningens personal. Resultatet visar att samarbetet i första hand avser nyanmälda fall. Alla som anmäles för intagning på ålderdomshem har undersökts av en särskild kontaktläkare (en av provinsialläkarna). Samråd har också kunnat ske vid ansökan om social hemhjälp och färdtjänst men har här varit mer sporadisk. Mer regelbunden har samverkan varit för den grupp av fall som ansökt om landstingets bidrag för hemsjukvård.

Beträffande fall med pågående hemvård och/eller färdtjänst har i stort sett endast påtagliga försämringar i hälsotillståndet föranlett social och medicinsk samverkan i regel genom att distrikts-sköterskorna förmedlat läkarvård hos provinsialläkare eller i specialistvården.

En stickprovsundersökning har företagits när det gällt socialassistenternas verksamhetsområde. Studien inriktades på ett slumpvis urval av sammanlagt 302 klienter, som aktualiserats under 1971. För dessa klienter har socialakterna följts under sammanlagt 6 mån. Därvid har framkommit att 24 % av klienterna under den studerade tidsperioden haft medicinska kontakter, som ansetts vara av intresse för ärendets sociala handläggning. En direkt social och medicinsk samverkan (avseende intygsärenden etc) hade etablerats i 8 %

24 % av klienterna vid socialbyrån hade under den studerade tidsperioden haft medicinska kontakter, som ansetts vara av intresse för ärendets sociala handläggning.

En direkt social och medicinsk samverkan hade etablerats i 8 % av fallen.

av fallen. De redovisade siffrorna är rimligen minimisiffror med hänsyn till undersökningens retrospektiva uppläggning och inriktning på ett journalmaterial. Det kan ha förekommit medicinska kontakter, som inte aktualiserats vid samtalen med respektive socialassistenter. Journalföringen kan ha varit inkomplett etc. Vissa skäl talar dock för att resultatet något så när avspeglar förekomsten av direkta sociala och medicinska kontakter respektive socialassistenternas kännedom om klienternas medicinska problem. Socialakterna har en karaktär av myndighetshandlingar, där sjukdom och andra medicinska förhållanden ofta har en tungt vägande indiciekaraktär. En stickprovsundersökning av uppgifternas reliabilitet visade också att journaluppgifterna ganska väl motsvarade socialassistenternas aktuella kunskap om klienternas medicinska kontakter.

Behov av medicinskt och socialt samråd

Behovet av social och medicinsk samverkan i primärvården har studerats i flera stickprovsundersökningar det senaste året.

Undersökningar om behovet av sociala insatser i den medicinska primärvården har givit ganska skiftande resultat — från 0—25 % i stickprov från olika provinsial- och distriktsläkareklientel (Westrin 1971, Socialmedicinsk forskningsenhet i Luleå 1972).

Resultaten vad gäller behovet av medicinska insatser för socialbyråklientelet är något mer enhetligt och varierar från 60 % till 70 % av de undersökta fallen (Westrin 1972, Socialmedicinsk forskningsenhet i Luleå 1972). En stickprovsundersökning bland ett 100-tal konsekutiva klienter på socialbyrån i Skara har givit ett ganska närliggande resultat, nämligen ett samverkansbehov beträffande 56 % av de undersökta fallen (Westrin 1972).

De redovisade undersökningarna skulle kunna tydas som att socialvården har ett relativt sett

Resultaten vad gäller behovet av medicinska insatser för socialbyråklientelet är något mer enhetliga och varierar från 60 % till 70 % av de undersökta fallen.

större behov av samverkan än vad som gäller för sjukvården. Detta ligger i linje med resultatet av en undersökning om den faktiska samtidiga konsumtionen av social och medicinsk vård hos ett sjukhusklientel (Lindegård 1972). Några kommentarer är emellertid i detta sammanhang väsentliga. Genom att sjukvården "omsätter" ett betydligt större antal besök än socialvården kan samarbetsbehovet från sjukvårdens sida i absoluta tal vara väl så stort som socialvårdens samarbetsbehov. Av betydelse är också att den här presenterade undersökningen gäller en aktuell *upplevelse* av samarbetsbehovet. Resultatet baseras på en subjektiv skattning av de socialarbetare och läkare som deltagit i undersökningen. Man vet här föga om det kan finnas systematiska tendenser till en undervärdering eller övervärdering från de deltagande yrkesgrupperna. Kan tex sjukvårdens högre "status" kanske medföra en tendens till övervärdering av samarbetsbehovet från socialarbetarnas sida? Kan en dålig observans av sociala problemmönster medföra en motsvarande undervärdering av samarbetsbehovet från läkarnas sida? etc.

Resultatet av de redovisade undersökningarna har sitt väsenliga intresse som utgångsvärden i en utveckling där det är av intresse att studera hur samarbetsbehoven ter sig när de blir mer preciserade, hur de kommer att påverkas av effekterna av samarbetet och av en systematisk utbildning beträffande samspelet mellan medicinska och sociala faktorer.

Samarbetsformer

Själva samlokaliseringen av den sociala och medicinska verksamheten ökar möjligheterna till att ta improviserade kontakter i ärenden, där distriktsköterskor, läkare och socialarbetare känner ett uppenbart samarbetsbehov. Det torde dock knappast vara tillräckligt att enbart lita till sådana improviserade kontakter. Dessa riskerar att bli

sporadiska beroende på den enskilde befattningshavarens speciella erfarenhetsfält. Det ger väl knappast heller den önskvärda grunden för ett fortsatt utvecklingsarbete. Ett sådant kräver en grund av fast strukturerade kontakter. Det kan här gälla att skapa någon eller några former av fasta samrådsgrupper men också fasta tider, när det gäller gemensamma konferenser av olika slag.

För vårdcentralen i Skara har följande samrådsformer försöksvis etablerats:

1. En *ledningsgrupp* med politiskt valda representanter för landsting och primärkommun samt andra huvudmän som ingår i verksamheten.
2. En *chefsgroup* sammansatt av socialchef, chefsläkare, den administrativt ledande sjuksköterskan, samt föreståndare för försäkringskassa respektive apotek.

Kompetens och ansvarsområde för ledningsgrupp respektive chefsgroup är ännu inte klart preciserade. Ledningsgruppen torde dock — i samråd med respektive huvudmän — få ansvaret för målsättningsfrågor och riktlinjerna i stort för vårdcentralens verksamhet. Chefsgruppen har att verkställa dessa riktlinjer.

3. *Fasta arbetslag*, sammansatta av läkare, socialassistenter och distriktsköterskor. Verksamheten är uppdelad på tre sådana arbetslag omfattande 2 läkare (varav en under utbildning), 1—2 socialarbetare samt 1—2 distriktsköterskor. Dessa arbetslag har en fast konferenstid en gång i veckan. Deltagarna har här möjlighet att rådgöra beträffande problem som hör till de andra experternas problemområden. Man kan ta upp gemensamma patient/klientärenden, ev komma överens om en gemensam utredning och behandling. Man kan få hjälp med förmedlan till annan social och medicinsk expertis. Man diskuterar gemensamma riktlinjer för verksamheten etc.

Möjlighet finns också att till dessa konfe-

För vårdcentralen i Skara har följande samrådsformer försöksvis etablerats: en ledningsgrupp, en chefsgroup, fasta arbetslag och behandlingskollegier.

renser knyta annan expertis som kan arbeta inom eller i nära anknytning till vårdcentralen, tex från hemvården, försäkringskassan, arbetsvården etc.

4. *Behandlingskollegier*, med medverkan av experter utanför centralen. Det kan gälla olika typer av specialister på den medicinska sidan. Det kan gälla olika institutioner på den sociala sidan utanför primärkommunens ansvarsområde — institutioner för arbetsvård, nykterhetsvård, familjerådgivning etc.

Möjligheter och svårigheter

Verksamheten vid vårdcentralen i Skaraborgs län har pågått mycket kort tid. Ovanstående redovisning avspeglar därför väsentligen principer och planeringstänkande. Att få till stånd en effektiv och djupgående social och medicinsk samverkan kommer att kräva en lång tid av arbete och samlande erfarenheter.

I portföljet finns en rad uppenbara svårigheter. Problemen gäller rekryteringssidan, särskilt av allmänläkare och distriktssköterskor. Det gäller utbildningsaspekten, där de flesta socialarbetarna saknar regelrätt socionomutbildning och få allmänläkare har en bred socialmedicinsk utbildning osv. När det gäller metodik och arbetsformer befinner vi oss i många avseenden på ett försöksstadium, som obönhörligen måste leda till återvändsgränder och perioder av misstag och ineffektiva satsningar.

Under överskådlig tid har vi säkert att dras med en viss diskrepans när det gäller sjukvårdens och socialvårdens ställning i det allmänna medvetandet. Sjukvården har länge haft högt status och patienterna har i regel mer än gärna sökt sig dit. Socialvården däremot har under lång tid hämmats av att förknippas med gammeldags fattigvård och med en förmyndaraktig attityd från samhällets sida i nykterhetsvårdsärenden och liknande.

Inte minst allvarligt är den allt knappare tillgången på såväl sociala som medicinska resurser. Det medför stora risker för att det blir ett slag i luften att uppdaga behovet av sociala åtgärder i ett socialmedicinskt problemfall. Sådana åtgärder innebär alltid krav på resurser — vare sig det

Det medför stora risker för att det blir ett slag i luften att uppdaga behovet av sociala åtgärder i ett socialmedicinskt problemfall. Sådana åtgärder innebär alltid krav på resurser.

gäller att få fram nya bostadsformer, ökad hjälp till gamla människor, ett ökat kulturutbud, arbetsvårdande insatser osv.

Dessa här redovisade problem och svårigheter understryker att verksamheten ännu länge kommer att ha karaktären av utvecklingsarbete och försöksverksamhet. Vi måste arbeta med relativt blygsamma anspråk och ständigt vara beredda på att ompröva våra metoder.

I några avseenden kanske man dock kan hoppas på att få relativt snart utbyte av samarbetet.

En kvalitativ förbättring bör komma till stånd när det gäller behandling av vissa patient- och klientärenden.

En förenkling och decentralisering bör också vara möjlig när det gäller andra ärenden, som nu vandrar mellan den ena och den andra medicinska instansen. I ett socialmedicinskt problemklientel som författaren undersökte för något år sedan (Westrin 1971), hade inte mindre än en sjättedel av fallen samtidigt kontakt med fem eller flera sociala och/eller medicinska institutioner — psykiater, ortopedier, rehabiliteringsläkare, socialvårdstjänstemän, försäkringskassettjänstemän, arbetsvårdstjänstemän, kriminalvårdstjänstemän etc. Här måste finnas möjligheter att både humanisera och ekonomiskt rationalisera verksamheten genom en närmare samordning av resurserna.

LITTERATURFÖRTECKNING

Jönsson, P. O. & Westrin, C. G.: Samtidiga sociala och medicinska insatser beträffande klienter i den primärkommunala socialvården i Skara kommun Stencil, Skara vårdcentral 1972.

Lindegård, B.: Socialfall i sjukvården — patienter i socialvård. Socialmedicinsk information 1972:13. Stencil, Socialmedicinska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset 1972.

Socialmedicinsk forskningsenhet i Luleå. Stencil, Norrbottens läns landsting 1972.

Westrin, C. G.: Samordning av medicinsk och social vård. Läkartidningen 1971, 37, sid. 4711.